

TCM Nº 108

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

ARUJÁ - 1978

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública.

RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL
REALIZADO NO MUNICÍPIO DE ARUJÁ - SÃO PAULO

Equipe:

Antonio Carlos Fonseca
Charlotte Marianna Hársi
Dirce Pereira Geraldi
Gizéla Maria Alves de Souza
Hogla Cardozo
Irma T.R. Neves Ferreira
Jorge Enrique Florez Munevar
José L. Guevara Leiva
Luiz Carlos Meneguetti
Luiz Roberto Barradas Barata
Luzia Pereira do Nascimento
Olinelma de Lourdes Oliveira
Rosa Garcia Oliviere
Wilma de Sá Cardoso Silva
Yara Maria Silveira Daher

Supervisora: Helena Savastano

Í N D I C E

	pág.
I- Introdução.....	1
II-Objetivos.....	3
Parte A.	
1. Metodologia e Desenvolvimento.....	4
2. Características gerais do Município.....	6
2.1. Histórico.....	6
2.2. Aspectos Físicos	
2.2.1. Localização.....	6
2.2.2. Clima e Pluviosidade.....	7
2.2.3. Topografia.....	7
2.2.4. Vias de acesso e meios de transporte	8
2.3. Aspectos Demográficos.....	8
2.4. Aspectos Sócio-Culturais.....	16
2.4.1. Comunicação.....	16
2.4.2. Igrejas e Templos.....	16
2.4.3. Lazer.....	17
2.4.4. Clubes de Serviços e Recreação.....	17
2.5. Aspectos Educacionais.....	17
2.6. Aspectos Econômicos e Administrativos	
2.6.1. Energia Elétrica.....	17
2.6.2. Agricultura.....	18
2.6.3. Indústrias.....	18
2.6.4. Comércio.....	18
2.6.5. Administração.....	19
3. Análise dos indicadores de Saúde.....	20
3.1. Coeficiente de natalidade.....	20
3.2. Coeficiente de Mortalidade Geral.....	22
3.3. Mortalidade Proporcional.....	23
3.4. Curva de Mortalidade Proporcional.....	25
3.5. Coeficiente de Mortalidade Infantil.....	28
3.6. Coeficiente de Mortalidade Neo-natal.....	30
3.7. Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia...	31
3.8. Mortalidade Materna.....	32
3.9. Natimortalidade.....	33
3.10. Coeficiente de Mortalidade por Causa.....	35
4. Saneamento	
4.1. água.....	45
4.2. Esgoto.....	46
4.3. Lixo.....	47
4.4. Alimentos.....	47
4.5. Residências.....	48
4.6. Saneamento nas Escolas.....	48
4.7. Saneamento nas Indústrias.....	48
4.8. Conclusões e Recomendações	
4.8.1. Abastecimento de água.....	50
4.8.2. Esgoto.....	51
4.8.3. Lixo.....	51
5. Análise das agências de saúde	
5.1. Centro de Saúde.....	52
5.1.1. Generalidades.....	52
5.1.2. Organograma.....	53
5.1.3. Capacidade instalada.....	53
5.1.4. Material de consumo, permanente e e- quipamento.....	54
5.1.5. Dimensionamento do pessoal.....	54
5.1.6. Fichário.....	56
5.1.7. Atividades prestadas à população....	56
5.1.7.1. Programa de Assistência à	

gestante.....	57
5.1.7.2. Programa de Assistência à criança.....	61
5.1.7.3. Programa de Imunização	64
5.1.8. Conclusão.....	66
5.2. Hospital Lions Clube de Arujá	
5.2.1. Dados Gerais.....	67
5.2.2. Instalações.....	68
5.2.3. Corpo clínico.....	69
5.2.4. Serviços médico auxiliares.....	69
5.2.5. Serviços Técnicos- Unidades de Inter- nação.....	71
5.2.6. Comentários.....	74
5.2.7. Tabelas.....	75
5.3. Laboratório e Farmácias	
5.3.1. Laboratório.....	77
5.3.2. Farmácias.....	77
6. Programas de Saúde nas Escolas.....	78
7. Inquérito Domiciliar.....	80
8. Entrevistas com elementos da comunidade.....	82
8.1. Resultados obtidos e comentários.....	82
8.2. Conclusões.....	84
9. Conclusões e Sugestões.....	86

Parte B.

1. Determinantes e condições de saúde no Brasil e atua- ção da Saúde Pública.....	88
2. O estágio de campo Multiprofissional como disciplina da Faculdade de Saúde Pública.....	102
3. Comentários Finais.....	107
 Bibliografia.....	 110
 Anexos	 112

I - INTRODUÇÃO.

O trabalho de campo multiprofissional constitui há muito tempo, uma etapa imprescindível aos alunos dos cursos de Saúde Pública, Administração Hospitalar e Educação em Saúde, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Desde sua introdução, como disciplina obrigatória nos currículos, até os dias de hoje, houve várias mudanças, como por exemplo o local de realização, o tempo destinado ao trabalho, etc., porém sua estrutura formal e conteúdo continuaram basicamente os mesmos.

Neste ano, o Estágio desenvolveu-se em municípios da Grande São Paulo, em um tempo relativamente longo, duas vezes por semana durante tres meses, totalizando cerca de 80 períodos letivos.

As orientações fornecidas pela Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional foram essencialmente as mesmas de anos anteriores. Nosso grupo acolheu várias sugestões propostas, optou por alterações em outras e rejeitou algumas durante a análise de saúde do Município de Arujá.

Além da análise tradicional, o grupo preocupou-se em apresentar uma crítica à forma habitual de se analisar o setor saúde, nem sempre a nosso ver suficiente para a compreensão da complexa realidade existente.

Em uma segunda etapa, procuramos apontar os pontos positivos e negativos do Estágio, suas limitações e propor novas variáveis que deveriam ser apresentadas ao longo do curso teórico de Saúde Pública e desenvolvidas no estágio prático.

Como toda mudança, tal proposta deverá re-

ceber uma série de críticas e observações que virão consolidar ou invalidar a nossa sugestão.

Esperamos que as mudanças introduzidas possam efetivamente fornecer subsídios para futuras reflexões sobre o assunto, possibilitando uma atualização e aperfeiçoamento do Estágio de Campo Multiprofissional.

II - O B J E T I V O S .

Objetivo Geral: **O b t e r** ex-
periências de aprendizagem, a partir de um trabalho multiprofis-
sional, que favoreça a elaboração de um pré-diagnóstico da si-
tuação de saúde de uma área, mediante a aplicação dos conheci-
mentos recebidos nos Cursos de Saúde Pública para Graduados,
Administração Hospitalar e Educação em Saúde Pública.

Operacionais:

- Trabalhar de modo integrado numa equipe multiprofissional.
- Selecionar variáveis relevantes, com base nos conhecimentos:
 - .. comuns, obtidos nos Cursos de Saúde Pública para Graduados e Administração Hospitalar.
 - .. específicos, conforme a formação profissional do aluno.
- Levantar dados sobre as variáveis selecionadas, através de consultas, formulários, roteiros e questionários.
- Descrever e analisar os dados coletados.
- Elaborar um relatório contendo o diagnóstico da situação de saúde da comunidade de Arujá, assim como possíveis alternativas para soluções dos problemas prioritários encontrados.
- Fazer uma análise crítica do Estágio de Campo Multiprofissional dentro do contexto de Saúde Pública.
- Fornecer subsídios para reformulação de futuras propostas de **estágio**

P A R T E A .

1 - Metodologia e desenvolvimento.

Para a obtenção de dados necessários ao trabalho foram realizadas, em São Paulo, visitas ao C.I.S. (Centro de Informações de Saúde), D.E.E. (Departamento Estadual de Estatística, SABESP (Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo) e EMPLASA.

No Município de Arujá, visitas à Prefeitura Municipal, Centro de Saúde, Hospital do Lyons Clube de Arujá, SABESP local, Perfect Liberty (grupo religioso com sede em Arujá), Escolas, Farmácias, Laboratório, Igrejas, Delegacia de Polícia, onde foram feitas, informalmente, entrevistas segundo roteiro previamente discutido e elaborado pelo grupo, além das efetuadas nas indústrias.

Foi realizado estágio no Centro de Saúde e Hospital com o objetivo de observar o funcionamento, atendimento, programas e sub-programas, serviços médicos e auxiliares, tendo sido colhido dados que levaram à análise de problemas de saúde, necessidades da comunidade e, como essas organizações operam.

Procurou-se entrosamento com a autoridade local, o médico do Centro de Saúde e também com o diretor do Hospital.

A SABESP forneceu informações sobre os projetos em desenvolvimento, em relação ao saneamento básico do Município.

As técnicas utilizadas no trabalho foram: visitas, entrevistas, entendimentos, coleta e análise de dados, observação participante e discussão de grupo, com as atividades sintetizadas no quadro 1..

Houve colaboração durante o desenvolvimento dos trabalhos, do médico responsável pelo Centro de Saúde, do Departamento de Estatística da Faculdade de Saúde Pública e assessoramento da supervisora do grupo.

Quadro 1: Atividades desenvolvidas pelo grupo durante o Estágio de campo Multiprofissional.

PROGRAMAÇÃO	ATIVIDADES	ABRANGÊNCIA
1. Obtenção de dados gerais sobre a comunidade.	- Elaboração de roteiro. - Visita - Entrevista	- 13 elementos da comunidade.
2. Estágio no Centro de Saúde.	- Observação do funcionamento e atendimento. - Coleta de dados. - Verificação de programas e subprogramas desenvolvidos. - Elaboração do croquis.	- Equipe do Centro de Saúde.
3. Estágio no Hospital.	- Entrevista. - Observação do funcionamento e atendimento. - Coleta de dados. - Elaboração de croquis.	- Hospital do Lyons Clube: .Médico .Auxiliar de enfermagem .Escriturária
4. Inquérito Domiciliar.	- Não foi realizado. (Vide item 7 da parte A)	
5. Programas de Saúde nas Escolas.	- Visita. - Entrevista. - Entendimento. - Reunião.	- 4 Escolas de 1º Grau. - 1 escola de 1º e 2º grau. - 1 pré-primário - 2 Coordenadores de Saúde das escolas de Arujá.
6. Análise dos indicadores de saúde da comunidade.	- Coleta de dados (CIS e DEE). - Análise.	- Município de Arujá.
7. Observação de aspectos de saneamento e saúde ocupacional nas indústrias.	- Levantamento do número de indústrias. - Amostragem estratificada. - Visita às indústrias. - Observação: Sistema de água, esgoto, destino de dejetos humanos e resíduos sólidos e aspectos de saúde	- 5 indústrias.

2 - Características gerais do Município de Arujá.

2.1. Histórico:

Arujá - uma das interpretações do seu nome se deve a proximidade de terrenos que formam o Vale do Paraíba. Segundo o historiador João Mendes de Almeida em seu "dicionário geográfico", a denominação de Arujá seria a corruptela de Aru - yaú, que significa lamacento, limoso. Para Azevedo Marques a interpretação é outra, embora continue ligada às características do terreno que margeia a água. Diz o autor que "Arujá significaria morada dos sapos. A interpretação que parece ser a mais exata, seria a de Teodoro Sampaio, em "O tupi na Geografia", entendendo o topônimo como "peixinhos barrigudinhos" que é a corruptela de Aru-yá.

Arujá surgiu em 1781, com a construção de uma capela onde se agregaram os primeiros indícios de um povoado.

A 8 de junho de 1852 era Arujá elevada à categoria de distrito de Mogi das Cruzes, tendo posteriormente passado à distrito de Santa Isabel.

Por força da lei nº 5.285 de 18/02/1959, foi o distrito de Arujá elevado à categoria de Município e em janeiro de 1960 elegia seu primeiro prefeito, na pessoa do Sr. Julio Barbosa, consolidado sua autonomia territorial e política.

2.2. Aspectos Físicos

2.2.1. Localização

Arujá situa-se na Região Metropolitana da Grande São Paulo, a nordeste da Capital; tem forma de um triângulo com o vértice voltado para o norte e a base para o Sul.

O núcleo urbano desenvolveu-se, principal-

mente, em áreas adjacentes e ao longo da Rodovia Presidente Dutra que atravessa o Município na direção leste-oeste.

Limita-se ao Norte com Santa Isabel; ao Sul com Itaquaquecetuba; a Oeste com Guarulhos e a Sudoeste com Mogi das Cruzes. Sua rede municipal tem as seguintes coordenadas geográficas:

Latitude Sul - $23^{\circ} 22' 30''$

Longitude WGR - $45^{\circ} 15'$

Distância da Capital - 31 km.

2.2.2. Clima e Pluviosidade.

O clima caracteriza-se por ter as temperaturas médias reduzidas por influência da altitude e apresentar inverno seco e verão ameno. A temperatura média de Arujá é de $15,7^{\circ}\text{C}$.

A pluviosidade oscila entre 1200 a 1300 mm - médias anuais. Observa-se uma diminuição no inverno o que torna marcante o contraste entre as alturas pluviométricas médias dos meses de inverno e as de verão.

2.2.3. Topografia.

A topografia do Município de Arujá apresenta-se de forma bastante acidentada, com fortes ondulações ao longo do eixo Norte-Sul.

Os solos variam de regulares a não adequados à agricultura, pois têm bastante restrições para a mecanização da lavoura além de apresentarem problemas relativos à fertilidade e à erosão, tornando-se necessário o uso de práticas de conservação intensivas. Devido a esse fato as principais atividades econômicas do Município giram em torno de : plantio de flores e hortaliças, granjas e indústrias.

2.2.4. Vias de Acesso e meios de transporte.

As principais vias de acesso à Arujá são: Rodovia Presidente Dutra; BR - 116 e as Rodovias Estaduais: Estrada velha de Santa Isabel SP - 56 e a Estrada Mogi das Cruzes - Arujá, sendo todas asfaltadas.

As linhas usuais de transporte são:

- Viação Danúbio Azul S/A.
- Viação Poá Ltda.
- Empresa de Ônibus Pássaro Marron
- Empresa Auto Ônibus Mogi das Cruzes Ltda
- Empresa de Ônibus Guarulhos
- Transporte e Turismo Eroles.

2.3. Aspectos Demográficos.

O Município de Arujá de acordo com os dados do Censo Demográfico de 1970 conta com uma população total de 9.571 habitantes, na época do censo, atualmente estimada em 12.578 habitantes (tabela 2) e com uma densidade demográfica de 116,72 habitante/km².

De acordo com a tabela 1, 74,45% da população concentra-se na zona urbana enquanto que apenas 25,55% encontra-se na zona rural. Esta proporção equivale à do Estado como um todo onde temos 80,33% da população concentrada em zonas urbanas e 19,67% em zonas rurais.

Tabela 1: Distribuição da população por zona de habitação, Município de Arujá, 1970.

ZONA	hab.	,%
urbana	7.126	74,45
rural	2.445	25,55
Total	9.571	100,00

Tabela 2: População estimada, residente e presente do Município de Arujá de 1971 à 1978.

ANO	RESIDENTES	PRESENTES
1.971	9.865	9.924
1.972	10.252	10.326
1.973	10.633	10.720
1.974	11.011	11.113
1.975	11.394	11.519
1.976	11.787	11.921
1.977	12.181	12.316
1.978	12.578	12.702

Fonte: Serviço estadual de dados estatísticos.(SEADE).

É uma população jovem, onde encontramos 42,29% dos habitantes com idade abaixo de 14 anos, 54,56% em idade economicamente ativa, isto é, entre 15 e 64 anos e apenas 3,13% de maiores de 65 anos, (vide tabela 3). A pirâmide de idades (Gráfico 1) do Município de Arujá, 1970 é uma pirâmide equilibrada para os dois sexos (razão de masculinidade igual a 1,07), tendo uma base larga, o que indica uma alta natalidade, apresentando um ligeiro declínio com o acréscimo dos anos, sendo que o seu ápice torna-se muito estreito. É uma pirâmide típica de população jovem, com alta taxa de natalidade e mortalidade alta.

Encontramos no município, em 1970, 2.558 mulheres com idade acima dos 15 anos, sendo que dessas, 1786 tiveram filhos, tendo em média, cada uma, 4,5 filhos e, tendo ainda, na data do censo, em média 3,5 filhos vivos. (Dados do censo de 1970.)

Pela tabela 4 vemos que 50% das famílias possui um número de componentes menor ou igual a 4, e apenas 1,38% tem acima de 10 indivíduos.

Tabela 3: Distribuição da população segundo sexo e faixa etária
Município de Arujá, 1970.

IDADE \ SEXO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 1 ano	149	3,00	171	3,71	320	3,34
1 ano	119	2,40	124	2,69	243	2,54
2 anos	171	3,45	144	3,12	315	3,29
3 anos	169	3,41	154	3,34	323	3,38
4 anos	158	3,18	155	3,36	313	3,27
5 - 9 anos	641	12,92	756	16,40	1.397	14,60
10 - 14 anos	604	12,17	532	11,54	1.136	11,87
15 - 19 anos	493	9,94	441	9,57	934	9,76
20 - 24 anos	430	8,67	359	7,76	789	8,24
25 - 29 anos	336	6,67	317	6,88	653	6,82
30 - 34 anos	329	6,63	321	6,96	650	6,79
35 - 39 anos	293	5,91	269	5,84	562	5,87
40 - 49 anos	489	9,81	412	8,94	901	9,41
50 - 59 anos	325	6,55	243	5,27	568	5,94
60 - 69 anos	187	3,77	144	3,12	331	3,46
- de 70 anos	67	1,35	67	1,45	134	1,40
ignorada	1	0,02	1	0,02	2	0,02
TOTAL	4.961	100,00	4.610	100,00	9.571	100,00

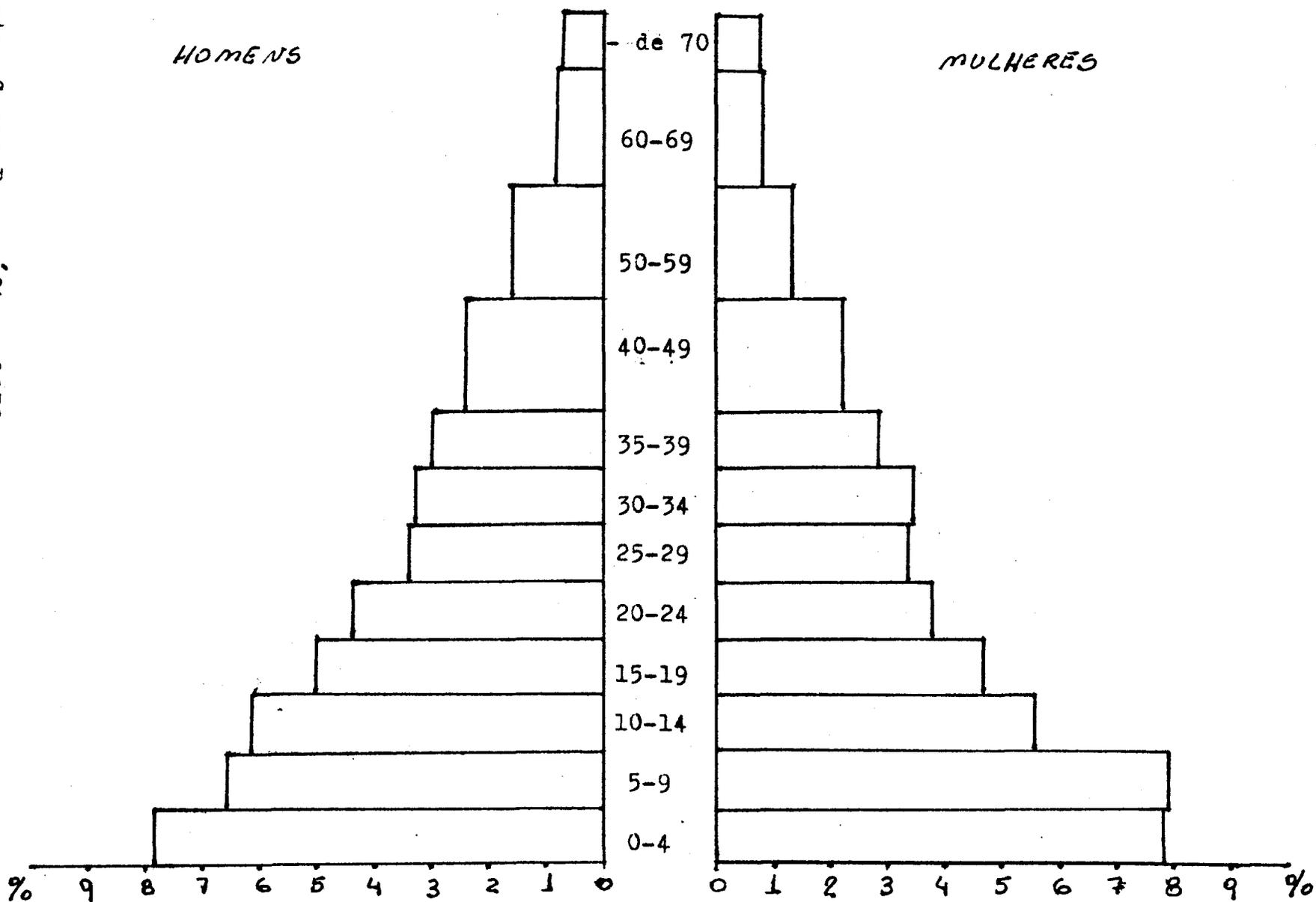
Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

Tabela 4: Distribuição das famílias segundo número de componentes, Município de Arujá, 1970.

Nº de indivíduos na família	Nº de famílias	%	% acumulada
1	105	5,17	5,17
2	355	17,47	22,64
3	350	17,22	39,86
4	369	18,16	58,02
5	261	12,84	70,86
6 - 10	564	27,76	98,62
11 - 14	28	1,38	100,00
TOTAL	2.032	100,00	

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

Gráfico 1: Pirâmide de idades do Município de Arujá, 1970.



Fonte: Censo Demográfico, 1970.

Analisando os dados das tabelas 5,6,7 e 8 vemos que a população residente em Arujá constitui-se na sua grande maioria de brasileiros natos, mas sendo naturais do Município apenas 4761 pessoas, o que corresponde a 49,74 % da população; 50,25 % dos residentes não são naturais de Arujá

Dentre os não naturais encontramos 562 estrangeiros (com os naturalizados) o que corresponde a 11,68 % dos moradores não naturais do Município.

Tabela 5: Nacionalidade segundo sexo, Município de Arujá, 1970.

SEXO NACIONALIDADE	HOMENS	MULHERES	TOTAL	
	Nº	Nº	Nº	%
brasileiro nato	4.639	4.370	9.009	94,13
bras. naturalizado	13	3	16	0,17
estrangeiros	309	237	546	5,70
TOTAL	4.961	4.610	9.571	100,00

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

Dentre os estrangeiros, tabela 6, predominam os japoneses - 75,46 % seguidos pelos portugueses 16,85 % e pelos italianos - 3,84 % .

Os 88,32 % restantes dos não naturais do Município constituem-se de brasileiros natos, migrantes de outras regiões do país (tabela 8), predominando a região sudeste com: 53,46 % de migrantes do próprio estado de São Paulo, 21,54% de Minas Gerais e 10,42 % da Bahia.

Quanto ao tempo de residência dos moradores não naturais do Município (tabela 7) notamos que 55,24 % reside a 5 anos ou menos e apenas 22,54 % reside a mais de 10 anos. Essa migração pode ser considerada recente, na época do censo, e provavelmente deve ter aumentado nos anos seguintes devido ao processo de industrialização do Município.

Tabela 6: Estrangeiros segundo nacionalidades mais frequentes; Município de Arujá, 1970.

NACIONALIDADE	Nº	%
Alemães	5	0,92
Argentinos	1	0,18
Espanhóis	1	0,18
Italianos	21	3,84
Japoneses	412	75,46
Libaneses	5	0,92
Poloneses	2	0,37
Portugueses	92	16,85
Romenos	1	0,18
Outros	5	0,92
s/ declaração	1	0,18
TOTAL	546	100,00

Fonte- Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

Tabela 7 - Tempo de residência dos indivíduos não naturais do Município de Arujá, 1970.

