

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RELATÓRIO
DO
TRABALHO
DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL

1987

ESTUDO DESCRITIVO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA
DO MUNICÍPIO DE BAURU E DO DISTRITO DE TIBIRIÇA

Relatório apresentado à Coordenação do Trabalho de Campo Multiprofissional - Curso de Especialização em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



São Paulo

1 987

Trabalho acadêmico, não se
constituindo numa publica
ção formal.

Não é permitido seu uso
para fins de citação bi
bliográfica, sem prévia
autorização da disciplina.

Não há exemplares para ditribui
ção.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado por uma equipe Multiprofissional, para cumprir uma exigência curricular, cujo objetivo foi a descrição das condições de saúde/doença' em relação ao Município de Bauru e o Distrito de Tibiriça , sendo que neste último foi realizado um inquérito domiciliar no período de dezesseis a vinte de novembro do corrente ano.

No Capítulo I apresentaremos o Município de Bauru, com suas características, estrutura administrativa de saúde, política de saúde, propostas de programação, indicadores de saúde e dados demográficos.

No Capítulo II abordaremos o Distrito de Tibiriça com a sua caracterização sócio-econômica, sanitária, indicadores de saúde e dados demográficos. Como também apresentaremos uma análise dos resultados obtidos no Município de Bauru comparando com outras regiões.

As dificuldades sentidas durante a realização ' deste trabalho serão apresentadas no Capítulo III. A avaliação, a conclusão e sugestões serão tratadas nos Capítulos IV, V e VI respectivamente.

Finalmente, a bibliografia será apresentada no Capítulo VII e os anexos no Capítulo VIII.

IDENTIFICAÇÃO:

GRUPO DE TRABALHO

NOME	PROFISSÃO
Antonio Cardozo dos Santos	Farmacêutico
Ary Bueno	Advogado
Gabriel Maria Petroni	Médico
José Henrique M. Marchini	Médico
José Roberto Abdalla	Odontólogo
Liana Schmidt Patto	Enfermeira
Maria das Graças F. Dantas	Engenheira
Norma Suely Cangussú Silveira	Educadora
Rosangela Rodriguez Martins	Engenheira

SUPERVISOR

NOME	PROFISSÃO
Prof ^a Wanda Maria Risso	Engenheira

CONSULTORES

NOME	PROFISSÃO
Prof ^o José Carlos Seixas	Administrador
Prof ^a Nilza Nunes da Silva	Estatística
Prof ^a Sabina Lea D. Gotlieb	Estatística
Prof ^o Fernando Lefèvre	Educador
Prof ^o José de A. Oliveira Santos	Engenheiro
Prof ^o Paulo A. de C. Fortes	Administrador
Prof ^o Roque Passos Piveli	Engenheiro
Prof ^o Davi Rumel	Médico

COORDENADORES

NOME	PROFISSÃO
Prof ^o Antonio Carlos Rossin	Engenheiro
Prof ^a Yvette Viegas	Odontóloga
Prof ^o Antonio Galvão F. Rosa	Odontólogo
Prof ^o Hélio Maciel	Médico

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, a seguir às instituições públicas que contribuíram para a elaboração do presente trabalho:

- Hospital Lauro de Souza Lima (Dr. Osvaldo Cruz);
- ERSa 23 (Dr. Yunes T. Yunes);
- Sub-Prefeitura de Tibiriça (Sr. Silvino Duarte);
- Núcleo de Saúde de Tibiriça (Sra. Mara Prieto).

Í N D I C E

	<u>PÁGINA</u>
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I - O MUNICÍPIO DE BAURU	02
1.1. Conhecimento da Realidade	02
1.2. Política de Saúde	07
1.3. Estrutura Administrativa de Saúde	09
1.3.1. Rede Básica de Unidades de Saúde	09
1.3.2. Pronto Socorro Municipal	10
1.3.3. Atendimento Odontológico	11
1.3.4. Programa de Saúde do Trabalhador	12
1.3.5. Conselho Municipal de Saúde	13
1.3.6. Comissão de Investigação e Análise de Óbitos	14
1.3.7. Banco de Leite Materno	15
1.3.8. Programa de Saúde Prê-Escolar	16
1.3.9. Sistema e Vigilância do Crescimento e De senolvimento e Programa de Alimentação Su plementar	17
1.4. Propostas de Programação	17
1.4.1. Rede Integrada Básica de Saúde	18
1.4.2. Programa de Saúde Prê-Escolar	18
1.4.3. Programa de Saúde Bucal	19
1.5. Indicadores de Saúde	19
1.5.1. Coeficiente de Mortalidade Infantil	20
1.5.2. Coeficiente de Mortalidade Segundo Causa e Idade	23

	<u>PÁGINA</u>
1.6. Coeficiente de Natalidade e Fecundidade	25
1.7. Razão de Mortalidade Proporcional (Indicador de Swaroop-Uemura, Curva de Nelson de Moraes)	26
1.8. Dados Demográficos	27
1.8.1. Razão de Masculidade	28
1.8.2. Idade	29
1.8.3. População Alfabetizada	30
CAPÍTULO II - O DISTRITO DE TIBIRIÇA	33
2.1. Conhecimento da Realidade	33
2.1.1. Saneamento Básico	40
2.2. Análise do Serviço de Saúde	61
2.3. Indicadores de Saúde e Danos Demográficos	63
2.3.1. Razão de Dependência	65
2.3.3. Pirâmide Populacional	65
2.3.4. Escolaridade	66
2.3.5. Coeficiente de Mortalidade Geral	66
2.3.6. Dados de Morbidade	68
2.3.7. Inquérito de Morbidade	74
2.3.8. Cobertura Vacinal	75
2.3.9. Aleitamento	77
CAPÍTULO IV - AVALIAÇÃO	80
CAPÍTULO V - CONCLUSÃO	82
CAPÍTULO VI - SUGESTÕES	87
CAPÍTULO VII - BIBLIOGRAFIA	91
ANEXO	94

CAPÍTULO I

I. O MUNICÍPIO DE BAURU

1.1. CONHECIMENTO DA REALIDADE

Para elaboração desta caracterização nos baseamos em fontes documentárias.

A região de Bauru em 1884 era dominada e pertencente aos índios Caingangs ou Coroados tendo a invasão pelo homem branco começado neste mesmo ano. Em 1885 surge um povoado e Bauru começou a nascer no início da atual Rua Araújo Leite, onde foram construídas três casas de barro socado. Em 1893 o povoado foi elevado a Distrito de Paz, em 1896 a município e em 1910 a comarca.

Bauru é hoje sede da sétima região administrativa do Estado de São Paulo, que compreende trinta e oito municípios. Situa-se entre os meridianos de 48° e 50° longitude a oeste de Greenwich e os paralelos 21° 30' e 23° latitude sul. Limita-se ao norte com Reginópolis, ao sul com Piratininga, a leste com Agudos e Pederneiras e oeste com Avai.

O censo de 1980 já lhe atribuía uma população de 186.786 habitantes, hoje a estimativa é de mais de duzentos e trinta mil pessoas distribuídas predominantemente na zona urbana em detrimento da rural.

O município possui uma área de 702 km², sendo 120,26 km² em área urbana e 581,74 km² em área rural. Está dividido em: sede da Comarca e o Distrito de Tibi

riça localizado na zona rural à 25 km do centro.

Dista 324 km da capital do Estado pelas rodo vias Marechal Rondon e Castelo Branco e 400 km pela Fer rovia Paulista S/A - FEPASA.

O clima é temperado, com temperatura média de 20,5°C. A altitude máxima é de 615 m e a mínima de 400 m.

Os domicílios na sua maioria são de alvenaria com o emprego de madeira aparelhada para suas cobertu ras. Praticamente inexistem habitações precárias, en tretanto existe um grande número de moradias com péssi mas instalações sanitárias, ausência de manutenção e conservação dos prédios, o que demonstra baixo nível sô cio-econômico da população na periferia do Município.

O setor mais importante da economia local é o terciário. Do total de estabelecimentos existentes 64,5% são comerciais, 22,7% dedicam-se a agropecuária, 7,1% a indústria e 5,4% à prestação de serviços (sendo que 0,7% são agências financeiras).

Em termos de agropecuária destacam-se a suino cultura, a sericultura e a produção de hortifrutigran-' jeiros. As indústrias mais relevantes são as alimentí cias, têxteis, gráficas e metalúrgicas.

Com base no censo de 1980, 58% da população re cebe em média até um salário mínimo.

O Departamento de Águas e Esgoto - DAE, autar quia da Prefeitura Municipal de Bauru, é responsável pe

lo abastecimento de água e pelo esgotamento sanitário da cidade.

A água distribuída à população provém de dois mananciais, sendo um superficial (Rio Batalha) e outro subterrâneo (22 poços profundos). A água proveniente do rio Batalha recebe tratamento convencional e é responsável por 60% do volume de água distribuída aos moradores, enquanto que o manancial subterrâneo é responsável por 40% do volume de água distribuído à população. Entretanto, a água dos poços profundos não recebe nenhum tipo de tratamento tendo em vista sua boa qualidade. Apenas dois poços possuem água fluoretada.

A cidade é servida por rêsdes de esgoto sanitário que fazem a coleta e transporte de esgoto, sendo que a sua destinação final é o lançamento "in natura" nos diversos cursos d'água que cortam a cidade, não havendo portanto qualquer tipo de tratamento para o mesmo. Nem toda a população é atendida por rêsdes de esgoto, neste caso parte das casas populares se utilizam de fossa sêptica e poço absorvente para destinação final dos dejetos. Uma outra percentagem, pequena, da população lança os seus dejetos no solo e na rua.

Os resíduos sólidos podem ser divididos em duas partes: resíduos sólidos domiciliares (lixo doméstico) e resíduos sólidos industriais (lixo industrial).

A coleta, transporte e disposição final do lixo doméstico é de responsabilidade da Prefeitura, através da Empresa Municipal de Desenvolvimento Urbano e Rural-

EMDURB, a qual atende aproximadamente 60% da população urbana. A coleta é feita diariamente na área central da cidade e três vezes por semana na área periférica. A disposição final é em erosão situada nas proximidades do frigorífico Vangélio Mondelli (zona nordeste) a 4km da cidade. Este tipo de disposição é comumente denominado de "lixão", que não se constitui em uma das soluções mais recomendáveis. Existe também a estação de transbordo, que é o atual almoxarifado central da Prefeitura, o qual também funciona em situação precária.

Quanto aos resíduos sólidos industriais, estes são constituídos basicamente de resíduos de plásticos e tecidos, que também são depositados no "lixão". Os resíduos provenientes de fundições e constituídos de materiais ferrosos são em geral reciclados pelos próprios produtores. A cidade não dispõe de um serviço de coleta especial para os resíduos hospitalares ficando a cargo de cada hospital a destinação final, não havendo portanto por parte do poder público qualquer tipo de controle.

Quanto aos serviços a população dispõe dos seguintes:

Educação:

- Uma biblioteca municipal "Rodrigues de Abreu";
- Vinte e seis escolas estaduais de primeiro e segundo grau com aproximadamente quarenta e nove mil alunos;
- Cinco cursos técnicos;

- Duas universidades que oferecem cursos de Odontologia, Direito, Ciências Econômicas, Serviço Social, Ciências Exatas e Humanas, etc..;
- Dois serviços nacionais de aprendizagem (comércio e indústria).

Lazer e Cultura:

- Sete clubes recreativos;
- Parque zoológico municipal de Bauru;
- Três anfiteatros;
- Quatro cinemas;
- Cinco estádios esportivos;
- bosque da comunidade.

Meios de Comunicação:

- Cinco emissoras de rádio;
- Dois jornais diários;
- Seis retransmissores de televisão;
- Uma revista mensal impressa em off-set;
- Uma agência postal;
- Rede telefônica.

Transporte:

- Uma empresa de ônibus municipal;
- Oito empresas de ônibus intermunicipais;
- Um terminal rodoviário municipal;
- Uma estação da rede ferroviária federal;
- Um aeroclube.

Organizações de Classe:

- Dezesesseis sindicatos de diversas categorias;
- Quatro conselhos de classe;
- Dezesete associações de classe.

Agências Bancárias:

- Quatro caixas econômicas estaduais;
- Duas caixas econômicas federais;
- Vinte e duas agências bancárias;

Empresas Estatais de Porte:

- Companhia Energética de São Paulo - CESP;
- Ferrovia Paulista - FEPASA;
- Rede Ferroviária Federal S/A - REFESA

Saúde:

- PAM - INAMPS
- Sete hospitais, sendo dois psiquiátricos e um especializado em Hanseníase;
- Seis centros de saúde do Estado;
- Onze núcleos municipais de saúde;
- Dois pronto - socorros;
- Trinta e cinco instituições de caridade, voltadas para o atendimento do menor abandonado, do excepcional, do idoso, do incapacitado, etc.

1.2. POLÍTICA DE SAÚDE

O território do Município de Bauru foi dividido em regiões, cada qual sob a jurisdição de uma das unida

des básicas do Município ou do Estado. Os serviços foram hierarquizados, de acordo com seu grau de complexidade e são integrados.

O planejamento das ações é participativo, buscando envolver segmentos representativos da população e seus próprios servidores no processo de tomada de decisões.

As associações de moradores participam do processo de alocação dos recursos públicos municipais, inclusive para a área de saúde, discutindo, ao lado de outras entidades representativas da comunidade (sindicatos, clubes de serviço, diretórios acadêmicos, etc.), a proposta orçamentária anual.

O envolvimento dos servidores da própria Secretaria de Higiene e Saúde no processo de planejamento, se realiza, principalmente, através da participação na avaliação dos programas, como da realização de seminários e encontros de trabalho.

As relações do Município com o Estado sempre foram muito estreitas no campo da saúde. A Secretaria Municipal de Higiene e Saúde costuma recorrer ao Instituto Adolfo Lutz para exames laboratoriais, recebe leite fluido do governo estadual para o programa de suplementação alimentar e usa os serviços de radiologia do Hospital de Base. A Prefeitura, por sua vez, cede pessoal ao Estado, por exemplo técnico de laboratório.

Para facilitar o conhecimento da situação de saúde na área e um planejamento integrado de suas ações,

Estado e Município resolveram padronizar os formulários utilizados em seus serviços.

