

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

ARARAQUARA



SÃO PAULO

- 1990 -

**INTEGRANTES DO GRUPO:**

- Antomar Galvão Pinheiro (ESP)
- Christina Aparecida Ribeiro (MD)
- Cynthia Helena G. Danielli (EF)
- Dadson Francisco Sales (MD)
- Eliane Kohama Chimaburuco (OD)
- Geraldo Procópio de Alencar (MD)
- Humberto Melo Mendonça (MD)
- João Alberto Goiabeira Feques (ESP)
- Marize Barros de S. Araujo (EF)
- Mitie Muraoka (ED)
- Mônica Sadami Etho (OD)
- Pedro Alcir Urnau (ESP)
- Tamiko Sugino (MD)
- Virgínia Maria Ferraz de Castro (ED)
- Wilder Manuel Gonzales Leveau (OD)

**COORDENADOR:**

- Prof. Dr. Edmundo Juarez

## AGRADECIMENTOS

..  
.....  
.....  
.....  
..

- A todos os funcionários do SESA, SUDS-R-19 e demais pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a execução deste trabalho.

..  
.....  
.....  
.....  
..

- Ao Prof. Dr. Edmundo Juarez pela confiança e liberdade de ação.

..  
.....  
.....  
.....  
..

## ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO .....	4
2.	OBJETIVOS .....	6
2.1.	GERAIS .....	6
2.2.	ESPECÍFICOS .....	7
3.	METODOLOGIA .....	8
4.	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA .....	10
4.1.	CARACTERÍSTICAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS .....	10
4.2.	ASPECTOS FÍSICOS .....	11
4.2.1.	LOCALIZAÇÃO .....	11
4.2.2.	LIMITES .....	12
4.2.3.	ÁREA .....	12
4.2.4.	ALTITUDE .....	12
4.2.5.	RELEVO .....	13
4.2.6.	CLIMA .....	13
4.2.7.	TIPOS DE SOLO .....	13
4.2.8.	VEGETAÇÃO .....	14
4.2.9.	HIDROGRAFIA .....	14
4.3.	DEMOGRAFIA .....	15
4.4.	TRANSPORTES .....	16
4.4.1.	FERROVIAS .....	16
4.4.2.	RODOVIÁRIO .....	17
4.4.3.	AEROVIA .....	17
4.4.4.	TRANSPORTES DE CARGAS .....	18
4.4.5.	TRANSPORTES DE PASSAGEIROS .....	18
4.4.6.	TRANSPORTE URBANO .....	19

4.5.	ECONOMIA .....	19
4.5.1.	SETOR PRIMÁRIO .....	19
4.5.2.	SETOR SECUNDÁRIO .....	21
4.5.3.	SETOR TERCIÁRIO .....	24
	4.5.3.1. COMÉRCIO .....	24
	4.5.3.2. SERVIÇOS .....	29
4.6.	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA-SOCIAL DA ÁREA (INDICADORES DE SAÚDE) .....	31
4.6.1.	PIRÂMIDE POPULACIONAL - 1980 .....	31
4.6.2.	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS .....	35
	4.6.2.1. SEXO .....	35
	4.6.2.1.1. RAZÃO DE MASCULINIDADE (1988) .....	35
	4.6.2.2. IDADE .....	35
	4.6.2.3. COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL ..	36
	4.6.2.4. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL .....	36
	4.6.2.5. COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE ....	36
	4.6.2.6. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE (CURVA DE NELSON DE MORAES) .....	37
	4.6.2.7. RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (INDICADOR DE SWAROP-UEMURA) .....	37
	4.6.2.8. ÓBITOS GERAIS SEGUNDO AS CAUSAS DE MORTE RESUMIDAS POR IDADE E SEXO - 1987 .....	37
	4.6.2.9. COEFICIENTE DE NATALIDADE .....	64
4.7.	EDUCAÇÃO .....	64
4.7.1.	1o. GRAU E PRÉ-ESCOLA .....	64
4.7.2.	ENSINO DE 2o. GRAU .....	67
4.7.3.	ENSINO SUPERIOR .....	68

4.8.	SANEAMENTO .....	70
4.8.1.	APRESENTAÇÃO .....	70
4.8.2.	SANEAMENTO BÁSICO .....	71
4.8.2.1.	SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA ..	71
4.8.2.2.	SISTEMA DE ESGOTOS SANITÁRIOS .....	76
4.8.3.	RESÍDUOS SÓLIDOS .....	83
4.8.3.1.	VARRIÇÃO .....	84
4.8.3.2.	COLETA .....	84
4.8.3.3.	TRANSPORTE .....	85
4.8.3.4.	DISPOSIÇÃO FINAL .....	86
4.8.3.5.	SERVIÇOS DE CONSERVAÇÃO .....	87
4.8.5.	POLUIÇÃO AMBIENTAL .....	88
4.8.5.1.	POLUIÇÃO DAS ÁGUAS .....	88
4.8.5.2.	POLUIÇÃO DO SOLO .....	90
4.8.5.3.	POLUIÇÃO DO AR .....	91
4.8.6.	CONTROLE DE ZONÓSES E ENDEMIAS .....	92
4.8.7.	CONTROLE DE ALIMENTOS .....	94
4.8.8.	CONSIDERAÇÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES .....	94
4.9.	ENERGIA ELÉTRICA .....	97
4.9.1.	GERAÇÃO .....	97
4.9.2.	DISTRIBUIÇÃO .....	98
4.9.3.	CONSUMO .....	99
4.10.	CULTURA .....	100
4.10.1.	CINEMAS .....	100
4.10.2.	BIBLIOTECAS E MUSEU .....	100
4.10.3.	TEATRO E CASA DA CULTURA .....	101
4.11.	COMUNICAÇÕES .....	102
4.11.1.	TELEFONES .....	102

4.11.2.	RADIODIFUSÃO .....	102
4.11.3.	TELEVISÃO .....	103
4.11.4.	IMPrensa .....	103
5.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇOS DE SAÚDE LOCAL .....	104
5.1.	DESCRIÇÃO .....	104
5.1.1.	NIVEL PRIMÁRIO .....	104
5.1.2.	NIVEL SECUNDÁRIO .....	116
5.1.3.	NIVEL TERCIÁRIO .....	116
5.2.	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇA .....	123
5.3.	SAÚDE BUCAL .....	129
5.3.1.	ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA .....	129
5.3.1.1.	CONCLUSÕES .....	133
5.3.2.	FLUORETAÇÃO .....	134
5.5.	EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	148
5.5.1.	SAÚDE ESCOLAR .....	151
6.	MUNICIPALIZAÇÃO .....	154
6.1.	CAMINHO HISTÓRICO DA MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇO DE SAÚDE .....	154
6.2.	ORGANIZAÇÃO ATUAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE ARARAQUARA .....	160
7.	ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER .....	177
7.1.	ATENDIMENTO À MULHER: CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	177
7.2.	ATENDIMENTO À MULHER: ARARAQUARA .....	179
7.2.1.	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PARTO CESÁREA ...	181
7.2.2.	PARTOS NORMAL E CESÁREA EM ARARAQUARA .....	188
7.2.2.1.	ATENDIMENTO À MULHER: SESA .....	197
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....	216
9.	BIBLIOGRAFIA .....	223
10.	ANEXOS .....	227

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em uma análise da situação sócio-sanitária obtida através de coleta e análise de dados na cidade de Araraquara assim como uma breve vivência: local da organização dos serviços de saúde, suas características, realizações e problemas decorrentes da atual implantação do Sistema Único de Saúde e da municipalização da referida localidade.

Esta atividade visa a aplicação dos conhecimentos adquiridos no transcorrer do Curso de Especialização em Saúde Pública, oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1990; como um exercício do processo ensino-aprendizado. O grupo é constituído por uma equipe multiprofissional com visão técnica global e uma consciência crítica voltada aos principais preceitos da atual política de saúde.

De acordo com as considerações acima, cabe observar o caráter superficial e inicial da investigação, uma vez que as circunstâncias e as características que encerram a estrutura deste trabalho de campo, não permitem um aprofundamento ou um maior envolvimento capaz de propiciar um impacto em termos de transformação ou propostas substanciais para resolução dos problemas diagnosticados.



Finalmente ressaltamos, o atendimento à mulher, principalmente às gestantes dos serviços de saúde prestados à esta população na cidade de Araraquara e no SESA em particular.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. GERAIS\*

- Análise das políticas de saúde e suas inserções em uma região específica de saúde, considerando o sistema de regionalização e municipalização dos serviços e políticas locais.
  
- Incorporar nas atividades de trabalho de campo, os conhecimentos de saúde pública desenvolvidos no curso até o presente momento.
  
- Integrar no trabalho multiprofissional, as especificidades constitutivas das áreas de formação específicas, sem perder a dimensão abrangente e multidisciplinar da saúde pública e das políticas de saúde.

---

\* Retirado do roteiro do TCM.

## 2.2. ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar o Município de Araraquara no tocante ao sistema local de saúde inserido no contexto da Política Nacional de Saúde.
- Avaliar os serviços de saúde oferecidos à população de Araraquara.
- Caracterizar o atendimento à saúde da mulher, no município e em especial no SESA, ressaltando a incidência do parto cesárea.

### 3. METODOLOGIA

- Escolha do Município de Araraquara pela equipe para o desenvolvimento do Trabalho de Campo Multiprofissional.
- Elaboração de um cronograma de atividades com as seguintes etapas:
  - . levantamento de dados sócio-econômicos, ambientais, epidemiológicos e administrativos para caracterizar o município;
  - . caracterização dos serviços de saúde local, mediante o processo de municipalização;
  - . diagnóstico e considerações a respeito da situação problema;
  - . identificação dos critérios para a seleção da população alvo, correspondente a gestantes que deram a luz no período de 01/10/89 a 30/09/90 e que fizeram pré-natal no SESA;
  - . elaboração e aplicação de um formulário para a realização de um inquérito sobre a tendência do parto cesárea em primíparas, no SESA.
- Visitas às instituições locais e regionais de saúde, tais como:
  - . SUDS-R-19 - sede; SESA, Prefeitura Municipal de Araraquara;
  - . UNESP - Faculdade de Odontologia de Araraquara; Estação de

Tratamento de Água (DAAE), CETESB, Aterro Municipal; Usina de Compostagem, Centros Municipais de Saúde, Centros de Educação e Recreação Municipais; PAM do INAMPS; Hospital Nestor Goulart; SUCEN.

- Visitas a outras instituições:

. Cutrale, Nestlé.

## 4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

### 4.1. CARACTERÍSTICAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS

Araraquara é sede da Região Administrativa do Estado, englobando os seguintes Municípios: Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Dobrada, Fernando Prestes, Ibitinga, Itápolis, Matão, Nova Europa, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, Tabatinga e Taquaritinga.

Históricamente, a constituição do município, iniciou-se nos fins do século XVIII, quando apareceram os primeiros exploradores, que se fixam na área denominada "Sertões de Araraquara", expressão que indicava toda a região ocupada hoje pelos Municípios de Rio Claro, Descalvado, São Carlos, Brotas e Araraquara. Em 22 de agosto de 1817, foi criada a "Freguesia de São Bento de Araraquara", através do despacho de Resolução No. 32, do Rei D. João VI, desmembrada Freguesia de Piracicaba, Comarca de Itú, Bispado de São Paulo.

A criação do município ocorreu por força do Decreto datado de 10 de julho de 1832, tendo sido instalado efetivamente em 24 de agosto de 1833. Administrado por uma Câmara

Municipal, cujo Presidente, acumulava os poderes Legislativo e Executivo.

Inicialmente o município era constituído por 13 Distritos que foram se desmembrando gradativamente. Hoje, constituem o município, os Distritos de Araraquara, Bueno de Andrada, Gavião Peixoto e Motuca, conforme a Lei No. 8.092 de 28 de fevereiro de 1986, que fixou o quadro territorial do Estado.

## 4.2. ASPECTOS FÍSICOS

### 4.2.1. LOCALIZAÇÃO

O Município de Araraquara, ocupa uma posição geográfica central no Estado de São Paulo, dista 273 km da Capital do Estado e tem a seguinte posição geográfica:

21o 47' 31'' - Latitude Sul

48o 10' 52'' - Longitude WGR

Está situado numa área integrante do "Planalto Ocidental", planalto arenítico - basáltico, formado pelos derrames de lavas processadas durante o triássico ou jurássico com camadas intercaladas de arenitas do mesozoico.

#### 4.2.2. LIMITES

O Município de Araraquara apresenta limites com 13 unidades:

- Norte -----> Ribeirão e Pradópolis
- Noroeste ----> Dobrada e Guariba
- Nordeste ----> Américo Brasiliense, Rincão e Santa Lúcia
- Sul -----> Boa Esperança do Sul e Ribeirão Bonito
- Suldoeste ----> Nova Europa
- Sudeste -----> Ibaté
- Leste -----> São Carlos
- Oeste -----> Matão

#### 4.2.3. ÁREA

Urbana = 78,44 km<sup>2</sup>

Total = 1.541 km<sup>2</sup>

#### 4.2.4. ALTITUDE

Máxima = 715 m - Jardim Tabapuã

Mínima = 600 m - Cruzamento do Córrego da Servidão com a  
S.P. 310

Média = 646 m



#### 4.2.5. RELEVO

Como consequência da estrutura geológica, o relevo é levemente ondulado. A topografia se apresenta com características tabulares, pouco onduladas, aplainadas pelo trabalho da rede hidrográfica, comandada pelo Rio Mogi-Guaçu e cursos d'água da Bacia do Rio Tietê.

#### 4.2.6. CLIMA

O clima é caracterizado como Tropical de Altitude CWA, pela classificação de Köppen.

#### 4.2.7. TIPOS DE SOLOS

Uma parcela do município é ocupada por rochas sedimentares, destacando-se os arenitos e argilitos. Dentre os arenitos destacam-se os Arenitos Bauru, que se apresentam com Cimento Calcário dando origem a solos mais férteis do tipo Solos Podzolizados - de Lins e Marília, encontráveis no município, bem como o Latosol Vermelho Escuro, fase arenosa formado quando os arenitos se

apresentam sem cimento calcário, normalmente argiloso, solos mais ácidos e menos férteis.

A predominância de rochas Efusivas Basálticas, caracterizadas pelo baixo teor de sílica e teores elevados de ferro e magnésio, responsáveis pela formação de solos com altos teores de óxido de ferro, titânico e manganês, textura argilosa, densidade real elevada e cor avermelhada escura, tipo Latosol Roxo, Terra Roxa Estruturada e outros, determina a existência de extensa área de solos tipo Latosol Roxo.

#### 4.2.8. VEGETAÇÃO

A vegetação primária do município era a Floresta Latifoliada Tropical que apresentava diversas espécies como a peroba, o pau d'alho, a figueira branca, vegetação características das áreas de solos Latosol Roxo. Também se registra a presença do cerrado em grande parte do Município.

#### 4.2.9. HIDROGRAFIA

No conjunto, os rios da região fazem parte da Bacia Hidrográfica do Rio Paraná, podendo destacar duas bacias locais: a do Rio Mogi-Guaçú, afluente do Rio Pardo e que

recebe as águas do Ribeirão dos Anhumas, Cabaceiras, das Almas e Monte Alegre e a Bacia do Rio Jacaré-Guaçú, que desagua no Tietê, depois de receber os afluentes Rio Itaquerê, Ribeirão das Cruzes, Lageado, Chibarro e Ribeirão do Ouro.

#### 4.3. DEMOGRAFIA

A população estimada para 1990 é de 156.449 habitantes. Pela Tabela 1 pode-se observar a projeção da população residente por sexo e idade para o ano de 1990.

TABELA 1 - Projeção da população residente por sexo e idade no Município de Araraquara, 1990.

GRUPO ETÁRIO (anos)	S E X O	
	MASCULINO	FEMININO
< 1	2067	2006
1 - 4	6678	6442
5 - 9	7787	7337
10 - 14	6810	6230
15 - 19	6530	6629
20 - 24	7046	7031
25 - 29	8636	7772
30 - 34	6495	6533
35 - 39	4739	4886
40 - 49	7903	8103
50 - 59	6580	7214
60 - 69	4108	4322
70 e +	2943	3652
<b>TOTAL</b>	<b>78322</b>	<b>78127</b>

FONTE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE.

Nota: População refere-se a 10. de julho.

A taxa geométrica estimada de crescimento anual (1980/1990) é de 2,06%.

A densidade demográfica (habitantes por km<sup>2</sup>) é de 96,17 no ano de 1987.

População da zona urbana representa 96,45% e a rural 3,55%.

#### 4.4. TRANSPORTES

O sistema viário da região de Araraquara, com o atual complexo de rodovias e ferrovias permite um significativo fluxo de transportes de passageiros e de cargas, contribuindo com o rápido escoamento de toda a produção.

##### 4.4.1. FERROVIAS

O sistema ferroviário da região é formado pelas antigas Companhias Estrada de Ferro Araraquara e Companhia Paulista de Estrada de Ferro que integram agora a FEPASA.

As linhas férreas em bitola larga, bifurcadas a partir de Araraquara, seguem rumo a Santa Fé do Sul no extremo

Noroeste do Estado, e a Colômbia do Norte, atravessando regiões econômicas de fundamental importância.

#### 4.4.2. RODOVIÁRIO

Toda a região de Araraquara é servida por extensa rede de rodovias que ramificam-se a partir dos principais centros possibilitando facilidades nos serviços de transportes.

A radial SP-310, via Washington Luiz, que tem seu início na SP-330, próximo aos Municípios de Limeira e Araras, atravessa toda a região desde São Carlos até Colômbia, na divisa com o Estado de Minas Gerais, permite o contato com a capital e outros importantes municípios do Estado.

Temos as seguintes rodovias que atravessam o município:

- SP-310 - Washington Luiz
- SP-257 - Américo Brasiliense, Rincão
- SP-255 - Taquarituba, Ribeirão Preto
- SP-311 - Araraquara, Pirajuí
- SP-326 - Araraquara, Colômbia

#### 4.4.3. AEROVIA

Existe no município um Aeroporto "Bartholomeu de Gusmão", possuindo uma pista de 1.800 metros de comprimento asfaltada, com sinalização luminosa, além da visual,

permitindo vôos noturnos, é servido por estação de rádio e linha telefônica.

Não existem linhas diárias, apenas vôos particulares, estando em estudos a implantação de linhas comerciais.

#### 4.4.4. TRANSPORTES DE CARGAS

Os serviços de transportes de cargas vêm crescendo constantemente, acompanhando as necessidades da região, especialmente quanto ao escoamento da produção industrial e movimento de matérias primas destinadas à transformação, principalmente em Araraquara.

As empresas de transportes sediadas em Araraquara possuem uma grande frota de veículos que possibilitam o atendimento a extensa região e todo o Estado.

Algumas empresas especializadas em certos tipos de mercadorias, alcançam ainda outros Estados, através de algumas regiões econômicas que mantém contato com o município.

#### 4.4.5. TRANSPORTES DE PASSAGEIROS

O município possui um amplo Terminal Rodoviário, um dos maiores do interior do Estado, com capacidade para 2.000 partidas diárias.

É intenso o fluxo de transporte de passageiros do município, observado através do total de embarque verificado no Terminal Rodoviário e do número de linhas existentes, através das 18 empresas que ali operam.

Para as cidade de São Paulo, Campinas e Ribeirão Preto às partidas são aproximadamente de 30 em 30 minutos.

As linhas em tráfego além de atenderem os municípios do Estado atendem também outros, como Paraná e Minas Gerais.

#### 4.4.6. TRANSPORTE URBANO

O setor de transportes de Araraquara é tido como modelo à nível nacional. Feito pela Companhia Troleibus, atendendo quase todos os bairros da cidade, sendo que os não atendidos possuem as linhas de integração com a empresa Viação Paraty Ltda. - Jardim Roberto Selmi - Dei e Núcleo Residencial Yolanda Opice.

### 4.5. ECONOMIA

#### 4.5.1. SETOR PRIMÁRIO

A atividade agrícola no Município de Araraquara, está voltada para alguns setores de grande importância no conjunto da economia estadual.

A cultura do café, que marcou o desenvolvimento de toda região durante longo período, como principal produto agrícola, foi substituída pelas lavouras de cana-de-açúcar e posteriormente de laranja, coexistem as culturas de café, cereais (especialmente o milho), a fruticultura, está porém, destinada a suprir apenas o mercado local.

A cultura de cana-de-açúcar ocupa o primeiro lugar dentre os produtos agrícolas, em relação à área cultivada. Porém, em relação ao valor da produção agrícola, a laranja tem ligeira predominância sobre as outras culturas. Trata-se de uma produção voltada quase que exclusivamente para o mercado externo, através de industrialização de sucos, desenvolvida no próprio município.

A cultura da laranja ganhou impulso na região, a partir da década de 60, quando foram instaladas as primeiras indústrias de sucos cítricos e iniciou-se a exportação de frutas.

A cultura de cana-de-açúcar, desenvolveu-se a partir da década de 30, estimulada pelas condições favoráveis de clima e solo e pelas facilidades de industrialização, pois, na década anterior, já se instalou no município três usinas que industrializaram em 1986, 2.132.145 sacas de açúcar, no valor de Cz\$ 301.493.779,95, e 142.778.000 litros de álcool, cujo valor foi na ordem de Cz\$ 404.865.340,00.



A área em produção foi de 39.373 hectares, tendo produzido 2.756.149 toneladas de cana, sendo que o valor da produção atingiu Cz\$ 265.946.435,95.

#### 4.5.2. SETOR SECUNDÁRIO

A constituição do setor secundário no município, se deu especialmente vinculada à própria base econômica da região, voltada, inicialmente para o setor primário, que forneceu e ainda fornece grande parte da matéria prima necessária.

Predomina não só no município, mas também em toda a região agro-indústria, destacando-se principalmente o ramo de produtos alimentares que concentra cerca de 41% da mão-de-obra total do setor e 70% do valor gerado.

Outros ramos industriais têm se destacado, como as indústrias têxteis, de confecções, químicas, metalúrgicas e mecânicas.

Segundo levantamento efetuado em 1987, o município apresenta o seguinte perfil no setor industrial:

-----  
**NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS POR SETOR**  
 -----

- Produtos de minerais não metálicos ----->	19
- Metalúrgica ----->	38
- Mecânica ----->	26
- Material elétrico e de computador ----->	8
- Material de transportes ----->	3
- Madeira ----->	10
- Mobiliário ----->	13
- Papel e papelão ----->	2
- Borracha ----->	2
- Couros e peles e produtos similares ----->	-
- Química ----->	9
- Produtos farmacêuticos e veterinários ----->	-
- Perfumarias, sabões e velas ----->	2
- Produtos de matérias plásticas ----->	2
- Têxtil ----->	5
- Vestuário, calçados e artefatos de tecidos ----->	38
- Produtos alimentares ----->	30
- Bebidas ----->	4
- Fumo ----->	-
- Editorial e gráfica ----->	15
- Diversas ----->	12
<b>TOTAL -----&gt;</b>	<b>238</b>

-----

FONTE: Sistema de Informações Municipais DECAD-FIESP/CIESP  
 - 09/11/90.

-----  
**NÚMERO DE EMPREGOS INDUSTRIAIS POR SETOR**  
 -----

- Produtos de minerais não metálicos ----->	151
- Metalúrgica ----->	466
- Mecânica ----->	2994
- Material elétrico e de computador ----->	39
- Material de transportes ----->	840
- Madeira ----->	62
- Mobiliário ----->	67
- Papel e papelão ----->	50
- Borracha ----->	9
- Couros e peles e produtos similares ----->	-
- Química ----->	337
- Produtos farmacêuticos e veterinários ----->	-
- Perfumarias, sabões e velas ----->	10
- Produtos de matérias plásticas ----->	1
- Têxtil ----->	3483
- Vestuário, calçados e artefatos de tecidos ----->	569
- Produtos alimentares ----->	3417
- Bebidas ----->	42
- Fumo ----->	-
- Editorial e gráfica ----->	262
- Diversas ----->	65
 TOTAL ----->	 12864

-----  
**FONTE:** Sistema de Informações Municipais DECAD-FIESP/CIESP  
 - 09/11/90.

**Destacam-se entre outras as seguintes indústrias:**

- Nestlé - Cia. Ind. e Com. Bras. de Produtos Alimentares
- Sucocítrico Cutrale S/A
- Anderson Clayton S/A - Indústria e Comércio
- Usina Zanin - Açúcar e Alcool Ltda
- Usina Maringá S/A - Indústria e Comércio
- Usina Açúcareiro Santa Luiza Ltda
- Irmãos Ciominio

- Cargil Agrícola S/A
- TVP - Tecnologia em Vegetais e Proteínas S/A
- Meias Lupo S/A
- Tannuri e Filpi Ltda
- Indústria Têxtil Haddad S/A
- Equipamentos Villares S/A
- F.M.C. do Brasil
- Gulmac - Indústria e Comércio Ltda
- Calmeara - Calderaria e Mecânica Araraquara Ltda
- Chan-Ban S/A - Indústria de Roupas
- Arcângelo Nigro & Filhos Ltda
- Indústria de Pistões Rocatti
- Hidromaq - Indústria e Comércio de Máquinas Ltda
- Irca - Torrefação e Comércio de Máquinas e Ferramentas
- Indústrias e Comércio Agroferro
- Metalumínio S/A - Laminação e Extrusão

#### 4.5.3. SETOR TERCIÁRIO

##### 4.5.3.1. COMÉRCIO

Consideradas as formas de venda atacadista e varejista, foram apontados 973 estabelecimentos comerciais em Araraquara, no Censo Comercial de 1980. Deste total, 917 são do tipo varejista enquanto que 56 são atacadista.

Apoiado no processo de urbanização ocorrido em toda a região, registra-se um contínuo crescimento, principalmente a partir da década de 70.

Em relação ao pessoal ocupado tinha em 1980, um total de 4.751 pessoas ligadas ao comércio.

O comércio varejista se distribui por vários ramos importantes, destacando-se dentre todos o de produtos alimentares que totalizava em 1980, 335 estabelecimentos.

Analisando o comércio atacadista, verificamos que as firmas sediadas no município, possuem grande capacidade de atendimento, a vasta área do Estado de São Paulo, sobretudo no tocante a gêneros alimentícios, derivados de petróleo, produtos farmacêuticos e material de construção.

As firmas fornecedoras de produtos alimentícios e de material de construção têm sua área de comércio regular ampliada até as zonas araraquarense, paulista e outras.

São centenas de cidades de todo o tamanho que se apoiam no sistema de abastecimento organizado pelo comércio atacadista de Araraquara, que tem se modernizado e desenvolvido de tal forma a alcançar Estados vizinhos, como o Norte do Paraná.

Destaca-se aqui a situação geográfica de Araraquara, que contribui para o rápido e eficiente escoamento de mercadorias. Podemos também acrescentar as excelentes

redes de rodovias estaduais asfaltadas que interligam os mais distantes pontos do Estado.

Os dados referentes aos principais ramos de atividades, segundo o Censo de 1980, acham-se relacionados a seguir:

RAMO DE ATIVIDADE	ESTABELE- CIMENTO	PESSOAL OCUPADO
- TOTAL .....	917 .....	4340
- COMÉRCIO VAREJISTA:		
- Produtos alimentícios; bebidas e fumo .....	335 .....	620
- Produtos farmacêuticos, odontológicos, da flora medicinal, perfumaria, veterinários, de limpeza e higiene doméstica e produtos químicos de uso na agricultura e para outros fins .....	50 .....	349
- Tecidos, artefatos de tecidos, artigos de vestuários, roupas e acessórios especiais para segurança pessoal e artigos de armarinho .....	193 .....	815
- Máquinas e aparelhos elétricos de uso doméstico, móveis, artigos de colchoaria e tapeçaria, objeto de arte e antiguidade, artigos de uso doméstico para serviço de mesa, copa e cozinha .....	37 .....	343
- Ferragens, ferramentas e produtos metalúrgicos, vidros, tintas, madeiras, material de construção, material elétrico e de eletrônica .....	68 .....	583
- Veículos novos e usados, peças e acessórios .....	53 .....	294

RAMO DE ATIVIDADE	ESTABELE- CIMENTO	PESSOAL OCUPADO
- Máquinas, aparelhos e equipamentos para uso industrial, para escritório e para uso comercial, técnico e profissional, para comunicação, para agricultura e criação de pequenos animais; bombas e compressores - inclusive peças e acessórios .....	12 .....	106
- Combustíveis e lubrificantes.	38 .....	293
- Papel, papelão, cartolina, cartão e seus artefatos, artigos escolares de papelaria e de escritório, livraria e bancas de jornais .....	20 .....	74
- Mercadoria em geral - inclusive produtos alimentícios ..	26 .....	535
- Mercadoria em geral - inclusive produtos alimentícios ..	8 .....	32
- Artigos diversos .....	71 .....	275
- Artigos usados .....	6 .....	21
- Atividades administrativas e auxiliares .....	9 .....	29
- COMÉRCIO ATACADISTA:		
- Produtos extrativos e agropecuários - exclusive produtos alimentícios .....	4 .....	39
- Produtos alimentícios, bebidas e fumo .....	28 .....	224
- Produtos farmacêuticos, odontológicos, da flora medicinal, perfumaria, veterinários, de limpeza e higiene doméstica e produtos químicos de uso na agricultura e para outros fins .....	2 .....	-

RAMO DE ATIVIDADE	ESTABELE- CIMENTO	PESSOAL OCUPADO
= Fibras vegetais beneficiadas, fios têxteis, tecidos, artefatos de tecidos, artigos do vestuário, roupas e acessórios especiais para segurança industrial e pessoal e artigos de armarinho .....	1 .....	-
= Máquinas e aparelhos elétricos de uso doméstico, móveis, artigos de colchoaria e tapçaria, objeto de arte e antiguidade, artigos de uso doméstico para serviços de mesa, copa e cozinha .....	1 .....	-
- Ferragens, ferramentas e produtos metalúrgicos, vidros, tintas, madeiras, material de construção, material elétrico e eletrônica ..	6 .....	47
= Veículos novos e usados, peças e acessórios .....	1 .....	-
- Combustível e lubrificantes..	5 .....	1
- Papel, papelão, cartolina, cartao e seus artefatos, artigos escolares de papelaria de escritório e de livraria, inclusive celulose e pasta mecânica .....	3 .....	11
- Artigos diversos .....	1 .....	-
- Artigos usados .....	4 .....	13
- Atividades administrativas e auxiliares .....	4 .....	36
- TOTAL GERAL .....	973 .....	4751
(=) o número de pessoal ocupado está incluído no total.		



#### 4.5.3.2. SERVIÇOS

Referente ao setor de Serviços do Município, segundo o Censo de 1980, foram registradas a existência de 846 estabelecimentos, assim relacionados:

RAMOS DE ATIVIDADES	No. DE ESTABE- LECIMENTOS
- Serviços de alojamento e alimentação .....	303
- Serviços de reparação-manutenção, instalação e confeção sob medida .....	277
- Serviços pessoais e higiene pessoal .....	93
- Serviços de radiodifusão, televisão e diversos .....	12
- Serviços auxiliares diversos .....	135
- Serviços de compra, venda, loteamentos, incor- poração, administração, locação e arrendamento de bens e imóveis .....	26

Quanto aos serviços de alojamento, Araraquara possui 15 Hóteis, nos quais ressaltamos: "Hotel Morada do Sol", "Hotel Uirapuru", "Hotel Municipal" e "Estância Uirapuru".

Podemos, ainda destacar a rede de serviços bancários do município composta por 17 Agências Bancárias e três Agências da Caixa Econômica Estadual e uma Agência da Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Banco do Estado de São Paulo S/A - com 4 postos de serviços "Prefeitura Municipal, UNESP, FEPASA e C.F.F.L.", Banco Brasileiro de

Descontos S/A, Banco Itaú S/A, Banco Bamerindus do Brasil S/A, Banco Meridional do Brasil S/A, Banco Geral do Comércio S/A, Banco de Crédito Nacional S/A, UNIBANCO, Banco Real S/A, Banco Nacional S/A, Banco Mercantil de São Paulo S/A, Banco Francês e Italiano S/A - SUDAMERIS, Banco Econômico S/A, Banco Bandeirantes S/A, Banco América do Sul S/A, Banco Comércio e Indústria de São Paulo S/A.

#### 4.6. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA-SOCIAL DA ÁREA (INDICADORES DE SAÚDE)

##### 4.6.1. PIRÂMIDE POPULACIONAL - 1980

A população do Município de Araraquara, segundo o Censo de 1980 é de 128.109 habitantes, sendo 49,7% de homens e 50,3% de mulheres; a população estimada para 1990 é de 156.449 habitantes, com projeção da população segundo o Censo é de 78.322 homens e 78.127 mulheres (Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE). A população urbana de 1980 é de 92,72% e 7,28% a população rural.

A pirâmide por faixa etária de Araraquara no ano de 1980, segundo a Classificação Thompson é do tipo I para o tipo III.

Quando comparada com a pirâmide populacional do Brasil, temos uma base relativamente estreita e com as laterais menos proeminentes que as pirâmides tipo I, típica de países subdesenvolvidos.

Da faixa etária do 15 aos 25 anos a um alargamento das laterais mais acentuado do lado masculino, pode ser devido a grande invasão de estudantes que procuram a cidade com finalidade de estudos.

Dos 25 aos 35 anos observa-se um aumento da população masculina em relação a feminina; dos 35 aos 40 anos a predominância da população feminina sobre a masculina devido a atração profissional do município.

Observamos através do ápice da pirâmide que a esperança de vida ao nascer é maior em relação a pirâmide etária do Brasil.

Análise da pirâmide da população 1989 - segue praticamente as mesmas características do ano de 1980.

TABELA 2 - Número e porcentagem da população de Araraquara por sexo e grupo etário - ano 1980.

FAIXA ETÁRIA (anos)	S E X O			
	HOMENS		MULHERES	
	No.	%	No.	%
0 - 9	13589	10,65	12964	10,16
10 - 19	13306	10,43	13110	10,27
20 - 29	12131	9,51	12075	9,46
30 - 39	7946	6,23	8207	6,43
40 - 49	6605	5,18	6708	5,26
50 - 59	4966	3,89	5273	4,13
60 - 69	2990	2,31	3322	2,60
70 e +	1994	1,56	2430	1,90
<b>TOTAL</b>	<b>63527</b>		<b>64089</b>	

FORTE: Censo Demográfico - IBGE - Ano 1980.

FIGURA 1 - Pirâmide populacional. Araraquara, 1980.

