

ARAÇOIABA DA SERRA

CARTA SANITÁRIA

FACULDADE DE

SAUDE PUBLICA

USP

1972

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

GRUPO VII

MUNICIPIO DE ARAÇOIABA DA SERRA - Estado de São Paulo



ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMENTOS	2
EQUIPE DE TRABALHO	3
I - INTRODUÇÃO	4
1. Planejamento do trabalho	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Delimitação de campo	4
1.3. Programação	5
2. Metodologia	6
2.1. Levantamento de dados	6
2.2. Formulário	6
II -ASPECTOS GERAIS	8
1. Histórico do Município	8
2. Identificação e aspectos geograficos	8
3. Aspectos administrativos	9
4. Aspectos demográficos e socio-econômico-cultu- rais.....	10
4.1. Aspectos demográficos	10
4.2. Aspectos econômicos gerais	15
4.3. Aspectos economicos populacionais	17
4.4. Aspectos sociais e culturais	22
III-INFORMES SANITÁRIOS.....	34
1. Abastecimento de água	34
1.1. Zona urbana	34
1.2. Zona rural	35
1.3. Organização do serviço de abast.de água..	35
1.4. População abastecida e abastecível	35
1.5. Condições bacteriológicas das águas	36
1.6. Soluções individuais	37
2. Águas residuárias.....	37
3. Águas pluviais	38

	Pág.
4. Coleta e disposição do lixo.....	38
5. Fontes causadoras de poluição	38
5.1. Poluição das águas	38
5.2. Poluição do ar	38
5.3. Poluição sonora	38
6. Conclusões	42
7. Sugestões	42
8. Alimentos	43
8.1. Carne	43
8.2. Leite	43
8.3. Verduras, ovos, pescados e outros	44
8.4. Matadouros	44
8.5. Distribuição	45
8.6. Estabelecimento de Consumo	45
8.7. Conclusões	45
8.8. Sugestões	46
9. Abrigo de Animais.....	46
10. Vias públicas	46
11. Indicadores de Saúde	46
11.1. Mortalidade Geral	47
11.2. Índice de Swarcop e Uemura	48
11.3. Curva de Nelson de Moraes	48
11.4. Mortalidade Infantil	48
11.5. Principais causas de óbito	48
11.6. Porcentagens de óbitos sem assist.médica.....	48
11.7. Outros indicadores	49
12. Ocorrência de doenças	52
12.1. Morbidade	52
12.2. Variações sazonais	54
12.3. Epidemias	54
12.4. Importância relativa das doenças	54
12.5. Zoonoses	54
12.6. Doenças transmitidas por alimentos	54

	Pág.
12.7. Raiva	55
12.8. Prevalência de cárie dental em escolares	56
13. Avaliação da situação de Saúde Materna	59
13.1. Avaliação qualitativa	59
13.2. Avaliação quantitativa	59
13.3. Análise dos dados do formulário	60
14. Avaliação da situação de Saúde da Criança...	68
14.1. Escolaridade da mãe e hábito de amamentar	69
14.2. Introdução de alimentos com sal	69
14.3. Renda familiar e óbitos de filhos menores de um ano	69
14.4. Conclusões e sugestões	69
IV -RECURSOS DA COMUNIDADE	72
1. Profissionais	72
2. Não profissionais	72
2.1. "Curiosas "	72
2.2. Conclusões	72
2.3. Sugestões	73
3. Laboratórios	73
4. Farmácias	73
4.1. Farmácias particulares	73
5. Unidade Sanitária	74
5.1. Número e tipo	74
5.2. Localização	74
5.3. Verbas e pessoal existente	75
5.4. Dependência administrativa e técnica ...	76
5.5. Entrosamentos	76
5.6. Número de consultas realizadas em 1971 .	76
5.7. Imunizações em 1971	77
5.8. Outras atividades	78
5.9. Campanhas de Erradicação	78
5.10. Programas de Trabalho	78

	Pág.
5.11. Educação em Saúde	78
5.12. Conclusões	79
5.13. Sugestões	81
6. Assistência Hospitalar	82
V - PLANEJAMENTO TERRITORIAL	85
1. Distribuição dos Edifícios	85
2. Espaços verdes	85
3. Vias públicas	85
IV- SUGESTÕES GERAIS	86
1. Quanto à: Unidade Sanitária	86
1.1. Organização	86
1.2. Motivação e Treinamento da equipe	86
1.3. Melhoria da assistência materno-infantil	86
1.4. Entrosamentos	86
2. Saneamento ambiental	86
2.1. Proteção de mananciais	86
2.2. Desinfecção da água	86
2.3. Análises	86
2.4. Rede de esgotos	87
2.5. Fiscalização sanitária	87
2.6. Matadouro	87
2.7. Açougues e estabelecimentos comerciais..	87
2.8. Indústrias alimentícias	87
2.9. Vacinação e captura de cães vadios	87
3. Escolas	87
3.1. Condições sanitárias	87
3.2. Aumento de bebedouros	87
3.3. Merenda escolar	87
3.4. Supervisão da Merendeira	87
3.5. Assistência odontológica	87
3.6. Ação junto à comunidade	87

	Pág.
4. Comunidade propriamente dita	87
4.1. Motivação da população	87
4.2. Divulgação dos Serviços de Saúde.....	87
4.3. Participação em imunizações e notifica- ções	87
4.4. Perigo da raiva	87
4.5. Alimentação segura	87
BIBLIOGRAFIA	88
ANEXOS	

A G R A D E C I M E N T O S

Agradecemos à:

População de Araçoiaba da Serra
Prefeitura e Câmara Municipal
Autoridades Cíveis e Religiosas

Aos funcionários:

Da Divisão Regional de Saúde de Sorocaba
Do Centro de Saúde de Araçoiaba da Serra
De Instituições Sociais
Do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Da Secretaria de Economia e Planejamento de São Paulo
Da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Aos Senhores Diretores:

Da Regional da SUSAM de Sorocaba
Do Hospital Regional de Sorocaba

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

E a todos que colaboraram, permitindo a realização deste trabalho

EQUIPE DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Município de Aracoiaba da Serra - 1972

Douranita Monteiro Lima

Nilson Bazei

Sonia Ibraim Uebbe

Administração Hospitalar

Ligia Maria de Almeida

Maria Tereza Lacaz M. Reis

Educação

Gláucia Pereira Sales

Maria Rita Madureira

Enfermagem

Ester Ramos Oliveira

Luis Segovia Paes

Engenharia

Albertina da Costa Duarte

José Cássio de Moraes

Angel H. Juarez Sotomayor

Medicina

Cassiano V. R. Mathias

Odontologia

Roberto José Zavala

Veterinária

Frida Marina Fischer

Hidrobiologia

I - INTRODUÇÃO

1. PLANEJAMENTO DO TRABALHO

1.1 - Objetivos

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, visando ampliar a formação de seus alunos, permite que os mesmos tenham dentro de seu "currículo" escolar, as atividades inerentes a um trabalho de campo multiprofissional, cujos objetivos fundamentais, são:

- dar oportunidade de trabalho em equipe, permitindo o entrosamento entre diferentes profissionais.
- possibilitar a aplicação de informações e conhecimentos recebidos formalmente no Curso de Saúde Pública.
- permitir a identificação e proposição de soluções e, sempre que possível, resolver os problemas de saúde nas áreas trabalhadas, relacionados com os principais aspectos:
 - Assistência médico-sanitária
 - Assistência odontológica
 - Educação em saúde
 - Nutrição
 - Saneamento básico e do meio

Os mesmos objetivos foram selecionados pelo grupo, como gerais, para nortear o trabalho.

1.2 - Delimitação do campo de trabalho

O primeiro problema a ser resolvido, foi a delimitação do campo de trabalho, considerando-se duas alternativas:

- a) zona urbana e rural
- b) zona urbana

A primeira hipótese baseara-se nas seguintes proposições:

- a. A maior parte da população de Araçoiaba da Serra, está concentrada na zona rural.
- b. A população rural merece maior atenção por parte dos poderes públicos.
- c. As condições de vida da lavoura em todo Brasil, de maneira geral, são precárias.
- d. Um trabalho completo sobre um município, deve conter informações sobre a zona urbana e rural.

Durante a primeira semana de planejamento, surgiram obstáculos em relação a essa alternativa:

- A distribuição dos domicílios na zona rural, não permitia uma divisão rendosa para rápida amostragem probabilística.
- Desconhecimento do número de habitantes por fazenda ou sítio.
- Desconhecimento das condições das estradas de acesso, a não ser referências de que algumas ofereciam dificuldades, principalmente após chuvas.

A somatória desses motivos determinou a escolha da zona urbana como campo básico de trabalho.

1.3 - Programação

As atividades do grupo obedeceram ao seguinte calendário:

1.3.1 - Primeira semana (31/7 a 4/8)

Após o recebimento de orientação de caráter geral, o grupo promoveu diversas reuniões, onde foi discutido, e laborado e processado o seguinte:

- a. Eleição do Coordenador, Secretária e Tesoureiro.
- b. Entrevista com o orientador, engenheiro da SUSAM. Preparação da população.
- c. Elaboração do formulário a ser aplicado.
- d. Determinação da amostra a ser trabalhada.
- e. Coleta de dados em órgãos públicos, sobre o Município de Araçoiaba da Serra.
- f. Divisão de trabalho.

1.3.2 - Segunda semana (7/8 a 11/8)

- a. Reunião na sede da DRS-4, em Sorocaba, na Diretoria da Regional da SUSAM e no Centro de Saúde de Araçoiaba da Serra, com elementos das referidas entidades.
- b. Conhecimento de aspectos gerais da comunidade. Visita à cidade.
- c. Visitas às instituições oficiais.
- d. Entrevistas com autoridades constituídas.
- e. Aplicação de formulário.
- f. Coleta de dados nos órgãos municipais, estaduais e federais.
- g. Coleta de dados em órgãos de prestação de serviços.
- h. Observação de atividades do Centro de Saúde.
- i. Visitas à Zona rural.

1.3.3 - Terceira e quarta semanas (14/8 a 24/8)

Regressando à Faculdade, a equipe deu prosseguimento a:

- a. Tabulação dos dados obtidos.
- b. Estudo e análise dos dados compilados.
- c. Discussão e formulação de conclusões.
- d. Elaboração do relatório final.
- e. Preparação de súmula.
- f. Revisão do relatório.
- g. Impressão do relatório.

1.3.4 - Seminários (24 e 25/8)

Período reservado para a apresentação das conclusões, onde os grupos trocaram impressões sobre as várias áreas visitadas e suas experiências.

2. METODOLOGIA DO TRABALHO

Uma análise o mais possível científica dos dados obtidos em órgãos públicos e particulares, dos formulários e observações feitas criteriosamente, permitiram a determinação de algumas características da área.

2.1 - Levantamento de dados

A busca de informações sobre o Município em pauta, iniciou-se no IBGE e repartições públicas do Estado, com sede na Capital. Partindo para o campo com alguns dados já coletados, a equipe não teve dificuldade de acesso aos dados existentes nos arquivos de Sorocaba e Araçoiaba da Serra. Houve também entidades privadas que muito colaboraram para o levantamento das condições de saúde da comunidade.

2.2 - Formulário

Sua confecção obedeceu às seguintes etapas:

2.2.1 - Formulação

Após a análise de vários formulários anteriormente aplicados, a equipe discutiu e selecionou as questões de interesse para o trabalho, submetendo-o à apreciação de professor conselheiro.

2.2.2 - Amostragem

Na zona urbana há 423 domicílios cadastrados. O domicílio foi a unidade amostral escolhida e a amostra foi dimensionada, considerando-se o tempo e disponibilidades existentes.

O tamanho da amostra foi de 212 domicílios, correspondendo a 50% da zona urbana.

A amostra foi probabilística sistemática, de intervalo 2.

Contou-se com u'a planta da cidade, a qual foi dividida em 9 setores, correspondendo cada um, a um(a) entrevistador(a) do grupo.

Ficou estabelecido que:

- a. Os quarteirões seriam percorridos no sentido horário.
- b. Se iniciasse a partir da esquina mais próxima à matriz.
- c. O primeiro domicílio fosse sorteado.
- d. Casas vazias não eram substituídas.
- e. Casas de fundo, vilas, etc., foram consideradas como extensão da rua.

2.2.3 - Treinamento

Orientados por um elemento da equipe mais acostumado à aplicação de formulários, dividiu-se o trabalho e padronizou-se o critério de aplicação.

2.2.4 - Aplicação

Houve boa receptividade por parte da população, atribuída em parte à preparação e motivação prévia, feita como esclarecimentos, através do Serviço de alto-falante da Igreja e distribuição de folhetos.

Durante a aplicação, notou-se algumas falhas do formulário por não incluir todas as alternativas possíveis

2.2.5 - Processamento de dados

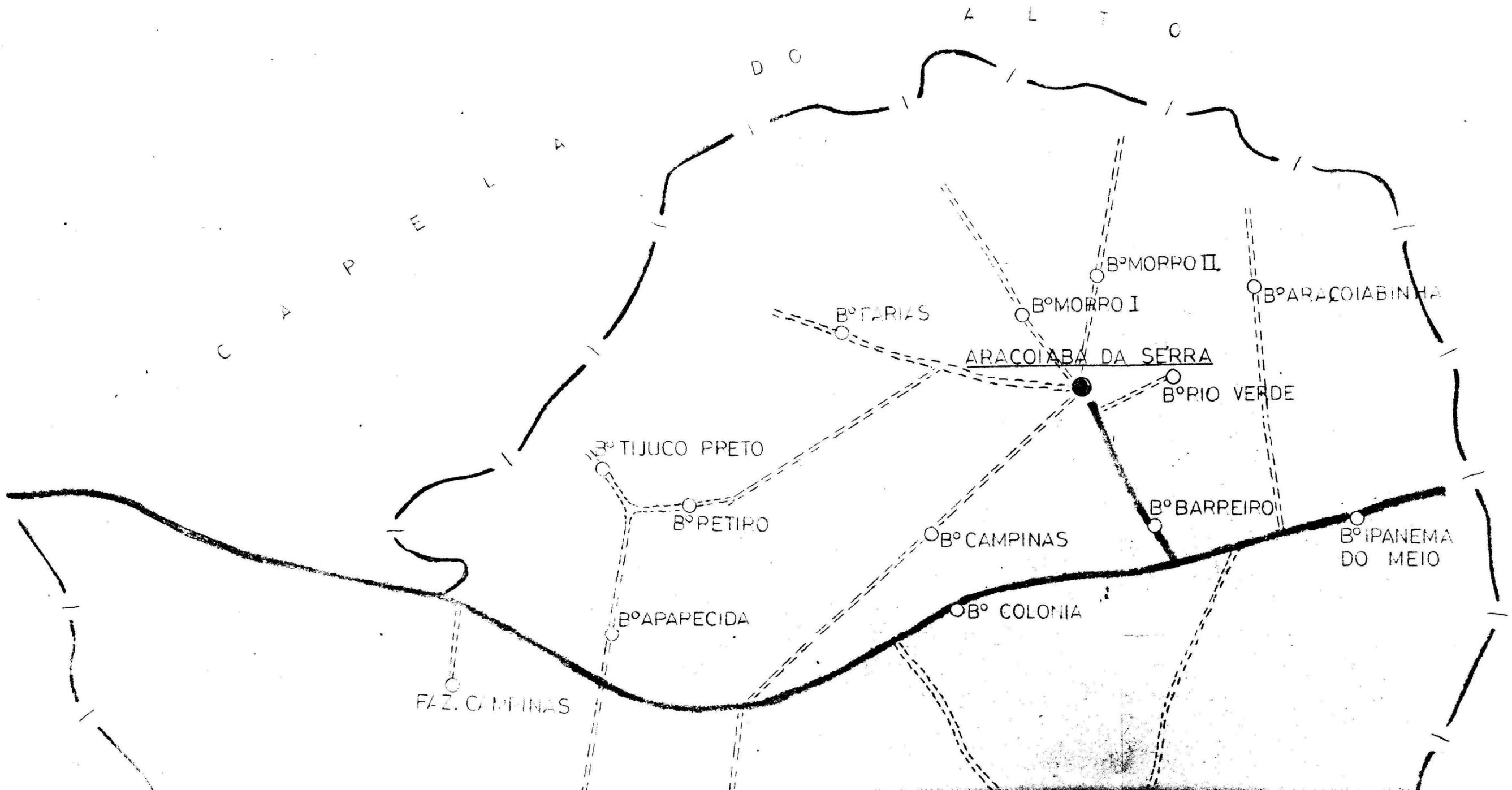
O processamento obedeceu o critério de tabulação manual e mecânica.

2.2.6 - Análise e conclusões

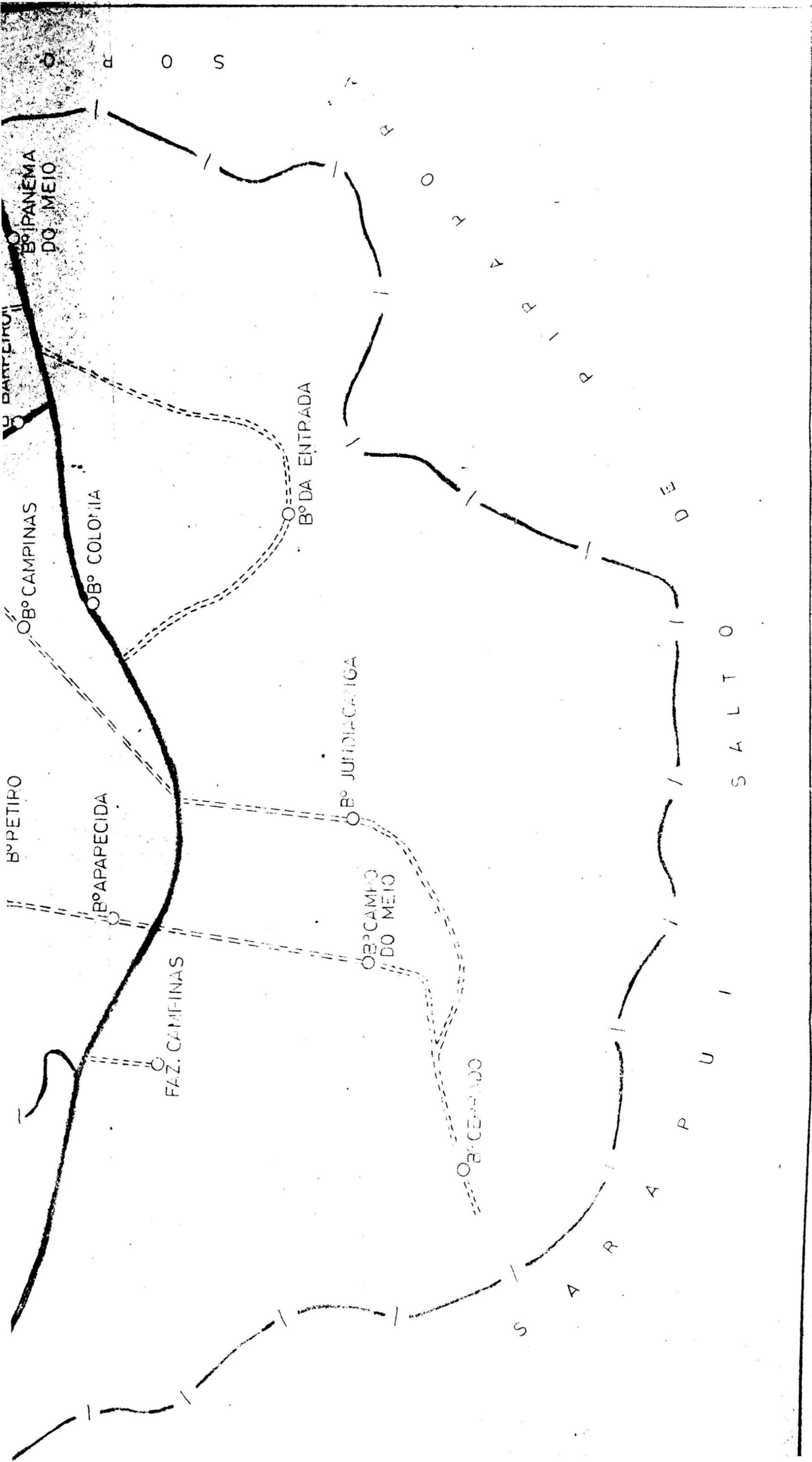
Foi feita com base nos resultados obtidos, associação de informações colhidas, comparados com conhecimentos adquiridos no Curso e anotações de aulas.



MUNICÍPIO DE ARACOIABA DA SERRA



S O R O C A B A



II - ASPECTOS GERAIS

1. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

Em 1589, os bandeirantes Afonso Sardinha e filho, à procura de ouro, instalaram-se no sopé da Serra de Araçoiaba, julgando-a rica desse metal.

Durante as escavações preliminares, encontraram grande quantidade de minerais de ferro, razão pela qual, construíram ali um forno que parece ter sido o primeiro forno de fundição de ferro, neste país.

Entretanto, ávidos por ouro, deixaram a mineração entregue aos escravos.

No início do século XVIII, D. Francisco de Souza, administrador das minas no Brasil e Governador das Capitânicas do Sul, visitou e adquiriu a fundição, dando à povoação que ali se formara o nome de São Felipe, em homenagem ao rei da Espanha.

Em 19 de agosto de 1817, por alvará de D. João VI, foi ali criada a paróquia em louvor a São João Batista, padroeiro do povoado.

Houve muita divergência quanto à escolha do local para essa nova paróquia, ficando finalmente estabelecido pelo padre Gaspar Antonio Malheiros, alferes Bernardino José de Barros e moradores locais, que a mesma deveria se estabelecer em uma área que, devido às suas extensas planícies, recebeu o nome de Campo Largo.

São considerados fundadores de Araçoiaba da Serra: o alferes Bernardino José de Barros e o padre Gaspar Antonio Malheiros.

O município com o nome de Campo Largo de Sorocaba, foi criado pela lei provincial nº 23 de 7/4/1857, sendo sua sede elevada à categoria de cidade pela lei estadual nº 1038 de 19/12/1906.

Pelo decreto nº 6530 de 3/6/1934, foi extinto; na divisão territorial de 31/12/1934, figura simplesmente como distrito judiciário de Sorocaba. Foi reintegrado na categoria de município pela lei nº 2695, de 5/11/1936. Pelo decreto-lei estadual nº 9073 de 31/3/1938, o município de Campo Largo de Sorocaba, figura só como distrito. Pelo decreto-lei estadual nº 9775 de 30/11/1938, permanece a situação anterior, passando a denominar-se Campo Largo.

Pelo decreto-lei estadual nº 14.334 de 30/11/1944, que fixou o quadro da divisão territorial vigente em 1945-1948, os antigos distrito e município de Campo Largo, receberam a nova denominação de Araçoiaba da Serra e Varnhagem.

Mais recentemente, em 1963, o município sofreu novo desmembramento, separando-se politicamente o novo município de Capela do Alto.

2. IDENTIFICAÇÃO E ASPECTOS G E G RÁFICOS

O Município de Araçoiaba da Serra está localizado na região sul do estado, entre os rios Sorocaba e Sarapuí, sendo seus municípios limítrofes:

a norte: Iperó e Capela do Alto

a sul: Salto de Pirapora
a leste: Sorocaba
a oeste: Itapetininga e Sarapuí

Pertence à 4a. Região Administrativa do Estado e à sub-região 4-1 de Sorocaba.

Conta com uma área de 315 km² com uma população de 6.630 habitantes, segundo o censo realizado pelo IBGE, em 1970. A zona urbana contava, naquela ocasião, com 1.921 habitantes e a rural, com 3.686 habitantes.

Sua densidade demográfica era de 20,1 habitantes por km².

A sede do Município dista da Capital do Estado, 101 km, em linha reta; pela via Raposo Tavares, 123 km e, pela via Castelo Branco, 121 km. Da cidade de Sorocaba dista 18 km.

Suas coordenadas geográficas são: 23° 30' de latitude sul e 47° 37' de longitude.

Pertence à Comarca de Sorocaba e não possui distritos.

Em relação ao clima, é uma região quente, com inverno seco na parte correspondente a aproximadamente um terço da área total e que está ao redor da sede.

Segundo os dados fornecidos pela Prefeitura local, é de 1956, temos:

Temperatura máxima: 34,0° C

Temperatura mínima: 9,0° C

Temperatura média : 26,7° C

A precipitação pluviométrica anual é da ordem de 1.124 mm.

Os ventos são amenos, não afetando as plantas tropicais. Ventos predominantes: sudoestes, vindos de Serra de Paranapiacaba; noroestes, ocasionais, com tempestade.

Há pouca ocorrência de granizo, ocasionando pequenos prejuízos.

A altitude média é de 660 m em relação ao nível do mar.

O Município não apresenta acidentes geográficos importantes. A rede hidrográfica pertence à bacia do Rio Sorocaba, constituída por córregos de baixa vazão e pequeno curso.

Dentre eles, destacamos o Sarapuí, os ribeirões Jundiaguara, do Ferro, Ipanema, Vacaria, Verde e Lajeado e os córregos do Barulho e Vacaruí.

O anexo apresenta a rede hidrográfica completa.

Quanto às vias de comunicação, o Município de Araçoiaba da Serra é ligado, por rodovia, aos seguintes municípios:

Boituva - (via Iperó)	28 km
Itapetininga -	57 km
Porto Feliz -	62 km
Salto de Pirapora - (via Sorocaba)	40 km
Sarapuí - (via Capela do Alto)	42 km
Sorocaba-	18 km
Tatuí - (via Capela do Alto)	35 km

Meios de transporte:

Ônibus de Sorocaba para Araçoiaba da Serra: de meia em meia hora. Preço atual da passagem: Cr\$ 1,15

Ônibus de Sorocaba para São Paulo: Viação Cometa, de 15 em 15 minutos. Preço atual da passagem: Cr\$ 4,75

3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Não encontramos elaborado, o organograma da Prefeitura Municipal.

Por informação do Sr. Prefeito, esquematizamos o organograma anexo, procurando-se reproduzir o que nos foi relatado.

Como se pode ver pelo mesmo, o Secretário está na linha de mando, enfeixando responsabilidade e poderes executivos, situando-se, assim, numa posição não condizente com as normas de estrutura da administração pública.

Quanto à legislação, as únicas existentes são:

- Lei nº 7 de 10/3/1961:

- Autoriza o empréstimo pela Caixa Econômica Estadual, de Cr\$ 8.375,00, para de acordo com o Departamento de Obras Sanitárias da Secretaria de Viação e Obras Públicas do Estado, instalar a rede de água de abastecimento público.

- Lei nº 189 de 26/1/1970, artigo 24:

- Estabelece taxa para coleta de lixo, lançada com os impostos predial e territorial.

Araçoiaba da Serra não dispõe de legislação própria, no tocante às normas sanitárias. A municipalidade, quando possível, segue as normas sanitárias do Estado de São Paulo.

4. ASPECTOS DEMOGRAFICOS E SOCIO-ECONÔMICO-CULTURAIS

4.1 - Aspectos demográficos

4.1.1 - Situação demográfica atual:

O estudo populacional de Araçoiaba da Serra, oferece dificuldades em decorrência do desmembramento, em 1963, do distrito de Capela do Alto, que passou a outro município.

TABELA Nº II - 1

População urbana e rural de Araçoiaba da Serra, nos anos de 50, 60 e 70.

População Anos	Urbana	Rural	Total
	1.950	1.252	9.454	10.711
1960	2.743	9.477	12.220
1.970	1.921	4.709	6.630

- Fonte: IBGE

Conforme quadro acima, demonstrativo da população, verifica-se uma taxa de crescimento de 1,4% de 1950 a 1960.

Como veremos a seguir, a atividade preponderante desse município, é representada pelo setor primário, não havendo portanto, possibilidade de incrementação populacional por imigração, mas sim, de emigração aos polos de desenvolvimento.

As taxas de urbanização de 1950, 1960 e 1970 vêm confirmar esse fato, tanto em relação à zona urbana, como rural.

Segundo a classificação de Sundbarg, a população de Araçoiaba da Serra, é considerada estacionária, conforme evidenciam os seguintes dados colhidos de amostra:

TABELA Nº II - 2

Proporção de indivíduos segundo a faixa etária

Faixa Etária		Total de indivíduos	Proporção
0	15 anos	293	32,08
15	50 anos	454	49,88
50 e +		163	18,04
Totais		910	100,00

- Fonte: Levantamento pelos alunos da FSPUSP, 1972

4.1.2 - Análise da Pirâmide Etária

- Vide Tabela nº II - 3

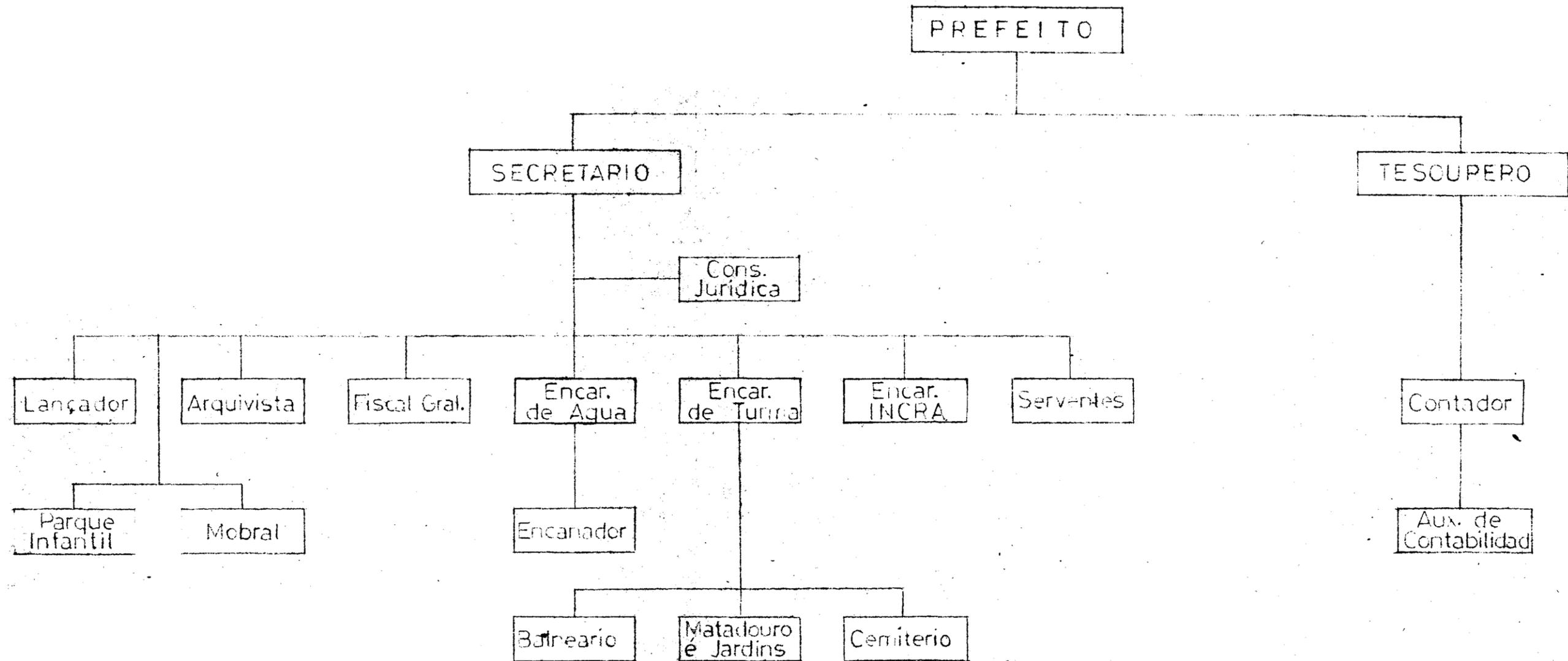
4.1.3 - Natalidade e fecundidade

Supondo-se que a porcentagem encontrada na nossa amostra, seja idêntica, para a zona urbana e rural, isto é, seja 50,6% o número estimado de mulheres em idade fértil, atingiríamos a 1.580 mulheres aproximadamente para 1.971.

A taxa de natalidade obtida para esse ano, foi de 35,9 por mil habitantes, com um total de 238 nascidos vivos para 3 nascidos mortos.

A taxa de nupcialidade em 1.971 foi 8,58 por mil habitantes.