O município não mantém convênio com a Central de Medicamentos-CEME, adquirindo a maior parte do material da Fundação do Remédio Popular do Estado-FURP, em alguns casos recorre a laboratórios particulares. O governo estadual fornece alguns tipos de medicamentos.

Com a União, o entrosamento do município foi pequeno até a assinatura do Convênio das Ações Integradas de Saúde-AIS, já no segundo semestre de 1985. A maior parte dos recursos provenientes das AIS destinam-se à compra de material, inclusive medicamentos.

Atualmente está em fase de implantação o SUDS (Sistema Unificado de Saúde) com a unificação do atual ERSA-23 e o INAMPS. A criação deste órgão faz supor que haverá uma maior regionalização das seções em saúde. Ainda neste sentido, o convênio de "Municipalização" irá contribuir de maneira definitiva na melhoria da assistência à saúde local.

1.3. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DE SAÚDE

1.3.1. Rede Básica de Unidades de Saúde

O atendimento primário à população residente nas áreas de jurisdição de Bauru fica a cargo de uma rede de serviços básicos de saúde, composta de onze núcleos municipais e seis centros estaduais.

Dos onze núcleos municipais de saúde apenas um se situa na zona rural, destinando-se ao atendimento do Distrito de Tibiriça.

A rede municipal de unidades básicas presta atualmente a atendimento de enfermagem, serviços de clínica geral e pediatria, estando em processo de implantação de ginecologia e obstetrícia. Alguns núcleos já iniciaram o atendi-'mento odontológico a crianças e adultos.

Os núcleos costumam agendar um certo número de consultas, dedicando o restante do tempo à demanda livre. Os pacientes agendados que não comparecem à consulta são convocados por escrito ou através da visita domiciliar pelas auxiliares de enfermagem.

A supervisão dos núcleos é realizada por enfermeiras, ficando uma responsável para cada dois núcleos.

A equipe que trabalha em cada núcleo, com ligeiras variações, é composta de um pediatra, um clínico, três auxiliares de enfermagem, um recepcionista e um servente. Alguns dispõem ainda de dois dentistas, ginecologista, estagiários ' de nutrição e de enfermagem.

Os centros estaduais que integram a rede dividem-se em dois tipos: cinco unidades simples , que se assemelham às municipais e uma que presta atendimento mais especializado em áreas como a tisiologia, a dermatologia, a oftalmologia e a saúde mental.

1.3.2. Pronto - Socorro Municipal

É a mais antiga das unidades de saúde, pois foi inaugurada em 1973. Localiza-se ao lado do Hospí

tal de Base, mantido pelo Estado, e sempre prestou mais serviços de ambulatório do que atendimentos de emergência, dada as deficiências de equipamento, pessoal e instalações. A sua capacidade de prestação de serviço foi ampliada após a duplicação da equipe médica e o reforço nos quadros de auxiliares de enfermagem. Com essas mudanças a média é de dez mil atendimentos médicos por mês.

1.3.3. Atendimento Odontológico

A assistência odontológica gratuita oferecida à população consta dos seguintes serviços:

- Pronto-socorro odontológico, destinado ao atendimento de emergências, como hemorragias, dores e pequenos traumatismos. O serviço funciona vinte e quatro horas por dia, inclusive nos fins de semana e feriados, alcançando atualmente uma média de trinta consultas a cada período de doze horas;
- Consultas e tratamentos, através dos serviços de ambulatório do pronto-socorro odontológico como dos prestados por alguns núcleos. No pronto-socorro odontológico, realiza-se qualquer tipo de tratamento, excluídos de canal e as próteses. Nos núcleos, embora os serviços se destinem também aos adultos, o atendimento a crianças de três a seis anos é considera-

do prioritário.

1.3.4. Programa de Saúde do Trabalhador

A idéia de criação de um programa para prevenir acidentes de trabalho e doenças profissionais surgiu em 1984, mas sua efetiva implantação só teve início em agosto de 1985, precedida de uma série de reuniões com lideranças sindicais, para debate dos objetivos e formas de operação do serviço.

O número de atendimentos vem crescendo, de cento e cinquenta casos em 1985, passou para trezentos em janeiro e fevereiro de 1986.

A equipe disponível é pequena, contando apenas com um médico especializado em medicina do trabalho, uma fonoaudióloga, uma assistente social, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem.

A Prefeitura mantém convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, para o diagnóstico, pelo Ambulatório, de algumas doenças ocupacionais, como a surdez, as dermatoses e as alterações pulmonares. A capacidade para o diagnóstico de doenças ocupacionais do ambulatório é ainda limitada por falta de respaldo laboratorial. O Instituto Adolfo Lutz não costuma realizar exames desse

tipo e nem os laboratórios privados da cidade estão capacitados a fazê-lo. Assim, o Ambulatório teve que aparelhar-se para realizar os mais simples, sendo que os exames toxicológicos são encaminhados para a cidade de São Paulo, para o laboratório Toxicom.

Além do ambulatório, o Programa de Saúde do trabalhador prevê a realização periódica de visitas de inspeções a empresas localizadas no Município e de cursos sobre saúde no trabalho nos sindicatos.

1.3.5. Conselho Municipal de Saúde

Criado em maio de 1985, é um órgão consultivo que reúne quarenta e um representantes de trinta instituições diferentes, que vão desde organismos governamentais do Município, e do Estado a entidades de classe, clubes de serviços, órgãos relacionados à educação e à saúde, diretórios acadêmicos e associações de moradores.

Ao conselho cabe opinar sobre assuntos e problemas relativos à saúde; atuar como órgão consultivo da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Bauru; estudar e emitir parecer sobre os planos municipais de saúde; apresentar propostas para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde do Município e sugerir medidas que visem racionalizar a aplicação dos recursos públicos e

privados na área de saúde.

1.3.6. Comissão de Investigação e Análise de Óbitos

Implantada em 1985, objetiva estudar as causas da mortalidade em Bauru, com vistas a subsidiar o processo municipal de planejamento e contri buir para aperfeiçoar os serviços de saúde pres tados à população. A equipe é composta por médi cos sanitaristas, patologistas, enfermeiras, as sistentes sociais e estagiários.

Atualmente, a comissão restringe-se à análise dos óbitos de menores na faixa etária de zero a dois anos, procurando identificar a situação sócio-econômica das respectivas famílias, as condições biológicas da mãe e da criança, bem como o tipo de atenção médica que lhes foi dis pensado.

Os trabalhos da comissão se desenvolvem em três etapas:

- pesquisa de campo - análise dos atestados de óbito registrados nos cartórios, visitas do miciliares às famílias atingidas; contatos ' com os serviços de saúde que atenderam a crian ça na etapa final da doença; elaboração de um relatório com todas as informações obtidas;
- análise em grupo - cada caso é debatido, pro curando identificar as causas do óbito e as medidas que poderiam ter contribuído para evi

tã-lo;

- comunicação dos resultados dos debates aos órgãos envolvidos - caso venham a ser identificadas falhas no atendimento, o fato é informado às entidades responsáveis, sugerindo-se medidas para evitar problemas semelhantes.

1.3.7. Banco de Leite Humano

Criado em agosto de 1984, funciona na Maternidade de Santa Isabel, que é interligada ao Hospital de Base.

O Banco presta serviços gratuitamente, trabalhando à base de doadoras voluntárias. As doadoras, em geral pertencentes às camadas mais pobres da população, não são renumeradas, mas recebem alimentos da merenda escolar para complementar sua alimentação. Todas as voluntárias são submetidas previamente a exames médicos.

As atividades principais do Banco são:

- Coleta - é feita tanto nos hospitais e maternidades quanto nos domicílios;
- processamento - consiste em: filtragem com gaze esterilizada; transferência do leite coletado para outro frasco; e identificação e esterilização do produto, por meio de aquecimento em banho-maria durante uma hora, por três dias consecutivos.

- estocagem - depois de esterilizado, o leite é resfriado e colocado em freezer para congelar. O produto congelado dura um ano;
- distribuição - é feita a partir da requisição médica, considerando-se prioritárias as crianças hospitalizadas;
- controle da qualidade - amostras do leite recolhido pelas doadoras são encaminhadas ao Instituto Adolfo Lutz para exames bacteriológico e químico.

O Banco de Leite Humano, além de suas funções normais, orienta as mães quanto a problemas de amamentação (empedramento, fissura, etc.), através de seu pequeno ambulatório.

1.3.8. Programa de Saúde Pré-Escolar

Conta com a participação dos professores na identificação de casos suspeitos, os quais são encaminhados à unidade básica de saúde mais próxima.

Os exames físicos e laboratoriais não são realizados em massa, apenas o parasitológico de fezes é feito tanto para os pré-escolares provenientes de região endêmica de esquistossomose, como para os que apresentam sintomas que possam ser atribuídos a parasitas intestinais.

1.3.9. Sistema e Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento e Programa de Alimentação Suplementar

Em decorrência do convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, em 1984 iniciou-se a implantação do sistema em toda a rede básica de saúde de Bauru, passando-se a distribuir alimentação suplementar (leite fluido) a crianças selecionadas com base em critérios biológicos.

Após seis meses da implantação, procedeu-se a uma avaliação dos resultados e constatou-se que cerca de 83% das crianças que nasceram com peso normal tornaram-se, posteriormente, desnutridas, apesar de beneficiadas pelo programa. Segundo os pesquisadores, o fenômeno reflete, principalmente, as condições sócio-econômicas e o número de membros da família, bem como a falta de saneamento básico e problemas habitacionais.

1.4. PROPOSTAS DE PROGRAMAÇÃO

Existe uma preocupação, no campo da saúde, em analisar os vários programas em execução ou prestes a serem implantados, o que demonstra o cuidado de pesquisar a realidade, formular objetivos e estabelecer criteriosamente os cursos de ação, avaliar resultados e corrigir as deficiências ou falhas detectadas.

Destacaremos, a seguir algumas das propostas dos

programas a serem implantados no futuro:

1.4.1. Rede Integrada Básica de Saúde

A meta é dotar o Município de Bauru com 20 unidades básicas.

Espera-se que cada unidade se torne responsável por todos os cuidados primários de saúde numa área constituída por um raio de dois quilômetros à sua volta. Com isso, objetiva-se chegar a uma relação de pelo menos uma unidade básica de saúde para 10.000 habitantes, garantindo uma capacidade de atendimento de pelo menos duas consultas por habitante.

1.4.2. Programa de Saúde Pré-Escolar

As mudanças introduzidas no Programa terão como base a transformação de alguns professores em agentes de saúde.

Embora não se afastem de suas atividades habituais, os agentes serão responsáveis, em cada pré-escola, pela realização da triagem e encaminhamento de alunos a serviços especializados e pela orientação do restante do corpo docente em questões relacionadas à higiene e a saúde. Serão designados dois agentes de saúde para cada pré-escola: um para cada período.

1.4.3. Programa de Saúde Bucal

Está prevista a expansão do atendimento odontológico de modo a abranger todos os núcleos municipais. Será recuperado o antigo trailer odontológico para atendimento de crianças das pré-escolas e escolas municipais e estaduais, através de um sistema de rodízio. Esse atendimento consistirá, segundo as previsões em ortodontia, limpeza de placa bacteriana e tratamento de cáries.

Está sendo cogitada, também, a implantação de serviços de higienização bucal periódica, nos núcleos, através do treinamento das auxiliares de enfermagem.

1.5. INDICADORES DE SAÚDE

Para estabelecermos o diagnóstico da situação de saúde da população de uma determinada área, lançamos mão de alguns indicadores de saúde, uma vez que a utilização de um indicador isolado, não permite o conhecimento completo da situação e dos fatores condicionantes da realidade existente.

Existe uma dificuldade em mensurar e avaliar o grau de saúde de uma população, devido as diferentes variáveis que interferem no processo Saúde-Doença, como: alimentação, nutrição, educação, condição de trabalho, situação de emprego, habitação, recreação, etc.. Assim,

os indicadores de saúde medem de forma indireta o nível de saúde, uma vez que estão voltados para os elementos opostos à saúde, isto é morbidade ou mortalidade, sendo que é neste último que se concentram os indicadores de maior pertinência.

Devemos ressaltar que a informação estatística é o fator fundamental para a elaboração dos indicadores. Dados inexistentes ou de má qualidade impedem o conhecimento e a compreensão da situação de saúde de qualquer área.

Dentro dessa idéia, abordaremos os indicadores' de mortalidade infantil e seus diversos componentes , mortalidade na infância (1 a 14 anos), em idade produtiva (15 a 64 anos), em população idosa (65 anos e mais) nos últimos dez anos, coeficiente de natalidade e de fecundidade, indicados de Swaroop - Uemura e Nelson de Moraes, pirâmide populacional e razão de masculinidade no Município de Bauru.

1.5.1. Coeficiente de Mortalidade Infantil

Sensível indicador do nível de saúde, bem como da qualidade de vida da população. Geralmente , os dados disponíveis são de baixa fidedignidade, devido não só ao subregistro como também ao modo de construção do denominador da taxa.

Expressa o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida, nos dando um panorama das condições de saneamento, educação,

nutrição, habitação da população, como também a assistência durante o ciclo gravídico, puerperal e no primeiro ano de vida.

A mortalidade infantil em Bauru decresceu no período de cinco anos (1975 a 1980), passando de 65,71% para 34,66%, com uma redução aproximada de 50%. Nos dois anos seguintes (1981 e 1982) ocorre uma elevação do coeficiente alcançando um índice de 45,72% e de 47,30% nos respectivos anos. A partir de 1983 há uma reversão dessa tendência chegando a alcançar em 1984 o percentual de 36,98% (vide tabela I). Analisando a causa de mortalidade no período de 1985 a 1986 (gráfico I), verificamos uma nítida tendência a diminuição da mortalidade infantil. Sabemos, que entre 1982 e 1986 não houve nenhum agravamento inusitado a saúde das crianças, nem alterações significativas no saneamento básico, podemos supor que a diferença se deve, em larga medida, a intervenção dos serviços públicos de saúde. A oferta de serviços ampliou-se principalmente as custas da Secretaria de Higiene e Saúde do Município, e foi efetiva a melhoria da qualidade da atenção prestada na área pediátrica pelo Hospital Materno Infantil Santa Isabel.

A mortalidade infantil poderá ainda ser observada através de dois outros coeficientes, que somados representam o coeficiente respectivo:

- Coeficiente de mortalidade neonatal;
- Coeficiente de mortalidade infantil tardia.

