

ESTÁGIO DE CAMPO

MULTIPROFISSIONAL

Rio Grande da Serra

1978

Lista dos membros da Equipe de Saúde do Grupo nº 12, segundo curso em que se acha matriculado na FSP-USP, formação básica anterior, estado e país de origem e, órgão de atuação.

1. Alaíde Buitoni Cardillo - Pedagoga e Administradora Escolar - São Paulo - Curso de Educação em Saúde Pública.
2. Anna da Silva Sette - Educadora de Saúde Pública - São Paulo - Secretaria da Saúde - Curso Educação em Saúde Pública.
3. Arnaldo Lopes - Engenheiro Civil - Brasília - DF - Companhia de Água e Esgotos - Curso de Saúde Pública
4. Carmen Cerviño Rodriguez - Técnica em Administração de Empresas - Santos - S.P. Secretaria da Saúde - Curso de Saúde Pública.
5. Eva Mila Miranda Sá - Assistente Social, Professora e Administradora de Empresas - Niterói - RJ. Universidade Federal - Fluminense - Niterói - Curso de Educação em Saúde Pública.
6. Evaldo Fischer Ferraz - Médico Veterinário - São Paulo - Instituto Biológico - Curso de Saúde Pública.
7. Floreal Gracia Alcaine - Engenheiro Civil - La Paz - Bolívia - Universidad Mayor de San Andres - Curso de Saúde Pública.
8. João Batista Esteves - Enfermeiro e Professor - Rio de Janeiro - Universidade Federal Fluminense (IASERJ) - Curso de Administração Hospitalar

9. Maria José Schmidt - Enfermeira e Advogada
São Paulo - INAMPS - Curso de Saúde Pública,
10. Marly Hatsuco Kajimoto - Enfermeira
São Paulo - Secretaria de Higiene e Saúde - Curso de Saúde Pública.
11. Maurícia Melo Monteiro - Médica
Pará - Universidade Federal do Pará
Curso de Saúde Pública.
12. Regina Maria Koenigslein - Jornalista
São Paulo - Rede Globo de Televisão
Curso de Educação em Saúde Pública.
13. Rosa Maria Chiamulera - Médica e Pedagoga
Paraná - Secretaria da Saúde
Curso de Saúde Pública.
14. Teruko Uchida Mukai - Nutricionista
São Paulo - Secretaria da Saúde
Curso de Administração Hospitalar
15. Vera Maria de Campos Porto - Cirurgiã Dentista e Psicóloga
Bauru - S.P. Secretaria da Saúde
Curso de Saúde Pública.

Supervisão: Profa. Carmen Vieira de Souza Unglert
Departamento de Saúde Materno-Infantil
FSP/USP

Comissão Julgadora: Prof. Jorge da Rocha Gomes
Departamento de Saúde Ambiental

Prof. Cornélio Pedroso Rosenburg
Departamento de Saúde Materno-Infantil

Aos comunitários de Rio Grande da Serra, sinceramente desejando que estes dados possam servir para ajudá-los na efetivação da melhoria de seus níveis de vida.

A Equipe

A Equipe agradece

- aos comunitários de Rio Grande da Serra, também usuários do sistema de saúde no qual nos engajamos;
- aos colegas dos Cursos de Saúde Pública, Administração Hospitalar e Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, que, ainda diversificados, buscam a especialização naquele tipo de sanitarista que melhor intervenha na realidade brasileira e outros países irmãos;
- aos que nos precederam em estudos anteriores sobre a situação de saúde de Rio Grande da Serra, reunindo acervo útil para nossa análise;
- aos que vão participar da continuidade do programa, aumentando o nível de conhecimento desta realidade e desenvolvendo ações produtivas de saúde;
- ao Médico Sanitarista Dr. Rubem de Oliveira Bottas, pelo apoio importante na fase inicial do trabalho e ao seu sucessor, Dr. Jurandir Godoy Duarte.
- ao Prefeito Municipal Sr. Aarão Edmundo Jardim Teixeira, e sua jovem equipe de administradores, pela dinâmica atenção que nos foi concedida, a partir da compreensão de nossa afinidade de objetivos;
- às lideranças de Rio Grande da Serra, que nos ajudaram a conhecer melhor o Município e incentivaram nosso estudo;
- às famílias cujos domicílios foram visitados em função do inquérito realizado, pela afável hospitalidade;
- aos que conosco, como indivíduos interessados ou participantes de Instituições e Programas, engajaram-se na experiência multiprofissional, principalmente aos acadêmicos e lideranças de faculdade - que atuam em Rio Grande da Serra;
- à Supervisora e Corpo de Assesores da USP, pela segura orientação recebida.

RESUMO

Através da Disciplina Estágio de Campo Multiprofissional alunos dos cursos de Saúde Pública, Educação em Saúde Pública e Administração-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da USP - Universidade de São Paulo, analisam a experiência de construção do diagnóstico de saúde do Município considerado mais pobre do Estado de São Paulo - Rio Grande da Serra.

Busca se relacionar conhecimentos teóricos e vivências práticas, comuns da formação de sanitarista e de formações anteriores de áreas diversificadas que os membros da Equipe trazem como bagagem: Nutrição, Enfermagem, Educação, Serviço Social, Administração de Empresas, Veterinária, Jornalismo, Direito, Engenharia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

A Equipe se insere em processo de análise comunitária, reunindo dados de pesquisa documentária, entrevistas domiciliares, análise de serviços de saúde e outros afins, contactando com lideranças locais e programas interessados na atuação em Rio Grande da Serra.

Destaca-se a atual importância da ação do sanitarista nesta prática de Saúde Pública, integrada em programação de nível municipal. Utiliza-se a abordagem da avaliação como processo cognitivo, estudando-se "pessoas-em-situação".

Procura-se verificar a hipótese de associação entre a situação de saúde e as condições de vida da população-alvo, tomadas algumas variáveis consideradas relevantes para análise de núcleos familiares, numa amostra significativa de 420 famílias, em 29 bairros do Município.

Esta pesquisa de campo possibilita traçar o perfil da situação de saúde do Município de Rio Grande da Serra, em dados atualizados, que não oferecidos às autoridades competentes e interessadas e garantidos para divulgação à população, no desenrolar do trabalho.

Avalia-se o trabalho integrado e sugerem-se medidas alternativas, garantindo-se a continuidade da programação, ao nível municipal, estadual e por parte de voluntariado e programas que atuam na área, após

o desligamento da Equipe da Faculdade de Saúde Pública da área. Destaca-se a viabilidade de se formalizarem acordos ou convênios bilaterais entre a USP- Faculdade de Saúde Pública e os Municípios selecionados, em futuras contribuições semelhantes, demonstrando-se , dessa forma, a importância, como atividade de extensão universitária da estratégia de ensino adotada.

ABSTRACT

Through the discipline "Multiprofessional practice training" the pupils of the courses Public Health, Education in Public Health and Hospital Administration of the Public Health, - School of the University of São Paulo - USP - analyse the experience of building up a health diagnosis in Rio Grande da Serra, the poorest municipality of the State of São Paulo.

The training intends to relate theoretical knowledge and practical experiences from the sanitariat background and that learned in the areas where the elements of the group graduated: - Nutrition, Nursing, Education, Social Service, Managerial Administration, Veterinary, Journalism, Law, Engineering, Medicine, Odontology and Psychology

The group inserts itself in a process of community analysis, with data from documentary research domiciliary interviews analysis of Health Services and others getting in contact with local leaderships and other institutions interested in acting in Rio Grande da Serra.

It is emphasised the importance of the sanitariat - action integrated with the programs of the municipality.

An approach of the evaluation is used, as a cognitive process, by studying the persons in the situation..

It is searched to verify the hypothesis of association between the health situation and the conditions of life of the population-dimed, taking some relevant variables for the analysis - of the family nucleus, in a significative sampling of 416 families in 29 suburbs of that municipality.

This practical research enables to outline the health situation of the municipality of Rio Grande da Serra, with up-to-date data, that will be offered to the competent authorities in order they can work with them.

The integrated work is evaluated and alternative - measures are suggested, by means of guaranteeing the continuity of the program, at municipal and state level, and by the voluntary people that are working in the area.

The viability of making agreements and covenants between the Public Health School of USP and the selected municipalities in future similar, contributions shows the importance - of this training as an university extension.

RÉSUMÉ

À travers la discipline "Palier pratique multiprofessionnel", les élèves, des cours de Santé Publique, d'Éducation en Santé Publique et d'Administration Hospitalière de la Faculté de Santé Publique de l'Université de São Paulo font un diagnostic de santé de Rio Grande da Serra, la municipalité la plus pauvre de l'Etat de São Paulo.

Le palier veut faire la relation des connaissances théoriques et des expériences pratiques acquises dans le cours de Sanitarisme et dans les autres branches où appartiennent les éléments du groupe: Nutrition, Infirmerie, Éducation, Service Social, Administration d'Enterprises, Vétérinaire, Journalisme, Droit, Ingenierie, Médecine, Odontologie et Psychologie.

L'équipe s'insère dans un procès d'analyse communautaire, à travers la recherche documentaire, entrevues domiciliaires, analyse de services de santé et d'autres en se mettant en contact avec les têtes locales, et avec d'autres programmes d'actuation dans Rio Grande da Serra.

C'est l'action du sanitariste intégrée dans la programmation au niveau de la municipalité. On utilise un approchement d'évaluation comme procédé cognitif en étudiant des "personnes dans la situation".

On cherche à vérifier la possibilité d'association entre la santé et les conditions de vie de la population étudiée; en prenant en considération quelques variables que l'on puisse, détacher pour l'analyse du noyau familial, ils ont analysé 416 familles dans 29 quartiers du municipe.

Cette recherche pratique permet de tracer le profil de la situation de santé dans la municipalité de Rio Grande da Serra, grâce aux données actualisés qui sont, offertes aux autorités competentes pour être utilisés.

On fait l'évaluation du travail intégré et on suggère des mesures alternatives garantissant la continuité de la programmation au niveau municipal et de l'État, et aussi par les volontaires qui y travaillent.

On remarque la viabilité des accords et des conventions entre la Faculté de Santé Publique de l'Université de São Paulo et les municipalités sélectionnées, dans des recherches - pareilles, démontrant l'importance de cette activité d'enseignement adoptée.

RESUMEN

Atraves de la disciplina Trabajo de Campo Multiprofesional, alumnos de los cursos de salud Pública, Educación en Salud Pública y Administración Hospitalaria de la Facultad de Salud Pública de la USP - Universidad de San Pablo, analizan la experiencia de construcción del diagnóstico de salud del municipio considerado mas pobre del Estado de San Pablo, - Rio Grande de la Sierra.

Se busca relacionar conocimientos teóricos y vivencias prácticas, comunes de la formación de sanitarista y de formaciones anteriores de áreas diversificadas que los miembros del equipo traen como base: Nutrición, Enfermería, Educación, Servicio Social, Administración de Empresas, Veterinaria, Periodismo, Derecho, Ingeniería, Medicina, Odontología y Psicología.

El equipo se dedicó al proceso de análisis comunitario, reuniendo datos de investigaciones realizadas, entrevistas domiciliarias, análisis de los servicios de salud y otros afines, comunicandose con los líderes locales y programas interesados - en actuar en Rio Grande de la Sierra.

Se destaca en la actual importancia de la acción del sanitarista en esta práctica de salud pública, integrada en programación de nivel municipal. Se utiliza la forma de evaluar - como proceso conocido, estudiando "personas en situación".

Se procura verificar la hipótesis de asociación entre la situación de salud y las condiciones de vida de la población en estudio, tomando algunas variables consideradas importantes para el análisis de núcleos familiares, en una muestra significativa de 416 familias, en 29 barrios del Municipio.

Este estudio de campo posibilita trazar el perfil - de la situación de salud del Municipio de Rio Grande de la Sierra, en datos actualizados, que son ofrecidos a las autoridades - competentes e interesadas y garantizados para la divulgación a la población en el desarrollo del trabajo.

Se evalua el trabajo integrado y se sugiere medidas alternativas, se garantiza la continuidad de la programación, al nivel Municipal, Estadual y por parte de voluntarios y programas que actuan en el área, despues del desligamiento del Equipo de - la Facultad de Salud Pública del área. Se destaca la viabilidad de formalizar acuerdos y convenios bilaterales entre la USP - Facultad de Salud Pública y los Municipios seleccionados, en futuras contribuciones semejantes, se demuestra de esa forma, la importancia, como actividad de extención universitaria de la estrategia de enseñanza adoptada.

"A análise das tendências da morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a primeira determinante do estado de saúde global de qualquer população - a alimentação, as condições de trabalho e habitação, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população, desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que tem probabilidade de morrer".

IVAN ILLICH - 'A Expropriação da Saúde

SUMÁRIO

Lista de ilustrações, tabelas e gráficos

Lista de abreviaturas e siglas

1. Introdução	1
2. Caracterização dos componentes programáticos	2 a 15
2.1 - Antecedentes	
2.2 - A disciplina Estágio de Campo Multiprofissional	
2.3 - O projeto de Diagnóstico da Situação de Saúde - do Município de Rio Grande da Serra	
3. Análise de comunidade como estratégia de trabalho de Equipe de Saúde	16 a 27
3.1 - A abordagem comunitária e a visão de Equipe de Saúde	
3.2 - Estrutura Organizacional básica do grupo	
3.3 - Referencial teórico para a ação com a comunidade	
4. Metodologia adotada e resultados	28 a 210
4.1 - Detalhamento do projeto de pesquisa	
4.2 - Resultados preliminares da micro-análise comuni- tária e do estudo domiciliar	
4.3 - Perspectivas do trabalho	
5. Reflexões e sugestões	210 a 225
5.1 - Relacionados à experiência de equipe	
5.2 - Relacionadas ao trabalho de campo	
5.3 - Relacionadas à formação do sanitarista	
6. Conclusões	226
7. Bibliografia	227 a 229
8. Apêndice	230 a 246

TABELAS

	pag.
1 - Ocorrências de realização ou não de entrevistas domiciliares na amostra de famílias sorteadas, segundo tipo de domicílios	33
2 - Motivos das perdas ocorridas para não realização de entrevistas domiciliares	34
3 - Concentração das atividades de Assistência à criança, segundo a faixa etária no Centro de Saúde V - Rio Grande da Serra - São Paulo - julho/77 - julho/78	57
4 - Situação de cobertura - vacinação das crianças de 0 a 14 anos no Centro de Saúde de Rio Grande da Serra - São Paulo - Janeiro/78 a julho/78	60
5 - Evolução da mortalidade geral, segundo local de residência. Município de Rio Grande da Serra - Grande SP - Estado de São Paulo - de 73/76	73
6 - Evolução da mortalidade específica cinco - principais causas de óbitos em Rio Grande da Serra de 1970/73	74
7 - Evolução da mortalidade infantil por residência em Rio Grande da Serra - Grande São Paulo, de 1972/76	75
8 - Evolução de nati-mortalidade dos residentes em Rio Grande da Serra - Grande São Paulo - Estado de São Paulo, de 1972/76	76
9 - Evolução da natalidade em Rio Grande da Serra - Grande São Paulo - Estado de São Paulo de 1972/76	77
10 - Evolução da mortalidade proporcional por idade, no município de Rio Grande da Serra, de 1970 a 1973	78

TABELAS

	pag.
11 - Evolução dos coeficientes específicos de mortalidade por causa e idade para menores de 1 ano, em Rio Grande da Serra, nos anos de 1970 a 1973	79
12 - Evolução da mortalidade específica por causa e idade na faixa etária de 1 a 5 anos, em Rio Grande da Serra, nos anos de 70/73	80
13 - Evolução da mortalidade específica por causa e idade, na faixa etária de 5 a 20 anos, em Rio Grande da Serra - nos anos de 70/73	81
14 - Evolução da mortalidade específica por causa e idade, na faixa etária de 20 a 50 anos em Rio Grande da Serra, nos anos de 70/73	82
15 - Evolução da mortalidade específica por causa e idade, na faixa etária - 50 anos e mais em Rio Grande da Serra, nos anos de 70/73	83
16 - Categoria de respondentes segundo vínculo com o chefe das famílias, em Rio Grande da Serra, em setembro/78	168
17 - Distribuição das famílias da amostra estudada, segundo bairro de residência em Rio Grande da Serra, durante o inquérito domiciliar - setembro, 1978	169
18 - Número de pessoal nas famílias da amostra, por faixa etária e sexo, em Rio Grande da Serra, setembro/78	170
19 - Tempo de residência das famílias da amostra em Rio Grande da Serra, setembro/78	171

TABELA

	pag.
20 - Moradia anterior das famílias da amostra antes de vir para Rio Grande da Serra, setembro/78	172
21 - Existência de parentes das famílias da amostra em Rio Grande da Serra	173
22 - Regime de ocupação da moradia das famílias da amostra em Rio Grande da Serra, em setembro/78	173
23 - Acesso à água potável nos domicílios das famílias da amostra em Rio Grande da Serra em setembro/78	174
24 - Instalações sanitárias nos domicílios das famílias da amostra em Rio Grande da Serra, em setembro/78	174
25 - Existência de pessoas analfabetas nas famílias da amostra em Rio Grande da Serra, setembro/78	175
26 - Número de membros da família da amostra na faixa etária de 7 a 14 anos, segundo frequência atual ou não às Escolas, em Rio Grande da Serra, setembro/78	176
27 - Motivos pelos quais a família não envia à escola seus filhos da faixa etária de 7 a 14 anos	176
28 - Escolaridade do chefe da família em número de anos de estudos, ensino formal, em Rio Grande da Serra, setembro/78	177

TABELA

	pag.
29 - Escala de hierarquização ocupacional do chefe das famílias da amostra estudada, em Rio Grande da Serra, 1978	178
30 - Ocorrência de pessoas atualmente desempregadas nas famílias de amostra estudada em Rio Grande da Serra, setembro/78	180
31 - Renda total mensal das famílias da amostra, segundo relatório mínimo vigente (1 Sm = 1.560,00) em Rio Grande da Serra - setembro/78	181
32 - Renda familiar individual mensal das famílias da amostra, segundo salário mínimo vigente (1 Sm = 1.560,00) em Rio Grande da Serra - Setembro/78	182
33 - Ocorrência de doenças verificadas no mês anterior, nas famílias da amostra, visitadas em setembro/78, em Rio Grande da Serra.	183
34 - Ocorrência de hospitalização, no mês anterior, de moradores de Rio Grande da Serra, segundo informações obtidas na amostra de famílias estudadas em setembro/78	184
35 - Ocorrência de mortes entre crianças com menos de um ano de idade, no mês anterior, na amostra de famílias visitadas em setembro/78, em Rio Grande da Serra	185
36 - Uso de recursos de saúde pela população em Rio Grande da Serra, segundo informes obtidos com as famílias entrevistadas na amostra em setembro/78	186

TABELAS

	pag.
37 - Uso de recursos de saúde pela população fora do município de Rio Grande da Serra, segundo informações obtidas com as famílias entrevistadas na amostra em setembro/78	187
38 - Indicação de problemas gerais do município - de Rio Grande da Serra, segundo opiniões de seus moradores registrados na amostra estudada em setembro/78	188
39 - Indicação de solução prioritárias para os - problemas gerais apontados pela população, na amostra estudada, em setembro/78	189
40 - Indicação de responsáveis pela solução de - problemas gerais considerados prioritários em Rio Grande da Serra na amostra estudada em setembro/78	190
41 - Indicação de problemas de saúde considerados prioritários pelos moradores de Rio Grande - da Serra, segundo amostra estudada em setembro de 1978	191
42 - Indicação de soluções prioritárias para os - problemas de saúde apontados pela população na amostra estudada em Rio Grande da Serra em setembro/78.	192
43 - Indicação de responsáveis pela solução de problemas de saúde considerados prioritários para Rio Grande da Serra na amostra estudada em setembro/78	193
44 - Utilização de instalações sanitárias e ocorrência de óbitos de menores de um ano da amostra em setembro/78	197
45 - Renda familiar e uso de recursos de saúde fora de Rio Grande da Serra - setembro/78	198

TABELA

	pag.
46 - Número de anos de escolaridade do chefe e uso de recursos de saúde , fora de Rio Grande da Serra, setembro/78	199
47 - Bairro de residência e número de óbitos de menores de um ano ocorridos no mês anterior.	200
48 - Bairro de residência - uso de recursos de saúde em Rio Grande da Serra em setembro/78	201/202
49 - Renda individual e morbidade setembro/78	203
50 - Bairro de residência e morbidade - setembro/78	204
51 - Renda individual familiar e uso de recursos de saúde em Rio Grande da Serra - setembro/78	205
52 - Escala de ocupação e uso de recursos de saúde em Rio Grande da Serra setembro/78	206

QUADROS

	pag.
1 - Evolução da população - 70/60 e 75/70	39
2 - Alguns indicadores demográficos	40
3 - Destino de pacientes transportados para hospitais de referência em Rio Grande da Serra - Janeiro maio/78	42
4 - Dimensionamento de pessoal do Centro de Saúde de Rio Grande da Serra em setembro/78	52
5 - Percentual de participação da receita de Rio Grande da Serra 1970/77	103
6 - Percentual de participação de diversos componentes da receita tributária de Rio Grande da Serra - 1970/72	104
7 - Cota Parte do ICM 1973/78	105
8 - Percentual de participação dos diversos componentes da transferências federais	106
	107
9 - Evolução da receita total	108
10 - Distribuição da população por curso regulamentar	110
11 - Número de matrículas no Curso de 1º grau 1972 , 1975 e 1978	112
12 - Escolas e salas de aula segundo localização e Poder Mantenedor - 1978	113
13 - Distribuição dos alunos do curso de 1º grau por período de funcionamento da escola, série, nº de classes e de alunos no ano de 1978 -	114
14 - Distribuição dos alunos do curso de 2º grau, por período de funcionamento da escola, série, nº de classes e de alunos no ano de 1978	114
15 - Relação dos variáveis cujo cruzamento verificou associação relevante, entre os dados estudados nas famílias da amostra setembro/78 - Rio Grande da Serra	196

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- 1 - Banco Nacional de Habitação - BNH
- 2 - Coordenadoria de Assistência Técnica Integral - C.A.T.I.
- 3 - Código Tributário Nacional - CTN
- 4 - Campanha Nacional de Alimentação Nacional - CNAE
- 5 - Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP
- 6 - Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB
- 7 - Departamento de Assistência Escolar - DAE
- 8 - Divisão de Estudo, Normas e Programas de Assistência Odontológica - DENPAO
- 9 - Escola Brasileira de Administração Pública - EBAP
- 10 - Faculdade de Saúde Pública - FSP-USP
- 11 - Fundo de Participação dos Municípios - FPM
- 12 - Grupo Executivo da Grande São Paulo - PLANASA (antigo GEGRAN)
- 13 - Imposto de Circulação de Mercadorias - ICM
- 14 - Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU
- 15 - Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF
- 16 - Imposto sobre Serviços - ISS
- 17 - Imposto Único sobre Combustíveis e Lubrificantes - IUCL
- 18 - Imposto Único sobre Energia Elétrica - IUEE
- 19 - Imposto Único sobre Minerais - IUM
- 20 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
- 21 - Instituto de Economia Agrícola - IEA
- 22 - Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social - INAMPS
- 23 - Saneamento de Grande São Paulo - SANEGRAN
- 24 - Serviço Municipal de Assistência Escolar - SMAE
- 25 - Sistema Adutor Metropolitano - SAM
- 26 - Taxa Rodoviária Única - TRU
- 27 - Universidade de São Paulo - USP

RELAÇÃO DOS ANEXOS E/OU APÊNDICES

1 - Quadro do pessoal da administração central da Prefeitura	230 a 233
2 - Formulário para Inquérito Domiciliar	234 a 237
3 - Lei municipal nº 181, de 24/11/77	238 a 241
4 - Balancete Financeiro do município de Rio Grande da Serra encerrado em 31-8-78	242
5 - Escala de Hierarquia das Profissões/Ocupações	243 e 244
6 - Formulário merenda escolar	245 e 246

1 - INTRODUÇÃO

Esta monografia se propõe a relatar a experiência de trabalho de campo multiprofissional, realizado em Rio Grande da Serra, pela Equipe de Saúde da Faculdade da Saúde Pública da USP, ao nível de complementação, como discente dos cursos de Saúde Pública, Administração Hospitalar e Educação em Saúde Pública em 1978.

Basicamente reflete o esforço de, a partir de uma realidade concreta -ação no município considerado o mais pobre do Estado de São Paulo - traçar o diagnóstico de sua situação de saúde, reunindo o componente teórico recebido e utilizando-se das orientações da supervisão e das diretrizes da Comissão Interdepartamental que coordena a Disciplina Estágio de Campo Multiprofissional.

Esta experiência realizou-se no período de três meses - de agosto a outubro de 1978 e oportunizou à Equipe principalmente vivenciar o papel do sanitarista, situado e datado numa área onde realmente pode e deve participar: entretanto, cada membro do grupo também contribuiu com subsídios específicos de sua formação básica, anterior aos Cursos que ora terminam.

O trabalho reúne cinco núcleos básicos: caracterizam-se os componentes docente-assistenciais do programa; reflete-se sobre a estratégia de análise comunitária, selecionando-se marcos teóricos e retratando-se a organização básica do grupo; documenta-se a opção metodológica e os resultados obtidos, em níveis de constatação e de intervenção - na realidade; retoma-se a experiência em seu conteúdo teórico-prático, examinando-lhes os resultados finais, nesta fase que se considera preliminar em vista de toda uma continuidade do trabalho e sugerem-se medidas alternativas de ação, focalizando-se pontos considerados relevantes; ao final, conclui-se em relação ao trabalho como-um-todo.

2 - CARACTERIZAÇÃO DOS COMPONENTES PROGRAMÁTICOS

2.1 - ANTECEDENTES

O sanitarista e sua formação tem sido tema atual de discussão, e há polêmicas em relação a melhor forma de "profissionalizá-lo" ou "especializá-lo" tanto em função de aspectos conceituais quanto operativos.

Concorda-se, porém, que em qualquer que seja o modelo adotado, o componente teórico isoladamente não é suficiente para desenvolver aquele tipo de profissional capaz de intervir na realidade de saúde que se apresenta, no Brasil e em países em desenvolvimento, qualquer que seja o âmbito dessa ação. É a partir do contato direto com a população-alvo, com as atividades concretas de campo, intercambiando sentimentos, valores e normas de diferentes estilos de vida que o sanitarista terá a possibilidade de validar a teoria, em dialética relação que produzirá, em aproximações sucessivas com a realidade, identificar seu objeto de trabalho e ser produtivo nessa intervenção.

Esta ótica percebe a saúde não como um setor isolado nos níveis de vida da população, mas situada como resultante e desencadeante de toda uma situação global, vista em seus aspectos bio-psico-sociais de um processo histórico, cultural, situado e datado.

Chamado à ação, o sanitarista se engaja, com o povo e com outros profissionais, ligando-se ou não à programas e instituições e estará capacitado a intervir produtivamente nesta dinâmica processual, como parte integrante.

Não basta conhecer a ciência, estar preocupado na seleção de métodos e técnicas e usar o instrumental que a teoria coloca disponível; será necessário "sentir" a comunidade em suas relações de forças vivas, desvelar a aparência em busca da essência dos fenômenos que se apresentam, embricados e desafiantes.

Desta forma, a "avaliação cognitiva", ou seja, como Bartlett (1), descreve, o conhecimento diagnóstico das "pessoas-em-situação" parece ser uma opção que reúne preocupações de teorias e práticas, na detecção e no controle daqueles fatores de maior relevância nos fenôme

nos, para que a Equipe de Saúde possa intervir, a partir de critérios emergentes da própria realidade e com a direta participação do sistema-cliente.

O modelo de formação de sanitarista adotado atualmente pela Faculdade de Saúde Pública apresenta numa carga teórica inicial de disciplinas, cujo elenco se encontra em apêndice nº 1. Ao final do Curso situam-se duas disciplinas essencialmente práticas: o Estágio Especializado e o Estágio de Campo Multiprofissional - nesta última se situa **este trabalho**.

2.2 - A DISCIPLINA ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

Esta disciplina tem como objetivo básico alcançar que o sanitarista "seja capaz de atuar em processos de planejamento do setor saúde, conhecendo o alcance e limitação do mesmo pela análise das possibilidades de sua própria atuação, assim como da equipe com a qual desenvolver seu trabalho". (2)

Como estrutura organizacional, compõe-se de uma Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional e de um grupo de supervisores com papel definido, além de ser possível o acesso a assessores, quando solicitado pelos grupos. As linhas gerais de ação adotadas para o ano letivo em curso são constantes do apêndice nº 2.

Relativamente aos objetivos operacionais, espera-se que o aluno seja capaz de:

- planejar e elaborar um cronograma de trabalho;
- selecionar variáveis relevantes, com base em conhecimentos comuns e específicos;
- levantar dados sobre estas variáveis selecionadas com instrumental específico, focalizando pesquisa documentária, entrevistas domiciliares, análise de serviços de saúde, contatos com lideranças comunitárias e outras fontes de informações;
- levantar e analisar os dados obtidos, utilizando-se conhecimentos básicos e específicos;
- levantar relatório integrado, focalizando a situação de saúde da área e propondo alternativas de soluções para problemas considerados prioritários.

Estes objetivos foram operacionalizados pela Equipe e consta esta monografia do relato do trabalho realizado, que não se deteve apenas em cumprí-los, mas, desde o início, o grupo procurou ser coerente com a "idéia-força" de garantir a continuidade programática da ação desencadeada e se inserir, no município, como mais um participante da sua dinâmica processual em busca da construção de melhores níveis de vida, com a população.

2.3 - O PROJETO DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE DA SERRA

Desde os primeiros contatos o grupo de participantes preocupou-se em organizar-se de forma a desenvolver produtivamente sua ação, em esquemas de planejamento participativo. Desta forma, utilizando o roteiro a seguir detalhado, traçou, em linhas gerais o projeto integrante da programação, vista em seu aspecto de ensino-aprendizagem (Faculdade de Saúde Pública) e de extensão comunitária (ação concreta em nível municipal - Rio Grande da Serra).

Unidade operacional - Rio Grande da Serra

Responsáveis - Membros do Grupo nº 10 de alunos da Disciplina Estágio de Campo Multiprofissional de 1978 da Faculdade de Saúde Pública da USP

I. Estrutura programática

I.1 - Programa - Cursos de Saúde Pública, Educação em Saúde Pública e Administração Hospitalar.

I.2 - Subprograma - Estágio de Campo Multiprofissional

I.3 - Projeto - Diagnóstico da Situação de Saúde do Município de Rio Grande da Serra

II. Previsão da população-alvo

II.1 - Tipo: Participantes e responsáveis por políticas e programas direta ou indiretamente relacionados ao nível de saúde da população de Rio Grande da Serra.

II.2 - Número: previsão para três meses de trabalho - cerca de 300 pessoas

III. Prazos

III.1 - Implantação: agosto/78

III.2 - Execução: setembro a outubro/78

III.3 - Avaliação: em periodicidade específica:

semanal: com o grupo e supervisores

mensal : com autoridades envolvidas

trimestral: global, relatada em monografia

III.4 - Cronograma físico - constante do apêndice nº

IV. Fundamentação. justificam o projeto:

- necessidade de complementar exigências curriculares para formação da equipe de sanitaristas;
- interesse de participação da Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra no programa;
- localização do município na Região Metropolitana da Grande São Paulo, elegível pela Secretaria de Saúde de São Paulo, para integrar este subprograma da USP-FSP em 1978;
- antecedente de ter sido trabalhada, em estratégia similar, esta comunidade, em 1971, pela FSP-USP;
- motivação da Equipe de Saúde responsável em contribuir para melhoria das condições de saúde do município, considerado o mais pobre do estado;
- viabilidade de comprovar a importância de trabalhos deste tipo - em comunidades carentes, como função de extensão comunitária - de serviços prestados pela Universidade, vista em seu papel de responder às necessidades da região onde está inserida.

V. Objetivos:

V.1 - Da disciplina

Espera-se que com o desenvolvimento do Estágio de Campo Multiprofissional o aluno seja capaz de:

- planejar e elaborar um cronograma de trabalho como participante de uma equipe multiprofissional, para orientar o trabalho da mesma, de acordo com instruções oferecidas pela Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional;

- selecionar variáveis relevantes, com base nos conhecimentos:
 - a) comuns, obtidos nos Cursos da Faculdade de Saúde Pública;
 - b) específicos, referentes à sua área de formação básica.
- levantar dados sobre as variáveis selecionados por meio de:
 - a) consulta a dados já existentes;
 - b) formulários elaborados pela equipe para entrevista domiciliar;
 - c) roteiros elaborados pela equipe para a análise de serviços de saúde (Centro de Saúde, Hospital e outras agências);
 - d) instrumentos elaborados pela equipe (roteiros, questionários ou formulários) para entrevistas com líderes e outros elementos da comunidade.
- descrever e analisar os dados coletados, aplicando os conhecimentos comuns e os específicos da área de atuação profissional;
- elaborar um relatório, de maneira integrada, contendo a descrição e a análise da situação de saúde da área estudada, assim como proposições, alternativas para a solução de problemas prioritários quando possível.

v.2 - Da Equipe de Saúde (estagiários sanitaristas em Rio Grande da Serra).

Adotam-se os objetivos operacionais anteriormente relacionados e acrescenta-se:

- Participar, como sanitarista, do processo de ação conjunta já existente no município, visando elevação dos níveis de vida da população-alvo, considerando que a saúde não pode ser visualizada como setor isolado da dinâmica comunitária;
- Articular recursos e esforços para que, a nível institucional e programático, com atuação de comunitários, se possa garantir a continuidade do processo de análise dos fenômenos de saúde, realizando-se a ação global empreendida no programa.

- Comprovar a viabilidade de serem projetos semelhantes de prestação de serviços à comunidades carentes, objeto de formalização de acordos-convênios entre os municípios interessados e a Faculdade de Saúde Pública da USP, que nessas ações desenvolve sua função específica de extensão universitária na comunidade em que se insere .

VI - Atividades

- Organização e manutenção de esquema operativo básico, do nível de integração do grupo, divisão de tarefas, orientação e controle grupal face aos objetivos da equipe;
- Contactos globais e específicos, iniciais e periódicos, com o município visto como comunidade de base , com a literatura pertinente e programas e instituições envolvidos;
- Análise de variáveis selecionadas : : como prioritárias para o estudo da comunidade e o diagnóstico de sua situação de saúde, com uso de computador e de instrumental estatístico, a partir de indicadores de níveis de vida da população-alvo;
- Estudo da estrutura e funcionamento das agências de saúde existentes no município e de outras instituições e programas afins, principalmente o Centro de Saúde, hospitais de referência, escolas e grupos atuantes na comunidade, preocupados com a situação de saúde da população;
- Levantamento de dados e interpretação dos indicadores de saúde do município, de acordo com as normas existentes;
- Documentação das atividades, a partir de registros sistematizados e relatados em grupos, para reflexão e construção conjunta de monografia a ser apresentada oralmente e entregue como subsídios para a Prefeitura, o Centro de Saúde e os demais órgãos interessados na situação de saúde do município.

Os dados elaborados serão objeto de avaliação do desempenho da Equipe pela FSP-USP, em relação à disciplina, porém devem retornar, em linguagem que comunique adequadamente, à população-alvo, para que sejam utilizados, como informação, nos processos decisórios de grupos

de base.

VII- Controle e avaliação da execução

VII.1 - Critérios de avaliação

- alcance de metas definidas pelo grupo (objetivos quantificados);
- exercício de funções definidas previamente a partir das necessidades detectadas ou emergentes na ação e desenvolvida (dinâmica qualitativa)
- capacidade de estudo conjunto, pela Equipe, das alternativas de ação selecionadas face às restrições existentes e critérios seletivos estabelecidos;
- concretização de cursos de ação selecionados como alternativas a serem implementadas pela Equipe, co-relacionando conteúdos teóricos e práticos de formação profissional;
- habilidade da Equipe em utilizar-se do "feed-back" como mecanismo realimentador da ação, utilizando-se de novos recursos e novas abordagens, nos reajustes necessários;
- prática, pela Equipe, da avaliação como processo global de determinar a efetividade do sistema quanto ao alcance dos objetivos.

VII.2 - Instrumentos

- o grupo multiprofissional - visto em sua dinâmica interna e externa, sobretudo nos fenômenos relacionados ao processo de interação e de comunicação observados em reuniões semanais;
- atividades e experiências vivenciadas pelos participantes, objetos de observação participante, avaliações sistemáticas e desempenho de papéis no grupo;
- mural, relatórios e recursos diversos utilizados para permeabilizar as informações intra e extra grupais;

- uso consciente da supervisão oferecida, como forma de crescimento profissional, em nível de grupo (reuniões) e individualizadamente (entrevistas);
- utilização da assessoria disponível como forma complementar de desenvolvimento satisfatório de tarefas individuais e grupais.

VII 3 - Cronograma físico e financeiro

VII 3.1 - Cronograma físico

VII 3.2 - Previsão de despesas para a Equipe originária exclusivamente de contribuição individual de cada participante, em cotas controladas pela "tesouraria" do grupo

Destinação	Quantia
1. Alimentação - refeições	7.000,00
2. Transporte - gasolina	12.000,00
passagens	250,00
3. Serviços de terceiros	
- datilografia	5.000,00
- impressão	300,00
- desenhista	200,00
- xerox	450,00
4. Confraternização	-
5. Material de escritório	-
6. Outras despesas	<u>300,00</u>
Total	25.500,00

Fonte: Registros da Tesouraria da Equipe

Observação: o item 5 foi doado ao grupo pelos Professores responsáveis pela sala cedida ao grupo, em Saúde Ocupacional, no Departamento de Saúde Ambiental, coordenados pelo Prof. Jorge da Rocha Gomes.

Conforme norma da disciplina, o papel e stencil são cedidos pela FSP-USP, para reprodução da monografia.

VII.1. Recursos para execução

VIII.1 - Recursos humanos

VIII.1.1 - Técnicos:

1 Médico Sanitarista, responsável pela supervisão, ao nível da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por Rio Grande da Serra;

1 Professora Supervisora, elemento de ligação com a Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional, com formação específica de Saúde Materno-Infantil (Medicina);

25 participantes alunos matriculados em cursos específicos para titulação como sanitaristas e de formações anteriores diversificadas, assim constituída a distribuição por Cursos da F.S.P.:

- 4 membros de Educação em Saúde Pública (Educação em Saúde Pública, Serviço Social, Administração de Empresas, Pedagogia, Jornalismo, mestrado de Serviço Social);
- 2 membros do Curso de Administração Hospitalar (Nutrição e Enfermagem);
- 9 membros do Curso de Saúde Pública (Medicina, Veterinária, Enfermagem, Direito, Odontologia, Psicologia, Engenharia, Pedagogia, Administração de Empresas),

VIII.1.2 - Administrativos:

Não havendo disponibilidade de pessoal para este fim, o grupo desempenha funções gerenciais de planejamento, organização, comando, coordenação e controle, nos seguintes papéis formalmente designados - ou por auto-escolha, aderidos entre seus membros:

1 coordenador	1 tesoureiro
1 vice-coordenador	1 cronometrista
1 secretário	1 provedor

Resalta-se a contribuição voluntária da Srta. Elisa Conceição da Rocha, Secretária e do Sr. José Carlos Telles, ambos funcionários administrativos do setor departamental Saúde Ocupacional, no qual o

grupo se instalou como área física na FSP-USP.

VIII.1.3 - Auxiliares:

Considera-se como auxiliar aquele grupo complementar que foi alocado como recurso humano necessário do trabalho, em sua dinâmica:

- 1 estatística docente especializada em técnica de amostragem;
- 1 estagiária de estatística
- 1 docente assessorando em estatística vital;
- 1 técnico em programação e sistema de análise de dados computadorizados
- 1 datilógrafo
- 1 desenhista
- 1 impressor gráfico
- 1 encadernador

VIII.1.4 - Voluntários:

Incluem-se nesta categoria todas as pessoas e/ou grupos que se engajaram no projeto ou com os quais a Equipe se uniu, em busca de integração de objetivos. Relata-se em item específico - Promoção social, na micro-análise, detalhes sobre estes grupos. Citam-se, como Voluntária do envolvido, em relação à Equipe da FSP-USP:

- Prefeito de Rio Grande da Serra e seu "staff" e funcionários da Prefeitura, relacionados em apêndice nº 1
- Autoridades relacionadas no estudo
- Acadêmicos e docentes de Serviço Social, Medicina, e Comunicações das Faculdades de São Caetano do Sul, Mogi das Cruzes e São Bernardo;
- Presidente da Equipe do Instituto de Serviço Social de São Paulo ;
- Coordenação e Equipe do Projeto Rondon de Santo André.

VIII.2 - Recursos institucionais

VIII.2.1 - Como instituições oficiais utilizam-se os recursos das seguintes, entre outras:

- Faculdade de Saúde Pública da USP
- Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
- Secretaria de Educação e Cultura do Estado de São Paulo
- Secretaria dos Negócios Metropolitanos do Estado de São Paulo
- Secretaria de Agricultura do Estado de São Paulo
- Secretaria de Trabalho do Estado de São Paulo
- Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
- Centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal
- Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra.
- EEMPLASA

VIII.2.2 - Como instituições particulares, também interessadas em objetivos docente-assistenciais em Rio Grande da Serra, utilizam-se insumos de:

- Instituto de Serviço Social de São Paulo;
- Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes - S.P.;
- Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano do Sul;
- Instituto Metodista de Ensino Superior de São Bernardo do Campo - Faculdade de Comunicação Social e Faculdade de Odontologia;
- Projeto Rondon - Coordenação da Região da Grande São Paulo, em Santo André
- Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Químicas de Santo André.

VIII.3 - Recursos Físicos

As instalações previstas para uso, pela Equipe:

VIII.3.1 - Na FSP-USP: 1 sala cedida pelo setor departamental de Saúde Ocupacional, no 2º andar da Faculdade em horário integral nos dias de estágio - 2as. e 4as. feiras e quando desocupada, para uso da Equipe, em reuniões, informações no mural e documentação. Previsto o uso de armários e equipamentos de escritório, gentilmente cedidos pela equipe do Prof. Jorge da Rocha Gomes.

VIII.3.2. - Em Rio Grande da Serra

Inicialmente o Centro de Saúde serve de base para reunião do grupo. Dada a área de grande mobilização de pessoal e de clientela, opta o grupo pelo uso da sala de reuniões do gabinete do Sr. Prefeito, gentilmente cedida com uso permitido do equipamento de escritório.

VIII.3.3 - Outras instalações - para efeito de reuniões com o "grupo", ou seja, a Equipe de Programação Integrado - EPI - o grupo da FSP-USP utiliza-se das unidades seguintes, em periodicidade programada:

- Secretaria de Negócios Metropolitanos do Estado de São Paulo - cedida a sala de reuniões, gentilmente, pela Sra. Dra. Sandra Amado, no Centro de São Paulo.
- Faculdade Paulista de Medicina e Instituto de Serviço Social, uso, a convite da sala de aulas para reuniões semanais de supervisão pelo Prof. José Pinheiro Cortez, em São Caetano do Sul.
- Projeto Rondon - Coordenação da Grande São Paulo - reuniões com Equipe coordenadora, a convite do Prof. Gemurphu Machado dos Santos em Santo André.
- Instituto Metodista de Ensino Superior - cedidas, a convite para reuniões, a sala da coordenação de estágios, pelo Prof. Silvio Luiz, em São Bernardo do Campo.

VIII.4 - Recursos materiais

VIII.4.1 - Material de consumo: previsão já quantificada em custos, para gasolina, material de escritório e alimentação.

VIII.4.2 - Material permanente : móveis e equipamento de escritório e de comunicação audio-visual. Viaturas de uso particular e oficial, alocadas em função do projeto.

VIII.5 - Recursos financeiros

O curso do projeto, pela Equipe da Faculdade de Saúde Pública da USP, orçado em Cr\$ 25.500,00, conforme quadro do item 7.3.2, anterior.

Sugere-se posterior estudo para orçar o custo global do projeto, envolvendo as demais instituições, a fim de ser possível estudo de custo-benefícios.

"Insistimos: es necesario que los grupos sociales sean los gestores de su propio cambio, participen activamente en el proceso de desarrollo; hagan propias en la medida y espacio que les corresponden las metas nacionales, regionales y sectoriales en función de sus propios valores, de sus modalidades estructurales" .

- Dionísio Jorge Garmendía

3. Análise de comunidade como estratégia de trabalho de Equipes de Saúde

3.1 - A abordagem comunitária e a visão de Equipe de Saúde

Toda ação que vise capacitar indivíduos e grupos em dada realidade comunitária, supõe como atividade preliminar e básica a identificação da área como unidade social. Supõe-se, pois, que o fenômeno do relacionamento homem-meio seja compreendido pela equipe e participantes, em suas implicações diversificadas, ou seja, que se busque a análise do complexo "pessoa-em-situação".

As equipes de saúde, sobretudo os sanitaristas, vem valorizando cada vez mais a necessidade de estratégias de apreensão da realidade de saúde a partir da análise comunitária. O método epidemiológico - parece constituir-se num dos marcos mais evidentes e reforçadores - para esta postura de investigação cada vez mais assumida pelos grupos multiprofissionais atuantes.

Em contrapartida, constata-se que o conceito que uma comunidade tenha sobre o que é saúde e doença vai determinar a demanda que esta apresente e as funções que as organizações e os profissionais da saúde assumam.

Outro aspecto relevante é de que, não há dúvidas de que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas o estado de bem-estar físico, mental e social de pessoas e de grupos comunitários. Vista como algo positivo, já se supõem tarefas obrigatórias, de populações e de equipes, em preservá-la e incrementá-la, através de medidas de prevenção e promoção que vão além da tradicional função recuperadora.

Compreende-se, portanto, que a abordagem comunitária dos níveis de vida das populações, em seus traços bio-psico-sociais e culturais sejam objeto de constatação das equipes de saúde. À procura da eficiência e da eficácia das medidas de intervenção, os grupos, multiprofissionais da saúde se detêm na investigação dos grupos comunitários e das relações estabelecidas pelos indivíduos com seu meio ambiente. Compreendida a comunidade como unidade social, pode-se utilizar de seus organismos instituições e organizações as mais diferenciadas, como forças vivas de mudanças favoráveis à saúde e produtivas para a melhoria dos níveis de vida da população-alvo.

Esta desmistificação do poder exclusivo das equipes tem sido positiva, no sentido de co-participação da população no esforço comum de obter saúde e fomentá-la nas comunidades. Amplia o raio de ação dos profissionais, que não podem mais restringirem-se ao intra-institucional, mas que preocupa-se com os fatores socio-econômicos e ambientais que são determinantes do nível de saúde da população.

Percebem-se, entre estes fatores intervenientes: a ignorância, os baixos padrões de vida, a desnutrição, as condições de saneamento, as crenças, tabus e mitos relacionados à saúde, os sentimentos e os valores comunitários, e outros aspectos.

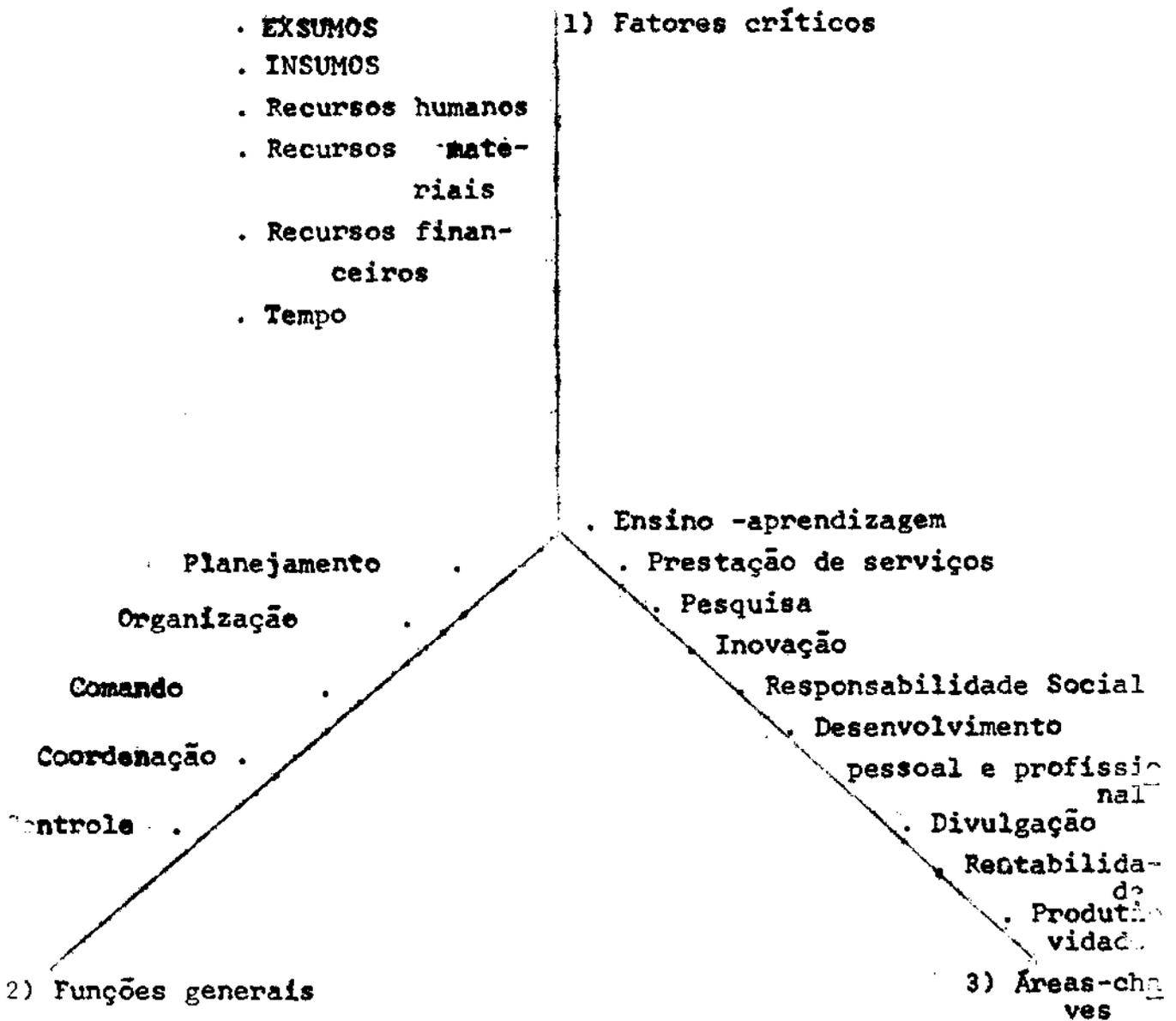
Desta forma, políticas e diretrizes programáticas são traçadas, esperando-se a estruturação de um inovador sistema de saúde, que reúna expectativas comuns de povo e de técnicos, em enriquecedor esquema de busca e de construção conjunta do bem-estar físico, mental e social convencionados como "saúde".