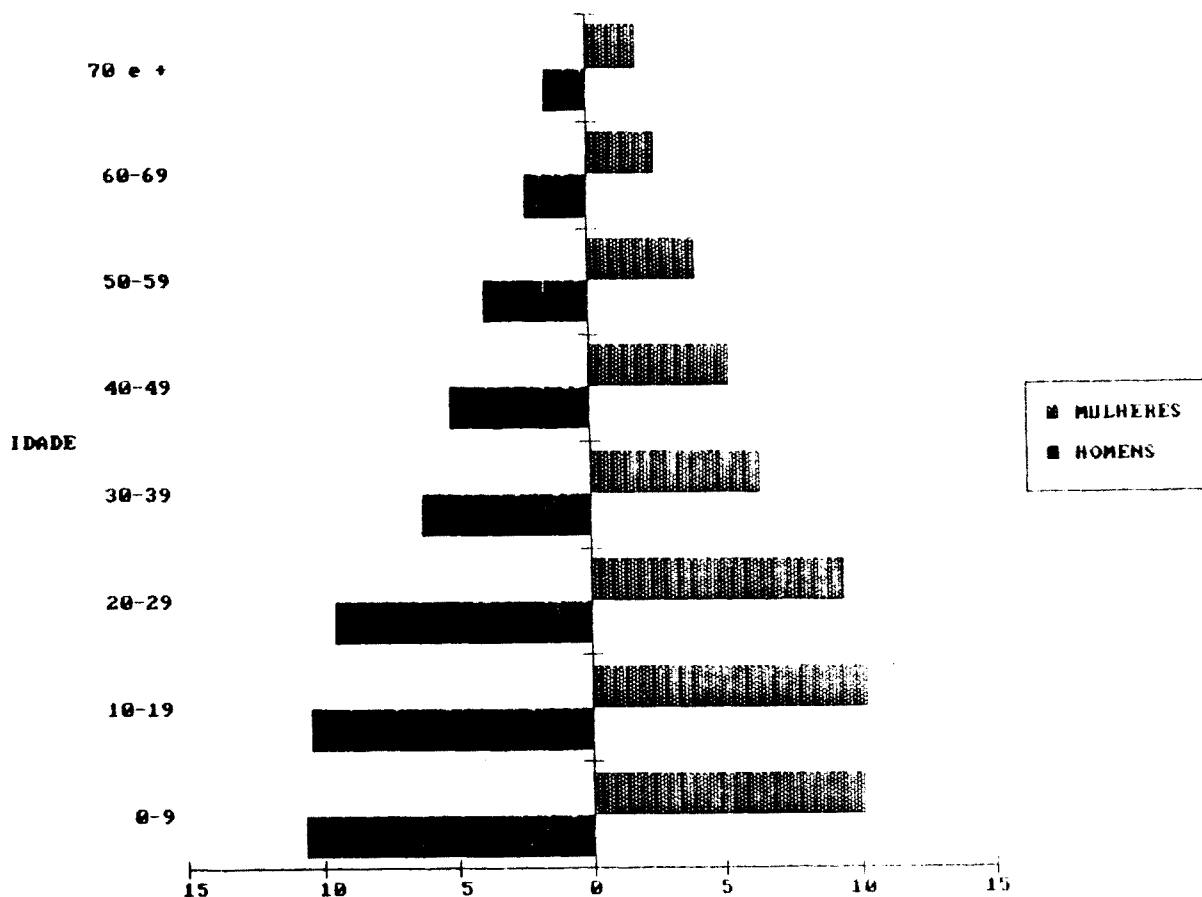
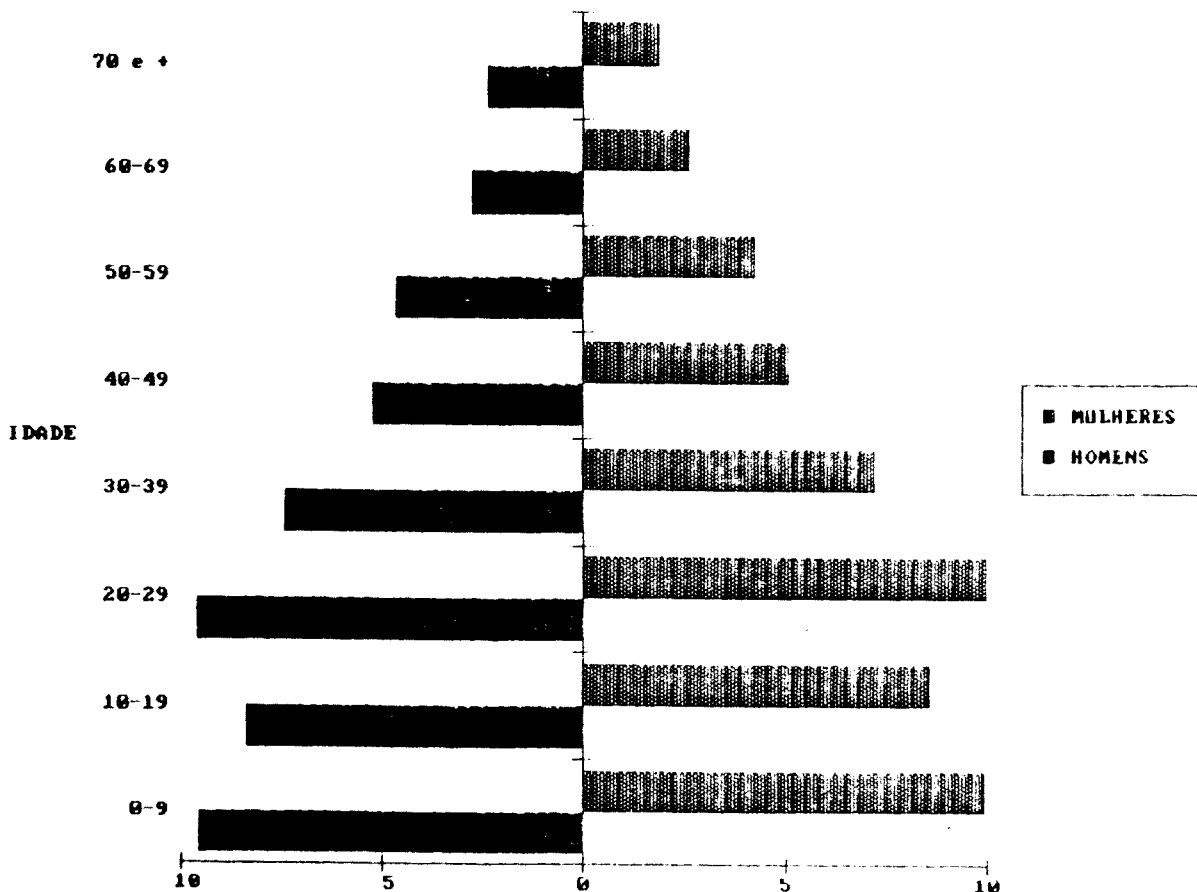


TABELA 3 - Número e porcentagem da população de Araraquara por sexo e grupo etário - ano 1989.

FAIXA ETÁRIA (anos)	S E X O			
	HOMENS		MULHERES	
	No.	X	No.	X
0 - 9	14752	9,56	15372	9,96
10 - 19	12859	8,34	13340	8,64
20 - 29	14803	9,60	15682	10,16
30 - 39	11389	7,38	11234	7,28
40 - 49	8103	5,25	7903	5,12
50 - 59	7214	4,67	6580	4,26
60 - 69	4322	2,80	4108	2,66
70 e +	3652	2,36	2943	1,90
<b>TOTAL</b>	<b>77094</b>	<b>49,97</b>	<b>77162</b>	<b>50,03</b>

FIGURA 2 - Pirâmide populacional. Araraquara, 1989.



#### 4.6.2. COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS

##### 4.6.2.1. SEXO

Com a projeção para 1990 temos a seguinte população: 78.322 homens e 78.127 mulheres.

##### 4.6.2.1.1. RAZÃO DE MASCULINIDADE (1988)

A razão da masculinidade é 991 homens para 1.000 mulheres.

##### 4.6.2.2. IDADE

A população feminina em idade ativa (15 a 59 anos) em 1987 é 45.632 e a população masculina em idade ativa (15 a 59 anos) é 45.230.

A população feminina em idade fértil (15 a 59 anos) em 1987 é 39.000.

A razão de dependência é de 39,6%, o que significa dizer, que é baixa ou seja que a população economicamente ativa é grande em relação a não produtiva.

#### 4.6.2.3. COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL

O coeficiente de mortalidade geral para o Município de Araraquara no ano de 1988 é de 7,31% habitantes, houve portanto um aumento desse coeficiente 0,69% de 1985 a 1988.

#### 4.6.2.4. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

O coeficiente apresentado por Araraquara em 1988 é de 24,57%, nascidos vivos e comparando-se esse coeficiente ao do ano de 1980 no Estado de São Paulo que é de 52,2% nascidos vivos; observamos que ele é bem mais baixo apesar de estar bem aquém dos níveis de saúde dos países desenvolvidos que apresentam coeficiente de 15% nascidos vivos.

#### 4.6.2.5. COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE

O coeficiente de natimortalidade de 1986 é de 11,20% nascidos; o que revela ser um índice próximos aos de bons níveis de saúde que varia de 5 a 10% nascimentos.



#### 4.6.2.6. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE (CURVA DE NELSON DE MORAES)

Vide gráfico e tabela 4.

#### 4.6.2.7. RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (INDICADOR DE SWAROP-UEMURA)

O indicador de Swarop-Uemura para Araquara é de 68,3% em 1982; em 1987 temos esse indicador em 72,04% esses percentuais correspondem ao terceiro nível, o que significa boas condições de saúde da população. Esses níveis são próximos aos países desenvolvidos que ficam no 4o. nível com mais de 75%.

#### 4.6.2.8. ÓBITOS GERAIS SEGUNDO AS CAUSAS DE MORTE RESUMIDAS POR IDADE E SEXO - 1987

Vide Tabelas (5 a 25).

TABELA - 4

Curva de NELSON DE MORAES

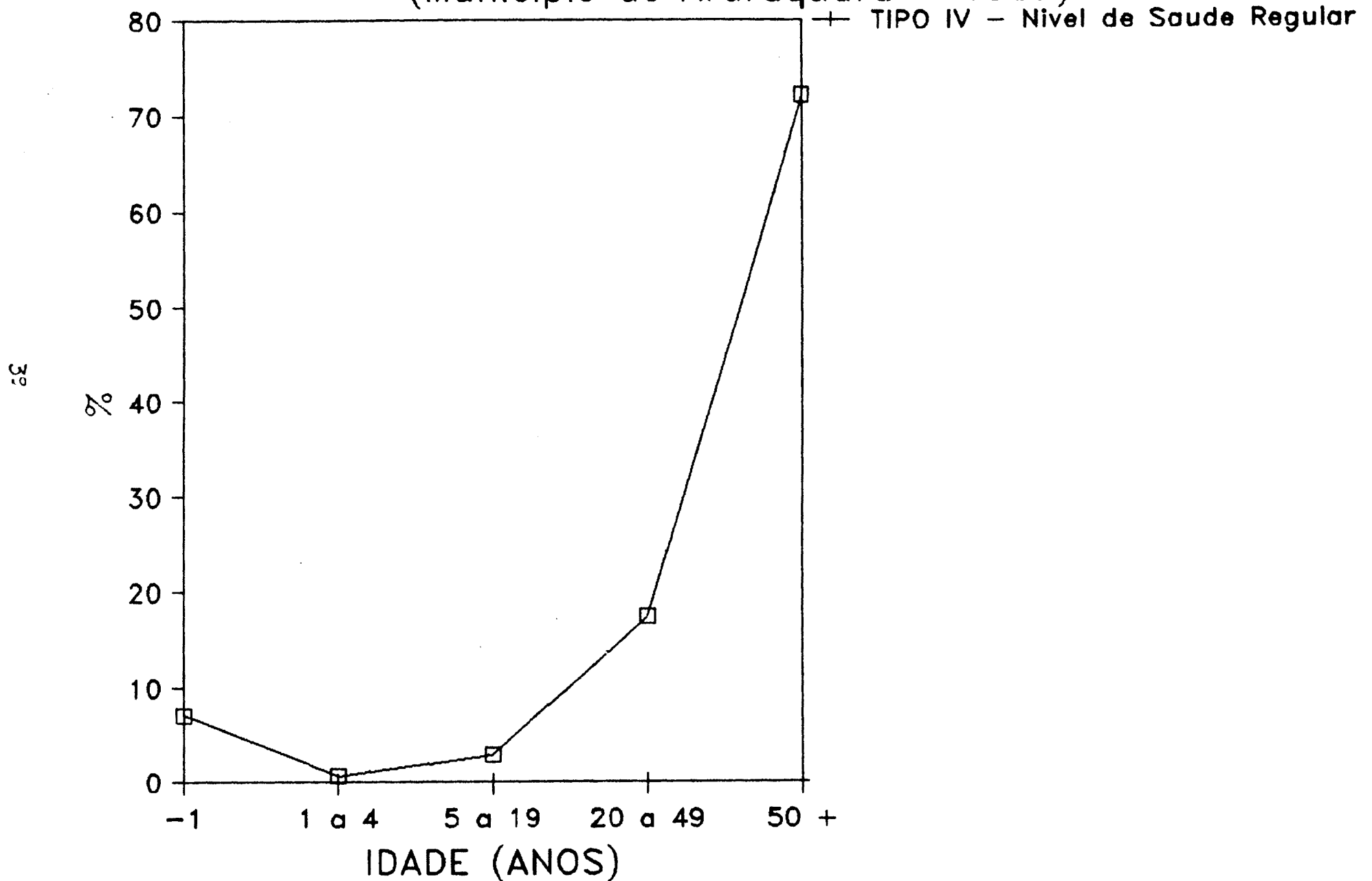
(Curva de Mortalidade Proporcional)

GRUPO ETARIO	OBITOS	
	No	%
0 — 1 ano	72	7,09
1 — 4	6	0,60
5 — 19	29	2,85
20 — 49	177	17,42
50 — +	732	72,00
<b>T O T A L</b>	<b>1016</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

# CURVA DE NELSON DE MORAIS

(Município de Araraquara - 1987)



**- ÓBITOS GERAIS SEGUNDO AS CAUSAS DE MORTE RESUMIDAS POR  
IDADE E SEXO**

TABELA - 5

Distribuição de óbitos Segundo Sexo - Araraquara, 1987

S E X O	Número de Óbitos	
	No	%
Masculino	570	56,10
Feminino	446	43,90
TOTAL	1016	100,00

FONTE: Fundação SEADE

TABELA - 6

Distribuição dos óbitos, segundo faixa etária.

Araraquara - 1987

FAIXA ETARIA	OBITOS	
	No	%
> 1 ano	72	7,09
5 - 9	8	0,79
10 - 14	8	0,79
15 - 19	13	1,28
20 - 24	18	1,77
25 - 29	23	2,26
30 - 34	21	2,06
35 - 39	31	3,06
40 - 44	41	4,03
45 - 49	43	4,23
50 - 54	55	5,41
55 - 59	68	6,69
60 - 64	75	7,38
65 - 69	98	9,64
70 - 74	106	10,43
74 - 79	116	11,42
80 e +	214	21,06
<b>TOTAL</b>	<b>1016</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

TABELA - 7

Distribuição de Óbitos por Causa de Morte Resumida, Segundo a  
Ordem de Incidência - Araraquara, 1987

C A U S A S (*)	Masculino		Feminino	TOTAL	
	No	No	No	No	%
Doenças Isquêmicas do co- ração	(28)	103	81	184	18,11
Tumores Malignos Incluindo os Neoplasmas do Tecido linfático e Órgãos Hemato- poéticos	(19)	74	51	125	12,30
Doenças não Relacionadas	(46)	70	47	117	11,52
Doenças Cérebro Vasculares	(30)	55	61	116	11,42
Outras Doenças do Coração	(29)	37	53	90	8,85
Pneumonia	(31)	35	19	54	5,32
Demais Acidentes	(48)	27	11	38	3,74
Sintomas e Estados Mórbidos mau Definidos	(45)	15	16	31	3,05
Doenças Hipertensivas	(27)	12	14	26	2,56
Lesões ao Nascer, Partos Distórcicos e Outras Afecções Perinatais	(43)	10	3	24	2,36
Acidentes a Veículos a Motor	(47)	19	7	22	2,16
Cirrose Hepática	(37)	13	16	20	1,97
Diabetes Mellitos	(21)	3	6	19	1,87
Bronquite, Enfisema, Asma	(33)	12	11	18	1,77
Demais Doenças Infecciosas Parasitárias não Relacio- nadas	(18,9)	6	5	17	1,67
Entrite e Outras Doenças Diarréicas	(4)	9	5	14	1,38
Outras Causas de Mortali- dade Perinatal	(44)	8	3	13	1,28

C A U S A S (*)	Masculino		Feminino	TOTAL	
	No	No	No	No	%
Avitaminoses e Outras Doenças Diarreicas	(22)	9	3	12	1,18
Homicídios	(50,1)	10	2	12	1,18
Suicídios e Lesões Autoinflingidos	(49)	12	-	12	1,18
Nefrite, Síndrome Nefrática e nefrose	(38)	7	3	10	0,98
Anomalias Congênitas	(42)	5	2	7	0,69
Tripanossomiase	(18,7)	5	2	7	0,69
Anemias	(23)	1	4	5	0,49
Meningite	(24)	2	2	4	0,39
As demais Causas Externas	(50,2)	4	-	4	0,39
Tumores Benignos, Carcinoma in situ de Comportamento incerto de natureza não específica	(20)	1	2	3	0,29
Tuberculose Pulmonar	(5)	3	-	3	0,29
Úlcera Peptica	(34)	2	1	3	0,29
Apendicite	(35)	-	2	2	0,20
Difiteria	(8)	-	1	1	0,09
Sífilis	(17)	-	1	1	0,09
Doença Reumática	(27)	-	1	1	0,09
Hérnias	(36)	-	1	1	0,09
Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério	(41)	-	1	1	0,09
<b>T O T A L</b>		<b>569</b>	<b>447</b>	<b>1016</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Tabela Número

Entre as doenças acima relacionadas, destacamos as três principais em causas de óbitos. Em primeiro lugar, encontram-se os óbitos por doenças cardiovasculares, correspondendo a 29,62% do total. Seguindo, mencionam-se os óbitos em virtude de tumores malignos que atingem 12,30 %. Como terceira causa dos óbitos no município de Araraquara, vêm as doenças cérebro vasculares que atingem 11,42 % do total de óbitos.



TABELA - 8

Distribuição de óbitos de Menores de 1 Ano, Segundo Causas de Morte Resumida por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Lesões ao Nascer (43)	24	33,33
Outras Causas de Mortalidade Perinatal (44)	13	18,05
Enterite (4)	8	11,11
Anomalia e Avitaminose (42) (22)	8	11,11
Pneumonia, Meningite e Demais infeccões (31) (24) (18,9)	9	12,50
Demais Causas:		
- Acidentes (48)	10	13,89
- Outras (46)		
<b>T O T A L</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Os números entre parênteses referem-se ao código utilizado pela Fundação SEADE, e as causas estão agrupadas para facilitar a disposição dos dados.

TABELA - 9

Distribuição dos óbitos de crianças de 1 a 4 anos, segundo Causas de Morte Resumida por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Acidentes (exceto veículos a Motor)	2	33,33
Demais Causas:	4	66,67
- Homicídio (50,1)		
- Doenças Infecciosas e Parasitárias (18,9)		
- Avitaminose (22)		
- Meningites (24)		
<b>T O T A L</b>	<b>6</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 10

Distribuição dos óbitos de crianças de 5 a 9 anos, por Causa de Morte Resumida, por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Pneumonia (31)	2	25,00
Demais Causas:	6	75,00
- Doenças Cardio-vasculares (29)		
- Acidentes (42) (48)		
- Avitaminoses (22)		
- Outras (46)		
<b>T O T A L</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA -11

Distribuição dos óbitos na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo Causa de Morte Resumida e por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Acidentes (47)	3	37,50
Anomalias Congê- nitas (42)	2	25,00
Demais Causas:	3	37,50
- Acidentes (48)		
- Anemias (23)		
- Tumores (19)		
<b>T O T A L</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 12

Distribuição dos óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo Causas de Morte Resumida e por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Acidentes (48)	5	38,46
Suicídios (49)	3	23,08
Acidentes (47)	2	15,38
Demais Causas:	3	23,08
- Homicídios (50,1)		
- Enterites (4)		
- Doenças Cérebro Vasculares (30)		
<b>T O T A L</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 13

Distribuição de óbitos na faixa etária de 20 a 24 anos, segundo Causas de Morte Resumida e por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Homicídios	4	22,22
Acidentes (48)	3	16,67
Tumores	3	16,67
Demais Causas:	8	44,44
- Acidentes (47)		
- Infecciosas e Parasitárias (49)		
- Causas Externas (50,2)		
- Diabetes Mellitus (21)		
- Anomalias Congênitas (42)		
<b>T O T A L</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

Gostaríamos de reforçar que o problema estudado neste T.C.M. enfatizou questões relacionadas à saúde da mulher. No tocante a este assunto, pudemos observar que a mortalidade por outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério e parto sem menção de complicações, no sexo feminino e na faixa etária correspondente a 25-29 anos, é praticamente inexistente. Isto pode ser verificado nos dados obtidos na Tabela acima; ocorrendo apenas 1 (uma) morte dentre os 23 óbitos existentes para a mesma faixa etária, no ano de 1987.

TABELA - 14

Distribuição de óbitos na faixa etária de 25 a 29 anos, segundo Causas de Morte Resumida, e por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos		
	No	%	
Acidentes	(47)	5	21,74
Doenças Cérebro Vasculares	(30)	4	17,40
Acidentes	(48)	2	8,70
Demais Causas:		12	52,16
- Suicídio	(49)		
- Tumores	(19)		
- Anemias	(23)		
- Doença Hipertensiva	(27)		
- Pneumonia	(31)		
- Úlcera Péptica	(34)		
- Materna	(41)		
- Outras	(45,46) (18, 9)		
<b>T O T A L</b>		<b>23</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela



TABELA - 15

Distribuição dos óbitos na faixa etária de 30 a 34 anos por Causas Resumidas, e por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares (28,29)	5	23,81
Acidentes (48)	4	19,05
Demais Causas:	12	57,14
- Tumores (19)		
- Acidentes (47)		
- Cirrose Hepática (37)		
- Diabetes Mellitus (21)		
- Outras (38,46)		
<b>T O T A L</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 16

Distribuição de óbitos na faixa etária de 35 a 39 anos, por Causa Resumida e por Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Acidentes (48)	7	22,59
Doença Cardiovasculares (27) (28) (29)	4	12,90
Tumores Malignos (19)	3	9,68
Homicídios (50,1)	3	9,68
Demais Causas:	14	45,15
- Acidentes (47)		
- Tripanossomiase (18,7)		
- Diabetes Mellitus (21)		
- Tuberculose (5)		
- Outras (45,46) (50, 2) (35)		
<b>T O T A L</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 17

Distribuição de óbitos na faixa etária de 40 a 44 anos por Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Tumores (19)	8	19,51
Doenças Cardio-vasculares (28)	8	19,51
Cirrose Hepática (37)	7	17,07
Demais Causas:	18	43,91
- Acidentes (47,48)		
- Suicídios (49)		
- Homicídios (50,1)		
- Cérebrovasculares (30)		
- Tuberculose (5)		
- Outras (45,46)		
	(50, 2)	
	(18, 9)	
<b>T O T A L</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 18

Distribuição de óbitos na faixa etária de 45 a 49 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Tumores (19)	11	25,58
Doenças Cardio-vasculares (27) (28,29)	9	20,93
Doença Cérebro-vasculares (30)	4	9,30
Demais Causas	19	44,19
- Diabetes Mel-litus (21)		
- Cirrose Hepática (37)		
- Pneumonia (31)		
- Enfizema (33)		
- Nefrite (38)		
- Acidentes (47)		
- Homicídio (50.1)		
- Suicídio (49)		
- Outras (46,4) (22)		
<b>T O T A L</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 19

Distribuição de óbitos na faixa etária de 50 a 54 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares	(27) (28) (29)	13 23,63
Tumores	(19)	12 21,81
Doenças Cérebro-vasculares	(30)	8 14,54
Cirrose Hepática	(37)	5 9,09
Demais Causas:		17 30,93
- Pneumonia	(31)	
- Sífilis	(17)	
- Nefrite	(38)	
- Diabetes Mel-litus	(21)	
- Enfizema	(33)	
- Outras	(46,48) (50,2,4) (18,9)	
<b>T O T A L</b>		<b>55</b> <b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 20

Distribuição de óbitos na faixa etária de 55 a 59 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares (27) (28,29)	20	29,41
Tumores (17)	14	20,58
Cérebro Vasculares (30)	10	14,70
Demais Causas:	24	35,31
- Tripanossomiase (18.7)		
- Bronquite, Enfizema (33)		
- Acidentes (48)		
- Pneumonia (31)		
- Cirrose (37)		
- Suicídio (49)		
- Homicídio (50.1)		
- Outras (4,18.9) (45, 46)		
<b>T O T A L</b>	<b>68</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 21

Distribuição de óbitos na faixa etária de 60 a 64 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos.	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares (26,27) (28,29)	33	44,00
Tumores (19,20)	13	17,33
Pneumonia (31)	5	6,66
Doença Cérebro-vasculares (30)	4	5,33
Demais Causas:	20	26,68
- Diabetes Mel-litus (21)		
- Suicídio (49)		
- Acidentes (47,48)		
- Tripanosso-míase (18.7)		
- Úlcera Péptica (34)		
- Outras (46) (18.9)		
<b>T O T A L</b>	<b>75</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 33

Distribuição de óbitos na faixa etária de 65 a 69 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares (27) (28,29)	37	37,75
Tumores (19,20)	17	31,65
Doenças Cérebro-vasculares (30)	13	13,26
Demais Causas:	31	31,65
- Bronquite (33)		
- Enfizema, Tripanossomíase (18,7)		
- Diabetes Mellitus (21)		
- Suicídio (49)		
- Pneumonia (31)		
- Cirrose Hepática (37)		
- Acidentes (48)		
- Outras (45,46)		
<b>T O T A L</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela



TABELA - 23

Distribuição de óbitos na faixa etária de 70 a 74 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares (27) (28,29)	42	39,62
Doenças Cérebro-vasculares (30)	17	16,04
Tumores (19)	15	14,15
Demais Causas:	32	30,19
- Pneumonia (31)		
- Avitaminoses (22)		
- Anemias (23)		
- Enfizema (33)		
- Tripanosso- míase (18.7)		
- Tuberculose (5)		
- Diabetes Mel- litus (21)		
- Hérnia (36)		
- Nefrite (38)		
- Suicídio (49)		
- Outras (45,46)		
<b>T O T A L</b>	<b>106</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 24

Distribuição de óbitos na faixa etária de 75 a 79 anos, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares	(27) (28) (29)	38 32,75
Doenças Cérebro-vasculares	(30)	26 22,41
Tumores	(19)	15 12,93
Pneumonia	(31)	9 7,75
Demais Causas:		28 24,16
- Diabetes Mel-litus	(21)	
- Nefrose	(38)	
- Enfizema	(33)	
- Cirrose	(37)	
- Enterire	(4)	
- Avitamoses	(22)	
- Outras	(45,46)	
<b>T O T A L</b>		<b>116 100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

TABELA - 25

Distribuição de óbitos na faixa etária de 80 anos e mais, segundo Causa Resumida e Ordem de Incidência - Araraquara, 1987.

C A U S A S (*)	Número de Óbitos	
	No	%
Doenças Cardio-vasculares (27) (28,29)	90	42,05
Doenças Cérebro-vasculares (30)	28	13,08
Pneumonia (31)	19	8,88
Tumores (19)	12	5,60
Demais Causas:	65	30,39
- Enfisema (33)		
- Diabetes Mel-litus (21)		
- Avitaminoses (22,23)		
- Nefrose (38)		
- Acidentes (48)		
- Difteria (8)		
- Cirrose Hepática (37)		
- Enterite (4)		
- Apendicite (35)		
- Outras (18,9) (45,46)		
<b>T O T A L</b>	<b>214</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação SEADE

(\*) Vide Observação na Tabela

#### 4.6.2.9. COEFICIENTE DE NATALIDADE

O coeficiente de natalidade para o ano de 1987 é de 20,21, o que demonstra uma queda em relação aos anos de 1985 (22,83) e 1986 (23,39), esta queda pode também ser fruto da alta incidência de partos cesarea na cidade (75% dos partos) e da alta taxa de mulheres que vêm sendo submetidas à laqueadura na cidade de Araraquara.

#### 4.7. EDUCAÇÃO

##### 4.7.1. 1o. GRAU E PRÉ-ESCOLA

A população escolar do 1o. grau alcança cerca de 25.271 alunos atendidos por extensa rede que se distribui por todos os bairros da cidade, inúmeras fazendas ou bairros rurais, e ainda pelos distritos de Gavião Peixoto, Motuca e Bueno de Andrada, como pode ser observado através do número de escolas (na zona urbana), do número de classes (na zona rural) e das matriculadas no quadro abaixo:

ZONAS*	E S C O L A S			A L U N O S		
	OFICIAL	PARTICULAR	TOTAL	OFICIAL	PARTICULAR	TOTAL
URBANA	32	6	38	22006	2246	24252
DISTRITOS	6	-	6	915	-	915
RURAL	30	-	30	554	-	554
TOTAL	68	6	74	23.475	2246	25721

\* 1987.

A educação pré-escolar atingiu em 1987, cerca de 7.940 crianças, sendo que 5.671 estão matriculadas em vinte Centros de Educação e Recreação Municipal - CER. Além, dos Centros de Educação e Recreação a Prefeitura mantém classes da pré-escola em instituições e fazendas.

Os Centros de Educação e Recreação estão localizados próximos aos Centros Municipais de Saúde, que servem como referência para atendimento das crianças aí matriculadas.

O quadro atual das classes e das matrículas na pré-escola do município é o que se observa abaixo.

PRÉ-ESCOLA

REDE	T O T A L*	
	ALUNOS	CLASSES
ESTADUAL	492	17
MUNICIPAL**	5671	209
PARTICULAR	1777	91
TOTAL	7940	317

\* 1987.

\*\* Na fase de recreação existem oito classes em funcionamento e 248 alunos matriculados que estão excluídos da tabulação.

O quadro abaixo refere-se ao número de crianças na faixa de zero a 3 anos - Berçário do Centro de Educação e Recreação da Prefeitura.

BERÇÁRIO

REDE	T O T A L	
	CRIANÇAS	CLASSES
MUNICIPAL	503	21
TOTAL	503	21

## CURSOS PARA DEFICIENTES

REDE	T O T A L	
	ALUNOS	CLASSES
ESTADUAL	80	9
MUNICIPAL	60	9
PARTICULAR	53	3
TOTAL	193	21

O crescimento da rede escolar tanto do 1o. grau como da pré-escola, observado nos últimos anos, veio atender a expansão da cidade, com o aparecimento de novos loteamentos e núcleos residenciais e a suprir as necessidades de outros já existentes.

Através de um esforço conjugado, do Município com o Governo do Estado tem sido possível a construção de novas unidades escolares de 1o. grau e CER.

### 4.7.2. ENSINO DE 2o. GRAU

Quanto ao ensino de 2o. grau, as opções para os alunos se distribuem por 13 unidades escolares, que oferecem vários cursos profissionalizantes. Os estabelecimentos oficiais de 2o. grau são quatro: EEPSC "Bento de Abreu", EEPSC

"Francisco Pedro Monteiro da Silva", EEPSEG "Prof. Victor Lacorte" e EESG "Profa. Anna de Oliveira Ferraz", com cursos de Mecânica Geral, Desenho Mecânico, Enfermagem, Nutrição e Secretariado.

Nas escolas particulares os cursos oferecidos atualmente são: Agrimensura, Edificações, Eletrotécnica, Eletrônica, Contabilidade, Processamento de Dados, Magistério, Química e outros, totalizando 2.918 alunos matriculados conforme o quadro abaixo:

ZONAS	E S C O L A S			A L U N O S		
	OFICIAL	PARTICULAR	TOTAL	OFICIAL	PARTICULAR	TOTAL
URBANA	4	9	13	2680	2918	5598
TOTAL	4	9	13	2680	2918	5598

#### 4.7.3. ENSINO SUPERIOR

O Município de Araraquara conta com dez estabelecimentos de ensino superior, totalizando vinte cursos de graduação e oito cursos de pós-graduação - Mestrado e Doutorado - nos quais estão matriculados respectivamente 3.731 e 223 alunos.



Das escolas superiores existentes, quatro são oficiais, integrantes da UNESP - Instituto de Letras, Ciências e Educação de Araraquara; Instituto de Química de Araraquara; Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara e Faculdade de Odontologia de Araraquara.

Integram a rede particular de ensino superior as Faculdades de Serviço Social, de Engenharia de Agrimensura, de Engenharia Civil, de Direito, de Ciências Econômicas e Administrativas e de Educação e Estudos Sociais.

O ensino de 3o. grau vem se desenvolvendo, graças à variedade de cursos à disposição dos estudantes em horários diurnos e noturnos, facilitando a frequência às aulas. Em todos os estabelecimentos, trata-se de cursos que são oferecidos com todos os requisitos de frequência, carga horária e pessoal docente qualificado, atendendo à demanda de toda a região.

Para Araraquara afluem estudantes de vários pontos do Estado e de outros Estados como o de Minas, Goiás, Mato Grosso do Sul e Norte, e especificamente da região mais próxima, incluindo os Municípios de Américo Brasiliense, Santa Lúcia, Rincão, Matão, São Carlos, Ibitinga, Tabatinga, Taquaritinga, Boa Esperança do Sul, Nova Europa, Catanduva e outros.

## 4.8. SANEAMENTO

### 4.8.1. APRESENTAÇÃO

O atual sistema público de saneamento de Araraquara, apresenta situação excelente no que tange ao abastecimento de água tratada na sede do município, com uma cobertura em torno de 100% da população.

Quanto ao atual sistema público de esgotos sanitários, este também apresenta uma situação excelente no que tange à coleta dos esgotos, com um índice de atendimento de 98% da população urbana. Apresenta um razoável sistema de interceptação, que protege sanitariamente o manancial de captação de água bruta (Ribeirão das Cruzes).

No entanto, a abrangência da interceptação é ainda limitada, requerendo complementação, e não existe tratamento dos esgotos, o que demonstra que do ponto de vista ecológico há muito o que fazer para dotar Araraquara de um adequado sistema de esgotos sanitários.

Abordaremos também neste trabalho, os problemas relacionados com a questão dos resíduos sólidos, drenagem urbana, poluição ambiental e controle de zoonoses e endemias.

#### 4.8.2. SANEAMENTO BÁSICO

O saneamento básico da cidade de Araraquara é municipalizado, sob responsabilidade do DAAE - Departamento Autônomo de Água e Esgoto, no qual encontram-se dois dos mais importantes sistemas de infra-estrutura de que deve ser dotada uma comunidade: Sistema de Abastecimento de Água e Sistema de Esgotos Sanitários.

##### 4.8.2.1. SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O atual Sistema de Abastecimento de Água de Araraquara conta com as seguintes unidades:

###### a) Captação de água bruta

A produção de água bruta é obtida através de duas captações superficiais e seis subterrâneas, a saber:

###### - Superficiais:

- . captação do Ribeirão das Cruzes (1.368 m<sup>3</sup>/h)
- . captação do Ribeirão das Anhumas (396 m<sup>3</sup>/h)

###### - Subterrâneas:

- . Poço Profundo Santana (102 m<sup>3</sup>/h)

- . Poço Profundo Santa Lúcia (194 m<sup>3</sup>/h)
- . Poço Profundo Paiva (97 m<sup>3</sup>/h)
- . Poço Profundo Duro (204 m<sup>3</sup>/h)
- . Poço Profundo Paiol (135 m<sup>3</sup>/h)
- . Poço Profundo Parque São Paulo (147 m<sup>3</sup>/h)

A água bruta captada no Ribeirão das Cruzes é recalçada até a Estação de Tratamento de Água (ETA) por uma Estação Elevatória, através de duas linhas de recalque paralelas, com diâmetros de 30 mm e 450 mm, respectivamente, e aproximadamente 1.600 m de extensão.