ANOS DE RESIDÊNCIA	Nº	%	% acum.
< 1 ano	691	14,37	14,37
1 ano	379	7,88	22,25
2 anos	558	12,60	33,85
3 anos	505	10,50	44,35
4 anos	196	4,07	48,42
5 anos	328	6,82	55,24
6 - 10 anos	1.069	22,22	77,46
11 anos e mais	1.084	22,54	100,00
TOTAL	4.810	100,00	

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

Tabela 8: População de brasileiros natos segundo naturalidade e sexo; Município de Arujá, 1970.

NATURALIDADE \ SEXO	HOMENS	MULHERES	TOTAL	
	Nº	Nº	Nº	%
Região Norte	-	-	-	-
SUB-TOTAL	-	-	-	-
Região Nordeste				
Piauí	3	4	7	0,08
Ceará	24	18	42	0,47
Rio Grande do Norte	42	29	71	0,79
Paraíba	30	26	56	0,62
Pernambuco	67	65	132	1,46
Alagoas	23	16	39	0,43
Sergipe	10	8	18	0,20
Bahia	245	198	443	4,92
SUB-TOTAL	444	364	808	8,97
Região Sudeste				
Minas Gerais	496	419	915	10,16
Espírito Santo	7	6	13	0,14
Rio de Janeiro	34	31	65	0,72
Guanabara	3	4	7	0,08
São Paulo	3.568	3.464	7.032	78,06
SUB-TOTAL	4.108	3.924	8.032	89,16
Região Sul				
Paraná	70	55	125	1,39
Santa Catarina	3	5	8	0,09
Rio Grande do Sul	3	10	13	0,14
SUB - TOTAL	76	70	146	1,62
Região Centro-Oeste				
Mato Grosso	8	5	13	0,14
Goiás	3	6	9	0,10
Distrito Federal	-	1	1	0,01
SUB-TOTAL	11	12	23	0,25
TOTAL	4.639	4.370	9.009	100,00

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

Da população como um todo encontramos 3030 pessoas na condição economicamente ativa, (31,66 %) e 6541 pessoas não ativas correspondendo aproximadamente a 2,16 dependentes por trabalhador (tabela 9). A população em geral concentra-se em torno do setor primário - 39,28 %, seguido pela indústria - 27,13 % .

Tabela 9: População economicamente ativa, segundo o setor de atividade, Município de Arujá, 1970.

ATIVIDADE SETOR	ECONOMICAMENTE ATIVA		ECONOMICAMENTE NÃO ATIVA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Setor primário	1.262	41,65	2.497	38,17	3.759	39,28
Indústria	811	26,77	1.786	27,30	2.597	27,13
Comércio	139	4,59	277	4,24	416	4,35
Prest. de Serviços	446	14,72	464	7,09	910	9,51
Transportes	187	6,17	488	7,46	675	7,07
Atividades Sociais	65	2,14	141	2,16	206	2,15
Adm. Pública	52	1,72	89	1,36	141	1,47
Outras atividades	68	2,24	64	0,98	132	1,38
SUB-TOTAL	3.030	100,00	5.806	88,76	8.836	92,32
condição inativa	-	-	735	12,24	735	7,68
TOTAL	3.030	100,00	6.541	100,00	9.571	100,00

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

A força de trabalho constitui-se na sua grande maioria por homens - 86,93 %, sendo que destes 44,50 % encontra-se no setor primário. As mulheres perfazem apenas 13,07 % da força de trabalho sendo que a maioria (44,45%) concentra-se na prestação de serviços. (Tabela 10).

Apesar da maioria da população residir em zona urbana vemos que a maior força de trabalho está no setor primário, isto é, agricultura, pecuária, etc. Isto pode ser explicado pelo fato de que o perímetro urbano do Município foi

ampliado, sendo que a zona urbana de Arujá conta com aproximadamente 8 km de diâmetro, perfazendo 50 km² (mais de 50% do Município). Com esta grande zona urbana pode ser que parte da população que vive basicamente em zona rural esteja sendo contada como habitante de zona urbana.

Tabela 10: População economicamente ativa segundo sexo e setor de atividade, Município de Arujá, 1970.

SEXO \ SETOR	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Setor primário	1.172	44,50	90	22,73	1.262	41,65
Indústria	750	28,47	61	15,40	811	26,77
Comércio	122	4,63	17	4,29	139	4,59
Prest. de Serviços	270	10,25	176	44,45	446	14,72
Transportes	172	6,53	15	3,79	187	6,17
Atividades Sociais	40	1,52	25	6,31	65	2,14
Adm. Pública	48	1,82	4	1,01	52	1,72
Outras atividades	60	2,28	8	2,02	68	2,24
TOTAL	2.634	100,00	396	100,00	3.030	100,00

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE.

A concentração da força de trabalho no setor primário, (41,65 %) seguido pela indústria (26,77) condiz com o nível de escolaridade da população, na época do censo, (tabela 11), onde encontramos uma porcentagem alta de analfabetos (aproximadamente 66 %), maior que para o estado como um todo (aproximadamente 50%).

Os alfabetizados (33,38 %) possuem na sua maioria apenas o curso primário - 85,96 % e percebe-se uma grande evasão das escolas nos cursos seguintes. (Tabela 11).

Tabela 11: Curso completado das pessoas de 10 anos e mais, Município de Arujá, 1970.

CURSO	PESSOAS	%
elementar	1.911	28,69
médio 1º ciclo	212	9,54
médio 2º ciclo	51	0,77
superior	49	0,74

SUB - TOTAL	2.223	33,38

elementar incompleto, analfabetos, sem declaração .	4.437	66,62
TOTAL	6.660	100,00

Fonte: Censo Demográfico, 1970 - IBGE

2.4. Aspectos Sócio - Culturais.

2.4.1. Comunicação:

A cidade não conta com serviços de rádio - difusão, tanto amadores como profissionais, porém as emissoras da Capital são captadas com facilidade pelos aparelhos locais, bem como os canais de televisão.

Mensalmente é imprimido um jornal com notícias da Região. (Vide anexo 1).

Possui uma agência de Correios da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) e a entrega de cartas é feita somente nas ruas centrais.

O serviço local e interurbano de telefones pertence à Companhia Telefônica Borda do Campo (CTBC) e o Município possui 312 telefones.

2.4.2. Igrejas e Templos.

Existem em número de quatro, onde os fiéis

de diferentes cultos podem praticar sua religião.

2.4.3. Lazer:

Para o lazer da comunidade em geral existe um Centro Comunitário da Associação Esportiva de Arujá, mantidos pela Prefeitura Municipal, além de um cinema.

2.4.4. Clubes de Serviços e Recreação:

- Lions Clube.
 - Arujá Golf Clube.
 - Nipon Country Clube.
 - Banco América do Sul Clube.
 - Clube Fiscal.
 - União Arujaense Futebol Clube.
- Associação Beneficiente de Arujá.

Observação: Todos tem praça de esportes anexa.

2.5. Aspectos Educacionais:

Arujá possui atualmente quatro escolas de 1º Grau; uma de 1º e 2º Grau e, oito escolas estaduais de 1º Grau isoladas.

Observação: Vide relação das escolas e população escolar no anexo 2.

2.6. Aspectos econômicos e administrativos:

2.6.1. Energia elétrica.

A concessionária do serviço de energia elétrica do Município de Arujá é a CESP - Centrais Elétricas do Estado de São Paulo S/A, com subestação no Município de Santa Isabel.

2.6.2. Agricultura:

Embora a área do Município de Arujá não seja favorável à produção agrícola, em face das características do solo, que se presta em sua maioria a exploração florestal, existe alguma atividade agrícola implantada em partes de sua área, predominando o cultivo de produtos horti-fruti-granjeiros.

2.6.3. Indústrias.

Em Arujá, existe incentivo à indústria desde a criação do Município, apoiado pela lei 6/60 de 7 de maio de 1960, que concede isenção de impostos e taxas municipais para indústrias sem similares na área, variando este benefício de 5 a 25 anos, segundo um critério de proporcionalidade entre número de empregados e tempo de isenção.

Atualmente estão cadastradas na Prefeitura Municipal de Arujá, 43 indústrias de pequeno e médio porte, estando quatro ainda em construção. Além destas, 29 outras indústrias possuem terrenos no Centro Industrial de Arujá. Vide a relação das indústrias no anexo 3.

2.6.4. Comércio e Serviços.

A polarização exercida por São Paulo, não permitiu o desenvolvimento significativo do Centro Comercial local. Todavia, Arujá conta com 181 estabelecimentos comerciais, localizados principalmente nas ruas centrais, sendo que o varejo é a atividade predominante.

Em relação à rede de estabelecimentos bancários, operam no local as seguintes agências:

- Banco do Estado de São Paulo.
- Banco Nacional.
- Banco Bandeirante S/A.

O município não conta com hotéis e pensões.

2.6.5. Administração:

A Prefeitura Municipal atende o público de segunda a sexta-feira das 12 às 18 horas.

A Câmara Municipal reúne-se nas primeiras e penúltimas quarta-feiras com exceção dos meses de janeiro e julho.

Atualmente a administração está a cargo do Sr. Benjamin Manoel, exercendo pela terceira vez a chefia do Executivo Municipal. Sua preocupação com a educação é grande revelando-se no slogan: "Uma escola em cada bairro." Promoveu a instalação de estabelecimentos de ensino em todos os bairros do Município.

Com a lei nº 302/72 de 28 de dezembro de 1972 criou o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de Arujá, que orienta a organização territorial, o desenvolvimento econômico, a localização das indústrias, a seleção de zonas residenciais e a atualização do comércio e serviços urbanos do Município.

Durante sua gestão de 1970 a 1974 foi construído: o Centro de Saúde, a Cadeia Pública, a Delegacia de Polícia e um Ginásio Estadual, atualmente E.E.P.S.G. Dr. René O. Barbosa.

3- Análise dos Indicadores de Saúde.

Podemos caracterizar os indicadores de saúde como sendo elementos propostos internacionalmente para avaliar o nível de saúde de uma comunidade.

Estando a medida do nível de saúde nos objetivos primordiais deste trabalho é fundamental que se faça uma análise detalhada de cada indicador. Afim de facilitar o processo de análise, usaremos o método comparativo e para tal relacionaremos os indicadores do Município e Estado de São Paulo, respectivamente, durante o mesmo período.

Nos foi fornecido através do Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria de Saúde do Estado uma série de dados que nos possibilitou a elaboração dos diversos indicadores, tanto para o Município de Arujá, bem como para o Município e Estado de São Paulo, para os anos de 1970 a 1973. Para os anos de 1974 a 1976 foram utilizados dados do Movimento de Registro Civil do Estado de São Paulo publicado pelo Serviço de Análise de dados Estatísticos (SEADE) da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo e também através de dados colhidos no Departamento Estadual de Estatística (DEE).

Isto posto, passaremos a analisar cada coeficiente de per si.

3.1. Coeficiente de Natalidade:

Este coeficiente é determinado através da divisão entre o número de nascidos vivos em certa área e ano pela população ajustada para o meio do ano.

Há vários fatores que afetam a natalidade como por exemplo a composição da população por sexo, idade e estado civil.

A tabela 12 apresenta o coeficiente de natalidade para o Município de Arujá, Município de São Paulo e Estado de São Paulo de 1970 a 1976.

Tabela 12: Coeficientes de natalidade por 1000 habitantes para os Municípios de Arujá, São Paulo e para o Estado de São Paulo de 1970 a 1976.

ANO \ LOCALIDADE	MUNICÍPIO DE ARUJÁ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	ESTADO DE SÃO PAULO
1970	22,87	25,70	26,48
1971	32,03	25,34	27,12
1972	32,97	25,78	27,55
1973	26,62	25,66	27,06
1974	33,97	25,52	27,66
1975	29,58	24,79	26,37
1976	24,94	25,14	24,84

Fonte: Movimento do Registro Civil do Estado de São Paulo

Como podemos notar, a natalidade em Arujá apresenta oscilações bastante mais "significativas" que no Município e Estado de São Paulo. Isto se deve, provavelmente, pelo fato de o número absoluto de nascimentos em Arujá ser bem menor que nas duas outras localidades escolhidas para a comparação. Além disso, vale lembrar que apesar dos dados estar sendo corrigidos por local de residência, este processo não acaba com as incorreções, as quais são sempre maiores quanto menor a localidade estudada.

Este indicador nos revela a velocidade relativa em que aumenta a população, através do número de nascidos vivos. Apesar de suas limitações ainda é amplamente utilizado em Saúde Pública. A média do coeficiente de natalidade nos últimos cinco anos para Arujá (29,62 ‰ nascidos vivos) está bem abaixo dos valores previstos para o Brasil - 36 ‰ N.V.

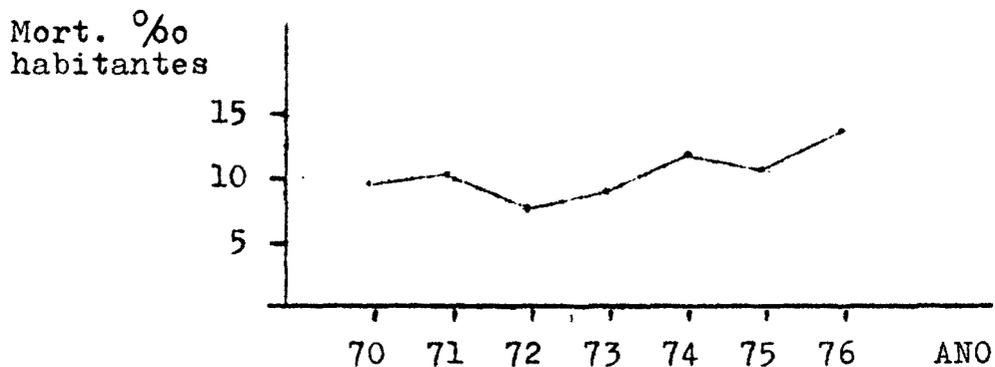
(V Conferência). Mesmo assim os valores encontrados são maiores que os do Município e Estado de São Paulo.

Os valores encontrados nas tres localidades são comparáveis aos países tidos como de grande natalidade na década de 50, como por exemplo: India - 27 ‰ N.V. , Peru - 29,5 ‰ N.V. e Indonésia - 30,7 ‰ N.V. (segundo Swaroop).

3.2. Coefficiente de Mortalidade Geral:

O coeficiente de mortalidade geral é um dos indicadores mais frequentemente calculado, por ser de fácil obtenção. Este coeficiente não se presta a comparações entre áreas diferente uma vez que não leva em conta a estrutura etária da população. Tal indicador é utilizado como evidenciador de tendências, em séries históricas, onde procura medir a probabilidade de mortes dos indivíduos em geral. Em nosso trabalho é difícil avaliar essa tendência tendo em vista que nós temos dados apenas para 7 anos (1970 a 1976). - Gráfico 2

Gráfico 2: Mortalidade geral para o Município de Arujá de 1970 a 1976



Fonte: Movimento do Registro civil do Estado de São Paulo

Na análise da mortalidade geral podemos observar uma oscilação, irregular do coeficiente, ao longo dos anos com uma discreta tendência a um aumento do mesmo a partir de 1972.

3.3. Mortalidade proporcional;

A razão de mortalidade proporcional, ou indicador de Swaroop-Uemura, é um dos melhores indicadores de saúde disponíveis. É de fácil construção e rápida interpretação, se prestando muito a comparação entre áreas, e não necessitando o conhecimento de dados referentes a população bem como a estrutura das causas de óbito.

Esse indicador refere-se a porcentagens de óbitos de indivíduos de 50 anos e mais em relação ao total de óbitos dando-nos assim informação imediata sobre a força de mortalidade nesse grupo etário. Para Arujá os valores variam de 26,88 em 1970 a 39,05 em 1973, quando de seu maior valor, como pode se ver na tabela 13. Não se nota tendência ao aumento de seus valores como pode ser observado para o estado de São Paulo, e com mais clareza para o município de São Paulo de 1973 em diante.

Tabela 13: Indicador de Swaroop-Uemura para os municípios de Arujá, São Paulo e para o estado de São Paulo nos anos de 1970 a 1976.

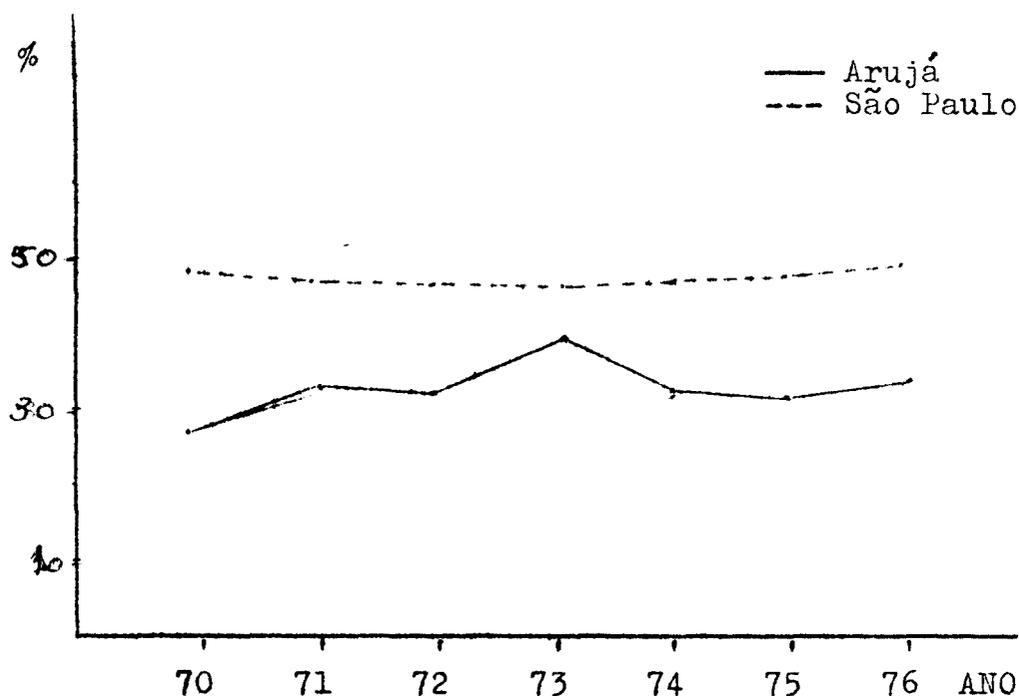
LOCALIDADE ANO	MUNICÍPIO DE ARUJÁ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	ESTADO DE SÃO PAULO
1970	26,88	48,42	46,76
1971	33,33	46,60	45,31
1972	31,92	46,16	45,85
1973	39,05	45,91	45,77
1974	31,59	46,07	46,10
1975	30,66	46,46	45,93
1976	32,95	48,28	48,17

Fonte: C.I.S. e Movimento do Registro civil do " o de São Paulo.

Encontramos para Arujá uma tendência para a melhora dos níveis de saúde medidos pelo indicador de Swaroop

de 1971 a 1973, e de lá para cá uma tendência contrária ou de uma certa estabilização mostrada no gráfico 3.

Gráfico 3: Indicador de Swaroop- Uemura para o Município de Arujá e para o Município de São Paulo de 1970 a 1976.



Fonte: C.I.S. e Movimento do Registro civil do Estado de São Paulo.

De maneira geral podemos afirmar que os valores encontrados para Arujá de 1970 a 1976 se comparam aos encontrados para o Japão de 1920 a 1930 (Swaroop), enquanto os valores encontrados para São Paulo assemelham-se aos da Itália de 1920 a 1930 (Swaroop), mostrando as precárias condições de saúde do Município de São Paulo, quando comparadas a alguns países, e mais precárias ainda no Município de Arujá. Como mais uma ilustração ao exposto podemos comparar a razão de mortalidade proporcional para maiores de 50 anos de Arujá no ano de 1973 (39,05 %) com o mais alto valor encontrado nos Estados Unidos no mesmo ano - 84,33 % (Demográfic Year Book).

3.4. Curva de mortalidade proporcional.

Nelson de Moraes, sanitarista brasileiro, calculando a mortalidade proporcional de vários grupos etários (menores de 1 ano, 1 a 5 anos, 5 a 20 anos, 20 a 50 anos e 50 anos e mais), construiu a chamada "curva de mortalidade proporcional" e estabeleceu quatro tipos de nível de saúde após estudar o comportamento desta curva em vários países.

As curvas mostram como a mortalidade se distribui entre os diversos grupos etários da população, fornecendo uma visão gráfica da situação de saúde da localidade.

Reconhece-se quatro tipos de curva:

- Tipo I - com nível de saúde muito baixo.
- Tipo II- com nível de saúde baixo.
- Tipo III- " " " " regular
- Tipo IV " " " " elevado.

Guedes e Guedes procuraram quantificar o indicador de Nelson de Moraes para oferecer uma idéia mais precisa da evolução do indicador ao longo dos anos e para melhor comparação entre regiões semelhantes.

Para Arujá nos anos de 1970 a 1973 como podemos observar, as curvas de Nelson de Moraes estão na transição do tipo II (baixo) para o tipo III (regular) e através de suas quantificações, conforme proposto por Guedes e Guedes, notamos isto de maneira clara. (Tabela 14).

De qualquer forma apesar da melhoria verificada por este indicador nos últimos 4 anos, ainda apresenta-se bem distante das condições de saúde do Município e Estado de São Paulo para o mesmo período conforme as tabelas 15 e 16.

Além disso a quantificação da curva de Nelson de Moraes evidencia que os valores encontrados para o Município de Arujá e para o Município e Estado de São Paulo estão muito distantes dos valores encontrados por Guedes para

Tabela 14: Percentual de óbitos por grupos de idade no Município de Arujá, de 1970 a 1973.

ANO	GRUPOS DE IDADE					QUANTIFICAÇÃO
	<1 ano	1-4	5-19	20-49	50 e +	
1970	44,09	3,06	3,23	17,20	26,88	- 11,40
1971	32,32	12,12	4,04	18,18	33,33	- 4,55
1972	34,10	12,50	3,41	18,18	31,82	- 6,03
1973	27,71	11,43	2,86	20,95	39,05	+ 0,38

Fonte: C.I.S.

Gráfico 4: Curvas de Nelson de Moraes para o Município de Arujá de 1970 a 1973.

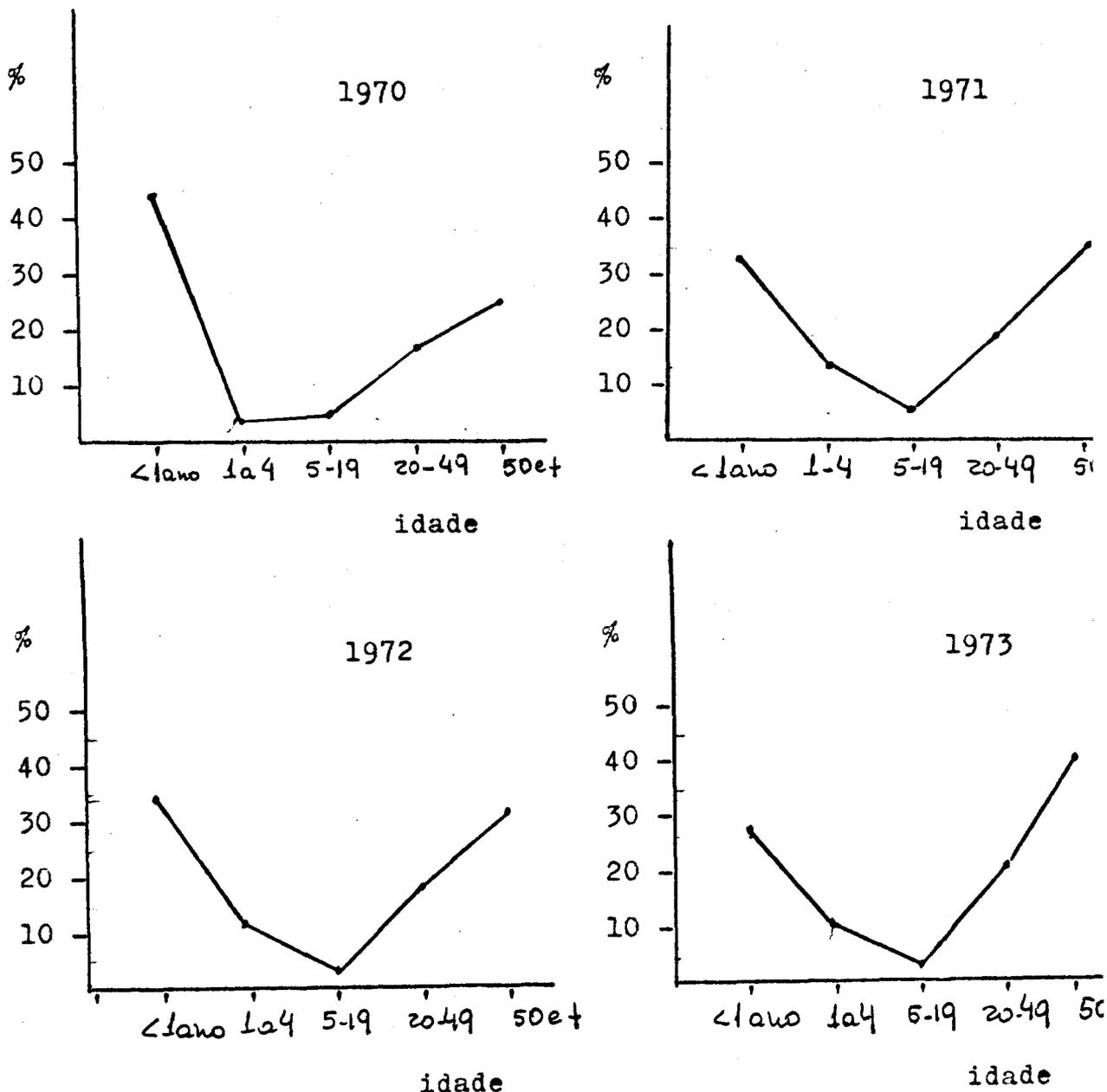


Tabela 15: Percentual de óbitos por grupos de idades no Município de São Paulo de 1970 a 1973

ANO	GRUPOS DE IDADE					QUANTIFICAÇÃO
	<1 ano	1-4	5-19	20-49	50 e +	
1970	26,07	3,18	3,13	19,19	48,42	+ 7,07
1971	27,68	3,72	3,27	18,19	46,60	+ 5,55
1972	27,67	3,48	3,47	19,19	46,16	+ 5,27
1973	27,10	3,52	3,58	19,87	45,91	+ 5,09

Fonte: C.I.S.

