

Relatório do Trabalho de
Estágio de Campo Multiprofissional
Realizado em Jacareí, Igaratá
e Sta. Branca (Vale do Paraíba, S. Paulo)

Agradecimentos

À Equipe F, de cada um dos seus integrantes,
pela oportunidade havida para a constatação de que
partilhamos os mesmos ideais de Saúde Pública, in
dependente de profissão ou naturalidade.

Equipe

<u>Nome</u>	<u>Profissão</u>
Antonio Carlos G. do E. Santo	Médico (coordenador)
Fernando Paganha de Vasconcelos	Adm. Hospitalar
Hildiné Landau	Enfermeira (secretária)
Izalene Tiene	Ass. Social
Lígia Maria Corrêa	Adm. Hospitalar
Manoel Afonso Dente Filho	Adm. Hospitalar
Maria das Dores P. Corrêa	Dentista
Péricles A. Nogueira	Médico
Salva Tayer Corrente	Educadora (tesoureira)
Valdenice Fernandes e Silva	Farm. Bioquímica
Walder Suriani	Engenheiro
Zoraide dos Santos Lopes	Educadora

Supervisores:-

**Profa. Nêia Schor - Docente do Departamento Práticas
Médica de Saúde Pública**

Í N D I C E

	Pag.
1. Introdução.....	1
1.1.-Objetivos e Justificativas.....	1
1.2.-Características Físicas, Demográficas e de Valorização do Espaço da Região.....	1
1.3.-O Município de Jacareí.....	3
1.4.-O Município de Igaratá.....	3
1.5.-O Município de Santa Branca.....	4
2. Material e Métodos.....	4
3. Resultados da Investigação.....	7
4. Discussão.....	39
4.1.-Diagnóstico de Saúde.....	39
4.2.-Sugestões Programáticas.....	44
5. Modelo Operacional.....	48
6. Considerações finais.....	53
7. Material de Referência.....	55
7.1.-Resumo.....	55
7.2.-Sumary.....	55
7.3.-Referências Bibliográficas.....	56

1. Introdução

1.1. Objetivos e Justificativas

O presente trabalho, proposto aos alunos da Faculdade de Saúde Pública da USP por seu corpo docente, se constitui num exercício - para a equipe multidisciplinar e tem como finalidades:

- a) a formação dos alunos, em termos de aplicação dos conhecimentos teóricos, ministrados no primeiro semestre dos Cursos de Saúde Pública para Graduados, Administração Hospitalar e Educação em Saúde Pública
- b) o treinamento para atuação adequada em equipes compostas de profissionais das diversas áreas ligadas a saúde.
- c) o esforço para um trabalho que resulte no equacionamento e na apresentação de soluções para os problemas de saúde da população dos municípios do Vale do Paraíba, de modo a oferecer subsídios para as autoridades sanitárias do Estado de São Paulo.

O grupo, através da manipulação de técnicas de diagnóstico e programação de Saúde a nível local, teve a seu cargo os municípios - de Jacareí, Igaratá e Santa Branca, devendo as soluções serem propostas considerando a situação daquelas comunidades em 1974. Os resultados deveriam ser incorporados àqueles obtidos pelos demais grupos, encarregados de efetuar o mesmo trabalho nos outros municípios situados no Vale do Paraíba.

1.2. Características Físicas, Demográficas e de Valorização do Espaço, da Região^{5,6}.

O Vale do Paraíba compreende a porção extremo oriental do Estado de São Paulo, correspondendo quase que totalmente a extensão da Bacia Hidrográfica do Rio Paraíba, estendendo-se por uma área de 14.189 km².

A topografia compreende áreas de terrenos montanhosos, escarpados, planos e ondulados, e o clima apresenta grandes variações como decorrência da distribuição das chuvas, dos mecanismos de ventos, posição geográfica e condições do relevo. A temperatura oscila, em média, entre 5°C, nas áreas de maior altitude, até 30°C, nas zonas mais baixas.

O solo é constituído de diversos tipos em função da diversificação da compartimentação do relevo, estrutura e geologia, bem como pelas condições climáticas. No que pese o fato de ser uma área de

profunda decomposição de rochas, não é o solo dos mais pobres, pelo fato de ser rico em sua origem geológica. Mesmo assim, está sujeito a rápido desgaste pelo uso descontrolado e em consequência da erosão causada pelas chuvas.

A paisagem degradada e recuperada pela ação do homem, apresenta-se com 18,5% de mata e/ou cerrado, 8% de áreas de reflorestadas, 67,7% de pastagens e 5,8% de zonas cultivadas.

A rede hidrográfica é basicamente constituída pela Bacia do Paraíba, que nasce no Planalto da Bocaina a 1.800 m de altitude, sendo formado pelos rios Paraitinga e Paraíbauna, e recebendo ao longo de seu curso vários afluentes.

O regime da bacia hidrográfica do Paraíba apresenta uma concordância com o regime pluviométrico, com altas águas no verão e baixas vazões no inverno. Devido a condições de baixa declividade, as inundações são frequentes.

As características demográficas, de valorização e ocupação do Vale do Paraíba, estão estreitamente ligadas aos fatores do meio físico acima citados, bem como aos fatores econômicos, sedimentados ao longo de sua história. Assim temos, que a conquista da região se deu em fins da primeira metade do século XVII, como parte do processo de expansão do povoamento da província de São Paulo de Piratininga, que exploravam a região em busca de minas de ouro - nos três séculos que se seguiram, o Vale do Paraíba passou por sucessivos períodos de apogeu e decadência econômica.

Inicialmente, como fonte abastecedora das Minas Gerais, teve sua vida condicionada pelas vias de circulação que ligavam as áreas de mineração e o litoral. Por essa época, o Vale supre os setores mineiros com a necessária mão de obra, ao mesmo tempo em que atendia as necessidades daqueles para lá se dirigiam.

O declínio dessa fase se deu por volta da metade do século XVIII, em decorrência da auto suficiência, em termos de abastecimento, da região de Minas, e da concorrência que passou a ser movida pelo Rio de Janeiro.

O início do século XIX, marca a segunda fase áurea da economia do Vale, com a introdução da cultura do café, que generalizou-se por

toda a região tendo o Rio de Janeiro como pôrto de escoamento e seu centro financeiro e controlador.

A região experimenta nova fase de decadência com o esgotamento das reservas naturais, motivado por um sistema de exploração do solo, extensivo e descuidado, cujo espoliamento levou ao enfraquecimento das plantas do café, as quais tornavam suscetíveis às pragas, com sérios prejuízos em termos de produção.

Na década de vinte, com o abandono total da cafeicultura, começa a expandir-se o plantio de pastos, como forma substitutiva de ocupação do solo, passando a economia a girar em torno da criação de gado leiteiro. Essa substituição de uma forma de agricultura comercial de exploração, exigindo mão de obra numerosa, por uma atividade de menor valor comercial, que demandava pessoal reduzido, ocasionou o empobrecimento e despovoamento das zonas rurais.

Durante longo período esteve a região mergulhada num marasmo econômico, do qual se refaz pelo processo de industrialização, acelerada por fatores diversos. Entre eles a liberação de capitais, a facilidade de comunicação entre São Paulo e Rio, com a construção de Estrada de Ferro Central do Brasil, e o surgimento de modernas indústrias, que se constituem prolongamento fabril da grande São Paulo. Todo esse quadro de desenvolvimento industrial veio condicionar os aspectos atuais da vida econômica e da urbanização do Vale do Paraíba.