A água captada no Ribeirão das Anhumas também é recalçada até a ETA através de dois sistemas de adução: o primeiro, denominado Anhumas I, composto por uma Estação Elevatória junto à captação e uma adutora de aproximadamente 3.300 m de extensão e 400 mm de diâmetro, recalcam a água captada até uma Estação Elevatória Intermediária (EE Anhumas II); o segundo, denominado Anhumas II, responsável pela adução da água bruta até a ETA, é composto pela EE Anhumas II e uma adutora de cerca de 10 km de extensão e 400 mm de diâmetro.

As águas extraídas dos poços profundos anteriormente mencionados são encaminhadas para poços de sucção de estações elevatórias situados ao lado dos respectivos poços, de onde são recalçadas para reservatórios ou

diretamente para a rede de distribuição, após se submeterem a desinfecção.

O sistema pode produzir, portanto, em média cerca de 2.643 m<sup>3</sup>/h ou 734 l/s.

O DAAE, dentro de suas possibilidades, vem eliminando os recalques diretos para a rede de distribuição, de modo a ter maior controle sobre o sistema, além de favorecer a diminuição do atual índice de perdas.

#### b) Estação de tratamento de água

A ETA existente é do tipo convencional, composta de mistura rápida, decantação acelerada, filtros rápidos por gravidade e desinfecção, e apresenta uma capacidade máxima de 600 l/s.

Após o tratamento a água é encaminhada aos reservatórios para distribuição. Alguns destes reservatórios são abastecidos diretamente pela ETA; outros são supridos através de sistemas de adução e sub-adiução de água tratada, compostos por estações elevatórias e linhas de recalque.

#### c) Reservação

O atual sistema de abastecimento de água conta com 14 reservatórios, denominados R1 a R14, com capacidade total de reservação de cerca de 25.000 m<sup>3</sup>.

d) Rede de distribuição

A rede de distribuição de água tratada conta com aproximadamente 570 km de extensão, com diâmetros variando de 50 a 600 mm.

e) Ligações prediais

No Quadro 1 apresenta-se um resumo do atual número de ligações domiciliares de água, por classe de consumidor. O índice de atendimento da população pelo sistema de abastecimento de água é de praticamente 100%.

QUADRO 1 - Número de ligações atendidas pelos sistema de abastecimento de água.

GRUPO	LIGAÇÕES DOMICILIARES DE ÁGUA							TOTAL
	RESID.	COMERC.	INDUST.	PÚBLICA	EDUCAC.	MISTO RES/COM	MISTO COM/IND	
1	2871	142	15	37	1	21	3	3090
2	2468	98	28	20	4	3	3	2624
3	2595	235	6	57	4	97	2	2996
4	2433	325	5	71	25	85	-	2944
5	2868	169	8	54	3	35	3	3140
6	2890	63	9	26	4	12	-	3004
7	3132	172	5	75	17	67	1	3469
8	2938	117	14	50	4	89	-	3212
9	2965	97	3	35	4	37	-	3141
10	2157	64	14	24	1	30	-	2290
11	2170	444	16	89	8	112	1	2840
12	2059	204	9	83	18	47	-	2420
13	2824	168	20	43	19	92	1	3167
14	2163	75	3	29	7	23	5	2305
TOTAL	36533	2373	155	693	119	750	19	40642

FONTE: DAAE (Jan/90).

No Quadro 2 apresenta-se um resumo do atual número de economias atendidas pelo sistema de abastecimento de água, por categorias.

QUADRO 2 - Número de economias atendidas pelo sistema de abastecimento por categoria.

ECONOMIAS ATENDIDAS PELO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA								
GRUPO	RESID.	COMERC.	INDUST.	PÚBLICA	EDUCAC.	MISTO RES/COM	MISTO COM/IND	TOTAL
1	2874	142	15	37	1	21	3	3093
2	2468	98	28	20	4	3	3	2624
3	2690	235	6	57	4	97	2	3091
4	2580	325	5	71	25	85	-	3091
5	2974	169	8	54	3	35	3	3246
6	2890	63	9	26	4	12	-	3004
7	3220	172	5	75	17	67	1	3557
8	2939	117	14	50	4	89	-	3213
9	3090	97	3	35	4	37	-	3266
10	2157	64	14	24	1	30	-	2290
11	2433	444	16	89	8	112	1	3103
12	2202	204	9	83	18	47	-	2563
13	2872	168	20	43	19	92	1	3215
14	2193	75	3	29	7	23	5	2335
TOTAL	37582	2373	155	693	119	750	19	41691

FONTE: DAAE (Jan/90).

OBS: Para efeito da obtenção de economias/categoria, admitiu-se que a diferença entre o número de economias e o número de ligações represente economias residenciais.

Na questão da qualidade da água de abastecimento público, além das análises de rotina executadas na própria estação de tratamento, o SESA mantém um programa de controle de potabilidade, onde faz rotineiramente determinação dos teores do cloro e flúor, além das análises bacteriológicas.

#### 4.8.2.2. SISTEMA DE ESGOTOS SANITÁRIOS

O atual sistema de esgotos sanitários de Araraquara é composto, basicamente, por rede coletora, coletores-tronco, interceptores e uma estação elevatória de esgotos localizada no núcleo residencial Yolanda Ópice. Existem atualmente (janeiro/1990) 39.833 ligações domiciliares de esgotos, incluindo ligações residenciais, comerciais, industriais, públicas, educacionais e mistas (residenciais/comerciais e comerciais/industriais).

Dentre as ligações industriais existem algumas que se destacam pela vazão que lançam na rede coletora, assim como por possuírem sistemas próprios de tratamento dos efluentes industriais, antes do lançamento na rede coletora.

##### a) Rede Coletora

A atual rede coletora de esgotos possui uma extensão total de aproximadamente 540 km e é constituída por tubulação cerâmica de 150 mm de diâmetro. Atende praticamente todo o centro e bairros da cidade situados dentro do perímetro urbano, com exceção de alguns loteamentos destinados à implantação de chácaras.

Dentre os loteamentos de chacara, não dotados de rede coletora de esgotos, destacam-se os seguintes: Chácara



Flora Araraquara, Jardim Planalto, Jardim Zavanella e Chácaras Velosa, situados ao norte, Condomínio Satélite, a leste, e Parque Tropical e Recreio Campestre Idanorma, localizados a oeste da cidade.

Segundo informações do DAAE a rede coletora existente encontra-se em geral, em bom estado de conservação, operando normalmente.

#### **b) Coletores-Tronco e Interceptores**

A área urbana da cidade de Araraquara está distribuída em duas bacias hidrográficas principais: do Ribeirão do Outro e do Ribeirão das Cruzes.

Estes dois cursos d'água cortam a cidade, desenvolvendo-se relativamente em paralelo, no sentido de noroeste para sudoeste. O Ribeirão do Outro, localizado a leste da cidade, após cruzar a Rodovia Washington Luis, desagua no Rio Chibarro, cerca de sete quilômetros a jusante desse cruzamento com a rodovia. O Rio Chibarro por sua vez é afluente do Rio Jacaré-Guaçu. O Ribeirão das Cruzes também desagua no Rio Jacaré-Guaçu, diretamente, pouco a jusante da foz do Rio Chibarro.

Todos esses cursos d'água estão situados na bacia do Médio Tietê.

Na área urbana, cada uma das bacias principais está subdividida em várias sub-bacias. Cada sub-bacia possui

um coletor-tronco ou coletor principal de esgotos, responsável pela condução do efluente da respectiva área, até o interceptor existente, ao longo do fundo do vale principal das bacias.

As características principais destes interceptores são as seguintes:

**- Interceptor do Ribeirão das Cruzes**

Este receptor tem início no Jardim Roberto Selmi-Dey, seguindo pela margem direita do Ribeirão das Cruzes até a barragem da represa, onde é feita a captação da água bruta para o abastecimento da cidade. Nesse ponto passa para a margem esquerda do referido ribeirão por onde desenvolve-se até o ponto de lançamento. O efluente é lançado "in natura" no Ribeirão das Cruzes, nas proximidades do Matadouro Municipal. No seu percurso recebe as contribuições dos coletores-tronco do Serralhal, da Vila Harmonia e da Cidade Jardim.

. **Coletor-Tronco do Serralhal:** inicia-se nas proximidades das Chácaras Velosa, seguindo pelo fundo de vale do Córrego Serralhal. Recebe a contribuição do Jardim da Aclimação, Jardim Imperador e Chácaras Velosa, atingindo o interceptor do Ribeirão das Cruzes.

. **Coletor-Tronco de Vila Harmonia:** inicia-se nas proximidades do Jardim Vale das Rosas, seguindo pelo fundo de vale, até lançar os esgotos no interceptor do

Ribeirão das Cruzes. Atende os seguintes locais: parte da Vila Harmonia, Jardim Vale das Rosas, Jardim das Roseiras, Jardim Primor, dentre outros.

. Coletor-Tronco da Cidade Jardim: este coletor atende a Cidade Jardim e o Jardim Residencial Paraíso, seguindo pelo fundo de vale. Atualmente está lançando o efluente, "in natura", diretamente no Ribeirão das Cruzes, nas proximidades do Matadouro Municipal.

. Coletor-Tronco do Paiol: este coletor atende parte dos loteamentos Parque Residencial Vale do Sol e Jardim Nova Araraquara, além do Jardim Águas do Paiol. Segue o trajeto do Córrego do Paiol, pelo fundo de vale, e lança o efluente nas proximidades de confluência do referido córrego com o Ribeirão das Cruzes, do outro lado da Rodovia Washington Luis, em área da Fazenda Salto Grande.

Os Coletores-Tronco do Serralhal, da Vila Harmonia e o interceptor do Ribeirão das Cruzes, têm especial importância para a cidade, pois são os responsáveis pela preservação da qualidade da água do Ribeirão das Cruzes, que é utilizado como manancial do sistema de abastecimento de água.

#### - Interceptor do Ribeirão do Ouro

Este interceptor inicia-se na altura do Parque São Paulo, seguindo pelo fundo de vale, à margem direita do

Ribeirão do Ouro, até as proximidades do Jardim Ártico, onde lança todo o efluente coletado "in natura" no Ribeirão.

Ao longo do seu trajeto intercepta vários coletores-tronco, responsáveis pela condução dos esgotos coletados ao longo dos fundos de vale secundários, cujas principais características são as seguintes:

. Coletor-Tronco do Parque São Paulo: este coletor desenvolve-se ao longo do fundo de vale do Córrego da Caixa d'Água, servindo basicamente o Parque São Paulo. Lança os esgotos no ponto inicial do interceptor do Ribeirão do Ouro.

. Coletor-Tronco da Penitenciária: trata-se de um coletor cujos trechos iniciais servem basicamente a Villares e a Penitenciária. Posteriormente atravessa a Vila Biagioni e o Jardim América, cuja rede coletora secundária descarrega os esgotos no referido coletor da penitenciária. Segue um trajeto relativamente paralelo ao Córrego da Caixa d'Água, porém afastado do fundo de vale. Todo o efluente coletado por este coletor é lançado no interceptor do Ribeirão do Ouro.

. Coletor-Tronco do Jardim Pinheiros: assim como o Coletor-Tronco da Penitenciária, este coletor desenvolve-se paralelo ao Córrego da Caixa d'Água e também afastado do fundo de vale. Atende basicamente o

Jardim Pinheiros, cujos esgotos são por ele transportados até o Coletor-Tronco da Penitenciária.

. Coletor-Tronco do Jardim Brasil: este coletor-tronco desenvolve-se por um fundo de vale existente entre o Jardim Brasil e o Jardim América, os quais são, em parte, por ele atendidos. Os esgotos que a ele se dirigem através da rede coletora secundária, são lançados no interceptor do Ribeirão do Ouro.

. Coletor-Tronco do Córrego Servidão: este coletor-tronco tem seu início próximo à Vila Ferroviária e segue pela Avenida Maria Antonia Camargo de Oliveira, no vale do Córrego Servidão, que é canalizado. Recebe ao longo do seu percurso as contribuições da área central da cidade e parte da Vila Xavier. Lança todo o efluente no interceptor do Ribeirão do Ouro.

. Coletor-Tronco da Vila Xavier: o referido coletor-tronco atende parte da Vila Xavier e desenvolve-se paralelamente à estrada de ferro da FEPASA. Os esgotos coletados são lançados no Coletor-Tronco da Servidão.

. Coletor-Tronco do Córrego Água Branca: trata-se de um coletor responsável pelo encaminhamento dos esgotos coletados no Jardim Residencial Água Branca, Jardim das Paineiras, Jardim Santa Rosa, dentre outros. Atende também o núcleo Residencial Yolanda Opice, cujo efluente é lançado, por recalque, no referido coletor, através de uma estação elevatória.

. Coletor-Tronco Jardim Del-Rey: este coletor segue um trajeto quase paralelo ao Coletor-Tronco Água Branca, servindo o Jardim Del-Rey, Jardim Arco-Iris e Jardim Eliana. Não se trata de um coletor de fundo de vale mas de um coletor principal que atravessa os bairros citados, recebendo a contribuição da rede coletora secundária. Junta-se ao Coletor-Tronco do Córrego Água Branca, nas proximidades da Cutrale, atravessa o Ribeirão do Outro e lança os esgotos no interceptor do referido ribeirão.

. Coletor-Tronco do Córrego Capão do Paiva: este coletor atende os Parques CECAP e Iguatemi e os Distritos Industriais I e II, seguindo pelo fundo de vale do Córrego Capão do Paiva. Lança o efluente no interceptor do Ribeirão do Ouro, depois de atravessá-lo, ao lado da ponta da Rua Domingos Zanin. Esta interligação ocorre cerca de 20 metros a montante do ponto de lançamento do efluente do interceptor do Ribeirão do Ouro.

#### c) Estação Elevatória

Além da rede coletora, coletores-tronco e interceptores descritos anteriormente, o atual Sistema de Esgotos Sanitários de Araraquara é composto também por uma estação elevatória, dotada de bomba submersível.

A referida unidade está situada no núcleo Residencial Yolanda Opice e destina-se ao recalque dos esgotos coletados no citado bairro até um poço de visita do Coletor-Tronco do Córrego Água Branca.

#### 4.8.3. RESÍDUOS SÓLIDOS

A problemática dos resíduos sólidos na cidade de Araraquara, no que diz respeito a resíduos domésticos e hospitalares, estão sob a responsabilidade e execução da Administração Municipal, englobando os serviços de varrição, coleta, transporte e destinação final dos resíduos sólidos produzidos.

Quanto aos resíduos industriais, pela sua peculiaridade, no Estado de São Paulo, o seu controle está sob a responsabilidade da CETESB - Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental.

As fases de armazenamento, coleta e destinação final dos resíduos industriais, estão sob a responsabilidade e execução da própria indústria geradora do resíduo, sob a orientação e controle do órgão de meio ambiente.

Passaremos a descrever os serviços executados pela municipalidade.

#### 4.8.3.1. VARRIÇÃO

A varrição das ruas é realizada por funcionários contratados pela prefeitura municipal, para este fim. Atualmente, dispõe de 18 equipes, constituídas de 2 varredores, 1 coletor cada equipe, num total de aproximadamente 54 funcionários.

Quanto a frequência de varrição, a municipalidade dividiu a cidade em zonas de atendimento, procurando delinear as zonas e locais da cidade, onde se faz necessário um maior atendimento, em função de suas características, de modo que, a região central da cidade, onde predomina zonas de comércio e prestação de serviços, a varrição é diária e realizada logo cedo pela manhã. A medida que, saímos da região central, em direção à zona periférica da cidade, aonde predomina os assentamentos urbanos residenciais, este atendimento passa a ser realizado com frequência semanal, quinzenal e mensal, de acordo com a necessidade.

Esta definição surgiu a partir da prática diária da prestação de serviços de varrição, espelhando-se na experiência adquirida e acumulada ao longo do tempo.

#### 4.8.3.2. COLETA

A coleta dos resíduos resultantes da varrição, é realizada através de carroças tradicionais por muare.



Quanto a coleta dos resíduos domésticos, a sua produção diária está estimada em 100 t/dia. O lixo é normalmente acondicionado em sacos plásticos e coletados pela prefeitura municipal, que dispõe de um frota de 10 veículos, sendo 6 caminhões do tipo "Colecon" e 4 do tipo "Cita", com uma equipe constituída de 1 motorista e 2, 3 ou 4 coletores por veículo, dependendo da área a ser coletada.

A cidade não dispõe de nenhuma experiência de coleta seletiva, realizando a sua coleta normal com frequência diária na zona central e alternada (3 vezes por semana), nos demais bairros.

Realiza uma coleta especial noturna diária na zona de comércio, indústria e prestação de serviços.

Quando ao resíduo séptico, realiza também uma coleta especial, onde contempla hospitais, clínicas, laboratórios, farmácias, centros de saúde.

#### 4.8.3.3. TRANSPORTE

Os resíduos domésticos resultantes da coleta normal e da varrição, bem como a escória resultante da incineração do resíduo séptico, são transportados para um aterro situado a cerca de 8 km do centro da cidade.

Este transporte é realizado pela frota de veículos coletores da prefeitura municipal, que se dirigem ao aterro, após completar a sua capacidade de volume de coleta, para disposição final do mesmo.

#### 4.8.3.4. DISPOSIÇÃO FINAL

A cidade dispõe, atualmente, de um sistema de tratamento de resíduos sólidos, constituído de uma usina de compostagem, que encontra-se fora de operação. Conta, também, com um sistema de disposição final, constituído de um aterro simples.

O resíduo séptico coletado, está sendo incinerado em um hospital da cidade, que possui um incinerador próprio, não sendo satisfatória a sua operação, já que de uma maneira geral possui problemas técnicos e de operação, que impedem a queima dos resíduos de uma maneira adequada.

Os resíduos domésticos coletados e da varrição, como também a escória resultante da incineração do resíduo séptico, são dispostos em um aterro simples.

Neste aterro não existe controle dos resíduos nele depositados, sendo operado de forma totalmente inadequada, sem a menor preocupação de emprego mínimo de técnicas, que proporcionem uma drenagem superficial das

águas pluviais no talude do aterro, drenagem sub-superficial de percolados e do chorume e drenagem dos gases produzidos na massa do aterro. Limita-se apenas a recobrir com terra o resíduo disposto, de forma desordenada e descontínua.

A municipalidade, juntamente com o órgão de controle de meio ambiente, têm sido incapazes de transformar o aterro existente, em um aterro sanitário, existindo no local a proliferação de catadores, que passaram a habitar o local e diariamente, fazem a catação de material disposto no aterro, fazendo do mesmo o seu meio de sobrevivência, gerando um problema de saúde pública, já que estão sujeitos a contrair doenças e acidentes.

#### 4.8.3.5. SERVIÇOS DE CONSERVAÇÃO

Além da limpeza pública, é de responsabilidade da prefeitura, a manutenção e conservação de prédios logradouros públicos, como praças, jardins, hortas, cemitérios, etc.

A capinação é realizada através de contratação de serviços de firmas particulares, contando hoje com uma equipe de 20 homens e uma frota de 2 caminhões.

A remoção dos entulhos é de responsabilidade do usuário, que o gerou, selecionando a prefeitura, algumas áreas no

município que apresentam topografia adequada, para disposição deste tipo de material, no entanto sem exercer qualquer tipo de fiscalização e controle.

#### 4.8.4. DRENAGEM URBANA

A cidade de Araraquara é dotada de galerias de águas pluviais, notadamente nas ruas transversais próximas aos córregos e avenidas de fundo de vale.

A rede existente é responsável pela captação de águas pluviais e sua condução rápida e segura, às baixadas dos córregos e ribeirões que cortam a cidade, proporcionando fundamentalmente maior vida útil do provimento do sistema viário, redução nos seus custos de manutenção, melhoria do tráfego de veículos durante as chuvas, além de benefícios à saúde e segurança da população.

Dentre as obras de drenagem urbana existentes, destacam-se a canalização do Córrego da Servidão, que corta a área central da cidade e a retificação e canalização (canal aberto) do Ribeirão do Ouro, no trecho compreendido entre os cruzamentos da Avenida Marginal com o prolongamento da Rua Voluntários da Pátria e com a Rua Domingos Zanin.

#### 4.8.5. POLUIÇÃO AMBIENTAL

##### 4.8.5.1. POLUIÇÃO DAS ÁGUAS

Araraquara apresenta um quadro de poluição ambiental em situação crítica, principalmente quanto a poluição das águas superficiais.

Todo o esgoto doméstico coletado pela rede urbana é lançado nos córregos da região, sem qualquer tipo de tratamento, acarretando um grande prejuízo ao meio ambiente.

O DAAE, autarquia responsável pelo sistema de água e esgoto do município, conseguiu, através de vários emissários, proteger um dos mananciais que abastece a cidade, traferindo o local de lançamento dos esgotos a jusante do local de captação, sem entretando eliminar o problema de poluição dos ribeirões que estão próximos a área urbana.

No que tange ao esgoto industrial, verifica-se que a maioria das indústrias instaladas no município estão dotadas de sistemas próprios de tratamento de seus efluentes. Estas estações de tratamento, umas com alto grau de sofisticação, são controladas e monitoradas pelo Orgão Estadual de Meio Ambiente, através de análises

rotineiras da qualidade dos efluentes, estando estes normalmente dentro dos padrões previstos na legislação.

O vinhoto, resíduo resultante da fabricação do açúcar e do álcool, que em outras épocas traziam sérios problemas de poluição dos cursos d'água na região, hoje tem seu efeito poluidor altamente eliminado, uma vez que o mesmo é lançado na própria lavoura de cana como corretivo do solo.

A captação de água utilizada pelo DAAE e localizada no Ribeirão Anhumas, a qual dista aproximadamente 13 km da cidade, estava em outras épocas bastante protegido por matas nativas. Atualmente a cultura de cana de açúcar já envolveu este local de captação e boa parte da bacia de drenagem, trazendo assim algum risco de degradação deste manancial.

#### 4.8.5.2. POLUIÇÃO DO SOLO

Na questão dos resíduos sólidos industriais, estes não são problemas relevantes no município, pois o maior volume destes, gerados pelas indústrias locais são aqueles oriundos do processamento da laranja e da cana de açúcar. O bagaço da laranja é totalmente aproveitado na fabricação de ração bovina, a qual é exportada para países da Europa. Já os bagaços da cana de açúcar são utilizados nas

próprias usinas, bem como outras indústrias da região, como combustível de caldeiras.

As demais indústrias locais certamente geram resíduos, desde classe I a classe III, porém o gerenciamento e o destino final dos mesmos é de responsabilidade da própria indústria, sempre com o monitoramento da Companhia Estadual do Meio Ambiente - CETESB.

A prefeitura municipal está enfrentando algum problema com os resíduos inertes classe III, tipo restos de construções, os quais são lançados em terrenos baldios e outros locais inadequados, sem nenhum controle. A solução seria a própria prefeitura criar uma estrutura de coleta e disposição final dos mesmos.

Outro fato que preocupa é o sistema de disposição final dos resíduos sólidos domésticos, o qual deveria ser um aterro sanitário. Entretanto a forma de aterro simples utilizada, sem sistema de drenagem, faz com que os líquidos percolados, bem como o chorume formado pela decomposição anaeróbia do lixo penetre nas camadas subjacentes do solo, contaminando estas, bem como os aquíferos subterrâneos.

#### 4.8.5.3. POLUIÇÃO DO AR

No que concerne a poluição do ar, atualmente a CETESB, órgão de controle ambiental, tem uma estação de

monitoramento instalada na cidade, na qual é medido apenas teores de material particulado e de Dióxido de Enxofre, tendo ao longo destes anos, mantido os níveis de qualidade dentro de padrões aceitáveis. No entanto, o que se nota é uma deteriorização da qualidade do ar principalmente com relação a material particulado representado pelo parâmetro fumaça, muito embora os dados estejam muito distantes dos níveis encontrados nas áreas críticas.

As principais fontes poluidoras do município são as indústrias, principalmente as citricas e açúcareiras. A cidade convive com problemas de emissão de material particulado, oriundo da queima da canaviais e da combustão do bagaço da cana, utilizado nas caldeiras de algumas indústrias, como também da emissão de odores, que dispersa pela cidade um aroma de casca de laranja queimada, oriundo do processo de secagem do bagaço da laranja, na fabricação de ração.

Ocorre também principalmente no período de fim de safra da cana de açúcar, a exalação de maus odores, devido a disposição no solo dos canaviais, das águas utilizadas durante a safra para a lavagem da cana, que contém um alto teor de matéria-orgânica.

#### 4.8.6. CONTROLE DE ZOONOSES E ENDEMIAS

A SUCEN é o órgão estadual responsável pelo controle e combate das doenças endêmicas, tais como malária, febre



amarela, chagas, esquistossomose, leishmaniose. Também faz o controle e combate de vetores (mosquitos, moscas, ratos, etc).

Atualmente em Araraquara, esta superintendência de controle de endemias, através de um escritório local deveria estar dando atendimento a estes serviços, entretanto está com seu contingente todo voltado para o combate e controle do mosquito "Aedes Aegypti", veículo transmissor da dengue e febre amarela.

Também existe uma indefinição temporária acerca destes serviços e de outros a cargo da SUCEN, haja visto estarem os mesmos em vias de serem municipalizados. Em concretizada a municipalização dos mesmos, a SUCEN voltará então às suas ações básicas de controle das doenças endêmicas.

Vale ressaltar entretanto que, embora hoje sem um cobertura efetivo sobre estas doenças, não tem havido casos novos, e alguns esporádicos que aparecem, principalmente a malária, são adquiridos em viagens a outros estados onde esta doença ainda não está erradicada.

O SESA - Serviço Especial de Saúde de Araraquara mantém um serviço de profilaxia da raiva canina, onde é feito tratamento anti-rábico humano, observação de cães agressores e campanhas anuais de vacinação animal, a qual é realizada em conjunto com a prefeitura. O trabalho de

apreensão de animais está desvinculado deste serviço, sendo executado pela prefeitura.

#### 4.8.7. CONTROLE DE ALIMENTOS

O SESA - Serviço Especial de Saúde de Araraquara, mantém uma pequena estrutura destinada ao controle de alimentos no município, constituída por pessoal não qualificado para a função. Além disso, não dispõe de uma estrutura mínima para realizar ensaios laboratoriais, que deduzam a um laudo, quanto ao grau de deteriorização e higiene do produto, tendo que recorrer ao município vizinho de Ribeirão Preto, para onde é enviado todo produto suspeito, ficando na dependência da análise e emissão do laudo, demandando tempo para que se tenha resultados, inviabilizando qualquer tipo de ação.

#### 4.8.8. CONSIDERAÇÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES

Embora a cidade tenha uma boa cobertura com rede de distribuição de água, e a capacidade de fornecimento pela estação de tratamento, ainda seja satisfatória, ressaltamos que esta capacidade está no limite crítico,

tanto pelo potencial de mananciais de superfície e subterrâneo hoje existentes, quanto pela capacidade de tratamento da própria estação, que é bastante antiga, já tendo sofrido várias ampliações e modificações.

Com o objetivo de conseguir um reforço na produção do sistema, estará entrando em operação nos próximos meses, um novo poço tubular profundo, com capacidade aproximada de 150 m<sup>3</sup>/h.

De acordo com informações obtidas junto ao DAAE, está autarquia contratou recentemente o serviço de firma especializada, para elaboração de um novo projeto técnico, para o sistema de água.

Entretanto, se após a conclusão deste novo projeto técnico, o mesmo não for prontamente implantado, tememos que o sistema hoje existente, não terá condições de atender a demanda já nos próximos anos.

Já no que tange ao sistema de esgotos da cidade de Araraquara, é gritante o grau de poluição que o mesmo causa no sistema hídrico que drena a região, o que certamente caracteriza o município, como o maior poluidor das águas.

A solução para o problema, é a instalação de uma estação de tratamento de esgotos. A autarquia responsável pelo sistema, já dispõe de um projeto técnico completo de uma estação de tratamento de esgotos, cujo estudo de

viabilidade indicou a adoção de um Sistema de Lagoas Aeradas, seguidas de Lagoas de Decantação, estando a sua implantação na dependência de recursos, na ordem de Cr\$ 600 milhões de cruzeiros.

No que se refere aos despejos de origem industrial, ressaltamos que, embora a maior parte das indústrias instaladas e em operação no município, disponham de sistemas próprios de tratamento de seus efluentes, ainda assim, a carga orgânica lançada nos corpos receptores, é muito grande. Uma vez que a legislação existente lhes faculte um tratamento, com eficiência igual ou maior a 80% de sua carga poluidora total. Isto permite que indústrias com uma carga poluidora na ordem de 5.000 mg de DQO/l, embora tratando de 80% da mesma, ainda assim o seu efluente tratado e lançado, tenha uma carga poluidora em torno de 1.000 mg de DQO/l, o que representa um valor muito alto.

Quanto aos resíduos sólidos domésticos, é lamentável a situação verificada no município, haja vista o sistema de tratamento e disposição final dos mesmos. A alternativa para solucionar este problema, seria colocar em operação a usina de compostagem já existente na cidade, bem como dotar o aterro hoje existente de infra-estrutura, tais como drenagem superficial, sub-superficial e percolados e do chorume e dos gases, para que o mesmo venha a ser operado de forma minimamente adequada, e que possa ser caracterizado como um aterro sanitário.

A municipalidade, está instalando, nas proximidades da Usina de Compostagem, um incinerador destinado a receber todo o resíduo séptico coletado no município, centralizando e controlando a sua incineração de forma adequada. A previsão para o início da operação deste incinerador é de janeiro de 1991.

#### 4.9. ENERGIA ELÉTRICA

##### 4.9.1. GERAÇÃO

O Município de Araraquara, no setor energético é favorecido por um adequado sistema de distribuição, feito pela Companhia Paulista de Força e Luz, cuja área de concessão ocupa mais da terça parte do Estado de São Paulo e uma parte do Estado de Minas Gerais.

A energia consumida não é só gerada pelas usinas da Companhia Paulista de Força e Luz, mas também as linhas alimentadoras provêm de usinas da CESP e FURNAS.

As usinas da CPFL instaladas no município são: Usinas Hidroelétricas de Chibarro, que possui capacidade instalada de 2.500 KVA, localizada no Ribeirão Chibarro; Usina Hidroelétrica de Gavião Peixoto, com capacidade de 5.000 KVA, localizada no Rio Jacaré Guaçú.

Está situada na área do município uma subestação transformadora da CESP. Passa por esta a linha denominada

"linhão dois", em 460 KV, que sai da Ilha Solteira, atingindo Santo Angelo, em Mogi das Cruzes.

A energia transportada pelo "linhão dois", é utilizada na região central do Estado, tendo como polo Araraquara, onde a subestação transformadora permite o rebaixamento da tensão de 460 KV para 138 KV, o que permite a interligação com o sistema da CPFL.

Furnas também possui uma subestação transmissora, com linhão de 550 KV. Este sistema juntamente com a CESP dá a Araraquara grande capacidade energética, capaz de atender a qualquer aumento de demanda.

#### 4.9.2. DISTRIBUIÇÃO

A cidade é servida por sistema de distribuição de energia, feito através de alimentadora na tensão de 11,95 KV.

Em função do crescimento de consumo da cidade de Araraquara, a subestação "Araraquara", localizada na Vila Melhado, inicialmente com 15 MVA de potência instalada, teve sua capacidade elevada na década de 70 para 25 MVA, com a linha de um novo banco de transformadores, alimentada por linha de transmissão de 138 KV. Prevendo novos aumentos de carga foram instaladas na sede - Araraquara, as subestações "Uirapuru" e "Paio1" ambas com capacidade de 25 MVA e a terceira localizada na divisa de

Araquara com o Município de Américo Brasiliense com a capacidade de 25 MVA para cada município. Todas as subestações estão interligadas.

#### 4.9.3. CONSUMO

O consumo total do município no ano de 1985, foi de 260.691.683 KWH. Destaca-se o industrial em 1o. lugar, correspondendo a 42,36%, enquanto o residencial aparece em 2o. lugar com 62.594.653 KWH - 24,01%; o 3o. lugar é ocupado pelo consumo comercial - 31.703.865 KWH - 12,16%, como se observa no quadro abaixo:

CLASSES DE CONSUMO	QUANTIDADE DE ENERGIA CONSUMIDA - KWH					
	1983	%	1984	%	1985	%
INDUSTRIAL	97.962.468	42,42	95.370.192	37,94	110.361.031	42,36
COMERCIAL	26.457.721	11,45	27.866.654	11,07	31.703.856	12,16
RESIDENCIAL	55.772.392	24,14	58.399.562	23,21	62.594.653	24,01
RURAL	4.868.147	2,10	6.073.513	2,41	6.896.702	2,64
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	16.477.660	7,13	16.984.512	6,75	17.148.607	6,57
ÁGUA E SANEAMENTO	-	-	15.782.532	6,27	-	-
TRAÇÃO ELÉTRICA	7.978.412	3,45	8.001.824	3,18	8.386.468	3,21
OUTRAS	21.516.607	9,31	23.090.025	9,17	23.600.357	9,05
TOTAL	231.033.407	100	251.568.814	100	260.691.683	100

FONTES: CPFL - Companhia Paulista de Força e Luz.

#### 4.10. CULTURA

##### 4.10.1. CINEMAS

Há quatro casas de espetáculos na cidade, todas com ótimas instalações, sendo que duas estão localizadas na área central e duas em bairros residenciais.

Os cinemas de Araraquara são: Cine Veneza, com 1.100 poltronas; Cine Capri, com 1.000 poltronas; Cine Coral, com 1.300 poltronas e Cine Plaza com 800 poltronas.

##### 4.10.2. BIBLIOTECAS E MUSEU

As bibliotecas instaladas na cidade pertencem aos estabelecimentos de ensino superior e as escolas particulares, e dentre todas existentes, destaca-se a Biblioteca Pública Municipal Mário de Andrade, criada em 1943.

O acervo em 1987 da biblioteca, é de 45.227 volumes, compreendendo diversos setores, desde obras de referência, até os periódicos gerais. Possui ainda importante arquivo de jornais e Diários Oficiais do Estado e da União.



O Museu Histórico e Pedagógico "Voluntários da Pátria", pertence à rede de museus históricos da Secretaria da Cultura. As suas atividades desenvolvem-se, entre outras, na área de pesquisas, em intercâmbio com as escolas de 1o. e 2o. graus e ensino superior.

O acervo atual é de 3.500 peças obtidas por meio de doações e ainda 1.000 peças que se encontram sob custódia.