Observamos que houve diminuição do coeficiente de mortalidade infantil (65,71% em 1975 para 36,13% em 1984). Esta queda ocorre de maneira proporcional nos seus componentes.

Esse padrão de coeficiente de mortalidade infantil corresponde a uma localidade de transição, de baixo para alto nível de saúde, isto é, tanto a mortalidade infantil tardia como a neonatal contribuem proporcionalmente com o mesmo peso (valores intermediários), na composição do coeficiente para 1975 como para 1984.

Verificando, ainda, os dados da tabela I, observamos que há uma mudança nesse padrão para o ano de 1986, já que, a composição dos coeficiente de mortalidade infantil (23,43%) corresponde a de uma localidade de alto nível de saúde, uma vez que a mortalidade neonatal (13,57%) contribui com maior peso (aproximadamente 60%), que a mortalidade infantil tardia (9,86%). Sabendo que nos últimos anos não houveram alterações significativas no saneamento básico, podemos supor que a melhoria, em grande parte, se deveu a ampliação dos serviços públicos de saúde, principalmente da Secretaria de Higiene e Saúde do Município, tendo como reflexo a diminuição e mesmo desaparecimento de algumas causas infec

ciosas (Septicemia) no obtuário infantil no ano de 1986.

Observando o gráfico número II verificamos uma tendência de queda nos coeficientes de mortalidade, sendo que nos dados referentes ao Brasil se mantem um padrão de uma localidade de baixo nível em toda a série histórica observada, isto é a mortalidade infantil composta principalmente a custa da mortalidade infantil tardia, o que não ocorre na série observada para o Município de Bauru onde houve uma mudança na composição quantitativa do coeficiente de mortalidade infantil, fazendo supor que trata de uma localidade de alto nível de saúde, visto que o principal componente desse coeficiente é o neonatal. Apesar de que em termos absolutos o coeficiente de mortalidade infantil é relativamente alto quando comparado com os coeficientes dos países desenvolvidos (6,9‰ - Suécia; 11,0‰ - Canadá em 1980).

1.5.2. Coeficientes de Mortalidade Segundo Causa e Idade

Devemos ressaltar que estes coeficientes estão sujeitos a erros, uma vez que existe a possibilidade de ocorrência de sub-registro de óbitos, assim como uma superestimativa, em decorrência da invasão de óbitos, visto que a cidade de Bauru como sede do Município e polo de atração re

gional recebe doentes de muitas outras áreas. Estes ao morrerem, fazem aumentar o número de óbitos do Município.

Existe também uma dificuldade para se analisar os dados de morbidade segundo causa, uma vez que os dados fornecidos pelo atestado de óbito carecem de precisão na definição da causa básica de óbito.

Na faixa etária de 1 a 14 anos, pelos dados obtidos, percebemos que as enterites e outras doenças diarréicas representavam uma importante causa de óbito até 1977. A partir do ano seguinte até 1984 a referida doença perdeu a sua importância, o que nos leva a crer que possivelmente tenha ocorrido uma melhora nas condições de saneamento básico, higiene, educação e nutrição. Notamos ainda, que as doenças evitáveis por imunizantes apresentam baixo coeficiente de mortalidade, o que pressupõe a eficiência do programa de vacinação. (Vide tabela II)

No grupo etário acima referido, como no de 15 a 64 anos de idade os acidentes de veículo a motor adquirem importância, fato que sugere deficiência no sistema de sinalização de trânsito na área urbana, bem como carência no sistema educacional sobre prevenção de acidentes.

Observamos, ainda nos grupos de 15 a 64 como , no de 65 anos e mais, que as doenças cérebro-

vasculares, isquêmicas do coração e tumores ma
lígnos aparecem de maneira expressiva como cau
sas de óbito. (Vide tabela III e IV).

Verificamos, que sintomas e estados mórbidos ' mal definidos como causa básica de óbito, aparecem de maneira importante em todos os grupos etá
rios, nos dando a idéia de que as instituições prestadoras dos serviços de saúde carecem de re
cursos humanos, materiais e financeiros para o oportuno diagnóstico e tratamento da demanda ou então a população não utiliza de maneira adequa
da os recursos existentes.

1.6. COEFICIENTE DE NATALIDADE E DE FECUNDIDADE

No Município de Bauru, o coeficiente de natali
dade na série histórica de 1975 a 1984 é mostrado na ta
bela I. Este coeficiente é baixo quando comparado as de
mais áreas brasileiras, mas ainda é relativamente alto quando comparado aos dos países desenvolvidos da Europa
e América do Norte que apresentam coeficientes de na
talidade por volta de doze por mil habitantes, contra os vinte e dois para Bauru em 1984.

Estreitamente relacionado ao coeficiente de na
talidade, temos o coeficiente de fecundidade (Tabela I).

Na série histórica de 1975 - 1984 para Bauru, não podemos estabelecer tendências de queda e de aumen
to, pois o seu comportamento mostra-se bastante irregu

lar, intercalando anos de queda e anos de alta, porém no geral este coeficiente é menor do que o do Brasil (147,6% - 1970), do Estado de São Paulo (150,68% - 1960), mas bastante superior aos dos países desenvolvidos (67,90% - Suécia, 70,3% - E.U.A.).

1.7. RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (INDICADOR DE SWAROOP E UEMURA, CURVA DE NELSON DE MORAES)

A razão de mortalidade proporcional ou indicador Swaroop - Uemura é definido como a proporção de óbitos de indivíduos de cinquenta anos ou mais em relação aos óbitos totais. Quanto maior o seu valor, isto é, quanto mais ele se aproxima de 100%, menor o nível de saúde de uma área. Podemos inferir desse indicador que quando ele apresenta valores superiores a 75%, as principais causas de óbitos são as doenças degenerativas (neoplasias, complicações arterioscleróticas, diabetes e outras); da mesma forma que valores inferiores a 50% revela uma alta incidência de óbitos por doenças infecciosas e a mortalidade infantil é alta. Trata-se de um indicador de natureza global, que reflete o efeito de grande variedades de fatores que exerçam influência sobre a saúde.

No Município de Bauru para o período de 1975 - 1984 (Tabela V), a tendência mostra-se ascendente, refletindo melhorias das condições gerais de saúde, com a redução de mortalidade por doenças infecciosas e de mortalidade infantil. Esses valores, quando comparados com

os apresentados por Swaroop - Uemura para a década de 50, representa um nível dois, regular das condições de saúde e se apresenta bem superior aos valores de algumas regiões do nosso país dos países subdesenvolvidos, mas inferior aos países desenvolvidos da Europa e da América do Norte (vide Tabela VI).

Uma variante do indicador de Swaroop e Uemura é a curva de mortalidade proporcional ou indicador de Nelson de Moraes, que consiste em determinar, para cada localidade e período, os valores de mortalidade nos seguintes grupos etários: menores de um ano; de um a quatro anos completos, vinte a quarenta e nove anos completos e cinquenta anos e mais. Podemos verificar estes dados para Bauru nas tabelas VII e VIII.

Trata-se de uma curva que inclui o indicador de Swaroop - Uemura, apresentando ainda a vantagem de fornecer uma visão gráfica da situação, através da sua análise pode-se julgar o estado sanitário de uma região em épocas diferentes ou de regiões de distintas épocas.

As curvas do município de Bauru (figura I) mostra-se na forma de uma jota (j) regular, revelando uma tendência para que haja acúmulo de mortes nas idades mais avançadas, por agravos de curso lento, que possuem período longo de incubação ou latência típico das afecções degenerativas e neoplásicas, do tipo três (3), o que representa um nível regular de saúde.

1.8. DADOS DEMOGRÁFICOS

1.8.1. Razão de Masculinidade

Definido como o número de homens de uma população por mil mulheres da mesma população, permite que se compare diretamente a composição por sexo, de diferentes populações, independente do tamanho dessa população. O valor teórico ideal deveria ser de mil homens para mil mulheres, mas vários fatores contribuem para que essa igualdade não seja observada, tais como maior número de perdas fetais masculinas, maior fragilidade masculina durante o decorrer da vida, guerras, migrações, etc. Fornece importantes dados para a compreensão de fenômenos demográficos, que envolve o sexo, tais como migrações, mortalidade, nupcialidade, fertilidade, força de trabalho, bem como para análise de fenômenos e epidemiológicos relacionados ao sexo.

A análise da razão de masculinidade de Bauru nos anos 1970 e 1980 (tabela IX), mostra-se praticamente constante, apesar do grande aumento populacional da cidade no período, mostrando que ainda há uma grande imigração masculina para outros centros, provavelmente a procura de melhores condições de trabalho.

Os valores obtidos para Bauru são bastante próximos da região nordeste (958,1 - 1980) e para o Japão (963,0 - 1970).

1.8.2. Idade

O conhecimento da distribuição etária de uma população é de suma importância, quando se procura analisá-lo do ponto de vista demográfico (tendências de evolução) epidemiológica (distribuição das doenças em grupos etários específicos) e administrativo (planejamento dos serviços de saúde para atender a demanda específica para cada grupo etário).

No Município de Bauru, a população se distribui de acordo com a distribuição etária proposta por Sandberg (tabela X), a população é do tipo estacionária, enquanto a do Brasil é do tipo progressiva.

Isto cria uma grande encoerência pois o município apresenta um grande incremento populacional de 3,53% ao ano. Podemos supor que isto ocorre, devido ao grande número de imigração de pessoas em busca de trabalho, visto que o referido município constitui um polo de atração regional.

Segundo Whipple a população de Bauru é considerada normal, pois 52,57% dos seus habitantes estão na faixa etária de quinze a cinquenta anos de idade.

A distribuição da população por faixas etárias

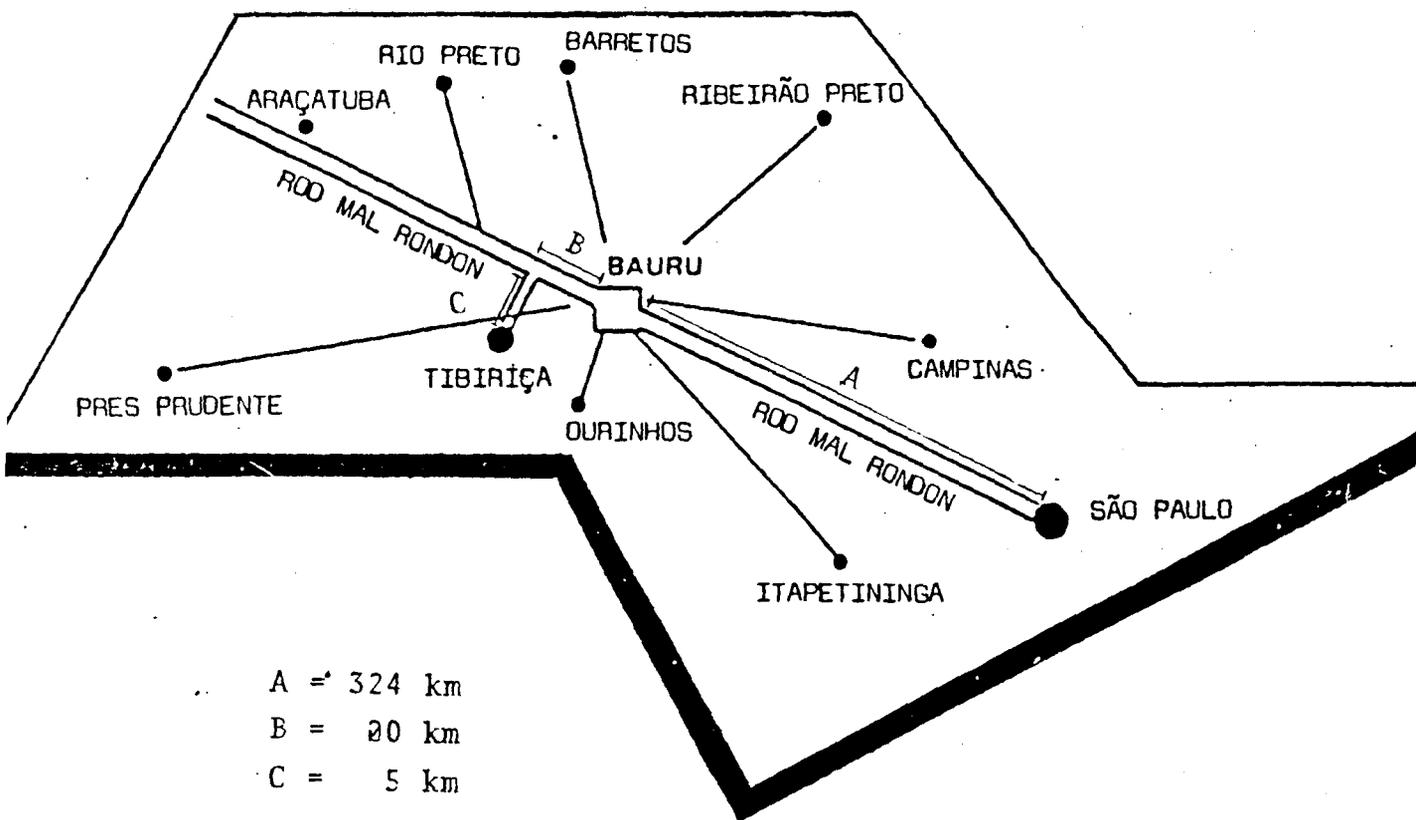
também tem importância econômica, visto à consequência que ela traz à força de trabalho, onde podemos avaliar a proporção de indivíduos potencialmente ativos. No Município de Bauru a razão de dependência é de 58,32% (1980).

A melhor forma de representarmos graficamente a estrutura de uma população é através de pirâmides de população. A pirâmide populacional de Bauru mostra uma transição para o tipo cinco (5) de Thompson, onde a mortalidade e a natalidade são descendentes (figura II).

1.8.3. População Alfabetizada

De acordo com o censo, em 1970, Bauru, apresentava 82,14% de pessoas alfabetizadas e em 1980 um percentual de 84,86%, percebemos que não ocorreu uma melhora significativa proporcional, apesar de no referido período o número de pessoas alfabetizadas passou de 95.418 para 139.161. Estas mesmas observações valem quando analisamos a distribuição de pessoas por faixa etária (idade escolar dos cinco aos quatorze anos, apenas 73,29% frequentam escola, dos quinze anos e mais o percentual é de 88,31% - 1980). Esta situação pode ser observada no gráfico III.

LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BAURU
E DO DISTRITO DE TIBIRIÇA.



CAPÍTULO II

II O DISTRITO DE TIBIRIÇA

2.1. Conhecimento da Realidade

A análise que apresentaremos a seguir, foi elaborada com base nos contatos individuais/grupais, observações sistemáticas e assistemáticas, fontes documentárias como também nos resultados obtidos, através do inquérito domiciliar realizado no Distrito (área urbana), cujo instrumento utilizado foi o formulário.

Tibiriça começou a surgir em 1915 com a doação, de cinco alqueires de terra à Santa Casa de Bauru, por dois fazendeiros da região. Em 1918 foi iniciado o trabalho para o seu crescimento, passando assim a Distrito de Paz.

O referido distrito situa-se na região central do Estado de São Paulo e tem uma população aproximadamente, na zona urbana, de quinhentas e oitenta (580) pessoas, sendo trezentas e uma (301) do sexo masculino e duzentas e setenta e nove do sexo feminino, que corresponde a 51,9% e 48,1% respectivamente. É uma população jovem, pois 44,7% se encontra na faixa etária de quinze a quarenta e nove anos de idade. Quanto ao estado civil os solteiros perfazem 50,5% e os casados 39,1% da população.

Grande parte dos moradores (68,4%) nasceram em zona urbana e apenas 18,8% da população possui Tibi

riça como sua terra natal.

O nível de instrução é baixo, pois 33,4% das pessoas possuem primário incompleto, 15,7% são anal^ufabetas e apenas 0,2% possuem nível superior incompleto. Das crianças que se encontram na faixa etária de três meses a dezesseis anos de idade (161) apenas 25,65% frequentam a creche.

Tendo em vista que a economia local concentra-se basicamente na agricultura (plantação de abacaxi, cana, café) e criação de suínos, a oferta de trabalho centraliza-se na lavoura, que representa 15,2% da mão-de-obra, sendo que destes, 75% percebem uma remuneração mensal, em média, de até dois salários-mínimos. Em contrapartida 57,8% da população não exerce nenhuma atividade produtiva, sendo que deste percentual 30,5% pertence ao sexo feminino e 9,7% corresponde aos aposentados. Dos que trabalham 30,9% exercem suas atividades laboriosas no próprio Distrito, e 37,1% se encontram na faixa salarial de até dois salários-mínimos-mês, sendo que 48,1% das pesoas, durante o inquérito, não souberam informar quanto ganham por mês e 82,6% não possuem outra fonte de renda.

A população dispõe dos seguintes serviços:

Transporte:

Estação Ferroviária - foi inaugurada em vinte e sete de setembro de 1906, mas depois foi construída uma outra, cuja inauguração ocorreu em dezoito de setembro de 1931, que é a atual em funcionamento.

A estação oferece poucas opções de horário de utilização deste tipo de transporte, visto que o trem obedece parada apenas duas vezes por dia.

Rodoviário - este tipo de transporte se destina apenas a cidade de Bauru e tem três horários para a referida cidade.

Saúde:

Um núcleo de saúde municipal, que presta serviços a demanda de Tibiriça tanto da zona urbana como da zona rural. A equipe é composta por uma ginecologista (presta atendimento geralista), uma auxiliar de enfermagem, uma atendente, uma recepcionista e um servente. Tem uma enfermeira que faz supervisão duas vezes por semana e o atendimento médico é prestado à população apenas quatro vezes por semana no período da tarde.

O atendimento se concentra em: vacinação (uma vez por semana); curativos; consulta médica

e de enfermagem, e coleta de material para exame de fezes e urina.

O núcleo também é responsável pela distribuição de leite fluido e da cesta básica (açúcar, óleo, fubá, arroz), que são atividades do Programa de Suplementação Alimentar. O número de beneficiários mensal deste programa, é em média de seis gestantes, dez nutrizes e trinta e nove crianças, mas desde o mês de outubro do corrente ano está em falta o leite fluido como a cesta básica.

Farmacêutico - possui um, que vai toda tarde para Tibiriça, exceto aos finais de semana. Através do inquérito domiciliar verificamos que, existe uma outra opção de recurso de saúde informal, que é a benzedeira, mas esta só é procurada eventualmente.

Educação:

Grupo Escolar Major Antônio Fraga - oferece cursos gratuitos de primeiro grau e supletivo.

O primeiro grau funciona tanto pela manhã como a tarde. Pela manhã possui cento e cinco alunos e a tarde noventa e oito estudantes. Já as aulas do supletivo são ministradas a noite para quatorze alunos. O supletivo possui dois níveis o um (I), que corresponde ao básico e o dois (II) que se equipara

a terceira e quarta série do primeiro grau.

O grupo escolar possui no total sete salas e tem capacidade para atender duzentos e quinze alunos por período, mas tem matriculado ' duzentos e sessenta e dois alunos nos três períodos, que representa 40,6% da capacidade operativa.

O corpo docente é constituído por nove professores, sendo estes provenientes da cidade de Bauru. Quanto aos alunos, estes na sua grande maioria são da zona rural e o transporte é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Bauru, que é realizado através de ônibus escolar no período da manhã e da tarde.

Na época de colheitas ocorre um absenteísmo' às aulas, por que as crianças também são utilizadas como mão-de-obra, para aumentar a renda familiar.

A merenda escolar é servida no período da manhã e da tarde e o cardápio é elaborado semanalmente, contendo os seguintes alimentos: macarrão, polenta, arroz e canjica. As vezes também é servido toddy, bolacha e frutas. Na época das férias escolares a merenda é servida não só as crianças matriculadas e sim a todas as crianças do Distrito.

O grupo escolar recebe recursos financeiros

do Estado para a compra de material didático, para serem doados aos alunos carentes.

Creche de Assistência "Nossa Criança" de Tibirica - Atualmente a creche tem noventa e duas crianças matriculadas, mas possui capacidade para cento e trinta, na faixa etária' de três meses aos dezesseis anos de idade.

O horário de funcionamento é das sete às dezessete horas e durante este período é servida quatro refeições. Nem todas as crianças permanecem o dia inteiro na creche, uma vez que os maiores de sete anos de idade vão para o grupo escolar Major Antonio Fraga à tarde.

Desenvolve atividades de pré-alfabetização e recreativas (jogos).

Os recursos financeiros para a manutenção são provenientes das seguintes entidades:

- São Leopoldo do Sul (Cz\$ 200.000,00 trimestral);
- Governo do Estado de São Paulo (Cz\$ 33.400,00 mensal);
- Legião Brasileira de Assistência (Cz\$ 136.000,00 anual);
- Prefeitura Municipal de Bauru (Cz\$ 16.000,00 mensal).

As doações totalizam aproximadamente uma quan

tia de cento e vinte e sete mil e quatrocentos cruzados por mês.

Organização Popular:

Centro Comunitário Rural - é patronal e construída pelos agricultores, mas as atividades desenvolvidas se restringem praticamente a festas.

Neste centro funciona também o grupo de mães que se reúnem uma vez por semana para desenvolverem trabalhos manuais, sob a orientação de uma professora que é cedida pela Prefeitura Municipal de Bauru. As aulas são sobre: corte e costura e bonecas de tecido. O material utilizado nas aulas é doado pela Secretaria Municipal de Projetos Comunitários.

Lazer:

A única opção é o campo de futebol.

Entidades Religiosas:

- Uma Assembléia de Deus;
- Uma Congregação Cristã do Brasil;
- Uma Igreja Metodista;
- Uma Igreja Católica;
- Um Terreiro de Umbanda

Meios de Comunicação:

- Um posto de Correio;
- Um posto telefônico da TELESP.

Comércio

- Três bares;
- Três açougues;
- Um armazém;
- Uma farmácia.

Agência Bancária:

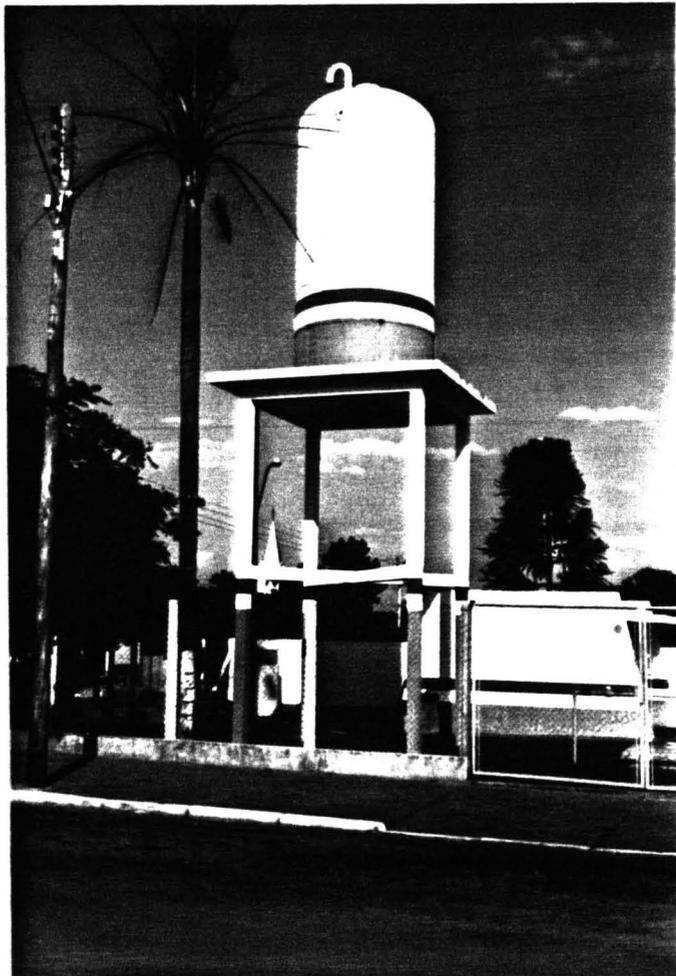
- Uma da Caixa Econômica Federal.

2.1.1. Saneamento Básico

- Abastecimento d'água

O Distrito de Tibiriça, é servido por rede de água, sendo esta proveniente de um manancial subterrâneo, através de um poço profundo, cuja vazão é de $6,2 \text{ m}^3/\text{h}$, funcionando em média 18 horas por dia, o que corresponde a uma produção diária de 113 m^3 . A água é retirada do poço através de bomba submersa, com capacidade para injeção direta na rede e após abastecer o sistema, passa a recalcar e encher o reservatório, que se localiza no ponto mais alto da cidade, ao lado direito do poço e da bomba.

O reservatório é de formato cilíndrico, de fibra de vidro, apoiado em estrutura metálica, com capacidade de 25.000 litros.



Vista do reservatório de água do Distrito de Tibiriça.

A rede pública de água é constituída por uma parte mais antiga de ferro galvanizado, e por uma extensão mais recente em tubo PVC, com diâmetro de 3/4 .

O órgão responsável pelo abastecimento de água em Tibiriça é o Departamento de Água e Esgoto, autarquia da Prefeitura Municipal de Bauru, o qual nos informou que a água proveniente para abastecimento não recebe nenhum tipo de tratamento (isto é, nem cloração e nem fluoretação).

De acordo com informações obtidas no DAE, temos os seguintes dados:

- Nº de economias = 212

Sendo incluído nesse total, as ligações residenciais comerciais, públicas e rurais, sendo que, 4 dessas ligações não possuem hidrômetros.

- A taxa de consumo mínimo para Tibiriça, é de atualmente (novembro/87) igual a Cz\$ 33,30.

Com base nesses dados obtidos, podemos calcular um indicador de desempenho, referente ao abastecimento de água, que nos dá uma noção do parâmetro de saneamento referente ao distrito de Tibiriça, e ao serviço de água prestado pelo DAE, conforme descrição a seguir:-

Indicador de desempenho

1. Nível de Atendimento com Água:-

$$I.A.A. = \frac{\text{Pop. Abastecida}}{\text{Pop. Urbana}} \times 100\%$$

$$I.A.A. = \frac{562}{580} \times 100\%$$

I.A.A. = 96,89 %

A população abastecida e a população urbana aplicadas no cálculo do indicador de desempenho, foram obtidas pelo inquérito domiciliar realizado em Tibiriça no mês de novembro de 1987.

Esses dados correspondem à aproximadamente 89,36% da população residente na zona urbana, representando quase todo o universo.

Esse indicador de desempenho nos mostra a porcentagem da população urbana atendida pelo abastecimento de água. Quanto maior o percentual, melhor o desempenho da empresa em atingir o seu objetivo, conseqüentemente maiores benefícios para a população.

Esse índice é bom, comparado com outros Municípios do Estado de São Paulo. Vide quadro a seguir:

Indicadores de Sistemas de Abastecimento
 d'água de Algumas cidades (Estado de São Paulo) 1986. -(44)-

ANO	1987	1986	1986	
CIDADE	TIBIRIÇA	BAURU	S.J.CAMPOS	ARARAQUARA
Pop.Urbana	649	226421	276952	134566
I.A.A.	96,89	97,7	90	92

FONTE: DAE/BAURU

Em visita ao DAE, no dia 20/11/87, obtivemos dados da Análise de Padrões Físico-Químicos de potabilidade da água, do distrito de Tibiriça, coletada no dia 29/06/87 (8:45 hs); e laborada no próprio laboratório do DAE:

- Alcalinidade de bicarbonatos - 6,3 mg/l Ca CO₃
- Alcalinidade de Carbonatos - 6,3 mg/l Ca CO₃
- Cloretos - 10,8 mg/l Cl
- Cloro residual - X mg/l Cl₂
- Dureza total - 40 mg/l Cl
- Dureza de Carbonatos - 6,3 mg/l Ca CO₃
- Dureza de não Carbonatos - 33,7 mg/l Ca CO₃,
- Ferro - 0 mg/l Fe
- Fluor - X mg/l F
- Nitrogênio Albuminoide - X mg/l N
- Nitrogênio Amoniacal - X mg/l N
- Nitrogênio Nitrato - X mg/l N
- Nitrogênio Nitrito - X mg/l N
- Oxigênio Consumido - 0,3 mg/l O₂
- Sólidos Dissolvidos - X mg/l
- Sólidos Totais - 160 mg/l
- Sulfato - X mg/l SO₄
- Resultado: Todos os parâmetros analisados'

atendem aos padrões físico-químicos de potabilidade.