Tabela 16: Percentual de óbitos por grupos de idade no Estado de São Paulo de 1970 a 1973

ANO	GRUPOS DE IDADES					QUANTIFICAÇÃO
	<1 ano	1 - 4	5-19	20-49	50 e +	
1970	27,42	4,70	3,50	17,51	46,76	+ 5,86
1971	29,24	4,63	3,50	17,17	45,31	+ 4,53
1972	28,58	4,14	3,68	17,62	45,35	+ 5,01
1973	27,77	4,08	3,81	18,44	45,77	+ 5,04

Fonte: C.I.S.

países desenvolvidos em 1950, como por exemplo Inglaterra 136,3, Suíça 133,9 e EUA 120,2.

3.5. Coefficiente de Mortalidade Infantil.

Entre os indicadores específicos do nível de saúde de uma localidade destaca-se a mortalidade infantil, considerado por muitos como o melhor indicador de saúde da população em geral. É um indicador muito sensível porque a partir do nascimento a criança acha-se submetida a múltiplos fatores ambientais, e sua possibilidade de reação diante destes encontra-se expressa nesse coeficiente.

Em boas condições de bem-estar social "nenhuma" criança deveria morrer, exceto aquelas com problemas congênitos.

Se a taxa de mortalidade for baixa sugere: programas de vacinação adequados, nutrição da mãe e da criança satisfatória, boa atenção à gestante, enfermidades infecciosas controladas, boas condições de saneamento ambiental, controle efetivo de vetores, enfim, excelentes condições de vida e ótima atuação das agências de saúde.

É usual, para fins de comparação, a classificação da Mortalidade Infantil em:

- I - Fraca, coeficiente inferior a 50 ‰
- II - Moderada, coeficiente entre 50 e 70 ‰
- III- Forte, coeficiente entre 70 e 100 ‰
- IV- Muito forte, coeficiente superior a 100 ‰

Para Arujá podemos observar (tabela 17) que os coeficientes variam entre 88,76 a 177,49, sendo portanto

considerados fortes ou muito fortes, evidenciando as precárias condições de vida existentes no Município.

As oscilações irregulares observadas podem ser explicadas da mesma forma que as do coeficiente de natalidade, ou seja, pelo pequeno número absoluto de óbitos observado no ano, e por erros na classificação dos óbitos por local de residência.

Ao compararmos os coeficientes de Arujá com os do Município e Estado de São Paulo, vemos que Arujá sempre apresenta coeficientes mais elevados e em 1976 essa diferença é bem acentuada: 152,99 ‰ para Arujá contra 80,13 ‰ para o município de São Paulo e 82,22 ‰ para o Estado de São Paulo.

Não dispomos de dados para o Brasil como um todo, uma vez que o problema do sub-registro de óbitos e principalmente de nascimentos ainda é muito grande entre nós.

Os valores encontrados para Arujá estão entre os mais altos encontrados no mundo em 1955, comparando-se aos do Chile - 124,8 ‰, Equador - 112,6 ‰, Paquistão - 100,3 ‰, Filipinas - 84,3 ‰. (Swaroop).

Tabela 17 - Coeficientes de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos para o Município de Arujá, Município de São Paulo e para o Estado de São Paulo, de 1970 a 1976.

ANO \ LOCALIDADE	MUNICÍPIO DE ARUJÁ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	ESTADO DE SÃO PAULO
1970	177,49	81,24	83,91
1971	101,27	85,38	90,07
1972	88,76	88,66	86,15
1973	95,41	87,20	89,17
1974	122,99	78,05	82,34
1975	118,39	86,77	91,61
1976	152,94	80,13	82,23

3.6. Coefficiente de Mortalidade Neo-natal.

O coeficiente de mortalidade infantil pode ser subdividido em dois indicadores: mortalidade neo-natal e infantil tardia.

O coeficiente de mortalidade neo-natal é um indicador das condições de assistência à gestante (pré-natal e parto) e ao recém-nascido (principalmente o problema de infecção no berçário.

Para o Município de Arujá podemos observar a presença de oscilações irregulares que podem ser explicadas de forma semelhante às da mortalidade infantil. Nota-se ainda que em seis dos sete anos observados os valores encontrados são inferiores aos do coeficiente de mortalidade tardia, o que é habitual em áreas com coeficiente de mortalidade infantil forte ou muito forte.

Comparando-se os valores encontrados para Arujá e para o Município e Estado de São Paulo (tabela 18) notaremos tanto no Município como no Estado nítida tendência a um decréscimo dos valores do indicador, o que poderia evidenciar uma melhora do nível de saúde destas localidades. Esta tendência não é observada nos anos por nós analisados no Município de Arujá.

Tanto para Arujá, como para o Município e Estado de São Paulo, os valores de coeficiente de mortalidade neo-natal são bastante altos, típicos de áreas subdesenvolvidas.

Tabela 18: Coeficientes de mortalidade neo-natal por 1000 nascidos vivos para o Município de Arujá, Município de São Paulo e Estado de São Paulo, de 1970 a 1976.

ANO \ LOCALIDADE	MUNICÍPIO DE ARUJÁ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	ESTADO DE SÃO PAULO
1970	64,94	39,90	39,70
1971	41,14	40,02	42,29
1972	31,54	39,77	39,75
1973	49,47	40,20	40,96
1974	56,15	34,75	37,51
1975	42,82	20,76	21,96
1976	52,94	20,18	21,22

Fonte: C.I.S. , D.E.E. e Movimento do Registro civil do Estado de São Paulo.

3.7. Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia.

O coeficiente de mortalidade infantil tardia se refere aos óbitos de crianças entre 28 dias e 1 ano exclusivo. É um excelente indicador de vida deste grupo.

Este coeficiente mede principalmente influências do meio externo, condições de habitação, alimentação, saneamento, etc., sobre este grupo etário .

Observando-se a tabela 19 notamos que tanto para Arujá como para o Município e Estado de São Paulo, o indicador apresenta também oscilações irregulares, porém os valores encontrados em Arujá são sempre superiores.

O valor médio para Arujá é de 70 ‰, sem dúvida muito alto, indicando as precárias condições de vida e conseqüentemente o baixo nível de saúde da população do Município.

Tabela 19: Coeficientes de mortalidade infantil tardia por 1000 nascidos vivos para o Município de Arujá, Município de São Paulo e para o Estado de São Paulo de 1970 a 1976.

LOCALIDADE ANO	MUNICÍPIO DE ARUJÁ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	ESTADO DE SÃO PAULO
1970	112,45	41,34	44,12
1971	60,13	45,37	47,78
1972	56,21	45,89	35,74
1973	45,94	47,00	48,21
1974	56,84	43,30	46,83
1975	75,57	66,01	69,61
1976	100,00	59,95	61,01

Fonte: C.I.S. , D.E.E. e Movimento do Registro civil do Estado de São Paulo.

3,8. Mortalidade Materna.

O coeficiente de mortalidade materna mede o risco de morrer por causas associadas com a gestação, parto e puerpério. Para Arujá, tal coeficiente é zero de 1970 a 1973 únicos anos para os quais dispomos de dados, visto que os óbitos de 1974 a 1976 por causas apresentam grandes incorreções, como pudemos constatar no D.E.E., onde encontramos óbitos por complicações de parto e puerpério em pessoas do sexo masculino. Apenas com a análise desses quatro anos nada se pode afirmar de mais concreto. Apesar disso podemos levantar duas hipóteses: a primeira que, a assistência a mulher durante a gestação, parto e puerpério é de tão boa qualidade que não se verificou óbitos por essas causas; e a segunda que o número de gestações no local é pequeno e que com isso não se observou mortalidade materna, já que a primeira hipótese não nos parece corresponder a realidade tendo em vista os outros indicadores já expostos, principalmente a mortalidade neo-natal.

Para o Município e Estado de São Paulo os coeficientes encontrados foram respectivamente 7,30 e 8,80 por 10.000 nascidos vivos para o período de 1970 a 1973.

O coeficiente de mortalidade materna não dos melhores indicadores de saúde que se possui para calcular o nível de saúde de diferentes comunidades.

Voltando a apreciar o valor zero do coeficiente de mortalidade materna em Arujá, a hipótese mais aceitável é que devido ao baixo número de nascimentos observados no Município, associada a alta porcentagem de óbitos mal definidos, em média 40% dos óbitos dos anos de 1970 a 1973, estamos subestimando o valor da mortalidade materna e não que haja excelentes condições de saúde na localidade. Para uma análise mais fiel das condições de assistência materna no município, seria necessário um melhor conhecimento da estrutura dos óbitos mal definidos, bem como a análise de um maior número de anos para uma melhor compreensão da situação.

3.9. Natimortalidade.

O coeficiente de natimortalidade é calculado usando-se no numerador os óbitos fetais oriundos de gestações superiores a 28 semanas e no denominador o número de nascidos vivos. Este coeficiente fornece uma medida indireta da assistência pré-natal e do parto, uma vez que o acompanhamento regular à gestante pode minimizar o resultado negativo do evento (Baldijão).

Relacionaremos abaixo os coeficientes de natimortalidade para o Município de Arujá, Município de São Paulo e para todo o estado de São Paulo, com o objetivo já salientado de compará-los para melhor visualização das condições de saúde locais (tabela 20).

Tabela 20: Coeficientes de Natimortalidade para 1000nascidos vivos, para os municípios de Arujá e São Paulo e para o Estado de São Paulo, de 1970 a 1976.

ANO	LOCALIDADE MUNICÍPIO DE ARUJÁ	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	ESTADO DE SÃO PAULO
1970	22,42	23,94	27,12
1971	36,59	21,94	25,58
1972	45,20	20,32	24,18
1973	34,13	20,52	23,34
1974	50,80	30,30	30,71
1975	32,54	20,12	22,83
1976	44,92	19,41	22,01

Fonte: C;I;S;

A natimortalidade vem apresentando, a partir de 1950, uma tendência declinante, tanto no Município como no Estado de São Paulo (Baldijão). Esta tendência pode também ser observada nos anos de 1970 a 1976 relacionados acima.

No caso do Município de Arujá, as oscilações que apresentam os dados de ano para ano dificultam uma tentativa de análise que dê uma orientação precisa acerca da tendência deste coeficiente. Podemos novamente indicar o pequeno número absoluto de casos como causa de oscilação observada, afóra outros que se prestariam para análise do coeficiente também para as outras áreas como o problema da definição dos fatos vitais e sua aplicação na prática como nascido vivo e morte fetal, omissão no registro de nascimentos e mortes, etc..

Como tentativa de comparabilidade podemos usar as médias entre 1970 e 1976, para as tres áreas, e que no caso seriam:

Arujá - 30,09

Município de São Paulo - 22,36

Estado de São Paulo - 25,11

Estes valores se prestam para reforçar a dúvida que ficou em relação a confiabilidade do coeficiente de mortalidade materna e uma possível relação condições de assistência pré-natal e ao parto, no Município de Arujá, já que um mostraria como excelente tais serviços, no caso o coeficiente de mortalidade materna, e o outro se prestaria a contrariá-lo no

caso a natimortalidade.

3:10. Coefficientes de Mortalidade por causa.

O coeficiente de mortalidade para uma determinada "causa- mortis" é calculado através do número de óbitos provocado por determinada causa por 100.000 habitantes, num determinado lugar e ano:

$$\text{Coeficiente por det. causa} = \frac{\text{óbitos por det. causa}}{\text{população}} \times 100.000$$

A partir do cálculo deste coeficiente observaremos qual entre as causas relacionadas contribui mais significativamente para o total de óbitos da localidade em questão. Para a confecção do coeficiente utilizamos a Lista B da Classificação Internacional de Doenças (tabela 21) e a população residente segundo dados do D.E.E.

A partir das tabelas 22,23,24 e 25 podemos visualizar as causas de maior peso na determinação e proporção dos óbitos no Município de Arujá. Como principal causa durante os anos de 1970 a 1973 encontramos "Sintomas e estados mórbidos mal definidos" - 41,35%. fato verificado em muitas áreas brasileiras, o que impõe necessariamente limitações à qualidade dos dados sobre a mortalidade por causas. Nesse grupo de causas são incluídos os óbitos de causas não diagnosticadas, principalmente por falta de assistência médica. Se elevado, esse percentual exprime que os dados discriminados por causa são, por princípio, inseguros, pois um número desconhecido de óbitos de uma determinada causa pode estar sendo incluído naquele grupo, não tendo, portanto, sido abrangido na cálculo de coeficiente de mortalidade específico.

As deficiências para o cálculo de tal coeficiente são apontadas por Scorzelli,(Ramos) como sendo:

a. Atestado indevido da causa de morte pelo

oficial do registro civil, nos casos sem assistência médica.

b. Utilização abusiva do dispositivo legal que concede ao oficial do registro civil a faculdade de autorizar o sepultamento, na ausência de médico atestante, desde que duas testemunhas idôneas declarem tratar-se de morte natural.

c. Falta de assistência médica, impossibilitando a identificação das entidades mórbidas determinantes do óbito e provocando, em consequência, a redução artificial dos coeficientes de mortalidade por causas.

d. Preenchimento inadequado do atestado no que tange a causa de morte, por negligência ou desconhecimento, por parte do médico, das normas que regulam a matéria.

e. Impossibilidade, em relação a certas doenças, de utilização dos recursos técnicos necessários a um diagnóstico preciso.

f. Evolução dos conhecimentos médicos, determinando, para muitas doenças modificação dos conceitos sobre elas estabelecidos no decorrer do tempo, o que afeta a comparabilidade dos dados.

g. Variação dos critérios de seleção da causa inicial do óbito, o que igualmente afeta a comparabilidade dos dados.

h. falta de ajustamento dos dados relativos a determinadas causas às modificações da Nomenclatura Internacional de Doenças e Causas de morte.

Os tres primeiros fatores acima relacionados são os principais responsáveis pelo elevado percentual de óbitos por causas desconhecidas e mal-definidas, segundo Scorzelli.

Outra verificação que podemos fazer a partir da alta taxa de óbitos mal definidos, seria a sua utiliza-

ção como medida dos "recursos para o setor saúde" à disposição da população (Guedes).

Dentre as outras causas relacionadas observamos a força de patologias que podem ser evitadas como, por exemplo, enterites e outras diarreias, pneumonia (que em nosso meio reflete em geral, mortalidade por sarampo), etc., características de áreas subdesenvolvidas, ao lado de causas típicas de áreas desenvolvidas como, doença isquêmica do coração, doenças cerebro-vasculares, tumores malignos, etc..

A análise do coeficiente de mortalidade por causa entre os menores de um ano também apresenta como primeira causa de óbito "sintomas e estados mórbidos mal definidos" responsável por mais de 30 % destes (vide tabelas 26, 27, 28, e 29). As demais causas encontradas são também típicas de países subdesenvolvidos como, por exemplo, pneumonias (12,99 ‰ N.V; em 1970), enterites e outras doenças diarreicas (17,32 ‰ N.V. em 1970), tuberculose (3,53 ‰ N.v. em 1973), avitaminose e outras doenças nutricionais (3,53 ‰ N.V. em 1973), etc..

Tabela 21: Óbitos e coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes), segundo grupos de causas (lista B), Município de Arujá, de 1970 a 1973.

GRUPOS DE CAUSAS	1970		1971		1972		1973	
	Nº	COEFICIENTE	Nº	COEFICIENTE	Nº	COEFICIENTE	Nº	COEFICIENTE
Grupo I (B1 à B18)	6	63,25	10	101,37	10	97,54	13	122,26
Grupo II (B19 à 20)	1	10,54	4	40,55	3	29,26	8	75,24
Grupo III (B21 à B22)	1	10,54	2	20,27	-	-	1	9,40
Grupo IV (B23)	-	-	-	-	-	-	-	-
Grupo VI (B24)	2	21,08	-	-	2	19,51	-	-
Grupo VII (B25 à B30)	11	115,96	7	70,96	9	87,79	12	112,86
Grupo VIII (B31 à B33)	6	63,25	16	162,19	13	126,80	8	75,24
Grupo IX (B34 à B37)	3	31,63	1	10,14	-	-	1	9,40
Grupo X (B38 à B39)	-	-	1	10,14	-	-	-	-
Grupo XI (B40 à B41)	-	-	-	-	-	-	-	-
Grupo XIV (B42)	1	10,54	2	20,27	1	9,75	-	-
Grupo XV (B 43 à B44)	9	94,88	3	30,41	2	19,51	4	37,62
Grupo XVI (B45)	39	411,13	38	385,20	36	351,15	38	357,38
Grupo XVII (B47 à B50)	12	126,50	11	111,51	11	107,30	17	159,88
Todas as demais (B46)	2	21,08	4	40,55	1	9,75	3	28,21
TOTAL	93	980,39	99	1003,55	88	858,37	105	987,49

Fonte: C.I.S.

Tabela 22: Número de óbitos, porcentagem do total e coeficientes (100.000 hab.) para as primeiras causas de óbito, entre todas as idades, no Município de Arujá, 1970.

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITO	Nº	%	COEF.
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-796).....	39	41,93	395,33
Pneumonia (480-486).....	6	6,45	60,82
Outras causas de mortalidade perinatal (760-779).....	5	5,37	50,68
Enterites e outras diarreias (008-009)	4	4,30	40,54
Doenças cerebrovasculares (430-438)..	4	4,30	40,54
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (764-776).....	4	4,30	40,54
As demais causas externas (970-999)..	4	4,30	40,54
Doenças isquêmicas do coração (410-414).....	3	3,22	32,64
Outras formas de doenças do coração (420-429).....	3	3,22	32,64
Acidentes de veículo à motor (810-823).....	3	3,22	32,64
Os demais acidentes (800-949).....	3	3,22	32,64

Fonte: C.I.S.

Tabela 23: Número de óbitos, porcentagem do total e coeficientes (100.000 hab.) para as primeiras causas de óbito, entre todas as idades, no Município de Arujá, 1971.

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITO	Nº	%	COEF.
Sintomas e estados mórbidos mal definidos.....	38	38,38	385,2
Pneumonia.....	13	13,13	131,77
Enterites e outras diarreias.....	6	6,06	60,82
As demais causas externas.....	5	5,05	50,68
Tumores malignos.....	4	4,04	40,54
Todas as demais causas.....	4	4,04	40,54
Doenças isquêmicas do coração.....	3	3,03	30,41
Doenças cerebro vasculares.....	3	3,03	30,41
Os demais acidentes.....	3	3,03	30,41

Fonte: C.I.S.

Tabela 24: Número de óbitos, porcentagem do total e coeficientes (100.000 hab.) para as primeiras causas de óbito, entre todas as idades, no Município de Arujá, 1972.

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITO	Nº	%	COEF.
Sintomas e estados mórbidos mal definidos.....	36	48,90	351,15
Pneumonia.....	12	13,63	117,05
Acidentes de veículo a motor.....	7	7,95	68,28
Enterites e outras diarreias.....	6	6,61	58,53
Doenças cerebro-vasculares.....	4	4,54	39,02
Demais doenças infecciosas.....	3	3,40	29,26
Tumores malignos.....	3	3,40	29,26
Doenças isquêmicas do coração.....	3	3,40	29,26
Meningites.....	2	2,27	19,51
Os demais acidentes.....	2	2,27	19,51

Fonte: C.I.S.

Tabela 25: Número de óbitos, porcentagem do total e coeficientes (100.000 hab.) para as primeiras causas de óbito, entre todas as idades, no Município de Arujá, 1973.

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITO	Nº	%	COEF.
Sintomas e estados mórbidos mal definidos.....	38	36,19	357,37
Enterites e outras diarreias	10	9,52	94,05
Acidentes de veículo a motor.....	10	9,52	94,05
Tumores malignos.....	7	6,66	65,83
Pneumonia.....	7	6,66	65,83
Outras formas de doenças do coração..	5	4,76	47,02
Doenças cerebro-vasculares.....	4	3,80	37,62
Outras causas de mortalidade perinatal	3	2,85	28,21
Todas as demais doenças	3	2,85	28,21

Fonte: C.I.S.

Tabela 26: Número de óbitos, porcentagem do total e coeficientes (1.000 N.V.) para as causas de óbito, entre menores de 1 ano, no Município de Arujá, 1970.

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITO	Nº	%	COEF.
Sintomas e estados mórbidos mal definidos.....	19	46,34	82,25
Outras causas de mortalidade perinatal	5	12,20	21,65
Enterites e outras diarreias.....	4	9,76	17,32
Lesões ao nascer.....	4	9,76	17,32
Pneumonia.....	3	7,32	12,99
Obstrução intestinal e hérnia.....	2	4,88	8,66
Todas as outras causas.....	2	4,88	8,66
Meningite.....	1	2,44	4,33

Fonte: C.I.S.

Tabela 29: Número de óbitos, porcentagem do total e coeficientes (1.000 N.V.) para as causas de óbito entre menores de 1 ano, no Município de Arujá, 1971.

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITO	Nº	%	COEF.
Sintomas e estados mórbidos mal definidos.....	9	33,33	31,80
Enterites e demais diarreias.....	8	29,63	28,27
Pneumonia.....	4	14,81	14,13
Outras causas de mortalidade perinatal	3	11,11	10,60
Tuberculose.....	1	3,70	3,53
Avitaminose e outras deficiências nutricionais.....	1	3,70	3,53
Lesões ao nascer.....	1	3,70	3,53

Fonte: C.I.S.

A tabela 30 nos fornece uma visão geral dos principais indicadores de saúde para Arujá de 1970 a 1976. Nesta tabela podemos observar de forma resumida, que a situação de saúde do Município é bastante precária.

Os indicadores se aproximam muito de valores encontrados para países desenvolvidos na década de 1950, como já tivemos oportunidade de demonstrar, na análise de cada indicador em separado, ou de valores de países considerados subdesenvolvidos nos dias de hoje.

Uma análise mais global das condições de vida e de saúde de Arujá será feita no final deste trabalho, onde além dos indicadores de saúde propriamente ditos, serão analisados também dados referentes à educação, estrutura de emprego e condições de vida da localidade procurando-se interpretar de forma mais geral os componentes biológicos, sociais, psicológicos determinantes da qualidade de vida e saúde do Município de Arujá.

Tabela 30: Principais indicadores de Saúde para o Município de Arujá, de 1970 à 1976.

