

itapevi

trabalho de campo

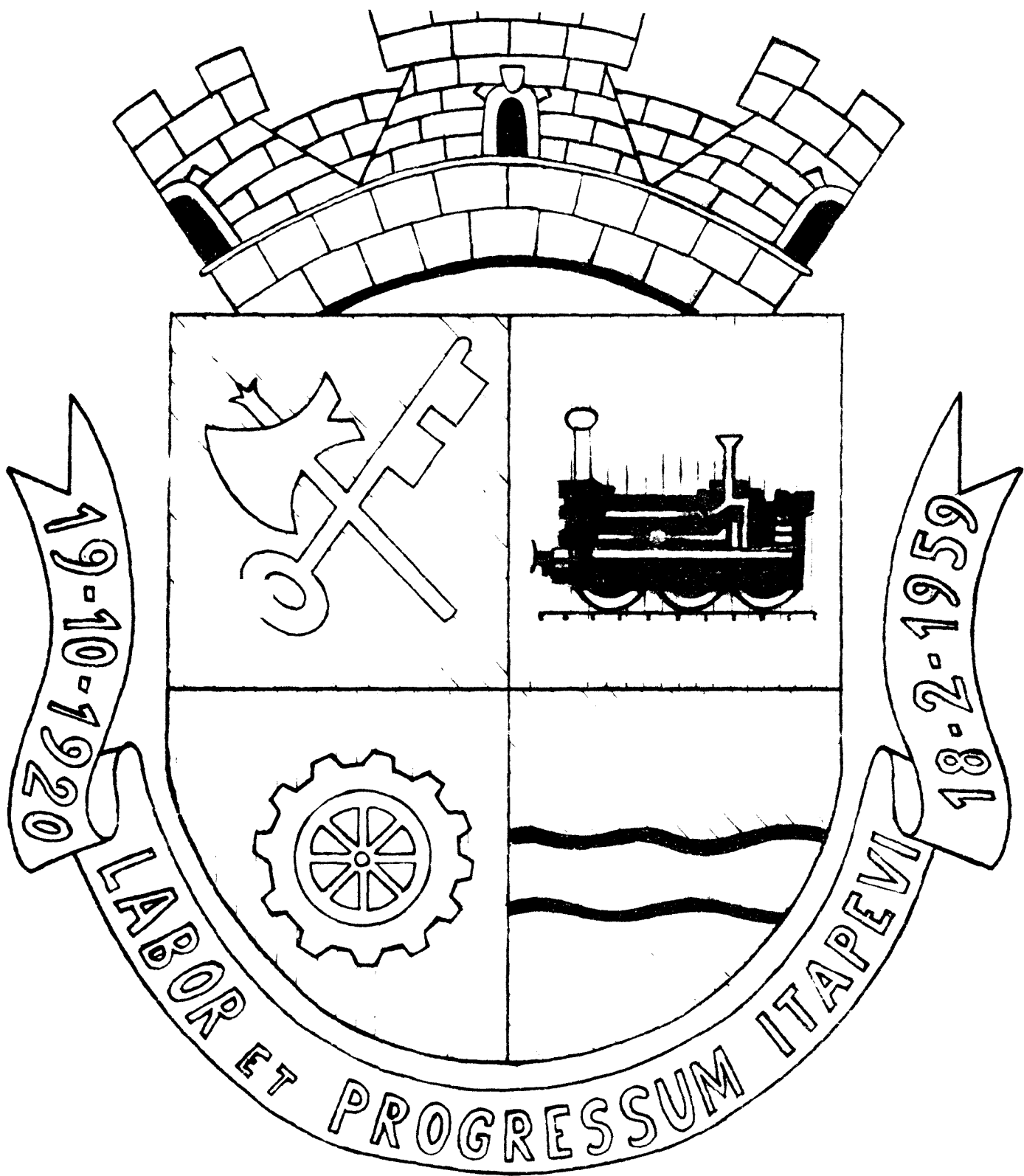
multiprofissional

1978

ITAPEVI

de saúde Pública

usp



AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos, em primeiro lugar, à população itapeviense, pela atenção e boa-vontade com que nos recebeu, quando da realização do Inquérito Domiciliar, e pela colaboração prestada a este trabalho.

Somos gratos também à Prof^ª MARIA DE LOURDES VENDRAMINI ALVES CASTRO, Docente-Voluntária do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública e Supervisora da equipe, que soube oferecer sua colaboração e estímulo sem tolher ou conduzir as iniciativas da equipe.

Gostaríamos de registrar, igualmente, nossos agradecimentos à Srta. Elisa Rocha, Secretária do Setor de Saúde Ocupacional da FSP, pela forma eficiente com que se dispôs a decifrar os rascunhos deste relatório.

INTEGRANTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

Maria de Lourdes Vendramini Alves Castro	Supervisora
Antonio Carlos Pereira	Cirurgião Dentista
Diva Cristina Iost Luiz	Enfermeira
Edi dos Santos	Pedagoga
Eduardo Antonio Licco	Engenheiro Químico
Elpidio Tancredo Knabben	Médico
Guerino Ninin	Educador
Ilda Nogueira Lima	Nutricionista
Ivany Carreira de Oliveira	Enfermeira
Juvenal Pereira Filho	Professor Secundário
Leonilde Mendes Ribeiro Galasso	Socióloga
Marco Antonio Bussacos	Estatístico
Maria Cristina Balster Martins	Médica
Maria Cristina Blanco Struffaldi	Terapeuta Ocupacional
Maria de Lourdes Guimarães	Educadora Sanitária
Ruth Bonifácio Rocha	Enfermeira
Solange Aparecida Nappo	Farmacêutica Bioquímica

- ÍNDICE -

I - INTRODUÇÃO	i
II - PLANEJAMENTO DO TRABALHO.....	
2.1. Metodologia	
2.1.1. Escolha do Município	
2.1.2. Determinação das Fontes de Dados Secun <u>d</u> ários	
2.1.3. Processo de Amostragem para o Inquêri <u>t</u> o Domiciliar	2
III - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI.....	4
3.1. Histórico do município	4
3.2. Aspectos geo-físicos	4
3.3. Aspectos demográficos	5
3.4. Aspectos sôcio-econômicos	9
3.4.1. Caracterização dos Setores Produtivos.	9
(a) Setor Primário	9
(b) Setor Secundário	9
(c) Setor Terciário	10
3.4.2. Estrutura de Emprego	12
3.4.3. Renda Mensal Familiar	17
3.4.4. Educação	18
3.4.4.1. Educação em Saúde nas escolas	19
3.4.5. Promoção Social.....	21
IV - CONDIÇÕES AMBIENTAIS, USO DO SOLO, TRANSPORTES E SISTEMA VIÁRIO	23
4.1. Atividades econômicas com reflexos ambientais	23
4.2. Saneamento Ambiental	24
4.2.1. Abastecimento de água	24
4.2.2. Esgotos sanitários	26
4.2.3. Sistema de drenagem	26
4.2.4. Limpeza pública	26
4.2.5. Qualidade ambiental	27
4.3. Uso do solo	27
4.4. Transporte e sistema viário	30
4.4.1. Transportes	30
4.4.2. Sistema viário	31

V - RECURSOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA E ODONTO- LÓGICA EXISTENTES NO MUNICÍPIO.....	33
5.1. Análise do Centro de Saúde (C.S.) de Itapevi .	33
5.1.1. Capacidade de instalação.....	33
5.1.2. Material de consumo e equipamentos....	34
5.1.3. Dimensionamento de pessoal.....	35
5.1.4. Tipo, organização e funcionamento do - fichário.....	35
5.1.5. Atividades prestadas à população.....	36
(a) Programa de Assistência à Criança.	37
(b) Programa de Assistência à Gestante	42
(c) Programa de Assistência ao Adulto.	47
(d) Imunização e testes correlatos....	47
5.1.6. Conclusões.....	48
5.2. Análise do Posto Médico Municipal (P.M.M.) de Itapevi	48
5.2.1. Capacidade de instalação	49
5.2.2. Material de consumo e equipamentos....	50
5.2.3. Dimensionamento de pessoal	50
5.2.4. Tipo, organização e funcionamento do - fichário	50
5.2.5. Atividades prestadas à população	51
5.2.6. Depósito e/ou Farmácia	51
5.2.7. Fluxograma de atendimento aos pacientes	51
5.2.8. Conclusões	52
5.3. Análise do Hospital de Itapevi	53
5.3.1. Dados gerais	53
5.3.2. Corpo clínico	53
5.3.3. Serviços médicos auxiliares	54
5.3.4. Serviços técnicos	54
5.3.5. Indicadores	56
5.3.6. Conclusões	56
5.4. Outros serviços de saúde em Itapevi	57
5.4.1. Clínicas particulares	57
5.4.2. Laboratório de Análises Clínicas	57
5.4.3. Farmácias	57
5.4.4. INAMPS	57
5.5. Análise da assistência odontológica em Itapevi.	58

VI - ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE	60
6.1. Coeficientes de mortalidade	60
6.1.1. Coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade neo natal e infantil tardia	60
6.1.2. Coeficiente de mortalidade materna...	62
6.1.3. Coeficiente de mortalidade infantil - por enterite e outras doenças diarréicas	63
6.2. Mortalidade proporcional	64
6.2.1. Indicador Swaroop Uemura	64
6.2.2. Mortalidade proporcional de menores - de um ano no município de Itapevi, - 1972 - 1976	65
6.2.3. Curvas de Nelson de Moraes	68
6.3. Tendência da mortalidade por causa no município de Itapevi	74
6.4. Um modelo de regressão para estimar a esperança de vida ao nascer, no município de Itapevi	78
VII - O QUE PENSAM ALGUNS ITAPEVIENSES ACERCA DE ASPECTOS LIGADOS À SITUAÇÃO DE SAÚDE. PRINCIPAIS PROBLEMAS DO MUNICÍPIO, NA OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS.	81
VIII - CONCLUSÕES	91
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS	I à XIV

I. INTRODUÇÃO

O "nível de saúde" constitui um dos componentes fundamentais - senão o mais importante - do nível de vida de uma comunidade.

A expressão "nível de vida", por sua vez, abrange inúmeros aspectos, muitos dos quais de difícil operacionalização.

SWAROOP & UEMURA (22) relatam, a esse respeito, que a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou um Grupo de Trabalho, em 1952, com o objetivo de elaborar a maneira mais correta para definir e medir o "nível de vida".

Diante da impossibilidade de formular um único indicador que desse conta de um aspecto de tal complexidade, o referido Grupo optou por desdobrar o conceito "nível de vida" em doze componentes passíveis de operacionalização, quais sejam:

- Saúde, incluindo condições demográficas;
- Educação, incluindo alfabetismo e ensino técnico;
- Condições de trabalho;
- Mercado de trabalho
- Consumo e economias gerais;
- Transporte;
- Habitação, com inclusão de saneamento e instalações domésticas;
- Vestuário;
- Recreação;
- Segurança social;
- Liberdades humanas.

No que se refere à mensuração do componente "Saúde, incluindo condições demográficas", o Grupo de Trabalho da ONU sugeriu os seguintes indicadores:

- Esperança de vida ao nascer;
- Coeficiente de mortalidade geral;
- Coeficiente de mortalidade infantil;
- Número de médicos em relação à população;
- Número de leitos hospitalares em relação à população.

Em 1954, o Comitê de Peritos em Estatísticas de Saúde da Organização Mundial da Saúde procedeu a uma avaliação dos indicadores de saúde sugeridos pela ONU, evidenciando algumas limitações importantes, tais como: falta de confiabilidade dos dados, pro

blemas de aplicabilidade e comparabilidade internacional dos indicadores, e outras.

O Comitê sugeriu, então, a inclusão de alguns outros índices demográficos ou de saúde pública que pudessem revelar com maior precisão o nível de saúde dos diferentes países tais como: - "número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias em relação a óbitos por todas as causas" ou "número de óbitos de crianças menores de cinco anos em relação aos óbitos de todas as idades".

Em síntese, são os seguintes os indicadores de saúde propostos pela OMS e publicados em seu Informe Técnico nº 137 (11), os quais são divididos em três grupos:

(a) aqueles associados ao estado de saúde das pessoas ou grupos em uma determinada área, os quais poderiam ser subdivididos em:

- | | | | |
|-----|-------------|---|--|
| a.1 | Globais | { | Razão de mortalidade proporcional
Coeficiente de mortalidade geral
Esperança de vida ao nascer |
| a.2 | Específicos | { | Coeficiente de mortalidade infantil
Coeficiente de mortalidade por doenças de notificação compulsória |

(b) aqueles associados às condições ambientais (como por exemplo, abastecimento de água, rede de esgotos, e outros);

(c) aqueles relacionados aos serviços de saúde e atividades destinadas ao aperfeiçoamento das condições de saúde (disponibilidade e utilização de hospitais, médicos e outros profissionais de saúde).

A realização de um "diagnóstico de saúde" de uma da comunidade não constitui tarefa simples, quando se tem como pressuposto a multicausalidade das doenças, ou a estreita relação existente entre o nível de saúde e o contexto social, econômico, político e cultural das comunidades humanas.

Com base em tais pressupostos, a elaboração de um diagnóstico de saúde (ou "ensaio de -"), exigiria por exemplo, não só a apresentação e análise dos indicadores de saúde propostos pela OMS, mencionados acima, mas, idealmente, a abordagem mais ampla sugerida pelo Grupo de Peritos da ONU, que cobre os vários aspectos do "nível de vida". Diz-se "idealmente" porque, para a realização de tal empreendimento, são necessárias condições especiais, em termos de disponibilidade de tempo, recursos humanos e financeiros, nem sempre atingíveis de forma ou na proporção adequada.

Em face da tarefa de realizar um "ensaio de diagnóstico da situação de saúde de uma determinada área", passa-se a refletir sobre tal perspectiva, a estudar e a discutir os vários aspectos envolvidos em tal tarefa, o que acaba por conduzir-nos a todas as considerações feitas na primeira parte desta Introdução.

A realização deste "ensaio de diagnóstico de saúde", porém, não pôde basear-se naquilo que se acredita "ideal", ou mesmo "satisfatório", isto devido a limitações de toda ordem, que incluem não só problemas internos da equipe multiprofissional responsável por sua elaboração, como também limitações inerentes à própria estruturação do Estágio de Campo Multiprofissional.

Assim, por exemplo, o Estágio de Campo Multiprofissional tem como objetivo precípuo:

"proporcionar experiências de aprendizagem de casos concretos, a partir de um trabalho de equipe multiprofissional, que favoreçam a elaboração de um ensaio de diagnóstico de saúde de uma determinada área" (23)

Da análise de tal objetivo, depreende-se que a ênfase maior recai sobre a atividade curricular em si, mais do que sobre a possibilidade de produção de um conteúdo técnico passível de aplicação prática.

Isto se refletiu na sistemática de orientação das equipes, na distribuição da carga horária destinada ao Estágio de Campo, e, conseqüentemente, no tipo de resultado final que se pôde obter.

Diante da impossibilidade de realizar uma pesquisa que desse conta, ao menos satisfatoriamente, dos componentes que constituem o "nível de vida", e, por outro lado, face à limitação de uma análise que se ativesse apenas aos indicadores do nível de saúde propostos pela OMS, a equipe decidiu por aproveitar, de ambas as propostas, os indicadores considerados mais importantes e passíveis de análise, dentro das limitações que se lhe afiguravam.

Acredita-se, portanto, que este relatório irá apresentar, em primeiro lugar, as falhas inerentes à inexperiência da equipe com relação à elaboração de um diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade; em segundo lugar, as falhas inerentes à própria estruturação do Estágio de Campo Multiprofissional; em terceiro lugar, se é que assim se pode afirmar, os acertos decorrentes de um grande interesse em conhecer cientificamente a situação

real de saúde de uma dada comunidade, no sentido de poder contribuir - talvez no futuro - para um planejamento racional e efetivo das ações no campo da Saúde Pública.

II. PLANEJAMENTO DO TRABALHO

Para a realização do ensaio de diagnóstico de saúde do município de Itapevi, decidiu-se tomar como ponto de partida o binômio "necessidades de saúde da população (senso amplo) versus recursos de assistência médico-sanitária e odontológica disponíveis".

Tal estudo implicaria, porém, um levantamento mais completo do que o que nos foi possível efetuar, incluindo, por exemplo, incidência e prevalência de doenças. Estes aspectos não puderam ser analisados, em razão de dois problemas, fundamentalmente: primeiro, os dados relativos a morbidade, disponíveis no Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo são considerados explicitamente como "dados não confiáveis"; segundo, porque o levantamento destes aspectos através do Inquérito Domiciliar representaria um problema de sérias dimensões, uma vez que se supõe que as respostas estariam referidas a sintomas, o que não possibilitaria conclusões aceitáveis do ponto de vista técnico.

2.1. METODOLOGIA

2.1.1. Escolha do Município

Para o ano de 1978, a Comissão de Estágio Multiprofissional da Faculdade de Saúde Pública optou por selecionar, para efeito de estudos, alguns dos municípios situados na região periférica da Região Metropolitana de São Paulo, cabendo a esta equipe o município de Itapevi.

2.1.2. Determinação das Fontes de Dados Secundários

A equipe teve um primeiro contato com aspectos da situação de saúde da população itapeviense através de longa entrevista com a médica-sanitarista do Centro de Saúde local, realizada nas dependências da Faculdade de Saúde Pública.

A seguir, passou-se a fazer uma pesquisa bibliográfica com vistas a levantar dados existentes e atualizados acerca do município como um todo.

Com base em roteiro fornecido pela Comissão de Estágio Multiprofissional, foram então levantados dados junto a órgãos

estaduais (CETESB, SABESP, SECRETARIA DA SAÚDE, SECRETARIA DOS NE GÓCIOS METROPOLITANOS e outros) e junto à Prefeitura Municipal de Itapevi e outras entidades locais. Além disso, foram coletadas - informações através do Distrito Regional de Osasco.

2.1.3. Processo de Amostragem para o Inquérito Domiciliar

Com o objetivo de complementar o conjunto de dados secundários disponíveis, a equipe realizou Inquérito Domiciliar jun to à população de Itapevi.

Tendo em vista o binômio "necessidades de saúde da população versus recursos de assistência médico-sanitária e odonto lógica disponíveis", considerou-se oportuno levantar algumas infor mações sobre a utilização dos serviços de saúde locais, incluindo cobertura de vacinação entre crianças menores de 6 anos, cobertura de serviços de pré-natal, recursos assistenciais procurados pela população quando da ocorrência de doenças, e outras informações - não disponíveis a não ser através de inquérito.

Entretanto, sabe-se que, por mais que se planeje um formulário para inquérito domiciliar, este sempre apresentará limi tações.

O formulário elaborado pela equipe constou fundamen talmente de questões fechadas, com múltiplas alternativas de res- postas (ver Anexo 1).

No sentido de obter informações de tipo qualitativo, e não só quantitativo, decidiu-se introduzir no Inquérito Domici- liar um formulário com questões abertas, versando sobre aspectos - de prevenção das doenças, qualidade da assistência médica disponí- vel e outros, do ponto de vista da população.

O processo de amostragem foi delineado de forma a garantir a necessária representatividade à amostra.

Dessa forma, o Município de Itapevi foi previamente dividido em 13 setores, incluindo ruas e quarteirões. Através de um processo de amostragem sistemática, foram estabelecidos os lo cais onde seriam realizadas as entrevistas.

Os domicílios sorteados totalizaram 422. Em 25 do micílios foram realizadas entrevistas com questões abertas e em - 359 domicílios, entrevistas com o formulário de questões fechadas. Como se observa, o número de entrevistas em que se utilizou o "for

mulário aberto" não tem significância estatística, e isto se explica pelo fato de que o interesse da equipe era essencialmente o de colher opiniões da população, para fins de ilustração das análises constantes deste relatório.

O critério adotado pela equipe não previa a substituição de domicílios encontrados vazios ou desabitados, o que reduziu o número de entrevistas realizadas como se segue:

	<u>-Previstas-</u>	<u>-Realizadas-</u>
- entrevistas com formulário "aberto"	26	25
- entrevistas com formulário "fechado"	396	359
- entrevistas recusadas..... 13	-	-
- domicílios desabitados 11	-	-
- outros motivos 14	-	-
TOTAL	<u>422</u>	<u>384</u>

A variância esperada para a proporção amostral na estimativa de uma proporção populacional relacionada a domicílio - foi:

$$S^2_p = \frac{N - n}{N - 1} \cdot \frac{p \cdot q}{n} \quad \text{onde } N = 8445$$

$$n = 359$$

$$S^2_p = \frac{8445 - 359}{8445 - 1} \cdot \frac{(0.5)(0.5)}{359} = 0,000667$$

O erro padrão amostral foi

$$S_p = \sqrt{0,000667} = 0,0258$$

Portanto, o erro padrão esperado na estimativa de qualquer proporção populacional será no máximo 2,58%, o que foi considerado satisfatório pelo grupo.

No que se refere à tabulação dos dados, optou-se pelo processo manual, dada a exiguidade do tempo. Este fato determinou, porém, a impossibilidade de realizarem-se todos os cruzamentos de variáveis que seriam convenientes para uma explicação mais aprofundada de certos problemas.

III. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

3.1. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

Segundo consta, a área que hoje constitui o município de Itapevi começou a ser povoada por volta de 1850, por famílias de imigrantes europeus, especialmente italianos.

Em 1920, foi criado o Distrito de Itapevi, pertencente ao município de Cotia, condição esta que perdurou por cerca de 40 anos, até que se criou o município de Itapevi, através da Lei Estadual nº 5.285, de 18 de fevereiro de 1959.

Consta que o movimento emancipacionista de Itapevi foi desencadeado por um grupo de moradores locais, em sua maioria ferroviários, que, após intensa campanha nesse sentido, conseguiu promover plebiscito cujo resultado conduziu efetivamente à elevação do "Distrito" à condição de município de Itapevi ⁽¹⁴⁾.

Atualmente, o Município de Itapevi conta com uma população de aproximadamente 52.805 habitantes, tendo experimentado um processo de crescimento demográfico acelerado nas últimas décadas, em função do processo de industrialização.

3.2. ASPECTOS GEO-FÍSICOS

O município de Itapevi limita-se, ao Norte, com os municípios de Santana do Parnaíba e Barueri; ao Sul, com o município de Cotia; a Leste, com Jandira, e a Oeste, com o município de São Roque, fazendo parte da Sub-Região Oeste da Região Metropolitana de São Paulo.