#### 4.10.3. TEATRO E CASA DA CULTURA

O Teatro Municipal de Araraquara, está localizado na Avenida Bento de Abreu, Bairro da Fonte, com capacidade para 470 lugares e no andar superior há um amplo terraço onde funciona atualmente um bar.

Em 1984 foi inaugurado o Teatro Municipal de Arena, com capacidade para 2.000 pessoas - localizado na Vila Melhado.

A Casa da Cultura, situada no centro da cidade - Praça Santos Dumont - e instalada no prédio onde funcionava a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara, possui amplas dependências, além de salas para exposições, música, ensaios, anfiteatro e outras, conta com uma biblioteca especializada.

Tanto a Casa da Cultura como o Teatro Municipal "Plínio de Carvalho" e o "Teatro de Arena" estão ligados a FUNDART -

Fundação de Arte e Cultura de Araraquara - órgão responsável por todas as manifestações artísticas e culturais do município.

#### 4.11. COMUNICAÇÕES

##### 4.11.1. TELEFONES

No setor de comunicações, Araraquara é servida pela TELESP - Telecomunicações de São Paulo S/A., sediando uma superintendência regional desse órgão, com atuação sobre quarenta municípios aproximadamente.

A rede local tem no momento um total de 32.754 aparelhos automáticos e 22.665 terminais instalados; conta também com o Sistema de Discagem Direta a Distância (DDD) e o Sistema de Discagem Direta Internacional (DDI), que estão em funcionamento desde 1976.

##### 4.11.2. RADIODIFUSÃO

Existe três emissoras instaladas na cidade, a Rádio Cultura de Araraquara, que opera em ondas médias com

prefixo ZYK 546, onde ondas tropicas com prefixo ZYG 855 e em FM com prefixo ZYD 805, Rádio Morada do Sol, que opera em ondas médias com prefixo ZYK 574 e em FM com prefixo ZYD 806 e a Rádio Bandeirantes, que opera em FM com prefixo ZYD 942, canal 220.

#### 4.11.3. TELEVISÃO

Há um canal de televisão, com geração própria, TV "Morada do Sol", também recebendo as imagens da TV Cultura, TV Globo, TV Bandeirantes e TVS.

#### 4.11.4. IMPRENSA

Circulam em Araraquara, três jornais, "O Diário", "O Imparcial" e "Folha da Cidade", diários matutinos, com tiragem aproximada de 5.000 exemplares cada um.

Além do jornal "Hoje" circulando semanalmente aos domingos - com tiragem de 200 exemplares, ainda temos os boletins, folhetos e revistas de empresas, clubes cuja circulação é mensal ou bimestral.

## 5. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE LOCAL

### 5.1. DESCRIÇÃO

#### 5.1.1. NIVEL PRIMARIO

##### Centros Municipais de Saúde:

Construídos à partir do Convênio das AIS, têm localização em bairros periféricos da cidade, responsáveis pelo atendimento primário da população. Apresentam atendimento em pediatria, clínica geral, ginecologia (consultas, prevenção do câncer ginecológico, pré-natal), imunização e fornecimento de certos medicamentos.

Atualmente são em número de 7 mais uma unidade mista, são eles:

- 1) Jardim Paulistano
- 2) Jardim América
- 3) Yolanda Ôpice
- 4) Cecap
- 5) Jardim Santa Lucia
- 6) Parque das Laranjeiras
- 7) Selmi Dei

Todos estes centros de saúde têm acoplado um centro de recreação infantil, que também é mantido pela Prefeitura e estas crianças com idade até 6 anos e 11 meses recebem cobertura de atendimento médico e de imunização em cada um destes respectivos centros de saúde.

A unidade mista recém inaugurada é a da Vila Xavier onde também fica a sede de trabalho de controle do Aedes Aegyptis.

O Pronto Socorro Municipal foi fechado para reforma em novembro de 1990.

CEAMA - serviço de atendimento aos funcionários públicos estaduais.

#### SESA (Serviço Especial de Saúde de Araraquara)

Criado pelo governo do Estado de São Paulo através do Decreto Lei No. 17.357 de 12/07/47 e foi transferido para a Universidade de São Paulo pela Lei No. 4.846 de 04/09/58.

É diretamente subordinado a Faculdade de Saúde Pública da USP e exerce, dentro os limites de Araraquara, as funções de Unidade Sanitária, simultaneamente com as de centros de aprendizado da referida Faculdade.

Atualmente o SESA, é um serviço conveniado com a Secretaria de Estado da Saúde.

Inicialmente contava com um serviço central e três sub-centros de saúde: um no bairro de Vila Xavier (atualmente municipalizada e transformada em Unidade Mista), e dois nos distritos rurais de Gavião Peixoto (atualmente municipalizado) e Motuca. Hoje o SESA compreende o serviço central, funcionando basicamente com atividades de referência e o sub-centro de Motuca.

O SESA desenvolve atualmente, atendimento básico à população de uma área definida do Município de Araraquara (área de responsabilidade), sendo referência em algumas áreas: fisiologia, dermatologia sanitária (Hanseníase), cardiologia, dermatologia, doenças sexualmente transmissíveis (inclusive o atendimento ambulatorial de AIDS) e oftalmologia.

O SESA é responsável pela Vigilância Epidemiológica da cidade de Araraquara, colaborando, através de seu laboratório com os demais municípios da SUDS-R-19. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar que realiza visitas diárias aos hospitais de Araraquara na busca de casos de doenças de notificação compulsória e das demais doenças infecciosas, que não são de notificação compulsória, mas que são incluídas como observação à nível de SV3 em cada semana epidemiológica. Até o mês de novembro o SESA já havia encaminhado ao nível central cerca de 2.000 notificações. O empenho da equipe é grande e atualmente a operacionalização do serviço tem se tornado facilitado pelo uso de recursos de informática.

O Programa de Prevenção da Raiva funciona em regime de plantão sendo realizadas diversas visitas domiciliares aos pacientes que sofreram agressão de animais, o que reduziu o índice de vacinação de 70% para somente 15% no Município de Araraquara.

As atividades de vacinação, cujo controle esta totalmente informatizada, desenvolvem-se segundo um esquema próprio, no qual a vacina contra o sarampo é aplicada com um ano de idade, em dose única, desde 1987. Todos os nascimentos verificados no município são notificados ao SESA, há mais de 20 anos, através de uma terceira via do registro de nascimento, possibilitando um conhecimento preciso da cobertura vacinal em Araraquara. O SESA tem controle diário de todas as doses de vacinas aplicadas na cidade por todos os serviços de saúde locais.

#### Breve Histórico do Programa de Vacinação do SESA:

Em 1983 realizou-se um levantamento na cidade de Araraquara para obtenção da cobertura vacinal do município, utilizou-se para este o modelo de avaliação do Programa Ampliado de Imunização (PAI), Cosas 3.

A população alvo foram as crianças do grupo etário de 12 a 23 meses de idade em uma amostra de 210 crianças. Em uma

área de setores censitários, escolhidos aleatoriamente 30 setores, dos quais 7 crianças de cada um eram investigadas. Registraram-se informações sobre a caderneta de vacinação: doses de Sabin, DPT, BCG, sarampo e esquema básico, onde foram obtidos os seguintes resultados - Sabin 92,4%, DPT 93,8%, BCG 83,3%, sarampo 90%, esquema básico 80,5% de cobertura.

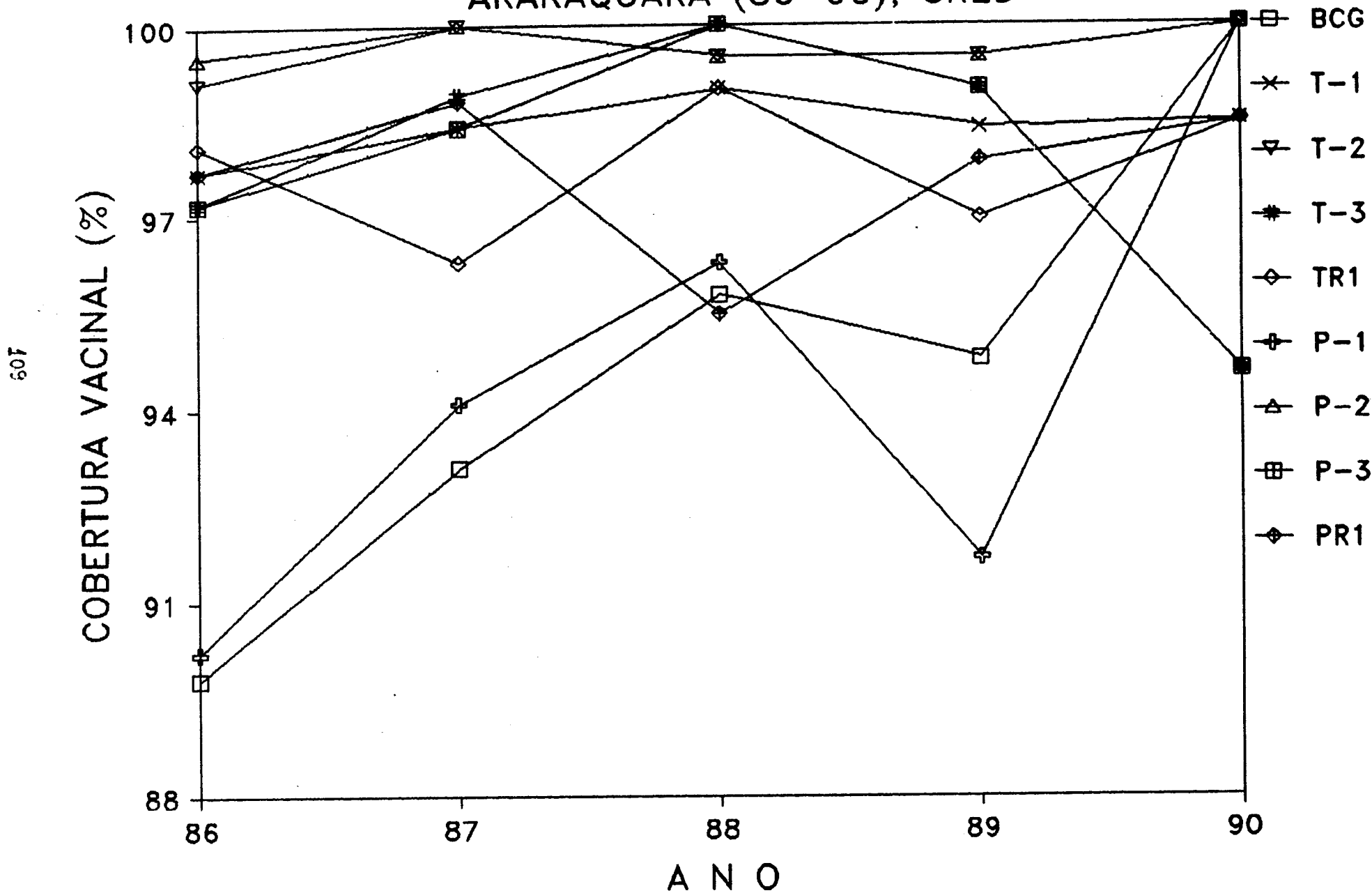
A partir desses resultados, iniciou-se em 1984 uma programação de vacinação intensa com o objetivo de alcançar níveis maiores de cobertura vacinal.

Apresentamos um levantamento retrospectivo da cobertura vacinal através do sistema de informação do SESA no período de 1986 a 1990 para o município e por área de atuação (SESA, CRED e PMA), onde foram observadas os seguintes resultados: ver Tabela 1 e 2 e gráficos de cobertura vacinal por ano, área e município como um todo.



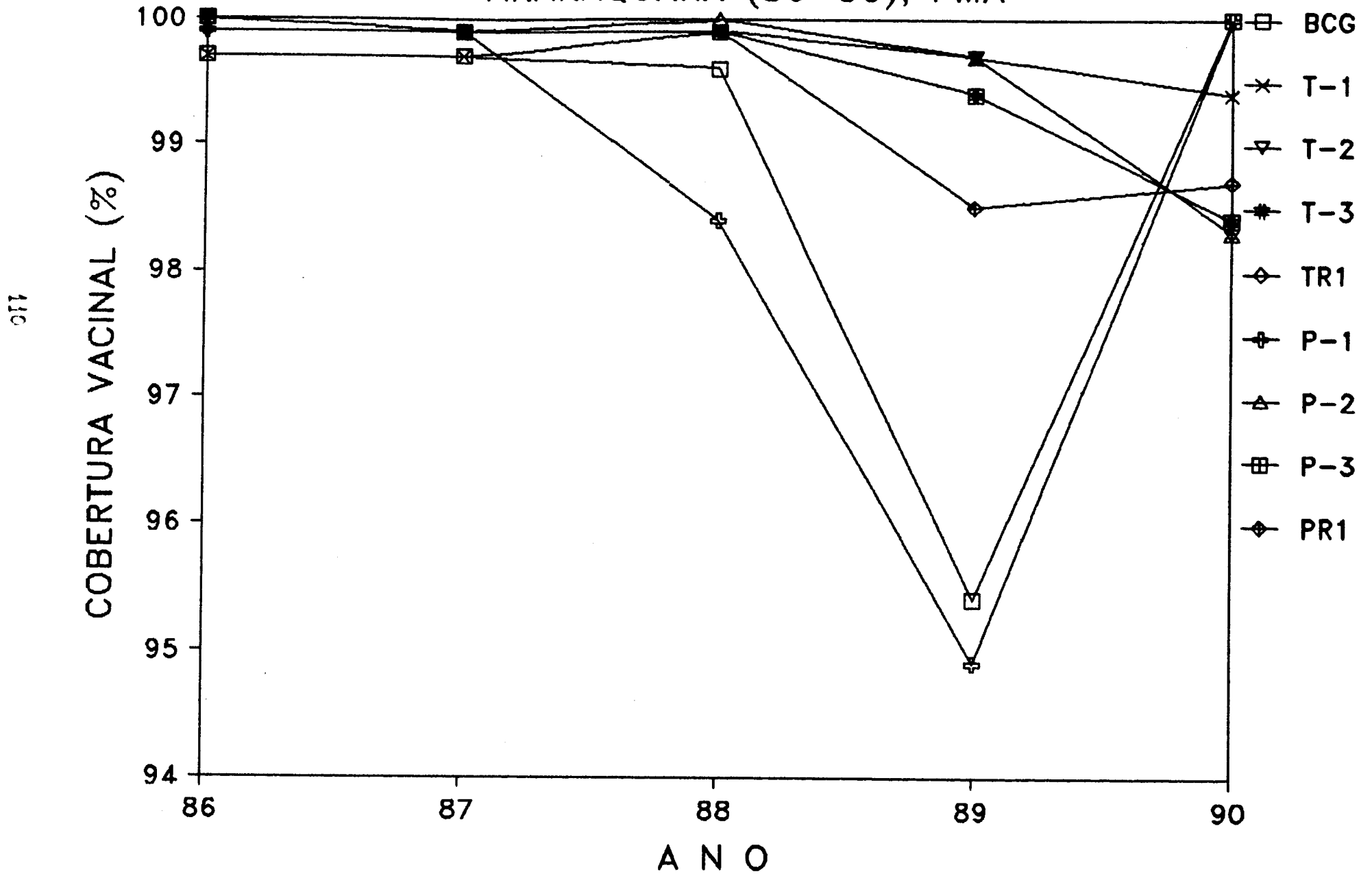
# COBERTURA VACINAL SEG. AREA E ANO

## ARARAQUARA (86-90), CRED



# COBERTURA VACINAL SEG. AREA E ANO

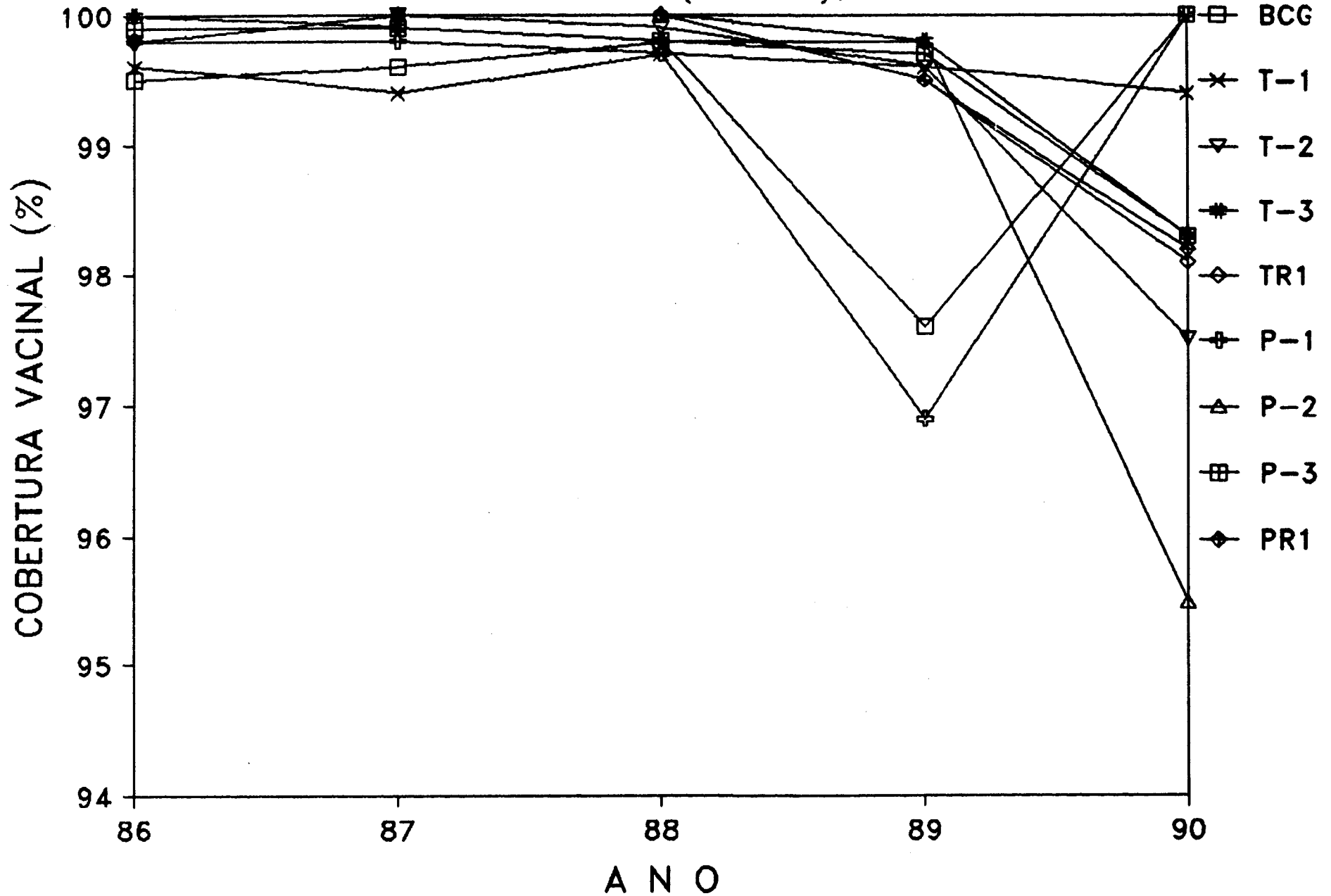
ARARAQUARA (86-90), PMA



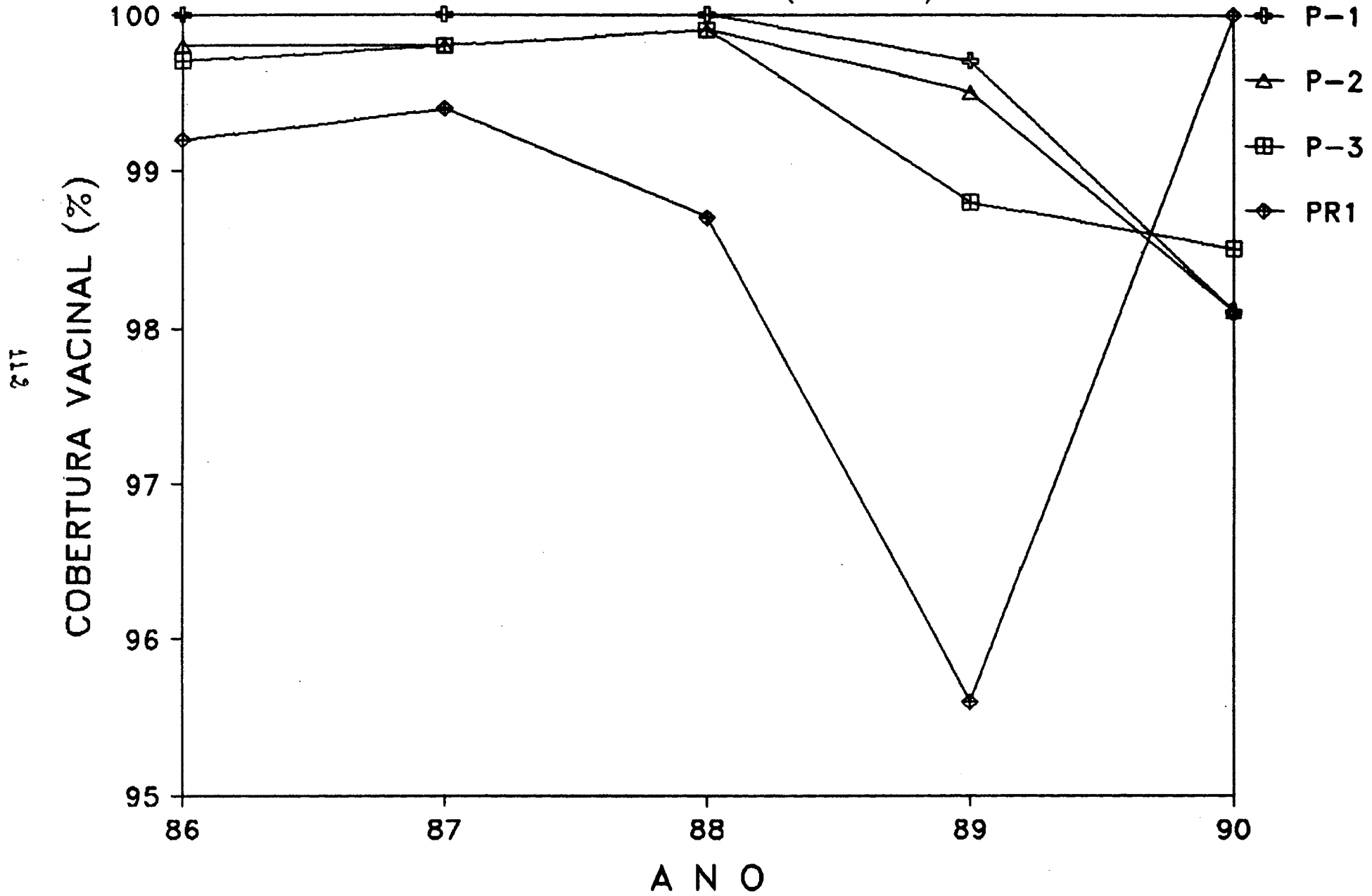
# COBERTURA VACINAL SEG. AREA E ANO

ARARAQUARA (86-90), SESA

111



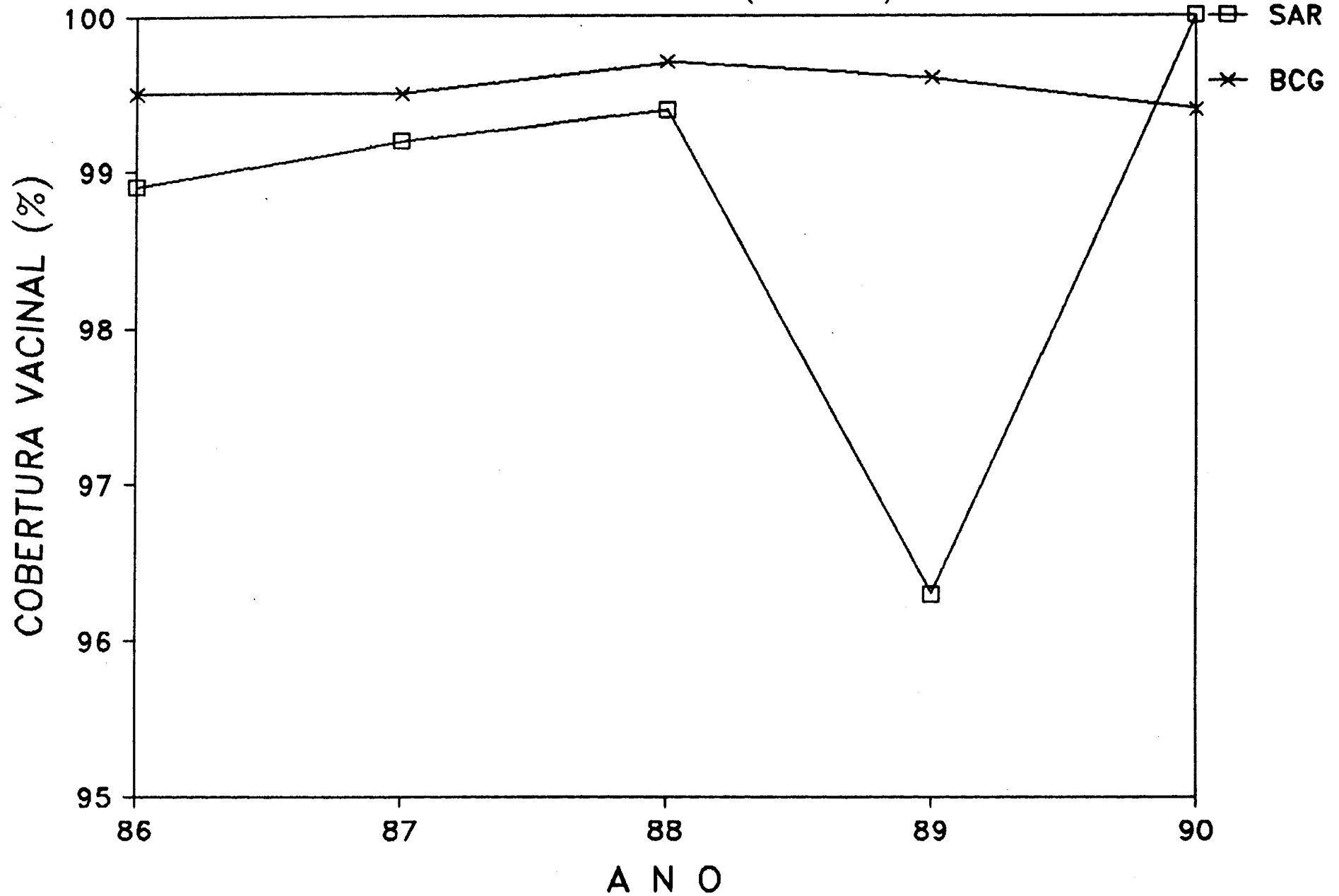
# COBERTURA VACINAL SEG. ANO ARARAQUARA (86-90).



# COBERTURA VACINAL SEG. ANO

## ARARAQUARA (86-90).

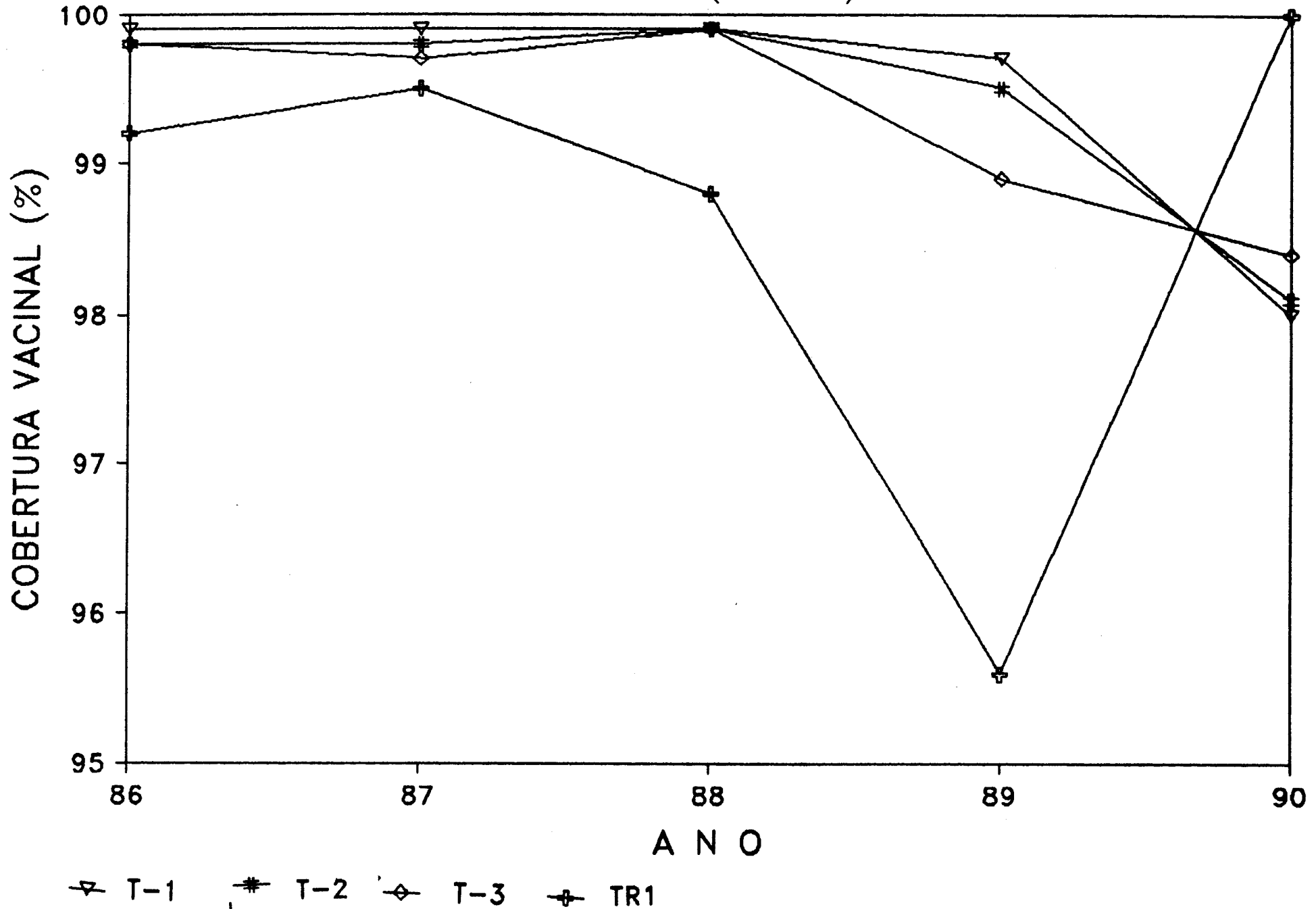
113



# COBERTURA VACINAL SEG. ANO

## ARARAQUARA (86-90).

114



## Programa de Imunização do SESA atualmente:

Encarado como uma das atividades prioritárias do SESA, a atividade de vacinação é ininterrupta, abrangendo portanto até os finais de semana.

O programa conta com a preciosa ajuda da informática, a competência e dedicação do Dr. Edmundo Juarez, além de uma equipe de seis auxiliares de enfermagem com alto grau de conscientização do trabalho que exercem.

Mensalmente são fornecidas listas de crianças faltosas ou com esquema vacinal incompleto, para a realização de convocação, pela equipe que também desempenha trabalho de orientação à população sobre a importância das vacinas. Vem se conseguindo desta maneira, no SESA uma cobertura muito próxima a 100% para as vacinas do esquema básico no primeiro ano de vida nos últimos anos.

O SESA também apresenta um programa de atendimento à mulher, que compreende atendimento ginecológico e de pré-natal sobre os quais discorreremos no capítulo específico à Saúde da Mulher em Araraquara.

O atendimento à saúde da criança também é feita, porém sofre atualmente uma certa reformulação com o objetivo de incremento do programa.

O SESA conta atualmente com um total de 119 servidores. Soma-se a este número, 7 servidores cedidas por parte da Secretaria da Saúde e mais 3 servidores municipais, perfazendo um total de 129 trabalhadores do serviço.

#### 5.1.2. NÍVEL SECUNDÁRIO

##### PAH - INAMPS

Atividades de atendimento nas clínicas básicas, especialidades, inaloterapia e curativas.

#### 5.1.3. NÍVEL TERCIÁRIO

Quanto à prestação de assistência hospitalar, conta o município com seis hospitais, dos quais três são especializados destinados ao atendimento psiquiátrico e maternidade e outros três hospitais gerais.

Em 1986 os hospitais locais contavam com um total de 1.248 leitos sendo que a maior parcela, 67,20% é dos hospitais gerais.



## **Especificação da rede hospitalar:**

### **1) Hospital Psiquiátrico:**

- particular
- 120 leitos
- clientela: previdenciária, conveniada, particular

### **2) Hospital Psiquiátrico Esprita Caibar Schutel:**

- privado
- 208 leitos
- clientela: credenciada pelo INAMPS e Secretaria de Saúde do Estado - Coordenadoria de Saúde Mental

### **3) Hospital São Paulo:**

- particular
- localização: zona urbana central
- 178 leitos - gerais divididos nas seguintes áreas:
  - . clínica médica - 56 leitos
  - . clínica cirúrgica - 52 leitos
  - . clínica obstétrica - 18 leitos
  - . clínica pediátrica - 52 leitos
- possui laboratório de análises clínicas, ambulatório de especialidades, banco de sangue, berçário, UTI e atendimento de emergência/urgência.
- corpo clínico composto por 10 médicos; enfermagem: 50 atendentes, 2 auxiliares e 3 técnicos de enfermagem.

- atendimento é prestado a pacientes particulares, previdenciários pelo Convênio com o SUDS e a outros conveniados (Aramed, Plantel, CPFL, Caberp, União Operária, Usina Santa Cruz, Banco do Brasil, Sociedade Beneficiente Carlos D. Villares, Assistência Patronal, FEPASA e outros).