3.2 - Estrutura organizacional básica do grupo

Formalizadas as metas de trabalho o grupo é visto como um micro-sistema organizacional e as variáveis básicas de sua estruturação são delineadas na emergência de fatores, funções e áreas-chaves que são identificadas previamente ou durante o processo.

Desta forma, a ilustração nº 1, a seguir, mostra esta estruturação básica adotada.

Ilustração Nº 1 - Variáveis Organizacionais Básicas do Grupo.



Fonte: Fundação Getúlio Vargas

EBAP - Escola Brasileira de Administração Pública

(adaptado)

A partir do cronograma básico (fator crítico em tempo), o grupo decidiu atuar na FSP-USP às 2as. feiras e no campo de estágio às 4as. feiras, reunindo-se em pelo menos 4 horas semanais, para apresentação de dados coletados e reajustes programáticos.

À medida que surgia necessidade de formação de sub-grupos para cumprimento de tarefas, esses eram formados espontaneamente ou por indicação da Coordenadoria.

Papéis e funções foram oficialmente delegados e outros emergiam ou os mesmos eram permutados, em função da habilidade e competência do membro para liderar nas situações específicas.

Destacam-se, na dinâmica grupal, os papéis delegados seguintes, que exerceram as funções gerenciais no grupo:

- "Coordenador" - faz o grupo funcionar, distribui e cobra tarefas.
- "vice-coordenador" - auxilia e substitui o coordenador em seus impedimentos;
- "secretário" - responsável pelas tarefas administrativas específicas e registros de dados.
- "tesoureiro" - cuida dos recursos financeiros do grupo e prevê gastos controlados.
- "provedor" - programa recursos de alimentação, lanche e as condições para o conforto individual.
- "responsável por bibliografias" - coordena o registro, seleção e uso de material bibliográfico emprestado ou do grupo;
- "responsável pelo mural" - controle a comunicação, expressa no recurso visual disponível, garantindo informação para o grupo.
- "cronometrista" - cuida do tempo e do cumprimento do cronograma.

Excelentes acomodações foram cedidas pela Equipe Docente do setor de Saúde Ambiental, em local da Faculdade de Saúde Pública e o grupo registra a importância desse fator para garantir a ambiência adequada ao trabalho de grupo.

As tarefas e atividades básicas cumpridas foram: redação de partes específicas, de acordo com formação básica e discussões havidas em torno de observações, como sanitaristas, da área em estudo; coleta de dados, cálculos; pesquisas documentárias e referências bibliográficas; coleta de dados, cálculo e interpretação dos indicadores de saúde; visitas e atividades em Rio Grande da Serra; reuniões na Faculdade de Saúde Pública e fora da instituição; estudo e elaboração de formulários, aplicação do pré-teste, realização tabulação e análise do inquérito domiciliar; análise de serviços de saúde, em relação a saneamento, centro de saúde, hospitais de referências, escolas e outros serviços; contatos com lideranças de Rio Grande da Serra; documentação fotográfica do trabalho. Na fase final de elaboração do relatório, a reunião dos dados individuais foram submetidos a uma equipe de redação terminal, que cumpriu a organização dos dados dentro do sumário aprovado pelo grupo, um mês antes do término.

O relato procura registrar minuciosamente os dados do estudo, que antecede à síntese do enunciado diagnóstico da comunidade naquelas fatores considerados pelo grupo como direta ou indiretamente responsáveis ou intervenientes na situação de saúde da população de Rio Grande da Serra.

Adotou-se como metodologia de investigação a modalidade "survey" em técnica de pesquisa. O "survey" se traduz como "levantamento que envolve conjunto de operações para determinar as características de um fenómeno de massa". Segundo Boudon, o "survey" é uma modalidade de pesquisa que se distingue por focalizar o "complexo formado pelo indivíduo e pelo campo social em que está situado". Abrange um número grande de casos, podendo alcançar populações inteiras e geralmente estuda um seguimento desta população através de sua amostra. De acordo com sua finalidade, pode ser descritivo e explicativo. Adotou-se o "survey descritivo, com a principal preocupação de se alcançar uma medida precisa de uma ou mais características de toda população, obtendo-se resultados úteis para elaboração de diagnósticos de situações sociais ou avaliação de certos acontecimentos na população. Quanto às áreas chaves de acordo com esta metodologia adotada, a primeira da listagem da ilustração anteriormente apresentada cumpre-se como concretização de objetivos vocacionais do sanitarista; as duas seguintes como prática da própria intervenção dinâmica do grupo na realidade."

3.3. Referencial teórico para a ação com a comunidade

Adotou-se como fundamental a aplicação dos conhecimentos recebidos nas formações básicas e, sobretudo, os transmitidos durante as aulas na FSP-USP. Estão relacionados os principais conteúdos desenvolvidos na prática, setorizados - por departamentos e disciplinas pertinentes.

Paralelamente, fundamentos filosóficos e conceitos operacionais emergiram como determinantes nas decisões do grupo e são selecionados, a seguir, alguns desses princípios vivenciados.

Assim sendo, em relação ao primeiro as pecto, temos:

Departamento de Prática de Saúde Pública

- Administração Sanitária

" A disciplina Administração I é muito importante como embasamento teórico para o estudo dos recursos de saúde principalmente de entidades como Centro de Saúde.

Permite análise criteriosa do Centro de Saúde tanto na sua estruturação administrativa como na execução de programas e atendimento direto à população.

- O planejamento e a avaliação em saúde Pública: conceitos básicos.

- Integração das ações de saúde no município e nas iniciativas existentes.

- Administração Hospitalar

- Apreciação sobre a rede de hospitais que são utilizados como referenciais pela população.

- Odontologia Sanitária

- Apreciação do funcionamento da assistência odontológica existente na área e possibilidades de atuação supletiva de academicos sob supervisão

- Educação em Saúde Pública

- Reflexões sobre a conduta em saúde pública e a necessidade de mudanças de atitudes, pelo conhecimento e práticas de saúde.

- O uso de voluntariado em programas de educação para a saúde, na assistência primária.

- Enfermagem de Saúde Pública

- Estudo dos recursos humanos existentes e dos organismos de apoio institucional funcionando na área de saúde, em Rio Grande da Serra.

- Apreciação sobre dinâmica e programas do Centro de Saúde.

- Laboratório de Saúde Pública

- Apreciação sobre uso do laboratório local e o de referência, nos programas de saúde da área.

- Veterinária de Saúde Pública

- Apreciação da situação de saúde comunitária em suas implicações com a veterinária.

Departamento de Epidemiologia

- Epidemiologia

- História natural das doenças: conceitos básicos.

- Níveis de assistência em saúde

- Apreciação sobre prática de vigilância epidemiológica

- Dermatologia Sanitária

- Apreciação do programa existente na área, face à demanda.

- Fisiologia Sanitária

- Apreciação do programa existente na área, face à demanda.

- Estatística

- Mensuração dos níveis de saúde com

uso de registro e calculo e interpretação de índices e uso de gráficos e dados de censos.

- Programação do inquérito domiciliar, com uso de conceitos básicos e metodologia do levantamento.

- Amostragem

- Aplicação de conhecimentos teóricos sobre população, amostra e tipos de amostragem.

- Operação e apresentação de dados, com uso auxiliar do computador

Departamento de Saúde Materno Infantil

- Operação sobre a situação defasada de apreciação, no município, do programa de saúde materno-infantil, sobretudo no contexto do centro de saúde e das possibilidades de integração de recursos com a área de saúde escolar.

Departamento de Nutrição

- Apreciação sobre a problemática de nutrição na área de merenda escolar, no município.

Departamento de Saúde Ambiental

- Apreciação sobre as implicações de saneamento do meio para o desenvolvimento do município.

- Relato das atividades de saúde desenvolvidas nas empresas: conceitos básicos.

Metodologia de Pesquisa

- Conhecimentos práticos na busca de informações bibliográficas e de outras fontes, sobre assuntos específicos.

- Reflexões sobre cultura, relativis-

mo cultural, medicina de "folk", antropologia aplicada à saúde pública, ideologias em saúde.

- Uso de técnicas de entrevista domiciliar em projeto de pesquisa empírica: conceitos básicos.

- Sobre o planejamento de saúde, "Segundo Rivero, D.T. "planejamento é a resultante de um conflito entre necessidades múltiplas, complexas, crescentes e cursos escassos".

No estágio de campo houve oportunidade de sentir e viver esta realidade. Portanto, a disciplina de Planejamento é fundamental para o trabalho Multiprofissional.

Em referência ao conteúdo teórico emergencial, nesse estudo vale o registro dos aspectos seguintes; verbalizados em reuniões e/ou percebidos pelo grupo de estagiários como importantes para o trabalho do sanitarista:

. Participação comunitária

- "Não se pode desenvolver um trabalho com uma comunidade, sem antes ouvi-la, procurando compreendê-la dentro de suas limitações físicas, sociais, culturais e econômicas.

O 1º passo para a valorização desta comunidade é feito quando se lhe dá esta oportunidade de expressão e comunicação.

A auto-expressão bem acolhida libera as forças motivadoras dentro de cada um e faz com que o indivíduo se torne um elemento interessado e participante. Interessado na problemática da comunidade que o cerca e participante na solução desses problemas.

Em RGS nota-se, principalmente através do inquérito domiciliar, o isolamento das pessoas entre si e delas com a comunidade. Há uma certa apatia, um certo abandono, como se nada as estimulasse ou ninguém se interessasse por elas".

. Integração de atividades docente-assistenciais

- "Creio que os grupos que pretendem trabalhar em RGS, principalmente a Faculdade de Relações Públicas do IMES, o Instituto de Serviço Social e Faculdade - Paulista de Assistência Social, têm aí um vasto campo de atuação. Poderão propiciar a reunião das pessoas de uma mesma vila em torno de um objetivo comum: a organização de uma quermesse, de uma competição esportiva onde uma feira de artesanato, em que todos participassem ativamente, aprendendo a organizar-se em função de um fim comum.

Os lucros destas festividades poderão ser empregados numa necessidade sentida naquele bairro ou então será por si só, o lazer que tanto falta nas vilas de um modo geral, para todas as faixas etárias.

O projeto Rondon, por outro lado, os estudantes de Odontologia, como muito bem sugeriu o diretor do IMES, poderão desenvolver um utilíssimo trabalho nesta área.

Ainda os alunos da Faculdade de Relações Públicas, poderão contribuir grandemente para aumentar o nível de satisfação e participação dos munícipes, ao comunicarem aos mesmos em reuniões de bairros, quais são os problemas do município, o que o prefeito tem procurado fazer e o que eles próprios podem e devem colaborar para solucioná-los".

. Importância da utilização de recursos humanos no campo da saúde.

. Dependência da política de recursos humanos para a saúde em relação aos outros setores.

" As condições econômicas, sociais, culturais, educativas, são as que determinam o nível de vida de uma área, e, em consequência o nível de saúde, assim como a disponibilidade de recursos para atender essa saúde".

. Relevância atual da estratégia de

Equipe de Saúde.

" A Equipe de Saúde se impõe como o tipo de organização indispensável para o uso das técnicas de que dispomos, considerando estas como o conjunto de elementos que atuam sobre o sujeito".

. Envolvimento de todos os profissionais que tem responsabilidade com o setor saúde da comunidade.

"Na grande equipe de saúde devem estar reunidos todos os profissionais que direta ou indiretamente se envolvam com a situação de saúde da área".

. Inclusão das relações programáticas de saúde nos planos de desenvolvimento de uma região.

Y É importante que uma equipe de planejamento elabore o plano de desenvolvimento regional e local integrado atenta para o aspecto de que também estão sendo incluídos cursos de ação que determinam em grande parte a saúde da população, nas decisões políticas e técnicas assumidas".

. A comunidade como participante da Equipe de Saúde.

"Nesse tipo de plano - no caso, um Plano Diretor do Município - se propõe a presença formal de membros da comunidade, em conselho assessor ao Prefeito, com representação das bases da população. Em Rio Grande da Serra a APIS - Associação Pré-Integração Social poderia ser revista, em vista de também funcionar nessa estratégia de trabalho.

. Relevância da modalidade de trabalho da equipe de saúde.

" A definição da equipe de saúde não está restrita ao tipo de pessoas que a integram, mas principalmente por sua modalidade de trabalho, pela forma como levam a cabo suas atividades, pela relação recíproca que mantêm, pela medida em que cumpre, seus objetivos".

. Participação habilitadora dos grupos envolvidos, inclusive comunitárias:

" é a conjugação de esforços no sentido de identificar e promover o seguinte:

- a) reforma estrutural dos sistemas e subsistemas sociais e institucionais necessários para o desenvolvimento de uma sociedade.
- b) a transformação por que devem passar os indivíduos, a comunidade e as instituições para que os fins do desenvolvimento individual e social possam ser alcançados"

. **Objetivos do Desenvolvimento**

" é despertar no indivíduo a consciência de sua capacidade plena de auto-aperfeiçoamento contínuo e de contribuição para o desenvolvimento da sociedade em que vive e, desse modo, para o máximo bem-estar de seus membros. Trata-se de um processo de mudança de uma forma de sociedade para outra em que todos os cidadãos desfrutem de vida melhor"

"Para iniciar un servicio en una comunidad, lo que se necesita no es tanto una estadística exacta, quanto una apreciación general del modo de vida y en particular del modo de pensar de la población.

Un estudio general de los problemas más graves, de las personas y de los grupos que pueden aydar, muchas veces es suficiente para iniciar un trabajo.

Por otra parte, el investigador hábil puede conocer mucho más en las conversaciones de café, que através de cuestionários. Es conveniente dejar la investigación sistemática para el momento en que se necesita la información detallada y después de haber logrado la confianza del pueblo'.

4. METODOLOGIA ADOTADA E RESULTADOS

4.1 DETALHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

A **micro-análise** da comunidade e o **inquérito domiciliar** se constituíram em formas programadas de pesquisa na comunidade, para levantamento de dados de estudo que permitisse obter as **respostas diagnósticas**: "quais são os problemas de saúde de Rio Grande da Serra?", "quais os recursos existentes para resolvê-los ou amenizá-los?", "que **visão** possui a comunidade de suas necessidades e soluções?".

Assim sendo no projeto de atuação da Equipe de Saúde da FSP/USP, **detalhou-se** como projeto de pesquisa, esta abordagem, que reúne, na **micro-análise**, a visão dos técnicos e no **inquérito**, parte da **visão da população**, nessa fase preliminar e descritiva do trabalho - visto como um todo.

Alerta-se para que outros estudos serão continuados em linha **clínica (diretiva, pela anamnese) social e epidemiológica (não diretiva, pela observação participante)**, considerando objetivos **docente-assistenciais** e o cuidado ético de não "desgastar" a população já entrevistada por nossa equipe, com **interrogações diretivas**. Essa **constituiu-se** numa das decisões em caráter de grande e **equipe de trabalho em Rio Grande da Serra**.

PROJETO DE PESQUISA - CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE RIO GRANDE DA SERRA.

1. APRESENTAÇÃO

Trata a presente pesquisa da análise de variáveis descritivas e daquelas que estatisticamente apresentam significância mais expressivas para caracterizar e inferir sobre a situação de saúde da população de Rio Grande da Serra.

Utiliza-se como fundamento teórico básico a avaliação das "pessoas-em-situação", como processo cognitivo (conhecimento da realidade) e se busca detectar aqueles fenômenos de maior relevância para a intervenção do sanitarista, com a população, as autoridades e programas responsáveis.

2. SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

A literatura pertinente assinala que existem relações estatisticamente mensuráveis entre os níveis de vida da população e a situação de saúde, em espaços temporais e geográficos específicos.

A verificação dessas hipóteses associativas envolvem o estudo preliminar de grande número de variáveis de interesse potencial para análise o que se supõe a utilização do "survey" por amostragem descritiva. É preciso que se defina um número relativamente pequeno de variáveis mais relevantes, para que se direcione as decisões relativas às programações de saúde, conhecendo-se as "pessoas-em-situação" na área estudada.

Em Rio Grande da Serra, dada às características de Município mais carente da Região Metropolitana da Grande São Paulo e às condições de atenção que lhe são dirigidas por diversas instituições, atualmente, há propício apoio para o desenvolvimento de estudo do tipo proposto.

3. OBJETIVOS DA PESQUISA

- Construir a micro-análise da comunidade, setorizada

em aspectos básicos a serem correlacionados em síntese diagnósticas.

- Identificar as variáveis sócio-econômico-culturais que descrevem o perfil da família típica de Rio Grande da Serra.
- Analisar, com testes estatísticos, a associação das variáveis reveladas como mais significativas para intervenção prioritária em saúde.

4. HIPÓTESE BÁSICA

"Existe uma associação entre a situação sócio-econômica da família e seu nível de saúde, em Rio Grande da Serra".

Essa associação pode ser mensurada através do uso de variáveis selecionadas como relevantes pela Equipe.

5. METODOLOGIA

Utiliza-se a técnica do "survey descritivo", na pesquisa empírica.

A delimitação do objetivo de estudo se formaliza na seleção de variáveis identificadas pela equipe como relevantes, a partir de:

- observação participante
- contato global
- observações do meio-ambiente
- opções teóricas adotadas com base em pesquisa documental
- pré-teste de formulários
- restrições de tempo e recursos disponíveis.

Na micro-análise são variáveis estudadas para descrição da realidade municipal, a seguir relacionadas:

- situação e organização geográfica
- processos de mudança cultural
- estrutura demográfica
- dados básicos da situação de saúde
- organização social: as instituições e a estrutura social
- estrutura econômica
- infra-estrutura municipal

No inquérito domiciliar se busca a explicação de fenômenos relacionados à situação de saúde da população—aproximando-se do estudo de possíveis relações causais.

- Variável dependente - "situação de saúde das famílias.

Para o estudo parte-se do total definido pela Empresa, no recente levantamento ~~cadastral~~ realizado, que identificou em 2.375 o número de domicílios.

Adota-se, para o desenho amostral, os seguintes procedimentos estatísticos:

- amostra de 17% ——— 403 domicílios
- perda de 7,5% ——— 30 domicílios
- Total a ser sorteado 433 domicílios

- cálculo do intervalo:

$$n = 433 \text{ moradias}$$

$$K = \frac{2375}{433} = 5,485$$

$$f = \frac{1}{n} = \frac{1}{5,485} = 0,182$$

$$R = 1 \text{ (adotado)}$$

Utiliza-se o computador da FSP/USP para o sorteio das moradias a serem visitadas, na listagem geral existente.

A operacionalização das variáveis se constitui na identificação a seguir descrita:

- Situação sócio-econômica e cultural das famílias:
 - . bairro de moradia, segundo vilas sorteadas;
 - . tipo de entrevistado, segundo vinculação com o chefe;
 - . número de pessoas na família, segundo faixa etária e sexo;
 - . tempo de moradia da família em Rio Grande da Serra;
 - . procedência da família, segundo moradia imediatamente anterior a atual;
 - . existência de parentes em Rio Grande da Serra;

- . regime de ocupação da moradia;
 - . acesso à água potável;
 - . tipo de instalações sanitárias;
 - . existência de pessoas analfabetas na família;
 - . frequência atual ou não frequência atual de mem
bro da família, na faixa etária de 7 a 14 anos;
 - . motivos alegados para a não frequência dos membros
assinalados como fora de escolas atualmente, na fai
xa de escolaridade obrigatória;
 - . número de anos de escolaridade do chefe da família;
 - . tipo de ocupação do chefe da família, segundo esca
la adotada de hierarquização ocupacional;
 - . existência atual de pessoas desempregadas nas famí
lias visitadas;
 - . renda total mensal da família, em relação ao salá
rio-mínimo vigente;
 - . renda individual mensal da família, em relação ao
salário-mínimo vigente;
 - . conhecimento das necessidades sentidas pela popula
ção, em relação aos problemas gerais do bairro, às
soluções sugeridas e a quem compete adotar;
 - . conhecimentos das necessidades sentidas pela popu
lação, em relação aos problemas de saúde de seu
bairro, às soluções sugeridas e a quem compete re
solver.
- Situação de saúde das famílias:
- . número de pessoas que adoeceram nas famílias, no
mês anterior;
 - . número de pessoas que se hospitalizaram, das famí
lias, no mês anterior;
 - . número de mortes ocorridas em crianças com menos
de 1 anos de idade, nas famílias, nos meses anterior;
 - . tipo de recursos de saúde utilizados pela família
para tratamento de doenças em Rio Grande da Serra;
 - . tipo de recursos de saúde utilizados pela família
para tratamento de doenças, fora de Rio Grande da
Serra.

Previsto o cruzamento de variáveis selecionadas, com a aplicação do teste qui quadrado e níveis de significância, para identificar as variáveis pertinentes para prioridade de alternativas de intervenção da equipe

Recursos existentes e cronograma:

- Recursos humanos; equipe de saúde da FSP/USP.
- Recursos materiais: já alocados no projeto geral de ação da Equipe.
- Recursos financeiros: já disponíveis no projeto geral.
- Recursos institucionais; relacionados no projeto geral.
- Cronograma: incluído no cronograma mestre do grupo.

Observação:

Em Apêndice nº 2 encontra-se o formulário utilizado para as entrevistas domiciliares.

Ao término da aplicação dos formulários pela Equipe, nas entrevistas domiciliares, constatou-se as seguintes ocorrências de limitações já previstas para o controle da pesquisa:

TABELA 1 - Ocorrências de realização ou não das entrevistas domiciliares na amostra estudada de famílias sorteadas, segundo tipo de domicílios.

Entrevistas Especificação domicílios	Realizadas	perdas	Não Realizadas	Total
Sorteados na amostra	374	44	15	433
Casas duplas	42	3	-	45
TOTAL	416	47	15	478

Fonte: Mapa de controle do Inquérito Domiciliar - Trabalho de Campo Multiprofissional - Rio Grande da Serra/78.

TABELA 2 - Motivos das perdas ocorridas para não realização de entrevistas domiciliares.

Motivos	Freqüência
Recusa	3
Ninguém em casa	5
Ausentes temporariamente	3
Casa desocupada	3
Casa demolida	2
Na amostra, por engano	2
Não encontrada	2
Casa comercial	3
Casa em construção	6
Casa de fins-de-semana	10
Por erro na amostra (pertence a outro município)	8
TOTAL	47

FONTE: Mapa de controle do Inquérito Domiciliar - Trabalho de Campo Multiprofissional - Rio Grande da Serra/78.

4.2- Resultados obtidos na fase preliminar

No contato global e na micro-análise da comunidade foram considerados os seguintes itens de reconhecimento da área, tomado o município como - um - todo, para efeito de conhecer a sua unidade social.

Considera-se esta fase como "preliminar", pois está sendo dada continuidade ao programa de pesquisa e de intervenção - na área, garantido pelos demais integrantes do "grupão", após desligamento desta equipe da FSP-USP, da área. Outro aspecto relevante é de que esta é a primeira monografia traçada sobre o município, por componentes, desta grande Equipe integrada e servirá de base para os demais trabalhos escritos a serem elaborados pelas instituições e grupos envolvidos.

Basicamente são registrados, a seguir, os dados mais significativos obtidos na micro-análise de Rio Grande da Serra, relativos a sua situação e organização geográfica; aos processos percebidos de mudanças sociais; à sua estrutura demográfica; aos dados básicos sobre as condições de saúde; à sua organização social (considerando-se a família, a igreja, o Estado, a organização do trabalho e outras instituições consideradas relevantes face aos seus objetivos em Rio Grande da Serra); à sua estrutura social (os grupos sociais, as classes sociais, os "status" e papéis, a interação social, as situações de lideranças, atitudes e valores morais e sociais); destacam-se dados referentes à estrutura econômica e à infra-estrutura local.

Apos esta tentativa de observar o perfil ambiental do município, são referidos os achados do inquérito domiciliar, podendo-se, a seguir, construir numa tentativa de síntese diagnóstica da situação de saúde, inserido esse setor, sistemicamente, no contexto global comunitário.

Resultados da micro-análise são aspectos relevantes na micro-análise do Município.

1. Situação e organização geográfica

A comunidade objeto da micro-análise é um Município - Rio Grande da Serra - e além dos marcos que delimitam fisicamente o município, considera-se como fator principal na sua delimitação

tação como numa comunidade, o interesse comum que nucleia seus moradores. Esta opção se justifica tendo em vista o reconhecimento de que a influência exercida pelo ambiente é da maior importância para a compreensão da conduta e das atitudes dos grupos sociais das comunidades.

1.1- Informes Geográficos

A cidade de Rio Grande da Serra fica na Região do Grande São Paulo, a uma altitude de 748 metros acima do nível do mar e a uma distância de cerca de 50 Km da Capital.

A área do Município é de 33 Km², limitando-se ao norte com Ribeirão Pires, ao sul com Santo André, a leste com Suzano e a oeste com Ribeirão Pires.

Suas coordenadas geográficas são de aproximadamente : latitude sul - 23º 42' 30", longitude WGr - 46º 24' 28".

Quanto a aspectos climáticos, o município está situado numa região de clima temperado e a temperatura média é de 16°C. A pluviosidade é bastante elevada, apresentando média anual de 1400mm.

Situando-se numa região de elevada altitude, junto à nascente da Represa Billings, a cidade está sujeita a neblina durante todo o ano em consequência de sua posição geográfica - próxima à Serra do Mar. A neblina atinge a região porque os vapores encontrando a barreira da Serra se elevam e encontrando menor pressão condensam-se. Em todas as estações do ano ocorre essa neblina, principalmente das 10 às 14 horas.

1.2- Núcleos populacionais

Rio Grande da Serra está composto por 42 vilas, a seguir relacionadas, como núcleos distanciados da sede do município (Prefeitura) em percurso realizado a pé:

- Menos de 5 minutos distanciados do Centro:
Vila Cristiana, Vila Estância Rio Grande
- 5 minutos em relação ao Centro: Vila Cancela Fontes, Vila Rio Grande, Vila Gonçalves, Vila Albano;

- 10 minutos em relação ao Centro: Vila Figueiredo, Vila Arnoud;
- 15 minutos em relação ao Centro: Jardim Santa Teereza, Vila Parque Indaiá, Vila Lavínia, Parque Sete Pontes, Acampamento Anchieta, Parque Rio Grande, Jardim Maria Paula;
- 30 minutos em relação ao Centro: Vila Conde Siciliano
- 40 minutos em relação ao Centro: Recanto das Flores, Recanto Monte Alegre, Jardim Rachel, Jardim Guiomar, Jardim Encantado, Vila Fordiani, Chácara Carreiras, Vila Marcos;
- 50 minutos em relação ao Centro: Vila Nova California, Chácara São Paulo, Parque Pouso Alegre, Chácara Santa Fé, Chácara São Francisco, Oásis Paulista, Vila Lydia, Chácara Sante Inácio, Vila Ota, Vila Niwa, Parque do Governador;
- 60 minutos em relação ao Centro: Vila Tsuzuki;;
- 80 minutos em relação ao Centro: Vila São João.
- 120 minutos em relação ao Centro: California Paulista, Chácara Esperança.

2. Processo de mudança cultural do Município

É da maior importância que sejam estudados os processos de mudanças verificados do passado ao presente, na análise comunitária. A Equipe de Saúde poderá, com estes dados, estar atenta e compreender a aceitação de novos valores culturais e a eliminação dos antigos, além de identificar as mudanças surgidas com a introdução de novos elementos (receptividade às mudanças). É relevante também que se detenha em avaliar os elementos culturais adquiridos pelos indivíduos mais conservadores (consequência da mútua ação, aculturação). Vale ressaltar que os conflitos entre as diversas correntes culturais se refletem inteiramente na vida social dos grupos e na personalidade dos indivíduos.

Dessa forma, reflete-se sobre os motivos e as formas - que explicam o processo de desenvolvimento gradual do município. Percebe-se que os fatores iniciais imprimem certas características na formação do povoado e continuam influenciando em seu desenvolvimento.

2.1- Histórico de Rio Grande da Serra

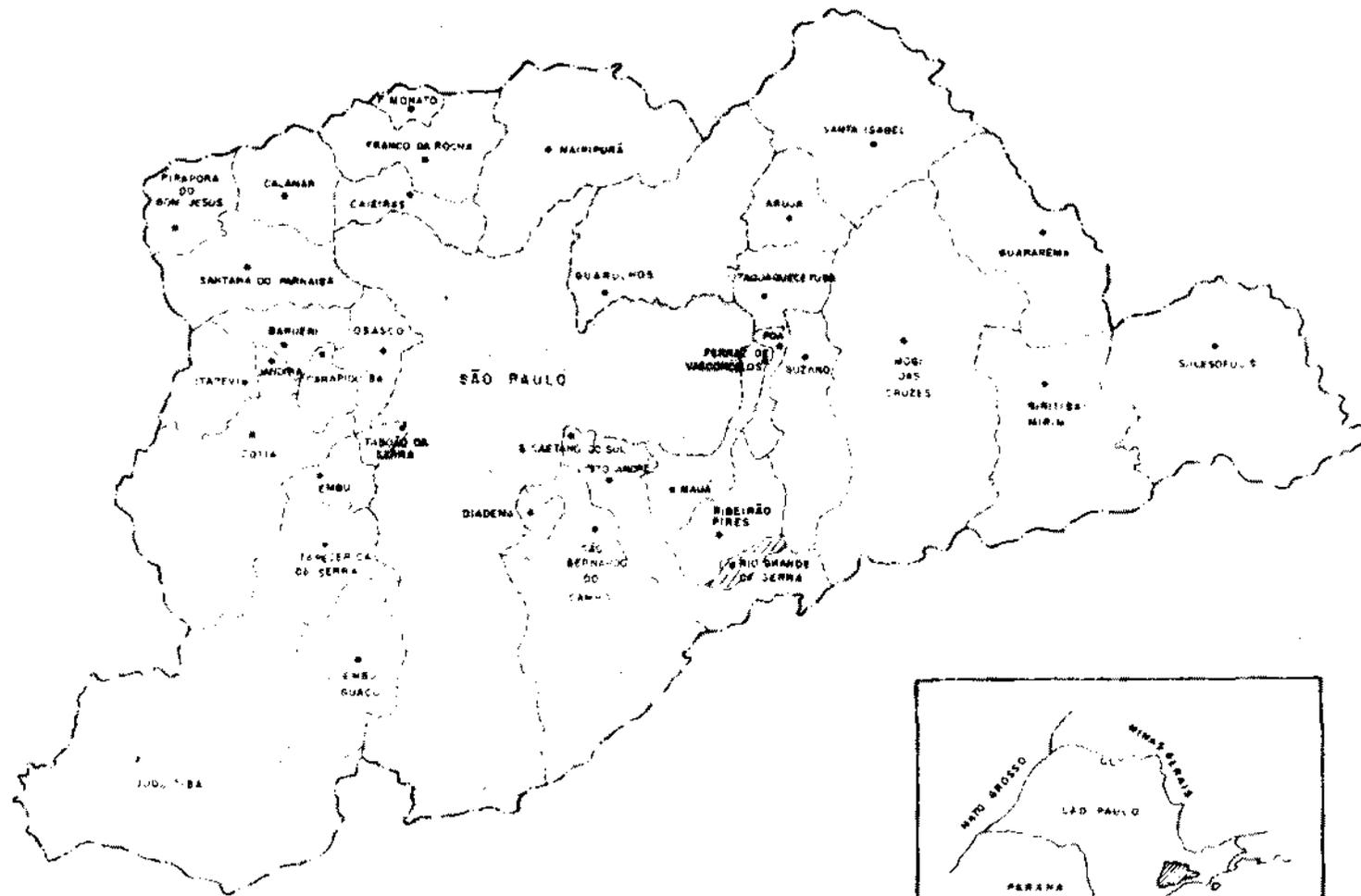
Rio Grande da Serra nasceu da fundação de Mogi das Cruzes, em 1611, quando as tropas que levavam sal para aquela cidade, vindas de S. Vicente pelo Caminho do Zanzalá, pousavam numa região de Santo André da Borda do Campo. Com esse pouso de tropeiros cresceu uma povoação que ficou fazendo parte de Ribeirão Pires, assim que este município se emancipou politicamente. A povoação recebeu o nome de Icatuaçu, assim que foi elevada a distrito em 1954.

Em 31-13-1963 foi elevada à categoria de município, através da Lei nº 8050 e, depois da instalação da Câmara Municipal, seu nome mudou para a denominação primitiva: "Rio Grande", acrescido de "da Serra", por causa da sua localização próxima à Serra do Mar.

Rio Grande da Serra comemora seu aniversário a 3 de maio, dia de Santa Cruz.

Os principais feriados do município são: Sexta-Feira Santa (data móvel); 3 de Maio - Dia de Santa Cruz e dia da Cidade; Corpus Christi - (data móvel), 2 de Novembro - Finados.

Atrações turísticas: Serras e locais turísticos são na sua maioria ao longo da Represa Billings, que banha grande parte de Rio Grande da Serra; são também atrações turísticas a Igreja de São Sebastião, Igreja da Pedreira, Fonte Radioativa, Fonte Nossa Senhora de Lourdes e Sítio Santo Antonio.



GRANDE SÃO PAULO
DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA



QUADRO 1 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO - 70/60 e 75/70

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO			EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO	
	1960	1970	1975	70/60	75/70
ARUJÁ	5.758	9.571	12.503	66	31
BARUERI	16.671	37.808	49.600	127	31
BIRITIBA MIRIM	5.712	9.033	11.719	58	30
CAIEIRAS	9.405	15.563	20.361	65	31
CAJAMAR	6.438	10.355	13.615	60	31
CARAPICUIBA	17.590	54.873	72.086	212	31
COTIA	14.409	30.924	40.390	115	31
DIADEMA	12.308	78.914	103.319	541	31
EMBU	5.041	18.148	23.685	260	30
EMBU GUAÇU	4.773	10.280	13.449	115	31
FERRAZ DE VASCONCELOS	10.167	25.134	33.025	147	31
FRANCISCO MORATO	2.554	11.231	14.628	340	30
FRANCO DA ROCHA	25.376	36.303	47.476	43	31
GUARAREMA	7.668	12.638	16.630	64	32
GUARULHOS	101.273	236.811	311.318	134	31
ITAPECERICA DA SERRA	14.253	25.314	33.063	78	31
ITAPEVI	10.182	27.569	36.015	170	31
ITAQUAQUECETUBA	11.456	29.114	37.983	154	30
JANDIRA	2.047	12.499	16.284	510	30
JUQUITIBA	5.863	7.267	9.517	24	31
MAIRIPORÃ	12.842	19.584	25.596	53	31
MAUÁ	28.924	101.700	141.557	252	40
MÓGI DAS CRUZES	94.482	138.751	163.946	47	18
OSASCO	114.828	283.073	376.689	147	33
PIRAPORA DO BOM JESUS	2.490	3.709	4.845	49	31
POÁ	15.829	32.373	42.267	104	30
RIBEIRÃO PIRES	17.250	29.048	38.285	68	32
RIO GRANDE DA SERRA	3.955	8.397	10.489	112	29
SALESÓPOLIS	9.130	9.557	13.135	5	37
SANTA IZABEL	11.787	17.161	22.457	46	31
SANTANA DE PARNAÍBA	5.244	5.390	7.104	3	32
SANTO ANDRÉ	245.147	418.826	515.232	71	23
SÃO BERNARDO DO CAMPO	82.411	211.662	267.038	145	32
SÃO CAETANO DO SUL	114.421	150.130	170.675	31	14
SUZANO	27.094	55.460	72.600	105	31
TABOÃO DA SERRA	7.173	40.945	53.583	470	31
CAPITAL	3.709.274	5.924.615	7.198.608	60	22
R.M. EXCETO CAPITAL	1.081.971	2.215.115	2.842.524	105	28
REGIÃO METROPOLITANA	4.791.245	8.139.730	10.041.132	70	23

FONTE : Censo Demográfico (1960 e 1970).
1975 - População Estimada.

Pessoas não naturais do Município
Segundo o censo no I.B.G.E., 1970

Grande parte da população não é natural do Município. A maior parte é formada por indivíduos provenientes de outros Estados da Federação. A representação maior cabe ao Estado de Minas Gerais (1.367 hab.) e a menor ao Território de Fernando de Noronha (1 hab.). Do total de habitantes 2.543 são oriundos deste Estado.

Outras nacionalidades também se fazem presentes. As colônias: japonesa (99 hab.), portuguesa (72 hab) e espanhola (15 hab) são as mais representativas.

Dados colhidos, ainda pelo Censo de 1970 e que dizem respeito a pessoas não naturais do Município por tempo de residência mostram maior número de habitantes na classe de 11 anos e mais. Em outras palavras, de um total de 5.854 pessoas, 1448 residem no município há 11 anos e mais e 1277 há menos de um ano.

População Urbana e Rural

Em 1970 a população de Rio Grande da Serra encontrava-se distribuída predominantemente na zona urbana, (86%).

Densidade Demográfica

Embora exista uma controvérsia quanto à área ocupada pelo município variando de 28 Km² a 33 Km² o Censo de 1970 baseou o seu trabalho na primeira medida, para a qual corresponderiam 296,93 hab por Km².

3. Condições de saúde - aspectos básicos do Município

3.1 - Hospitais de referência

Rio Grande da Serra não possui hospital ou unidade de saúde similar para prestação de serviços de saúde em caráter de emergência e ou de pacientes internos.

Os casos de urgência ou que carecem de contínuo tratamento são encaminhados aos hospitais de referência localizados - nos municípios limítrofes ou não.

Levantamento de 5 meses de movimentação da ambulância municipal no ano de 1978 possibilita identificar o destino dos pacientes transportados por motivos de consultas, remoções, atendimento de INAMPS, assistência como indigentes e outros.

QUADRO nº 3 - Destino de pacientes transportados para hospitais de referência em Rio Grande da Serra- jan-maio/78.

MUNICÍPIO	Unidades Hospitalares	Nº de pacientes	Total
Ribeirão Pires	Hospital Ribeirão Pires	443	444
	Clinica de Repouso	1	
Santo André	Hospital Municipal	190	369
	Hospital FAISA	90	
	Inst.de Profilaxia Raiva	56	
	Outras unidades	33	
Mauá	Hosp.e Maternidade de Mauá	50	131
	Hosp.Imaculada Conceição	35	
	Pronto Socorro Municipal	25	
	Outras unidades	21	
S. Bernardo do Campo	Hosp.Príncipe Humberto	2	3
	Hosp. SANSIL	1	
Diadema	Hosp.São Lucas	1	1
São Caetano do Sul	Hosp.São Caetano	3	6
	Outras unidades	3	
Suzano	Hosp.São Sebastião	1	1
São Paulo Capital	Hosp.do Cancer	2	7
	Hosp.das Clínicas	1	
	Outras unidades	4	
TOTAL			942

Fonte: Levantamento documentario-Gabinete Prefeito
Mapas de Movimentação de Viaturas.

Após levantamento dos registros de saída e destino da ambulância da Prefeitura de Rio Grande da Serra, a qual remove os pacientes para os hospitais de cidades vizinhas, obtivemos como Hospitais de Referência, os de maior procura e atendimento.

Em Ribeirão Pires, distante 8 Km de Rio Grande da Serra, encontra-se o Hospital de Ribeirão Pires de natureza lucrativa, sendo um Hospital Geral com 100 leitos, somados a mais ou menos 25 leitos extras, sem determinação de seu número por especialidade.

A Instituição mantém convênio com algumas indústrias localizadas em Rio Grande da Serra, entre as quais a Eletro Cloro S/A., além do INAMPS e o Serviço Público.

O prédio do Hospital é próprio à finalidade, tendo bom aspecto. Seu abastecimento de água é feito pela rede pública, possuindo reservatório com capacidade de 40.000 l. A rede de esgoto é pública.

O Corpo Clínico é composto de 32 médicos, distribuídos nas diversas especialidades : Anestesiologia, Cardiologia, - Clínica Geral, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Ginecologia Ortopedia e Traumatologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinologia, Neurologia, Neurocirurgia, Pediatria, Psiquiatria e Urologia.

Dos Serviços de Diagnóstico e Tratamento, o único - próprio da Instituição é o Radiodiagnóstico, possuindo uma sala com três aparelhos em funcionamento, cujas amperagens são de 50, 300 e 500 mA. Os demais: Patologia Clínica, Anatomia Patológica e Radioterapia/Radiunterapia, Banco de Sangue, Fisioterapia, Eletrocardiografia e Eletroencefalografia, são serviços contratados a terceiros.

A Equipe de Enfermagem constitui-se de: uma enfermeira responsável pelos serviços, os auxiliares de enfermagem e os atendentes. O Centro Cirúrgico está localizado no andar térreo, possuindo três salas, não estando divididas por especialidades. Dentro do Centro Cirúrgico encontra-se o Centro de Material onde são feitas as esterilizações de todo material. O Centro de Recuperação, pós-anestésico fica localizado ao lado do Centro Cirúrgico, com duas salas, cada uma com um leito.

O Centro Obstétrico possui duas salas de pré-parto e uma sala tanto para partos normais como cirúrgicos. O Berçário possui 19 berços distribuídos entre normais e prematuros. O número de partos em 1977 foi de 1.014 normais e 319 cesáreos.

O Ambulatório, localizado no mesmo terreno e com prédio próprio, funciona no horário das 08 às 19 horas, atendendo às diversas especialidades, anteriormente descritas, em 11 salas. Não nos foi possível obter o número de consultas realizadas por dia. Fora do horário de atendimento estipulado, este é realizado pela Unidade de Emergência em dois consultórios com duas salas de repouso e observação.

O Serviço de Arquivo e Estatística está a cargo de um técnico de arquivo. O Sistema de Arquivamento empregado é cruzado (alfabético e numérico). O arquivamento é descentralizado: um no ambulatório e outro no Hospital (internações).

A Instituição não conta com Serviço Social.

O Serviço de Nutrição e Dietética está a cargo de um nutricionista; não existindo câmaras frigoríficas, o material perecível é estocado em geladeiras. Não há cozinha própria para dietas especiais. O Lactário, separado da cozinha, prepara as mamadeiras.

O Serviço de Farmácia fornece medicamentos às suas unidades, não havendo secção semi-industrial.

A Instituição serve de campo especializado para estudantes de medicina da Faculdade do Grande ABC.

A percentagem de ocupação é de 100% ressaltando que os leitos extras normalmente estão ocupados. A percentagem de óbitos no ano de 1977 ficou em torno de 0,4%.

A referida Instituição presta atendimento, além da população de Ribeirão Pires, às cidades circunvizinhas como Parapiacaba, Rio Grande da Serra, Riacho Grande, Suzano e outras.

Uma outra Instituição Hospitalar muito procurada e que oferece atendimento à Rio Grande da Serra, está localizada em Mauá distante 14 Km, é o Hospital e Maternidade de Mauá, sito à Rua Kennedy nº 2. É um Hospital Geral com 240 leitos, não divi

dados especificamente por especialidades; com fins lucrativos, possuindo convênios os mais diversos, que não nos foram fornecidos, a não ser o do INAMPS. O Hospital encontra-se em fase de expansão, estando em construção um prédio para onde serão transferidos alguns serviços e aumentado o número de leitos.

O abastecimento de água é feito pela rede pública. Não há reservatório mas encontra-se em perfuração um poço artesiano que irá abastecer o Hospital; este é servido pela rede de esgoto - pública.

O Corpo Clínico é composto por mais ou menos 50 médicos das diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. O Serviço de Diagnóstico e Tratamento conta com alguns serviços próprios e outros contratados à terceiros. O Laboratório Clínico e de Anatomia Patológica funcionam no próprio Hospital; alguns exames não são realizados por requererem aparelhagem especial, sendo então enviados à laboratórios de terceiros.

O Serviço de Radiologia possui duas salas em funcionamento e outra ainda em construção. Possui, este serviço, três aparelhos com 75 e 240 mA, posteriormente funcionará um de 500 mA. A instituição não conta com Serviços de Radioterapia e Radiunterapia, que é contratado à terceiros assim como o Serviço de Transfusão de Sangue. Os Serviços de Eletrocardiografia e de Eletroencefalografia pertencem ao Hospital.

A Divisão de Enfermagem conta com dois profissionais de nível superior para a chefia de 200 elementos entre auxiliares e atendentes.

O Centro Cirúrgico localizado no andar térreo possui duas salas de cirurgia. Dentro desta unidade funciona o Centro de Material onde são feitas as esterilizações, entretanto não possui Centro de Recuperação pós-anestésico. O Centro Obstétrico - tem uma sala de pré-parto e duas outras onde são realizados os partos normais e cirúrgicos. Não nos foi fornecido o número de partos ocorridos no ano anterior, mas tem-se como estimativa que são realizados mais ou menos 15 por dia, dos quais 20% são cirúrgicos. O Berçário conta com 45 berços.

A Instituição possui consultórios para atendimento -

ambulatorial em dois locais diferentes: um na R. Santa Cecília e outro na R. Ivaí, além do Ambulatório no próprio Hospital. O horário de atendimento é das 07 às 17 horas; fora deste horário as consultas, em caso de emergência, são feitas no Pronto Socorro.

O Serviço de Arquivo e Estatística está a cargo de um técnico de arquivo. O Sistema empregado é o alfabético. Tanto o Hospital como os Ambulatórios possuem um arquivo, não sendo portanto centralizado. O Serviço Social não é chefiado por um profissional de Assistência Social, mas sim por leigo treinado. O Serviço de Nutrição e Dietética e a Farmácia tem as mesmas características do Hospital de Ribeirão Pires.

A Instituição serve como campo de aprendizado a estudantes de medicina das Faculdades de Santos, Mauá e do Grande ABC.

A percentagem de ocupação do Hospital, normalmente atinge os 100%, sendo inúmeros os leitos extras.

Um terceiro Hospital está localizado em Santo André, distante 24 Km. É o Hospital Municipal de Santo André, na Av. João Ramalho, 326 - Vila Assunção - de natureza Municipal Geral, com 120 leitos divididos entre as várias especialidades, anteriormente mencionadas no Hospital de Ribeirão Pires. Todos os leitos do Hospital são gratuitos e a Instituição não possui convênios, atendendo indistintamente a todos que procuram seus serviços. A percentagem de atendimento ambulatorial é, em média, de 250 pacientes por dia.

O prédio onde funciona o Hospital é adaptado. O abastecimento de água e a rede de esgoto são servidos pela rede pública; possui também um reservatório com capacidade de 5.000 l.

O Corpo Clínico é composto por 31 médicos nas diversas especialidades.

Por se tratar de um Hospital Escola, o Laboratório - de Anatomia Patológica fica na Faculdade de Medicina (FABC) onde são feitos os exames anatomo-patológicos. Os demais Serviços de Diagnóstico e Tratamento, a saber: Laboratório Clínico, Radiodiagnóstico, Banco de Sangue, Fisioterapia, Eletrocardiografia e Ele-

Medico Particular

Consultório particular localizado em Rio Grande da Serra, na R. José Maria Figueiredo, 226, propriedade do Dr. Ermínio Antonio da Paz (CRM 27758), de nome Clínica Geral e Ginecológica - Homens, Mulheres e Crianças, com atendimento de segunda à sexta feira após as 17 horas e aos sábados das 08 às 12 horas.

O médico reside em Mauá, clínica Medicina do Trabalho em indústrias de Mauá no período matutino e, em Rio Grande da Serra na indústria Pollone à tarde, das 13 às 17 horas. Terminado seu horário nesta indústria, dirige-se à Clínica para verificar se há clientes à espera; não havendo, vai embora, de onde conclui-se que sua assistência é mínima. As dependências da Clínica são adaptadas.

Para se avaliar a situação da assistência hospitalar de uma determinada região, é usual a utilização do número de leitos como medida da capacidade de atendimento das unidades hospitalares.

A proporção de leitos hospitalares expressa a relação entre o número de leitos e o total da população. É um indicador que traduz de maneira simples a capacidade hospitalar de dada região, embora nada informe a respeito da qualidade dos serviços prestados, uma vez que equipara os leitos de um Hospital dotado de equipamento ultrapassado aos leitos de uma clínica moderna e bem aparelhada. Para análise da capacidade hospitalar adota-se, usualmente, como padrão mínimo, 8 leitos por 1000 habitantes. Este indicador engloba os três tipos de leitos: gerais, especializados e infantis.

Para calcular esse indicador foi feita uma estimativa populacional das três cidades que atendem Rio Grande da Serra a saber: Ribeirão Pires, Mauá e Santo André. Tomando-se os censos de 1960 e 1970 com os quais obtivemos a seguinte população:

CIDADE	População	
	1960	197
Ribeirão Pires	21.205	29.117
Mauá	28.924	101.726
Santo André	245.147	418.578

FONTE: Censo Demográfico de 1960/1970
IBGE

CIDADE	População estimada para 1978
Ribeirão Pires	35.445
Mauá	159.966
Santo André	557.322

Sendo o Hospital Ribeirão Pires o único da localidade de tem-se o número de 283,56 leitos por 1:000 habitantes. Já se pode observar a discrepância entre leitos oferecidos (100) e o necessário à sua população.

Quanto a Mauá e Santo André, não nos foi possível verificar a oferta de leitos de todos os Hospitais, apenas os que oferecem atendimento a Rio Grande da Serra. O Hospital Municipal de Mauá conta com 240 leitos e o de Santo André com 120 leitos. Feito o cálculo, obtivemos 1.279/1000 habitantes para Mauá e 4.458/1000 habitantes para Santo André.

Através destes dados, pode-se afirmar que a procura é muito maior que a oferta, apontando uma deficiência na assistência quanto a internações.

3.2 - ANÁLISE DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE SAÚDE DE RIO GRANDE DA SERRA

1. Identificação

Centro de Saúde de Rio Grande da Serra, CS V da Secretaria de Saúde de Estado de São Paulo. Pertence ao Distrito Sanitário de Santo André, que por sua vez está subordinado à Divisão Regional da Grande São Paulo (DRS 1).

2. Localização:

O Centro de Saúde localiza-se à rua Carlos José da Graça Veiga Carlson, em local de fácil acesso à população que chega ao Centro geralmente a pé. A cidade não possui transporte inter-municipal, e a população de fora não frequenta este Centro de Saúde.