INDICADORES \ ANO	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Coef. Natalidade*	24,35	32,03	32,97	26,61	33,97	34,84	28,85
Coef. Mortalidade Geral**	9,80	10,03	8,58	9,87	12,26	10,88	12,73
Coef. Mort. Infantil*	177,49	101,27	88,76	95,41	122,99	118,39	152,94
Coef. Mort. Neo-natal*	64,94	41,14	32,54	49,47	56,15	42,82	52,94
Coef. Mort. Infantil tardia*	112,55	60,13	56,21	45,94	56,84	75,57	100,00
Coef. Mort. Materna*	-	-	-	-	(1)	(1)	(1)
Coef. Natimortalidade*	27,42	36,59	45,20	34,13	50,80	32,84	44,92
Coef. Mort. por doenças transmissíveis***	63,25	101,37	97,54	122,26	(1)	(1)	(1)
Razão de Mortalidade Proporcional	26,88	33,33	31,82	39,05	32,59	30,66	32,95
Quantificação da Curva de Nelson de Moraes	-11,40	-4,55	-6,03	+0,38	(1)	(1)	(1)

Fonte: C.I.S., Movimento do Registro Civil do Estado de São Paulo, D.E.E.

* 1000 nascidos vivos.

** 1000 habitantes

*** 100.000 habitantes

(1) não há dados referentes a estes anos.

4- Saneamento.

4.1. Água:

Até o presente momento, a água de Arujá provém de poços escavados na zona mais baixa da cidade, de onde é levada à região mais alta do município. Em consequência da falta de esgotos, a população utiliza-se de fossas negras, que localizadas próximas ao lençol freático determinam a contaminação dos mesmos.

Com a finalidade de dar solução ao problema o Município solicitou à SABESP um estudo para o abastecimento de água de Arujá.

O projeto, realizado por uma empresa privada contratada pela SABESP, prevê que a fonte abastecedora de água será a do SAM (Sistema Adutor Metropolitano da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo), que através de uma adutora de 300 mm encaminhará a água ao reservatório, situado no Jardim Rincão, na Av. Getúlio Vargas, com capacidade para 1.000 m³, que fará o abastecimento da zona baixa da cidade.

Também foi construído um reservatório elevado com capacidade de 200 m³ para abastecer a parte alta da cidade, porém, para que possa ser utilizado há necessidade de um equipamento de recalque que está sendo providenciado pela SABESP.

A rede, prevista para o atendimento da população de Arujá é de 27 km. Atualmente existem 656 ligações domiciliares localizadas na zona baixa da cidade, sendo que, até o final do ano deverão ser concluídas 2.000 ligações.

As ligações existentes pagam uma tarifa básica de Cr\$ 16,00, estando em estudo tres tipos de tarifas por m³ :

a) consumo de até 15m³/ mes - Cr\$ 2,11 o m³

- b) consumo de 15 a 50 m³/mes - Cr\$3,60 o m³.
- c) consumo maior que 50 m³/mes - Cr\$ 5,95 o m³.

A conclusão das obras está prevista, segundo informações obtidas na SABESP local e em São Paulo, para o final de 1978, faltando ainda a aquisição e colocação do equipamento de recalque. Assume a empresa que 25 % das obras já foram concluídas.

O crescimento populacional de Arujá ocorre de forma acelerada e para atender as necessidades da população a SABESP já possui um projeto de ampliação dos serviços prestados, com reservatórios para uma capacidade de 7.000m³ e extensão da rede para 157 km.

Muitas das pessoas que possuem ligações de água em suas residências continuam utilizando a água dos poços. Explicam elas que, o sabor da água encanada é desagradável. Deve-se salientar que a água distribuída pela SABESP sofre o tratamento adequado. Para a solução deste problema a SABESP estabeleceu como norma fechar todos os poços onde existam ligações de água, porém esta medida ainda não foi implantada, esperando-se o final das ligações.

Devemos mencionar ainda que a indústrias sediadas em Arujá possuem seu próprio abastecimento de água.

4.2. Esgoto.

Como já foi mencionado anteriormente o sistema de esgoto é constituído em sua maioria por fossas negras. Alguns prédios situados na zona mais baixa e próximos ao riacho que atravessa a cidade lançam os resíduos no mesmo, sem nenhum tratamento, produzindo uma fonte de contaminação e criadouro de mosquitos e roedores.

Foi contratado pela SABESP um estudo para a construção do sistema de esgotos de Arujá, estando o mesmo já concluído faltando apenas o contrato para a realização das obras.

Apresentamos abaixo alguns dados globais sobre o estudo realizado:

45.000 m de rede coletora
4.300 ligações domiciliares
5.000 m de coletores tronco
Lagoa aerada em série.

4.3. Lixo.

O serviço de limpeza pública é Municipal, Segundo dados colhidos junto à prefeitura do Município, a coleta do lixo é realizada por dois veículos pertencentes à mesma.

Em decorrência da falta de sistematização no setor, existem áreas onde a coleta é realizada duas vezes ao dia enquanto outras são beneficiadas por apenas uma ou duas coletas por semana.

Inicialmente o lixo doméstico era acondicionado em sacos plásticos fornecidos pela prefeitura, mas atualmente a população utiliza-se de qualquer tipo de recipiente, sem características específicas quanto ao tamanho, forma e material empregado.

Quanto ao destino final do lixo, segundo informações prestadas pela prefeitura local, há um aterro sanitário à 2 km da cidade; porém foi verificado que, o lixo é vendido a agricultores que o utilizam como adubo.

4.4. Alimentos.

Há no Município um grande número de hortas cuja produção é destinada ao consumo interno de Arujá. Esta.

plantações são irrigadas com águas provenientes de poços ou de pequenas represas existentes no local, que pela sua proximidade com fossas negras estão conseqüentemente contaminadas.

A irrigação de verduras e legumes com água contaminada determina a contaminação das hortaliças, o que contribui para uma maior incidência de parasitoses e infecções intestinais na população.

4.5. Residências.

De forma geral os imóveis residências de Arujá são construídos com material de boa qualidade, ocorrendo o mesmo com as instalações sanitárias. Este fato é resultante da atuação da prefeitura que tem se preocupado em não permitir a formação de favelas ou moradias provisórias. A higiene pessoal é feita de forma rudimentar, com vasilhas ou chuveiros com pequena quantidade de água. Quanto ao destino dos dejetos, como já foi citado, utilizam-se de fossas negras.

4.6. Saneamento nas escolas.

As deficiências encontradas e já mencionadas para a cidade como um todo são válidas para os estabelecimentos de ensino.

4.7. Saneamento nas indústrias.

Para a análise da situação de saneamento nas indústrias de Arujá foi realizado o levantamento do número de estabelecimentos e suas respectivas especialidades.

A população de indústrias (39), relacionadas no anexo 3, foi dividida em estratos de acordo com o grau de poluição que estas produzem. Assim obtivemos:

- plásticos e alimentos - 14 indústrias.
- cimento e madeira - 17 indústrias.

- metalúrgicas - 8 indústrias.

Após a realização do sorteio a amostra constituiu-se das seguintes indústrias:

--Blocos Sansão Indústria e Comércio de Artefatos de Cimento (nº 06).

- Ingarci - Indústria de Artefatos de Cimento. (nº 16)

- Sieg - Indústria Metalúrgica Ltda. (nº33)

- Le Fosse S.M. - Indústria e Comércio de Metais Ltda. (nº 34).

- Vibrachoc do Brasil - Dispositivos anti-vibráteis e anti-choques. (nº 39).

- Fatec. - Química industrial S/A. (nº 10)

- Italgesso - Indústria e comércio (nº 17)

- Poli-feed - Indústria e Comércio (nº 26).

Do levantamento realizado nestas indústrias pode-se chegar às seguintes conclusões:

São na quase totalidade indústrias de transformação de matéria prima, tais como: papelaria, artigos de plástico, marcenarias, artefatos de cimento, que não determinam nenhuma possibilidade de poluição ambiental, acrescente-se a este, o fato das mesmas estarem localizadas distantes do perímetro urbano e a longa distância uma da outra.

Das indústria visitadas, uma tem tratamento da água que é utilizada na fabricação de produtos químicos (medicamentos para animais). A água de consumo dos empregados provém de outra fonte.

Nas demais (todas com poços) não existe nenhum tipo de tratamento, nestes casos seria desejável que o inspetor sanitário realizasse visitas periódicas e que a água utilizada para o consumo humano fosse analisada, a fim de proteger a saúde dos trabalhadores dessas indústrias.

Quanto ao sistema de esgoto, a situação é a mesma descrita anteriormente. Uma das indústrias tem um pequeno tratamento, feito com carvão ativado. As demais têm um pequeno volume de esgotos e não efetuam nenhuma forma de tratamento. Destas algumas têm fossas negras, outras fossa séptica em más condições.

Seria, pelo que foi exposto recomendável a realização de inspeção sanitária obrigando às indústrias a construir tanques sépticos com campos de infiltração.

Quanto ao lixo destas fábricas a maior parte é queimada (papel, papelão). Uma das indústrias emprega parte dos resíduos na alimentação de porcos e parte em aterro.

Sobre este aspecto haveria necessidade de um estudo mais detalhado para o conhecimento da espécie de resíduo produzido por cada indústria, definindo-se qual seria a melhor solução quanto ao destino final do mesmo.

Em nenhuma das fábricas pesquisadas há programas de segurança do trabalho.

4.8. Conclusões e recomendações.

4.8.1. Água.

Atualmente o Município de Arujá têm em processo o projeto de construção de um sistema de abastecimento de água moderno e de boa qualidade.

Excluído o problema da falta de rede abastecedora encontra-se a cidade com outra dificuldade a ser superada, é a que se refere a resistência da população na utilização da água tratada.

Para a solução do problema haveria necessidade de realizar-se extenso programa educativo, cujo objetivo seria o de estimular a população a consumir água tratada.

A integração da SABESP com o Centro de Saúde, na coordenação e desenvolvimento de programa educativo é uma das condições prioritárias para o bom êxito da ação.

4.8.2. Esgoto.

A grande quantidade de fossas negras que substituem a rede de esgotos de Arujá produz como consequência a contaminação da água dos poços utilizada pela população. Outro fator a agravar a situação da comunidade é o lançamento de dejetos no riacho que atravessa a cidade.

Dos dois fatores acima mencionados, parece ser o mais importante a contaminação do lençol freático. Esta poderia ser minimizada com programas educacionais que levassem a população a um menor consumo de água de poço. Este programa deveria também abordar aspectos como: utilização de cloro e orientação sobre o adequado uso da rede de esgotos quando de sua instalação.

4.8.3. Lixo.

Conta a prefeitura com o equipamento necessário à coleta do lixo; há entretanto, a necessidade de uma programação por parte da mesma no sentido de se conseguir uma melhor prestação de serviços. Também foi sentida a necessidade de melhor orientar a população quanto à forma de acondicionar os resíduos a serem coletados pelos veículos. Outro aspecto a ser considerado é o que se refere ao destino final do lixo. A prefeitura deveria, com a assessoria do Serviço de Saúde, realizar aterro sanitário, a melhor forma para a solução do problema.

5- Análise das agências de saúde.

5.1. Centro de Saúde.

5.1.1. Generalidades:

Data de abril de 1972 a criação do Centro de Saúde de Arujá, unidade tipo V da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com o objetivo de prestar assistência médico-sanitária à população urbana e rural do Município de Arujá. A unidade está técnico e administrativamente subordinada ao Distrito Sanitário sediado em Guarulhos, e este subordinado à R-1.2 da Divisão Regional de Saúde 1 - Grande São Paulo.

Conforme Portaria SS - CG nº 8 de 06 de junho de 1972, a unidade tipo V destina-se a atender população inferior à 10.000 habitantes, desenvolvendo atividades de:

- Imunizações e eventualmente quimioprofilaxia.

- Saneamento do meio.

- Visitação sanitária.

Educação em saúde pública.

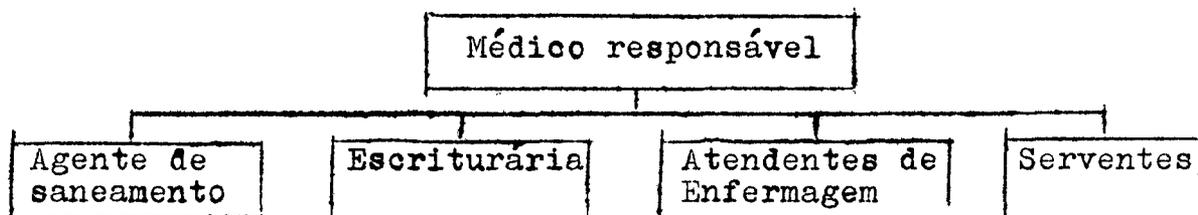
- Assistência médico-sanitária fixa ou intermitente.

O centro de Saúde de Arujá está localizado na zona central da cidade à rua dos Expedicionários S/ nº, sendo de fácil acesso aos usuários. Funciona em regime de tempo integral, das 7:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, sendo o período vespertino reservado ao atendimento do CIAM (Convênio Integrado de Assistência Médica - Secretaria da Saúde e INAMPS). que atualmente não vem sendo feito em virtude da não existência de médico contratado para este convênio.

5.1.2. Organograma.

O Centro de Saúde de Arujá não possui organograma formal, e segundo a estrutura vigente está organizado da seguinte forma:

Gráfico 5: Organograma Informal do Centro de Saúde de Arujá, 1978.



Fonte: Centro de Saúde de Arujá.

5.1.3. Capacidade instalada.

A unidade sanitária de Arujá está instalada em prédio de alvenaria de um único pavimento, com 264m², construído para este fim específico. Conta com salas amplas, bem ventiladas, bem iluminadas (natural e artificialmente), e dispõe de área própria para cada atividade, assim distribuídas:

- hall de entrada, com bancos para espera.
- secretaria, onde está instalado o fichário central.
- almoxarifado onde se encontra estoque de material de consumo previsto para 3 meses.
- sala de reuniões onde também está instalada a sala de saneamento.
- lactário- com depósito e posto de distribuição da suplementação alimentar.
- farmácia.
- 1 consultório médico, onde é prestada assistência médica à gestante e crianças.

- sala para atendimento de enfermagem, pré e pós consulta.
- sala de curativo equipada com o mínimo de material necessário.
- Sala de vacinação, onde também é preparado e esterilizado o material.
- cozinha.
- seis sanitários, dois dos quais destinados aos funcionários.

5.1.4. Material de consumo, permanente e Equipamento.

O equipamento e material permanente existente atende satisfatoriamente às necessidades para execução das atividades da unidade. De igual modo, o almoxarifado da unidade conta com estoque de material de consumo, prevenindo desta forma qualquer carência desta natureza que venha a prejudicar o desenvolvimento das atividades do centro de saúde.

5.1.5. Dimensionamento de Pessoal.

A equipe do Centro de Saúde de Arujá, segundo a categoria profissional, carga horária diária, tipo de afastamento e desvios de função está relacionada no quadro a seguir. Neste quadro (2) vemos desvio de função para as três atendentes, decorrentes da licença para tratamento de saúde da única servente.

Se observarmos o quadro 3, que relaciona o número de pessoal previsto para a unidade sanitária tipo V, conforme portaria do coordenador de Saúde SS-Cg Nº8 de 06 de junho de 1972 e o pessoal existente na unidade, veremos a carência de um **visitador sanitário**, e em contra-partida a exis-

tência de uma servente e uma escriturária não previstos pela referida portaria.

Quadro 2- Pessoal lotado no Centro de Saúde de Arujá, 1978.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	JORNADA DE TRABALHO	DESVIO DE FUNÇÃO	Nº	TIPO DE AFASTA: MENTO	Nº
médico consultante	1	4 horas	-	-	-	-
agente de saneamento	1	8 horas	-	-	-	-
escriturária	1	6 horas	atendente limpeza	1	-	-
atendente	2	6 horas	limpeza	2	férias	1
atendente	1	8 horas	limpeza	1	-	-
servente	1	6 horas	-	-	licença	1

Fonte: Centro de Saúde de Arujá, 1978.

Quadro 3: Pessoal necessário, existente e carente para o Centro de Saúde de Arujá, 1978.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº PREVISTO	Nº EXISTENTE	Nº CARENTE
.médico clínico responsável pelo C.S.	1	1	-
.visitador sanitário	1	-	1
.agente de saneamento	-	1	-
.escriturária	-	1	-
. atendente	3	3	-
. servente	-	1	-

Fontes: Centro de Saúde de Arujá, 1978.
Portaria SS- CG nº 8 de 06/06/1972.

Ainda observando o quadro 3, veremos que há excesso de pessoal na unidade, porém, conforme a mesma portaria, temos que o tipo de unidade é inadequado para a comunidade, uma vez que hoje tem uma população de 12.000 habitantes, o que comportaria uma unidade tipo IV, que é a destinada à comunidades de 10.000 a 20.000 habitantes, e que abarcaria uma equipe bem maior, tendo em vista que a unidade atende além da população de Arujá, os Municípios vizinhos de Santa Isabel e Itaquaquetuba, não dotados de infra-estrutura de saúde suficientes e adequados.

5.1.6. Fichário.

O fichário é centralizado, geral e comum ao CIAM. Utiliza-se de 3 fichas e um prontuário único.

- Ficha índice - é arquivada por ordem alfabética de sobrenome, contendo o número do prontuário.

- Ficha de identificação e agendamento - fica com o cliente, que a apresenta sempre que retorna ao centro de saúde.

- Ficha de controle- onde é feito o aprazamento do cliente, arquivada por data de aprazamento e grupo etário.

- Prontuário - onde são feitas as anotações da pré consulta, consulta e pós-consulta. Este é arquivado por ordem numérica.

O fichário está sob responsabilidade da escriturária, bem como a inscrição de clientes novos.

5.1.7. Atividades prestadas à população.

O Centro de Saúde de Arujá, como unidade tipo V não cumpre a programação prevista na totalidade, ou seja, de imunização, saneamento do meio, visitaçã sanitária,

educação para a saúde e assistência médico-sanitária. Das programações previstas, desenvolve as atividades de imunização, saneamento do meio, e assistência médico sanitária. Dentro desta última, presta assistência à gestante e à criança, atendendo eventualmente à demanda espontânea dos adultos. Não desenvolve atividades de quimioprofilaxia ou qualquer outra dentro dos sub-programas de controle da tuberculose e hanseníase, encaminhando clientes desta área para o Centro de Saúde de referência em Guarulhos.

Na coleta de dados para a análise da assistência prestada à comunidade não encontramos nenhum registro do funcionamento da unidade anterior à janeiro de 1977. Data daí a contratação de uma escriturária para o Centro de Saúde, que organizou o sistema de arquivo e registro da unidade.

5.1.7.1. Programa de assistência à Gestante

Este programa tem por objetivo desenvolver junto às gestantes pertencentes à área de atuação do Centro de Saúde de Arujá, ações integradas de saúde visando proporcionar condições favoráveis para a adequada evolução da gestação, parto e puerpério.

Como instrumento de avaliação utilizamos alguns indicadores propostos e utilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo:

a) cobertura da população gestante no ano de 1977 e janeiro a junho de 1978, isto é, o percentual da população gestante da área, em cada período, que foi inscrita no programa de assistência à gestante.

Para o cálculo deste indicador, o número de gestantes esperado para cada período foi estimado em 3% da população do Município, conforme orientação por nós recebida da Divisão de Estudos e Programas da Secretaria da Saúde de

Estado de São Paulo .

Para o Município de Arujá, obtivemos o valor de 34,24 % em 1977, que se compararmos com a cobertura dada na grande São Paulo (DRS - 1) que foi de 12,6 % e o valor obtido para o Estado de São Paulo de 22,2 % no mesmo período, está relativamente alto. Uma vez que a Secretaria da Saúde não estabelece a cobertura mínima, nossa tendência é de considerar boa cobertura.

Para o ano de 1978, se considerarmos que o número de gestantes inscritas vai se distribuir equitativamente nos dois semestres, temos uma cobertura de 52,38 % no período de janeiro a junho. Embora não tendo os números comparativos para o DRS -1 e para o Estado de São Paulo, já podemos vislumbrar sensível melhora em relação ao ano anterior.

b) Percentual de inscrição no programa de Assistência à gestante, por trimestre de gestação.

Tabela 31: Percentual de inscrição no Programa de Assistência à gestante por trimestre de gestação no Centro de Saúde de Arujá, DRS- 1 e Estado de São Paulo, no ano de 1977.

LOCAL INSCRIÇÕES	ARUJÁ	DRS : 1	ESTADO
1º trimestre	32,8 %	36,0 %	35,8 %
2º trimestre	40,8 %	40,4 %	40,6 %
3º trimestre	40,8 %	23,6 %	23,1 %

Fonte: C.I.S. e Centro de Saúde de Arujá, 1978.

Os valores são obtidos da relação entre o número de gestantes inscritas por trimestre de gestação e o

número total de gestantes inscritas no programa.

Quando comparados os dados de Arujá, DRS -1 e Estado, percebemos uma chegada tardia das gestantes (ou seja, no 3º trimestre de gestação, ao centro de saúde de Arujá.

Para 1978, se considerarmos que a chegada das gestantes ao serviço distribuir-se-á equitativamente nos 12 meses do ano, temos no primeiro semestre iguais a 18,25 % no primeiro trimestre de gestação e 24,7 % no segundo trimestre e 7,5 % no terceiro trimestre, refletindo melhora quanto à idade gestacional das clientes na época de sua inscrição.

c) percentual de consultas médicas de rotina e atendimentos de enfermagem.

Tabela 32: Concentração de consultas médicas de rotina e atendimento de enfermagem em relação ao total de gestantes inscritas no Programa de Assistência à Gestante no Centro de Saúde de Arujá, D.R.S. -1 e Estado de São Paulo, em 1977.

LOCAL \ SERVIÇO	ARUJÁ	DRS - 1	ESTADO
Consultas médicas	3,16	2,0	1,6
Atendimentos de enfermagem	4,35	2,4	1,7

Fonte: C.I.S. e Centro de Saúde de Arujá, 1978.

A tabela acima mostra o bom desempenho do Centro de Saúde em relação ao DRS - 1 e ao Estado de São Paulo, e, comparados estes dados com a meta estabelecida pela Secretaria da Saúde (3 consultas médicas e 4 atendimentos de enfermagem), podemos ver que o desenvolvimento do programa está de

acordo com o esperado.

Cabe também salientar que o alcance das metas da Secretaria difere do DRS -1 e do Estado como um todo que ficaram bastante abaixo do previsto.

d) Percentual de consultas médicas de rotina em relação ao número total de consultas médicas à gestante.

Em 1977, 80 % das consultas médicas oferecidas à gestante foram de rotina, enquanto no DRS - 1 foram 67 % e no Estado 60% no mesmo período.

Para 1978, 53% das consultas foram de rotina no período de janeiro à junho, indicando uma queda deste indicador.

e) quanto à suplementação alimentar.

É meta da secretaria da saúde suplementar a alimentação de 100 % das gestantes inscritas, com gestal. Para avaliar esta atividade, relacionamos o número de gestantes inscritas no programa de assistência à gestante e o número de gestantes que iniciaram a suplementação alimentar.

Para o DRS -1, a cobertura das gestantes com a suplementação alimentar foi de 86,4 % e para o Estado foi de 91,0 %, enquanto em Arujá, obtivemos 160 % de cobertura em 1977. Tal cobertura mostra de alguma forma uma falha do serviço, seja ela na distribuição paternalista de suplementação alimentar, sem a prestação de uma assistência médico-sanitária visando atingir os objetivos do programa de assistência à gestante, ou talvez, uma falha no registro do número de gestantes inscritas no programa de assistência à gestante, ou no sub-programa de suplementação alimentar.

Para 1978, até o mes de junho, a cobertura foi de 40 % o que sugere a correção da falha anterior.

De uma maneira geral, podemos dizer que os

indicadores propostos pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, suas metas e dados comparativos do DRS -1 e Estado, nos permitem qualificar de bom o desenvolvimento do programa de assistência à gestante, não só em relação às metas estabelecidas, como em seu contexto geográfico.

Não pudemos avaliar a cobertura dada com a vacina antitetânica, por não haver nenhum registro específico destes dados para gestantes. Porém, conforme informação da funcionária da unidade, esta ação vem sendo executada sob orientação técnico e normativa da Secretaria da Saúde.