- capacidade de atendimento mensal (1236 internações):

- . clínica cirúrgica - 378
- . clínica médica - 380
- . clínica obstétrica - 236
- . clínica pediátrica - 242

#### 4) Santa Casa de Misericórdia de Araraquara:

- localização central: Sociedade Filantrópica e Beneficiente

- total de leitos: 331 divididos nas seguintes áreas:

- . clínica médica - 110 leitos
- . clínica cirúrgica - 103 leitos
- . clínica obstétrica - 25 leitos
- . clínica pediátrica - 93 leitos

- total de funcionários: 512

- número de profissionais médicos: 158

- enfermagem: 210 atendentes, 2 auxiliares e 1 técnica de enfermagem

- possui laboratório de análises clínicas, ambulatório clínico e cirúrgico em diversas especialidades, banco de sangue, berçário, UTI, centro oncológico, serviço de hemodialise
- atendimento a pacientes particulares, Convênio SUDS e demais convênios (UNIMED, Cruz Azul, Banco do Brasil, Meias Lupo, Cabesp, Golden Cross, Toschep, Saúde Bradesco, Itaú, etc)

5) Hospital Beneficência Portuguesa:

- localização central
- total de leitos: 207 divididos nas seguintes áreas:
  - . clínica médica - 102 leitos
  - . clínica cirúrgica - 48 leitos
  - . clínica obstétrica - 36 leitos
  - . clínica pediátrica - 15 leitos
- possui Unidade de Diagnóstico e Terapia, urgência/emergência, ambulatório geral e de especialidades, banco de sangue (agência transfusional), berçário, UTI - 6 leitos
- total de funcionários: 305
- total de médicos contratados: 10
- total de médicos autônomos: 164
- enfermagem: 116 atendentes, 7 auxiliares de enfermagem e 2 enfermeiras

- presta serviços ao SUDS e outros convênios (Cabesp, Cruz Azul, Cassi, Ioschep, Unimed, União Operária, etc) além de atendimento particular

#### 6) Hospital Maternidade Gota de Leite:

- unidade filantrópica conveniada (01/12/88)
- localização central
- total de leitos: 26 divididos nas seguintes áreas:
  - . clínica médica - 5 leitos
  - . clínica cirúrgica - 6 leitos
  - . clínica obstétrica - 15 leitos
- possui laboratório de análises clínicas e eletrocardiograma, eletroencefalograma e radiologia

#### Hospital Regional

Hospital Nestor Goulart Reis: é um hospital estatal com capacidade para 672 leitos inaugurado em fins da década de 40 para tratamento de tuberculose. Situa-se na Rodovia Manuel de Abreu no Km 6, entre o Município de Araraquara e Américo Brasiliense. Atualmente conta com 112 leitos disponíveis, que só atendem à demanda masculina e acima de 14 anos de idade. É referência de tisiologia para todo o Estado de São Paulo e da região de Araraquara. A grande maioria dos internados (93%) segundo a assistente social

do hospital, tem precária situação social, sem moradia, sem documentos, sem família, além de serem em grande número alcoólatras. Conta com um grupo de alcoólicos anônimos desenvolvendo um trabalho dentro do hospital. Grande parte destes pacientes internados são provenientes do Hospital do Mandaqui de São Paulo e são também imigrantes nordestinos que compõem à mão de obra da construção civil do Estado de São Paulo ou são bóias-frias na lavoura de usinas de cana de açúcar na região de Araraquara.

Desde o ano de 1977, sua reforma vem sendo almejada com o intuito específico de torná-lo retaguarda para pacientes crônicos de toda a região. Por ocasião de nossa visita a este hospital, ficamos sabendo que foi acertada a licitação pública para sua reforma.

Segundo Plano Diretor do SUDS-R-19 de 1989, há afirmação de que se pensa na reativação do laboratório de análises clínicas do hospital, para atendimento das populações dos Municípios de Américo Brasiliense, Santa Lúcia e Rincão. Os custos dessas novas atividades segundo o Plano Diretor, serão apropriados pela Unidade de Despesas do Hospital Nestor Goulart Reis.

Outra proposta no mesmo Plano Diretor é a de dar andamento ao projeto de adaptação do prédio em hospital geral, ocorreria a criação de 200 leitos em clínica médica, ginecologia, obstetrícia e clínica cirúrgica, assim como a

instalação de leitos para AIDS e tisiologia, tanto masculina como feminina. A proposta também engloba capacitação de pessoal.

Finalizando, a relação de leitos por mil habitantes na cidade de Araraquara é de 5,0/1000 habitantes. Quanto ao número de leitos especializados a relação é de 2,4 leitos/1000 habitantes.

#### **Demais Serviços Médicos:**

Existem vários ambulatórios médicos funcionando nas próprias empresas da cidade (Meias Lupo, Associação Fornecedora de Cana, Instituição Cutrale, etc).

Há uma ampla rede de consultórios e clínicas que contam também com serviços com grau de complexidade e especialidades variadas para amparo de diagnóstico e tratamento no setor privado da cidade.

O Laboratório de Análises Clínicas da Faculdade de Farmácia da UNESP, presta importantes serviços como apoio diagnóstico aos demais serviços públicos de saúde da cidade. Realiza também a sorologia para AIDS tanto para o SESA como para os bancos de sangue.

Está prevista para breve a inauguração de um serviço de Hemocentro que poderá controlar melhor a qualidade do sangue utilizado em Araraquara.

## 5.2. PROGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

O atendimento à criança na cidade de Araraquara no setor público é efetuado pelos centros de saúde municipais, de forma precária, pois existe uma carência muito grande de médicos pediatras.

Além dos serviços municipais, o SESA também realiza atendimento e segue os programas de crescimento e desenvolvimento da criança, imunização com quase 100% de cobertura vacinal em termos de esquema básico de vacinação, segue as ações programáticas do DRI, da TRO. Estimula o aleitamento materno, mas está necessitando de um maior incremento.

O SESA tem capacidade para oferecer cerca de 60 consultas ao dia para a população de 0 a 12 anos de idade, 30 referentes ao atendimento programático (área de abrangência do SESA), 30 à demanda diária de forma universal.

No ano de 1990 as atividades programáticas são oferecidas às crianças menores de 3 anos de idade, crianças desnutridas ou em risco nutricional menores de cinco anos e aos escolares matriculados na primeira série nas escolas públicas.

**Cronograma de Atendimento:**

< 1 ano -----> 1a. consulta: médica

2-4-6-8-10-12 meses -----> consulta médica

1-3-5-7-9-11 meses -----> atendimento de enfermagem

**1-2 anos:**

12-16-20-24 meses -----> consulta médica

14-18-22 meses -----> atendimento de enfermagem

**2-5 anos:**

30-36-42-48-54-60 meses ---> consulta médica

27-33-39-45-51-57 meses ---> atendimento de enfermagem

1989 -----> nascimentos: 574 crianças inscritas no PSC do  
SESA

1990 -----> crescimento: 352 crianças inscritas até o  
momento

1985 -----> desenvolvido o Programa de Recuperação  
Nutricional

10/89 -----> implantado o Sistema de Vigilância Nutricional

Desde 10/89: - 527 crianças inscritas e/ou re-inscritos no  
PRN

- apenas 261 em acompanhamento

04/90: - implantação do Programa de Saúde do Escolar

- 17 escolas ---> 9 escolas: . 6 zona urbana

. 3 zona rural



- 1986 - alunos matriculados da 1a. à 4a. série do 1o. grau
- 513 alunos da 1a. série

**Avaliação da acuidade visual para:**

- alunos da 1a. à 4a. série da zona rural
- alunos da 1a. série da zona urbana
- 513 crianças ---> foram atendidas 395 com cobertura de  
76,99%
- crianças da zona rural: 195 compareceram
- encaminhamento com oftalmo ---> todas crianças com  
A.V. menor 70%

**Dados do SESA-Geral:**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA**

- 1989 -

IDADE (anos)	INSCRIÇÕES	CONSULTAS MÉDICAS	1o. ATENDIMENTO	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
0  -- 1	1138	5826	1414	2517
1  -- 4	345	4974	1320	1627
5  -- 14	358	1852	1027	468
TOTAL	1841	12652	3761	4612



## Dados do Anual de 1989

Unidades: - Estadual

- Urgência/emergência --> -----
- Saúde da Criança -----> 12652
- Vacinação -----> 1216

Prefeitura Municipal de Araraquara (PMA) - 04/90

Constatações e operações que estão sendo previstas:

- Demanda reprimida em pediatria por:

- . número insuficiente de profissionais
- . dificuldade de admissão devido baixo salário

Operações:

1) propor ampliação de carga horária

2) instalação do PA nos CS: Jardim América, Jardim Paulistano, Cecap e Santa Lucia

- Alto índice de Doenças Respiratórias Infecciosas (DRI), sem retaguarda médica por:

- . fonte de informação relatório mensal de morbidade

- . não tem como implantar o programa em sua totalidade
- . falta de profissional médico
- . grande procura dificultando o cumprimento do cronograma

**Operações:**

- 1) contratação de pediatras

**- Dificuldade de recuperação nutricional por:**

- . falta de retaguarda médica
- . distribuição irregular do leite e da cesta básica ocasionando evasão da população

**Operações:**

- 1) contrato de pediatras
- 2) distribuição regular de leite e cesta básica

### 5.3. SAÚDE BUCAL

#### 5.3.1. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A assistência odontológica está sendo oferecida à população de Araraquara da seguinte forma:

TABELA -- - Distribuição dos consultórios odontológicos e cirurgiões dentistas em Araraquara.

LOCAIS	No. DE CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS	No. DE CIRURGIÃO DENTISTA
CENTRO DE EDUCAÇÃO E RECREAÇÃO	4	4
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	1	3
ESCOLAS ESTADUAIS DO 1o. GRAU	29	23
INAMPS (PAM)	1	3
SESA	1	-
ENTIDADE DE CLASSE	5	?

FONTE: Programa de Saúde Bucal de 1989.

O objetivo geral do programa de 1989 à saúde bucal é proporcionar assistência odontológica à população, integrando esta às demais atividades dos Programas de Assistência Integral à Saúde da Criança, da Mulher e do Trabalhador.

As faixas etárias a serem cobertas pelo programa de saúde bucal de Araraquara são:

- 3 a 6 anos -

1) Tratamento Preventivo:

- ATF (aplicação tópica de flúor): realizado pelo cirurgião-dentista, mas que deverá ser realizado pelas ACD, pessoal auxiliar que deverá ser contratado.
- Bochechos fluorados: aplicados pelas professoras, semanalmente aos alunos de 6 anos de idade.
- Aplicação de selantes em dentes permanentes.
- Escovação supervisionada.
- Aplicação de cariostático.

2) Tratamento Curativo:

- Restaurações dentais definitivas.
- Restaurações provisórias.
- Exodontias.

- 7 a 14 anos -

1) Tratamento Preventivo:

- ATF.

- Bochechos fluorados.
- Aplicação de selantes.
- Escovação supervisionada.

## 2) Tratamento Curativo:

- Restaurações dentais: análgama e resina.
  - Restaurações provisórias.
  - Exodontias: decíduos e permanentes.
- ● a 2 anos - acompanhamento dessas crianças com participação de grupos de pais, que será realizado por pessoal auxiliar a ser contratado, sob supervisão do dentista.
- Adulto - tratamento apenas curativo e urgencial: exodontias, drenagens de abscessos e demais urgenciais.

O sistema de trabalho odontológico é feito através de consultórios convencionais nos Centros de Educação e Recreação (CER) e escolas estaduais, e de sistema de clínica modular transportável (3 cadeiras), que estão montadas em ambiente compatível, mas não preparado para o desenvolvimento exclusivo de atividades odontológicas, para cobertura da demanda de escolares de 7 a 14 anos que pertencem a escolas que não tem consultórios dentários.

A demanda para as unidades de assistência odontológica é portanto não espontânea, a não ser em caso de atendimento de urgência.

A população adulta é atendida apenas urgencialmente nos fins de semana, feriados e período noturno do PSM, e no INAMPS (PAM) diariamente.

A Prefeitura pretende implantar brevemente o Programa de Saúde Bucal para gestantes inscritas no programa de saúde da mulher e do trabalhador, que serão atendidas no CMS diariamente, programa este que será implantado à medida que reduzam as necessidades aos grupos prioritários.

É também intenção da coordenação de saúde bucal do ERSA e da prefeitura (sistema municipalizado de saúde), firmar um convênio com a Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOA) encaminhando à Faculdade, os usuários, de forma que esses tenham acesso à recursos odontológicos de diferentes níveis de complexidade, formando-se assim um sistema de referência e contra-referência.

O SESA tem um consultório odontológico, mas atualmente não dispõe de profissional cirurgião-dentista. Há neste sentido proposta da Prefeitura através do Sistema Municipalizado de Saúde de equipar o SESA com recursos materiais de 3 cadeiras odontológicas, contratação de recursos humanos necessários (cirurgião-dentistas e ACDs), com atendimento odontológico a demanda livre, e gerenciamento do programa de saúde bucal feito pela prefeitura.



Segundo o ERSA, o SESA inviabilizou essa proposta, por se tratar de um centro de saúde modelo ligado à Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, com vários programas de saúde, sendo difícil ter o gerenciamento de um programa (de saúde bucal), efetuado por outra instituição que não fosse o SESA.

A FOA dispõe também de uma unidade de assistência médico-odontológica-social, que visa atender os docentes, funcionários e alunos da FOA, e que ainda não se encontra em funcionamento. Pretende-se brevemente colocar essa unidade em atividade.

#### 5.3.1.1. CONCLUSÕES

- 1) Observamos a necessidade de extensão da cobertura a demanda de adultos, visto que essa faixa da população apesar de não ser prioritária, não encontra atendimento (via serviços públicos) das suas necessidades de tratamento odontológico; posto que a FOA atende apenas um pequeno percentual da população adulta.
- 2) Sentimos também a necessidade de agilização por cursos para formação de pessoal auxiliar: auxiliar de consultório dentário (ACD), e técnico de higiene dental

(THD) de forma que elas possam ser incorporadas à rede pública, através de concursos, aumentando-se assim a produtividade e a cobertura populacional.

### 5.3.2. FLUORETAÇÃO

Araraquara é sede de uma Faculdade de Odontologia, fundada em 1923 e desde 1963 é abastecida por água fluoretada, reconhecido como melhor método disponível para prevenção da cárie dentária.

Baseado nos artigos da Profa. Maria do Carmo Costa Vasconcellos: "Prevalência da cárie dentária em escolares de 7 a 12 anos de idade, na cidade de Araraquara, SP (Brasil)", 1979. Revista de Saúde Pública e do Prof. Valdermar Vertuan: "Redução de cáries com água fluoretada", RGO, 1986, partindo da hipótese que as águas de consumo foram fluoretadas com flúorsilicato de sódio (outubro/1963) ao redor de 0,8 ppm, devido ao clima regional procurou-se verificar os resultados dessa fluoretação, e sua possível redução no índice de cárie comparando as médias antes do uso de flúor e após 19 anos de início.

Pode-se observar que a redução na incidência da cárie de 1962 a 1972 foi de 54,6% e a redução da incidência de

cárie de 1962 a 1982 foi de 41,8X, quando o esperado após 19 anos de fluoretação seria uma redução igual a 54,6X ou um percentual maior (Tabelas 27 e 28).

**TABELA 27- Número médio de dentes permanente irrompidos (IRR), higidos (HID), CPD médio e seus componentes, para ambos os sexos, segundo as idades nos escolares de Araraquara, 19 anos após ingestão de água fluoretada.**

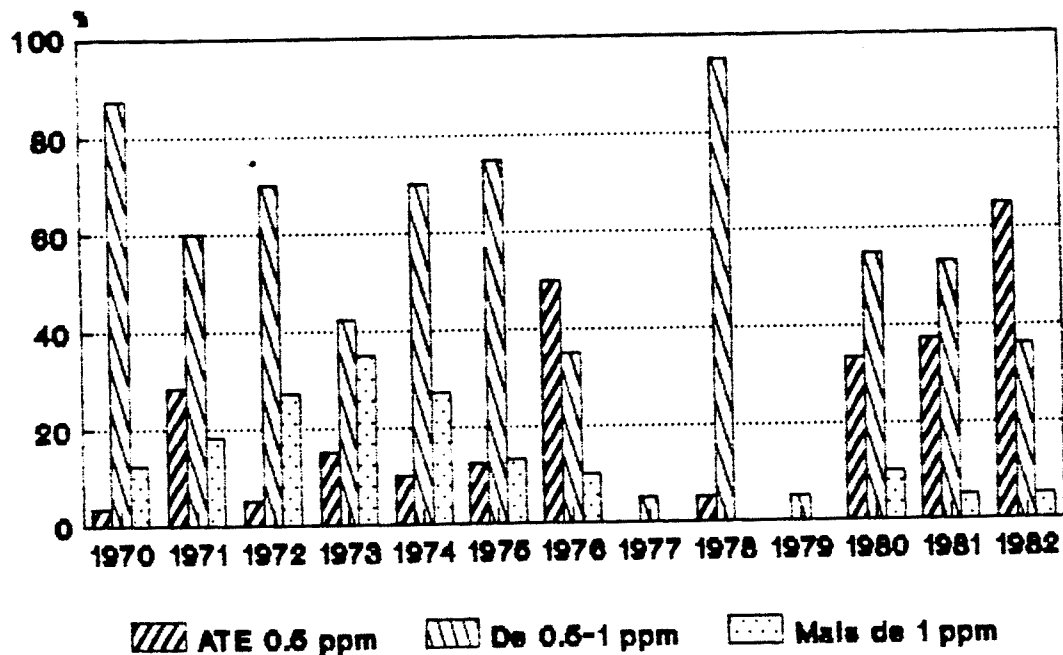
IDADE	COMPONENTES				CPD	HID	IRR
	C	O	E	EI			
7	0.5	0.9	0.0	0.0	1.4	8.1	9.6
8	0.9	1.9	0.0	0.0	2.8	9.7	12.5
9	0.9	2.3	0.0	0.0	3.2	11.0	14.3
10	1.3	2.9	0.0	0.0	4.0	14.7	18.6
11	1.2	3.9	0.0	0.0	5.1	17.2	22.5
12	1.6	5.0	0.1	0.0	6.8	18.9	25.8
TOTAL	1.0	2.8	0.0	0.0	3.9	13.2	17.2

**TABELA 28- Comportamento dos índices CPD antes e após fluoretação das águas de Araraquara, nas diferentes idades em vários estudos realizados.**

IDADES	CPD	CPD 72	CPD	CPD	REDUÇÃO	% REDUÇÃO
	1962	% ed.	1979	1982	NO INCR. 1962/82	ENTRE CPD 1962/82
7	3.9	1.3(60.3)	2.09	1.4	2.5	64.1
8	4.8	1.8(60.4)	2.71	2.5	2.0	41.6
9	5.7	2.6(54.3)	3.05	3.2	2.5	43.8
10	7.3	3.1(54.4)	3.60	4.0	3.3	45.2
11	9.4	4.2(51.4)	4.82	5.3	4.3	43.6
12	11.7	5.5(51.0)	5.47	6.8	4.9	41.9
TOTAL	6.7	2.8(54.6)	---	3.9	2.8	41.8

Através desses dados e da análise do gráfico das variações percentuais das concentrações de flúor no exame das águas da rede de abastecimento de Araraquara para o período de 1970-1982 (Gráfico 7 e Tabela 29).

GRAFICO 7 - Variações percentuais das concentrações de fluor nos exames das águas da rede de abastecimento de Araraquara, para o período de 1970-1982 nos anos 1977 e 1979, não foram fornecidos resultados.



**TABELA 29- Resultados dos exames para verificação das concentrações de fluor, pelo método de Scott Sanchez, realizados nos diferentes anos, nas águas da rede de abastecimento público de Araraquara.**

ANOS	CONCENTRAÇÕES DE FLUOR			TOTAL
	ATE 05	0.5 - 1.0	MAIS 1.0	
1970	3	118	15	136
1971	24	59	15	98
1972	11	121	44	176
1973	35	107	82	224
1974	20	166	56	242
1975	20	126	24	170
1976	80	50	16	146
1977	--	--	--	98 *
1978	4	115	1	120
1979	--	--	--	96 *
1980	55	95	15	165
1981	50	65	4	119
1982	84	47	5	136
-----				
-TOTAL				
GERAL	386(22.3)	1069(61.7)	277(16.0)	1732(100.0)
%				

\* Não foram encontrados resultados. Só totais que foram somados.

De acordo com Vertuan, V. conclui-se que:

- houve descontinuidade na manutenção dos teores ideais de flúor na água de abastecimento;
- e que há necessidade de maior preocupação e prioridade no aspecto tecnológico para se manter padrões ótimos de flúor nas águas e se conseguir melhor saúde bucal.

Após analisarmos as conclusões dos artigos citados, fomos visitar os serviços: Estação de Tratamento de Água (ETA) e

Laboratório de Análise dos Exames de flúor nas águas de abastecimento público de Araraquara, desenvolvido pelo SESA.

#### Visita ETA

A água captada é de 70% superficial e 30% subterrânea (6 postos artesianos).

O controle de dosagem de flúor na água é feito pelo SESA e no ETA.

Desde 1986 o controle tornou-se mais rigoroso e contínuo.

Métodos utilizados para dosagem de teor de flúor são:

- Alizarina: método visual, através de tubos;
- Spadns: método visual, com disco colorimétrico é o mais sensível e rápido.

Até 1986 o aparelho dosador de flúor era a seco, o sal era fluorsilicato de sódio e tinham problemas de empedramento do sal e umidade, onde não permitia o sal escorrer, podendo esse fator ocasionar descontinuidade na dosagem de flúor na água.

A partir de 1986, mudou-se para utilização do ácido fluorsilícico, e ao invés do dosador a seco é utilizada a dosagem volumétrica.

Em 1988 adquiriu-se um aparelho mais sensível para medir o teor do flúor, este aparelho permite a dosagem do flúor no método Spadns.

TABELA 30- Distribuição de concentração de flúor segundo a temperatura.

TEMPERATURA MEDIDA °C	CONCENTRAÇÃO IDEAL mg/l F-
17,00	0,97
19,00	0,91
20,20	0,88
20,60	0,87
21,90	0,84
23,00	0,82
26,00	0,75
32,30	0,66

FONTE: CETESB.

#### Visita ao Laboratório do SESA

O SESA mantém controle periódico da concentração de flúor da água, por coleta de amostras na ETA e em pontos aleatórios da rede de distribuição. Atualmente está sendo feito em dois dias da semana: terça e quinta-feira.

Utilizando-se o método de Alizarina com corante Scott - Sanchez e seu procedimento segue os seguintes passos:

- a) após a separação do cloro da água com arsenita, permanecendo apenas o flúor em três tubos;
- b) obtendo-se o flúor nos três tubos, aplica-se o corante 2,5 ml em cada tubo, medindo-se a concentração dos teores de flúor: 0,6; 0,7; 0,8;
- c) após 55 minutos, faz-se a leitura da concentração de flúor, com o método visual de comparação.

Concluimos após as visitas (ao ETA e Laboratório do SESA) e, através, do levantamento epidemiológico realizado\*, que houve uma redução de 1,7 no índice de CPOD médio do ano de 1982 (CPOD médio de 3,9) para o ano de 1989 (CPOD médio de 2,23) - vide Tabela 31.

Observamos por meio destes dados, que, realmente desde 1986 há uma padronização e constancia na dosagem ótima de flúor.

---

\* SILVA, S.R.C. Informação pessoal do autor.



TABELA 31- Índice CPO-D e componentes em escolares de ambos os sexos, segundo a idade, na cidade de Araraquara, 1989.

IDADE (anos)	No. ESCOLARES	$\bar{C}$	$\bar{E}_e$	$\bar{E}$	O	$\bar{CPO-D}$	$\bar{TPI}$
7	139	0,09	0,00	0,00	0,39	0,48	9,14
8	236	0,21	0,02	0,00	1,03	1,26	11,90
9	412	0,26	0,05	0,01	1,46	1,78	15,06
10	157	0,31	0,07	0,03	2,22	2,63	18,75
11	245	0,43	0,11	0,04	2,87	3,45	23,29
12	283	0,43	0,12	0,07	3,16	3,78	25,68
TOTAL	1472	0,28	0,06	0,02	1,92	2,23	17,30

TPI - Total de Permanentes Irrompidos.

#### 5.4. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Muito embora a situação econômica do Município de Araraquara esteja bem, em virtude do grande número de indústrias têxteis, de confecções, químicas, metalúrgicas, mecânicas e ao desenvolvimento agro-industrial, a situação sócio-econômica de uma parcela da comunidade que vive sem

ou de sub-empregos na colheita da cana, laranja, café, ou trabalhando nos engenhos, não é das melhores, o que pode desencadear processos psicopatológicos e levá-los a distúrbios do comportamento, alcoolismo, marginalidade, dejasustes familiares e pessoais. Não há sentido na definição macro de saúde, quando nós reportamos a estas pessoas, que geralmente vivem na periferia, onde faltam habitações saneadas, educação e saúde, higiene, lazer, saneamento básico, etc.

Em virtude destes fatores, os serviços de saúde mental não têm sido efetivos, pois os pacientes sempre retornam à mesma situação e ao meio gerador de conflitos.

Com uma população de 156.449 habitantes, onde se supõe, estatisticamente, existirem 8% de indivíduos com os mais distintos problemas de saúde mental, inclusive deficiências hereditárias, problemas consequentes a traumatismos de parto e a acidentes vasculares cerebrais sem se falar no uso de drogas, que é uma realidade na zona urbana de Araraquara, o município conta com cinco serviços que não chegam a assistir a toda demanda.

#### **Serviços de Saúde Mental e Equipes**

##### **1) Do SESA:**

O Serviço Especial de Saúde de Araraquara, neste programa, conta com um psiquiatra, uma psicóloga, uma

assistente social, um auxiliar de saúde, sendo que via SUDS são acrescentados à equipe mais uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional.

**- Recepção**

- a) via agendamento central (assistente social, psiquiatra);
- b) via encaminhamento de clínicas do SESA para a equipe multiprofissional.

**- Triagem**

- a) atendimento imediato do caso;
- b) processo diagnóstico;
- c) encaminhamento para outras instituições.

**- Estudo pela Equipe Básica e Exames Complementares**

- a) Estudo Social - a assistente social através de entrevistas, contatos, visitas, realiza um estudo da família, do paciente e de seu meio e indica a necessidade;
- b) Estudo Psicológico - a psicóloga avalia diagnosticamente através de entrevistas psicodinâmicas, testes, observações lúdicas e propõe ações terapêuticas;
- c) Exame Psiquiátrico - consulta médica, diagnóstico da

patologia, acompanhamento medicamentoso e psicoterápico;

d) Exames Complementares - solicitação de exames laboratoriais e específicos EEG; tomografia, se necessário.

**- Diagnóstico e Conduta Terapêutica**

a) Diagnóstico - nos prontuários são representados pelo CID (Classificação Internacional de Doenças);

b) Conduta Terapêutica:

b1) Atendimento Ambulatorial - consta de terapia medicamentosa às 2as., 4as. e 5as. feiras com 20 consultas por dia, sendo 15 agendadas;

b2) Atendimento Terapêutico - psicoterapia individual (adultos), psicoterapias em grupos (adultos), ludoterapia individual (crianças), ludoterapia de grupo (crianças), psicomotricidade (crianças), psicopedagogia (crianças), terapia ocupacional (adultos e crianças), orientação de pais (adultos e crianças);

b3) Quando é necessária uma avaliação e acompanhamento o Centro de Saúde do SESA recebe

pacientes de outras clínicas tais como as do programa materno-infantil, hipertensão e doenças transmissíveis;

b4) São efetuados encaminhamento à fonoterapia, via SUDS. São dados cursos a professores, orientadores educacionais e grupo de iguais.

b5) São realizados encaminhamentos a serviços especializados fora do município.

**2) PAM - Via SUDS (INAMPS):**

- 4 psiquiatras
- 2 assistentes sociais
- 2 fonoaudiólogos
- 1 enfermeira
- 1 atendente de enfermagem
- 1 psicóloga

**3) Centro de Saúde do Jardim Paulistano (Prefeitura):**

- 1 psiquiatra
- 1 psicóloga

**4) Instituto Araquarense de Psiquiatria (Privado):**

- 4 psiquiatras
- 1 psicóloga

**5) Hospital Psiquiátrico Caribar Schuntel (mantido pela Sociedade Espirita):**

- 4 assistentes sociais
- 4 psiquiatras
- 1 psicóloga
- 1 enfermeira
- 1 supervisor de enfermagem
- 1 clínico geral
- 1 educador físico

OBS: Não há ambulatórios. Só atendimento de emergência.  
As internações são realizadas via SUDS.

Pelo que observamos, a equipe de saúde mental é integrada a outros profissionais que atuam no centro, se insere aos demais programas desenvolvidos através de ações terapêuticas e preventivas e se articula bem com outros serviços de saúde mental. Não tomamos conhecimento de que tenha sido realizado um diagnóstico de comunidade no intuito de precisar-se o número de doentes mentais.

Para que o programa lograsse uma efetividade tendendo aos 100%, seria necessário o que:

- se desenvolvessem atividades extra muros, que poderiam ser realizadas com a participação de outras instituições locais;
- fossem treinados agentes de saúde, que poderiam encaminhar pacientes aos serviços;

- as clínicas de outros serviços, encaminhassem pacientes à equipe especializada, deveria existir também uma contra referência, a fim de que não fosse quebrada a harmonia entre os serviços;
- poderia a equipe treinar outros profissionais, técnicos, para que tivessem condições de prevenir, detectar e encaminhar casos, caso não tivessem condições de tratá-lo;
- deveria: participar de atividades extra muros em colégios, grupos de jovens, gestantes, idosos e junto a comunidades distantes, desde que agendadas previamente;
- oferecer assistência domiciliar quando da não possibilidade de atendimento no centro de saúde, ou quando solicitada pela visitadora, nos casos refratários;
- psiquiatras participarem de cursos ligados à área somática, pois numa eventualidade poderiam substituir os clínicos;
- assessorar professores primários, diretores de creches e orfanatos, para conscientizá-los dos problemas de inadaptção, emocionais e psico-motores, tão comuns à crianças nesta fase de vida. A assessoria teria por papel mostrar o que o profissional educador poderia fazer dentro de suas limitações e de como reconhecer os casos passíveis de encaminhamento.

## 5.5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O processo educativo na área de saúde vem, igualmente, acompanhando as novas tendências evolutivas no âmbito da Saúde Pública.

A educação em saúde deve dirigir os esforços para uma visão mais global, na qual a prática seja comum a todos os profissionais de saúde.

A prática educativa, nesta área, não é somente transmissão de conhecimentos ou condicionamento. A ação educativa é dirigida para que todos - população e profissionais de saúde - se apropriem de informações, saberes e conhecimentos sobre saúde, de informações sobre o sistema e de seus direitos em relação aos serviços do setor. Esse processo de apropriação de conhecimentos se dá através da aproximação e reelaboração, no confronto entre as experiências imediatas (modo de ver, sentir, agir) e os conhecimentos científicos.

Desse confronto, surge a possibilidade de se formar uma consciência crítica da realidade na qual são desenvolvidas as ações.

A educação em saúde é parte relevante na melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente, na melhoria da saúde



da população, porque visa instrumentalizar o cidadão na luta pelos seus direitos.

Dentro desta concepção atual sobre a educação em saúde, caracterizamos, a seguir, a ação educativa no Município de Araraquara.

o SUD-R-19, Araraquara, atualmente, não conta com o profissional - "Educador em Saúde Pública" - atuando especificamente nesta área.

Recentemente, em nível regional, havia apenas um profissional que atuava desenvolvendo programas sobre práticas pedagógicas para capacitar pessoal auxiliar.

Segundo o depoimento desse profissional (Educador em Saúde Pública) são ressaltadas barreiras que dificultam a prática do processo educativo. Dentre as barreiras mencionadas, podemos destacar:

- descompromisso dos servidores (em todos os níveis) com o serviço público;
- profissional desqualificado que apresenta consciência nula ou reduzidíssima a respeito do contexto sócio-político-econômico e conseqüentemente, não existe conhecimento do processo saúde/doença na concepção mais ampla do seu determinismo;

- falta de credibilidade no serviço público por parte do usuário;
- com o processo de municipalização torna-se difícil a contratação do Educador em Saúde Pública, porquê esta ocorre em nível local não sendo vista de forma prioritária;
- existe uma insatisfação, no que se refere à questão salarial, e a prática educativa passa a ser uma sobrecarga de função.

Tomando por base a problemática acima mencionada, percebe-se que nos serviços de saúde do Município de Araraquara, as práticas educativas, quando ocorrem, são fragmentadas e desvinculadas de diretrizes básicas não existindo este princípio de perceber a educação em saúde com uma visão global, crítica, reflexiva e transformadora da realidade.

No SESA, o trabalho educativo segue o esquema do serviço de saúde de Araraquara, não existindo também, a nível local, o Educador em Saúde Pública. Cabe à equipe responsável pelos programas o desenvolvimento das ações educativas as quais dizem respeito a condutas adequadas no processo de prevenção de doenças. São orientações individuais realizadas pelas enfermeiras, auxiliares, visitadoras, médicos e psicólogos. Não existe uma prática educativa comum a todos os profissionais da unidade, para que se avalie sistematicamente o processo Educação em Saúde nas relações inter-equipes de saúde.

### 5.5.1. SAÚDE ESCOLAR

A prefeitura de Araraquara mantém 7 centros municipais localizados nos diversos bairros da cidade. São unidades básicas que funcionam conforme as diretrizes do Sistema Unificado de Saúde, como porta de entrada do cliente aos serviços de saúde.

Tendo em vista esta concepção, a acessibilidade da população em idade escolar também deve ser garantida.

O programa iniciou-se em 20/04/90 e está sendo implantado em 21 unidades de ensino (Municipal e Estadual) localizadas próximos aos Centros Municipais de Saúde, perfazendo um total de 15.633 alunos entre 1o. e 2o. graus.

Este programa tem como principais objetivos:

- analisar o nível de saúde do escolar (estrutura epidemiológica);
- detectar e tratar os problemas de saúde escolar;
- integrar as instituições escola-família-comunidade;
- integrar o programa de saúde escolar com os outros de saúde;
- implantar um Sistema de Vigilância Sanitária e Epidemiológica nas escolas;

- expandir a cobertura vacinal;
- estabelecer um sistema de referência - contra-referência entre escola e serviços de saúde da comunidade;
- diagnosticar o ambiente físico da escola.

Futuramente, o desenvolvimento das atividades do programa de saúde escolar se dará por intermédio de uma equipe multiprofissional.

Numa próxima etapa, as atividades que estão voltadas para as crianças institucionalizadas em unidades de ensino, serão estendidas às crianças em idade escolar, de um modo geral.

#### **Saúde Escolar no SESA**

O Programa de Saúde Escolar foi implantado em fins de abril de 1990.

Obedecendo a área de abrangência do SESA, são de responsabilidade da instituição 17 escolas de 1o. grau. Seguindo o acordo firmado com o SUDS e a PMA, inicialmente, os serviços estão sendo oferecidos a 9 escolas, sendo 6 da zona urbana e 3 da zona rural, perfazendo um total de 1.986 alunos matriculados da 1a. a 4a. séries.

Das atividades propostas no programa, foi implantado o atendimento médico e a avaliação da acuidade visual em crianças com acuidade inferior a 70% para serem, posteriormente, encaminhadas ao oftalmologista.

## 6. MUNICIPALIZAÇÃO

### 6.1. CAMINHO HISTÓRICO DA MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A municipalização dos serviços de saúde pode ser encarada como a transferência, ao nível de município, da responsabilidade do atendimento primário e secundário, ou seja, aquele atendimento que envolve os centros de saúde, postos de assistência médica, os exames subsidiários necessários para esse atendimento, ambulatórios e leitos hospitalares nas especialidades básicas: pediatria, clínica médica, tocoginecologia e cirurgia.

O conceito de municipalização foi criado ao longo tempo, pois desde muito se evidenciou a necessidade de unificar, descentralizar, regionalizar e hierarquizar os serviços e o atendimento médico.

A realidade sócio-econômica do país, onde principalmente nas regiões mais habitadas, encontramos a população, na sua maioria vivendo em áreas urbanas em condições insatisfatórias, com acesso dificultado e carente dos serviços de saúde e, paradoxalmente, com relativa sub-integração de recursos e equipamentos públicos, denunciam a necessidade premente de reestruturação desses serviços, sendo a finalidade integrar recursos e evitar duplicação.