3. Horário de Funcionamento e de Atendimento ao Público

O Centro de Saúde funciona das 6:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

O atendimento ao público é feito nos seguintes horários:

Atendimento médico CIAM - 6:00 às 8:00 horas

Atendimento médico S.S. - 8:00 às 12:00 horas

Atendimento Odontológico 12:00 às 14:00 horas

Atendimento de enfermagem 6:00 às 17:00 horas

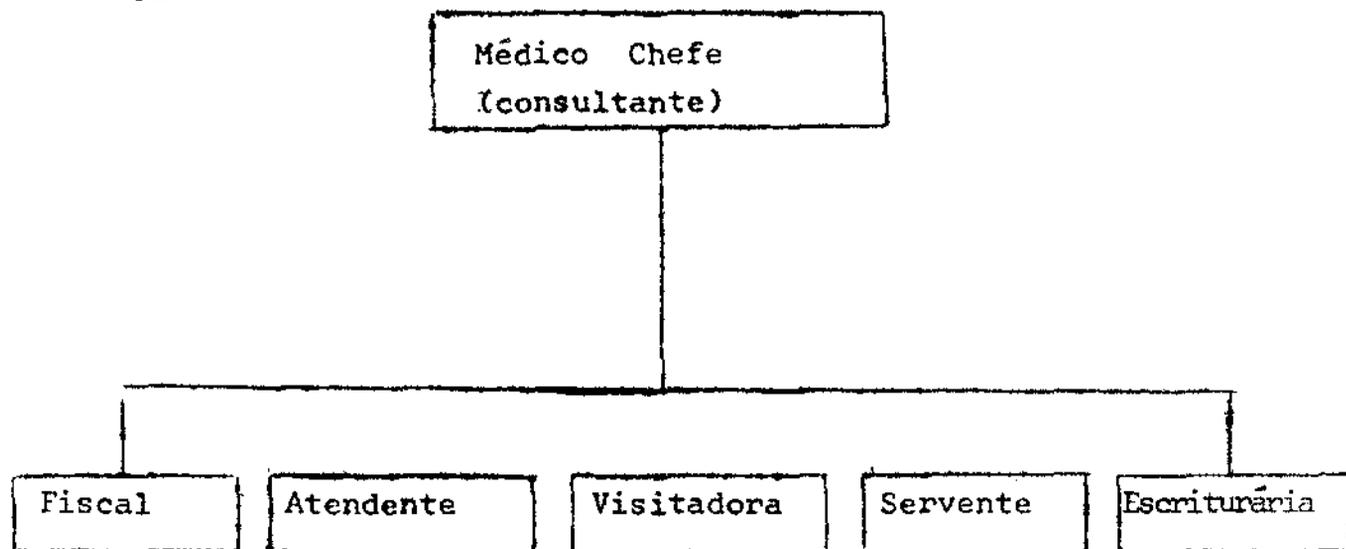
Atendimento administrativo 8:00 às 17:00 horas.

4. Organograma

O pessoal do Centro de Saúde desconhece o organograma. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo tem um organograma padrão para C.S. V (apêndice nº), se comparado a estrutura oficial com a encontrada na Unidade, verifica-se que há uma defasagem de 3 categorias profissionais, previstas como indispensáveis. As atribuições de servente são realizadas pelo pessoal de enfermagem, as de fiscal sanitário e de visitador, simplesmente não são realizadas.

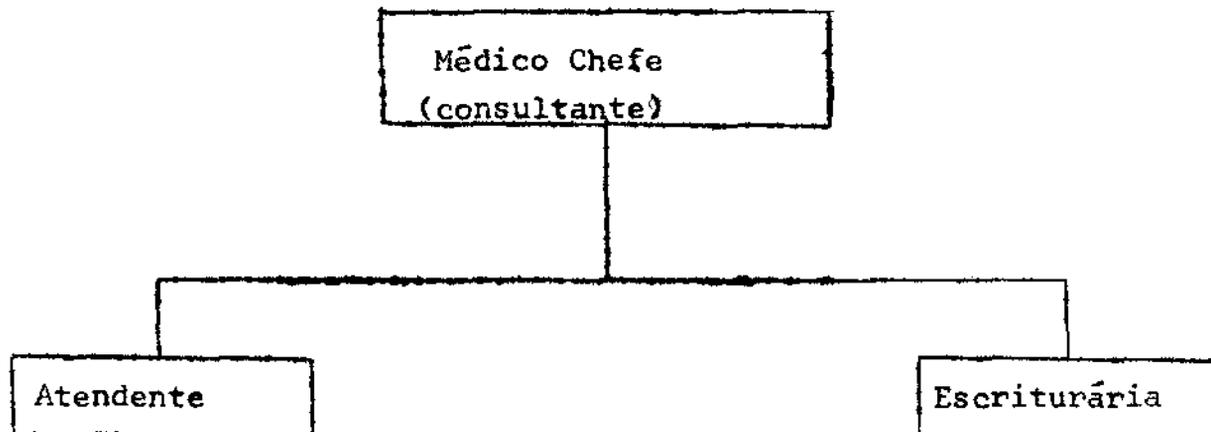
Segundo a estrutura vigente, comparando-se as estruturas oficial e real do Centro de Saúde V, temos a seguinte situação:

ORGANOGRAMA OFICIAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
CS V

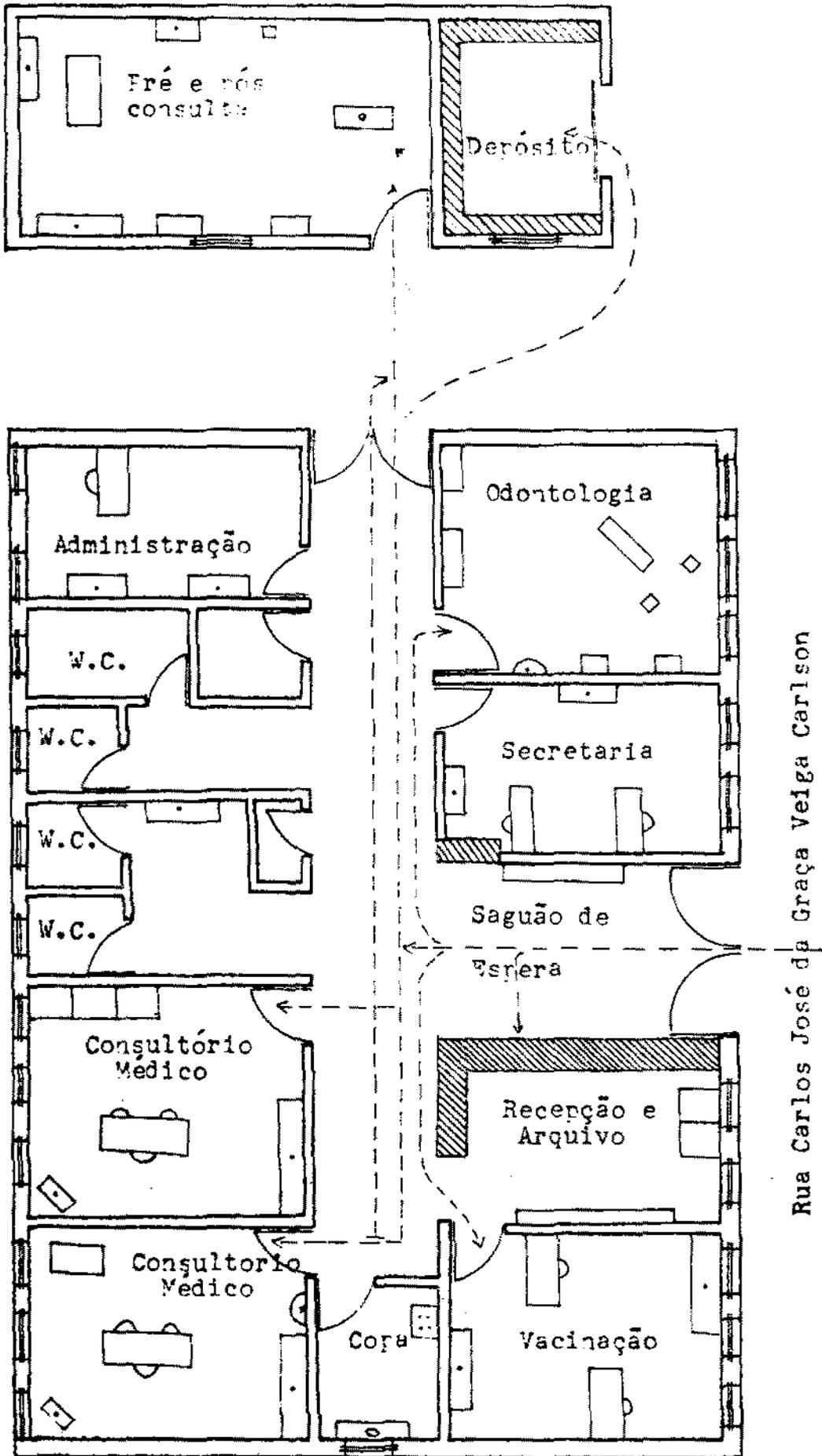


Fonte: Portaria nº 8/72 da S.S.E.S.P.

ORGANOGRAMA REAL DO CENTRO DE SAÚDE DE RIO GRANDE DA SERRA



Centro de saúde de Rio Grande da Serra
Planta



5. Capacidade Instalada:

Prédio construído há menos de 3 anos, especialmente para CS V, seguindo projeto padrão da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O terreno foi doado pela Prefeitura Municipal e a Secretaria de Saúde arcou com o ônus da construção e instalação.

Possui, no prédio principal, 2 consultórios médicos, 1 odontológico, 1 sala de vacinação, 1 secretaria, 1 sala de administração, 1 sala de recepção e arquivo, 1 copa e 4 sanitários. Na garagem está instalada a Farmácia e a sala de atendimento de enfermagem. (vide "lay-out" apêndice nº).

O abastecimento de água é feito pela rede geral da SABESP, não possui rede pública de esgoto, utiliza o sistema de fossa séptica.

A ventilação e a iluminação natural e artificial são satisfatórias.

Embora o piso e as paredes sejam de material lavável, a limpeza é precária, isto porque o Centro de Saúde não conta com serviço de limpeza ou serviços. O trabalho é feito, a título de colaboração, pelo pessoal de enfermagem.

O Centro de Saúde possui equipamento e material permanente e de consumo suficiente para o atendimento a que se propõe.

6. Quadro 4 Dimensionamento de pessoal do Centro de Saúde de Rio Grande da Serra em setembro/78

Categoria Profissional	nº	vínculo	jornada diária de trabalho
Médico	1	CIAM	2 hs.
	1	S.S.	4 hs.
Odontólogo	1	Prefeitura	2 hs.
Atendente	3	Prefeitura	6 hs. + 2hs. CIAM
Escriturário	1	Prefeitura	6 hs.
Auxiliar de expediente	1	Prefeitura	6 hs. + 2hs. CIAM
T O T A L	8		

Fonte: Centro de Saúde de Rio Grande da Serra.

7. Fichário

7.1 - Tipo e organização

O fichário do Centro de Saúde de Rio Grande da Serra é centralizado e organizado em 3 partes:

- fichário-índice em ordem alfabética
- fichário-controle em ordem de agendamento
- fichário dos prontuários em ordem numérica.

7.2 - Funcionamento

Matrícula - mediante a apresentação de um documento de identidade. A matrícula precede a inscrição em qualquer programa ou sub-programa. Nesta oportunidade são preenchidos os seguintes documentos:

- prontuário do cliente - envelope padrão
 - folha de informações
 - folha de atendimento
- cartão índice
- ficha de controle
- cartão de identificação e agendamento

8. Atividades prestadas à população

8.1 - Assistência à Gestante

- horário de atendimento

As consultas são realizadas no período da manhã e o atendimento de enfermagem no período da tarde.

- pessoal existente:

Médico geral

Atendente

- Atividades realizadas

O fato do Centro de Saúde em estudo ser 'CS V' limita bastante a capacidade da unidade em desenvolver todas as atividades previstas no programa de assistência à gestante, exigindo adequação aos seus recursos disponíveis. Tal situação foi constatada através da entrevista e observação e é prevista pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Agendamento

Diariamente são feitos os agendamentos para as consultas e atendimento de enfermagem, segundo o cronograma estabelecido pela Secretaria de Saúde e que se encontra afixado em vários locais do Centro de Saúde.

- Consulta Médica

A consulta é composta de pré-consulta, consulta e pós-consulta. A pré-consulta é realizada por uma atendente e consiste em:

- verificação de peso
- verificação da temperatura, se necessário
- perguntas e anotações de queixas.

A consulta é realizada por um clínico geral, pois um CS V, de acordo com a orientação da Secretaria da Saúde, não comporta nenhum especialista.

A pós-consulta é realizada por um atendente e consiste na entrega de medicação, orientação de como tomá-la, encaminhamentos e agendamento para a próxima vinda.

- Atendimento de Enfermagem

O atendimento de enfermagem é realizado por uma atendente e as tarefas desenvolvidas não diferem da pré e pós-consulta médica.

- Exames Laboratoriais

Os exames de rotina realizados no pré-natal são:

- grupo sanguíneo e RH
- urina tipo I
- proto-parasitológico
- suplementação alimentar

O suplemento distribuído é o Gestal e a entrega é feita sem demonstração. Cada gestante possui uma cota mensal de 6 pacotes.

A pessoa encarregada da distribuição informou que muitas clientes fazem bolos e pudins com o Gestal, porque o preparo indicado não o torna saboroso e apetitoso. Assim, pode-se concluir que a gestante não ingere a quantidade necessária de Gestal, mas divide a sua cota com a família.

- Vacinação

Todas as gestantes são encaminhadas para a vacinação antitetânica a partir do 5º mês de gravidez, recebe agendamento para retorno, quando necessário.

- Atividades Educativas

São limitadas as orientações feitas na pós-consulta, pois o Centro de Saúde não conta com profissional preparado para a realização desta atividade.

- Visita Domiciliar

Não são realizadas por falta de pessoal. Também não são feitas as convocações para gestantes faltosas.

- Número de gestantes previstas

Tomando-se por base 4% da população de 1978, o número de gestantes prevista para este ano é 495,32 gestantes.

- Número de gestantes inscritas

Até fins de agosto deste ano, 113 gestantes estavam inscritas no Programa.

- Produtividade

- Concentração = $\frac{346}{113} = 3,06$ consulta/gestante

- Rendimento $\frac{113}{128,1} = 0,88$ consulta/hora/médico

(1 hora diária do instrumento dedicada a atividade)

8.2 - Assistência à Criança

- Horário de atendimento

As crianças são atendidas para consulta médica no período da manhã e

- Atendimento odontológico - crianças de 5 a 15 anos são atendidas pelo odontólogo apenas para extração dentária. A programação odontológica não é seguida.
- Suplemento Alimentar - é fornecido para todas as nutrizes cujas crianças estão inscritas no Programa.
- Produtividade

Tabela - - Concentração das atividades de Assistência à Criança, segundo a faixa etária, no Centro de Saúde V - Rio Grande da Serra - São Paulo - julho de 1977 a julho de 1978.

Concentração	idade	0 — 1 ano		1 — 5 anos		5 — 15 anos	
		Prevista	real	Prevista	real	Prevista	real
Consulta médica		3	7,29	0,25	4,05	0,3	2,30
Consulta Odontológica*		-	-	0,25	-	0,1	-
Consulta Oftalmológica		-	-	0,1	-	0,1	-
Atendimento Enfermagem**		8	-	1,5	-	0,01	-

Fonte: Boletim de produtividade do Centro de Saúde

*não foi possível registrar porque os dados existentes não estão separados por faixa etária.

** não foi possível registrar o realizado porque os dados existentes englobam todas as atividades de enfermagem.

- Extensão de cobertura - 100%

Tendo por base a população infantil de 0 a 14 anos, o número de crianças previstas para o ano em curso é de 5.580 crianças.

Até fins de agosto de 1978, 395 crianças estavam inscritas no Programa.

Concentração - $\frac{1735}{395} = 4,43$ consulta/criança

Rendimento - $\frac{395}{128,1} = 3,08$ consulta/hora/médico

(7 meses, 1 hora dedicada à atividade)

Observação - O cálculo de produtividade foi feito para o período de janeiro a julho de 1978. A cobertura foi calculada para toda a população, porque o Centro de Saúde é o único recurso de saúde do Município.

8.3 - Assistência ao Adulto

Horário de Atendimento - das 7:00 às 17:00 horas.

Pessoal existente -

Médico

Atendentes

Atividades realizadas -

Consulta médica - da mesma forma que nos demais Programas a consulta médica é composta de pré-consulta, consulta e pós-consulta.

Atendimento de Enfermagem - nesta atividade estão incluídas todas as tarefas realizadas pela enfermagem e não só as atividades definidas como atendimento de enfermagem.

Atendimento odontológico - são atendimentos apenas para extração dentária.

Extensão de cobertura - 100% da população

Número de adultos previstos = 6.793

Número de adultos inscritos = 189

Produtividade

Concentração - $\frac{566}{189} = 2,99$ consulta/adulto

Rendimento - $\frac{566}{128,1} = 4,41$ consulta/hora/médico

8.4 - Imunização e Testes correlatos

Horário de atendimento - das 8:00 às 11:00 e da 12:00 às 17:00 horas. Este horário fica prejudicado porque a atendente colabora com outros setores do Centro de Saúde.

Pessoal existente

1 atendente

1 auxiliar de expediente (apenas 6.^a feiras para B.C.G.)

Esquema utilizado - o esquema utilizado para vacinação é o mesmo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Estoque, conservação e controle da data de vencimento dos produtos - A Unidade sanitária é abastecida mensalmente. Para a estocagem das vacinas possui um "frizzer" e para conservação das vacinas em uso - há uma geladeira. Os antígenos estavam armazenados conforme as - normas da Secretaria de Saúde, entretanto, não localizamos o termômetro para controle da temperatura. O vencimento dos produtos é controlado em anotações feitas em caderno especial.

Registro das vacinas e controle de retornos - as vacinas aplicadas são marcadas na ficha de registro padronizada e na mesma ficha é - marcada a data de retorno a lápis.

Caderneta de vacinação - são fornecidas cadernetas de vacinação a todas as crianças de 2 meses a 6 anos de idade. São preenchidas - conforme a orientação da Secretaria de Saúde. Entretanto, as mães - não recebem orientação quanto ao valor da caderneta e quanto ao retorno para completar as doses da vacina.

A situação de cobertura é registrada na tabela a seguir:

TABELA 4

Situação de Cobertura - Vacinação - das Crianças de 0 a 14 anos, no Centro de Saúde de Rio Grande da Serra - São Paulo de Janeiro de 1978 a Julho de 1978.

Faixa Etária	População	Tríplice		Dupla		Tétano		Sabin		V.A.V.	Sarampo	B.C.C	
		3a. dose	reforço	3a. dose	reforço	2a. dose	reforço	3a. dose	reforço			Oral	I.D.
0 — 1	403	265	-	12	-	-	-	246	26	247	239	233	-
%	7,2	65,7	-	2,9	-	-	-	61,0	6,45	61,2	59,3	65,2	-
1 — 4	1717	22	64	8	1	24	1	74	64	28	18	-	-
%	30,7	1,28	3,72	0,46	0,05	1,39	0,05	4,3	3,72	1,63	1,04	-	-
5 — 14	3470	-	-	06	-	03	-	1	1	17	2	-	357
%	62,07	-	-	0,17	-	0,08	-	0,02	0,02	0,48	0,05	-	16,6
Total	5590	287	64	26	1	27	1	321	91	292	259	263	327
%	100	68,9	3,72	3,53	0,05	1,47	0,05	65,32	10,19	63,31	60,39	65,2	16,0

Fonte: Boletim de Imunização do Centro de Saúde de Rio Grande da Serra.

8.5 - Sub-Programa de Tisiologia

Horário de atendimento - 8:00 às 17:00 horas

Pessoal existente

1/2 médico

1/4 atendente

Atividades realizadas - A unidade, por ser CS V só realiza consulta médica para diagnóstico inicial, e encaminha os doentes para o Distrito Sanitário de Santo André. A coleta de material para baciloscopia é feita no Centro de Saúde, e semanalmente recolhido pela Secretaria de Saúde.

9 - Atendimento Odontológico

Horário de atendimento - 12:00 às 14:00 hs.

Pessoal existente

1 odontólogo

Atividades realizadas -

Extrações dentárias para adultos e crianças, com prioridade de atendimento.

10 - ~~Epidemiologia~~

As doenças de notificação compulsória são registradas no livro modelo E-2, e posteriormente transcritas no modelo E-4 e encaminhadas - ao Distrito Sanitário de Santo André.

A investigação epidemiológica não é realizada de rotina por falta - de pessoal.

11. Saneamento

Sendo CS V não possui atividades específicas de saneamento.

12 - Serviço Social

O Centro de Saúde não conta com pessoal da carreira de serviço social

13 - Enfermagem

Horário de trabalho - das 6:00 às 17:00 horas de segunda a sexta feira.

Pessoal existente - 3 atendentes

A supervisão de enfermagem é feita semanalmente pela enfermeira do Distrito Sanitário de Santo André.

Atividade fim - executada pelo pessoal de enfermagem, é a prestação de assistência de enfermagem de Saúde Pública, dentro das limitações impostas pelo preparo do pessoal.

Atividades realizadas - atendimento de enfermagem, vacinação, pré e pós consulta e administração de medicamentos.

Atendimento de enfermagem - realizado nos programas de assistência à criança, à gestante, ao adulto e no sub programa de tuberculose. As ações desenvolvidas são: controle de peso, mensuração, anotações de queixas, encaminhamentos e orientações gerais. Na coleta de dados estatísticos todas as ações executadas pela enfermagem são englobadas em 'atendimento de enfermagem'.

Vacinação - As vacinas são aplicadas obedecendo a técnica específica de cada tipo. Não há relato de acidentes ou complicações das vacinas. As ações desenvolvidas pela atendente são:

aplicação das vacinas;

preenchimento da caderneta de vacina;

conservação das vacinas;

limpeza, desinfecção e esterilização do material.

A esterilização é feita na estufa. O Centro de Saúde possui uma auto-clave, tipo vertical, que não é utilizada por ser inadequada. Apenas o material para o BCG intra-dérmico é esterilizado na auto-clave do Distrito Sanitário, em Santo André. O estoque de material é renovado semanalmente.

Quanto à orientação do cliente, deixa muito a desejar, pois não é feita sistematicamente, e os usuários ficam desorientados quanto ao retorno, validade das vacinas, reações e mesmo efeitos da mesma.

Administração de medicamentos - esta atividade não é própria do Centro de Saúde, mas pela necessidades da população, é executada principalmente com adultos.

Pré e pós-consulta - realizada de acordo com o programa.

14 - Atividades educativas

Não são realizadas

15 - Laboratório

Não possui laboratório próprio ou contratado. Os pacientes são encaminhados para o Distrito Sanitário de Santo André ou outros Municípios.

16 - Relacionamento formal e informal do Centro de Saúde

Não há relacionamento formal entre o Centro de Saúde e outras entidades, exceto com a Secretaria de Saúde do Estado através do Distrito Sanitário de Santo André. O relacionamento informal, em pequena escala, se verifica em relação a algumas escolas do Município.

17 - Depósito de medicamentos, suplementos alimentares e material de consumo.

O depósito está instalado em uma sala adaptada no prédio da garagem. As condições de instalação e o atendimento da demanda são satisfatórios.

Medicamentos -

Os medicamentos são estocados em prateleiras de madeira que foram as paredes da sala. O fornecimento de medicamentos não é regular, porém, tem sido suficiente para atender a demanda.

A distribuição de medicamentos é feita mediante prescrição do médico do Centro de Saúde.

Suplementos Alimentares

Os suplementos alimentares são enviados regularmente pelo Distrito Sanitário de Santo André, e ficam estocados, parte na sala de medi-

camentos e outra parte na sala de vacinação. A distribuição é feita de acordo com os programas de assistência à gestante e à criança. Não há problemas de vencimento de prazo porque a demanda é grande.

Material de Consumo

O material de consumo também é estocado na sala de medicamentos e é controlado por uma atendente de enfermagem. O fornecimento tem atendido às necessidades do Centro de Saúde.

18 - Educação em Serviço

Não existe uma sistemática de educação em serviço. Existe a educação informal e o treinamento específico é feito apenas para implantação de programas.

19 - Atividades Administrativas realizadas pelo Médico Chefe

O Médico Chefe do Centro de Saúde é sanitarista do Distrito Sanitário de Santo André, e está provisoriamente chefiando este Centro.

As atividades de chefia propriamente ditas são prejudicadas porque o Médico, por ser o único do Centro, no período de 6:00 às 8:00 horas atende clientes do CIAM, e das 8:00 às 12:00 horas a clientela do Centro de Saúde.

A chefia anterior deixou uma distribuição de tarefas e as funcionárias seguem a orientação recebida anteriormente. Assim sendo, as atividades de chefia se restringem a assinatura de documentos da Unidade.

20. Fluxograma do atendimento da clientela (vide apêndice nº)

21 - Conselho Comunitário

Não existe, e não há informações sobre sua possível criação.

22 - Programas, normas e instruções escritas no Centro de Saúde

Os Programas implantados no Centro de Saúde são as da Secretaria da Saúde, isto é: assistência à gestante, à criança e ao adulto. Sub -

Programa de Tisiologia. O sub-programa de Hanseníase não foi implantado porque não apareceu nenhum doente.

Não foram encontradas normas ou instruções escritas.

23. CIAM

O Convênio do Centro de Integração de Atividades Médicas prevê o atendimento de 1/2 turno, isto é o mínimo de 200 consultas mensais. Isto não significa que diariamente devam ter 10 consultas apenas, um dia poderá ter mais e outro menos. Observou-se que o médico contratado pelo CIAM (que é o mesmo chefe do Centro de Saúde), atende diariamente no horário de 6:00 às 8:00 horas, sistematicamente apenas 10 consultas.

Conclusões

Planta física

O prédio do Centro de Saúde é bem construído, um dos melhores da cidade. A planta física oferece condições de bom funcionamento. O fluxograma do atendimento da clientela apresenta-se inadequado, principalmente pela localização da sala de pós-consulta, conforme documento no Apêndice referido.

Funcionamento

O Centro de Saúde, por diversas razões, não está atingindo o seu objetivo na comunidade. Há uma defasagem entre o que pretende a programação e a realidade do mesmo.

Os principais problemas são:

- descontinuidade no comando do Centro de Saúde. O médico chefe que ocupa o cargo a título precário não consegue fazer uma programação e assumir o comando do serviço.

falta de infra-estrutura de pessoal para um real aproveitamento da capacidade operacional. Tem dois consultórios médicos, bem equipados, e conta apenas com um médico no período da manhã. Tem um consultório odontológico em ótimas condições de equipamento e instalação, e tem um único dentista 2 horas por dia.

As consequências são:

- dinamização externa do Centro de Saúde, praticamente nula, pois não há visitas domiciliares, e o entrosamento com as escolas da comunidade é realmente insignificante.
- o atendimento à demanda espontânea é limitado às disponibilidades do pessoal existente. Não foi possível mensurar a demanda não atendida. Contudo, observou-se que as filas para consulta médica formam-se de madrugada e apenas os 20 primeiros são atendidos. A população, de um modo geral, queixa-se de falta de médico. (vide conclusões do inquérito domiciliar).
- a produtividade é baixa e de má qualidade.
- pode-se concluir que no Centro de Saúde predomina o sistema de medicina individual, bastante limitada. A parte preventiva resume-se na vacinação e no controle de comunicantes de tuberculose. A medicina comunitária carece de orientação e controle.

4.1.3 - Profissionais de Saúde

Os profissionais que atuam no Setor Saúde em Rio Grande da Serra, não residem no município. São oriundos principalmente de Ribeirão Pires e Santo André.

No município há apenas uma freira residente, que é diplomada em enfermagem, porém sua maior atuação não é na área de saúde.

Esta falta de profissionais da saúde que residam no município, principalmente de médicos, faz com que a população fique a descoberto de qualquer tipo de atendimento depois de certas horas do dia e à noite. Isto ocasiona insegurança, insatisfação e muitas vezes soluções erradas para os problemas que surgem.

Em Rio Grande da Serra além dos farmacêuticos temos a atuação de 09 parteiras (curiosas), que vem retratar justamente a assistência de retaguarda ao parto, que podemos considerar até certo ponto um evento imprevisto e que pede uma assistência imediata. Embora estas curiosas tenham sido orientadas, há necessidade de que sejam supervisionadas por um elemento competente. Este elemento poderia ser a freira diplomada.

Em entrevistas realizadas com as "curiosas", com os farmacêuticos e com o médico do Centro de Saúde, **houve unanimidade de opinião nos seguintes aspectos:**

- há falta de um Hospital ou Pronto Socorro;
- há grande incidência de verminoses, parasitoses e doenças das vias respiratórias;
- o município não tem capacidade de absorver a mão de obra nele existente;
- problema sócio-econômico tem repercussões sobre a saúde.

O Centro de Saúde tem sua atuação limitada.

A partir dos problemas levantados pelos entrevistadores e do que foi constatado no município podemos dizer que em Rio Grande da Serra existe um ciclo que precisa ser quebrado:

- a falta de recursos financeiros leva à falta de trabalho e à evasão de mão de obra; esta à falta de assistência à saúde e à deficiência nesta área. Um baixo nível de saúde conduz à baixa produtividade do município, que se vê privado da fonte de renda.

Há que se romper de alguma forma este ciclo para se obter um resultado benéfico e efetivo.

3.3. - Laboratórios e farmácias

Inexistem laboratórios no município e mesmo as escolas não estão equipadas com instalações e material simplificado para exames de baixo custo, ainda que exista curso de II Grau que poderia fornecer habilitação na área de saúde, conforme programação oficial.

Os exames são realizados nas cidades vizinhas. Nem mesmo o Centro de Saúde pelo seu tamanho, CS V, realiza exames laboratoriais, que são encaminhados para o Distrito Sanitário de Santo André. Quando o exame não é realizado pela Secretaria de Saúde, ou usuário fica dependendo do INPS, e se este não tem direito, o exame não é realizado. Como exemplo podemos citar a cultura de urina.

Duas são as farmácias em Rio Grande da Serra. Ambas apresentam uma boa montagem e servem de recurso para os habitantes da cidade nos

seus problemas mais .. simples de saúde.

São de propriedade particular e dirigidas por práticos de farmácia sob a responsabilidade de farmacêuticos junto aos órgãos fiscalizadores da Saúde.

Uma das farmácias em particular apresenta grande movimento de pessoas para atendimentos de emergência em caso de acidentes menores.

A farmácia em Rio Grande da Serra, como em todo o Brasil é para a população um importante recurso de saúde, pois além de dar orientações é o local onde se adquirem os medicamentos, elemento muito valorizado e utilizado em nosso meio e muitas vezes não adequadamente.

3.4- Apreciação geral sobre atendimento odontológico

Existem atualmente em Rio Grande da Serra, dois Consultórios Odontológicos Oficiais e dois Particulares. Estes - últimos prestam atendimento apenas em alguns dias da semana visto que os Cirurgiões Dentistas que neles trabalham não residem na localidade dos Consultórios Dentários Oficiais, embora sendo dois, apenas um encontra-se funcionando regularmente: o do Centro de Saúde.

Consultório Dentário Oficial da Denpao: instalado - na Escola Estadual de 19 e 29 grau de Rio Grande da Serra, não possui Cirurgião Dentista. Eventualmente é feito algum atendimento usando suas instalações por alunos do Projeto Rondon.

Consultório Dentário Oficial da Secretária da Saúde: encontra-se dotado o Centro de Saúde de um dos mais modernos e sofisticados equipamentos odontológicos adquiridos recentemente pelo Estado.

A Programação de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade tem como uma das atividades a serem desenvolvidas - junto à gestante, criança e adultos, o atendimento odontológico. Este é composto pela consulta odontológica e aplicação tó

ica de flúor.

A Consulta Odontológica é prevista prioritariamente na Programação para atender a crianças e gestantes. Envolve a supervisão de saúde oral, diagnóstico e tratamento de cárie dentária e outras patologias. Devem ser atendidos também outros grupos que não os prioritários, conforme as características de cada caso.

A Aplicação Tópica de Flúor é um tipo de atendimento previsto para crianças de 3 a 7 anos. Os Centros de Saúde que incluem tal atividade na sua programação deverão executá-la em todas as crianças inscritas no Programa de Assistência à Criança e que estejam dentro da faixa etária prevista.

Consulta Odontológica - Grupos Prioritários

1- Gestantes

Consulta odontológica de rotina: deverá ser realizada a todas as gestantes inscritas no Programa de Assistência à gestante, nos Centros de Saúde que contem com Cirurgiões Dentistas.

Prioridade de Serviços:

1º - Tratamento de emergência, isto é, alívio a dor. Extração de dentes permanentes com infecção crônica.

2º - Restaurações de todos os dentes permanentes.

O tratamento odontológico completo de rotina deverá ser iniciado e completado preferentemente durante o período gestacional compreendido entre o 3º e 7º mês de acordo com a seguinte escala prioritária:

- 1º Gestantes no 3º trimestre de gravidez
- 2º Gestantes no 2º trimestre de gravidez
- 3º Gestantes no 1º trimestre de gravidez

2º - Crianças

Consulta odontológica de rotina: deverá ser realizada a todo pré-escolar inscrito no Programa de Assistência à criança no Centro de Saúde que contem com Cirurgião Dentista.

Prioridade de Serviços

1º Tratamento de emergência, isto é, alívio a dor. Extrações de dentes permanentes e decíduos com infecção crônica.

2º Restaurações de dentes permanentes e decíduos.

O agendamento de Consultas Odontológicas de rotina deverá atender a uma escala de prioridade de crianças de maior idade para as de menor idade, observando-se as características de cada caso.

A consulta odontológica eventual será dada a crianças de 7 a 14 anos inscritas no Programa de Assistência à Criança e que se apresentarem com dor ou intercorrências agudas que exijam atendimento odontológico imediato. Tal atendimento será apenas em função da intercorrência, não havendo a execução de plano de tratamento.

Situação atual do atendimento odontológico no Centro de Saúde

O Centro de Saúde de Rio Grande da Serra não conta com Cirurgião Dentista pertencente ao Quadro Funcional do Estado. Existe porém um profissional nele prestando atendimento, contratado pela Prefeitura, à disposição do Estado.

Os serviços executados prendem-se tão somente a extrações dentárias sem ordem de prioridades, atendendo a todos que procuram o Consultório Dentário. São extraídos 20 dentes diários, em média.

Em um período de 12 meses de funcionamento, foram atendidos 929 adultos, 26 gestantes e 682 crianças.

3.5 - Política e programas de saúde veterinária

1- Situação atual:

As atividades de campo na área de medicina veterinária, com referência à problemas de saúde, bem como as de agronomia, são executadas por órgãos específicos de prestação de serviços de Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI) da Secretaria dos Negócios da Agricultura do estado de São Paulo, e dados à publicidade através do Instituto de Economia Agrícola, da mesma Secretaria.

No que se refere à defesa sanitária animal, as vacinações preventivas em animais de interesse econômico são concentradas em suínos, tendo sido vacinados, no corrente exercício, cerca de 80 cabeças, contra a peste suína. Para outras zoonoses não foram registradas vacinações sob controle de órgãos da CATI.

Constatou-se, ainda, que em atividades de pecuária e criações alguns criadores se socorrem de órgãos não oficiais, tais como cooperativas.

As vacinações anti-rábicas em cães estão sob responsabilidade do Centro de Saúde local que vacinou um total de 4.720 cães, nos anos de 1975 a 1978, e também, pela captura de 80 cães, desde que pode contar com uma viatura para essa finalidade, mas somente neste ano. Cerca de 10 destes cães capturados foram encaminhados como suspeitos, para São Paulo, e em apenas um deles foi confirmado o diagnóstico para raiva.

Quanto à pecuária e criações, o município oferece dados com referência à suinocultura e avicultura, pois não há exploração de bovinocultura. Assim, o número de suínos oscila em torno de 200 cabeças, sendo que dessas, cerca de 150 foram encaminhadas para abate, resultando um peso de aproximadamente 450 arrobas. Em avicultura, o número atual de aves de granja para corte é de 40.000 cabeças, e as de granja para ovos é de 10.000 cabeças. A produção anual em peso de aves abatidas é de 100.000 Kg correspondentes a cerca de 50.000 cabeças enviadas ou por enviar ao abate, durante o ano. A produção anual de ovos é de 150 mil dúzias - Consumo de produtos de origem animal - O consumo de carne de bovinos é pequeno, mesmo a segunda, bem como o de produtos embutidos. De uma maneira geral, em apenas um dia do mês, a maioria das famílias consome 1 Kg de carne numa refeição. As carnes de aves e de suínos são pouco procuradas principalmente as destes últimos, face as notícias da peste suína.

4.2 - Cálculo e interpretação de indicadores de Saúde de Rio Grande da Serra

Tabela 3 - Evolução da Mortalidade Geral, segundo o local de residência. Município de Rio Grande da Serra - Grande São Paulo e Estado de São Paulo, de 1972 / 1976

por 1.000 habitantes			
Ano	Rio Grande da Serra	Grande São Paulo	Estado de São Paulo
1972	7,75	8,21	8,23
1973	8,29	8,55	8,63
1974	10,63	8,37	8,52
1975	12,72	7,90	8,35
1976	11,48	7,66	8,19

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo).

Mesmo considerando que os coeficientes de mortalidade geral são pouco significativos, porque não distinguem a composição da população, é interessante observar que de 1972 a 1976, em Rio Grande da Serra, esses coeficientes aumentaram de 7,75 para 11,48, e no mesmo período tanto no Grande São Paulo, como no Estado de São Paulo houve uma diminuição de 8,21 para 7,66 e de 8,23 para 8,19 respectivamente. Poder-se concluir que a situação em Rio Grande da Serra não é das melhores. Porque ao se estudar a estratificação das idades na Pirâmide etária, observa-se que o estrato maior se localiza nas faixas etárias mais jovens, cuja alta mortalidade portanto, deve-se às condições deficientes encontradas no município: inadequada assistência médica, baixo nível econômico, condições climáticas adversas, entre outras.

Tabela 6 - Evolução da Mortalidade específica - Cinco principais causas de Óbitos em Rio Grande da Serra, de 1970/1973

por 10.000 habitantes

Causas	Ano			
	1970	1971	1972	1973
1. Violência e Acidentes	11,91	21,93	5,56	11,40
2. Estados mórvidos mal definidos	8,34	11,54	7,64	18,65
3. Enterites	4,76	18,46	16,38	9,32
4. Pneumonia	3,57	15,00	21,85	11,40
5. Cardiopatias e hipertensão	7,15	12,69	8,4	5,18

Fonte - SEPLAN - CIS (Centro de Informação de Saúde).

Observação - Foram trabalhados os dados de 70 a 73, porque os de 74 a 76 estão sendo revistos pelo CIS, por terem saído com incorreções.

Das cinco principais causas de Óbito em Rio Grande da Serra, no período de 70 a 73, apenas as cardiopatias e hipertensão não refletem a situação do município. As causas ligadas a acidentes e violência, mostram a insegurança da cidade com relação ao trânsito. O pedestre não tem calçadas por onde possa caminhar sem perigos; o motorista sente falta de sinalização na cidade, daí o grande número de acidentes de trânsito por atropelamentos, observados em Rio Grande da Serra. Com relação à violência, ela é o retrato do grande número de alcoólatras encontrados na cidade, fruto provavelmente da absoluta falta de lazer. Os estados mórvidos mal definidos traduzem a deficiência de assistência médica e hospitalar.

Tabela 7. - Evolução da Mortalidade Infantil, por residência em Rio Grande da Serra, Grande São Paulo e Estado de São Paulo, de 1972/1976.

por 1.000 nascidos vivos

Ano	Localidade	Rio Grande da Serra	Grande São Paulo	Estado de São Paulo
1972		156,86	93,19	86,15
1973		94,69	94,90	89,17
1974		115,16	87,89	82,34
1975		129,55	88,18	85,29
1976		112,93	82,67	77,31

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde)

Para um estudo mais eficiente seria necessário separar a mortalidade de neo-natal e infantil tardia, contudo, por falta de dados oficiais, foi enfocada apenas a evolução da mortalidade infantil no período de 1972 a 1976.

Como pode ser observado no quadro acima, os índices de mortalidade infantil no Estado de São Paulo e na Grande São Paulo podem ser considerados elevados se comparados com outros países. A situação de Rio Grande da Serra é ainda precária, pois os índices além de serem mais elevados, não apresentaram uma melhora significativa na evolução de 1972 a 1976. E pode-se afirmar que, se o índice não é maior deve-se ao grande número de sub-registro, pelo fato de não haver hospitais na cidade, o que ocasiona evasão nos dados estatísticos.

Tabela 8 - Evolução de Nati-mortalidade dos residentes em Rio Grande da Serra, Grande São Paulo e Estado de São Paulo, de 1972/1976.

por 1.000 nascidos vivos

Ano	Localidade	Rio Grande da Serra	Grande São Paulo	Estado de São Paulo
1972		44,11	21,31	24,76
1973		11,36	21,23	23,83
1974		39,32	20,37	23,01
1975		28,34	19,24	21,58
1976		36,96	19,21	21,04

Fonte: SEPLAN - CIS e Boletim de dados conjunturais - vol. 1976

Os coeficientes de nati-mortalidade de Rio Grande da Serra confirma a precária situação de saúde do município. Os índices são sensivelmente mais elevados do que no Grande São Paulo e no Estado de São Paulo. Exceto no ano de 1973, provavelmente por deficiência estatística, devido ao grande número de sub-registro.

Os coeficientes de mortalidade materna não foram estudados por falta de dados oficiais. Em Rio Grande da Serra não existe maternidade, e não foi possível conseguir dados sobre a morbidade e mortalidade em partos domiciliares.

Tabela 9 - Evolução da Natalidade em Rio Grande da Serra, Grande São Paulo e Estado de São Paulo, de 1972 a 1976.

por 1.000 habitantes

Ano	localidade	Rio Grande da Serra	Grande São Paulo	Estado de São Paulo
1972		22,29	28,05	27,54
1973		27,36	27,76	27,09
1974		35,05	28,48	27,76
1975		46,23	28,73	28,12
1976		43,35	27,96	27,93

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde)

Mesmo considerando a precariedade dos dados estatísticos, pode-se observar pela Tabela V, que o crescimento vegetativo de Rio Grande da Serra é cada ano mais significativo. Em contraposição o Grande São Paulo e o Estado de São Paulo mantem um índice relativamente estável.

Indicadores de Swaroop & Uemura

A razão de mortalidade proporcional para os maiores de 50 anos, em Rio Grande da Serra, apresenta-se baixa: 1970 = 21,56; 1971 = 16,66; 1972 = 25,35 e 1973 = 32,50, o que indica que a maioria da população não chega aos 50 anos de idade.

Tabela 10 - Evolução da Mortalidade Proporcional, por idade, no Município de Rio Grande da Serra, de 1970 a 1973.

por 100 óbitos

Faixa etária	Ano			
	1970	1971	1972	1973
0 - 1 ano	31,37	41,11	45,07	31,25
1 - 5 anos	11,76	5,55	7,04	7,50
5 - 20 anos	3,92	7,77	5,63	5,00
20 - 50 anos	31,37	28,88	16,90	23,75
50 e + anos	21,56	16,66	25,35	32,50

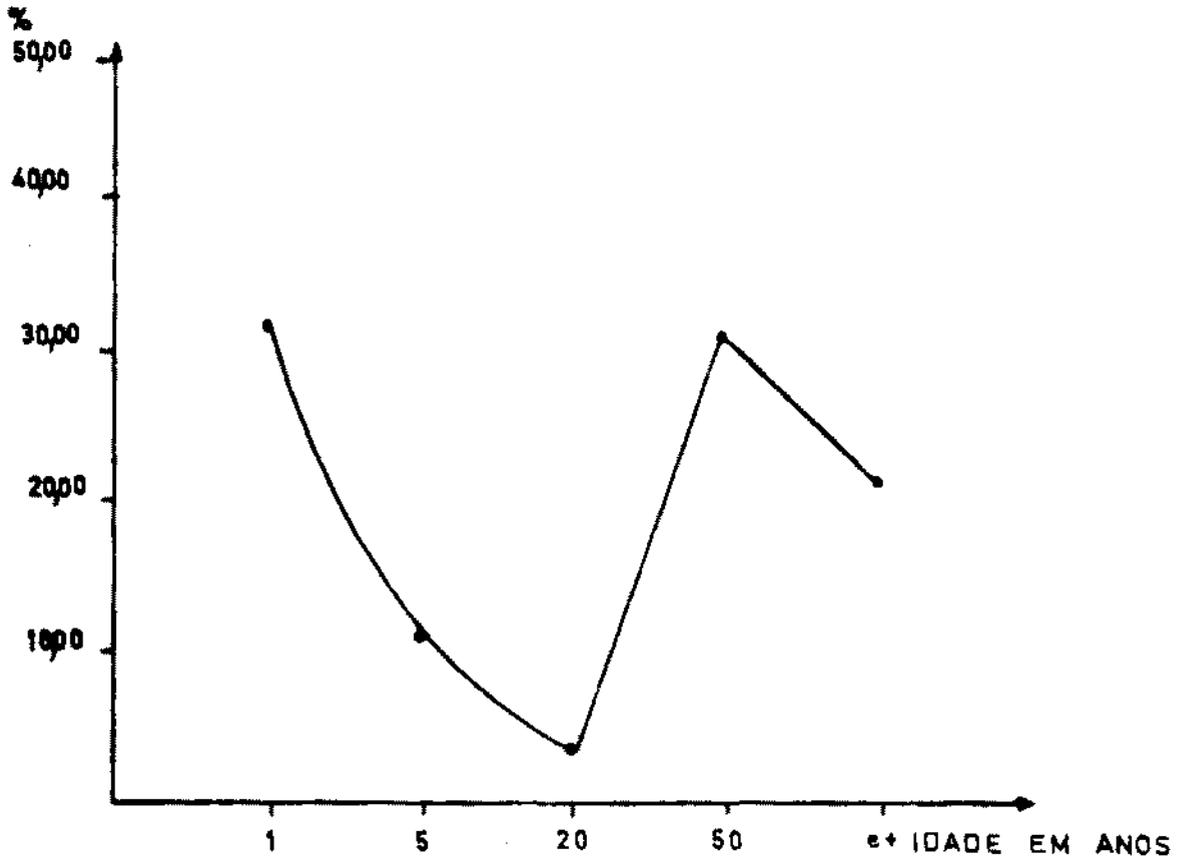
Fonte: SEPLAN-CIS(Centro de Informações de Saúde)

Proporcionalmente a faixa etária que manteve o mais elevado índice de mortalidade, no período de 1970 à 1973, em Rio Grande da Serra, foi a faixa de 0 a 1 ano de idade. Em segundo lugar, para os anos de 70 a 71 foi a faixa etária de 20 à 50 anos, e para os anos de 72 e 73 a de 50 anos e mais.