5.1.7.2. Programa de Assistência à Criança.

O Programa de assistência à Criança têm por objetivo desenvolver junto às crianças de 0 - 14 anos, pertencentes à área de atuação do centro de Saúde de Arujá, ações integradas de saúde visando proporcionar condições favoráveis para a adequada evolução do processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

Foram analisados os seguintes aspectos deste programa:

a) Cobertura da população menor de 1 ano na área de atuação.

Para o cálculo desta cobertura, utilizamos o número total de menores de 1 ano no Município de Arujá para 1977 e janeiro à junho de 1978, e o número de menores de 1 ano inscritos no programa de assistência à criança nos referidos períodos. Para 1977 obtivemos uma cobertura de 97 % da população distoando do DRS- 1 que atingiu no mesmo período 49,8 % e do Estado que atingiu 61,3 %. Já em 1978, esta cobertura cai para 86,17 % no Município de Arujá.

b) Concentração de consultas médicas de rotina e atendimentos de enfermagem oferecidos aos menores de

1 ano em 1977 e primeiro semestre de 1978.

Tabela 33: Concentração de consultas médicas e atendimentos de enfermagem de rotina oferecidos aos menores de 1 ano em relação aos inscritos no programa de assistência à criança no Centro de Saúde de Arujá, DRS- 1 e Estado de São Paulo em 1977.

SERVIÇO \ LOCAL	ARUJÁ	DRS - 1	ESTADO
Consultas médicas	1,43	1,4	1,4
Atendimentos de enfermagem	3,66	3,1	3,4

Fonte: C.I.S. e centro de Saúde de Arujá, 1977.

A Secretaria da saúde estabelece como meta um mínimo de 3 consultas médicas de rotina e 8 atendimentos de enfermagem no primeiro ano de vida, o que pela tabela 33, vemos um produto final bastante aquém do esperado. Da mesma forma se comporta o DRS - 1 e Estado como um todo. Esta baixa cobertura pode estar refletida no coeficiente de mortalidade infantil.

Para 1978 temos a concentração de 1,97 consultas médicas de rotina e 4,27 atendimentos de enfermagem.

c) percentual de consultas médicas de rotina oferecidas à menores de 1 ano, em relação ao total de consultas médicas oferecidas à este grupo etário, nos períodos de 1977 e 1º semestre de 1978.

A relação entre consultas médicas de rotina e número total de consultas médicas oferecidas à menores de um ano, mostram o acompanhamento médico de uma criança, no zelo de uma adequada evolução do processo de crescimento e desen-

volvimento destas crianças, ou, uma série de intercorrências clínico- patológicas no primeiro ano de vida destas crianças, Assim sendo, o valor obtido de 65 % das consultas serem de rotina nos parecem bem superior à 42,4 % atingido no DRS-1 e 45,7 % no Estado, sem contudo representar um bom percentual.

Já em 1978, primeiro semestre, este valor decresce para 60 % no Centro de Saúde de Arujá, talvez numa consequência imediata da saída do médico consultante do CIAM, naquela unidade sanitária, e sobrecarga do médico responsável pelo Centro de Saúde.

d) Percentual de inscritos no programa de Suplementação alimentar, em relação aos inscritos no programa de assistência à criança.

A Secretaria de Saúde, de igual modo que para as gestantes, estabelece em 100% a meta de cobertura das crianças menores de 1 ano inscritas no programa de assistência à criança, com a suplementação alimentar. Apesar disto, no Centro de Saúde de Arujá apenas 77 % dos menores de 1 ano inscritos no programa de assistência à criança iniciaram a suplementação alimentar, enquanto o DRS-1 atingiu 95,2 % e o Estado 88 %. Em 1978, no período de janeiro à junho, o percentual do Centro de Saúde de Arujá caiu para 67 % .

Numa análise geral dos indicadores utilizados, podemos dizer que apesar de no ano de 1977, o Centro de Saúde de Arujá ter alcançado uma cobertura de 97 % dos menores de 1 ano, não ofereceu bom nível de assistência, visto que não ofereceu a concentração de consultas médicas e atendimentos de enfermagem previstos, antes, ficando muito aquém das metas da Secretaria, e ainda, não oferecendo a suplementação alimentar proposta.

5.1.7.3. Programa de Imunização.

O programa nacional de imunização prevê uma cobertura de 100 % das crianças menores de 1 ano com as vacinas anti-sarampo, tríplice, Sabin, BCG e antivariólica.

Na análise do desenvolvimento deste programa no Centro de Saúde de Arujá, utilizaremos o indicador proposto pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, ou seja cobertura dos menores de 1 ano com cada um dos antígenos para 1º semestre de 1977 e 1º semestre de 1978, para o Centro de Saúde de Arujá, DRS -1 e Estado, e ainda, estabeleceremos uma relação entre o número de inscritos no programa de assistência à criança e o número de vacinados em cada período acima citado. Para tal utilizaremos duas tabelas:

Tabela 34: Percentual da população menor de 1 ano, vacinada no Centro de Saúde de Arujá, DRS - 1 e Estado de São Paulo, em 1977.

VACINA	LOCAL		
	ARUJÁ	DRS -1	ESTADO
Anti-sarampo	67,56 %	78,5 %	82,1 %
D.P.T. (tríplice)	66,83 %	71,83 %	82,58 %
Sabin	49,87 %	98,53 %	96,55 %
BCG oral	61,67 %	103,50 %	98,33 %
anti-variólica	37,59 %	57,50 %	66,59 %

Fonte: C.I.S. e Centro de Saúde de Arujá, 1978.

Para o cálculo destes percentuais utilizamos o número de terceiras doses da vacina tríplice e Sabin.

A cobertura alcançada no Centro de Saúde de Arujá foi bastante baixa em relação à meta de 100 %, so-

bretudo na vacina Sabin, que é uma das vacinas de técnica de aplicação mais simplificada.

O BCG intradérmico está em fase de implantação agora, devendo ser iniciada a vacinação sómente a partir dos próximos meses.

Em 1978, no período de janeiro à junho, a cobertura no Centro de Saúde para as diversas vacinas foi de:

- antisarampo - 30,48 %
- D.P.T. (tríplice) - 34,55 %
- Sabin - 25,60 %
- BCG oral - 41,25 %
- antivariólica - 19,51 %

Tabela 35: Percentual de manores de 1 ano vacinados em relação aos inscritos no programa de assistência à criança no Centro de Saúde de Arujá, no ano de 1977 e no primeiro semestre de 1978.

ANTÍGENO	ANO		1º sem. 1978	
	1977		VACINADOS	%
	VACINADOS	%	VACINADOS	%
anti-sarampo	275	69,2	150	70,7
DPT (tríplice)	272	68,5	170	80,1
Sabin	203	51,1	126	59,4
BCG oral	251	63,2	203	95,7
anti-variólica	153	38,5	96	45,2

Fonte: Centro de Saúde de Arujá, 1978.

É de fácil observação nas tabelas 34 e 35 que há carência de motivação não só da população para a procura da vacinação, como da própria equipe da unidade, para efetuar o encaminhamento daqueles inscritos no programa de assistência à criança.

Tendo em vista o alto coeficiente de mortalidade infantil, e o alto índice de mortalidade infantil por doenças infecto contagiosas, em sua maioria possíveis de preven-

ção por vacinação parece assustaderamente baixos os índices de vacinação entre os inscritos no programa de assistência à criança.

5.1.8. Conclusão:

Da análise do Centro de Saúde de Arujá, através dos dados colhidos, podemos concluir que:

1. O tipo de unidade - CS V está inadequado para sua área de atuação, cuja população é superior à sua capacidade de atendimento.

2. A capacidade instalada comportaria uma unidade tipo IV sem dificuldades.

3. A equipe do centro de Saúde está reduzida, necessitando sobretudo de elementos que possam desenvolver atividades educativas na unidade, o que não vem sendo feito sob nenhuma forma.

4. O sistema de fichário é excelente, bem organizado e adequado ao serviço.

5. A assistência prestada à gestante é boa, em termos numéricos, porém à mercê de uma demanda espontânea que chega tardiamente ao serviço de pré-natal, ou seja, no último trimestre de gravidez.

6. A assistência à criança deixa muito a desejar, visto que além de baixa cobertura da população menor de um ano, a concentração de consultas médicas de rotina e atendimento de enfermagem são igualmente baixos. A suplementação alimentar dos infantes também está aquém da meta, contrariando o esperado para uma situação sócio-econômica da população do Município que, em geral, é desfavorável.

7. Os índices de vacinação são baixos em relação à meta estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização, e muito baixos em relação aos inscritos no programa de

assistência à criança.

8. O Centro de Saúde de Arujá necessita de uma reformulação de objetivos, de implementação de recursos humanos para uma atuação real e consistente na sua área programática, no papel exato do que seja uma unidade sanitária.

5.2. Hospital - Lions Clube de Arujá.

Localização: Avenida Melwin Jones, s/ nº.

Em estágio de observação feito através de visitas ao hospital e informações recebidas do Diretor Dr. Valério L.M. Silveira Martins, pudemos constatar o seguinte:

5.1.1. Dados gerais:

É um hospital geral, com finalidades lucrativas. Construído pelo Lions Clube local, que o cedeu para um grupo de médicos, com a finalidade precípua de prestar assistência médico-hospitalar a população em geral, sendo inaugurado em 4 de outubro de 1970.

O hospital é dirigido por uma Diretoria de 4 membros **assim constituída:**

- Diretor Administrativo - Dr. Valério Luís M.S. Martins.

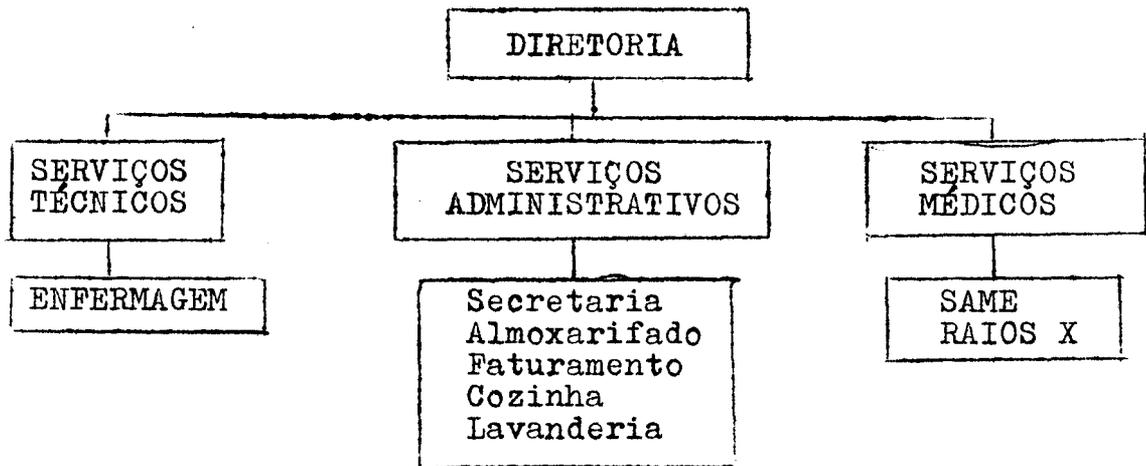
- Diretor clínico - Dr. Eduardo S. Junqueira.

Diretor Financeiro- Sr. José Carlos Pannocchia.

- Diretor Vogal - Dr. Sebastião Carlos Pannocchia Filho.

Não dispondo de uma estrutura formal pudemos, pelas informações obtidas elaborar o seguinte organograma:

Organograma do Hospital de Arujá, 1978 -68-



Fonte: Hosp. de Arujá.

O hospital dispõe de 52 leitos, sendo 32 para adultos e 20 para crianças. Mantém 90 % dos leitos para os convênios com: INAMPS - 70 %, IAMSPE - 5 %, Firmas 5 %, Prefeitura 10 % e o restante para pacientes particulares.

Os leitos gratuitos, destinados à Clínica Obstétrica são subvencionados pela Prefeitura.

O horário de atendimento à população nos dois setores: Ambulatório e Internação é feito nas 24 horas do dia.

5.2.2. Instalações.

O hospital é de tipo pavilhonar, dispondo de um só pavimento. Está localizado em rua Central, de relativo acesso, pois este fica no topo de um terreno elevado, existindo uma rampa de acesso ao mesmo. Dispõe de área de estacionamento e terreno disponível, ao lado.

Não nos sendo fornecido a planta original do hospital, sob a alegação de que o prédio sofreu inúmeras alterações, elaboramos o croquis, o qual encontra-se no anexo 5.

O prédio em alvenaria, apresenta bom estado de conservação, havendo possibilidades de expansão em terreno existente, ao lado. É servido pela rede de abastecimento

de água da SABESP, possuindo dois reservatórios sendo, uma caixa d'água subterrânea com capacidade para 15.000 litros de água tratada e uma caixa d'água elevada de média proporção.

O hospital utiliza-se de fossa asséptica em virtude do Município não possuir rede de esgoto instalada.

O lixo é coletado em recipientes próprios e conduzido em caminhões pela Prefeitura ao destino final.

Força e luz são fornecidas ao Hospital pela CESP.

Há extintores de incêndio distribuídos pelo Hospital dotados de instruções para sua utilização.

5.2.3. Corpo Clínico.

O Hospital possui um corpo clínico fechado, chefiado pelo Dr. Eduardo de S. Junqueira. É composto de 30 médicos com especialidade em: Medicina, Cirurgia, Obstetrícia, Anestesia, Pediatria, Ortopedia e Radiologia.

O Serviço de Clínica Médica está subdividido nas especialidades de: Medicina, Cardiologia, Pneumologia e Pediatria.

O Serviço de Clínica Cirúrgica também está subdividido em: Obstetrícia, Ginecologia, Ortopedia, Gastroenterologia e Cirurgia Geral.

O Corpo Clínico não dispõe de Unidade de Conforto Médico, possuindo apenas um quarto para o médico plantonista.

Não possui regulamento interno e reuniões de rotina não são realizadas.

5.3.4. Serviços Médico - Auxiliares.

O hospital não dispõe de laboratório de

Análises Clínicas, sendo que os exames solicitados pelos médicos são realizados no laboratório de convênio em Guarulhos, assim como, os exames anátomo-patológicos específicos, quando necessários.

O Serviço de Raios X está localizado numa sala junto ao Posto de Enfermagem, dispendo de um aparelho "Westhinghouse" de 200 mA, operado por uma atendente treinada que se utiliza de equipamento de proteção, o avental de chumbo. As demais medidas exigidas por lei como parede de chumbo, filtro de alumínio e anteparo protetor com visor estão ali presentes. Este serviço atende uma média de quatro pacientes dias.

O Serviço de Anestesia tem como responsável um médico especialista que realiza o atendimento aos pacientes de cirurgia do Hospital, dispendo de aparelhagem adequada ao serviço. O anestesista utiliza um formulário próprio para controle do ato anestésico. O anestesista, ainda, supervisiona a Gasoterapia que dispõe de Inaloterapia, que conta com uma atendente treinada para assistir o paciente submetido a esse tratamento.

O Hospital não possui Banco de Sangue. Mantém convênio com o Instituto Guarulhense de Hemoterapia que lhe fornece o material solicitado (sangue, plasma, etc), e cuja aplicação pela enfermagem recebe orientação e supervisão médica.

Na Fisioterapia são feitas aplicações, sob supervisão médica, a pacientes em tratamento com aparelhos de ondas curtas, de Infravermelho e Forno de Bier.

O Hospital ainda dispõe dos serviços de Eletrocardiografia, localizado em uma sala próxima ao Centro Cirúrgico.

Os demais serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento são inexistentes.

5.2.5. Serviços Técnicos - Unidades de Internação.

A instituição dispõe de sete enfermarias, sendo que tres podem ser transformadas em quarto desde que seja retirado o leito excedente. Estas estão assim distribuídas:

À Clínica Médica e Cirúrgica: 3 enfermarias de 3 leitos, 1 enfermaria de 4 leitos, 1 enfermaria de 5 leitos, 1 enfermaria de 9 leitos.

À Clínica Obstétrica 1 enfermaria de 9 leitos (sendo quatro de pré- parto e 5 de puerpério).

À Clínica Pediátrica: 1 enfermaria de 10 leitos, 1 enfermaria de 6 leitos e 1 enfermaria de 2 leitos (para isolamento).

O hospital não possui enfermeira em seu quadro estando o pessoal de enfermagem sob a direção e supervisão de uma Auxiliar de Enfermagem e, pelo que pudemos observar, esta conduz o grupo seguindo as normas e rotinas de enfermagem que visam dar integral assistência ao paciente, realizando supervisão e treinamento em serviço dos atendentes sempre que necessário.

O quadro de pessoal de enfermagem está constituído de:

- 1 Auxiliar de Enfermagem (a responsável),
- 24 Atendentes.
- 13 Serviçais.

O horário de trabalho deste pessoal está assim distribuído: regime de 12 horas por 36 horas de descanso para o pessoal das enfermarias com exceção da Pediatria e Centro Cirúrgico que possui regime de 8 horas.

O pessoal de enfermagem que trabalha em ambulatório têm regime de 8 horas apenas, sem rodízio pelo hospital.

O recrutamento das atendedoras é feito com pessoal que já possua experiência.

Centro Cirúrgico. Localiza-se de maneira a não interferir no trânsito hospitalar, sendo dotado de vestiário e sala cirúrgica que atende às várias especialidades. Inconveniente maior está em ter uma enfermaria à sua frente, com conseqüente possibilidade de contaminação.

Não há centro de material, existindo uma sala agregada ao Centro Cirúrgico onde é procedida a limpeza e esterilização de todo material do hospital em autoclave ou estufa, servindo também ao ambulatório.

Dispõe de livro de registro para controle de cirurgias. Realiza nas quartas e quintas-feiras as cirurgias eletivas, em média de 2 a 3 totalizando com as de emergência durante o mês aproximadamente 45 cirurgias.

Não possui sala para recuperação do paciente no pós-operatório.

Centro Obstétrico. Não existe como tal, sendo utilizado para partos normais uma sala anexa ao pré-parto, sendo que as cesáreas são realizadas no Centro Cirúrgico. Dados acerca do movimento de partos de pacientes do INAMPS encontram-se nas tabelas 36, 37 e 38.

Berçário. O berçário está subdividido em 3 salas relacionadas a seguir:

- 1 - Sala para recém-nascidos com 5 leitos.
- 2 - Sala para recém-nascidos prematuros com 3 leitos.
- 3- Sala para recém-nascidos suspeitos com 2 leitos.

A sala de recém-nascidos sadios possui dois leitos dotados de fototerapia e a de prematuros está equipada com 3 Isoletes.

Possui posto de enfermagem, não dispondo de sala para exame médico. O atendimento médico no Berçário é feito por um Pediatra.

Ambulatório: Acha-se localizado na entrada do Hospital, dispondo de:

1 sala de recepção e registro.

4 consultórios médicos

1 sala de curativos.

O Ambulatório presta assistência a pacientes nas seguintes especialidades: clínica geral, cardiologia, ginecologia, ortopedia e pediatria.

O ambulatório funciona nas 24 horas com atendimento prestado pelo Corpo Clínico, no expediente das 7 às 19 horas e pelo médico plantonista no período restante.

A média de atendimento diário está assim distribuída:

Contribuintes e particulares - 120

Gratuitos (subvencionado pela Prefeitura-30.

Os pacientes de ambulatório são encaminhados à internação, em média de 2 a 3 % .

A sala de curativos, em verdade, funciona como unidade de emergência nas várias especialidades, não dispondo de equipamentos sofisticados.

S.A.M.E. O serviço de arquivo médico e estatística está em fase de implantação. É chefiado por um médico (Dr. Valério) e operado por uma Auxiliar de faturamento. O sistema utilizado é o arquivamento dos prontuários dos pacientes em alta, por ordem numérica seriada, existindo ainda um controle por ordem alfabética. O acervo conta de mais ou menos 10.000 prontuários.

O prontuário é integralizado, composto dos seguintes formulários:

- Gráfico de T.P.R. (Temperatura, pressão e respiração).

- Folha de indicação do paciente e anamnese

- Folha de prescrição médica e relatório de enfermagem.

- Folha de evolução.

- Relatório geral de operações.

Serviço Social. O hospital não dispõe deste serviço.

Serviço de Nutrição e Dietética. Como não possui nutricionista, a cozinha é orientada pela Auxiliar de Enfermagem, sendo que as dietas estão sob a orientação do médico requisitante.

A cozinha está localizada na parte dos fundos do Hospital, ao lado do S.A.M.E., estando equipada com fogão geladeira e câmara frigorífica. Dispõe de pequena copa onde são feitas as refeições dos servidores desta entidade.

Lavanderia. O prédio do hospital não dispõe de lavanderia anexa. Esta localiza-se em Itaquaquecetuba, sendo a roupa levada e trazida por meio de uma viatura.

Farmácia. O hospital não dispõe deste serviço. Mantém apenas um pequeno depósito para os medicamentos necessários ao consumo interno. Está sob a responsabilidade do Diretor Clínico e operado por uma funcionária que recebe e atende aos pedidos de medicamentos. Existe um livro próprio para controle de entorpecentes com mapa mensal enviado ao setor competente.

5.2.6. Comentários:

Preocupados em levantar a morbidade hospitalar procuramos através de entrevista feita com o Diretor do Hospital, saber da existência da ficha 101 dos últimos 5 anos

de funcionamento do Hospital. Informou-nos da inexistência de tal ficha, sendo as únicas anotações os diagnósticos que se referem ao atendimento prestado aos previdenciários em geral, devido a necessidade de retorno contábil. Dado este fato não nos foi possível qualquer levantamento à respeito.

A finalidade inicial do Hospital era prestar atendimento médico hospitalar à população em geral. Hoje sua operacionalidade está dirigida para fins lucrativos predominantemente.

No que diz respeito ao aparelhamento, o hospital dispõe de recursos primários sem grandes sofisticacões, contando todavia com elementos essenciais a um primeiro atendimento de emergência e serviços normais nas diversas clínicas.

Um fato a ser assinalado é que grande parte dos usuários deste hospital são provenientes dos municípios vizinhos de Santa Izabel e Itaquaquetuba que não dispõem deste recurso.

Tabela 36: Percentual de ocupação, de pacientes contribuintes do INAMPS, internados por clínica no Hospital Lions Clube de Arujá no período de agosto de 1977 a julho de 1978.

MES	CLÍNICA	CIRURGICA	MÉDICA	OBSTÉTRICA
		%	%	%
agosto de 1977		37,60	48,90	38,60
setembro de 1977		16,80	43,30	33,00
out. mbro de 1977		9,40	35,40	28,60
novembro de 1977		38,40	44,50	66,40
dezembro de 1977		34,60	57,70	37,80
janeiro de 1978		39,40	42,10	48,60
fevereiro de 1978		30,00	49,40	39,20
março de 1978		13,40	58,80	41,80
abril de 1978		25,00	48,00	51,60
maio de 1978		28,20	56,60	49,80
junho de 1978		19,60	46,90	59,40
julho de 1978		26,40	46,10	50,00

Fonte: Dados estatísticos do Hospital Lions Clube de Arujá.

Tabela 37: Número de partos, segundo tipo de parto realizado no Hospital Lions Clube de Arujá nos meses de agosto de 1977 a julho de 1978.

TIPO DE PARTO MES	TIPO DE PARTO		
	NORMAL	CESÁREA	TOTAL
agosto de 1977	25	6	31
setembro de 1977	26	10	36
outubro de 1977	23	13	36
novembro de 1977	38	4	42
dezembro de 1977	36	9	45
janeiro de 1978	34	11	45
fevereiro de 1978	30	10	40
março de 1978	44	13	57
abril de 1978	49	10	59
maio de 1978	40	6	46
junho de 1978	51	17	68
julho de 1978	39	14	53

Fonte: Relatórios Mensais do Hospital do Lions Clube de Arujá.

Tabela 38: Média de permanência de pacientes contribuintes do INAMPS, internados por clínica no Hospital do Lions Clube de Arujá, de agosto de 1977 a julho de 1978.