Caracterizada a Região na qual estão inseridos os municípios objeto deste trabalho, quais sejam: Jacareí, Igaratá, e Santa Branca, serão os mesmos apresentados em seus aspectos de Geografia Física, Econômica e Demográfica.

1.3. Município de Jacareí⁵

Possue área de 463km², tendo Santa Branca, Igaratá, São José dos Campos, Mogi das Cruzes e Jambuí como municípios limítrofes.

A população estimada para 1974 é de 73.338 habitantes, sendo a maioria residente na zona urbana, com conseqüente predominância de atividades industriais.

1.4. Município de Igaratá⁶

Com área de 289 km², limita-se com os municípios de Santa Izabel, - São José dos Campos e Palmeiras com população estimada de 4.350 ha

bitantes para aquele ano, população essa predominantemente voltada para atividades agrícolas e pastoris em decorrência de sua maior concentração na zona rural.

Sua origem está condicionada aos desmembramentos causados pela elevação de alguns distritos a categoria de municípios.

Com a construção por parte da C.E.S.P. de uma barragem para produção de energia elétrica, a cidade teria que ser evacuada pois a área que ocupava deveria ser inundada; em vista disso, em 1969, deu-se a sua transferência para uma cota superior ao nível das águas, surgindo daí uma cidade em condições favoráveis de planejamento urbano, embora a topografia do local se apresente bastante acidentada.

1.5. Município de Santa Branca⁵

Com área de 270 km², possui população estimada em 6.732 habitantes, ainda para o ano de 1974, e cuja população está igualmente concentrada na zona urbana e rural com atividades industriais, agrícola e pastoris. O município de Santa Branca limita-se com os de Paraibuna, Jambuí, Mogi das Cruzes e Jacareí.

2. Material e Método

Os elementos da Equipe foram selecionados mediante sorte procedido pela C.E.C.M.^{*}, segundo um critério de proporcionalidade que assegurasse o número adequado dos diversos profissionais que deveriam entrar na sua composição. A supervisão das atividades esteve a cargo de um docente designado por aquela comissão para esse fim.

Numa primeira fase do trabalho, foram desenvolvidos exercícios de Dinâmica de Grupo, sob a orientação do supervisor com o intuito de promover o necessário entrosamento entre os componentes da Equipe, visando eliminar possíveis barreiras de relacionamento, capazes de prejudicar o rendimento pleno do grupo na execução. Ao final dessa etapa, a Equipe elegeu um coordenador, um secretário e um tesoureiro.

O passo seguinte foi a discussão dos roteiros distribuídos pela

* Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional

C.E.C.M.^{8,9}, os quais forneciam as diretrizes operacionais para a elaboração do trabalho, orientando inclusive a divisão de tempo.- Definindo um prazo de quatro semanas para a entrega dos resultados estabeleceu-se um ritmo de 8 horas diárias de trabalho.

A técnica de Programação Local CENDES/OPS^{1,2,10} e a Técnica de Programação Integrada^{2,4} foram estudadas a seguir, dentro de uma linha definida pela C.E.C.M., buscando a integração de ambas e a adaptação à realidade objeto do estudo.

Apesar de alguns pontos de divergência, observou-se que ambas se destinam ao levantamento, processamento e análise de dados referentes a uma determinada realidade local, com vistas a um diagnóstico de saúde que possibilite uma programação racional, com base nas limitações da situação presente.

O passo seguinte foi a análise do material constituído pelos dados coletados durante o Estágio de Campo Multiprofissional realizado em 1975, com a finalidade de se aferir a confiabilidade dos informes, bem como o seu grau de suficiência. Com isto se pretendia estabelecer os itens a serem corrigidos ou levantados em campo. Parte desses dados haviam sido extraídos de publicações estatísticas do Estado, enquanto outros foram colhidos "in loco", nas Prefeituras, Cartórios, Agências de Saúde e Órgãos de Saneamento.

Considerando o volume de informações a serem revistas, a facilidade para certos profissionais na coleta dos dados mais afetos à sua área, a necessidade de encerrar em pouco tempo essa fase, uma vez que a incumbência principal do grupo não era a pesquisa, mas o diagnóstico e programação, todos os seus integrantes foram deslocados para o trabalho em campo, sendo a divisão de tarefas estabelecidas de acordo com o volume e a natureza das informações a serem obtidas em cada cidade.

O contato com a chefia da Unidade Sanitária do Estado em Jacareí, já informada pela C.E.C.M. da chegada do grupo, assegurou duas facilidades fundamentais para o desenvolvimento das atividades: o acesso às fontes de dados e o estabelecimento de um Local de Reuniões, numa das salas do Centro de Saúde, onde a Equipe se reunia para programar sua movimentação.

A escassez de tempo condicionou a compilação dos informes apenas às Instituições, motivando entre outras coisas a limitação da investigação quase que exclusivamente à zona urbana dos municípios. Dependendo do tipo de informação de existência ou não de um sistema de registro da mesma, lançou-se mão de diversos meios para obtenção dos dados necessários tais como: entrevistas, levantamento de dados registrados em publicações e instituições locais, além de observação direta. Utilizando um trabalho realizado com a aplicação da Técnica CENDES/DPS⁴, procurou-se selecionar os dados mais relevantes de acordo com o objetivo do trabalho, reunindo-os em Tabelas. A análise dessas tabelas, à luz dos conhecimentos adquiridos pela Equipe durante a análise das informações e por ocasião da experiência em campo permitiu o estabelecimento do diagnóstico e a sugestão de alternativas programáticas para as áreas estudadas.

3 - RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO:-

DISTRIBUIÇÃO DE POPULAÇÃO EM URBANA E RURAL DOS MUNICÍPIOS DE IGARATÁ, JACAREÍ, SANTA BRANCA - 1974.

TABELA 1-

Município	P O P U L A C Ã O				TOTAL
	Urbana		Rural		
	nº	%	nº	%	
Sta. Branca	3.428	51.00	3.310	49.00	6.732
Jacareí	60.975	83.14	12.363	16.85	73.338
Igaratá	850	19.45	3.500	80.45	4.350

Fonte:- D.E.E.

Observamos nesta Tabela que embora sejam cidades vizinhas, a distribuição da população, em urbana e rural, apresenta características distintas. Enquanto há uma predominância marcante em Jacareí de população urbana em Santa Branca há uma distribuição equitativa entre a urbana e rural. Já em Igaratá, há predominância da população de zona rural.

POPULAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO NOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ - 1974.

TABELA II

Município pop. p/grupo etá- rio.	Jacareí %	Santa Branca %	Igaratá %
-- 1 ano	2,61	2,83	3,10
1 + 5 anos	10,77	10,93	12,96
5 + 15 anos	26,00	27,39	28,06
15 + 20 anos	10,55	10,59	10,43
20 + 50	38,48	34,61	32,85
50 e +	11,48	13,57	12,34
Ignorado	0,09	0,05	0,22
TOTAL	100	100	100

Fonte:- Conheça o seu município - 1974
dos municípios - 1975

Ao redor de 40%, é a concentração da população na faixa etária de 0 a 14 anos nas três cidades, demonstrando necessidade de maiores recursos nesta faixa etária. As cidades são de população jovem, sendo que 50% tem idade inferior a 20 anos.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA E REDE DE ESGOTO NAS SEDES DOS MUNICÍPIOS DE SANTA BRANCA, JACAREÍ E IGARATA - ANO 1975.