Dista 39 km da Capital de São Paulo por rodovia e 36 km por ferrovia (FEPASA). As principais vias de acesso ao município são as Rodovias SP-274, SP-280 (Rodovia Castelo Branco), SP-29 e o "Acesso de Ambuitã".

Itapevi ocupa uma área de 88 km², a uma altitude de 730 metros. Apresenta uma temperatura média anual de 18,1°C, e uma precipitação pluviométrica total de 1.300-1.400 mm/ano.

A hidrografia do município caracteriza-se principalmente pela presença de ribeirões, como se segue: ribeirão do Supiatã; ribeirão Itapevi; ribeirão da Vargem Grande e córrego da Sábua (ambos constituindo divisa com São Roque), e rio São João ou Barueri-Mirim (19).

3.3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Como decorrência do processo de industrialização, os municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) vêm sofrendo um crescimento populacional acentuado nas últimas décadas, crescimento este devido essencialmente aos movimentos migratórios.

Alguns desses municípios, como São Bernardo, Diadema, Guarulhos e Osasco, situados ao longo das rodovias, foram alvo de rápido processo de industrialização na década de 1960, enquanto que outros municípios da RMSP, como é o caso de Itapevi, receberam o impacto indireto desse mesmo processo, transformando-se em "cidades-dormitórios".

Este fato evidencia-se ao analisarem-se as taxas de crescimento demográfico registradas para o município de Itapevi e demais municípios da Região Metropolitana de São Paulo, entre 1960/70 e 1970/75 (ver Tabela 1).

Alguns municípios constantes da Tabela 1 apresentam, como se pode observar, taxas de crescimento demográfico elevadíssimas, como é o caso, por exemplo, de Diadema (541%), Jandira (510%), Taboão da Serra (470%), e outros. O município de Itapevi aparece com um incremento populacional da ordem de 170% entre 1960/1970, sabendo-se ainda que esta taxa fora de 112% na década de 50 (19).

O papel dos movimentos migratórios nesse processo dispensa maiores comentários, quando se observa que 64,8% das pessoas residentes no município de Itapevi no ano de 1970 eram migrantes (ver Tabela 2).

TABELA 1. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO - 1970/1960 e 1975/1970

MUNICÍPIOS	Número de habitantes			Crescimento demográfico (%)	
	1960	1970	1975*	70/60	75/70
ARUJÁ	5.758	9.571	12.503	66	31
BARUERI	16.671	37.808	49.600	127	31
BIRITIBA MIRIM	5.712	9.033	11.719	58	30
CAIEIRAS	9.405	15.563	20.361	65	31
CAJAMAR	6.438	10.355	13.615	60	31
CARAPICUIBA	17.590	54.873	72.086	212	31
COTIA	14.409	30.924	40.390	115	31
DIADEMA	12.308	78.914	103.319	541	31
EMBU	5.041	18.148	23.685	260	30
EMBU QUATU	4.773	10.280	13.449	115	31
FERRAZ DE VASCONCELOS	10.167	23.134	33.025	147	31
FRANCISCO MORATO	2.554	11.231	14.628	340	30
FRANCO DA ROCHA	25.376	36.303	47.476	43	31
GUARAREMA	7.688	12.638	16.630	64	32
GUARULHOS	101.273	236.811	311.318	134	31
ITAPECERICA DA SERRA	14.253	25.314	33.063	78	31
ITAPEVI	10.182	27.569	36.015	170	31
ITUAQUECETUBA	11.456	29.114	37.983	154	30
JANDIRA	2.047	12.499	16.284	510	30
JUQUITIBA	5.863	7.267	9.517	24	31
MAIRIPORÃ	12.842	19.584	25.596	53	31
MAUÁ	28.924	101.700	141.557	252	40
MOGI DAS CRUZES	94.482	138.751	163.946	47	18
OSASCO	114.828	283.073	376.689	147	33
PIRAPORA DO BOM JESUS	2.490	3.709	4.845	49	31
POÁ	15.829	32.373	42.267	104	30
RIBEIRÃO PIRES	17.250	29.048	38.285	68	32
RIO GRANDE DA SERRA	3.955	8.397	10.489	112	29
SALESÓPOLIS	9.130	9.557	13.135	5	37
SANTA IZABEL	11.787	17.161	22.457	46	31
SANTANA DO PARNAÍBA	5.244	5.390	7.104	3	32
SANTO ANDRÉ	245.147	418.826	515.232	71	23
SÃO BERNARDO DO CAMPO	82.411	211.662	287.038	145	32
SÃO CAETANO DO SUL	114.421	150.130	170.675	31	14
SUZANO	27.094	55.460	72.600	105	31
TABOÃO DA SERRA	7.173	40.945	53.583	470	31
CAPITAL	3.709.274	5.924.615	7.198.608	60	22
R.M. EXCETO CAPITAL	1.081.971	2.215.115	2.842.524	105	28
REGIÃO METROPOLITANA	4.791.245	8.139.730	10.041.132	70	23

FONTE: IBGE - Censo Demográfico (1960 e 1970)

(*) 1975 - População Estimada

NOTA: Tabela extraída de: SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS DE SÃO PAULO. ITAPEVI 77. São Paulo, 1977.

TABELA 2 - PESSOAS NÃO-NATURAIS DO MUNICÍPIO POR TEMPO DE RESIDÊNCIA - REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - 1970
(em porcentagens da população total)

MUNICÍPIO	TEMPO DE RESIDÊNCIA				
	Menos de 1 ano	1 a 2	3 a 5	6 e mais	Total
Arujá	7,2	9,8	10,8	22,5	50,3
Barueri	11,8	14,2	13,7	29,4	69,1
Biritiba-Mirim	10,7	11,5	9,4	23,2	54,8
Caeiras	10,3	13,0	6,8	26,7	56,8
Cajamar	10,2	6,4	8,6	34,9	60,1
Carapicuíba	14,4	14,2	13,1	31,0	72,7
Cotia	8,8	9,1	8,5	21,6	47,9
Diadema	16,5	20,5	20,4	24,6	82,0
Embu	17,0	17,5	16,1	21,1	71,7
Embu-Guaçu	7,0	7,5	12,0	20,5	47,0
Ferraz de Vasconcelos	14,8	14,7	12,8	33,9	76,3
Francisco Morato	11,8	18,7	19,5	29,0	79,0
Franco da Rocha	11,0	7,3	8,5	43,0	69,8
Guararema	11,6	8,3	8,4	19,9	48,2
Guarulhos	9,8	12,7	13,1	21,9	57,5
Itapecerica da Serra	11,6	10,9	10,5	17,6	50,6
Itapevi	10,3	11,9	12,6	30,0	64,8
Itaquaquecetuba	11,1	11,2	12,4	30,8	65,5
Jandira	15,8	14,3	18,6	29,4	78,1
Juquitiba	5,2	2,6	4,7	11,4	23,9
Mairiporã	9,1	8,0	8,3	21,1	46,5
Mauá	9,5	14,1	16,7	32,9	73,2
Mogi das Cruzes	3,6	5,0	5,6	29,6	43,8
Osasco	8,3	11,0	12,0	37,6	68,9
Pirapora do Bom Jesus	10,4	12,6	9,4	20,1	52,5
Poá	7,0	11,2	11,4	37,1	66,7
Ribeirão Pires	8,4	8,9	10,8	36,0	64,1
Rio Grande da Serra	15,2	10,8	16,0	27,8	69,8
Salesópolis	4,4	2,3	1,5	10,1	18,3
Santa Isabel	5,7	5,1	5,4	13,5	29,7
Santana do Parnaíba	7,9	12,3	13,5	19,4	53,1
Santo André	5,8	7,5	9,0	43,4	65,7
São Bernardo do Campo	10,9	13,2	12,1	35,5	71,7
São Caetano do Sul	5,9	7,1	6,0	45,3	64,3
São Paulo	3,7	5,0	5,4	33,8	47,9
Suzano	7,6	9,5	12,0	36,7	65,8
Taboão da Serra	15,7	20,1	21,1	22,8	79,7
Total da Região	5,1	6,6	7,0	33,8	52,5

FONTE: VIII Recenseamento Geral - 1970. Censo Demográfico - São Paulo. IBGE, Rio de Janeiro, 1973

NOTA: Tabela extraída de SÃO PAULO 1975 - Crescimento e Pobreza. 5ª ed. Ed. Loyola, São Paulo, 1976. (17)

Fácil é imaginar o impacto que uma migração de tal magnitude tem causado sobre os municípios em questão, uma vez que é suficientemente conhecido o fato de que não dispõem eles de infraestrutura básica adequada para incorporar os novos contingentes populacionais que ali se têm fixado nas últimas décadas.

Finalmente, cabe mencionar que a população itapevien se parece ser uma população essencialmente jovem, a julgar pelos dados coletados através do Inquérito Domiciliar, que demonstram que 54,59% da população amostral tem menos de 20 anos de idade, e que há um equilíbrio quase perfeito entre o número de pessoas do sexo masculino e feminino (ver Tabela 3)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL, SEGUNDO SEXO E IDADE. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

Sexo Idade	MASC.	FEM.	TOTAL	%	FREQUÊNCIA RELATIVA ACUMUL.
> 1	21	25	46	2,45	2,45
1 - 5	115	99	214	11,42	13,87
5 - 10	136	187	323	17,24	31,11
10 - 15	113	116	229	12,22	43,33
15 - 20	119	92	211	11,26	54,59
20 - 25	80	55	135	7,20	61,79
25 - 30	67	74	141	7,52	69,31
30 - 35	60	69	129	6,88	76,19
35 - 40	58	68	126	6,72	82,91
40 - 45	54	44	98	5,23	88,14
45 - 50	44	28	72	3,84	91,98
50 - 55	25	18	43	2,29	94,27
55 - 60	8	21	29	1,55	95,82
60 - 65	11	18	29	1,55	97,37
65 e +	25	20	45	2,40	99,70
ignorado	2	2	4	0,23	100,00
TOTAL	938	936	1874	100,00	

FONTE: Inquérito Domiciliar

3.4. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

3.4.1. Caracterização dos Setores Produtivos

(a) Setor Primário

São praticamente inexistentes as atividades agrícolas no município de Itapevi. Em 1970, o valor dessa produção representava não mais que 0,1% do valor total da Região Metropolitana - de São Paulo, e apenas 0,7% do valor da produção da Sub-Região Oeste.

Ocupando uma área de 241 hectares, havia no município, em 1970, apenas 13 estabelecimentos agropecuários, no qual estavam empregadas 54 pessoas.

Dados de 1975 revelam que a área cultivada do município em relação à Região Metropolitana era de 2,4%, 0,1% e 0,1% - para produtos anuais, produtos perenes e legumes e verduras, respectivamente.

No mesmo ano, as áreas ocupadas com pastagens representavam 0,7% do total da Região Metropolitana, e as áreas ocupadas com matas e reflorestamentos apenas 1,5% daquele total ⁽¹⁹⁾.

Atividades hortigranjeiras são desenvolvidas em pequena escala.

Considerando-se o valor total da produção econômica do município, observa-se que apenas 0,3% são representados pelo valor da produção agrícola, sendo os restantes 99,7% representados - pelo valor da produção industrial ⁽¹⁹⁾.

A reduzida participação do setor primário, tanto na distribuição do valor total da produção econômica do município, quanto em termos da absorção de mão-de-obra, parece explicar o fato de o município ter passado, através da lei nº 84, de 28 de novembro - de 1969, à condição de zona urbana em sua totalidade.

(b) Setor Secundário

Tal como ocorre com o conjunto dos municípios da Sub-Região Oeste da RMSP, Itapevi caracteriza-se por ter sua economia baseada essencialmente no setor secundário, como se pôde observar no parágrafo anterior.

O valor de sua produção industrial contribui com - 6,5% para o total da Sub-Região Oeste, a qual, por sua vez, parti-

cipa com apenas 3,7% no valor total da produção industrial da Região Metropolitana ⁽¹⁹⁾ . .

Em 1970, havia 30 estabelecimentos industriais no município de Itapevi, a maioria dos quais classificados, segundo critérios adotados pelo I.B.G.E., no gênero industrial de "produtos minerais não-metálicos". Tais empresas representavam 2,6% do número de estabelecimentos existentes na Sub-Região Oeste; 2,9% do número de pessoas ocupadas, e 6,5% do valor total da produção (ver Tabela 4).

Cerca de 2.000 empregos são proporcionados pelas empresas de maior porte ⁽¹⁹⁾, que se localizam, em sua maioria, nos arredores da Rodovia SP-274 (Itapevi-Mailasqui): Cimento Santa Rita S/A; Frigorífico Itapevi S/A; Deslor Tapetes; Cerâmica Ambuítã; Indústria de Parafusos Norma; Lajes São Pedro; Indústria Paulista de Explosivos.

Em 1977, encontravam-se em fase de projeto ou conclusão quatro empresas (ITEL Transformadoras Elétricas S/A; SOBREX Sociedade Brasileira de Laminados de Metais; Roupas Profissionais A. B. e Tintas e Vernizes R.R.), que se estima irão proporcionar cerca de 3.000 empregos ⁽¹⁹⁾.

(c) Setor Terciário

Principalmente baseado no pequeno comércio varejista de gêneros alimentícios (cujo abastecimento é feito quase que totalmente em São Paulo), e de outros gêneros básicos de consumo, o setor terciário é pouco significativo no Município. Além das atividades já mencionadas, há o fornecimento de serviços pouco especializados ⁽¹⁹⁾.

O fato de grande parte da mão-de-obra local deslocar-se diariamente para a Capital ou para outros municípios industrializados facilita a utilização, por parte dessa mão-de-obra, dos centros comerciais dos municípios em que trabalha, o que não favorece um melhor desenvolvimento das atividades comerciais existentes em Itapevi.

**TABELA 4- NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS, PESSOAS OCUPADAS E VALOR DA PRODUÇÃO
NA SUB-REGIÃO OESTE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - 1970**

MUNICÍPIOS	Nº DE ESTABELECIMENTOS		Nº DE PESSOAS OCUPADAS		VALOR DA PRODUÇÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Barueri	84	7,2	1.035	3,3	39.821	2,3
Carapicuíba	76	6,5	1.768	5,7	65.679	3,8
Cotia	106	9,1	2.894	9,3	161.888	9,4
Embu	83	7,1	1.564	5,0	52.717	3,0
Embu-Guaçu	114	9,7	762	2,4	10.352	0,6
Itapeçerica da Serra	228	19,5	1.748	5,6	39.605	2,3
Itapevi	30	2,6	919	2,9	112.629	6,5
Jandira	14	1,2	436	1,4	90.352	5,3
Juquitiba	11	0,9	40	0,1	926	0,1
Osasco	295	25,2	17.530	56,1	1.059.826	61,6
Pirapora do Bom Jesus	40	3,4	347	1,1	4.627	0,3
Santana do Parnaíba	31	2,6	524	1,7	24.205	1,4
Taboão da Serra	58	5,0	1.675	5,4	57.978	3,4
Sub-Região	1.170	100,0	31.242	100,0	1.720.605	100,0
R.M.S.P.	25.788	4,5 ⁽¹⁾	906.907	3,4 ⁽¹⁾	46.260.511	3,7 ⁽¹⁾

(1) Percentual da Sub-Região em relação ao total da Região Metropolitana

FONTE: Censo Industrial - 1970

NOTA: Tabela extraída de: SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS DE SÃO PAULO.
Itapevi 77. São Paulo, 1977

3.4.2. Estrutura de emprego

Através do que ficou caracterizado em relação a cada setor isoladamente, torna-se evidente que o setor secundário é o que incorpora a maior parte da mão-de-obra local, seguido pelo terciário e primário. Esta situação decorre da elevada concentração, nas áreas metropolitanas em geral, de empregos urbano-industriais, e da queda de importância relativa do setor primário nas últimas décadas. O setor de serviços tende a crescer acompanhando o incremento industrial, em razão das exigências de uma indústria altamente desenvolvida e da maior concentração urbana.

Esta situação pode ser verificada na Tabela 5, que se refere à distribuição das famílias residentes na Região Metropolitana de São Paulo, segundo o setor de atividades do chefe, em 1970.

TABELA 5 - NÚMERO DE FAMÍLIAS, SEGUNDO O SETOR DE ATIVIDADES DO CHEFE. REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO. 1970

SETOR	NÚMERO	(%)	(%) na R.M.S.P. *
Agropecuária	426	7,6	2,1
Indústria	2.241	40,0	38,5
S. Terciário	2.024	36,1	42,1
Cond. Inativas	914	16,3	17,3

* Região Metropolitana de São Paulo

FONTE: I.B.G.E. - Censo de 1970

NOTA: Quadro extraído de: SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS DE SÃO PAULO. Itapevi 77. São Paulo, 1977

Entretanto, o setor industrial do município de Itapevi é incipiente, conforme já ficou demonstrado anteriormente. Em 1970, este setor absorvia apenas 24,9% da população economicamente ativa industrial, enquanto que o setor comercial era responsável pela absorção de 26,8% da população economicamente ativa comercial (19). (ver Tabela 6)

A reduzida taxa de incorporação da mão-de-obra local determina, como é natural, que a população economicamente ativa desloque-se, em grande parte, para o mercado de trabalho de municípios vizinhos.

Assim se pode verificar, através dos dados coletados durante o Inquérito Domiciliar, apresentados na Tabela 7.

TABELA 6 - ABSORÇÃO DA MÃO-DE-OBRA NOS MUNICÍPIOS DA SUB-REGIÃO OESTE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO: INDÚSTRIA E COMÉRCIO - 1970

MUNICÍPIOS	INDÚSTRIA			COMÉRCIO		
	P.E.A. INDUSTRIAL (1)	MÃO-DE-OBRA INTL. (2)	2/1 (%)	P.L.A. COMERCIAL (1)	MÃO-DE-OBRA COM. (2)	2/1 (%)
Barueri	5.392	1.035	19,2	1.209	346	28,6
Carapicuíba	8.727	1.768	20,3	1.765	428	24,3
Cotia	3.742	2.894	77,3	504	283	56,2
Embu	2.816	1.564	55,5	503	178	35,4
Embu-Guaçu	1.041	762	73,2	137	99	72,3
Itapecerica da Serra	3.086	1.748	56,6	470	362	77,0
Itapevi	3.686	919	24,9	668	179	26,8
Jandira	1.720	436	25,4	308	80	26,0
Juquitiba	252	40	15,9	98	44	44,9
Osasco	48.522	17.530	36,1	10.266	4.380	42,7
Pirapora do Bom Jesus	492	347	70,5	111	110	99,1
Santana do Parnaíba	493	524	106,3	54	55	101,9
Taboão da Serra	5.710	1.675	29,3	1.218	400	32,8
Sub-Região Oeste	85.679	31.242	36,5	17.311	6.944	40,1
R.M.S.P. (Exc.Cap.)	384.757	263.235	68,4	67.078	39.835	59,4

FONTES: Censos Demográfico, Industrial e Comercial - I.B.G.E., 1970

NOTA: Tabela extraída de: SECRETARIA dos NEGÓCIOS METROPOLITANOS DE SÃO PAULO. Itapevi 77. São Paulo, 1977.

TABELA 7 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE PESSOAS COM TRABALHO REMUNERADO DENTRO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL, SEGUNDO SEXO, CATEGORIA DE OCUPAÇÃO E LOCALIDADE EM QUE TRABALHAM - 1978

Localidade	Itapevi				Outros municípios				TOTAL				
	Sexo	M	F	TOTAL	% s/total	M	F	TOTAL	% s/total	M	F	peçoas ocup.	%
1. Ocupações manuais não especializadas		55	22	77	12,10	80	50	130	20,44	135	72	207	32,54
2. Ocupações manuais especializadas e assemelhadas		110	29	139	21,86	108	30	138	21,70	218	59	277	43,56
3. Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas		5	-	5	0,79	11	-	11	1,73	16	-	16	2,52
4. Ocupações não-manuais de rotina e assemelhadas		19	17	36	5,66	39	11	50	7,86	58	28	86	13,52
5. Posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não-manuais e proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais, agropecuárias, etc.		3	1	4	0,63	1	1	2	0,31	4	2	6	0,94
6. Profissões liberais, cargos de gerência ou direção; proprietários de empresas de tamanho médio		1	-	1	0,16	2	-	2	0,31	3	-	3	0,47
7. Altos cargos políticos e administrativos. Proprietários de grandes empresas e assemelhadas		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Aposentados		32	5	37	5,82	-	-	-	-	32	5	37	5,82
9. Ignorado		-	-	-	-	4	-	4	0,63	4	-	4	0,63
TOTAL		225	74	299	47,02	245	92	337	52,98	470	166	636	100,00

A análise da Tabela 7 sugere alguns aspectos interessantes sobre as condições de trabalho da população itapeviense participante da amostra.

Note-se, em primeiro lugar, que, do total de pessoas cobertas pelo Inquérito Domiciliar (1.874), apenas 636 exercem atividades remuneradas. Excluindo-se a população não-economicamente ativa (menores de 10 e maiores de 65 anos), ter-se-ia aproximadamente 1.200 pessoas em idade produtiva, das quais apenas 636 estão inseridas no mercado de trabalho.

Pode-se observar, ainda, que 76,1% das pessoas ocupadas enquadram-se nas categorias "ocupações manuais não-especializadas" e "ocupações manuais especializadas e assemelhadas". Convém ressaltar que o termo "ocupações manuais especializadas" não implica necessariamente que as pessoas aí enquadradas tenham frequentado cursos profissionalizantes. Este fato decorre de que a classificação utilizada para a elaboração da Tabela 7 baseou-se na "Escala de Prestígio Ocupacional" de GOUVEIA & HAVIGHURST ⁽⁵⁾, que consideram dentro dessa categoria ocupações como: motorista, jardineiro, chacareiro, cabeleireiro, doceira, e outras, desde que envolvam certo conhecimento ou habilidade manual especializada. Embora o aspecto "prestígio ocupacional" não seja relevante para os fins deste trabalho, a referida escala foi utilizada por fornecer uma discriminação pormenorizada das ocupações, favorecendo assim o trabalho de classificação.

No que se refere à localidade em que trabalham as pessoas amostradas, observa-se que 52,8% exercem suas atividades em outros municípios.

3.4.3. Renda Mensal Familiar

Dados da Secretaria dos Negócios Metropolitanos de São Paulo demonstram que, no ano de 1970, "mais de 70% da população recebiam (...) rendimentos na faixa de até 3 salários-mínimos", - sendo de 83,9 a porcentagem das pessoas que recebiam até 5 salários mínimos (19).