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA PREFEITURA
DE ARAÇÓIBA DA SERRA - ANO 1972



FONTE: PREFEITURA (informação verbal)

TABELA Nº II - 3

Distribuição da população amostral de Araçoiaba da Serra, segundo grupos etários e sexo, em 1972

IDADE (anos)	SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	1	11	2,48	10	2,15	21	2,33
1	5	30	6,72	45	9,71	75	8,23
5	10	42	9,42	47	10,15	89	9,70
10	15	59	13,21	49	10,60	108	11,82
15	20	56	12,56	65	14,00	121	13,27
20	25	33	7,39	42	9,08	75	8,23
25	30	32	7,15	22	4,75	54	5,93
30	35	20	4,47	21	4,49	41	4,51
35	40	31	6,92	31	6,69	62	6,83
40	45	25	5,61	33	7,11	58	6,38
45	50	22	4,93	21	4,49	43	4,73
50	55	24	5,39	11	2,37	35	3,86
55	60	20	4,48	16	3,44	36	3,98
60	65	11	2,48	15	3,23	26	2,88
65	70	8	1,81	10	2,15	18	1,98
70	75	6	1,36	14	3,01	20	2,22
75	80	7	1,58	10	2,15	17	1,89
80 e +		9	2,03	2	0,43	11	1,23
T o t a l		446	100,00	464	100,00	910	100,00

- Fonte: Inquérito realizado pelos alunos da FSPUSP

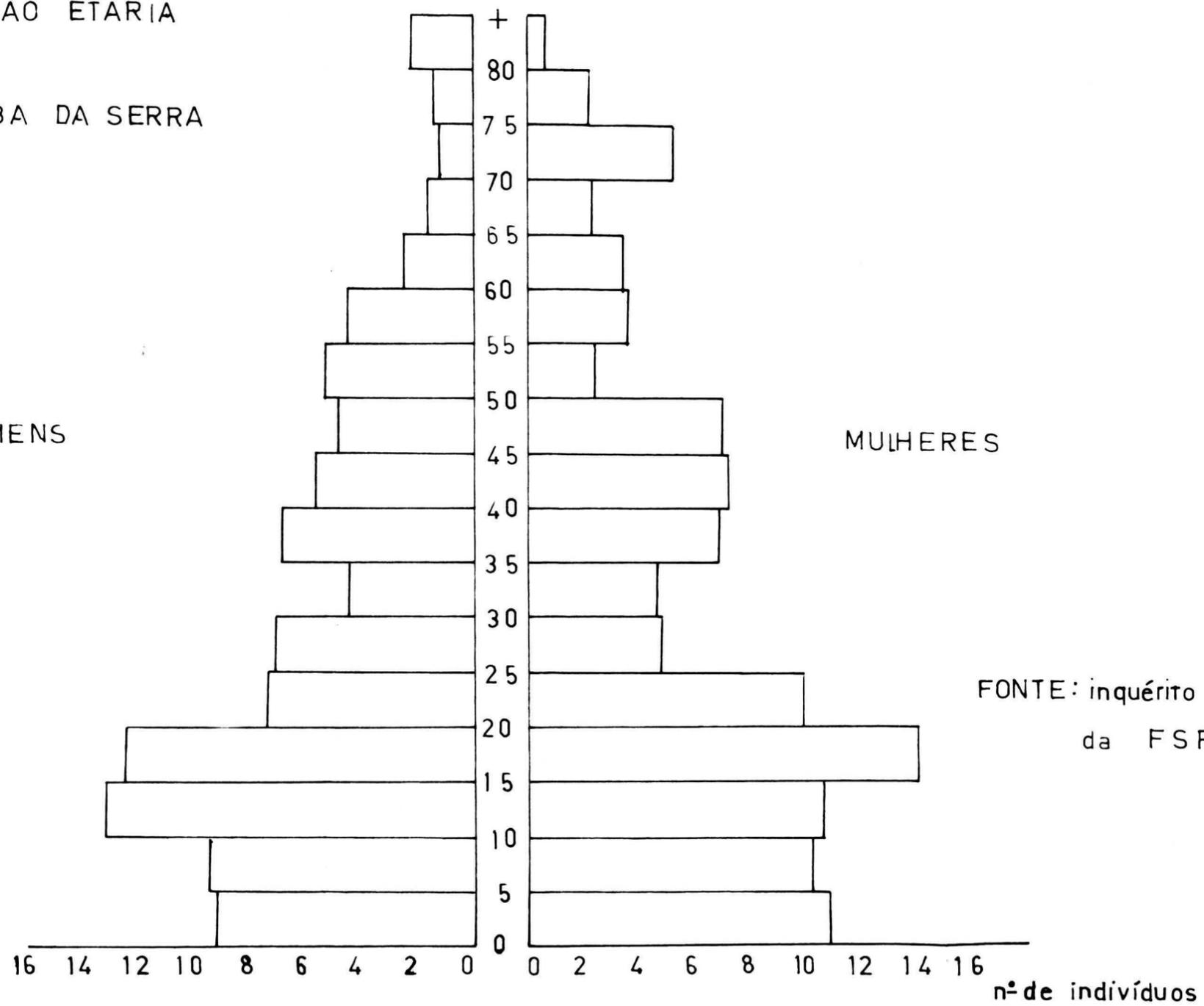
Gráfico Nº

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA

EM ARAÇOIABA DA SERRA
1972

HOMENS

MULHERES



FONTE: inquérito pelos alunos
da FSP-USP

A observação da pirâmide etária, traçada com base nos resultados obtidos no inquérito feito, vemos que há predominância de população jovem, na faixa etária de 10 a 20 anos. Parece ter havido, nos últimos anos, uma diminuição da natalidade, cujo fato e causas somente poderiam ser detectadas através de um estudo mais profundo e minucioso.

Outro aspecto a considerar é o de que a razão da masculinidade encontrada foi de 942 homens para 1.000 mulheres, o que parece demonstrar a hipótese de estar havendo uma emigração dos elementos do sexo masculino, possivelmente à procura de melhores condições de trabalho.

TABELA Nº II - 4

Proporção de masculinidade na população de Araçoiaba da Serra, em 1972

SEXO	FREQUENCIA	%
Masculino	441	48,5
Feminino	469	51,5
T o t a l	910	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 5

Distribuição proporcional, por procedência, da população de Araçoiaba da Serra, em 1972

PROCEDENCIA	FREQUENCIA	%
Estado de Araçoiaba	600	66,0
São Paulo Outros Municípios	247	27,2
Região Norte do país	-	-
Região Nordeste	8	0,9
Região Centro Oeste	12	1,3
Região Leste	4	0,4
Região Sul	5	0,5
Distrito Federal	1	0,1
Outros países	31	3,4
Não sabe	2	0,2
T o t a l	910	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

A tabela anterior mostra que a maior parte da população residente em Araçoiaba da Serra, é natural do Município; sendo que, os que procederam de outros locais, na maior parte af re idem há mais de um ano (vide tabela a seguir).

TABELA Nº II - 6

Distribuição proporcional, por tempo de residência no Município, da população de Araçoiaba da Serra, em 1.972

TEMPO DE RESIDÊNCIA (anos)	FREQUÊNCIA	%
0 |————— 0,5	53	6,3
0,5 |————— 1	24	2,6
1 |————— 5	172	19,0
5 |————— 10	121	13,4
10 |————— 15	125	13,6
15 |————— 20	108	11,8
20 |————— 40	170	18,3
40 e +	128	14,0
Ignora	9	1,0
T o t a l	910	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 7

Proporção de habitantes de Araçoiaba da Serra que declaram possuir registro civil de nascimento

REGISTRO CIVIL	FREQUÊNCIA	%
Sim	827	96,5
Não	27	3,0
Não sabe	5	0,5
T o t a l	910	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

Pelos resultados acima obtidos, através de inquérito, o sub-registro de nascimentos é da ordem de 3%.

TABELA Nº II - 8

Condições de Estado Civil da População de Araçoiaba da Serra, em dados proporcionais, em 1972

Estado Civil	Frequência	%
Casado	338	37,2
Solteiro	526	57,9
Viúvo	38	4,0
Desquitado	2	0,2
Amasiado	6	0,7
T o t a l	910	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

Conforme tabela acima, verificamos que há uma porcentagem de 57,9% de solteiros, entre a população de Araçoiaba da Serra. Em relação à família, predomina a família legalmente constituída.

4.2 - Aspectos econômicos gerais

A presente análise, foi elaborada, tendo-se em vista os setores que compõem a economia (primário, secundário e terciário).

4.2.1 - Setor primário

É o setor preponderante em Araçoiaba da Serra, com uma estrutura fundiária onde a pequena propriedade rural, comparece com 79,7%, porém, totalizando apenas 26,4% de área total ocupada. As médias propriedades, ocupam 47,6% da área total do Município, com cerca de 19,3% das propriedades rurais, como o demonstra o quadro a seguir, onde as propriedades foram agrupadas em pequenas, médias e grandes, segundo o seguinte critério:

De 0,1	a 30 ha.	—————	pequenas
De 31	a 300 ha.	—————	médias
De 301	a 3.000 ha.	—————	grandes

TABELA Nº II - 9

Distribuição das Propriedades de Araçoiaba da Serra, conforme suas áreas, em 1.967

TIPO DE PROPRIEDADES	Nº DE PROPRIEDADES	%	NUMERO DE HECTARES.	%
Grandes	10	1,0	6.762	26,0
Médias	186	19,3	12.357	47,6
Pequenas	772	79,7	6.845	26,4
Totais	968	100,0	25.964	100,0

- Fonte: Casa da Lavoura de Araçoiaba da Serra

4.2.1.1 - Produção Agrícola

A utilização preponderante de terra, está dividida entre a produção agrícola e pecuária. Conforme dados da Casa da Lavoura, o valor da produção agrícola, atingiu em 1971 o total de Cr\$... 4.870.503,00.

Na produção de cítricos, predominou a laranja e a tangerina. A relação a seguir, discrimina as principais culturas em 1971, indicando uma boa diversificação na cultura agrícola, não existindo monocultura.

TABELA Nº II - 10

Principais produtos agrícolas de Araçoiaba da Serra e valores atingidos em 1.971

PRODUTOS	VALORES (Cr\$)
Laranja	819.000,00
Tomate (1970)	735.000,00
Milho	683.100,00
Feijão	605.600,00
Batata Inglesa	409.500,00
Tangerina	131.376,00
T o t a l	3.383.576,00

- Fonte: Casa da Lavoura de Araçoiaba da Serra

4.2.1.2 - Pecuária

O valor total da pecuária em 1971, atingiu Cr\$ 3.953.250,00, havendo predominância do ga-

do bovino, com 7.332 cabeças e em segundo lugar, o gado suíno, com 3.640 cabeças.

Podemos verificar que a produção de derivados, é relativamente desenvolvida, em relação à pecuária, com um valor de Cr\$ 590.000,00. A avicultura comparece com um valor de Cr\$ 327.253,00.

4.2.2 - Setor secundário

É pouco representativo, não havendo indústrias de destaque, mas sim pequenos núcleos de industrialização, principalmente fecularias. As indústrias estão situadas, em número de três, na zona urbana, ocupando 19 empregados e 12 na zona rural, com um total de 48 empregados, que assim se distribuem:

- 11 fecularias produtoras de polvilho a partir da mandioca e um engenho de aguardente.

4.2.3 - Setor terciário

Como podemos verificar no levantamento efetuado, Araçoiaba da Serra possui apenas uma Agência Bancária - a Caixa Econômica Estadual; os demais serviços são pouco representativos.

TABELA Nº II - 11

Número de estabelecimentos comerciais existentes em Araçoiaba da Serra, no ano de 1972. -

Tipos de estabelecimento	Número
Bares	4
Bar-lanchote	1
Padarias-Mercearias	2
Farmácia	1
Lojas de tecido	5
Lojas de calçadas	2
Barbearias	2
Institutos de beleza	1
T o t a l	18

- Fonte: Prefeitura Municipal

4.3 - Aspectos Econômicos Populacionais

Da análise da tabela nº II - 12, pudemos montar a tabela nº II - 13, que expressa um fator muito importante na caracterização sócio-econômica de uma região: "a renda familiar individual".

Pela mesma, notamos que 88,4% da população de Araçoiaba da

Serra tem renda familiar individual, compreendida na faixa de 0 — 200, isto é, inferior a um salário mínimo e apenas 11,4% está situada na faixa de 200 — 500 cruzeiros.

É necessário observar que na classe com renda familiar superior a mil cruzeiros, não pode ser computada a renda "per Capita", por se tratar de uma classe aberta, razão pela qual, não é representada na tabela II.

Por outro lado, vemos pela tabela II - 14, que há predominância da mão de obra não especializada em Araçoiaba da Serra. Esse tipo de trabalho é, em geral, mal remunerado. Isso se confirma pelos dados levantados onde se verificou que, a maior parte da população declarou não ser possível qualquer poupança.

4.3.1 - Energia Elétrica

O preço por Kw/hora é:

- residencial - Cr\$ 243,45 por 1000 kw
- industrial - Cr\$ 257,28 por 1000 kw

O consumo "per capita" mensal de energia, baseado em dados da população, para julho de 1971, é de 10,20 kw.

Araçoiaba da Serra recebe energia de Araraquara, procedente da Usina de Ituporanga.

É transportada em linha aérea de cobre e alumínio com alma de aço; tensão de 23 kv, sobre postes de concreto, fios pendurados em isoladores de vidro de três saias.

É distribuída em voltagem de 110 v. e 220 v.

As médias mensais são:

- Industrial - 23.474 kw
- Comercial - 15.657 kw
- Residencial - 28.401 kw
- T o t a l - 67.832 kw.

TABELA Nº II - 12

NÚMERO DE FAMÍLIAS CUJAS RENDAS ESTÃO COMPREENDIDAS NAS FAIXAS APONTADAS, EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE INDIVÍDUOS EXISTENTES DO DOMICÍLIO

Nº DE FAMÍLIAS Nº DE INDIVÍDUOS POR DOMICÍLIO	R E N D A F A M I L I A R Cr \$					TOTAL DE FAMÍLIAS
	0 |----- 200	200 |----- 500	500 |----- 1000	+ DE 1000	NÃO DECLAROU	
01	3	4	1	-	-	08
02	9	13	2	1	1	26
03	7	11	15	3	-	36
04	8	17	6	4	-	35
05	7	10	5	4	-	26
06	1	5	6	5	-	17
07	3	12	5	4	-	24
08	-	1	3	4	-	08
09	-	1	-	-	-	01
10	-	4	1	-	-	05
11	-	-	-	1	-	01
12	-	-	2	-	-	02
13	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	1	-	01
15	-	1	-	-	1	02
+ de 15	-	-	-	-	-	-
T o t a l	38	79	46	27	02	192
Porcentagem (%)	19,8	41,3	23,9	14,0	1,04	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº II - 13

PORCENTAGEM DE DOMICÍLIOS E DE INDIVÍDUOS COM RENDA FAMILIAR
APONTADA NAS CLASSES

RENDA FAMILIAR (Cr\$)	TOTAL DE DOMICÍLIOS	% DE RENDA POR DOMICÍLIO	TOTAL DE INDIVÍDUOS	% DE RENDA POR INDIVÍDUO
0 |----- 200	122	74,8	633	88,4
200 |----- 500	40	24,5	82	11,4
500 |----- 1000	01	0,7	01	0,2
T o t a l	163	100,0	716	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº II - 14

NÚMERO DE INDIVÍDUOS COM AS RENDAS FAMILIARES APONTADAS NAS CLASSES, RELACIONADO
COM AS ATIVIDADES DOS CHEFES DE FAMÍLIA

NÚMERO ATIVIDADE	R E N D A F A M I L I A R Cr \$					TOTAL	%
	0 |----- 200	200 |----- 500	500 |----- 1000	+ de 1000	NÃO DECLAROU		
Aposentado	02	09	15	06	-	22	11,4
Prendas Domésticas	04	06	02	01	-	13	6,9
Trabalhador Braçal	27	40	21	04	-	92	48,0
Comerciante	01	07	07	08	01	24	12,6
Funcionário Público	-	07	10	04	-	21	10,9
Profissão Liberal	-	-	-	01	-	01	0,1
Outros	01	06	02	03	-	12	6,3
Sem ocupação	03	03	-	01	-	07	3,7
T o t a l	38	78	47	28	01	192	100,0
Porcentagem (%)	20,0	40,5	24,5	14,5	0,5	100,0	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº II - 15

Proporção de possibilidades de poupança em famílias residentes em Araçoiaba da Serra, em 1.972.

FAIXAS DE POUPANÇA Cr\$	FREQUÊNCIA	%
Não poupa	161	83,85
Poupa até 100	9	4,69
101 |—————| 200	10	5,21
201 |—————| 300	8	4,17
301 |—————| 400	1	0,52
401 e +	3	1,56
T o t a l	192	100,00

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

Na população amostral de 192 famílias, verificou-se que, 83,85% declara não ter possibilidade de poupança.

4. - Aspectos Sociais e Culturais

4.1.1 - Instituições Sociais

- a. Asilo Imaculada Conceição - Fundado em 1950, a briga pessoas idosas e desprovidas de recursos
Número atual de alojados: 6 (ambos os sexos).
Presidente: Antonio Berto.
- b. Associação da Mãe Pobre - Destinada à distribuição de enxovais para recém-nascidos, cujas mães necessitam de assistência.
Presidente: Zoraide Berto.

4.1.2 - Clubes Recreativos

- a. Associação Atlética Araçoiaba
Número de sócios: 121
Presidente: Antonio Duarte
- b. Clube Recreativo Particular Campo Largo
Número de sócios: 200
Presidente: Antonio Espósito Morales.

4.1.3 - Religião

Conforme as tabelas II-16 e II-17, notamos que predominam os templos católicos apostólicos romanos, sendo essa a religião a mais citada no inquérito realizado entre a população residente.

Através de entrevista com a pessoa encarregada dos assuntos da Igreja Católica (Matriz), soubemos que atualmente não há padre na paróquia e que, apenas uma vez por semana vem um padre de Sorocaba para rezar missa em Araçoiaba.

Soubemos ainda que, estão se iniciando os movimentos comunitários na paróquia, através dos casais cursilistas. O dízimo só é cobrado dos que podem dispor de alguma quantia; os batizados só são realizados mediante apresentação do registro de nascimento.

Entrevistamos também o pastor Antonio F. de Camargo da Congregação Cristã do Brasil, que nos informou serem os cultos realizados três vezes por semana à noite, e aos domingos, à tarde. O número de fiéis é de mais ou menos 50, sendo geralmente, casais.

Não foi possível entrevistar o pastor da Assembleia de Deus, visto o mesmo residir em Sorocaba porém, o responsável pela zeladoria do templo, informou ser o número de fiéis mais ou menos 10 e as reuniões realizadas uma vez por semana.

TABELA Nº II - 16

Distribuição dos templos religiosos na zona rural e urbana, no Município de Araçoiaba da Serra, em 1972

TEMPLO	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
Católico	1	14	15
Protestante	2	11	13
Centro Espírita	1	-	1
T o t a l	4	25	29

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 17

Distribuição da população residente na zona urbana de Araçoiaba da Serra, segundo a religião, em 1972

R E L I G I Ã O	%
Católica	88,0
Protestante	4,2
Espírita	1,0
Outras	3,7
Nenhuma	3,1
T o t a l	100,0

- Fonte: Inquérito aplicado pelos alunos da FSPUSP

4.4.4 - Usos e Costumes

A festa característica do Município é a de São João, padroeiro da cidade. É comemorada no dia 24 de junho, com quermesses e outras festividades.

Não foi possível realizar um levantamento do número exato de benzedores e curandeiros, contudo, através de formulários aplicados, constatamos que, embora com baixa frequência, eles são procurados.

4.5 - Canais de Comunicação e Liderança

Os principais meios de comunicação utilizados pela população de Araçoiaba da Serra, são:

- a. Empresa de Correios e Telégrafos: através dos serviços de telefone e do telégrafo de Sorocaba. Existe uma agência postal, sem o serviço de entrega.
- b. Telefones: Há 40 telefones urbanos e 10 rurais ligados a uma central telefônica de Araçoiaba da Serra, com duas linhas externas. A COTESP passará a explorá-la, planejando-se a extensão da rede.
- c. Estações de rádio e jornais locais: Não existem. Residem em Araçoiaba dois correspondentes de jornais de Sorocaba: O Cruzeiro do Sul e Diário de Sorocaba.

Seguem-se algumas tabelas indicativas da população leitora de jornais, porcentagem dos jornais mais lidos em Araçoiaba da Serra, audiência de rádio.

Observação:- A diferença existente entre os dados referentes ao número de leitores e ouvintes na cidade de Araçoiaba da Serra, constante das tabelas II-18, II-19, II-20 e II-21, justifica-se pelo fato de u'a mesma família ler e ouvir mais de um jornal ou rádio.

Pela análise dos dados, verificamos que apenas ... 45,3% da população, lê jornal, enquanto que 64,1% ouve rádio.

Constatamos ainda que, para eventuais ou futuros programas educativos a serem desenvolvidos, convém se estudar a possibilidade de se utilizar as rádios Clube e Cacique de Sorocaba, assim como os jornais Cruzeiro do Sul, e Diário de Sorocaba, como meios de comunicação de massa mais próximos.

Convém ressaltar que, para programações de âmbito estadual, acrescenta-se a utilização dos demais jornais e rádios emissoras apontados nas tabelas.

TABELA Nº II - 18

Porcentagem da população que lê jornal em Araçoiaba da Serra - 1972

LEITURA DE JORNAIS	Nº DE LEITORES	%
Lê	87	45,3
Não lê	105	54,7
T o t a l	192	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 19

Porcentagem dos jornais mais lidos em Araçoiaba da Serra, em 1972

J O R N A I S	Nº DE LEITORES	%
Cruzeiro do Sul (Sorocaba)	50	42,1
Diário de Sorocaba	42	35,3
O Estado de São Paulo	21	17,6
Diário de São Paulo	6	5,0
T o t a l	119	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 20

Porcentagem da população que ouve rádio em Araçoiaba da Serra, em 1972

AUDIÊNCIA DE RÁDIO	Nº DE OUVINTES	%
OUVE	123	64,1
NÃO OUVE	69	35,9
T o t a l	192	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 21

Porcentagem de audiência de rádio-emissoras
em Araçoiaba da Serra, em 1972

R Á D I O	Nº DE O U V I N T E S	%
Rádio Clube PRD-7 (Sorocaba)	103	44,50
Rádio Tupi (São Paulo)	38	16,40
Rádio Nacional (S. Paulo)	26	11,10
Rádio Cacique (Sorocaba)	22	9,47
Outras	43	18,43
T o t a l	232	100,00

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

- d. Televisão: A cidade é alcançada pelos seguintes canais de televisão da Capital do Estado de São Paulo:- 2, 4, 5, 7, 11 e 13.
- e. Cinema: Cine Araçoiaba - funcionamento somente aos sábados e domingos.
- f. Pontos de Encontro da População: A praça Coronel Almeida e o Balneário Municipal, são os logradouros públicos mais movimentados.
- g. Liderança: Podemos constatar, quanto aos líderes locais, a liderança formal do Prefeito e Vice -Prefeito, conforme tabela II-22. Com relação à liderança informal, o Sr. Antonio Berto (Presidente do Asilo), o Sr. José Nogueira (Farmacêutico) e D. Zoraide Berto (Presidente da Associação de Assistência à Mãe Pobre), são os mais citados como solucionadores dos problemas da comunidade; seriam pois, as pessoas mais indicadas para colaborar como pontos de contato com a população, em qualquer atividade educativa e motivadora.

TABELA Nº II - 22

Principais líderes apontados pela população
de Araçoiaba da Serra, em 1972

L Í D E R	Nº DE VEZES DE CITAÇÃO	%
Prefeito	75	63,6
Vice-Prefeito	13	11,1
Antonio Berto	8	6,8
José Nogueira	7	5,9
Zoraide Berto	6	5,1
Cursilhistas	5	4,3
Alcides Vieira (ex-prefeito)	4	3,2
T o t a l	118	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 23

Relação dos problemas da cidade de Araçoiaba da Serra,
segundo declaração das famílias entrevistadas, em 1972

P R O B L E M A S	FREQUÊNCIA	%
Melhor assistência médica	73	27,82
Falta de rede de esgoto	68	26,20
Falta de emprego	23	8,78
Falta de Pronto Socorro	18	6,83
Falta de Dentista	15	5,71
Farmacêutico Idoso	15	5,71
Falta de asfalto	14	5,32
Falta de água	6	2,29
Falta de iluminação pública	5	1,81
Falta de mais telefones	3	1,14
Outros	22	8,39
T o t a l	262	100,00

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 24

Distribuição da população de Araçoiaba da Serra, que consideram problema a ausência da rede de esgoto

AUSENCIA DE ESGOTO COMO PROBLEMA	FREQUÊNCIA	%
Sim	142	73,9
Não	35	18,3
Não sabe	15	7,8
T o t a l	192	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

Pela tabela nº II - 23, constatamos os problemas mencionados pela população entrevistada, sendo que 27,8% se referiram à melhor Assistência médica; 8,78% à falta de emprego e apenas .. 5,71% citou a falta de dentista, quando existe apenas um particular, e que atende somente duas vezes por semana.

Com relação à falta da rede de esgoto, apenas 26,2% consideram tal como problema da cidade, mas 73,9% afirmam que sua ausência traz realmente problemas. A disparidade entre os que consideram o fato como problema pessoal e os que o consideram como problema público, mostra certa apatia por parte da população, na tentativa de buscar soluções coletivas.

Entre os problemas trazidos pela ausência de esgoto, apenas 12,65% o relacionaram como possível causa de doenças; 12,01% com o fato dos quintais serem pequenos para dispô-lo; 9,88% não sabem relacioná-lo; 9,15% citaram o mau cheiro; 7,06% à falta de higiene; 4,22% com a contaminação do solo; 3,52% com a contaminação da água.

Isso demonstra a pouca conscientização da população com relação aos problemas trazidos pela rede de esgoto.

Comparando-se a porcentagem de respostas que o apontam como possível causa de doenças e as que o relacionam com os reduzidos tamanhos dos quintais, verificamos que elas se aproximam.

Vemos ainda que as fossas não estão localizadas, nem ao nível adequado, nem com a distância recomendável em relação ao poço, constituindo sério problema para aqueles que se utilizam dessas águas.

Desta maneira, os dados acima analisados, refletem bem a passividade da comunidade à carência de melhoramentos e recursos para a saúde e bem estar comum, e que requer intenso trabalho educativo por parte das autoridades competentes.

4.4.6 - Educação

A) Escolas

As atividades escolares estão sendo desenvolvidas através de 19 escolas primárias (18 na zona rural e 1 na zona urbana), um parque infantil municipal e um Ginásio Estadual na zona urbana.

O total de alunos matriculados em 1972 em escola primária, é de 1.019; no ginásio, 379; no Morbal, 45.

No Parque Infantil não nos foi possível constatar o número exato de alunos matriculados por falta de registro.

a. Aspectos físicos de Escolas na zona urbana (Grupo Escolar Prof. Maria Angélica Baillet e Ginásio Estadual de Araçoiaba da Serra):

Os referidos estabelecimentos funcionam no mesmo prédio, localizado na parte central da cidade.

A construção é de alvenaria, apresenta-se em bom estado de conservação, mas as instalações sanitárias, são inadequadas e em número insuficiente.

O abastecimento de água é suficiente, sendo servido pela rede pública e por um poço mal protegido.

Em relação aos bebedouros, existem duas talhas com filtro, porém insuficientes devido ao grande número de alunos.

b. Em relação à zona rural:

Devido às dificuldades de comunicação, apenas foram visitadas as escolas dos bairros de Jundiacanga e Araçoiabinha.

Quanto ao aspecto físico, as construções eram de alvenaria, em bom estado de conservação. As instalações sanitárias são adequadas, mas em número insuficiente.

A Escola de Araçoiabinha recebe água, através da captação de um poço, que também abastece algumas torneiras públicas.

Em Jundiacanga, uma das escolas é bem servida de água através de um poço, enquanto que a outra não dispõe de água, necessitando recor-

rer ao auxílio de casas vizinhas. Ressalte-se que não se respeitou a distância mínima tolerável para construção da fossa em relação ao poço, no primeiro caso.

B) Merenda

Na zona rural, não é distribuída nenhuma merenda.

Na zona urbana, é fornecida para todos os alunos um cardápio pouco variável, com verba fornecida pelos alunos e Prefeitura.

É servida em pátio coberto, e a cozinha apresenta boas condições de Higiêne.

O nível de instrução da cozinheira é primário, e a mesma não participou de nenhum curso especializado.

C) Assistência Médica e Dentária

Não existe nem assistência médica, nem dentária, e os casos considerados graves, são levados através da ambulância da Prefeitura, para os hospitais de Sorocaba.

O Centro de Saúde vacina os alunos contra varíola e contra tétano.

Os principais problemas de saúde dos alunos, apontados pelos professores, são: cárie dental, verminose, sub-nutrição. Segundo eles, o motivo mais comum das faltas às aulas, é causado por dor de dentes.

As escolas visitadas, tanto da zona rural como urbana, possuem material organizado para socorros de emergência que são prestados pelos professores e demais funcionários.

D) Programas educativos de saúde

São desenvolvidos pelos professores, através da orientação do SEROP (Setor Regional de Orientação Pedagógica) de Sorocaba, programas de Educação para a Saúde, abrangendo também os de educação alimentar.

E) Associações Escolares

Há a Associação de Pais e Mestres, que promove reuniões periódicas, mas com uma frequência mínima.

F) Grau de Instrução da População

Observa-se pela tabela nº II - 25, que o nível de instrução de Araçoiaba da Serra, é baixo, uma vez que 14,2% são analfabetos e que 35,2% ainda não completaram o primário.

Pelo inquérito aplicado, constatamos que grande parte dos indivíduos, enquadrados nas porcentagens acima, são adultos.

TABELA Nº II - 25

Distribuição da população amostral de Araçoiaba da Serra (zona urbana), segundo o grau de instrução, em 1972

GRAU DE INSTRUÇÃO	FREQUÊNCIA	%
Analfabeto	111	14,2
Primário incompleto	274	35,2
Primário completo	207	26,5
Ginásio incompleto	123	15,8
Ginásio completo	14	1,8
Colegial incompleto	20	2,5
Colegial completo	17	2,2
Técnico incompleto	5	0,6
Técnico completo	-	-
Superior incompleto	4	0,5
Superior completo	6	0,7
T o t a l	781	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

G) Atitude da população em relação à escola.

TABELA Nº II - 26

RELAÇÃO DOS PROBLEMAS DO GRUPO ESCOLAR PROF. MARIA ANGÉLICA BAILLOT, DE ARAÇOIABA DA SERRA, SEGUNDO DECLARAÇÕES DAS FAMILIAS ENTREVISTADAS - 1.972

P R O B L E M A S	FREQUÊNCIA	%
Não há problemas	33	42,40
Falta de dentista	18	23,20
Necessidade dos alunos con- tribuirem para a merenda	7	8,98
Idem em relação à caixa escolar	1	1,30
Melhores instalações sani- tárias	3	3,86
Melhor material	3	3,86
Outros	13	16,40
T o t a l	78	100,00

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

TABELA Nº II - 27

RELAÇÃO DOS PROBLEMAS DO GINÁSIO ESTADUAL DE ARAÇOIABA DA SERRA, SEGUNDO DECLARAÇÃO DAS FAMILIAS ENTREVISTADAS EM 1.972

P R O B L E M A S	FREQUÊNCIA	%
Não há problemas	38	64,42
Falta de dentista	9	15,24
Melhores instalações sanitárias	3	5,10
Outros	9	15,24
T o t a l	59	100,00

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

Pelas tabelas nº II - 26 e II - 27, podemos verificar que, com relação ao Grupo Escolar, 42,40% da população entrevistada, não encontra problemas nenhum, ou não os quis referir, enquanto que

27,20% sente a falta de dentista, e menor parcela sente, a necessidade de melhoria das condições sanitárias. Em relação ao Ginásio Estadual, 64,42% não citou nenhum problema; 15,24% sente a falta de dentista e 5,10% somente, se referia à necessidade de melhores instalações sanitárias.

Isso pode ser encarado sob o prisma de desinteresse da população em relação aos recursos de saúde do escolar, ou desconhecimento da importância dos mesmos, principalmente ao se considerar as informações de que "dor-de-dentes" é o maior motivo que afasta os alunos da Escola e pela constatação das inadequadas instalações sanitárias existentes.

H) Conclusões e Sugestões

Diante de todos os aspectos considerados, concluímos ser necessário:

a. Melhoramento nas instalações sanitárias da escola (Grupo Escolar e Ginásio) da zona urbana, e revisão das suas condições nas escolas da zona rural.

b. Aumento do número de bebedouros no referido estabelecimento.

c. Necessidade de supervisão dos trabalhos executados pela merendeira.

d. Aumento da quantidade e qualidade dos gêneros alimentícios da merenda escolar, através do entrosamento entre os estabelecimentos de ensino com as delegacias competentes e fazendeiros locais.

e. Construção de um poço para o abastecimento da Escola de Emergência de Jundiacanga e reconstrução do poço ou fossa da Escola do mesmo bairro.

f. Necessidade de assistência médico-odontológica para os escolares.

g. Maior ação educativa da escola, junto à comunidade, visando motivar a população para a busca de soluções de suas necessidades, através:

- do relacionamento do programa de ensino, com os principais problemas da comunidade
- de palestras e discussões de grupo, em reuniões de pais e mestres.

III - INFORMES SANITARIOS

1. ABASTECIMENTO DE AGUA

1.1 - Zona Urbana

A rede de abastecimento de água desse município, com uma extensão aproximada de 6,0 km., foi construída em 1961, com auxílio de financiamento concedido pela Caixa Econômica Estadual, no valor de Cr\$ 8.375,00.

Não foi localizado o projeto no qual se baseou o traçado desta rede, sendo por esta razão, pouco conhecido pela própria prefeitura local, seu detalhamento.

E de 370 o nº de ligações prediais, o que corresponde a 85% dos prédios situados na zona urbana. A vazão captada é de 170,0 m³/dia.

1.1.1 - Mananciais abastecedores

A água que abastece a zona urbana de Araçoiaba da Serra, é proveniente de dois mananciais com as seguintes características:

a. Poço raso ou freático - com 9,0 m. de profundidade e 6,0 de diâmetro.

O poço encontra-se convenientemente protegido, situando-se no interior da casa de bombas. É revestido internamente por "tijolos furados" e circundado por uma parede protetora de cerca de 0,50 m. de altura. Sua localização, afastado da área residencial, diminui a possibilidade de contaminação do lençol freático.

b. Fonte de fundo de vale - represada para elevação de nível e que após passar por um pequeno tanque de sedimentação, é canalizada para o poço já citado, de onde é aduzida até um reservatório.

A água proveniente desta fonte, atravessa, em seu curso, um terreno pantanoso, sem que haja qualquer proteção da mesma contra enxurradas. Essas enxurradas por ocasião das chuvas, provocam inundação no trecho represado, comprometendo a qualidade da água abastecida.

1.1.2 - Adução

Do poço, a água é recalçada para um reservatório de acumulação, através de tubos de cimento amianto, de .. 125,0 mm. de diâmetro. No recalque é utilizado um conjunto motor-bomba, funcionando em média 8,0 hs. diárias. Existe um segundo conjunto motor-bomba, com iguais especificações, instalado para casos de emergência.

Características do conjunto motor-bomba:

- Motor Arno, tipo C-654, 12 HP, 3.500 rpm, 60 ciclos, 220 volts.

- Bomba Centrífuga Weise tipo Z-II-171.

1.1.3 - Reservação

A cidade conta com apenas um reservatório de acumulação, do tipo semi-enterrado, com capacidade aproximada de 200 m³ e situado a cerca de 2,0 km da captação.

1.1.4 - Distribuição

A distribuição é feita por gravidade, e a rede distribuidora é constituída por tubulações de cimento-amianto. Das dimensões dos trechos principais desta rede, podemos averiguar somente o que se refere à linha tronco de saída do reservatório, que tem 200 mm. de diâmetro.

Existe em toda a rede de distribuição, um único registro situado à saída do reservatório, o que tem como consequência o fato de que, para reparo de qualquer avaria verificada na rede, é necessário interromper toda a distribuição.

1.2 - Zona Rural

Dos bairros mais representativos situados na zona rural, apenas o de Araçoiabinha conta com um sistema de torneiras públicas, em número de 12, dispostas ao longo da rua principal e largamente utilizadas pela população.

O manancial abastecedor deste bairro, é um poço freático de 8,0 m. de profundidade por 4,0 m. de diâmetro, circundado por uma parede protetora de "tijolos furados", com cerca de 2,50 m. de altura, mas sem qualquer proteção superior.