TABELA III -

Municípios.	Abastecimento de água				Serviços d e Esantos.			
	Pop. Abast.	%	Prédios ligados	%	Pop. Abast.	%	Prédios ligados	%
Santa Branca	3.422	100	831	100	2.670	77	623	75.0
Jacareí	48.780	80	12.310	83	45.731	75	11.080	76.0
Igaratá.	850	100	176	100	765	90	154	87.5

Fonte: - Prefeituras dos Municípios - ano 1975

Os dados apresentados neste quadro nos indica que a população abastecida de água e servida de esgoto, situa-se numa faixa em torno de 80%. No geral a cidade melhor servida quantitativamente de água e esgotos é Igaratá. Nas outras duas cidades as condições de saneamento podem ser consideradas boas, pelos índices apresentados. Para os Municípios em questão, não houve pesquisa na zona rural.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE DOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ - PERÍODO DE 1970 a 1974.-

TABELA IV

Município	Jacareí	Santa Branca	Igaratá
Ann	%	%	
1970	11,70	8,43	5,22
1971	12,21	7,63	4,24
1972	11,38	9,09	7,3
1973	9,33	5,45	5,40
1974	11,63	8,40	3,90

Fonte:- Secretaria da Saúde
Cartórios do Município

Nesta Tabela observa-se um baixo coeficiente de mortalidade geral nos tres municípios. Há pequenas variações em Santa Branca. Em Igaratá, observou-se um decréscimo do coeficiente, indicando uma provável evasão de óbitos.

COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE NOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ,
SANTA BRANCA E IGARATÁ, NO PERÍODO DE 1970 a 1974.

TABELA V

Município Ano	Jacareí %	Santa Branca %	Igaratá %
1970	33,57	28,25	24,41
1971	35,30	33,74	23,31
1972	35,42	33,00	34,01
1973	37,81	33,04	28,98
1974	40,58	30,45	26,44

Fonte:- Conheça seu Município - 1974
Cartório dos Municípios

Nos tres municípios observamos uma alta natalidade, sendo que em Jacareí há um aumento anual e progressivo da natalidade, nas outras cidades notamos pequenas oscilações

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL PERI-NATAL DOS MUNICÍ-
PIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ- NOS ANOS DE 1973
E 1974.-

TABELA VI

Município \ Ano	1973	1974
	%	%
Jacareí	32,27	36,29
Santa Branca	-	14,63
Igaratá	8,47	8,69

Fonte:- Secretaria de Saúde
Cartório dos Municípios

Nesta Tabela, observamos que dos tres municí-
pios, Jacareí apresenta o maior índice de mortalidade in-
fantil peri-natal e Igaratá o menor. Note-se que o
índice apresentado em Igaratá iguala-se aos índices encon-
trados em países já desenvolvidos.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NEO-NATAL DOS MUNICÍ-
PIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ, NOS ANOS DE
1973 e 1974-

TABELA VII -

Município \ Ano	1973	1974
	%	%
Jacareí	49,15	52,41
Santa Branca	22,32	19,51
Igaratá	42,37	26,08

Fonte:- Secretaria de Saúde
Cartório dos Municípios

Nesta Tabela observamos um alto coeficiente na cidade de Jacareí e um coeficiente regular em Santa Branca e Igaratá. O que nos chamou atenção foi a queda acentuada desse índice em Igaratá.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA DOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ -ANOS DE 1973 e 1974 .

TABELA VIII-

Município \ Ano	1973	1974
	%	%
Jacareí	58,91	44,35
Santa Branca	26,78	29,26
Igaratá	42,37	26,08

Fonte:- Secretaria de Saúde
Cartório dos Municípios

Da mesma maneira que a Tabela de mortalidade infantil precoce, os fenomenos nessa Tabela se repetem.

MORTALIDADE INFANTIL DOS MUNICÍPIOS DE JACAREI, SANTA BRANCA E IGARATÁ NO PERÍODO DE 1970 a 1974.-

TABELA IX

Município \ Ano	Jacarei	Santa Branca	Igaratá
	%	%	%
1970	120,19	67,36	144,44
1971	127,25	60,61	55,55
1972	113,25	75,55	69,77
1973	108,44	49,11	101,69
1974	96,77	48,78	52,17

Fonte:- D.E.E.
Secretaria de Saúde
Cartório dos Municípios.

Embora nestes quadros tenha havido um decrescimo na mortalidade infantil de Jacareí e Santa Branca, o índice de Jacareí conserva-se ainda elevado. Santa Branca com o decrescimo do coeficiente de mortalidade infantil e o nível encontrado em 1974 nos causa surpresa, devendo ser este dado corrigido ou observado os fatores de êrro de mortalidade nesta localidade.

Em Igaratá os dados estão variando muito merecendo uma analise mais profunda e provaveis correções nos locais de registros desses dados.

INDICE DE SWAROOP E UEMURA DOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ -NO PERÍODO DE 1970 a 1974.

TABELA X-

Município	Jacareí	Santa Branca	Igaratá
	%	%	%
Ano			
1970	37,71	58,62	33,33
1971	37,06	50,00	22,41
1972	39,92	56,45	39,39
1973	39,73	40,54	45,45
1974	39,86	54,38	41,18

Fonte:- D.E.E.
Secretaria de Saúde
Cartórios dos Municípios

Vemos nesta Tabela que Jacareí apresenta um indicador de Swaroop e Uemura situado em um nível inferior ao das outras cidades, sendo que pela classificação que estes autores propuseram, essa cidade e Igaratá estavam com um nível regular (25 - 49) e Santa Branca se encontra em um bom nível de saúde.

MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA OS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ- ANO 1974.-

TABELA XI -

Grupo etario Muni- cípio.	0 - 1	1 - 5	5 - 15	15 - 20	20 - 50	50 e +
Jacarei	34,50	6,28	1,81	1,54	18,16	37,71
Igaratá	39,39	9,09	3,03	0	15,15	33,33
Santa Branca	22,41	1,72	1,72	1,72	13,79	58,62

Fonte:- D.E.E.

Observando a Tabela, verifica-se, uma mortalidade proporcional concentrada na faixa etaria de 0 a 1 ano. Temos que ressaltar os seguintes dados:

- Comparando Santa Branca com as duas outras cidades, a mortalidade proporcional desta na faixa de 0 a 1 ano é menor.

- A mortalidade proporcional na faixa etaria de 50 anos e + é mais elevada na cidade de Santa Branca, com isso, a curva de Nelson de Moraes dessa cidade se aproxima a um nível de saúde regular.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CAUSAS DE ÓBITOS AGRUPADOS DAS CIDADES DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ NO ANO DE 1974.-

TABELA XII-

Causas de Óbitos	Jacareí	Santa Branca	Igaratá
	%	%	%
Perinatais	23,93	4,87	-
Aparelho circulatório	20,60	7,31	8,33
Mal definidas	13,03	39,00	87,50
Aparelho respiratório	10,00	0	-
Infecciosas e parasitárias	9,09	19,50	-
Acidentes e violências	8,18	14,63	4,10
Sistema nervoso	4,59	0	-
Comp.grav; parto e pueroêrio	2,72	2,43	-
Neoplasias	2,42	4,87	-
Glândulas, nut. e metabolismo	2,12	4,87	-
Sanque org. hematopoieticos	1,21	0	-
Genito urinário	0,90	0	-
Ab. digestivo	0,90	2,43	-
Osteo musc. e tec. conjuntivo	0,30	0	-
Transtornos mentais	0	0	-
Anomalia congênita	0	0	-
Pele	0	0	-

Fonte:- D.E.E.