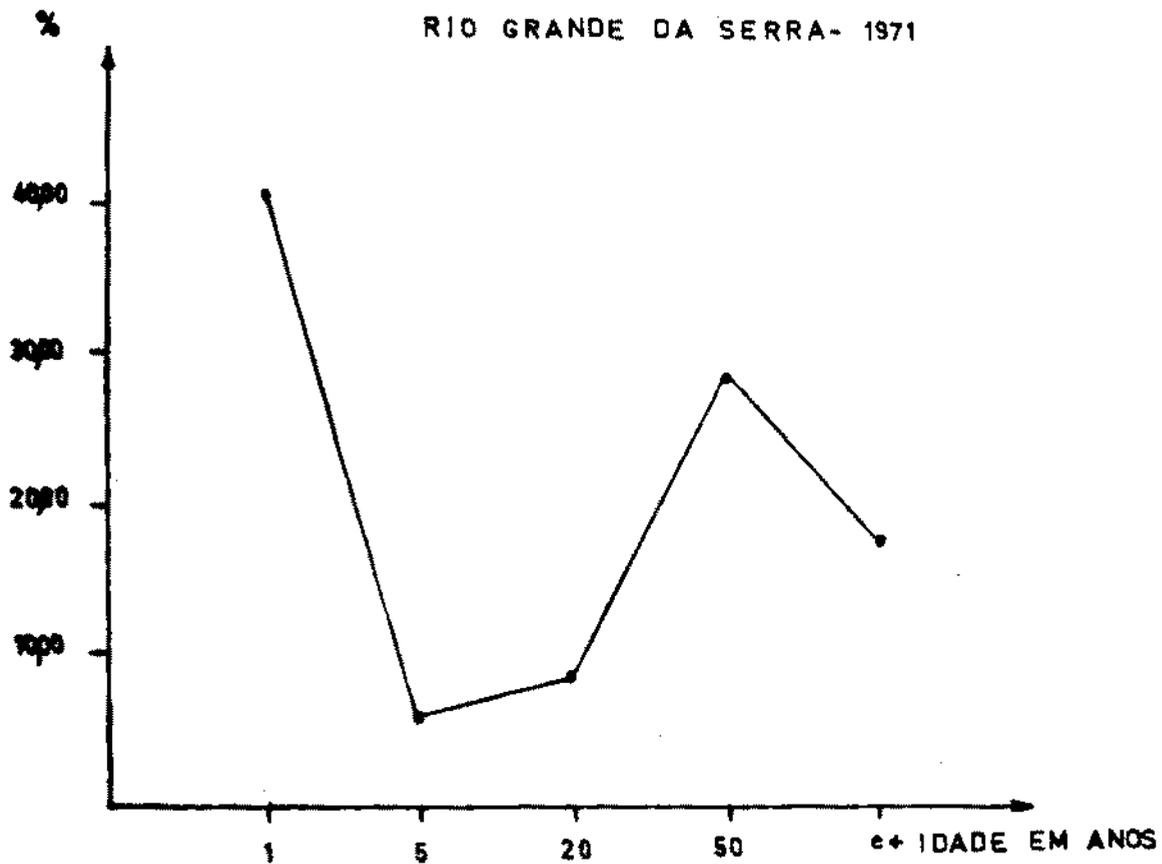
As curvas de Nelson de Moraes dos anos de 1970, 1971 e 1972 mostram uma realidade compatível com o Município de Rio Grande da Serra, isto é, baixo padrão de vida. Entretanto, sem uma razão aparente a curva de 1973 evidencia uma situação de sensível melhoria no nível de vida da população, o que não condiz com a realidade

CURVAS DE NELSON DE MORAES

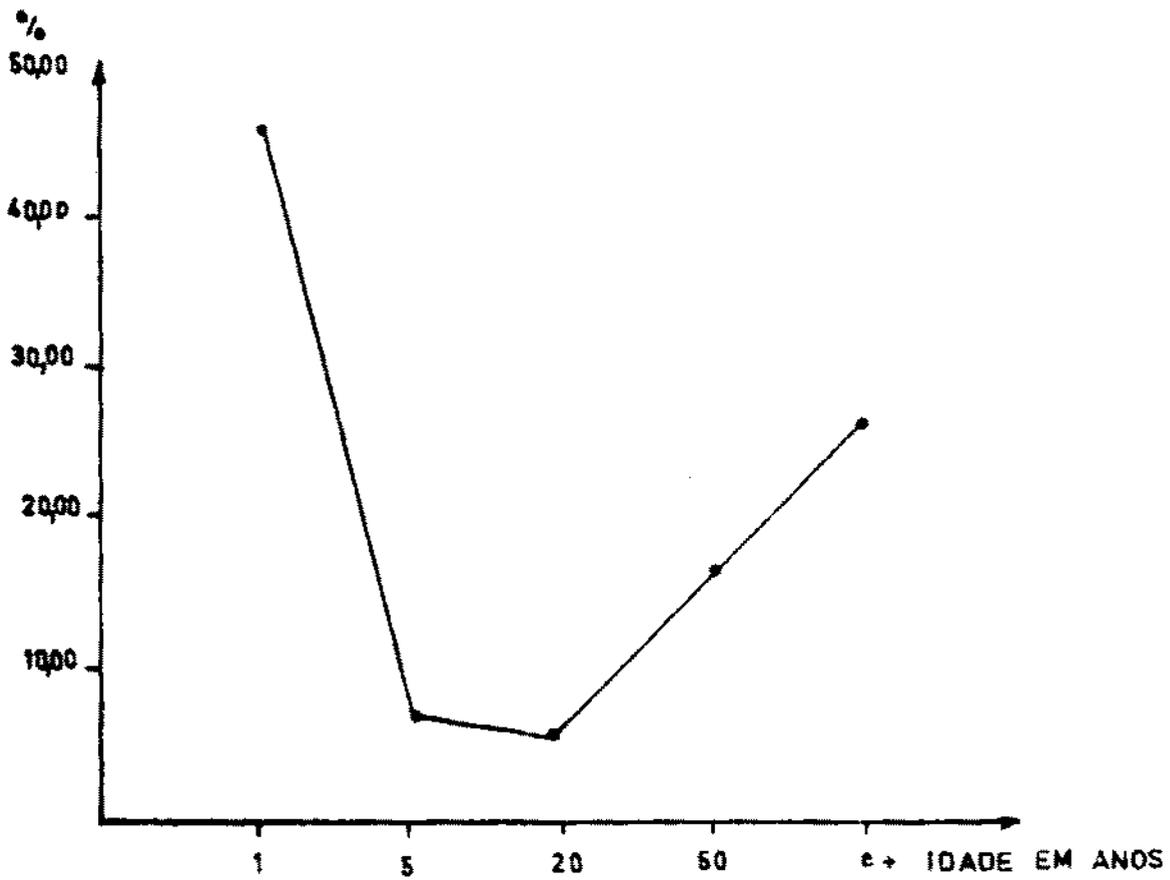
RIO GRANDE DA SERRA- 1970



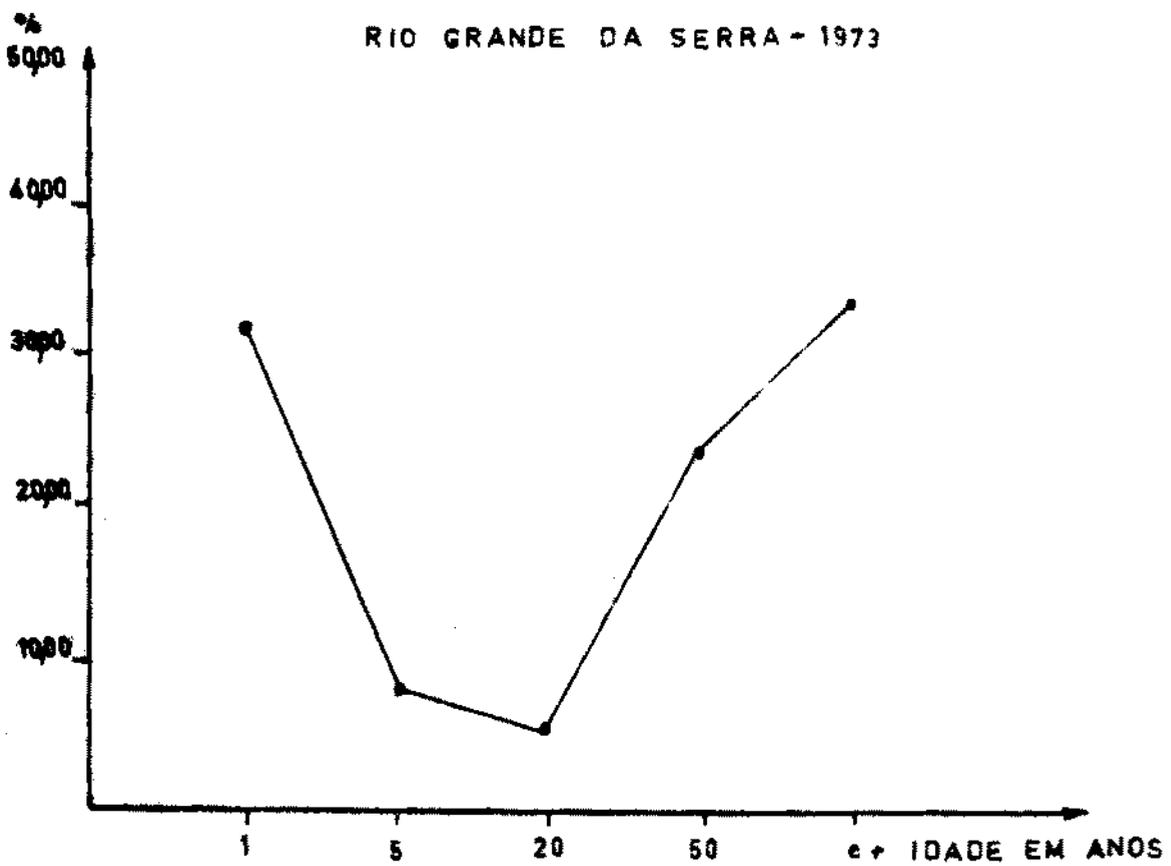
RIO GRANDE DA SERRA- 1971



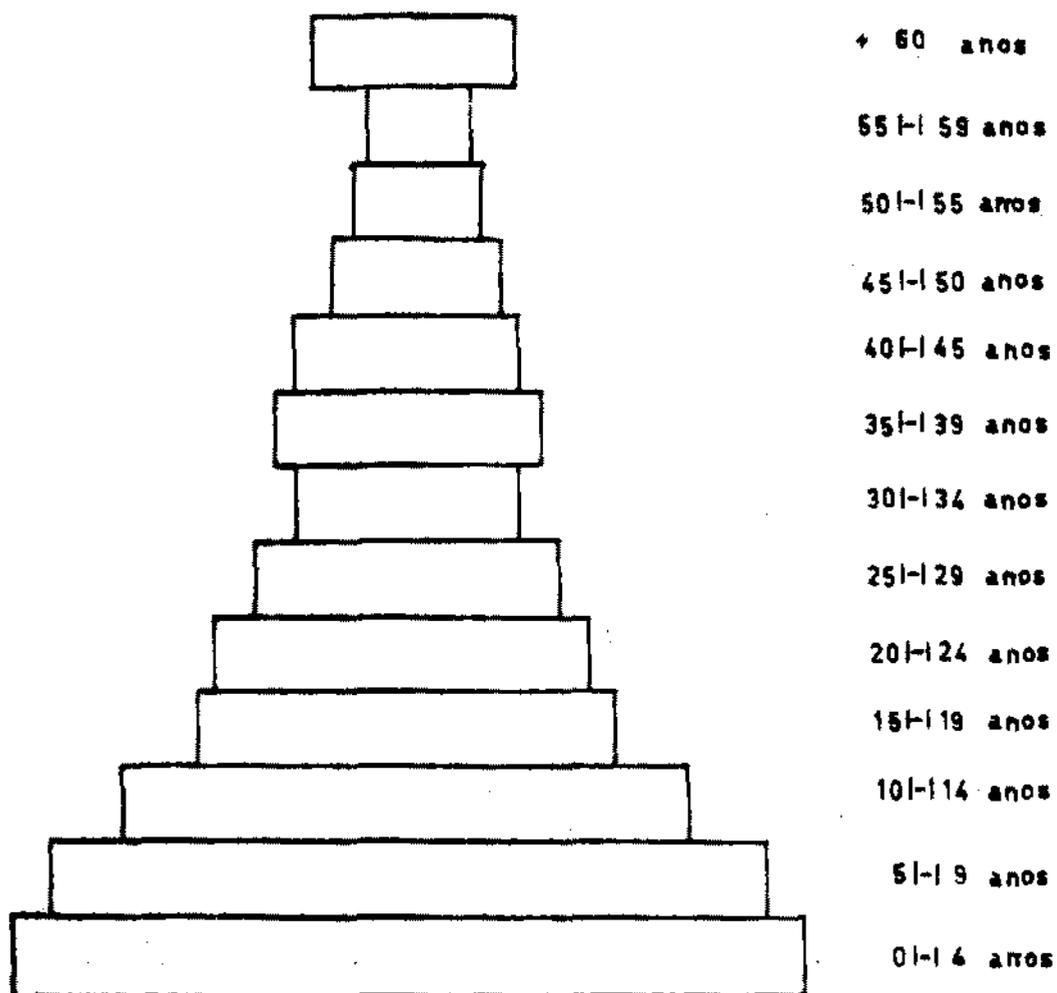
RIO GRANDE DA SERRA - 1972



RIO GRANDE DA SERRA - 1973



PIRÂMIDE ETÁRIA DE RIO GRANDE DA SERRA - 1978



A SINGULAR PIRÂMIDE ETÁRIA DE RIO GRANDE DA SERRA, POIS NÃO TEM INDICAÇÃO DE SEXO, POR FALTA DE DADOS, É CARACTERÍSTICA DE MUNICÍPIO SUB DESENVOLVIDO.

Tabela 11 - Evolução dos coeficientes específicos de Mortalidade por causa e idade, para menores de 1 ano, em Rio Grande da Serra, nos anos de 1970 a 1973.

10.000 habitantes da faixa etária

Causas mais frequentes	Ano			
	1970	1971	1972	1973
1. Peri-natais	164,47	159,23	63,69	57,30
2. Enterites	131,57	477,70	371,56	171,91
3. Gripes e Pneumonias	131,57	318,47	361,44	229,22
4. Estados mórvidos mal definidos	32,89	63,69	63,69	114,61
5. Avitaminoses	32,89	63,69	63,69	85,95

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde)

Os maiores percentuais de mortalidade por causas peri-natais e enterites, retratam a precaríssima assistência médica dada - em geral, e em particular no setor materno-infantil; o lastimável - efeito da inexistência de saneamento básico na cidade.

Em terceiro lugar, estão as Gripes e Pneumonias, que além de ser o espelho da baixa-defesa orgânica das crianças, são também o reflexo das condições climáticas de Rio Grande da Serra, onde o clima é úmido e sempre neblinoso.

Tabela 12 . - Evolução da Mortalidade específica por causa e idade, na faixa etária de 1 a 5 anos, em Rio Grande da Serra, nos anos de 1970/73.

por 10.000 habitantes de 1 a 5 anos

Causas mais frequentes	Ano			
	1970	1971	1972	1973
1. Gripes e Pneumonias	17,66	17,10	24,27	15,34
2. Enterites	0	8,55	8,09	7,67
3. Sarampo	8,83	8,55	0	0
4. Estados mórbidos mal definidos	8,83	0	8,09	7,67
5. Acidentes e violências	8,83	0	0	7,67

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde)

Tabela 13 - Evolução da Mortalidade específica por causa e idade, na faixa etária de 5 a 20 anos, em Rio Grande da Serra, nos anos de 1970 / 1973.

por 10.000 habitantes de 5 a 20 anos

Causas mais frequentes \ Ano	1970	1971	1972	1973
1. Acidentes e violências	3,22	12,48	2,96	5,60
2. Tumores	0	3,12	2,95	0
3. Estados mórbidos mal definidos	3,22	3,12	0	2,80
4. Enterites	0	0	2,95	0
5. Outras causas não classificadas	0	0	2,95	2,80

Fonte: SEPLAN-CIS (Centro de Informações de Saúde)

Tabela 14 - Evolução da Mortalidade Específica por causa e idade, na faixa etária de 20 a 50 anos, em Rio Grande da Serra, nos anos de 1970/1973.

por 10.000 habitantes de 20 a 50 anos

Causas mais frequentes	Ano			
	1970	1971	1972	1973
1. Acidentes e violências	22,45	43,49	11,26	19,52
2. Estados mórbidos mal definidos	6,41	12,42	5,88	11,15
3. Cardiopatias e hipertensão	6,41	18,63	8,82	8,36
4. Pneumonias	0	3,10	2,94	2,78
5. Tumores	3,20	0	0	2,78

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde)

Tabela 15 - Evolução da Mortalidade Específica por causa e idade, na faixa etária de 50 anos e mais, em Rio Grande da Serra nos anos de 1970 a 1973.

por 10.000 habitantes de 50 anos e mais.

Causas mais frequentes	Ano			
	1970	1971	1972	1973
1. Cardiopatias e hipertensão	27,24	79,15	62,57	47,44
2. Estados mórvidos mal definidos	27,24	39,57	12,51	106,76
3. Tumores	0	13,19	37,54	59,31
4. Tuberculose	0	13,19	12,51	11,86
5. Cirrose Hepática	27,24	13,19	12,51	11,86

Fonte: SEPLAN - CIS (Centro de Informações de Saúde)

Na faixa etária de 0 a 5 anos, verifica-se que as causas mais frequentes de óbito foram as enterites e pneumonias, sendo que os estados mórvidos mal definidos também ocupam um lugar de destaque. Isto mostra a deficiência sanitária e assistencial.

Dos 5 aos 50 anos os acidentes e violências passam para o primeiro lugar, vindo a seguir os estados mórvidos mal definidos. A partir dos 50 anos as causas mais frequentes são ligadas ao aparelho cardiovascular. Merecem destaque os óbitos por tuberculose a partir de 1971.

Dados de Morbidade

O Município de Rio Grande da Serra não conta com hospital. Os pacientes procuram espontaneamente os hospitais do ABC ou de São Paulo. A Prefeitura Municipal mantém uma ambulância apenas para transportar os doentes para as cidades vizinhas.

Tendo por base o percentual de 5 leitos para cada 1.000 habitantes, Rio Grande da Serra tem um déficit de 62 leitos hospitalares.

A coleta de dados de morbididade por meio de fichas do Centro de Saúde, ficou prejudicada por insuficiência de diagnósticos. Há uma descontinuidade no atendimento médico da Unidade, por "déficit" de pessoal.

Tabela - Ocorrência de Morbidade declarada em inquérito domiciliar, realizado na amostra de famílias visitadas cujos entrevistados responderam quanto à ocorrência de doença na família, no mês anterior. (ver Análise do Inquérito).

Doenças endêmicas e epidêmicas

Os quadros nosológicos mais referidos pela população, - técnicos e lideranças entrevistados foram: pediculose, escabiose, verminoses, gripes e resfriados, tuberculose, desnutrição, alcoolismo, desidratação - todos coerentes com as condições de vida da população e do tipo de meio ambiente.

Na Escola do bairro de Pedreira foi referido o curioso quadro de "disritmias" com crises (desmaios) de vários alunos - todos em uso de medicamentos controlados e com tratamento continuado no Hospital do Servidor Municipal em São Paulo, já que se trata de núcleo residencial de antigos funcionários daquela cidade.

Esses dados revelados carecem de maior estudo sistemático e constituem referência para pesquisas futuras.

4. Organização social - as instituições sociais

4.1. A família como medida social básica

O estudo desse grupo primário focalizou as características genéricas da família em Rio Grande da Serra, através da observação e das entrevistas com lideranças locais. O inquérito domiciliar e as entrevistas com as lideranças locais permitiram controlar e confirmar alguns dos achados mais relevantes - referentes a essa instituição.

O padrão que parece orientar a formação de novas famílias, no local, é o baseado na atração pessoal de dois seres e não o enlace de duas famílias. Como uma grande parte da população para lá imigrou há cerca de 10 anos, a convite de outros familiares que já se achavam fixadas no município, é comum haver parentesco na cidade.

Dado interessante, referido pelas diretoras de escolas, é o de constituição da famílias de fato e de direito, - coexistindo em vizinhanças. Parece haver relação entre o tipo - de povoamento verificado, quando homens imigrantes primeiro se fixaram no local e se uniram a mulheres já residentes procriando. Posteriormente, as suas famílias, de origem se transferiram para o município e as crianças criam-se juntas ou em bairros próximos.

Dependendo dos usos e costumes adotados - identificados principalmente nos núcleos familiares de japoneses, nordestinos e mineiros, as relações entre os familiares se desenvolvem com nível mais democrático ou mais autoritário. Percebe-se o papel do homem valorizado como o chefe da família, mas o pulso - firme da mulher de fato assumindo o comando da prole.

O relacionamento entre velhos e jovens parece ser distanciado e entre as gerações se constata desníveis culturais compreensíveis, face às oportunidades que os mais jovens vem obtendo de capacitação social.

A função educativa da família é acentuadamente transferida para as escolas já que a luta pela sobrevivência não possibilita ao casal contribuir nesse papel.

Como unidade econômica, é consumidora e o papel do chefe se define no pai do núcleo, que destina seu salário, de forma integral, aos seus dependentes.

Os que podem obter trabalho, nas famílias, interrompem de modo geral a escolaridade e contribuem parcialmente com seus proventos para o núcleo. Como unidade procriativa, a função é exercida em padrões de médio número de filhos (até 5, em média).

Separações são exceções à regra geral de núcleos familiares que permanecem em sua maioria unidos. Não há no município zonas de prostituição instalada e inexistem motéis ou locais de encontro, numa demonstração clara de que a população procura valorizar as tradições da "boa família" no que é reforçado pela cobertura oficial dos líderes religiosos e políticos, que verbalizam esta atenção de manter a moralidade do local.

Ao redor do município, porém, como comércio aceito, próximo às auto-estradas e grandes indústrias, há a presença de motéis, discotecas e locais diferenciados de diversão.

Considerando o recente levantamento da PLANASA efetuado para atualização do cadastro predial e territorial da Prefeitura, verifica-se a identificação de 8 mil unidades/lotes, (glebas e afins), das quais cerca de 5 mil são edificações e destas, 2.735 se caracterizam como domicílios particulares.

Do estudo da amostra de 419 famílias entrevistadas se pode traçar o perfil da família típica de Rio Grande da Serra, a partir das variáveis selecionadas em seus níveis de vida, conforme consta da síntese diagnóstica.

4.2. A igreja como estrutura religiosa

Como estrutura formal ou informal que influencia nas comunidades, os diversos templos e igrejas associam moradores em Rio Grande da Serra.

O conhecimento dos grupos religiosos existentes na comunidade, as suas igrejas e associações específicas, bem como a opinião dos líderes religiosos, as características dos

adeptos e a organização e prática religiosa é da maior importância para compreensão da comunidade. De várias formas esses dados podem ser conectados com os conhecimentos, atitudes e práticas de saúde dos munícipes.

Assim, são dados relevantes desse aspecto em - Rio Grande da Serra.

Em 1971, o Município de Rio Grande da Serra tinha duas igrejas católicas e sete de outras crenças. Até 1978, acompanhando o crescimento da população, a construção de novos templos religiosos elevou para três o número de igrejas católicas e para cerca de 15 os templos protestantes e de umbanda, estes últimos regulamentados. A falta de diversão na cidade, concorreu muito para que a população adotasse igrejas e templos como pontos de encontro entre religião e lazer. Dalvani Rodrigues Carraro, por exemplo, líder do Centro Espírita "Pai Xangô", acredita que esse aumento de igrejas é um indício de que a expectativa da população com relação a uma vida melhor está no conforto que a religião pode dar.

Além dos templos, a umbanda tem uma série de pequenos terreiros não regulamentados onde é cultuada pela comunidade. Mas, o aumento de fiéis na religião umbandista não chega a preocupar o padre e as três freiras católicas. Para eles, os que assistem a esses cultos também frequentam as três igrejas católicas de Rio Grande da Serra, que estão nos bairros de Pedreira, Santa Tereza e no centro da cidade.

A atividade educativa da igreja católica começou em 1973, com uma programação de palestras sobre higiene e saúde para mães, promovidas juntamente com a Apis - Associação Pró Integração-Social. Verminoses, sarampo, pré-natal foram alguns dos temas apresentados. Comprovou-se, na época, que a frequência das mães às palestras atingiu índices elevados. Mas, devido à falta de trabalho mais intenso junto aos líderes na comunidade, não houve possibilidade de treinamento. Também, o pouco pessoal especializado ativado para trabalho foi perdendo o interesse, se dispersando, como resultado do desencontro entre a Apis e a Igreja Católica.

Atualmente, a igreja católica influencia parte da população, mas não tem programas de educação em saúde pública. Irmã Renata, enfermeira de saúde, diplomada, acha que pouco tem sido feito pela saúde da população, mas reconhece que algumas mudanças favoráveis já começaram a ocorrer. No campo da alimentação, por exemplo, as crianças da Escola Municipal de Vila Lopes estão aprendendo a cultivar hortas; na área da habitação, as pessoas já preferem utilizar tijolos ao invés de madeira para a construção de suas casas. E, até janeiro, a população será beneficiada por um curso de educação comunitária para a saúde que vai funcionar uma vez por semana e será ativado pelo Mobral.

Isso ainda é pouco para o Pastor Benício Joaquim da Silva, líder das Assembléias de Deus. Ele acha que "a saúde da população deve ser atribuição integral do governo. As igrejas Protestantes, que têm, hoje, mais de 200 crentes e 18 pessoas que nelas trabalham, pouco podem fazer porque não têm recursos": No entanto, concorda o Pastor Benício com Pedro Advíncula Lopes, que cobra 25 cruzeiros de quem quiser ser sócio de sua Tenda "Pai Oxalá", em Vila Lopes Alta: "As igrejas e templos poderiam se unir e ceder dependências para reuniões, treinamento de lideranças, cursos e até aceitar a instalação de ambulatórios". O Padre José, de Vila Lopes, vai mais longe: ele afirma que bom mesmo seria a construção de um Hospital que pudesse dispor de eficiente serviço de orientação em saúde, prestado por médicos e pelos líderes locais.

A Associação dos Vicentinos, por sua vez, que trabalha em Rio Grande desde 1970, contenta-se em fazer o que está ao seu alcance: dois grupos, de oito pessoas cada, percorrem duas vezes por semana os bairros carentes e distribuem alimentos e roupas às famílias mais necessitadas.

4.3 - O Estado, como estrutura político-administrativo

São evidentes as influências da política nas condições sociais das comunidades em geral. Dessa forma, ao sanitarista se torna importante identificar e compreender como funcionam as autoridades públicas, através das quais o Estado se faz apresentar na comunidade; a estrutura administrativa, incluindo-se a previsão orçamentária, investimentos e metas programáticas; a

dinâmica da representação política, através dos partidos políticos, seus representantes e seu papel em benefício da comunidade; a relação estabelecida entre os planos de governo (municipal, estadual, regional, federal), com as melhorias a serem introduzidas na localidade em foco.

ASPECTOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DE RIO GRANDE DA SERRA

O município de Rio Grande da Serra foi criado pela Lei Estadual - nº 8092 de 28/2/64, tendo sido instituído como dia de sua emancipação político-administrativa o dia 03 de maio, pela Lei Municipal - nº 14 de 31/5/66. Rio Grande da Serra tinha em 31/12/77 um total de 4.450 eleitores e faz parte dos 101 municípios do MDB do Estado de São Paulo, contra 450 da Arena

Poder Executivo Municipal

Prefeito: Aarão Edmundo Jardim Teixeira. Nascido em São Paulo em 26/4/56. É o prefeito mais jovem do Brasil, eleito com 1359 votos. Tomou posse em janeiro de 1977, devendo sua gestão continuar até janeiro de 1981.

Aarão afirma que 'sempre se sentiu atraído pela política, porém sua candidatura à prefeitura de Rio Grande da Serra deveu-se ao grande incentivo de seu pai, Edmundo Luís de Nóbrega Teixeira, que sempre o estimulou a preocupar-se pelos problemas do município, onde tinha propriedades de campo'

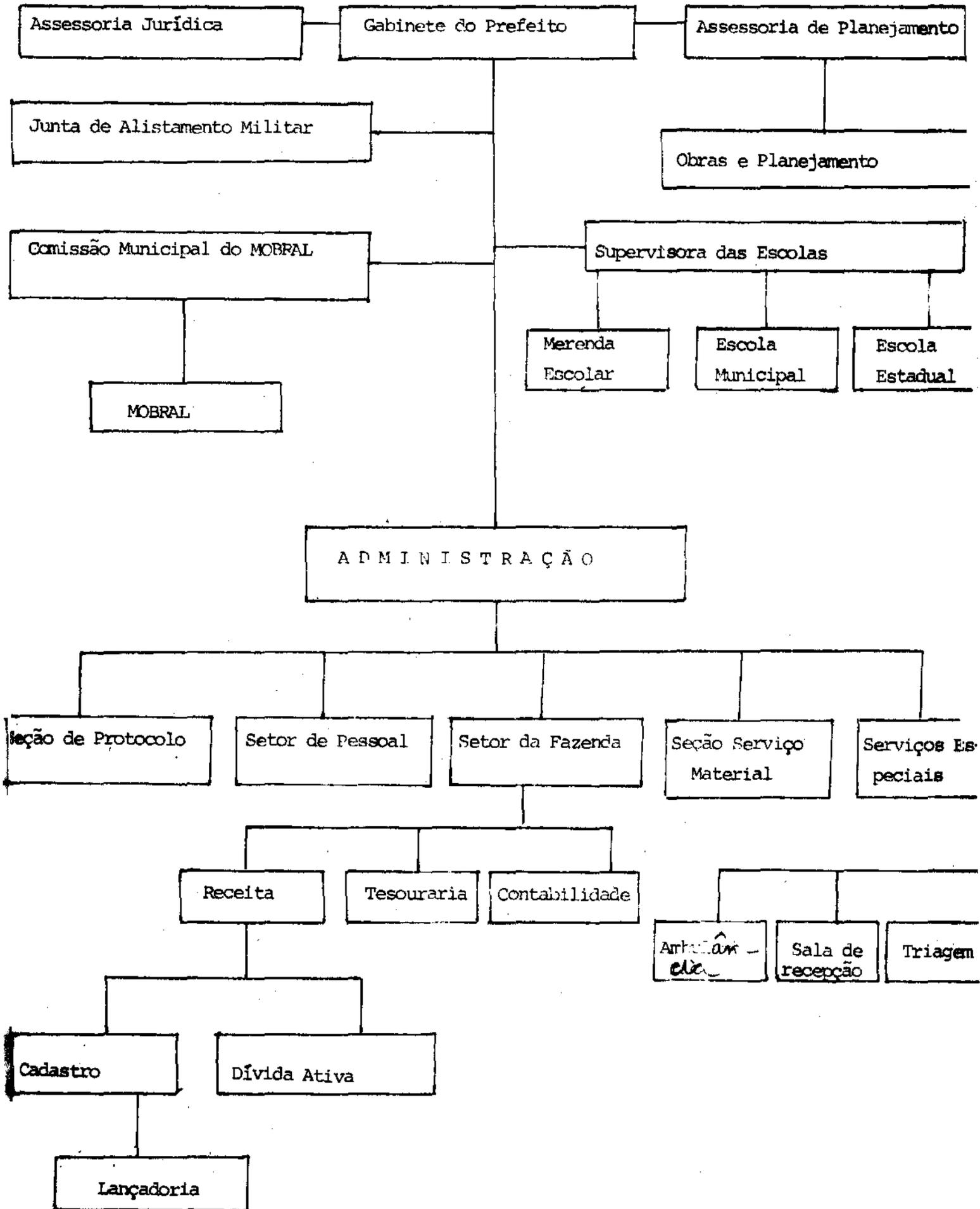
Na época da eleição, os planos administrativos do prefeito eram: a instalação de um pronto socorro municipal; o aumento da rede escolar com a criação de escolas técnicas; implantação do transporte coletivo; construção de uma praça de esportes; calçamento e conservação das ruas e estradas municipais; facilidades no escoamento dos produtos horti-granjeiros da colônia japonesa e solicitação de crédito junto ao governo para maior desenvolvimento desta área.

Aarão acha que os problemas prioritários de saúde em sua cidade são o saneamento básico e a alta mortalidade infantil. Considera deficientes os recursos de saúde do município por causa da falta de médicos e leitos hospitalares.

Ele relaciona, entre esses recursos deficitários o centro de saúde local e a inexistência de ambulâncias, fora a da prefeitura.

Atualmente a situação promete melhorar: a água encanada instalada há um ano pela SABESP em 36 Km. de rede já começou a abastecer a ci

ORGANOGRAMA DA PREFEITURA DE RIO GRANDE DA SERRA



dade; ainda este ano, o esgoto também será tratado pela SABESP. Para suprir às necessidades da população foram feitos convênios com o CIAM (Centro Integrado de Assistência Médica) e o Hospital Assunção de São Bernardo.

No campo da educação serão criadas mais duas escolas porque já existe a falta de 300 vagas. Os terrenos para as escolas foram doados pela Prefeitura à CONESP, que vai iniciar os trabalhos de construção.

Com relação à saúde, as escolas têm colaborado para resolver problemas através da inspeção regular por parte de diretores e professores, para verificar a presença de pediculose e escabiose nos alunos e ainda, orientando sobre sua higiene pessoal.

A cidade não tem capacidade de abranger toda a mão de obra local e diariamente cerca de 7 mil pessoas saem para trabalhar fora.

Para solucionar o problema, uma das opções seria o desenvolvimento do turismo na região que pode ser inviável, conforme o prefeito, por falta de infra estrutura.

Os gêneros alimentícios são insuficientes e caros, por isso, a prefeitura está providenciando um posto de abastecimento local com alimentos básicos e promovendo um programa de hora-escolar e domiciliar, distribuindo mudas para os interessados.

O Prefeito acha também que a religião tem colaborado na solução problemas de saúde, sobretudo nos casos de problemas mentais uma vez que os pastores têm grande influência sobre os fiéis.

Revela que a atuação do governo no setor saúde dentro de seu município não é das melhores e que talvez por pertencer ao partido da oposição tenha maiores dificuldades para enfrentá-los. No entanto, a Secretaria de Saúde mantém no Centro de Saúde local um médico e 2 atendentes (houve período em que faltou médico) e a Prefeitura acaba de contratar mais um médico, além de manter outros 3 atendentes e 1 dentista no Centro de Saúde. O odontólogo no entanto, só atende 2 horas à tarde e só faz extrações, 'numa média de 10 por dia'

A participação e envolvimento da comunidade para a solução dos seus problemas é considerado pelo Prefeito como razoável, manifestando - se principalmente através de abaixo-assinados. O prefeito já recebeu os seguintes: pedindo médico, hospital, posto de saúde nos bairros, policiamento e uma companhia de ônibus, entre outros.

Para finalizar, o prefeito comentou que Rio Grande da Serra não é só o município mais pobre do Estado de São Paulo, se não também, o mais injustiçado: possui uma grande indústria dentro de seus limites cujos impostos se recolhidos em um único mês dariam para realizar obras o ano inteiro no município, porém, estes impostos são pagos ao município de Santo André. Igualmente, dentro dos limites de Rio Grande da Serra, o município possui uma enorme pedreira que poderia ser usada para calçar a cidade, porém não pode ser explorada porque pertence à Prefeitura de São Paulo.

No momento, o representante máximo da municipalidade faz esforços para provar na justiça federal a demarcação do seu município, que abrange o complexo Elcloro, e conseguir receber os impostos daquela importante indústria, assim como realiza um convênio com São Bernardo do Campo para poder dasapropriar a Pedreira, concretizando um dos principais anseios da coletividade local, que é o calçamento das ruas da cidade.

Vice-Prefeito - Francisco Aparecido da Silva, nascido em Guapé - Minas Gerais, há 13 anos reside em Rio Grande da Serra e é chefe de manutenção industrial da Brasivil de Santo André. Considera Rio Grande da Serra carente de tudo pela falta de recursos e acha que a solução do problema seria a anexação do famoso "corredor polonês" que pertence a Santo André.

Sua atuação junto à Administração Municipal é reduzida, consistindo em encaminhar à prefeitura as reivindicações da comunidade que porventura lhe cheguem às mãos. Não recebe salário pelo cargo, da mesma forma, pela inexistência de recursos. Substitui o Prefeito em seus impedimentos, conforme legislação vigente.

O organograma da Prefeitura está preenchido por um contingente de aproximadamente 70 pessoas. A assessoria jurídica é prestada por uma advogada de São Paulo que trabalha meio expediente e resolve pendências jurídicas do município.

O setor de planejamento conta com um engenheiro e um topógrafo, mas falta um desenhista.

O prefeito tem um irmão empresário e publicitário que o assessoria durante um dia na semana.

A equipe ligada ao gabinete do prefeito é de um modo geral jovem, com exceção do chefe de gabinete, um professor, morador antigo de Rio Grande da Serra, que se impõe pela respeitabilidade e pela sua experiência adquirida ao longo dos anos.

Existem, também, funcionários que pertenceram a outras gestões e aí permanecem e são raros os funcionários que têm instrução universitária. Outros realizam mais de uma função e o organograma, na página anterior, não está oficialmente estabelecido.

Poder legislativo - A Câmara de Vereadores de Rio Grande da Serra é composta por 9 vereadores do MDB e 4 da ARENA, que se reúnem todas as 4as. feiras, às 19 horas, sessão ordinária daquela casa de leis.

1. Milton Yamada - MDB - Nasceu em Rio Grande da Serra e representa a colônia japonesa.

Considera pouca a arrecadação da prefeitura que mal dá para pagar os funcionários. É a favor da inclusão da Elcloro e nos impostos da prefeitura. Para melhorar a saúde do povo sugere manter um Pronto Socorro na Vila Conde que é a mais populosa, a mais carente e não possui ônibus até o centro.

2 - Yugo Nishikawara - ARENA - Nasceu em Araçatuba mas há tempo reside em Rio Grande da Serra.

Acha o município, por ser novo e sem indústrias, carente de tudo. O terreno é acidentado, as baixadas são da Light e a recente lei de proteção aos mananciais não permite o desenvolvimento industrial de

imediatamente. Apesar da existência nativa de grande quantidade de copos de leite, que é símbolo da cidade, diz não ser propício o clima para a plantação de flores por causa da cerração e da umidade.

A solução a longo prazo seria a instalação de indústrias obedecendo os princípios de conservação do meio ambiente.

Outro ponto crucial para o município é a resolução do assim chamado "corredor da vergonha". Considera uma aberração da geografia, o município de Santo André pular 3 municípios: Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra e depois ser novamente Santo André. Há necessidade de uma revisão territorial que segundo o vereador competiria - ao IBGE e ao Governo Federal resolver.

3 - Waldomiro Suzukayama - ARENA - Nasceu em Ribeirão Pires e representa a Vila Lopes.

Aponta a falta de recursos do Município como problema maior e ainda a necessidade de mercado de trabalho local e novas indústrias.

No setor saúde falta tudo. Os doentes são encaminhados a Ribeirão Pires. Falta saneamento básico: esgoto e melhor coleta de lixo.

4 - João Antonio Araújo - MDB - Nasceu em Mata Grande - Alagoas e reside em Rio Grande da Serra há 22 anos.

Detecta como primeiro problema do município a assistência médica deficiente.

Reconhece que os poucos recursos mal dão para consertar as ruas. - Deve-se aí recorrer ao Estado para maiores recursos. Remarca que a proibição de construção de fábricas prejudica muito o progresso do município. Acha que o turismo só, não é suficiente.

As fábricas existentes, deveriam dar melhor salário aos funcionários. Com melhor nível salarial, melhoraria a nutrição da população.

Há necessidade de melhorar as condições de lazer e desenvolver o esporte no município.

5 - Jackson do Santos - MDB. Nasceu em Itaporanga da Ajuda em Recife e trabalha no almoxarifado de empresa (COFAZ) de Santo André.

Aponta como problemas prioritários da comunidade: saúde, salário - baixo, transporte deficiente, (falta ônibus e a linha não foi permitida de passar por Santo André, por motivos ignorados). O Centro de Saúde precisa de mais médicos para atender aos munícipes.

No entanto, estão batalhando para construir uma Santa Casa em Rio - Grande da Serra.

Está encaminhando ofício à CETESB por causa da fuligem de uma indústria dentro da Colônia Japonesa que está prejudicando os produtos - horti-granjeiros e a saúde das crianças.

6 - José Olímpio da Silva - MDB - Nasceu em Santo Amaro da Purificação - Bahia. Mora em Rio Grande da Serra há 14 anos e se dedica ao comércio local.

Considera o problema maior a condução. O Governo do Estado deveria contribuir de alguma forma para melhorar as estradas e o DER colocar mais ônibus. A regional da Rede, cuja sede é em Jundiaí deveria tomar providências sobre os trens: atrasam muito e os que vão para Santos não param em Rio Grande da Serra.

7 - Flávio Figueiredo Filho - ARENA - (Presidente da Câmara) - Nasceu em Ribeirão Pires e mora em Rio Grande da Serra há 20 anos, sendo funcionário da Prefeitura.

A carência maior é de transporte. A saúde é precária porque não há hospital e o atendimento do posto não é suficiente. O município tem necessidade de tudo, há muitas pessoas que passam fome.

Soluções: colaboração do Governo do Estado para liberar a criação de indústrias e fazer loteamentos com guia, sargeta e iluminação.

8 - Álvaro Soares de Lima - MDB - Nasceu no bairro da Pedreira e mora em Rio Grande da Serra há 37 anos. Representa os interesses - da Pedreira na Câmara

Diz que faltam recursos financeiros para saúde e educação.

Solução: apoio do Governo Federal e Estadual para fazer calçamento, estender a água, etc.

No setor saúde há necessidade de mais médicos.

9 - William Valério Ramos - MDB - Nasceu em Santo André e mora em Rio Grande da Serra há 20 anos. Representa a Vila Lopes, Monte Alegre, Recanto Alpino, Santo Antonio, Vila Guiomar, Vila São - João e Vila Marcos.

Aponta como necessidades maiores do município: maior assistência médica e serviços de saúde, saneamento básico, principalmente esgoto.

A solução: o vereador acha que é da competência do Governo do Estado através da Secretaria de Saúde.

Em apêndice nº documenta-se, fotograficamente, a atual composição da Câmara Municipal de Rio Grande da Serra com o Sr. Prefeito.

Poder Judiciário - Rio Grande da Serra pertence à comarca de Ribeirão Pires, que dista 5 Km. do município e onde se encontra o fórum com seus magistrados: juiz e promotor.

A legislação e as necessidades do Município de Rio Grande da Serra.

O Brasil tendo uma estrutura política de natureza federativa, possui três aparelhamentos de Administração Pública; o da União, o dos Estados-membros e os dos Municípios e Distrito Federal.

Esse complexo administrativo é distribuído por todo o território nacional, tendo em vista o imperativo de atendimento de toda a comunidade brasileira. Os múltiplos órgãos da administração estão ligados entre si, de maneira harmônica e sistemática, formando um grande conjunto orgânico.

A descentralização política possibilita a distribuição entre os vários aparelhamentos administrativos, de tal forma que o objetivo final seja atendido- todos em função da população brasileira.

Conforme artigo 100 da Constituição do Estado de São Paulo, os municípios são unidades territoriais, com autonomia política, administrativa e financeira, nos termos assegurados pela Constituição da República, por esta Constituição e pela Lei Orgânica dos Municípios.

Isto significa que os Municípios devem promover a decretação e arrecadação dos tributos de sua competência (impostos territoriais, pre-

dial e sobre serviços), e a aplicação de suas rendas.

Assim sendo, pode-se prever que o Município para fazer frente às - suas responsabilidades de atendimento a comunidade, precisa ter uma arrecadação suficiente. Quanto menos desenvolvido é o município, - mais necessidade tem a população, e o poder público deve suprir o déficit do particular.

Com esta visão, pode-se entender Rio Grande da Serra, como, na realidade, um Município pobre em arrecadação, e, conseqüentemente, com uma população carente em termos de atendimento às suas necessidades básicas.

Uso do Solo

A legislação Municipal de Rio Grande da Serra, no tocante a loteamento, utilização do solo e construções, estabelece normas que, se fossem seguidas, mudariam o aspecto da cidade. Contudo, o grande - problema é que os proprietários de baixa renda, não conseguem construir obedecendo o ao referido Código de Obras. Para não continuarem a pagar aluguel, constroem apenas o indispensável para o abrigo, isto é, paredes e teto e dividem o terreno com outro ou outros - que estão na mesma situação. Os loteamentos assim formados irregularmente, não possuem infra-estrutura, e assim se agrava o problema de saneamento do meio. Para esta população é importante ter água - tratada, esgoto de rede pública, ruas calçadas e fácil acesso aos transportes para os locais de trabalho, mas tudo isto significa - mais despesas, e se as despesas aumentarem, os moradores não conseguirão pagar os compromissos, ou terão que reduzir a alimentação - que já é precária.

Análise Econômico-Financeira de Rio Grande da Serra - 1978

A tributação no Brasil

A Emenda Constitucional nº 1/68 investiu a União não só na competência para instituir a maior parte dos tributos previstos, mas também na competência residual e na de intervir no exercício do poder tributário dos Estados e Municípios. Ela está aquinhoadada com bons nove impostos, os mais importantes, exceto o ICM, que deixou para os Estados. Estes e os Municípios dispõem apenas de dois impostos cada um.

É certo que Estados e Municípios também podem cobrar taxas e contribuições de melhoria. As primeiras representam parcela mínima da renda pública e a última está apenas nos primeiros passos.

Em contraste, a União goza expressamente do monopólio das contribuições especiais ou parafiscais e, também, do empréstimo compulsório. Só o INPS/INAMPS arrecada mais que vários Estados do Norte somados.

Se as dificuldades para a obtenção de rendas próprias são a tônica de todos os Municípios brasileiros, Rio Grande da Serra não poderia fugir à regra e a sua receita repousa em grande parte nas transferências estaduais e federais (57% em 1977) (Quadro nº 5)

Fontes de Receitas do Município

a) Renda Própria

De acordo com o sistema tributário, vigente, as rendas do Município estão calcadas em três categorias: Receitas Próprias, Transferências Estaduais e Transferências Federais.

A mais importante fonte de receita própria se constitui no Imposto Predial e Territorial Urbano - 57% em 1977 - (Quadro nº 6) A evolução desta receita vem acusando aumento em números absolutos de ano para ano na presente década, com exceção do exercício de 1975 (quadro nº 6).

Contudo, pouco se pode esperar em termos de melhoria de arrecadação através do I.P.T.U. Este imposto incide sobre o valor venal do imóvel e um município carente de vias públicas calçadas, sem rede de esgotos e com uma incipiente distribuição de água domiciliar, não pode arrecadar por unidade residencial ou territorial o mesmo que um município mais rico.

Como reflexo da pobreza do Município, o Imposto sobre Serviços representou, em 1977, apenas 4% da arrecadação própria (quadro nº 6).

À proporção que a sociedade progride, exige menor quantidade de mão-de-obra dedicada à produção de gêneros alimentícios, forçando assim, os trabalhadores a passarem da agricultura para a indústria. Passamos do estágio do "produto primário" para o do "produto secundário". Quando as rendas aumentam ainda mais, o povo deseja mais

serviços do que bens materiais. Ganha importância a maneira de vender e entregar aquilo que é produzido. Além do mais, as manufaturas podem ser produzidas por um número cada vez menor de pessoas. Dos elementos que ainda trabalham nas fábricas, é cada vez maior o número dos que usam colarinho e gravata e realizam serviços como arquivo, tomada de conta de computador e datilografia.

Todavia, num município pobre como Rio Grande da Serra, o "produto terciário" é quase nulo, daí contribuir com um percentual tão pequeno na arrecadação global.

As Taxas Diversas representaram, em 1977, 13, % da arrecadação própria e as Contribuições de Melhoria , 16% (quadro nº 6).

b) Transferências Estaduais

As Transferências Estaduais representam a participação do Município no produto de arrecadação do ICM (quadro nº 7).

Conforme dispõe o artigo 23, § 8º da Constituição Federal, 20% do ICM arrecadado pertence aos municípios, conseqüentemente, quanto maior for o desenvolvimento comercial e industrial dos Municípios, maior será a arrecadação deles.

Até 1970, o desempenho das Transferências Estaduais era de pouca relevância para o Município em razão de seu fraco volume comercial e industrial. Entretanto, no período de 1973/76, sete indústrias instalaram-se no Município em resposta à política de incentivos fiscais adotada. Contudo, a partir de 1976 cessaram os incentivos fiscais concedidos às indústrias em virtude de o Município situar-se em área de Proteção aos Mananciais (100% da área está enquadrada na Lei de Proteção aos Mananciais). Em 1977, a participação estadual alcançou 19% do total da receita (quadro nº 5).

c) Transferência Federais

As transferências Federais tiveram uma evolução satisfatória nesta década, participando em 1977 com 38% da receita total (quadro nº 5). Neste item ganha destaque o Fundo de Participação dos Municípios - responsáveis, em 1977, por 79% da contribuição federal. (quadro nº 8). Conforme dispõe o artigo 83 do Código Tributário Nacional -

(Lei nº 5172/66 e Emenda Constitucional nº 5/75), 20% da arrecadação efetuada no território municipal, até 1979, proveniente do "imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza", incidente sobre o rendimento de pessoas físicas, e de imposto sobre produtos industrializados, excluído o incidente sobre o fumo e bebidas alcoólicas, deve reverter para o Município de origem.

O critério de distribuição do Fundo de Participação dos Municípios está estabelecido no artigo nº 91 do C.T.N. e leva em conta a Categoria do Município, segundo seu número de habitantes, fornecido pelo I.B.G.E.

Comportamento da Receita na Década de 1970

Apesar das dificuldades, o Município obteve um crescimento na sua receita no período de 1970/77, da ordem de 431% (quadro nº 9).

Entretanto, tal aumento não lhe confere nenhum privilégio em relação aos Municípios mais ricos da área porque, a partir de 1960, ocorreu no Município de Rio Grande da Serra um processo de urbanização muito rápido acarretando graves problemas ao Município que tem que enfrentar o desequilíbrio entre a oferta e a procura de serviços públicos.

Outrossim, os dados a partir do Censo de 1970 são estimados e pode estar havendo uma subestimação do crescimento populacional (como se verificou na década de sessenta). Assim, por exemplo, em 1975, quando houve a vacinação contra a meningite, o Município estimou a sua população em 18.000 pessoas ao passo que a estimativa oficial consistia apenas em 10.849 pessoas.

Considerando que o Fundo de Participação dos Municípios leva em conta a população do Município, é fácil avaliar quanto uma subestimativa populacional influi na arrecadação.

Outrossim, o fato de o Município estar localizado na sub-região sul, onde existem os maiores complexos industriais transformou o Município de Rio Grande da Serra em "cidade dormitório" desses centros maiores.

Emprego das Verbas

Com referência às despesas, estas estão presas a uma disponibilidade financeira escassa para atender aos reclamos da população. As funções primordiais de infra-estrutura econômica (viação, transporte e comunicação e serviços urbanos) e as de Governo consomem grande parte do orçamento pouco restando para ser aplicado em infra-estrutura social (funções de educação, bem estar social e saúde)

Orçamento Programa do Município para 1978 - (Lei Municipal nº 181 de 24.11.77)

O Orçamento Geral do Município de Rio Grande da Serra estima a receita e a despesa para 1978 em Cr\$10.405.000,00 (dez milhões, quatrocentos e cinco mil cruzeiros).

Desse total Cr\$3.333.000,00 estão destinados à atividade "Habitação e Urbanismo" sendo a função mais aquinhoadada.

A seguir foram contempladas as funções de "Administração e Planejamento", com Cr\$2.017.000,00, e "Educação e Cultura" com Cr\$1.723.000,00. Em 5º lugar aparece a dotação para "Saúde e Saneamento", no valor de Cr\$827.000,00 (Lei nº181/77) Anexo 3

Através do Balancete Financeiro Municipal encerrado em 31/7/78 (anexo nº 4) verifica-se que, o comportamento da arrecadação orçamentária do corrente ano tem sido satisfatório alcançando a cifra de Cr\$6.661.128,43, o que faz prever um "superavit" no final do corrente exercício.

Tal previsão é reforçada pelo fato de que até essa data a maioria dos Fundos aos quais tem direito a municipalidade não tinham sido liberados, e, conseqüentemente, não fizeram parte da receita.

Os fundos não liberados até 31/7/78 são:

Fundos Federais:

- Cota parte sobre Minerais do País;
- Cota parte do Fundo de Energia Elétrica;

- Cota parte do Imposto Único sobre combustíveis e lubrificantes;
- Cota parte da Taxa Rodoviária Única.

Cumprе ressaltar que a utilização desses Fundos por parte da Prefeitura está vinculada a um plano previamente aprovado pelo Governo Federal.

Fundo Estadual:

- Auxílio Rodoviários Estadual.

QUADRO Nº 3 - Percentual de Participação da Receita de
Rio Grande da Serra, de 1970 a 1977.

Discriminação	Anos							
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Receita própria	52	-	41	35	40	39	50	43
Transferência esta dual	08	-	24	33	37	29	17	19
Transferência fede ral	40	-	35	32	23	32	33	38
Outras	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	100		100	100	100	100	100	100
Op. de Crédito	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	100	-	100	100	100	100	100	100

Fonte: Balanço Municipal de Rio Grande da Serra nos anos selecionados

QUADRO Nº 6 - Percentual de Participação aos Diversos Componentes da Receita Tributária de Rio Grande da Serra, de 1970 a 1972

(Em Cr\$1.000,00)

Discriminação	Valor Corrente															
	1970	%	1971	%	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%	1977	%
I. Receita Tributária	68	100	-	-	155	100	208	100	475	100	457	110	1167	100	1636	100
1.1 - I.P.T.U.	54	79	-	-	101	65	171	82	410	26	346	36	961	83	1100	67
1.2 - I.S.S.	-	-	-	-	28	18	06	03	14	03	30	07	29	02	64	04
1.3 - Taxas	14	21	-	-	26	17	31	15	51	11	80	17	177	15	208	13
1.4 - Contr. de melhoria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	264	16

Fonte: Balanço Municipal de Rio Grande da Serra nos anos selecionados

QUADRO Nº 7 - Cota Parte do ICM - 1973 - 1978

Ano de Retorno	Valor Adicionado			Índice		Médio
	Ano de referência	Município	Estado	Ano de referência	Município	Estado
1973	1971	6.796.136	72.552.277.625	70/71	0,010.884	100,000.000
1974	1972	14.726.709	102.260.209.991	71/72	0,011.835	100,000.000
1975	1973	12.925.554	154.846.804.035	72/73	0,011.325	100,000.000
1976	1974	13.242.471	243.183.294.165	73/74	0,006.896	100,000.000
1977	1975	44.967.199	302.654.344.168	74/75	0,010.152	100,000.000
1978	1976	122.889.066	485.270.869.271	75/76	0,019.734	100,000.000

Fonte: Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo

Nota: Este quadro utilizou dados a partir de 1973, porque o critério de redistribuição foi modificado naquele exercício.

Valor adicionado é a diferença entre as saídas e as entradas de mercadorias.