Deste poço a água é recalçada por intermédio de um conjunto motor-bomba, para um reservatório de acumulação elevado, com capacidade de 12,5 m³.

Este conjunto motor-bomba funciona em média 1,0 h. por dia. Não existe um conjunto de reserva para casos de emergência.

A distribuição é feita por gravidade, através de tubos de PVC de 25,0 mm. de diâmetro.

Os demais bairros têm nos poços domiciliares, seu único sistema de abastecimento público.

1.3 - Organização do serviço de abastecimento de águas

Não há serviço autônomo de água na cidade, que conta apenas com um encarregado pelo serviço de água, uma turma de trabalhadores braçais. A parte contábil-administrativa, é exercida pela prefeitura municipal. Não há também, serviço de medição. As tarifas são cobradas em forma de taxa mensal que inclui também, a taxa relativa à coleta do lixo.

São as seguintes as taxas totais, segundo as classes:

- a. Residencial - Cr\$ 5,52
- b. Industrial e Comercial - Cr\$ 11,04

1.4 - População abastecida e abastecível

Admitindo a captação de 170 m³/dia (120 m³/dia mais 50 m³/dia provenientes respectivamente do poço e da fonte), e utilizando a média de 5 hab/ligação, temos o consumo por hab/dia.

$$\frac{170.000}{370 \times 5} = \frac{170.000}{1.850} \approx 92 \text{ L/hab.dia}$$

A população urbana de Araçoiaba da Serra estimada para .. 1972, é de aproximadamente 2.100 habitantes. Concluímos então, ser de 85% a proporção da população urbana, servida pela rede pública de água.

O abastecimento é insuficiente e inadequado, pois o consumo médio aceitável para cidades do interior de São Paulo é, segundo normas, de 200 L/hab.dia. O volume de água a ser captada, seria portanto 280 m³/dia.

Este fornecimento insuficiente é agravado nos períodos de estiagem, sendo em parte responsável pelo grande número de domicílios que, apesar de serem servidos pela rede, também se utilizam dos poços como manancial auxiliar no abastecimento de água. (vide tabela).

1.5 - Condições bacteriológicas das águas

A água utilizada para abastecimento público, é distribuída sem outro tratamento, além do precário tanque de sedimentação já mencionado. Exames bacteriológicos foram realizados nos laboratórios da FSPUSP, em amostras de água coletadas nos seguintes pontos:

- 1) Fonte - antes do tanque de sedimentação.
- 2) Fonte - após o tanque de sedimentação.
- 3) Água a ser aduzida (fonte + poço)
- 4) Reservatório de acumulação de Araçoiaba da Serra.
- 5) Filtro utilizado pelos alunos do Grupo Escolar Prof. Maria Angélica Baillet.
- 6) Torneira da cozinha do mesmo Grupo Escolar onde é preparada a merenda escolar.
- 7) Balneário Municipal.
- 8) Poço domiciliar, próximo à antiga casa de bombas.
- 9 a 11) Torneiras públicas do bairro de Araçoiabinha.

A tabela a seguir, apresenta os resultados encontrados em exames bacteriológicos para pesquisa de coliformes, em prova de confirmação:

TABELA Nº III- 1

Exame bacteriológico p/pesquisa de coliformes-prova confirmatória

Pontos de coleta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
NMP de coliformes p/100 ml.	12,6	16,0	16,0	>16	0	16	>16	>16	0	0	0

- Fonte: Pesquisa pelos alunos da FSPUSP

De acordo com o decreto estadual nº 52.504 de 28 de julho de 1970, as águas para abastecimento público, captadas por qualquer processo, tratadas ou não, entre outras especificações, "não deverão conter germes do grupo coliformes em 5 porções de 10 ml em ensaio confirmatório". A mesma exigência se verifica em relação às águas de poços particulares destinadas ao abastecimento

domiciliar.

Pela tabela observamos que somente quatro dentre onze amostras obedecem às especificações legais, do ponto de vista bacteriológico, relativas à potabilidade.

A presença de germes do grupo coliforme representa poluição, possivelmente fecal, de origem animal ou humana.

Entretanto não podemos apenas com a prova confirmatória, garantir a existência de contaminação, termo este que é relativo a presença de organismos patogênicos.

É importante frisar que a poluição pela presença de coliformes detectada pelas análises, pode ser apenas ocasional, sendo necessário uma amostragem sistemática e periódica, para que se confirmem os resultados obtidos.

A análise bacteriológica da amostra nº 3 (água do poço e da fonte em conjunto), foi levada até um estágio superior, sendo realizada a prova IMVIC, para pesquisa de coliformes de origem fecal.

Dentre 5 amostras de água examinadas, duas apresentaram o resultado seguinte:

Provas:

Indol - positiva
Vermelho de metila - positiva
Voges-Proskaver - negativa
Citrato - negativa

Foi verificada nessa amostragem instantânea, que existem coliformes de origem fecal na água de abastecimento público.

1.6 - Soluções individuais

Tanto na zona rural, como na zona urbana, existe grande número de poços utilizados; em alguns casos como única fonte de abastecimento doméstico ou industrial e em outros, predominantemente na zona urbana, como manancial auxiliar, uma vez que por ocasião de estios prolongados é insuficiente a água distribuída pela rede pública.

Por outro lado, por ocasião das chuvas, sua qualidade deixa muito a desejar.

O inquérito por nós realizado, acusou ser da ordem de 71% o total de poços localizados a distâncias inferiores a 120 m em relação à fossa, em um mesmo domicílio.

A exigência da prefeitura municipal, de que todas as águas residuárias domésticas sejam lançadas em fossas, faz com que se torne cada vez mais difícil manter distâncias recomendáveis entre estas últimas e o poço. É fácil concluir a importância da verificação, por parte dos órgãos competentes, das condições de potabilidade das águas dos poços desse município.

2. AGUAS RESIDUARIAS

O município não é servido por rede de esgoto e não há projeto ou estudo em andamento, visando esta melhoria. Todos os resíduos líquidos domésticos são, por exigência da prefeitura local, lançados em fossas secas domiciliares. Não se verifica portanto, o escoamento de águas residuárias, pelas vias públicas. Há por outro lado, reclamações por parte da população que, em alguns casos, já não tem disponibilidade de terreno para abrir novas fossas.

3. AGUAS PLUVIAIS

Não existem galerias pluviais, sendo superficial o escoamento das águas de chuvas, o que vem acarretando erosão pronunciada das vias públicas, as quais não são pavimentadas, excetuando-se a rua Prof. Toledo.

4. COLETA E DISPOSIÇÃO DO LIXO

A coleta pública de lixo é feita diariamente em toda zona urbana, com auxílio de um caminhão de carga, com retirada de cerca de 3.500 kg/dia. O lixo é finalmente disposto, a céu aberto, em terreno situado a cerca de 2,0 km. do centro urbano. O serviço de coleta, afastamento e disposição final do lixo, é regido pela lei municipal nº 189 de 26/01/70 - art. 24.

5. FONTES CAUSADORAS DE POLUIÇÃO

5.1 - Poluição das águas

Araçoiaba da Serra pertence à bacia hidrográfica do rio Sorocaba. Os recursos hídricos da região constituem-se em córregos de pequena vazão.

As fontes poluidoras dos cursos d'água, são constituídas predominantemente de indústrias alimentícias de pequeno porte, situadas em sua grande maioria, na zona rural, principalmente fecularias, produtoras de polvilho e farinha, a partir da mandioca. Estas indústrias caracterizam-se por apresentarem resíduos líquidos altamente tóxicos. Embora se tratando de indústrias com pequena produção e portanto, com baixa vazão de resíduos líquidos, podem, em consequência da pequena diluição final, acarretar a destruição da fauna e flora aquáticas. Podem ainda tornar as águas imprestáveis para o abastecimento doméstico e/ou dessedentação de animais. De acordo, entretanto, com o decreto estadual nº 52.864 de 17/01/1972, estes cursos d'água, estão enquadrados na classe II, que se refere a "águas destinadas ao abastecimento doméstico, após tratamento convencional, à preservação da flora e da fauna e à dessedentação de animais".

Tendo em vista manter os cursos d'água dentro dos parâmetros estabelecidos para a classe citada, o FESB, através da sua Diretoria de Controle da Poluição das Águas (CPA), já se encontra exercendo na área, intensas atividades junto a essas indústrias.

5.2 - Poluição do ar

O município é pouco industrializado; desta forma, as fontes causadoras de poluição do ar, ficam quase que restritas aos poucos veículos motorizados que por ele circulam.

5.3 - Poluição sonora

São quase inexistentes as fontes provocadoras de ruídos.

A G U A

TABELA Nº III - 2

Tipo de abastecimento domiciliar da água

T I P O	Nº DE DOMICÍLIOS	%
Somente rede pública	138	71,8
Rede pública + Poço	23	12,0
Rede pública + Fonte	01	0,5
Rede Pública + outros	0	0,0
Somente Poço	26	13,7
Somente Fonte	0	0,0
Abastecimento diferente	04	2,0
Total com rede	162	84,4
Total sem rede	30	15,6
Total Geral	192	100,0

- Fonte: Inquérito aplicado por alunos da FSPUSP

TABELA Nº III- 3

Distâncias relativas poço-fossa (m)

DISTÂNCIA	Nº DE DOMICÍLIOS	%
0 —————| 12	35	71,5
12 —————| 45	11	23,0
+ 45	3	5,5
Totais	49	100,0

- Fonte: Inquérito aplicado por alunos da FSPUSP

E S G O T O

TABELA Nº III - 4

Destino do esgoto domiciliar

D E S T I N O	FREQUÊNCIA	%
Fossas negra ou seca	144	75,0
Fossa séptica	31	16,3
Rio	02	1,0
Outros	15	7,5
Total	192	99,8

- Fonte: Dados levantados "in loco"

TABELA Nº III - 5

Pesquisa de opinião sobre a falta de rede de esgoto da cidade

O P I N I Ã O	FREQUÊNCIA	%
Causa problemas	142	74,0
Não causa problemas	35	18,2
Não sabe	15	7,8
Total	192	100,0

- Fonte: Dados levantados "in loco"

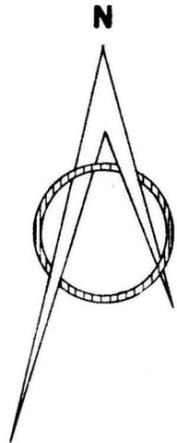
L I X O

TABELA Nº III - 6

DESTINO DO LIXO DOMICILIAR

D E S T I N O	FREQUÊNCIA	%
Coleta pública	155	80,9
Joga em terreno	28	14,5
Queima	5	2,6
Enterra	2	1,0
Rio	2	1,0
T o t a l	192	100,0

- Fonte: Dados levantados "in loco"



47° 45'
23° 30'

CAPELA DO ALTO

141

ROD. RAPOSO TAVARES
OU RESTINGA

COR. CAPANEMA

RIO IPERÓ

RIO IPERÓ MIRIM

RIO IPERÓ MIRIM

COR. ARACATUBA

RIO IPERÓ

RIO IPERÓ

COR. DO RETIRO

ARAÇOIABA DA SERRA



270

RIBEIRO

INÁCIO

COR. DO VACARIU

RIO VERDE

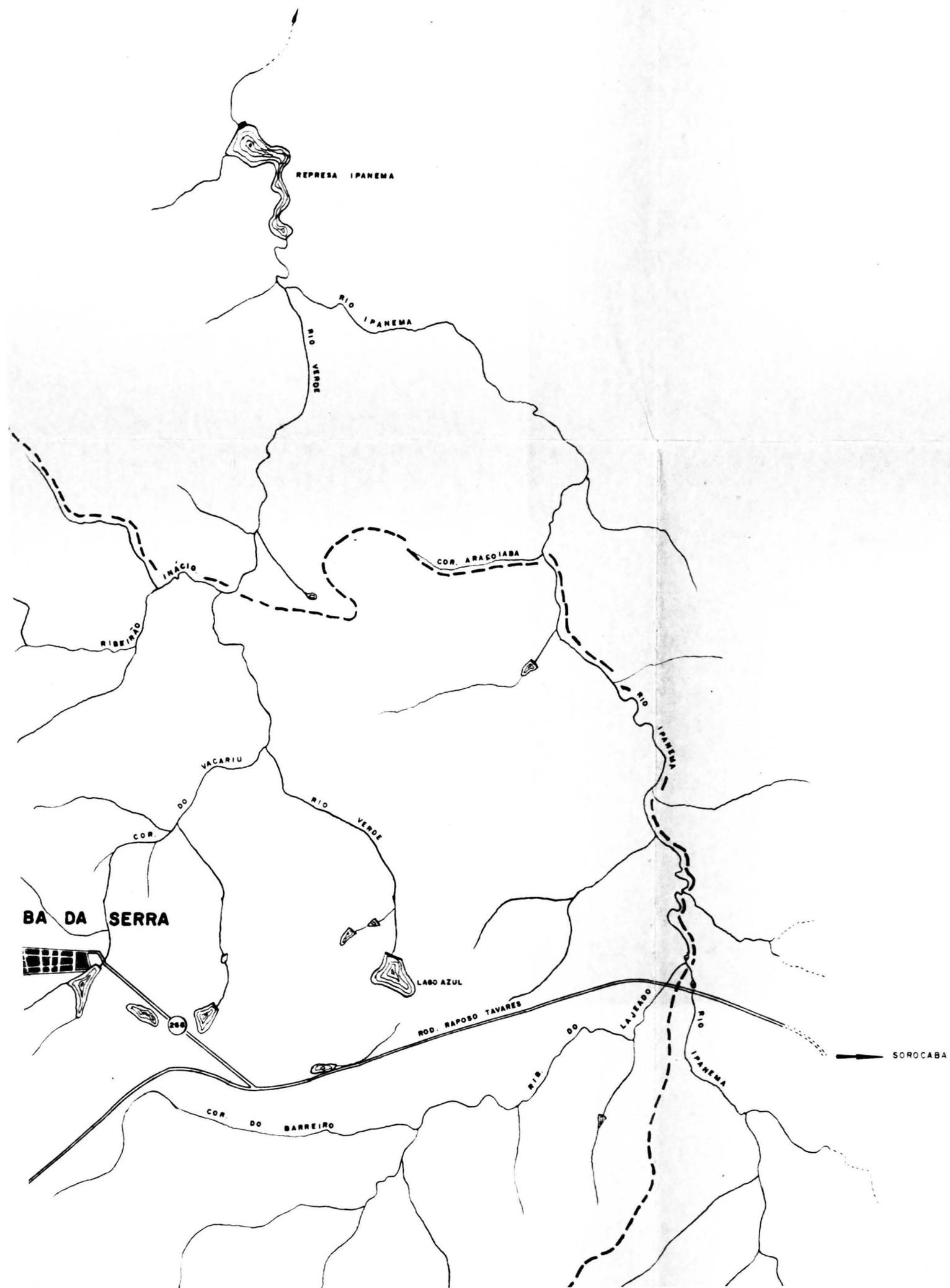
COR. DO BARREIRO

REPRESA IPANEMA

RIO IPANEMA

RIO JOSÉ

RIO



47° 30'

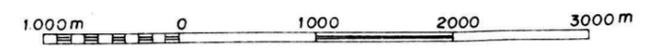
23° 30'



ILIEGIE IN ID /A

----- LIMITE DO MUNICÍPIO

ESCALA



FONTE
IBGE - Edição 1971

FESB · FOMENTO ESTADUAL DE SANEAMENTO BÁSICO			
C PA · CONTROLE DE POLUIÇÃO DAS ÁGUAS			
HIDROGRAFIA DO MUNICÍPIO DE ARAÇOIABA DA SERRA			
Desenho nº	Desenhista	Escala	Data
—	L. M. O. / 72	1: 50.000	06/09/72



Foto 1: Captação da água

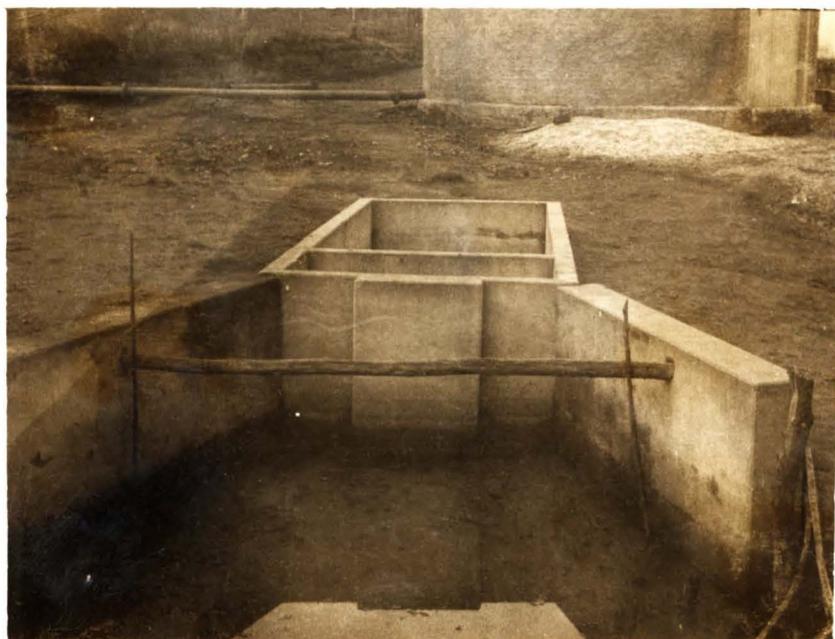




Foto 2: Poço e Estação de Bomba



Foto 3: Reservatório



Foto 4: Destino final do lixo



Foto 5: Balneário Municipal



Foto 6: Matadouro Municipal

6. CONCLUSÕES

As conclusões resultantes da análise das condições sanitárias do município, encaradas sob o aspecto do saneamento do meio, ficam resumidas na enumeração sucinta dos principais problemas encontrados:

- 6.1 - Inexistência de proteção contra enxurradas, da fonte utilizada como manancial abastecedor e proteção precária da mesma, contra aproximação de animais.
- 6.2 - Inexistência de tratamento prévio da água distribuída à população, notadamente a não desinfecção.
- 6.3 - Mananciais utilizados, com disponibilidade inferior à demanda, acarretando abastecimento insuficiente e com frequentes interrupções, em períodos de estiagem, incrementando assim, o uso dos poços particulares.
- 6.4 - Grande número de poços freáticos domiciliares, situados em relação a fossa, a distâncias inferiores à estipulada (... 12,0 m), como prevenção contra contaminação.
- 6.5 - Péssimas condições sanitárias das indústrias alimentícias situadas na zona rural, algumas delas utilizando no processamento, água captada de córregos que recebem à montante, e a pouca distância desta captação, dejetos humanos.
- 6.6 - Inexistência de rede de esgotos, forçando a população a continuamente abrir novas fossas, o que além de depreciar e inutilizar para vários usos os terrenos, ainda termina por forçar a construção de fossas próximas aos poços.
- 6.7 - Ausência, quase que total, de pavimentação das vias públicas, bem como de galerias pluviais, o que torna as ruas, quase intransitáveis em época de chuvas.
- 6.8 - Disposição do lixo a céu aberto, e muito próximo da zona residencial, quando a distância mínima aconselhável é de 6,0 km.

7. SUGESTÕES

- 7.1 - Contato entre Prefeitura Municipal e CETESB, para que sejam realizadas sistemática e periodicamente, análises físico-químicas e bacteriológicas da água distribuída e dos mananciais. Visa a medida, determinar suas condições de potabilidade e sugerir, se necessário, o grau de tratamento adequado. Seria também aconselhável, uma amostragem das águas dos poços particulares, para detectar a existência ou não de contaminação.
- 7.2 - Construção urgente de, pelo menos, mais um poço para ser utilizado em conjunto com o já existente, no abastecimento da população, o que reduziria a utilização dos poços particulares.
- 7.3 - Contato com Entidades Sanitárias competentes, alertando-as das condições sanitárias precárias em que se encontram as indústrias alimentícias de pequeno porte, situadas na zona rural.
- 7.4 - Promover contato entre FESB e Prefeitura Municipal, visando

do entendimentos relativos a financiamentos destinados ao projeto e execução da rede de esgotos.

7.5 - Sugerir a disposição do lixo em área mais afastada da zona residencial, no mínimo 6,0 km, que é o máximo alcance de vôo de mosca doméstica, vetor de contaminação. Estudar ainda a possibilidade de se realizar aterro sanitário.

7.6 - Campanha educativa, junto à população, conscientizando-a e orientando-a com relação aos problemas oriundos de não existência da rede de esgotos, do perigo da utilização da água, da rede ou de poço, sem qualquer tratamento prévio. Ensinar e explicar técnicas caseiras para desinfecção da água, da importância da filtração e/ou da fervura da água, principalmente aquela bebida pelas crianças, etc.

8. ALIMENTOS

8.1 - Carne

A carne procede do matadouro municipal de Araçoiabada Serra, e das fazendas que rodeiam o município, onde o gado em sua maioria é sacrificado para o consumo do povo.

E transportada em carreta, trator, e levada para a cidade nas piores condições higiênicas, sendo levada aos açougues sem o carimbo do matadouro.

A carne de porco procede da zona rural (sítios), e é vendida aos açougueiros pelos sitiante, sendo transportada em caminhões, tratores, carroças, nunca trazendo o carimbo do matadouro. Esta carne é vendida ao público, sem prévia inspeção veterinária, nem sanitária.

O beneficiamento da carne é realizado nos açougues, onde fazem linguiça, o que, segundo o fiscal sanitário, é proibido.

8.2 - Leite

8.2.1 - Considerações gerais

Na maioria, o leite procede de Sorocaba em forma pasteurizada, e da zona rural em forma crua, sendo vendido ao público das duas formas.

O leite pasteurizado é transportado em caminhões, com boas condições higiênicas (temperatura, etc.).

O leite cru, procedente dos sítios, é transportado em carreta ou cavalos, em condições higiênicas precárias.

Não existe beneficiamento do leite; é armazenado nas vendas em geladeiras com temperatura ideal.

O leite é distribuído nas vendas, sendo do tipo A B e C, pelo preço de Cr\$ 0,90 o pasteurizado, e Cr\$ 0,85 o leite cru.

As fazendas são em número de 25 e estão situadas ao redor do município, com distância mínima de 1.500 km.

O número exato de sítios, não foi possível conseguir, entretanto aproximadamente são 1.000 os proprietários rurais.

Estes sítios estão rodeando o município, e possuem criação de suínos, bovinos e aves em pequena quantidade.

O leite produzido é vendido por alguns, para a Cooperativa, e por outros, ao povo. As condições higiênicas são más e sem controle sanitário por parte da Agricultura e Saúde.

São duas as granjas avícolas, e estão situadas a 1/2 km e 4 km da cidade, respectivamente. As condições higiênicas são boas, seguem um bom esquema de vacinação e lavagem; a desinfecção é eficiente.

Essas granjas são somente para criação e produzem de 4.000 a 8.000 cabeças mensalmente; segundo o Fiscal Sanitário, costumam sacrificar galinhas clandestinamente.

Os frangos são transportados em caminhões para Sorocaba, onde são abatidos. Em Araçoiaba da Serra, não existe Abatedouro Avícola.

Os empregados têm carteira de saúde e o Fiscal Sanitário os visita cada dois ou três meses.

8.2.2 - Condições dos Estábulos e Ordenha

Os estábulos e as ordenhas variam de uma fazenda para a outra, apresentando boas condições sanitárias, onde existe boa economia e assistência de um médico veterinário (particular).

As outras pelo contrário, apresentam precárias condições sanitárias, onde a economia, a assistência técnica e educação sanitária sobre a ordenha e males, não existem por completo.

Nas leiterias de maior importância, a Secretaria da Agricultura, através da Coordenadoria de Assistência Técnica, tem realizado o diagnóstico de brucelose, tuberculose do gado para o leite do tipo A e B; para o tipo C, não existe controle.

O leite procedente dos sítios, não tem controle sanitário; é vendido às Cooperativas, sendo pasteurizado em Sorocaba, antes de entrar no comércio.

As vacinas contra brucelose, tuberculose, aftosa, etc., são vendidas pela Secretaria da Agricultura.

Os ordenhadores não têm carteira de saúde, e nenhum conhecimento sobre a higiene da ordenha.

8.3 - Verduras, ovos, pescados e outros alimentos

As verduras, ovos, pescados e outros alimentos, procedem dos sítios de Araçoiaba e Sorocaba, sendo transportados em caminhões, com regulares condições higiênicas. São vendidos em estabelecimentos com condições higiênicas regulares, variando de uma para outra.

8.4 - Matadouros

Existe um matadouro municipal sem uso, pois o sacrifício dos animais, se realiza na própria fazenda (zona rural).

Está situado a uma distância de 2 km da cidade, com as melhores condições técnicas. A água provém de um poço, existe uma

fossa a 20 metros do lugar de sacrifício, onde vai o sangue e águas negras.

Conforme informação do Fiscal Sanitário, o sacrifício das reses ocorre todas as 3as. e 6as. feiras da semana, e o matador tem carteira de saúde.

Não se realiza inspeção veterinária, nem antes da morte, nem após; assim, não se sabe se os animais sacrificados são doentes ou sãos.

Não existe gancho para sustentar a carne, ficando a mesma em contato com o solo e sangue do animal.

Não existe água potável, luz, água quente, etc.

Segundo o Fiscal Sanitário, o animal fica em descanso 8 a 12 horas antes de ser sacrificado. A carne da rés é transportada em 4 pedaços em carreta ou trator, que a leva até o açougue.

Em geral, não existem as mínimas condições higiênicas no matadouro, o que representa uma fonte de infecções para a comunidade.

8.5 - Distribuição

Não existe nem mercado, nem feira, nem peixaria.

Açougue:- Existem dois açougues.

A carne que se vende nos açougues, procede das fazendas e do matadouro municipal.

As condições higiênicas são más, encontrando-se moscas sobre a carne, roupa e mãos do açougueiro.

No açougue, bem perto da carne, encontramos o recipiente de lixo, vassouras, cachorros, etc.

Os açougueiros têm carteira de saúde e o fiscal sanitário visita os açougues uma vez por mês.

Em ambos é feita a linguiça, possuem frigoríficos guardam a carne em boa temperatura.

8.6 - Estabelecimentos de Consumo

Não existem, em Araçoiaba, Hotéis e Pensões.

8.6.1 - Bares e Restaurantes

Existem em número de quatro. Os empregados têm carteira de saúde e as condições higiênicas são precárias.

O Fiscal Sanitário visita-os uma vez por mês.

8.6.2 - Armazéns e Mercarias

Existem também oito estabelecimentos onde vendem produtos de origem animal como leite, mortadela, salame, ovos, latarias, bebidas, etc.; todos estes produtos procedem de Sorocaba e geralmente são transportados em caminhões.

Tais estabelecimentos possuem geladeira própria; os empregados possuem carteira de saúde, e recebem a visita do Fiscal Sanitário uma vez por mês.

8.7 - Conclusões

8.7.1 - Que a carne procede de lugares inapropriados e é transportada em más condições higiênicas, sem prévia inspeção veterinária.

8.7.2 - Que o leite procede de sítios e é vendido ao público na forma crua, o que representa um perigo para a população carente em educação alimentar.

8.7.3 - Não existe central sanitária, nem educação ao si-
tiente que está em contato com seus animais, sem-
pre correndo o risco de contrair doenças.

8.7.4 - Que tanto a construção como as condições higiêni-
cas do matadouro, são precárias, faltando a inspe-
ção de um médico veterinário.

8.7.5 - Que as condições higiênicas dos açougues, bares,
restaurantes e demais lugares onde se vendem pro-
dutos de origem animal, são precárias, faltando
inspeção de autoridade sanitária.

8.8 - Sugestões

8.8.1 - Que a Prefeitura tome ciência dos perigos que re-
presentam para a população, a procedência e o trans-
porte inadequado da carne e que procure melhorar as mes-
mas.

8.8.2 - Que se construa um matadouro com as mínimas condi-
ções higiênicas e que haja controle de um médico
veterinário.

8.8.3 - Que as autoridades exijam maior rendimento do fis-
cal sanitário, devendo inspecionar açougues, bares,
restaurantes e demais lugares onde se vendem pro-
dutos de origem animal, pelo menos em dias alternados e
que uma boa inspeção é necessária para um bom controle sa-
nitário.

8.8.4 - Que se realize uma campanha de educação sanitária
aos manipuladores de alimentos, sobre as condi-
ções higiênicas em que devem trabalhar (ordenhadores, gar-
çons, açougueiros, etc.), assim como educação ao público
sobre a melhor forma de consumir os alimentos.

9. ABRIGO DE ANIMAIS

Todas as fazendas do Município, possuem cocheiras e estábulos,
num total de 50 unidades. O número de pocilgas é de 6.

Existem duas granjas avícolas e 18 leiterias.

A maioria dos abrigos de animais não têm boas condições de pro-
teção higiênica, pois os animais se encontram expostos às vicissi-
tudes do meio ambiente e, em contato com as pessoas, podem se cons-
tituir num perigo à comunidade.

Na zona urbana não existem tais abrigos.

10. VIAS PUBLICAS

Ao todo, em Araçoiaba da Serra, calcula-se haver 1.369 m. de vi-
as pavimentadas e 4.803 não pavimentadas, totalizando 6.172 m. de
vias públicas.

11. INDICADORES DE SAÚDE

É bem conhecida a definição de saúde, dada pela OMS, que a con-
ceitua como um estado de bem estar físico, mental e social, não so-
mente ausência de enfermidades.

Nesta complexa simplicidade estriba o problema da medida do ní-
vel de saúde.

A solução ideal para medi-lo seria a medição positiva de saúde, ou seja, a avaliação do estado de bem estar.

Esse enfoque está ainda no campo da investigação e ensaio, não existindo recomendações operacionais concretas.

Os indicadores usados atualmente, medem as consequências derivadas da perda de saúde, isto é, a enfermidade e a morte.

Assim, os indicadores de saúde que por nós serão comentados, basearam-se nos dados de mortalidade. Eles apresentam uma vantagem, por ser a morte, um evento bem definido e com registro sistemático.

Em Araçoiaba da Serra, os indicadores apresentam duas limitações importantes-:

- a primeira, de caráter mais geral, é a limitação desses indicadores para refletir toda a complexidade do fenômeno saúde de uma população. As mortes dependem de diversos fatores, entre os quais, da probabilidade de morrer dos enfermos. Em consequência, a mortalidade expressa muito escassamente (ou parcialmente) a ocorrência de enfermidades de baixa ou nula letalidade. É compreensível que a redução da mortalidade possa resultar da diminuição de letalidade de algumas doenças, mas também que, a prevalência e incidência das mesmas, podem permanecer constantes ou até aumentar.
- A segunda limitação, de caráter mais restrito, é a evasão de óbitos que ocorre em Araçoiaba da Serra. Esse fato é constatado, em parte, pela diferença do número de óbitos registrados no cartório e os registrados na Prefeitura, com o fim de sepultamento. A diferença é de cerca de 50%.

Podemos atribuir essa evasão à falta de recursos assistenciais médicos, no Município, o que obriga os enfermos a se deslocarem para os centros médicos da região, dos quais os mais citados são, Sorocaba e Tatuí.

11.1 - Mortalidade Geral

É expressa em coeficientes, ou seja, o número de mortes, por 1.000 habitantes e, traduz de uma forma global, o impacto de alterações letais de saúde em Araçoiaba.

O gráfico (III - 7) que representa os coeficientes de mortalidade em série de dez anos, mostra que os mesmos sofreram pequenas variações nos últimos anos. As variações notadas no gráfico, devem ser vistas com cautela pois, face ao pequeno número de óbitos que ocorrem no Município (pequeno número de habitantes), habitualmente determinam desvios acentuados às pequenas alterações.

A aparente queda da mortalidade entre os anos de 1962 e 1964, deve ser relacionada com o desmembramento do Município, com conseqüente evasão de óbitos.

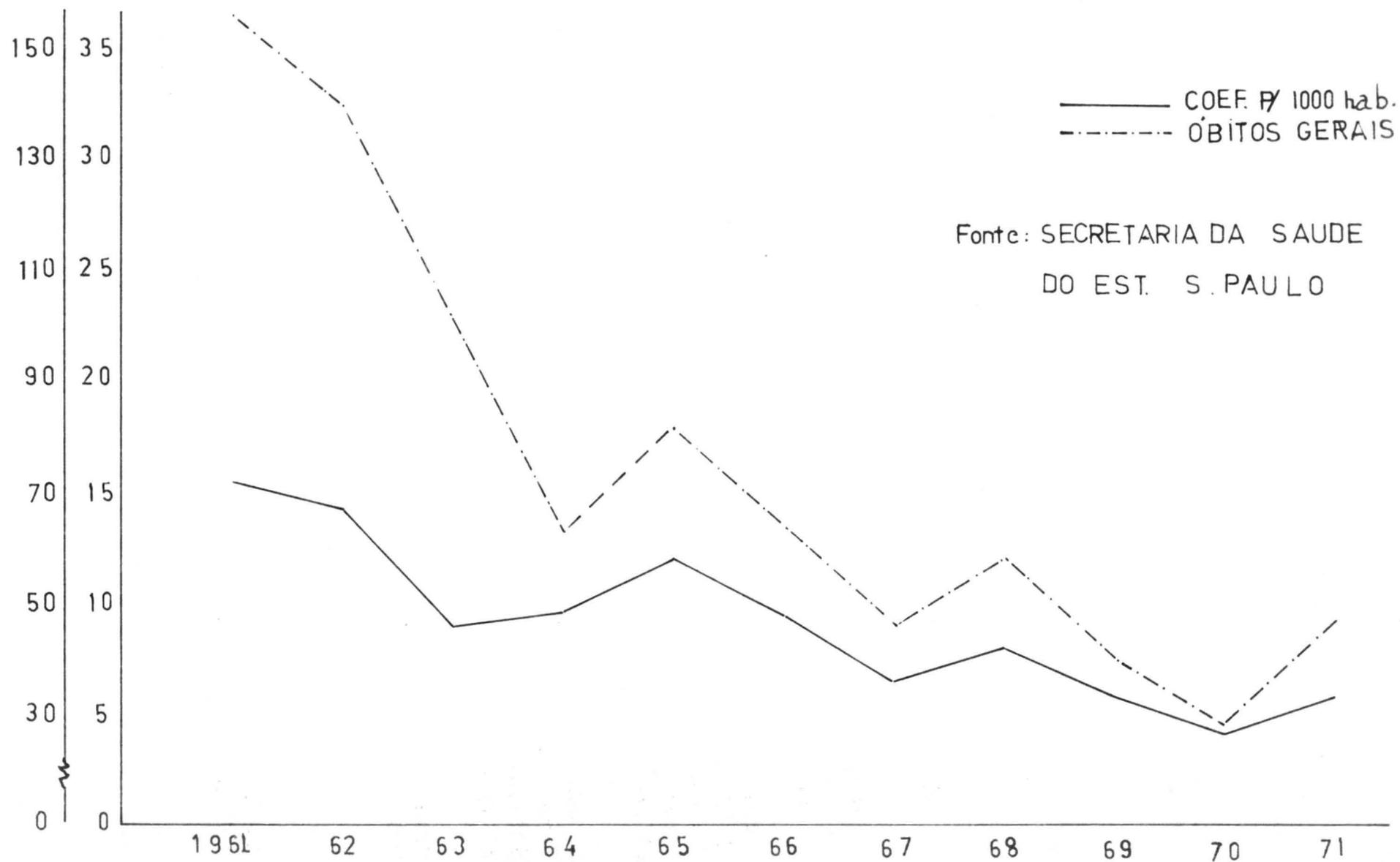
Além disso, deve-se considerar a maior facilitação de transporte, mais recentemente, e de remoção de doentes à busca de centros hospitalares fora de Araçoiaba.