MES	CLÍNICA	CIRÚRGICA	MÉDICA	OBSTÈTRICA
		%	%	%
agosto de 1977		6,96	6,03	3,78
setembro de 1977		7,00	6,51	3,51
outubro de 1977		5,22	5,08	3,57
novembro de 1977		5,33	4,79	3,37
dezembro de 1977		5,24	5,60	3,15
janeiro de 1978		6,16	4,95	4,19
fevereiro de 1978		6,25	5,42	3,56
março de 1978		4,18	5,11	3,37
abril de 1978		4,62	5,05	3,44
maio de 1978		4,86	5,09	3,36
junho de 1978		4,90	5,32	3,45
julho de 1978		5,08	4,96	3,47

Fonte: Dados estatísticos do Hospital do Lions Clube de Arujá.

5.3. Laboratório e Farmácias.

5.3.1. Laboratório.

O hospital Lions Clube de Arujá não conta com laboratório de análises clínicas em suas dependências, o que constitui uma deficiência de infra-estrutura para atendimento da clientela.

No Município de Arujá existe um laboratório que se encarrega unicamente da coleta de material - Laborclínica Ltda. Este possui convênios com: INPS, IAMPSE, SAMED, UNIMED, Cruz Azul, FUNRURAL, AMICO, Hospitais e Sindicatos.

O hospital de Arujá faz coleta de material dos exames solicitados para o Laboratório Clínico Semmelweis de Guarulhos, com o qual mantém convênio e cujos responsáveis são: Dr. José Carlos Pannocchia e Dr. Darci de Vitta.

Os exames solicitados no Centro de Saúde, hematológicos e parasitológicos, são encaminhados para o Instituto Adolfo Lutz da Penha, São Paulo.

A nível de sugestão recomenda-se providências no sentido de possibilitar o funcionamento efetivo do laboratório de análises clínicas no próprio hospital, favorecendo economia de tempo, maior rentabilidade do trabalho e diagnósticos na hora exata em que o fator tempo é primordial.

5.3.2. Farmácias: Arujá apresenta as seguintes farmácias: Drogaria Arujá, Drogaria Santa Alice, Farmácia Godoi, Farmácia Arujá, estas localizadas no centro da cidade, de média estrutura financeira e com bom estado higiênico, não apresentando vendas excessivas de entorpecentes nem psicotrópicos e possuem apenas os essenciais. São muito procuradas pela população principalmente no setor de medicamentos parasitários.

6. Programas de Saúde nas Escolas.

O Município de Arujá pertence à 1ª Região Administrativa do Estado de São Paulo e dentro da Secretaria da Educação é jurisdicionado à Divisão Regional de Ensino de Guarulhos, São Paulo.

Constatou-se que o Departamento de Assistência ao Escolar, órgão ligado à Secretaria da Educação coordena, supervisiona e avalia os programas de saúde desenvolvidos na escola através da Equipe Técnica de Educação em Saúde.

Dentre das programações elaboradas para o ano de 1978 constam:

Projeto: Assistência Médica, Assistência Psicológica e Educação em Saúde.

Sub-projeto 1 - Orientação sobre necessidades e problemas de saúde dos escolares.

Sub-projeto 2 - Orientação sobre saneamento nas Escolas, com ênfase em aspectos de abastecimento de água, instalações sanitárias e, coleta e destino do lixo.

Sub-projeto 3- Desenvolvimento do componente educativo dos programas de vacinação.

Todas as atitudes relacionadas aos sub-projetos acima referidos encontram-se em fase de execução e avaliação.

Além destes, há outros projetos de saúde do escolar que são desenvolvidos rotineiramente pelas agências escolares.

1- Programa de Merenda Escolar - Suplementação alimentar, recebendo gêneros alimentícios da Campanha Nacional de Alimentação do Escolar (CNAE) - Departamento de Assistência ao Escolar e Prefeitura do Município, a qual colabora com o pagamento de merendeiras, além de ser o responsável

pelo armazenamento e redistribuição de gêneros alimentícios da CNAE e DAE às Escolas.

Muitas vezes a Prefeitura Municipal utiliza verba própria na compra de gêneros alimentares para escolares da rede municipal e estadual, como complementação alimentar.

2- Programa de Oftalmologia Sanitária Escolar - Realizando triagem visual nos escolares ingressantes, por professoras treinadas, através da tabela de Snellen. Após a identificação de alunos com prováveis problemas visuais, estes, são encaminhados para exame oftalmológico em Mogi das Cruzes ou Guarulhos. A compra de possíveis óculos receitados são feitas pelos familiares, Lions Clube, verba da Associação de Pais e Mestres e/ou Prefeitura Municipal quando a família não possui recursos. Há acompanhamento do aluno na fase de adaptação do uso do óculos e posteriormente.

Todos os programas de saúde desenvolvidos na escola são acompanhados necessariamente do desenvolvimento do componente educativo de cada um e, com envolvimento de agências de saúde e aproveitamento dos recursos existentes.

É considerado deficiente o atendimento odontológico nas escolas, sendo que apenas uma possui equipamento e conta com a colaboração de elementos do projeto Rondon para atendimentos.

Segundo o pessoal entrevistado nas escolas é grande o número de escolares portadores de verminoses, problemas visuais, cárie dental e desnutrição.

Cada escola conta com 1 elemento delegado pelo diretor para responder pela coordenação dos programas de saúde.

7. Inquérito Domiciliar.

Entre as sugestões apresentadas pela comissão organizadora do estágio de campo multiprofissional constava a realização de um inquérito domiciliar no Município alvo de estudo do grupo, como forma de se conhecer com mais detalhes as características da população local, bem como, levantar dados sobre as condições de vida e saúde desta população. Tal inquérito deveria abranger, entre outros, aspectos sócio-econômicos, demográficos, de saneamento básico, de morbidade, de utilização dos recursos de saúde existentes.

Após discussão pormenorizada de tal sugestão o grupo optou pela não realização do inquérito devido aos seguintes motivos:

a) Exequibilidade do mesmo: Tendo em vista que o Município de Arujá apresenta sua população distribuída em área urbana e rural, com grande percentual de seus habitantes residindo nesta última, todo e qualquer levantamento realmente representativo desta população teria que forçosamente abranger as duas áreas.

Aliado às dificuldades próprias de se fazer levantamentos em área rural, a não disponibilidade de um mapa da região impediam um conhecimento detalhado de nosso universo para a escolha de uma amostra representativa, o que muito contribuiu para nessa decisão de não realizar o inquérito.

b) Necessidade das informações: Já tendo em mãos dados sobre a população, saneamento do meio e recursos de saúde existentes no Município, fornecidos pelo C.I.S. e por nós obtidos junto ao Centro de Referência de Dados da Secretaria estadual de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo, as informações adicionais que porventura viéssemos a conseguir, pouco ou quase nada acrescentariam aos dados já existentes.

Semente a possibilidade de atualização dos dados referidos justificaria a realização do inquérito domiciliar, embora saibamos de antemão que tal possibilidade é remota, uma vez que os dados por nós utilizados eram em geral do ano de 1976 e alguns apenas para o ano de 1970.

Além disso, muitas informações imprescindíveis para efetiva execução do trabalho só existem até o ano de 1973, como por exemplo dados de mortalidade, cuja atualização é inviável a curto prazo.

c) Necessidade didática de tal inquérito:

O grupo discutiu muito a validade do inquérito domiciliar como forma de aplicação prática dos conhecimentos técnicos adquiridos no curso, tendo em vista que tal inquérito dispenderia um tempo imenso em sua realização como já foi discutido, e que sem dúvida, isto dificultaria em muito a realização de outras tarefas, que na opinião do grupo seriam bem mais rendosas em termos de aumentar nossos conhecimentos de saúde pública.

Apenas com a finalidade de exercício, elaboramos um questionário padrão, que seria utilizado em Arujá, caso os motivos por nós apresentados não existissem, e o grupo optasse pela realização do inquérito domiciliar. (anexo 6)

Além deste questionário, discutiu-se também de maneira geral como se escolheria a amostra e a forma como seria feito na prática o inquérito domiciliar, e quais as condições necessárias para sua realização.

Desta forma acreditamos ter cumprido as necessidades didáticas do inquérito domiciliar, sem prejuízo da análise de saúde do Município e com ganho de conhecimentos adicionais na área de saúde pública.

8. Entrevistas com elementos da comunidade.

Durante a entrevista com o médico responsável pelo Centro de Saúde de Arujá, foi discutida a viabilidade de realização de contatos com elementos de destaque em alguns setores da comunidade de Arujá.

A partir desta, foram levantados e indicados alguns elementos que pudessem fornecer dados para conhecer e caracterizar melhor a área de atuação.

Foi então elaborado roteiro para coleta de dados e definidos objetivos da atividade, como segue:

- Variáveis consideradas significativas para atender os objetivos propostos:

1. Entrevistado: categoria funcional, tempo de residência na área.
2. Dados demográficos: idade, distribuição, composição.
3. Dados sócio-econômicos e culturais: produção, mão de obra, formas de lazer, formas de organização, liderança.
4. Dados educacionais: população escolar, programa de saúde na escola.
5. Aspectos de saúde: serviços de saúde.
6. Aspectos de saneamento do meio: habitação, água e esgoto, resíduos sólidos, controle de vetores.

8.1. Resultados obtidos e comentários:

Os entrevistados, de categoria funcional diversificada, incluindo o Prefeito atual, Assessor do Prefeito, diretores de escolas, coordenadores de saúde nas escolas, farmacêuticos, ex-prefeito, pastor, delegado de polícia e padre, com tempo de residência variando entre 2 a 63 anos, declararam

ser a população composta na sua maioria de jovens de ambos os sexos, o que constitui característica típica de grande parte das cidades brasileiras, distribuídas nas áreas urbanas e rurais as quais não se encontram nítidamente demarcadas.

A população é constituída por grande número de migrantes e imigrantes, na maioria japoneses, franceses, portugueses, italianos e árabes, sucessivamente, além de considerado número de pessoas em trânsito.

A presença atual de imigrantes franceses se deve ao seu interesse ligado à instalação de indústrias na região cujos familiares residem num condomínio denominado "Arujzinho".

Em relação à mão de obra, esta acha-se concentrada principalmente na zona agrícola e industrial, seguida da pecuária e comércio.

Para seu lazer a população de Arujá dispõe de: cinema, campo de futebol, clubes recreativos, centro comunitário, realiza-se ainda grande número de reuniões informais aos fins de semana, promovidas pelos proprietários rurais.

No setor educacional é estimado que 60 % da população escolar ingressante chega a concluir o primeiro grau. A evasão está ligada à necessidade de colaborar no orçamento do lar. Existe uma escola de segundo grau, suficiente para atendimento à demanda, um curso supletivo de 1º grau e acha-se em construção uma escola profissionalizante.

Segundo os entrevistados, o tipo de assistência médica prestada à comunidade é inadequado e insuficiente, ressentindo-se a população de médicos residentes no local, maior número de leitos hospitalares, laboratório de análise clínica completa e atendimento odontológico escolar. Opinaram ainda que a demanda ao Centro de Saúde é reduzida e que este deveria ser dinamizado.

Apenas a população da zona central é beneficiada com abastecimento de água tratada, a partir de dezembro de 1977, continuando a população periférica a utilizar água de poço.

O lixo doméstico é acondicionado em vasilhames à porta das residências e recolhido diariamente pelos caminhões da Prefeitura. Parte do mesmo é doado aos agricultores. O destino do lixo industrial fica a cargo das próprias indústrias.

Não existe rede de esgoto, utilizando-se a população, na sua maioria, de fossa negra para o destino dos dejetos humanos.

O tipo de habitação é de alvenaria e blocos e, seu aspecto é regular, porém em número insuficiente para a população, ora em crescimento, o que onera a despesa com aluguel.

8.2. Conclusões:

A partir dos objetivos propostos para realização da atividade envolvendo entrevistas com elementos da comunidade, podemos concluir que:

. Estas forneceram subsídios para uma melhor compreensão da realidade e dinâmica local.

. Pode-se dizer que as características da área refletem as condições precárias de município pequeno, localizado na periferia de São Paulo, sofrendo as consequências da descentralização industrial da capital e em fase de desenvolvimento de polo industrial.

Além disto foram observados outros aspectos: ausência de saneamento do meio condicionando a existência de verminoses; falta de controles de vetores, evasão escolar e serviços de saúde inadequados.

Há necessidade de se pensar e executar uma política de ação que vise a adoção de medidas que repercutam favoravelmente na melhoria da qualidade de vida, antes do município sofrer maior impulso no seu processo de desenvolvimento, onde a tendência seria tornar a solução do problema mais complexo.

Em relação a liderança local, foi observado que existe em Arujá liderança setorial, isto é, diversificada, de acordo com interesses.

Sabe-se que todo e qualquer programa que deva ser desenvolvido numa área, deve contar com o apoio e o envolvimento dos líderes locais, refletindo, em última análise, a participação da comunidade.

No Município de Arujá, existe uma estratificação onde, dependendo de grupos e setores, emerge a liderança que poderia ter efetiva influência na orientação de programas de saúde. Porém, não podemos afirmar se junto à comunidade, como um todo, esta liderança teria condições de exercer a mesma postura.

9. Conclusões e Sugestões:

Arujá é um município em fase de crescimento populacional, rápido processo de urbanização e industrialização, resultantes do crescimento econômico, gerando crescente demanda de serviços e encontrando organização sanitária insuficiente, descoordenada, mal distribuída e inadequada às reais necessidades da maioria da população. É um eco do que vem acontecendo em quase todos os município que compoem a grande São Paulo.

O estudo dos indicadores de Saúde por nós apresentados mostra: alta taxa de mortalidade infantil, ^{baixos} valores do indicador de Swarcop-Uemura, curvas de Nelson de Moraes do tipo II para III, alta percentagem de óbitos por causa mal definida, alta porcentagem de óbitos em menores de 1 ano por doenças evitáveis denotando um quadro típico de área subdesenvolvida, onde é, precária a qualidade de vida e saúde.

A análise das Agências de Saúde revela que as mesmas trabalham de forma desintegrada, resultando num baixo rendimento dos programas desenvolvidos.

Quanto ao Saneamento, pode-se afirmar que praticamente inexistente, e os planos para sua implantação encontram-se muito mais na dependência de variáveis político-econômicas do que técnico administrativas.

Acreditamos que o equacionamento e solução dos problemas de saúde existentes no Município de Arujá dependam fundamentalmente de mudanças na sua estrutura político-social vigente.

Em contrapartida existem medidas técnicas que se apresentam viáveis politicamente e que poderiam estar sendo realizadas.

Apresentaremos abaixo uma série delas que

sem dúvida não representam a solução da problemática existente mas sim como forma de minimizá-la:

- Definição clara de sua área urbana e rural, levando em conta variáveis técnico-administrativas.

- Plano Diretor efetivo , adequado e exequível às características do Município.

- Transformação do Centro de Saúde do tipo V para Centro de Saúde tipo IV, com médico-sanitarista em tempo integral e pessoal suficiente para o melhor desenvolvimento das suas atividades próprias, na área em questão.

- Implantação de programas educativos na Unidade Sanitária e maior dinamização dos já existentes.

- Maior articulação do Hospital e Centro de Saúde, procurando-se atingir o ideal de uma Unidade Integrada, que atenda a todas as necessidades de saúde da população.

- Uma redefinição de atribuições no que tange a assistência médica prestada à comunidade, procurando delimitar bem a atuação de cada agência e o fluxo de paciente.

- Desenvolver programa educativo sobre o problema de água e esgoto do município, como forma de minimizá-lo, favorecendo a aceitação destes serviços e contribuindo para mais rápida implantação, conforme o plano da SABESP.

P A R T E B.

1. Determinantes e Condições de Saúde no Brasil e a Atuação da Saúde Pública.

A partir do momento em que nos foi proposto como tarefa para a realização do estágio de campo multiprofissional, "~~Diagnóstico~~ de Saúde do Município de Arujá", entendemos não poder relacionar uma série de dados, analisá-los e com isso caracterizar a situação de saúde da população aí residente. Sabemos que a situação existente representa as condições materiais de vida como: salários, habitação, saneamento, transporte, condições de trabalho, as quais mantem-se em níveis elementares ou de completa escassez. As condições acima mencionadas fazem parte de qualquer análise sobre condições de saúde para o Brasil.

Em Mello, Solomon Neumann em 1847, afirmava que as condições sociais, e econômicas exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença, concluindo que para promover a saúde as medidas não devem ser apenas da alçada médica.

Donnangelo: "O conjunto de práticas político ideológicas no interior das quais se elaborou o princípio do "direito à saúde " assegura também que as estatísticas de mortalidade indicam sobre a assistência médica - antes que sobre as condições sociais em que são geradas, e imponham ao campo sucessivas recomposições. Ou ainda, que tendo sido redefinidas, ao mesmo tempo que se redefiniam os corpos como objeto de prática, as necessidades de saúde, embora transcendam o campo médico, encontram nele sua área privilegiada de expressão".

Mello refere-se à forma de pensar doença, enquanto problema social, na medida que estas afetavam o interesse da sociedade, e das classes dominantes em particular. " A

morbidade é maior nas classes de renda mais baixa, precisamente aquelas que não têm recursos para prover o tratamento; durante a enfermidade cessa a capacidade de trabalho e, conseqüentemente a de obtenção de meios para viver; representam, frequentemente, pela própria natureza dos males, perigo para o grupo social, seja pela agressividade (doenças mentais), seja pela contagiosidade (doenças infecciosas e parasitárias). Além disso, abandoná-las à própria sorte resultaria, cedo ou tarde, agitações sociais indesejáveis.

Em Singer e colaboradores, refere-se tendências a piora dos níveis de saúde no Brasil, nos últimos 10 anos (1960-1970), que seria explicado, principalmente, pela deterioração da situação econômica, com aumento na concentração de renda, declínio do salário-mínimo real, de 20%, com conseqüente diminuição do poder aquisitivo da população assalariada.

Segundo Arouca, os estudos atuais sobre o estado de saúde da população tem colocado como destaque os fatores ambientais, esgotadas as tentativas de se pensar a questão em termos de agentes e/ou hospedeiros. O meio ambiente, engloba todos os fatores de um ambiente biótico e abiótico, isto é, características físicas, químicas e sociais vistas como extremas ao agente. Em relação aos fatores mencionados, de importância fundamental estão aqueles ligados às condições sócio-econômicas como os econômicos (produção e renda), as referentes à educação (alfabetização) e aqueles ligados ao saneamento (população servida por redes de água e esgoto). Revela-se a importância destes fatores quando compara-se os seus efeitos sobre a saúde em relação àqueles obtidos pelas ações dos serviços de saúde.

Outros estudos também apontam para as mesmas variáveis como relacionadas as condições de saúde existen-

tes; podendo-se perceber a preocupação com temas centrais de que se ocupam também outras disciplinas científicas e que dizem respeito a um plano mais abrangente da vida em sociedade:

a) Araújo estabelecendo a relação saúde como fator importante para o desenvolvimento, mas não se constituindo num "meio subproduto do desenvolvimento econômico".

b) Paim, e o binômio condições de saúde e renda, correlação entre indicadores de saúde com educação, PIB e previdência social.

c) Singer e colaboradores, considerando o estado de saúde da população refletido pelo indicador "esperança de vida ao nascer", evidenciam sua dependência principalmente de fatores ambientais (escolaridade e nível de renda monetária) assumindo os serviços de saúde (leitos hospitalares, consulta) uma posição secundária sendo que o saneamento não se mostrou associado estatisticamente ao evento considerado.

d) Lezer aponta para o município de São Paulo (1960-1970) a perda da capacidade aquisitiva da população (redução do salário mínimo real) como fator importante na explicação do aumento da mortalidade infantil no período, agindo através das condições precárias de alimentação.

e) Yunes e Ronchêzel, analisando o problema da mortalidade infantil para todo o país (1960-1970) colocam em destaque o econômico, fazendo sua análise pelo ângulo da concentração da distribuição de renda, declínio do salário mínimo real (20%) com conseqüente diminuição de renda da população assalariada. Tomada neste sentido, a explicação de saúde populacional repousa nas decisões de uma política econômica governamental, decisões estas que se ligam ao chamado "modelo brasileiro de desenvolvimento".

Citações são apresentadas na coletânea: "Saúde e medicina no Brasil".

A partir dessas colocações, é que podemos entender de maneira mais efetiva as condições de saúde existentes na população, não nos bastando analisar através de determinados indicadores a situação real, já que em primeiro lugar, isto tornaria a análise parcial, repetitiva e incompleta, e em segundo, destacar a partir de tais indicadores o Município de Arujá, seria isolá-lo de todo o contexto político-sócio-econômico, fato que se repete em vários trabalhos acêrca do setor saúde, já que os planos brasileiros não se apoiam numa teoria sociológica do desenvolvimento, reduzindo a programação social a simples atividades casuísticas, desprovidas de conteúdos operacionais mais abrangentes.

Em Guimarães, a partir da reunião dos países americanos em Punta del Este determinou-se um Plano Decenal de Saúde Pública (1962-1971) que propunha três grandes metas:

a) Aumentar, no mínimo de 5 anos, a expectativa ou esperança de vida ao nascer.

b) Aumentar a capacidade do indivíduo para aprender e produzir.

c) Melhorar a saúde individual e coletiva.

Estas foram propostas através de oito objetivos:

1- Dotar de água potável e esgoto pelo menos 70% da população urbana e 50 % da população rural.

2- Reduzir a mortalidade de menores de 5 anos pelo menos à metade da taxa atual.

3- Controlar as doenças transmissíveis, ao menos as de maior gravidade, segundo sua importância como causa de invalidez e morte.

4- Erradicar as doenças para as quais se dispõe de técnica eficaz.

5- Melhorar os níveis de nutrição.

6- Formar e adestrar profissionais e auxiliares de saúde na quantidade mínima indispensável.

7- Melhorar os serviços básicos de saúde em nível nacional e local, em particular, fomentar programa intensivo de bem-estar da mãe e da criança.

8- Intensificar a pesquisa científica e utilizar mais eficazmente os conhecimentos dela resultantes para a prescrição e tratamento das doenças.

Podemos verificar que apesar de terem acontecido alterações de diversos itens acima, ainda estamos muito longe dos objetivos propostos.

Em 1973 (Singer) a situação de saúde era assim resumida - a malária apresentava alta endemicidade na Região Norte e nos estados do Maranhão, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás;

- a esquistossomose é de alta endemicidade na região Nordeste e nos estados de Minas Gerais e Paraná, encontrando-se disseminada, em grande parte do país, e em expansão no Rio Grande do Norte, na Paraíba, na Bahia e no Pará;

- a tuberculose têm grande incidência na Região Norte, ocorrendo, entretanto, em todo o país;

a hanseníase apresenta alta endemicidade na Região Norte, Sudeste e Centro-Oeste, além dos estados do Maranhão e do Paraná;

- cerca de 30% da população infantil brasileira sofre de desnutrição que, na sua forma grave, chega a atingir 32,5% das crianças com menos de 5 anos de idade, na zona da Mata, em Pernambuco; em São Paulo, cerca de 12% dos óbitos de menores de 4 anos têm como causa básica a desnutrição.

Nota-se (Guimarães e Singer) que a partir de 1960 existe uma tendência para o estacionamento do quadro

de saúde da população brasileira. Se analisarmos ano a ano cada indicador, para cada município do país certamente encontraríamos para alguns situações de melhora. No entanto, o quadro inverso talvez aparece até com maior frequência. Metas não cumpridas, recrudescimento de problemas já sob controle, acentuação da morbi-mortalidade seriam situações comuns nesta análise.

Cumpre-se notar, que no Brasil (Arouca) as diferenças de risco se explicam pela classe social a que pertencem as coletividades a elas submetidas.

A partir do processo de urbanização, poderia se usar (Guimarães) aquele chavão de "inversão nosológica" e desenvolvimento, com uma diminuição das doenças ligadas ao subdesenvolvimento, com concomitante aumento da frequência daqueles mais típicos dos países desenvolvidos, Não é o que parece estar acontecendo no Brasil. Como decorrência do processo de crescimento econômico concentrador e captor de mão de obra para os grandes centros, o que se observa é a persistência dos problemas tradicionais do campo, seu agravamento com a criação de novas áreas críticas na periferia dos centros urbanos, em polos de desenvolvimento industrial ou em frentes de colonização, concomitante ao aparecimento de novos problemas de saúde, mais ligados aos riscos inerentes a vida urbana e ao próprio processo de produção particularmente industrial. O que se observa, portanto, é mais uma adição que uma substituição nosológica.