Desde a V Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília (1975), o debate sobre a institucionalização dessa integração veio se ampliando, sem, no entanto, se chegar à efetivação das mudanças nas diferentes modalidades de atendimento à saúde da população.

O Sistema Nacional de Saúde, proposto pelo Lei No. 6229 de 17/07/75, busca a superação da atuação institucional compartimentalizada, desenvolvida sistematicamente pelas três esferas governamentais. Tanto os documentos básicos da V Conferência que discutem os pressupostos de integração, como a Política Nacional de Saúde que daí decorre e que se tornou o tema primordial da VI Conferência Nacional de Saúde (1977), trazem as idéias de unificação das ações fragmentadas dos poderes públicos, que deveriam ser coordenadas e desenvolvidas num contínuo processo de integração.

A não regulamentação da Lei No. 6229/75 e a política centralizadora excludente do governo federal, prejudicam o andamento operacional desta proposta, no entanto, o debate permaneceu e permitiu a constante revisão conceitual dessa perspectiva de ação. Em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde, com o tema "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos" traz a discussão e as sugestões a respeito da hierarquização, articulação e integração dos serviços de saúde permitindo um avanço na formulação de propostas.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), encarado como evolução do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) - Decreto Presidencial No. 78307 de 24/08/76, em 1980, pretendia estender os serviços de saúde à população brasileira, implantando uma rede básica de unidades de cobertura universal, através dos esforços e recursos somados do Ministério da Saúde e Previdência Social, segundo doutrinas e decisões uniformes. Embora não se tenha efetivado, o PREV-SAÚDE, deu oportunidade a novas reflexões conceituais e práticas sobre a viabilização da assistência integrada.

Em 1978, na cidade de Alma Ata, na União Soviética, realizou-se a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", com o objetivo de se tomar atitudes no âmbito da comunidade internacional, no sentido de proteger e promover a saúde de seus cidadãos. Desta conferência resultou a "Declaração de Alma Ata", onde se encontram fixadas as prioridades a serem atendidas internacionalmente pelos Estados para que suas populações atinjam um nível de saúde, e possibilite uma vida produtiva. Entre suas várias conclusões e recomendações, destaca-se a necessidade de coordenação do setor de saúde baseado no planejamento local.

O Brasil aderiu à "Declaração de Alma Ata" e como consequência criou-se em nível federal as diretrizes específicas do setor de saúde constantes no III Etado



Nacional de Desenvolvimento (PND), aprovado pela Resolução No. 1 do Congresso Nacional de 20/05/80, que estabelece as diretrizes com a implantação de um sistema de saúde regionalizado, hierarquizado e integrado, contando com o apoio do Ministério da Saúde e dos Estados e municípios.

Como decorrência da crise financeira da Previdência Social e a necessidade de racionalização dos seus gastos, cria-se em 1981 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), Decreto No. 86328 de 02/09/81, com a finalidade de estabelecer metas gerais de uma assistência médica mais racional e com menores custos, privilegiando o setor público e propondo integração de vários níveis administrativos governamentais, no sentido de uma melhoria do modelo assistencial e do relacionamento com o setor privado e de certa forma moralizar o sistema previdenciário. Surge daí as **Ações Integradas de Saúde (AIS)**, como instrumento de reorganização da Assistência Médica Previdenciária.

As AIS são dirigidas por Conselhos Internacionais de Saúde e a novidade é que elas repassam os recursos do INAMPS diretamente para os municípios. Através delas tenta-se aumentar a participação do setor público na oferta de assistência médica, ao mesmo tempo que se incentiva a integração de serviços, passo importante rumo a um sistema de saúde cujas linhas, paulatinamente se delineavam. A partir de então passou a ser necessário uma nova política, que redirecionasse a utilização da infra-

estrutura de equipamentos e recursos humanos existentes e norteasse sua aplicação.

Em 1986, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo redefiniu sua estrutura organizacional, regionalizando a administração com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), os quais passam a ter a responsabilidade dos equipamentos de saúde pertencentes a sua região, facilitando a definição de diretrizes de atuação e controle de qualidade de serviços, e o relacionamento institucional, também podendo ser encarado como um caminho para a municipalização.

Em 1986 também se realiza a VIII Conferência Nacional de Saúde que apresenta as seguintes conclusões: o Estado deve garantir o direito à saúde e melhores condições de vida e acesso universal aos serviços de saúde, devendo adotar políticas sociais e econômicas que propiciem melhorias qualitativas e sugere uma Reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, com a criação de um arcabouço institucional, separando totalmente a saúde da previdência (Reforma Sanitária).

As bases para esta Reforma Sanitária foram assim especificadas: descentralização, integração de ações superando a dicotomia preventiva-curativa, regionalização e hierarquização, participação da população, fortalecimento do papel do município, práticas alternativas de saúde no ambiente de serviços, isonomia

salarial, cabendo ao município a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde.

Com o intuito de atender à Reforma Sanitária foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), Decreto No. 94657 de 20/07/87, que reformula o sistema nacional de saúde e apresenta como diretrizes as bases da Reforma, tendo entre elas a Municipalização dos serviços de saúde.

O objetivo básico e histórico, portanto, de se implantar a Municipalização e conquistar a melhoria do atendimento e condições de saúde da população, concentrar os recursos com custeio efetivamente melhor administrado, planejar as ações de saúde, obedecendo as características locais e principalmente, contemplar investimentos que fazem falta para a área de saúde, e estabelecer um sistema flexível e dinâmico que permita a consecução destes objetivos em um curto espaço de tempo.

Em 1987 a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo elaborou um projeto em que o processo de Municipalização se estendia a 520 municípios: em 01/07/87 o Governador Orestes Quércia autoriza a celebração de convênios com os municípios.

Araraquara assina este convênio em novembro deste mesmo ano.

## 6.2. ORGANIZAÇÃO ATUAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Como resultado da política de saúde e das falhas de funcionamento dos serviços públicos de saúde nas últimas três décadas, a população, especialmente a menos favorecida economicamente, foi levada a pensar que os problemas de saúde apenas seriam resolvidos nos hospitais e pronto-socorros, principalmente os particulares conveniados à Previdência Social. Isto porque os centros de saúde, tanto estaduais como municipais, eram vistos por esta população apenas como locais para vacinação, atestados de saúde e recebimento de leite ou alimentos dentro dos programas precários de suplementação alimentar. Na verdade, os usuários dos centros de saúde sempre sofreram com a fragilidade da rede de cuidados primários à saúde, por sua baixa cobertura e resolutividade.

Como resultado, a falta de credibilidade geral no sistema público de saúde, surge como um fato enraizado na cultura da população.

Essa situação do sistema vem desafiando e fundamentando a reestruturação do setor de saúde, e a participação da população tende a ser progressiva porém lenta com certa desconfiança e só será alcançada em sua plenitude à medida que esta tiver acesso aos órgãos gestores do sistema para reclamar ou aplaudir suas realizações à nível local e sentir o impacto positivo de sua participação.

## **O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado de São Paulo**

Como tentativa então de alterar o quadro acima descrito, como já foi mencionado, no ano de 1987 com a criação do SUDS, passou a ocorrer uma integração entre o INAMPS e a Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a receber certa autonomia de ação e recursos do nível Federal.

Num segundo momento a criação dos 62 Escritórios regionais de saúde (ERSA) em todo o Estado, congregaram o montante de 568 municípios, compartilhando com eles a gerência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Com o enfoque de maior descentralização ainda vem ocorrendo a progressão do processo de Municipalização.

Assim, vem se repassando para os municípios, atribuições e recursos e o Estado assumiu características de órgão normatizador, garantindo a participação ativa e progressiva do município no gerenciamento dos serviços básicos de saúde. Dos 568 municípios do Estado, 97% já foram municipalizados ou seja, 551.

## **O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em Araraquara (SUDS-R-19)**

O SUDS-R-19 Araraquara, assim como todos os demais, resulta de acordos e convênios assinados pelo Estado com o governo Federal.

É uma proposta de reorganização do sistema estadual de saúde que leva em conta algumas diretrizes básicas, como:

- universalidade de acesso aos serviços;
- integração de todas as unidades;
- regionalização e hierarquização do atendimento;
- resolutividade em todos os níveis;
- participação de todos;
- descentralização.

No Plano-Diretor do SUDS-R-19 ano de 1989, reafirma-se o compromisso de se desenvolver todos os esforços para garantir a consolidação do sistema norteado nessas diretrizes.

Afirma-se também, que no trajeto de sua existência já se conseguiu assegurar a universalidade e uma maior integração, regionalização, hierarquização e maior resolutividade dos serviços de saúde locais e que a descentralização já está concretizada no SUDS-R-19, com a assinatura por todos municípios do "Convênio de Municipalização" a partir de dezembro de 1987.

Tendo em vista que as conquistas e retrocessos são próprios de qualquer processo de mudança, analisaremos os seguintes aspectos com relação ao sistema de saúde na região de Araraquara:

#### a) Acessibilidade

Apesar do Plano Diretor de 1989, relatar que o SUDS-R-19 já conseguiu a universalidade no atendimento, observamos e concluímos após entrevistas e conversas informais, que existem falhas na acessibilidade aos serviços de saúde como: demanda reprimida tanto no nível de atenção primária como para resolução de problemas de saúde que necessitam de um diagnóstico e acompanhamento mais especializado (acompanhamento das doenças crônico-degenerativas, por exemplo), problemas nos mecanismos de referência e contra-referência e a necessidade dos mais carentes, custear parte de seu tratamento.

Não existe hospital público na cidade de Araraquara, e a medicina privada tem considerável participação em termos de oferta de serviços.

"Garantir o acesso aos serviços básicos de saúde à todo cidadão e propiciá-los igualmente na escala de suas complexidades é a Pedra-Base deste Sistema", porém em Araraquara ainda tem que se lutar para chegar à este estágio.

#### b) Territorialidade

O SUDS-R-19, com sede em Araraquara, é formado por 16 municípios, com uma população estimada em 443.662

habitantes em 1989. Araraquara conta com uma população estimada de 156.449 habitantes segundo o SEADE em 1990.

Sua área de abrangência, engloba os seguintes municípios:

- Araraquara - 1541 km<sup>2</sup>
- Américo Brasiliense - 133 km<sup>2</sup>
- Boa Esperança do Sul - 736 km<sup>2</sup>
- Cândido Rodrigues - 294 km<sup>2</sup>
- Dobrada - 260 km<sup>2</sup>
- Fernando Prestes - 140 km<sup>2</sup>
- Ibitinga - 649 km<sup>2</sup>
- Itápolis - 996 km<sup>2</sup>
- Matão 537 km<sup>2</sup>
- Nova Europa - 160 km<sup>2</sup>
- Rincão - 274km<sup>2</sup>
- Santa Ernestina - 130 km<sup>2</sup>
- Santa Lucia - 150 km<sup>2</sup>
- Tabatinga - 443 km<sup>2</sup>
- Taquaritinga - 530 km<sup>2</sup>
- Barbacena - 415 km<sup>2</sup>

Total do SUDS-R-19 - 7384 km<sup>2</sup> (3%)

Total do Estado - 247.320 km<sup>2</sup> (100%)

O SUDS-R-19 localiza-se no centro geográfico do Estado, portanto numa área privilegiada em: facilidades de acesso à capital e outros importantes polos de serviços de saúde como Campinas e Ribeirão Preto; facilidades de



comunicação e acesso da sede do SUDS-R com os municípios dele integrantes. No entanto, cabe ressaltar a grande distância dos municípios de Borborema e Fernando Prestes, entre a rede do SUDS-R-19, a que pertencem e SUDS-R-30, pela maior proximidade deste último.

Em relação a cidade de Araraquara, a maioria dos serviços de saúde se encontram localizados na região central da cidade como os hospitais gerais, maternidade, SESA, PAM do INAMPS, UNESP, serviços de apoio e diagnóstico entre outros, cabendo a cobertura de atendimento da população residente na periferia da cidade aos Centros Municipais de Saúde (CMS), que ainda não se encontram totalmente equipados para responder as necessidades de saúde desta população tanto em termos de recursos humanos como de aparatos técnicos para casos de emergência.

### c) Integralidade

A proposta é a de ver o indivíduo que frequenta os Serviços de Saúde de uma maneira integral; porém essa intenção esbarra nas limitações dos próprios serviços em termos de resolutividade, o que obriga a se utilizar com frequência de referências, as quais nem sempre são garantidas, ocorrendo também a dicotomia entre o preventivo e o curativo das opções.

#### d) Regionalização

Para que o Sistema de Saúde funcione de modo mais harmônico, articulado, permitindo de modo mais racional e com maior resolutividade o atendimento, a regionalização dos serviços de saúde precisa ser efetivada.

No SUDS-R-19, existem as micro-regiões de referência regional. O nível de complexidade é determinado pela oferta de consultas, exames e terapias especializadas. Hoje o SUDS-R-19 conta com 3 micro-regiões de referência a saber:

- 1) Ibitinga - congrega 4 municípios: Ibitinga, Tabatinga, Nova Europa e Borborema.
- 2) Taquaritinga - congrega 4 municípios: Taquaritinga, Fernando Prestes, Cândido Rodrigues e Santa Ernestina.
- 3) Matão - congrega 2 municípios: Matão e Dobrada.

Os Municípios de Américo Brasiliense, Santa Lucia, Rincão e Boa Esperança tem como referência Araraquara, que é referência regional para todos os municípios.

O Município de Itápolis deve constituir-se em novas micro-região de referência do SUDS-R-19.

Problemas de saúde mais complexos, encaminha-se para Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Campinas e São Paulo, com agendamento prévio.

Na cidade de Araraquara, antes do início do atendimento pelos centros municipais de saúde, o SESA atendia a população de toda a zona urbana e rural assim como outros municípios. Após a inauguração destes serviços municipais ocorreu uma espécie de delimitação das áreas de abrangência de todos estes recursos de saúde.

O que nós pudemos perceber através das visitas domiciliares e conversa com usuários do SESA, existe uma certa resistência por parte desta população de se dirigir aos postos de saúde da Prefeitura ao invés de permanecerem matriculados e atendidos no SESA. Este serviço é reconhecido pela população como sendo muito eficiente, possui profissionais competentes e dedicados o que permite a formação do vínculo entre o usuário e o serviço.

#### e) Integração

Maneira através da qual os serviços, ou níveis assistenciais se relacionam entre si visando proporcionar um maior conforto, rapidez de atendimento e maior resolutividade para os problemas da população.

Acreditamos que no Brasil como um todo, os problemas de referência e contra-referência estão presentes, devido à causas diversas como corporativismo, descompromisso com o sistema de saúde e resistência natural às mudanças por parte de componentes do dito Sistema. Um exemplo em Araraquara é a resistência do PAM do INAMPS em aceitar a coordenação de seu serviço, após a Estadualização, pelo diretor do ERSA-R-19.

f) Hierarquização

Garantia de atenção oficial, em níveis de complexidade crescentes entre a rede pública e desta com a rede conveniada e contratada, desde a porta de entrada do sistema (rede básica - centros municipais de saúde) aos níveis secundários (ambulatórios de especialidades e hospitais gerais) e terciários (hospitais especializados e unidades de reabilitação).

A articulação entre estes diferentes níveis de atendimento dá-se através da implantação do mecanismo ou sistema de referência e contra-referência, ou seja, uma maneira organizada de encaminhamentos e retornos de pacientes à unidade de origem.

A porta de entrada do sistema SUDS são os Centros Municipais de Saúde (CMS) que recebem a demanda inicial

nas áreas básicas de atendimento ou seja, Pediatria, Ginecologia e Clínica Geral. Os casos que necessitam de um grau de resolutividade mais complexo são referidos aos ambulatórios de especialidades, através de agendamento por telefone ou por ficha de referência.

Esgotada a capacidade do Setor Público, recorre-se transitoriamente a rede conveniada e/ou contratada, buscando serviços ambulatoriais primeiramente nas universidades (Convênios Universitários), depois nas filantrópicas (Convênio com Filantrópicas) e, em última instância nas entidades particulares (Contratadas) com a utilização do mesmo Sistema de Referência e Contra-referência.

Em Araraquara, a tendência é para que o atendimento caminhe neste sentido, porém ainda se tem um longo caminho à percorrer, pois a porta de entrada do sistema tem que ser melhor dimensionada e aparelhada para conquistar a maior adesão da população por meio de maior eficiência e eficácia do atendimento e maior vínculo entre os usuários e serviços.

Os demais níveis de assistência também precisam ser reformulados, as resistências às mudanças têm que ser diluídas e a oferta de tecnologia condizente às principais patologias existentes na população tem que ser mais acessíveis.

### g) Complementariedade

Complementa-se o sistema de saúde da rede pública, comprando-se serviços de entidades filantrópicas e privadas lucrativas.

Os convênios com as redes filantrópica e privada herdadas do INAMPS, nos quais ao setor público cabe adquirir o que interessa ao setor privado produzir é um ponto crucial à ser resolvido pelo atual Sistema Unificado de Saúde, caso contrário, a credibilidade da proposta cairá por terra definitivamente.

O desembolso do SUDS-R-19 para os convênios vigentes tem sido muito maior para o pagamento dos serviços comprados de entidades filantrópicas e privadas que para os convênios de municipalização, com resultados finais duvidosos.

O crescimento da atenção primária à saúde tem o seu estrangulamento justamente no montante de verbas destinado para a atenção secundária e terciária, desenvolvidas essencialmente pela iniciativa privada. Até o momento a política do SUDS-R-19 para esta questão tem sido a de procurar identificar os desvios existentes na compra de serviços e saná-los. Isto, entretanto, vem se dando de maneira gradativa, em especial pelas dificuldades inerentes à estruturação de um sistema de avaliação de controle mais efetivo.

## **h) Democratização**

Existe uma participação, ainda fraca dos usuários no Sistema de Saúde e nas Comissões ou Conselhos de Saúde existentes .

Só se irá atingir um bom nível de democratização, quando a população tiver acesso e participação real nos serviços de saúde e nas decisões para conseguir melhorias no seu nível de saúde e resolução para suas dores e necessidades sentidas.

## **i) Descentralização - Municipalização**

A Municipalização dos serviços públicos de saúde é o grau máximo de descentralização do Sistema de Saúde. Através dela faz-se com que as responsabilidades de planejamento e decisão se aproximem cada vez mais dos locais em que os serviços são efetivamente prestados à população, pois devido ao melhor conhecimento das necessidades da região e a maior proximidade geográfica do gerente municipal, faz com que o serviço de saúde proporcionado fique mais ágil, dinâmico e disponível à população.

A municipalização permite a unificação dos recursos destinados à saúde provenientes dos Governos Federal, Estadual e Municipal, colocando-os sob uma gerência única ao nível do Município e, portanto, próximos ao

local onde se oferecem as ações de saúde à população, resultando em maior eficiência do sistema, que propicia:

- melhor supervisão do sistema por parte das autoridades responsáveis;
- melhor integração e utilização dos recursos;
- possibilidade da população cobrar, participar, sugerir e intervir nas ações de saúde do município.

As atividades para a Municipalização da cidade de Araraquara vem ocorrendo desde novembro de 1987. Desde então, vem sendo estruturado um sistema de saúde de baixo para cima, que ganha força e se concretiza através da iniciativa dos municípios, permitindo a recuperação da rede de saúde, facilitando maior cobertura e melhor qualidade das ações de saúde.

#### **Problemas encontrados para a municipalização de Araraquara**

Conforme a entrevista com o Vice-Prefeito e Secretário Municipal de Saúde de Araraquara, Dr. Anuar M. Lauer e a Diretora do Departamento Municipal de Saúde Dra. Maria Regina Goulart Barbieri Ferreira, constatamos os seguintes problemas para uma efetiva municipalização:



### 1) Política Partidária

Relacionamento dos dirigentes municipais com a diretoria do SUDS e com a Secretaria Estadual de Saúde tem sido difícil, o que vem prejudicando a liberação de verbas para Araraquara estando esta liberação muitas vezes condicionada a visitas e acordos políticos. Segundo Dr. Annuar, o relacionamento com o atual Secretário Aristodemo Pinotti é muito difícil.

### 2) Resistência de Profissionais da Saúde

Principalmente por parte dos profissionais do INAMPS, que resistem em aceitar uma proposta de trabalho mais envolvente com o serviço público, assim como aceitar a coordenação do INAMPS pelo atual Diretor do SUDS-R-19.

Falta de compromisso com o serviço público de saúde por parte de alguns profissionais, problemas de cumprimento de horário de trabalho, etc.

### 3) Convênio e Compra de Serviços de Saúde

De responsabilidade do SUDS-R-19, e que segundo o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Annuar Lauer, isto dificulta a possibilidade de se planejar localmente,

uma vez que ocorrem atrasos e o valor do repasse deixa sempre a desejar.

A Prefeitura arca do 70% do dinheiro aplicado em custeios e investimentos, ficando o SUDS com apenas 30%.

No ano de 1990 por exemplo, o SUDS repassou para o município até setembro Cr\$ 24.532.018,83. A prefeitura investiu Cr\$ 55.866.995,37. Segundo o Secretário a diferença é assustadora: entre o repasse do SUDS e os gastos atuais da Prefeitura.

O Dr. Annuar defende uma implantação imediata do Sistema Único de Saúde, sem intermediários e com o município recebendo sua quota monetária diretamente.

#### **4) Recursos Humanos**

É um dos grandes problemas para a Municipalização, pois existem carências em várias áreas como por exemplo Pediatras, Agentes de Saúde, etc.

#### **5) Vigilância Sanitária**

Segundo o Secretário é um problema muito sério. Atualmente está sendo feita pelo SESA, mas segundo o Dr. Annuar é muito restrita em termos de atuação, a equipe de três funcionários é muito pequena e só o

controle da raiva na cidade já absorve todo o tempo desta equipe.

Refere que com a Municipalização do serviço de Vigilância Sanitária, haverá necessidade de pelo menos vinte Agentes Sanitários. Essa função de Agente Sanitário não existe, precisa ser criada.

#### Projetos previstos ou em execução pela Prefeitura mediante a Municipalização

- Projeto de implantação de Programas de Saúde Bucal e Saúde Materna. Na área de saúde bucal o trabalho ainda se restringe em grande parte ao atendimento de pré-escolares.
- Construção de centros de saúde nos bairros de Santa Angelina, Jardim Iguatemi, Vila Melhado, Parque Residencial São Paulo (bairros periféricos de Araraquara).
- Reforma do Pronto-Socorro Municipal que foi fechado em novembro deste ano. O atendimento passou a ser feito pela Unidade Mixta da Vila Xavier, que embora tenha sofrido uma reforma e esteja com boa estrutura física, ainda está funcionando precariamente em termos de recursos humanos.

- Construção do Centro de Zoonoses e Unidade de Reabilitação (salão do Asilo de Mendicidade).
- O Secretário de Saúde, Dr. Anuar Lauer, defende o aumento do horário de atendimento nos Centros de Saúde até as 22 horas (porém existe a dificuldade de obtenção de profissionais de saúde para cobertura de mais este horário).
- Pretende-se reativar o convênio com a Faculdade de Farmácia para a produção de medicamentos a baixo custo para a população carente.
- Pretende-se lutar por uma maior liberação de verbas, que possa propiciar o planejamento local e não apenas realizar programação de gastos.

## 7. ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER

### 7.1. ATENDIMENTO À MULHER: CONSIDERAÇÕES GERAIS

O real atendimento à mulher pelo sistema de saúde, ainda está muito voltado ao período gravídico puerperal, e, mesmo assim de forma deficitária. A assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, abortamento, acesso a métodos e técnicas de controle de fertilidade, embora tenham apresentado algum avanço nos últimos anos, ainda necessita de estar mais acessível a população como um todo.

Os serviços de saúde precisam ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços da implantação do Sistema Único de Saúde através de sua diretriz de municipalização destes serviços, com o intuito de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle do pré-natal, do parto e do puerpério; problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico uterino e mamários, e a assistência para a concepção e contracepção, de acordo com as necessidades de cada local.

Em relação as questões da política de saúde no Brasil, pode-se dizer, sumariamente que o setor saúde ainda está constituído por dois grandes sub-setores com objetivos distintos. O sub-setor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, concentra o atendimento dos problemas de saúde pública e da clientela mais carente, enfrentando ainda questões de baixa resolutividade dos serviços e a dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este sub-setor está formado por um conjunto de instituições cujos objetivos são frequentemente concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismo de ações, superposição de clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos, distribuição inadequada dos serviços de maior complexidade, etc. Todas estas falhas tendem a ser corrigidas ou amenizadas com a proposta de integração dos serviços de saúde através de sua municipalização uma vez que haveria assim uma chance de planejar e resolver os problemas de cada município através do poder dos próprios dirigentes municipais, porém ainda se terá que percorrer um longo caminho para chegar à este nível de realidade. O sub-setor privado, empresariamente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte, por credenciamento governamental. Estas características de prestação de assistência à saúde ainda originam distorções graves, tendo em vista que regras de mercado, inaplicáveis muitas vezes em setores sociais,

definem a oferta e o consumo de procedimentos muitas vezes desnecessários e inadequados ao indivíduo e à comunidade.

Neste contexto, qualquer proposta de ampliação de cobertura de serviços básicos de saúde, mesmo com a melhoria da capacidade resolutiva desses serviços, apresenta dificuldade de implementação, considerados os problemas de utilização adequada de referência e contra-referência entre os serviços de maior e menor complexidade.

As condições de assistência e a própria organização de serviços juntamente com os fatores biológicos, ambientais, econômicos e do próprio estilo de vida, são fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas de saúde da mulher são analisados.

## 7.2. ATENDIMENTO À MULHER: ARARAQUARA

Analisando a assistência à saúde da mulher em Araraquara, pudemos constatar que alguns avanços vêm ocorrendo nos últimos anos em termos de oferta de serviços básicos ou seja, atendimento ginecológico, acompanhamento de pré-natal, prevenção de câncer cérvico uterino (Papanicolau), orientação ao uso de métodos contraceptivos e diagnósticos e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.

Porém, ainda existe uma certa fragilidade no sistema, uma vez que a nível dos Centros Municipais de Saúde, as equipas de profissionais médicos e os recursos técnicos, ainda são escassos e a adesão da população à estes serviços ainda não é satisfatória.

O SESA, que possui um serviço de atendimento de pré-natal bem estruturado, com equipa coesa e complexa, faz o atendimento praticamente de sua região de abrangência e não é referência para os centros municipais de saúde para recebimento e acompanhamento de gestantes de alto risco por exemplo, as quais não têm acesso à qualquer outro serviço público que lhes ofereçam um tipo de atendimento mais complexo. O PAM do INAMPS também apresenta as mesmas características de prestação de serviço e não é referência aos demais serviços públicos.

Os Hospitais mais utilizados pelas gestantes que são atendidas pela rede pública são a Santa Casa de Misericórdia e a Maternidade Gota de Leite, que não estão preparadas, para o atendimento ideal da gestante e parturiente de alto risco e muito menos ao recém-nascido prematuro e carente de um atendimento mais complexo.

Os dois outros hospitais, Beneficência Portuguesa e Hospital São Paulo embora tenham convênio com o SUDS, nos pareceu ser mais utilizado por uma população de maior poder aquisitivo.



Aliado à estas considerações, nos deparamos com algo que não nos pareceu muito natural ou seja, a taxa de parto cesárea na cidade de Araraquara nos últimos anos tem estado em torno de 75%, sendo que pudemos observar, que esta taxa quando obtida particularmente em cada hospital chega a ser maior que 90%.

Esta constatação nos chamou a atenção, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda como padrão aceitável a incidência de 10a 15% de cesareanas, considerando os riscos inerentes à intervenção cirúrgica.

Optamos então em pesquisar um pouco mais sobre este assunto, tanto em termos de literatura como à nível local e finalmente tentamos esboçar um estudo mais pormenorizado de um grupo de gestantes primíparas, que fizeram pré-natal no SESA e deram à luz por parto cesareana no período de 01/10/89 a 30/09/90.

#### 7.2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PARTO CESÁREA

A operação cesareana tem uma importância inestimável na diminuição da morbimortalidade materno-fetal, desde que bem indicada. Entretanto, tem-se observado nos últimos anos em várias regiões do mundo, um significativo aumento na sua incidência, extrapolando as indicações de origem

médica. Dados do "National Center for Health Statistic" (NCHS) revelam que, entre os anos de 1970 a 1984 a taxa de cesárea aumentou em 5,5% para 22% nos EUA, tendência também observada em menor escala na Europa porém atingindo o ápice no Brasil, onde de 15% em 1970 foi para 30% em 1980. Entre pacientes particulares a incidência de mais de 80% tem sido descrita.

Na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 1965 e 1985, a taxa de cesárea variou de 9,5% para 49,0%. Na América Latina, com exceção do Brasil, país algum apresenta índice superior a 22%. A situação brasileira é pois peculiar.

No Brasil até 1980 o pagamento pelo INAMPS de parto cesárea era maior do que os partos vaginais. Em fevereiro de 1980 o INAMPS decidiu mudar esta política e passou a pagar igualmente para ambos os tipos de parto. Este fato não propiciou qualquer sinal de queda do número de cesáreas.

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, no período de 1980-1984 as cesáreas aumentaram de 24% para 29%, mostrando que esta mudança de política não teve o efeito desejado.

As taxas de cesáreas nos Estados Unidos, nos últimos 20 anos subiram de 7% para 20%. Isto se deve, praticamente, à tendência de se aplicar a cesareana em casos de parto pélvico, nos casos em que foi utilizado no parto anterior

e nos casos em que foi diagnosticado sofrimento fetal por monitorização eletrônica. Nesses casos, a cesareana afirmam seus defensores, têm conseguido reduzir a mortalidade dos recém-nascidos. Em contraste, países europeus como Holanda e Irlanda têm conseguido manter níveis de aplicação de cesareana inferiores à 10% com decréscimo da mortalidade perinatal.

No Brasil o quadro é bem diferente. Em determinados grupos populacionais a incidência da operação chega a 30% quando não o dobro ou triplo, deixando evidente que a causa desse aumento não é o cuidado com o recém-nascido. De fato, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou que a incidência de cesárea está diretamente relacionada com o status econômico da mãe: quanto maior a renda familiar mais alto o percentual, oscilando entre menos de 15% nos grupos de baixa renda a mais de 60% nos grupos de alta renda.

Já foi relato uma incidência de complicações intra-operatórias de 11,6% sendo que na cesárea de emergência atinge 18,9%. Com relação ao pós-operatório, imediato e comparado ao parto vaginal, a operação cesareana apresenta uma incidência de febre quatro vezes maior (FILKED), endometrite dez vezes (GIBBS), peritonite 11 vezes (NIH) e embolia pulmonar sete vezes maior (DORZÉ). Nos pós-operatório tardio, observa-se elevada frequência de algias pélvicas e aderências. No que concerne as gestações futuras, demonstra-se que a placenta prévia é dez vezes

mais frequente (THEIN), o descolamento prematuro da placenta três vezes (BEIJAN) e a rotura uterina significativamente mais provável.

Com respeito à mortalidade materna, existe consenso na literatura sobre a sua maior prevalência quando comparada ao parto vaginal. Excluídas as condições mórbidas que podem estar associadas e, atribuindo a exclusividade seis a vinte vezes mais elevada que no parto normal (Rubin, Freire, Eveard).

No tocante a influência da cesárea sobre o recém-nascido, as evidências são muito negativas. O aspecto mais gritante e inadmissível se refere à prematuridade Iatrógena, sobejamente relatada em várias publicações. Nos neonatais de termos ocorre menor produção de catecolaminas (Tristed) no parto por via alta, com conseqüente retenção de fluídos pulmonares (Melner) e possível hipertensão pulmonar (Leder).

Se existem evidências que a cesárea, quando não corretamente indicada, implica em significativos riscos maternos e fetais, bem como um custo elevado, que fatores poderiam explicar a escalada brutal da operação cesareana no Brasil ?

Parece que o parto cesareana no Brasil tornou-se um fenômeno cultural que extrapola a área estritamente médica e cuja popularidade junto as mulheres é indiscutível. Obstetras de prestígio, quando indagados

sobre a alta incidência de operações entre sua clientela, muitas vezes atribuem-na à exigência da própria mulher. Muitas mulheres indagadas são unânimes em dizer que um dos fatores mais importantes é o desejo de preservar a integridade da musculatura perineal e perivulvar, e o temor a dor do parto. Tais fatores relacionam-se à importância conferida à função sexual da mulher e à crença (infundada) de que esta função é inteiramente dependente das condições anatômicas dos genitais, quando em realidade, o prazer sexual, sobretudo, é de fundo psicológico (J.A. Pinotti).

A aceitação passiva pelo obstetra do desejo feminino de ter o parto realizado por cesareana seria compreensível desde que a operação não apresentasse nenhuma desvantagem em relação ao parto vaginal.

Um simpósio realizado em Campinas em novembro de 1982, do qual participaram conceituados especialistas de todo o país e técnicos do Ministério da Saúde, indentificou entre outros, os seguintes fatores de estímulo à cesárea:

- 1) preparação inadequada da mãe durante o pré-natal;
- 2) dificuldade de manter um médico junto à parturiente durante o processo de parto, sendo neste caso, mais rápido e fácil fazer um parto cesárea;

- 3) o não pagamento, por parte do INAMPS, de analgesia para parto vaginal, fazendo-o somente em caso de cesárea;
- 4) ilegalidade e não pagamento pelo INAMPS da esterilização cirúrgica, que é feita através de cesareana (laqueadura);
- 5) mau preparo do obstetra;
- 6) maior responsabilidade pecante a gestante particular.

Segundo estudo realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do sul, pôde-se chegar a conclusão que os obstetras estavam realizando cesáreas em maior proporção em mulheres de baixo risco obstétrico, que durante o período gestacional tiveram maior contato com seus médicos e apresentavam renda familiar mais alta. Sugerindo assim que nesta realidade, as principais razões para "conseguir" cesárea são financeiras e não médicas.

Relata-se ainda como uma das principais causas de cesárea a laqueadura, que é o segundo método mais comum de contracepção no sul do Brasil, apesar de ainda ser ilegal e os médicos não serem pagos pelo INAMPS, porém o são pelos familiares.

Em São Paulo tem sido descrito que cerca de 25% das mulheres casadas entre 15 e 44 anos de idade estão esterilizadas e em alguns Estados do Nordeste do Brasil, 60% de todas as esterilizações foram feitas durante o parto cesárea.

Muitos médicos brasileiros também sentem que a cesárea é muito segura, mas este assunto nunca foi confirmado por estudos epidemiológicos. Estudantes de medicina e residentes em treinamento veem seus preceptores realizarem cesáreas com frequência e usualmente obtém maior prática em cirurgia do que em parto vaginal.

Esta segurança tem sido transmitida ao público e atualmente muitas famílias brasileiras consideram o parto cesárea como um procedimento normal.

O parto normal está crescentemente sendo considerado fora de moda.