As taxas para serem comparadas com qualquer outra localidade, deverão ser padronizadas,

MORTALIDADE GERAL em ARAÇOIABA DA SERRA

1961 — 1971

óbitos gerais coef.
p/1000 hab.



Fonte: SECRETARIA DA SAUDE
DO EST. S. PAULO

11.2 - Índice de Swaroop e Uemura

Estuda a mortalidade proporcional entre o número de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais e o número total de óbitos.

Esse autor, segundo autores, sendo de fácil determinação, reflete bem as condições de saúde de u'a população, ao mostrar as "chances" populacionais de vir a falecer em idades mais avançadas. Contudo, apresenta também as limitações próprias de um indicador de mortalidade.

No Estudo feito, sem série histórica de dez anos, constata-se que a mortalidade proporcional manteve-se no redor de 35%.

Essa porcentagem se enquadra entre aquelas de situação precária de saúde.

11.3 - Curva de Nelson de Moraes

Os traçados obtidos (gráfico III - 8), em série de 10 anos, são peculiares das curvas, considerados por esse estudioso, dos tipos que revelam nível baixo e regular de saúde, com tendência aparente de piora, de 1.970 para cá.

As variações notadas de um gráfico para outro, são provavelmente mais, devido ao pequeno número de óbitos.

11.4 - Mortalidade Infantil

É expressa por uma taxa que indica o número de óbitos de menores de um ano, para cada 1.000 nascidos vivos, na população.

Esse coeficiente é sensível indicador do nível de saúde de uma população, por causa da alta sensibilidade desta faixa etária às condições adversas à vida, situação sócio-econômica, condicionadora de uma série de conseqüências intimamente relacionadas com a saúde.

A mortalidade infantil, em Araçoiaba da Serra, apresentou uma queda até o ano de 1.969 e, a partir dessa data, uma elevação.

A contribuição da mortalidade neo-natal foi ao redor de 50%, 60% e 28% nos anos de 1.969, 1970 e 1971. A variação apresentada do ano de 1969 ao ano de 1971, não foi possível explicar-se, por deficiência de dados que permitisse melhor análise. Em relação à mortalidade infantil tardia, nota-se uma elevação em 1971.

11.5 - Principais causas de óbito

A alta porcentagem de "óbitos sem assistência médica", prejudica qualquer análise das principais causas de óbito.

11.6 - Porcentagem de óbitos sem assistência médica

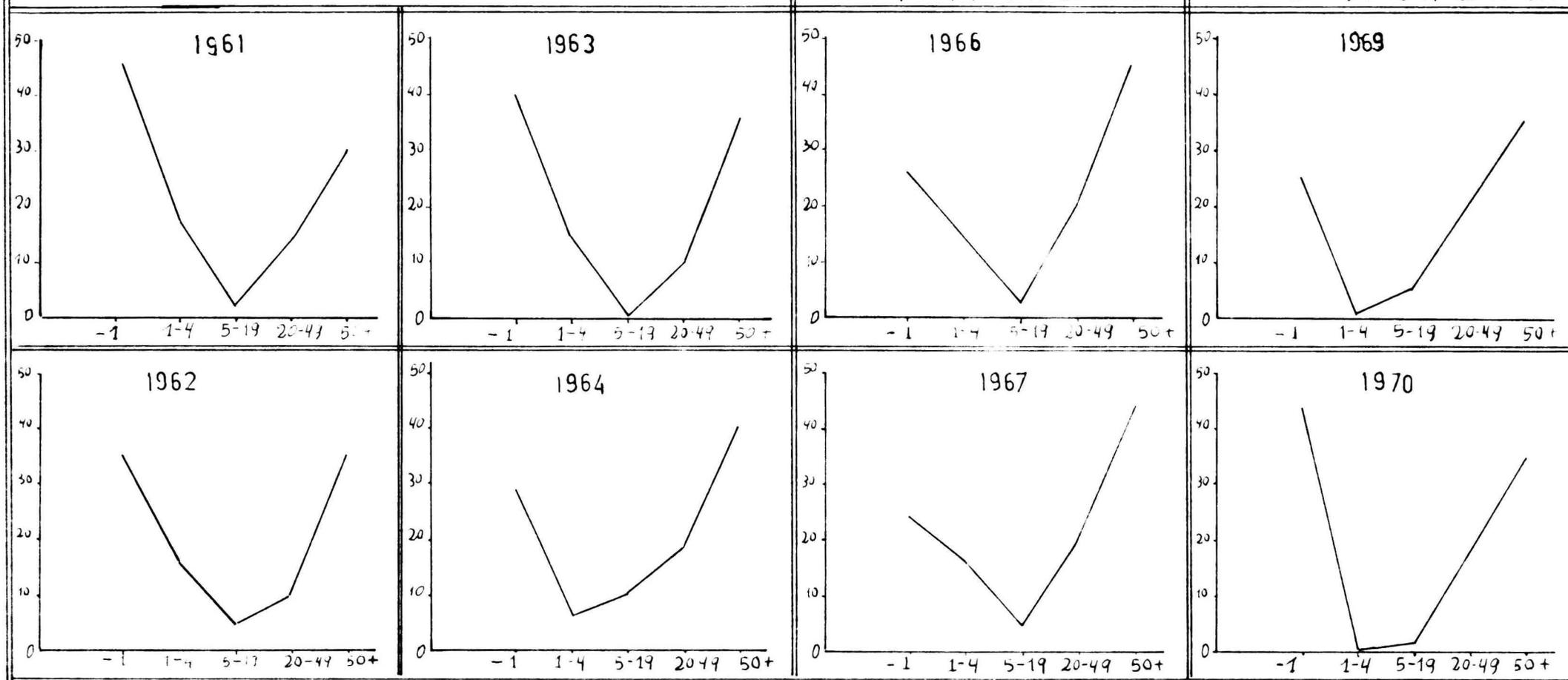
Araçoiaba da Serra apresenta uma alta porcentagem de óbitos sem assistência médica e mal definidos, variando nos últimos anos de 67,4% a 70,4%, de 1967 a 1971.

Isso pode ser relacionado quase que totalmente à inexistência de médico residente no Município e serviços que contem permanentemente, com a presença desses profissionais.

Gráfico Nº

CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL DO MUNICIPIO DE ARAÇOIABA DA SERRA (1961 — 1970)

(NELSON DE MORAES)



FONTE: Secretaria da Saúde do Estado de S. Paulo

gráfico: Nº

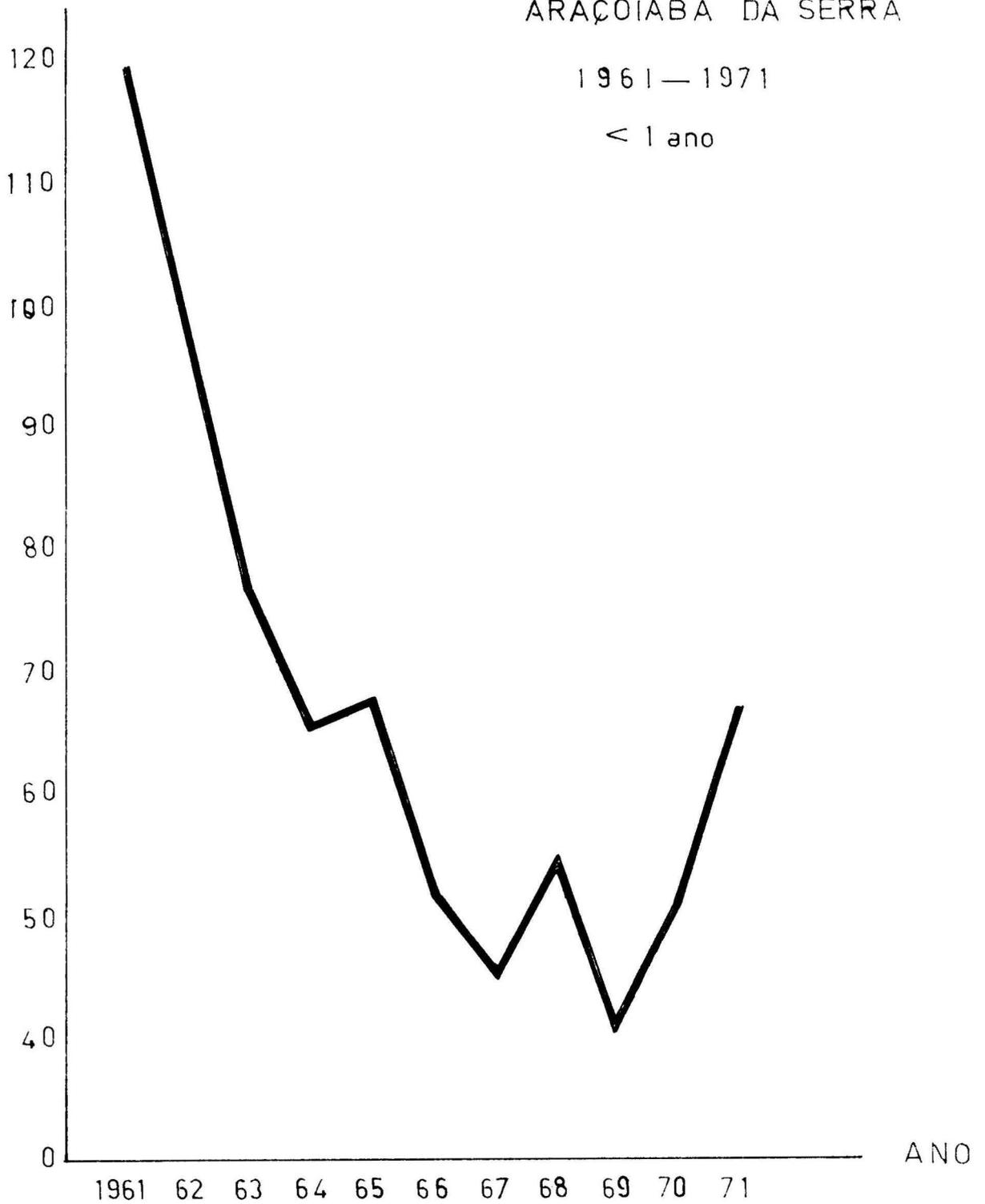
Coef p/1000 nascidos vivos

MORTALIDADE INFANTIL
EM

ARAÇÓIABA DA SERRA

1961—1971

< 1 ano



FONTE: Inquérito feito pelos alunos da F S P — U S P

11.7 - Outros Indicadores

11.7.1 - Médicos e Dentistas por 10.000 habitantes.

Considerando-se o médico da Unidade Sanitária e que ali comparece, até o presente, diariamente, devendo dar 20 horas semanais, como médico da localidade, temos o coeficiente de:

1,5 médicos por 10.000 habitantes.

Considerando-se o dentista que atende três vezes por semana, em consultório particular, como dentista da localidade, temos:

1,5 dentistas por 10.000 habitantes.

11.7.2 - Leitos hospitalares

O Município não conta com nenhum hospital, nem há convênios oficiais para direito a leito em hospitais gerais de outros Municípios.

11.7.3 - Porcentagem de população servida pelo sistema de abastecimento de água.

Na zona urbana, 84,8% dos domicílios são servidos pela rede pública.

Na zona rural, nenhum delas, pois ali não há rede pública. Em um núcleo populoso (Araçoiabinha), foi encontrado um sistema de torneiras públicas abastecido por poço.

11.7.4 - Porcentagem de casas ligadas ao sistema de esgotos.

Não há rede de esgoto nem na zona rural, nem na urbana. Predominam as fossas do tipo negra.

11.7.5 - Porcentagem da população urbana e de prédios servidos pela limpeza pública.

A coleta de lixo e limpeza pública se processa só na zona urbana, atendendo a 80,9% dos domicílios existentes.

TABELA Nº III - 7

Índices de Swaroop e Uemura, em
Araçoiaba da Serra, em 10 anos

ANOS	ÍNDICE (% DO TOTAL DE MORTES)
1.962	35,5
1.963	35,0
1.964	35,5
1.965	37,0
1.966	41,0
1.967	43,5
1.968	53,5
1.969	47,5
1.970	35,5
1.971	34,0

- Fonte: Cálculos baseados em dados do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo.

TABELA Nº III - 8

Mortalidade infantil neo-natal e tardia em Araçoiaba da
Serra, nos últimos anos

ANOS	COEFICIENTES DE MOR- TALIDADE INFANTIL. (1.000 nasc. vivos)	COEFICIENTES DE MOR- TALIDADE NEO-NATAL (1.000 nasc. vivos)	COEFICIENTES DE MOR- TALIDADE TARDIA (1.000 nasc. vivos)
1.967	45,1	...	...
1.968	55,8	...	...
1.969	41,3	20,65	20,65
1.970	51,8	27,88	23,90
1.971	67,2	8,40	58,82

- Fonte: Cálculos baseados em dados do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo.

TABELA Nº III - 9

Principais causas de morte, por grupos de doenças,
em Araçoiaba da Serra, nos últimos 5 anos

C A U S A S D E M O R T E	%
Mal definidas e sem assistência médica	76,0
Acidentes	9,0
Cardio-vasculares e cérebro-vasculares	6,0
Tumores	4,0
Doenças do Aparelho respiratório	2,4
Doenças Infecciosas	0,9
Nefrites	0,9
Anemias	0,4
Todas as demais	0,4
T o t a l	100,0

- Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

TABELA Nº III - 10

Porcentagem de óbitos sem assistência médica e causa mal definidas
sobre o total de óbitos em Araçoiaba da Serra, nos últimos anos

ANOS	Nº DE ÓBITOS GERAIS	Nº DE ÓBITOS SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA	%
1.967	46	31	67,39
1.968	58	49	84,48
1.969	40	29	72,50
1.970	31	21	67,74
1.971	47	33	70,21

- Fonte: Cálculos com dados do Centro de Saúde de Araçoiaba da
Serra, 1.972.

12. OCORRÊNCIA DE DOENÇAS

12.1 - Os dados obtidos de morbidade, referem-se aos registros do Centro de Saúde, único local que presta assistência médica no Município.

Os coeficientes se referem apenas nos anos de 1970 e .. 1971, pela ausência de dados nos anos anteriores.

Como se observa, predominam as doenças diarréicas e as avitaminoses.

A distribuição dos casos segundo a idade, não nos foi possível determinar por falta de dados.

TABELA Nº III - 11

Coeficientes de morbidade, por doenças, conforme registros de Araçoiaba da Serra, nos 2 últimos anos.

D O E N Ç A S	COEFICIENTES (por 100.000 hb)	
	1.970	1.971
Disenterias e diarréias	1212,0	1548,6
Gastroenterites	29,9	...
Verminoses	987,5	...
Otite	568,6	90,2
Amigdalite	1107,3	526,2
Bronquite	389,0	90,2
Rino-faringite	194,5	120,2
Meningite	...	30,0
Hepatite	...	15,0
Caxumba	...	15,0
Sarampo	...	45,1
Varicela	74,8	15,0
Difteria	...	15,0
Poliomielite	...	15,0
Asma	89,7	15,0
Doenças Alérgicas	74,8	...
Avitaminoses	5222,2	5292,4

- Fonte: Cálculos baseados em dados do Centro de Saúde de Araçoiaba da Serra, 1972.

TABELA Nº III - 12

Importância relativa dos grupos de doenças registra-
das em Araçoiaba da Serra, nos dois últimos anos.

GRUPOS DE DOENÇAS	1.970 %	1.971 %
Doenças Infecciosas e Parasitá- rias	14,3	14,3
Doenças do Aparelho Respiratório	11,0	6,3
Doenças Endócrinas - distúrbios de nutrição e metabolismo	32,3	44,9
Doenças do sistema nervoso, ór- gãos dos sentidos, ouvidos e a- pófise mastóide	3,5	0,7
Pele e tecido subcutâneo	0,5	-
Outras	38,4	33,8
T o t a l	100,0	100,0

- Fonte: Cálculos com dados do Centro de Saúde de Araçoiaba
da Serra, 1972.

TABELA Nº III - 13

Casos de doenças transmissíveis notificadas ao Centro
de Saúde de Araçoiaba da Serra, nos últimos 5 anos

D O E N Ç A S	1967	1968	1969	1970	1971	TOTAIS
Difteria	-	-	.1..	...	1	1
Tétano	-	-	-	-	-	-
Varíola	-	-	-	-	-	-
Poliomielite	-	-	-	-	1	1
Cachumba	...	-	-	-	1	1
Coqueluche	...	...	...	...	...	...
Febre tifóide	...	-	-	-	-	-
Meningite não específica	...	...	...	...	...	...
Meningite meningocócica	...	...	...	...	...	...
Varicela	4	...	...	5	1	10
Hepatite	...	...	...	...	1	1
Sarampo	...	...	...	...	3	3
T o t a i s T	4	-	-	5	8	17

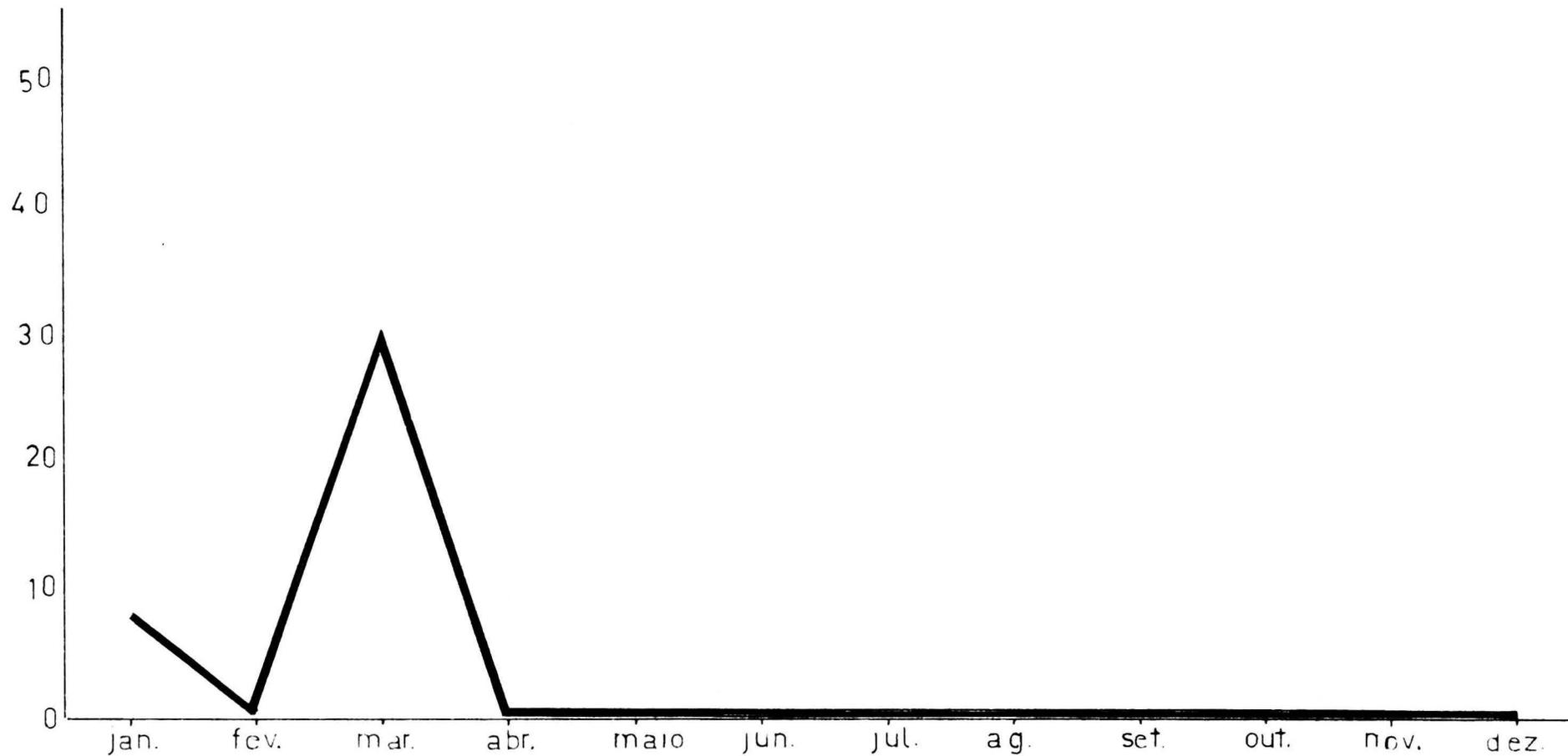
- Fonte: Centro de Saúde de Araçoiaba da Serra

DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS COEF. MÉDIOS DE MORBIDADE 1970-1971

P/ 100.000 hab

MOLÉSTIAS DA PELE

coef. p/100000 hab.

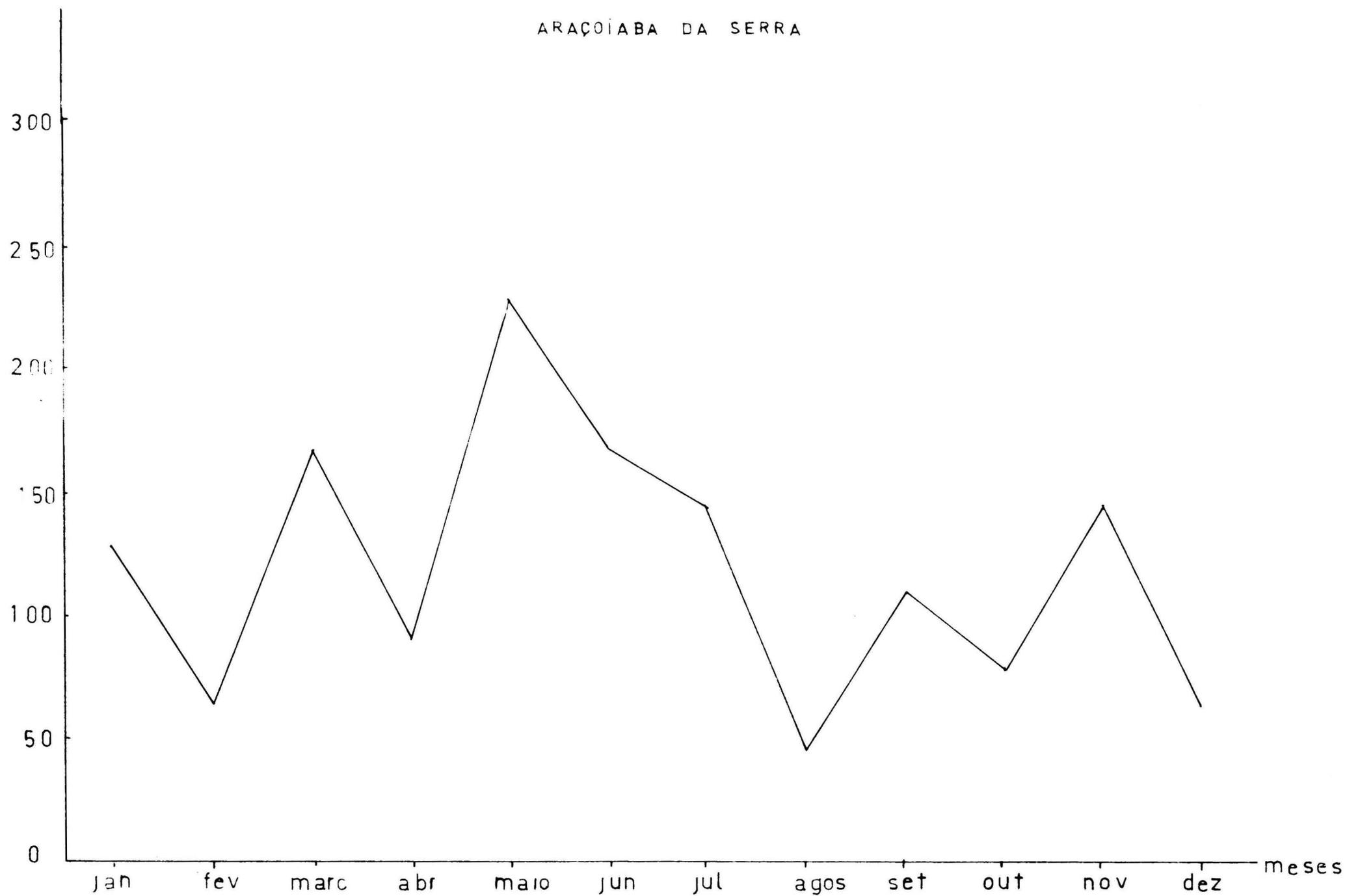


DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS COEF. MÉDIOS DE MORBIDADE POR OUTRAS

coef. p/100000 hab.

DOENÇAS INFECCIOSAS EM 1970 1971

ARAÇOIABA DA SERRA

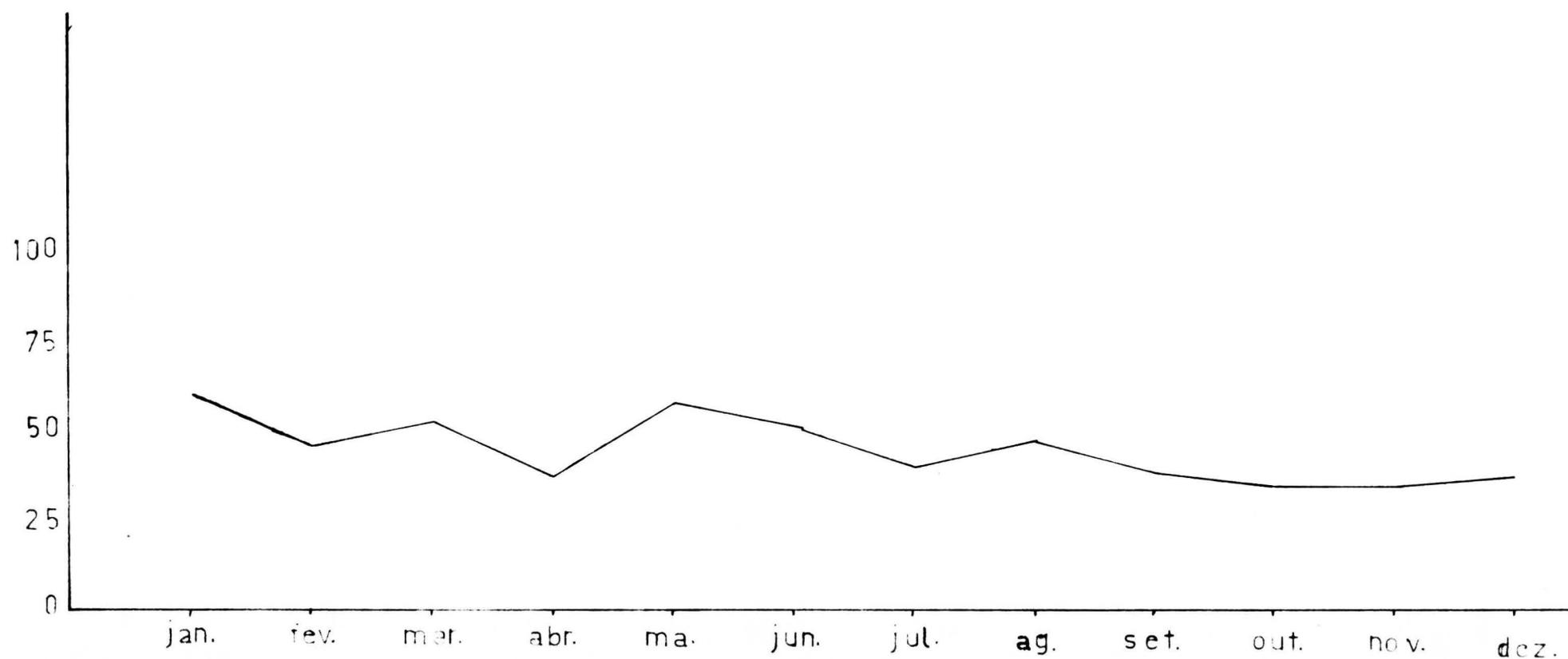


DOENÇAS DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

COEFICIENTES MÉDIOS DE MORBIDADE 1970 - 1971

EM ARAÇOIABA DA SERRA

coef p/ 100.000 hab.



12.2 - Variações sazonais

Com os dados colhidos no Centro de Saúde e que representam uma pequena parcela da morbidade em Araçoiaba da Serra, construimos os gráficos III - 10, que representam a distribuição mensal de vários grupos de doenças.

As doenças relacionadas com a nutrição, principalmente a avitaminose, predominam nos meses de maio a junho.

Observa-se que, as doenças disenterias, diarreias e verminoses, apresentam uma maior incidência nos meses de maio e abril.

As doenças infecciosas apresentam uma distribuição irregular, com maior incidência de maio a junho.

12.3 - Não se tem registro de ocorrência de qualquer epidemia nos últimos anos.

12.4 - A tabela III - 11 mostra a importância relativa das doenças registradas no Centro de Saúde. Predominam as doenças infecciosas parasitárias com 14% e as da nutrição com 32% em 1970, e 45% em 1971.

Quanto às avitaminoses, cuja porcentagem é elevada, conforme registros, em relação às demais doenças, não nos foi possível analisá-la melhor por deficiência de dados.

Por outro lado, nota-se pela tabela III - 12, a deficiência de registros de notificação de doenças transmissíveis.

12.5 - Zoonoses

Segundo informação do médico do Centro de Saúde, tem surgido casos esporádicos de brucelose, toxoplasmose, comprovados em laboratório da Faculdade de Medicina de Sorocaba, com baixa incidência. A brucelose é mais comum entre pessoas de zona rural que bebem leite cru ou estão em contato direto com animais.

O Município não é região endêmica da doença de chagas (informação da SUSAM).

12.6 - Doenças transmitidas por alimentos

Não houve nenhuma notificação ultimamente. Segundo o Centro de Saúde, são pouco frequentes, o que atribuem ao tipo predominante de alimentação da população, à base de arroz e feijão. Há relatos de casos muito esporádicos em pessoas que comem latifídeos.

12.7 - Raiva

12.7.1 - Levantamento da população canina

Segundo a opinião do Fiscal Sanitário, há aproximadamente 600 cachorros na zona urbana, sem vacinação, o que representa um meio propício para a propagação da doença.

Não existe captura e nenhum tipo de sacrifício dos animais vadios.

Somente em 1953 é que se processou uma vacinação de cães, pela Prefeitura e desde então, não houve revacinação.

Algumas pessoas procuram a vacina na cidade de Sorocaba, para vacinar seus cães particularmente.

Segundo o inquérito aplicado em Araçoiaba, obtivemos as seguintes porcentagens, na população entrevistada:

TABELA Nº III - 14

Porcentagem de cães declarados vacinados e não vacinados, existentes na zona urbana de Araçoiaba da Serra, em 1.972

EXISTÊNCIA DE CÃES	NÚMERO	%
Não há	107	55,9
Não vacinados	45	23,4
Vacinados a mais de 1 ano	24	12,5
Vacinados a menos de 1 ano	14	7,2
Não sabem a data da vacina	2	1,0
T o t a l	192	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

12.7.2 - Apesar da grande quantidade de cães vadios, segundo o Fiscal Sanitário, há u'a média de 12 pessoas mordidas por ano, e estas procuram a vacina anti-rá**bi**ca humana, na cidade de Sorocaba, já que no Município de Araçoiaba da Serra, não tem vacina anti-rábica canina e humana.

Pessoalmente, foi possível constatar, por entrevistas, que, com exceção do médico do Centro de Saúde, não existe outra pessoa com conhecimentos acerca do perigo da raiva. Quando há alguém mordido por cão, não sabem

o que fazer com a pessoa e com o cão. Essa pessoa precisa procurar os cuidados médicos em Sorocaba e o cão mordedor, fica sem nenhuma observação, na maioria das vezes.

12.7.3 - Conclusões e Sugestões

A. Toda comunidade do Município de Araçoiaba da Serra, encontra-se em perigo de contrair raiva, caso aí seja introduzido o vírus, pela grande quantidade de cães vadios, aí existentes.

B. Sugestões:

Que a Prefeitura solicite ajuda ao serviço de prevenção da raiva da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, expondo os problemas e perigos da população de Araçoiaba e, se estude a possibilidade de uma programação de vacinação e captura de cães vadios, para assim, proteger a população de tão terrível doença.

12.8 - Prevalência de cárie dental em escolares

12.8.1 - Levantamento

TABELA Nº III - 15

CPO estimado pelo índice de Viegas (método 2) em 300 escolares de ambos os sexos, segundo a idade, do GESC "Profª Maria Angélica Baillet" e Ginásio Estadual de Araçoiaba da Serra, em agosto de 1.972.-

IDADE	Nº ESC.	MID	MID	2 ICS	2 ICS	CPO-E
7	50	36	0,72	7	0,14	2,70
8	50	37	0,74	8	0,16	3,14
9	50	44	0,88	19	0,38	4,54
10	50	44	0,88	38	0,76	6,44
11	50	43	0,86	53	1,06	8,75
12	50	41	0,82	59	1,18	10,07
TOTAL	300	245	---	184	---	---

Legenda:

- Nº ESC. Número de escolares examinados
MID 1º molar inferior permanente atacado pela cárie (nº de)
MID MID médio
2 ICS Incisivos centrais superiores atacados pela cárie (nº de)
2 ICS 2 ICS médio
CPO-E Número médio de dentes permanentes atacados pela cárie

Durante o levantamento foi observado e anotado à parte, o número de crianças que tem tido assistência dentária: das 300 examinadas, apenas 8 frequentaram o dentista para tratamento conservador (3% aproximadamente), o que aliado a alta prevalência de cárie, nos dá a idéia das necessidades acumuladas existentes.