Para Paulo, o sistema oficial de oferta de bens de consumo coletivo não está voltado para a melhoria das condições de vida das camadas mais necessitadas. Tal fato, articulado com o modelo econômico brasileiro, condentrador de rendas e de benefícios, influi decisivamente sobre o padrão de saúde das populações urbanas. Sem uma ação concreta no campo da saúde pública, consubstanciada exatamente em boas condições

de saneamento, de abastecimento de água, etc., não pode haver melhoria dos padrões de saúde. A ausência destes elementos é, assim, mais uma face (não propriamente oculta, mas à qual não se dá a devida importância) de um modelo econômico que tem como consequência a morte precoce e evitável de grandes contingentes populacionais.

Segundo Carvalho, algumas formas de neoplasias malignas são mais frequentes nas regiões tropicais que nas de clima temperado: carcinoma epidermóide de colo uterino, bôca, pênis, bexiga e pele. " A persistência dessas formas nos trópicos deve-se a situação econômica social prevalente nessas áreas!"

Em Mello, enquanto a população urbana brasileira que vive de salário gasta 52% de sua renda com alimentação, a população dos Estados Unidos, como um todo, gasta 10%. Inversamente, a população americana se alimenta melhor que a brasileira.

Podemos notar que no Brasil (Baldijão), onde existe um processo de concentração de renda, como fruto do modelo de desenvolvimento econômico, calcado nas altas taxas de lucro conseguidas através do achatamento salarial, os trabalhadores tiveram seu poder aquisitivo extremamente reduzido nos últimos 10 anos.

Por lei, o salário mínimo deve preencher as necessidades básicas (higiene, alimentação, vestuário, habitação e saúde) do trabalhador e de sua família. Fica claro que estas necessidades não são de forma alguma preenchidas.

Considerando-se então o quadro da saúde não de uma maneira isolada, com seus problemas e próprias soluções, mas sim em dependência de um modelo de desenvolvimento que está voltado para determinadas parcelas da população, como se cons-

tata através do empobrecimento cada vez maior da maioria do povo brasileiro com piora de todas as condições (habitação, saneamento, etc.), podemos entender que a saúde existe assim como está por se encontrar em dependência de condições sócio-econômicas existentes, esta em dependência de diretrizes políticas assumidas.

Em vista de todo o exposto, seria uma forma de não identificar reais condições de vida, no caso de Arujá, se nos déssemos por satisfeitos com a análise realizada na parte A deste trabalho. Fica claro, então que quando nos propusemos a cursar a Faculdade de Saúde Pública foi com o intuito de debater de maneira crítica as concretas condições de saúde do brasileiro e seus determinantes.

Se não são devidamente analisados os nossos problemas de saúde, eles aí estão, e necessitando de propostas efetivas de atuação para seu enquadramento. Não é o que parece estar sendo feito através da Saúde Pública. Vamos então colocar a participação desta a partir de seu desenvolvimento histórico.

Em Singer e colaboradores: os serviços de saúde formam instituições relativamente antigas no ocidente, mas em constante transformação, condicionada pela evolução tanto das relações dos homens entre si, como das relações entre o homem e a natureza. O homem se relaciona com a natureza essencialmente pela apropriação, mediante o saber e a produção de elementos da mesma. O avanço desta apropriação, em termos quantitativos, mas sobretudo qualitativos, marca o desenvolvimento das forças produtivas, que, no caso dos serviços de saúde se concretiza no progresso das técnicas de prevenir e curar.

Como o ato de produzir é essencialmente social, integrado que está na divisão social do trabalho, ele dá

dá lugar a relações entre os participantes do processo produtivo e entre estes e os que dele usufruem.

Em Braga, a saúde emerge como "questão social" no Brasil no bojo da economia exportadora cafeeira. Este caráter social, à questão da saúde, se processa em dois níveis: tanto reflete o avanço da divisão do trabalho- implícita a essa fase, portanto embrica-se à emergência do trabalho assalariado - quanto, do ponto de vista público, assume forma, ainda que embrionária, de política social.

Braga: A análise da questão social de saúde deve contemplar tanto suas determinações urbanas ou rurais, quanto as condições próprias do mercado de trabalho e do processo de trabalho que ocorre a nível das empresas agrícolas ou urbano industriais. Será através desta demarcha que ganharão pleno sentido as emergentes políticas públicas "de higiene e saúde", assim como certas práticas empresariais, típicas das primeiras décadas do século XX.

Em decorrência deste modelo econômico tornava-se importante o combate as doenças infecto-contagiosas, como o saneamento dos portos e núcleos urbanos. Assim consegue-se entender o apoio as obras públicas voltadas ao saneamento. Tentativa de controle de determinadas doenças (febre amarela, por Oswaldo Cruz, combate a malária, etc.)

As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola assim como as medidas gerais destinadas à promoção da higiene urbana se verificam através de medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral.

Singer: A partir de 1920 com a reforma Carlos Chagas e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, os serviços de saúde apresentam duas características bá-

sicas, que as diferenciam das fases anteriores. A primeira delas é a sua expansão crescente, abrangendo parcelas cada vez maiores da população e do espaço nacional. A segunda é o grau de autoritarismo de tais ações, assumindo o direito de interferir direta e amplamente na vida da população.

Enquanto que ao tempo de Oswaldo Cruz os objetivos básicos eram o controle das três principais endemias que assolavam o Rio de Janeiro, na reforma Carlos Chagas o Departamento Nacional de Saúde Pública estendia suas ações ao saneamento rural e urbano, à propaganda sanitária, aos serviços de higiene infantil, à higiene industrial e profissional, à supervisão dos hospitais públicos federais e à fiscalização dos demais. Além disso, propunha-se combater as endemias e epidemias rurais, entre elas, o impaludismo, as helmintoses, esquistossomose, doença de Chagas, tracoma, leishmaniose, filariose e bouba.

Braga: Começa a ser delineada a linha político social a ser seguida, com a combinação de baixos salários e benefícios previdenciários a par de medidas que cerceiam a organização da classe operária. Existia uma vinculação entre tais benefícios e o "bom comportamento" dos trabalhadores.

Entre 1930 e 1966 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários a sua efetivação. Entretanto, cabe desde já afirmar também o caráter "restrito" desta política de saúde. As atividades de saúde de responsabilidade federal passaram ao Ministério da Educação e Saúde (pertencia ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores).

Singer: Em 1942 o aparecimento da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com extensão de cobertura a áreas precariamente cobertas, visava, fundamentalmen-

te dar assistência médica aos trabalhadores recrutados para auxiliar o desenvolvimento da produção da borracha no Vale Amazônico, que era absolutamente necessária ao esforço de guerra aliado.

Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde que passou a se encarregar das atividades que se encontravam sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde.

Em decorrência do agravamento das condições de saúde relacionadas ao processo de urbanização e industrialização, e com a mobilização dos trabalhadores torna-se importante uma política social de saúde.(Braga).

Passa então a saúde pública neste período por um processo de centralização.

Entre 1940 e 1960, existiu uma melhora das condições sanitárias da população, porém com permanência do quadro de doenças infecciosas e parasitárias e das elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, etc.

A partir dos anos 60 observa-se o declínio relativo do sub-setor de saúde pública e o crescimento do sub-setor medicina previdenciária.

Em 1967, a competência do Ministério da Saúde ficou relacionada a formulação da Política Nacional de Saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisas médico-sanitárias. (Singer)

Em 1968 foi elaborado "Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde". A partir daí, nota-se claramente a dicotomia saúde coletiva e saúde individual, e a disposição do governo em contratar com entidades privadas as ações de proteção e recuperação da saúde das

canendo ao Ministério da Saúde as medidas de Carater coletivo. Isto possibilitou o aumento da assistência médica e na posterior criação co Ministério da Previdência Social.

Em 1970, a elaboração do Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento, com a integração das ações de saúde ao plano.

Em 1971, o estabelecimento do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), sob coordenação do Ministério do Interior.

Em 1975 a elaboração do 2º Plano Nacional de Desenvolvimento, continua com a mesma orientação do plano anterior. Neste mesmo ano, foi promulgada lei dispendo sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde que é definido como " o complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltado para as ações de interesse da saúde". Ficando estabelecido a incumbência dos diversos ministérios e com a manutenção da dicotomia entre saúde individual e coletiva. Acrescenta-se ainda que o polêmico Plano Nacional de Saúde, abandonado pelo governo em período imediatamente posteriores ao início de sua implementação, parecia ter um nítido caráter de privatização da assistência médica.(Kowarick).

Nesta revisão histórica realizada de maneira bem sucinta não podemos esquecer de relacionar os planos malogrados devido ao desconhecimento da íntima interdependência entre saúde e economia, explicando, entre outros, o malogro dos seguintes (Mello):

1. Plano de Saúde da Comissão do Vale do São Francisco, em 1948, com a construção de 1800 leitos em 43 hospitais, logrando-se o aproveitamento, depois de alguns anos, de 50 % da capacidade total.

2. Plano Salzano, do Departamento Nacional

de Saúde, em 1956, que pretendia prover de médicos os municípios destituídos desses profissionais.

3- Plano da Associação Médica Brasileira, em 1956, réplica quase perfeita do plano Salzano.

4- Plano de Saúde do Estado do Amazonas, com a importação de meia centena de unidades pré-fabricadas, instaladas e equipadas.

5- Plano Nacional de Saúde, em 1968, que previa em dois anos, dobrar os serviços assistenciais urbanos e triplicar os serviços nas zonas rurais,

6. Plano SALTE , apresenta as características de um programa de emergência formulado como resposta as catastróficas situações sanitárias do Brasil de então. Morosidade na aprovação do Plano pelo legislativo, a inexistência de vinculação orçamentária com os montantes programados, a falta de controle na aplicação dos recursos, são alguns dos fatores que fizeram do SALTE talvez o mais espetacular desastre das tentativas de planificação no Brasil.

Todos eles desprezaram as variáveis de natureza econômica, desconhecendo as diferenças regionais, ignorando a diversidade de problemas urbanos e rurais, omitindo a importância da desigualdade da distribuição social e geográfica da renda.

Segundo Braga a regulação pelo Estado do "Setor Saúde" pós 66 ainda que não tenha deixado de levar em conta os interesses dos assalariados urbanos, o fez no âmbito de uma forma de acumulação concentradora de renda e antagônica ao consumo derivado das rendas do trabalho. Foi esta a tônica das políticas sociais da época. Em sua concepção e operacionalidade pesaram profundamente as articulações conglomeradas do capital, cujos interesses fundiam-se no âmbito do Estado. Esta marca das políticas sociais agrava seus impasses no presente

momento crítico.

As questões, enfim, são fundamentalmente políticas.

O que se depreende de todos os elementos mencionados, além da injustiça social que reflete, é que nos países subdesenvolvidos, de renda per capita baixa e onde há concentração de renda, a grande massa da população não tem capacidade para remunerar diretamente os serviços de assistência médico sanitária.

Em Paula, "a determinação social da doença manifesta-se de maneira concreta, ou seja, no modo pelo qual a sociedade organiza a produção e reprodução dos bens materiais, nas condições sociais desta produção, em como os indivíduos e grupos sociais se inserem nesse processo".

Segundo Braga, no quadro atual, surgem as doenças infecto-contagiosas ao lado das crônico-degenerativas, características das sociedades mais industrializadas e também, em parte, consequência da elevação da vida média da população. As endemias antes direitos rurais tornaram-se também urbanas. Algumas como a doença de Chagas, a esquistossomose, malária e leishmaniose, permanecem como problemas de âmbito nacional, além de outras de caráter regional.

As evidências apontam para a mesma direção, ou seja, má qualidade de vida, precárias condições de saúde e a falta de uma atuação mais efetiva da Saúde Pública. Diante desta exposição, previamente conhecida, fica aqui fundamentada a nossa visão acerca do estágio de campo multiprofissional que, é claro, reflete as posições assumidas pela Saúde Pública.

2- O Estágio de Campo Multiprofissional como Disciplina da Faculdade de Saúde Pública.

Segundo Kowarick, "se o planejamento educacional apresenta deficiências consideráveis, a programação da saúde pública é ainda mais rudimentar. Os diagnósticos de situação inexistem, praticamente se reduzem à citação de alguns índices isolados. Em nenhum dos Planos há uma caracterização mais entrosada - por mais sucinta que seja - dos problemas que cobrem esta vasta área de ação. No que se refere à consistência interna da programação, os planos não possuem os mínimos requisitos técnicos necessários às tarefas de planejamento; a validade dos objetivos a serem atingidos quando da sua rara quantificação não é explicitada, como também não é demonstrada a necessidade de se empregar a soma de recursos atribuídos, o que significa dizer que tanto os objetivos como os recursos são fixados através de processos aleatórios, não passando de exercícios meramente formais e, portanto, destituídos de qualquer significação programática".

O Estágio de Campo Multiprofissional realizado em moldes tradicionais, restringindo-se à coleta de dados para embasar um pseudo-diagnóstico da situação de saúde de uma dada área social, a nosso ver só atende às exigências curriculares no sentido literal da palavra.

Está colocada como disciplina obrigatória entre as dos currículos dos cursos oferecidos pela faculdade de Saúde Pública; é tida como disciplina fundamental para capacitação do aluno. No entanto têm merecida relativa preocupação entre os docentes, não possuindo uma estrutura funcional definida ficando à deriva de Comissões eleitas bianualmente.

Pouco ou quase nada tem sido alterada em

conteúdo formal, nos últimos anos. Sabe-se que as repercussões, da forma como o Estágio de Campo Multiprofissional é apresentado e têm-se desenvolvido, são negativas entre os alunos, gerando desinteresse, insatisfações e entre alguns sérias frustrações. Isso tudo sem mencionar a comunidade envolvida.

Segundo Foster, quando se trabalha em população e, ou esta é parcialmente envolvida, (como é o caso do Estágio de Campo Multiprofissional), o próprio trabalho cria expectativas e a população cobra resultados práticos.

Com que o Estágio de Campo Multiprofissional tem efetivamente contribuído para benefício da comunidade? Com estudos e exercícios teóricos?

E o que dizer, se colocarmos o Estágio como forma da atuação da Saúde Pública?

Em Arujá tivemos ocasião de contatar com vários elementos de importância na comunidade. Colhemos dados significativos, mas o que oferecemos? Até que ponto é honesto e válido tomar o tempo das pessoas, criar expectativas de melhorias em função da simples manipulação de informações e outras tantas formas existentes? Não seria mais sensato pensar-se em algo que efetivamente traga benefícios para a comunidade ou pelo menos, para um dado segmento social e que traga maior interesse aos alunos por se sentirem realmente úteis?

O Estágio de Campo Multiprofissional têm sido encarado muito na base de "venha a nós o vosso reino"...

Nós estamos dentro do Sistema Educação, somos profissionais de um campo árido. Será que nada mais temos a fazer do que simplesmente coletar dados e analisá-los? E qual o papel da Universidade neste enfoque?

As cabeças pensantes, os planejadores, alguém poderia se dar ao trabalho de compactuar exigência curri-

cular com interesse dos alunos, com melhoria da qualidade de vida, objetivo último da Saúde Pública?

A nível de ensino-aprendizagem, não seria o caso do Estágio permitir uma real integração teórico-prática de conhecimentos comuns e específicos?

Anível de eficiência, não seria o caso do Estágio de Campo Multiprofissional compreender em sua estrutura componentes que correspondam aos anseios e expectativas de uma comunidade já que é um veículo gerador destas mesmas expectativas e já que pela sua natureza se insere nas perspectivas da Universidade como um todo?

E o que dizer da equipe multiprofissional?

Fala-se tanto em trabalho em equipe, mas qual a real dimensão dada ao assunto?

Nada existe de palpável que permita vislumbrar a postura da Faculdade em termos claros, pelo contrário, várias ações são orientadas, justamente para consolidar expectativas individualistas. O próprio tratamento que os diferentes grupos profissionais recebem, reflete a linha de competição existente entre eles.

Será que a Faculdade de Saúde Pública e portanto a Universidade de São Paulo, está tão desvinculada da problemática nacional?

Qual a função do órgão formador? É simplesmente diretiva, eletiva?

Estaria a Universidade preocupada com a formação de profissionais para mercado de trabalho, vinculado ^{UNICAMENTE} ao Estado?

Teria condições para pensar e agir, em termos de preparo de pessoal de diferentes qualificações que se engagem em ocupações que levem à melhoria das condições de vida?

Está a escola preocupada em estimar as necessidades de mão de obra?

Não seria também a oportunidade da Faculdade de Saúde Pública corrigir algumas distorções do sistema formador, preparando generalistas, que melhor atendessem às necessidades de nossa realidade social ?

Considerando que:

- O Estágio de Campo Multiprofissional, constituindo-se parte integrante do currículo dos cursos de Saúde Pública, Administração Hospitalar e Educação em Saúde, como etapa fundamental para formação do aluno no campo;

- Um dos objetivos da Universidade é atenção à pesquisa e a intensificação do relacionamento com a comunidade - A Faculdade de Saúde Pública como parte da Universidade - tem limitado a sua área de ação;

- O planejamento de ações de saúde em determinada área deve contar com conhecimento prévio da mesma, e com dados relevantes e significativos a ela relacionados;

- O trabalho em equipe diversificada profissionalmente é difícil e depende tanto de qualidades pessoais, quanto de conhecimento técnico para favorecer o relacionamento positivo e a integração grupal. Além disso, esta integração está relacionada a toda estrutura de concorrência imposta pela própria faculdade, gerando dificuldades. Justifica-se as seguintes proposições:

- Que o Estágio de Campo Multiprofissional se constitua numa disciplina com corpo docente e recursos materiais próprios, cujas diretrizes básicas de ação possibilitem integração de todos os departamentos, favorecendo a atuação do aluno da Faculdade de Saúde Pública.

- As disciplinas optativas do 2º semestre

sejam condensadas nos meses de agosto e setembro, quando então seria iniciado o estágio de campo, contando com maior tempo disponível e podendo-se englobar neste período o estágio especializado.

- Que haja continuidade dos trabalhos realizados em anos anteriores pelos alunos da Faculdade de Saúde Pública, permitindo a formulação de programas de saúde baseados em sugestões apresentadas. Esta continuidade evitaria ainda, desgaste de material humano e incentivaria a população alvo envolvida.

- Que a Faculdade de Saúde Pública estenda sua área de atenção, atendendo os objetivos da Universidade, avançando nos ~~propósitos~~ até aqui fixados e, permita uma melhor utilização do material humano que prepara, que baseia a operacionalização das atividades do Estágio de Campo, de forma que, ao despertar expectativas na população possua componentes para corresponder a mesma, além de propiciar maior interesse e participação efetiva dos alunos.

- Que o Estágio de Campo Multiprofissional conte com supervisão direta e permanente, com pessoal disponível e habilitado nas diversas áreas e com experiência de campo.

- Que seja planejado a inclusão de disciplinas que forneçam fundamentação teórica e subsídios para pesquisa e relacionadas a desenvolvimento de programas de comunidade como pré-requisito para realização do estágio.

- Que a elaboração do cronograma de trabalho conte com conhecimento a priori da comunidade, e com uma possibilidade mínima de cumprimento.

- Que haja preocupação do corpo docente, durante as disciplinas gerais obrigatórias, iniciando uma orientação definida para formação de grupos de trabalho multiprofissionais criando consciência, consenso e espírito de grupo.

3- Comentários Finais:

Essa segunda parte do relatório, do chamado Estágio de Campo Multiprofissional, não tem a pretensão de ser uma crítica ao estágio em si, ou à Escola de Saúde Pública, mas antes de tudo é fruto de indagações, dúvidas e tentativas de conexão, resultantes da experiência de cada um, com a realidade que vive.

De início uma pergunta surge: como entender a "abstração saúde? Qual a possibilidade que essa abstração oferece, enquanto particularização, para uma generalização?

Partindo da premissa que medicina é conhecimento globalizante do homem como ser natural e social, como indivíduo e população usa-se esse conhecimento como poder atrelado ao Estado.

Saúde e Estado são figurações paralelas, uma englobada pela outra na medida em que qualquer comprometimento da saúde (física e moral) dos indivíduos, os torna uma ameaça ao Estado e, a medicina constitui-se então numa forma de controle da vida social.

A saúde passa a ser vista como forma de manutenção da ordem e da segurança. Cidadãos saudáveis, ordeiros e seguros, cidadãos que cumprem a legislação vigente.

Parecerá a um leitor desatento haver um certo exagero nessa aferição, todavia é suficiente ler a definição dada pela OMS à saúde. Nada mais abstrato. É partindo dessa abstração que se tenta "concretizar" programas, ações, enfim dar corpo à Instituição Saúde. Será isso possível? Não será o caminho inverso aquele que nos leva ao verdadeiro conhecimento?

É muito mais consequente partir de fatos reais, de nossa realidade social e suas relações e do que ela

tem de comum nos seus diversos estágios de desenvolvimento, para se chegar a um diagnóstico que se aproxima da realidade social.

Estatísticas, números, ordem, progresso, segurança são mecanismos institucionais cuja função precípua é o controle acima de tudo. Manter uma população pretensamente saudável é seguro. Saúde deixa de ser cuidado para com o homem e suas relações com o meio e passa a ser instrumento de dominação.

Dentro desse esquema sobressai a insistência de uma certa dicotomização: medicina preventiva e medicina curativa. Discute-se a particularização da particularidade. A medicina institucional, através de seus órgãos previdenciários, passa a ser mera realimentadora de força de trabalho, de forma inconsequente e até certo ponto irresponsável visto ser a mão de obra ainda abundante.

A preocupação não se foca nas relações de produção e seus consequentes reflexos no cotidiano da vida humana. Interessa os seres que produzam e produzam e não pensem, não se questionem enquanto seres humanos integrados a esse processo de produção. Esses mesmos seres só poderão ser saudáveis, na medida em que possam questionar seu direito à saúde, direito esse imbricado à estrutura econômica, política e social em que vivemos.

Nós, enquanto "profissionais" ligados a um processo de produção de saúde, sofremos distorção de raciocínio e vemos o homem como indivíduo fisiológico natural sem situá-lo historicamente.

O homem é um todo em qualquer momento histórico, mas contraditório, dilacerado, arrancado a si mesmo. Assim o homem plenamente desenvolvido, desabrochado, verdadeiramente "total" não é dado.

O homem é simultaneamente objeto (corpo) e

sujeito (consciência). Só se torna sujeito humano quando se transforma em objeto humano para outros seres humanos, objeto de desejo, de amor, de paixão. Nós, sanitaristas, ou quase, temos nosso conhecimento tomado por uma realidade estranha, abstrata, indissolúvel. Esse conhecimento "alienado" passa a ter um poder real e consegue verdadeiramente participar do processo para subjugar as massas.

Talvez essas nossas reflexões sirvam como ponto de partida para um aprofundamento na discussão; essa é a proposta.

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

- AROUCA, A.J. - A análise dos determinantes das condições de saúde de da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1977.
- BALDIJÃO, C.E.M. Desnutrição, fenômeno isolado? [Trabalho apresentado na XXIX Reunião Anual da SBPC. São Paulo, 1977.]
- BALDIJÃO, M. et al. Condições de Saúde e suas interrelações com fatores sócio econômicos. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Economia e Planejamento. São Paulo, 1970.
- BRAGA, J.C.S. A questão de saúde no Brasil. Campinas, 1978. [Dissertação de Mestrado Dep. Economia e Planejamento Econômico da UNICAMP].
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1976
- FOSTER, R. Diretrizes para desenvolvimento da comunidade, 1972 [Mimeografado].
- GUEDES, J.S. Contribuição para o estudo da evolução do nível de saúde do Estado de São Paulo: análise das regiões administrativas de 1950/1970. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado Fac. Saúde Pública da USP].
- GUEDES, J.S. & GUEDES, M.L.S. Quantificação do indicador de Nelson de Moraes. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 7:103-13, 1973.
- GUIMARÃES, R. Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978
- KOWARICK, L. Estratégias do planejamento social no Brasil. São Paulo, 1970 [Caderno CEBRAP, 2].
- MELLO, C.G. Saúde e assistência médica no Brasil. São paulo, CEBES-HUCITEC, 1977

MELLO, C.G. Aspectos econômicos da saúde. [Trab. apresentado no IX Congresso Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, 1975]

PAULA, J.G. Saúde em áreas urbanas - Rev. Adm. Publ. 12(2): 163-182, 1978.