No que se refere aos dados do Inquérito Domiciliar, obteve-se que 46,24% das famílias amostradas percebem até 3 salários mínimos mensais, e 74,93% têm rendimentos mensais de até 5 salários mínimos. Devido a problemas ligados ao processo de tabulação dos dados, não foi possível calcular a renda familiar per capita, a qual poderia fornecer maior esclarecimento acerca do poder aquisitivo da população amostral.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO AMOSTRAL DAS FAMÍLIAS SEGUNDO RENDA. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

SALÁRIO MÍNIMO	Nº	%
0 - 1	15	4,18
1 - 2	68	18,94
2 - 3	83	23,18
3 - 4	62	17,27
4 - 5	41	11,42
5 e +	81	22,56
Ignor.	9	2,51
TOTAL	359	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

Não se dispõe de informações sobre os gastos médios mensais familiares, porém, sabe-se que os gastos com transportes representam um fator importante entre a classe trabalhadora, a maior parte da qual tendo que se deslocar diariamente para outros municípios em função do trabalho.

3.4.4. Educação

O município de Itapevi dispõe das seguintes escolas:

- EEPG Amador Bueno
- EEPG Dr. Raul Briquet
- EEPG do Jardim Rainha
- EEPG da Vila Dr. Cardoso
- EEPG do Bairro São Francisco
- EEPG de Vitápolis
- EEPG do Bairro Portela
- EEPG da Vila Santa Rita
- EEPG da Vila Santa Flora
- EEPG Marechal Candido Rondon
- EEPG do Jardim Paulista
- EEPG de Itapevi
- e também de
- 4 Escolas Isoladas e
- 4 escolas vinculadas à EEPG Vila Santa Flora

Estas escolas contam com 284 classes e 9.950 alunos matriculados.

**TABELA 9 - NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS E CLASSES DE 1º e 2º GRAUS
MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978**

SÉRIES	1º grau		2º grau	
	Nº classes	nº alunos	Nº classes	Nº alunos
1ª	61	2134	6	225
2ª	47	1574	4	110
3ª	36	1267	4	106
4ª	31	1057	-	-
5ª	32	1203	-	-
6ª	27	884	-	-
7ª	21	784	-	-
8ª	11	468	-	-
Deficientes mentais	4	138	-	-
TOTAL	270	9509	14	441

FONTE: Delegacia de Ensino de Itapevi

De acordo com a tabela 9, observa-se que dificilmente se encontram indivíduos que concluem o 2º grau. Há uma discrepância entre o número de inscrições na 1ª série (2134) para o número de inscrições na 5ª série (1203).

Por ocasião do Inquérito Domiciliar, constatou-se que a maior parte da população amostrada tem o 1º grau incompleto (50,82%), enquanto que apenas 0,80% estão cursando ou são diplomados em Curso Superior, conforme se pode notar na tabela a seguir:

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE E IDADE. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

Grau Instrução \ Idade	7-15	15-18	18-20	20 e +	Total	%
Analfabeto	1	1	2	147	151	10,79
S.A.	-	-	-	16	16	1,14
S.E.	22	1	-	-	23	1,64
Mobral	-	1	-	7	8	0,57
1º GI	41	42	42	586	711	50,82
1º GC	290	36	14	12	352	25,16
1º G	15	5	3	30	58	4,15
2º GI	6	2	-	6	14	1,00
2º GC	-	15	8	5	28	2,00
2º G	-	-	-	21	21	1,50
S I	-	-	-	6	6	0,43
S C	-	-	-	7	7	0,50
S	-	-	-	4	4	0,30
TOTAL	375	103	74	847	1399	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

3.4.4.1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS

As escolas pertencentes à Delegacia de Ensino de Itapevi têm a supervisão das atividades na área de saúde feita por um educador em Saúde Pública, sediado na D.R.E.-Oeste, Osasco.

Este educador conta com a colaboração dos chamados coordenadores de Saúde, que são elementos indicados pelo diretor de cada unidade escolar. Recebem treinamento e passam a coordenar

dentro da escola, o desenvolvimento dos programas de saúde do Departamento de Assistência ao Escolar e a participação das escolas nos programas e campanhas de vacinação da Secretaria de Saúde.

Os programas da área de Saúde, desenvolvidos em 1978, foram:

- I - Programa de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE). Este é um programa destinado ao diagnóstico de problemas visuais e conseqüente atendimento, que é executado para as primeiras séries de 1º grau.
Vem sendo desenvolvido na rede oficial de ensino, desde 1973, a nível estadual.
- II - Projeto de Saneamento Básico - Dentro desse programa são das orientações aos alunos sobre:
 - origem e qualidade da água utilizada no domicílio e nas - escolas
 - destino correto das excretas
 - conservação e limpeza dos reservatórios de água
 - destino correto do lixo.
- III - Programa de prevenção e tratamento da pediculose .- sempre que existe o problema no meio escolar.
- IV - Colaboração nos programas e campanhas de vacinação da Secretaria de Saúde, respondendo pela parte educativa.
- V - Colaboração na parte educativa da programação da vacina anti-rábica com a Prefeitura.

3.4.5. Promoção Social

Com o objetivo de colaborar para a melhoria das condições de vida da população carente do município, desenvolvem-se algumas atividades de promoção social, principalmente a cargo de entidades religiosas, algumas das quais contam com o auxílio de voluntários:

SOCIEDADE EVANGÉLICA DE ITAPEVI (SEI)

Dirigida por senhoras pertencentes ao grupo social da Igreja Evangélica.

Promove cursos profissionalizantes, como: corte e costura; pintura em tecido, gesso e tela; tapeçaria e decoração; noções de enfermagem e princípios de higiene. Clientela de 25 alunos, na faixa etária de 10 a 36 anos.

Antes contava com uma subvenção do Governo Estadual, além da contribuição mensal de seus membros. Atualmente, mantém-se apenas com esta contribuição, o que vem dificultando a consecução dos objetivos da entidade.

MOVIMENTO CURSILHISTA DE SÃO FRANCISCO

Dirigido pelo pároco da Igreja São Francisco. Sua finalidade é a de fornecer auxílio material às famílias necessitadas. Há atualmente 30 famílias inscritas. O auxílio é oferecido na forma de alimentos, roupas, remédios.

O movimento mantém-se através de donativos da comunidade, parte da renda proveniente de festas beneficentes promovidas anualmente. Os principais problemas encontrados residem na escassez de recursos financeiros, o que impede que grande número de famílias possa receber auxílio, e falta de voluntários para colaborar na prestação de serviços.

INSTITUTO BEATA PAULA ELIZABETTA CERIOLLI

Dirigido por religiosas pertencentes à Congregação da Sagrada Família.

Tem por objetivo promover a educação moral e religiosa de órfãos e crianças necessitadas, e a criação do "Clube de Mães", que visa orientar as mães quanto às suas responsabilidades junto aos filhos e à comunidade. Dá assistência a 100 crianças -

maiores de 2 anos, as quais se encontram matriculadas no Centro de Saúde local, seguindo programa de vacinação. São promovidas atividades gráficas, musicais, educativas e religiosas, além de reuniões mensais com pais ou responsáveis e cursos sobre princípios de higiene e nutrição.

Mantém-se através de verba concedida pela Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM), contribuição mensal dos associados e auxílio financeiro da Prefeitura.

IV. CONDIÇÕES AMBIENTAIS, USO DO SOLO, TRANSPORTES E SISTEMA VIÁRIO

4.1. ATIVIDADES ECONÔMICAS COM REFLEXOS AMBIENTAIS

Dentre os estabelecimentos industriais existentes em Itapevi, 12 podem exercer, com suas atividades, reflexos na poluição do meio ambiente (ver Tabela 11).

TABELA 11 - ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS SEGUNDO POTENCIALIDADE DE POLUIÇÃO DO AR, ÁGUA E SOLO. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1977

Razão Social	Potencialmente Poluidora do		
	AR	ÁGUA	SOLO
Arcita - Artef. de Cimento Itapevi	X		
Cimento Santa Rita S/A	X		
Cerâmica Ambuitã Ltda.	X		
Frigorífico Itapevi S/A		X	
Indústria Paulista de Explosivos	X		
Ind. de Móveis Sto. Antonio Ltda.	X		
Ind. de Tintas e Vernizes "RR" Ltda.	X	X	
Joar - Artef. de Cimento Ltda.	X		
Luíz Ismar Dias - Ind. de Móveis	X		
São Pedro - Ind. e Com. de Artefatos de Cimento Ltda.	X		
Textil Kiriakos S/A	X	X	
Zebrinha - Ind. e Com. de Bebidas e Conexos Ltda.	X		

FONTE: Boletim Municipal de Itapevi (13)

4.2. SANEAMENTO AMBIENTAL

4.2.1. Abastecimento de Água

Os serviços de abastecimento de água do município - de Itapevi fazem parte do Sistema Integrado da Região Metropolitana de São Paulo, tendo em vista a posição geográfica de sua área urbanizada atual e as perspectivas do planejamento metropolitano.

A partir do sistema metropolitano de produção, a água é conduzida a reservatórios situados em vários municípios por um conjunto de instalações denominado Sistema Adutos Metropolitano SAM. Dos reservatórios, a água é entregue aos consumidores através de instalações que compõem o sistema de distribuição.

Itapevi até há pouco tempo não possuía abastecimento de água. Com a adesão do Município ao PLANASA, optando pela primeira alternativa, a SABESP passou a controlar as obras, que compreenderão:

- 1 Reservatório com 5.000.000 l
- 1 Rede de Distribuição com 72.000 m
- Total de ligações 7.500

Para esta obra a concessionária prevê uma aplicação de aproximadamente Cr\$ 37.000.000,00.

A população estimada do Município, que hoje é da ordem de 52.805 habitantes, terá suas necessidades supridas em termos de abastecimento de água segundo o cronograma a seguir:

TABELA 12 - POPULAÇÃO ESTIMADA E PREVISÃO DE ABASTECIMENTO PÚBLICO - DE ÁGUA PARA OS QUATRO PRÓXIMOS QUINQUÊNIOS

ANO	POPULAÇÃO	POPULAÇÃO ABASTECIDA
1980	51.200	41.880
1985	68.500	57.400
1990	88.500	75.900
1995	111.200	97.700
2000	136.500	122.900

FONTE: SABESP

Na presente data 600 ligações domiciliares já foram feitas, prevendo-se para até 1980 as demais 6.900.

Em vista do pequeno número de ligações domiciliares, existentes no Município, procurou-se verificar, através do Inquérito Domiciliar, o grau de utilização de cloro para a desinfecção da água de beber, uma vez que se sabe que esta substância exerce grande influência na prevenção de certas doenças, tais como gastroenterites e outras doenças diarréicas, por exemplo.

TABELA 13- NÚMERO E PORCENTAGEM DE DOMICÍLIOS SEGUNDO TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DISPONÍVEL E USOS. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

Tipo de Abastecimento Disponível e Usos	Número de Domicílios	%
1. Exclusivamente água de poço	296	82,45
2. Exclusivamente abastecimento público	33	9,19
3. Abastecimento público para beber, água de poço para outros fins	12	3,34
4. Água de poço para beber, abastecimento público para outros fins	9	2,51
5. Água mineral para beber, água de poço para outros fins	3	0,83
6. Água mineral para beber, abastecimento público para outros fins	2	0,56
7. Água mineral para beber, abastecimento público e água de poço para outros fins	2	0,56
8. Exclusivamente água de mina	2	0,56
TOTAL	359	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

Pôde-se observar que, das 296 famílias amostradas que só dispõem de água de poço, 114 (38,50%) utilizam cloro na água de beber. Conforme se observa na Tabela acima, houve casos de famílias que, mesmo dispondo de água tratada, proveniente da rede pública, utilizam-na para outros fins (lavagem de roupas, limpeza doméstica, etc.), dando preferência à água de poço para beber. Encontram-se nesse caso 9 das famílias amostradas, das quais 6 (66,66%) utilizam cloro para o tratamento da água de beber.

4.2.2. Esgotos Sanitários

O levantamento de dados realizado pela equipe multi-profissional permite constatar que a maioria das famílias amostradas (63,87%) utilizam-se de fossas para a destinação final dos dejetos, enquanto que 19,90% e 16,23% das famílias, respectivamente, dispõem os dejetos em rios ou a céu aberto.

Esta situação decorre da inexistência de rede coletora de esgotos sanitários no município, e é responsável pela poluição dos cursos d'água e pela contaminação da água dos poços que servem a maior parte da população de Itapevi.

No que se refere ao tipo de construção e uso de instalações sanitárias, verificou-se, ainda através do Inquérito Domiciliar, que em 42,62% dos domicílios amostrados, há privadas turcas (cujo nome popular é "casinha"), a maioria das quais de uso unifamiliar; 56,55% dos domicílios dispõem de vaso sanitário com descarga, predominando novamente o uso uni-familiar.

4.2.3. Sistema de Drenagem

Situada num dos sentidos de expansão preferencial da Região Metropolitana, a área urbana de Itapevi foi incluída no Plano Diretor de Drenagem 01/76, recentemente concluído pela SNM/EMPLASA.

4.2.4. Limpeza Pública

A coleta de lixo no Município atende praticamente 100% da zona central, com coletas diárias em 60% desta área, e coletas em dias alternados na área complementar.

Para este fim, uma empresa particular foi contratada operando com 2 caminhões de lixo, 1 funcionário administrativo, 6 operários e 3 em outros serviços tais como varredura, raspagem e capinação.

Não existe uma legislação específica para o lixo. A

disposição deste se faz a céu aberto, embora haja boas áreas livres para uso em aterros sanitários. A taxa atual de lixo está ao redor de 0,025% da unidade padrão por metro quadrado de área construída vezes mês.

4.2.5. Qualidade Ambiental

Grande parte dos recursos hídricos do Município de Itapevi, encontra-se poluída devido ao despejo de esgotos domésticos e industriais.

Quanto à qualidade do ar, as Tabelas 14 e 15 a seguir, fazem um demonstrativo dos últimos 6 anos.

São aceitos como padrões internacionais de referência os valores de 0,5 mgSO₃/100 cm² . dia e 5,0 T/km² . 30 dias para valores de taxa de Sulfatação e Poeira Sedimentável, respectivamente.

4.3. USO DO SOLO

Basicamente, a utilização do solo no município de Itapevi é regulada pelas seguintes leis (19), a saber:

1. Lei nº 84, de 28 de novembro de 1969
Estabelece a zona urbana do município
2. Lei nº 125, de 04 de janeiro de 1971
Projeto de Loteamento
CONTEÚDO
 - Arruamento: Artigos 1º ao 3º, 14, 15, 31 ao 38.
 - Loteamento: artigos 1º ao 3º, 6, 14, 15, 18, 31 ao 38, 44
52 e 54.
 - Zonas de Uso: artigos 17 ao 30.
3. Lei nº 134, de 17 de junho de 1971
Dispõe sobre a criação do Serviço Autônomo de Água e Esgoto.

TABELA 14 - TAXA DE SULFATAÇÃO SEGUNDO O MÊS, NOS ÚLTIMOS SEIS ANOS. MUNICÍPIO DE ITAPEVI

 * RELACAO DE DADOS ARMAZENADOS *

DATA DE REFERENCIA
 11/08/78

CIDADE : ITAPEVI
 ESTACAO : ITAPEVI
 VARIAVEL : TAXA DE SULFATACAO
 UNIDADE : MG SO3/100 CM2/DIA

ANOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
72	.07	.05	.08	.08	.13	.03	.12	.12	.14	.12	.13	.12
73	.07	.11	.12	.12	.09	.20	.12	90.00	.19	.23	.16	.16
74	.15	.17	.12	.16	.12	.12	.19	.21	.18	.22	.07	.04
75	.11	.09	.13	.17	.21	.19	.15	.21	.23	.18	.12	.15
76	.08	.11	.13	.11	.11	.08	.15	.16	.14	.07	.26	.25
77	.19	.25	.24	.25	.26	.30	.26	.26	.30	.30	.31	.29

LEGENDA : 90.00 = AUSENCIA DE DADOS

FONTE: Companhia de Tecnologia de Saneamento Básico (CETESB)

TABELA 15 - POEIRA SEDIMENTÁVEL SEGUNDO O MÊS, NOS ÚLTIMOS SEIS ANOS. MUNICÍPIO DE ITAPEVI

 * RELACAO DE DADOS ARMAZENADOS *

DATA DE REFERENCIA
 11/08/78

CIDADE : ITAPEVI
 ESTACAO : ITAPEVI
 VARIÁVEL : POEIRA SEDIMENTAVEL
 UNIDADE : TON/KM2/30 DIAS

ANOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
72	18,20	15,60	15,40	9,70	9,00	9,40	10,60	11,50	9,80	17,70	8,50	15,10
73	17,70	15,20	16,60	13,30	12,30	13,90	14,10	15,20	18,60	16,00	20,00	17,10
74	23,70	900,00	20,20	900,00	16,00	19,20	16,40	12,60	20,50	28,70	19,90	900,00
75	900,00	20,30	15,30	12,00	14,50	15,40	20,60	14,50	19,00	21,00	17,20	19,80
76	20,20	17,70	9,10	15,80	14,70	16,80	16,50	18,40	900,00	22,40	18,90	18,40
77	23,40	17,00	15,10	15,90	12,60	900,00	23,60	14,80	18,00	12,60	16,00	20,70

LEGENDA : 900,00 = AUSENCIA DE DADOS

FONTE: Companhia de Tecnologia de Saneamento Básico (CETESB)

4. Lei nº 152, de 17 de janeiro de 1972.

Dispõe sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado e dá outras providências

CONTEÚDO

- Loteamento: artigos 18, 23 e 24.
- Uso Comercial: artigo 26.
- Uso Industrial: artigos 19 ao 21, 25 e 37.
- Uso Residencial: artigo 28.

5. Lei nº 218, de 03 de maio de 1974.

Dispõe sobre loteamentos, arruamentos e desmembramentos irregulares.

Observada a legislação supra, no tocante ao uso do solo, ressalta-se a conveniência de uma lei específica sobre o uso do solo, sistematizando os assuntos, incluindo normas sobre áreas de preservação e zoneamento em geral que inclusive, impeça aproximação de usos da área agrícola. Sugerimos que a mesma deva abranger os seguintes itens:

- . perímetro urbano;
- . definição das zonas;
- . unidades de regulamentação;
- . índices urbanísticos;
- . limitações ao exercício de atividades;
- . responsabilidades e procedimentos; e
- . sanções.

4.4. TRANSPORTE E SISTEMA VIÁRIO

4.4.1. Transportes

Em transporte ferroviário, o município é servido pela FEPASA. O transporte coletivo de passageiros é feito pelos sistemas ferroviário e rodoviário.

É de grande importância para Itapevi o papel desempenhado pelo transporte ferroviário. Os trens de subúrbio transportam grande número de passageiros, embora existam sérios proble-

mas quanto a capacidade, horário e conservação.

Quanto ao sistema rodoviário, há um serviço intermunicipal, de características suburbanas e rodoviárias, e um serviço municipal.

4.4.2. Sistema Viário

A estrutura viária é representada por três vias de caráter claramente regional: a Ferrovia, a Rodovia Castelo Branco e a Rodovia Raposo Tavares. Embora fora do município, a Raposo Tavares é parte integrante da estrutura viária, à vista da dificuldade de acesso.

As estradas municipais permitem ligações com as zonas rurais e aos municípios vizinhos.

a) Ferrovias Existentes

FEPASA - Partindo da Estação Júlio Prestes, em São Paulo, a travessa os municípios de Osasco, Carapicuíba, Barueri, Jandira e Itapevi, ultrapassando os limites da Região Metropolitana. Corta Itapevi no sentido Leste-Oeste.

b) Rodovias Existentes

SP. 280 (BR.374) - Rodovia Presidente Castelo Branco - pavimentada, com pista dupla e seis faixas de rolamentos, a SP.280 corta o município em sua parte Norte, numa extensão de 7,00 km. Possibilita acessos a Ambuitã, à sede de Jandira.

SP. 274 Esta rodovia, pavimentada, inicia-se no km. 28,50 da SP. 312 (Barueri), corta o perímetro urbano de Jandira penetrando em Itapevi. Atravessa este município, numa extensão de 15,10 km, sendo 5,40 km em seu perímetro urbano, seguindo em direção Oeste a São João Novo (município de São Roque).

SP. 29 Esta rodovia, pavimentada, inicia-se no km 40,80 da SP.274 (Itapevi), segue ao Sul em direção a Cotia, entroncando com a SP. 270 (Rodovia Raposo Tavares).

Ramal Ambuitã - inicia-se no km. 44,30 da SP. 274 (município de Itapevi), tendo 1,30 km. de extensão.

c) Projetos Existentes

FEPASA - Existe um projeto para remodelação completa dos serviços de subúrbio, abrangendo estações, material rodante, via permanente, sinalização, alimentação elétrica, oficinas, pátios e outros, cujas obras já se iniciaram. O projeto prevê, também, a integração física dos subúrbios da FEPASA com os da R.F.F.S.A. Com essa remodelação a oferta de lugares será bastante aumentada, pois nas horas de pico é previsto um intervalo de três minutos entre os trens.

A Secretaria dos Transportes do Estado de São Paulo determinou, recentemente, a abertura de concorrência pública para a construção de um viaduto sobre os trilhos da FEPASA, no centro de Itapevi, o que certamente virá a beneficiar os habitantes do Município (13).