Observamos nesta Tabela um compartimento distinto nas tres cidades, em Igaratá a grande maioria dos óbitos são de causas mal definidas (provavelmente por falta de médico residente na cidade); em Santa Branca predomina também causas mal definidas, mas a distribuição dos outros óbitos é o esperado pela característica da cidade e em Jacareí há predominância de causas perinatais.

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS DE CONSULTAS MÉDICAS NAS CIDADES DE JACAREÍ, IGARATÁ E SANTA BRANCA.

TABELA XIII

Causas de consulta médica	Jacarei	Igaratá	Santa Branca
Doenças infecciosas e parasitárias.	15,93	32,28	23,89
Doenças do aparelho respiratório.	18,35	17,71	20,23
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos.	2,43	-	17,81
Doenças do aparelho circulatório.	3,14	11,78	7,35
Doenças do aparelho urinário.	5,43	2,99	6,87
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo.	2,24	7,54	5,07
Doenças sistema nervoso e org. dos sentidos.	3,71	2,89	4,25
Acidentes envenenamentos e violências.	-	-	3,80
Doenças glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo.	2,80	13,5	3,32
Doenças aparelho digestivo.	6,44	1,65	3,32
Crianças sadias.	-	-	-
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.	4,81	-	2,30
Gestantes sadias.	5,49	2,27	-
Sintomas e estados mal definidos.	20,17	1,24	0,52
Complic. gravidez, parto e puerpério.	0,51	5,68	0,40
Transtornos mentais.	3,04	-	-
Tumores neoplásicos.	0,16	-	-
Adultos sadios.	5,28	-	-
T O T A L	99,93	99,93	99,93

Fonte:- Dados coletados nos próprios municípios- Ano 1974.

CONSULTAS DE DOENÇAS DO GRUPO I, NOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ, IGARATÁ E SANTA BRANCA, NO ANO DE 1974.

TABELA XIV -

Municípios Consultas do grupo I.	Jacareí		Igaratá		Santa Branca	
	nº	%	nº	%	nº	%
Doenças de origem hídrica ou alimentar.	3.923	78,53	296	92,78	56	8,75
Coqueluche.	10	0,20	-	-	-	-
Sarampo.	10	0,20	-	-	-	-
Tuberculose todas as formas.	47	0,94	-	-	-	-
Lepra.	39	0,78	-	-	6	0,93
Doenças venéreas.	93	1,86	-	-	6	0,93
Demais infecciosas e parasitárias.	872	17,49	23	7,21	572	89,37
T O T A L	4.994	100	319	99,99	640	99,98

Fonte:- Dados coletados nos municípios.

TOTAL DE ALTAS POR CAUSA NOS MUNICÍPIOS DE JACAREÍ E SANTA BRANCA NO ANO DE 1974.-

TABELA XV-

Causas de Altas Hospitalização	Santa Branca		Jacareí	
	nº	%	nº	%
Doenças do aparelho circula- tório.	47	19,66	1.103	11,60
Parto sem menção de compli- cação.	46	19,24	2.162	22,74
Transtornos de origem hídrí- ca e/ou alimentar.	38	15,89	1.386	14,58
Doenças do aparelho respira- tório.	27	11,29	1.341	14,11
Complicação da gravidez, par- to e puerpério.	15	6,27	1.668	17,55
Doenças do sistema osteo- muscular e tec.conj.	13	5,43	-	-
Demais doenças infecciosas e parasitárias	12	5,02	74	0,78
Doenças do aparelho digesti- vo.	9	3,76	581	6,12
Acidentes, envenenamentos e violências.	9	3,76	462	4,86
Doenças mentais.	9	3,76	-	-
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos.	8	3,34	44	0,46
Doenças do aparelho genito- urinário.	4	1,77	342	3,60
Tumores.	2	0,83	149	1,57
Doenças das glândulas endo- crinas, nutrição e metabo- lismo.	-	-	164	1,72
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos.	-	-	15	0,15
Pele e tecido celular sub- cutâneo.	-	-	15	0,15
T O T A L	239	99,92	9.506	99,92

Fonte:- Arquivo médico das santa casas de Santa Branca e Jacareí.

DISPONIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE HOSPITALIZAÇÃO E CONSULTA MÉDICA NOS MUNICÍPIOS DE SANTA BRANCA, IGARATÁ E JACAREÍ - ANO DE 1974.

TABELA XVI

Município	Hospitalização			Consultas médicas.	
	Uso leito p/1000hab.	% ocupação	nº alta p/1000 hab.	Uso consultas p/1000 hab.	Rendimento hora consulta.
Santa Branca	2,07	43	3,3	41,68	3,06
Igaratá	-	-	-	22,22	1,05
Jacareí	2,56	61	0,86	36,83	1,16

Fonte:- Dados coletados nos locais.

CRIANÇAS MATRICULADAS NOS LACTÁRIOS DOS CENTROS DE SAÚDE DE JACAREÍ, SANTA BRANCA E IGARATÁ E IDADE DE INÍCIO DA INTRODUÇÃO DO LEITE EM PÓ, NA ALIMENTAÇÃO DESTAS CRIANÇAS NO ANO DE 1974.

TABELA XVII-

Município.	Nº de matriculados	Idade de introdução do leite em pó.	
		- 1 mês	%
Jacareí	276	46	16,6
Santa Branca	152	52	35,0
Igaratá	74	12	16,2

Fonte: - Fichários dos CCSS.

VOLUME DE REVACINAÇÃO SEGUNDO O TIPO , CENTRO DE SAÚDE DE JACAREP- ANO 1974.

TABELA XVIII

Tipo de vacina	Vacinação	
	Volume	%
Difteria	198	14,96
Coqueluche	197	14,89
Poliomielite	196	14,81
Tétano	198	14,96
Varíola	185	13,98
Sarampo	66	4,98
Tuberculose	283	21,39
T O T A L	1.323	99,97

Fonte:- Fichário do Centro de Saúde.

TABELA XIX-

Ordem de prioridades dos problemas	Ordem da taxa de mortalidade	Problemas de Saúde	Q	Taxa de mortalidade por 100.000
1	2	I - Doenças infecciosas e parasitárias	1.478,52	210,4
2	5	XV - Mortalidade peri peri-natais	91,80	91,8
3	3	XVI - Sintomas e Estados mal definidos	86,21	134,7
4	7	VIII - Doenças do aparelho respiratório	83,99	81,4
5	4	XVII - Acidentes, envenenamentos e violências.	78,31	119,9
6	1	VII - Doenças do aparelho circulatório	90,68	313,8
7	8	III - Doenças das glândulas endócrinas da nutrição e metabolismo	34,47	32,21
8	10	XIV - Anomalias congênitas	16,30	16,3
9	9	IX - Doenças do aparelho digestivo	15,99	26,6
10	6	II - Neoplasias	14,23	87,3
11	11	VI - Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	10,52	8,9
12	12	X - Doenças do aparelho genito-urinário	7,04	5,9
13	13	XI - Complicações da gravidez, parto e puerpério	3,78	4,0
14	-	XIII - Doenças do sistema osteo muscular e dos tecidos conjuntivos	1,69	-
15	-	V - Transtornos mentais	1,02	-
16	-	XII - Doenças da Pele e tecido celular sub-cutâneo	1,01	-
17	-	IV - Doenças do sangue	0	-

Fonte:- D.E.E.-
Centro de Saúde.