12.8.2 - Recursos

Quanto aos recursos, Araçoiaba da Serra conta com um Cirurgião Dentista, residente em Sorocaba, prestando 12 horas semanais de assistência à população, em sua clínica particular. Segundo esse profissional, a demanda maior é de extrações, embora não haja dados disponíveis para medi-la.

Segundo entrevistas realizadas com o Farmacêutico, Prefeito e outros, uma parte significativa da população procura recursos em Sorocaba, parecendo também ser significativo o número de pessoas que procuram na farmácia "um melhoral para dor de dentes".

O Grupo Escolar e o Ginásio Estadual (ensino de 1º grau), ambos funcionando no mesmo prédio, possuem um consultório dentário incompleto e ocioso, e que teve assistência dentária pelo Serviço Dentário Escolar de 1966 a 1968.

12.8.3 - Conclusões e Sugestões

Considerando:

- Ser a cárie dental ainda em nosso país, o problema "número um" da Odontologia Sanitária;

- ser o Serviço Dentário Escolar do Estado o órgão indicado para atuar (na escola) no terceiro Nível de Prevenção de Leavel e Clark "Diagnóstico precoce e pronto tratamento", atendendo às necessidades atuais de tratamento através da Odontologia Restauradora;

- ser o segundo Nível de Prevenção (dos mesmos autores) "Proteção específica" que nos oferece as melhores possibilidades de atender às necessidades futuras;

- ser o Flúor, um elemento que possibilita vários métodos comprovadamente eficientes para a prevenção da cárie, reduzindo sua incidência de aproximadamente .. 40% em aplicações tópicas e 38% em bochechos;

- ser a Auxiliar de Higiene Dental, um tipo de pessoal auxiliar simples e econômico, capacitado especialmente para:

- a. limpeza dos dentes
- b. aplicações tópicas
- c. instrução individual aos escolares sobre técnicas e cuidados de higiene oral; e

- por ser ainda impraticável a fluoretação da água de abastecimento público da cidade,

Sugerimos:

- que o Serviço Dentário Escolar do Estado:
- a. repare e complemente (com equipamento de alta rotação) o consultório do Grupo Escolar;
 - b. designe ou contrate um Cirurgião Dentista para esse estabelecimento;
 - c. contrate uma Auxiliar de Higiene Dental, também para o mesmo estabelecimento;
 - d. estude com a Prefeitura Municipal (através da Unidades Móveis ou de verba da Secretaria da Promoção Social ou ainda do FUNRURAL) a possibilidade de se estender a assistência dentária aos escolares da zona rural.

- que na impossibilidade de execução imediata das sugestões acima, a Prefeitura Municipal consiga junto ao Serviço Dentário Escolar:

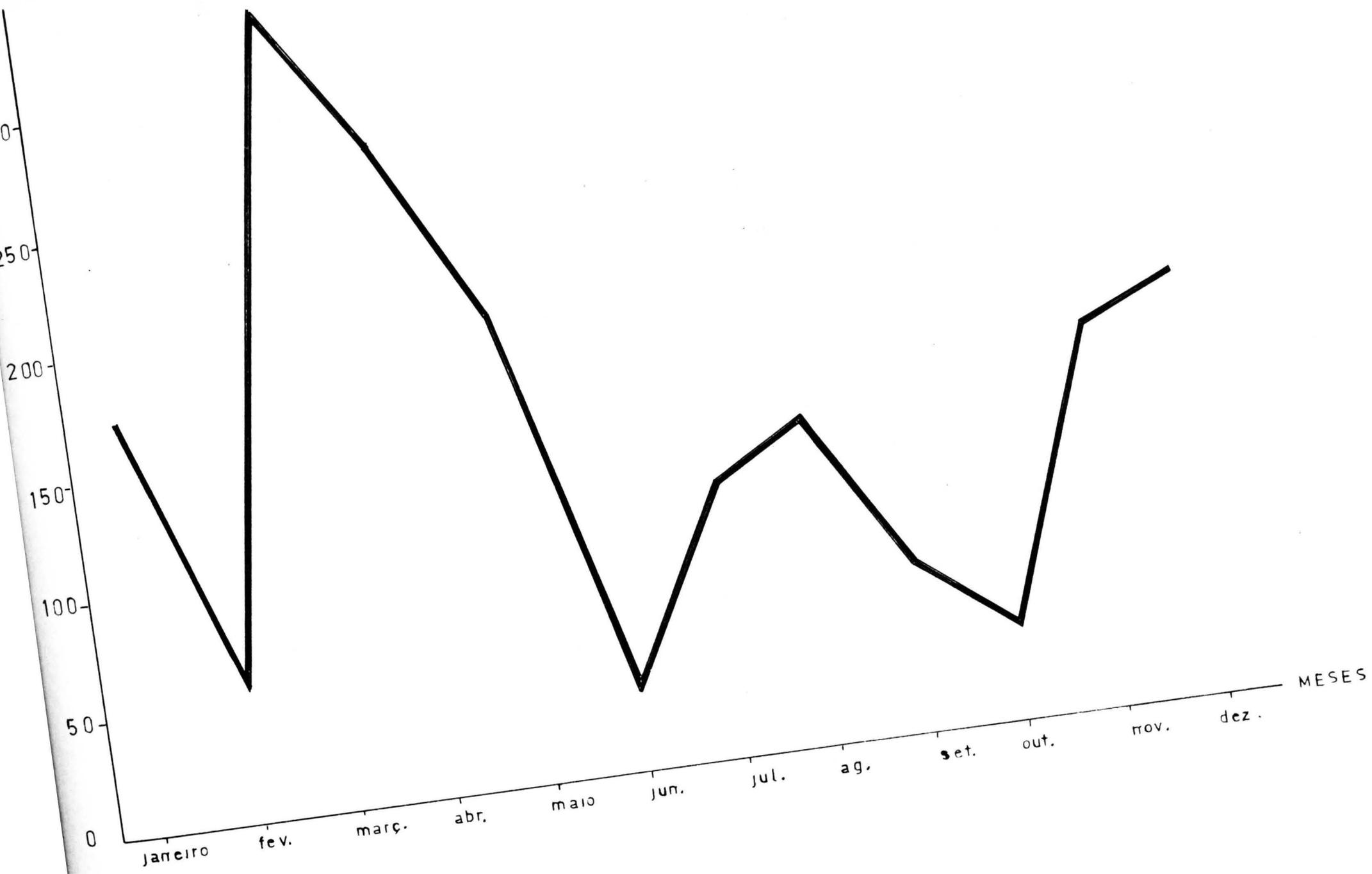
- a. o equipamento de alta rotação e material de consumo
- b. contrate, às suas expensas, um Cirurgião Dentista para prestar assistência aos escolares, sob a orientação e supervisão do Serviço Dentário Escolar;
- c. solução de Flúor a 0,2% para bochechos semanais dos escolares sob a orientação das professoras e supervisão do Serviço Dentário Escolar. Este método preventivo pode ser estendido aos escolares da zona rural.

- Educação e Saúde

Dado que entre a população entrevistada 23,5% procura a farmácia quando tem dor de dentes, 2,0% procura benzedor e 16,6% não procura nenhum recurso, há necessidade de um intenso programa de Educação em Saúde que deverá ser desenvolvido pelas professoras previamente treinadas, supervisionadas pelo dentista.

DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS COEF. MÉDIOS DE MORBIDADE POR
DISENTERIAS DIARR. GASTROENT. E VERMINOSES

p/ 100.000 hab.



DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS COEF. MÉDIOS DE MORBIDADE POR 100.000 HAB.

DOENÇAS RELACIONADAS COM A NUTRIÇÃO 1970-1971

ARAÇOIABA DA SERRA

coef. de m. p/ 100.000 hab.

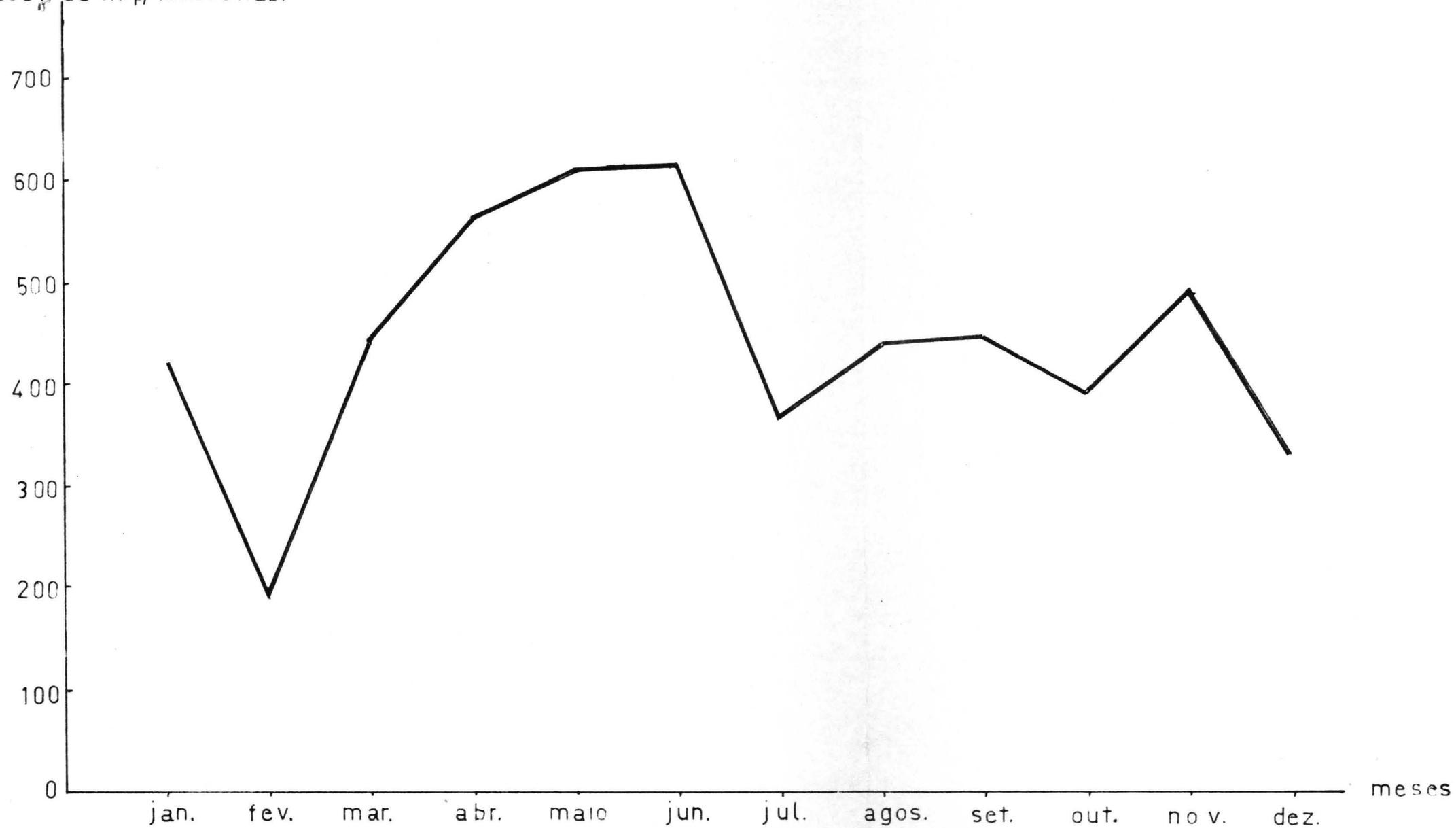
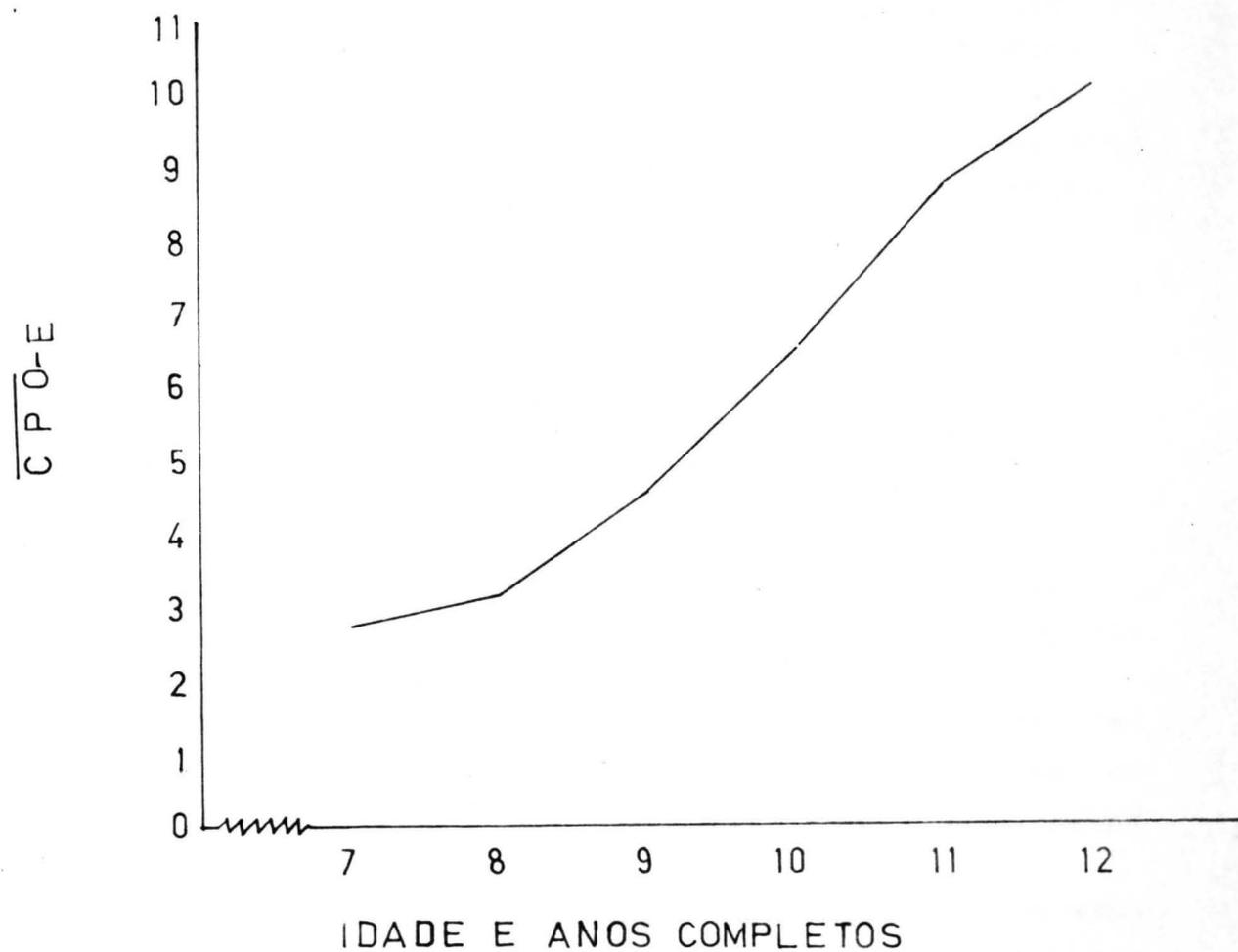


gráfico de

CPO estimado pelo índice de VIEGAS (método 2) em 300 escolares de ambos os sexos segundo a idade no GEsc. Profa. MARIA A. BAILOT e GINÁSIO ESTADUAL—ARAÇOIABA DA SERRA, agosto de 1972



FONTE: levantamento feito pelos alunos da FSP—USP

13. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MATERNA

13.1 - Avaliação Qualitativa

A avaliação de um programa de Saúde Materna, baseia-se no percentual de redução de mortalidades materna, peri-natal e neo-natal precoce.

Os dados impeditivos de nossa avaliação foram:

- A) Mortalidade Materna: nada consta que possa ser a êle relacionada.
- B) Mortalidade Neo-natal: os dados são questionáveis. As sim, encontramos:

1969 - 20,6 por 1.000

1970 - 27,9 por 1.000

1971 - 8,4 por 1.000

Observamos que houve uma queda abrupta inexplicável em 1.971. Não obtivemos dados objetivos para explicá-la. Por outro lado temos conhecimento que, em todo Estado de São Paulo, os programas de assistência pré-natal, apresentam grandes deficiências e, nos últimos 2 anos não houve uma maior adequação desse setor, para justificar a redução dessas taxas.

- C) Dados de Morbidade:

Deveríamos, quanto a esse aspecto, analisar:

a. Incidência de toxemia gravídica.- Os dados obtidos não fornecem elementos para avaliar as pacientes com Doença Hipertensiva específica de gestação (eclampsia e pré-eclampsia).

b. Número de nascidos prematuros:- Impossível detectar. Lembramos que 85% dos partos são domiciliares, segundo inquérito.

c. Abortamento, causas e número:- Não obtivemos dados. Preferimos não incluir no formulário perguntas em relação a aborto, por julgarmos que as respostas seriam rodeadas de omissão ou falhas de informações.

d. Identificação de sífilis e incompatibilidade sanguínea.- Na Unidade Sanitária não são realizados exames laboratoriais de rotina, por falta de cobertura de Laboratório; não nos sendo pois, possível computá-los.

e. Diagnóstico de moléstias associadas:- As fichas atuais de pré-natal, principalmente deste ano, apresentam-se incompletas.

13.2 - Avaliação Quantitativa

Far-se-ia por:

A) Idade da gestação no ato da matrícula:-

Não foi possível computar, por não constar o dado nas fichas.

B) Número de consultas efetuadas em continuação no Pré-Natal:

Não foi obtido por causa dos dados incompletos.

Concretamente, o médico da Unidade Sanitária, reserva para a atenção pré-natal 3 horas por semana, pois embora seja contratado para 4 horas, ocupa uma hora para orientação e providências administrativas.

Relacionando o número de horas mensais e considerando para consulta 15 minutos para cada gestante, para uma consulta bem mais detalhada, observamos que o médico pode atender 132 gestantes no ano.

O número de gestantes, calculado unicamente pelos dados disponíveis de nascidos mortos mais nascidos vivos (registrados em Araçoiaba da Serra), atingiu 241.

O número de gestantes matriculadas no Centro de Saúde foi 131, portanto dentro do número possível de ser atendido. A cobertura com base nesses dados, foi de 54,8% para os recém-nascidos vivos e natimortos em Araçoiaba.

O número de consultas para as 131 gestantes, totalizou 569, donde se poderia concluir que o número médio de consultas por gestante, foi bom.

13.3 - Análise dos dados colhidos pelo formulário

Através do inquérito aplicado, verificamos que a saúde materna em Araçoiaba da Serra, apresenta as características:

13.3.1 - Em relação a todos os filhos nascidos de mães residentes em Araçoiaba, 76% delas declaram não terem feito Pré-Natal. Consideramos Pré-Natal uma frequência mínima de 3 consultas durante a gestação, em meses diferentes.

13.3.2 - Dentre os partos relatados, 85% foram domiciliares.

13.3.3 - Relacionando-se Pré-Natal com escolaridade, verificou-se que as mães com nível primário completo ou incompleto, procuram aquele Serviço em maior proporção (25,5%) que as analfabetas (5,4%). Nas demais faixas de escolaridade, preferimos não chegar a conclusões, pelo pequeno tamanho da amostra.

13.3.4 - A faixa com renda familiar mensal de 0 + 200 cruzeiros mensais, apresenta menor porcentagem

de assistência ao pré-natal, em comparação com as demais faixas.

Nas faixas de renda maior, as diferenças são pequenas para ter algum significado.

13.3.5 - Relacionando-se escolaridade com local de parto, observamos que a mesma não influiu na escolha de local de parto. Comparamos apenas as mães alfabetizadas com as analfabetas.

13.3.6 - Na faixa com renda familiar 0 — 200 houve maior contingente de partos domiciliares.

Nas demais faixas, as diferenças são pequenas.

13.3.7 - Relacionando-se a assistência pré-natal com o local de parto, verificamos que:

A assistência pré-natal não teve influência no local de parto.

13.3.8 - As mães que têm atualmente 40 ou + anos, procuraram, em menor proporção, a assistência pré-natal, por ocasião de suas gestações.

(Vide tabelas a seguir).

TABELA Nº III - 16

Relação entre a Escolaridade da Mãe e Frequência ao Pré-Natal
Na zona urbana de Araçoiaba da Serra

ESCOLARIDADE PRÉ-NATAL	ANALFABETOS		PRIMÁRIO		GINASIAL		SUPERIOR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	11	5,4	130	29,5	2	10,5	2	100,0	156	22,0
Não	181	94,0	310	69,5	9	47,3	-	-	540	76,0
Não sabe	2	0,6	4	1,0	8	42,2	-	-	14	2,0
T o t a l	194	100,0	444	100,0	19	100,0	2	100,0	710	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº III - 17

Relação entre a renda familiar e a frequência Pré-Natal, em Araçoiaba da Serra (zona urbana)

RENDFA- MILIAR ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	0 |----- 200		200 |----- 500		500 |----- 1000		1000 ou +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	14	9,8	63	23,3	53	29,0	26	23,0	156	22,0
Não	120	83,9	203	75,0	130	71,0	87	77,0	540	76,0
Não sabe	9	6,3	5	1,7	-	-	-	-	14	2,0
T o t a l	143	100,0	271	100,0	183	100,0	113	100,0	710	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972



TABELA Nº III - 18

Relação entre Escolaridade da Mãe e local do Parto, na zona urbana do Município de Araçoiaba

LOCAL DO PARTO	ESCOLARIDADE		ANALFABETOS		PRIMÁRIO		GINASIAL		COLEGIAL		SUPERIOR		TOTAL	
				%		%		%		%		%		%
Domicílio	178	88,0	399	82,0	16	-	14	-	-	-	607	85,0		
Hospital	25	12,0	61	18,0	6	-	9	-	2	-	103	15,0		
T o t a l	203	100,0	460	100,0	22	-	23	-	2	-	710	100,0		

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº III - 19

Relação entre renda e local do Parto no Município de Araçoiaba da Serra (Zona urbana)

LOCAL DO PARTO \ RENDA	0 |----- 200		200 |----- 500		500 |----- 1000		1000 ou +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Domicílio	143	92,8	215	82,5	150	86,2	99	81,2	607	85,4
Hospital	11	7,2	45	17,5	24	13,8	23	18,8	103	14,6
T o t a l	154	100,0	260	100,0	174	100,0	122	100,0	710	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº III - 20

Relação entre a assistência Pré-Natal e local de nascimento na zona urbana de Araçoiaba da Serra

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	LOCAL		HOSPITAL		TOTAL	%
	DOMICÍLIO					
Sim	130	21,4%	26	25,2%	156	21,9
Não	467	77,0%	73	70,9%	540	76,2
Não sabe	10	1,6%	4	3,9%	14	1,9
T o t a l	607	100,0%	103	100,0%	710	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº III - 21

Relação entre Assistência Pré-Natal e idade atual das mães da zona urbana de Araçoiaba da Serra

IDADE ATUAL \ ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	13 |—— 20		20 |—— 30		30 |—— 40		41 e +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	28,5	41	41,5	63	41,0	50	11,0	156	21,9
Não	2	28,5	55	55,4	87	56,4	396	88,1	540	76,2
Não sabe	3	43,0	3	3,1	4	2,6	4	0,9	14	1,9
T o t a l	7	100,0	99	100,0	154	100,0	450	100,0	710	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

13.3.9 - Conclusões e Sugestões

Saúde e doença são considerados como resultados da inteiração biológica e social do homem ao ambiente.

O planejamento de Saúde deve visar a proteção do indivíduo contra as agressões que dificultam sua adaptação e o momento oportuno para iniciar sua ação é desde o início de desenvolvimento do novo ser.

A mortalidade materna indica as condições desfavoráveis, nos países em desenvolvimento e sub-desenvolvidos. A gestação acarreta aumento de manifestação de condições mórbidas e estas, refletem-se na mortalidade materna, taxas de prematuridade, natimortalidade fetal e tardia.

Apesar das dificuldades encontradas na análise dos dados, considerando informações como a de que 85% das mães tiveram partos domiciliares, independentes da atenção pré-natal, propomos:

a. Urgência de assistência materna adequada aos recursos disponíveis.

b. Necessidade de cobertura das gestantes, com vacinação anti-tetânica, principalmente da zona rural.

c. Aceitação das parteiras empíricas, como necessárias na atual fase de desenvolvimento de Araçoiaba não como substitutas de profissional, mas como elemento ativo da comunidade, dando solução temporária aos problemas de assistência ao parto.

O treinamento de "curiosa" fará com que a mesma colabore para que mais facilmente seja aceita a Unidade Sanitária.

14. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA

O estudo epidemiológico de mortalidade infantil, classifica as causas-mortis em 2 categorias:

a. as devido a fatores ambientais, tais como desnutrição e moléstias infecciosas.

b. as devido a causas endógenas (fatores hereditários, anomalias congênitas ou conseqüências do parto).

Pretendendo-se fazer uma análise da situação da saúde da criança de Araçoiaba da Serra, procurou-se dados que permitisse uma avaliação. Encontrou-se aqui, as mesmas dificuldades relatadas em relação à saúde materna - a inexistência de dados na Unidade Sanitária, Regional de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

Através de nosso inquérito, obtivemos:

14.1 - Relacionando-se a escolaridade das mães com a amamentação, verificamos que as mesmas, com nível de escolaridade primário, amamentaram em maior proporção do que os analfabetos, com porcentagens 74,0% e 84,0% respectivamente. Nas demais faixas de escolaridade, não fizemos a análise devido ao pequeno tamanho da amostra.

Nota:- Não fizemos testes estatísticos de significância.

14.2 - Observando a idade de introdução de alimentos com sal, verificamos que, 95% das crianças, receberam alimentos com sal no primeiro ano de vida e somente 26,3% receberam-na dentro da faixa de 4 a 6 meses, exclusive.

14.3 - Procuramos também estabelecer alguma relação entre a renda familiar e o número de filhos que faleceram com menos de um ano. O pequeno número da amostra dificulta maiores conclusões.

(Vide tabelas III-22, III-23 e III-24).

14.4 - Conclusões e Sugestões

Considerando-se fatores já apontados com relação às condições de saúde materna e da criança, convém reforçar que, os problemas específicos da criança agravam-se consideravelmente, nos países menos desenvolvidos, onde as enfermidades transmissíveis e a desnutrição não as causas de maior mortalidade infantil.

A falta de conhecimentos das mães, sobre puericultura, associada ao deficiente saneamento do meio e baixo poder aquisitivo, contribuem para que seja elevada a mortalidade infantil.

Consideramos imprescindível um programa educativo, pois os tabus e as crenças relacionadas à gestação, puerpério e à criança, dificultam muitas vezes, o desenvolvimento de programa de saúde materna e infantil.

Como proposições básicas, para qualquer programação para a criança, devemos considerar:

a. a análise dos fatores epidemiológicos relacionados com a mortalidade infantil.

b. organização de programa que permita hierarquizar os problemas de saúde de Araçoiaba da Serra, determinando um sistema de prioridades, adaptado aos recursos disponíveis.

Fundamentalmente, o programa de saúde materna e da criança, deverá fornecer assistência integral preventiva e curativa, objetivando diminuir a morbidade e mortalidade materna-infantil.

TABELA Nº III - 22

Relação entre escolaridade da Mãe e amamentação ao seio, na zona urbana de Araçoiaba da Serra

ESCOLARIDADE AMAMENTAÇÃO	ANALFABETOS		PRIMÁRIO		GINASIAL		COLEGIAL		SUPERIOR		TOTAL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	Nº	%
Sim	155	74,0	394	84,0	15	93,7	20	86,9	2	100,0	586	82,5
Não	43	26,0	77	16,0	1	6,3	3	13,1	-	-	126	17,5
Não sabe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T o t a l	198	100,0	471	100,0	16	100,0	23	100,0	2	100,0	710	100,0

- Fonte: Inquérito aplicado em Araçoiaba da Serra, pelos alunos da FSPUSP - 1972

TABELA Nº III - 23

Idade de introdução de alimentos de sal, na zona urbana de Araçoiaba da Serra

IDADE EM MESES	NÚMERO ABSOLUTO	%
0 |----- 4	51	7,1
4 |----- 6	186	26,3
6 |----- 9	357	50,4
9 |----- 12	79	11,1
12 meses ou +	8	1,1
Não introdução	3	0,4
Não sabe	26	3,6
T o t a l	710	100,0

- Fonte: Inquérito aplicado em Araçoiaba da Serra pelos alunos da FSPUSP - 1.972.

TABELA Nº III - 24

Relação entre renda familiar e número de filhos que faleceram com menos de 1 ano

RENDA - Cr\$	Nº DE FILHOS FA- LECIDOS, MENORES DE 1 ANO	%
0 |----- 200	35	30,9
200 |----- 500	37	32,7
500 |----- 1000	31	27,6
1000 ou +	10	8,8
T o t a l	113	100,0

- Fonte: Inquérito aplicado pelos alunos da FSPUSP - 1972

IV - RECURSOS DA COMUNIDADE

1. PROFISSIONAIS

Médico:- residente em Sorocaba. Trabalha no Centro de Saúde, 4 horas por dia, sendo funcionário da Secretaria do Estado da saúde.

Dentista:- residente em Sorocaba. Mantém uma clínica particular atendendo ali, 3 vezes por semana por algumas horas.

Farmacêutico:- residente em Araçoiaba da Serra. Tem farmácia sob sua administração (vide recursos da comunidade).

Advogado:- residente em Araçoiaba, porém não mantém na cidade, escritório de advocacia.

2. NÃO PROFISSIONAIS

2.1 - "Curiosas"

Ao que pudemos apurar, atuam no Município algumas curiosas, tendo sido detectadas pela equipe 4 delas, uma das quais, residente na zona rural.

Segundo informações prestadas, três delas negam estar atuando presentemente, dado as facilidades das mulheres em recorrer aos hospitais dos Municípios próximos, onde há assistência hospitalar.

Uma delas tem experiência como atendente hospitalar, informando ter recebido orientações para assistência ao parto. As demais, ao que apuramos, não receberam treinamento para esse fim sob orientação de profissional devidamente habilitado.

O grau de escolaridade é de primário completo e incompleto. Pelas entrevistas aplicadas por médica e enfermeira, utilizando-se perguntas que pudessem avaliar a conduta na assistência ao parto, constatou-se a intervenção inadequada em certas ocasiões e complicações, retardo nas providências (evitam recorrer à ajuda médica), indução ao parto, assistência incompleta ao recém-nascido (Exemplo: ausência de antissepsia ocular).

2.2 - Conclusões

Pelo grande número de partos domiciliares apontados pelo inquérito aplicado na população amostral e, pelo grau de ruralismo aparente da mesma, onde sabe-se haver uma tendência à conservação de costumes e preferência pela assistência de "leigos de confiança", deduz-se a possibilidade de haverem mais curiosas atuantes, principalmente na zona rural.

Por outro lado, pelas constatações referidas no ítem anterior, reputamos importante um treinamento para curiosas. Tal treinamento, além de visar o aprimoramento da assistência que essas senhoras possam oferecer, é encarado, baseado em experiências anteriores, como uma oportunidade de aproximação entre o Centro de Saúde e a comunidade.

2.3 - Sugestões

Que a DRS-4, através das enfermeiras regional e distrital avalie a indicação e viabilidade de curso de treinamento de curiosas.

Como contribuição, oferecemos, em anexo, um esquema de programa para tal.

3. LABORATÓRIOS

Não há nenhum laboratório no Município. Os exames considerados necessários e extremamente importantes, são encaminhados a Sorocaba, sendo que os gratuitos são realizados, na sua maioria, pela Faculdade de Medicina de Sorocaba.

A perspectiva da inauguração de uma filial do Instituto Adolfo Lutz, em Sorocaba, é aguardada com ansiedade pela equipe do Centro de Saúde de Araçoiaba.

4. FARMÁCIAS

Em Araçoiaba há uma farmácia em funcionamento atualmente, já tendo havido, no passado, uma outra.

4.1 - Farmácias particulares

O farmacêutico é graduado em nível superior.

A administração é realizada pelo proprietário, Sr. José Antonio Nogueira. Conta com um auxiliar.

Quanto às condições de conservação e higiene, foram consideradas regulares. Dispõe de dois locais: farmácia propriamente dita e laboratório.

Tipos de atendimento à população:

- a. Tratamentos de urgência.
- b. Venda e ministração de medicamentos em geral.
- c. Encaminhamento de pacientes à Sorocaba, que necessitem de assistência médica-hospitalar, com o auxílio da Prefeitura.
- d. Primeiros socorros em caso de ferimentos e fraturas.

A compra de medicamentos, é feita dos fornecedores que vêm ao estabelecimento, em dezenas de unidades, e são renovados segundo a necessidade.

O estabelecimento recebe a visita do Fiscal Sanitário, uma vez por mês.

Segundo informações do farmacêutico, providenciam atestado de óbito, com duas testemunhas, quando não houve assistência médica.

Pela inexistência de recursos médicos, fazem a hidratação de pacientes que a requerem, inclusive no domicílio.

A farmácia dispunha na ocasião da visita dos alunos da FSP-USP, basicamente de: antibióticos (tipo Penicilina), sulfas (Sulfadiazina, Sulfaguanidina), vermífugos (à base de Piperazina e Thiabendazole), analgésicos, antiácidos e outros. Informam não vender produtos entorpecentes e psicotrópicos.

4.1.1 - Observações e recomendações

As vacinas ali encontradas (tríplice), estão fora de geladeira. Para melhor conservação e principalmente em se tratando de produto do Butantan, há necessidade da guarda em geladeira, para evitar-se deterioração e garantia da eficácia.

Para uma segura esterilização de material, recomendamos a aquisição de estufa ou panela de pressão adaptada para tal fim.

Há necessidade de melhoria das condições higiênicas.

5. UNIDADE SANITÁRIA

5.1 - Número e tipos:

No Município em questão há apenas uma Unidade Sanitária, isto é, um Centro de Saúde tipo V, segundo a classificação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Segundo o artigo 2º, ítem 3, do Decreto nº 50.192 de 13-8 de 1968, publicado no Diário Oficial de 7-6-1972, o Centro de Saúde V tem a responsabilidade de executar o "programa mínimo", compreendendo:

- a. Imunizações e, eventualmente, quimioprofilaxia.
- b. Saneamento do meio.
- c. Visitação sanitária
- d. Educação sanitária
- e. Assistência médico-sanitária fixa ou intermitente.