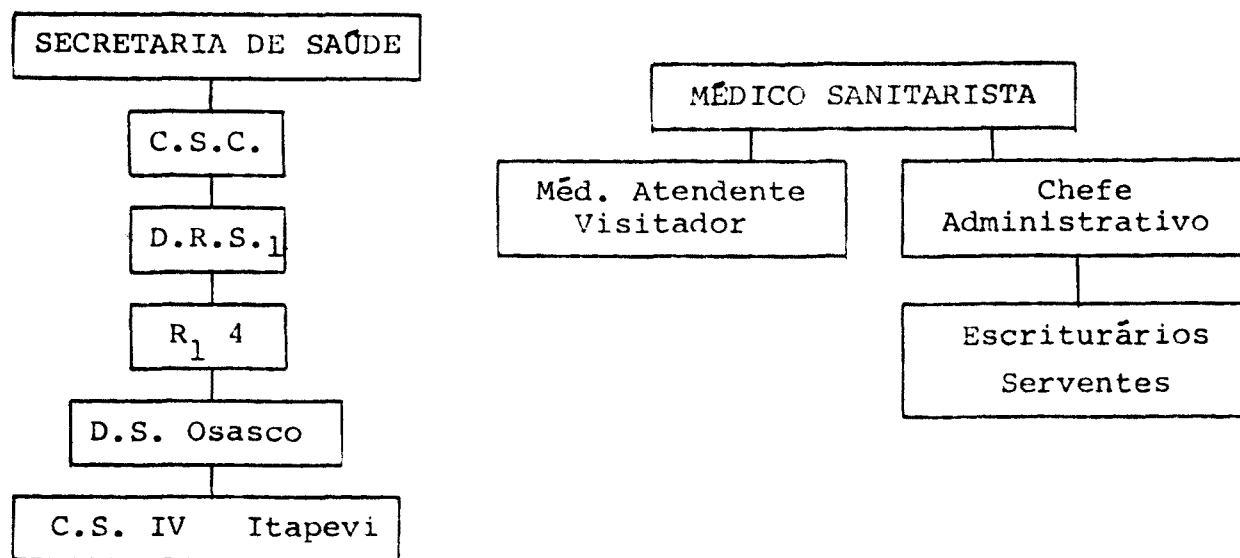
V - RECURSOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA E ODONTOLÓGICA EXISTENTES NO MUNICÍPIO

5.1. ANÁLISE DO CENTRO DE SAÚDE (CS) DE ITAPEVI

O Centro de Saúde de Itapevi pertence ao Distrito de Saúde de Osasco, sendo do tipo IV. Localiza-se no centro da cidade, à Rua Ana Francisca nº 46, de fácil acesso à população. Seu horário de funcionamento e de atendimento ao público é das 7 às 17 horas.

Quanto à parte burocrática, dentro da Secretaria da Saúde, segue o padrão básico de todos os CS, com os organogramas a baixo:

Centro de Saúde Itapevi



5.1.1. Capacidade de Instalação

Funciona em prédio adaptado às funções de CS, com planta física bastante deficitária, não correspondendo nem à demanda populacional esperada. A triagem e matrícula são feitas em balcão precário, junto à sala de pré-consulta, separadas somente por divisória de Eucatex. Tanto a Secretaria como as Chefias Médica e Administrativa funcionam em uma mesma sala. Existem ainda 2 consultórios, uma sala para vacinação, cozinha, almoxarifado e 3 sanitários, sendo 1 destinado ao público. Os elementos são de dimensões mínimas, distribuídos inadequadamente ao fluxo de pacientes.

Não são adequados ao movimento de pessoal e ao local as condições de ventilação e iluminação.

A água utilizada no CS é proveniente de poço existente no local, distribuída ao prédio por encanamento. Aguarda-se a ligação com a rede pública, já pronta, mas ainda não utilizada.

O esgoto é despejado em fossa, desde que não existe rede coletora no município.

No que se refere ao piso e azulejos, não são seguidas as normas básicas, visto que somente a sala de vacinação e um dos sanitários têm piso de cerâmica e azulejos. Os demais compartimentos onde tais revestimentos se fazem necessários não os possuem.

5.1.2. Material de consumo e equipamentos

Há falta de material básico de consumo como o previsto para um CS IV, como impressor, medicação, material de limpeza e de escritório. As necessidades são preenchidas esporadicamente.

Quanto ao material permanente e equipamentos, são suficientes para cobrir a demanda de um CS IV e não para atender uma população de 52.805 habitantes, o que justificaria a existência e o funcionamento de um CS I.

5.1.3. Dimensionamento de pessoal:

TABELA 16- RECURSOS HUMANOS E HORAS DE SERVIÇO CONTRATADOS NO CS IV DE ITAPEVI, 1978

Profissional	Nº	Horas Contratadas	
		Diárias	Anuais/Totais
Médico sanitaria	1	8	2.112
Médico consultante	1	4	1.056
Escriturário	1	8	2.112
	1	6	1.584
Atendente	2	8	4.224
	1	6	1.584
	1 (FEPASA)	6	1.584
Servente	3	6	4.752
	1 (FEPASA)	6	1.584
Visitadora	1	8	2.112

FONTE: Dados coletados pela equipe ultiprofissional no CS de Itapevi.

OBS.: Dois serventes encontram-se afastados do serviço, em licença para tratamento de saúde, e outro sem vencimentos por 2 anos.

Visto ser a população local demasiado grande (52.805 habitantes) para um CS IV, os recursos humanos são naturalmente deficietários.

5.1.4. Tipo, organização e funcionamento do fichário:

Existe um fichário central, um de controle e um de vacinas. A ficha é individual, padronizada pela Secretaria de Saúde.

O fichário de vacinas segue normas do Ministério da Saúde, assim como as cadernetas de vacinação.

5.1.5. Atividades prestadas à população

As atividades prestadas à população estudadas a partir de dados fornecidos por boletins de produção mensal do CS de Itapevi, referentes aos meses de janeiro a junho de 1978, encontrados no Centro de Informações de Saúde (C.I.S.), da Secretaria de Saúde, observa-se que dos programas e sub programas previstos para implantação pela C.S.C. apenas estão sendo desenvolvidos os de Assistência à criança e à gestante. Os adultos são atendidos pelo Centro Integrado de Assistência Médica (C.I.A.M.). Não foram desenvolvidos os sub programas de Hanseníase e de Controle da Tuberculose. Segundo a profissional responsável pelo CS de Itapevi - (médica sanitarista, chefe da Unidade), esses programas estão em fase de implantação, aguardando apenas encaminhamento de pacientes de outras unidades que atualmente fazem o atendimento, e a chegada de material e medicação especializada. Há dificuldades na descentralização dos serviços devido às deficiências de pessoal e planta física.

Através do Inquérito Domiciliar, constatou-se que apenas 13% das famílias amostradas dizem procurar o CS para servir-se do Programa de Assistência ao Adulto, o que se pode notar na Tabela 17.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS AMOSTRADAS SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

MOTIVO	NÚMERO	%
Programa de Assistência à Criança	58	19,46
Programa de Assistência à Gestante	17	5,70
Programa de Assistência ao Adulto	38	12,75
Exclusivamente vacinação	152	51,01
Exclusivamente recebimento de leite	29	9,73
Outros	4	1,35
TOTAL	298	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

(a) Programa de Assistência à Criança

O Programa de Assistência à Criança é feito no horário integral de atendimento (das 7 às 17 hs.), sendo realizadas vacinação, consulta médica, suplementação alimentar, pré e pós-consultas. O pessoal responsável pelo atendimento consta de: um médico e dois atendentes, que executam também o Programa de Assistência à Gestante.

Os objetivos específicos do Programa de Assistência à Criança são:

- promover a melhoria da assistência à criança mediante atendimento rotineiro, precoce, periódico e contínuo.
- diagnóstico e tratamento precoce de processos patológicos que possam prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil.
- aumentar a resistência biológica específica das crianças, em relação às doenças preveníveis através de vacinação.
- diagnóstico e tratamento precoce de processos odontológico e oftalmológico que coloquem em risco a saúde destas crianças (20).

O CS IV de Itapevi deve atingir as seguintes metas prioritárias de acordo com o Manual de Programas e Sub programas do C.S.C. (20).

- 1 - Realizar 1 consulta médica ou 1 atendimento de enfermagem - de rotina por mês a 100% das crianças de 0 a 18 meses inscritas no programa.
- 2 - Realizar o mínimo de 3 consultas médicas de rotina a 100% - das crianças entre 0 e 11 meses.
- 3 - Realizar consulta médica eventual a 100% da demanda das crianças inscritas.
- 4 - Realizar a aplicação de todas as vacinas, segundo esquema - estabelecido, a 80% das crianças de 0 a 4 anos da área de atuação.
- 5 - Realizar visita domiciliar a 50% das crianças de 0 a 11 meses inscritas no programa.

No que se refere à vacinação, há que se considerar dois aspectos: pôde-se observar, através do Inquérito Domiciliar, que a vacinação (exclusivamente) é a atividade que atrai a maioria das famílias amostradas ao CS: 51,01% (ver Tabela 17). Quanto à

percentagem de crianças menores de 6 anos em relação à vacinação, obteve-se que 95% das famílias com crianças nessa faixa etária afirmaram estarem as crianças devidamente vacinadas. 83,5% referiram que suas crianças são vacinadas em regime de rotina, de acordo com a caderneta de vacinação (ver Tabela 18). Este dado, porém, não pôde ser confirmado pelos entrevistadores (através do exame das cadernetas), porque isto implicaria em grande dispêndio de tempo.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS, SEGUNDO A VACINAÇÃO. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

VACINAÇÃO		Nº	%
SIM	DE ROTINA	167	83,50
	EM CAMPANHAS	23	11,50
NÃO		10	5,00
TOTAL		200	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

Os principais motivos alegados para a não-vacinação das crianças foram: "aguardando a idade", "por motivo de doença", "falta de tempo", e outros

Suplementação alimentar

A orientação e o fornecimento do suplemento alimentar devem ser realizados durante a pós-consulta ou no atendimento rotineiro de enfermagem. Para isso, a criança deve estar em dia com o atendimento médico e de enfermagem de rotina, com o esquema de vacinação cumprido e exames complementares solicitados.

Analisando a tabela 19, notamos que o número de crianças de 0 a 11 meses existentes no programa até junho de 1978 (2694 crianças), supera a estimativa populacional para este grupo etário que seria de 1529 crianças, segundo dados fornecidos pelo CIS, o que nos leva à suposição de que muitas das crianças que completaram um ano de idade ainda são mantidas no fichário de controle deste grupo etário.

TABELA 19 - NÚMERO DE CRIANÇAS DE 0 — 11 MESES INSCRITAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA (NO FINAL DE CADA MÊS), NO CS DE ITAPEVI, NOS MESES DE JANEIRO A JUNHO de 1978

Meses	Nº
janeiro	2.180
fevereiro	2.250
março	2.370
abril	2.460
maio	2.590
junho	2.694

FONTE: Boletins mensais de produção de janeiro/junho de 1978. Programa de Assistência à Criança, CS de Itapevi.

Segundo informações verbais da médica responsável - pelo CS, de janeiro a julho de 1978 ocorreu falta de fichas de controle, o que torna mais difícil uma precisão no número de altas do fichário.

TABELA 20 - RELAÇÃO PERCENTUAL ENTRE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS (CONSULTA MÉDICA + ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM) E CRIANÇAS DE 0 — 11 MESES INSCRITAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DO CS DE ITAPEVI. JANEIRO/JUNHO 1978:

MESES	Crianças existentes no final do mês	Atendimentos realizados	%
janeiro	2.180	291	13,35
fevereiro	2.250	199	8,84
março	2.370	281	11,85
abril	2.460	216	8,78
maio	2.590	267	10,30
junho	2.694	227	8,43

FONTE: Boletins de produção de janeiro a junho de 1978. Programa de Assistência à Criança. CS Itapevi.

Considerando-se que toda criança inscrita deveria receber, ou um atendimento de enfermagem ou um atendimento médico (segundo meta prioritária nº 1), verificamos que a maior porcentagem atingida no atendimento foi de 13,35%. Explicou-se tal fato pela falta de pessoal para atender este programa e o de Assistência à Gestante, isto é, um médico e dois atendentes.

A falta das fichas para controle de janeiro a julho também prejudicou a contagem das inscrições, controle de atendimento e altas das crianças.

TABELA 21 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE CRIANÇAS DE 0 — 11 MESES - QUE RECEBERAM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR E O NÚMERO DE ATENDIMENTOS (CONSULTA MÉDICA + ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM) no CS de ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978

MESES	Nº de crianças que receberam S.A.	Nº de atendimentos realizados
janeiro	906	291
fevereiro	427	199
março	870	281
abril	527	216
maio	817	267
junho	485	227

FONTE: Boletins mensais de produção de janeiro/junho de 1978, do Programa de Assistência à Criança no CS de Itapevi

Considerando-se que para receber suplementação alimentar a criança deve estar em dia com o atendimento médico ou de enfermagem, verifica-se que a maioria das crianças inscritas no programa recebem suplementação alimentar sem o atendimento previsto. Isto ocorre pela falta de pessoal na Unidade, frente à grande demanda de crianças.

Observa-se, na Tabela 22, que o número de crianças que recebem suplementação alimentar é bem inferior ao número de crianças inscritas no programa e que têm direito ao recebimento do alimento. Tal fato decorre da omissão em dar baixas no fichário de controle.

TABELA 22 - RELAÇÃO PERCENTUAL ENTRE O NÚMERO DE CRIANÇAS DE 0 —11 MESES INSCRITAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E O NÚMERO DE CRIANÇAS DE 0 —11 MESES QUE RECEBERAM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR (S.A.) NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978

Meses	Crianças existentes no final do mês	Crianças que receberam S.A.	%
janeiro	2.180	906	41,55
fevereiro	2.250	427	18,97
março	2.370	870	36,70
abril	2.460	527	21,42
maio	2.590	817	31,54
junho	2.694	485	18,00

FONTE: Boletins mensais de produção de janeiro a junho de 1978, de Assistência à Criança, CS de Itapevi.

TABELA 23 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE CRIANÇAS DE 0 —11 MESES E O NÚMERO DE NUTRIZES QUE RECEBERAM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR (S.A.) NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978

MESES	Crianças que receberam S.A.	Nutrizes que receberam S.A.
janeiro	906	95
fevereiro	427	62
março	870	53
abril	527	72
maio	817	0
junho	485	0

FONTE: Boletins mensais de produção de janeiro a junho de 1978. CS de Itapevi.

Pela tabela acima verifica-se que um pequeno número de nutrizes vem recebendo Gestal, em proporção ao número de crianças que recebem leite, no grupo etário de 0 a 11 meses.

Em maio e junho, não foi distribuído o alimento por falta do produto na Unidade.

(b) Programa de Assistência à Gestante:

O Programa de Assistência à Gestante, segundo manual de Programas e Sub Programas da C.S. ⁽²⁰⁾, tem como objetivos específicos:

- promover a melhoria da assistência à gestação, parto e puerpério mediante atendimento de rotina;
- diagnóstico e tratamento precoce de processos patológicos que possam prejudicar a evolução adequada da gestação, parto e puerpério;
- aumentar a resistência biológica específica da gestante e do recém-nascido por intermédio de vacinação anti tetânica da gestante;
- diagnóstico e tratamento precoce de processos odontológicos que coloquem em risco a saúde oral das gestantes.

As Metas Prioritárias são:

- 1 - Realizar o mínimo de 3 consultas médicas em pré-natal de rotina às gestantes inscritas
- 2 - Realizar o mínimo de um atendimento de enfermagem em pré-natal de rotina às gestantes inscritas
- 3 - realizar 1 consulta médica de rotina no puerpério às gestantes inscritas
- 4 - Realizar atendimento de controle a 100% da demanda das gestantes inscritas
- 5 - Realizar vacinação anti tetânica a 100% das gestantes inscritas
- 6 - Realizar visita domiciliar a 40% das gestantes inscritas no programa.

Em relação à Suplementação Alimentar no programa de Assistência à Gestante, as orientações da Coordenadoria da Saúde da Comunidade são:

- a Suplementação Alimentar estará sujeita a indicação médica, que deverá ser feita na primeira consulta do pré-natal, e que se modificará segundo a evolução ponderal da gestante.
- A orientação e o fornecimento da Suplementação Alimentar deverá ser feita durante a pós-consulta ou atendimento rotineiro de enfermagem.

- Para o fornecimento da Suplementação Alimentar a gestante deverá estar em dia com o atendimento médico, odontológico e de enfermagem de rotina, com esquema vacinal cumprido e exames complementares solicitados.

No Centro de Saúde de Itapevi, atendem-se as gestantes não previdenciárias às 5^{as} feiras e as demais diariamente, pelo CIAM (Centro Integrado de Assistência Médica), das 13 às 15 hs.

O pessoal que promove o atendimento é o mesmo que atende ao Programa de Assistência à Criança, isto é, um médico e dois atendentes.

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978

Meses	Nº de gestantes existentes no final do mês
janeiro	513
fevereiro	527
março	541
abril	556
maio	560
junho	569

FONTE: Boletins mensais de produção de janeiro a junho de 1978 do programa de Assistência à Gestante, no CS de Itapevi

Pela observação da tabela verifica-se que o número de gestantes inscritas é bem inferior à meta estabelecida, que seria de 2,8% da população da área, isto é, 1462 gestantes. Lembramos que esta meta é estabelecida de acordo com "Instruções para - preenchimento da matriz de avaliação de vacinação - Nível Distrital 1978", distribuída às Unidades pela Coordenadoria da Saúde da Comunidade.

Através do Inquérito Domiciliar, observou-se que há uma pequena procura do CS para as consultas de pré-natal preferindo a população amostrada recorrer a serviços de outros municípios. (ver Tabela 25).

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM FILHOS MENORES DE UM ANO, SEGUNDO FREQUÊNCIA A SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL LOCAIS E NÃO LOCAIS E NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978.

Nº Consultas \ Local	Itapevi	Fora	Total
0	1	-	1
1	3	4	7
2	2	8	10
3	3	3	6
4	3	8	11
5	1	3	4
6	-	6	6
7	-	2	2
8	-	2	2
9	-	6	6
12	1	3	4
TOTAL	14	45	59

FONTE: Inquérito Domiciliar

Segundo a médica responsável pelo Centro de Saúde, este desnível ocorre pela maior procura do CIAM, por parte das gestantes, para atendimento médico, que então não é feito rotineiramente, nem segue as normas propostas pela Secretaria da Saúde, ficando exclusivamente a critério médico.

Considerando-se que toda gestante deveria receber - no mínimo um atendimento mensal, de acordo com o Programa de Assistência à Gestante, verifica-se, pela Tabela 26, que a porcentagem alcançada de atendimento é pequeno. Talvez isto ocorra pela deficiência de pessoal, segundo opinião da médica responsável. pelo - CS.

Considerando-se que a Suplementação Alimentar só deve ser fornecida à gestante que está em dia com a consulta médica e o atendimento de enfermagem, verifica-se, com base na tabala 27, que muitas gestantes recebem a Suplementação Alimentar sem terem - recebido o atendimento previsto.

TABELA 26 - RELAÇÃO PERCENTUAL ENTRE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS E O NÚMERO DE GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE, NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978

Meses	Gestantes existentes no final do mês	Atendimentos realizados	%
janeiro	513	65	12,67
fevereiro	527	41	7,78
março	541	65	12,01
abril	556	58	10,43
maio	560	40	7,14
junho	569	46	6,98

FONTE: Boletins mensais de produção de janeiro a junho de 1978, - do Programa de Assistência à Gestante, no CS de Itapevi.

TABELA 27 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GESTANTES QUE RECEBERAM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR (S.A.) E O NÚMERO DE ATENDIMENTOS (CONSULTA MÉDICA + ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM), NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978

Meses	Gestantes que receberam S.A.	Atendimentos realizados
janeiro	189	65
fevereiro	47	41
março	46	65
abril	247	58
maio	0	40
junho	0	46

FONTE: Boletins mensais de produção, do Programa de Assistência à Gestante, nos meses de - janeiro a junho de 1978, no CS de Itapevi

TABELA 28 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE E O NÚMERO DE GESTANTES QUE RECEBERAM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR (S.A.), NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO, 1978

Meses	Gestantes existentes no final do mês	Gestantes que receberam S.A.	%
janeiro	513	189	36,84
fevereiro	527	47	8,92
março	541	46	8,50
abril	556	247	44,42
maio	560	0	
junho	569	0	

FONTE: Boletins mensais de produção do Programa de Assistência à Gestante, no CS de Itapevi, nos meses de janeiro a junho de 1978.

Verifica-se, na tabela acima, que o número de gestantes que receberam suplementação alimentar é bem inferior ao número de gestantes inscritas no Programa, com direito a receber Gestal. Durante os meses de maio a junho não houve distribuição de Gestal, pela ausência do mesmo no CS.

TABELA 29 - RELAÇÃO PERCENTUAL ENTRE O NÚMERO DE GESTANTES INSCRITAS EM CADA MÊS E EXAMES SOROLÓGICOS PARA LUES REALIZADOS NO CS DE ITAPEVI. JANEIRO A JUNHO DE 1978.

Meses	Gestantes inscritas no mês	Exames sorológicos realizados	%
janeiro	17	11	54,71
fevereiro	18	15	83,33
março	20	14	70,00
abril	20	9	45,00
maio	9	5	55,56
junho	12	5	41,67
TOTAL	96	59	61,46

FONTE: Boletins mensais de produção, do programa de Assistência à Gestante, nos meses de janeiro a junho de 1978, no CS de Itapevi.

Pode-se observar, na tabela 29, que os exames sorológicos realizados não coincidem com o número de inscrições no Programa; porém a porcentagem alcançada é boa, visto ser a paciente encaminhada ao Instituto Adolfo Lutz, até o mês de junho, para a realização daqueles exames. Atualmente são encaminhadas para a filial desse Instituto em Osasco.

Rendimento Médico:

Como apenas dois Programas são desenvolvidos na Unidade, e sendo apenas um médico a fazer o atendimento, somaram-se as consultas médicas nas 2 áreas, obtendo-se:

- nº de consultas de janeiro a junho: 2243
- nº de médicos: 1
- nº de horas/trabalho diário: 4
- nº de horas trabalho em 6 meses: 528

$$\text{Rendimento} = \frac{2243}{528} = 4,24 \text{ consultas / hs}$$

sendo o rendimento esperado de 4 consultas / hora.

(c) Programa de Assistência ao Adulto:

Os adultos são em sua maioria previdenciários, sendo atendidos das 13 às 15 hs. pelo médico do CIAM.

(d) Imunização e Testes correlatos:

No CS de Itapevi são feitas todas as vacinas, menos o teste de PPD e reação de Mitsuda. São dois funcionários responsáveis pela vacinação: um para anotação nas carteiras de vacinação e elaboração dos mapas diários, e outro para aplicação das vacinas.

O esquema vacinal utilizado é o proposto pelo Ministério da Saúde.

Quanto ao estoque e conservação das vacinas, mostraram-se suficientes e de acordo com padrões estabelecidos.

O número de vacinas aplicadas nos 6 meses estudados (jan. a junho de 1978) foi de 14.849. Um funcionário faz a aplicação, sendo a jornada de trabalho de 8 horas diárias, e 176 horas mensais. Em 6 meses, 1.056 horas de trabalho.

A concentração é de 14,06 vacinas/hora, acima do esperado (10 vacinas/hora).