ORDEM DE PRIORIDADE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE - JACAREÍ - 1974.

Grupo I - Doenças infecciosas e parasitárias.

TABELA XX-

Ordem de prioridades dos problemas	Ordem da taxa de mortalidade	Problemas de Saúde (continuação)	0	Taxa de mortalidade de por 100.000.
1	1	I- Doenças de origem hídrica e alimentar	190.72	186.5
2	3	XI- Tuberculose todas as formas	4.48	4.4
3	4	II- Difteria	1.50	1.5
4	5	III- Coqueluche	1.50	1.5
5	6	V- Tétano	1.50	1.5
6	7	VII -Sarampo	1.50	1.5
7	2	XV -Demais doenças infecciosas e parasitárias	1.23	13.5
8	8	XIII-Doenças Venéreas	1.11	-
9	9	XII -Lepra	0.04	-

Fonte:- D.E.E.
Centro de Saúde.

TABELA XXI

Ordem de prioridade dos problemas	Ordem da taxa de mortalidade.	Problemas de Saúde	Q	Taxa de mortalidade por 100.000
1	-	I-Doenças Infecciosas e Parasitárias	141,00	102,2
2	-	XVI-Sintomas e estados mal definidos	135,31	365,2
3	-	VII-Doenças do Aparelho Circulatório	57,34	219,1
4	-	XV-Mortalidade peri-natais	43,8	43,8
5	-	XIV-Anomalias congênitas	29,2	29,2
6	-	III-Doenças das glândulas endócrinas da nutrição e metabolismo.	28,64	-
7	-	IV -Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	21,07	14,6
8	-	VIII-Doenças do Aparelho Respiratório	21,02	43,8
9	-	XVII-Acidentes, envenenamentos e violências.	18,07	14,6
10	-	II -Tumores (neoplasmas)	15,79	43,8
11	-	IX -Doenças do Aparelho Digestivo	14,15	-
12	-	VI -Doenças do Sistema nervoso e órgãos dos sentidos.	9,13	-
13	-	XIII-Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6,20	-
14	-	X -Doenças do aparelho gênito-urinário	4,37	-
15	-	XI -Complicações gravidez, parto e puerpério.	2,86	-
16	-	V -Transtornos mentais	2,72	-

Fonte:- Centro de Saúde.

ORDEM DE PRIORIDADES DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DE SANTA BRANCA -1974

GRUPO I - Doenças Infecciosas e Parasitárias.

TABELA XXII-

Ordem de prioridade dos problemas	Ordem da taxa de mortalidade	Problemas de Saúde (continuação)	Q	Taxa de mortalidade por 100.000
1	1	Doenças transmissíveis de origem hídrica e alimentar.	96,74	87,6
2	-	Demais infecciosas e parasitárias	14,18	-
3	2	Tuberculose todas as formas	2,19	14,6
4	-	Lepra	0,08	-
5	-	Venéreas	0,08	-

Fonte:- D.E.E.
Centro de Saúde

ORDEM DE PRIORIDADE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE - IGARATÁ - 197

TABELA XXIII-

Ordem de prioridade dos problemas.	Ordem da taxa de mortalidade	Problemas de Saúde	O	Taxa de mortalidade de por 100.000
1	1	XVI - Sintomas e estados mal definidos	285.00	527,4
2	2	VIII - Doenças do Aparelho Respiratório	55.30	52.7
3	3	*I - Doenças infecciosas e parasitárias	33.10	26.4
4	4	XV - Mortalidade peri-natais	26.40	26.4
5	-	III - Doenças das glândulas endócrinas da nutrição e do metabolismo	2.7	-
6	-	VII - Doenças do aparelho circulatório	2.4	-
7	-	XII - Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	1.5	-
8	-	XI - Complicação da gravidez do parto e do puerpério	1.15	-
9	-	X - Doença do aparelho gênito-urinário	0.6	-
10	-	VI - Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	0,59	-
11	-	V - Transtornos mentais	0.44	-
12	-	IX - Doenças do aparelho digestivo	0.34	-
	-	XVII - Acidentes, envenenamentos e violências	92.84**	105.5

* - No grupo I estão incluídas as doenças de origem hídrica e /ou alimentar e as demais infecciosas.

** - Embora essa entidade nosológica devesse constar como segunda prioridade, resolvemos não considerá-la ao verificar que houve apenas 5 óbitos por afogamento durante todo o ano de 1972 extrapolado para 1974 e esse fato deu-se apenas naquele ano o que nos leva a concluir que não constitui atualmente um agravo à saúde.

4. Discussão

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Município de Jacareí

a- Nível de Saúde

De acôrdo com o Coeficiente de Mortalidade Geral (Tabela IV) e a Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson Morais (Tabela XI) o nível de Saúde do Município de Jacareí pode ser considerado do tipo Regular. Embora as Doenças Infecciosas e Parasitárias apareçam como primeira-prioridade, em função de sua elevada morbidade, sua taxa de mortalidade se situa em torno de 9,09% (Tabela XII). Os principais problemas de saúde se acham mais diretamente relacionados à falta de uma melhor mobilização dos recursos do que de sua disponibilidade.

b- Fatores Condicionantes

Apesar das condições de saneamento básico serem consideradas boas, com cerca de 80% da população sendo servida de água e esgoto (Tabela III), verifica-se uma grande-demanda de hospitalização e consulta médica por doenças-de veiculação hídrica. Este fato leva a suposição de uma grande carência de programas de educação sanitária.

O nível educacional da população apresenta-se precário, tendo em vista o reduzido número de matrículas no segundo grau, numa marcante discrepância com relação àquelas-referentes ao primeiro grau (7,2%). Essa situação influe para o desconhecimento de medidas de prevenção bem-como na baixa procura de determinados recursos de saúde-existent na comunidade.

A população apresenta-se com 40% de seus indivíduos na faixa etária de 0-15 anos o que, segundo Sundberg, a caracteriza como " progressiva ou jovem " ³.

Concentrando-se na zona urbana em torno (Tabelas I e II) de 80% . Os 20% restantes encontram-se mais afastados -

das agências de saúde, centralizadas na sede do município, além de não contarem com saneamento básico. Assim, esse grupo pode se constituir em um contingente que pesa decisivamente para o agravamento da situação de saúde da área.

Com relação ao estado nutricional da população, devido a grande escassez de dados referentes a este aspecto, julgou-se possível inferí-lo como baixo, a partir dos Coeficientes de Mortalidade Infantil tardia e da Mortalidade Proporcional de 0 - 5 anos (Tabelas VIII e XI).

c- Serviços Assistenciais

A utilização inadequada dos serviços assistenciais se faz sentir tanto no que diz respeito a hospitalização - como no tocante a consulta médica.

No primeiro caso, embora conte o município com a distribuição de 2,56 leitos hospitalares por 1000 habitantes, utiliza apenas 61% daquele recurso, distante portanto - da ocupação ideal considerada em torno de 75 a 80% (Tabela XVI). A qualidade de assistência hospitalar se acha bastante comprometida em decorrência de vários problemas, entre os quais podem ser citados: precárias condições de esterilização, preparo inadequado do pessoal de enfermagem e a intensa contaminação do ambiente hospitalar, fatores esses que influem de forma acentuada - no alto coeficiente de mortalidade neo-natal. (Tabela VII).