FONTE: DAE.

Foi obtido também dados da análise bacteriológica, cujas amostras foram coletadas e elaboradas pelo próprio laboratório do DAE, no dia 29/06/87 no distrito de Tibiriça, onde:

a = contagem padrão de bactérias
nº de colônias/ml a 34,5°C - 24hs.

b = NMP totais - nº/100 ml - Técnica de Tubos Múltiplos

c = NMP fecais - nº/100 ml - Técnica de Tubos Múltiplos

Nos seguintes locais:-

1. Na boca do poço profundo, no dia 29/06/87
(8:45 horas)

a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml

2. Na torneira do banheiro (caixa elevada do DAE) (8:47 horas)

a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml

3. Creche - direto da torneira da cozinha
(9:00 horas)

a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml

4. Creche - direto da torneira com filtro (9:05 horas)
a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml
5. Direto da torneira de entrada da rua - berçário e creche (9:10 horas)
a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml
6. Direto do bebedouro da creche (9:15 horas)
a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml
7. Rua Joaquim Rodrigues Fraga nº 254, direto da caixa (9:20 horas)
a = 0
b = 9,2 / 100 ml
c = < 2,2 /100 ml
8. Rua Joaquim Rodrigues Fraga nº 254, direto da torneira da rua (9:25 horas)
a = 0
b = < 2,2
c = < 2,2
9. Núcleo de Saúde - direto da caixa (9:40 hs)
a = 0
b = 16
c = < 2,2
10. Rua Carmelo Zamataro nº 263, direto da torneira do cavalete (9:50 horas)
a = 0
b = < 2,2 /100 ml
c = < 2,2 /100 ml

11. Rua José Pereira Rangel nº 342, direto do cavalete (10:10 horas)

a = 0

b = < 2,2 /100 ml

c = < 2,2 /100 ml

12. E.E.P:G. "Major Fraga", direto da torneira da rua (10:00 horas)

a = 0

b = < 2,2 /100 ml

c = < 2,2 /100 ml

FONTE: DAE

Resultado das análises-locais que atendem aos padrões bacteriológicos de potabilidade:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13

Não atendem aos padrões:

7, 9.

Verificamos então que, a caixa d'água da residência situada na rua Joaquim Rodrigues Fraga, nº 254, onde reside a Sra. Maria de Souza Freitas, com seu marido Sr. José e sua filha Josimara, raramente costuma ser limpa devido a dificuldade do acesso a ela.

Essa informação foi obtida através do nosso inquérito domiciliar. Quanto a caixa do Centro de Saúde local, desde a sua fundação não foi feita nenhuma limpeza e desinfecção até a presente data. Nesses dois locais, de acordo com os dados do DAE, os padrões bacterio

lógicos estão fora dos limites estabelecidos. Esses valores podem ser explicados por uma possível existência de algum animal ou pássaro morto, ou outro tipo de sujeira.

Análise do Inquérito Domiciliar

Dos resultados obtidos pelo nosso grupo Multiprofissional, no distrito de Tibirica através de inquérito domiciliar, conforme modelo anexo, dos 144 inquéritos, que representa a proximadamente 89,36% da realidade, podemos concluir que:

- quanto a rede de abastecimento de água;
 - . 140 residências possuem rede de água, e 4 residências utilizam água de chuva ou água do vizinho.
- quanto ao fornecimento de água nas residências, obtivemos os seguintes resultados:
 - 54,3% nunca falta água
 - 25,0% raramente falta
 - 11,4% às vezes falta
 - 9,3% sempre falta

Isto nos mostra que, a vazão do poço é suficiente para abastecer ininterruptamente o sistema.

- quanto à questão relativa a existência ou

não de caixa d'água nas residências, obtivemos as seguintes porcentagens:

77,1% possuem caixa d'água

22,9% não possuem caixa d'água na residência.

- quanto à limpeza e desinfecção das caixas d'água, obtivemos os seguintes dados, através do inquérito:

38,7% sempre limpam

46,8% às vezes limpam

7,2% raramente limpam

6,3% nunca limpam

Com todas essas informações, podemos concluir que quanto ao fornecimento e abastecimento de água no distrito de Tibiriça, é bom e bem operado.

Esgotamento Sanitário

Não há, nas proximidades do distrito de Tibiriça, nenhum curso d'água que pudesse vir a funcionar como corpo receptor e veículo de afastamento dos dejetos de esgotos da população ali instalada. Tal sistema, de lançamento em córrego, é o predominante na cidade de Bauru, onde a maioria de seus rios estão enquadrados na classe 4, segundo a Resolução

nº 20, de 18 de junho de 1986.

O sistema adotado pela comunidade trata-se de disposições individuais, de responsabilidade do particular e executada de acordo com suas posses, não atendendo, em muitos casos, critérios adequados do ponto de vista sanitário.

Basicamente encontra-se dois tipos de instalações: fossas absorventes e fossas higiênicas. No primeiro caso, faz-se a escavação cilíndrica, no quintal das residências, revestida com tijolos espaçados ou em alguns casos com tambores perfurados e aí são depostos os dejetos provenientes das instalações sanitárias, transportados por veiculação hídrica, através de tubulações, o que não exige que a fossa seja instalada no mesmo local da privada, permitindo que se tenha o banheiro dentro de casa.

No caso das privadas higiênicas, consistindo-se de escavações abertas no solo, com dimensões variáveis e de forma cilíndrica, protegidas por construções geralmente de madeira, a "casinha", caracterizam a disposição em fossa seca, onde se associam o local de deposição conjuntamente com a fossa, definindo sua localização geralmente externa à residência.

Nota-se que, embora o distrito seja quase totalmente abastecido por rede pública de água, grande número de famílias se utilizam de privadas ' higiênicas, localizadas no fundo do quintal, o que contribui para agravar problemas de proliferação de insetos e baratas, muito encontrado , em função das condições de manutenção das mesmas.

Encontrou-se também locais onde os dejetos sanitários são lançados na rua e uma residência onde não há instalações sanitárias de espécie nenhuma.

Do ponto de vista de construção, nota-se que não há preocupação com o dimensionamento das fossas, ou com o tipo de material mais apropriado a sua execução.

Ocorre em muitos casos, o reaproveitamento da escavação do antigo poço raso para obtenção de água, e que agora serve como fossa absorvente. Por outro lado, encontrou-se sistemas de fossas absorventes muito bem executadas, onde os moradores tiveram o cuidado de até deixarem abertura para processarem a limpeza num possível caso de colmatção e enchimento.

Como o abastecimento do distrito é feito através de poço profundo, e ninguém se utiliza de poço raso para abastecimento de água, não há o inconveniente da limitação de cota para a escavação'

das fossas, o que traria o perigo de contaminação das águas, caso não fosse obedecido.

Quanto às águas residuárias provenientes das instalações de pias, tanques e banho, são, com exceção de dois casos constatados de ligação conjunta na fossa absorvente, lançadas no quintal ou nas ruas, funcionando como fonte de proliferação de baratas e insetos e dando um aspecto antiestético e insalutar.

Na pesquisa domiciliar efetuada, constatou-se, um total de 144 residências consultadas, que:

- . 52,8% das residências possuem fossa absorvente.
- . 44,4% das residências possuem privada higiênica.
- . 1 residência não possui qualquer tipo de instalação.
- . 1 residência lança seu esgoto na rua.

Quanto à localização das privadas nas residências tem-se:

47,9% (69) fora de casa

47,2% (68) dentro de casa

4,2% (6) dentro e fora de casa (possuem os
2 sistemas)

0,7% (1) não tem privada.

Quando à questão de possuírem ou não descarga encontrou-se:

76 residências possuem caixa de descarga nas

privadas

68 residências não possuem este equipamento.

Quanto ao lançamento das águas residuárias de pias, tanques e banhos, o inquérito revelou uma ligeira tendência de se lançar tais dejetos na rua, mas o lançamento para o quintal também atinge altos níveis.

Resíduos Sólidos

A questão dos resíduos sólidos no distrito de Tibiriça limita-se à coleta e disposição dos resíduos domiciliares o que caracteriza os atributos da Limpeza Pública em pequenas comunidades.

Há na área, e executada por funcionários da subprefeitura local, um sistema de coleta já implantado, que opera por meio de um trator ao qual é acoplada uma caçamba aberta sobre rodas, que numa frequência de 3 vezes por semana remove o lixo das residências.

Nota-se que a quantidade de lixo produzido pelas famílias não é grande e que parte dos resíduos considerados leves e que por isso se espalham com o vento pela região, são queimados nas próprias residências, talvez resultado de uma campanha popular para não se sujar o distrito com este material.

O sistema de coleta se mostra eficiente e acertadamente adaptado ao tipo de produção de resíduos local.

Quando indagados sobre se há sistema de coleta no distrito e de sua frequência, a população respondeu prontamente com um grau de acerto em torno de 90%.

Quanto ao acondicionamento dos resíduos sólidos são usados recipientes, em sua maioria com retorno, destacando-se latas, latões, caixas de madeira, sacos plásticos reaproveitados de embalagens de adubos, os quais são devolvidos à casa pelo coletor, evidenciando uma adaptação de embalagens disponíveis à necessidade de se obter recipientes próprios.

As folhas que caem das árvores são queimadas ou juntamente com a matéria orgânica enterrada no quintal, por algumas das famílias entrevistadas.

A destinação final desses resíduos coletados é mantido num local bem próximo ao limite urbano do distrito, a céu aberto, aproveitando uma pequena depressão natural do terreno. O lixo é ali depositado pelo próprio coletor não recebendo qualquer tipo de tratamento.

Segundo informações das próprias crianças que circundavam a área, estas se aproveitam de materiais como garrafas, ferro, lata, para revenderem, evidenciando a catação de materiais que

possam ser reciclados.

Nota-se também o acesso de animais tais como cachorros, galinhas e pintinhos se aproveitando ' da matéria orgânica disposta.

Quanto ao aspecto antiestético do lixão, este não chega a afetar drasticamente a comunidade ' porque se trata de uma área recente de disposição (a anterior foi aterrada), como pode ser observado na foto do local, mas em termos de Saúde Pública, tal prática não é recomendável ' tendo-se em vista que constitui condições favoráveis para a proliferação de moscas, mosquitos, baratas e roedores e pode representar risco potencial de acidentes às crianças e animais que o frequentam.

De acordo com informações obtidas do sub-prefeito de Tibiriça, um novo local está sendo estudado para se dispor os resíduos, nada abordando , entretanto, quanto à técnica de disposição.



Habitação

Tibiriça apresenta um padrão habitacional que retrata sua condição socio-econômica. Ao lado de habitações de alvenaria, muito bem estruturadas, encontram-se moradias construídas em madeira, mas que, em sua maioria, são cobertas por telhas de barro. Do total das construções 70 % são de alvenaria e 30% de madeira, sendo que mais da metade são de propriedade dos próprios moradores, 35% da população paga aluguel do imóvel e aproximadamente 12% das famílias residem em moradias cedidas, geralmente de propriedade dos filhos ou outros familiares.

Em sua grande maioria, as residências são familiares, apresentando o corpo principal da casa e quintal onde há sempre árvores frutíferas e em alguns casos criação de animais.

Em contrapartida às casas de 6 ou 7 cômodos de alvenaria, com forro em todos eles; com piso de madeira e cerâmica; sanitário dentro de casa e chuveiro elétrico, evidenciando, para um distrito rural, uma ótima construção de habitação, foram encontradas casas sem luz elétrica, sem água encanada, em deterioradas condições sanitárias, que mostram o outro lado, deficiente, da condição de habitação.

Da pesquisa domiciliar realizada, alguns percen

tuais são interessantes de serem listados que retratam melhor esta apreensão;

- quanto a possuírem forro nos cômodos da resi
dência:

56,3% - não possui em nenhum cômodo

26,4% - possui em alguns cômodos

17,4% - possui em todos os cômodos.

- quanto ao tipo de piso das moradias:

52,0% - piso cimentado

24,0% - piso de madeira

16,0% - piso de cerâmica

4,9% - piso de tijolo

1,6% - piso de terra batida.

- quanto ao número de cômodos das residências:

40,2% possui mais de 6 cômodos

44,2% possui 4 ou 5 cômodos

11,2% possui 2 ou 3 cômodos

4,2% residem num único cômodo.

Há que se notar que grande parte das casas alu
gadas são sub-locações de cômodos de uma mesma
casa.

- quanto à ligação de luz elétrica

4 casa não possuem ligação elétrica.

- quanto à condição da propriedade

51,4% - são casas próprias

35,4% - são casas alugadas

11,8% - são casas cedidas.

Há no local, 10 residências construídas recentemente pelo BNH e uma das reivindicações da população, principalmente dos que pagam aluguel é que este sistema seja implementado dando maior oportunidade a mais pessoas de obter sua moradia própria.

Uma análise rápida da foto apresentada a seguir, retrata mais claramente as condições habitacionais da população local.



Conhecimento das Tendências de Uso e Ocupação do Solo

De acordo com a informação obtida na Prefeitura Municipal de Bauru, constatamos que não há ' Código de Obras e nem Lei de Zoneamento para o Distrito de Tibiriça.

Dados sobre controle de zoonoses, controle de alimentos e serviços de inspeção e fiscalização de alimentos de origem animal.

Tibiriça, sendo um Distrito rural, encontramos ' criações de animais, nos quintais inclusive na zona urbana, como por exemplo: grande n° de re sidências possuem cachorro, galinhas, gatos , pássaros, e criação de porcos. Verificamos tam- bém, uma criação de coelho e gado no perímetro urbano.

Em Tibiriça, a uns 2 km, da área urbana se loca liza o matadouro municipal, sendo este de res ponsabilidade da Prefeitura de Bauru.

O abate é executado 2 vezes por semana, e a car ne é vendida num único açougue em Tibiriça.

Algumas famílias abatem suínos e algumas vezes até bovinos clandestinamente, em suas proprieda des, e vendem particularmente.

O matadouro não possui sistema de tratamento de efluente, sendo estes lançados ao solo e enter

rados, e o couro, é vendido para o curtume.

Quanto ao controle de alimentos, em geral, incluindo os de não origem animal, são fiscalizados pela Vigilância Sanitária, do Ersa-23, de Bauru.