A surpresa deste estudo realizado em Felotas, Rio Grande do Sul, foi que aproximadamente 30% das primíparas foram submetidas à cesárea e isto tem um efeito considerável, pois esboça o aumento da tendência de partos cirúrgicos e provavelmente um aumento da esterizalização tubárea. É quase que regra geral do Brasil: 1o.) uma vez que a mulher já tem uma cesárea anterior, seus filhos deverão nascer da mesma maneira (uma vez cesárea, sempre cesárea); 2o.) o tempo da terceira cesárea deve ser feita a laqueadura.

Estas regras são certamente responsáveis por uma considerável proporção de cesáreas no Brasil, e em Felotas no ano de 1982 a terceira mais importante causa para cesárea foi a de mãe que tinha cesárea anterior.

## 7.2.2. PARTOS NORMAL E CESÁREA EM ARARAQUARA

Comparação numérica e percentual entre os seguintes hospitais:

Hospital A - Hospital Sao Paulo - 18 leitos obstetricos  
(particular)

Hospital B - Santa Casa de Misericórdia de Araraquara -  
25 leitos obstétricos (Sociedade Filantrópica e  
Beneficiente)

Hospital C - Beneficência Portuguesa de Araraquara - 36  
leitos obstétricos (Sociedade Filantrópica e  
Beneficiente).

Hospital D - Hospital Maternidade Gota de Leite - 15  
leitos obstétricos (Unidade Filantrópica e  
Beneficiente)

(Vide Tabelas: 1, 2, 3, 4 - Tabela 5: quadro geral)

(Gráficos: 1 e 2)

Como podemos observar através dos dados das Tabelas de 1 a 5 assim como através da visualização gráfica 1 e 2 as taxas de parto cesareano estão muito aquém do que se preconiza pela Organização Mundial de Saúde que é de 10 a 15%, assim como outros municípios brasileiros (vide considerações gerais sobre parto cesárea).



TABELA - 1

Distribuição de parto vaginal e cesariana no Hospital São Paulo, no período de 1989 a setembro/1990, no Município de Araraquara.

MES	P A R T O				TOTAL		Vaginal (%)		Cesária (%)	
	Vaginal		Cesária		89	90	89	90	89	90
	89	90	89	90						
JAN	2	3	46	21	88	24	4	12,5	96	87,5
FEV	9	3	49	15	58	18	16	16,6	84	83,3
MAR	8	1	61	19	69	20	12	5,0	88	95,0
ABR	7	5	60	24	67	29	10	17,24	90	82,75
MAI	11	7	53	27	64	34	17	20,58	83	79,41
JUN	2	4	54	19	56	25	4	16,0	96	76,0
JUL	8	4	51	17	59	21	14	19,04	86	80,9
AGO	14	1	59	22	73	23	19	4,34	81	95,65
SET	2	2	35	31	37	33	5	6,0	95	94
OUT	1		20		21		5		95	
NOV	3		38		41		7		93	
DEZ	1		24		25		4		96	
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>		<b>550</b>		<b>618</b>		<b>11</b>		<b>89</b>	

FONTE: SUDS-R-19

TABELA - 2

Distribuição de parto vaginal e cesariana no Hospital Santa Casa de Misericórdia, no período de 1989 a setembro/1990, no Município de Araraquara.

MES	P A R T O				TOTAL		Vaginal (%)		Cesária (%)	
	Vaginal		Cesária		89	90	89	90	89	90
	89	90	89	90						
JAN	31	44	91	48	122	92	25	48	75	52
FEV	49	75	94	104	143	179	34	42	66	58
MAR	52	67	80	84	132	218	39	31	61	39
ABR	51	67	64	73	115	140	44	48	56	52
MAI	47	64	77	98	124	162	38	90	62	60
JUN	35	45	69	75	104	120	33	37	67	62
JUL	43	44	60	73	103	117	41	38	59	62
AGO	41	49	80	58	121	107	34	46	66	54
SET	59	53	70	55	129	108	46	49	54	51
OUT	54		55		109		49		51	
NOV	67		70		137		49		51	
DEZ	47		41		88		53		47	
<b>TOTAL</b>	<b>576</b>		<b>851</b>		<b>1427</b>		<b>40</b>		<b>60</b>	

FONTE: SUDS-R-19

TABELA - 3

Distribuição de parto vaginal e cesariana no Hospital Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora de Fátima e Beneficência Portuguesa, no período de 1989 a setembro/1990, no Município de Araraquara.

MES	P A R T O				TOTAL		Vaginal (%)		Cesária (%)	
	Vaginal		Cesária		89	90	89	90	89	90
	89	90	89	90						
JAN	30	40	102	120	132	160	23	25	77	75
FEV	16	27	128	135	144	162	11	17	89	83
MAR	16	10	149	120	165	130	9	8	91	92
ABR	22	19	172	129	194	148	11	13	89	87
MAI	23	32	156	150	179	182	15	18	85	82
JUN	12	25	133	139	115	164	8	15	92	85
JUL	41	21	58	142	99	163	41	13	59	87
AGO	24	14	116	144	140	158	20	9	80	91
SET	18	32	97	132	115	164	15	20	85	80
OUT	23		153		176		15		85	
NOV	31		117		148		21		79	
DEZ	29		149		178		16		84	
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>		<b>1530</b>		<b>1815</b>		<b>16</b>		<b>84</b>	

FONTES: SUDS-R-19

TABELA - 4

Distribuição de parto vaginal e cesariana na Maternidade Gota de Leite, no período de 1989 a setembro/1990, no Município de Araraquara.

MES	P A R T O				TOTAL		Vaginal (%)		Cesária (%)	
	Vaginal		Cesária		89	90	89	90	89	90
	89	90	89	90						
JAN	17	34	58	55	75	89	23	38,20	77	61,79
FEV	24	33	65	63	89	96	27	34,37	73	65,62
MAR	26	36	72	79	98	115	27	31,30	73	68,69
ABR	25	24	75	46	100	70	25	34,28	75	65,71
MAI	15	30	55	85	70	115	21	26,08	76	73,91
JUN	28	24	60	65	88	92	32	29,34	68	70,65
JUL	17	31	57	58	74	89	23	34,83	77	65,16
AGD	20	29	58	70	78	99	26	29,29	74	70,70
SET	34	27	36	59	70	86	45	31,39	51	68,60
OUT	43		71		114		38		62	
NOV	30		47		77		39		61	
DEZ	30		66		96		31		69	
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>		<b>720</b>		<b>1029</b>		<b>30</b>		<b>70</b>	

FONTE: SUDS-R-19

TABELA - 5

Distribuição de tipo de parto segundo instituição.

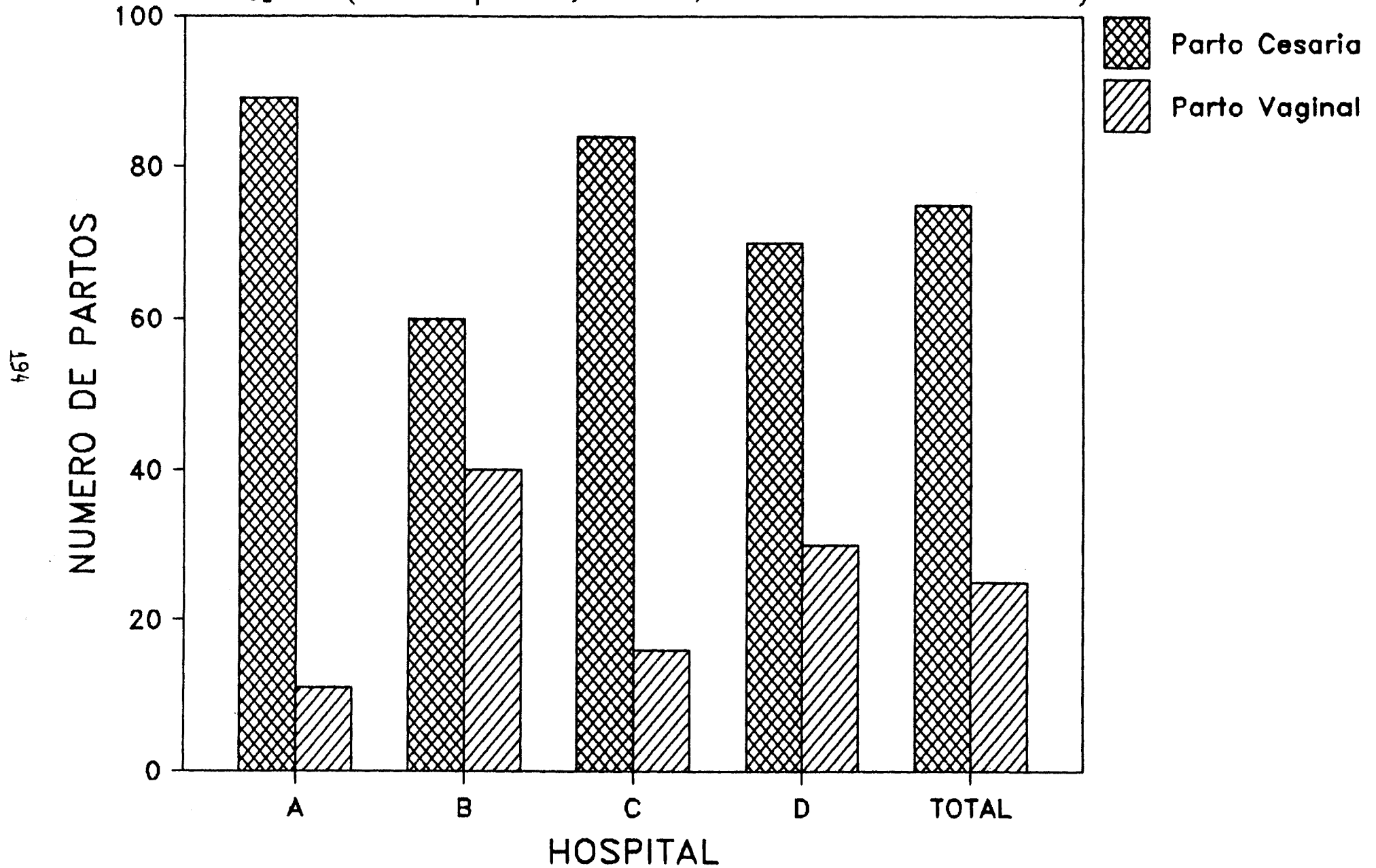
Araraquara, 1989.

HOSPITAL	P A R T O		TOTAL	Cesária	Vaginal
	Cesária	Vaginal		(%)	(%)
<b>A</b> Hopital São Paulo	550	68	618	89	11
<b>B</b> Santa Casa de Misericórdia	851	576	1427	60	40
<b>C</b> Beneficência Portuguesa	1530	285	1815	84	16
<b>D</b> Maternidade Gota de Leite	720	309	1029	70	30
<b>T O T A L</b>	<b>3651</b>	<b>1238</b>	<b>4889</b>	<b>75</b>	<b>25</b>

FONTE: SUDS-R-19

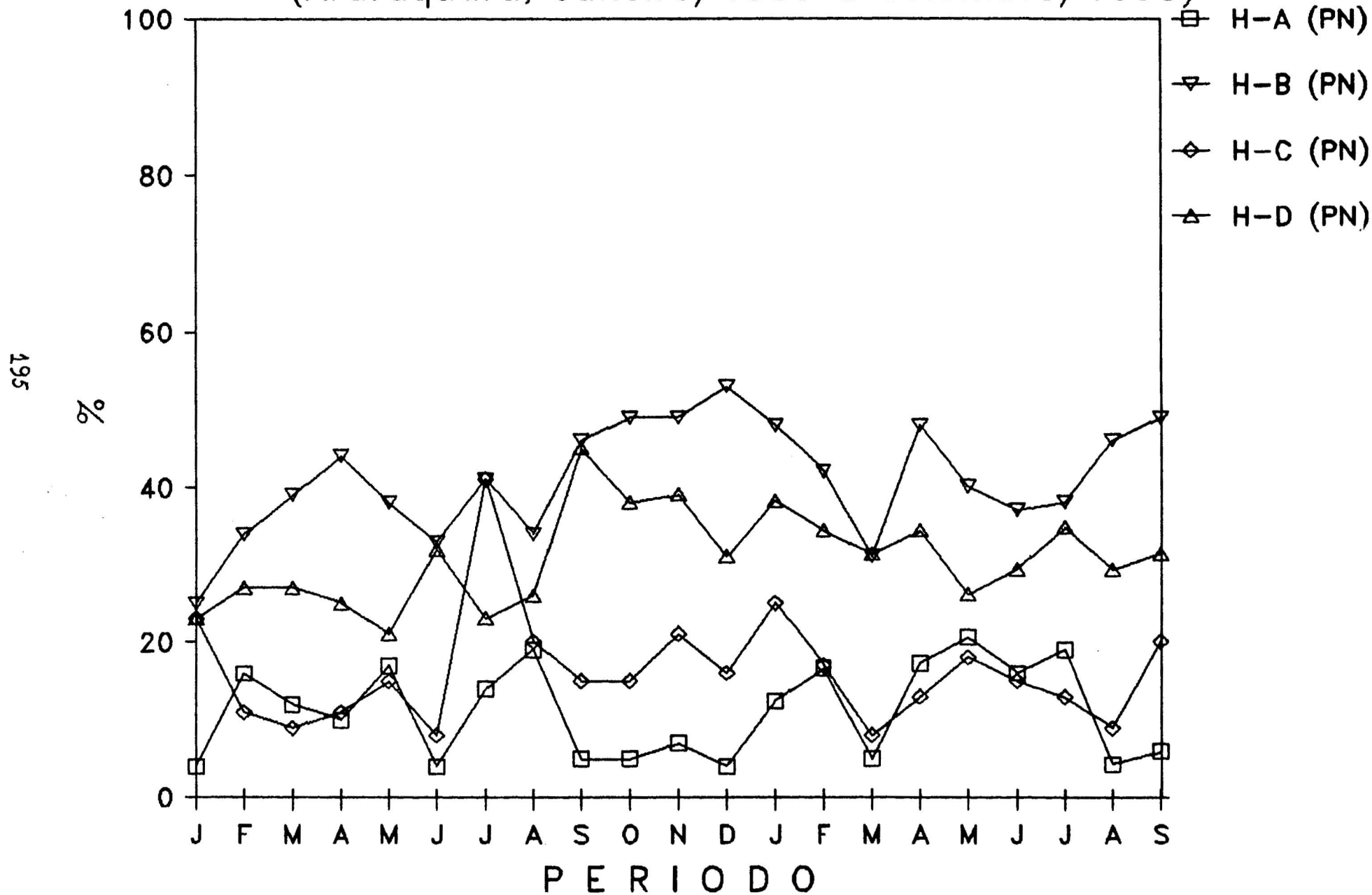
# TIPO DE PARTO SEGUNDO INSTITUICAO

GRÁFICO 1 (Araraquara, 1989, Fonte: SUDS-R-19)



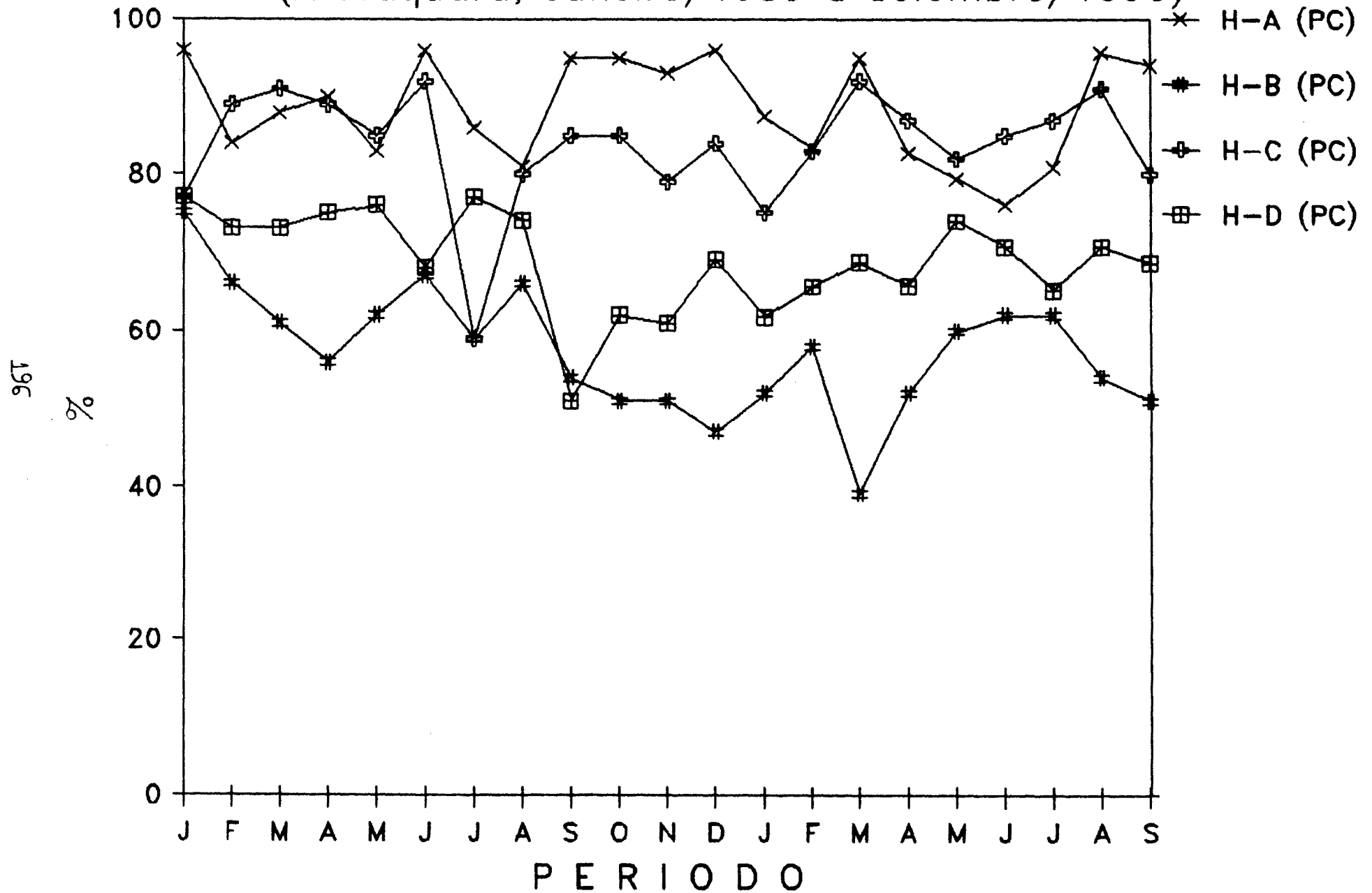
# INCIDENCIA DE PARTO NORMAL POR HOSPITAL

GRÁFICO 2 (Araraquara, Janeiro/1989 a Setembro/1990)



# INCIDENCIA DE PARTO CESARIA POR HOSPITAL

GRÁFICO 3' (Araraquara, Janeiro/1989 a Setembro/1990)





Através da visualização gráfica pode-se perceber, que a discrepância maior em termos de tipo de parto ocorre nos Hospitais A e C, caracterizados por um maior atendimento à gestantes de maior poder aquisitivo, demandas de consultórios particulares e de convênios médicos.

#### 7.2.2.1. ATENDIMENTO À MULHER: SESA

O SESA tem para o programa de assistência à mulher, rotina específica para pré-natal com cronograma de consultas médicas, atendimento de enfermagem, visita domiciliar e hospitalar. Este serviço conta com dois médicos ginecologistas/obstetras, um em cada período de atendimento, uma enfermeira em tempo integral, três visitadoras e três auxiliares de enfermagem, que trabalham de forma coordenada e com muito empenho.

A entrada da mulher para acompanhamento no programa é feita por uma consulta ginecológica, que tem finalidade confirmar a gravidez e a partir daí ocorre a inscrição no pré-natal.

Durante todas as etapas de cronograma, todos os profissionais desempenham ações educativas, no sentido de orientar sobre a evolução tanto física como psicológica da gestação, estímulo ao aleitamento materno, explicações

sobre os tipos de parto, estímulo à respeito do parto normal, imunização, prevenção do câncer, tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, exames laboratoriais de rotina e demais informações que se façam necessárias.

Existe uma participação intercalada entre os profissionais na sequência das consultas, que é o atendimento de enfermagem, feito pela enfermeira ou pelas auxiliares de enfermagem.

As visitadoras fazem a pós-consulta, visitas às gestantes em suas residências durante o pré-natal, visita hospitalar onde realizam palestras informativas à todas as gestantes que deram a luz independentemente de terem feito ou não pré-natal no SESA.

Todas as ações com a gestante no SESA são feitas de forma individual, não existe um trabalho com grupo de gestantes.

O SESA vem tentando delimitar sua área geográfica de atuação, uma vez que os centros municipais de saúde da periferia, estão designados para absorver a demanda de suas áreas. Isto ainda não está totalmente estabelecido, pois pela tradição e qualidade do serviço, as usuárias preferem continuar a frequentar o SESA assim como levar seus filhos para acompanhamento nesta instituição.

Existe um vínculo muito grande entre médicos-obstetras do SESA e gestantes do acompanhamento pré-natal, que além de

realizarem seus partos, realizam suas consultas no puerpério.

O que se pode observar é que os médicos do SESA são os responsáveis pela referência para o parto hospitalar das gestantes por êles acompanhadas no pré-natal.

O mecanismo de referência está mais vinculado aos profissionais do que entre as instituições de saúde.

OBS: O SESA estende seu programa de atendimento à mulher para a população de Matuca onde são realizadas as atividades de atendimento e enfermagem, coleta de Papanicolau, visitas domiciliares e consultas médicas (médico ginecologista do SESA atende nesta localidade uma vez por mês) e os partos são realizados em Araraquara.

Esboço de um levantamento para estudo das gestantes primíparas que fizeram pré-natal no SESA e deram a luz no período de 01/10/89 a 30/09/90

Obtivemos um total de 87 prontuários de primíparas que deram a luz no período acima estipulado, sendo que estas eram provenientes da zona urbana, rural e outros municípios. Foram excluídos quatro prontuários de outros municípios, pois o SESA não dá cobertura programática para usuários fora de sua área de abrangência.

Selecionamos assim 83 prontuários, que foram classificados e analisados segundo área de residência e tipo de parto. Foi elaborado um questionário padronizado para análise destes prontuários (Questionário I) e outro para realização de visita domiciliar enfocando as primiparas que deram a luz por parto cesárea e que residiam na zona urbana, pertencentes a área de abrangência do SESA (Questionário 2).

Deste total de 83 partos, 45 foram não cesárea (54,2%) e 38 (45,8%) foram cesareanas.

Quanto a divisão da zona urbana e rural obtivemos os seguintes dados:

- zona urbana - 64 partos:

. 29 cesareanas (45,3%)

. 35 não cesárea (54,7%)

- zona rural - 19 partos:

. 9 cesareanas (47,4%)

. 10 não cesárea (52,6%)

A população de primiparas foi escolhida com o intuito de restringir a amostra e pela curiosidade de se observar a tendência das indicações do parto cesárea, como já foi ressaltado anteriormente, uma vez que a mulher já possui uma cesárea anterior ela está fadada a ser submetida a outra cesárea e em breve à uma laqueadura.

A escolha da população de primíparas do SESA foi pela qualidade do serviço e o fácil acesso aos prontuários médicos.

Temos consciência de que este pequeno estudo não tem nenhum valor comparativo com qualquer outra realidade, nem poderemos dele tirar nem generalizar qualquer conclusão. A nossa intenção é tirar uma fotografia de um tempo de trabalho no SESA com uma população específica, exercitar nossos conhecimentos e tecer alguns comentários à respeito do que pode ser observado.

**Dados obtidos através dos prontuários do serviço de pré-natal do SESA em relação a primíparas que deram a luz no período de 01/10/89 a 30/09/90**

Fuemos observar que a taxa de parto cesárea nesta população foi de 44,6% enquanto que a taxa de parto normal foi de 55,4% (Tabela 6 e Gráfico 3).

Do total dos 83 prontuários, 77,1% eram referentes às primíparas da zona urbana e 22,9% de zona rural. A porcentagem de parto não cesárea é maior tanto na zona urbana como na rural (52,6% e 54,7%, respectivamente) em relação aos partos cesárea (47,4% e 45,3%, respectivamente) (Gráfico 4).

Quanto ao início do pré-natal 49,4% da população total se refere ao 1o. trimestre, 41,0% ao 2o. trimestre e 9,6% ao 3o. trimestre (Tabelas 7 e 8).

89% das primíparas foram vacinadas contra o tétano durante o pré-natal. Considerando como vacinadas às que tomaram pelo menos 2 doses da vacina ou o reforço, assim como aquelas que haviam tomado a terceira dose há menos de 5 anos.

13,3% das primíparas apresentaram alguma patologia associada a gravidez (hipertensão, hiperemese gravídica, ameaça de aborto, etc). Ao analisarmos apenas as cesareadas este índice subiu para 24,3%.

A incidência de óbitos de recém-nascidos foi de 1,2%. Entre os recém-nascidos de parto cesárea a incidência foi de 2,7%, enquanto que nos recém-nascidos de parto não cesárea foi de 0,0%.

Recém-nascidos com problemas de saúde ao nascer 3,6%. Ao analisarmos apenas os recém-nascidos de parto cesárea, esta porcentagem sobe para 8,1% e nos que nasceram de parto não cesárea a porcentagem é de 0%.

Das 83 primíparas, 63,6% compareceram pelo menos oito vezes ao SESA para atendimento médico ou de enfermagem durante o pré-natal. Quanto ao puerpério imediato 91,6% destas primíparas tiveram atendimento médico ou de enfermagem.

Constatamos que 8,1% das cesareadas tiveram aborto anteriormente, contra 6,5% das não cesareadas.

Quanto aos Hospital em que as 83 primiparas deram a luz: 77,1% corresponde a Santa Casa de Misericórdia, 16,9% Maternidade Gota de Leite, 6% Beneficência Portuguesa e 0,0% Hospital São Paulo (Tabela 9).

Comentários a respeito das entrevistas realizadas com as 29 primiparas que deram à luz através de parto cesárea no período de 01/10/89 a 30/09/90 e que fizeram acompanhamento de pré-natal no SESA

Do total das 29 mulheres, 6 não foram localizadas (mudança de cidade ou de endereço), realizamos portanto em definitivo, 23 entrevistas.

Quanto ao conteúdo destas entrevistas, realizamos uma série de 10 questões que foram sendo introduzidas durante a conversa de maneira o mais informal possível (vide questões em anexo).

Analisando as respostas das 23 mulheres entrevistadas pudemos constatar e fazer as seguintes considerações:

- Apenas 8,7% dos partos cesárea foram marcados com antecedência (infecção vaginal e posição da criança no útero). As restantes (91,3%) relataram, que a cesárea foi indicada durante o trabalho de parto, sendo que

30,4% alegaram como causa desta indicação ausência de dilatação, 14,3% o fato da criança estar sentada, 9,5% criança prematura e finalmente 45,8% não souberam nos relatar o motivo da cesárea.

- 100% das mulheres entrevistadas recordavam que haviam recebido orientações sobre os tipos de parto durante as consultas de pré-natal.
- Quando questionadas sobre o que achavam do parto normal e do parto cesárea, 73,9% disseram que prefeririam ter feito parto normal, 17,4% prefeririam a cesárea e 8,7% não tinham opinião formada.
- Das entrevistadas que preferiram parto normal, os principais motivos para esta preferência foram a facilidade de recuperação no pós-parto, permanecer menos tempo no Hospital, ausência de problemas de infecção cirúrgica e ausência de "aderência".
- Entre as entrevistadas que preferiram o parto cesárea, as razões apresentadas foram: não queriam sentir dor, medo, o trabalho de parto é muito longo, necessidade de cortar por baixo sem anestesia.
- A porcentagem de mulheres que tiveram parto realizado pelo mesmo médico do acompanhamento do pré-natal foi de 86,9%.
- Atualmente 85,7% das entrevistadas relataram estar fazendo uso de pílula como método contraceptivo, 9,5%



coito interrompido, e "injeção" e 4,75% referiu não estar utilizando qualquer tipo de método.

- Quando indagadas a respeito de quantos filhos gostariam de ter 47,8% referiram apenas um, 30,4% dois filhos e 8,7% três filhos e 13,04% não tinham opinião formada.
- A respeito de laqueadura, 34,8% pretendiam fazer após o nascimento do segundo filho, 30,4% não tinham opinião formada e 21,7% eram contra a laqueadura preferindo fazer uso de outros métodos.
- 86,9% das gestantes não efetuaram qualquer pagamento ao médico ou ao hospital, foram atendidas pelo sistema SUDS, 13,1% referem ter tido que pagar o serviço de anestesia.
- Com relação ao atendimento hospitalar 65,2% gostaram, 8,7% não gostaram e 26,1% não tiveram comentários.
- Nenhuma das entrevistadas possuíam qualquer convênio particular de saúde, apenas o INAMPS.
- A média de permanência hospitalar variou entre 3 a 5 dias.
- 43,5% tiveram que se desligar do atendimento programático do SESA, por não residirem na área de abrangência deste serviço (delimitada com a proposta de regionalização de serviços de saúde local). 30,4%

continuam a frequentar o SESA e 26,1% não estão fazendo uso de qualquer serviço.

- 100% das entrevistadas valorizam o trabalho do SESA, e salientam o vínculo que existe neste serviço entre os profissionais e os usuários.

O intuito deste pequeno levantamento, não foi como já havíamos salientado anteriormente, generalizar os dados obtidos ou firmar qualquer prejuízo dentro do universo restrito (23 mulheres primíparas cesareadas), que nos propusemos à enfocar.

Gostaríamos de salientar que, mediante uma situação tão extrema como a alta taxa de cesárea no Município de Araraquara, vários esforços deveriam ser canalizados para uma melhor caracterização e entendimento à respeito da complexidade deste problema.

Um serviço de pré-natal bem estruturado com profissionais conscientes dos cuidados e das informações que devem propiciar às suas usuárias, deveria ser um dos pontos à ser valorizado como tentativa de reverter a realidade constatada.

A totalidade das mulheres entrevistadas recordavam das orientações recebidas durante o pré-natal, a maioria delas sabia referir vantagens e desvantagens do parto normal e sabiam também relatar alguns riscos que a cesárea pode acarretar. O vínculo da usuária com o médico que fez o

seguimento de evolução da sua gestação, o parto e lhe examina no puerpério é algo bem parecido com o ideal, apesar da referência hospitalar estar calcada quase que por completo pelo profissional médico ao invés da formalização da referência e contra-referência dentro dos serviços de saúde.

Finalmente a opinião positiva e unanime das entrevistadas frente a instituição que frequentaram vem a reforçar o reconhecimento do próprio serviço.

Outros enfoques poderiam ser dados como: o pensamento dos profissionais de saúde, das instituições, da sociedade em geral à respeito da problemática levantada, mas o tempo foi curto para alcançar tamanha abrangência.

TABELA - 6

Distribuição de número e percentual de primíparas, segundo a faixa etária e tipo de parto, que fizeram pré-natal, no SESA e deram a luz no período de 01/10/89 a 30/9/90.

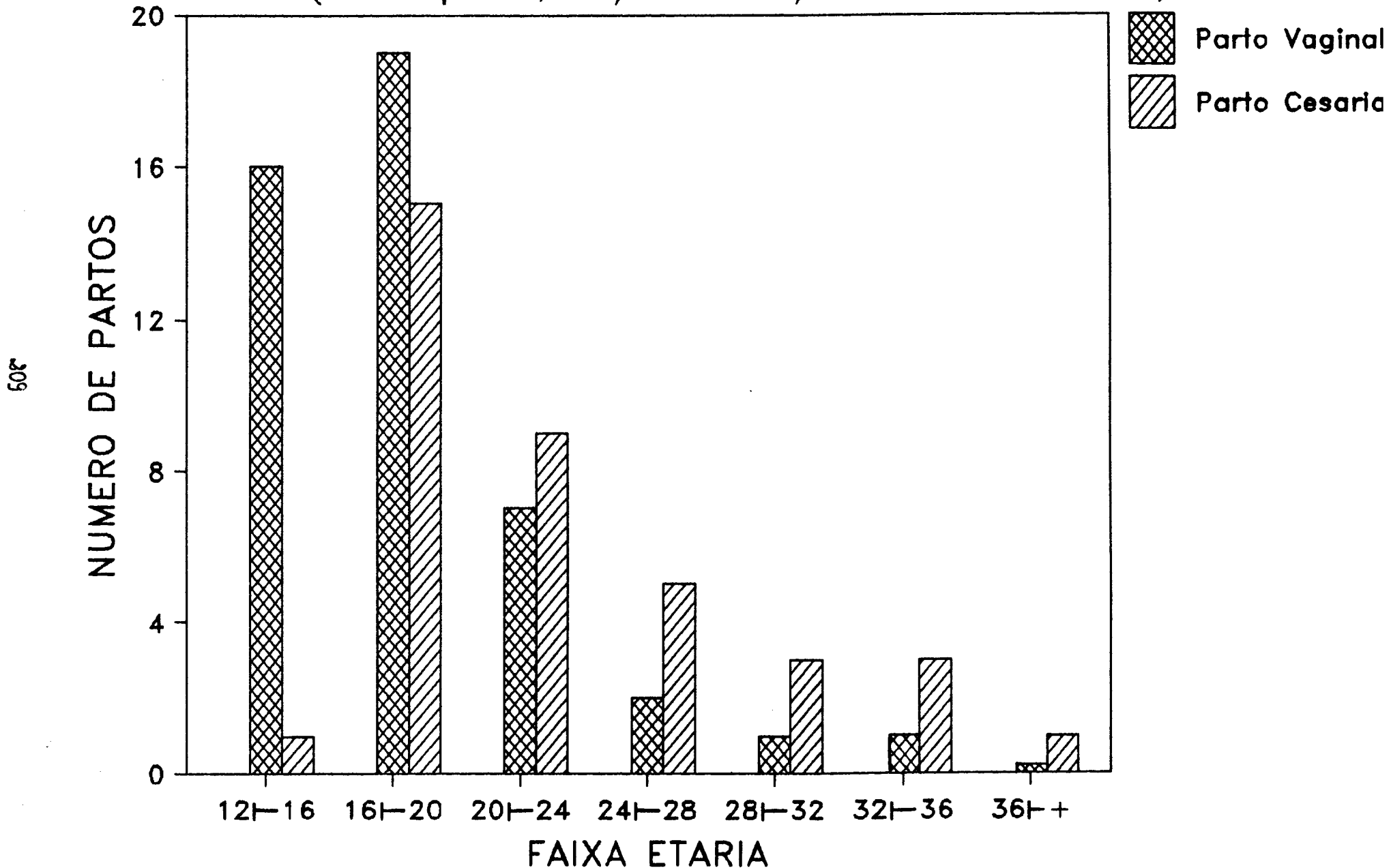
FAIXA ETÁRIA	P A R T O		TOTAL (%)
	Vaginal (%)	Cesária (%)	
12 — 16	16 (94,1)	1 (5,9)	17 (100,0)
16 — 20	19 (55,9)	15 (44,1)	34 (100,0)
20 — 24	7 (43,7)	9 (56,3)	16 (100,0)
24 — 28	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100,0)
28 — 32	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100,0)
32 — 36	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100,0)
36 e +	-	1 (100,0)	1 (100,0)
<b>T O T A L</b>	<b>46 (55,4)</b>	<b>37 (44,6)</b>	<b>83 (100,0)</b>

FONTE: Prontuário do Serviço de Pré-natal do SESA

Araraquara - SP.