5.2 - Localização

O Centro de Saúde de Araçoiabadda Serra, localiza-se na zona urbana, na região central da cidade, na Praça das Bandeiras, sem número, ocupando prédio construído pela Legião Brasileira

ra de Assistência.

5.3 - Verbas e pessoal existente

Segundo informações do Distrito Sanitário, a única verba reservada para a Unidade Sanitária, é a correspondente à retribuição salarial que os funcionários percebem atualmente:

TABELA Nº IV - 1

Pessoal e verbas da Unidade Sanitária

PESSOAL	SALÁRIO MENSAL (Cr\$)	TOTAL ANUAL (Cr\$)
Médico	1.001,04	12.012,48
Visitadora sanitária	624,00	7.488,00
Fiscal Sanitário	720,00	8.640,00
Atendente	412,38	4.948,56
Atendente	354,00	4.248,00
Servente	366,92	4.403,04
Servente	296,00	3.552,00
T O T A L	3.774,34	45.292,08

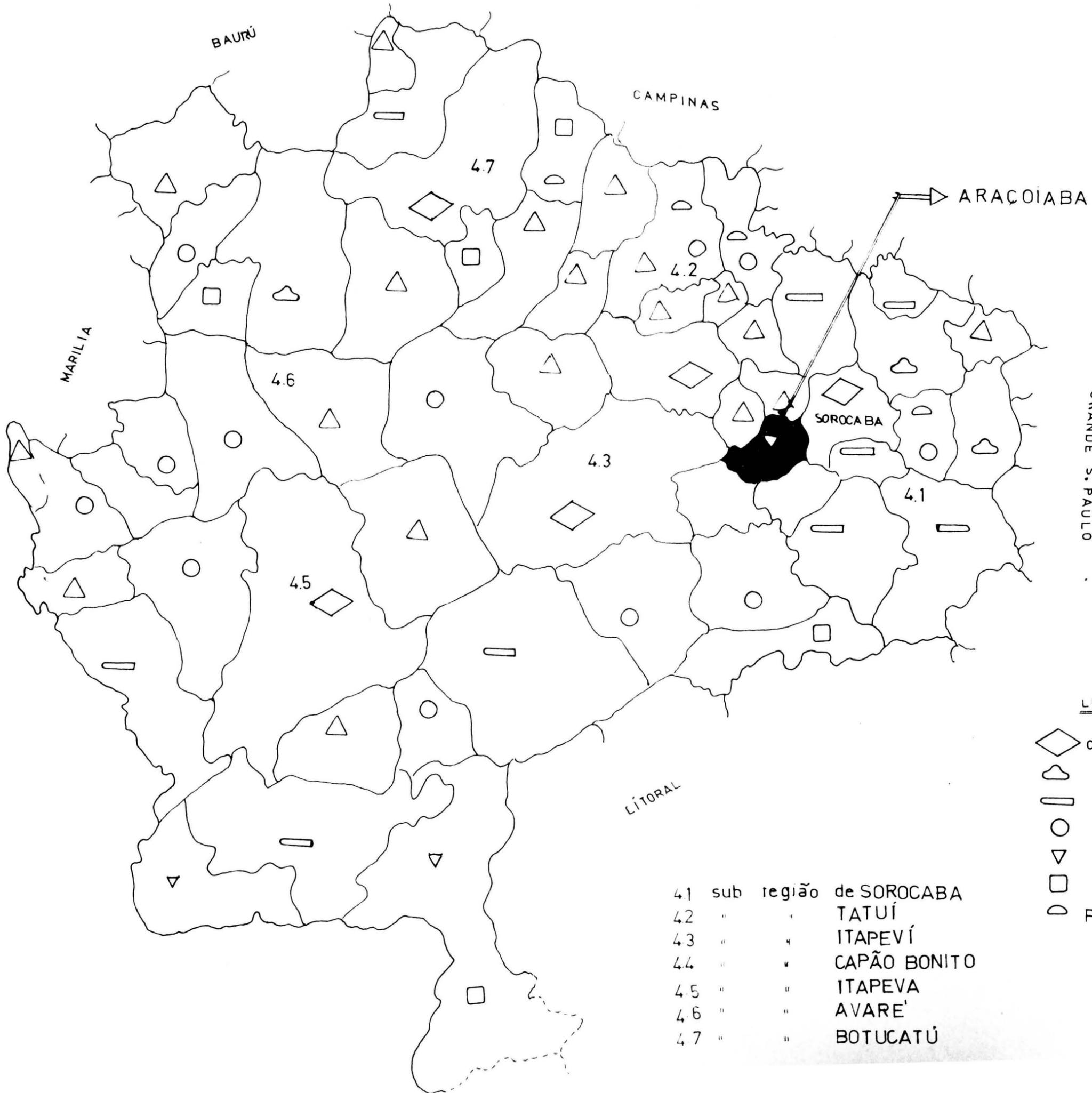
- Fonte: DRS-4

Nota: Segundo previsto pela Secretaria de Estado da Saúde, o C.S. V comporta: médico, visitador(a), fiscal sanitário, escriturário, 3 atendentes e 1 servente.

5.4 - Dependência administrativa e técnica

Conforme mostra o organograma, é a seguinte a dependência da Unidade Sanitária, em relação aos órgãos superiores:

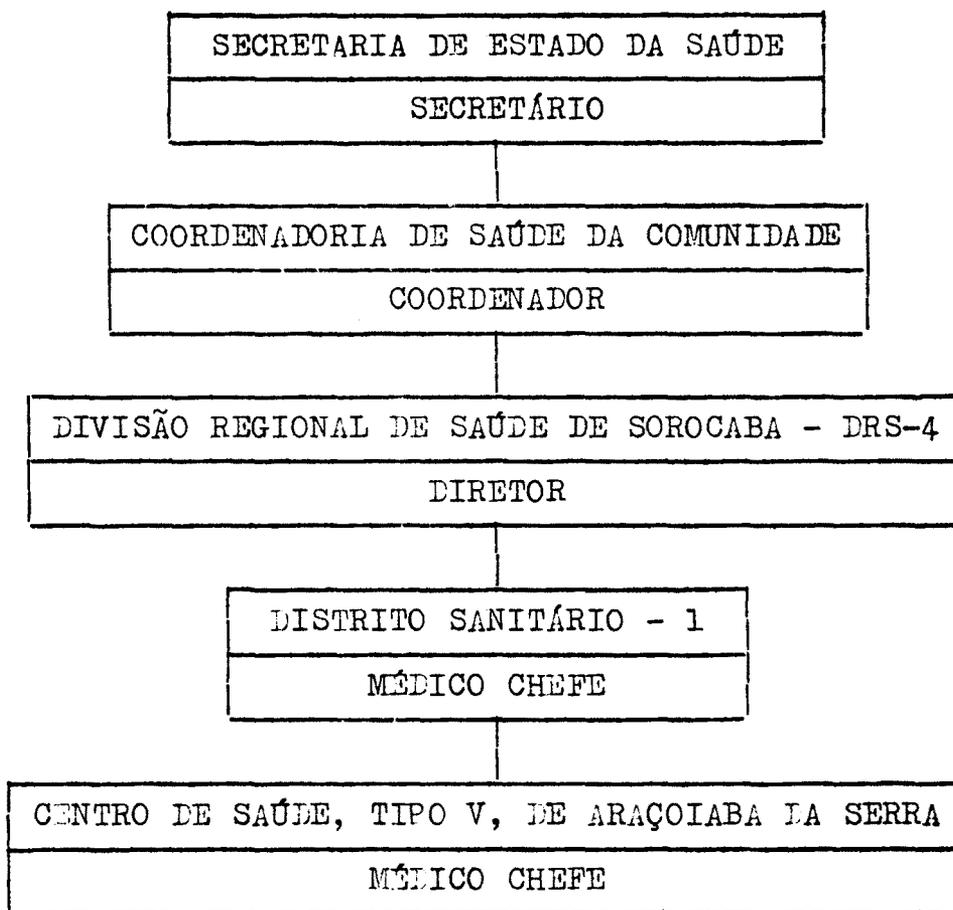
COORDENADORIA DE SAUDE DA COMUNIDADE.
 DRS - 4 REGIAO SOROCABA



LEGENDA

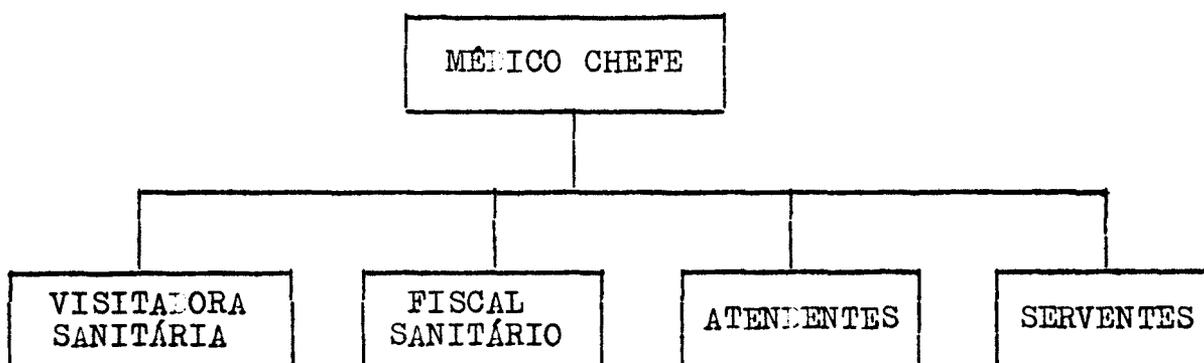
- ◇ CENTRO DE SAUDE I
- ☁ " " " II
- ▭ " " " III
- " " " IV
- ▽ " " " V
- " " " VI
- ◐ PAS

- 4.1 sub região de SOROCABA
- 4.2 " " TATUI
- 4.3 " " ITAPEVI
- 4.4 " " CAPAO BONITO
- 4.5 " " ITAPEVA
- 4.6 " " AVARE
- 4.7 " " BOTUCATU



Por outro lado, a estrutura, no momento, é a seguinte:

CENTRO DE SAÚDE DE ARAÇOIABA DA SERRA



5.5 - Entrosamentos

Não há entrosamentos oficiais com outras entidades.

Informalmente, a Unidade Sanitária se relaciona com a Prefeitura Municipal, Hospital Regional de Sorocaba e Faculdade de Medicina de Sorocaba

5.6 - Nº de consultas

TABELA Nº IV - 2

NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NA UNIDADE SANITÁRIA
EM 1.971, POR TIPO DE ASSISTÊNCIA

TIPO DE ASSISTÊNCIA	Nº DE CONSULTAS					
	C L I E N T E S					
	SADIOS	%	DOENTES	%	TOTAL	%
S. Materna	566	33,4	3	0,40	569	23,9
S. Infantil	1.013	60,8	469	60,40	1.482	59,4
S. Pré-Escolar	86	5,2	188	24,20	274	11,1
S. Escolar	23	1,4	117	15,00	140	5,6
T o t a l	1.688	100,0	777	100,00	2.465	100,0

- Fonte: Centro de Saúde de Araçoiaba da Serra

5.7

TABELA Nº IV - 3

IMUNIZAÇÕES FEITAS PELA UNIDADE SANITÁRIA DE ARAÇOIABA
DA SERRA, EM 1.971

VACINAS	DOSES					
	TRÍPLICE	DUPLA	SABIN	ANTI-VARIÓLICA	ANTI-SARAMPO	TOTAL
Primeira	413	161	308	471	36	1.389
Segunda	275	119	207	-	-	601
Terceira	248	90	215	-	-	553
Reforços e ou revacinação	21	6	517	10	-	554
T o t a l	957	376	1.247	481	36	3.097

- Fonte: Centro de Saúde de Araçoiaba da Serra

Da tabela acima, observa-se que 60% das crianças que começaram a vacinação tríplice (DPT) tomaram as três doses, e em relação à dupla (DT), 55%; quanto à Sabin, 69% das iniciantes, receberam as 3 doses. Nota-se que a maior porcentagem de desistências ocorre entre a 1ª e a 2ª dose.

Estranhamos a alta porcentagem de primo-vacinações anti-variólicas, numa fase de Consolidação de Campanha, quando se esperava só necessitarem da vacina, os nascidos recentemente.

Apuramos que só dão carteira de saúde, mediante a vacinação anti-variólica, independente do tempo da vacinação anterior.

Por outro lado, é bastante reduzida a vacinação contra o sarampo.

Não nos foi possível calcular a cobertura vacinal da população, por não dispormos da mesma, dividida em faixas etárias.

Quanto à procedência das vacinas, constatamos que a DPT, DT, Anti-Variólica, vêm do Instituto Butantan; a Sabin, do Connaught Medical Research Laboratories, do Canadá; a contra Sarampo, do Merck Sharp & Dohme, dos E.E.U.U.. Estavam devidamente acondicionadas e conservadas em refrigerador.

5.8 - Outras atividades

Foi-nos informado que a Unidade Sanitária, além das consultas médicas, imunizações, faz a distribuição de medicamentos e leite em pó, fornecidos pelo Estado ou amostras grátis de medicamentos conseguidos pelo médico.

Além disso, são fornecidas carteiras de Saúde, atestados médicos, atestados de vacina.

Quanto à fiscalização sanitária, na opinião da equipe que ali estagiou, foi considerada insuficiente.

5.9 - Como já mencionamos, acima, a Unidade está inclusa dentro das atividades da Fase de Consolidação da Erradicação de Variola.

5.10- Não encontramos elaborado nenhum Programa de Trabalho.

5.11- Educação em Saúde

Verificou-se através das entrevistas realizadas em Araçoiaba da Serra, que apenas 8,22% da população, procura o Centro de Saúde em primeiro lugar, em caso de enfermidade na família, enquanto que 50,01% procuram o farmacêutico local e 29,79% médico, em Sorocaba.

Isso requer a reavaliação dos serviços fornecidos pela Unidade Sanitária e, um programa de Educação em Saúde, como tentativa de solucionar o problema, a fim de:

- a. levar a população a compreender as finalidades do Centro de Saúde (tratamento, prevenção e promoção de saúde) e utilização de seus serviços atendendo a essas finalidades;
- b. fazer com que a população conheça o Centro de Saúde e os serviços por êle prestados;
- c. treinamento do pessoal, melhoria de serviços e relações humanas, para a participação consciente de todos, num comum desenvolvimento de esforços, objetivando mudança de conhecimentos, crenças, atitudes e comportamento.

Em relação aos aspectos mais específicos, seria necessário enfatizar os seguintes tópicos:

5.11.1 - Saúde materno-infantil

Verificamos através dos formulários, que apenas 21,8% das mães entrevistadas fizeram pré-natal, e que ... 76,0% não procuraram tal serviço. Com relação à assistência ao parto, 85,5% tiveram seus filhos em casa, enquanto que apenas 14,5% procuraram hospital.

Seria oportuno portanto, sugerir um programa educativo para esclarecimento da população, quanto à necessidade e importância do serviço pré-natal e adequada assistência ao parto.

5.11.2 - Imunização

Em relação à importância da vacinação infantil, pelo formulário aplicado, verificou-se que 90,2% considera a vacina importante; 3,6% não a considera; 6,29% não sabe.

Entre as 90,2% que consideraram importante, 83,3% mencionaram a vacinação como fator importante para se evitar doenças, o que demonstra adequado conhecimento com referência ao valor das imunizações.

5.11.3 - Raiva

Quanto ao problema da raiva, em 55,9% das casas entrevistadas não há cachorro e em 44,19% sim, das quais 23,4% não são vacinados.

Verifica-se pois, a necessidade de educação sanitária da população sobre o assunto raiva, especificamente quanto aos pontos ressaltados no informe específico ao assunto.

5.11.4 - Recomendações

Nos programas a serem desenvolvidos, em Araçoiaba da Serra, atingiremos mais o grupo católico, que representa 88,09% da população entrevistada. Como meios de comunicação de massa, deve-se recorrer à: Rádio Clube PRD-7 de Sorocaba, com 44,5% de audiência, que atinge inclusive a população analfabeta; o jornal Cruzeiro do Sul de Sorocaba que conta com 42,1% de leitores, bem como aos líderes Antonio Berto, José Nogueira e Zoraide Berto

5.12- Conclusões em relação à Unidade Sanitária

Destacamos os seguintes aspectos:

5.12.1 - Suas responsabilidades vêm sendo cumpridas parcialmente.

- 5.12.2 - A estrutura administrativa é, aparentemente, respeitada.
- 5.12.3 - O médico, até o presente, ali comparece diariamente e informa não haver problemas quanto à falta de funcionários.
- 5.12.4 - A inexistência de programas com metas definidas, é um dos entraves à ação integrada e rendosa.
- 5.12.5 - A Unidade conta com irregularidade no atendimento de seus pedidos, consertos e remessa de material.
- 5.12.6 - A Unidade não dispõe de verba para pronto pagamento de pequenos serviços que poderiam ser feitos no município.
- 5.12.7 - Somente o pessoal auxiliar de enfermagem já recebeu algum adiestramento, assim mesmo, em caráter de emergência e bastante reduzido. Isso ocorre porque o Serviço de Enfermagem da Secretaria do Estado da Saúde se acha em fase de organização desde o nível central ao local, tendo as únicas enfermeiras existentes na DRS-4, assumido exercício em fins de 1.970.

Anteriormente ao ingresso dessas enfermeiras, o pessoal de Araçoiaba da Serra nunca havia sido alcançado por programas de treinamento.

- 5.12.8 - A supervisão dos funcionários limita-se, ao que parece, à uma observação descontínua da sua atuação. Em relação ao pessoal de enfermagem, fomos informados que a enfermeira distrital responde, sozinha por 15 municípios e tem dificuldades de transporte.
- 5.12.9 - Há falta de pessoal: a inexistência do escriturário, implica na ocupação de um dos atendentes para tais tarefas.
- 5.12.10- A Unidade carece de dinamismo. Não estão sendo feitas visitas domiciliares por ter a visitadora assumido em princípios de 1.972 e não ter completado seu treinamento de forma a autorizar sua plena ação junto à comunidade. Segundo o Distrito, isso se deve à problemas de falta de verba.
- 5.12.11- Quanto à capacidade instalada, consideramos sua área acanhada, com dificuldades à circulação. Ressaltamos o uso comum de salas para diversas atividades, não permitindo entrevistas com maior privacidade ou tranquilidade para orientações. Há falta de W.C. para o público e local para lavagem de roupa da Unidade.

- 5.12.12- Há falta de equipamento e material básico, por exemplo: armários fechados, para guarda de medicamentos e material enterilizado; estufa ou panela de pressão para esterilização; instrumentais para curativos; seringas suficientes de forma a não mais usarem u'a mesma seringa, para vários pacientes; soluções antissépticas para curativos; cubas ou bandejas; seringa própria para PPD. etc.
- 5.12.13- Os impressos e modelos existentes, não preenchem os requisitos mínimos de racionalidade e facilidade de registros. Por outro lado, mesmo esses, são preenchidos incompletamente.
- 5.12.14- A técnica de esterilização de material, é deficiente. Exemplo: fervura de seringas montadas.
- 5.12.15- As técnicas de prestação de cuidados, por parte do pessoal de enfermagem, necessitam ser revistas: aplicação de injeções, mensuração e pesagem de clientes, ministração de vacina oral, etc.
- 5.12.16- Não notamos preocupação dos membros da equipe de saúde em complementar suas tarefas com atividades educativas.
- 5.12.17- Desperdício de tempo e movimento, por todos os funcionários da Unidade. Deficiência no cumprimento de tempo regulamentar de trabalho, por parte do profissional existente.
- 5.12.18- Não constam quaisquer anotações sobre o estado nutricional dos pacientes, nos seus prontuários.
- 5.12.19- Deficiência no registro de dados e documentação das atividades executadas.

5.13- Sugestões

A unidade sanitária, única agência de saúde do município e responsável por coordenar as atividades da saúde do mesmo, necessita:

5.13.1- Organização

Reavaliação de suas condições, recursos e serviços existentes. Elaboração de programas com objetivos e metas; implantação de critérios de avaliação; melhoria dos registros e notificações; ampliação ou construção do novo prédio, segundo previsto para C.S. - V; complementação do pessoal e material em falta.

5.13.2 -Motivação do pessoal, ressaltando-se seus papéis e responsabilidades. Melhoria salarial condizente com os mesmos.

- 5.13.3 - Treinamento de pessoal e supervisão mais constante. Isso se aplica indistintamente à toda equipe de saúde, visando aperfeiçoá-la para as ações dentro do espírito de Saúde Pública.
- 5.13.4 - Completar o mais breve possível, o treinamento da visitadora, para que ela dinamize mais a Unidade
- 5.13.5 - Entrosamentos com os Hospitais de Sorocaba e Taubaté, ou outras instituições, de outros municípios às quais recorram os clientes de Araçoiaba da Serra. Continuar o entrosamento com a Prefeitura local, para facilitar a remoção dos enfermos.
- 5.13.6 - Maior ação junto às escolas, indústrias, estabelecimentos comerciais, etc., onde se faça necessária a participação de profissionais de saúde e ou fiscalização sanitária, com preocupações educativas.
- 5.13.7 - Que a Regional e o Distrito reanalisem os dados de produção, relatórios e apure as dificuldades sentidas pela Unidade.
- 5.13.8 - Que a Unidade Sanitária assuma suas responsabilidades educativas de forma mais eficiente, principalmente em relação aos aspectos apontados.

6. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O Município de Araçoiaba, como já dissemos anteriormente, não possui hospital. A comunidade é servida pelos hospitais dos municípios vizinhos, principalmente Sorocaba.

A Prefeitura do Município mantém um serviço de ambulâncias (2) que transportam para os hospitais de Sorocaba todas as pessoas que necessitam de atendimento médico-hospitalar (em média, 4 pessoas por dia). O custo global desse serviço, não atinge Cr\$ 1.500,00 mensais, conforme informações das autoridades municipais.

Em levantamento realizado, nos nove hospitais de Sorocaba, obtivemos todas as internações de pacientes de Araçoiaba da Serra, no período de janeiro a julho de 1.972, com os respectivos diagnósticos e dias de permanência. Essa coleta de dados foi feita com a finalidade de calcular a demanda de leitos e estimar um coeficiente para aquela comunidade. Os dados obtidos se encontram nas tabelas IV - 4 e IV - 5. A população com direito à assistência previdenciária está representada na tabela IV - 6.

Muitos fatores devem ser considerados ao se fazer um cálculo de necessidades de leitos, para a comunidade; para isso, consideramos:

- a. A disciplina de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da USP, considera razoável um índice de 2,5 leitos

por 1.000 habitantes, para aquele tipo de comunidade. Sendo a população de cerca de 6.680 habitantes, a necessidade seria de 17 leitos, aproximadamente.

b. O levantamento realizado nos mostrou que, em média 10 leitos dos hospitais de Sorocaba se encontram ocupados diariamente, por pacientes de Araçoiaba da Serra.

A nossa conclusão, em relação às necessidades de leitos seria pois, aproximadamente de 15 a 20 leitos.

Considerando-se as condições socio-econômicas do Município, a proximidade e fácil acesso à cidade de Sorocaba, centro de recursos médico-hospitalares e principalmente, que seria anti-econômico um hospital com essa quantidade de leitos, consideramos a população de Araçoiaba da Serra assistida em relação a recursos hospitalares.

TABELA Nº IV - 4

Pacientes de Araçoiaba da Serra, internados nos Hospitais de Sorocaba, de janeiro a julho de 1.972.

H O S P I T A I S	PACIENTES	PACIENTES DIA	MÉDIA DE PERMANENCIA (DIAS)
H. Regional	38	383	10
H. Sta. Lucinda	64	892	14
H. Sta. Edwiges	13	78	6
H. S. Severino	6	40	7
H. Evangélico	9	45	5
H. Samaritano	13	45	3
H. Sta. Casa	50	420	8
H. Amore T. Lima	-	-	-
H. Vera Cruz	2	11	6
T o t a l	195	1.914	9,8

- Fonte: Registros de internações nos Hospitais citados.

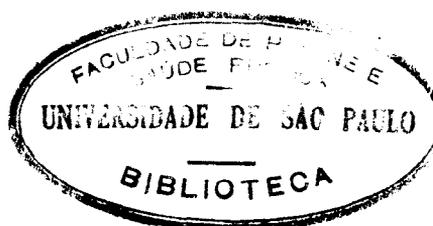


TABELA Nº IV - 5

Pacientes de Araçoiaba da Serra, internados nos Hospitais de Sorocaba, por especialidade, de janeiro a julho de 1972

ESPECIALIDADE	FREQUÊNCIA	%
Médica	102	52,8
Cirúrgica	43	22,0
Obstétrica	48	24,2
Psiquiatria	2	1,0
T o t a l	195	100,0

- Fonte: Registro de internações dos Hospitais de Sorocaba

TABELA IV - 6

Distribuição proporcional das famílias de Araçoiaba da Serra, com direito à Previdência Social (INPS, IAMSP, FUNRURAL)

DIREITO A PREVIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	%
Sim	125	64,8
Não	64	37,1
Não sabe	3	2,1
T o t a l	192	100,0

- Fonte: Inquérito pelos alunos da FSPUSP

V - PLANEJAMENTO TERRITORIAL

1. DISTRIBUIÇÃO DOS EDIFÍCIOS DE ACORDO COM O USO

Residenciais . .	409
Comerciais . . .	25
Industrial . . .	2
Públicos	8
T O T A L . . .	444

Desses 444, 424 são cadastrados e 20 estão por cadastrar.

2. ESPAÇOS VERDES

Praça Coronel Almeida
Praça da Bandeira
Balneário Municipal

3. VIAS PÚBLICAS

4.803 vias não pavimentadas
1.369 vias pavimentadas.

VI - SUGESTÕES GERAIS

1. QUANTO À UNIDADE SANITÁRIA

1.1 - Organização

- 1.1.1.- Elaboração de Programas com metas definidas.
- 1.1.2 - Implantação de métodos de avaliações qualitativa e quantitativa.
- 1.1.3 - Complementação do pessoal em falta.
- 1.1.4 - Aquisição e melhoria de equipamento e material, principalmente os necessários à execução de técnicas e procedimentos dentro dos princípios científicos.
- 1.1.5 - Melhoria do espaço funcional. Estudos no sentido de que a ERS-4 programe, a médio prazo, a construção do prédio do Centro de Saúde tipo V.
- 1.1.6 - Melhoria do sistema de registros e notificações.

1.2 - Motivação e treinamento da equipe de Saúde

Consideramos esse aspecto bastante importante, pois da habilitação e interêsse do seu pessoal depende, em grande parte, o sucesso e cumprimento das responsabilidades da Unidade Sanitária.

1.4 - Melhoria da assistência materno-infantil através de:

- Horas efetivas de serviço médico
- Melhor qualidade de assistência médica e de enfermagem
- Dinamização do serviço basicamente através da ação da visitadora sanitária
- Treinamento de curiosas.

1.4 - Entrosamentos

Com a Prefeitura: Manter o serviço de remoção de doentes.

Com Hospitais de Sorocaba e Tatuí: No sentido de facilitar a sequência e acompanhamento dos pacientes de Araçoiaba.

Com as Escolas Municipais e Estadual: Visando uma comunicação mais eficiente com a comunidade, através dos escolares.

2. SANEAMENTO AMBIENTAL

2.1 - Proteção dos mananciais existentes.

2.2 - a. Desinfecção da água de abastecimento público.

- b. Desinfecção dos poços caseiros, principalmente da zona rural.

2.3 - Firmar convênios com o Centro Tecnológico de Saneamento Básico (CETESB), a fim de que sejam realizadas análises fi

sico-químicas bacteriológicas da água de abastecimento.

- 2.4 - Entrosamentos com órgãos financiadores, para construção de rede de esgotos.
- 2.5 - Melhoria da fiscalização sanitária (com a participação mais efetiva da Unidade Sanitária e Prefeitura).
- 2.6 - Manutenção mais higiênica do matadouro, com inspeção frequente dos animais abatidos.
- 2.7 - Açougues e estabelecimentos comerciais:
 - melhor fiscalização dos estabelecimentos, venda de produtos perecíveis e treinamento de manipuladores de alimentos.
- 2.8 - Indústrias alimentícias:
 - fiscalização mais efetiva das condições de trabalho, manipulação e produção.
- 2.9 - Vacinação periódica e captura de cães vadios.

3. ESCOLAS

- 3.1 - Melhoria das condições sanitárias, tanto das escolas da zona urbana, quanto da zona rural.
- 3.2 - Aumento de bebedouros da escola da zona urbana.
- 3.3 - Melhoria qualitativa e quantitativa da merenda escolar, tentando-se obter auxílio das fazendas locais e da Campanha de Alimentação Escolar.
- 3.4 - Supervisão do trabalho da merendeira.
- 3.5 - Assistência odontológica
 - implantação de bochechos semanais com fluoreto de sódio
 - estudos para a contratação de dentista para o Serviço Escolar.
- 3.6 - Maior ação educativa da escola, junto à comunidade.

4. COMUNIDADE PROPRIAMENTE DITA

Ação educativa por parte das autoridades políticas e sanitárias, bem como pelos líderes locais, visando:

- 4.1 - Motivar a população, para uma participação mais efetiva na solução de seus problemas.
- 4.2 - Divulgar a importância e finalidades do Serviço de Saúde.
- 4.3 - Participar ativamente dos programas de imunizações e notificação de doenças.
- 4.4 - Alertar sobre os perigos da raiva.
- 4.5 - Alertar a população sobre a importância de uma alimentação mais completa e segura, quanto às suas condições higiênicas.

Em resumo, sendo a Unidade Sanitária, a única agência oficial de Saúde, atribuímos a ela a maior responsabilidade quanto à prevenção, promoção e recuperação de saúde da população de Araçoiaba da Serra.

Para tanto, ressaltamos a necessidade de melhor Planejamento em Saúde.

A N E X O N.º I

PROGRAMA DE CURSO PARA "CURIOSAS"

1. Justificativa

Sabemos que ainda não há em todo o país, pleno equilíbrio entre a oferta e a demanda de leitos em relação à assistência hospitalar ao parto.

Através de nossa pesquisa nos hospitais de Sorocaba, para onde aflui o maior número de pacientes de Araçoiaba da Serra, constatamos a insuficiência de leitos hospitalares para atender toda Sorocaba e os municípios vizinhos.

Observamos também que, o Hospital Santa Lucinda e Santa Casa, são os únicos a contar com leitos gratuitos, em número reduzido, para atender a todos os desfavorecidos socio-economicamente.

Pelo inquérito realizado em Araçoiaba, verificamos que a população está acostumada à assistência ao parto por "curiosas" e "comadres". Verificamos que 85% das mães, tiveram parto domiciliar, in dependente de uma assistência pré-natal anterior.

Em apenas uma semana de permanência da equipe multiprofissional no Município, detectamos e entrevistamos quatro "curiosas".

A nossa atitude foi cuidadosa na abordagem das mesmas, quando explicamos a importância e aceitação que tinham na comunidade. Todas se manifestaram concordes e interessadas na "atualização de co nhecimentos".

Quanto aos dados de mortalidade e morbidade por causas maternas, dadas as deficiências de registro, não pudemos analisá-los com maior parcimônia.

Sabedores de que o Centro de Saúde não comporta uma enfermeira e ou obstetrix no seu quadro de pessoal, estamos esquematizando, em linhas gerais, um Programa para Curiosas, como sugestão e contribuição à DRS-4, que melhor poderá avaliar o interesse e exequibilidade do mesmo, adaptando-o às circunstâncias e recursos da Regional e Distrito.

2. Título: Revisão de conhecimentos para parteiras empíricas.

3. Grupo de "curiosas", no mínimo 4, no máximo 10, a serem reunidas, preferivelmente no Centro de Saúde de Araçoiaba, após as 14 horas.

4. Determinação, adaptação e aprovação pela: Divisão Regional de Saúde de Sorocaba (DRS-4), através do seu Diretor, Diretor de Estudos e Programas, Enfermeira e Educadora Regional; Médico Chefe e Enfermeira do Distrito Sanitário 1; Médico Chefe da Unidade

Sanitária de Araçoiaba da Serra.

5. Conceitos que fundamentam o programa

5.1 - Todo indivíduo treinado para u'a missão, tem maiores oportunidades de conhecer suas responsabilidades no desempenho da mesma.

5.2 - O profissional de saúde, tem responsabilidade de influir sobre os problemas que causam dano à comunidade.

t.3 - A assistência materno-infantil é ainda prioritária em nosso país, especialmente nas regiões com características de ruralismo e falta de desenvolvimento.

6. Objetivo geral. Preparar "as curiosas" de modo a habilitá-las a prestar melhor assistência à mãe e à criança, quando solicitadas, respeitando os princípios básicos científicos e familiarizando-as com o Centro de Saúde, como agência coordenadora das atividades de promoção de saúde local.

7. Conteúdo programático em relação aos objetivos (geral e específicos).

7.1 - O papel da "curiosa" na Comunidade.

7.1.1 - Objetivos:

Que a "curiosa" saiba citar o seu papel na promoção de saúde da comunidade e as vantagens de relacionar-se com o Centro de Saúde.

7.2.2 - Conteúdo:

- A) Noções de Saúde e Doença. Agentes causadores de doenças.
- B) O Centro de Saúde: funções, pessoal, serviços e entrosamentos existentes.
- C) Como manter a saúde: higiene pessoal, da habitação, alimentar, controle médico periódico, imunizações.

7.2 - A "curiosa" e a higiene pré-natal

7.2.1 - Objetivos:

Que a "curiosa" saiba responder sobre noções simples de fisiologia humana, relacionadas à reprodução, desenvolvimento embrionário e fetal. Que ela saiba reconhecer uma gravidez normal.

7.2.2 - Conteúdo:

- A) Noções sobre menstruação e fecundação
- B) Principais fenômenos de mudança, ocorridos na mãe e na criança em formação.
- C) Principais cuidados quanto à alimentação, asseio corporal e hábitos de vida.

- D) Riscos das doenças na gestação e para a criança. Sinais e conduta em casos de suspeita de toxemia e nas hemorragias

7.3 - A "curiosa" e a assistência ao parto

7.3.1 - Objetivos:

Que a curiosa tome conhecimento do que ocorre no corpo materno, durante o trabalho de parto e saiba como assisti-la com um parto asséptico. Que a "curiosa" saiba prestar cuidados imediatos à mãe e ao recém-nascido.