Em Tibiriça não há controle de zoonose, e assim semestralmente, através de campanhas, a população Tibiresense, vacina seus animais.

Através do inquérito domiciliar, obtivemos os seguintes dados:

- 32,4% da população possuem cães
- 11,9% da população possuem gatos
- 19,1% da população possuem pássaros
- 7,5% da população possuem porcos

Caracterização geral, das condições de poluição ambiental do distrito:

O distrito de Tibiriça não recebe contribuição de poluentes ambientais provenientes de indústrias.

As maiores fontes poluidoras em Tibiriça são as águas servidas que são lançadas na rua, as fossas higiênicas, a poeira das ruas não pavimentadas, e a proliferação de moscas, mosquitos, baratas e artrópodes

E de maneira geral as repercussões ambientais não são significativas.

2.2. Análise do Serviço de Saúde

Utilizando o método aritmético de aumento populacional para estimar a população local para 1987, e tendo como parâmetro os censos de 1970 e 1980, verificamos uma tendência a diminuição do número de habitantes.

Desse modo, a população estimada é de aproximadamente de 1864 habitantes. De acordo com a portaria nº 3046/82 - INAMPS, e tendo, para efeito de cálculo, que o ano possui 230 dias, temos que:

$1864 \times 2 \text{ consultas médicas/ano} = 3728 \text{ consultas.}$

$1^{\circ} \text{ médico (16 consultas/dia)} \times 230 \text{ dias} = 3680 \text{ consultas ano.}$

Assim sendo, observamos que, teoricamente, para a população estimada, apenas um médico generalista satisfaz a demanda. Usando ainda a mesma fonte, (portaria INAMPS) teríamos para a população estimada, aproximadamente 56 gestantes (3% da população), demanda que não justificaria a presença de um especialista, pois, o pré-natal pode ser conduzido por profissional generalista uma vez que os partos são realizados, na maioria das vezes, em hospitais de Bauru. Assim sendo, a presença, tal como acontece no momento, de apenas um profissional médico satisfaz a demanda.

Após o contato com a realidade local, verificamos a necessidade de ser rever esta situação, pois o médico local atende quatro vezes por semana no

período vespertino, com um rendimento de 5 consultas hora. Fato que indica sobrecarga com conseqüente prejuízo do atendimento. Levando, ainda, em consideração que a área é eminentemente agrícola, os adultos e menores acima de 12 anos, (eventualmente até antes disso) só podem ter acesso ao serviço de saúde local somente após a jornada de trabalho e aos domingos, quando o núcleo de saúde se encontra fechado.

Apesar de, durante o inquérito domiciliar, termos constatado a boa receptibilidade do profissional médico na população, como pode ser observado na tabela XVII, de um modo geral o núcleo de saúde se relaciona de maneira cordial com a comunidade, embora não desenvolva nenhuma atividade que somente o entrosamento com a população, como por exemplo: formação de grupos para estimular o aleitamento materno, da importância do pré-natal, enfim de assuntos relativos a saúde.

Após estas considerações, concluímos que o serviço de saúde é deficitário, havendo necessidade, portanto, da locação de mais um médico generalista e de se estar pensando no atendimento, isto é, na continuidade do atendimento após as 17 horas por que os trabalhadores rurais possam ter acesso ao mesmo.

Em relação à área de odontologia, o núcleo de saúde possui no consultório apenas um profissional trabalhando 8 horas/dia de 2ª a 5ª feira, agendando 8 pacientes por período e atendendo demanda livre,

além disso, atende todos as emergências do dia.

Este tipo de atendimento prejudica o rendimento do profissional e os resultados finais (tratamento completo) ficam prejudicados.

Para um melhor aproveitamento do profissional dentro do núcleo de saúde, sugerimos que o mesmo atenda a faixa etária de 7 a 12 anos, aproveitando inclusive a população que frequenta a escola (situada ao lado do núcleo de saúde), com isto o seu trabalho apresentaria resultados mais satisfatórios de acordo com os programas desenvolvidos em saúde pública. O profissional conseguindo atender esta faixa etária como prioridade, teria maior tempo disponível para atender outras necessidades.

2.3. Indicadores de Saúde e Dados Demográficos

Existe dificuldade na elaboração de índices confiáveis, uma vez que para tanto há exigência de dados fidedignos, e antes disso, existe a necessidade do hábito de registrar dados, o que não é uma tradi

ção no Brasil e evidentemente que o Distrito de Tibiriça não foge a regra. Com a criação da Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de Bauru, tem existido um crescente interesse em melhorar, isto é registrar e analisar dados estatísticos, mas, pelo que podemos observar, somente em relação a cidade de Bauru, sendo escassos os dados referentes ao Distrito. Desse modo passaremos a analisar os dados obtidos e na medida do possível comparar com a sede do Município e outras áreas.

2.3.1. Razão de Masculinidade

Para o Distrito a razão 1980 é 1117 homens para 1000 mulheres.

O fato de Tibiriça oferecer poucas frentes de trabalho, sendo a principal a lavoura, que emprega basicamente mão-de-obra masculina, explica a evasão de mulheres em idade produtiva para a sede do município e outras regiões, em virtude de possuírem pouca qualificação profissional, levando-as a trabalharem no serviço doméstico.

Os dados do censo de 1980, confirmam numericamente a hipótese proposta acima, pois vamos encontrar quinhentos e noventa e quatro (594) homens e quatrocentos e noventa e quatro (494) mulheres em idade produtiva (de 15 a 64 anos), correspondendo aproximadamente a

17% mais homens que mulheres.

2.3.2. Razão de Dependência

Para Tibiriça em 1980 foi 80,7% o que nos leva a pensar que da mesma forma que as mulheres da área saem em busca de melhores condições de trabalho, a população de uma forma geral em idade produtiva, também procuram trabalho em outras regiões, principalmente na sede do município, pelos motivos expostos anteriormente quando tratamos de masculinidade.

Nos contatos mantidos com a localidade, verificamos alguns problemas sociais decorrentes destes fatos: exploração do trabalho do menor de 15 anos na lavoura; ausência de frequência na escola nas épocas de colheita.

2.3.3. Pirâmide Populacional

A representação gráfica, (figura III), da distribuição na faixa etária e sexo, para 1980, sugere uma natalidade maior que a de Bauru, e explica uma proporção maior de pessoas entre 0 e 15 anos em Tibiriça, quando comparamos as pirâmides para as duas áreas no mesmo ano. Outro aspecto relevante é o estreitamento da pirâmide em idades produtivas.

ras, o que nos torna possível visualizar as observações referidas quando tratamos da razão de masculidade e dependência. Na pirâmide populacional observamos que a barra de 0 a 5 anos de idade apresenta-se estranhamente estreitada, cuja explicação é a possibilidade de sub-registro de nascimento e sonegação de informações durante o censo.

2.3.4. Escolaridade

O comportamento da população alfabetizada no distrito de Tibiriça se mantém proporcionalmente constante na década de 1970 e 1980, onde aproximadamente 67% eram alfabetizadas. No grupo etário de 5 a 14, houve uma diminuição nesta proporção no período, que passou de 68,75% em 1970 para 56,14% em 1980. Em compensação, houve um aumento na proporção de pessoas alfabetizadas na faixa etária de 15 a +, passando de 67,08% em 1970 para 71,83% em 1980.

Com os dados acima citados podemos supor que a população do distrito está se alfabetizando em idades mais avançadas. (vide Gráfico IV)

2.3.5. Coeficiente de Mortalidade Geral

Utilizando estimativas populacionais, tanto

para Bauru como para Tibiriça, e levando em consideração que os óbitos do Distrito foram obtidos através de levantamento dos livros e registros de Cartório do Registro Civil e para Bauru através de dados do SEADE, conforme tabela XI, temos os óbitos ocorridos segundo faixa etária de 1975 a 1984. Devemos lembrar, que Bauru recebe doentes de várias regiões, inclusive de Tibiriça, que por um lado faz aumentar o número de óbitos ocorridos na sede do município e por outro diminui a ocorrência no Distrito, além, é claro, da possibilidade de sub-registro de óbitos. Pelo fato da área ser eminentemente rural, não nos foi possível verificar a existência de cemitérios clandestinos ou outra situação que nos confirmasse o sub-registro.

Analisando ainda, a tabela XI, temos os coeficientes geral de mortalidade e o padronizado de mortalidade para Bauru e Tibiriça. Podemos concluir, quando comparamos os números que Bauru possui melhor nível de saúde e que o risco de morrer no Distrito é sempre maior. Levando em consideração que o que faz aumentar o risco de morrer em uma região são as condições de saneamento básico, habitação, escolaridade, oportunidade de trabalho, nível de renda,

acesso à serviços de saúde, alimentação, etc, verificamos após o conhecimento da realidade local, que essas condições são muito melhor resolvidas na cidade de Bauru.

Observando ainda a tabela XII, podemos verificar que nessa série histórica apresentada, os óbitos do Distrito se concentram na faixa etária menor de 1 ano, fato que é característico de uma área de baixo nível de saúde. O que nos foi possível inferir da simples observação local, como por exemplo o difícil acesso a assistência médica, uma vez que o núcleo de saúde não presta assistência médica a noite e nos finais de semana e que pessoas da zona rural precisam recorrer distâncias de até 13 km. Além da observação, a dificuldade de acesso, num sentido amplo, nos foi relatado na maioria das entrevistas domiciliares realizadas. Podemos ainda, verificando a tabela XIII, confirmar a precariedade da assistência médica, uma vez que a causa de óbitos ocorridos mais frequente de 1974 a 1984 é ignorada, sem assistência médica.

2.3.6. Dados de Morbidade

Estudos sobre morbidade exigem informações que podem ser obtidas em várias fontes, que

podem ser incompletas e mesmo incorretas. Fa
to que tornar tais estudos bastante comple
xos. No Brasil, uma vez que saúde não se cons
titui prioridade, mesmo que os discursos digam
que sim, há inúmeras situações de agravo a
saúde individual e coletiva, que poderiam
ser resolvidas, se assuntos relativos a saú
de fossem encarados com seriedade e responsa
bilidade. Um reflexo de tal postura é a es-
cassez de dados. O Distrito de Tibirica se
insere neste contexto. Desse modo, tentare-
mos verificar as estatísticas hospitalares,
o que se torna impraticável, pois, além da
existência de várias instituições, em Bauru,
procuradas pelos habitantes do referido dis
trito, ainda não é hábito de tais institui-
ções fazer a anotação sistemática do local
de origem da procedência. Em relação a doen
ças de notificação compulsória, comunicadas
à SUSCEN - Setor Bauru, não encontramos re
ferência recentes à área em estudo.

No Cartório de Registro Civil fizemos um
levantamento da causa de morte dos ôbitos re
gistrados no período de 1974 a 1984, (tabela
XIII). Desta tabela podemos verificar que a
causa mais frequente é a "ignorada" por fal
ta de assistência médica, que indica como
já dissemos anteriormente; a precariedade dos

serviços de assistência médica. Contribuindo com 21,6% do total de óbitos encontramos os traumatismos crânio encefálicos e demais aci
dentes, sem nenhuma outra especificação. Uma possível explicação para tal ocorrência, re
side no fato de a área ser eminentemente a
grícola, distante de recursos médico hospita
res, e que o uso de equipamentos (trator ,
colheitadeira, etc) e o transporte para os
locais de trabalho possam estar sendo feito
de maneira inadequada ou mesmo incorreta. Es
te fato nos foi possível verificar.

Na tentativa de se conhecer os motivos que
levaram a procura de assistência médica no
núcleo de saúde local, fizemos um levantamen
to dos diagnósticos nos prontuá
rios médicos do mês de outubro último a até
meados de novembro. Encontramos com maior
frequência os diagnósticos relacionados com
afecções das vias aéreas superiores e vermi
noses, fato que nos levou a realização de
uma investigação através de amostragem do
fichário médico existente na unidade, de
1984 até o momento, com objetivo de quanti
ficar e qualificar a incidência de vermino
ses na demanda (tabela XIV), assim como a
anotação de uma história de vida de um caso
da comunidade diagnosticado como pneumonia.

Observando a tabela XV, notamos que 35,7% dos prontuários da amostra continham exames. Destes, a maior incidência de positividade estava na faixa etária de 1 a 14, representando 57,7% dos prontuários, e 63,4% destes, com exames positivos para um ou mais parasita. Entre os agentes encontrados os mais frequentes foram a Giardia lamblia e Ascaris lumbricoides, seguidos de outros tais como Strongiloides stercoralis, Tricocephalus trichiuris, etc.

Levando em consideração que a disseminação da giardiase e o grau de infestações ascariídica, e de um modo geral as parasitoses, estão ligados à condição social e higiênica da população, e obedecem, em linhas gerais, a fatores epidemiológicos tais como água de beber de uso doméstico contaminada; alimentos vegetais ou alimentos servidos frios saladas, refrescos, etc; manipulação de alimentos; contato direto de pessoa a pessoa ou como consequência de fezes expostas e contato indireto através de artrópodes domésticos (moscas e baratas).

O conhecimento do local em estudo, onde a maioria das habitações propiciam a promiscuidade e os fatores epidemiológicos estudados acima estão presentes de maneira importante, o que nos causa espanto é que a incidên

cia de verminoses não seja muito maior.

Transcrevemos a seguir o depoimento de uma mulher da comunidade, cuja filha esteve doente na semana anterior à da visita, com diagnóstico de pneumonia. A família é composta pelo casal e três filhos, estando a entrevistada grávida do quarto filho no momento, residem em casa alugada da Rede Ferroviária Federal, de onde o chefe da família é funcionário. A habitação é de alvenaria, e segue os padrões arquitetônicos das demais residências construídas quando a instalação da Ferrovia estando em mal estado de conservação. Possui reservatório de água, que raramente é limpo, fossa seca sem descarga e as águas servidas são lançadas no quintal, que serve também para criação de porcos e galinhas. A renda familiar é de Crz\$ 13.000,00 mensais. O relato a seguir se refere a ^a filha do casal com idade de 3 anos.

"A gravidez foi péssima, uma das mais péssimas gravidez que eu já tive, né. Meu marido estava desempregado, passei muito sufoco.

Mas ela, quando ela nasceu teve muitos problemas de saúde, né. Inclusive os três primeiros meses de vida dela, foi internada na Beneficência, e tinha Bronquite, então ela ti

nha muito problema de Bronquite. Toda vez ' que dava crise nela tinha que ser internada.