RAMOS, R. Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no Município de São Paulo, São Paulo, 1962. [Tese - Faculdade de Saúde Pública USP]

SINGER, P. et al. Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1978.

SWAROOP, S. Introduction to health statistics. Edimburgh, E. Livingstone, 1960.

A N E X O S

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

HSP-925 - Estágio de Campo Multiprofissional

"G R U P O A R U J Ã"

HELENA SAVASTANO

- Supervisora -

Programa 1.978

JUSTIFICATIVA:

2.

Considerando que:

- . A finalidade do estágio de Campo Multiprofissional é proporcionar experiências de aprendizagem de casos concretos:
- . Necessidade de um trabalho em Equipe Multiprofissional que favoreça a elaboração de um ensaio de diagnóstico da situação de saúde de uma determinada área;
- . Os conhecimentos teóricos de planejamento recebidos durante os Cursos de Saúde Pública e Administração Hospitalar devam ser colocados em prática e que permitam o desenvolvimento de um trabalho de natureza profissional.

O grupo multiprofissional determinado pela Faculdade de Saúde Pública para o Estágio de Campo no Município de Arujá - São Paulo se propõe a desenvolver o trabalho que se segue:

OBJETIVO GERAL:

3.

Proporcionar ao educando experiências de aprendizagem, a partir de um trabalho multiprofissional, que favoreça a elaboração de um pré-diagnóstico da situação de saúde de uma área, mediante a aplicação dos conhecimentos recebidos nos Cursos de Saúde Pública para Graduados, Administração Hospitalar e Educação em Saúde Pública.

OPERACIONAIS

- Trabalhar de modo integrado numa equipe multiprofissional.
- Selecionar variáveis relevantes, com base nos conhecimentos:
 - .. comuns, obtidos nos Cursos de Saúde Pública para Graduados e Administração Hospitalar.
 - .. específicos, conforme a formação profissional do aluno.
- Levantar dados sobre as variáveis selecionadas, através de consultas, formulários, roteiros e questionários.
- Descrever e analisar os dados coletados.
- Elaborar um relatório contendo o diagnóstico da situação de saúde da comunidade de Arujá, assim como possíveis alternativas para soluções dos problemas prioritários encontrados.

Cod.	Etapas	Cod.	Fases	Cod.	Atividades	Prazo Limite
	Preparação	1.1	Apresentação e discussão do Programa do E.C.M.	1.1.1	Aula expositiva, Profa. Maria Lúcia Lebrão.	02/08
		1.2	Informação sobre o C.I.S.	1.2.1	Aula expositiva, Dr. José Cássio de Moraes.	02/08
		1.3	Conhecimentos de Técnicas para montagem de inquérito domiciliar.	1.3.1	Aula expositiva, Profa. Dra. Augusta Thereza Alvarenga.	02/08
		1.4	Interação dos membros do grupo entre si, com o supervisor e médico-chefe do Centro de Saúde.	1.4.1	Discussão do E.C.M. pelo grupo	07/08
				1.4.2	Dinâmica de grupo orientada pelo Supervisor Dra. Ondina Rosenberg.	07/08
				1.4.3	Reunião do grupo com o médico responsável pelo C.S., Dr. Valério.	09/08
		1.5	Distribuição de tarefas	1.5.1	Escolha do coordenador do grupo e divisão de tarefas para os subgrupos formados.	09 a 14/08
		1.6	Desenvolvimento das tarefas	1.6.1	Elaboração de: - Cronograma de atividades. - Questionário para o inquérito domiciliar. - Roteiro para entrevistas com os líderes.	09/08 14/08
	1.7	Visita para conhecimento da comunidade.	1.7.1	Visita ao Centro de Saúde e primeiros contatos.	16/08	

Cod.	Etapas	Cod.	Fases	Cod.	Atividades	Prazo
2.	Execução	2.1	Estágio no Centro de Saúde	2.1.1	Observar e analisar: - Funcionamento - Atendimento - Programas e Sub-programas em desenvolvimento - Coleta de dados.	16 a 21/08
		2.2	Estágio no Hospital	2.2.1	Observar e analisar: - Dados gerais - Planta física - Funcionamento - Serviços: - Médicos - Auxiliares - Estatísticos	23 a 30/08
		2.3	Inquérito domiciliar	2.3.1	Aplicação de inquérito na comunidade (vd. anexo).	04 a 13/09
		2.4	Levantamento da utilização dos recursos de saúde da comunidade pela Escola.	2.4.1	Visita às Escolas - entrevista com Coordenador Pedagógico.	18/09
		2.5	Análise dos indicadores de saúde da comunidade.	2.5.1	Tabulação dos dados com os indicadores de saúde coletados. Construção e análise dos indicadores de saúde.	20 a 27/09

Cod.	Etapas	Cod.	Fases	Cod.	Atividades	Prazo
3.	Avaliação da situação de saúde encontrada em Arujá pelo grupo.	3.1	Pré-avaliação	3.1.1	Mediata através das visitas, observações e entrevistas com o pessoal da comunidade.	16/08 27/09 ^a
4.	Conclusão do Relatório para avaliação do Estágio Multiprofissional pela Comissão de Estágio.	3.2	Diagnóstico da situação de saúde da área.	3.2.1	Elaboração do relatório com a situação detectada.	02 a 18/10
		4.1	Entrega, apresentação e discussão	4.1.1	Participação ativa do grupo.	23/10 25/10 ^a

Critérios	Padrões	Momentos	Instrumentos
- Verificação do nº de atividades desenvolvidas pelo Centro de Saúde.	- Cobertura das atividades do Centro de Saúde pela Equipe Multiprofissional.	16 a 21/08	- Relatório do Estágio Multiprofissional.
- Verificação do nº de atividades desenvolvidas pelo Hospital.	- Cobertura das atividades do Hospital pela Equipe Multiprofissional.	23 a 30/08	- Relatório do Estágio Multiprofissional.
- Verificação do nº de inquéritos domiciliares efetuados.	- Cobertura dos inquéritos propostos.	04/09 a 13/09	- Questionários preenchidos.
- Verificação da utilização dos serviços de saúde da comunidade.	- Cobertura das Escolas de 1º e 2º graus.	18/09	- Entrevista com o Coordenador Pedagógico. - Conhecimento do Plano Global da Escola.

Tipos de Providências	Responsável	Prazo
OBTENÇÃO DE DADOS:		
- Centro de Informações de Saúde (C.I.S.) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.	Luiz Roberto, Antonio Carlos e Luiz Carlos.	Até 14/08/78
- Departamento de Estatística do Estado (D.E.E.)	Luiz Roberto, Luiz Carlos e Antonio Carlos.	Até 14/08/78
- Companhia Estadual de Saneamento Básico e Defesa do Meio Ambiente (CETESB)	Jorge, José Guevara e Olinelma.	Até 14/08/78
- Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo.	Jorge, Irma, Hogla.	Até 14/08/78
- Centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal (CEPAM)	Yara, Luzia; Gizélia e Rosa.	Até 14/08/78
- EEMPLASA	Wilma, Charlotte e Dirce.	Até 14/08/78

Orgão ou Instituição	Tipo de Interação	Momento
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ	ENTROSAMENTO COM A AUTORIDADE LOCAL.	15.08.78
- LYONS CLUB	Contato com os leoninos.	15.08.78
- IGREJA	Contato com o Vigário.	15.08.78

GRUPO DE TRABALHO

NOME	QUALIFICAÇÃO	FUNÇÃO	ENTIDADE OU ÓRGÃO
ANTONIO CARLOS FONSECA	Médico	Chefe de C.S. + Chefia + Grupamento médico Peri - cial.	Prefeitura de São Paulo (INPS)
CHARLOTTE MARIANA HARSI	Bióloga	Microbiologista (estagiária)	Instituto de Ciências Bio _u médicas da USP.
DIRCE PEREIRA GERALDI	Pedagoga	Sup. em Ed. Sanitária	Div. Reg. de Educação de Araçatuba/SP DAE - DENPAM
GIZÉLIA MARIA ALVES DE SOUZA	Farmacêutica-Bio _u química	-	Univ. Fed. da Paraíba
HOGLA CARDOZO	Enfermeira	Enfermeira do 10º CARS.	Depto. Autônomo de Saúde Pública - SC
IRMA T. R. NEVES FERREIRA	Assist. Social	Ed. em Saúde Pública	Departamento de Assistên _u cia ao Escolar.
JORGE ENRIQUE F. MUNEVAR	Engenheiro	In. en Saneamiento Bas _i cal.	
JOSÉ L. GUEVARA LEIVA	Biólogo	Educador	Ministério da Saúde de Costa Rica.

GRUPO DE TRABALHO

NOME	QUALIFICAÇÃO	FUNÇÃO	ENTIDADE OU ÓRGÃO
LUIZ CARLOS MENEGUETTI	Médico	Docente-Voluntário - Departamento materno-infantil	Faculdade de Saúde Pública.
LUIZ ROBERTO B. BARATA	Médico	Médico Residente	Santa Casa de São Paulo
LUZIA PEREIRA DO NASCIMENTO	Enfermeira	Chefe do Setor Técnico de Enfermagem	C.S.I. Taubaté D.R.S. 3 Secretaria da Saúde- SP
OLINELMA DE LOURDES OLIVEIRA	Téc. em Administração	Prof. Colaborador	UFFB - Departamento de Administração
ROSA GARCIA OLIVIERA	Nutricionista		
WILMA DE SÁ C. SILVA	Enfermeira	Enfermeira	FSCSP
YARA MARIA S. DAHER	Assist. Social	Assistente Social	INAMPS - P.M.S.P.

Anexo 2: Relação das escolas do Município de Arujá.

EEPG Dr. Washington L. Pereira de Souza. (Urbana)

R. Washington Luiz, 27

Diretor: José C. Cunha Rocha

Total de 970 alunos sendo 620 de 1ª a 4ª série e 350 de 5ª à 8ª série.

EEPG Núcleo P.L. (Rural)

Núcleo P.L. - Arujá

Responsável: José C. Cunha Rocha

total de 60 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG Bairro da Penha (Rural)

Bairro da Penhinha

Responsável: José C. Cunha Rocha

Total de 70 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG São Domingos (Rural)

Bairro São Domingos

responsável : José C. Cunha Rocha

Totalde 25 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG Bairro dos Correias. (Rural)

Bairro dos Correias

Responsável: José C. Cunha Rocha

Total de 25 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG de Arujá (Urbana)

R. Olavo Bilac, s/nº

Responsável: Alda Martins Soncini

Total de 620 alunos sendo 340 de 1ª a 4ª série e 280 de 5ª a 8ª série.

EEPG Pedreira V. Matheus. (Rural)

Pedreira Vicente Matheus

Responsável Alda Marins Soncini

Total de 92 alunos de 1ª a 4ª séris

EEPG Bairro do São Bento (Rural)

Responsável: Alda Marins Soncini

Total de 70 alunos de 1ª a 4ª série

(anexo 2 cont.)

EEPG Bairro dos Barbosas (Rural)

Responsável: Alda Martins Soncini

Total de 70 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG Bairro do Jacarandá (Rural)

Responsável: Alda ~~Martins~~ Soncini

~~Total~~ de 30 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG Arujamérica (Urbana)

Av. Um s/nº - Arujamérica

Responsável: Inayê Angela Guaranha

Total de 430 alunos de 1ª a 4ª série

EEPG Vila Pedroso (urbana)

R. Plínio S. Santangelo s/nº

Responsável: Arminda C.B. Coutinho

Total de 255 alunos de 1ª a 4ª série

EEPSG Dr. René O. Barbosa (urbana)

R. Melwin Jones, s/nº

Responsável: Eufly Gomes

Total de 455 alunos sendo 170 de 1ª a 4ª série e 285 de 5ª a 8ª série

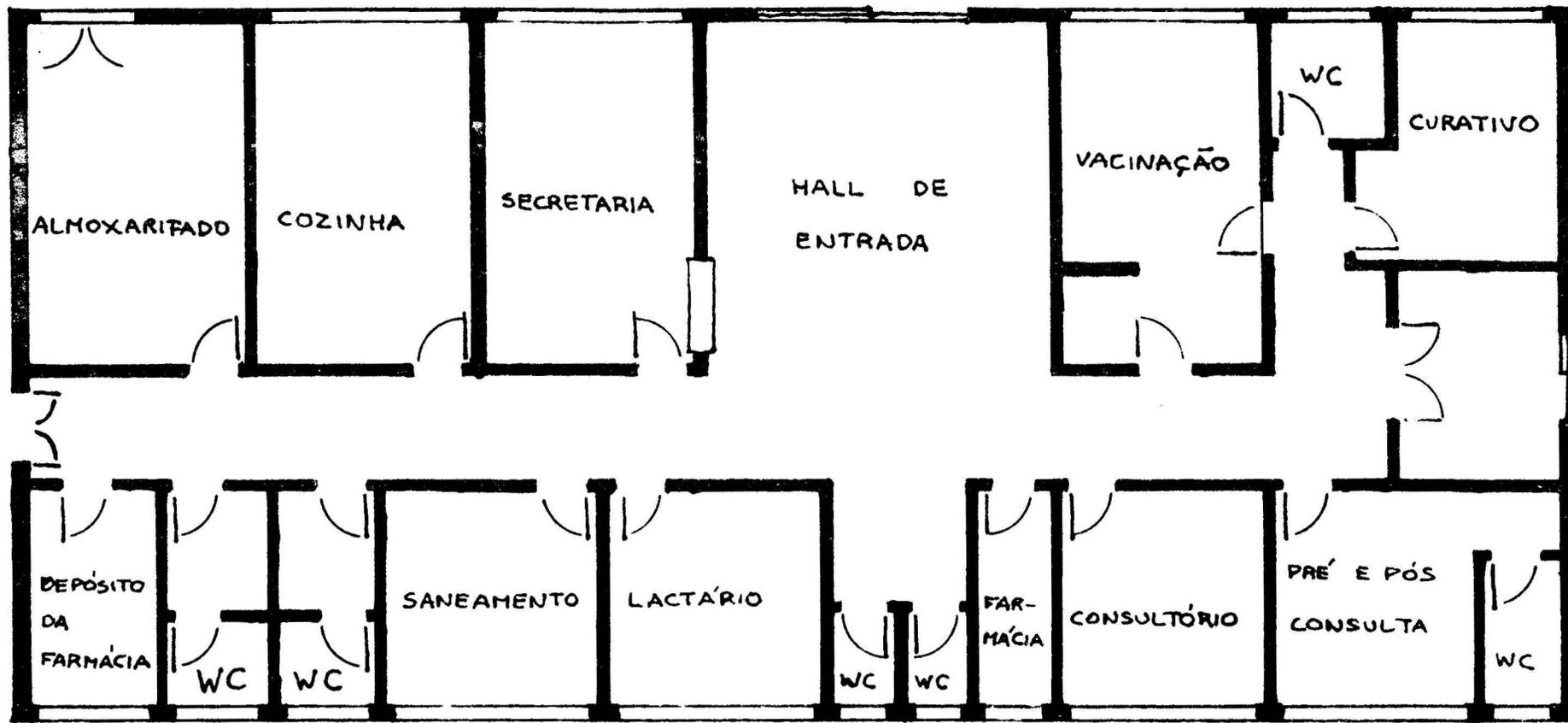
Centro Educacional, Cultural e Esportivo CECEA (urbana)

Responsável: D. Jupira Maria C. Figueiredo

Total de 180 alunos de pré-escolar.

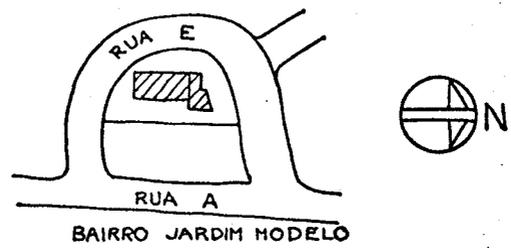
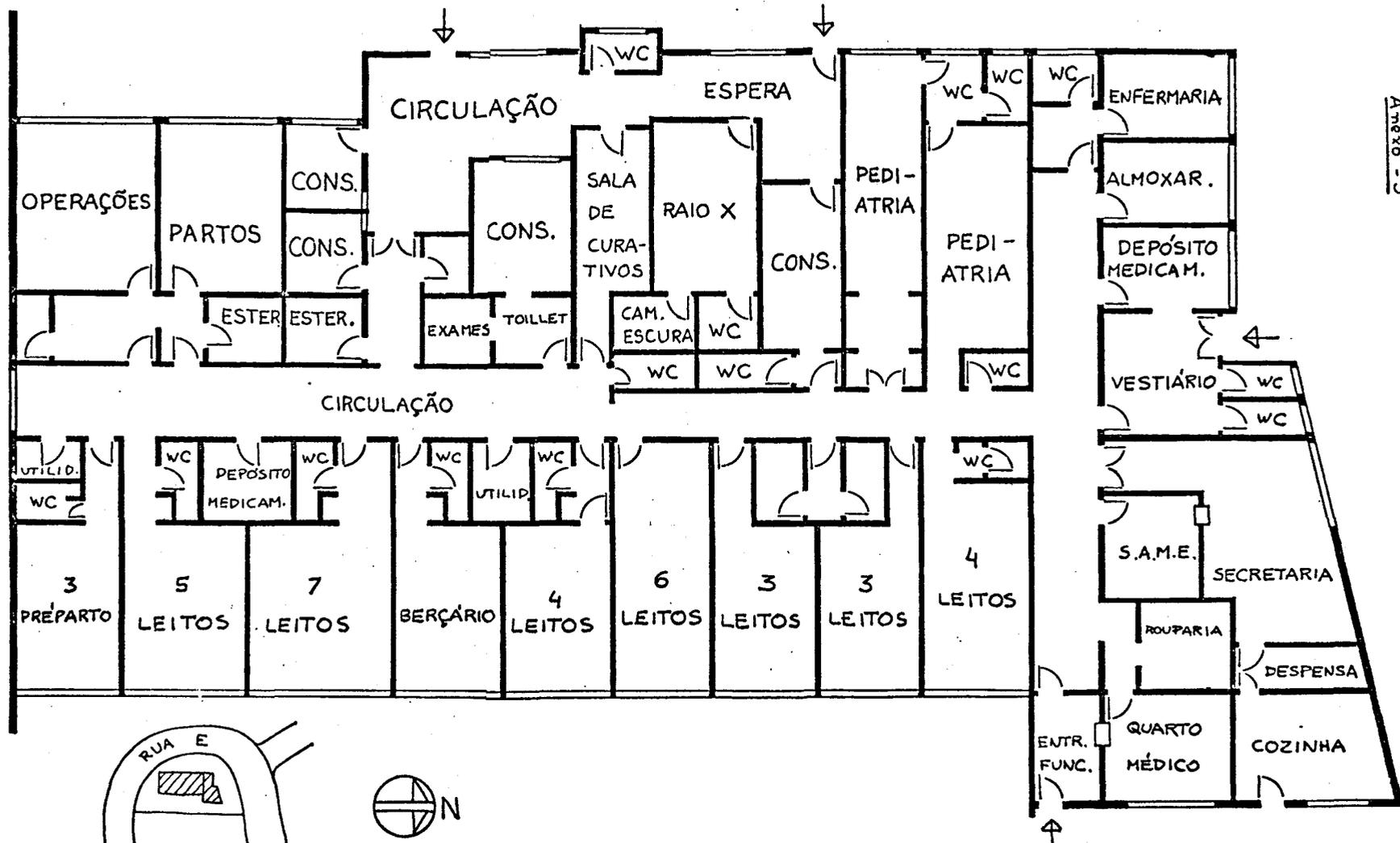
Relação das Indústrias Instaladas no Município de Arujá.

01. A. Aguzzo & Cia. Ltda.
02. A.C.A. Artefatos de Cimento Arujá Ltda.
03. A Funcional Moveis Ltda.
04. Arci - Artefatos de Ciemnto S/A
05. BONEC-ART Indústria e Comércio Ltda.
06. Blocos Sansão - Indústria e Comércio de Artefatos de Cimento
07. Brasacril - Indústria, Comércio e Importação Ltda.
08. Cia. Atlas de Produtos Químicos
09. Empresa Industrial Arujá de Alimentos Ltda.
10. FATEC - Química Industrial S/A
- 11 Indústria de Artefatos de Cimento "OCIGRAN" Ltda.
12. Indústria de Conservas Vegetais Flôr do Arujá Ltada.
13. Indústria de Móveis Argenta Ltda.
14. Indústria de Plásticos Leão Ltda.
15. Indústria Galvanomecânica Roger Ltda.
16. INGARCI- Indústria de Artefatos de Cimento Ltda.
17. ITALGESSO - Indústria e Comércio Ltda.
18. JEPIME - Indústria e Comércio de Móveis.
19. JUTAPEL Indústria e Comércio Ltda.
20. Laca Brinquedos Ltda.
21. Lubrificantes Hiper S/A
22. Moreiros - Indústria e Comércio de Papel Ltda.
23. NYLOREND S/A - Indústria de Rendas.
24. PARISAHN- Indústria e Comércio
25. Pavimentadora e Construtora Vicente Matheus Ltda.
26. POLI-FEED Indústria, Comércio
27. POLISA - Indústria , Comércio e Polimento de Metais Ltda.
28. PROMECAM S/A -Máquinas Industriais
29. PROMETAL S/A :Produtos Metalúrgicos
30. RCN Indústrias Metalúrgicas S/A
31. RENDABRAS Ltda. Indústria de Rendas
32. RPS do Brasil Indústria e Comércio Ltda.
33. SIEG - Indústria Metalúrgica Ltda.
34. LE FOSSE S.M. - Indústria e Comércio de Metais Ltda.
35. TECHINT & CIA. Técnica Internacional
36. TECHNAL - Sistemas para Construções Ltda.
37. Tupã - Mineração, Indústria e Comércio Ltda.
38. UNIREND - Indústria de Rendas Ltda.
39. VIBRACHOC do Brasil - Dispositivos anti-vibráteis e anti-choques.



CENTRO DE SAÚDE
ARUJÁ

ESCALA 1:100



LOCALIZAÇÃO

ÁREA CONSTRUIDA: 924 m²
ESCALA 1:100 REDUZIDA 10 VEZES
ÓTICAMENTE
PLANTA EM REFORMAS

HOSPITAL
LIONS CLUB DE ARUJÁ

Inquerito Domiciliar (continuação).

I Condições de Habitação e Saneamento:

1. Habitação:

- a) alvenaria c) mista
b) madeira d) outras

2. Quantos cômodos tem sua casa (incluindo banheiro e cozinha):

- a) 1 c) 3 e) 5
b) 2 d) 4 f) 6 ou mais

3. Tem água em casa

- a) Sim
b) Não

4. De onde vem a água:

- a) rede pública
b) poço
c) outros

5. Tem esgoto em casa:

- a) Sim
b) Não

6. Qual o tipo de tratamento dado à água em sua casa?

- a) ferve c) clora
b) filtra d) nenhum

II- Orçamento familiar:

1. Quantas pessoas desta casa trabalham? _____

2. Quanto ganham? (renda familiar)

- a) Menos de 1 salário mínimo e) 4 a 5 salários mínimos
b) 1 a 2 salários mínimos f) 5 a 7 salários mínimos
c) 2 a 3 salários mínimos g) 7 a 10 salários mínimos
d) 3 a 4 salários mínimos h) mais de 10 salários

III- Utilização dos Recursos dos Serviços de Saúde:

1. Conhece o Centro de Saúde?

- a) Sim
b) Não

2. Quando alguém na casa fica doente a quem procura?

Inquérito Domiciliar (continuação)

- a) Centro de Saúde
- b) Hospital
- c) farmácia
- d) médico particular
- e) outros

3. Você vai ao Centro de Saúde?

- a) Sim.
- b) Não, pelo mal atendimento.
- c) Não, por preferir médico particular.
- d) Não, por preferir outras instituições ou pessoas.
- e) Não, pela distância.
- f) Outros.

4. Que tipo de atendimento procura no Centro de Saúde?

- a) Saúde Materna
- b) Saúde do adulto
- c) Saúde da criança
- d) Atestado Médico
- e) Carteira de Saúde
- f) Vacinação
- g) Outros

5. Alguma pessoa ficou grávida em sua casa no último ano?

- a) Sim, e fez pré-natal
- b) Sim e não fez pré-natal
- c) Não.