Controle de retornos: as crianças são agendadas de acordo com a data de retorno, segundo normas do Ministério da Saúde, assim como ocorre com as Cadernetas de Vacinação.

5.1.6. Conclusões

O Centro de Saúde de Itapevi vem arcando com um trabalho, junto à Comunidade, de maiores dimensões do que o previsto para um CS IV.

A população local vem aumentando ano a ano, exigindo melhores condições de saúde, saneamento, urbanização, etc. e o CS deveria estar à frente dessas exigências, tornando-se um CS II ou até I, dotado de todos os recursos compatíveis.

Observamos que o pessoal responsável pela Unidade vem se desdobrando no atendimento à Comunidade, apesar das falhas no fornecimento de material básico, como vacinas (em agosto de 1977 não havia vacina Tríplice); cloro, distribuído à população desde 1977, (faltou durante o mês de março de 1978) e vem caindo sua distribuição por ausência de estoque na Unidade; leite, que é distribuído para 3.800 crianças (em fevereiro só houve distribuição por 15 dias); e Gestal, que em maio e junho deste ano não foi fornecido por estar em falta. Porém, nota-se que vem aumentando o número de pessoas atendidas, se bem que longe de alcançar o número previsto. Além disso, a demanda não é atendida em sua totalidade.

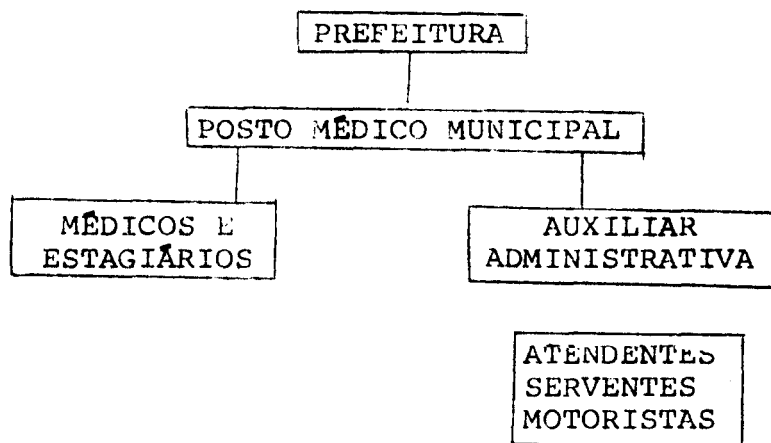
5.2. ANÁLISE DO POSTO MÉDICO MUNICIPAL (P.M.M.) DE ITAPEVI

O Posto Médico Municipal (P.M.M.) localiza-se no centro da cidade, à Av. Presidente Vargas, nº 215, de fácil acesso à população.

Oferece atendimento gratuito ao público durante as 24 horas do dia, através de um sistema de plantões.

Não existe organograma, e de acordo com a estrutura,

a auxiliar administrativa é a responsável por toda a parte burocrática, reportando-se diretamente à Prefeitura



5.2.1. Capacidade de Instalação

O prédio é adaptado para as funções de Posto Médico, e encontra-se em fase de transformações, no que se refere à planta física. Existem, no momento, um consultório médico, dois quartos com dois leitos cada (para pacientes em observação), uma sala de curativos, uma sala de parto, um depósito de remédios, sala de triagem, saguão de espera, cozinha e dois sanitários (sendo um deles - para o público).

A iluminação e conservação dos elementos apresentam-se em condições precárias, assim como os sistemas de segurança e saneamento do prédio.

A limpeza e ventilação dos elementos são adequadas.

As paredes de todos os elementos são em alvenaria e o piso é revestido de tacos, exceto na sala de curativos, cozinha e sanitários, onde é de cerâmica.

A água utilizada no Posto Médico é proveniente de poço no local, distribuída por encanamento ao prédio.

O esgoto é despejado em fossa.

5.2.2. Material de consumo e equipamentos:

O material de consumo é adequado e suficiente, atendendo às necessidades do Posto Médico.

O equipamento existente é precário, contando apenas com armários, mesas, camas e cadeiras não adequadas em sua quase - totalidade. Equipamento de atendimento primário não especializado.

Existem cinco ambulâncias à disposição do Posto Médico, três para serviços de rotina e duas para casos de emergência (para doentes mentais e acidentados).

5.2.3. Dimensionamento de pessoal

Os recursos humanos do Posto Médico constam de uma auxiliar administrativa, que perfaz 8 horas por dia de segunda a sexta-feira, folgando aos sábados e trabalhando aos domingos em regime de horas extras (8 horas); um médico (Chefe) que dá plantão diário de 3 horas; cinco estagiários (sextanistas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo), que realizam plantão de 12 horas; seis atendentes, das quais duas com "curso de especialização em medicina", segundo informação prestada pela auxiliar administrativa e duas serventes que realizam plantão de 12 por 36 horas, e cinco motoristas.

5.2.4. Tipo, organização e funcionamento do fichário

O fichário existente consta de fichas individuais - com dados de qualificação (identidade).

As fichas de pacientes que procuram atendimento esporadicamente são arquivadas sob o título de registro geral. Os pacientes que procuram atendimento e têm seqüência de tratamento - são arquivadas em envelopes, e, como os do registro geral, trazem diagnóstico, prescrição médica e atendimento prestado.

5.2.5. Atividades prestadas à população

As atividades prestadas à população foram analisadas a partir de dados fornecidos por boletins de produção mensal do P. M.M.

O atendimento prestado à população é do tipo ambulatorial clínico-geral a crianças e adultos; e para pacientes em período de parto expulsivo.

O serviço de suplementação alimentar está em fase de implantação. Há dois meses vem sendo distribuído leite às crianças de 1 a 6 anos de idade. São distribuídos 1,5 kg de leite por mês para cada criança.

5.2.6. Depósito e/ou Farmácia

Existe um depósito de remédios, ou melhor, uma sala onde os mesmos são estocados, sem qualquer critério de classificação.

5.2.7. Fluxograma de atendimento aos pacientes

O paciente é atendido na sala de triagem, onde se faz o registro no livro geral, juntamente com o preenchimento de uma ficha de qualificação (identidade). Se já possuir a ficha, o paciente é encaminhado apenas registrado, sendo então encaminhado ao consultório médico, onde recebe atendimento. Se for caso de especialidade médica, é conduzido a Osasco ou São Paulo.

O referido Posto mantém uma média de atendimento mensal de 3000 consultas, sendo os diagnósticos mais frequentes: verminose, otite e amigdalite.

No mês de setembro de 1978, foram atendidas 3.919 pessoas, das quais apenas 2.470 foram medicadas, atingindo uma média de 131 pacientes por dia.

5.2.8. Conclusões

O Posto Médico vem atendendo, mês a mês, a uma demanda cada vez maior.

Observou-se que o pessoal responsável pelo atendimento esforça-se para suprir as necessidades da demanda.

Verificou-se, mediante o Inquérito Domiciliar, que entre os recursos de assistência médica existentes no município, o Posto Médico Municipal é o mais procurado pela população amostrada, quando da ocorrência de uma doença na família, tal como se pode verificar na Tabela 30, a seguir:

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS AMOSTRADAS SEGUNDO RECURSOS - ASSISTENCIAIS PROCURADOS (LOCAIS E NÃO-LOCAIS) QUANDO DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

Localidade	Itapevi		Outros Municípios		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico particular	61	19,30	24	14,46	85	17,63
Centro de Saúde	42	13,30	1	0,60	43	8,92
Posto Méd.Munic.	159	50,32	4	2,41	163	33,82
Hospital	4	1,26	39	23,50	43	8,92
Farmácia	45	14,24	3	1,81	48	9,96
Benedeira	2	0,63	2	1,20	4	0,83
Outros	3	0,95	93	56,02	96	19,92
TOTAL	316	100,00	166	100,00	482	100,00
TOTAL (%)	65,56		34,44		100,00	

FONTE: Inquérito Domiciliar

A tabela acima demonstra que a maioria das famílias amostradas recorre aos recursos assistenciais existentes no próprio município (65,56%). Destas famílias, 50,32% procuram o Posto Médico Municipal. Por outro lado, 34,44% das famílias recorrem a serviços de saúde de outros municípios, em que a categoria "outros", - que envolve convênios das empresas com medicina de grupo, sindicatos, etc., representa 56,02%.

No que se refere ao Posto Médico Municipal, as falhas no fornecimento de material, nas instalações do prédio e equipamen-

tos, vêm sendo sanadas, pois o P.M.M. conta com verba pré estabelecida pela Prefeitura para esse fim.

5.3. ANÁLISE DO HOSPITAL DE ITAPEVI

Nome: Hospital Regional Santo Cristo Ltda.

Endereço: Av. Roselândia - Itapevi

5.3.1. Dados gerais

É um hospital particular com fins lucrativos, não possuindo especialidades definidas.

Localiza-se em terreno acidentado, sendo o prédio adaptado.

O abastecimento de água é próprio, através de poço, sem tratamento. Não dispõe de reservatório, apenas caixa d'água.

Os dejetos são lançados "in natura" em um riacho próximo.

Existem 16 leitos, todos a pagamento, não havendo hospitalização gratuita para indigentes.

O regulamento do nosocômio é baseado em um contrato social e o mesmo não possui organograma.

O único convênio existente é com o FUNRURAL.

A porcentagem de atendimento é a seguinte:

- 60% para o FUNRURAL
- 40% particulares

5.3.2. Corpo clínico

O corpo clínico é composto de 4 médicos, como segue: 2 cirurgiões, 1 pediatra e 1 obstetra, um dos quais reside no município.

Os departamentos da clínica médica e clínica cirúrgica não são subdivididos em especialidades.

5.3.3. Serviços Médicos auxiliares

- (a) Laboratório clínico - não é próprio do hospital. É de terceiros, não sendo sub dividido em seções. Os exames realizados são de rotina.
- (b) Laboratório de Anatomia Patológica - inexistente
- (c) Radiodiagnóstico - O único aparelho existente é de 250 ampères, não contando com sistema de proteção.
- (d) Radio e radium terapia - serviços inexistentes
- (e) Anestesia - não é feita por especialista e não existem fichas de anestesia
- (f) Gasoterapia - serviço inexistente
- (g) Serviço de transfusão de sangue - inexistente
- (h) Serviço de Fisioterapia - aparelhos existentes:
 - infra vermelho
 - ultra violeta
 - ondas curtas(embora não exista fisioterapeuta responsável)
- (i) Eletrocardio e eletroencefalografia - serviços inexistentes
- (j) Odontologia - serviço inexistente

5.3.4. Serviços técnicos

- (a) Serviços de enfermagem

Existem duas enfermarias com 6 leitos cada, sendo 1 para doentes de clínica médica e outra para pacientes de clínica cirúrgica. Existem 2 quartos com 2 leitos cada.

- (b) Pessoal de Enfermagem

Conta com apenas 2 atendentes de enfermagem, não existindo auxiliares nem enfermeira.

- (c) Centro Cirúrgico

Está localizado no 19 andar do prédio e em local com interferência de tráfego. Existe apenas uma sala de cirurgia

(c-1) Centro de material

Está localizado no 1º andar, não sendo centralizado. A esterilização de sondas, seringas e material cirúrgico é realizada por duas autoclaves.

(c-2) Recuperação pós-anestésica

Serviço inexistente

(d) Centro Obstétrico

Localizado no 1º andar, fora da interferência do tráfego. Conta com: 1 sala de trabalho de parto
1 sala de parto
Não possui, entretanto, sala de cirurgia própria.

(e) Berçário

Serviço inexistente

(f) Ambulatório

Está localizado no andar térreo, contando com 3 salas para atendimento.

O atendimento dado é clínico geral e feito em período integral.

A média de consultas diárias é 18, constando de atendimento particular, gratuito e contrato de serviço (Fábricas e FUNRURAL)

(g) Unidade de Emergência

Localiza-se no andar térreo, contando com apenas uma sala

(h) Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Inexistente no hospital

(i) Serviço Social Médico

Existe um Assistente Social, sendo esta uma das proprietárias do hospital.

(j) Serviço de Nutrição e Dietética

Serviço inexistente

(k) Farmácia

Serviço inexistente

(l) Lavanderia e cozinha

Existem, mas em completo desuso. constatado, por inspeção que não são utilizados há algum tempo.

(m) Transporte

Existem duas ambulâncias.

(n) Atividades didáticas

Não possuem residentes. Constan 3 estagiários pelo C.I.E.E. (Centro de Integração Empresa Escola). A supervisão é realizada pelo diretor clínico. São de responsabilidade dos estagiários os plantões noturnos.

(o) Infecção intra-hospitalar

O controle não é realizado

(p) Educação em serviço

Não há

5.3.5. Indicadores

- 1 - Porcentagem de ocupação (mensal, nos últimos 12 meses)
= 387,75
- 2 - Média de permanência (mensal e por clínica nos últimos 12 meses). Este cálculo fica prejudicado pela falta de dados.
- 3 - Taxas de mortalidade (óbitos com menos de 48 horas e óbitos com mais de 48 horas:
sem registro
- 4 - Porcentagem por necrópsias: sem registro
- 5 - Porcentagem de óbitos durante o ato operatório: sem registro
- 6 - Porcentagem de óbitos pós-operatório: sem registro
- 7 - Número de partos normais e cesáreos: sem registro

5.3.6. Conclusão

Considerando as precárias condições do hospital em termos de instalação, planta física, equipamento e pessoal, observa-se que o mesmo não tem condições de prestar atenção médica adequada à população de Itapevi.

Verificou-se que o hospital, aparentemente, não presta

serviços de internação ou atenção de enfermagem, realizando apenas atendimento ambulatorial e de emergência com permanência do paciente por poucas horas. Isto é comprovado pelo fato de que diversas unidades do hospital apresentam-se em franco desuso.

5.4. OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ITAPEVI

5.4.1. Clínicas Particulares

Itapevi conta com duas clínicas particulares que - prestam assistência médica à população.

O atendimento prestado é apenas ambulatorial, sem especialidades definidas, e baseia-se no trabalho de 5 clínicos-gerais.

5.4.2. Laboratório de Análises Clínicas

É particular e funciona em prédio próximo ao hospital. Faz exames gerais, de rotina, mas não os mais específicos, que necessitam de aparelhagem mais sofisticada. Atende aos pacientes hospitalizados e clientes em geral.

5.4.3. Farmácias

Existem em Itapevi três farmácias.

5.4.4. INAMPS

O único órgão que presta assistência aos beneficiários do INAMPS é o Centro de Saúde, através do CIAM, no horário - das 13 às 17 horas. O hospital e as clínicas médicas de Itapevi, não têm convênio com o INAMPS.

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL SEGUNDO VINCULAÇÃO PREVIDENCIÁRIA. MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1978

INST. PREVIDÊNCIA	Nº	%
INAMPS	496	77,98
IAMSPE	44	6,92
FUNRURAL	7	1,10
OUTROS	16	2,51
S/VINCULAÇÃO	73	11,49
TOTAL	636	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliar

Pode-se observar, na tabela acima, que a maioria da população amostrada é vinculada ao INAMPS (78%).

Entretanto, a forma precária pela qual funcionam os serviços do CIAM, no Centro de Saúde, e também o fato de o hospital local e as clínicas particulares existentes no município não mantem convênio com o INAMPS, prejudicam a utilização dos serviços - desse Instituto por parte da população, que no entanto, tem direito a eles pela contribuição que lhes é debitada mensalmente.

5.5. ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM ITAPEVI

O município de Itapevi conta com um único dentista do Departamento de Assistência ao Escolar (Secretaria da Educação) em regime de dedicação exclusiva, para o atendimento de escolares - de 1ª a 4ª séries do 1º grau, exclusivamente.

O cirurgião dentista está lotado na Escola Estadual de 1º grau Dr. Raul Briquet - Rua Escolástica Chalupe, nº 218. A escola conta com 1.677 alunos, sendo 952 de 1ª a 4ª séries. Pelo seu planejamento anual, deverá atender, no decorrer do ano de 1978,

424 alunos de 1ª a 4ª séries. Em relação à população escolar do 1º grau de Itapevi (9.371 alunos), esse atendimento equivale a 4,5%.

O atendimento proporcionado a esses escolares baseia-se no sistema incremental, com ênfase em restaurações a amálgama em dentes permanentes. Emergências são executadas em alunos das outras séries (5ª a 8ª), bem como em alguns alunos de outras escolas do município.

A falta de um maior número de dentistas lotados no serviço público para assistência odontológica à população é compensada pela existência de quatro dentistas que exercem suas atividades em consultórios particulares. Assim, observando-se a tabela que se segue, verificamos que das 210 pessoas da população amostral que foram ao dentista, em Itapevi, nos últimos 12 meses, 186 foram atendidos em clínicas particulares e somente 24 foram atendidas pelo dentista do Departamento de Assistência ao Escolar.

E quanto à assistência odontológica procurada pelas 1.874 pessoas amostradas, obteve-se que apenas 301 (16%) foram ao dentista nos últimos doze meses, e dentre as que foram, 70% utilizaram recursos principalmente de clínicas particulares (89%).

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA, SEGUNDO O TIPO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO UTILIZADO E LOCALIDADE, NOS ÚLTIMOS DOZE MESES

Serviço Local	ESCOLA	OUTROS	TOTAL	%
	Itapevi	24	186	210
Fora	-	91	91	30,23
Total	24	277	301	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

VI - ANÁLISE DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE

Ainda que de forma superficial, foram descritos neste trabalho, até este ponto, aspectos ligados às condições sócio-econômicas, ambientais e aos serviços de saúde existentes em Itapevi.

Todos os fatores já apresentados exercem influência determinante sobre o nível de saúde da comunidade, tal como se afirmou na Introdução deste relatório, e portanto foram apresentados antes desta parte, de forma que já se possam observar os indicadores de saúde no âmbito do contexto mais amplo em que se insere a população em estudo.

Devido às já referidas dificuldades para obtenção de dados confiáveis sobre morbidade, e tal como dizem os técnicos da O.M.S., que "as discussões sobre saúde e as tentativas para medi-la, terminam quase inevitavelmente numa referência aos dados de mortalidade"⁽⁵⁾, iremos deter-nos na análise destes dados, uma vez que não nos é possível fugir à regra.

6.1. COEFICIENTES DE MORTALIDADE

6.1.1. Coeficiente de Mortalidade Infantil, Mortalidade neo-natal e Infantil tardia

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é um dos indicadores de saúde mais usados, pelo fato de sugerir, de acordo com a magnitude que apresente, uma série de "pistas" a respeito de aspectos do nível de saúde de uma população. A Mortalidade Infantil, por definição é composta de 2 partes: Neonatal e Infantil Tardia. O Coeficiente de Mortalidade Neo-natal é calculado para os óbitos que ocorrem antes do 28º dia de nascimento. Em áreas onde o coeficiente de mortalidade infantil é baixo (o que sugere um bom nível de saúde), encontra-se alta proporção de óbitos neste período. Isto porque as principais causas de óbito de menores de 1 ano são devidas, nessas áreas, a condições ligadas ao parto ou a problemas congênitos do recém-nascido.

No Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia são

computados os óbitos ocorridos no período de 28 dias até um ano incompleto. Sendo alto, este coeficiente sugere condições precárias de saúde, deficiências nutricionais, e outros problemas ligados ao contexto em que a criança se desenvolve.

TABELA 33 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (x 1000 n.v.) NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972-1976

ANO	C.M.I.
1972	124,60
1973	139,19
1974	165,07
1975	118,16
1976	113,55

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil, por si só, não seria de grande utilidade do ponto de vista epidemiológico, pois variações em sua magnitude implicariam uma atuação de várias causas de mortes. Porém, a mortalidade infantil alta indica grande incidência de doenças infecciosas e de desnutrição, além de precária assistência médica pré-natal e ao parto, o que se verificou para esse município, no período analisado.

TABELA 34 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEO-NATAL (x 1000 n.v.) - NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	C.M.N.N.
1972	36,13
1973	38,97
1974	41,27
1975	35,45
1976	35,20

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

**TABELA 35 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA (x1000n.v)
NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976**

ANO	C.M.I.T.
1972	88,47
1973	100,22
1974	123,80
1975	82,71
1976	78,35

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Verificou-se que quase 70% dos óbitos infantis ocorreram no período infantil tardio, o que, via de regra, ocorre em regiões com alta mortalidade infantil, indicando condições ambientais precárias, o que se verifica nesse município, deficiências nos programas de imunização, desnutrição, e outros problemas que exercem influência sobre o desenvolvimento da criança em seu 1º ano de vida.

6.1.2. Coeficiente de Mortalidade Materna

Este coeficiente mede o risco de óbito a que estão expostas as mulheres, por causas associadas ao parto.

A tabela 36, ao apresentar o contraste entre os coeficientes obtidos para Itapevi e para alguns países, dispensa comentários. Apenas ressaltaríamos que os altos coeficientes de mortalidade materna são determinados, em geral, por deficiências na assistência à gestante, precariedade da assistência ao parto e puerpério, além dos aspectos relacionados ao nível de vida das mulheres.

TABELA 36 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA (x 100.000 n.v.)
EM ALGUNS PAÍSES E NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972-
1976.

<u>Países</u> \ <u>Ano</u>	1972	1973	1974	1975	1976
Suécia ¹	7,1	7,2	7,7	*	*
Canadá ¹	15,3	10,5	9,3	*	*
Est. Unidos ¹	16,6	14,1	13,8	12,0	*
Japão ¹	39,4	37,1	33,5	27,6	*
Costa Rica ¹	83,6	69,2	45,8	59,9	*
México ¹	122,5	110,8	107,6	*	*
Equador ¹	191,0	181,3	187,3	*	*
ITAPEVI ²	205,0	91,0	191,0	158,0	*

* dados ainda não computados.

FONTE: 1 - Demographic Yearbook, 1976
United Nations, New York

2 - Centro de Informações de Saúde
da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

6.1.3. Coeficiente de Mortalidade Infantil por Enterite e outras doenças diarreicas

Sendo este um coeficiente específico, possibilita - melhores informações epidemiológicas. Fornece sugestões, de a cordo com a magnitude que apresente, acerca de fatores tais como existência de saneamento básico (água e esgoto), alimentação, higiene, fatores estes que contribuem para o aparecimento ou não das doenças diarreicas.