"Toda as gravidez eu fiz pré-natal, mais, sem pre foi cesária, né e também nunca dei de mamá pra ela. Sempre logo qui nasce meu leite se ca, né", então nunca dei de mamá. Eu acho que talvez seja proviniente disso né?"

"Agora essa pneumonia que ela teve aí esses dias eu não sei proveniente de que que foi não, não sei se é muito sol quente, é que também falta muita água, assim, né. Não pode tomar banho toda hora, eu acho, que foi isso".

"Começou com falta de ar, né, com os peitinho chiando, com falta de ar. Limpei ela, levei ela no posto. Aí a médico falou que era come ço de pneumonia, né inclusive trouxe na far mácia, tomou injeção. O médico receitou um xarope de lá, já trusse, dei prá ela direi tinho, né, daí ela melhorou logo. Melhorou ' depois de uma semana, já tratei dela direi tinho, já combateu o mal. Dependi do trata-' mento, né'. Se a gente trata direitinha, lo go melhora, mais, se a gente não cuida, pre judica mais ainda. Não tem problema não. Ago ra ela tá boa graças a Deus".

Pelo relato acima percebemos que a mãe pos sui certas crenças populares, como por exem

plo a relação de ausência de leite com parto cesariana; pneumonia com muito sol quente. Este tipo de comportamento é comum nas pessoas da comunidade, visto que, isto faz parte da herança cultural. Por outro lado, também percebemos que a mãe tem alguma noção da importância dos hábitos higiênicos, do cumprimento da prescrição médica, além da noção bem desenvolvida do que é "estar doente".

Para alterarmos ou reforçarmos hábitos da população é necessário conhecermos a sua cultura, para que possamos imprimir mudanças, quando estas se fizerem necessárias. É importante partirmos do conhecimento do povo. Assim sendo, a equipe de saúde tem que procurar desenvolver um trabalho que extrapole os limites da unidade de saúde, onde as atividades devem ser programadas, executadas e avaliadas numa linha participativa, lado a lado com a população e não de "cima para baixo" prática comum nas instituições de saúde.

2.3.7. Inquérito de Morbidade

Analisando os resultados da tabela XIV verificamos que no período pesquisado o estado morbido mais frequente são os relacionados a afecções de vias aéreas superiores (gripe, pneumonia, bronquite) correspondendo'

a 23,8% de um total de 64,4% das entrevistas que responderam afirmativamente a pergunta "Se nos últimos três meses alguém em casa esteve ou está doente". Este resultado é compatível com o levantamento do motivo da última consulta no núcleo de saúde local. Uma possível explicação para tal pode estar no fato de a comunidade estar inserida no meio de grandes áreas cultivadas, e em épocas de floradas, a poeira "polinizada" poderia estar desenvolvendo a sensibilização, com manifestações alérgicas, que poderia, estar sendo referidas com gripe, bronquite, de morte e outras.

Fato que nos causou estranheza, foi a anotação de somente um caso de acidente de trabalho, (intoxicação por agrotóxicos) não aparecendo o uso de equipamentos agrícolas, acidentes de transporte dos trabalhadores, etc.

2.3.8, Cobertura Vacinal

No levantamento realizado no arquivo de fichas de vacinação do Núcleo de Saúde de Tibiriça, encontramos 102 crianças menores de 4 anos até a data de 30/10/87, e que se matricularam neste serviço da unidade desde agosto de 1984.

Destas 102 crianças matriculadas em vacinação

no Distrito de Tibiriça (as quais consideramos como nossa população alvo), 81 tem esquema completo para sua idade.

Utilizando a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde, isto é:

$$\text{taxa de abandono} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de } 1^{\text{as}} \text{ doses} - \text{n}^\circ \text{ de } 3^{\text{as}} \text{ doses}}{\text{n}^\circ \text{ de } 1^{\text{as}} \text{ doses}} \times 100$$

Constatamos que existe uma taxa de abandono do programa de Tríplice e Sabin de 15,68% , considerada portanto muito alta.

Está alta taxa deve-se principalmente aos faltosos residentes na zona rural.

A proporção de esquemas completados de Tríplice e Sabin foi igual a 84,31%.

A cobertura vacinal sobre a demanda de crianças matriculadas no núcleo que tenham de 0 a 4 anos em 30/10/87, por tipo de vacina encontra-se na tabela XVII.

O inquérito domiciliar realizado na área urbana de Tibiriça nos possibilitou também conhecer algumas características da situação vacinal da população menor de 4 anos. Através dos questionários localizamos 8 crianças menores de 1 ano residentes na zona urbana, das quais 7 tem carteira de vacinação completa para idade, e mais 42 crianças de 1 a 4 anos, das quais 36 apresentaram carteira de

vacinação completa para idade.

Estes dados confirmaram então que a alta taxa de abandono do programa encontra-se na zona rural, onde vivem aproximadamente metade das crianças matriculadas no núcleo, já que a outra metade aproximada encontramos na zona urbana e a maioria com carteiras atualizadas.

2.3.9. Aleitamento Materno

Observando dos resultados do inquérito domiciliar, tabela XVIII, verificamos que o tempo médio de amamentação é de 3 meses. Sabendo que o preconizado pelos programas de saúde materno-infantil é de 6 meses, podendo afirmar que nesta comunidade há carência de informações e orientações educativas no sentido de transmitir conhecimentos sobre a real importância do aleitamento materno. Outros fatores influenciam no tempo de amamentação, e que são comuns as mães do Brasil, também estão presentes na comunidade estudada, como por exemplo a dificuldade de conciliar trabalho com aleitamento, tendo em vista o grande número de mães que se deslocam da zona urbana para a rural onde exercem suas atividades profissionais.

2.3.10. Problemas Sentidos pela População

Os principais problemas enfrentados pela população do Distrito, e que foram motivo de queixa, estão relacionados na tabela XIX. Pode-se observar que não aparece referência em relação aos serviços de saúde ou unidade local como um todo, visto que a mesma obteve 97% de aprovação pela comunidade. Fato que, a nosso ver, reflete a baixo nível de conscientização em relação ao processo saúde - doenças, dada a precariedade da unidade.

Saneamento básico, urbanização e transportes são as queixas mais freqüentes dos moradores. Os dois primeiros necessitam de grande volume de recursos para solucioná-los, são viáveis, dependendo do interesse político. Em relação ao transporte, a solução nos parece mais fácil, bastando aumentar a freqüência, isto é, aumentar o número de horários de partida Tibiriça - Bauru e vice-versa. Ou com os próprios moradores sugeriram, fazendo com que o trem parasse e apanhasse passageiros em todos os horários que passam por Tibiriça.

CAPÍTULO IV

AVALIAÇÃO

A saúde do povo depende mais de suas condições materiais de vida do que da atenção médica, sendo que estas condições materiais não tem mudado significativamente: salários, habitação, saneamento, transporte, condições de trabalho, mantêm-se em níveis elementares ou de completa escassez.

Ter saúde não significa apenas não ter doença e que o homem necessita ter saúde para trabalhar, produzir, participar e aprender. A saúde dos povos é beneficiada ou agravada pelas condições de vida desses povos. Saúde é sinônimo de luta pela sobrevivência, não entendida apenas como o esforço de cada indivíduo para ter vida, nem a labuta diária, mas aquela luta coletiva direcionada para a melhoria das condições sociais das populações e conseqüente melhoria de suas condições sanitárias.

Devemos sempre partir das necessidades de vida e do saber da própria população e ajudá-la a refletir sobre sua saúde, de sua família e do grupo social a que pertence. Nesse sentido isola a perspectiva de enfoque das necessidades meramente individuais e da análise da doença apenas do ponto de vista curativo. Amplia a discussão desde o aspecto preventivo da doença, o que pressupõe uma reflexão mais abrangente, correlacionada com a questão social.

A partir do avanço do conhecimento acerca da questão saúde, a população pode participar corajosamente de ações que alterem e melhorem sua condição sanitária e os próprios serviços de saúde.

Não devemos apenas dar respostas às demandas , mas propor alternativas, estimular e contribuir para a organização popular e formulação de um projeto que efetivamente' aponte para a solução dos problemas da população de baixa renda. Não negamos, porém o papel do atendimento individual à demanda que necessita de assistência, mas não o colocamos como valor absoluto.

Em Bauru, percebemos que o planejamento das ações é participativo, existe a Secretaria Municipal de Projetos Comunitários, que acompanha mais de perto a contradição entre necessidades e interesses da população e a instituição prestadora de serviços.

As associações de moradores já se encontram em um estágio mais avançado, passando de uma posição esclusivamente reivindicatória para uma outra mais política, voltada para os problemas da comunidade em geral.

No distrito de Tibiriça não existe associação de moradores, restringindo-se apenas, a um grupo de mães que precisa ser melhor articulado.

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

A tendência à identificação das condições de saúde com presença/ausência relativa de doença na população vem sendo historicamente, no Brasil como nas demais formações sociais capitalistas, a forma concreta de não se questionar o problema das condições globais de vida nestas formações.

Nos últimos vinte anos os problemas sociais foram relegados a segundo plano em decorrência de um modelo de desenvolvimento excessivamente voltado para o crescimento da economia. Outra idéia é de que os municípios pouco podem fazer, na atual conjuntura, para melhorar as condições de vida das respectivas populações devido à falta crônica de recursos financeiros. Essas linhas de pensamento tornam bastante simplista a visão dos problemas relacionados aos serviços públicos de caráter social, levando a crer que esses problemas poderiam ser facilmente resolvidos apenas com mudanças nas prioridades do governo e na forma de divisão de recursos entre as diferentes esferas governamentais.

Reconhecemos, porém que grande parte dos problemas detectados na área social deve-se não só aos valores predominantes como às falhas de planejamento e gerências cometidas pelas agências dos governos federal, estadual e municipal que atuam nesse campo: Conflitos e superposições de papéis e funções; irracionalidade na aplicação de recursos , etc...

É preciso também distinguir política institucional e prática institucional. Esta distinção é necessária a

nível teórico-metodológico, porque não se pode confundir discurso institucional (programas, normas, leis, etc.) e prática institucional, sob pena de reduzir a prática ao discurso. As contradições e conflitos são negados no interior das instituições, tal como na sociedade global em que a afirmação do discurso hegemônico vai no sentido de negar a existência das classes, de outras classes, de outros interesses que não os dominantes, nas instituições a identificação do discurso institucional com a Instituição tem o efeito ideológico-político de, negando-se o contra-discurso, o discurso paralelo, negam-se os interesses que ele supõe, isto é, negar-se o outro polo institucional, objeto do discurso e das práticas institucionais. Nas instituições médicas, pode-se mudar a retórica institucional, muda-se mesmo o discurso normativo (leis, planos, programas, etc.) sem se alterar radicalmente a prática institucional vigente. Há entre discurso e prática institucional a mesma distância que entre palavra e gesto, muitas vezes, não só não há coerência entre um e outro, como há nítida oposição.

Acreditamos, que a municipalização dos serviços de saúde é possível desde que os governos locais atendam aos seguintes requisitos: firme vontade política, competência gerencial e técnica e discernimento para adotar objetivos e políticas coerentes com as necessidades sociais e os recursos disponíveis.

Os serviços de saúde se incluem entre os de competência concorrente da União, Estados e Municípios, o que propicia, em geral, um clima de indefinição de responsabili-

dades e desarticulação de esforços que acaba estimulando o missões no atendimento, déficits de cobertura, pulverização' de recursos e baixos padrões de desempenho.

A tentativa de ampliação e melhoria dos serviços de saúde deve partir de uma definição clara dos papéis e funções dos governos locais envolvidos. Porém, dada a heterogeneidade existente entre municípios e estados brasileiros , bem como entre agências do governo federal situadas em diferentes localidades, essa definição não pode ser simétrica: os desiguais não podem ser tratados de forma uniforme , há que se respeitar o grau de capacitação de cada entidade ' ou agência governamental para enfrentar os problemas peculiares da população a ser atendida. Assim, é preciso, que se hierarquizem os serviços de saúde, de acordo não só com os seus níveis de essencialidade e complexidade, como com os seus custos.

Caberá aos governos locais, como entidades governamentais mais próximas da população, atuar prioritaria-' mente nos serviços fundamentais, que interessem de modo geral a toda a população e são menos complexos e onerosos, isto é nos serviços de atenção primária.

O Município de Bauru foi incluído entre um dos primeiros a participar do convênio da AIS, não por mero acaso e sim por demonstrar através de ações e resultados concretos capacidade para solucionar os problemas de saúde da respectiva população. Alcançou êxito no campo da saúde devido a preocupação em definir claramente seu papel e funções, frente às esferas superiores do governo e da própria comunidade,

como também por ter um sistema adequado de planejamento, ge
rência e controle das ações governamentais, mesmo os re
cursos sendo escassos.