Em termos de consulta médica, que apresenta uma taxa - de 36,83 por 100 habitantes, o rendimento de 1,16/ hora denota uma grande sub-utilização desse recurso, uma vez que seria previsto uma média de 6 consultas/hora (Tabela XVI).

A absorção de grande parte do tempo do pessoal de enfermagem em atividades administrativas e o reduzido número de vacinações anti-tetânica em gestantes, revelam o

aproveitamento inadequado dos recursos humanos, bem como a inoperância dos programas básicos, como é o caso da assistência pré-natal.

Outra deficiência dos serviços assistenciais, que dificulta os esforços com vistas ao diagnóstico correto e a uma programação adequada, se constitui na precariedade do sistema de registro de dados.

4.1.2. Município de Igaratá

a--Nível de Saúde

Analisando os Coeficientes de Mortalidade Geral e Infantil, bem como o índice de Swaroop-Uemura (Tabelas - IV, IX, X), o nível de saúde do município pode ser considerado regular.

As doenças infecciosas e parasitárias ocupam a terceira prioridade entre os problemas de saúde, precedidas por Sintomas Mal Definidos e Doenças do Aparelho Respiratório, requerendo portanto, para sua redução, não apenas a utilização de medidas preventivas como também o desenvolvimento de uma melhor assistência médica (Tabela - XXIII).

b- Fatores Condicionantes

A população urbana recebe uma cobertura de 100% de abastecimento de água tratada, com 90% sendo servida pela rede de esgotos (Tabela III). A predominância de uma população rural, justifica os coeficientes de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias.

O nível educacional apresenta uma situação semelhante a do município de Jacareí, onde se salienta um número muito baixo de matrículas no 2º grau, numa flagrante desproporção com o número de matrícula no 1º grau, acarretando os mesmos problemas abordados por ocasião do diagnóstico feito para aquele município.

Dois características populacionais apresentam particular interesse para identificação dos problemas de saúde da área em estudo: a elevada proporção de indivíduos de baixa idade (44, 12%) no grupo etário de 0 - 15 anos); e a elevada concentração de habitantes na zona rural (Tabelas II e I).

No tocante ao estado de nutrição desta comunidade, o único dado disponível, qual seja, o elevado percentual de óbitos no grupo de 0 - 5 anos (48,48%) é presuntivo - de um baixo padrão nutricional (Tabela XI)

c- Serviços Assistenciais

O único serviço assistencial é representado por um Centro de Saúde tipo V pertence a rede do Estado.

A demanda de consultas médicas apresenta-se muito baixa, em função do desestímulo gerado pelo exíguo horário de trabalho cumprido pelo profissional médico, uma vez que o serviço possui condições materiais e de pessoal auxiliar para o atendimento das necessidades da área. Por esse motivo, a população centro dependente utiliza em grande parte os recursos de saúde dos municípios vizinhos. O sistema de registros, a exemplo do que ocorre em Jacareí é precário.

4.1.3. Município de Santa Branca

e- Nível de Saúde

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (48%), o Índice de Swaroop-Uemura (59,38%) e as Taxas de Mortalidade - Proporcional de Nelson de Moraes (Tabelas IX, X, XI) para esse município, apontam um nível de Saúde Regular. Apesar de ocuparem o segundo lugar na ordem de prioridade - dos problemas de saúde, as doenças infecciosas e parasita-

tárias apresentam uma taxa de mortalidade proporcional de 19,50%, índice considerado razoável, frente as condições que o município apresenta.

b- Fatores Condicionantes

A situação em termos de Saneamento básico, proporcionando abastecimento de água a 100% da população urbana, que é servida ao mesmo tempo em 77% pela rede de esgotos, poderia justificar o baixo Coeficiente de Mortalidade Infantil de 48,78%, no que pese o fato de que o valor encontrado necessita um estudo mais aprofundado.

Vale salientar aqui, que cerca de 50% da população do município encontra-se residente na zona rural, o que pode explicar a incidência elevada de doenças de veiculação hídrica, resultantes da precariedade em termos de abastecimento de água e esgoto.

O número de alunos matriculados no 1º grau (1.374) - poderia indicar um alto nível educacional da população do município. Entretanto, 40% deste total constituem - de crianças entre 8 e 14 anos e que se encontram concentrados na primeira e segunda séries. Esse fato, acrescido da pequena afluência no 2º grau (30 alunos), indica um baixo nível de escolaridade com reflexos negativos no nível de saúde da comunidade.

A população se acha equitativamente distribuída nas zonas urbanas e rural (Tabela I) havendo como no município de Igaratá, um percentual elevado de indivíduos na faixa etária de 0 - 15 anos (Tabela II).

c- Serviços Assistenciais

O Centro de Saúde do Estado e a agência local do FUN - RURAL fornecendo consultas médicas, além de um hospi-

tal da Santa Casa, prestando assistência hospitalar, compõem o quadro de serviços assistenciais do município. Características comuns a essas entidades, são as deficiências relativas a recursos humanos, em termos quantitativos e qualitativos, notadamente no que se refere ao pessoal de enfermagem.

Há disponibilidade de 2,07 leitos por cada 1000 habitantes, com uma taxa de ocupação de 43% , considerada mínima. No que tange a consulta médica, verificou-se uma taxa de 41,68% por 100 habitantes, sendo o rendimento de 3,06 consultas por hora médica, igualmente insatisfatória (Tabela XVI).

Como nos demais municípios estudados, o sistema de registros deixa muito a desejar.

4.2. Sugestões Programáticas

As sugestões programáticas serão dirigidas no sentido de satisfazer as necessidades básicas de saúde das comunidades, procurando, sempre que possível, integrá-las nos seus pontos comuns, respeitando as suas peculiaridades quando as diferentes realidades assim o exigirem.

4.2.1. Política Programática

Os principais problemas de saúde presentes nos municípios em questão, estão incluídos em cinco categorias, especificadas a seguir, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças:

- Doenças Infecciosas e Parasitárias
- Sintomas e Estados Mal Definidos
- Certas causas de Morbidade e Mortalidade de Peri-Natais
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Doenças do Aparelho Circulatório

4.2.2. Doenças Infecciosas e Parasitárias

Nos municípios objetos do estudo, as doenças de veiculação hídrica ocupam um lugar de destaque com um Fator Q - / elevado. Desde que essas Comunidades possuem condições satisfatórias de Saneamento Básico, pelo menos no que diz respeito à zona urbana, as ações de saúde deveriam dar ênfase a uma atividade educativa contínua, com vistas a estimular uma melhor utilização dos recursos existentes, bem como o emprego de medidas preventivas. O aumento da demanda gerada por essa medida, proporcionando maior cobertura da população, seria atendido em Jacareí, através de um maior aproveitamento do horário ocioso, o que implicaria na mobilização mais eficiente dos recursos materiais disponíveis. Em Igaratá, medidas administrativas visando garantir a permanência diária do médico em horário útil de atendimento, - faz-se absolutamente necessária.

A ociosidade verificada com relação aos leitos hospitalares indicam a necessidade de uma melhor utilização dos mesmos, o que provavelmente contribuiria para uma queda da mortalidade por essas doenças.