QUADRO Nº 8 - Percentual de Participação dos Diversos Componentes das Transferências Federais

(Em Cr\$1.000,00)

Discriminação	Valor Corrente															
	1970	%	1971	%	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%	1977	%
Transferências Federais	99	100	-	-	209	100	289	100	391	100	732	100	1222	100	2135	100
F.P.M.	97	98	-	-	160	77	276	96	370	94	467	64	932	76	1699	79
I.U.C.L.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	121	16	46	04	196	09
T.R.U.	-	-	-	-	02	01	01	-	06	02	07	01	09	01	14	01
I.R.R.F.	-	-	-	-	38	18	-	-	01	-	-	-	03	-	09	-
Adicional sobre Combustível e lubrificantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Imposto Territorial Rural	02	02	-	-	06	03	10	03	11	03	20	03	57	05	38	02

QUADRO Nº 8 - Percentual de Participação dos Diversos Componentes das Transferências Federais

Discriminação	Valor Corrente															
	1970	%	1971	%	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%	1977	%
Cont. da União	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I.U.E.E.	-	-	-	-	02	01	-	-	03	01	109	15	169	14	161	08
I.U.M.	-	-	-	-	01	-	02	01	-	-	08	01	06	-	18	01
Aux. e Cont. da União	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Balanço Municipal de Rio Grande da Serra dos anos selecionados

F.P.M. - Cota -parte do Fundo da Participação dos Municípios
 I.U.C.L.- Imposto Único sobre Combustíveis e Lubrificantes
 T.R.U. - Taxa Rodoviária Única
 I.R.R.F.- Imposto de Renda Retido na Fonte
 I.U.E.E.- Imposto Único sobre a Energia Elétrica
 I.U.M. - Imposto Único sobre Minerais

QUADRO Nº 9 - Evolução da Receita Total

(Em Cr\$1.000,00)

Discriminação	Valores em Cr\$ de 1977															
	1970	%	1971	%	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%	1977	%
Receita Própria	682	100	-	-	941	138	1072	157	1739	255	1765	259	2607	382	2467	362
Transf. Estadual	107	100	-	-	560	523	1019	152	1592	1488	1331	1241	889	824	1098	1026
Transf. Federal	532	100	-	-	796	150	957	180	1009	190	1479	278	1747	328	2135	401
Outras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-
Sub Total	1321	100	-	-	2297	174	3048	231	4340	329	4577	346	5236	396	5700	431
Op. Crédito	-	-	-	-	-	-	-	-	181	-	-	-	-	-	-	-
Total	1321	100	-	-	2297	174	3048	231	4521	342	4577	346	5236	396	5700	431

Fonte: Índice Geral de Preço (Conjuntura Econômica 1977 - F.G.V) e
 Dados do Balanço Municipal do respectivos anos.

Prédios públicos e serviços à população

1. Centro Social Urbano, em fase de construção pelo Estado, em área oferecida pela Prefeitura, que o administrará.

1 Câmara Municipal

1 Prédio sede da Prefeitura Municipal

1 Escola Municipal de 1º grau

1 Escola Estadual de 1º e 2º grau

3 Escolas Estaduais de 1º grau

1 Escola Isolada Estadual

1 Agência da Empresa de Correios e Telégrafos, controlando 4 caixas coletoras, distribuídas pelo Município e subordinada ao Município de Santo André (movimento aproximado: cartas 6200 chegam e 4300 saem mensalmente; impressos: 2300 chegam)

4 Telefones Públicos tipo "orelhão", controlados pela Cia. Telefônica sediada em Santo André.

1 Delegacia policial, contando com 2 viaturas policiais;

1 Teatro em construção, pela Prefeitura

3 Restaurantes particulares

1 Pensão particular com vagas para rapazes

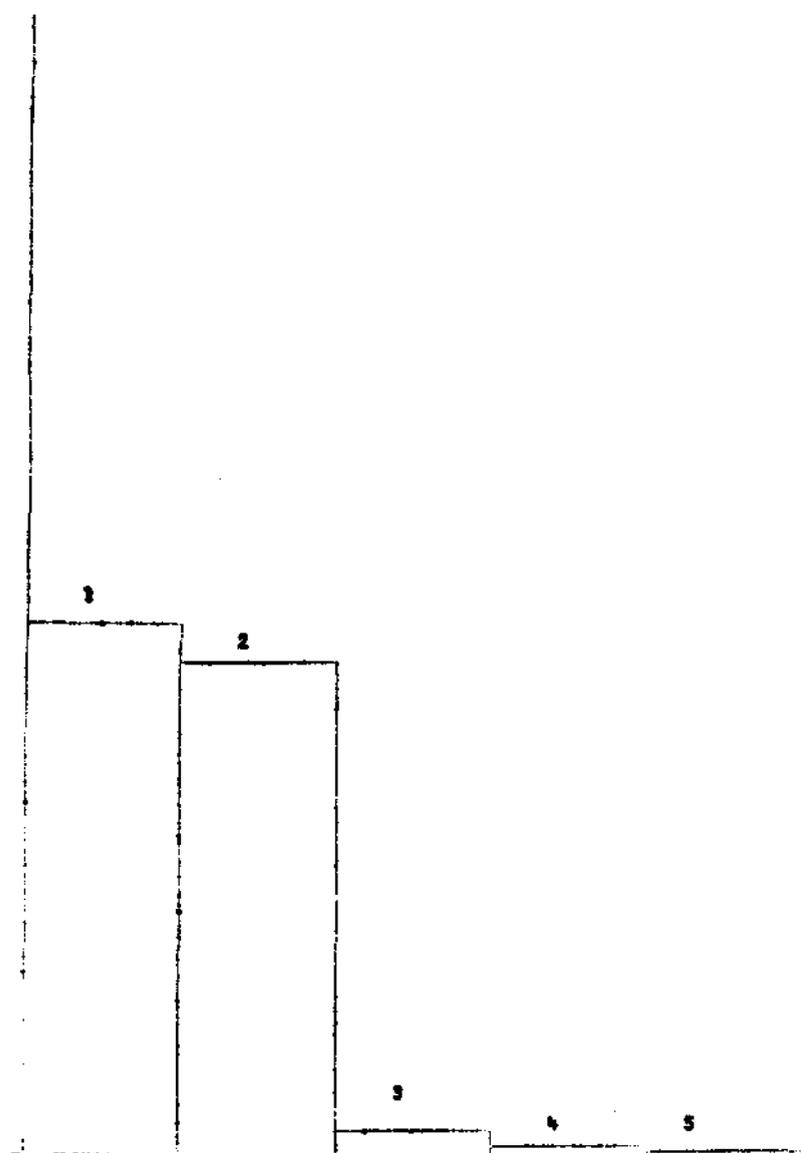
1 Agência bancária, do Banco Mercantil de São - Paulo

1 Feira livre que funciona aos domingos numa das principais vias públicas do Município.

4.4- A escola como estrutura cultural

De acordo com o Censo Demográfico de 1970, constata-se que apenas 16,71% da população total do Município havia completado algum curso. O gráfico 1 mostra a distribuição da população com algum curso completo através dos diferentes níveis de ensino.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR NÍVEIS DE ENSINO



Fonte: Censo Demográfico - 1970

- 1 - 1403 - população com algum curso completo
- 2 - 1307 - população com curso elementar
- 3 - 65 - 1º ciclo
- 4 - 20 - 2º ciclo
- 5 - 11 - curso superior

Do total de pessoas que completaram algum curso, temos a seguinte distribuição por curso regulamentar no município.

QUADRO 1 - Distribuição da população por curso regulamentar

POPULAÇÃO		Pop.com curso e lementar	Pop.com 1º ciclo Grau médio	Pop.com 2º ciclo Grau médio	Pop. com curso superior
LOCAL					
Rio Grande da Serra	Nºs absolutos	1307	65	20	11
	%	93,2	4,6	1,4	0,8

Fonte: IBGE- Censo Demográfico de 1970.

Nota: Esta percentagem significa a participação do curso indicado no total da população que concluiu algum tipo de curso.

Assim, do total da população de Rio Grande da Serra que tenha completado qualquer tipo de curso, 93,16% concluíram o curso elementar.

Educação Infantil

Funciona em Rio Grande da Serra a Escola Municipal Infantil Profa. Raquel Silveira Monteiro, criada em 1976. Atualmente com uma classe de 36 alunos, funcionando no período da manhã.

Foi criada no corrente ano a Escola Particular Infantil Cristo Rei com uma classe de Jardim de Infancia e outra de Pré Primário, num total de 61 alunos e dirigida por religiosas.

Ensino de 1º Grau

QUADRO 11 - Nº de matrículas no Curso de 1º grau 1972 a 1975 e 1978.

ANO	1ºs	2ºs	3ºs	4ºs	5ºs	6ºs	7ºs	8ºs	Tot.
1972	600	587	227	233	244	125	61	36	2113
1973	398	900	319	289	186	153	80	48	2373
1974	462	908	310	336	174	116	79	74	2459
1975	492	956	351	374	279	137	84	70	2743
1978	1002	943	575	408	237	92	64	40	3361

Fontes: Secretaria da Educação- Centro de Informações Educacionais
Delegacia de Ensino de Mauá.

Em relação ao total de matrículas do Curso de 1º grau, pode-se verificar que houve um acréscimo de aproximadamente 30% em 1975 comparativamente ao ano de 1972, de 22,5% em 1978 em comparação com o ano de 1975 e de 59% no ano de 78 em comparação com o ano de 1972.

Fazendo-se um acompanhamento de turma nos dados destacados do quadro anterior, verifica-se uma evasão de cerca de 17% considerando-se apenas as quatro primeiras séries, pois havia 600 matrículas na 1ª. série do 1º grau em 1975, enquanto que em 1978 somente 408 alunos cursam a 4ª. série.

QUADRO 12 - Escolas e salas de aula segundo localização e Poder Mantenedor - 1978.

LOCALIZAÇÃO TIPO		Poder Mantenedor			TOTAL
		Estadual	Municipal	Particular	
Urbana	Escolas	4	1	1	6
	Classes	95	1	2	96
Rural	Escolas	1	-	-	1
	Classes	1	-	-	1
Total	Escolas	5	1	1	7
	Classes	96	1	2	99

O Município de Rio Grande da Serra conta com 5 Escolas Estaduais: 4 urbanas e 1 rural, conforme relação abaixo:

Escola Estadual de 1º e 2º Graus de Rio G. da Serra

Escola Estadual de 1º Grau de Vila Lopes

Escola Estadual de 1º Grau de Vila Conde Siciliano

Escola Estadual de 1º Grau Prof. Shisuko Ioshida Niwa

Escola Estadual de 1º Grau Isolada de Vila Palmira

Funcionam na E.E.P E S G. de Rio Grande da Serra 4 classes de 2º Grau conforme o quadro abaixo:

QUADRO 13- Distribuição dos alunos do curso de 1º Grau por período de funcionamento da escola, série, nº de classes e de alunos no ano de 1978.

SÉRIES	PERÍODO Classes Alun	Matutino		Vespertino		Noturno		Total	
		CL	Alun	CL	Alun	CL	Alun	CL	Alun
1a.		4	131	23	871	-	-	27	1002
2a.		15	490	13	453	-	-	28	943
3a.		14	494	2	81	-	-	16	575
4a.		9	325	2	83	-	-	11	408
5a.		-	-	4	132	3	105	7	237
6a.		-	-	-	-	3	92	3	92
7a.		-	-	-	-	2	64	2	64
8a.		-	-	-	-	1	40	1	40
TOTAL		42	1440	44	1620	9	301	95	3361

Fonte: Delegacia de Ensino de Mauá

QUADRO 14- Distribuição dos alunos do curso de 2º Grau, por período de funcionamento da escola, série, nº de classes e de alunos no ano de 1978.

SÉRIES	PERÍODO Classes Alun	Matutino		Vespertino		Noturno	
		CL	Alun	CL	Alun	CL	Alun
1a.		-	-	-	-	2	50
2a.		-	-	-	-	1	25
3a.		-	-	-	-	1	15
TOTAL		-	-	-	-	4	90

Fonte: Delegacia de Ensino de Mauá

-nos suficiente e por ocasião das visitas feitas por nós apresentavam-se limpos e aparentemente em boas condições de uso.

Os esgotos são ligados a fossas sépticas, porém, as das vizinhanças das escolas são lançados em valetas constituindo risco de contaminação dos escolares pelos dejetos nelas contidos.

Os arredores das escolas são acidentados e sem calçamento dificultando o acesso dos alunos em dias de chuva.

O lixo não é acondicionado corretamente e é colocado na maioria das vezes em locais impróprios.

Nas escolas, as pessoas entrevistadas ignoram se os extintores de incêndio estão em condições de uso.

Aspectos Sanitários em relação aos alunos

A maior parte das escolas tem pouco ou nenhum material de socorro de urgência e este, quando necessário é prestado por pessoas sem grande conhecimento do assunto.

Os escassos meios de transportes e comunicação existentes entre os bairros e o centro da cidade dificultam o atendimento médico dos alunos que adoecem nas escolas. Os próprios professores conduzem os alunos em seus carros.

Somente uma escola possui gabinete dentário mas não é utilizado. Os alunos são encaminhados ao C.S. para tratamento odontológico.

Os principais problemas de saúde dos escolares, segundo as pessoas entrevistadas são gripes, resfriados, desnutrição, verminoses, pediculose e escabiose.

As condições de higiene pessoal dos alunos, dadas as condições locais não são más. Muitos, porém não usam calçado e no inverno agasalham-se insuficientemente e, sendo a região muito fria e umida, o nº de faltas às aulas durante o inverno é grande.

Atividades de saúde desenvolvidas pelas escolas

Teste de acuidade visual.

Algumas escolas aplicam esse tipo de teste nas classes de las. às 4as. séries do 1º grau, outras de las. à 3as. séries e uma escola nas las. e 2as séries. Os alunos que apresentam qualquer deficiência são encaminhados às clínicas a que têm direito, ou aos Centros de Saúde de Mauá e Stö. André para exame. Quanto à compra dos óculos, os alunos sem posses são auxiliados pelas APMS, ou pela Prefeitura.

--- Inspeção médica de retina, não existe.

--- Inspeção médica para educação física. Algumas escolas realizam em todas às séries (5as. e 8as) e outras somente nas 5as séries.

--- Atendimento odontológico.

Os alunos são encaminhados ao C.S. local para tratamento quando necessário.

--- Vacinações

Todos os alunos das las. séries do 1º grau recebem vacina Dupla tipo adulto e BCG Intra Dérmico.

Assistência e Educação Alimentar

São objetivos propostos:

- 1) Conseguir maior cooperação e interpretação do valor da merenda escolar por parte de diretores, professores, pais e alunos, para melhorar os hábitos dos escolares.
- 2) Orientar os professores na utilização de todas as atividades curriculares para discutirem conceitos básicos de nutrição.
- 3) Conseguir que em cada escola tenha uma professora, responsável pela supervisão, preparo e controle da merenda
- 4) Dar treinamento sistemático anual às merendeiras sobre o preparo correto dos alimentos a fim de melhorar a aceitação pelas crianças.
- 5) Conhecer a realidade existente com referência ao desjejum

dos alunos com a finalidade de determinar o horário mais adequado segundo as necessidades da criança para a distribuição da merenda uma vez que pelos nossos dados uma boa parte dos alunos que respondiam ao questionário têm essa refeição deficiente.

- 6) Incentivar os professores a cultivarem hortas escolares para estimular a criança no cultivo da horta domiciliar.

O potencial de Rio Grande da Serra em relação ao ensino é relativamente significativo.

Todas as escolas, de acordo com o levantamento feito, formulário em Apêndice nº cumprem o programa de merenda escolar.

Este programa é mantido pelos convênios entre SMAE (Serviço Municipal de Assistência Escolar) que fornece: gás, sal, açúcar, material de limpeza; o DAE (Departamento de Assistência Escolar), que fornece: leite, toddy, macarrão, côco, baunilha, chocolate; a CNAE (Campanha Nacional de Alimentação Escolar) - que contribui com doce de abóbora, chá quente, bolachas, sopa, creme de milho, sardinha em lata, passoca, óleo vegetal, biscoitos, nutrimabel, creme de feijão com proteína de soja, arroz, feijão, charque e macarrão; a Associação de Pais e Mestres colabora na compra de gêneros, quando necessário.

A comunidade contribui com hortaliças e temperos para a sopa.

Pessoal responsável

- 1 Supervisora de area
- 2 professores
- 4 merendeiras

A supervisora, embora com bom nível de escolaridade, ainda não fez o treinamento específico.

Nas escolas de Vila Palmira e Vila Lopes, são os professores que respondem pela merenda.

Nas demais escolas, a responsabilidade da merenda, cabe às chamadas merendeiras, que já frequentaram o curso de treinamento específico.

Instalações e equipamentos

Cozinha equipada com fogão industrial a gás e utensílios adequados.

Problemas encontrados:

- falta de refeitório, de local apropriado para armazenamento de gêneros, de mesas e bancos para refeição.

- inexistência de cardápio semanal, o que acarreta a necessidade de planejar de véspera, de acordo com os gêneros disponíveis.

- desperdício de merenda, pela não aceitação da criança.

- inexistência de controle de merendas servidas.

- inexistência de horta escolar, embora haja possibilidade de cultivá-la.

- a quantidade de leite é insuficiente, apenas uma vez por semana. O convênio prevê, pelo menos, duas vezes por semana.

Avaliação

O programa de merenda escolar em Rio Grande da Serra carece de todos os requisitos enfocados nos objetivos da assistência.

Relação Lar-Escola-Comunidade

Não há quase integração da escola com as famílias dos alunos e a comunidade a não ser através de reuniões das APMs. Estas são pouco atuantes e quase exclusivamente de fundo pedagógico resumindo-se no fornecimento, aos poucos pais que com parecem, de notas e informações relativas ao andamento escolar dos alunos. Somente por ocasião da Vacinação Sabin são fornecidas aos pais orientações sobre saúde.

O fato de a maioria dos professores que atuam com as classes ou dirigem as escolas não residirem em Rio Grande da Serra dificulta sobremaneira qualquer trabalho comunitário com a população.

Relação Escola - Centro de Saúde

O Centro de Saúde atende os alunos encaminhados pelas escolas, fornece atestados de vacinação aos escolares, e equipes de vacinação para as vacinas de rotina das escolas e estas colaboram nos programas de vacinação infantil e em outras programações de saúde sob a orientação da educadora sanitária - da Delegacia de Ensino de Mauá.

Situação de Rio Grande da Serra em relação à Educação em Saúde Pública

De acordo com a atual programação da Secretaria da Saúde, devem ser desenvolvidas atividades educativas junto à população, por meio de reuniões, palestras, entrevistas ou outros meios, tanto nos Centros de Saúde como na Comunidade. Em Rio Grande da Serra notamos que é desenvolvida pouca atividade desse gênero. Não é quase aproveitada a presença das mães no C. Saúde para orientações que não as de vacinação. A pouca orientação proporcionada é realizada de forma individual. Há também pouco material educativo impresso no C. Saúde para ser usado como reforço nas orientações.

De acordo com os objetivos da Educação em Saúde Pública, para a prevenção das doenças e a promoção da saúde, há necessidade da cooperação do próprio povo, cabendo aos órgãos responsáveis proporcionar conhecimentos sobre as causas das doenças e mostrar a ele como melhorar a saúde, estimulando-o a usar os serviços de saúde e a trabalhar pela sua melhoria.

Sala de Leitura Monteiro Lobato (Municipal)

Começou a funcionar, desde 1972, durante a gestão do Prefeito Geraldino Lote Filho. O objetivo da sala de leitura Monteiro Lobato é atender a todos os grupos escolares da região. Tem um total de 250 inscritos, a maioria, alunos entre 14 e 18 anos e recebe uma média mensal de 250 a 300 visitas - por mês. Cerca de 1020 livros, a maior parte didáticos, servem especialmente para pesquisas escolares. A sala fica aberta das 8 às 11 horas da manhã e das 13 às 18:30. O horário mais frequentado é das 14 às 17 horas, de 2a. a 6a. feira.

Atualmente, a Sala Menteire Lobato tem duas salas para estudo no pavimento térreo. Os livros ficam guardados no andar superior. O público é atendido por duas moças sem formação profissional superior, que trabalham em turnos diferentes, de manhã e à tarde.

Meio de comunicação

Não há imprensa escrita, falada ou televisada local. De fora são captadas mensagens radiofônicas e televisadas, embora o padrão baixo de vida impeça grande número de moradores na aquisição de seus aparelhos. Revistas, jornais e publicações são usualmente restritas no uso pelos munícipes. Teatros e cinemas inexistem. Já houve grupo de jovens interessado em teatro, mas feneceu o movimento. Um anfiteatro de tamanho médio vem sendo construído pelo Sr. Prefeito, para atender às necessidades de nucleamento da juventude.

A maior parte da população de Rio Grande da Serra ouve rádio, veículo de maior penetração noticiosa e financeiramente, mais acessível.

A Rádio Globo destaca-se entre as mais ouvidas. As emissoras de televisão, canal 5, Tv Globo e canal 4, Tv Tupi são as mais captadas em Rio Grande da Serra. Em 1971, o jornal mais lido pela população era "A Notícia". Em 1978, o jornal mais lido é "Diário do Grande ABC", muito procurado por estudantes da 7a, 8a. séries e colegial que buscam notícias locais. Depois do "Diário do Grande ABC", os jornais que sofrem maior procura são "A Notícia", "Folha de São Paulo" e "Estado de São Paulo". As revistas de fotonovelas são muito procuradas. Serviços de Auto-Falante são usados pela Prefeitura apenas nas programações de saúde e ocasiões especiais.

4.5. Organização do trabalho - aspectos de saúde ocupacional nas indústrias de Rio Grande da Serra

A Organização institucional do trabalho numa comunidade é dado importante para identificação de seu grau de complexidade e de desenvolvimento.

Em Rio Grande da Serra não foi possível, nesta fa-

se do trabalho, identificar entidades existentes que visem o bem estar do trabalhador. Referências existem de um passado recente em que funcionários do Município de São Paulo conseguiram benefícios para o núcleo residencial onde suas famílias habitavam - o bairro da Pedreira. Assim, tinham disponível: escola, ambulância, clube, transporte. Algumas dessas vantagens ainda persistem, apesar de estarem já integrados no município.

Aspectos de Saúde Ocupacional nas Indústrias de Rio Grande da Serra

1. Pollone S/A. Ind. e Comércio - Produz auto-peças e possui 530 funcionários, sendo que destes 30% moram em RGS.

O seu Departamento Médico é composto por um médico com jornada de trabalho das 13 às 17:36 h e 1 enfermeiro em tempo integral.

Para assistir aos empregados a indústria - mantém convênio com a Associação Médica do Estado de São Paulo (AMESP), com o Hospital de Ribeirão Pires, Ambulatório em Mauá e Ambulatório e Hospital de Santo André.

O médico do trabalho, Dr. Hermínio Antonio da Paz, atende todas as emergências clínicas e refere como doenças profissionais da indústria algumas dermatites alérgicas, porém esporádicas.

Há um supervisor e um engenheiro de Segurança e Higiene do trabalho que promovem palestras, orientam e controlam as atividades dos operários neste setor.

A comunicação de acidente de trabalho (CAT) relata: 18 acidentes com afastamento e 52 sem afastamento para

período de julho, agosto e setembro de 1977. Dias perdidos: 201

Para o trimestre out, nov. e dez. de 1977 ocorreram:

16 acidentes com afastamento
67 " " sem "
187 dias perdidos

O absenteísmo maior da empresa ocorre por acidentes do trabalho.

A Comissão Interna de Acidentes do Trabalho (CIPA) reúne-se uma vez por mês.

O tratamento dos resíduos líquidos da indústria é feito conforme as exigências da CETESB; os resíduos sólidos são vendidos como sucata e os outros são incinerados.

Na seção de polimento e pintura há exaustores e uma cortina d'água, para absorver o chumbo e demais poeiras em suspensão.

A indústria provê aos seus funcionários e familiares as seguintes facilidades sociais:

Colônia de férias na praia, escola - oficina, praça de esportes e 1 cantina onde a refeição custa Cr\$ 7,00, des_{de} contado em folha.

2. Jean Trenland - uma indústria que fabrica caldeiras contando com 202 funcionários. Destes, 26 são de R.G.S. Os demais de São Caetano, Sto. André e Mauá. Tem uma parte em construção que emprega 20 pedreiros e serventes, todos de R.G.S.

O Depto Médico conta com 1 médico da Intermed de São Caetano e 1 enfermeiro que permanece na indústria em tempo integral, das 7 às 17:30 - (Port. 36/37)

Tem convênio com: Hosp. de Ribeirão Pires, Hosp. de São Caetano e Clínica Santa Helena de Sto. André.

Possui um engenheiro do trabalho e um supervisor de segurança que faz supervisão diária.

O operário é orientado sobre higiene e segurança

do trabalho quando é admitido na empresa. Os que lidam com as soldas são instruídos para usar óculos, luvas e avental de couro.

Acidentes de trabalho ocorridos em 1977: - 18

Atendimento por dia do Deptº Médico : 10 a 15, casos, incluindo atendimento social e psicológico.

Apesar de ser feita audiometria por otorrinolaringologista de 3/3 meses e ser aconselhado protetores de ouvido, poucos foram os que observamos com estes objetos ao percorrer a indústria. O barulho ensurdecedor no galpão principal de vendo tal situação reduzir a audibilidade em pelos menos 50% - num prazo médio de 10 anos. Ao averter tal fato, o enfermeiro comentou que os operários usavam algodão, mas que era provável que a surdez ocorresse.

A indústria possui equipamento completo para tratamento dos resíduos líquidos e, após a cloração, o empregado a alta qualidade da água, antes de ser lançada à represa Billings, que ladeia a empresa.

De qualquer forma, a CETESB faz supervisão quinzenal na indústria, dosando os efluentes.

O refeitório fornece alimentação aos operários, a Cr\$ 11,00 a refeição descontado em folha.

Não fosse pelo problema do ruído esta empresa demonstrou prevenção de acidentes com avisos espalhados em vários setores.

3. Tennis Iris S.A. - A empresa possui 134 funcionários sendo 80% residentes em RGS.

Tem convênio com INPS com Hospital de Ribeirão Pires porém não possui Departamento Médico no local, como seria de se esperar, de acordo com a lei.

Quem orienta sobre a higiene e a segurança do trabalho é a auxiliar do pessoal e os encarregados de cada seção.

No setor de saúde, foi citada como queixa frequente

entre os operários, ardor de estômago.

No último mês houve 7 acidentes leves com empregados novos.

A inspeção é feita mensalmente.

O lixo é coletado pela Prefeitura Municipal. Não há outros resíduos de maior importância.

4. Estoligas, Ligas e Metais Ltda. - Produz ligas e faz recuperação de metais.

Possui 6 funcionários atendidos através do INAMPS, no Hospital de Ribeirão Pires.

A orientação dos operários sobre Higiene e Segurança do trabalho é feita pelo próprio proprietário e a inspeção é realizada através da seção do Ministério do Trabalho de Mauá que recomenda o uso de luvas, capacetes e óculos. Não tivemos oportunidade de verificar nenhum destes elementos na tarde em que lá estive.

Os resíduos metálicos são revendidos.

5. Guirado Schaffer - Ind. e Com. de Metais - Fabrica lingotes - de latão, bronze, alumínio, chumbo, zinco, zamac e ligas especiais. O nº de funcionário está computado em 12 que são atendidos através do INAMPS no Hospital de Ribeirão Pires.

A orientação sobre Higiene e Segurança do trabalho é feita pelo próprio dono que reclamou sobre o descaso de alguns funcionários em usar óculos.

Porém, quando lá estivemos, todos usavam luvas.

Os resíduos são aterrados. O esgoto vai para fossa séptica e é canalizado para um riacho, sem tratamento.

A CETESB não permite ampliação da indústria e o equipamento contra poluição (gases e vapores) será instalado dentro de 60 dias, pois o equipamento com refrigeração a água não foi permitido por aquela Companhia.

6. **Fiolax - Indústria de Borracha S.A.** Produz borracha para a indústria automobilística sendo a Mercedes Benz sua principal compradora.

A indústria possui 100 empregados, sendo 98% moradores em RGS.

Não há serviço de higiene do trabalho dentro da empresa, apenas uma enfermaria para pequenos acidentes, atendida por pessoal não especializado.

A taxa média de absenteísmo é de 12% ao dia, sendo que nas 2as. feiras e no dia após o pagamento são registrados os mais altos índices.

A falta ao serviço por motivo de doença, em sua maioria não é justificável, só 2%. As faltas ao serviço são provocadas principalmente por questões não relacionadas diretamente à indústria.

A empresa tem médico que atende às 2as, 4as. e 6as. no Posto de Saúde das 9 às 11 horas.

Os encaminhamentos ao médico são poucos. O nº de acidentes na empresa é baixo. No último mês houve apenas um acidente leve (corte produzido por objeto cortante no 2º quirodádilo da mão direita).

Os resíduos industriais (restos de borracha manufaturada) são depositados a céu aberto nos fundos do terreno, sendo levados por caminhão para destino ignorado.

A indústria usa água da represa Billings para resfriamento das máquinas. A água aquecida sofre resfriamento e retorna às máquinas.

Por imposição do prefeito foi instalado um poço de decantação dos dejetos.

Segundo informações colhidas junto ao diretor financeiro, Dr. Zelindo Borelli, a represa Billings não é destino final de qualquer resíduo proveniente da fábrica sendo a mesma classificada pela SABESP como antipolvente.

7. Indústrias Químicas Eletro-Cloro S.A. (Elclor)

Produz soda caústica, cloro, hidrogênio, ácido clorídrico, hipoclorito de sódio, tricloroetileno, percloroetileno, PVC, Pe - HD, chapas onduladas e ferro Elvie.

O complexo Elclor comporta a "Copamo" - Comércio - Paulista de Manômetro S.A., produtora de monômero de cloreto de vinila, a Peróxidos do Brasil Ltda. produtora de água oxigenada e a Interox, que produz peróxidos orgânicos.

É uma indústria química e petroquímica pesada, isto é, fornece a matéria - prima, básica que é transformada por outras indústrias numa infinidade de produtos. Por isso, é considerada indústria de interesse para a segurança nacional, indispensável ao desenvolvimento do país.

Oficialmente, a indústria não está dentro dos limites de RGS, pertencendo ao município de Santo André, mas por influenciar toda a vida da região, achamos conveniente citá-la.

A Elclor possui 1663 funcionários e aproximadamente 300 são moradores de RGS.

Este gigantesco complexo industrial situa-se numa zona determinada pela legislação brasileira como pertencente à Classe I da Lei de proteção aos mananciais e apesar de sua grande importância para o desenvolvimento brasileiro de um modo geral, não se pode afirmar que, devido à natureza dos produtos químicos que produz, não esteja provocando algum grau de poluição aos mananciais da região.

Não nos foi possível constatar o teor de mercúrio dos resíduos líquidos, assim como vazamentos de gases ou outras irregularidades aventadas, devido à limitação de nossa visita.

Ao entrevistarmos outros diretores de indústria de RGS foi comentado que de nada adiantaria eles se preocuparem, em tratar os resíduos, se a Elclor não o faria adequadamente, estando a poluir intensamente os rios da região, a ponto de um deles não possuir mais peixes, pelo excess de cloro e outras substâncias aí lançadas.

Citou mesmo que a Elclor poluía os rios de RGS po -

rêm pagava a multa de 80 mil cruzeiros mensais a Santo André. Injustiça dupla: - quem fica com os rios poluídos é RGS e quem recebe o dinheiro da multa é Santo André.

No entanto a Elclor possui todas as condições para executar as exigências requeridas pela CETESB quanto a equipamentos para tratar os seus resíduos e/ou minorar a possibilidade de poluição sob todos os aspectos.

Por outro lado, a indústria oferece uma série de vantagens e facilidades aos seus funcionários e possui um Departamento Médico muito bem equipado.

O Deptº Médico conta com 2 médicos, 2 enfermeiros do trabalho e 4 outros enfermeiros, que se revezam à noite, inclusive aos sábados e domingos.

Conta com um Laboratório próprio de Análises Clínicas, realizando todo tipo de exames.

O controle de absenteísmo por enfermidade e por funcionário é feito por computação eletrônica. Os meses de maior número de dias perdidos registra-se em julho e agosto. O nº de acidentes de trabalho por ano não nos foi possível obter. Entre as ocorrências de doenças profissionais citamos as lomboalgias e entre os acidentes: as queimaduras por soda e aspiração por cloro. O Deptº Médico possui aparelhagem especial para atender nesta última eventualidade, assim como chuveiros para o 1º caso. Estes também são encontrados em diversas seções dentro da indústria. A acrosteólise pelo polietileno não foi mais observada após 1972.

O atendimento médio por dia do Deptº situa-se entre 10 a 30 casos.

A indústria tem convênios com os seguintes hospitais: Hospital de Ribeirão e Clínica São Lucas em Ribeirão Pires; Hospital São Cristovão em Santo André, Hospital São Caetano em São Caetano e Elnimed em São Paulo.

Há 1 engenheiro e 3 inspetores de Segurança do Trabalho.

A indústria possui uma Vila (Vila Elclor), lugar de

residência dos funcionários e seus familiares.

4.6- Instituições e programas de promoção social e afins

Vale ressaltar que o município tem um potencial de maior importância, numa instituição comunitária operando com - objetivos de conscientizar, organizar e capacitar grupos sociais e indivíduos para participação no desenvolvimento da área e na solução de seus problemas sociais básicos: a APIS- Associação Pró-Integração Social.

Em função desse núcleo, outros programas e órgãos tem sido envolvidos, contando com a ativa participação do Sr. Prefeito e do seu "staff", que apoiam o esquema de planejamento participativo e ação conjunta no município.

Desde 1973, essa associação está ativada em Rio - Grande da Serra, em convênio com a FASPG - Fundo de Assistência Social do Palácio do Governo, com a Secretaria da Promoção Social e com o SESI, de Santo André. A APIS serve para orientar a população e fazer com que ela utilize de maneira correta os seus direitos. Em última análise, ela visa a capacitação de indivíduo, para enfrentar as dificuldades de seu meio ambiente. Para isso, a APIS promove o Bazar Beneficente que é realizado uma vez por mês, palestras sobre promoção de saúde, cursos fixos de corte e costura e culinária. Também, distribui pró nutri há um ano alimentação suplementar, para crianças em idade pré escolar e organiza anualmente, a campanha do agasalho.

Em Rio Grande da Serra, a APIS atende cerca de 70% da população (mães e crianças), inclusive maximizando sua ação através da orientação a grupos de base na comunidade (grupos de mães, de jovens etc).

Funciona de 2a. a 6a, das 8 às 17 horas com uma equipe de 14 elementos em sala cedida pela Prefeitura, na Escola Municipal.

A partir de agosto do ano em curso foi contratada - uma assistente social - Dona Marise, para atuar junto à - Senhora .. Presidente da Associação. Dona Ermelinda, residente na comunidade e ser elemento de ligação com os - órgãos oficiais, através da Secretaria de Negócios Metropolitanos,

que está coordenando os esforços de ação conjunta realizados no município, com direta participação do Sr. Prefeito.

Essa mobilização de recursos oficiais tem suas origens em início de 1978, partindo do Palácio do Governo Estadual, através de sua primeira dama, Sra. Leila Bygton. Ela reuniu os representantes de seis secretarias e três órgãos com o objetivo de incentivar o aproveitamento de recursos técnicos e humanos, para a aplicação de programas integrados em diversas áreas.

As secretarias participantes são: a de Negócios Metropolitanos, da Saúde, da Promoção Social, da Agricultura, da Educação e do Planejamento, além de órgãos como o SESC- Serviço Social do Comércio e FASPG - Fundo Assistencial do Palácio do Governo. Uma primeira abordagem, para ação do grupo foi a de dividir as regiões do Estado para diversos grupos das próprias secretarias atuarem integradamente. O grupo da Região Metropolitana, numa segunda reunião com a FASPF, apresentou a sub-região sul do estado como a mais carente e selecionou uma área-piloto para iniciar sua ação, com base no critério de ser o município que possuísse o menor orçamento e apresentasse mínimas condições de sobrevivência para os seus comunitários. Rio Grande da Serra foi o município escolhido. O FASPG solicitou, imediatamente, que a coordenação administrativa do experimento fosse da responsabilidade da Secretaria de Negócios Metropolitanos tendo ficado a cargo da economista Sra. Sanobia Maria Barjas, que é assessora do gabinete do Sr. Secretário, Roberto Cerqueira César.

A partir dessa implementação e de forma sistemática, o Sr. Prefeito de Rio Grande da Serra, Aarão Teixeira, tem mantido contatos com a programação. Apresentou inicialmente a listagem das necessidades do Município e programas prioritários - nos setores de saúde, educação, lazer, habitação, saneamento e outros, não implementados ao nível Municipal por absoluta falta de recursos, principalmente financeiros e técnicos.

Na evolução programática, três etapas se definiram: a curto, médio e longo prazo, situando-se na primeira o atendimento de prioridades básicas; a médio prazo, o desenvolvimento do esforço conjugado de programas dos órgãos escolhidos e a longo prazo, a atuação de equipes especializadas em caráter de

maior fixação na área; para incentivar a participação conjunta dos comunitários na programação global e setorizada.

Vale ressaltar que na medida em que o grupo da Faculdade de Saúde Pública tomou conhecimento dessa configuração - um sistema integrado de ação conjunta que se articulava, em sua fase inicial -engajou-se no "grupão", como equipe de saúde pública, que forneceria os componentes diagnósticos de sua área específica, dentro das relações globais da unidade social em análise: o Município de Rio Grande da Serra e sua população: "pessoas - em - situação".

Outra programação que se destaca na área de promoção humana e desenvolvimento social no município é o Centro Social Urbano a ser instalado, já como fruto dessa programação - integrada anteriormente descrita.

Sabe-se que ao nível federal, o Programa de Implantação de 600 centros sociais urbanos no país está formalizado em decretos e regulamentos, de alto interesse do Conselho de Desenvolvimento Social.

Incluindo no programa nacional dos centros sociais urbanos, em sua etapa, Rio Grande da Serra vai ganhar até dezembro, importante centro social que vai ocupar cerca de 1200m², com 1200m² de área construída, atrás da estrada de ferro. O Centro Social Urbano CSU, fica de frente para a rua Vereador Moraes Ramos, em local de favorável acesso para a população - alvo.

Vai oferecer serviço nas áreas de educação e cultura, desporto, saúde e nutrição (atendimento médico-sanitário), trabalho, previdência e assistência social, recreação e lazer.

Os custos das obras ficarão em soma de 5 milhões - de cruzeiros, assim divididos: A Unid fornece 30% da verba, sem retorno; o Estado, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social 70%, e a prefeitura cabe a doação de terreno e a administração do funcionamento do Centro Social Urbano.

Instituições e programas comunitários sediados fora de Rio Grande da Serra e com finalidade de cunho docente-assistencial tem-se envolvido na ação conjunta que se articula

na área. Destacam-se como importantes veículos de experiências concretas para a formação do sanitarista, tendo em vista que - possuem objetivos afins aos desses técnicos e se propõem a trabalhar "com" a população - alvo.

Desde a primeira reunião em que a Faculdade de Saúde Pública esteve representada por sua Equipe de Saúde, na Secretaria de Negócios Metropolitanos, em agosto do ano em curso, essa característica se evidenciou. Solicitou-se que cada membro responsável pelas entidades, documentasse sucintamente - seus objetivos, para numa eficiente comunicação de propósitos que garantisse o nível adequado de integração programática e de satisfação individual, grupal e institucional face as metas com a comunidade.

Nossa Equipe forneceu a todos cópia constante de parte de material fornecido pela Comissão de Estágio Multiprofissional, onde são explicitados nossos básicos objetivos.

Extraímos, a seguir, do material entregue por duas importantes programações, os objetivos de trabalho do Instituto de Serviço Social de São Paulo (entidade particular) que atua orientando o estágio de alunos da Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano do Sul (entidade particular) e do grupo de voluntários acadêmicos da Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes.:

"Objetivos Sumários do Instituto de Serviço Social(alunos e supervisor da Faculdade Paulista

- 1- O Instituto de Serviço Social, instituição destinada a projetos e formas de intervenção na área do social, foi solicitado a desenvolver um projeto em Rio Grande da Serra.
- 2- Para tanto, formou-se um grupo de trabalho constituído por 17 estagiários de Serviço Social, quatro da 4a. série e treze da 3a. série, ambas profissionalizantes, sob a coordenação do Diretor do Instituto e Faculdade Paulista de Serviço Social de S. Caetano do Sul. Os estagiários representam duas séries, desde que pretende-se a continuidade do projeto pelo processo de substituir os que se formam por alunos das séries anteriores.

- 3- Grupo-tarefa dispõe de fim de semanas (sábado e domingo), cada aluno integralizando no mínimo 200 horas de estágio curricular. Além dos horários de fim de semana, anotados no diário de campo de cada aluno, o grupo tarefa reúne-se semanalmente com o supervisor, às 18:30 horas quarta-feira na Faculdade Paulista de Serviço Social de S.C.do Sul.
- 4- Os objetivos do projeto compreendem duas linhas gerais de ação:
- a-) o estudo monográfico da comunidade, tendo em vista fornecer uma visão global e diagnóstica da comunidade como-um-todo;
 - b-) formas imediatas de atuação, desde que a comunidade tem expectativa a respeito da presença do grupo.
- 5- Na linha do estudo monográfico e também na linha de atuação imediata o grupo foi dividido em sub-grupos setoriais; assim, há por exemplo: um sub-grupo relacionado ao setor saúde, outro ao setor educacional, outro ao lazer, etc.
- 6- Cada sub-grupo apresenta na reunião de supervisão um relatório de suas atividades e tais relatórios além de outros dados que vão sendo obtidos formam um "dossier" de documentação.
- 7- Na área específica no setor saúde interessa ao grupo:
- a-) o levantamento das estruturas e instituição que operam ou podem operar nesta área;
 - b-) condições gerais de saúde e os indicadores usuais a respeito;
 - c-) as formas mais generalizadas de morbidade e mortalidade, as eventuais endemias e as formas decorrentes de causas sociais ou situações que se correlacionam.
- 8- A nível de atuação, o sub-grupo está:
- a-) interessado em organizar a comunidade para a problemática da saúde;
 - b-) mobilizar recursos potenciais, inclusive os não-diretamente relacionados à área, no que possa nela interferir;

e-) principalmente uma mudança da atitude da comunidade face a saúde levando ao mesmo tempo a superar os hábitos culturais de auto-medicação e o recurso a procedimentos não-técnicos.

9- Um projeto de implantação e adequada utilização de um equipamento de saúde, será assim o objetivo do grupo de saúde no contexto mais amplo do grupo de trabalho para a comunidade de Rio Grande da Serra."

"Trabalho de Medicina Preventiva Município de Rio Grande da Serra

Convidados pela Associação Pró-Integração Social e com a finalidade de se aplicar um trabalho visando primordialmente atingir os diversos níveis de Medicina Preventiva na cidade de Rio Grande da Serra, colocamos em nível de esclarecimento os seguintes objetivos:

A) Caracterização sócio-econômico-cultural da comunidade local.

B) Medicina Preventiva realizada nos seguintes níveis:

I) Saneamento básico: educação e prevenção sanitária, instalações sanitárias, promoção de infra-estrutura junto ao saneamento e seus órgãos oficiais responsáveis;

II) Promoção da saúde: meio ambiente, hábitos alimentares, transporte, higiene corporal e bucal, recreação, habitação, junto à focos epidemiológicos.

III) Atividades junto à população em nível de Saúde Pública: controle sanitário de focos epidemiológicos, campanha de vacinação, combate aos focos epidemiológicos, campanha na prevenção de doenças.

IV) Atividade junto à população no nível pré-patogênico e patogênico: triagem, estudo propedêutico dos casos triados, exames físicos e subsidiários e hipóteses de diagnóstico, encaminhamento de casos à entidades capacitadas sob supervisão médica.

V) Tratamento dos casos triados ou recebidos no local de atendimento clínico ou cirúrgico.

V) Atuação e acompanhamento junto à reabilitação de indivíduos que sofreram sequelas.

C) Apresentação dos dados coletados e relatórios dos trabalhos executados aos órgãos responsáveis.

D) Conclusão: novo planejamento a partir dos dados obtidos.

Pretende-se através da realização da primeira etapa, ou seja, da caracterização sócio-econômica-cultural da população atingida pelo trabalho, montar um sistema de assistência permanente através dos diversos níveis acima relatado.

Através deste planejamento inicial pretendemos tomar contato com as necessidades primordiais da população. Entendemos que a possibilidade de se conseguir através da organização de um grupo diversificado, no que se refere ao campo de atuação profissional, fará com que haja de forma efetiva atendimento à população no sentido amplo do conceito de saúde.

Mesmo contando com o apoio da prefeitura de Rio Grande da Serra, assim como a A.P.I.S., para a execução deste trabalho, achamos que a relação que possamos ter com os diversos campos profissionais somente abastecerá seus objetivos, numa melhor atuação junto à comunidade atingida pelo projeto"

Além desses três grupos descritos, com a evolução do trabalho, principalmente em reuniões programadas e contactos posteriores, foram sendo definidos objetivos dos seguintes grupos - que compõem o projeto:

Projeto Rondon - Coordenação da Grande São Paulo -

Sediado em Santo André e tendo como coordenador o Prof. Machado, pretende este projeto, integrando esforços com docentes e alunos principalmente da Faculdade de Comunicações do Instituto Metodista de Ensino Superior, planejar e executar curso de ação que promova em Rio Grande da Serra, o desenvolvimento do setor econômico.

Dessa forma, partindo da premissa de que a população e os órgãos municipais estão restringidos no atendimento das necessidades básicas (níveis de vida) e de desenvolvimento local

integrado por não ter condições de infra-estrutura econômica, con
sidera-se:

- há impossibilidade de desenvolvimento do setor primário, devido às condições climáticas e de constituição e uso do solo;
- há atualmente legislação que limita a implantação de indústrias, devido à prioridade de proteção dos mananciais, o que impede crescimento do setor secundário;
- poderia haver implementação de projetos no setor terciário, se a vocação do município, propício para exploração como área de turismo e lazer, fosse desenvolvida. Porém, para que o potencial turístico da região fosse explorado, gerando formas de produção para a população e de cobrança de impostos para a administração municipal, seria necessário fundamentar uma infra-estrutura básica para sua manutenção.

A Prefeitura não possui condições para acionar este projeto. A Embratur, no momento apresenta restrições para envol
ver-se na ação. Assim, o Projeto Rondon, sem envolvimento político maior, mas com apoio do governante municipal e integrando o "grupo", se propõe, a partir do levantamento inicial de levantamento de equipamentos básicos viáveis, iniciar a ação conjunta nessa área. Coincidindo com a filosofia de atuar junto com a comunidade e de engajar sua clientela (professores e alunos) na função de extensão universitária, o IMES, com seu grupo de Relações Humanas, Jornalismo e Comunicações em geral, se integra para a ação de desenvolvimento econômico do Município. Valoriza-se esse esforço contando como crédito curricular estas atividades estu
dantes.

Destaca-se, neste quadro, o papel assessor do Projeto Rondon, que apenas ajuda com subsídios ao Prefeito, que tem a res
ponsabilidade decisória e executiva.

Paralelamente, contactos com órgãos particulares e go
vernamentais tem sido desenvolvidos aproximando de Rio Grande da Serra grupos que estejam interessados em investir no turismo. Res
salta-se via Projeto Rondon, a aproximação do Sindicato de Traba-

lhadores das Indústrias Químicas de São Paulo, sediado em Santo André, que articula com o Sr. Prefeito, atualmente, objetivos - de implantar Colonia de Férias no Município. Considerando o expressivo número de moradores do local que também atuam em indústrias químicas do Grande ABC, percebe-se que tal empreendimento além das vantagens para o Sindicato, se transformará em estratégia de envolvimento comunitário maior, ao nível populacional.

Eis, pois, uma fórmula inteligente de integração: o "know how" do Projeto Rondon, implementando mais uma de suas Operações Especiais, permanentes; associa-se o Instituto Metodista de Ensino Superior, preocupado no melhor tipo de estágio supervisionado para seus alunos; a coordenação executiva do Sr. Prefeito; a coordenação administrativa geral da Secretaria de Negócios Metropolitanos; o envolvimento interessado de outros Grupos governamentais, particulares e voluntários, com metas afins.

Como prática vivenciada pela Equipe de Saúde Pública no programa, vale ressaltar que foram alguns dos temas discutidos em conjunto, com esse subgrupo, no "grupão" atuante, em Rio Grande da Serra:

- questionamento dos objetivos de cada programa ou instituição, articulados face a meta comum de desenvolvimento local integrado;
- medidas éticas a serem tomadas para não "desgastar", a população com o uso de questionários e coleta de dados repetitivos, inclusive resultando daí o preparo prévio dos grupos e lideranças, para Equipe de Serviço Social, interpretando objetivos de nosso inquérito domiciliar;
- intercâmbio de dados coletados, entre os grupos envolvidos;
- compromisso de comunicação, ao nível de compreensão da população, do diagnóstico global de sua unidade social, a fim de serem decididos, com os comunitários, as metas prioritárias;
- definição pelo Sr. Prefeito, dos esforços e recursos a

serem alocados, ao nível municipal, respeitando-se os valores, normas e padrões da comunidade;

- compromisso de garantia de continuidade da programação global, que não sofrerá solução de continuidade após o desligamento do grupo da FSP do contexto, nessa fase.
- avaliação conjunta das atividades e coordenação central e local garantindo o desenvolvimento das metas do "grupo", articulando objetivos e recursos necessários.

Esses contatos oportunizou à nossa Equipe vivenciar de forma concreta situações que certamente surgirão futuramente no desempenho do papel e da função de sanitária. Extrapolou a experiência do pequeno grupo - Equipe de Saúde da FSP-, para a vivência do móvel intersetorial e inter-institucional. Enriqueceu, em muito, ao grupo, no nível de percepção da realidade objetivo de trabalho: a saúde como componente de toda uma dinâmica social, cultural, política, econômica. A partir desta constatação, sentiu-se maior segurança na postura do sanitária-estagiário, já que foram minimizadas suas ansiedades de profissional consciente de seus limites e desejoso de participar de trabalho conjunto e produtivo. Confia-se, inclusive, de que o envolvimento da população-alvo possa ser melhor produzido, na medida em que, com ela, possa "transar" uma grande equipe de saúde mais segura e participativa.

5. Estrutura econômica

Na medida em que as contradições do sistema de produção das comunidades possam ser percebidas e compreendidas pelas equipes de saúde, os fenômenos que se relacionam com o homem enfrentando o processo de sobrevivência possam a ser melhor entendidos, visando a intervenção programática, inclusive relacionada ao setor saúde.

Em relação à produção primária, não são representativas as atividades extrativas, vegetais ou minerais. Há uma pedreira cujo funcionamento era garantido pela Prefeitura Municipal de São Paulo e atualmente não está sendo operada, dependen

do de decisões do Sr. Prefeito que examine viabilidade do retorno à produção. Percebe-se potencial para exploração de olarias e cerâmicas.