7.3.2 - Conteúdo:

- A) Noções sobre esterilização e desinfecção
- B) Material mínimo necessário à assistência ao parto. Rotina de fornecimento pelo Centro de Saúde.
- C) Preparativos para o parto
- D) Assistência ao parto
 - a. Tempo de trabalho
 - b. Apresentações. Conduta. Riscos e manobras.
 - c. Importância da bolsa amniótica. O líquido amniótico, significado da cor, rotura oportuna da bolsa.
 - d. Apreensão correta do feto.
 - e. Limpeza das secreções bucais e nasais. Reanimação.
 - f. Ligadura do cordão.
 - g. Urgência e conduta no parto "patológico"
- E) Dequitação
 - a. Tempo e manobras corretas
 - b. Sangramento normal e patológico, seu significado e conduta,

7.4 - Assistência à puérpera e ao recém-nascido

7.4.1 - Objetivos

Que a "curiosa" saiba prestar cuidados à mãe e ao recém-nascido, durante o puerpério. Que a "curiosa" saiba citar a importância do controle, dos mesmos, pelo Centro de Saúde.

7.4.2 - Conteúdo:

- A) Cuidados com a mãe
 - a. Puerpério normal e sua evolução
 - b. Complicações mais comuns e conduta
 - c. Orientações à mãe, quanto à: higiene, alimentação, repouso, amamentação, relações sexuais, vestuário.

B) Cuidados com o Recém-nascido

- a. Como reconhecer sinais e sintomas de anormalidade. Conduta.
- b. Higiêne corporal e cuidados com o coto umbelical
- c. Orientações à mãe, quanto ao banho, curativo umbelical, amamentação e hidratação, vestuário, repouso, registro civil, continuidade de acompanhamento pelo Centro de Saúde.

7.5 - A "curiosa" e o prematuro

7.5.1 - Objetivos

Que a "curiosa" tome conhecimento das características e cuidados essenciais ao receber e cuidar de um prematuro.

7.5.2 - Conteúdo:

- A) Aspecto geral do prematuro e o porque da necessidade de cuidados especiais.
- B) Como improvisar uma unidade de prematuro, com os recursos da família.
- C) Cuidados básicos, com: higiene e vestuário, alimentação e hidratação, posição, repouso.
- D) Como reconhecer sintomas e sinais de complicações. Conduta.
- E) Importância do controle do Centro de Saúde.

7.6 - Revisão de conhecimentos

7.6.1 - Objetivos

Que se avalie os conhecimentos adquiridos e se reforce ou esclareça pontos que careçam de maior segurança ou clareza.

7.6.2 - Conteúdo:

- A) Repetição dos pontos e demonstrações onde houve dúvidas.
- B) Orientação sobre a supervisão e guia que receberá do Centro de Saúde.
- C) Se for oportuno, pedir a devolução de técnicas.

8. Métodos e técnicas

Expositivo e com participação ativa dos alunos.

Exposição oral com perguntas à classe.

Discussão em grupo.

Demonstração.

Visita à Unidade Sanitária.

9. Material auxiliar

Quadro negro, giz, apagador, cartazes, álbum seriado, material e equipamento disponível num domicílio, e que deve figurar na maleta da "curiosa".

Folhetos e volantes, impressos necessários à documentação dos fatos, etc.

10. Avaliação

- Através da participação das alunas, nas aulas.
- Através das respostas e sugestões apresentadas pelas alunas.
- Através do comportamento e aparência na execução de tarefas
- Através da devolução de técnicas.
- Através da supervisão direta, por enfermeira ou obstetriz, no período imediato ao curso.
- Através da supervisão indireta, por médico e enfermeira (ou obstetriz), durante as atividades normais
- Através da visitaçãõ domiciliária.
- Através de relatórios e registros.
- Através da avaliação criteriosa dos indicadores de Saúde materna e infantil.
- Através das ocorrências hospitalares, etc.

A N E X O N.º 2

A população foi preparada no sentido de receber a equipe e responder atenciosamente ao formulário, através de:

- Divulgação pela Rádio Cacique de Sorocaba, Serviço de alto Falante do Cinema Local, distribuição de volante com a participação da Escola e Igrejas de todos os credos.
- O Volante utilizado foi o seguinte:

"Na próxima semana, se você receber a visita de alguém que queira saber os problemas de saúde de sua cidade, atenda-o. Sua opinião é valiosa".

Anexo III

Proposição de um Programa de Assistência Médica Sanitária, incluindo os Subprogramas: de Saúde Materna e Saúde da Criança

I. NORMAS GERAIS

1.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA

- 1.1.1. A atenção aos pacientes será feita de acôrdo com as Normas específicas estabelecidas para cada sub-programa de Saúde Materna, Saúde da criança, Médico-Geral e outros.
- 1.1.2. O atendimento dos pacientes será realizado na Unidade Sanitária e será cumprido no dia e horário estabelecido, com exceção dos casos de emergência que serão atendidos no momento - oportuno.
- 1.1.3. Haverá consultas médicas de contrôle e consultas de morbidade.
- 1.1.4. Concentração= O número de consulta médica que será oferecido a cada paciente será fixado em cada sub-programa médico.
- 1.1.5. Em cada hora/médico de consulta médica serão atendidos, como mínimo, 4 pacientes.
- 1.1.6. A consulta médica será precedida e complementada por atividades de enfermagem.
- 1.1.7. A cada paciente serão oferecidos exames de laboratório e tratamento médico e de enfermagem indicados e possíveis conforme os recursos - existentes.
- 1.1.8. Todos os membros da equipe de saúde deverão - participar da orientação sôbre saúde.
- 1.1.9. Os casos de morbidade ou os pacientes com prog

plenas que possam alterar a saúde, serão encaminhados, quando indicado, para hospitalização ou para receberem a assistência especializada de acordo com os recursos disponíveis e os entrosamentos existentes.

1.1.10. O registro de todas as atividades deverá ser realizada nos modelos correspondentes em uso e que sejam guardados em fichários apropriados, permitindo sua fácil localização.

1.2 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

1.2.1. Todos os sub-programas de assistência médico-sanitária serão complementados pela assistência de enfermagens de acordo com as normas estabelecidas.

1.2.2. A enfermagem colaborará com o médico na consulta ao paciente, desenvolvendo atividades de preparo - complementação de consulta médica, sob supervisão técnica da enfermeira distrital.

1.2.3. A enfermagem prestará atendimento de enfermagem aos pacientes sadios que não necessitem da consulta médica imediata.

1.2.4. Em toda assistência de enfermagem, deverão ser encaminhados ao médico todos os pacientes com problemas ou suspeitos de os possuir.

1.2.5. O número de atendimentos de enfermagem e visita domiciliária, para atender cada dano ou demanda, será fixado em cada sub-programa de enfermagem.

1.2.6. O rendimento hora/pessoal de enfermagem será fixado nos sub-programas;

1.2.7. Na ausência do médico, o pessoal de enfermagem procurará constatar a queixa e condições do paciente, de acordo com sua competência, encaminhando os que necessitarem exame médico aos recursos existentes dentro ou fora do município.

1.2.8. O pessoal de enfermagem desenvolverá atividades educativas à grupos de comunidade e aos - clientes em geral.

1.2.9. O pessoal de enfermagem deverá registrar todas as atividades executadas aos médicos correspon^{do} dentes em uso.

II - SUB-PROGRAMA DE SAÚDE MATERNA

1. Objetivos

A assistência médico sanitária dispensada nêsse sub-programa visa promover e assegurar à saúde à mulher, preparando-a para a gestação, assisti-la na gravidez, parto e puerpério, orientando-a como proteger sua saúde e de seu filho.

2. Metas e Normas

2.1. O sub programa de Saúde Materna, deverá elaborar - sua programação, prevendo uma cobertura de pelo me nos 60% das gestantes da área programática.

2.2. Oferecer a toda gestante e puerpera o tratamento.

2.3. Compete ao médico orientar a equipe de saúde, discutindo com a mesma aspectos científicos e de raci onalização de trabalho médico e de enfermagem indicados.

2.4. Atender em consulta médica de contrôle e morbidade tôda gestante e puérpera matriculada na Unidade Sa nitária.

2.5. Oferecer às gestantes e puérperas sadias, consulta médica de contrôle na seguinte concentração:

4 consultas médicas durante a gestação

1 " " no puérperio: entre o 40^o e 60^o dia pós parto.

2.6. As consultas médicas de contrôle serão oferecidas intercaladas com o atendimento de enfermagem.

- 2.7. Oferecer consultas médicas de morbidade às gestantes, puérperas e recém-nascidos que necessitarem. A concentração dessas consultas será determinada através de um estudo de ocorrência de morbidade nos respectivos casos.
- 2.8. Oferecer à paciente em contróle pre-natal, assistência de enfermagem, na seguinte concentração-normalizada:
 - 2 atendimentos de enfermagem à gestante sadia
 - 1 visita domiciária, no puerpério imediato, - para dar assistência à puérpera e ao recém-nascido.
- 2.9. O atendimento de enfermagem só se efetuará às gestantes sadias que tenham recebido assistência médica inicial de contróle pré-natal.
- 2.10. Oferecer a cada gestante atendida os exames de laboratório se recomendados, de acôrdo com os recursos disponíveis
- 2.11. Vacinar contra tétano 100% das gestantes inscritas, de acôrdo com as Normas Epidemiológicas, - com 3 doses no 6º, 7º e 8º mês de gestação.
- 2.12. Tratar 100% das gestantes inscritas com sífilis
- 2.13. Comunicantes de gestantes com sífilis e maridos de gestantes com fator Rh negativo serão encaminhados para as providencias que se fizerem necessárias.
- 2.14. Encaminhar tôda gestante patológica para hospitalização.
- 2.15. Dar a toda gestante e puérpera as orientações necessárias sôbre os aspectos importantes relacionados com a gestação, parto, puerpério e cuidados com recém-nascido.

- 2.16 Registrar tôdas as atividades desenvolvidas nos modelos indicados.
- 2.17 Desenvolver um programa educativo junto com as inscrites e com toda a comunidade sôbre a necessidade e vantagens do parto hospitalar.
- 2.18. Desenvolver à longo prazo uma pesquisa à respeito dos tabus relacionacionados com gestação e puerpério.

III - SUB PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM SAÚDE MATERNA

1. Objetivos

Prestar serviços de enfermagem de saúde pública participando efetivamente no sub-programa de saúde materna, o qual visa controlar os riscos próprios da gestação, parto, puerpério e neo-natal.

2. Normas

A participação da enfermagem em saúde materna se cumpre através da prestação das ações de enfermagem na unidade sanitária e na comunidade, em diferentes situações nos serviços oferecidos às clientes, visando atender o cumprimento das normas estabelecidas, conforme se segue:

3. Cobertura

A equipe de enfermagem, nêsse sub-programa, participa com os demais membros da equipe de saúde na unidade sanitária, no esforço para cumprir a cobertura estabelecida de 60% das gestantes da área programática, através de:

3.1. Motivação da população em geral

3.2. Descoberta e encaminhamento das gestantes à U.S.

3.3. Reuniões com grupos de comunidade

3.4. Palestras a grupos de gestantes

3.5. Visitas domiciliares

3.6. Participação em pesquisa.

4. Inscrição das gestantes

4.1. Conceito - É o registro da gestante atendida - pela 1ª vez na clinica de Saúde Materna e complementada pela abertura da ficha de controle pré-natal, devidamente numerada.

4.2. Normas

4.2.1. Inscrever toda gestante da área que procurar a Unidade Sanitária ou for encaminhada.

4.2.2. Proceder a inscrição após a matrícula da paciente na U.S.

4.3. Procedimento

4.3.1. Receber a gestante atenciosamente

4.3.2. Identificar a gestante que chega pela primeira vez.

4.3.3. Informar a gestante sobre o que vai ser executado.

4.3.4. Proceder à inscrição da gestante na clínica de Saúde Materna:

a) Solicitar os dados necessários

b) Preencher os itens da ficha da inscrição e controle pré-natal correspondente aos dados de identificação: nome, idade, endereço, etc. preencher outros dados da história pregressa da gestante.

c) Encaminhar para o preparo para consulta médica.

5. Tarefas de Preparo para Consulta Médica

5.1. Conceito: são ações executadas em geral pela atendente com a finalidade de proporcionar:

5.1.1. maior conforto às pacientes que passa, por - consulta.

5.1.2. distribuição racional do tempo disponível

5.1.3. melhor utilização do material necessário à consulta médica.

5.2. Normas

5.2.1. O preparo para consulta deverá ser executado - diariamente pelos atendentes designados e nos horários estabelecidos, compreendendo as seguintes tarefas:

- a) Arranjo de Unidade de Trabalho
- b) Recepção dos pacientes que chegam
- c) Preparo das pacientes para a consulta médica de controle ou de morbidade.

5.2.2. Em cada hora/atendente 12 preparos para consulta médica pré e pós-natal, que serão atendidas como mínimo, 12 pacientes, com duração média de 5 minutos cada.

5.2.3. A supervisão das tarefas executadas pelos atendentes será feita pela enfermeira distrital ou pela visitadora quando designada pela enfermeira.

5.3. Procedimentos

5.3.1. No arranjo da Unidade de Trabalho

- a) verificar e manter a ordem e a limpeza das salas: de recepção, de espera e consultório
- b) providenciar e colocar em ordem todo o material necessário para a consulta médica: obs-tétrica e ginecológico, material permanente e de consumo correspondente;

- c) Verificar a relação de consultas médicas agendadas para o dia, retirar do fichário as fichas correspondentes e ordená-las para o atendimento.
- d) Providenciar os demais modelos necessários - para o registro das atividades médicas e de enfermagem.
- e) dispôr, em rodem, todo o material necessário

5.3.2. Na recepção das clientes

- a) Acolher atenciosamente os clientes
- b) Solicitar os cartões de consultas para o atendimento, na ordem de chegada em conforme outro critério estabelecido.
- c) Atender a cliente que vem:
 - pela 1ª vez, proceder a inscrição na clínica;
 - para consulta subsequente de contrôle
 - fazer revisão da histórica clínica da ficha médica da cliente= exame de laboratório, comparecimento e outros.
- d) Orientar a pacientes sôbre os procedimentos que se seguem
- e) Registrar as informações obtidas
- f) Encaminhar as clientes para o preparo à consulta médica

5.3.3. No preparo da paciente para Consulta Médica -

- a) Orientar a paciente sôbre os procedimentos que se vão realizar antes e durante a consulta= esvaziamento da bexiga, procedimento da consulta e outros;
- b) Verificar peso, estatura, temperatura conforme recomendam as técnicas específicas.
- c) Registrar os dados no modelo.
- d) Selecionar as pacientes com problemas para -

pronto atendimento.

- e) Encaminhar as pacientes para a sala de espera
- f) Colocar na mesa do médico as fichas das pacientes - preparadas
- g) Chamar as pacientes para consulta
- h) Registrar as atividades de preparo para consulta

6. COMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

6.1. Conceito - É a atenção dispensada à gestante ou puérpera por enfermeira ou visitadora, em relação à situação encontrada durante a consulta médica

6.2. Normas

6.2.1. As ações de complementação de consulta médica serão efetuadas após toda consulta médica

6.2.2. Estas ações serão executadas rotineiramente pela visitadora

6.2.3. Rendimento em cada hora/pessoal de enfermagem de atividade de complementação de consulta serão atendidas, como mínimo, 6 pacientes com a duração média - de 10 minutos cada uma

6.2.4. As ações de complementação de consulta serão executadas pela visitadora sob supervisão de enfermeira

6.3. Procedimentos

6.3.1 Desenvolver atividades educativas com o grupo de gestantes e puérperas que aguardam a consulta médica

6.3.2 Chamar as pacientes para orientação pós-consulta

6.3.3 Prestar ajuda ao médico quando necessário

6.3.4 Receber o prontuário de cada paciente após a consulta médica, tomando conhecimento do conteúdo da consulta médica, diagnóstico, exames, prescrições e outros

6.3.5 Proceder a orientação de paciente sobre: Tratamento prescrito, exames solicitados, dietas e outras recomendações, conforme o caso.

- 6.3.6. Providenciar o tratamento ou os exames prescritos e encaminhar os pedidos que se fizerem necessários;
- 6.3.7. Marcar a consulta de controle subsequente conforme as normas ou atendimento à solicitação média.
- 6.3.8. Registrar as atividades de enfermagem nas fichas de controle pré-natal e nos relatórios estatísticos;
- 6.3.9. Encaminhar os prontuários para o arquivo;
- 6.3.10 Providenciar para que a unidade, o equipamento e o material sejam preparados para o próximo atendimento.

7. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA

7.1. Conceito - É a atenção dispensada à gestante sadia, na U.S., pela visitadoria, sob supervisão de enfermeira, visando atender necessidades do período da gestação - que não requeiram a atuação direta e imediata do médico e da enfermeira.

7.2. Normas

- 7.2.1. O atendimento será realizado em cumprimento de data previamente marcada e diferente daquela - destinada à consulta médica.
- 7.2.2. A atenção será dispensada pela visitadora sob supervisão de enfermeira (distrital) e de acordo com o estabelecido nas normas do sub-programa de Saúde Materna;
- 7.2.3. Concentração- serão oferecidos à toda gestante sadia, dois (2) atendimentos de enfermagem:
 - 1 atendimento por volta de 6 mês de gestação, coincidindo com a época prevista para a aplicação 1a. dose do toxóide tetânico.
 - 1 atendimento por volta do 7º mês de gestação, coincidindo com a ministração da 2a. dose do toxóide tetânico ou a dose única de reforço.
- 7.2.4. Rendimento: em cada hora/visitadora de atendimento de enfermagem serão atendidas, como mínimo, 6 gestantes com a duração média de 10 minutos cada.

7.3. PROCEDIMENTOS

- 7.3.1. Verificar-se a unidade de trabalho está em ordem, provida com o material necessário;
- 7.3.2. Verificar o agendamento para o dia e solicitar as fichas de controle pré-natal correspondente;
- 7.3.3. Fazer revisão dos dados de interesse: orientação médica, de enfermagem, exame de laboratório e outros;
- 7.3.4. Chamar as gestantes para o atendimento, recebendo-as com amabilidade.
- 7.3.5. Interrogar a gestante sobre seu estado de saúde, evolução da gestação. cumprimento - das indicações médicas;
- 7.3.6. Verificar as anotações de peso, temperatura, pressão arterial e compará-los com os dados obtidos anteriormente;
- 7.3.7. Observar se há sinais de edemas, varizes ou outro sinal que possa sugerir anormalidade;
- 7.3.8. Encaminhar a gestante ao médico se observar sinal de problema;
- 7.3.9. Administrar a dose de toxóide tetânico ou o tratamento indicado pelo médico;
- 7.3.10. Proceder as orientações conforme necessidade e adequação;
- 7.3.11. Marcar a próxima consulta médica e exames - de laboratório;
- 7.3.12. Registrar as atividades realizadas nos respectivos modelos de controle pré-natal, de enfermagem, estatísticas;
- 7.3.13. Encaminhar os prontuários ao registro geral
- 7.3.14. Providenciar para que a unidade seja arrumada.

8. VISITA DOMICILIÁRIA EM SAÚDE MATERNA

- 8.1. Conceito : É a atenção dispensada no lar pela visitadora à gestante, à puerpera e ao recém-nascido, visando cumprir procedimentos relativos ao controle de saúde ma-

terna e envolvendo procedimento de enfermagem cujo conteúdo educativo se relaciona ao paciente que foi objeto da visita, como também ao grupo família;

8.2. Normas

- 8.2.1. Como rotina será oferecida uma (1) visita domiciliária a todas as puérperas inscritas, logo após a ocorrência do parto.
- 8.2.2. Quando necessário, serão realizadas outras visitas para atender necessidades especiais de puérperas inscritas ou não, e do recém-nascido, ou de gestantes com problemas;
- 8.2.3. Rendimento: Em cada hora/visitadora de atividade - será realizada como mínimo uma e meia (1,5) visitas, não considerando o tempo gasto em transporte;
- 8.2.4. Serão considerados prioritários:
 - a) Gestantes inscritas que apresentarem anormalidade e faltosas;
 - b) Puérperas inscritas ou não cujo parto tenha sido atendido, no domicílio por curiosa;
 - c) Puérperas que apresentarem gestação patológica;
 - d) Puérperas e ou recém-nascidos que apresentarem anormalidade;
- 8.2.5. A visita domiciliária será realizada rotineiramente pela visitadora sob supervisão da enfermeira distrital e em casos especiais pela mesma ou outra enfermeira por ele designada;
- 8.2.6. A eficiência da visita domiciliária deverá ser comprovada através de avaliação quantitativa e qualitativa, realizada periodicamente.

8.3. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

8.3.1. Planejamento das visitas Domiciliárias:

- a) Adicionar as visitas domiciliárias a serem executadas no dia, conforme
 - prioridades estabelecidas pelo Serviço
 - itinerário e meio de transporte
 - hora mais apropriada para a assistência que

vai ser prestada

- cálculo do tempo disponível da visitadora
- b) Retirar do fichário de contrôles as fichas índice para posterior agendamento
- c) Requisitar as fichas de assistência médica-sanitária correspondente a cada caso a ser visitado
- d) Estudar os dados registrados nas fichas de gestante ou puérperas e seus familiares;
- e) Complementar o estudo acima com informações obtidas em outros setores de Unidade Sanitária de recursos da comunidade;
- f) identificar as necessidades da saúde da gestante, puérpera ou familiares;
- g) fazer revisão de conhecimento científicos, através de pesquisa bibliográfica, entrevista com o médico e enfermeira distrital, caso seja necessário.
- h) Definir o objetivo da Visita Domiciliária. Esta poderá ser realizada para atender as necessidades de:
 - supervisão de saúde, relativa à gestação
 - complementação da assistência médico-sanitária realizada na Unidade Sanitária, como:
 - .cuidados especiais de enfermagem
 - .interpretação e controle de recomendações médicas, e outros
- i) Elaborar o esquema de ações de visitas para atender as necessidades identificadas. O plano não deve ser considerado definitivo ou rígido, mas flexível às necessidades surgidas
- j) preparar o material necessário

8.4. VISITA DOMICILIÁRIA

- Fase social: Estabelecimento de um ambiente favorável à visita;
- Fase executiva:
 - a) observar o estado de saúde da gestante, puérpera e recém-nascido, dos familiares e do ambiente familiar;

- b) observar manifestação de interêsse, conhecimento e compreensão a respeito das práticas de saúde.
- c) Obter informações que possibilitem identificar outras necessidades ou problemas de saúde.
- d) analisar dados obtidos
- e) executar as atividades planejadas ou elaborar um plano de ação imediata de acôrdo com as necessidades encontradas

Puérperas sadias e Recém-nascido

-Realizar o contrôle de saúde da puérpera, conforme instruções:

Tomar a temperatura, pressão arterial;

Observar os órgãos genitais externos, características dos loquios, condições das mamas, higiene pessoal;

Obter informações sobre alimentação, repouso, eliminação condições de saúde em geral e do parto;

-Supervisão de saúde do recém-nascido:

Proceder à inspeção das condições de saúde, temperatura, peso, fontanele, pele, sucção, órgãos genitais, coto umbelical, eliminação, respiração, mamas, estado geral de saúde.

Obter informações sôbre alimentação, hidratação, sono, registro civil de nascimento

-Prestação de cuidados de enfermagem

Realizar a antissepsia ocular, caso seja necessário.

Fazer o curativo umbelical.

Se necessário, fazer, como demonstração, a higiene corporal do bebê.

Orientação sôbre os cuidados que a puérpera deverá ter consigo mesma: alimentação, higiene pessoal, exercício e repouso, etc.

Orientar sôbre os cuidados com o bebê: higiene antes da queda do coto umbelical, alimentação, hidratação, importância do registro civil, contrôle médico-sanitário.

-Atenção especial às puérperas e recém-nascidos com problemas, ou prematuros nascidos no domicilio: en

caminhar para assistência médica. Quando esta não -
fôr possível, orientar a família sôbre os cuidados
básicos necessários à sobrevivência, com especial -
atenção aos prematuras: alimentação, aquecimento e
proteção contra infecções.

- Fazer uma revisão da orientação dada e traçar com a
família os planos que suas necessidades requeiram.
- Encaminhar o recém-nascido para matrícula na Unida-
de Sanitária.
- Encaminhar a puérpera e recém-nascido para a consult
a médica na U.S., fornecendo a data prevista:
Consulta médica de contrôle da puérpera entre o 40^a
e 60^a dias pós parto; consulta médica de supervisão
de saúde do recém-nascido cêrca de 30 dias após o
nascimento.
Consulta médica de morbidade se observar sintomas -
de anormalidade na puérpera ou recém.nascido.
- Anotar as informações que julgar necessário para re
gistros posteriores

8.5. PÓS VISITA DOMICILIARES

a. Proceder os registros dos procedimentos da visita domil
ciliaria e dos dados estatísticos nos modelos corres-
pondentes:

- Data da visita, caso atendido, observações de visitad
ora informações obtidas, assistência de enfermagem
prestada, encaminhamentos feitos aprazamentos.
- Registro de dados na ficha índice: data da visita,
identificação do novo membro.
- Registro de dados estatísticos

Encaminhar as fichas registradas para os respectivos -
arquivos. Tomar as providencias que se fizerem necessár
ias para o seguimento dos casos.

Proceder a avaliação das visitas domiciliares realizad
as: A avaliação quantitativa poderá ser feita periód
icamente em relação às metas propostas, técnica empregad
a, cobertura, concentração e rendimento instrumental.
A avaliação qualitativa poderá ser conseguida através
de apreciação contínua das ações de saúde prestadas no

domicílio em termos de resultados obtidos e os esperados.

Os métodos de avaliação da visita domiciliar são:

- análise dos relatórios estatísticos
- revisão e análise das anotações
- observação de visita domiciliar
- entrevista, estudo e discussão de casos.

9. EXAMES DE LABORATÓRIO

9.1. Compreende atividades intermediárias realizadas para confirmar ou esclarecer diagnósticos, oferecidas as clientes como rotina ou quando houver indicação médica.

9.2. Normas

9.2.1. Os exames de rotina serão fixados conforme normas de serviço vigentes e deverão ser solicitados no 1º comparecimento da gestante.

9.2.2. A concentração maior dos exames será requisitada pelo médico quando necessário.

9.2.3. O médico deverá tomar conhecimento de qualquer anormalidade verificada nos resultados dos exames.

9.2.4. Quando a gestante apresentar Rh negativo, será pesquisado o fator Rh do marido.

9.2.5. Quando a gestante apresentar reação positiva para sífilis, deverá ser encaminhada para tratamento e deverão ser tomadas providências para exames dos comunicantes.

9.2.6. Os pedidos e resultados dos exames devem ser registrados corretamente nos respectivos modelos.

9.3. Procedimentos de Enfermagem

9.3.1. Atividades educativas e de informação referentes a :

- a) importância dos exames de laboratório
- b) tipos de exames, horário, local, etc.

- 9.3.2. Requisição e encaminhamentos.
- 9.3.3. Colheita de material.
- 9.3.4. Registro de pedidos e resultados

10. TRATAMENTO

10.1 Normas -

- 10.1.1. Será ministrado a toda gestante o tratamento indicado, para sífilis ou outro problema que possa prejudicar o desenvolvimento normal da gestação, ou a toda puerpera o tratamento necessário.
- 10.1.2. O tratamento a cargo da enfermagem será ministrado somente mediante prescrição médica.
- 10.1.3. As gestantes com soro-reação positiva que não comparecerem às consultas ou tratamento deverão receber visita domiciliar para a orientação necessária.

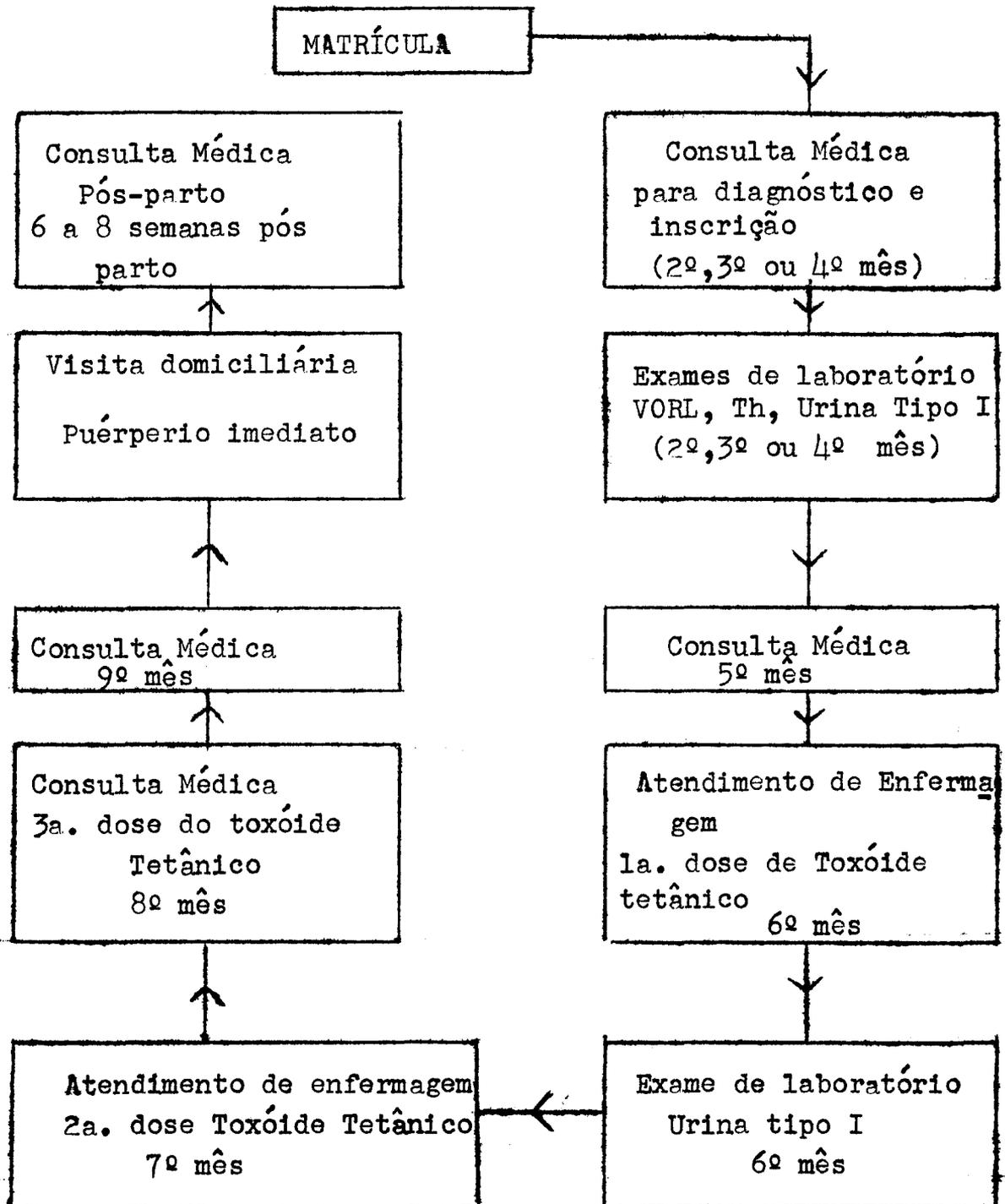
10.2. PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

- 10.2.1. Orientação sobre a importância e característica do tratamento prescrito.
- 10.2.2. Fornecimento da medicação existente na U.S-ferro, antibióticos, etc. de acordo com normas estabelecidas.
- 10.2.3. Execução do tratamento prescrito: injeções, curativos e outros, conforme as técnicas de enfermagem.
- 10.2.4. Demonstração de técnicas de cuidados à pacientes e familiares, quando indicado.
- 10.2.5. Controle de Tratamento
- 10.2.6. Registro do tratamento executado na ficha de controle da paciente.

11. VACINAÇÃO

A vacinação antitetânica recomendada para as gestantes - será realizada conforme as normas estabelecidas no Programa de Vacinação. O encaminhamento das gestantes será feito por ocasião das consultas e atendimento da enfermagem.

1.1.4. FLUXOGRAMA DE SAÚDE MATERNA



ANEXO IV

Sub-Programa de Saúde da Criança

1. Objetivos

Este sub-programa se destina a dispensar assistência médico-sanitária à criança de 1 mês a 12 anos, proporcionando condições para:

- supervisão do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 6 anos.
- proteção específica contra doenças transmissíveis e
- assistência médico-sanitária em casos de morbidade, à criança menor de 12 anos.