Medidas educativas, dirigidas às populações rurais, com vistas a contornar a falta de saneamento básico, como o incentivo ao uso de Cloro existente nas unidades de Saúde do Estado.

Programas adequados de puericultura, precisam serem desenvolvidas nas Unidades Sanitárias, incluindo em suas atividades o acompanhamento dos casos de desnutrição, fator agravante nesse grupo de doenças.

A ampliação do sistema de abastecimentos de água e rede de esgotos, se constitui em medidas de particular interesse sanitário para a população urbana de Jacareí, que ainda não usufrue desse serviço. Em Igaratá e Santa Branca, conveniente faz o controle mais contínuo da qualidade da água servida à população.

Com relação ao efluente de esgoto, é recomendável para os

três municípios que se faça do processo de lagoas de estabilização para o tratamento dos mesmos, antes de serem lançados nos cursos d'água. Tal recurso, se revela eficiente e pouco oneroso, mostrando-se portanto adequado para as áreas em questão.

Como destino para os resíduos sólidos, principalmente em Jacaréí, seria indicada a solução do aterro sanitário, medida que evitaria a prática condenável da utilização do lixo para alimento de animais.

A alta incidência de casos de tuberculose, que apenas não se verifica em Igaratá, provavelmente por falhas de diagnóstico, justificam medidas de controle, compatíveis com esse grave problema sanitário. Entre essas poderia se destacar a criação, em Jacaréí, de um serviço de baciloscopia, uma vez que a unidade conta com laboratório equipado que não se encontra em funcionamento apenas por falta de um técnico. Uma vez operando, esse laboratório teria condições de atender aos pacientes de Santa Branca e Igaratá, considerando a proximidade dos três municípios. O controle de tratamento poderia ficar a cargo do clínico da unidade, de acordo com as normas expedidas pela Secretaria de Saúde.

Para o diagnóstico de crianças infectadas, a Unidade de Jacaréí possui duas enfermeiras habilitadas para aplicação do P.P.D., devendo a mesma ser ali utilizada. O pessoal auxiliar de enfermagem de Igaratá e Santa Branca deveriam receber treinamento no mesmo sentido.

A profilaxia poderia ser feita através do controle de comunicantes e da vacinação com o B.C.G. intradérmico, utilizado como rotina uma ou duas vezes por semana, no Centro de Saúde de Jacaréí, e mensalmente nos demais. Ações educativas devem ser desenvolvidas junto a população procurando orientá-la para o encaminhamento às Unidades, das crianças a serem vacinadas e dos suspeitos para o devido diagnóstico e tratamento.

A ocorrência de doenças como tétano, sarampo, coqueluche e

difteria, todas evitáveis através de imunização, vem confirmar a necessidade de programas educativos e melhor funcionamento dos serviços de saúde, aspectos esses já abordados. No que diz respeito a hanseníase, registrada em Jacareí, e Santa Branca, as sugestões seriam basicamente as mesmas apresentadas para o problema da Tuberculose.

O estabelecimento de uma programação para redução do índice de doenças venéreas, poderia ser desenvolvida em locais - que congregam grande contingente de população jovem, como é o caso dos educandários, clubes de serviços, etc.

Sugestões programáticas referentes às demais D.I.P. tornam-se difíceis diante do grande número de entidades mórbidas - incluídas nesse sub-grupo, exigindo ações específicas.

4.2.3. Sintomas e Estados Mal Definidos

Embora esse grupo não represente entidades nosológicas, foi colocado como segunda prioridade em virtude do seu elevado Fator Q.

A melhoria do sistema de registro é imprescindível para a mudança desse quadro que, no momento, dificulta sobremaneira a elaboração de qualquer programa de saúde.

4.2.4. Certas Causas de Morbidade e Mortalidade Peri-Natais

a- Assistência Materna Infantil necessita ser bastante melhorada, através do estímulo ao aumento da demanda por parte da população e de uma maior mobilização de recursos materiais e humanos para esses serviços.

Deveria haver um entrosamento com as entidades que prestam hospitalização, visando uma melhor assistência ao parto e puerpério. Necessário se faz, programas de treinamento em serviço para o pessoal de enfermagem dos hospitais bem como a redução da contaminação do ambiente hospitalar, especialmente nos centros obstétricos e berçários.

Atenção especial deverá ser dispensada ao controle de cu ri os es, principalmente em Igaratá, pela inexistência de hospitalização.

4.2.5. Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Aparelho Circulatório

As sugestões programáticas com relação a estes grupos de - doenças requerem uma pesquisa para elas especialmente dirigida, a fim de que se possa identificar os seus caracteres epidemiológicos nessas populações.

Pelo lugar de destaque que ocupam entre os principais problemas de saúde dos municípios em estudo, fica a sugestão para uma investigação nesse sentido.

4.2.6. Demais grupos de doenças

Quanto aos demais grupos de doenças, não sendo elas prioritárias e como cada um requer programas específicos, sugerimos para uma etapa posterior as programações de saúde. Fazemos exceção ao grupo de entidades classificadas como acidentes envenenamentos e violências, que em todas as três cidades possui um alto fator Q, deve merecer nestes locais campanhas educativas visando a reduzir os índices de mortalidade e morbididade, principalmente, por acidentes de trânsito.

O Modelo Operacional anexo, mostra as doenças citadas acima, as soluções indicadas para cada uma e os resultados esperados com as ações programadas e que poderão servir de base a avaliações futuras.

5- MODELO OPERACIONAL

-84-

Definição do Problema	Soluções Indicadas	Resultados esperados como base para futuras avaliações
<p>- Doenças Infecciosas e Parasitária</p> <p>a- Prevalência de doenças de veiculação hídrica e alimentares nos 3 municípios e de Tuberculose</p> <p>Difteria</p> <p>Tétano</p> <p>Coqueluche</p> <p>Sarampo</p> <p>b- Mortalidade por Doenças infecciosas e parasitária na ordem 210,4 por 100.000 em Jacareí 26,4 por 100.000 em Igaratá e 102,2 por 100.000 em Santa Branca</p> <p>c- Mortalidade de menores 5 anos de 40,78 em Jacareí 39,39 em Igaratá e 24,13 em Santa Branca</p>	<p>a- Prioridade às atividades de Saneamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ampliação em Jacareí do Serviço de água e esgoto. - controle de qualidade da água mais contínuo em Igaratá e Santa Branca - lagoas de estabilização de esgoto para as tres cidades. - aterro sanitário para lixo para Jacareí - incentivo a distribuição de cloro no Centro de Saúde <p>b- Atividades de Recuperação de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - permanência constante de um médico em Igaratá - melhor utilização dos leitos em Jacareí e Santa Branca - tratamento ambulatorial em Jacareí dos casos de Tuberculose por clínico geral <p>c- Atividades preventivas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redução de incidência das doenças de veiculação hídrica 2. Redução das doenças evitáveis por programas de imunização 3. Redução da mortalidade de menores de 5 anos