A lavoura, em relação aos dados existentes de 1975, foi pouco significativa, considerando-se produtos anuais, perenes, legumes e verduras. Há referências a 83 propriedades agro-pecuárias, porém os objetivos são quase totalmente voltados para uso doméstico. Predomina a colônia japonesa, com plantação de legumes, criação de aves e produção de ovos.

Como em agricultura a produção está economicamente relacionada com respectiva área cultivada, o rendimento de cada uma delas, é estimado em quantidades produzidas por hectare (ha) que neste ano agrícola de 1978 apresentou os seguintes dados segundo registro no Instituto de Economia Agrícola da Secretaria de Agricultura:

1- Culturas anuais	Rendimento
Batata da seca	240 sc/ha
Mandioca para mês	12 t/ha
Milho em grão (estimativa final)	40 sc/ha
Tomate + nvarado	1.600 sc/ha
2- Culturas perenes	
Limão	4 cx/pê
3- Olericultura	
Acelga	500 eng/ha
Agrião	50.000 maço/ha
Beterraba	600 cx/ha
Chicória	600 eng/ha
Nabo	1.200 cx/ha
Alface	600 eng/ha
Almeirão	50.000 maço/ha
Batata doce	500 cx/ha
Brocoli	600 maço/ha
Couve	20.000 maço/ha
Couve flor	450 cx/ha
Abobora	8.000 Kg/ha
Aboborinha	1.000 cx/ha

4- Olericultura (estimativa final)

Beringela	1.600 cx/ha
Cebolinha	10.000 maço/ha
Cenoura	1.400 cx/ha
Chuchu	600 cx/ha
Escarola	800 eng/ha
Espinafre	40.000 maço/ha
Mandioquinha	700 cx/ha
Milho verde	100 cx/ha
Pepino	1.600 cx/ha
Pimentã	1.600 cx/ha
Pimentão	1.600 cx/ha
Quiabo	1.400 cx/ha
Rabanete	800 cx/ha
Repolho	800 cx/ha
Salsa	21.000 maço/ha
Vagem	800 cx/ha

Atividades de pecuária

As atividades de pecuária e de reflorestamento no Município são inexpressivas, havendo referências em relação ao tipo de clima úmido e solo de composição ácida o que dificulta nesta área.

Conseqüentemente, atividades de mecanização, fertilização e financiamentos agro-pecuários não são relevantes no Município.

A produção secundária é limitada, já que a legislação possibilitou incentivos à implantação de indústrias especialmente não-poluidoras, para defesa mínima dos mananciais d'água existentes na área. Até 1970 Rio Grande da Serra possuía apenas 9 estabelecimentos industriais, com baixa representatividade na sub-região sul de São Paulo, que se destaca no plano nacional como a altamente industrializada zona do ABC.

Pelo levantamento de consumo de energia elétrica após 1970 se conclui ter havido algum progresso nesse setor, porém o setor industrial revela-se de pouca importância.

Em 1970 havia no Município, apenas, 9 estabelecimen -

tos industriais. Todavia, graças a política de incentivos fiscais, no período de 1973/76, instalaram-se 7 indústrias no Parque Industrial estabelecido pela Lei de Zoneamento do Município.

Cumpra salientar, todavia, que a partir de 1976, a Prefeitura extinguiu os incentivos fiscais como medida de Proteção aos Mananciais.

As indústrias mais importantes são:

- Tênis Iris
- Licautau (estruturas metálicas)
- Polloni (fabricação de auto-peças)
- Guirado-Shaffer (fundição)
- Fiolax (produtora de borracha)
- Fábrica de papel e papelão Icatuaçu
- Eletrodosa e Grafites José Dotta
- Água Mineral Petra (engarrafamento)
- Fábrica Adubos e Inseticidas Miguel Adri

As atividades comerciais instaladas integram 105 estabelecimentos, cuja listagem se encontra em Apêndice nº , obtida na Seção da Receita-Sector de Tributação e Lançamento da Prefeitura local.

Tratando-se de um Município pobre, o comércio repousa, principalmente na exploração de atividades essenciais à subsistência da população.

Dos estabelecimentos comerciais instalados em Rio Grande da Serra, 43,8% pertencem ao ramo da "bar e mercearias, empório e supermercado". Em segundo plano aparece a atividade única de "bar" (10,5%) e a seguir a de quitanda (4,7%).

Outros tipos de comércio instalados são encontrados no Município como, por exemplo, materiais para construção, artigos eletrodomésticos, barbearia, açougue, farmácia, etc porém, sem expressão em termos quantitativos.

O comércio ambulante se constitui em 78 inscrições, sendo a principal atividade desse tipo o de comercializar frutas, doces e legumes, responsável por 14% do total. A seguir, aparece o comércio de peixes, com 6,4% e de roupas, com 3,8%.

No que se refere à população economicamente ativa, a absorção de mão-de-obra pelo comércio e indústria locais é inexpressiva e responsável pelas características de "cidade dormitório", já que os chefes de famílias se deslocam para os municípios próximos, em busca de trabalho.

As atividades de serviços são reduzidas, limitando-se ao funcionamento esporádico de uma clínica médica, cujo responsável não reside no local, aos préstimos de um banco-Agência do Banco Mercantil do Estado de São Paulo, quatro imobiliárias, 1 agência de fotografia, um cartório de registro civil, dois escritórios de contabilidade e serviços de barbearias e cabelereiro, além de reprodução de xerox e de serviços datilográficos.

6. Infra-estrutura

Aspectos básicos para o desenvolvimento comunitário, constituindo-se como variáveis intervenientes na situação de saúde dos munícipes, são os relacionados com os sistemas de energia elétrica, transportes, comunicações água e esgotos, coleta de lixo e controle de vetores.

A energia elétrica é distribuída pela Light - Serviços de Eletricidade S/A.- nas seguintes tensões:

no primário: 13.800 a 88.000 volts
no secundário: 220 volts

O Sistema Viário e de Transporte se caracteriza pelos dados seguintes:

São duas as rodovias estaduais que cortam o município: SP 122 e SP 103.

SP 122 - Começa na divisa de Ribeirão Pires com Rio Grande da Serra (Km 46,90 da SP 31) e segue em direção a Paranapiacaba, Sto. André, tangenciando o Perímetro Urbano de Rio Grande da Serra. Tem uma extensão de 19,70 Km pavimentados e em bom estado de conservação.

SP-103 - Inicia no Km 46,4 da SP-31 (Ribeirão -

Pires), segue em direção a Paranapiacaba (Santo André), atravessando o perímetro urbano de Rio Grande da Serra. Percorre uma extensão de 4,8 Km no município, trecho em que apresenta revestimento sílico-argiloso e possibilita acesso à parte baixa de Paranapiacaba.

Quanto à ferrovia existente - Rede Ferroviária Federal - faz a ligação Santos - Jundiá sendo esta de grande importância porque é a única ligação direta com a Capital.

Além da ferrovia, os passageiros também utilizam o serviço rodoviário inter-municipal de características suburbanas, não havendo linhas que façam ligações diretas com a Capital.

Vale ressaltar a existência de um projeto:

Corredor Viário Tamanduateí: Cortará o Município numa extensão de 2,93 Km, possibilitando o acesso, a oeste, do município de Ribeirão Pires e ao sul à Rodovia SP-122.

Este corredor se reveste de grande importância para o Sistema Viário Metropolitano, por se tratar de uma via de alta capacidade de tráfego, ligando a Capital a Rio Grande da Serra, através dos Municípios de São Caetano do Sul, Santo André, Mauá e Ribeirão Pires.

As comunicações utilizadas pela população se restringem à penetração do rádio e da televisão, ao uso dos correios e telegrafo e dos telefones existentes. Apenas uma página é suficiente para o número reduzido de assinantes.

Vale ressaltar que o hábito de receberem assinaturas de jornais na cidade, segundo informações do Sr. Prefeito, se restringe a cerca de 40 pessoas do local, que divulgam entre os mais interessados, as notícias mais evidenciadas.

Considerando-se as condições de saneamento do meio, são dados relativos a Rio Grande da Serra:

Saneamento do Meio

1. Abastecimento de água

Os serviços de abastecimento de água do Município de Rio Grande da Serra deverão fazer parte do Sistema Integrado da Região Metropolitana de São Paulo, tendo em vista a posição geográfica de sua área urbanizada atual e as perspectivas do Planejamento Metropolitano.

O município aderiu ao PLANASA, tendo optado pela 1ª alternativa, entregando toda a responsabilidade dos serviços de abastecimento de água à SABESP.

Até há pouco tempo, o município tinha uma situação " sui generis " porque embora não dispondo de abastecimento de água possui em seus limites geográficos um manancial adequado às suas necessidades, águas possíveis de tratamento, com vazão estimada em 150 l/s, porém, este manancial era utilizado apenas para abastecimento da Cidade de Ribeirão Pires.

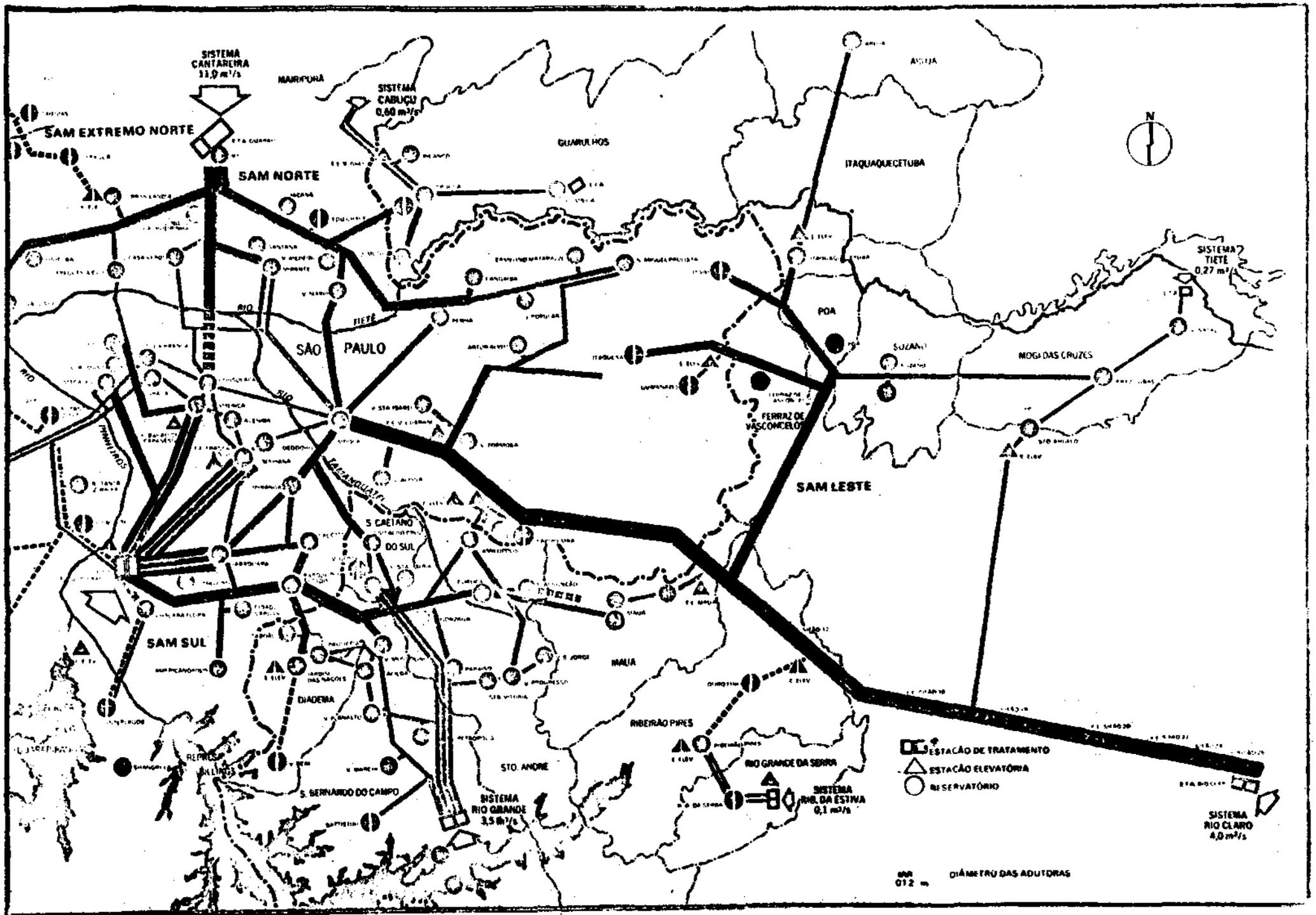
Pela sua proximidade com a sede do município de Rio Grande da Serra, foi estudado o seu aproveitamento por ambas as cidades, já que não existem outros mananciais adequados ao abastecimento desta localidade.

1.1- Manancial

O manancial utilizado é o Ribeirão da Estiva, que é represa por uma barragem de terra, sendo apenas o vertedor e a captação em concreto. Está localizado no Município de Rio Grande da Serra, a 2.000m de sua sede, sendo no entanto de propriedade da Prefeitura de Ribeirão Pires.

O Ribeirão da Estiva apresenta uma vazão, estimada de 150 l/s o que garantirá o abastecimento de Rio Grande da Serra até o ano de 1990 e o abastecimento conjunto de Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires até o ano de 1980.

A partir de 1980, a cidade de Rio Grande da Serra poderá ser abastecida pelo Sistema Adutor Metropolitano - SAM. O ponto inicial da linha adutora deverá ser o reservatório do sistema de abastecimento de água de Ribeirão Pires. Esta adutora funcionará por gravidade sendo que a diferença de cotas é satisfatória ,



com uma extensão aproximada de 5 Km. Suas águas segundo análise físico-química e bacteriológica, apresentam boas características sendo passíveis de tratamento.

O Ribeirão atravessa inúmeras propriedades em seu curso, não havendo restrições ao uso das terras margeadas, o que pode vir a prejudicar a qualidade das águas, sendo necessário portanto, a criação de faixa sanitária de proteção e controle rigoroso na estação de tratamento.

1.2- Captação e elevatória de água bruta

A captação é feita a partir de um poço de sucção construído adequadamente em forma de espiral.

A água é recalçada do poço de sucção para a Estação de Tratamento de Água, através de dois conjuntos motor-bomba com as seguintes características

- motor de potência de 15CV, voltagem 220/380 volts, velocidade 1860 rpm.

- bomba, marca KSB, vazão de $180\text{m}^3/\text{h}$, altura manométrica de 8,5m, e velocidade de 1710 rpm.

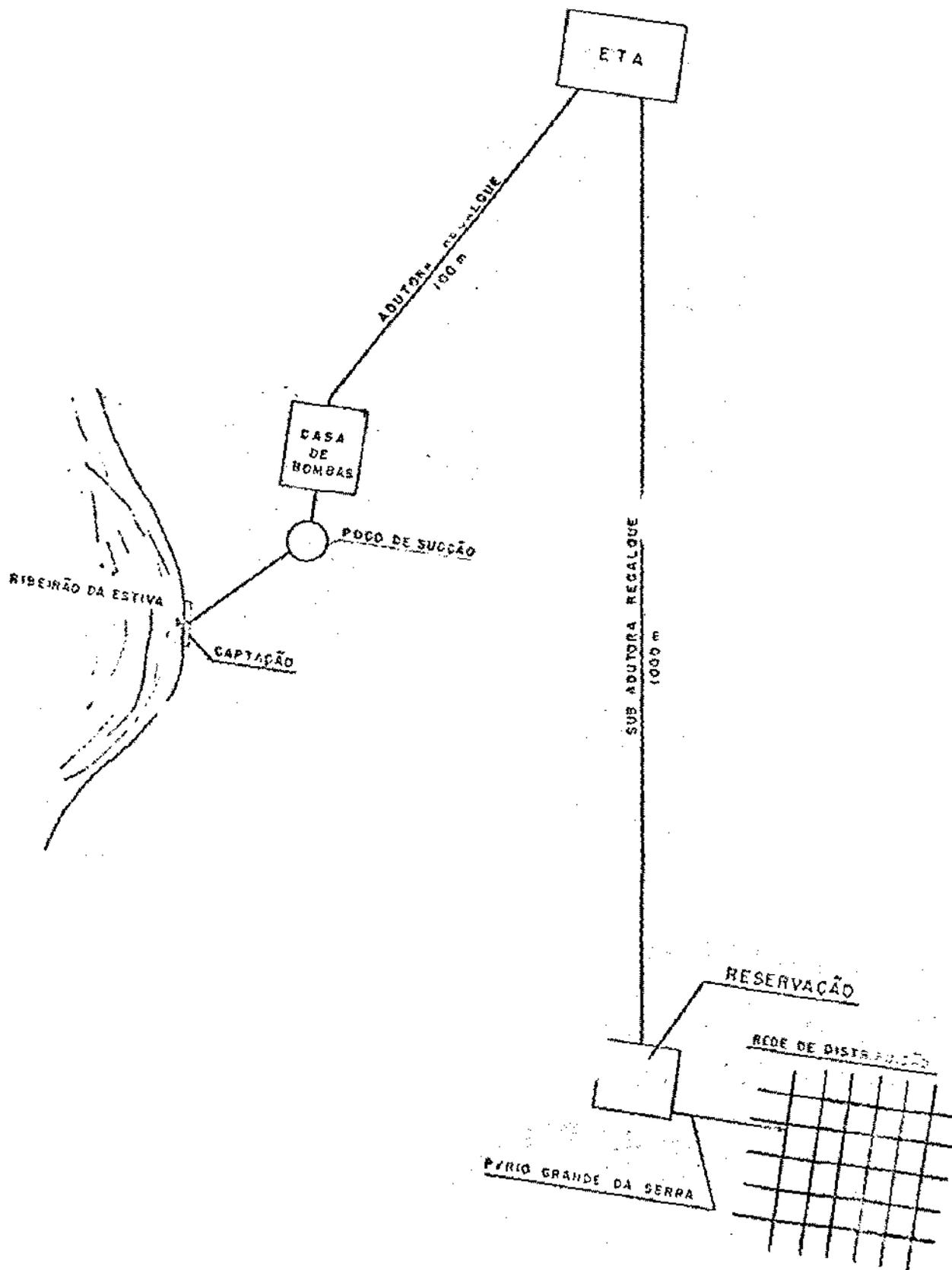
Os conjuntos motor-bomba estão instalados numa casa de bombas, espaçosa, bem construída tecnicamente e em bom estado de conservação. O bombeamento é ininterrupto.

1.3- Adução

A água captada é conduzida para a Estação de Tratamento de Água, em tubos de ferro fundido de 250mm de diâmetro numa extensão de 100m. Na Estação de Tratamento de Água sofre novo recalque até uma caixa de passagem situada no alto do morro da Estiva, em tubos de ferro fundido de 250mm de diâmetro, numa extensão de cerca de 1.000m, e daí vai para Ribeirão Pires por gravidade.

Neste ponto em que está localizada a caixa de passagem também se encontra um reservatório de distribuição para a cidade.

RIO GRANDE DA SERRA
SISTEMA PROPOSTO



1.4- Tratamento

As águas de Ribeirão da Estiva são tratadas através de uma estação de tratamento do tipo convencional sendo formada por 76 chicanas para mistura rápida e floculação, 2 decantadores e 3 filtros. A vazão nominal é de 50 l/s e está trabalhando com toda sua capacidade. A área onde se localiza é suficientemente grande para ampliações e outras obras complementares.

1.5- Rede de Distribuição

A implantação da rede de distribuição é recente, não estando toda concluída. A previsão é de 39.000m de extensão e 2.430 ligações domiciliares, e até o momento encontram-se executados 38.500m e 1.032 ligações, devendo entretanto alcançar o previsto até o final do ano.

1.6- Soluções individuais para abastecimento d'água

Sendo recente a implantação da rede de abastecimento de água e não estando atendendo à toda população, esta vem se servindo de poços superficiais domiciliares como solução individual para abastecimento de água apresentando um nº elevado destes.

Os domicílios que dispõem de serviço de abastecimento de água ainda mantêm os poços domiciliares devido à recente chegada deste serviço, que é pago mas apresenta cortes frequentes no fornecimento de água. Os poços são também utilizados para irrigação de hortas e jardins, lavagem de roupas e limpeza doméstica. Observou-se que estes poços foram feitos sem muitos cuidados sanitários apresentando proximidade às fossas negras ou situados em cotas inferiores às mesmas.

2. Águas residuárias

A inexistência de redes coletoras de esgoto implica na necessidade da população adotar soluções individuais, na maioria das vezes fossas negras sem qualquer cuidado e em muitos casos contaminando a própria água do poço domiciliar utilizado. As poucas fossas sépticas encontradas apresentavam falta

de manutenção, estando o seu efluente escoando superficialmente pelos quintais e valos nas laterais de ruas.

Desta forma a implantação da rede coletora de esgotos deve ser encarada como de 1ª. necessidade, não só para o benefício direto da população da cidade, como também de forma indireta na proteção de manancial.

O município de Rio Grande da Serra está todo dentro da bacia tributária da represa Billings, um dos importantes mananciais do Grande São Paulo tendo sido classificado em classe I, o que implica na exportação do efluente do esgoto tratado.

Pensando desta forma fez-se um planejamento global do problema de esgotos domésticos e industriais para a Região Metropolitana de São Paulo onde se incluiu o município de Rio Grande da Serra, criando-se o SANEGRAN.

Para o município de Rio Grande da Serra o Relatório Técnico Preliminar encontra-se aprovado para financiamento junto ao Banco Nacional de Habitação (BNH), tendo as seguintes características básicas:

- áreas a serem atendidas
 - esgotos sanitários 478 ha
 - área industrial 319 ha
- população esgotável
 - no início do projeto 80%
 - no fim do projeto(ano 2000) 90%
- etapas
 - 1a. etapa 1976 a 1988
 - 2a. etapa 1989 a 2000
- população de projeto no final:
 - 36856 hab.

Depois de coletado o esgoto será concentrado em um ponto da cidade e daí recalcado para fora da bacia e junto com os esgotos de Ribeirão Pires, Mauá e outros Municípios do ABC serão tratados na futura Estação de Tratamento de esgotos do ABC, situada no médio Tamanduateí.

2.1- Soluções individuais para águas residuárias

A solução individual adotada e predominante nos vários domicílios é a fossa negra executada sem muitos cuidados principalmente em relação aos poços d'água existentes. Notou-se que sendo os terrenos de pequena área e de declividade acentuada apresentam fossas próximas aos poços de água e/ou situadas em cota superior.

3. Vias públicas e águas pluviais

A extensão de vias pavimentadas e providas de sistema de galerias de águas pluviais é relativamente pequena. O estado geral destas vias é considerado péssimo sendo que a via principal não era provida de meio fio em toda a sua extensão. São agora estão implantando os meio fios e farão uma nova pavimentação por ser impraticável a recuperação.

Nesta via principal são verificados vários atropelamentos justamente por não possuir meio fio e calçadas laterais. Com o grande movimento, principalmente no final do dia, quando retornam os operários às suas casas, é comum estar a cidade coberta por neblina aumentando o risco de atropelamento.

Assim, consideramos que é importante que se faça um planejamento para melhoria não só das vias para o uso dos veículos mas também que sejam vistas como importantes para a população que em sua maioria é desprovida de condução própria.

As galerias de águas pluviais devem ser cuidadas para que se mantenham as vias em condições e sejam evitadas erosões do solo.

4. Lixo e limpeza pública

Todos os resíduos coletados pela Prefeitura, alguns industriais e outros removidos pelos próprios produtores, são enviados ao aterro simples sem maiores cuidados. A maior predominância se verifica na estrada de acesso ao cemitério, cerca de 800m adiante deste, distanciado local de saída dos coletores, na

Prefeitura da Rio Grande da Serra, cerca de 4 Km. O local é ermo, sem vizinhança num raio de 1 km, de propriedade particular.

O terreno é acidentado, de solo argiloso, sem risco imediato de poluição das courses d'água.

A deposição final é de simples descarga, ao longo da ~~rua~~ de aterro da estrada ou em terreno limdeiro à mesma, não tendo sido notados coletores de resíduos.

Trata-se de depósito de reduzidas proporções, se assim podemos dizer, e cujo recobrimento periódico com terra deveria ser tentado até a adoção de solução definitiva, podendo ser tolerada como solução precária.

A área servida pelo serviço de coleta cobre apenas a parte central em setor único em regime diário e diurno. O veículo coletor que é único recolhe simultaneamente o lixo, a varredura e detritos atirados na rua, sendo a extensão das ruas coletadas em torno de 12,5 Km que corresponde a 45% do total e a população servida é estimada em 3.200 habitantes.

Poderia ser aperfeiçoado este serviço fazendo-se um programa melhor dos serviços deste único veículo coletor, que deve ser suficiente para uma população de 7000 habitantes, desde que completada a sua guarnição com mais dois homens. Como segunda etapa caberia substituir a carroceria comum de madeira por basculante coberto.

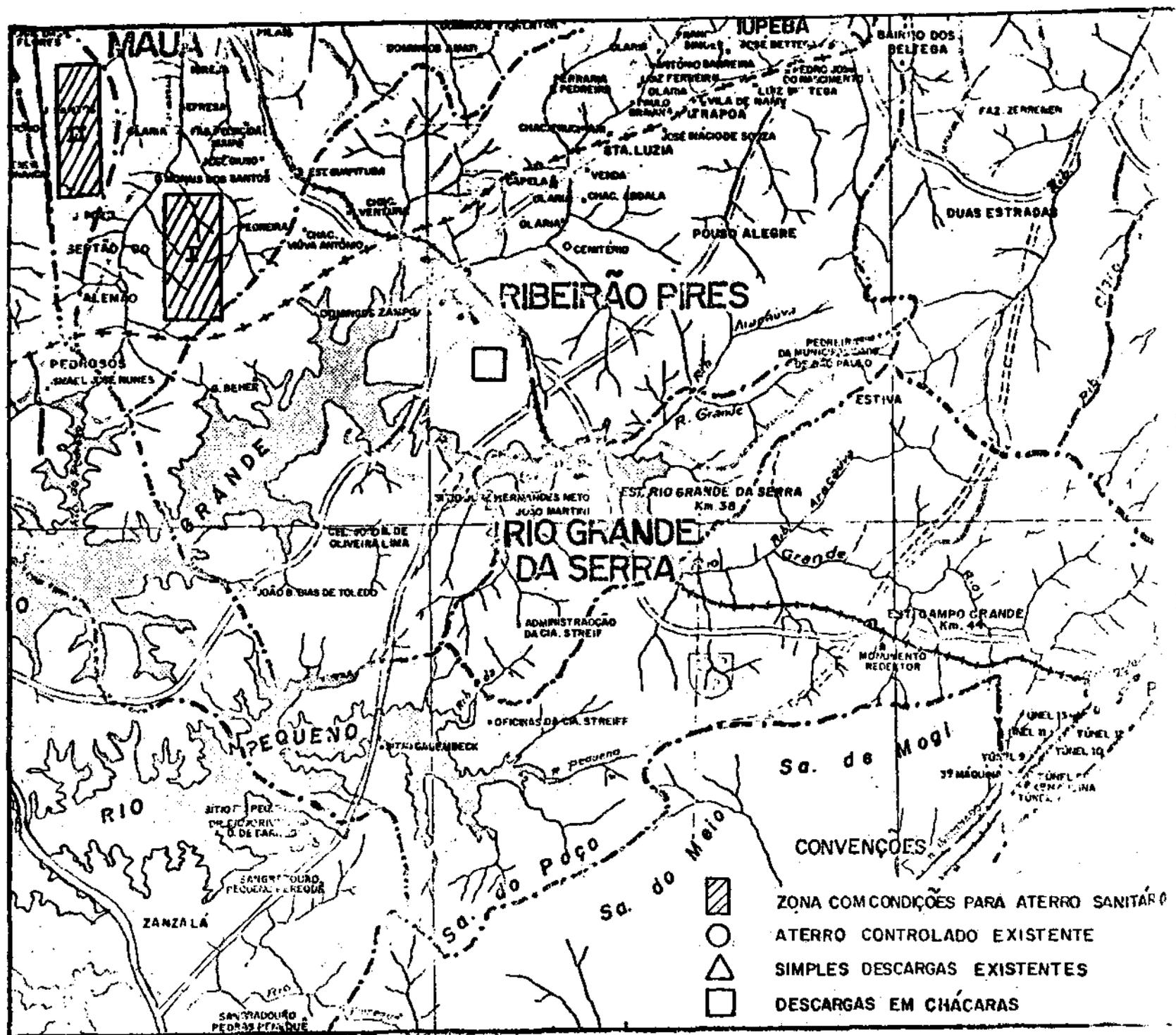
A varrição de ruas é feita somente nas principais sendo um serviço inexpressivo pelo estado de conservação das vias.

Incumbe-se a Prefeitura da remoção regular apenas do lixo residencial, proveniente de estabelecimentos comerciais e de pequenas indústrias sendo que nas grandes apenas coleta as sobras de refeitórios, ou de papel e lixo de limpeza dos escritórios.

Nos estabelecimentos de maior porte, a remoção dos resíduos industriais propriamente ditos, aí compreendidos apenas aqueles que não podem ser reaproveitados para comercialização, é atribuição da própria empresa produtora.

Ocorre a remoção de resíduos sólidos por particulares

Possíveis áreas de
localização de aterros sanitários



que não são levados a aterros, mas sim irregularmente descarregados nas áreas ao longo das estradas e mesmo em terrenos baldios. A fiscalização dessas descargas clandestinas foge ao controle das Autoridades Municipais.

Tanto na deposição final feita pela Prefeitura ou clandestinamente por particulares notou-se a presença de roedores e vetores por falta de recobrimento do lixo descarregado.

Da mesma maneira como ocorreu com o abastecimento de água e coleta, tratamento e lançamento de esgotos, foi objeto de um estudo no Grande São Paulo, pelo GEGRAN para Resíduos Sólidos em áreas Metropolitanas em 1973, tendo por conclusão os seguintes:

- a produção "per capita" para planejamento, baseado no valor médio apurado para a coleta foi de 0,205 Kg/hab.dia em Rio Grande da Serra e para a região sudeste 0,651 Kg/hab.dia;

- estabelecimento de um aterro sanitário de pequenas proporções, subsidiário entre Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra e/ou outro na estrada do Alvarenga junto à Billings.

Creemos assim que uma solução conjunta seria e ideal tornando os custos de implantação, operação e manutenção do aterro minimizado individualmente para cada municipalidade servida.

4.1- Soluções individuais

Foi observado em domicílios que dispõem de maior terreno e possuem árvores frutíferas, o enterramento dos resíduos sólidos como fertilizantes. Os restos de comida são dados aos animais domésticos de criação. Também verificou-se o lançamento de resíduos sólidos em torno do terreno sem maiores cuidados formando focos de roedores e vetores.

5. Poluição das águas

Os cursos de água localizados na Região de Rio Grande da Serra e à esquerda da Via Anchieta, sentido São Paulo - Santos, são todos de classe I que são destinados ao abastecimento doméstico (após filtração seguida de desinfecção), à irrigação da hortaliças e à recreação de contato.

CETESB
 STAR/GEE
 DAIO

 * RELACAO DE DADOS ARMAZENADOS *

DATA DE REFERENCIA
 11/08/78

CIDADE : RIO GDE, DA SERRA
 ESTACAO : RIO GDE, DA SERRA
 VARIÁVEL : TAXA DE SULFATAÇÃO
 UNIDADE : MG SDS/100 CM2/DIA

ANOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
72	.24	.14	.10	.12	.13	.16	.27	.19	.22	.21	.24	.19
73	.26	.22	.19	.16	.18	.25	.23	90.00	.30	.30	.29	.34
74	.34	.32	.17	.21	.26	.28	.31	.43	.39	.48	.38	.53
75	.38	.37	.22	.22	.34	.38	.33	.32	.30	.44	.45	.38
76	.33	.27	.27	.32	.33	.38	.35	.39	.36	.41	.32	.41
77	.42	.54	90.00	.33	.16	.40	.30	.49	.43	.41	.36	.42

LEGENDA : 90,00 = AUSENCIA DE DADOS

Fonte: CETESB

CETESB
 STAN/GEE
 OAID

 * RELACAO DE DADOS ARMAZENADOS *

DATA DE REFERENCIA
 11/08/78

CIDADE : RIO GDE,DA SERRA
 ESTACAO : RIO GDE,DA SERRA
 VARIAVEL : POLUIRA SEDIMENTAVEL
 UNIDADE : TON/KM2/30 DIAS

ANOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
72	4,50	900,00	6,60	6,10	4,30	5,80	4,20	5,40	5,50	900,00	3,60	5,90
73	11,80	7,20	5,80	5,20	8,80	5,40	4,70	5,90	8,70	13,00	11,10	900,00
74	7,20	7,90	900,00	900,00	900,00	5,30	5,10	9,00	10,10	9,20	11,80	9,60
75	6,70	7,60	7,60	6,10	6,00	6,40	9,20	9,00	8,30	8,00	6,30	7,60
76	6,20	4,40	7,00	8,70	7,50	6,80	6,00	7,70	6,20	7,60	12,90	10,50
77	12,60	13,60	18,60	5,60	9,20	6,60	8,40	9,80	3,50	13,70	11,00	9,00

LEGENDA : 900,00 = AUSENCIA DE DADOS

Fonte: CETESB

e tendem a se agravar considerando um possível desenvolvimento urbano com a chegada de serviços públicos de infra-estrutura.

A atuação do Município poderia ser dirigida para uma ocupação adequada do solo definindo áreas industriais e residenciais que levem em consideração os aspectos de poluição ambiental e desordenação das construções particulares e loteamentos.

7. ESTRUTURA SOCIAL

Os grupos e as classes sociais, os fenômenos marcantes de interação, as situações percebidas de liderança, as atitudes e valores da comunidade, são alguns dos aspectos que mais revelam a consistência do tecido social à equipe de saúde.

Quando o principal marco teórico que norteia a ação com a comunidade é o alcance da "participação habilitadora", conforme opção fundamentada em ítem do início desse trabalho, compreende-se o valor desse tipo de informação, referente à estrutura social da área.

Ressalvado o fator tempo e a necessidade de aprofundamento do estudo iniciado, nosso grupo deseja comunicar às Equipes participantes do Projeto os achados possíveis de serem reunidos na fase preliminar.

- Os grupos sociais se revelam permissivos a comunicação direta, face à face, destacando-se a unidade primária família, a escola e a religião que grupalizam os moradores em núcleos formados espontaneamente (bares, futebol, teatro, jovens) ou motivados em função de objetivos comuns, (cursos, grupos de mães, de gestantes, associações de pais e mestres, partidos políticos).

Parece reduzido o nível de consciência dos grupos em função de se constituírem uma força de pressão e de desenvolvimento local.

Há grupos relativamente fechados, tais como os de moradores japoneses e funcionários da antiga pedreira, o que le

vam a caracterização das comunidades (bairros) como mais ou menos permeáveis ao processo de "participação habilitadora".

- As classes sociais são identificáveis sobretudo em relação ao tipo de trabalho em que seus membros se ocupam e o conseqüente poder aquisitivo que possuem. Há os moradores de municípios "mais ricos", que possuem chácaras de finais-de-semana e que não parecem estar envolvidos nos problemas locais. Há os operários não qualificados e trabalhadores do comércio fora do município, que destacam dos operários qualificados e administradores de firmas; há os proprietários de glebas. As relações se estabelecem entre as classes, principalmente em função do atendimento de necessidades imediatas de sobrevivência e nesse enfoque, o nível de vida trabalho se destaca. Poucos são os profissionais autônomos. Como marginalizados socialmente do processo de desenvolvimento social, os favelados são em número relativamente reduzido, pela vigilância que é exercida pela Prefeitura, em função de impedir construção de barracos nas áreas periféricas do município.

Os recursos humanos existentes em potencial na comunidade é homogêneo, prevalecendo grupos de crianças e jovens já que os adultos em idade economicamente ativa afastam-se dos lares para o trabalho, sobretudo nos municípios limítrofes. Não parece haver choques evidenciados entre as gerações

Em alguns recantos, a comunidade tem como característica principal o nível social baixo, de modo quase genérico e evidenciado nas condições precárias de suas moradias e na apresentação deficiente das vias públicas.

Sob alguns ângulos, a comunidade pode ser considerada como imatura, amorfa, estagnada, desinteressada, resistente às mudanças. O grau de dependência se destaca, pela espera que o povo evidencia, colocada nas autoridades e instituições. As expectativas de atuação quase todas são visualizadas de forma paternalista, há pouca largueza de idéias e as normas de conduta são rígidas, de acordo com os padrões locais.

Os padrões da comunidade são rígidos em relação aos de fora, mas procuram imitar certos costumes das comunidades

vizinhas, considerados como modernos.

As relações intra-comunitárias são inexpressivas, pre valecendo certo individualismo e acomodação. O fato de serem poucas as possibilidades de trocar experiências e de manter re lacionamento entre si, constitui uma deficiência em Rio Grande da Serra, o que dificulta mais a formação de um círculo de vi zinhaça.

O relacionamento inter-comunitário se faz com a sede do município com alguns bairros limítrofes das vilas, por esta rem concentrados nestes, soluções para sua sobrevivência e para diferentes problemas: assistência médica, recreação, mão-de obra, educação e outras. Um dado verbalizado pelo Chefe da es tação de ferro retrata um valor local que se configura: "Não temos filhos da terra, aqui. Nossos filhos tem de nascer em hos pitais de outros municípios".(sic)

S Í N T E S E D I A G N Ó S T I C AMICRO-ANÁLISE

O diagnóstico é a interpretação da situação em que se encontra a comunidade focalizada na micro-análise.

Consiste na definição aproximada da situação analisada, nos seus mais diversos aspectos, servindo de ponto de partida para o trabalho de intervenção.

O levantamento efetuado, que é sintetizado a seguir, teve como modelo o inventário de níveis de necessidades proposto por Leuret, da Escola de Economia e Humanismo da França.

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PELA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA A EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Subnutrição - Doenças de massa e epidemias. - Significativo índice de morbidade e baixa expectativa de vida. - Significativo índice de mortalidade infantil. - Doenças psico-tóxicas (alcooolismo, uso de entorpecentes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa-renda - Doenças carenciais e falta de higiene. - Habitação inadequada. - Flutuação de mão-de-obra - Baixo nível de educação em saúde pública. - Falta de equipamento da medicina preventiva e curativa. - Mal aproveitamento dos recursos existentes. - Absenteísmo no trabalho. - Entrave à mobilidade social. - Baixa de produtividade no trabalho. - Baixo nível de educação doméstica. - Falta de Educação sexual - Valores religiosos. - Padrões culturais. - Falta de planejamento familiar. - Abandono do menor. - Migrações internas - Desintegração familiar - Baixo nível econômico-social - Desemprego e sub-emprego. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução e/ou substituição de valores no comportamento alimentar, higiênico, hábitos de saúde, pré e pós-natais. - Planejamento social de cunho participativo. - Assistência alimentar e medicamentos. - Participação em pesquisas interdisciplinares para aplicação. - Planejamento a médio, longo e curto prazo de ações integradas de saúde. - Educação habitacional. - Pesquisas das necessidades. - Divulgação e coordenação dos recursos existentes. - Criação de recursos - Participação em programas de educação sexual. - Substituição de valores e padrões culturais. - Participação em programas de planejamento familiar. - Orientação familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - De substituição de padrão Assistencial - De planejamento - De pesquisa de recursos - Da educação de base - De pesquisa de necessidades - Mobilizadora - Terapêutica

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PE LA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA A EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETA LHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> - Desagregação e/ou desintegração familiar. - Ausência de uma política familiar. - Distorções no comportamento sexual. - Marginalização do menor. - Carência de equipamentos domésticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de mudança social acelerado. - Migrações internas. - Deserção do lar. - Presença/ausência e/ou materna insuficiente. - Tensões familiares - Condições de vida inadequadas (habitação, alimentação, etc.). - Renda familiar insuficiente. - Falta de educação doméstica, educação sexual, preparação para o casamento e planejamento familiar. - Legislação familiar inadequada - Falta de amparo dos poderes públicos - Educação sexual inadequada ou ausente. - Tabus sexuais. - Abandono total e parcial do menor: - Assistência tradicional não propiciando a integração do menor à sociedade. - Desagregação e/ou desintegração familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação para a mudança. - Planejamento social. - Assistência especializada. - Orientação familiar. - Criação de recursos. - Educação doméstica. - Educação sexual - Preparação para o casamento. - Orientação familiar - Participação no planejamento urbano. - Subsídios para uma política social. - Participação em campanhas de orientação e criação de recursos. - Substituição de valores e comportamento. - Subsídios para uma legislação adequada e sua efetiva aplicação. - Colaboração na Política Nacional do Bem-Estar do Menor. - Assistência financeira e promocional. 	<ul style="list-style-type: none"> Conscientizadora De planejamento De educação de base Assistencial De Política Social Terapêutica Criação de recursos De substituição de padrão

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PELA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA A EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
EDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Alto índice de <u>analfabetismo</u>. - Hiato nocivo, trabalho do menor e alta <u>seletividade</u>. - Menor excepcional: físico, mental e psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa Renda familiar. - Falta de <u>educação doméstica</u>. - Programas de <u>educação doméstica</u> insuficiente. - Dificuldade de <u>comunicação verbal</u> e escrita condicionado ao pensamento mágico centrado, impedindo a <u>introyecção</u> de padrões racionais. - Elemento limitativo à <u>utilização</u> de instrumental técnico que dependa da <u>alfabetização</u>. - Dificuldade de <u>acesso às informações</u>. - Impedimento ao <u>conhecimento</u> e uso dos direitos individuais. - Dificuldade de <u>utilização</u> dos recursos da comunidade. - Elemento limitador à <u>participação</u> ocupacional. - Elemento condicionador da <u>baixa renda</u>. - Crianças que não frequentam a <u>escola</u> (rede escolar insuficiente, <u>evasão</u>, repetência). 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de programas de <u>educação</u> de base. - <u>Motivação</u> e encaminhamento para os programas de <u>educação</u> de base. - <u>Conscientização</u> ou <u>clarificação</u> sociológica. - <u>Pesquisa</u> de métodos adequados. - <u>Participação</u> nos programas de <u>formação</u> profissional. - <u>Assistência</u> utilizada como elemento motivador e supletivo à <u>alfabetização</u>, <u>profissionalização</u> e <u>prosseguimento</u> do estudo. - <u>Mobilização</u> de recursos para a <u>extensão</u> da rede escolar. - <u>Clarificação</u> e <u>educação</u> da família e da comunidade. - <u>Mobilização</u> de recursos - <u>Assistencial</u> supletiva. 	<ul style="list-style-type: none"> De <u>educação</u> de base Clarificadora (conscientizadora) De <u>pesquisa</u> e métodos De <u>capacitação</u> profissional Assistencial Mobilizadora De <u>substituições</u> de padrões De <u>Política</u> social

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PE LA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA A EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
EDUCAÇÃO		<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade dos menores da classe baixa na faixa de 12 a 14 anos de prosseguirem os estudos, se iniciarem no preparo profissional e ingressarem no mercado de trabalho. - Falta de condições psicológicas, educacionais e/ou materiais, das famílias, para a educação dos menores. - Preconceitos culturais. - Falta de equipamento especializado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapêutica, corretiva do menor e da família. 	
URBANIA	<p>Problemas de infra-estrutura urbana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pavimentação - água - esgoto - iluminação - transporte - comunicações <p>Problemas de urbanização:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carência de áreas locais e equipamentos - existência de favelas - deficit habitacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de acesso do profissional à clientela e vice-versa. - Dificuldade de acesso ao local de trabalho e recursos, ocasionando desgaste da clientela. - Problemas de saúde, higiene, abastecimento e segurança. - Condições de habitação sub-humana, promiscuidade e insalubridade. - Falta de recursos relativos à superlotação, educação saúde, lazer e bem-estar. - Grande porcentagem do orçamento aplicado ao aluguel da moradia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralização dos recursos para atendimento à clientela. - Clarificação sociológica da comunidade, com relação aos seus direitos de infra-estrutura. - Incentivo à formação de mutirão em caráter supletivo para complementar ações públicas, construções e melhorias da casa própria. - Pesquisa, planejamento e assessoria aos órgãos locais, estaduais, regionais e nacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Administrativa e pesquisa (Micro) Clarificadora (conscientizadora) Mobilizadora Pesquisa (Macro) Planejamento Assessoria

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PELA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA A EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
CÍVICO-MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> - Divisão municipal não corresponde à caracterização geo-socio-econômica. - Dicotomia entre necessidade dos municípios e ação político-administrativa. - Marginalização de faixas da população em relação à vida política municipal. - Alienação de faixas da população em relação à vida municipal 	<ul style="list-style-type: none"> - Deformação do sistema natural de polarização. - Ausência de planos diretores. - Representação e participação na vida política municipal condicionada pelo sistema de poder tradicional (mendonismo, coronealismo, cabos e leitorais, etc.). - Consciência mágica face aos problemas que cercam as populações municipais. - Ignorância em relação às leis. - Passividade em relação aos abusos de poder (outros municípios). - Desconhecimento do meio vivencial local, regional, nacional e internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceleração e intensificação dos sistemas de relações sociais. - Substituição do sistema de influência, através de estratégia política local. - Elaboração de planejamento de serviços sociais: <ul style="list-style-type: none"> . estabelecimentos de estruturas e padrões de equipamentos sociais; . diretrizes de programas; . adequação de leis; . sistema de distribuição de recursos. - Substituição de padrões político-administrativos através de estratégia política. - Introdução e aceleração do processo de participação das populações no sistema de decisão local. - Inserção e integração no tempo e no espaço. 	<ul style="list-style-type: none"> De substituições de padrões Socializadora De política Social De planejamento De assessoria técnica De criação de recursos Mobilizadora Conscientizadora

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PELA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
NÍVEL SOCIO-ECONÔMICO)	<ul style="list-style-type: none"> - Marginalização às novas formas de vida nos grandes centros urbanos. - Individualismo - Mudanças sociais aceleradas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabus e credulidades - Curandeirismo - Fatalismo - Conformismo - Mentalidade reivindicatória imediatista. - Acomodação, passividade, alto grau de anomia. - Relações sociais limitadas à família e vizinhança. - Ausência de participação. - Ausência de hábitos de participação - Ausência de consciência de classe e de consciência de comunidade. - Acomodação, passividade - Anomia - Marginalização social e cultural - Rompimento cultural <ul style="list-style-type: none"> . mudanças de comportamentos, valores . mudanças de papéis da mulher . mudança da família: família nuclear 	<ul style="list-style-type: none"> - Rompimento das estruturas mentais rígidas. - Desenvolvimento do pensamento crítico. - Integração crítica às novas formas de vida. - Formação social (conscientização das dimensões pessoal e social do indivíduo). - Desenvolvimento do comportamento grupal (ao nível da satisfação de necessidades objetivas). - Desenvolvimento das relações comunitárias e societárias. - Integração às novas formas de relação. - Capacitação para a utilização dos canais de participação popular. - Exercício da participação social e cultural. - Dinamização ou implementação de formas associativas - a nível de bairro, trabalho... (sociedades amigos do bairro, sindicato...) 	<ul style="list-style-type: none"> Substituição de padrões Conscientizadora De criação de recursos De planejamento De administração De educação de base Socializadora Mobilizadora De assistência técnica De pesquisa de necessidades De pesquisa de métodos

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PELA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA A EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
<p>OCIO-ECONÔMI A</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento do comportamento gr<u>u</u>pal e da atitude de cooperação. - Exercício da participação decisória. - Desenvolvimento da convivência de classe, consciência de nação, etc. - Integração crítica e exercício da participação social e cultural. - Rompimento das resistências à mudan<u>ças</u>. - Estudo das tendências de mudanças pa<u>ra</u> informar as diretrizes e priorida<u>des</u> nos planos sociais. - Diminuição das tensões geradas pelas mudanças (apoio, clarificação). 	
<p>SEGURANÇA</p>	<p>Problemas que interfe<u>rem</u> na subsistência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - desemprego - subemprego - nomadismo de mão-de<u>obra</u> <p>Riscos Sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - doenças - velhice - acidentes de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Desqualificação profissional - Mentalidade que envolve a legislação social do trabalho - Defasagem entre a oferta e a procura no mercado de trabalho - Aculturação de correntes migratórias - Desvinculação da Previdência Social - Marginalização sócio-legal - Desconhecimento do sistema previden<u>ciário</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação e mobilização de recursos - Educação de base - Orientação profissional - Assistência judiciária - Conscientização através de programas de formação e legislação trabalhista previdenciária e orientação sindical - Estabelecimento de canais de comuni<u>cação</u> entre os organismos de prote<u>ção</u> social e o público. 	<p>De educação de base Assistencial Conscientizadora De criação de recursos Mobilizadora De planejamento De pesquisa de necessidades De capacitação profissional De criação e desenvolviment<u>o</u> de recursos</p>

NÍVEL DE VIDA	FENÔMENOS SIGNIFICATIVOS OBSERVADOS NA PRÁTICA PELA EQUIPE DE SAÚDE	VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS PARA EQUIPE DE SAÚDE NOS FENÔMENOS OBSERVADOS	POSSÍVEIS FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (DETALHADAS)	FUNÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (REDUZIDAS)
SEGURANÇA		<ul style="list-style-type: none"> - Falta de mentalidade previdencial. - Limitação e deficiência do sistema da Previdência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento social em relação a programas de mão-de-obra. - Criação de recursos para aculturação - Pesquisa de necessidades dos beneficiários. - Programas de extensão previdenciária para integração da mão-de-obra marginalizada. - Assistência financeira, medicamentos e alimentar, através de ajuda supletiva. - Programas de prevenção sanitária: <ul style="list-style-type: none"> . fomentos e subsídios para o desenvolvimento de equipamentos sociais na comunidade, de assistência médica, de reabilitação profissional, reeducação de excepcional, etc. 	

ANÁLISE DO INQUÉRITO DOMICILIAR

Na aplicação do inquérito domiciliar, tomada como unidade para sorteio amostral e domicílio, e como unidade para análise cada núcleo familiar, foi possível a identificação das seguintes variáveis consideradas relevantes, sob duplo aspecto: como descrição da realidade (Tabelas 1 a 28, comentadas a seguir) e como cruzamentos de variáveis mais significativas, para compreensão e teste das hipóteses formuladas:

Tabelas das variáveis descritivas.

TABELA 16 - Categoria de respondentes, segundo vínculo com o chefe das famílias visitadas, em Rio Grande da Serra, setembro de 1978.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não sabe	2	0,5
Chefes da família	121	28,9
Esposa	232	55,4
Filho(a) do chefe	43	10,3
Sobrinho(a) do chefe	4	1,0
Empregada/caseiro	2	0,5
Tia(o)	2	0,5
Avô(ô) mãe/sogra	6	1,4
Cunhado	5	1,2
Não registrado	2	0,5
TOTAL	419	100,00

FONTE: Inquérito domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIOS

Incide em 55,4 o tipo de respondente esposa, seguido de 28,9 de chefes de família.