# TIPO DE PARTO POR IDADE DE PRIMIPARAS

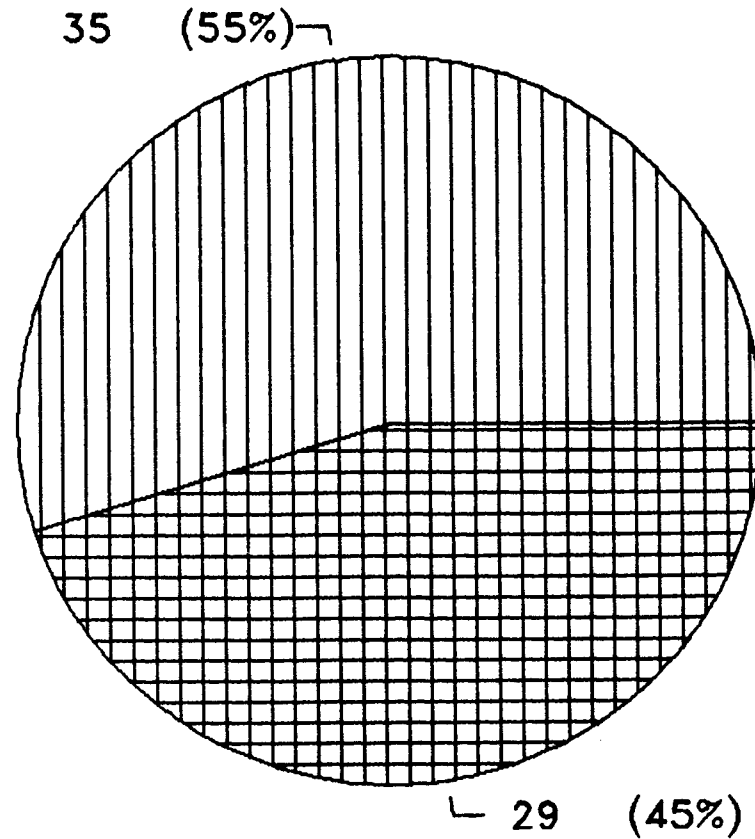
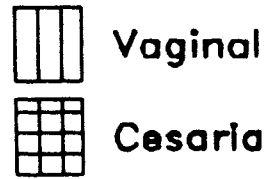
GRÁFICO 3 (Araraquara, 10/89 a 09/90 – Fonte: SESA)



# PRIMIPARAS SEGUNDO TIPO DE PARTO

GRÁFICO 4 .A

(Residentes na Zona Rural)



210

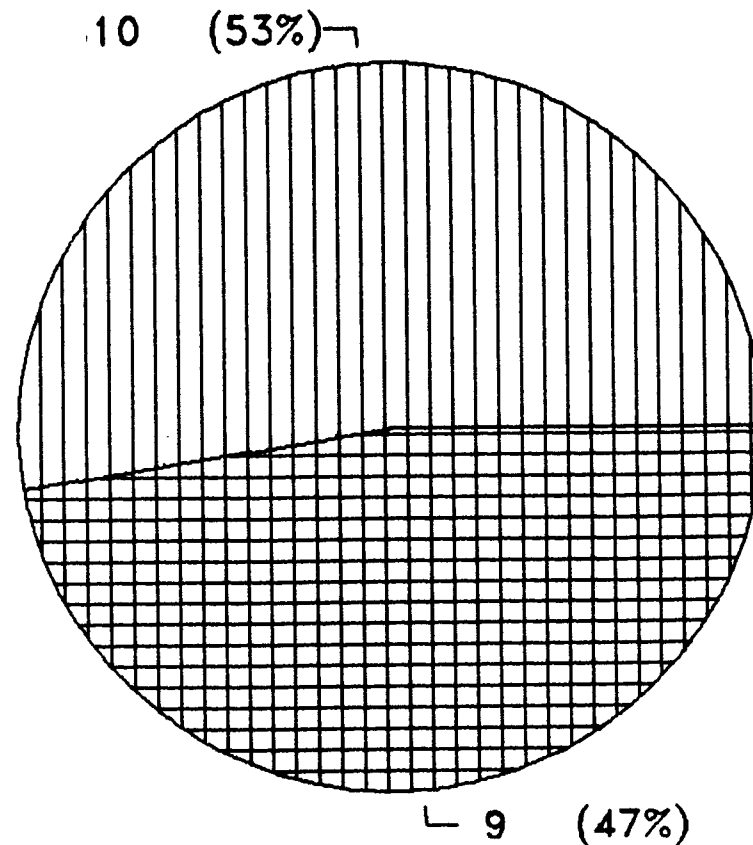
PARTO

# PRIMIPARAS SEGUNDO TIPO DE PARTO

GRÁFICO 4.B

(Residentes na Zona Urbana)

 Vaginal  
 Cesaria



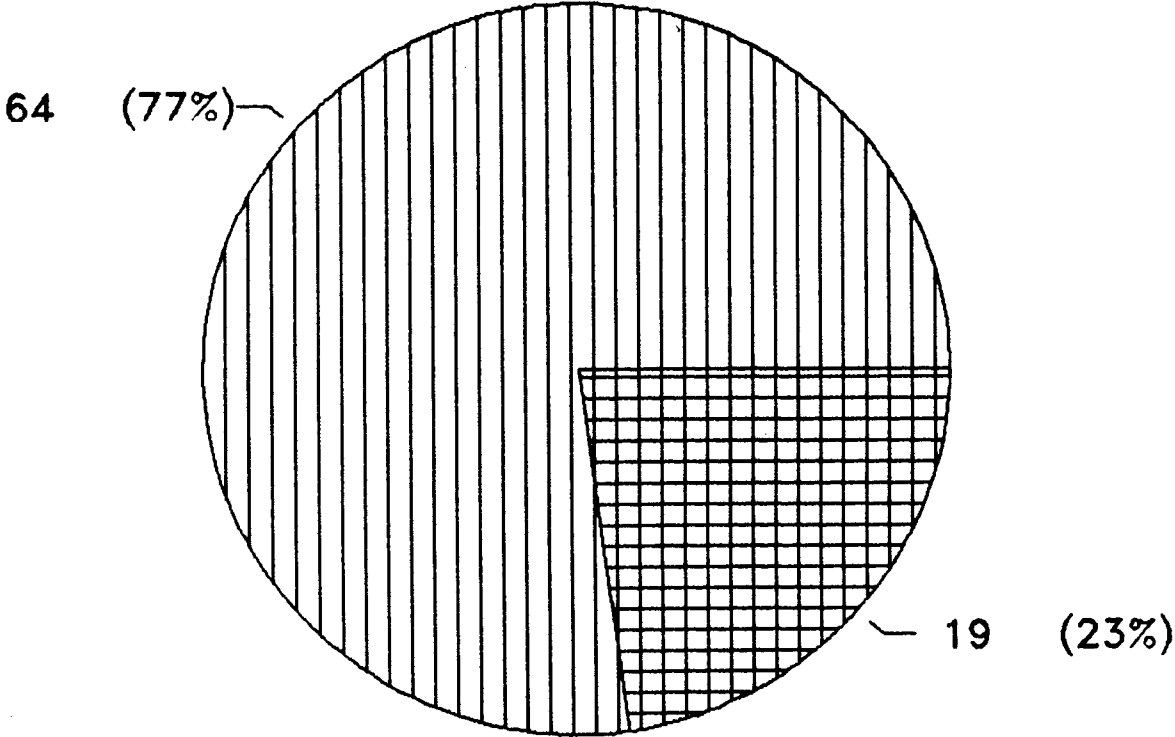
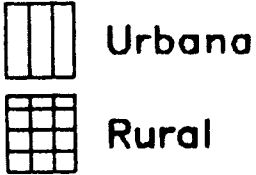
211

PARTO

# PRIMIPARAS QUANTO LOCAL DE RESIDENCIA

(Zona Urbana e Zona Rural)

GRÁFICO 4. c



212

Z O N A



TABELA - 7

Distribuição de primíparas, segundo idade gestacional em trimestre ao iniciar o pré-natal, no SESA - Araraquara, no período de 01/10/89 a 30/09/90.

IDADE GESTACIONAL	Primíparas	
	Número	(%)
1º Trimestre	41	49,4
2º Trimestre	34	41,0
3º Trimestre	8	9,6
<b>T O T A L</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Frontuário do Serviço de Pré-natal do SESA  
Araraquara - SP.

TABELA - 8

Distribuição de primíparas, segundo idade gestacional em trimestre ao iniciar o pré-natal, e tipo de parto. SESA - Araraquara, período de 01/10/89 a 30/09/90.

IDADE GESTACIONAL	P A R T O		TOTAL (%)
	Cesária (%)	Vaginal (%)	
1 <sup>o</sup> Trimestre	17 (41,5)	24 (58,5)	41 (100,0)
2 <sup>o</sup> Trimestre	16 (47,1)	18 (52,9)	34 (100,0)
3 <sup>o</sup> Trimestre	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (100,0)
<b>T O T A L</b>	<b>37 (44,6)</b>	<b>46 (55,4)</b>	<b>83 (100,0)</b>

FONTE: Prontuário do Serviço de Pré-natal do SESA  
Araraquara - SP.

TABELA - 9

Distribuição de partos, segundo o Hospital em que a População de 83 primíparas deu a luz.

HOSPITAL	P A R T O	
	Número	(%)
Hospital São Paulo	0	0
Santa Casa de Misericórdia	64	77,1
Beneficência Portuguesa	5	6,0
Maternidade Gota de Leite	14	16,9
<b>T O T A L</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Prontuário do Serviço de Pré-natal do SESA  
Araraquara - SP.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

- Araraquara é uma cidade que apresenta um bom nível de saúde, tem tradição na promoção da qualidade de vida, tem implantado com relativo sucesso, projetos de assistência à saúde coletiva. Hoje percebemos encerrar posturas conflitantes em seu contexto sócio-político-econômico, não diferindo da realidade de outras cidades brasileiras.
- Em termos de saneamento básico, a situação do município apresenta um quadro razoável, no entanto, se fazem urgente medidas que visem adequar ou melhorar o nível e a qualidade dos serviços prestados, tais quais:
  - a) **Abastecimento de água:** reforçar o sistema quanto à produção e ao tratamento de água, visto que o hoje existente, encontra-se no limite da sua capacidade, sob pena de comprometer o sistema para os anos seguintes.
  - b) **Sistema de esgotos:** implantação, no menor espaço de tempo possível, de uma estação de tratamento de esgotos.
  - c) **Resíduos sólidos:** recolocar em operação a usina de compostagem que se encontra instalada, bem como dotar o aterro sanitário e logo que entre em operação o incinerador municipal, destinado à receber resíduos sépticos, que seja melhorada e centralizada a sua coleta, a fim de se ter uma maior controle sobre este resíduo, e que o mesmo seja incinerado em condições adequadas.

d) **Poluição ambiental:** sugere-se que a legislação vigente, no que concerne ao lançamento de efluentes líquidos, seja revista em termos de limites permissíveis de emissão nos corpos receptores.

- Há uma necessidade de extensão da cobertura da assistência odontológica para a população adulta de Araraquara, que em caráter público é realizada de forma bem restrita pela Faculdade de Odontologia da UNESP.
- Propomos a realização de um levantamento epidemiológico (CPOD) anual que possa servir de instrumento de avaliação dos programas anteriores, como também, dar subsídios para elaboração de um novo planejamento local.
- Quanto aos serviços de saúde mental, há a necessidade de uma melhoria em termos de: formação de equipes multiprofissionais completas em cada serviço; melhor estruturação do atendimento, acompanhamento e nos serviços de referência e contra-referência; desenvolvimento de atividades extra muros; criação de ambulatórios interligados com o Hospital Dia com o intuito de um tratamento mais humanizado ao paciente e criação de programas específicos de tratamento, apoio e prevenção, no que concerne ao alcoolismo e uso de drogas assim como programas educativos na rede escolar.
- A inexistência de programas de educação em saúde e do profissional - Educador em Saúde Pública - a nível local e regional. A causa principal parece estar vinculada à questão da política de recursos humanos associada a baixos salários.

Constata-se a necessidade de um profissional nas unidades de saúde para atuar como ligação entre os integrantes da equipe, efetivando programas e incentivando as ações educacionais junto à população.

- Quanto ao programa de saúde da criança no município como um todo, sugerimos a realização de um estudo de morbidade, pelos serviços locais de saúde, para que seja possível uma nova programação voltada para o real perfil epidemiológico infantil de Araraquara. Percebemos uma certa fragilidade na atual abordagem da saúde da criança.
- Ressaltamos a alta taxa de cobertura vacinal na cidade de Araraquara, a eficiência e a eficácia do trabalho desenvolvido pelo SESA.
- Há a necessidade do SUDS-R-19 ser melhor equipado em termos de recursos de informática, pois assim o trabalho conjunto com o SESA seria otimizado.
- Em termos da organização de serviços locais de saúde percebemos um sistema de atendimento básico que vem sendo realizado através dos centros municipais (mais fruto de uma "prefeiturização" dos serviços de saúde do que dentro das reais diretrizes do processo de municipalização). O SESA em um nível de atendimento básico mas já possuindo uma programação mais definida e complexa e o PAM do INAMPS que também presta serviços básicos e de especialidades. Mas não existe nestes três níveis ainda, um grau de integração ou de

complexidade, que poderia estabelecer o tão necessário sistema de referência e contra-referência.

- A rede hospitalar do município é privada e fortalecida, prestando atendimento a população através do convênio com o SUDS. A inexistência de hospital público, em decorrência de inviabilidade política, leva a rede privada à hegemonia da assistência à saúde nos setores mais complexos do atendimento.
- Pensamos que a reativação do Hospital Público Nestor Goulart Reis, poderia ser uma boa alternativa para se estabelecer um mecanismo de referência hospitalar tanto para Araraquara como demais municípios da região do SUDS-R-19.
- Quanto à municipalização dos serviços de saúde no Município de Araraquara, cujo convênio foi assinado em novembro de 1987, pudemos detectar alguns entraves que também se enquadram dentro da situação geral de todos os municípios do Estado de São Paulo, pois os problemas parecem ser de natureza comum:
  - a) O SUDS tem sido um instrumento limitado para implantar em um curto espaço de tempo as diretrizes do SUS.
  - b) Os municípios se encontram em situação difícil, tendo grande parcela de seus orçamentos comprometidos com o setor saúde uma vez que os repasses de verbas não têm sido adequados e de forma constante.

- c) O repasse das verbas recebidas não tem sido suficientes para se realizar um planejamento local, mal tem dado para se programar gastos.
- d) Ocorrem distorções inaceitáveis quanto ao gerenciamento de serviços.
- e) A participação civil no processo de fortalecer a implantação do SUS com as diretrizes expressas pela Reforma Sanitária, tem sido tímida e tem sofrido um certo retrocesso.
- f) Não basta culpar o setor público pela incapacidade gerencial, precisaria haver uma real vontade política para se conseguir reformular a assistência global à saúde.
- g) Não existe um controle integral (isto nós sentimos em Araraquara como sendo uma grande dificuldade para o diretor do SUDS-R-19) da prestação dos serviços pela iniciativa privada.
- h) O município precisaria contar com uma participação maior do Tesouro Federal e Estadual para a real implantação do SUS.
- i) A verdadeira municipalização com a conseqüente melhoria do atendimento na área de saúde, vem sofrendo um retrocesso, pois vem se percebendo uma certa distância entre a intenção inicial e o que vem ocorrendo na prática atual.



- j) Não percebemos uma preocupação que seja suficiente em termos de definição das bases epidemiológicas para o planejamento local.
- k) A integração prevenção-cura como princípio do SUS, não está clara, uma vez que existe ainda a dicotomia e o discurso que carrega em suas entrelinhas a real divisão do sistema que é baseado em classes de renda.
- l) Não existe em Araraquara nenhuma política efetiva e voltada para a defesa da saúde do trabalhador. Há uma proposta em termos de SUDS mas ainda não foi operacionalizada.
- m) Quanto aos recursos humanos, o SUS tem que encarar este setor com mais seriedade, clareza e definição. Este é um dos aspectos que caminha contra a viabilização do processo de municipalização.
- n) A informatização no sistema se torna vital pois facilita o planejamento, a organização, tornando viável sua operacionalização.
- Permeando toda a situação real dos serviços de saúde de Araraquara, também nos ocorreu a constatação em termos de atendimento à saúde de mulher, das altas taxas de partos cesárea.
- Pudemos constatar por dados de literatura que a taxa de cesárea vem aumentando em todo o mundo, o Brasil ocupa o primeiro lugar e entre os municípios do Estado de São Paulo,

Araraquara parecer ser um dos que lideram esta problemática.

- Existe como nos demais locais, multicausalidade para esta situação, porém gostaríamos de salientar que os serviços de saúde local, através de seus profissionais, de suas programações de atendimento de pré-natal, em suas ações educativas, e a própria política de saúde local, enfrentasse este tipo de constatação com maior preocupação e tivessem uma real vontade de reverter este quadro de nenhuma forma gerador de ausência de riscos à população materno-infantil do município.
- Finalmente gostaríamos de deixar registrado a satisfação de ter realizado este trabalho, que apesar das falhas dos excessos e das omissões, foi fruto de um esforço multiprofissional em termos de prática de um ano de aprendizado e um processo de troca importante de experiências profissionais e da vida de cada um dos componentes do grupo.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, C.M. & ROEMER, M.I. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, 1988. (WHO off set publication, 105).
2. ARARAQUARA: 1986. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1986. [Trabalho de campo multiprofissional apresentado no Curso Especialização em Saúde Pública].
3. BARROS, F. et al. Why so many caesarean sections ? The need for a furtheve policy change in Brazil. Health Policy and Planning, 1 (1): 19-29, 1986.
4. BELLTZKY, R. El nacimiento por cesárea hoy. Salud Perinatal, 3 (9): 101-7, 1989.
5. BERQUÓ, E.S. et al. Rioestatística. São Paulo, EPU, 1981.
6. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. Relatório de qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo: 1982. São Paulo, 1990.
7. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. Relatório de qualidade ambiental: 1982. São Paulo, 1990.
8. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a. Brasília, 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1980.

9. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a. Brasília, 1986. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
10. DALLARI, S.G. Municipalização dos Serviços de Saúde. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.
11. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTOS (Araraquara). Relatório do estudo de concepção do sistema de tratamento de esgotos. Araraquara, 1990.
12. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTOS (Araraquara). Diagnóstico do sistema de saneamento básico da cidade de Araraquara. Araraquara, 1990.
13. GONÇALVES, L.E. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneiro, 1982.
14. GUEDES, J. DE S. et al. Os hospitais filantrópicos e beneficentes e sua inserção nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS no Brasil. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, 1988.
15. LAFFREDA, L. de C.M. & SIMÕES, M.J.S. Peso ao nascer e padrões de atendimentos ao parto em um município do Estado de São Paulo - Brasil, 1986. Rev. Saúde públ., São Paulo, 24 (1): 80-3, 1990.
16. LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo, EPU, 1985.
17. LEFREVÉ, F. A educação em saúde pública como inserção técnica e política. São Paulo, FSP/DESP, 1990. [Himeografado].

18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção primária de saúde: avaliação de experiência no Vale do Ribeira - estudos e projetos. Relatório. Brasília, 1979.
19. NAKAO, N. Avaliação da cobertura vacinal: Araraquara - 1983. São Paulo, 1987. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública - USP].
20. FUNDAÇÃO IBGE. Atenção materno-infantil e perfil estatístico de crianças e mães no Brasil - situação de saúde: 1981. Rio de Janeiro, 1984.
21. FELICIONI, M.C.F. Serviços de saúde: utilização e opiniões dos usuários. São Paulo, 1989. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública - USP].
22. PINOTTI, J.A. & FAUNDER, A. As distorções da cesariana - material. Folha de São Paulo, 17 de maio, 1988.
23. PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. Plano Diretor do Município de Araraquara. Araraquara, 1990.
24. RODRIGUES, R.J. Informática e o administrador de saúde. São Paulo, Pioneiro, 1987.
25. ROZATO, A.L. & NOGUEIRA, J.R.B. (coord.). Programa de saúde bucal para o Município de Araraquara. Araraquara, 1989.
26. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Plano Diretor SUDS-R-12. São Paulo, 1990.
27. SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Educação para a saúde - fundamentos e diretrizes. São Paulo, 1990.

28. SINGER, P. et al. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 2a. ed., São Paulo, Pioneiro, 1981.
29. SPÍNOLA, A.W.F. & CARVALHO, L.F. Como diminuir a incidência de cesareanas: relato de uma experiência. Rev. Paulista de Hospitais, 32 (5/8): 46-49, 1989.
30. VASCONCELOS, M.C.C. Prevalência e cárie dentário em escolares de 7 a 12 anos de idade, na cidade de Araraquara. São Paulo, 1979. Rev. Saúde públ., São Paulo, 16: 317-28, 1982.
31. VERTUAN, W. Redução de cárie com água fluoretada de Araraquara. São Paulo. Rev. Goiana de Odontologia, 34 (6): 469-71, 1986.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Women. health and development. Geneva, 1985 (WHO off set publication, 90).

10. A N E X O S

QUESTIONÁRIO 1

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: ( ) rural ( ) urbana

Ocupação: \_\_\_\_\_

.....

1. INICIO DO PRÉ-NATAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. IDADE GESTACIONAL: 1o. \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

2o. \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

3. QUANTAS VEZES VEIO AO PRÉ-NATAL: \_\_\_\_\_

4. DOSES DE VACINAS DURANTE A GESTAÇÃO: \_\_\_\_\_

5. PROBLEMAS DE SAÚDE DURANTE A GESTAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. NÚMERO DE GESTAÇÕES:

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) acima de 4

7. NÚMERO DE ABORTOS:

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) acima de 4

8. TIPO DE PARTO:

( ) cesárea ( ) normal ( ) fórceps ( ) outros

9. NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O PARTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. PROBLEMAS NO PUERPÉRIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. PROBLEMAS COM O RECÉM-NASCIDO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. FEZ CONSULTA NO PUERPÉRIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....



QUESTIONÁRIO 2

.....  
1. Como foi o nascimento de seu filho(a) ?

-----  
-----  
-----

2. Recebeu durante o pré-natal orientações à respeito de tipos de partos possíveis ?

-----  
-----

3. Fez o parto com o mesmo médico que a acompanhou durante o pré-natal ?

-----  
-----

4. Já havia marcado a cesárea com antecedência ? Por que ?

-----  
-----

5. O que acha sobre parto normal e cesárea ?

-----  
-----  
-----

6. Quantos filhos pretende ter ?

-----  
-----

7. Pretende fazer laqueadura ? (amarrar as trompas ?)

-----  
-----

8. Está utilizando algum método para evitar filho atualmente ? Qual ?

-----  
-----

9. Teve que pagar pelo parto ? Tem algum convênio ? Quanto tempo ficou internada ? O que achou do atendimento hospitalar ?

-----  
-----  
-----  
-----

10. Continua a frequentar o SESA ? O que acha do serviço ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

.....

TABELA - 1

Distribuição de Atividades quanto ao atendimento de Gestantes e Puerperas no SESA e nos C.M.S. - Araraquara, 1989.

SERVIÇO	A T I V I D A D E S									
	PRIMEIRO ATENDIMENTO (%)		CONSULTA MEDICA (%)		CONS. MEDICA PUERPERIO (%)		ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM (%)		T O T A L (%)	
SESA (GERAL)	422	95,7	3422	57,6	508	92,7	766	36,3	5118	56,6
C.M.S.	19	4,3	2516	42,4	40	7,3	1346	63,7	3921	43,4
T O T A L	441	100,0	5938	100,00	548	100,0	2112	100,0	9039	100,0

FONTE: ERSA

Serviço de Informação do SESA

OBS.: SESA - Serviço Especial de Saúde de Araraquara

C.M.S. - Centros Municipais de Saúde

# DISTRIBUICAO DE ATIVIDADES POR SERVICO

(SESA e C.M.S., Araraquara, 1989)

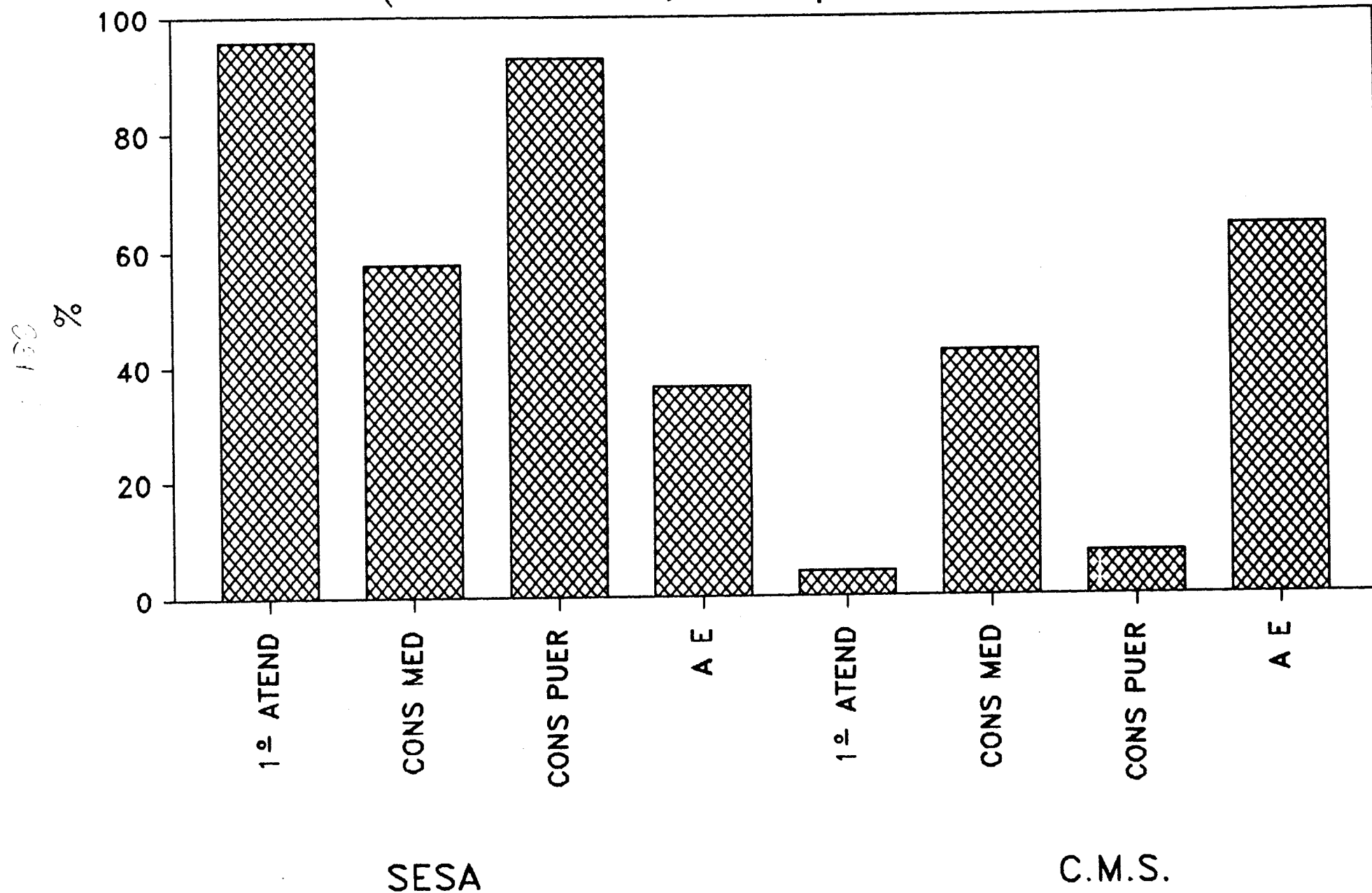


TABELA - 2

Distribuição de Atividades quanto ao atendimento de Gestantes e Puerperas no SESA e nos C.M.S. - Araraquara, Janeiro a outubro de 1990.

SERVIÇO	A T I V I D A D E S									
	PRIMEIRO ATENDIMENTO (%)		CONSULTA MEDICA (%)		CONS. MEDICA PUERPERIO (%)		ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM (%)		T O T A L (%)	
SESA (GERAL)	285	100,0	1676	47,7	190	40,0	446	28,4	2597	44,1
C.M.S.	-	0,0	1832	52,3	285	60,0	1120	71,6	3237	55,9
T O T A L	285	100,0	3508	100,00	475	100,0	1566	100,0	5834	100,0

FONTE: ERSA

Serviço de Informação do SESA

OBS.: SESA - Serviço Especial de Saúde de Araraquara

C.M.S. - Centros Municipais de Saúde

# DISTRIBUICAO DE ATIVIDADES POR SERVICO

(SESA e C.M.S., Araraquara, Jan/Out de 1990)

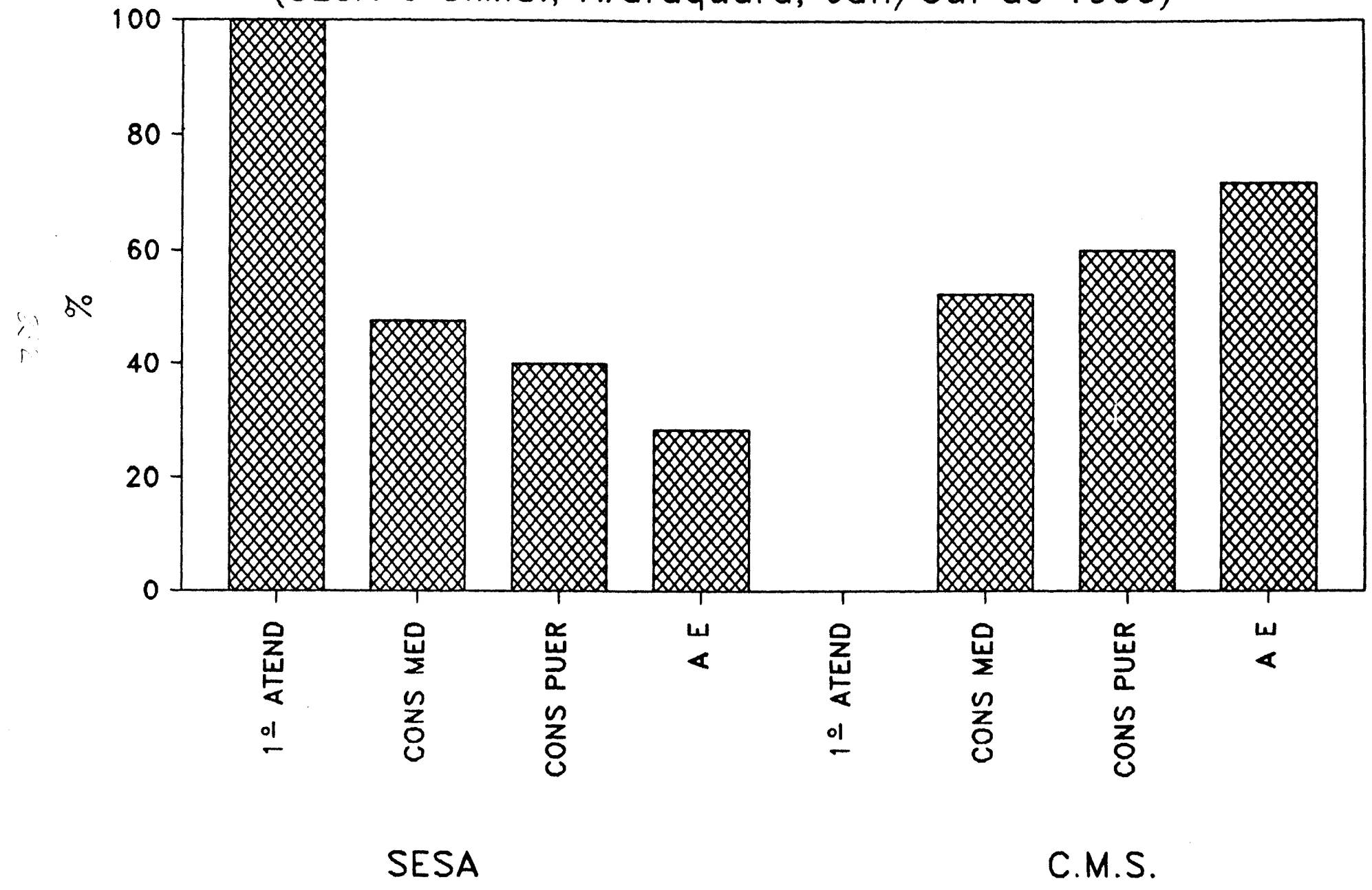


TABELA - 3

Distribuição de Atividades desenvolvidas no Programa de Ginecologia por faixa etária, realizadas no SESA e no C.M.S.  
Araraquara, 1989.

SERVIÇO	ATIVIDADES POR FAIXA ETÁRIA						TOTAL (%)
	CONSULTA MÉDICA			PRIMEIRO ATENDIMENTO			
	10 - 14 (%)	15 - 49 (%)	50 e + (%)	10 - 14 (%)	15 - 49 (%)	50 e + (%)	
SESA (GERAL)	56 (37,6)	2620 (43,03)	211 (47,2)	31 (26,3)	996 (49,4)	89 (55,6)	4003 (44,6)
C.M.S.	93 (62,4)	3468 (56,97)	236 (52,8)	87 (73,7)	1020 (50,6)	71 (44,4)	4975 (55,4)
TOTAL	149 (100,0)	6088 (100,0)	447 (100,0)	118 (100,0)	2016 (100,0)	160 (100,0)	8978 (100,0)

FONTE: ERSA

Serviço de Informação do SESA

OBS.: SESA - Serviço Especial de Saúde de Araraquara

C.M.S. - Centros Municipais de Saúde

TABELA - 4

Distribuição de Atividades desenvolvidas no Programa de Ginecologia por faixa etária, realizadas no SESA e no C.M.S. Araraquara, Janeiro a outubro de 1990.

SERVIÇO	ATIVIDADES POR FAIXA ETÁRIA						TOTAL (%)
	CONSULTA MÉDICA			PRIMEIRO ATENDIMENTO			
	10 - 14 (%)	15 - 49 (%)	50 e + (%)	10 - 14 (%)	15 - 49 (%)	50 e + (%)	
SESA (GERAL)	34 (12,7)	1588 (15,6)	126 (18,5)	22 (17,6)	986 (31,3)	73 (22,3)	2829 (19,2)
C.M.S.	233 (87,3)	8551 (84,4)	552 (81,5)	103 (82,4)	2165 (68,7)	254 (77,7)	11858 (80,8)
TOTAL	267 (100,0)	10139 (100,0)	678 (100,0)	125 (100,0)	3151 (100,0)	327 (100,0)	14687 (100,0)

FONTE: ERSA

Serviço de Informação do SESA

OBS.: SESA - Serviço Especial de Saúde de Araraquara

C.M.S. - Centros Municipais de Saúde