MODELO OPERACIONAL

Definição do Problema	Soluções Indicadas	Resultados esperados como base para futuras avaliações
	<ul style="list-style-type: none"> - Dinamização do setor de imunização das 3 cidades. - Introdução do BCG intradérmico de Rotina no Centro de Saúde de Jacareí - complementação dos esquemas de imunização de todos os matriculados nas Unidades Sanitárias. - introdução e dinamização da puericultura em todas as unidades d- atividades educativas: <ul style="list-style-type: none"> - orientar a todo o pessoal das unidades sanitárias sobre esquemas de vacinação tratamento e diagnóstico das doenças infecciosas - orientar as mães sobre <ul style="list-style-type: none"> - aleitamento natural - preparo correto de mamadeira e alimentos - necessidade de esquemas completos de vacinação - voltar no período apropriado - orientar os líderes comunitários e as comunidades quanto: 	

MODELO OPERACIONAL

Definição do Problema	Soluções Indicadas	Resultados esperados com base para futuras avaliações
	<ul style="list-style-type: none"> - encaminhar as crianças às Unidades para vacinação e puericultura - encaminhar sintomáticos respiratórios para exames de escarros - necessidade de se ver a Unidade Sanitária como um local de prevenção e recuperação da Saúde e não apenas aonde se vai tirar atestado médico e- Integração com os programas da Secretaria da Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - programas materno-infantil - controle da hanseníase e tuberculose 	
<p>2: Sintomas e estados mal definidos</p>	<p>1. Melhor atenção médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilidade de hospitalização - Correto preenchimento de fichas de consultas 	<p>Redução do número de causas de óbitos ou doenças registradas como causa mal definidas</p>

Definição do Problema	Soluções Indicadas	Resultados esperados como base para futuras avaliações
<p>3-Mortalidade e Morbidade perinatal Elevada mortalidade perinatal Elevado número de partos complicados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria do serviço pré natal em Jacareí - Criação de serviço pré natal em Igaratá e Santa Branca - Entrosamento entre Unidade Sanitária e hospital - Melhoria dos berçários de Santa Branca e Jacareí - Educação a curiosas das 3 cidades 	<p>Diminuição das taxas de mortalidade perinatal</p>
<p>4-Doenças do aparelho respiratório incidência alta em crianças</p>	<p>Melhor assistência ambulatorial e hospitalar a crianças e velhos</p>	<p>Diminuição das taxas específicas de doenças respiratórias</p>
<p>5-Doenças do aparelho circulatório</p>	<p>Melhor assistência médica</p>	<p>Redução dos índices de mortalidade por doenças do aparelho circulatório</p>

MODELO OPERACIONAL

Definição do Problema	Solução Indicada	Resultados esperados como bases para futuras avaliações
Demais grupos de doenças e danos caracterizado principalmente por acidentes - envenenamentos e violência	<ul style="list-style-type: none">- Programas específicos para cada doença- Campanhas educativas para diminuição de acidentes de trânsito	Redução das taxas de mortalidade e morbidade específicas

6. Considerações finais:

- Os resultados obtidos nesse trabalho, foram consequência, mais da dinâmica própria gerada pelo grupo, do que da orientação fornecida pela C.E.T.C.

- As técnicas de Dinâmica de Grupo aplicadas, favoreceram apenas a um conhecimento superficial, não tendo pesado de forma marcante na integração dos elementos.

- O preparo da equipe em termos de um relacionamento que facilitasse seu desempenho, deveu-se ao clima democrático reinante, a motivação e responsabilidade de cada profissional e as próprias atividades de grupo que serviram de reforço para o aumento do nível de trabalho.

- A oportunidade de participação efetiva, com contribuições diversas, ofereceu as condições necessárias para que todos pudessem formar uma visão da importância dos diversos profissionais que compõem a Equipe de Saúde.

- O descrédito na eficiência do trabalho como subsídio para melhoria das condições de saúde das comunidades estudadas, levou o grupo a considerá-lo apenas como um exercício didático.

- Não obstante terem sido alcançados os objetivos propostos, a preocupação maior concentrou-se na execução da tarefa dentro do tempo estabelecido.

- A insegurança gerada pela falta de objetividade e de uma orientação precisa, contribuiu para perda de tempo na elaboração do trabalho.

- A análise dos dados foi dificultada em virtude dos mesmos terem sido coletados para o ano de 1974. Houve ainda, necessidade de complementação, o que foi possível em relação a alguns aspectos através da utilização de informações referentes ao ano de 1975.

- Essa coleta foi dificultada pela falta de entendimentos prévios entre a comissão e as entidades a serem visitadas. Exemplos disso, foi o ocorrido com relação aos dados de saneamento básico, a serem obtidos na Prefeitura Municipal de Jacareí, bem como daqueles referentes a escolaridade, na Delegacia de Ensino, e Serviços assistenciais, nas diversas Obras Sociais existentes na área.

A análise referente a Custos foi omitida no trabalho, em virtude da escassez de registros de dados.

- As técnicas empregadas, são de difícil aplicação à nossa realidade, uma vez que requerem, um sistema de registros bem estruturado.

- A equipe considerou a experiência válida na medida em que o estudo contribui para a visualização dos problemas sócio-econômicos e sanitários da área.

- A deficiente infra-estrutura da região, que certamente poderá ser extrapolada para muitas outras áreas do país, levou a equipe à conscientização do empenho e fibra necessários à consecução dos objetivos profissionais.

7. Material de Referência

7.1. Resumo

Uma Equipe Multiprofissional formada por alunos da Faculdade de Saúde Pública da USP, como parte de suas atividades didáticas, procura estabelecer um Diagnóstico de Saúde, e Sugestões Programáticas para os Municípios de Jacareí, Igaratá e Santa Branca, utilizando-se das técnicas CENDES/OPS e Integrada, através de dados coletados em 1976 e analisando outros coletados pela equipe de 1975.

7.2. SUMMARY

Public Health students, collecting data in 1976 and using another batch collected by a former team in 1975, performed / this work as part of their Public Health Faculty Program. Health problems in three towns (Jacareí, Igaratá and Santa Branca), were evaluated through assistance for CENDES/P.A.H.O. and Program Packaging, giving suggestions concerning improvement of these problems.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALVIM, E.F. & COSTA, L.T. Técnica de planejamento como instrumento de diagnóstico de saúde. (Trabalho apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Higiene, S.Paulo, 1970).
- 2- ALVIM, E.F. Análise de duas técnicas de planejamento do Setor Saúde. (Trabalho apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Higiene, S.Paulo, 1970).
- 3- BERCUÓ, E. et al. Estatística vital. 9a. edição. São Paulo, 1972.
- 4- PROGRAMAÇÃO integrada de saúde: determinação de ordem de prioridades dos problemas de saúde (determinação de Q) 11p. (Mimeografado).
- 5- SÃO PAULO (estado). Departamento de Estatística. Conheça seu município: região do vale do Paraíba- São Paulo, 1974.
- 6- SÃO PAULO (estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Diagnóstico: 3a. região administrativa do vale do Paraíba.
- 7- SOUTO, R.B. Hospital infantil: Organização e características. In: PEDROSO, D.P. Conceito atual do hospital infantil. São Paulo, Associação Paulista dos Hospitais, 1958. p.11.
- 8- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública. Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional. Objetivos e atividades do estágio de campo multiprofissional. São Paulo, 1976.
- 9- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública. Comissão de Estágio de Campo Multiprofissional, Roteiro básico para os alunos. São Paulo, 1976.
- 10- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública. Comissão de Estágio de campo multiprofissional. Técnica de programação local. São Paulo, 1976.
- 11- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública. Disciplina de Administração Sanitária. Introdução à administração sanitária. S.Paulo, 1972.