A ausência e/ou deficiência desses fatores, acarreta, em geral, um alto coeficiente, conforme se observa na tabela 37:

TABELA 37 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS DIARRÉICAS (x 1000n.v.) NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	COEFICIENTE
1972	37,08
1973	50,37
1974	44,15
1975	41,25
1976	33,61

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

6.2. MORTALIDADE PROPORCIONAL

Embora os coeficientes de mortalidade, principalmente os específicos por idade, sexo, causa e outros, sejam os mais usados, é comum também usar-se a razão de mortalidade proporcional, muito útil para revelar o peso de óbitos por certas causas em relação ao total, assim como a mortalidade proporcional dos vários grupos etários.

6.2.1. Indicador Swaroop-Uemura

Mede a proporção de óbitos de indivíduos de 50 anos ou mais em relação aos óbitos totais. Quanto melhor o nível de vida e de saúde de uma população, maior será o seu valor, porque maior será o número de habitantes que vive até atingir idades - mais avançadas.

Sabe-se que quanto melhor o nível de saúde e de vida de uma população, mais esse indicador irá aproximar-se de 100%. Em ITAPEVI verificou-se que está abaixo de 35%, valor considera-

do característico de uma região de grande mortalidade por doenças infecciosas e alta mortalidade infantil.

TABELA 38 - INDICADOR SWAROOP-UEMURA NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972-1976

ANO	%
1972	25,48
1973	28,03
1974	28,19
1975	30,94
1976	34,37

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

6.2.2. Mortalidade proporcional de menores de 1 ano, no município de Itapevi, 1972 - 1976

Regiões que apresentam mortalidade proporcional maior que 30% nesse grupo etário, são caracterizadas como áreas carentes em diversos fatores, tais como saneamento básico, serviços - de pré-natal, nutrição, efetividade dos programas de imunização, etc. Como se pode observar na tabela 39, o Município de Itapevi tem apresentado, nos últimos cinco anos, uma razão de mortalidade proporcional, entre menores de um ano, de quase 40%.

TABELA 39 - MORTALIDADE PROPORCIONAL DE MENORES DE UM ANO, NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	%
1972	39,03
1973	43,93
1974	41,45
1975	38,11
1976	38,76

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Seguem-se outros indicadores de saúde, também baseados no cálculo da mortalidade proporcional:

TABELA 40 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS DIARRÉICAS NO GRUPO DE MENORES DE UM ANO, MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	%
1972	29,75
1973	36,18
1974	26,74
1975	34,90
1976	34,00

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Verifica-se que aproximadamente 30% dos óbitos ocorridos no grupo etário de menores de 1 ano, são ocasionados por enterites e outras doenças diarréicas.

Existem estudos e pesquisas, no Brasil, relatando a importância do aleitamento materno como fator de proteção ao recém-nascido em relação às doenças, e especialmente as doenças diarréicas. (3).

Quando da realização do Inquérito Domiciliar, procurou-se levantar informações acerca desse hábito entre as mulheres com filhos menores de 1 ano. Os resultados são apresentados nas tabelas a seguir 41 e 42.

Verifica-se que o aleitamento materno não constitui hábito tão disseminado entre as mulheres como seria desejável, apesar dos esforços desenvolvidos pela Secretaria de Saúde neste sentido, distribuindo Gestal à nutrizes inscritas no Programa de Assistência à Criança.

Entre as mulheres que amamentam seus filhos menores de 1 ano, obteve-se que 43,33% o fazem até 6 - 12 meses, enquanto que 53,33% amamentam suas crianças até 6 meses.

Entre as mulheres que não amamentam suas crianças, o motivo alegado com maior frequência (69,00%) é de que "secou o leite", seguido de outros motivos, como "doença da mãe", "Criança não aceitou", "não tem leite", etc.

Os motivos alegados não são muito elucidativos, embora se possa inferir que decorram mais da falta de trabalhos e educativos desenvolvidos junto às mães sobre a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança.

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM FILHOS MENORES DE UM ANO, SEGUNDO O ALEITAMENTO MATERNO. MUNICÍPIO - DE ITAPEVI, 1978

ALEITAMENTO MATERNO	Nº	%
SIM	30	50,85
NÃO	29	49,15
TOTAL	59	100,00

FONTE: Inquérito Domiciliar

TABELA 42 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES (x 100) NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	%
1972	11,61
1973	10,69
1974	12,77
1975	12,79
1976	10,85

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

As doenças cardiovasculares, juntamente com as doenças degenerativas (neoplasias, ateroscleroses) costumam contribuir para altos coeficientes de mortalidade em áreas onde o nível de saúde é elevado, pelo fato de serem doenças mais comuns entre pessoas de idades avançadas.

No município de Itapevi, como era de se esperar, essas doenças não representam grande peso na mortalidade proporcional.

6.2.3. Curvas de Nelson de Moraes

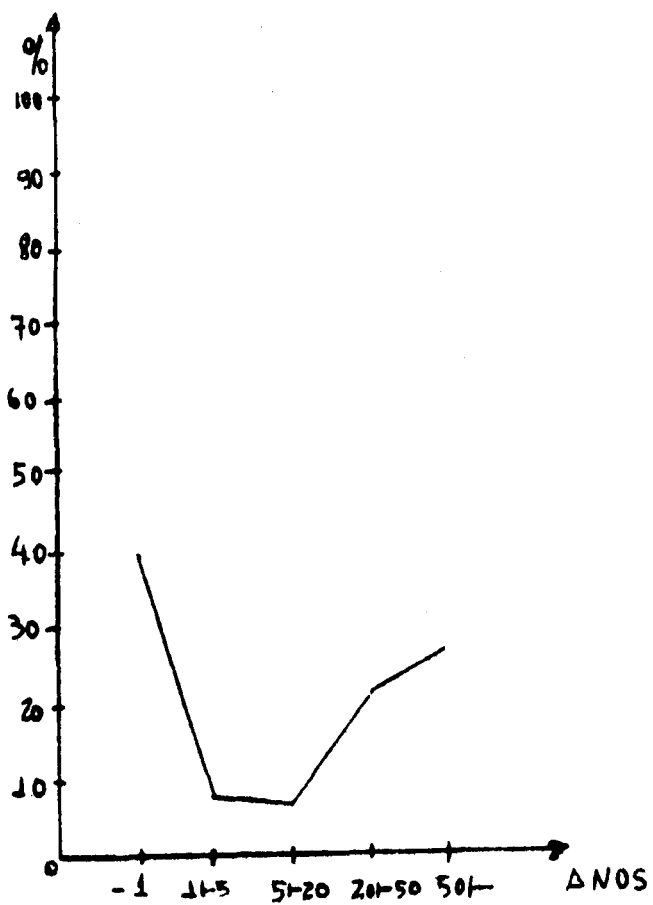
Estendendo-se o cálculo da mortalidade proporcional para outras idades, além daquelas incluídas no indicador Swaroop-Uemura, temos o Indicador de Moraes, que apresenta uma visão gráfica da situação de saúde de uma comunidade.

Os resultados são classificados em 4 tipos, a sa
ber:

<u>Tipo</u>	<u>Nível de Saúde</u>
I	muito baixo
II	baixo
III	regular
IV	elevado

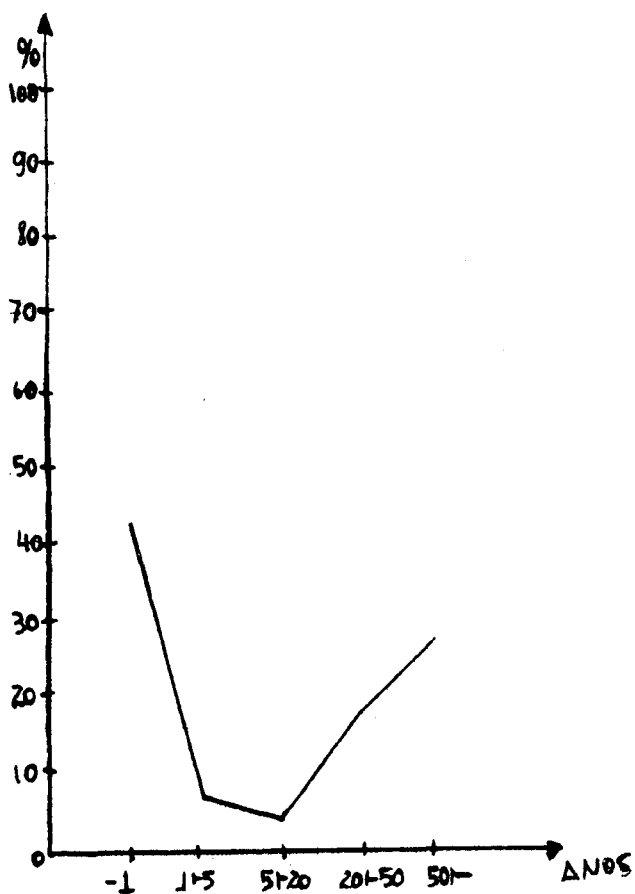
Desta maneira, pode-se julgar o estado sanitário de uma região em épocas diferentes

GRÁFICO 1 - CURVA DE NELSON DE MORAES, NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI,
1972



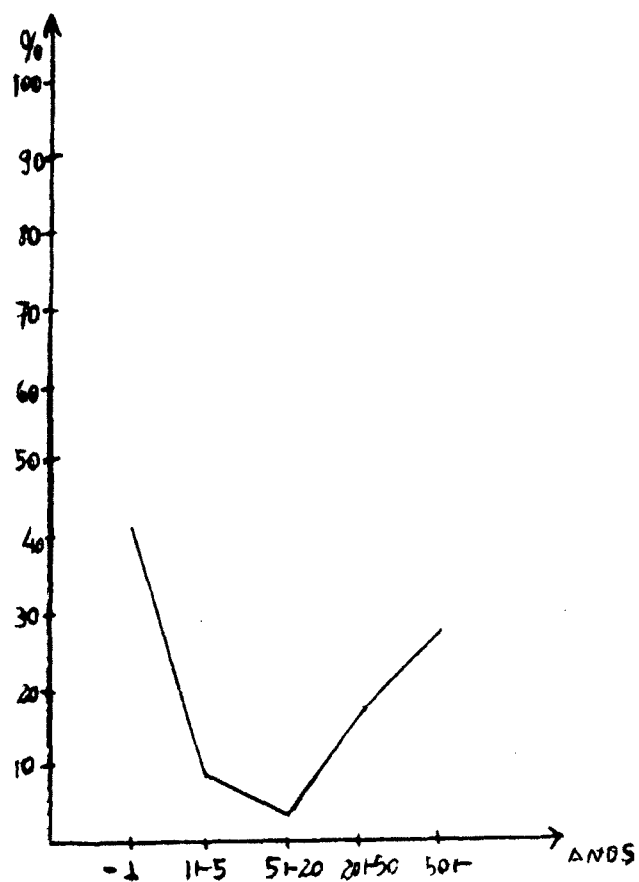
FONTE: Centro de Informações de Saúde da
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

GRÁFICO 2 - CURVA DE NELSON DE MORAES, DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI,
1973



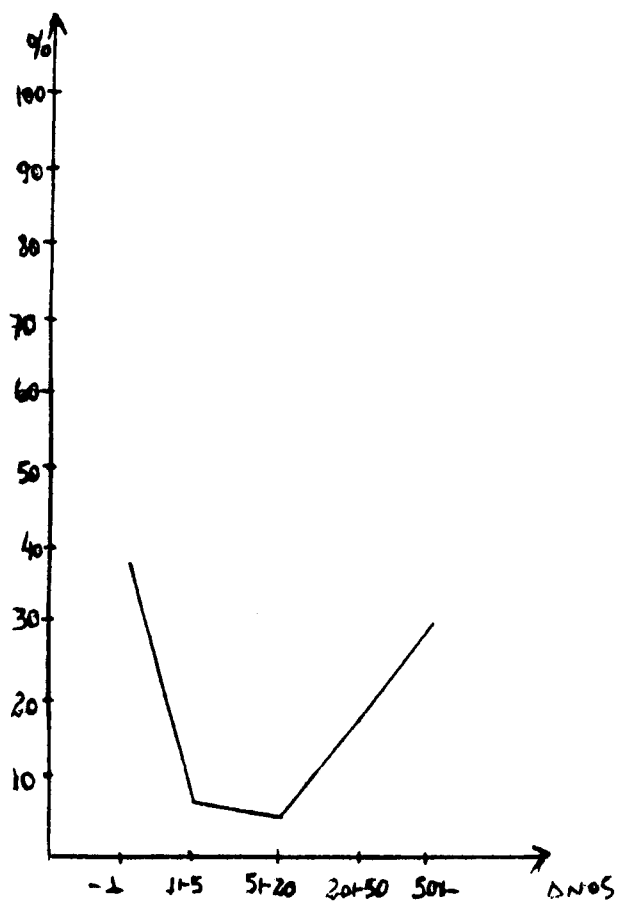
FONTE: Centro de Informações de Saúde
da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

GRÁFICO 3 - CURVA DE NELSON DE MORAES, DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI,
1974



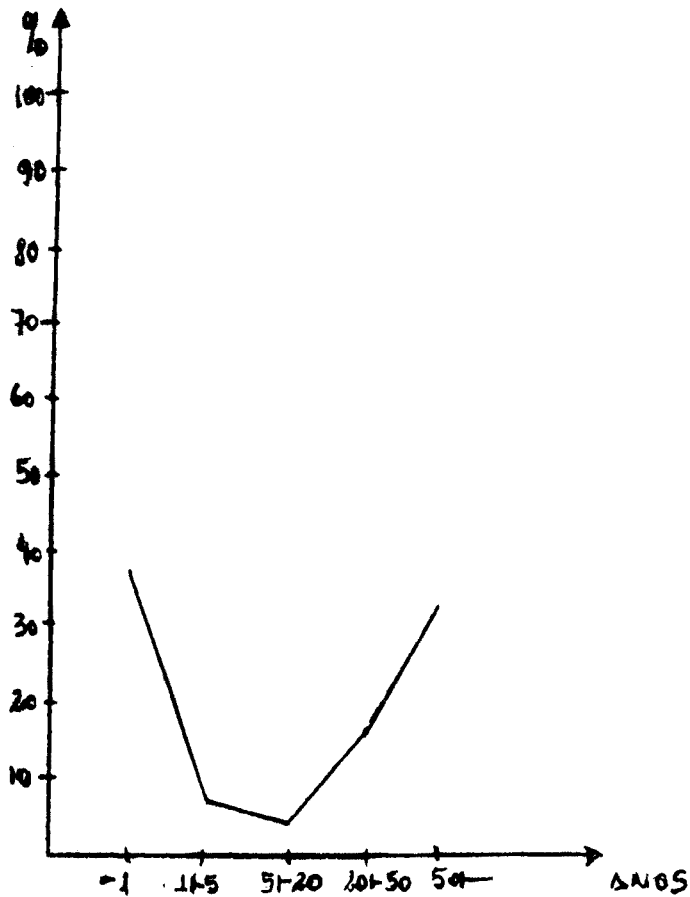
FONTE: Centro de Informações de Saúde da
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

GRÁFICO 4 - CURVA DE NELSON DE MORAES, do MUNICÍPIO DE ITAPEVI,
1975



FONTE: Centro de Informações de Saúde da
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

GRÁFICO 5 - CURVA DE NELSON DE MORAES, DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI,
1976



FONTE: Centro de Informações de Saúde da
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Até o período de 1972 - 1974, pode-se enquadrar o município de Itapevi na curva do tipo II (baixo nível de saúde). A partir de 1975 há uma tendência de essa curva se aproximar do tipo III (nível de saúde regular)

Todavia, a simples apreciação visual das curvas não permite estimar, de uma maneira mais precisa, a evolução das condições de saúde.

Usando-se a classificação proposta por Guedes e Guedes (6), pode-se "sentir" a evolução do nível de saúde desse município, no período estudado.

TABELA 43 - QUANTIFICAÇÃO DE GUEDES PARA O MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	QUANTIFICAÇÃO
1972	- 11,39
1973	- 10,52
1974	- 9,95
1975	- 7,34
1976	- 4,83

FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Embora os valores se mantenham negativos, nota-se uma tendência de melhora das condições de saúde do Município.

6.3. TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CAUSA NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

Algumas causas de óbitos, quando analisadas numa série histórica e submetidas a um enfoque adequado, permitem avaliar a evolução das condições de saúde de uma determinada área. Assim é que nos propusemos a estudar como se comportou a mortalidade por todas doenças infecciosas em conjunto (B-04 a B-18), neoplasias e causas mal definidas no município de Itapevi, numa

série histórica de 5 anos, com a finalidade de obter através destes indicadores, maiores informações acerca da situação de saúde deste município.

As doenças infecciosas certamente indicarão melhora do estado sanitário se sua força na mortalidade geral for decrescendo com o tempo, já que, de um modo geral, são doenças controláveis através de saneamento adequado do meio, das imunizações e da educação sanitária.

Já as neoplasias, tenderão a substituir as infecciosas como causa de morte conforme a melhora das condições sanitárias da área for se verificando. Da mesma forma, a mortalidade por causas mal definidas nos dá a indicação da qualidade e cobertura dos recursos de saúde.

Devemos ressaltar que a não disponibilidade de dados de morbidade fez-nos buscar os dados de mortalidade, e que as afirmações aqui expressas não refletem a "verdade absoluta", mas sim forneceu uma visão panorâmica da problemática de saúde de Itapevi.

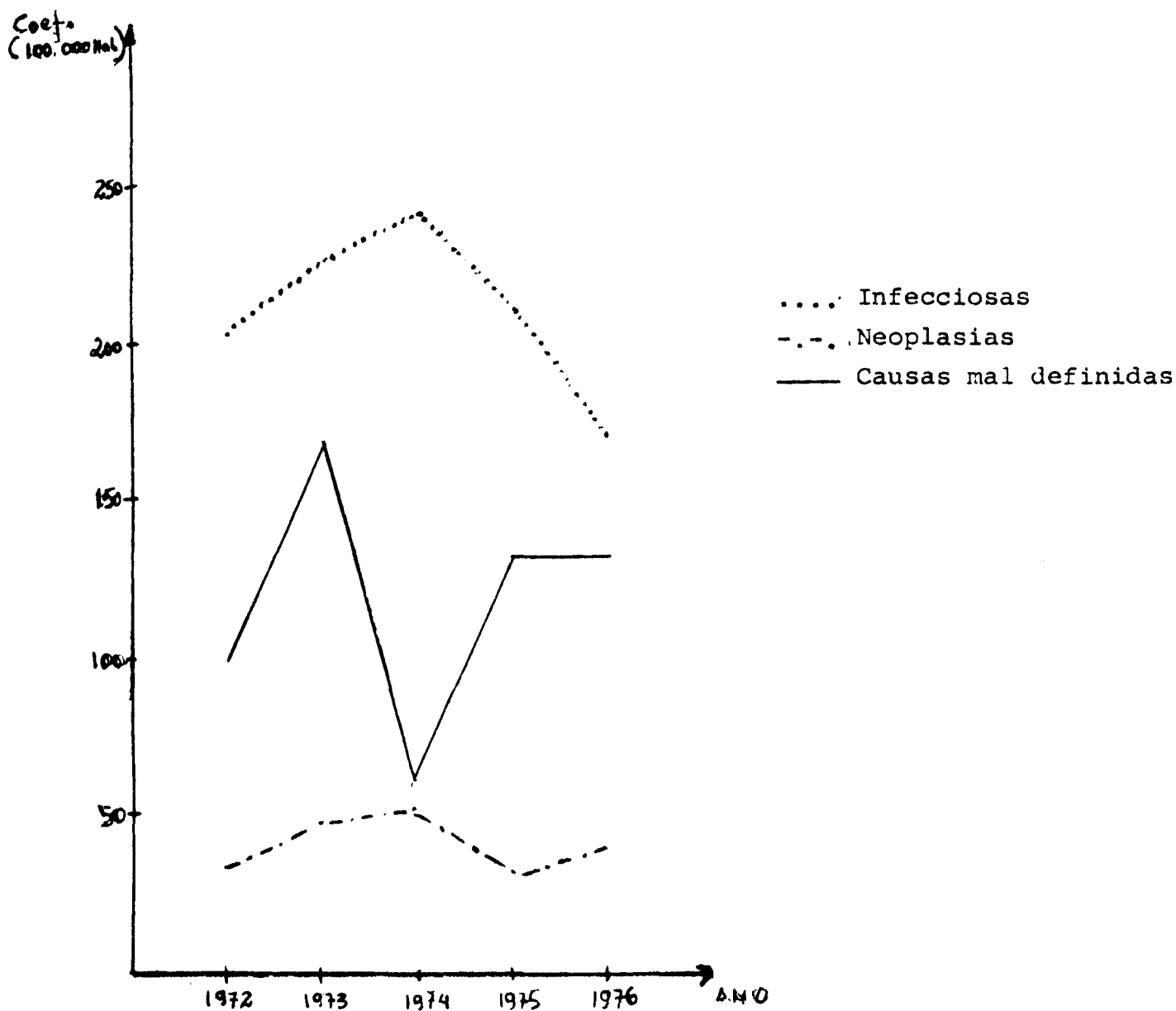
TABELA 44 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE (x100.000 hab.) POR DOENÇAS INFECCIOSAS, NEOPLASIAS E CAUSAS MAL DEFINIDAS - NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976

ANO	INFECCIOSAS			NEOPLASIAS			CAUSAS MAL DEFINIDAS		
	Nº	* %	coef. x 100.000	Nº	* %	coef. 100.000	Nº	* %	coef. 100.000
1972	65	21,0	202,35	11	3,6	34,24	32	10,3	99,62
1973	79	22,8	226,25	17	4,9	48,68	58	16,8	166,11
1974	91	21,9	240,16	19	4,6	50,14	23	5,5	60,70
1975	87	22,3	211,69	14	3,6	34,06	55	14,1	133,83
1976	76	19,6	170,61	18	4,7	40,40	60	15,5	134,69

FONTE: Centro de Informações da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

* % em relação ao total dos óbitos ocorridos.

GRÁFICO 6 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE (x100.000 hab.) POR DOENÇAS INFECCIOSAS, NEOPLASIAS E CAUSAS MAL DEFINIDAS NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI, 1972 - 1976



FONTE: Centro de Informações de Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo.

Comentários

Notamos que as doenças infecciosas em seu conjunto, apresentam um crescimento a partir de 1972, atingindo o seu ápice no ano de 1974. Depois deste ano, há uma tendência decrescente, atingindo o mínimo em 1976.

Por falta de dados para 1977 não podemos averiguar se essa tendência se mantém, o que nos levaria a supor uma melhora no estado sanitário.

Para as neoplasias, devido aos poucos casos registrados, torna-se difícil uma análise mais rigorosa.