Constata-se, pois, que a esposa ou companheira, nas famílias entrevistadas, permanecem nos lares em dias úteis e fins de

semana. Conforme dados coletados referentes à ocupação, coincide com o papel feminino de "dona de casa".

TABELA 17 - Distribuição das famílias da amostra estudada, segundo bairro de residência em Rio Grande da Serra, durante o inquérito domiciliar - setembro, 1978.

BAIRRO	Nº	%
Parque Sete Pontes	5	1,2
Parque Pouso Alegre	-	-
Propriedade Daio Novais	-	-
Vila Niuva	4	1,0
Chácara Carreira	2	0,5
Vila Conde Siciliano	47	11,2
Recanto das Flores	17	4,1
Vila Ota	9	2,1
Vila Isuzuki	17	4,1
Jardim Esperança	1	0,2
Vila Lopes	34	8,1
Vila Marcos	-	-
Recanto Alpino	15	3,6
Vila São João	10	2,4
Jardim Faquel	4	1,0
Vila Figueiredo	84	20,0
Vila Arnoud	30	7,2
Jardim Santa Tereza	58	13,8
Vila Lavínia	15	3,6
Jardim Encantado	3	0,7
Parque do Governador	4	1,0
Oásis Paulista	9	2,1
Nova Califórnia	3	0,7
Jardim Palmira	3	0,7
Vila Lydia	2	0,5
Chácara Esperança	-	-
Parque Rio Grande	-	-
Estância Rio Grande	-	-
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiptofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIOS

Das famílias entrevistadas 20% residiam na Vila Figueiredo, 13,8% no Jardim Santa Tereza e 11,2% na Vila Conde Siciliano.

Nos demais bairros o percentual de famílias ouvidas não foi tão significativo.

TABELA 16 - Número de pessoa nas famílias da amostra, por faixa etária e sexo, em Rio Grande da Serra, setembro de 1978.

SEXO FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores de 1 ano	26	1,14	35	1,54	61	2,68
1 — 5 anos	137	6,03	142	6,25	279	12,38
5 — 10 anos	188	8,27	163	7,17	351	15,44
10 — 15 anos	159	7,00	173	7,61	332	14,61
15 — 20 anos	123	5,41	117	5,15	240	10,56
20 — 25 anos	122	5,37	95	4,18	217	9,55
25 — 30 anos	73	3,21	71	3,12	144	6,33
30 — 35 anos	74	3,26	76	3,34	150	6,60
35 — 40 anos	72	3,17	68	2,99	140	6,16
40 — 45 anos	60	2,64	51	2,24	111	4,88
45 — 50 anos	41	1,80	35	1,54	76	3,34
50 — 60 anos	66	2,90	39	1,72	105	4,62
60 — 70 anos	28	1,23	31	1,36	59	2,59
70 e mais anos	4	0,18	4	0,18	8	0,36
Ignorado	-	-	-	-	-	-
Não registrado	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1173	51,61	1100	48,39	2273	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIOS

Segundo se verifica através da tabela acima a população de Rio Grande da Serra é constituída principalmente de jovens com menos de 25 anos (65,11). Destes 33,21% pertencem ao sexo masculino e 31,89% ao sexo feminino.

A faixa etária mais significativa é a que vai de 5 — 10

anos com 15,44% e a menos significativa é aquela que representa a população com 70 anos e mais (0,36%).

Pirâmide populacional segundo
tabela nº 18

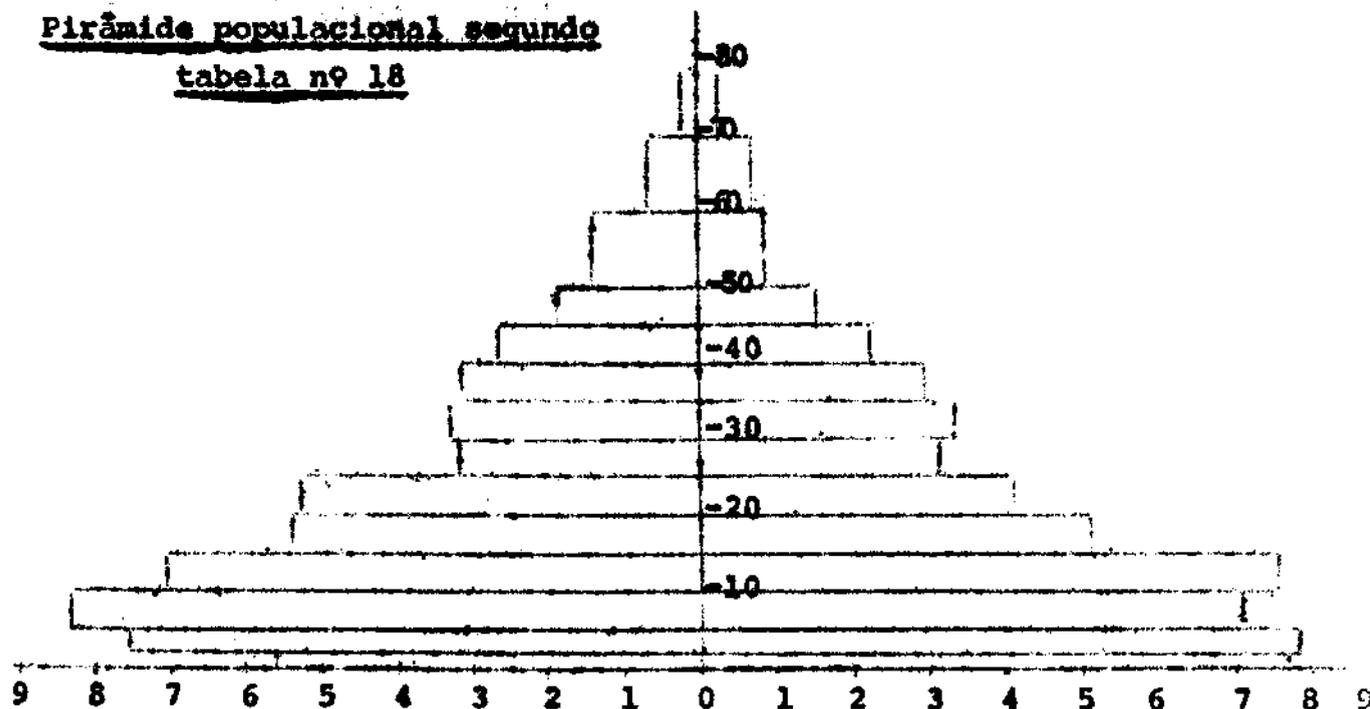


TABELA 19- Tempo de residência das famílias da amostra em Rio Grande da Serra, setembro/78.

TEMPO EM ANOS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Sempre residiu	18	4,3
Até 1 ano(inclusive)	71	16,9
2 - 5 anos	93	22,2
5 - 10 anos	105	25,1
10 - 15 anos	56	13,4
15 - 20 anos	31	7,4
20 - 25 anos	27	6,4
25 - 30 anos	6	1,4
30 e mais anos	7	1,7
Não sabe	1	0,2
Não registrado	4	1,0
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Esta tabela nos mostra que 64,84% da população reside em Rio Grande da Serra há menos de 10 anos. O tempo de residência mais significativo (25,1%) situa-se na faixa de 5—10 anos.

TABELA 20 - Moradia anterior das famílias da amostra antes de vir para Rio Grande da Serra, setembro de 1978.

MORADIA ANTERIOR	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Família constituída em Rio Grande da Serra	57	13,6
Outro município do Estado de São Paulo	197	47,0
Outro Estado do país	159	38,0
Outro país	1	0,2
Não sabe	2	0,5
Não registrado	3	0,7
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

A maioria dos habitantes de Rio Grande da Serra tinha como moradia anterior outra cidade (84,96). A maioria dos imigrantes residia em outro município deste Estado (47%) e 38% em outro Estado do País. Apenas 13,6% da população pertence a famílias constituídas em Rio Grande da Serra.

TABELA 21 - Existência de parentes das famílias da amostra morando em Rio Grande da Serra setembro de 1978.

EXISTÊNCIA	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Sim	265	63,3
Não	148	35,3
Não registrado	6	1,4
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

A maior parte dos habitantes de Rio Grande da Serra pos sui parentes morando no município(63,3%). Foi constatado durante a realização do inquérito domiciliar que se formou uma corrente migratória entre os recém-chegados e os seus parentes que ainda permaneciam nos municípios de residência anterior. Após um curto período de adaptação os imigrantes mandaram buscar os parentes engrossando o número de não oriundos do município.

TABELA 22 - Regime de ocupação da moradia das famílias da amostra em Rio Grande da Serra, em setembro de 1978.

REGIME	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Cedida	63	15,0
Alugada	111	26,5
Própria(pagando)	91	21,7
Própria (já paga)	149	35,6
Não sabe	2	0,5
Não registrado	3	0,7
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Mais da metade da população de Rio Grande da Serra (57,27%) mora em casa própria seja totalmente paga (35,6%) ou parcialmente paga (21,7%). Pouco mais de um quarto dos habitantes (26,5%) reside em casa alugada.

TABELA 23 - Acesso à água potável nos domicílios das famílias da amostra em Rio Grande da Serra em setembro de 1978.

TIPO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Externa	245	58,5
Corrente dentro de casa	165	39,4
Não sabe	2	0,5
Não registrado	7	1,6
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Apenas 39,4% das famílias da amostra possuem água corrente dentro de casa. A maior parte (58,5%) utiliza-se de água de fonte externa.

TABELA 24 - Instalações sanitárias nos domicílios das famílias da amostra em Rio Grande da Serra, em setembro de 1978.

TIPO	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não tem	23	5,5
Externa	188	45,1
Dentro de casa	203	48,4
Não registrado	4	1,0
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

Comentário: Menos da metade dos domicílios de Rio Grande da Serra (48,4%) possui instalações sanitárias dentro de casa e externamente 45,1%. Ressalte-se que 5,5% não possui qualquer tipo de instalação sanitária.

Constatamos durante o inquérito domiciliar que uma das necessidades mais sentidas pela população é a falta de rede de esgotos no Município.

TABELA 25 - EXISTÊNCIA DE PESSOAS ANALFABETAS NAS FAMÍLIAS DA AMOSTRA EM RIO GRANDE DA SERRA, EM SETEMBRO DE 1978

Alternativas	Frequência	
	nº	%
sim	199	47,5
não	209	49,9
não sabe	1	0,2
não registrado	10	2,4

FONTE: Trabalho de Campo Multiprofissional. F.S.P. - USP - 1978

Comentário: Dentre as famílias entrevistadas, 47,5% possui algum membro não alfabetizado. Daí o acerto da implantação de 4 postos do Mobral no Município.

TABELA 26 - Número de membros da família da amostra na faixa etária de 7 a 14 anos, segundo frequência atual ou não às Escolas, em Rio Grande da Serra, em setembro de 1978.

ALTERNATIVAS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Estão frequentando Escolas	452	89,0
Não estão frequentando Escolas	53	10,4
Não registrado	3	0,6
TOTAL	508	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Verificamos que 10,4 das crianças enquadradas na faixa etária de 7 a 14 anos não frequentam escolas. Entretanto, 89% das crianças das famílias entrevistadas estão frequentando a escola. Daí a importância da integração Lar-escola-comunidade.

TABELA 27 - Motivos pelos quais a família não envia à escola seus filhos da faixa etária de 7 a 14 anos.

MOTIVOS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Distância	2	4,3
Falta idade na época da matrícula	9	19,2
Trabalho fora de casa	4	8,5
Desinteresse-não consegue aprender	4	8,5
Trabalha em casa	1	2,1
Falta de vaga na escola	5	10,6
Material escolar caro	1	2,1
Mãe hospitalizada	1	2,1
Não registrado	20	42,6
TOTAL	47	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

O principal motivo pelo qual as crianças enquadradas na faixa etária de 7 a 14 anos não frequentam a escola prende-se à falta de idade na época da matrícula (19,2%). Alguns moradores queixaram-se durante as entrevistas que as escolas do município não aceitavam crianças antes que estas completassem 7 anos mesmo que faltassem apenas alguns dias para isso.

Outro motivo significativo de falta de matrícula é a falta de vagas responsável por 10,6% do problema.

TABELA 28 - Escolaridade do chefe da família em número de anos de estudo, ensino formal, em Rio - Grande da Serra, setembro de 1978.

NÚMERO DE ANOS DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Ausência de escolaridade	49	11,7
Até 1 ano	55	13,1
2 anos	69	16,5
3 anos	59	14,1
4 anos	95	22,7
5 anos	21	5,0
6 anos	8	1,9
7 anos	6	1,4
8 anos	12	2,9
9 anos	4	1,0
10 anos	4	1,0
11 anos	2	0,5
12 anos	1	0,2
14 anos	1	0,2
Não sabe	7	1,6
Não registrado	26	6,2
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Dos chefes de família do município, 22,7% frequentou a escola durante 4 anos, correspondendo ao antigo primário. Em segundo plano vem a frequência à escola durante 2 anos (16,5%). Com mais de 6 anos de frequência à escola os percentuais não são significativos.

Tais números revelam o baixo nível de instrução da população adulta com reflexos nos baixos salários ganhos por esses trabalhadores.

TABELA 29 Escala de hierarquização ocupacional do chefe das famílias da amostra estudada, em Rio Grande da Serra, 1978.

OCUPAÇÕES SEGUNDO ESCALA	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
À margem da escala	72	17,2
Ocupações não qualificadas	67	16,0
Ocupações de nível inferior de qualificação	228	54,4
Ocupações de nível médio	48	11,5
Ocupações de nível superior	-	-
Ocupações de alta renda	-	-
Não registrado	4	0,9
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Mais da metade dos chefes de família do município (54,4%) exercem ocupações de nível inferior de ocupação e 17,2% nem se encontram na escala adotada, ou seja, são desempregados, donas de casa (apenas "do lar") ou aposentados ou biscateiros.

Não foi encontrado, dentre as famílias entrevistadas, nenhum chefe em ocupação de alta renda ou de nível superior.

Tais números confirmam a pobreza generalizada de todo o

COMENTÁRIO

Dos chefes de família do município, 22,7% frequentou a escola durante 4 anos, correspondendo ao antigo primário. Em segundo plano vem a frequência à escola durante 2 anos (16,5%). Com mais de 6 anos de frequência à escola os percentuais não são significativos.

Tais números revelam o baixo nível de instrução da população adulta com reflexos nos baixos salários ganhos por esses trabalhadores.

TABELA 29 Escala de hierarquização ocupacional do chefe das famílias da amostra estudada, em Rio Grande da Serra, 1978.

OCUPAÇÕES SEGUNDO ESCALA	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
À margem da escala	72	17,2
Ocupações não qualificadas	67	16,0
Ocupações de nível inferior de qualificação	228	54,4
Ocupações de nível médio	48	11,5
Ocupações de nível superior	-	-
Ocupações de alta renda	-	-
Não registrado	4	0,9
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Mais da metade dos chefes de família do município (54,4%) exercem ocupações de nível inferior de ocupação e 17,2% nem se encontram na escala adotada, ou seja, são desempregados, donas de casa (apenas "do lar") ou aposentados ou biscateiros.

Não foi encontrado, dentre as famílias entrevistadas, nenhum chefe em ocupação de alta renda ou de nível superior.

Tais números confirmam a pobreza generalizada de todo o

município.

Observação:

A Escala de Hierarquização Ocupacional adotada consta do Apêndice nº 1, valendo ressaltar que se trata de modelo brasileiro já testado. O primeiro grupo apresentado exclui-se do modelo adotado.

Considerando válido para melhor compreensão da tabela registrar-se, a seguir, a listagem realizada das ocupações na escala adotada.

Incluem-se no 1º grupo "a margem da escala", chefes de família que não trabalham (desempregados), os aposentados, as donas de casa ("do lar") e os biscateiros.

Ocupações não qualificadas: caseiro, vigia, vidraceiro, serventes, ajudante, empregada doméstica, zelador, faxineiro, ferramenteiro, revestidor, cozinheira, carregador de sacos, auxiliar de serviços gerais, diarista, lixador, lavrador, trabalhador braçal.

Ocupações de nível inferior de qualificação: pedreiro, car^{te}iro, mecânico, carpinteiro, pintor, padeiro, encanador, soldador, funileiro, azuleigista, armador de indústria, maquinista, apontador, fundidor, conferente, bilheteiro, barbeiro, operador de máquinas, prensista, costureira, lubrificador, ferreiro, operador de caldeira, ferroviário, guarda, vigilante, vigia, consertador de fogão, indus^{tri}ário, condutor de fabricação, forneiro.

Ocupação de nível médio: escriturário, feitor, chefe de oficina de soldagem, mestre de obras, caixa, agrimensor, analista químico, militar, operador de energia, condutor, operador de máquinas pesadas, corretor, eletricitista, contra-mestre, pastor evangélico, professor, vendedor, analista industrial, chefe geral de setor da prefeitura, chefe geral de Seção de máquinas, motorista, motorista autônomo, montagem de motores, desenhista, funcionário público, empreiteiro, comerciante, polícia militar, técnico químico.

Ocupação de nível superior: sem registro.

Ocupação de alta renda: sem registro.

TABELA 30 - Ocorrência de pessoas atualmente desempregadas nas famílias da amostra estudada em Rio Grande da Serra, setembro, 1978.

ALTERNATIVAS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não há desempregados	325	77,6
Há desempregados		
a) 1 pessoa	76	18,1
b) 2 pessoas	9	2,1
Não registrado	9	2,1
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Dentre as famílias entrevistadas 20,2% delas possuíam algum membro desempregado.

Durante o inquérito as pessoas entrevistadas queixavam-se do número escasso de empregos na cidade obrigando grande parte da população a se deslocar para os municípios vizinhos, a fim de trabalhar.

TABELA XI - Renda total mensal das famílias da amostra, segundo salário mínimo vigente (1 SM = Cr\$ 1.560,00), em Rio Grande da Serra - setembro de 1978

RENDA TOTAL MENSAL DAS FAMÍLIAS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não possui renda	7	1,7
De mais até 1 SM (Cr\$ 1.560,00 inclusive)	33	7,9
De 1 a 2 SM (Cr\$ 3.120,00)	99	23,6
De 2 a 3 SM (Cr\$ 4.680,00)	77	18,4
De 3 a 4 SM (Cr\$ 6.240,00)	71	16,9
De 4 a 5 SM (Cr\$ 7.800,00)	34	8,1
De 5 a 6 SM (Cr\$ 9.360,00)	21	5,0
De 6 a 7 SM (Cr\$10.920,00)	24	5,7
De 7 a 8 SM (Cr\$12.480,00)	7	1,7
De 8 a 9 SM (Cr\$14.040,00)	10	2,4
De 9 e mais SM	20	4,8
Não sabe	3	0,7
Não registrado	13	3,1
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

A maior parte das famílias entrevistadas ganha mensalmente de 1 a 4 salários mínimos (58,9%) sendo que 23,6% delas recebe de 1 a 2 salários mínimos.

Apenas, 4,8% das famílias recebe mensalmente 9 ou mais salários mínimos.

Com tão baixa renda salarial é fácil avaliar o grau de desnutrição dessa população, porta aberta a uma série de moléstias.

TABELA 32 - Renda familiar individual mensal das famílias da amostra, segundo salário mínimo vigente (em SM de Cr\$ 156,00) da Serra, em setembro de 1978.

RENDA INDIVIDUAL MENSAL DAS FAMÍLIAS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não possui renda	6	1,4
Até 1/10 de 1 SM (Cr\$ 156,00)	6	1,4
De 1/10 a 1/8 de 1 SM (Cr\$ 195,00)	2	0,5
De 1/8 a 1/6 de 1 SM (Cr\$ 260,00)	8	1,9
De 1/6 a 1/4 de 1 SM (Cr\$ 390,00)	21	5,0
De 1/4 a 1/3 de 1 SM (Cr\$ 520,00)	47	11,2
De 1/3 a 1/2 de 1 SM (Cr\$ 780,00)	88	21,0
De 1/2 a 3/4 de 1 SM (Cr\$ 1.040,00)	55	13,1
De 3/4 a 1 SM (Cr\$ 1.560,00)	90	21,5
De 1 a 2 SM (Cr\$ 3.120,00)	70	16,7
De 2 a 3 SM (Cr\$ 4.680,00)	9	2,2
De 3 a 4 SM (Cr\$ 6.240,00)	4	1,0
De 4 a 5 SM (Cr\$ 7.800,00)	4	1,0
De 5 a 6 SM (Cr\$ 9.360,00)	1	0,2
Não registrado	8	1,9
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Dentre as famílias entrevistadas 72,3% delas revelaram possuir renda individual que varia de 1/3 do salário mínimo a 2 salários mínimos. Apenas, 0,2% das famílias alcançam a renda individual de 5 a 6 salários mínimos.

Considerando-se que o salário mínimo é teoricamente o valor menor capaz de assegurar a subsistência de um indivíduo percebe-se através da amostra que é muito baixa a renda individual em Rio Grande da Serra, com reflexos negativos para a saúde da população.

TABELA 33 - Ocorrência de doenças verificadas no mês anterior, nas famílias da amostra, visitadas em setembro de 1978, em R.G.S.

OCORRÊNCIA DE DOENÇAS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não ocorreu	236	56,3
Ocorreu:		
- 1 pessoa	146	34,9
- 2 pessoas	27	6,4
- 3 pessoas	5	1,2
- 4 pessoas	2	0,5
- 5 pessoas	1	0,2
Não registrado	2	0,5
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Apenas 56,3% das famílias entrevistadas não tiveram qualquer pessoa doente durante o mês de agosto/78.

Foi constatado um grande número de pessoas com gripe, verminoses e desidratação. O clima frio e úmido é apontado como causa dor de um número tão grande de gripe.

TABELA 34 - Ocorrência de hospitalização, no mês anterior, de moradores de Rio Grande da Serra, segundo informações obtidas na amostra de famílias estudadas em setembro de 1978.

OCORRÊNCIAS	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não ocorreu	369	88,1
Ocorreu:		
- 1 pessoa	39	9,3
- 2 pessoas	6	1,4
Não registrado	5	1,2
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multiprofissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Dentre as famílias entrevistadas verificamos que em 10,7% delas uma ou duas pessoas foram hospitalizadas em agosto de 1978. Verificamos que grande parte dessas internações refere-se a mulheres parturientes.

TABELA 33 - Ocorrência de mortes entre crianças com menos de um ano de idade, no mês anterior, na amostra de famílias visitadas em setembro de 1978, em Rio Grande da Serra

OCORRÊNCIA DE MORTES	FREQUÊNCIA	
	Nº	%
Não ocorreu	406	96,9
Ocorreu:		
- 1 criança	7	1,7
- 2 crianças	1	0,2
Sem registro	5	1,2
TOTAL	419	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar do Trabalho de Campo Multi-profissional - FSP/USP, 1978.

COMENTÁRIO

Dentre as famílias entrevistadas 1,9% acusaram morte de crianças com menos de um ano durante o mês de agosto de 1978.

Uma família acusou a morte de 2 crianças menores de um a no em agosto de 1978.

TABELA 36 - Uso de recursos de saúde pela população, em Rio Grande da Serra, segundo informas obtidos com as famílias entrevistadas na amostra, em set./78.

Recurso em Rio Grande da Serra	Frequência	
	Nº	%
Centro de Saúde	72	17,2
Farmácia	31	7,4
Médico particular	4	0,9
Médico de Eleitor e outras firmas	3	0,7
Dentista	2	0,5
Auto medicação	2	0,5
Ambulância	1	0,2
não utiliza	273	65,2
não registrado	31	7,4
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional FSP-USP-1978.

Comentário: É bastante significativo o fato de 65,2% das famílias entrevistadas procurarem recursos de saúde fora de seu município. A falta de um Hospital e de médicos radicados no município é responsável por esse comportamento, acrescido do limitado funcionamento do único centro de saúde local.

TABELA 97 - Uso de recursos de saúde pela população, fora do município de Rio Grande da Serra, segundo informações obtidas com as famílias entrevistadas na amostra em setembro/78.

Recursos fora de Rio Grande da Serra (Municípios)	Frequência	
	Nº	%
Ribeirão Pires	205	48,9
Santo André	36	8,6
Mauá	31	7,4
São Paulo	20	4,8
Paranapiacaba	11	2,7
São Caetano	10	2,4
São Bernardo	3	0,7
Santos	1	0,7
não utiliza	68	16,2
não registrada	31	8,1
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional
FSP. USP - 1978.

Comentário: A preferência pelo município de Ribeirão Pires na utilização de recursos de saúde (48,9%) é devida à proximidade entre os dois municípios. Porém, os demais municípios da região são utilizados.

TABELA 38 - Indicação de problemas gerais do município de Rio Grande da Serra, segundo opiniões de seus moradores, registradas na amostra estudada em set/78.

Problemas Gerais	Frequência	
	nº	%
Ruas sem calçamento	151	38,4
Rede de água e esgoto	94	22,4
Ausência ou deficiência de condução	79	18,9
Carencia de luz elétrica nas ruas	18	4,3
Melhoria nas escolas	13	3,1
Falta de recursos em geral	13	3,1
Coleta de lixo deficiente	5	1,2
Falta de telefones	3	0,7
Carencia de programas de lazer	3	0,7
Briga nas ruas, desordens	3	0,7
Necessidade de Creches	1	0,3
Não ha problemas	10	2,4
Não sabe	7	1,7
Não registrado	9	2,1
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional. FSP-USP- 1978.

Comentário: Segundo a opinião dos entrevistados o principal problema do município é a falta de calçamento das ruas (38,4%). A seguir, como problemas mais sentidos temos a falta de rede de água e esgotos (22,4%) e a ausência ou deficiência de condução (18,9%).

Por ocasião do inquérito, a Prefeitura estava pavimentando uma das principais vias públicas. Entretanto, a falta de recursos financeiros impede uma ação mais ativa.

TABELA 30 - Indicação de soluções prioritárias para os problemas gerais apontados pela população, na amostra estudada, em set/78.

Soluções Gerais	Frequência	
	Nº	%
Calçar ruas	157	37,5
Melhorar condução	73	17,4
Rede de água e esgotos	51	12,2
Colocar telefone	43	10,3
Iluminação pública	25	6,0
Melhorias nas escolas	13	3,1
Anexação a outro município mais rico	12	2,9
Melhorar a segurança pública	6	1,4
Implantar programas de lazer	6	1,4
Instalar Creches	1	0,2
Apreender cachorros	1	0,2
Melhorar coleta de lixo	1	0,2
Não há problemas	10	2,4
Não sabe	9	2,2
Não registrados	11	2,6
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional. FSP-USP-1978.

Comentário: As duas principais soluções para os problemas do município dependem da ação da Prefeitura.

O calçamento das ruas é a solução de prioridade (37,5%) e a melhoria da condução vem logo a seguir (17,7%). O problema da condução depende de convênios com as empresas de ônibus e parece ser o de mais fácil solução. O problema de calçamento das ruas depende de recursos financeiros vultosos que o município não dispõe.

TABELA 40 - Indicação de responsáveis pela solução de problemas gerais considerados prioritários em Serra, na amostra estudada em set/78.

Competência	Frequência	
	Nº	%
Prefeito	291	69,9
Governador- Autoridades estaduais	27	6,4
Emp.Ônibus-Rede ferroviária	18	4,3
Vereadores/Deputados/Povo	12	2,9
Light	4	1,0
SABESP	1	1,0
Prefeito Sto.André	3	0,7
Não há problemas	15	3,6
Não sabe	11	2,6
Não registrado	34	8,1
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional. FSP-USP-

Comentário: Na opinião dos entrevistados o Prefeito é o responsável pela solução do município (69,4%) A falta de calçamento das ruas e a falta ou deficiência de condução são responsáveis por essa opinião.

TABELA 41 - Indicação de problemas de saúde considerados prioritários pelos moradores de Rio Grande da Serra, - segundo opiniões dos entrevistados na amostra estudada em set/78.

Problemas de Saúde	Frequência	
	Nº	%
Falta de médico	91	21,7
Falta de Hospital	80	19,1
Ausência de Pronto Socorro	40	9,5
Falta de rede de esgoto	29	6,9
Não atendimento pelo Centro de Saúde	17	4,1
Mal Atendimento pelo Centro de Saúde	16	3,8
Falta de Ambulância-condução	12	2,9
Farmácia deficiente	11	2,6
Falta de água encanada	6	1,4
Mosquitos e clima	5	1,2
Lixo e rato	4	1,0
Necessidade de telefone	1	0,2
não há problemas	56	13,4
não sabe	25	6,0
não registrado	26	6,2
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional. FSP-USP- 1978.

Comentário: Dentre os problemas ligados à saúde os entrevistados fixaram-se na falta de médico(21,7%) e na falta de hospital (19,1%).

Esses problemas são solucionados com o encaminhamento dos doentes a outros municípios vizinhos que contam com esses recursos de saúde. Esse encaminhamento torna-se particularmente difícil durante à noite.

TABELA 42 - Indicação de soluções prioritárias para os problemas de saúde apontados pela população em amostra estudada em R. Grande da Serra, em set/78.

Soluções específicas	Frequência	
	Nº	%
Construção Hospital	84	20,1
Contratar Médico	82	19,6
Implantar pronto socorro	44	10,5
Rede de esgotos	26	6,2
Melhorar o funcionamento de Centro de Saúde	16	3,8
Obter mais ambulâncias	11	2,6
Melhorar a farmácia	9	2,2
Abrir outro Centro de Saúde	8	1,9
Rede de água	7	1,7
Recolher lixo	6	1,4
Contratar dentistas	6	1,4
Colocar telefone para urgências	1	0,2
Matar mosquitos	1	0,2
não ha problemas	58	13,8
não sabe	30	7,2
não registrado	30	7,2
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional.FSP-USP- 1978.

Comentário: Na opinião dos entrevistados a Construção de um Hospital (20,1%) e a contratação de um médico - (19,6%) são as soluções prioritárias para resolver os problemas de saúde Município. Essas soluções resolveriam o problema dos transportes de doentes para os municípios vizinhos.

TABELA 43 - Indicação de responsáveis pela solução de problemas de saúde considerados prioritários para Rio Grande da Serra, na amostra estudada em set./78.

Competência	Frequência	
	Nº	%
Prefeito	177	42,3
Governo/Autoridades estaduais	54	12,9
Sabesp	10	2,4
População+ moradores	5	1,2
Médicos	1	0,2
não há problemas	63	15,0
não sabe	38	9,1
não registrado	71	16,9
TOTAL	419	100,0

Fonte: Trabalho de Campo Multiprofissional.
FSP.-USP - 1978.

Comentário: Na opinião dos entrevistados o Prefeito é apontado como responsável pela solução dos problemas ligados à saúde (42,3%). O Governo estadual vem logo a seguir com 12,8% das opiniões. A crítica principal feita ao governo estadual deve-se ao fato de que o Centro de Saúde não atende à expectativa da população.

Traçando o "perfil" da família típica de Rio Grande da Serra - considerando que nossa amostra é significativa, estatisticamente, em relação ao universo, - vale registrar a sua caracterização, como "pessoas-em-situação", datadas nessa fase do processo de mudança em busca de melhores níveis de vida, inclusive de saúde:

A mulher, nas famílias de Rio Grande da Serra, apresenta-se como elemento atuante e presente face ao seu núcleo familiar e responde pelo mesmo, na ausência do seu chefe. A composição familiar - basicamente do tipo nuclear (pai, mãe e filhos), destaca-se pela faixa etária de menores de 25 anos, com predominância do sexo masculino. DE 5 a 10 anos é a faixa de tempo que predomina, no que se refere à fixação de moradia em Rio Grande da Serra, porém são em minoria os que ali residem há mais de 10 anos. A procedência maior das famílias que imigraram para o município é de outras cidades do próprio Estado de São Paulo e curiosamente se verifica numa corrente-migratória, já que há outros parentes dessas famílias em Rio Grande da Serra, em significativa proporção. Em relação ao nível de vida moradia, mais da metade das famílias possuem casas próprias, sendo que muitas delas estão financiando ainda o seu pagamento. Nos lares, mais da metade das famílias ainda se utiliza de água fonte externa. No que se refere às instalações sanitárias, apenas menos da metade as possui em funcionamento dentro de casa. A taxa de analfabetismo parece notável, já que quase metade dos núcleos estudados possui, entre seus membros, alguém que não sabe ler, ou ainda que - situados na faixa produtora. Em relação aos membros que estão na faixa escolar, em cerca de 10% das famílias há alguma criança ou jovem que não está frequentando aulas, atualmente.

A escolaridade dos chefes de família é, em geral baixa, já que apenas em 22,7 dos núcleos concentra-se o maior número de anos cursados, que é o de 4.

Entre famílias, é comum haver desempregados, numa expressiva percentagem de 20% revelada. Mais da metade dos núcleos familiares subsiste com renda mensal situada entre 1 a 4 salários mínimos e a renda individual ("per capita") situa-se de 1/3 do salário mínimo a 2 salários mínimos.

No que se refere os dados de morbidade, no mês anterior ao inquérito domiciliar apenas 56,3% das famílias se mantiveram sadias, aparentemente nas demais, ocorreram doenças. No mesmo tempo considerado, hospitalizaram-se pessoas em cerca de 10% das famílias. Também há o registro de mortes de crianças com menos de 1 ano, em 1,9% das famílias. No que se refere ao uso de recursos de saúde, fora do município é a opção mais verificada, em mais da metade dos lares, sendo-Ribeirão Pires o município limítrofe que mais recebe as pessoas que necessitam de assistência médica.

Dos problemas gerais sentidos pela comunidade, destacam-se: a ausência de calçamento das ruas, a falta de rede d'água e esgotos e a falta de transportes; solicitam para soluções prioritárias o calçamento das ruas e melhoria da condição e a instalação da rede de água e esgotos. Como problemas de saúde, as famílias apontam a falta de médico que garanta assistência efetiva e permanente, no que reforçam com as ausências sentidas de hospital local, mesmo de pequeno porte e de um pronto-socorro. Esses dados demonstram como é ineficiente a pouca assistência que ainda é oferecida à população. Como opinião sobre os problemas de saúde, as soluções apontadas são: a construção de hospital, a contratação de médico, a implantação de pronto-socorro. Em ambos os enfoques (problemas gerais da comunidade e problemas de saúde), é o Prefeito a pessoa apontada como responsável (competência) para resolvê-los.

Após apresentação das variáveis descritivas, conforme metodologia adotada, selecionou-se aquelas que pareciam mais relevantes e estabeleceu-se o cruzamento e o trato estatístico das associações.

Lista-se, a seguir, aquelas variáveis que, com o cruzamento através do computador, apresentaram associação significativa. Em seguida, são apresentadas as tabelas comentadas.

Quadro nº 15 - Relação das variáveis cujo cruzamento verificou associação relevante, entre os dados estudados nas famílias da amostra- setembro/78 Rio Grande da Serra.

Nº	Variáveis cruzadas	qui quadrado	nível de significância
1	Bairro - Óbitos 1<ano	98,53703	0,0000
2	Bairro - Morbidade	82,74195	0,0116
3	Bairro - Uso recursos de R.G. daS Serra	368,80615	0,0000
4	Escala Ocupação - Uso de Recursos de R.G.S	33,96212	0,0366
5	Instalações Sanitárias Óbitos 1<ano	49,55621	0,0000
6	Renda Familiar - uso recursos fora R.G.S.	250,56006	0,0000
7	Renda Individual - Morbidade	40,83446	0,0030
8	Renda Individual - Uso recursos de R.G.S.	63,34036	0,0140
9	Do chefe	412,34598	0,0000

Fonte: Inquérito domiciliar - Rio Grande da Serra, out./78

Tabela nº 44- Utilização de instalações sanitárias e ocorrência de óbitos de menores de 1 ano, em famílias da amostra em set./78.

Instalações sanitárias	Nº de óbitos de menores de 1 ano		Não Ocorreu		1 Criança		2 Crianças		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Não tem	22	5,4	0	0,0	1	0,2	23	5,6		
Externa	181	43,9	6	1,5	0	0,0	187	45,4		
Dentro de Casa	201	48,8	1	0,2	0	0,0	202	49,0		
Total	404	98,1	7	1,7	1	0,2	412	100,0		

qui quadrado = 49,55

Nível de signi

ficância = 0,0000

Fonte: Inquérito domiciliar - Rio Grande da Serra

Comentário:

A maior mortalidade infantil está correlacionada com instalações sanitárias inadequadas, mostrando a importância do saneamento básico para um melhor índice de saúde.

Tabela 45 - Renda Familiar e uso de recursos de saúde fora de Rio Grande da Serra - set./78

Renda Familiar	Lugar	Não Utiliza		Ribeirão Pires		Mauá		Santo André		São Paulo		São Caetano		São Bernardo		Parana piacaba		Santos		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Não possui		4	0,1	3	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,8
De 1/2 1 Sm		6	1,3	14	3,6	4	1,0	2	0,5	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2	0,5	0	0,0	30	7,8
1 — 2		20	5,2	53	13,8	8	2,1	6	1,6	5	1,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	93	24,2
2 — 3		13	3,4	33	8,6	8	2,1	5	1,3	8	2,1	2	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	70	18,2
3 — 4		10	2,6	34	8,8	6	1,6	8	2,1	4	1,0	2	0,5	1	0,3	2	0,5	0	0,0	67	17,4
4 — 5		2	0,5	18	4,7	1	0,3	6	1,6	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,5	0	0,0	30	7,8
5 — 6		3	0,8	16	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	20	5,2
6 — 7		1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	3	0,5
7 — 8		3	0,8	14	3,3	0	0,0	2	0,5	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2	0,5	0	0,0	23	6,0
8 — 9		0	0,0	3	0,8	2	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,6
9 — 10		1	0,3	6	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,3
10 — mais		4	1,0	7	1,8	1	0,3	5	1,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	4,9
Não sabe		0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,6
Não registrado		1	0,3	3	0,8	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,6
Total		68	17,7	205	54,4	31	8,1	36	9,4	20	5,2	10	2,6	3	0,8	11	2,9	1	0,3	385	100

qui quadrado - 250,56

Nível de significância - 0,0000

Comentário: As famílias de menor renda utilizam serviços de saúde de Ribeirão Pires e Mauá por serem cidades mais próximas e por possuírem (Mauá) um hospital municipal com maior nº de vagas para não segurados ao passo que a medida que a renda familiar se eleva, os serviços de saúde de São André, São Paulo, São Caetano, São Bernardo e Santos são utilizados.

nº de anos de escolaridade	uso de recursos fora de R.G.S.		nao utiliza		Ribeirão Pires		Mauá		Santo André		São Paulo		São Caetano		Sao Bernardo		Paraná piacaba		Santos		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
0	8	2,2	23	6,4	3	0,8	3	0,8	3	0,8	1	0,3	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	44
1	8	2,2	30	8,3	2	0,6	4	1,1	3	0,8	2	0,6	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	50
2	12	3,3	39	10,8	5	1,4	2	0,6	2	0,6	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	62
3	8	2,2	29	8,0	6	1,7	4	1,1	4	1,1	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54
4	15	4,1	49	13,5	6	1,7	10	2,8	4	1,1	4	1,1	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	91
5	4	1,1	11	3,0	2	0,6	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	19
6	2	0,6	2	0,6	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
7	0	0,0	3	0,8	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6
8	3	0,8	3	0,8	1	0,3	3	0,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11
9	1	0,3	2	0,6	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
10	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2
12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Não sabe	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	3
Não registrado	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3
Total	62	17,1	195	53,9	27	7,5	35	9,7	19	5,2	10	2,8	3	0,8	10	2,8	1	0,3			362

$\chi^2 = 412,34598$ - Significância = 0,0000

Fonte: Inquérito domiciliar - Rio Grande da Serra set. 1978.

Comentário: A população de menor grau de escolaridade, faz uso dos recursos de saúde em municípios mais próximos por possuir menos condições financeiras e portanto, dificuldade de locomoção. Em contraposição, a população de melhor escolaridade, tem condições de buscar estes recursos em municípios mais distantes e com maiores opções. A população com a escolaridade mais baixa não tem condições e não faz uso de nenhum recurso. A que possui o mais alto grau de escolaridade usa todos os recursos de saúde disponíveis.

Tabela 47- Bairro de residência e número de óbitos menores de 1 ano ocorridos no mês anterior.

Bairro	Nº de óbitos		não ocorreu		1 óbito		2 óbitos		total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Não registrado	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Parque Sete Pontes	4	1,0	0	0,0	1	0,2	5	1,2		
Vila Niwa	4	1,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0		
Chácara Carreira	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5		
Vila Conde Siciliano	45	10,9	2	0,5	0	0,0	47	11,4		
Recanto das Flores	17	4,1	0	0,0	0	0,0	17	4,1		
Vila Ota	9	2,2	0	0,0	0	0,0	9	2,2		
Vila Tsuzuki	15	3,6	0	0,0	0	0,0	15	3,6		
Jardim Esperança	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2		
Vila Lopes	34	8,2	0	0,0	0	0,0	34	8,2		
Recanto Alpino	14	3,4	1	0,2	0	0,0	15	3,6		
Vila São João	8	1,9	1	0,2	0	0,0	9	2,2		
Jardim Raquel	4	1,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0		
Vila Figueiredo	82	19,8	0	0,0	0	0,0	82	19,8		
Vila Arnoud	29	7,0	1	0,2	0	0,0	30	7,2		
Jardim Santa Tereza	58	14,0	0	0,0	0	0,0	58	14,0		
Vila Lavínia	15	3,6	0	0,0	0	0,0	15	3,6		
Jardim Encantado	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,7		
Parque do Governador	4	1,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0		
Oasis Paulista	9	2,2	0	0,0	0	0,0	9	2,2		
Nova Califórnia	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,7		
Jardim Palmeira	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,7		
Vila Lydia	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5		
Chácara Esperança	-	-	-	-	-	-	-	-		
Parque Rio Grande	-	-	-	-	-	-	-	-		
Estância Rio Grande	-	-	-	-	-	-	-	-		
Centro	39	9,4	2	0,5	0	0,0	41	9,9		
Total	206	98,1	7	1,7	1	0,2	414	100,0		

$\chi^2 - 98,53$ significância - 0,0000

Fonte: Inquérito Domiciliar - Rio Grande da Serra.

Comentário: Os bairros que tem maior mortalidade infantil são os mais afastados e os mais pobres como: Sete Pontes e Vila Conde Siciliano, onde, o acesso aos serviços de saúde é mais difícil e o nível de vida mais baixo.

TABELA 48 - Bairro de residência - uso de recursos de saúde em Rio Grande da Serra - set./78.

uso de recursos Bairro	Não utiliza		Farmácia		Centro de Saúde		Médico Particular		Dentista		Médico da E-clor e outras firmas		Auto Medicação		Ambulância		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
registrado	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
e Pontes	2	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,3
Pouso Alegre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a Niwa	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
cara Carreira	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
de Siciliano	30	7,7	0	0,0	8	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	9,8
anto das Flores	12	3,1	0	0,0	5	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	4,4
a Ota	5	1,3	0	0,0	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,3
Tsuzuki	13	3,4	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	4,1
Esperança	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Lopes	17	4,4	5	1,3	9	2,3	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	34	8,8
Marcos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alpino	10	2,0	1	0,3	3	0,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	3,9
São João	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raquel	0	0,0	0	0,0	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
Figueiredo	55	14,2	8	2,1	14	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	57	19,8
Arnoud	25	6,4	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	6,7

TABELA - 48 Bairro de residência - uso de recursos de saúde em Rio Grande da Serra - set.78

Bairro	Não utiliza		Farmácia		Centro de Saúde		Médico Particular		Dentista		Médico da E-clor e outras firmas		Auto Medicação		Ambulância		Total			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Totais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
St. Tereza	46	11,9	2	0,5	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	13,4
Av. Aviação	12	3,1	1	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	3,9
Encantado	2	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,9
Governador	3	0,8	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
St. Paulista	7	1,8	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,3
California	2	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Almeida	3	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Água	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Para Esperança	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Av. R. Gran-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	16	4,1	12	3,1	6	1,5	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,3	39	10,1		
	273	70,4	31	8,0	72	18,6	4	1,0	2	0,5	3	0,8	2	0,5	1	0,3	388	100,0		

- 368,80615 - Significância - 0,0000

Fonte: Inquérito Domiciliar - Rio Grande da Serra.

Observação: As vilas distantes não usam o Centro de Saúde. As que mais utilizam são as vilas centrais, por estarem mais próximas do mesmo.

TABELA 49 - Renda Individual e Morbidade - set./78

Morbidade individual	Número de Pessoas												total	
	0		1		2		3		4		5		nº	%
atenuada	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,8
até 1/10 Sm (56,00)	2	0,5	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,2
10 a 1/8 (95,00)	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
8 a 1/6 (60,00)	5	1,2	5	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,0
1/4 (90,00)	9	2,2	10	2,4	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	4,2
1/3 (90,00)	30	7,2	14	3,4	6	1,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	51	10,2
1/2 (90,00)	45	10,8	32	7,7	4	1,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	83	16,6
3/4 (90,00)	29	7,0	20	4,8	3	0,7	1	0,2	1	0,2	1	0,2	55	11,0
1 Sm (60,00)	56	13,4	25	6,0	6	1,4	2	0,5	0	0,0	0	0,0	89	17,8
Sm (20,00)	40	9,6	27	6,5	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	70	14,0
80,00)	4	1,0	4	1,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	1,8
Sm (40,00)	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,8
Sm (30,00)	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,8
Sm (20,00)	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
diagnosticado	5	1,2	1	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,6
Total	236	56,6	146	35,0	27	6,5	5	1,2	2	0,5	1	0,5	417	100

),83 - Significância = 0,0030 - Fonte: inquérito domiciliar Rio Grande da Serra

rio: Em 67% das entrevistas onde se encontrou morbidade, a renda individual familiar é menor que Cr\$156,00. Coerentemente, a menor morbidade verificou-se onde a renda individual familiar é maior, mostrando a estrita correlação entre nível econômico e nível de saúde.

Tabela 50 - Bairro de Residência e Morbidade

Set./78

Morbidade	0		1		2		3		4		5		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registrado	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Sete Pontes	4	1,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,0
Niwa	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
Vila Carreira	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Conde Siciliano	33	7,9	14	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	4,0
Monte das Flores	13	3,1	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	4,0
Monte Ota	7	1,7	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,0
Isuzuki	9	2,2	4	1,0	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	4,0
Esperança	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Vila Lopes	14	3,4	16	3,8	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	34	8,0
Marcos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monte Alpino	6	1,4	9	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	3,0
São João	4	1,0	6	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,0
Vila Raquel	1	0,2	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
Vila Figueredo	50	1,2	28	6,7	3	0,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	82	19,0
Vila Arnoud	17	4,1	10	2,4	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	7,0
Vila Sta Tereza	34	8,2	15	3,6	5	1,2	2	0,5	1	0,2	1	0,2	58	13,0
Vila Lavinia	6	1,4	6	1,4	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	3,0
Vila Encanto	1	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Vila Governador	1	0,2	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
Vila Paulista	4	1,0	4	1,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,0
Vila Califórnia	1	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Vila Palmeira	1	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Vila Lygia	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Vila Vila Esperança	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vila Vila Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vila Vila Rio Gde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	23	5,5	14	3,4	2	0,5	1	0,2	1	0,2	0	0,0	41	9,0
TOTAL	236	56,6	146	35,0	27	6,5	5	1,2	2	0,5	1	0,2	417	100,0

0,12,74 Significância = 0,0116 Fonte: Inquérito Domiciliar Rio Gde da Serra

Observatório: O computador mostra através da tabela, que os bairros mais pobres apresentam a maior morbidade como, por ex., na Vila Lopes, onde - 58,8% das amostras apresentam morbidade. Mais uma vez, a estreita relação entre nível econômico e nível de saúde.

uso de recursos de RGS. a individual	não utiliza		Farmácia		Centro de Saúde		Médico Particular		Dentista		Médico da El e outras firmas		Auto Medicação		Ambulância		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
o possui	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
é 1/10 Sm	4	1,0	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,5
1/10 → 1/8	7	1,8	1	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,6
1/8 → 1/6	12	3,1	2	0,5	6	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	5,2
1/6 → 1/4	33	8,5	6	1,5	9	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	49	12,6
1/4 → 1/3	47	12,1	4	1,0	19	4,9	0	0,0	2	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	73	18,8
1/3 → 1/2	37	9,5	2	0,5	10	2,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	50	12,9
1/2 → 3/4	63	16,2	6	1,5	11	2,8	2	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	84	21,6
3/4 → 1	46	11,9	4	1,0	14	3,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,0	0	0,0	66	17,0
1 → 2	7	1,8	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,3
2 → 3	2	0,5	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
3 → 4	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0
4 → 5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
5 → 6																		
o registrado	6	1,5	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,1
Total	273	70,4	31	8,0	72	18,6	4	1,0	2	0,5	3	0,8	2	0,05	1	0,3	388	100,0

í quadrado - 63,34

Nível de Significância - 0,0140 - Fonte: Inquérito Domiciliar - Rio Grande da Serra

mentário: Os resultados apresentados mostram que: - as famílias com renda familiar individual acima de 1/2 salário mínimo, frequentam médico particular. As com renda familiar individual alta não utilizam recursos de saúde em Rio Grande da Serra.

As famílias com baixa renda utilizam só a farmácia e o Centro de Saúde. Aquelas com renda individual média usam indistintamente - qualquer recurso.

TABELA 52 - Escala de ocupação e uso de recursos de saúde em Rio Grande da Serra. Set./78

uso recursos em R.G.S ocupação	Não utiliza		Farmácia		Centro de - Saúde		Médico Par- ticular		Dentista		Médico da Eclor e outras fir- mas		Auto Medica- ção		Ambulância		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Margem da esca-	46	11,9	5	1,3	7	1,8	2	0,5	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3	63	16,
o qualificada	48	12,4	4	1,0	8	2,1	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	63	16,
Nível inferior de qualificação	147	38,1	14	3,6	50	13,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	214	55,
Nível Médio	30	7,8	8	2,1	7	1,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	11,
Total	271	70,2	31	8,0	72	18,7	4	1,0	2	0,5	3	0,8	2	0,5	1	0,3	386	100,

Chi quadrado - 33,96 - Nível de significância - 0,0366

Fonte: Inquérito Domiciliar - Rio Grande da Serra

Comentário: - O fato relevante mostrado nesta tabela é que os operários industriais (da Indústria Elclor, principalmente), com ocupação de nível inferior, não qualificada, têm acesso ao médico da firma, através dos convênios médico-empresa, o que dá uma cobertura maior a essa faixa da população quanto à assistência médica.

Os operários de nível médio, dos recursos de Rio Grande da Serra, só usam a farmácia e o Centro de Saúde, utilizando recursos fora de Rio Grande da Serra, quanto à assistência médica, como já ficou assinalado em outras tabelas.

Confirmação da hipótese

Tendo em vista o estudo realizado na fase descritiva e de cruzamento de variáveis mais relevantes estatisticamente, confirmar-se a hipótese de associação positiva entre a situação sócio-econômica e cultural das famílias e situação de saúde das mesmas em Rio Grande da Serra no ano de 1978.