2. Metas e Normas

- 2.1. Oferecer a criança uma programação de controle de saúde prevendo a seguinte cobertura: 60% das crianças de 0 a 2 anos exclusive e 40% das crianças de 2 a 6 anos inclusive;
- 2.2. A assistência médico-sanitária será prestada à criança, mantendo a sequência natural das ações de saúde dispensadas durante o ciclo materno, para proteger a criança em suas etapas mais vulneráveis, através das ações integradoras de todas as áreas de saúde e de outros recursos disponíveis, indicados;
- 2.3. Oferecer consultas médicas de controle de saúde, à criança sadia de 0 -6anos inclusive, na seguinte concentração:
 - 7 consultas médicas no 1º ano de vida, distribuídas por volta do 1º, 2º, 4º, 6º, 8º, 10º e 12º mês
 - 3 consultas médicas no período de 1 a 2 anos exclusive, distribuídas no 14º, 18º e 23º mês.
 - 4 consultas médicas no período de 2 a 6 anos por volta do 3º, 4º, 5º e 6º ano de vida.
- 2.4. Oferecer consulta médica de morbidade às crianças menores de 12 anos, com prioridade aos menores de 6 anos - em casos de doenças transmissíveis, deficiências nutri

cionais e especialmente diarréias;

- 2.5. Oferecer 5 atendimentos de enfermagem à criança sadia de 0 - 2 anos de vida, sendo:
 - 1 no 3º mês de vida
 - 1 no 7º mês de vida
 - 1 no 11º mês de vida
 - 1 no 16º mês de vida
 - 1 no 20º mês de vida
- 2.6. Os atendimentos de enfermagem se efetuarão às crianças sadias menores de 6 anos, que tenham recebido assistência médica inicial de contrôle;
- 2.7. Encaminhar para consulta médica toda criança com problemas de saúde quando indicado;
- 2.8. Nos casos de morbidade, a enfermagem participará na assistência à criança menor de 12 anos, prestando os cuidados de enfermagem necessários;
- 2.9. Toda criança que necessitar hospitalização ou assistência médica especializada que não possa ser prestada na Unidade Sanitária Local, será encaminhada à recursos da comunidade local ou fora dela;
- 2.10 Prover 1 visita domiciliária em torno do 9º mês de vida à criança sadia, para controle do crescimento e desenvolvimento, com especial atenção à orientação sobre procedimentos que possam contribuir para manter a criança sadia;
- 2.11 Oferecer aos menores de 12 anos, visita domiciliária em casos de morbidade e outros problemas, quando necessário;
- 2.12 Oferecer os exames de laboratório indicados, de acôrdo com os recursos disponíveis;
- 2.13 Vacinar 100% das crianças inscritas conforme indicação para cada grupo etário e encaminhar vacinação as crianças não inscritas, de acôrdo com as normas dos Programas de Vacinação;

- 2.14 Oferecer a 100% das crianças menores de 12 anos inscritas o tratamento médico e de enfermagem indicados;
- 2.15 Assegurar condições que permitam a suplementação alimentar a 100% das crianças menores de 4 anos inscritas que a necessitarem, de acordo com um sistema de seleção pré-estabelecido pelo serviço e entrosamento com outros recursos da comunidade;
- 2.16 Oferecer a toda mãe das crianças inscritas as orientações necessárias em relação aos procedimentos que implicam na promoção, conservação e recuperação da saúde e reabilitação.
- 2.17 Desenvolver atividades educativas para grupos de mães, e outras pessoas da área que participam da educação da criança, visando orientá-los sobre os aspectos mais importantes do crescimento e desenvolvimento normal, doenças próprias da infância e outros aspectos de saúde, baseados nas necessidades identificadas em relação à criança;
- 2.18 Registrar nos modelos correspondentes todas as atividades executadas.

Sub-Programa de Assistência de Enfermagem de Saúde Pública em Saúde da Criança

1. Objetivos

Participar na Assistência de Saúde à criança menor de 12 anos exclusiva, cujo programa visa:

- supervisão do crescimento e desenvolvimento da criança até 6 anos;
- proteção específica contra doenças transmissíveis;
- assistência médico-sanitária em casos de morbidade à criança menor de 12 anos.

2. Normas

A participação da enfermagem na Saúde da Criança, será

feita através da prestação das ações de enfermagem na Unidade Sanitária e na Comunidade, em diferentes situações e nos serviços prestados às crianças, visando atender o cumprimento das normas estabelecidas para este sub-programa - conforme se segue;

3. Cobertura

A equipe de enfermagem de Saúde Pública na prestação da assistência de enfermagem em Saúde da Criança, participa com os demais membros da equipe de saúde da Unidade Sanitária, no esforço para cumprir a cobertura estabelecida de 60% das crianças de 0 a 2 anos exclusive, 40% das crianças de 2 a 6 anos da área programática, através de:

- 3.1. Motivação da população em geral;
- 3.2. Visitas domiciliares;
- 3.3. Descoberta e encaminhamento dos recém-nascidos e de crianças à Unidade Sanitária;
- 3.4. Palestras à grupos da comunidade;
- 3.5. Participação em investigações.

4. Inscrição das crianças

4.1. Definição: É o registro da criança atendida pela primeira vez na clínica de Saúde da Criança complementado pela abertura da ficha de Saúde da Criança,

4.2. Normas

- 4.2.1. Inscrever toda criança da área que procurar a Unidade Sanitária ou for encaminhada;
- 4.2.2. Proceder à inscrição após a matrícula da criança na Unidade Sanitária.

4.3. Procedimentos

- 4.3.1. Receber a mãe e a criança com amabilidade;
- 4.3.2. Identificar a criança que chega pela primeira vez;
- 4.3.3. Informar a mãe ou responsável, sobre o que vai ser executado;

**4.3.4 Proceder a inscrição da criança na Clínica de -
Saúde da Criança:**

- a. solicitar os dados necessários;
- b. Preencher os itens da ficha de inscrição cor-
respondente aos dados de identificação: nome,
idade, endereço, etc.;
- c. abrir a ficha de controle de saúde da crian-
ça e preencher os itens indicados como sendo
da atribuição de atendente;
- d. encaminhar para o preparo para a consulta mé-
dica.

5. Tarefas de Preparo para Consulta Médica

5.1. Definição: São tarefas executadas pela atendente com a finalidade de proporcionar:

- 5.1.1 maior conforto às crianças que passam por con-
sulta;
- 5.1.2 distribuição racional do tempo disponível;
- 5.1.3. melhor utilização do material necessário à con-
sulta médica.

5.2. Normas

5.2.1 o preparo para consulta médica deverá ser execu-
tado diariamente pelas atendentes designadas e
nos horários estabelecidos, compreendendo as se-
guintes atividades:

- a. arranjo da Unidade de trabalho, visando o bom
andamento dos serviços prestados;
- b. recepção das crianças que chegam pela primei-
ra vez, e para consultas subsequentes;
- c. preparo das crianças para consulta médica de
controle ou de morbidade.

5.2.2. Em cada hora-atendente de tarefa, de preparo
para consulta médica à criança sadia e doente,
serão atendidas como mínimo 12 crianças, com

duração em média 5 minutos cada.

5.2.3.A supervisão do trabalho, da atendente será feita pela enfermeira **distrital ou pela visitadora**, quando designada pela enfermeira.

5.3. Procedimentos que serão cumpridas pela atendente na execução destas tarefas:

5.3.1 No Arranjo da Unidade de Trabalho:

- a. verificar e manter a ordem e a limpeza das salas: de recepção, de espera e consultório;
- b. providenciar e colocar em ordem todo o material necessário para a consulta médica de controle e de morbidade, material permanente e de consumo correspondente;
- c. verificar a relação das consultas agendadas para o dia e retirar do fichário as fichas de controle de saúde correspondentes, e ordená-las para o atendimento;
- d. providenciar os demais modelos necessários para os registros das atividades médicas e de enfermagem;
- e. dispor em ordem todo o material necessário.

5.3.2 Na recepção das crianças:

- a. acolher as crianças com delicadeza;
- b. solicitar os cartões de consulta para o atendimento, na ordem de chegada ou conforme outro critério estabelecido;
- c. atender a criança que vem:
 - pela primeira vez - proceder a inscrição na Clínica.
 - para consulta subsequente de controle:
 - fazer revisão da história clínica da ficha de controle de saúde da criança: exame de laboratório, comparecimento, imunizações e outros.

- d. orientar a mãe ou responsável sôbre os procedimentos que se seguem;
- e. registrar as informações obtidas;
- f. encaminhar as crianças para o preparo para consulta médica.

5.3.3 No preparo da Criança para consulta Médica

- a. orientar a mãe ou responsável sôbre os procedimentos que vão ser realizados antes e durante a consulta: troca de roupa, procedimento da consulta e outros;
- b. retirar a roupa da criança ou ajudar a criança a despir-se;
- c. verificar pêso, altura e temperatura, conforme se recomenda a técnica;
- d. registrar os dados na ficha correspondente;
- e. selecionar as crianças com problema para pronto atendimento;
- f. encaminhar as crianças para sala de espera;
- g. colocar na mesa do médico as fichas já preparadas;
- h. chamar as crianças para a consulta;
- i. registrar as atividades de preparo para consulta na ficha de contrôle de Saúde da Criança.
 - no registro diário de atividades
 - no registro mensal de atividades.

Consulta Médica - Criança Sadia e de Morbidade

Vide normas gerais e específicas, procedimentos e técnicas que guiarão o cumprimento da Consulta Médica.

6. Tarefas de Complementação da Consulta Médica

- 6.1. Definição: É a atenção dispensada à criança doente ou sadia, por enfermeira ou visitadora, em relação à situação encontrada durante a consulta médica.

6.2. Normas

- 6.2.1. Toda consulta médica deverá ser complementada por essa tarefa.
- 6.2.2. Serão executadas rotineiramente pela visitadora e quando necessário pela enfermeira;
- 6.2.3. Rendimento - em cada hora/pessoal de enfermagem as tarefas de complementação da consulta médica serão atendidas como mínimo 6 crianças com duração média de 10 minutos cada uma;
- 6.2.4. As tarefas executadas pela visitadora receberão a supervisão da enfermeira.

6.3. Procedimentos

- 6.3.1 Auxiliar o médico, durante a consulta, quando necessário;
- 6.3.2 Receber o prontuário de cada criança após a consulta médica;
- 6.3.3 Chamar a criança com o responsável para orientação;
- 6.3.4 Tomar conhecimento do conteúdo da consulta médica: diagnóstico, exames, prescrições e outros;
- 6.3.5 Proceder a orientação que se fizer necessária, - como por exemplo sobre: hábitos sadios devida, - imunizações e interpretação do diagnóstico, tratamento e outras recomendações.
- 6.3.6 Providenciar o tratamento a exames prescritos e encaminhar os pedidos necessários;
- 6.3.7 Encaminhar para vacinação quando indicado;
- 6.3.8 Marcar a consulta de controle subsequente de acordo com as normas ou quando solicitado pelo médico;
- 6.3.9 Registrar as atividades de enfermagem nas fichas de controle de Saúde da Crianças e nos relatórios estatísticos: diário e mensal;
- 6.3.10 Encaminhar os prontuários para o arquivo;

- 6.3.11 Desenvolver atividades educativas em grupo quando se fizerem necessárias;
- 6.3.12 Providenciar para que a unidade e o equipamento sejam preparados para o próximo atendimento.

7. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

7.1 Definição: É a atenção dispensada à criança sadia de 0 - 1 ano pela visitadora na Unidade Sanitária, visando atender necessidades de saúde durante este período que não requeiram a atuação direta e imediata do médico e da enfermeira.

7.2 Normas

7.2.1 O atendimento será realizado em cumprimento de data previamente marcada e diferente daquela destinada à consulta médica ou de enfermagem.

7.2.2 A atenção será dispensada pela visitadora sob supervisão da enfermeira e de acordo com as normas estabelecidas do sub-programa de saúde da criança;

7.2.3 Concentração - serão oferecidas à criança sadia de

0 - 2 anos 5 atendimentos de enfermagem

-1 atendimento no 3º mês, coincidindo com a aplicação da 2ª. dose de D.P.T e Sabin,

-1 atendimento no 7º mês, coincidindo com a aplicação da V.Sarampo;

-1 atendimento no 11º mês;

-1 atendimento no 16º e 20º mês;

7.2.4 Atendimento - em cada hora/visitadora de atendimento, serão atendidas como mínimo 6 crianças, com duração média de 10 minutos cada.

7.3 Procedimentos que serão desempenhados pela Visitadora no atendimento

7.3.1 Verificar se a Unidade de trabalho está em ordem, provida com o material necessário;

- 7.3.2 Verificar o agendamento para o dia e solicitar as fichas de controle correspondente;
- 7.3.3 Fazer revisão dos dados de interesse; orientação médica, de enfermagem, exames de laboratório e outros;
- 7.3.4 Chamar as crianças para o atendimento, recebendo-as com delicadeza;
- 7.3.5 Interrogar a mãe ou responsável sobre o estado de saúde da criança, aspecto do desenvolvimento, cumprimento das indicações médicas ou de enfermagem;
- 7.3.6 Verificar a temperatura, o peso e a altura e compará-los com os dados anteriores;
- 7.3.7 Observar se há sinais de doença ou de outra anormalidade;
- 7.3.8 Encaminhar a criança para consulta médica se houver algum problema ou se a mãe o desejar;
- 7.3.9 Administrar as doses das vacinas indicadas em cada atendimento e conforme o esquema de vacinação;
- 7.3.10 Proceder à orientação necessária;
- 7.3.11 Marcar o próximo atendimento ou controle de saúde periódico;
- 7.3.12 Registrar as atividades de enfermagem realizadas nos respectivos modelos de controle; enfermagem e estatística;
- 7.3.13 Encaminhar os prontuários ao arquivo geral;
- 7.3.14 Providenciar para que a unidade seja arrumada e os prontuários devolvidos ao arquivo geral.

8. VISITA DOMICILIÁRIA

8.1 Definição - É a atenção dispensada à criança no domicílio pela enfermeira ou visitadora, visando o controle de saúde da criança de 1 a 11 meses e prestação de assistência de enfermagem a casos de morbidade à criança me-

nor de 12 anos, envolvendo procedimentos de enfermagem cujo conteúdo educativo se relaciona tanto à criança - como ao grupo familiar.

8.2 Normas

8.2.1 Como rotina, será realizada uma visita domiciliar de supervisão de saúde, em torno do 9º mês;

8.2.2 Quando necessárias, serão realizadas outras visitas para atender a casos de morbidade e outros problemas, aos menores de 12 anos;

8.2.3 Serão consideradas prioritárias:

- a. crianças com doenças transmissíveis, problemas de nutrição, diarreias
- b. crianças faltosas aos controles médicos e de enfermagem e vacinações

8.2.4 Rendimento: Em cada hora/visitadora de atividades, serão realizadas 1,5 visitas, não considerando o tempo gasto em transporte;

8.2.5 A visita domiciliária será realizada, rotineiramente pela visitadora sob supervisão da Enfermeira - distrital e em casos especiais pela mesma ou outra enfermeira por ela designada.

8.2.6 A eficiência da visita domiciliária, deverá ser comprovada através da avaliação quantitativa e qualitativa, realizada periodicamente pela enfermeira distrital.

8.3 Procedimentos de Enfermagem

8.3.1 Planejamento da visita domiciliária

- a. selecionar as visitas domiciliárias a serem realizadas no dia, conforme:
 - prioridades estabelecidas pelo serviço
 - itinerário e meios de transporte
 - hora mais apropriada para a assistência que vai ser prestada

- cálculo do tempo disponível para a visita domiciliária,
- b. retirar do fichário de controle de visitas, as fichas índices para posterior agendamento,
- c. solicitar ao arquivo central, as fichas de assistência médico-sanitária, correspondente a cada caso a ser visitado,
- d. estudar os dados registrados nas fichas da criança e de seus familiares,
- e. complementar o estudo acima com informações obtidas em outros setores da Unidade Sanitária, ou recursos da comunidade,
- f. identificar as necessidades de saúde da criança ou dos familiares,
- g. fazer revisão de conhecimentos científicos, através de pesquisa bibliográfica e entrevista com o médico e enf^a. distrital se necessário,
- h. definir os objetivos da visita domiciliária:
 - supervisão da saúde da criança de 1 a 11 meses,
 - assistência de enfermagem a casos de morbidade e problemas especiais a crianças menores de 12 anos,
- i. elaborar o plano para atender as necessidades identificadas.

Este não deve ser considerado definitivo nem rígido; por ocasião da visita à criança, a visitadora poderá encontrar situação e necessidades diferentes daquelas identificadas, que exigirão modificações do plano,
- j. preparar o material necessário.

8.3.2 Execução da Visita Domiciliária

Segundo a metodologia geralmente utilizada, a execução da visita domiciliária envolve as seguintes

fases, que dadas as suas características, podem ser consideradas:

a. Fase social, visando o estabelecimento de um ambiente favorável à realização da visita;

b. Fase da atividade profissional que, adaptada à situação de visita domiciliária à criança poderá ser esquematizada do seguinte modo:

- Observação geral do estado de saúde da criança e dos familiares; dos aspectos do desenvolvimento e crescimento da criança, de manifestações de interesse e compreensão referente aos ensinamentos e práticas relativos à saúde,
- Obtenção de informações que possibilitam a identificação de outras necessidades ou problemas de saúde, e sirvam de orientação quanto ao método mais adequado para desenvolver a visita,
- Análise dos dados obtidos no domicílio, relacionando-os com os já colhidos anteriormente.
- Execução das atividades planejadas, adequando-as à realidade encontrada, às quais conforme o tipo de visita poderão ser executadas como segue:

(1) Visita para supervisão da saúde

- Observar mais detalhadamente o estado de saúde, desenvolvimento motor-psico-social da criança, condições de higiene corporal,
- Obter informações quanto à alimentação, sono, recreação, repouso e outros aspectos de importância para a saúde da criança,
- Proceder a inspeção da criança quando indicado,
- Prestar os cuidados de enfermagem que se fizerem necessários, exemplo:
 - Temperatura, curativos, tratamentos,

- Demonstrações: preparo de alimento, higiene corporal, recreação,
 - Orientação relativas às necessidades identificadas e sentidas,
 - Revisão da orientação e elaboração com a família, de planos segundo as necessidades
 - Encaminhamento das crianças, eventualmente não matriculadas, ou necessitando atenção médica, à Unidade Sanitária.
- (2) Visita domiciliária a casos de morbidade
- Doenças Transmissíveis e
 - Casos Especiais - serão planejadas de acordo com as características do problema

8.3.3 Pós Visita Domiciliária

- a. Registrar os procedimentos da Visita Domiciliária e os dados estatísticos, nos modelos correspondentes, conforme instruções:
- Anotações dos procedimentos de enfermagem no formulário de controle de saúde do próprio paciente a que os mesmos se referem, obedecendo a seguinte ordem: data da visita - caso atendido - observações da visitadora - informações obtidas - assistência de enfermagem prestada encaminhamentos feitos - a - prazamentos.
 - Registro de dados na ficha índice: data da visita - realizada; identificação do novo menor se houver.
 - Registro dos dados estatísticos:
 - no relatório diário da visita domiciliária
 - no relatório mensal de atividades de Enfermagem
 - no relatório anual de atividades de saúde da Unidade Sanitária X.
- b. Encaminhar as fichas registradas e avaliadas para os respectivos arquivos.

- c. Tomar as providencias que se fizerem necessá-
rias para o seguimento dos casos
- d. Proceder à avaliação imediata quanto ao al-
cande do objetivo proposto.

9. EDUCAÇÃO DE GRUPO

9.1 Definição - Compreende um conjunto de atividades educa-
tivas elaboradas e desenvolvidas pela enfermeira e gru-
pos de mães, professôras e outros, envolvendo aspectos
relacionados com a saúde da criança.

9.2 Normas e métodos

9.2.1 As atividades educativas são da responsabilidade
da enfermeira, com a colaboração de outros mem-
bros da equipe de saúde,

9.2.2 Serão oferecidas às mães, com prioridade às pri-
míparas (reuniões de grupo, palestras, demonstra-
ções) conforme as necessidades e recursos dispo-
níveis.

9.2.3 Estas atividades desenvolverão aspectos relacio-
nados com:

- crescimento e desenvolvimento normais da cri-
ança
- hábitos higiênicos
- principios alimentares
- prevenção de doenças transmissíveis
- outros aspectos segundo as necessidades das -
mães.

9.2.4 Recomenda-se a formação de pequenos grupos (12 a
15) para facilitar a participação dos componentes
do grupo.

9.2.5 Recomenda-se a utilização de recursos audio visu-
ais quando possíveis.

9.2.6 O rendimento instrumental e a duração estarão -
condicionados ao método empregado.

9.2.7 As atividades de educação de grupo poderão ser executadas na Unidade Sanitária e na comunidade.

9.3 Procedimentos de Enfermagem

9.3.1 Planejamento, execução e avaliação das atividades educativas - "Vide Programa de instruções para atividades educativas".

9.3.2 Registro - tôdas as atividades educativas serão registradas nas fichas individuais da criança

10. VACINAÇÃO - Vide sub programa de Imunizações

11. EXAMES DE LABORATÓRIO

11.1 Definição - Compreende atividades intermediárias realizadas para confirmar ou esclarecer diagnóstico, oferecidas às crianças sempre que houver indicação médica.

11.2 Normas

11.2.1 Serão oferecidos às crianças, exames de laboratório, sempre que requisitados pelo médico, de acordo com os recursos disponíveis.

11.2.2. Os pedidos e os resultados devem ser registrados nos respectivos modelos.

11.3 Procedimentos de Enfermagem

A participação da enfermeira nesta atividade intermediária, será prestada através de:

11.3.1 Atividades educativas e informações referentes a:
a. importância dos exames de laboratório
b. tipos de exames - horário - local etc.

11.3.2 Encaminhamentos

11.3.3 Colheita de material e encaminhamento ao Adolfo Lutz de Sorocaba

11.3.4 Registro de pedidos e resultados.

12. SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

12.1 Definição - É a introdução, na dieta geral da criança, de nutrientes necessários à melhoria do estado geral da

mesma, visando o crescimento e desenvolvimento normais.

12.2 Normas

12.2.1 Será oferecida suplementação alimentar a 100% das crianças inscritas, menores de 1 ano que a necessitarem, de acordo com o sistema de seleção e recursos disponíveis.

12.2.2 Após indicação médica, o pessoal de enfermagem realizará um estudo sócio-econômico da família através de dados registrados na ficha familiar para efeitos de seleção.

12.2.3 O critério de seleção estará diretamente relacionado com as condições sócio-econômicas da família e os recursos disponíveis da Unidade Sanitária e outras agências da comunidade.

12.3 Procedimentos de Enfermagem

A participação da Enfermagem se fará através do:

12.3.1 Pedido da ficha família ao Arquivo para leitura e análise dos dados sócio-econômicos, após indicação médica.

12.3.2 Seleção das crianças que receberão suplementação alimentar na Unidade Sanitária, após a devida análise.

12.3.3 Distribuição que será feita pela Visitadora, após orientação, sobre os nutrientes recebidos.

12.3.4 Entrosamento com outras entidades que possam colaborar no fornecimento destes nutrientes e para elas encaminhar as crianças

13. TRATAMENTO

13.1 Normas

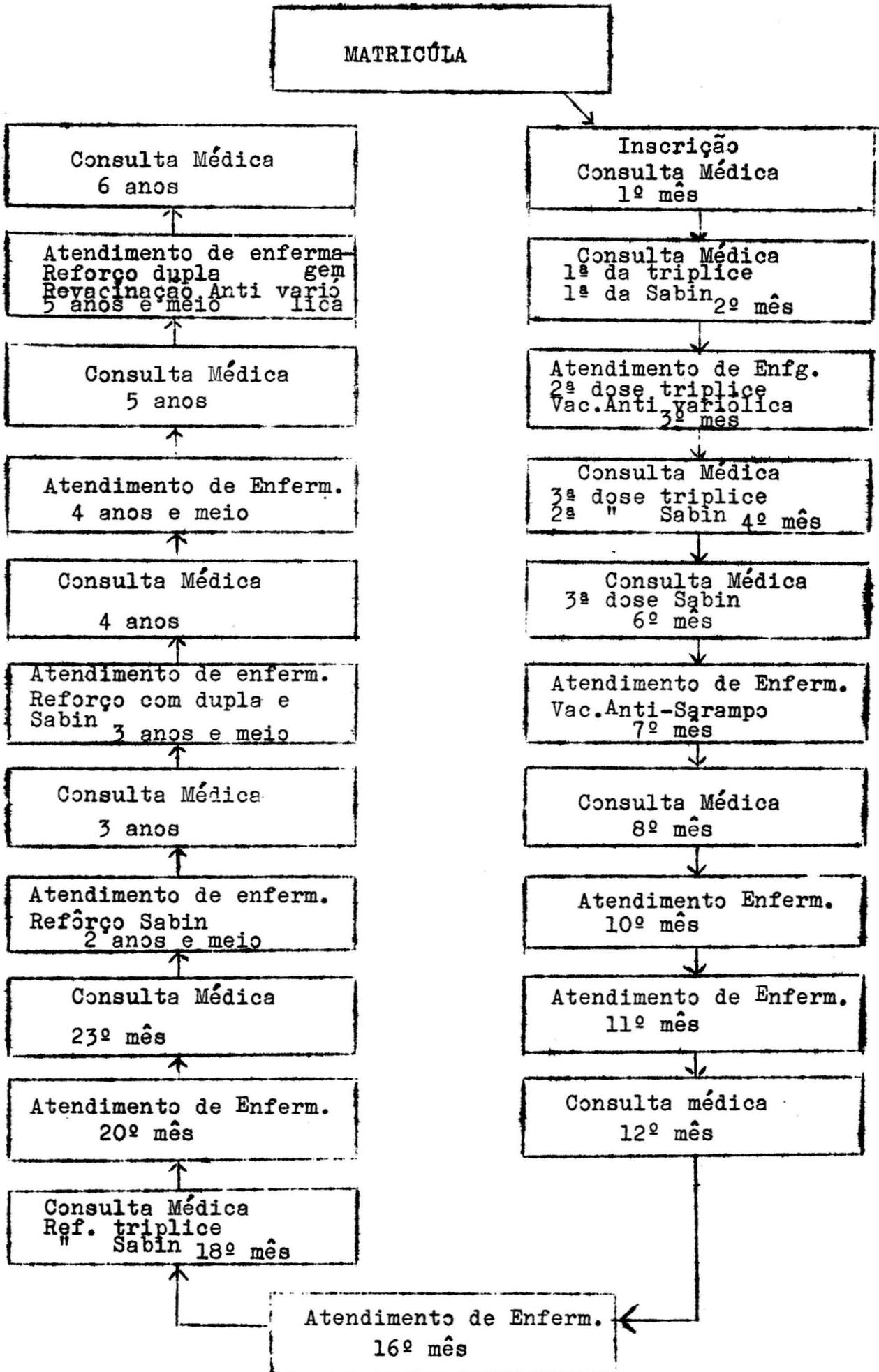
13.1.1 Será ministrado a toda criança, de acordo com os recursos disponíveis, o tratamento indicado pelo médico.

13.2 Procedimentos de Enfermagem

A participação da Enfermagem se fará através de:

- 13.2.1 Orientação sôbre a característica e importância do tratamento prescrito.
- 13.2.2. Fornecimento da medicação existente na Unidade Sanitária: ferro, antibióticos, fortificantes e outros, de acôrdo com as normas estabelecidas para seleção
- 13.2.3 Preparo e execução do tratamento prescrito: - injeções, curativos, e outros, conforme as técnicas de enfermagem.
- 13.2.4 Demonstração de cuidados para as mães e/ou familiares quando indicado.
- 13.2.5 Contrôle do Tratamento
- 13.2.6 Registro do Tratamento executado na ficha de controle da paciente.

FLUXOGRAMA DO SUB-PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA



Nº de ordem	Nome	Sexo		Parentesco	Estado Civil	Idade	Registro Civil	Ocupação	Natural.	Trabalha ou Estuda		Escolaridade	Tempo de Residência no Município
		M	F							No Município	Fora		

Parentesco em Relação ao Chefe

- Chefe = CH
- Esposa = E
- Filho = F
- Pai = P
- Mãe = M
- Sogro = S
- Genro = G
- Fora = N
- Agregados = A

Idade

- < 1 ano
- anos completos

Registro Civil

- Sim = S
- Não = N
- Não sabe = N.S

Ocupação = Atividade que desempenha presentemente

Naturalidade = Se do Estado de S. Paulo, registrar a cidade. Se de outros Estados ou Países, registrá-lo

Trabalha ou Estuda

- Trabalha = T
- Estuda = E

Escolaridade = Não sabe ler, nem escrever = Analf

- Primário incompleto = PI
- Primário completo = PC
- Ginásio incompleto = GI
- Ginásio completo = GC
- Colegial incompleto = CI
- Colegial completo = CC
- Superior incompleto = SI
- Superior completo = SC
- Menor de idade escolar = M

Estado Civil

- Casado = C
- Solteiro = S
- Viúvo = V
- Desquitado = I
- Amasiado = A

Instruções: Toda vez que o entrevistador tiver que aguardar resposta constará o código A.R., à esquerda do número da pergunta.

Naquelas em que vai citar alternativas, não citar "outros" e "não sabe".

Quando se tratar de apurar condições de construção, nível do poço tipo de fossa, etc., procurar constatar "in loco".

II - CARACTERÍSTICAS DOMICILIARES

1. O local desta casa é:

- a) próprio ()
- b) alugado ()
- c) cedido ()
- d) outros ()
- e) não sabe ()

2. As paredes da casa são

Estrutura

- a) tijolo ()
- b) madeira ()
- c) adobe ()
- d) outros ()

Revestimento

- reboco ()
- barro ()
- outros ()
- não existe ()

A.R. 3. Quantos cômodos são utilizados para dormir ?

- a) Um ()
- b) Dois ()
- c) Três ()
- d) Quatro ()
- e) Cinco ()
- f) Mais de cinco ()

4. Como é o banheiro desta casa ?

	Completo (chuv. + vaso)		Incompleto (só vaso) (um ou outro)	
	Interno	Externo	Interno	Externo
Unifamiliar				
Coletivo				

Não tem banheiro

5.^a) Como é a água que é utilizada em sua casa?

5.b) O(a) Sr.(a) faz alguma coisa com a água antes de beber?

	Única	Uma delas	Não utiliza	Tratamento domici- liar da água:
Com rede				Ferve () Filtra () Outros () Não faz nada ()
Sem rede	Poço	Fonte	Rio	Outros

6. Para onde vai o esgoto de sua casa ?

- a) Fossa () Tipo ()
 b) Rio ()
 c) Outra () Qual? ()
 d) Não sabe ()

7. O poço, em relação à fossa, fica:

- a) no mesmo nível do terreno ()
 b) o poço está mais alto ()
 c) o poço está mais baixo ()
 d) não sabe ()
 e) não tem poço ()

Nota: Registrar a distância aparente: em metros:

A.R. 8. Acha que a falta de rede de esgoto traz algum problema?

- a) Sim ()
 b) Não ()
 c) Não sabe ()
 d) Por que?

9. O que o (a) Sr.(a) costuma fazer com o lixo:

- a) coleta pública ()
 b) joga no terreno ()
 c) joga no rio ()
 d) queima ()
 e) enterra ()
 f) outros () O que ?
 g) não sabe ()

A.R. 17. Quando alguém de sua família adoecer a quem procura?

		Daqui	De fora
a) ao Médico	()	()	()
b) ao Centro de Saúde	()	()	()
c) ao Hospital	()	()	()
d) ao Farmacêutico	()	()	()
e) ao Benzedor	()	()	()
f) ao Curandeiro	()	()	()
g) outros	()	()	()

Obs.: Começar a citar a partir do curandeiro, e anotar na ordem indicada.

18. Quando alguém de sua família tem "dor de dentes" a quem procura?

- a) Dentista ()
- b) Farmacêutico ()
- c) Benzedor ()
- d) Nenhum ()
- e) A ninguém, porque ninguém tem "dor de dentes" ()

19. O (a) Sr.(a) acha que alguma coisa na escola de seus filhos deve ser melhorada?

Grupo Escolar: a) Sim () O que? _____

b) Não ()

c) Não tem filho no G.E. (...)

Nome da Escola: _____

Ginásio: a) Sim () O que? _____

b) Não ()

c) Não tem filho no Ginásio ()

Nome da Escola: _____

A.R. 20. Quais as estações de rádio e os programas que a família costuma ouvir?

a) Não ouve ()

b) Rádios: 1. _____ De onde: _____

2. _____

3. _____

Programas: 1. _____

2. _____

3. _____

A.R. 21. Quais os jornais que a família costuma ler?

a) Não lê ()

b) Lê os seguintes: 1. _____
2. _____
3. _____

A.R. 22. Quais o(s) centro(s) religiosos que a sua família frequenta?

a) Católico ()

b) Protestante ()

c) Espírita ()

d) Umbanda ()

e) Outros ()

f) Nenhum ()

A.R. 23. O(a) Sr.(a) tem notado algum problema neste lugar que precisa ser resolvido?

a) Sim () Quais? 1. _____
2. _____
3. _____

b) Não ()

c) Não sabe ()

A.R. 24. O(a) Sr.(a) sabe nos informar quais as pessoas que costumam ajudar a resolver os problemas das famílias desse lugar?

a) Sim () Quais? 1. _____
2. _____
3. _____

b) Não ()

c) Não sabe ()

A.R. 25. Somando-se o dinheiro de todos que trabalham nessa família, quanto dá por mês? (R\$)

a) ● — 200 ()

b) 200 — 500 ()

c) 500 — 1000 ()

d) 1000 ou + ()

e) Não sabe ()

26. Considerando todo dinheiro que se ganha nessa família, tem sido possível guardar algum dinheiro por mês ou não?

- a) Não tem sido possível ()
- b) Até €\$100,00 por mês ()
- c) De €\$101,00 à €\$200,00 ()
- d) De €\$201,00 à €\$300,00 ()
- e) De €\$301,00 à €\$400,00 ()
- f) Mais de €\$400,00 ()
- g) Não sabe ()

Bibliografia Consultada

Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. Departamento de Estatística do Estado de São Paulo. São Paulo, 1970.

BERQUÓ, E. MILANESI, L.N; LAURENTI, R; Estatística vital, 8ª ed. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1971.

BRANCO, S.M. - Curso de elementos de biologia geral e hidrobiologia Sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1965

CHAVES, M.M. - Teoria da Odontologia Sanitária. In: Manual de Odontologia Sanitária, 1. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1960.

CHAVES, M.M. - Prática da Odontologia Sanitária. In.: Manual de Odontologia Sanitária, 2. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1961.

DERRY BERRY, M. - Educação Sanitária: seus objetivos e métodos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1959 (mimeografado)

Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. São Paulo, 28.: 69-71, IBGE. 1957.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - Las condiciones de Salud em las Américas Publicação Científica (138) Washington DC. 1966.

MASCARENHAS, R.S. - Introdução à Administração Geral. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, Disciplina de Administração Sanitária, 1972. (mimeografado).

MASCARENHAS, R.S. - Introdução à Administração Sanitária. S. Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, Disciplina de Administração Sanitária, 1971.(mimeografado)

NUTRICION MATERNA & PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA EM LAS AMERICAS

Informe de la Reunión de um grupo técnico. Washington, 1970.

POSTILA DA disciplina de Administração de Enfermagem de Saúde Pública, 1972.

RAMOS, R. Indicadores do nível de Saúde; sua aplicação no município de São Paulo, 1962 (Tese, Faculdade de Saúde Pública da USP.)

SAN MARTIN, H. - Salud & enfermedad La Prensa Médica Mexicana, México.

Situação da Saúde Materna e Infantil no Estado de São Paulo.

São Paulo, Instituto de Saúde (4), 1970.

SILVA, E.C.P. - Amostragem 5ª ed. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP. 1970.

VIEGAS, A.R. - Aspectos preventivos da cárie dentária. In: Manual de Odontologia Sanitária, 3, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1961.

VIEGAS, A.R. - Índice simplificado para estimar a prevalência da cárie dental em crianças de 7 a 12 anos de idade. São Paulo, 1968 - (Tese Faculdade de Saúde Pública da USP).