Segundo Pastorelo & Gotlieb ⁽¹²⁾, no período de 1970-72, para o Estado de São Paulo o coeficiente (x100.000) girava em torno de 8,02 ‰ hab., enquanto o de Itapevi era de 3,6 ‰ hab., isto é, bem abaixo. O comportamento das neoplasias, visto graficamente, deveria apresentar-se em situação oposta à das doenças infecciosas, o que não ocorreu.

Os poucos dados existentes não possibilitam uma análise mais abrangente.

Com relação às causas mal definidas, a irregularidade de sua curva nesta série histórica, indica que continuam ruins a qualidade e a cobertura dos recursos de saúde no município.

É interessante ressaltar, na série histórica analisada, o ano de 1974, em que as infecciosas atingem o ponto máximo e as causas mal definidas o mínimo: este fato parece ser devido à incidência da meningite, que teria conduzido a classe médica a uma maior preocupação com diagnósticos diferenciais em relação à mesma.

6.4. UM MODELO DE REGRESSÃO PARA ESTIMAR A ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

O modelo que será aqui apresentado foi retirado de Lyra et al. (9), que têm por objetivo "tão somente obter uma a aproximação focalizando, primordialmente, a simplicidade de obtenção das variáveis que participam do modelo e, obviamente, a sua representatividade e não especificidade".

Adotou-se o modelo de regressão linear múltipla de forma

$$\sum_{i=1}^n \beta_i X_i = 0 \quad \text{onde } \beta_i = 1 \text{ e } X_n = 1$$

Todo processo para realização do modelo, encontra-se na referida bibliografia. As seguintes equações de regressão foram obtidas, para os diferentes casos possíveis.

I País europeu:

$$X_1 = 0,17505 X_2 + 0,11123 X_3 + 0,04978 X_4 + 44,118$$

II País não europeu:

$$X_1 = 0,17505 X_2 + 0,11123 X_3 + 0,04978 X_4 + 39,536$$

III Cidade européia:

$$X_1 = 0,17505 X_2 + 0,11123 X_3 + 0,004978 X_4 + 38,658$$

IV Cidade não européia

$$X_1 = 0,17505 X_2 + 0,11123 X_3 + 0,004978 X_4 + 34,003$$

onde

X₁ = esperança de vida ao nascer

X₂ = % de pessoas alfabetizadas de 15 e mais anos

X₃ = % domicílios com água encanada

X₄ = % domicílios com eletricidade

Para este trabalho, utilizamos a equação IV, com o objetivo de ter uma estimativa da esperança de vida ao nascer em

Itapevi. Ressaltamos, porém, que este modelo, embora seja altamente significativa ($F=24,8099$), mesmo no nível de 0,1%, padece da insuficiência de variáveis explicativas, dada a complexidade do fenômeno de mortalidade. Acentuam seus autores a simplicidade e alta proporção da variância explicada.

Aplicação:

A princípio, usaremos dados referentes ao ano de 1970, retirados do censo.

$$X2 = 61,4$$

$$X3 = -$$

$$X4 = 56,17$$

Aplicando-se o modelo, obtemos:

$$X1 = (0,17505) \times (61,4) + (0,11123) (0,00) + (0,04978) (56,17) + 34,0$$

logo, a esperança de vida ao nascer será:

$$X1 = 47,55 \text{ anos}$$

Para o mesmo ano, encontramos para o Município de São Paulo, 63,95 anos e para o Estado como um todo, 64,13 anos.

Para o ano de 1978, considerou-se constante a variável $X2$, devido à falta de uma estimativa, e atualizou-se a variável $X4$ através dos boletins da Light; para $X3$, será usado o projeto da Sabesp, que prevê uma cobertura de 80% dos domicílios com água encanada, no período 1978-79.

Desta maneira, encontraremos a esperança de vida ao nascer, em 1978, como segue:

$$X2 = 61,4$$

$$X3 = 80,0$$

$$X4 = 76,5$$

$$X1 = (0,17505) (61,4) + (0,11123) (80,0) + (0,04978) (76,5) + 34,003$$

$$X1 = 57,46 \text{ anos}$$

Não se pode extrair conclusões deste dado, já que se considerou uma variável constante o que é sempre temerário, em razão do crescimento da população.

Convém apenas ressaltar que as variáveis utilizadas pelos autores (% de pessoas alfabetizadas; % de domicílios com água encanada; % de domicílios com eletricidade) demonstram mais uma vez o peso que se atribui as condições de vida em geral (educação, saneamento básico, etc.) como fatores condicionantes do

nível de saúde.

Os comentários feitos acerca dos coeficientes de mortalidade apresentados neste trabalho não puderam ser mais aprofundados uma vez que, para tanto, necessitaríamos ter pesquisado as causas dos óbitos. Mediante a análise dessas causas, é possível identificar melhor quais os fatores (dentre o conjunto de fatores analisados neste trabalho, como condições sócio-econômicas, saneamento básico, cobertura de serviços de pré-natal, vacinação, assistência à criança, etc.) estariam influenciando mais diretamente cada coeficiente de mortalidade.

Os vários coeficientes apresentados, porém, fornecem uma visão geral da situação de saúde da população itapeviense, - que, inegavelmente, deixa muito a desejar.

VII - O QUE PENSAM ALGUNS ITAPEVIENSES ACERCA DE ASPECTOS LIGADOS
À SITUAÇÃO DE SAÚDE. PRINCIPAIS PROBLEMAS DO MUNICÍPIO, NA
OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS.

Conforme se mencionou na parte relativa à Metodologia, considerando-se as limitações do formulário com questões fechadas, decidiu-se realizar algumas entrevistas abertas, no sentido de ouvir a população acerca de alguns aspectos ligados à saúde: condições de saúde da família, fatores conducentes à doença e sua prevenção, condições da assistência médica disponível - do ponto de vista dos entrevistados.

O critério adotado para a aplicação destes formulários abertos (Anexo 3) previu que cada entrevistador, ao realizar o Inquérito Domiciliar, deveria utilizar o formulário aberto sempre no 10º e no 20º domicílios sorteados, anotando exatamente o que dissesse o entrevistado, e, naturalmente, limitando-se a ler as perguntas, sem induzir as respostas.

Em razão do grande número de perguntas e respostas, decidiu-se apresentar estas últimas de forma resumida, após cuidadosa verificação de que nenhum ponto relevante tivesse sido negligenciado.

Para efeito de comparação optou-se por apresentar - cada pergunta separadamente acompanhada de todas as respostas.

Pergunta nº 1

O que a Sra. acha das condições de saúde de sua família? (Se não for dito, perguntar se as pessoas costumam ficar doentes, e quais são os tipos de doença mais comuns na família)

Nº de
ordem
dos
entre-
vistados

Respostas

-
- 1 "as condições são boas; bronquites"
 - 2 "as condições são boas", gripe"
 - 3 "não são boas; diabetes, vermes, problemas de coração"

- 4 "mais ou menos; amigdalites, verminoses"
- 5 "é regular; gripes"
- 6 "tem bronquite, tem a poluição da fábrica de cimento"
- 7 "são boas; gripe"
- 8 "são boas; gripe; meningite"
- 9 "são boas; só doenças comuns"
- 10 "são boas; só minha filha fica doente"
- 11 "são boas; gripe, garganta e ouvido"
- 12 "a saúde não é boa; os remédios são caros, não tem boa assistência; as crianças têm resfriados; doenças mais comuns: - bronquite, gripe, resfriado, reumatismo"
- 13 "vai indo, não muito bem, sempre tem algum problema; minha - família toda tem problema de pressão alta; eu e meu marido - temos deficiência cardíaca"
- 14 "são péssimas; dores, reumatismo; meu marido tem 79 anos, - tem problema de coração; foi levado para o Hospital Geral da Lapa; minha neta tem tonturas e dor de estômago"
- 15 "são boas; broncopneumonia"
- 16 "não estão boas, tem muitas doenças: sarampo, pneumonia"
- 17 "mais ou menos; sempre tem alguma doença; problema de visão hereditário; gripe e verminoses"
- 18 "Graças a Deus é bem difícil os meus ficarem doentes; às vezes, dor de estômago, cólicas"
- 19 "Graças a Deus, só temos gripe e vamos ao Pronto Socorro *; meu filho operou de hérnia e ficou bom; o outro tem bronquite"
- 20 ""são boas; às vezes, gripe"
- 21 "sarampo, febre"
- 22 "são boas; o que mais acontece é desidratação"
- 23 "Graças a Deus, meus filhos são saudáveis; só têm gripe de vez em quando"
- 24 "são boas"
- 25 "Tudo bem, graças a Deus; quando alguém tem algum problema levo ao médico do convênio; meus filhos têm problema de garganta inflamada".

* Supõe-se que a entrevistada se refira ao Posto Médico Municipal, que presta atendimento de emergência.

Pergunta nº 2

Por que a Sra. acha que as pessoas ficam doentes?

Nº de
ordem
dos
entre-
vista-
dos

Resposta

- 1 "não sei acho que é o tipo de trabalho"
- 2 "Problema financeiro; higiene; má alimentação"
- 3 "por causa da água, esgotos, que não tem rede instalada"
- 4 "por descuido, alimentação inadequada"
- 5 "por dois motivos: as pessoas andam mal-agasalhadas e má alimentação"
- 6 maus tratos; alimentação"
- 7 "ficam doentes quando saem de casa e têm contato com outras pessoas; o problema maior é a fábrica de cimento"
- 8 "por causa do tempo e do lugar"
- 9 "falta de higiene"
- 10 "por friagem e contaminação com vermes"
- 11 "mudança de tempo, sorvete"
- 12 "não sei; acredito que é por causa de friagem, má alimentação"
- 13 "preocupação com a vida; na época de hoje, não existe ninguém com saúde; a vida está muito dura"
- 14 "fica doente porque tem que ficar"
- 15 "por causa do ar, sol, chuva e água"
- 16 "fica porque tem que ficar doente"
- 17 "por causa da alimentação, da água; geralmente a água que a gente usa é de poço, sem tratamento; eu tive que fazer tratamento por causa de vermes"
- 18 "por causa de alimentação errada, falta de higiene"
- 19 "a enchente, quando dá, dá doença e mau cheiro"
- 20 "acho que é por causa do esgoto acumulado, lixo amontoadado, organismo fraco"
- 21 "falta saneamento, higiene"
- 22 "falta de higiene; falta de cuidados das mães com as crianças"
- 23 "falta de limpeza, não lavar as mãos antes de comer, água sem tratamento, falta de vacina"
- 24 "conforme o lugar, o esgoto é que dá doença; a água parada que tem muito aqui"
- 25 "não sei"

Pergunta nº 3

A Sra. acha que existe algum jeito de evitar que es sas doenças ocorram? Se for necessário esclarecer melhor, per guntar: "O que a Sra. acha que seria necessário para que as doen^ças não acontecessem?"

Nº de
ordem
dos
entre
vistã
dos

Respostas

- 1 "não tomar gelado, friagem; não sei"
- 2 "algumas doenças são evitáveis: saneamento, higiene, boa a limentação, vacinas. Outras não são evitáveis"
- 3 "Água, esgoto encanado"
- 4 "higiene boa, alimentação sadia, água boa, rede de esgotos"
- 5 "é preciso ganhar bem, ter um bom salário, para ter boa ali^m mentação"
- 6 "boa alimentação"
- 7 "evitar a poluição do ar, da fábrica de cimento"
- 8 "não tem como evitar"
- 9 "desmazelo das mães que não cuidam das crianças; devem ter mais cuidado"
- 10 "andar calçado; evitar perigos"
- 11 "não sei"
- 12 "é preciso tratar as crianças, porém as coisas ficaram caras, sem condições de tratar; os alimentos não dão; dar vitaminas, evitar resfriados"
- 13 "acho que daqui para a frente não dá prá evitar. Quem não - tem conforto, tem preocupação, imagine quem não tem nada... Mesmo boa alimentação é quase impossível; as crianças já não são alimentadas como antigamente; daqui para a frente tudo - tende a piorar"
- 14 "não acredito. Acho que não tem jeito de evitar"
- 15 "não acho que existe jeito de evitar as doenças"
- 16 "não sei"
- 17 "não tenho opinião para dizer, não sei"
- 18 "procurar médico antes que as coisas compliquem; alimentação e habitação melhores"
- 19 "não sei, talvez indo ao médico sempre"

- 20 "serviço de saneamento, o Prefeito deve cuidar"
- 21 "higiene e saneamento"
- 22 "limpeza, cuidado, alimentação sadia, lavar as mãos, lavar bem as verduras"
- 23 "lavar as mãos, beber água fervida ou filtrada, usar sapatos, roupa limpa, tomar vacina".
- 24 "se o Prefeito arrumasse a rua..."
- 25 "não, porque ninguém evita doença; tem doença quando tem que ter. Não adianta separar nada na casa. Sô pega doença quando tem que pegar".

Pergunta nº 4

O que a Sra. acha da assistência médica que existe em Itapevi?

nº de
ordem
dos
entre-
vista-
dos

Respostas

- 1 "é boa"
- 2 "muito fraca, inclusiva a particular"
- 3 "boa"
- 4 "a da prefeitura é regular; a particular é boa"
- 5 "não tenho queixas"
- 6 "é boa; deveria ter um ginecologista"
- 7 "horrível; muito mau o atendimento"
- 8 "mais ou menos; com a vinda desse Prefeito, melhorou bastante"
- 9 "é boa; falta aparelhagem"
- 10 "boa"
- 11 "péssima mesmo; mau atendimento no Pronto Socorro, quase morri; médico particular é muito caro"
- 12 "eu não uso; vou para Osasco; as crianças vão ao Centro de Saúde. Não dá prá dizer se é bom ou ruim"
- 13 "não é boa; para ter assistência boa, precisa pagar, e quem é pobre não pode. Uso o INPS, em São Paulo"
- 14 "acho legal, mas não ocupo. Só vou no INPS da cidade-Hospital Geral da Lapa"
- 15 "muito bom, costume pegar leite"
- 16 "acho que não é boa; já usei, mas não fui bem atendida"
- 17 "mau atendimento; receitaram remédio para memória e não pa-
ra eliminar verme ou fazer exame"
- 18 "agora já está boa"
- 19 "boa"
- 20 "péssima; mau atendimento, dão preferência para pessoas ricas"
- 21 "péssima"
- 22 "em alguns pontos, boa"
- 23 "boa, legal"

- 24 "péssima, a pior que já vi em toda a minha vida"
- 25 "não tem isso em Itapevi. É uma mentira. O Posto da Prefeitura só atende a pagamento,* senão tem que ir ao INPS¹"

* Este problema foi averiguado junto às pessoas que freqüentam o Posto Médico Municipal, tendo-se constatado que o atendimento é gratuito. Supõe-se que a entrevistada não visite o Posto desde a época em que os serviços eram cobrados.

Pergunta nº 5

Na sua opinião, o que estaria faltando para que es
sa assistência médica fosse melhor?

Nº de
ordem
dos
entre
vista
dos

Respostas

- 1 "atendimento hospitalar"
- 2 " hospital"
- 3 "pessoal auxiliar com melhor atendimento às pessoas que -
procuram o serviço"
- 4 "melhores funcionários; eles não atendem bem; um hospital
bom"
- 5 "não sei"
- 6 "falta um ginecologista"
- 7 "talvez se mudasse o Prefeito a assistência médica melho-
raria"
- 8 "melhor atendimento; os casos graves devem vir em 1º lugar,
ser atendidos primeiro"
- 9 "falta de aparelhos; mais equipamento"
- 10 "maior quantidade de médicos; existe apenas um para aten-
dimento de muita gente"
- 11 "tudo; ambulância, falta de interesse dos médicos, atendi-
mento péssimo, recepcionista sem paciência"
- 12 "a assistência de Osasco (sic) não é ruim, porém não tenho
dinheiro para comprar os remédios; no INPS de Osasco nunca
deram remédio. Às vezes a Prefeitura dá remédios. A far-
mácia é muito cara."
- 13 "o Prefeito deveria melhorar mais os serviços. Não sei di-
zer muito porque não uso sempre; vou sempre para São Paulo"
- 14 "poderia melhorar mais um pouco, principalmente remédio pa-
ra os pobres. Aqui não tem lugar para internar a gente; só
tem uma ambulância"
- 15 "internamento para parto, sala para trabalho de parto. Pre-
cisaria um hospital mais completo para todas as doenças"
- 16 "hospital"
- 17 "um bom hospital. Isso é o principal. Tem um PS muito mixto"

- 18 "um bom hospital, um pronto-socorro em ordem"
- 19 "achava bom ter uma farmácia. As que existem são longe"
- 20 "aumentar o número de médicos, o número de ambulâncias, aparelho de RX e hospital"
- 21 "mais médicos"
- 22 "o Governo teria de ter mais postos de saúde para esclarecer a população"
- 23 "Depende do Prefeito para ter médico sempre no pronto-socorro da cidade. Devia ter 2 médicos ou mais lá, porque aconteceu um acidente esta semana com uma criança que - foi levada para lá e não tinha médico. Ela teve que ir para Osasco."
- 24 "bons médicos, formados"
- 25 "Uns dizem que é problema do Governo, outros que é da Prefeitura. Fizeram denúncia contra o Doutor..., que era médico particular, mas que também atendia de graça. O povo inventou que ele fazia aborto. Ele então não atende mais de graça, também porque vieram mais dois médicos. Depois fizeram o PS da Prefeitura que só atende quem não tem INPS, mas aí eles cobram nem que seja para pagar em 2 ou 3 vezes. Cobram até curativo, para dar pontos (40,00) Quando é parto de emergência também tem que pagar. Acho que se o problema for do Governo, ele deveria colaborar com a Prefeitura e vice-versa"

Por ocasião da realização do Inquérito Domiciliar, perguntou-se aos entrevistados quais os três principais problemas existentes no município que, se fossem resolvidos, ajudariam a melhorar a vida de suas famílias.

Esta questão foi incluída na parte final do formulário fechado (Anexo 1), com vistas a detectar as necessidades sentidas pela população como mais prementes.

Embora tivéssemos considerado o fato de que, após responderem a uma série de questões sobre saúde, os entrevistados pudessem ser induzidos a apontar problemas dessa área, especificamente, como prioritários, isso parece não ter ocorrido.

Foram apontados, pelos entrevistados, 856 problemas, dos quais mencionaremos apenas os que aparecem com maior frequência:

Problema	% de respostas	% sobre o total de problemas - apontados
Esgoto	152	17,76
Água	140	16,35
Asfalto	89	10,40
Hospital	82	9,58
Transporte coletivo	42	4,91
Luz	38	4,44
Limpeza pública	32	3,74
mais médicos	29	3,38
não há problemas	16	1,87

VIII - CONCLUSÕES

Embora os aspectos relacionados ao nível de vida e especificamente ao nível de saúde da população de Itapevi tenham sido abordados, neste relatório, de forma superficial uma contingência difícil de superar em trabalhos como este, acreditamos - que possa fornecer uma visão geral dos principais problemas encontrados pela equipe, e que possa ser chamado de um "ensaio de diagnóstico de saúde".

Conforme se mencionou no item II deste relatório, - tomou-se como ponto de partida o binômio "necessidades de saúde da população (senso amplo) versus recursos de assistência médico-sanitária e odontológica disponíveis".

O item "necessidades...", em seu senso amplo, envolve o conjunto dos aspectos do nível de vida da população que - exercem influência direta ou indireta sobre o seu nível de saúde.

Ressaltaríamos, em primeiro lugar, a evolução demográfica experimentada pelo município de Itapevi nas duas últimas décadas, provocado pelo processo de industrialização.

Sabe-se que, no âmbito do modelo econômico brasileiro, os investimentos de modo geral recaem mais sobre os setores produtivos da economia, e menos sobre os setores sociais, como - Educação e Saúde.

Esta situação determina, por exemplo, que os setores produtivos desenvolvam-se de forma acelerada, sem que paralelamente se eleve a qualidade de vida da população como um todo.

Exemplo disso pode ser encontrado no fato de que, em decorrência do processo de industrialização, os municípios periféricos da Região Metropolitana de São Paulo passaram a receber, de forma crescente, novos estabelecimentos industriais, dada a política de descentralização industrial nas áreas metropolitanas em geral.

O processo de desconcentração urbana é, em grande parte, "decorrente da percepção de vantagens locais por parte das empresas ⁽²¹⁾", o que as leva a evitar as "desconomias de aglomeração", como são chamados os problemas de congestionamento na infra-estrutura viária, de comunicações, abastecimento, etc. A estes problemas, acrescenta-se a "excessiva valorização da terra no espaço metropolitano (custos elevados para a expansão, excessiva tributação predial, etc.)" ⁽²¹⁾

Os aspectos mencionados determinam, por um lado, a crescente implantação de estabelecimentos industriais nos municípios da Grande São Paulo, processo que é acompanhado por grandes taxas de migração de habitantes da metrópole para aqueles municípios. Estes movimentos migratórios decorrem, fundamentalmente, da referida supervalorização imobiliária que se verifica na área central da Região Metropolitana, a qual força a transferência da população de baixa renda para bairros e municípios periféricos.

Como decorrência desses fatos, os municípios periféricos "incham" rapidamente, sem que haja tempo hábil e recursos financeiros suficientes para criar-se a necessária infraestrutura urbana básica de habitação, luz, água, escola e serviços de saúde.

Em segundo lugar, mencionaríamos a estrutura de emprego do município de Itapevi, analisada no item 3.4.2. deste relatório.

Os fatores comentados até esta parte estão estreitamente ligados às características da estrutura de emprego, uma vez que se sabe que o grande incremento populacional não é acompanhado de oferta de trabalho em proporção equivalente, o que faz com que a maioria da população trabalhadora de Itapevi exerça suas ocupações em outros municípios.

Conforme se pôde observar através do Inquérito Domiciliar realizado pela equipe, a maior parte das pessoas que trabalham enquadram-se nas categorias "ocupações manuais não especializadas" e "ocupações especializadas e assemelhadas" e possuem renda mensal familiar até 5 salários mínimos (74,93%).

Estes fatos, aliados ao baixo nível de escolaridade verificado, permitem caracterizar a população itapeviense como uma população carente do ponto de vista sócio-econômico.