4.3 - Perspectivas do trabalho

"Colocar o dedo na ferida, com o único objetivo de mostrar que ela existe não enobrece a quem o faz, já que todo o trabalho que se realiza desta forma não beneficia a ninguém, devendo-se sim, procurar dar continuidade e prosseguimento ao mesmo.

Nossa equipe que trabalhou em Rio Grande da Serra teve esta visão do assunto porque insistiu em reunir-se com todos aqueles que de uma maneira ou de outra lá labutam. O tempo dirá se nossos esforços valeram a pena."

Floreal Gracia Alcaine

"Este trabalho poderá servir de marco inicial para o desencadeamento de ações principalmente no campo social e da saúde".

Maria José Schmidt

"E de real importância, os dados por nós colhidos, para qualquer investigação que se faça na comunidade de Rio Grande da Serra. Seja qual for a angulação que se dê à atividade, ela cruzará com a por nós observada, pois a realidade de Rio Grande da Serra é uma só. E é com a somatória de dados colhidos, que se chegará a um perfil completo e destarte pode-se partir, já bem instrumentados, para realizar algo "de fato" por Rio Grande da Serra".

Maurícia Melo Monteiro

"A utilização dos dados por nós levantados em Rio Grande da Serra pelo "Grupão" que continuará trabalhando no município é muito gratificante. Seria por demais frustrante que o esforço da equipe não servisse para mais nada a não ser ocupar um lugar numa prateleira da Biblioteca".

Carmen Cerviño Rodríguez

"Este trabalho de Equipe Multiprofissional veio trazer novas perspectivas no Campo de Ensino em Saúde Pública envolvendo outros órgãos e programas integrados em Rio Grande da Serra, no que a comunidade poderá ser beneficiada".

Teruko Uchida Mukai

"Assistência de grupos que atuam, ou irão atuar em Rio Grande da Serra, possibilita a concretização de um dos nossos desejos ao iniciar este estágio, que é justamente a continuidade de nossos trabalhos, graças à integração conseguida teremos garantido que os resultados - por nós obtidos não fiquem em prateleiras, mas que sejam usados e sejam um ponto de partida para outros. Creio que os problemas de Rio Grande da Serra sejam muitos e múltiplos. O nosso trabalho aborda um aspecto específico e que não deve ser seguido como uma bitola. É preciso analisar o município como um todo complexo e com necessidades talvez mais urgentes que os de saúde e que uma vez atendidas venham refletir positivamente sobre a saúde".

Marly Hatsuco Kajimoto

"O equipamento odontológico do Centro de Saúde é de alta qualidade e no entanto é sub-utilizado. Sem que se fuja às diretrizes da Programação, é possível e necessário que algo mais seja feito, uma vez que não se admite que um lugar tão carente dê-se ao luxo de não aproveitar inteiramente seus recursos.

De acordo com a Programação de Saúde, devem ser introduzidas no atendimento Odontológico as restaurações dentais. Isto pode ser feito desde que o médico chefe do Centro de Saúde, requirite, junto à Regional de Saúde à qual está ligado, os materiais odontológicos para que sejam executados tais serviços.

"É necessário também um prévio entendimento entre a Prefeitura, o Cirurgião Dentista e a chefia do Centro de Saúde, uma vez que o contrato de trabalho existente é entre o Dentista e a Prefeitura".

O atendimento de outros grupos, que não os prioritários, tal como pede a Programação deve ser limitado somente a casos de emergência. O atendimento de Rotina de crianças, desde que devidamente autorizado, deveria estender-se até o grupo dos eventuais, ou seja, de 7 a 14 anos, dentro das prioridades de serviços da Programação. Às equipes do Projeto Rondon seriam destinados os grupos classificados como "outros" e que não sejam enquadrados como emergência. O uso ou não - por essas equipes de consultório do Centro de Saúde ficaria na dependência de autorização obtida junto à Secretaria da Saúde".

Vera Maria de Campos Porto

"O trabalho continua na área de Rio Grande da Serra ^{que} possui uma jovem equipe que acredita na população e administra seus parques recursos - em busca de dias melhores. Ao nível estadual parece que uma profícua experiência técnica e humana se implementa, integrando recursos e es forços diversificados.

Confiamos no compromisso assumido pelo "grupão", de utilizar nossos dados para a continuidade do programa. Ainda que tenha de me afastar para o exterior, em bolsa de estudos, gostaria de saber que foi possível contribuir um pouco para esse trabalho conjunto, com o grupo - de colegas da FSP-USP. Espero que nossa conceituada casa de estudos possa continuar atuando em Rio Grande da Serra"

Eva Mila Miranda Sá

"Que a utilização destes dados possam dar continuidade às intenções governamentais de melhorar os conhecimentos de nossa realidade sócio-econômica para uma adequação de disponibilidades financeiras ou não, em programas tipicamente nacionais.

Evaldo Fischer Ferraz

"É desejo nosso que este trabalho acadêmico seja usufruído por outros profissionais, cujas atividades estejam ligados diretamente à ação comunitária."

João Batista Esteves

"De minha parte creio ser inconsequente este tipo de avaliação nesta altura do trabalho como contribuição para os demais grupos que estão em Rio Grande da Serra, desde que não pude conhecer o conteúdo do projeto, em tempo hábil, por estar atuando no setor burocrático com funções de secretaria.

Porém, como nas duas próximas semanas devemos estudar em conjunto os resultados colhidos pelo grupo em todas as áreas, na época da apresentação oral terei oportunidade de fazer minhas sugestões".

Alaíde Buitoni Cardillo

5. Reflexões e sugestões

5.1. Relacionados à experiência de equipe

"Experiência válida, esse nosso superficial trabalho de campo. Agimos na base do desencanto, a partir da imposição das tradicionais normas da Faculdade: pouco tempo e resultados imediatos para obtenção de notas. Dentro dessa realidade obtusa, houve os que se revoltaram, os que não se entrosaram, os coagidos. Mas, todos saíram para o campo. Conscientes para não contestar a Faculdade e conscientes de que a população de Rio Grande da Serra merecia sentir, não apenas a ilusão de que suas necessidades são importantes, mas também receber alguma coisa a mais do que perguntas que nunca tiveram respostas compensadoras, desde 1971, quando foi feito o primeiro trabalho de campo pela Faculdade de Saúde Pública.

Não, os profissionais de Saúde não pudemos ajudar mais uma vez. Os conhecimentos profissionais de cada um ficaram lá, guardados, tímidos, à espera da tão sonhada reformulação estrutural do trabalho que, foi uma experiência válida, como já foi dito. Mas, não satisfiz nosso potencial. Não gratificou."

Regina Maria Armentano Koenigstein

"Todo trabalho de equipe significa enfrentar os caracteres de cada um de seus integrantes para assim formar um grupo com um mesmo objetivo. Se a isto se agrega o tempo limitado existente, a sobrecarga das demais matérias e a incerteza da utilidade do estudo, se chega a uma crise.

Nosso grupo não foi a exceção, mas se lutou para solucioná-la e chegar a concluir nosso objetivo."

"Quanto à unidade multiprofissional o grupo se desenvolveu e conduziu seus passos de modo quase totalmente unilateral, sofrendo as consequências na conclusão de mesmo.

Quanto ao lado humano e social do grupo, foi extremamente agradável, já que possibilitou conhecer tanto cada um em relação à equipe, quanto atitudes próprias."

Alaíde Buitoni Cardillo

"Agora, ao finalizarmos e nesse trabalho, os colegas puderam sentir o problema principal na formação de uma equipe que consiste em assumir como próprias as decisões tomadas em conjunto.

A moderação nos atos e a colocação dos pensamentos de cada um são fatores importantes no trabalho de um grupo. Só assim se constrói alguma coisa baseada em fundamentos sólidos e tomadas de decisão com a aceitação de todos.

Arnaldo Lopes

"Sendo esta a primeira vez a participar de trabalho de campo em grupo Multiprofissional, onde integrar e atingir são objetivos de saúde, esta experiência deve ter sido bastante válida para todos da equipe.

Teruko Uchida Mukai

"Numa sociedade cujo desenvolvimento caminha com uma série de problemáticas, dentro das atividades humanas, o trabalho em grupo multiprofissional é realmente indispensável em função de se conhecer as razões de diferentes estágios sócio-econômicos e históricos que permitam aplicação de métodos para modificação se forem necessários"

Evaldo Fischer Ferraz

"Trabalhar em grupo, algo complexo, desastroso, mas paradoxalmente, extraordinariamente compensador"

Sugestões: uma só: porque tão pouco tempo?"

Maurícia Melo Monteiro

"Espera-se que o trabalho de uma equipe multiprofissional seja uma interação de profissionais com conteúdo diverso em função de um objetivo complexo e diversificado.

Neste caso, parece que houve, s.m.j., uma atuação grupal com tarefas justapostas, e não uma interação multiprofissional. De qualquer forma foi válida"

Maria José Schmidt

"Participando pela primeira vez de um trabalho de campo em grupo - multiprofissional, entendo que a experiência deixou saldo positivo. Aproveitando a formação básica de cada elemento, o grupo desenvolveu um sentimento de "equipe" bastante bom o que nos possibilitou - alcançar as metas pré-estabelecidas."

Carmen Cerviño Rodríguez

"A experiência é válida e necessária, porém realizada de outra forma.

Os objetivos para serem operacionalizados e alcançados exigem um estágio orientado e organizado de outra forma que não a deste ano. O fato do estágio ser teoricamente apenas 2 dias da semana dificulta a continuidade dos trabalhos e a integração do grupo como equipe e impede a dedicação às outras disciplinas cursadas concomitantemente. Quanto à orientação, a não ser a possibilidade de inovação sem que se sofra pressão em sentido contrário.

Marly Hatsueo Kajimoto

"Dentro de uma filosofia onde integrar é preciso, o trabalho em equipe multiprofissional reveste-se de muita importância como um treinamento para o futuro sanitarista. O ideal, porém, seria que cada um pudesse escolher seus companheiros de equipe"

Vera Maria de Campos Porto

"Nestas últimas semanas faltou um encontro organizado em que cada elemento do grupo colocasse o que havia encontrado de mais interessante em sua área ou lesse os resultados de sua micro-análise (parte - específica) para análise e reflexão conjunta do trabalho como um todo.

As dificuldades de relacionamento que surgem com o correr do tempo, fazem com que se aprenda a lidar com elas e superá-las.

Creio ser este aprendizado fundamental para o trabalho da equipe, cuja existência é indispensável no mundo atual, à medida que o conhecimento se amplia e complexifica.

Rosa Maria Chiamulera

"Como interrelacionamento grupal nada faltou (coleguismo, disabores, sociabilidade, interação, aculturamento, afetividade, etc.). Entretanto, creio ser isto característico de um grupo multiprofissional, cada qual com características que lhes são peculiares.

João Batista Esteves

"Considerando o grupo como um micro-sistema voltado para o alcance de objetivos, reflito, em face dos resultados finais obtidos:

Em relação aos objetivos propostos pela Disciplina:

- cronograma de trabalho: possibilitou a divisão do exíguo tempo para as atividades de formação básica e comuns da equipe. A escassez de tempo não permitiu aprofundar a descrição e a análise.
- seleção das variáveis relevantes: a partir da observação empírica foram selecionadas e analisadas em grupo não apenas da FSP, - mas a nível de população e da grande equipe inter-institucional.
- levantamento de dados sobre variáveis selecionadas: foram realizadas tentativas para obter-se toda espécie de dados existentes sobre a área focalizada entendendo-se que a saúde seria componente publicada nessa realidade.
- descrição e análise dos dados coletados: o fator crítico "tempo" interferiu para que reflexão mais aprofundada fosse realizada sobre os dados coletados.
- elaboração do relatório integrado sobre situação de saúde, propondo alternativas para solução de problemas prioritários: no relato das atividades todos os membros do grupo contribuíram, e a síntese diagnóstica da situação de saúde mereceria maior concentração de análise por parte do grupo, que ao final não pode realizá-la, embora as alternativas de solução sejam concretamente oferecidas, ao nível de sugestões.

Em relação aos objetivos propostos pelo grupo:

- parte do grupo (a que mais se engajou no processo) pode, como sanitarista, vivenciar toda a riqueza de atuar integrada no "grupão" maior (inter-institucional) que atua na comunidade, sob coordenação do Sr. Prefeito e da Coordenadoria Geral do Projeto Piloto - Rio Grande da Serra: foi uma notável experiência!
- Clarificou-se a necessidade e oportunidade de ser a Faculdade de Saúde Pública ~~componente~~ oficial de esforços semelhantes, de baixo custo operacional, mas de real contribuição comunitária.

- que os grupos formados na Faculdade de Saúde Pública da USP, por sanitaristas em formação e sob supervisão possam formalizar sua participação (acordos, convênios) em iniciativas como essa ora relatada, por tempo contínuo, concomitantemente a todo o período de estudo e não apenas ao nível de constatação da realidade (diagnóstico), mas de concreta intervenção na área;
- que a Faculdade de Saúde Pública selecione entre os mais carentes municípios da Grande São Paulo, áreas para manutenção de projetos experimentais que não sofram solução de continuidade programática e sejam avaliados com indicadores selecionados, de forma interdepartamental;
- que seja possibilitado aos alunos dos vários cursos da FSP-USP, - na estratégia adotada, a opção pela área, pelos grupos de participantes (garantida e equilibrada formação básica interprofissional) e a escolha dos supervisores e orientadores de campo".

Eva Mila Miranda Sã

- "Como experiência de trabalho de grupo, foi válido, porque nas dificuldades encontradas aprendemos a nos conduzir de maneira a não encarar o trabalho individualmente mas como um todo que depende - da uniformidade da maneira de pensar dos integrantes em relação - aos vários enfoques para um resultado satisfatório".

Anna da Silva Sette

5.2 - Reflexões e sugestões relacionadas à experiência de campo

"Uma comunidade não poder ser usada para que se adquira experiências. Espero que nosso trabalho em Rio Grande da Serra sirva para algo mais"

Floreal Gracia Alcaine

"Quanto à experiência em campo, ele me decepcionou no sentido de que não pude conhecer atividades mais conscientes, racionais e práticas no campo da saúde, devido ao seu tempo limitado e, mesmo que fosse maior, teria que ser mais articulado"

Alaide Buitoni Cardillo

"A escola na prática: foi o que pudemos viver durante o Estágio de Campo Multiprofissional. Porém, como tudo não é perfeito, a nossa atuação na cidade poderia ser mais edificante para nós alunos, para a Faculdade e para a comunidade, visto que quando ingressamos no Curso de Saúde Pública já éramos profissionais e muitos de nós com experiência junto às comunidades".

Arnaldo Lopes

"Neste caso específico, achei a experiência de campo muito pouco proveitosa, especialmente no que se refere àquele inadequado inquérito domiciliar".

Vera Maria de Campos Porto

"A experiência de campo trouxe proveito para cada participante. Tive a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos dados pelo Curso e lamentamos, apenas, que o tempo tenha sido exíguo para a realização do trabalho. Entendemos que todos lucrariam se nos fossem concedidos, pelo menos, mais 15 dias".

Carmen Cerviño Rodríguez

"O nosso trabalho de campo foi muito discutido e estudado para se chegar a uma decisão, mas felizmente encontramos outros órgãos que também estão interessados em dar continuidade ao nosso trabalho, daí conclui-se a importância deste relatório".

"Fica a interrogação: se, ao invés de fazer um diagnóstico, não seria mais proveitoso cada elemento do grupo dar uma contribuição objetiva dentro de sua área de atividade: - os médicos dinamizariam o posto de saúde, as educadoras promoveriam palestras às mães e assim por diante, num trabalho de esclarecimento, orientação do pessoal administrativo e prestação efetiva de serviços à população desassistida".

Rosa Maria Chiamulera

"Creio que o Município de Rio Grande da Serra teve uma participação - muito grande em nosso estágio, na pessoa de seu Prefeito. O mesmo não podemos dizer da Secretaria de Saúde que praticamente se omitiu. Isto é de grande pesar, pois se o município não tem condição de atuar na saúde cabe ao estado assumir, e este é o único recurso de Rio Grande da Serra"

Marly Hatsuco Kajimoto

"Negativo, pelo modo que nos foi "imposto" de agir com a comunidade . Por quê não dar assistência médica, sanitária, odontológica, educadora, etc..., a esta população" Os frutos seriam maiores e cada um de nós sentir-se-ia agora mais útil, mais recompensado".

Maurícia Melo Montêiro

"Se o nosso trabalho tiver continuidade, pode-se considerar que o Estágio foi duplamente válido. Caso contrário, mais uma vez a comunidade de Rio Grande da Serra - serviu apenas de objeto de treinamento - para experiências acadêmicas"

Maria José Schmidt

"Quanto à experiência de campo - o município de Rio Grande da Serra, considero que:

o fulcro do estágio, constituiu-se no município, em especial na análise dos fatores limitantes, de a natureza sócio-econômica, cultural e política, que interferem no nível de saúde da sua população; destaque especial se dá à compreensão e participação do Sr. Prefeito;

constatou-se, em geral, a defasagem entre as funções de programa e instituições relacionados direta ou indiretamente à saúde, que operam na área ou por ela são responsáveis e as necessidades da população-alvo, evidenciadas como de expressiva carência e urgência de atendimento básico;

o nível de participação comunitária é ainda reduzido, face à necessidade de conscientização, organização e capacitação social dos Municípios, marginalizados, em geral, do processo de desenvolvimento local que produzirá melhores níveis de vida, inclusive de saúde;

grupos externos à comunidade se engajam: nesse processo, com objetivos docente-assistenciais e representam, potencialmente, recursos da maior importância, se vistos em função de uma real integração com a população, em seu momento cultural e face às suas expectativas e grau de participação necessária no processo;

os indicadores de saúde refletem a situação de saúde de Rio Grande da Serra - o município mais pobre de São Paulo -, evidenciando os baixos níveis de vida da população e a urgente necessidade do grupo de sanitaristas se preocuparem, de fato, com a promoção de mudanças nesse quadro;

as entrevistas domiciliares e o inquérito aplicado possibilitaram rico contacto com amostra da população, tendo como unidade de análise as famílias o uso de instrumental estatístico e computacional para identificar, das variáveis selecionadas para o estudo, aquelas de maior relevância para intervenção programática".

Eva Mila Miranda Sá

"A experiência de campo em Rio Grande da Serra foi válida no sentido de conhecer a atuação de diversas entidades governamentais ou não, que desenvolvem atividades significativas, porém pouco conhecidas".

Evaldo Fischer Ferraz

"Apesar de não ser uma comunidade já conhecida, com características próprias, não foi de todo diferente da problemática vivida (sentida) em outras comunicações trabalhadas".

João Batista Esteves

"O trabalho de campo propiciou a aplicação, na prática, da teoria recebida no curso, pela vivência de situações reais que serão muito comuns no trabalho que iremos desenvolver no dia a dia".

Anna da Silva Sette

5.3 - Reflexões e sugestões relacionadas à formação do sanitário

"Considerando el tiempo y la formación dada por la facultad, n el estudio realizado em Rio Grande da Serra fue bueno. Sugiero para el futuro mayor coordinación de la Facultad con todas aquellas institui^o ciones con las cuales los sanitarios deben trabajar en su estu^o dio."

Floreal Gracia Alcaine

"Nós- profissionais de várias formações universitárias, temos agora mais responsabilidade para com os nossos semelhantes, de levarmos os nossos conhecimentos e o nosso trabalho na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

É importante entretanto, que nos sejam dados ferramentas legais, que são as atribuições do sanitário, para que possamos desempenhar as nossas funções a que propusemos quando viemos fazer o curso de "Saúde Pública".

Arnaldo Lopes

Relacionados à formação do sanitário ao nível da Faculdade de Saúde Pública

"Há uma defasagem entre a teoria e a prática atual de Saúde Pública"
Sugestão-

Reformulação da estrutura do Estágio e de seus objetivos. Iniciar o Estágio no 1º semestre.

Maria José Schmidt

"Partindo do princípio de que "na prática a teoria é outra" entendermos como importante para a formação do sanitário o trabalho de campo multiprofissional. Não basta o embasamento teórico: é preciso complementá-lo com a prática".

Carmen Cerviño Rodríguez

"A formação do Dentista Sanitarista é muito especializada. Deveriam fazer parte do seu currículo outras matérias que possibilitassem a formação de um profissional com maior campo de ação e portanto - com maior potencial de aproveitamento".

Vera Maria de Campos Porto

"Conhecer a realidade para atuar no campo é indispensável para a formação do sanitarista. Em nosso meio social, face à realidade da nossa população, diante do progresso geral da humanidade, ainda encontramos dentro da Grande São Paulo lugares sem condições de saneamento. Tal sucede em Rio Grande da Serra".

Teruko Uchida Mukai

"A experiência de campo é indispensável para a formação do sanitarista para o nosso meio social, face à realidade da nossa população, que diante do progresso geral da humanidade, ainda se encontra grupamentos em condições chocantes de vivência."

Evaldo Fischer Ferraz

"As atividades desenvolvidas, foram eminentemente de sanitaristas, e como tal servirá de embasamento para nossas atividades profissionais".

João Batista Esteves

"É indispensável conhecer a realidade para nela poder atuar. Ao entrevistar pessoas, visitar bairros e fazer o inquérito domiciliar, entra-se em contacto com toda a estrutura e situação de saúde de uma comunidade. Este conhecimento é indispensável para ver quais são os pontos de estrangulamento, quais são as deficiências, os bloqueios e as dificuldades que impedem aquela população de se desenvolver e ter vidas mais úteis e felizes.

Esta, a grande lição de Rio Grande da Serra, a sua contribuição para a visão do sanitarista - onde há pobreza, baixo índice salarial, poucos recursos econômicos, difícil se torna a consecução do bem-estar físico, psíquico e social.

Há que instruir, ensinar, dar condições de vida ao povo para que êle possa produzir e viver melhor, e consequentemente, conseguir e conservar sua saúde".

Rosa Maria Chiamulera

6 - Sugestões em relação a Rio Grande da Serra

Política:

- 1 - O problema principal de Rio Grande da Serra, segundo entrevistas com o prefeito, vereadores e outros líderes da comunidade, assim como no contacto com a população em geral, a falta de recursos do município, pela baixa arrecadação, - poucas indústrias e pelo fato da maior indústria da região, a El cloro, pagar seus impostos a Santo André.

A falta de recursos do município reflete-se diretamente no nível de Saúde da população que não pode contar com saneamento básico, nem assistência médica. A solução para aumentar a arrecadação do município seria a anexação da - El cloro que já está sendo solicitada ao Governo Federal pelo prefeito.

Economia

- 1 - Para aumentar a arrecadação, o Município pode aumentar os impostos e controlar o sistema de atribuição e arrecadação

Saúde

a) Saneamento

- 1 - Ampliar a rede de água da SABESP.
- 2 - Construção de áreas de lazer através do "Sistema de Mutirão"
- 3 - Criação da faixa sanitária de proteção ao manancial do - Ribeirão da Estiva bem como restrição ao uso do solo a montante;
 - a área represada necessita de alguns reparos e maiores cuidados para a sua proteção adequada;
 - orientação da população, de medida preventivas, na - construção de poços domiciliares de água onde não é servida por serviços de abastecimento de água;
 - os moradores de domicílios servidos por serviços de abastecimento de água e que tenham poços domiciliares, sejam motivados no sentido de desativar estes e paralelamente a melhoria das fossas;
 - execução de calçadas nas laterais das vias para que a população não corra risco de atropelamento caminhando pelas vias;

- melhoria do serviço de coleta de resíduos sólidos, planejando este em setores de coleta alternada e reforçando a guarnição, bem como substituir a carroceria por basculante coberto;
- escolher uma área adequada para deposição de resíduos sólidos e executar uma cobertura de terra no final de um período;
- motivar a população a dar um destino conveniente aos resíduos sólidos;
- elaboração de legislação municipal que complemente e reforçe a legislação estadual referente a proteção do meio ambiente;
- elaboração e/ou aprovação de código de obras visualizando medidas preventivas sanitárias e um planejamento territorial"

b) Assistência médica

- 1 - Criar um Pronto Socorro ou Hospital
- 2 - Para a prevenção contra a raiva e possível fonte de renda para a Prefeitura sugere-se:
 - a) aquisição de uma viatura para captura de cães; orientação veterinária direta; construção de um canil.
- 3 - Para a saúde bucal sugerimos: fixar o cirurgião dentista no local com moradia paga, nomeado para o Centro de Saúde, criação de convênios para atendimento em seu consultório particular, com as indústrias e com a Prefeitura.

c) Educação em Saúde

- 1 - Treinamento em serviço, na área de Educação em Saúde Pública, uma equipe do Centro de Saúde para melhor desenvolvimento das funções.
- 2 - Incluir no quadro de funcionários, o cargo de visitador sanitário para dinamizar o trabalho do Centro de Saúde.
- 3 - Incremento das hortas escolares para enriquecimento nutricional da merenda.
- 4 - Dinamização das Associação de Pais e Mestres para melhoria das condições de transporte, comunicação, calçamento e canalização dos esgotos que rodeiam as escolas.
- 5 - Cloração da água de beber nas escolas quando não provinda da rede pública.

- 6 - Treinamento de funcionários e professores em primeiros socorros.
- 7 - Nas reuniões das Associações de Pais e Mestres dar orientação e esclarecimentos em assuntos de saúde, porque através do esforço conjunto do lar, da escola e da comunidade podem ser conseguidas soluções para os problemas de saúde, de forma mais produtiva.
- 8 - Incentivar a atuação dos coordenadores de Saúde, professores de ciências e outros profissionais de áreas afins, dentro da escola, para auxiliar o ensino e a prática correta da saúde.

CONCLUSÕES

A experiência de integração da teoria à prática é fundamental para os componentes da equipe de saúde.

O contato com a população é da maior importância, para garantir a participação da mesma nos programas e desmistificar o profissional de Saúde Pública.

A fase do diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade pressupõe o conhecimento da sua realidade global, já que a saúde não se constitui em setor isolado do contexto global. Isto foi possível em experiência através dos múltiplos contatos que tivemos.

O estágio de campo multiprofissional é válido e importante. A orientação do estágio é restritiva e repetitiva. O tempo é curto e fracionado permitindo solução de continuidade aos trabalhos.

BIBLIOGRAFIA

- ALVARENGA, A.T. & CIARI, C. Índice de status sócio-econômico da família da mulher grávida que frequenta o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da USP. Rev. - Saúde públ. S.Paulo: 7 (4), 351-67, 1973.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO (Fundação IBGE), Rio de Janeiro, 1973, v.36.
- AZEVEDO, A.G. & CAMPOS, P.H.B. Estatística básica: cursos de ciências humanas e educação. 2ª ed. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1976.
- BARTLETT, H.M. A base do serviço social. São Paulo, Liv. Pioneira, 1976.
- CARLISLE, E. A estrutura conceitual dos indicadores sociais. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais, 1975. /n.98/
- CHAVES, M.M. - Sistema de saúde: sub-sistema de saúde materno-infantil. Brasília, 1974.
- CÓDIGO TRIBUTÁRIO NACIONAL (Lei 5172 de 25/10/1966) Coleção de Legislação Tributária, São Paulo: 206-21, 1967.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Capítulo V, artigo 18 a 26. São Paulo, Centro de Estudo e Pesquisas de Administração Municipal, 1973 p.12-17.
- DOCUMENTO DE TERESÓPOLIS, Metodologia do Serviço Social. Debates Sociais, Rio de Janeiro, (supl 4): nov. 1970
- EGG, E.A. Diccionario de trabajo social. Buenos Aires. Libreria Ecro S.R.L., 1974.
- EGG, E.A. - Metodologia y practica del desarrollo de la comunidad Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1976.
- FORTON, R.E. - Indicadores de bem-estar-social, seu conteúdo e sua atualização. Debates Sociais. Rio de Janeiro, (18)1974
- FUNDAÇÃO I.B.G.E. Curso demográfico - São Paulo. Rio de Janeiro, 1973. /VIII Recenseamento Geral, 1970, vol. 1, Tomo 18, 1ª - parte/
- GAMA, M.P. & CHIARINS, C. Estatística descritiva. Rio de Janeiro, Fundação Escola Nacional de Saúde Pública, 1969.

- GREENWOOD, E. - Metodologia de la investigacion social. Buenos Aires, Paidós, 1973.
- GUIDI, M.L.M. & DUARTE, S.G. Um esquema de caracterização sócio-econômica. Rev.Bras.Est.Pedag., Rio de Janeiro, 52 (115), p.65-82, 1969.
- HAMBURGER, P.L. Indicadores sociais na estratégia de Produtos. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1976.
- HOLLIS, F. Diagnóstico. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais, 1974, v.76.
- JELLIFE, D.B. Evaluacion del estado de nutricion de la comunidad Ginebra, Organizaç-ion Mundial de la Salud, 1968.
- LEI Nº 6229 - de 17 de julho de 1975: dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. In MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação Federal do Setor Saúde. Brasilia, 1977 v.1, p-149-153.
- PARETA, J.M.M. & MEIRA, A.R. Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social. São Paulo, Ed. McG-aw-Hill do Brasil, 1976.
- PRANDI, J.R. História da vida computacional; um exemplo de aplicação da técnica de história de vida simplificada para computação eletrônica. São Paulo, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 1972.
- PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. - Características de la mortalidade en la ninéz. Washington, DC, Organizacion Panamericana de la Salud, 1973.
- REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS, 3ª, Santiago, 1972. Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington, DC, 1972. /Documentos oficiales, 118/
- RIO GRANDE DA SERRA (Prefeitura) Orçamento Programa para 1978 - In - Orçamento Plurianual de Investimentos para o triênio - 1978, 1979 e 1980. Rio Grande da Serra, 1977.
- RIO GRANDE DA SERRA: relatório de trabalho de campo multiprofissional. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1971.
- RIVERO, D.T. Os serviços administrativos nos Planos Nacionais - de Saúde. In: TINOCO, A.F. Curso de especialização em planejamento do setor saúde. São Paulo Faculdade de Saúde Públi-

ca da USP, 1978 /mimeografado/

- SÁ, E.M.M. Característica da gestante pobre e seu recém-nascido no hospital universitário Antonio Pedro da UFF-Niterói. Rio de Janeiro, 1977. /Dissertação de mestrado - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/.
- SAMUELSON, P.A. As relações entre empregados e empregadores, - In - Introdução à análise econômica. 7ª ed. Rio de Janeiro, AGIR, 1970, v.1, p.207-208.
- SCHUHLEY, G.F. Marginalidade e integração um modelo para auto-confiança. Debates Sociais. Rio de Janeiro, (33) 1976.
- SECRETARIA DO BEM ESTAR SOCIAL - Indicadores de saúde. São Paulo 1974 /Indicadores sociais n.3/.
- SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Teoria do Direito Tributário. São Paulo, Coordenação da Administração Tributária, 1977.
- SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS. Análise Econômico Financeira. In - Programa de Atendimento aos Municípios. São Paulo, 1977.

A N E X O S



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE

Secção Pessoal

Folha de pagamento referente ao mês de Setembro

NOME	CARGO
Setor da Administração	
Neiva Maria Figueiredo	T.S. Pessoal/ Prot.
Neusa Andrade da Silva	Carvente
Olfévia Trindade da Silva	Carvente
TOTAL	
ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA	
Wagner Vicente Ferrari	Contador
Luis Gradiano Kersting	Tesoureiro
Edson Marques Lopes	Chefe S. Administr.
Márcia Aparecida Albano Siqueira	Enc. Divida Ativa
José Wilson Lucas	Chefe S. Rec. e <i>Contab.</i>
TOTAL	
CONTABILIDADE	
GABINETE DO PREFEITO	
José da Cruz Jardim Teixeira (CC)	Assessor Gabinete
Pascoal Mainoni Filho (CC)	Aux. Exp. Gabinete
Juarez Vieira dos Santos (CC)	Enc. Buas Avenidas
TOTAL	
Setor de Obras e Planejamentos	
Flávio Figueiredo Filho	Enc. Serv. Material
Ricardo Francisco Castelucci	Fiscal de Obras
TOTAL	
JUSTA DE SERVIÇO MILITAR	
Ielanda Versalli Lupi	Escriturária
TOTAL	
TOTAL GERAL	

H. Guindado
Setor Pessoal

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE DO SUL

Secção Pessoal

Folha de pagamento referente ao mês de setembro de 19

NOME	CARGO
Setor Jurídico	
Ida Paturalski	Advogada
TOTAL	
Setor de Saúde e Assistência Social	
<u>SETOR DE OBRAS E PLANEJAMENTO</u>	
Moisés Sanches Galache	Engenheiro
Wagner de Souza	Topógrafo
José Emilio da Cunha Mota Gouveia	Topógrafo
TOTAL	
Setor de Obras e Planejamento	
<u>SETOR DA SAÚDE</u>	
Lahyr Assumpção	Dentista
TOTAL	
Setor das Finanças	
<u>SETOR DA EDUCAÇÃO</u>	
Maria Lizete Ramos de Azefede	Professora
<i>Prof. Maria Domingues Figueiredo</i>	Supervisora Esc. Municip.
<i>Solange Datta</i>	Supervisora municipal da Alameda Escolar.
TOTAL	
TOTAL GERAL	

H. Aguiar
Setor Pessoal PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE DO SUL



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE

Secção Pessoal

Folha de pagamento referente ao mês de Setemb

N O M E	C A R G O
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Neusa Antonia Vidella Calogari	Fao. Bibliotec. / <i>Supervisora da</i>
	<i>Comissão Municipal do Alameda</i>
<i>Alquino</i> PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE DA TERRA Departamento pessoal	
TOTAL	

U.S.P. - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
 ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL - 1978
 MUNICÍPIO DE RIO GRANDE DA SERRA

Formulário para Inquérito Domiciliar Nº _____

I. Dados identificadores do domicílio

1. Área _____ 2. Sub-área nº _____ 3. Quarteirão _____

4. Endereço (ou descrição) e referências _____

5. Nome do entrevistado _____

6. Chefe da família? 1. sim 2. não _____

7. Em caso negativo especifique o vínculo com o chefe _____

II. Controle da visita

1	2	3	4	5	6
Visita Nº	Datas	Horário Início/término	Resultado	Entrevistador	Obs.

7. Razão da não visita: 1. recusa - 2. ninguém em casa - 3. ausente temporariamente - 4. casa desocupada - 5. casa demolida - 6. na amostra, por engano - 7. outra (especificar) _____

III. Característica demográfica e fixação na localidade

1. Número de pessoas na família, por faixa etária e sexo

Menores de 1 ano	masc. _____	fem. _____	total _____
1 - 5 anos	masc. _____	fem. _____	total _____
5 - 10 anos	masc. _____	fem. _____	total _____
10 - 15 anos	masc. _____	fem. _____	total _____
15 - 20 anos	masc. _____	fem. _____	total _____
20 - 25 anos	masc. _____	fem. _____	total _____

25 - 30 anos	masc.	fem.	total
30 - 35 anos	masc.	fem.	total
35 - 40 anos	masc.	fem.	total
40 - 45 anos	masc.	fem.	total
45 - 50 anos	masc.	fem.	total
50 - 60 anos	masc.	fem.	total
60 - 70 anos	masc.	fem.	total
Ignorado	masc.	fem.	total
Total	masc.	fem.	total

2. Tempo de residência da família em Rio Grande da Serra (quando se tratar de tempo menor de 1 ano considere 1 ano)

3. Moradia anterior da família antes de vir para Rio Grande da Serra:
 1. família constituída em Rio Grande da Serra - 2. outro município do Estado de São Paulo - 3. outro Estado do País - 4. outro País

4. Existem parentes desta família morando em Rio Grande da Serra?
 1. sim 2. não

IV- Situação e característica da moradia

1. regime de ocupação: 1. cedida - 2. alugada - 3. própria (pagando) - 4. própria (já paga)-

2. Acesso à água potável: 1. externa - 2. corrente dentro de casa

3. Instalações sanitárias: 1. não tem - 2 externa - 3. dentro de casa

V - Características educacionais e culturais

1. Existem pessoas que não sabem ler e escrever (analfabetas) nesta família? 1. sim 2. não 3. não sabe

2. Número de membros da família, na faixa etária de 7 a 14 anos:

1. que estão frequentando Escolas _____

2 que não estão frequentando Escolas _____

8. De 5 SM a 6 SM (Cr\$9.360,00)

9. Mais de 6 SM

2. Renda individual mensal da família (renda per capita)

Calcule: Renda total mensal dividida pelo número de pessoas da família = Cr\$ _____

VIII. Conhecimento das necessidades sentidas pela população em relação aos problemas em geral e aos de saúde da localidade.

- Em relação ao seu núcleo (bairro, vila, parque)

1. Problema principal: _____

2. Solução para melhoria: _____

3. A quem compete: _____

IX. Situação de saúde

1. Número de mortes de crianças com menos de 1 ano, no último mês, na família:

1. masc. _____ fem. _____ total _____

2. não ocorreu

2. Número de pessoas, que adoeceram no último mês, na família:

1. masc. _____ fem. _____ total _____

2. não ocorreu

3. Recursos/pessoas que procuraram para tratamento de doenças: (especificar)

1 - em Rio Grande da Serra: _____

2 - fora de Rio Grande da Serra: (onde) _____

4. Número de pessoas hospitalizadas no último mês, na família

1. masc. _____ fem. _____ total _____

2. não ocorreu

" Estima a Receita e fixa a despesa do
Município de Rio Grande da Serra para 1978"

Marcão Eduardo Jordão Teixeira, prefeito municipal de Rio Grande da Serra, usando de suas atribuições legais faz saber que a Câmara Municipal de Rio Grande da Serra aprova e eu promulgo a seguinte Lei:

Artigo 1º - O orçamento Geral do Município de Rio Grande da Serra, para o exercício financeiro de 1978 estima a receita e fixa a despesa em R\$ 10.405.000,00 (Dez milhões, quatrocentos e cinco mil cruzeiros) discriminados pelos artigos integrantes desta Lei.

Artigo 2º - A receita será realizada mediante a arrecadação de tributos, rendas e outras receitas correntes e de capital na forma da legislação em vigor e das especificações constantes do anexo nº 2 da Lei 4.320/64 com as seguintes descrições:

1 - <u>Receitas Correntes</u>	5.145.000,00	8.223.830,00
11. - Receita Tributária	2.000,00	
12. - Receita Patrimonial	2.000,00	
13. - Receita Industrial	2.584.000,00	
15. - Receitas Diversas	1.039.830,00	
2 - <u>Receitas de Capital</u>		
22. - Operações de Crédito	1.000,00	1.581.170,00
23. - Alienações de Bens Móveis e Imóveis	1.000,00	
25. - Transferências de Capital	1.579.170,00	
TOTAL DA RECEITA		10.405.000,00

Artigo 3º - A despesa será realizada segundo discriminações dos quadros "Programa de trabalho, do Órgão, Programa de Trabalho do Governo e ainda Natureza da Despesa, por programa sub-programa, projeto e atividade que apresenta os seguintes desdobramentos:

<u>I - Por Função de Governo</u>		
01 - Legislativo		600.000,00
03 - Administração e Planejamento		2.017.000,00
05 - Comunicações		70.000,00
06 - Educação e Cultura		1.723.000,00
09 - Energia e Recursos Minerais		375.000,00
10 - Habitação e Urbanismo		3.333.000,00
13 - Saúde e Saneamento		827.000,00
15 - Assistência e Previdência		580.000,00
16 - Transporte		<u>880.000,00</u>
TOTAL DA DESPESA		10.405.000,00
 <u>II - Por Categoria Econômica</u>		
Despesas Correntes		6.192.000,00
Despesas de Capital		4.213.000,00
TOTAL DA DESPESA		10.405.000,00
 <u>III - Por órgão da Administração</u>		
<u>Poder Legislativo</u>		
1 - Câmara Municipal		600.000,00
 <u>Poder Executivo</u>		
03. - <u>Administração e Planejamento</u>		2.017.000,00
I - Supervisão e Coordenação Superior	857.000,00	
II - Administração Geral	550.000,00	
III - Administração Financeira	610.000,00	

05 - <u>Comunicações</u>		70.000,00
I - Comunicações Postais	40.000,00	
II - Telecomunicações	30.000,00	
08 - <u>Educação e Cultura</u>		1.723.000,00
I - Ensino do Primeiro Grau	1.693.000,00	
II - Alimentação e Nutrição	30.000,00	
09 - <u>Energia e Recursos Minerais</u>		375.000,00
I - Energia Elétrica	75.000,00	
II - Extensão da Rede de Iluminação	300.000,00	
10 - <u>Habitatio e Urbanismo</u>		10.405.000,00
I - Urbanismo	2.263.000,00	
II - Planejamento Urbano	1.070.000,00	
13 - <u>Saude e Saneamento</u>		827.000,00
I - Assistência Médica Sanitária	547.000,00	
II - Saneamento Geral	280.000,00	
15 - <u>Assistencia e Previdencia</u>		580.000,00
I - Assistência	580.000,00	
16 - <u>Transporte</u>		880.000,00
I - Transporte Rodoviário	880.000,00	
S O M A D A D E S P E S A		<hr/> 10.405.000,00

Artigo 4º - Esta Lei entrará em vigor a 1º de janeiro de 1.978, e revoga a Lei Municipal nº 163 de Novembro de 1.976.

Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra, 24 de Novembro de 1.977



AARÃO EDMUNDO JARDIM TEIXEIRA
Prefeito Municipal



WAGNER VICENTE FERRARI
Contador-CRC 81.843

Publicado no quadro de editais na mesma data.

Wagner Victor Ferrari
WAGNER VICTOR FERRARI
CRQ - 11.643

BALANÇETE FINANCEIRO ENCERRADO EM 31 DE Agosto DE 1978

- CONTABILIDADE -

RECEITA		PARCIAL	PARCIAL	TOTAL	DESPESA		PARCIAL	PARCIAL	TOTAL
1 - RECEITA ORÇAMENTÁRIA					1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA				
01 - Receitas Correntes					11 - Despesa Empenhada				
011 - Receita Tributária	2.177.025,72				101 - Legislativa	600.000,00			
012 - Receita Patrimonial	-				103 - Administração Superior e Planejamento Global	1.159.243,09			
013 - Receita Industrial	-				108 - Educação e Cultura	638.357,22			
014 - Transferências Correntes	2.022.392,63				110 - Habitação e Urbanismo	632.371,16			
015 - Receitas Diversas	540.704,18		4.740.122,53		111 - Indústria, Comércio e Serviços	-			
02 - Receitas de Capital					109 - Despesas com Energia e Recursos Minerais	66.271,30			
022 - Operações de Crédito	-				114 - Saúde e Saneamento	301.722,66			
023 - Alienação de Bens Móveis e Imóveis	-				115 - Trabalho, Assistência e Previdência	271.741,60			
024 - Amortização de Empréstimos Concedidos	-				116 - Transporte	762.894,56			
025 - Transferências de Capital	66.490,00				105 - Comunicações	70.023,56	4.502.625,35		
026 - Outras Receitas de Capital	-		66.490,00		FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS				
Fundo de Participação dos Municípios					103 - Administração Superior e Planejamento Global	-			
01 - Receitas Correntes					108 - Educação e Cultura	-			
014 - Transferências Correntes	921.257,95				114 - Saúde e Saneamento	-			
02 - Receitas de Capital					115 - Trabalho, Assistência e Previdência	-			
025 - Transferências de Capital	921.257,95		1.854.515,90	6.661.128,43	12 - Despesas a Pagar				
2 - RECEITA EXTRAORÇAMENTÁRIA					120 - Empréstos a Pagar	(-)	424.344,01		4.078.281,24
21 - Restos a Pagar					3 - DESPESA EXTRAORÇAMENTÁRIA				
210 - Restos a Pagar do Exercício	-				31 - Restos a Pagar				
22 - Depósitos					310 - Pagamentos por conta de exercícios findos		252.979,89	252.979,89	252.979,89
220 - Caução em Moeda Corrente	-				32 - Depósitos				
221 - Depósitos Diversos	-				320 - Caução em moeda corrente				
222 - Recolhimento para Conversões e Reversões	-				321 - Depósitos Diversos				
23 - Recolhimento para Terceiros					322 - Recolhimento para Conversões e Reversões				
230 - Credores Diversos	-				33 - Recolhimento para Terceiros				
231 - Devedores Diversos	-				330 - Credores Diversos				
232 - Instituto de Pesquisas Tecnológicas	-				331 - Devedores Diversos				
233 - Quota de Previdência	-				332 - Instituto de Pesquisas Tecnológicas				
234 - Imposto de Renda retido na Fonte s/ serviços de empreitada	-				333 - Quota de Previdência				
24 - Diversos					334 - Imposto de Renda retido na Fonte s/ serviços de empreitada				
240 - Títulos Públicos e Particulares	-				34 - Diversos				
241 - Bancos	-				340 - Títulos Públicos e Particulares				
242 - Recuperação de Despesas	-				341 - Bancos				
243 - Recolhimentos a Classificar	-				342 - Recuperação de Despesas				
4 - SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR					343 - Pagamentos a Classificar				
41 - Disponível					5 - SALDOS PARA O MES SEGUINTE				
410 - Caixa	4.227,33				51 - Disponível				
411 - Bancos	1.510,67				510 - Caixa		4.225,22		
412 - Caixas Econômicas	-		5.738,00		511 - Bancos		1.071.011,39		
42 - Vinculado					512 - Caixas Econômicas		-	1.075.256,61	
420 - Banco do Brasil S/A - c/ Imposto Único s/ Minerais do País	71,48				52 - Vinculado				
421 - Banco do Brasil S/A - c/ F.P.M.	924.110,18				520 - Banco do Brasil S/A - c/ Imposto Único s/ Minerais do País		71,48		
422 - Banco do Brasil S/A - c/ Fundo Rodoviário Nacional	327.862,33				521 - Banco do Brasil S/A - c/ F.P.M.		219.460,12		
423 - Banco do Brasil S/A - c/ Imp. s/ Energia Elétrica	123.665,14				522 - Banco do Brasil S/A - c/ Fundo Rodoviário Nacional		327.862,33		
424 - Banco do Estado S/A - c/ ARE	-				523 - Banco do Brasil S/A - c/ Imp. s/ Energia Elétrica		123.665,14		
425 - Banco Mercantil - c/ FPM	-				524 - Banco do Estado de São Paulo - c/ ARE		43.637,86	2.654.162,05	3.729.450,66
426 - Banco do Brasil S/A - c/ I.D.C.L.G.	17.886,13	1.393.815,26	1.393.815,26		525 - Eco Mercantil de São Paulo - c/ F.P.M.		1.907.032,62		8.000.621,69
			8.060.651,64		526 - Banco do Brasil S/A - c/ I.D.C.L.G.		29.226,88		

Rio Grande do Sul, 06 de Setembro de 1978

PREFEITO MUNICIPAL
AARÃO ESTRELA JARDIM TELLETTA

CONTADOR CRC 81643
WAGNER VICTOR FERRARI

Apêndice nº 5

Escala de Hierarquia das Profissões/Ocupações

Ocupações não qualificadas - enquadram-se nesta categoria a maioria das ocupações braçais, as que exigem para o seu desempenho, experiência profissional prévia ou níveis mínimos de instrução formal, as que não são especializadas e as que têm níveis de remuneração - muito próximos do salário mínimo local.

Ocupação de nível inferior de qualificação - nesse caso estão as atividades cujo desempenho não exige necessariamente esforço braçal ou que só podem ser exercidas com um nível mínimo de instrução formal (curso primário fundamental, 4 anos) ou treinamento profissional - específico.

Ocupação de nível médio - nessa categoria são relacionadas as ocupações para cujo exercício é desejável, pelo menos, o curso ginásial completo ou, em alguns casos, curso médio completo. Em outras palavras, as que compõem esse nível devem ter de 9 a 12 anos de escolaridade, formação profissional especializada de duração mais longa que a fornecida aos operários qualificados da categoria procedente e níveis de remuneração que vão, aproximadamente de duas a quatro vezes o salário-mínimo local.

Ocupações superiores - que exigem nível mais elevado de instrução - (Profissionais liberais de nível universitário, como médicos, advogados, dentistas) e cargos técnico-científicos como pesquisador, químico-industrial ou que se caracterizam pela chefia ou gerência de empresas comerciais ou industriais de porte médio. Enquadram-se também nesse nível os postos militares inferiores do oficial-ato (tenente, capital, major) e os donos de médias propriedades rurais.

Ocupações de alta renda - altos cargos de chefia ou gerência em grandes organizações, grandes propriedades rurais, capitalistas, altos postos administrativos no serviço público, diplomatas, donos de cartório, pecuaristas.

A não inclusão, numa coluna à parte, da profissão das mães, explica-se pela impossibilidade de localizar na hierarquia profissional e elevado contingente de mulheres que ainda não trabalham, e de se comparar os níveis ocupacionais das que trabalham com as que não o fazem, pois este último procedimento ocorre com frequência - tanto na classe social mais elevada quanto na classe mais baixa. Não trabalhar pode assim significar, para a mulher, tanto uma situação sócio-econômica privilegiada como uma condição subalterna - de reclusão doméstica, onde os padrões de existência ainda desfavorecem a incorporação feminina ao mercado de mão-de-obra.

Fonte: Maria Lais Mousinho Guidi e Sergio -
Guerra Duarte. 'Um Esquema de Caracterização Sócio-Econômica', In Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos - Rio de Janeiro, INEP, 1971, v. 54.

APÊNDICE Nº 7

Merenda Escolar

Estabelecimento _____

Local _____

1 - Convênio sim não

2 - Instituições que colaboram no programa da merenda:

S.M.A.E. sim nãoD.A.E. sim nãoC.N.A.E. sim nãoAssociação Pais e Mestres sim não

Outros: _____

3 - Merenda:

Supervisora da Prefeitura sim não

Quem:

Nível de instrução _____

Treinamento sim nãoResponsável na escola sim não

Quem:

Merendeira

Nível de instrução _____

Treinamento: sim não

Onde: _____

Condições de higiene pessoal e do vestuário

boa má regular Tem carteira de saúde sim não

4 - A merenda é servida a todas as crianças?

 sim não porque _____

Critério de seleção _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Relatório Final do Diagnóstico da Situação
de Saúde do Município de Rio Grande da Serra.

Equipe de Saúde Responsável - Grupo nº 12

Alaide Buitoni Cardillo

Marly Hatsumo Kajimoto

Anna da Silva Sette

Maria Jose Schmidt

Agnaldo Lopes

Mauricia Melo Monteiro

Carmen Cervino Rodriguez

Regina Maria A. Koenigstein

Eva Mila Miranda Sa

Rosa Maria Chiamulera

Evaldo Fischer Ferraz

Teruko Uchida Mukai

Floreia Gracia Alcaine

Vera Maria de Campos Porto

João Batista Esteves

Profª. Supervisora da Equipe de Saude

Prefeito de Rio Grande
da Serra