Não foi possível à equipe levantar dados que permitissem caracterizar as condições nutricionais da população itapeviense. Segundo dados do Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, "as famílias só se tornam adequadas nutricionalmente a partir de uma renda familiar de um salário mínimo per capita" (1)

Se considerarmos que a população amostrada para o Inquérito Familiar compôs-se de 1.374 pessoas, distribuídas em 359 domicílios, teremos uma média de 5,2 moradores por domicílio, o que, de acordo com a afirmação anterior, exigiria uma renda men

sal familiar superior à que recebe grande parte daquela população, o que faz supor que as condições nutricionais não sejam adequadas, pelo menos para uma parcela significativa da população itapeviense.

Em terceiro lugar, cabe mencionar os problemas ambientais, que também desempenham papel de grande relevância no nível de saúde da população itapeviense. O déficit existente no abastecimento público de água; a inexistência de rede coletora de esgotos sanitários; a poluição ambiental, que decorre desta última condição e de algumas atividades industriais presentes no município; as deficiências de limpeza pública ainda existentes em algumas áreas do município; a disposição do lixo a céu aberto, pela companhia responsável pela coleta; todos estes aspectos, associados, representam séria fonte de agravos à saúde da população.

Na parte relativa aos indicadores de saúde (item VI), pôde-se observar que é alto o coeficiente de mortalidade infantil no município nos últimos anos, sendo alta também a proporção de óbitos no período infantil-tardio. Verificou-se ainda um alto coeficiente de mortalidade por enterites e outras doenças diarréicas entre crianças de 10 — 11 meses.

Estes coeficientes constituem, como já se mencionou anteriormente, um reflexo das más condições ambientais referidas, que se associam, ainda, a fatores ligados ao tipo de assistência médico-sanitária existentes no município (que comentaremos a seguir) e também a problemas de ignorância da população no que se refere a princípios de higiene e à prevenção de doenças.

Ainda no que se refere aos indicadores de saúde, convém comentar o aspecto "expectativa de vida ao nascer". Este indicador, calculado para o município de Itapevi através de um modelo de regressão, apresentou, para o ano de 1970, o valor de 47,55 anos. O mesmo indicador, calculado para o Município de São Paulo para o ano de 1970, resultou numa expectativa de vida ao nascer de 60,9 anos⁽⁸⁾, bem superior ao valor obtido para Itapevi.

Até este ponto, acreditamos ter caracterizado as principais necessidades da população itapeviense, as quais exercem influência direta ou indireta sobre o nível de Saúde.

No que tange aos recursos de assistência médico-sanitária e odontológica disponíveis no município, a situação mostrou ser bastante precária, conforme já se pôde observar no item V deste relatório.

Em trabalho apresentado no Seminário sobre Situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras, em 1975, o Prof. Walter Leser fez a seguinte afirmação, referindo-se ao município de São Paulo: "a população cresceu (...), mas a rede assistencial não cresceu, ou cresceu muito menos acentuadamente" (8)

Tal afirmação inegavelmente é válida para o Município de Itapevi.

Pode-se citar como exemplo o Centro de Saúde local, que é a agência de saúde encarregada da programação a nível do município, devendo ser o núcleo" aglutinador e orientador de todas as atividades médico-sanitárias preventivas e/ou curativas - relacionadas à comunidade, a partir da sua unidade fundamental, a família" (4)

O Centro de Saúde de Itapevi encontra-se enquadrado na categoria IV do atual sistema de unidades sanitárias do Estado de São Paulo, que é indicado para cobrir populações até 20.000 habitantes. Com uma população estimada, para 1978, de - 52.805 habitantes, o município comporta um C.S.I., previsto para dar cobertura à população de 50.000 a 150.000 habitantes.

Como se sabe, os Centros de Saúde dispõem de recursos humanos, materiais e financeiros de acordo com o tipo em que estão classificados. Assim sendo, o C.S. de Itapevi encontra-se grandemente defasado, em termos desses recursos, o que torna extremamente precários os serviços que essa agência tenta prestar à população. Isso se reflete no conjunto de atividades desenvolvidas, como segue:

Não são desenvolvidas atividades educativas junto à população, em razão da não disponibilidade de número adequado de visitadoras sanitárias; o fichário central e o arquivo de controle são deficientes, os Programas de Assistência à Criança e à Gestante deixam muito a desejar, principalmente no que tange ao atendimento de enfermagem e as consultas médicas de rotina previstas para os mesmos. Não há prestação de assistência odontológica, porque não há instalações e profissional para tanto. Não são desenvolvidos os seus programas de Tisiologia e Hanseníase. Os Índices de imunização são baixos em relação às metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização (100% das crianças de 0 - 1 ano. e 80% das crianças de 0 - 14 anos da área de atuação)

Não é difícil perceber, em vista de todos esses fatores, que o Centro de Saúde de Itapevi não dispõe das condições ne

cessárias para ser o "núcleo aglutinador e orientador das atividades médico-sanitárias preventivas e/ou curativas" relacionadas à comunidade em estudo.

Pôde-se inclusive observar, durante a realização do Inquérito Domiciliar, que há pessoas da comunidade que desconhecem a existência do Centro de Saúde.

Em se tratando da assistência hospitalar, há que se ressaltar que as condições são ainda mais graves, tendo a população que ser encaminhada a outros municípios, como Osasco ou São Paulo, quando da necessidade de tais serviços.

Se levarmos em consideração o critério mencionado - pela Secretaria de Economia e Planejamento⁽¹⁸⁾, segundo o qual - deve haver cinco leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, teremos que o município de Itapevi comportaria, atualmente, um hospital geral com 200 leitos.

No entanto, observou-se que o único hospital existente dispõe de 16 leitos, e, aparentemente, não presta serviços de internação à população local, apresentando unidades inoperantes.

Outro recurso de assistência médica disponível em Itapevi é o Posto Médico Municipal.

Pôde-se observar que a Prefeitura local tem procurado melhorar os serviços prestados por essa agência de saúde. Sabe-se, por exemplo, que o atendimento, pelo qual era cobrada uma taxa, anteriormente, é hoje gratuito e indiscriminado.

Há necessidade, porém, de ampliarem-se as instalações do Posto, aumentar-se o número de médicos e dotá-los dos necessários equipamentos, com vistas a atender a grande demanda - que ali ocorre diariamente.

No que diz respeito à assistência odontológica, pôde-se observar que, em termos de Saúde Pública, esta é quase inexistente. Há, no Município, um único dentista do Departamento de Assistência ao Escolar.

Considerando-se que a população escolar de 1º Grau compõe-se de 9.371 alunos, haveria necessidade de um maior número de dentistas lotados nas escolas.

Além disso, haveria necessidade, como já foi apontado, de instalar-se um consultório dentário no Centro de Saúde local, onde seria dada assistência a crianças e gestantes.

Diante do exposto, torna-se necessário enfatizar - que, além das deficiências observadas em cada recurso de assistência médico-sanitária existente no município, nota-se que não há qualquer integração dos mesmos a nível local, o que torna ainda ineficiente a rede de serviços de saúde. Além disso, conforme já foi mencionado no decorrer deste relatório, embora a maior - parte da população seja previdenciária, não há, no município, - serviços que mantenham convênio com o INAMPS, a não ser o CIAM, que funciona durante poucas horas por dia em condições precárias no Centro de Saúde local.

Sugere-se, portanto, às autoridades competentes, que atentem para a grave situação em que se encontra a população itapeviense no que concerne à saúde em seu senso amplo, com vistas a que possam ser corrigidas as condições determinantes desse triste quadro, que tem como ponto central uma população carente em - todos os aspectos que condicionam a qualidade da vida humana.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - BALDIJÃO, C.E.M. - Desnutrição, fenômeno isolado? São Paulo, s/d. (mimeo).
- 02 - BERQUÓ, E et al. - Estatística Vital 9^a ed. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da U.S.P., 1972.
- 03 - BONFIM, D.C. - Leite materno: alimento natural. São Paulo, Nestlé - Serviço de Informação Científica. São Paulo, - 1976 (série Temas de Pediatria, 6)
- 04 - DUARTE, L.G. - A planificação e a administração da saúde - nas comunidades. In: PARETA, J.M.M. et al. Saúde da Comunidade. Ed. McGraw-Hill do Brasil Ltda. São Paulo, 1976. pp. 119-132
- 05 - GOUVEIA, A.J. & HAVIGHURST, R.J. - Ensino médio e desenvolvimento. Ed. Melhoramentos. São Paulo, 1969.
- 06 - GUEDES, J.S. & GUEDES, M.L.S. - Quantificação do indicador de Nelson de Moraes. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 7: 103-13, 1973.
- 07 - LAURENTI, R. A medida das doenças. In: FORATTINI, O.P. - Epidemiologia Geral. Ed. Edgard Blücher Ltda., São Paulo, 1976. pp. 64-85.
- 08 - LESER, W.P. - Problemas de saúde em áreas metropolitanas. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Seminário sobre situação de saúde nas áreas metropolitanas brasileiras (Anais) Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1976, pp. 29-51.
- 09 - MADEIRA, J.L. & FRIAS, L.A.M. - Um modelo de regressão para referir os níveis de mortalidade. Revista Brasileira de Estatística. 36 (143): 367-384, 1975
- 10 - MASCARENHAS, R.S. et al. - Introdução à Administração Sanitária. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1971.

- 11 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Study group of the measurement of levels of health, Geneva, 1955. Report. Geneva, 1957 (Wld. Hlth. Org. Techn. Rep.Serv., 137)
- 12 - PASTORELO, E.F. & GOTLIEB, S.L.D. Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo, Brasil - 1970/1972. Rev.Saúde Pública, São Paulo. 12: 1-15, 1978.
- 13 - PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI. Boletim municipal Maio-Junho, 1978, nº 6.
- 14 - PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI. Itapevi de hoje. Itapevi, 1977.
- 15 - RAMOS, R. Indicador do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo. (1.894-1959) São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1962. Tese de doutoramento.
- 16 - ROJAS, R.A. - Epidemiologia. OPS/OMS, Inter-Médica - Buenos Aires, Argentina. 1974.
- 17 - SÃO PAULO - 1975: crescimento e pobreza. 5ª ed. Edições Loyola. São Paulo, 1976
- 18 - SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DE SÃO PAULO - Indicadores Sociais. São Paulo, 1975.
- 19 - SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS DE SÃO PAULO. Itapevi 77. São Paulo, 1977.
- 20 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO: COORDENADORIA - DE SAÚDE DA COMUNIDADE. Programas de assistência ao adulto, criança e gestante, subprogramas de tisiologia, hanseníase e saúde mental. São Paulo, 1977.
- 21 - SPINDEL, R.C. - Metropolização, urbanização e recursos humanos Ed. Brasiliense. São Paulo, 1976. (Caderno CEBRAP, 25).
- 22 - SWAROOP, S. & UEMURA, K. - Proportional mortality of 50 years and above: a suggested indicator of the component health, including demographic conditions in the measurement of levels of living. Bull. Wld. Hlth. Org., 17: 439-81, 1957.
- 23 - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. Programa do estágio de campo multiprofissional. São Paulo, 1978 (mimeo.)

- 24 - YUNES, J. & SOMENSI, Y. Encontro brasileiro de estudos populacionais, I.B.G.E., 29/07 - 3/9/74. Rio de Janeiro.

HORA DE INÍCIO

1 - Quando alguém fica doente, em sua casa, a quem procura ?

	Em ITAPEVI	FORA
<input type="checkbox"/> Médico particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> P. S. da Prefeitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Benzedeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - Sua família frequenta o Centro de Saúde ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Programa Assist. Criança | <input type="checkbox"/> Mal atendimento |
| <input type="checkbox"/> Programa Assist. Gestante | <input type="checkbox"/> Prefere médico parti
cular |
| <input type="checkbox"/> Programa Assist. Adulto
(CIAM) | <input type="checkbox"/> Distante do domicílio |
| <input type="checkbox"/> Vacinação | <input type="checkbox"/> Falta de tempo |
| <input type="checkbox"/> Recebimento de Leite | <input type="checkbox"/> Nunca precisou |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Outros motivos |
-

3 - Alguém desta casa teve criança nos últimos 12 meses ?

- Sim Não

Onde nasceu a criança ?

Nº de Ordem da Mulher	No domicílio			Em Hospital	
	Médico	Curiosa	Outros	Itapevi	Fora

Não se aplica.

4 - A mãe foi ao médico durante a gestação, para saber se estava tudo bem com ela e com o bebê ?

Nº de Ordem da Mulher	Nº de Consultas	Local

Não.

Não se aplica.

5 - Há alguma mulher grávida na família 6

Sim

Não

Nº de Ordem da Mulher	Idade	Tempo de Gestação	Fazendo Pré-Natal	
			Sim	Nao

Não se aplica.

6 - A senhora amamenta seu filho menor de 1 ano ?

- Sim - Até quantos meses ? _____
- Não - Porque ? _____
- Não se aplica .

7 - Suas crianças menores de 6 anos, são vacinadas ?

- Sim De rotina (segundo Caderneta de Vacinação).
- Só em campanhas.
- Não - Porque ? _____

8 - No último ano, alguém dessa família foi ao dentista ?

- Sim Não

Nº de Ordem da Pessoa	Itapevi		Fora
	Escola	Outros	

9 - Como é o banheiro de sua casa ?

	Uni-familiar	Coletivo
Casinha		
Vaso com descarga		

Não existe.

10 - Para onde vai o esgoto de sua casa ?

- Fossa
 Rio
 Superfície
 Rêde coletora
 Outros _____

11 - De onde vem a água utilizada em sua casa ?

- Uso da Água
- Rêde pública _____
 Poço } Clora ? Sim _____
 Mina } Não _____
 Outros _____

12 - A senhora faz alguma coisa com a água antes de beber ?

- Ferve
 Filtra
 Clora
 Nada faz

13 - A senhora tem pomar, horta ou criação de animais em casa ?

- Sim Não

O que faz	Horta	Pomar	Criação	Citar Ani mais
Vende				
Come				
Ambos				

14 - Passa lixeiro na sua rua ?

Sim Não - O que faz com o lixo ?

15 - Quantas vezes por semana passa o lixeiro ?

- Todo dia.
 Três vezes por semana
 Duas vezes por semana
 Uma vez por semana
 Não se aplica
 Não sabe.

16 - Somando-se os salários de todos os que trabalham em sua casa, quanto dá por mês ?

0 | — 1.560,00 (0 | — 1 salário-mínimo).

1.560,00 | — 3.120,00 (1 | — 2 s.m.)

3.120,00 | — 4.680,00 (2 | — 3 s.m.)

4.680,00 | — 6.240,00 (3 | — 4 s.m.)

6.240,00 | — 7.800,00 (4 | — 5 s.m.)

7.800,00 | — + (5 | — + s.m.)

17 - Diga três problemas desta cidade que precisariam ser resolvidos, para melhorar a vida de sua família ?

1 | _____

2 | _____

3 | _____

Não sabe.

Acha que não tem problemas.

18 - Quem a senhora acha que poderia resolver cada um desses problemas ?

1 _____

2 _____

3 _____

Não sabe.

Hora do Término

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL EM ITAPEVI - FSP/USP, 1978NORMAS RELATIVAS AO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DO INQUÉRITO DOMICILIAR

I - DEFINIÇÕES

1: DOMICÍLIO: é toda modalidade estruturalmente independente, constituída por um ou mais cômodos, com entrada própria. Incluem-se nessa definição: casa, apto. (cada um) e, por extensão, edifícios em construção e outros locais que estiverem servindo como moradia. Cortiços, casas de cômodos e favelas são considerados conjuntos de domicílios. Num domicílio podem morar uma ou mais famílias.-

OBS. - No caso de haver mais de um domicílio em um mesmo terreno, deve-se considerá-los isoladamente, incluindo - cada domicílio ou não, de acordo com o espaço amostral - sorteado.

2. FAMÍLIA: é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica e/ou econômica, morando no mesmo domicílio. Inclui-se como "família" pessoa que more sozinha em um domicílio. Pessoas sem laços de parentesco (consanguíneos ou afins) que morem no mesmo domicílio são consideradas "grupos de pessoas" que, para os fins deste inquérito, consideram-se "famílias". No caso de duas ou mais famílias morarem num único domicílio abrir um formulário para cada uma.

II - OBSERVAÇÕES ACERCA DOS ITENS DO FORMULÁRIO

- Colocar, no canto superior direito da Ficha Familiar, a hora de início da entrevista.
- De preferência, entrevistar a dona da casa.

Nº de Ordem: atribuir um número a cada pessoa residente no domicílio. São consideradas "residentes no domicílio":

- (a) pessoas que estejam presentes ou temporariamente ausentes (período não superior a 6 meses) na data da entrevista

ta, mas que tenham residência habitual nesse domicílio.

- (b) não tenham residência habitual em outro local e se encontrem nesse domicílio no período da entrevista (Ex. mãe sem residência fixa, que vive ora com um filho, ora com outros).
- (c) sejam encontradas nesse domicílio, sem terem local de residência habitual. (Ex. migrantes recém chegados, pessoas procurando residência)

Prê-Nome: deverá aparecer em 1º lugar o entrevistado.

OBS.: Anotados os nomes, iniciar as perguntas seguindo se quência horizontal.

Parentesco com o entrevistado: além das categorias comuns - (tio, sogro, etc.), devem constar, quando for o caso:

- agregados (amigos ou afins, que morem no domicílio sem pagamento)
- empregadas domésticas
- pensionistas

Idade: para maiores de 1 ano, em anos; para menores de 1 ano, em meses; para menores de 1 mês, anotar "0 m".

Reg. Civil: perguntar: "quais as pessoas da família que têm certidão de nascimento?". Se não ficar claro: "Quem desta família tem registro de nascimento no cartório?".

Natural de: Se for no Estado de São Paulo, anotar o município. Para pessoas de outros Estados ou Países, anotar Estado ou País.

Tempo de residência em Itapevi: em anos ou meses.

Procedência: localidade onde moravam imediatamente antes de vir residir em Itapevi. Critério idêntico ao item "Natural de".

Escolaridade: preencher com uma das seguintes abreviações, conforme o caso:

- 1 - Sem escolaridade (menores de 14 anos que nunca foram à escola) - S.E.

- 2 - Analfabetos ou pessoas que s^o escrevem o nome (semi-analfabetos) - A
- 3 - Mobral (completo, incompleto, cursando) - M
- 4 - Primário incompleto (abandonou) - P.I.
- 5 - Primário cursando - P.C.
- 6 - Primário completo - P.
- 7 - Ginásio incompleto - G.I. (abandonou)
- 8 - Ginásio cursando - G.C.
- 9 - Ginásio completo - G.
- 10 - Colegial, técnico ou Normal incompleto (abandonou) - N.I.
- 11 - Idem, cursando - N.C.
- 12 - Idem, completo - N.
- 13 - Curso superior incompleto (abandonou) - S.I.
- 14 - Idem, cursando - S.C.
- 15 - Idem, completo - S.

É a seguinte a correspondência entre os cursos pr^e e p^os reforma do ensino:

	ANTIGO	ATUAL
Primário	1 ^o ano	1 ^a série 1 ^o grau
"	2 ^o ano	2 ^a série 1 ^o grau
"	3 ^o ano	3 ^a série 1 ^o grau
"	4 ^o ano	4 ^a série 1 ^o grau
Ginásio	1 ^a série	5 ^a série 1 ^o grau
"	2 ^a série	6 ^a série 1 ^o grau
"	3 ^a série	7 ^a série 1 ^o grau
"	4 ^a série	8 ^a série 1 ^o grau
Colegial	1 ^o ano	1 ^a série 2 ^o grau
"	2 ^o ano	2 ^a série 2 ^o grau
"	3 ^o ano	3 ^a série 2 ^o grau

Ocupação: anotar exatamente o que a pessoa faz, não se importando com classificação como "funcionário público", "industrialário", etc., mas sim, "funileiro", "datilógrafo", ou "aposentado", "autônomo", "desempregado", etc. Anotar também se faz "bicos". Não é necessário especificar; basta anotar. Ex. aposentado + "bicos".

Usar a coluna destinada a observações para quando haja alguém afastado do trabalho, recebendo "pensão por doença", "auxílio-doença", etc.

vinculação Previdenciária: perguntar: "seu marido paga - Instituto?" Se não ficar claro, perguntar: "tem direito a algum Hospital?". Repetir a pergunta para cada membro da família. As possibilidades são:

- INPS (INAMPS)
- FUNRURAL
- IAMSPE
- HOSP. MUN. DE SÃO PAULO
- CONVÊNIOS (especificar qual)
- SINDICATO

Perguntas do Formulário

2. No caso de resposta positiva (SIM), perguntar: "para - que?" ou "por que vão ao CS?"

- Progr.Assist.Criança:

- Progr. Assist.Gestante:

- Progr.Assist.Adulto:
(CIAM)

- Vacinação: sô vacinação

- Recebimento de leite: sô isto

3,4,5,6.- Ter cuidado ao anotar o "Nº de ordem da mulher" (3,4,5). Este deve ser o mesmo anotado anterior mente na Ficha Familiar. No caso de não haver crianças menores de 1 ano ou gestantes, anotar "Não se aplica".

7. Vacinação (menores de 6 anos). Em caso de resposta positiva, perguntar: "como a Sra. fica sabendo quando de ve levar as crianças para tomar vacina?" Se a resposta indicar algum tipo de propaganda, alto-falante, etc., - perguntar se é "quando tem campanha de vacinação". Se indicar que é por indicação do CS, perguntar "se a moça

marca o dia na caderneta de vacina" e então assinalar - no formulário a alternativa pertinente.

OBS.: se não houver crianças menores de 6 anos, inserir Não se aplica.

9. Banheiro uni-familiar: p/ um domicílio. Coletivo: + de um domicílio
10. Salários: incluir possíveis "bicos". Aguardar resposta

- ANEXO 3 -

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL EM ITAPEVI - FSP/USP, 1978

Setor nº _____

Quarteirão nº _____

Entrevista nº _____

Endereço: _____
_____FORMULÁRIO COM QUESTÕES ABERTAS

- 1) O que a Sra. acha das condições de saúde de sua família? (Se não for dito, perguntar se as pessoas costumam ficar doentes, e quais os tipos de doença mais comuns na família).

- 2) Por que a Sra. acha que as pessoas ficam doentes?

- 3) A Sra. acha que existe algum jeito de evitar que essas doenças ocorram? Se for necessário esclarecer melhor, perguntar: "O que a Sra. acha que seria necessário para que as doenças não a contecessem?"

4) O que a Sra. acha da assistência médica que existe em Itapevi?

5) Na sua opinião, o que estaria faltando para que essa assistência médica fosse melhor?

Observação: escrever exatamente o que o entrevistado disser.