CAPÍTULO VI

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Nossas recomendações serão direcionadas apenas para o Distrito de Tibiriça, uma vez que a proposta do nosso trabalho era a de estudar esta comunidade:

- . Promover o reconhecimento e a percepção correta da população acerca dos problemas locais e das situações de vida que interferem na relação saúde x doença;
- . Refletir com os indivíduos sobre sua situação de vida, estimulando-os a participar ativamente na comunidade e nos serviços de saúde;
- . Fomentar a formação de grupo de moradores para discussão dos principais problemas da área e programação de ações que visem solucioná-los;
- . Promover maior entrosamento do Núcleo de Saúde x Comunidade, através de debates, reuniões tanto no núcleo como na comunidade;
- . Elaborar programas de saúde local como forma de obter melhores condições de saúde;
- . Elaborar programas de saúde dirigidos para os lavradores. Tendo em vista que estes constituem a maior parte da força de trabalho local, sugerimos elaboração de programa dirigido ao setor. Como primeira medida, a permanência do Núcleo Saúde atendendo após as 17 horas, é essencial. Assim como, programas de conscientização em relação a acidentes de trabalho e a elaboração de um sistema de vigilância epidemiológica, estimulando a notificação de todos acidentes, para que se tenha dados '

- para a elaboração de ações dirigidas ao setor;
- . Contratar mais um profissional médico generalista;
 - . Prestar atendimento na unidade de Saúde local nos fi
nais de semana;
 - . Contratar mais um odontólogo a fim de se conseguir de
senvolver um trabalho planejado de acordo com os progra
mas em Saúde Pública;
 - . Considerando que a maioria dos abandonos do progr
ma de vacinação ocorreram por parte dos residentes da zona
rural, e as dificuldades existentes para convocação des
tes faltosos, sugerimos a implantação das visitas domi
ciliares na zona rural para levantamento mais fidedigno
da cobertura vacinal;
 - . Aproveitar as campanhas antipólio que tem maior divulga
ção na zona rural para vacinação múltipla na tentativa
de atualizar as carteiras dos faltosos e maior
número possível de crianças com todas as vacinas;
 - . Conscientizar a população sobre a importância da limpe
za das caixas d'água e a maneira correta de fazê-la;
 - . Orientar na construção das caixas d'água para que o a
cesso para limpeza não seja difícil, bem como que a mes
ma tenha tampa para evitar a entrada de pássaros, in
setos ou qualquer outra sujeira que possa contaminar a
água;
 - . Programar campanhas educativas sobre desinfecção da ã
gua, embora a água da rede pública apresenta boa quali
dade quanto aos padrões de potabilidade, algumas caixas

d'água se encontram em más condições sanitárias, acarretando o risco de eventual contaminação da água, o que pode ser resolvido por desinfecção local, através de aquisição de cloro líquido no Posto de Saúde, que seria distribuído gratuitamente para toda a população, com orientação de aplicação;

- . Fiscalização mais efetiva das fossas higiênicas e pocilgas, quanto às condições sanitárias, que podem acarretar à proliferação de artrópodes e roedores e mau cheiro.
- . Construir rede coletora de baixo custo como solução para o esgotamento sanitário. Uma vez resolvido o problema de coleta e transporte, é necessário que simultâneamente se disponha de local para a destinação final dos mesmos. Como o local não dispõe de nenhum curso d'água que possa ser receptor dos dejetos, sugerimos como opção a construção de uma fossa séptica coletiva projetada para uma população de aproximadamente 600 pessoas, ou como melhor solução, para o local a construção de sistema de lagoas para o tratamento, e valos de infiltração sub-superficiais para a disposição final de efluentes tratados, pois há áreas disponíveis para implantação do sistema;
- . Dispor o lixo em local apropriado e que o mesmo seja descarregado de modo controlado, compactado e coberto a cada descarga, com camadas de terra, de terra, da ordem de 15 cm de espessura. Concentrar a descarga de lixo na menor área possível. Impedir a entrada e a atividade de pessoas que procuram aproveitar o lixo. Controlar o desenvolvimento de insetos e roedores. Outras medidas deveriam ser tomadas tais como controle de gases e percolados, para que se tenha um aterro sanitário, mas em virtude da pequena quantidade de lixo gerado, e em caráter de emergência, as medidas acima citadas podem ser consideradas como acauteladoras, no sentido de melhorar a operação de disposição do lixo.

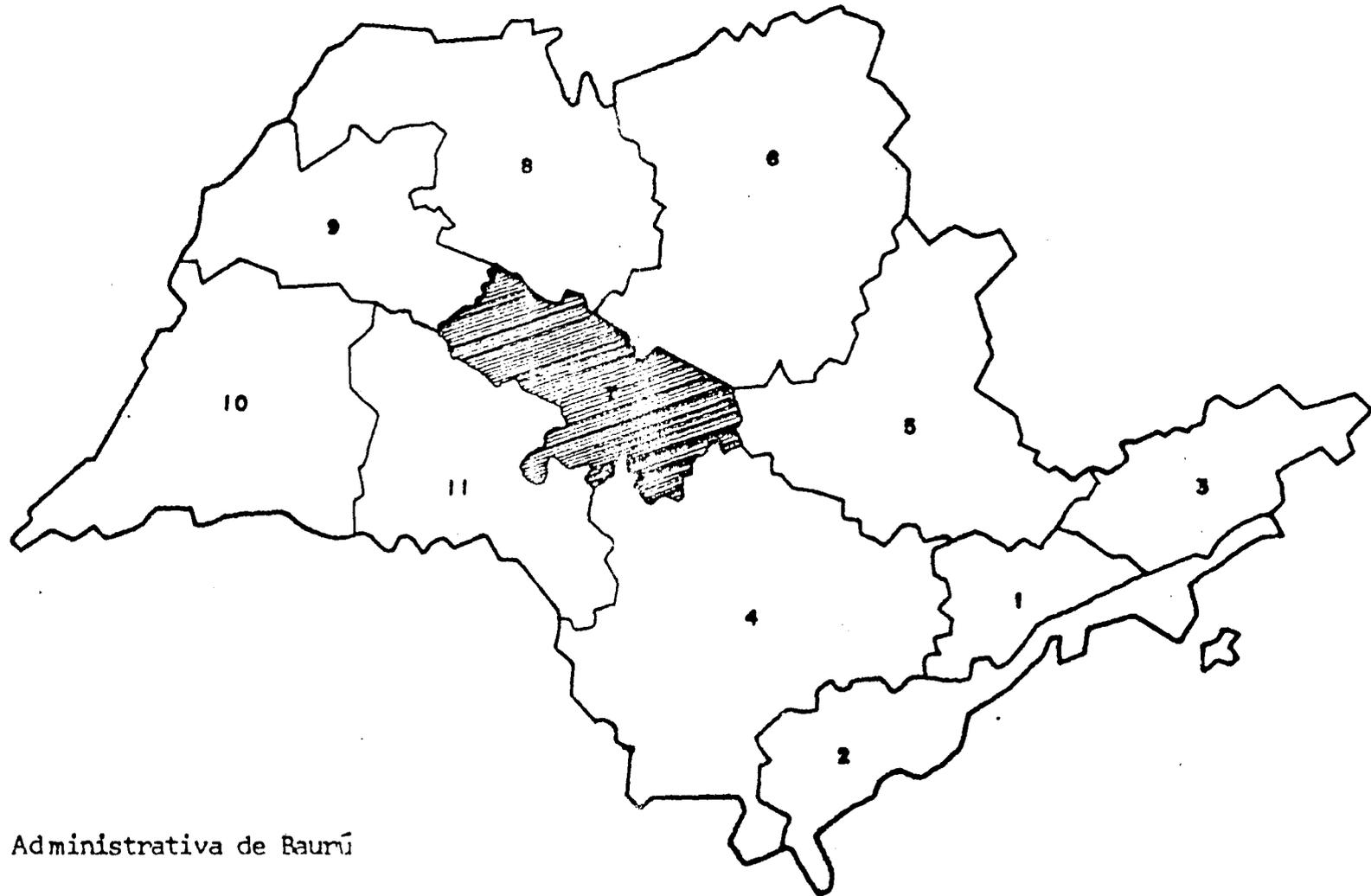
CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFIA

01. Anuário Estatístico do Brasil (Fundação IBGE), Rio Janeiro, 1982.
02. CAMPOS, J. de Q. L. & FONSECA, A. da. Política e Planejamento de Saúde. São Paulo, J. Q. Campos, 1986.
03. FORATTINI, O. P. Epidemiologia Geral. São Paulo, Ed. Edgar Blucher/Ed. USP, 1976.
04. JORNAL DA CIDADE, Bauru, 1º Ago 1986. Edição Documento II, 20 (5810), 1986.
05. LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo, EPU, 1985.
06. LESER, W. et al. Elementos de Epidemiologia. São Paulo, Ed. Atheneu, 1976.
07. NEVES, G. N. Cambé de Bauru : dois casos de Municipalização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, IBAM/CDM, 1986.
08. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Programa Ampliado de Imunização e Avaliação do P.A.I., módulo V. (Apostila fornecida ao Curso Prático do PAI, São Paulo, 1983).
09. PHILIPPI, Arlindo J. et al. Saneamento do Meio. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1985.

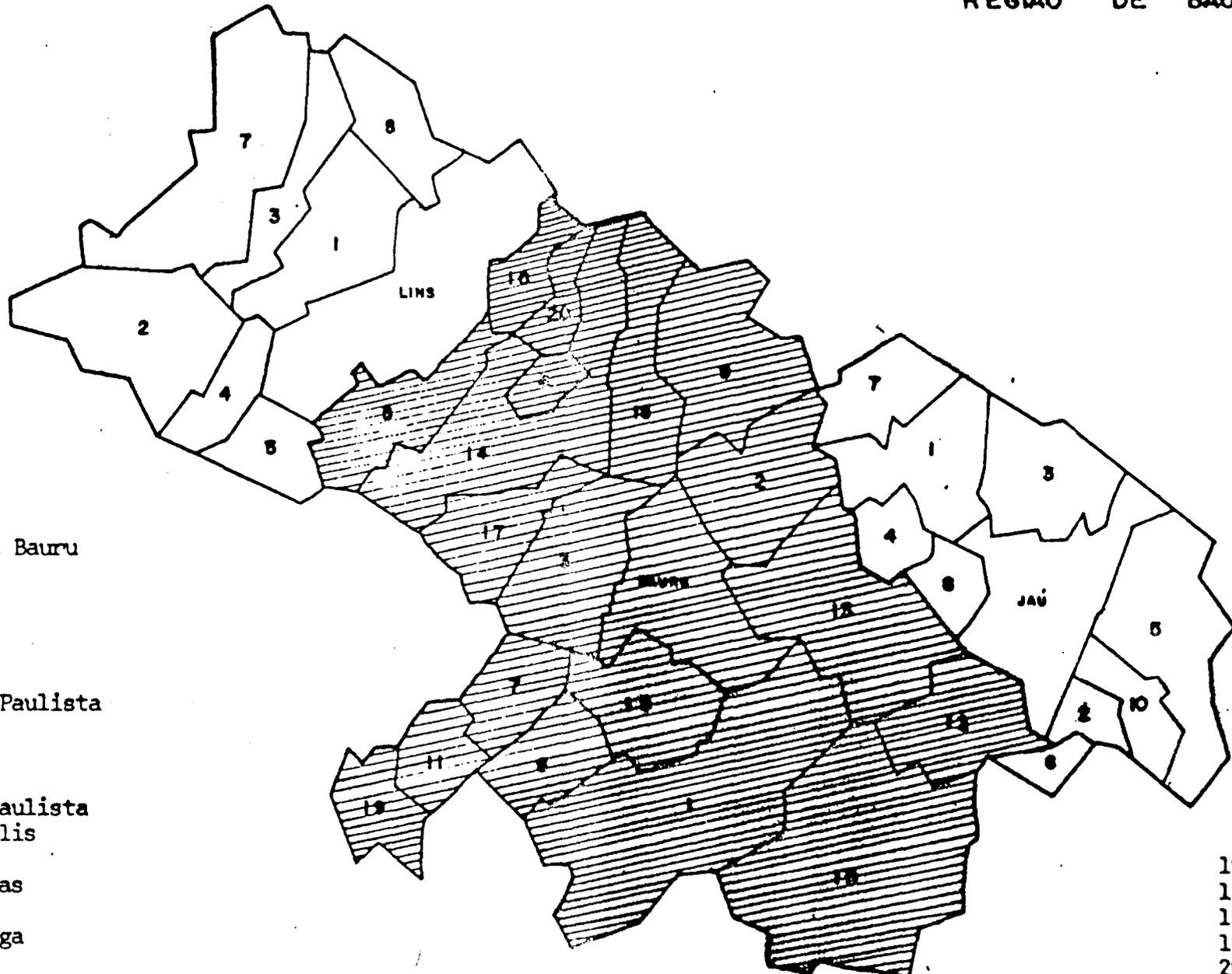
10. SAÚDE E MEDICINA NO BRASIL: Contribuição para um Debate. 4^a Ed. Rio de Janeiro, Edição Geral, 1984.
11. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Diagnóstico de Saúde do Município de Bauru. São Paulo, 1986. (Trabalho Multiprofissional Apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública. 1986).

ANEXO



 Região Administrativa de Bauri

REGIÃO DE BAURU



- ▨ Sub-Região de Bauru
1. Agudos
 2. Arealva
 3. Avaí
 4. Balbinos
 5. Bauru
 6. Cabralia Paulista
 7. Duartina
 8. Guarantã
 9. Iacanga
 10. Lençóis Paulista
 11. Lucianópolis
 12. Macatuba
 13. Pederneiras
 14. Pirajuí
 15. Piratininga

16. Pongai
17. Presidente Alves
18. Reginópolis
19. Ubirajara
20. Uru

- Distribuição da População Residente no Município
de Baurú, Segundo Ano e Zona de Residência

Ano	Pop.Urbana	Pop.Rural	Pop. Total
1970	120.558	10.969	131.527
1980*	180.761	5.903	186.664
1981*	185.669	5.920	191.589
1982*	191.517	6.107	197.624
1983*	198.180	6.319	204.499
1984*	209.868	6.692	216.560
1985*	218.099	6.954	225.053
1986*	226.421	7.357	233.778
1987*	235.211	7.675	242.886
1988*	244.419	7.976	252.395
1989*	254.222	8.106	262.328
1990*	264.267	8.435	272.702

Fonte: CIS/SEADE
CENSO 1970 e 1980

*Estimativas - Método do Incremento Médio Aritmético

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO DISTRITO DE TIBIRIÇA, SEGUNDO ANO E ZONA DE RESIDÊNCIA.

ANO	POP. URBANA	POP. RURAL	POP. TOTAL
1970	700	1.332	2.032
1980	670	1.251	1.921
1981*	667	1.243	1.910
1982*	664	1.236	1.900
1983*	661	1.228	1.889
1984*	658	1.220	1.878
1985*	655	1.212	1.867
1986*	652	1.204	1.856
1987*	649	1.196	1.845
1988*	646	1.177	1.823
1989*	643	1.169	1.812
1990*	640	1.161	1.801

FONTE: CIS/SEADE

CENSO 1970 e 1980

* ESTIMATIVA - MÉTODO DO INCREMENTO MÉDIO ARITMÉTICO.

ESTIMATIVA POPULACIONAL DE BAURÚ POR FAIXA ETÁRIA NOS ANOS DE 1974 A 1984[†]

ANO \ FAIXA ETÁRIA	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
< 1 ano	3151	3279	3413	3551	3696	3846	4003	4166	4336	4512	4696
1 - 4	47756	48905	50082	51288	52522	53786	55081	56406	57764	59155	60578
15 - 64	93136	96848	100708	104722	108896	113236	117749	122442	127322	132397	137674
> 65	7435	7789	8160	8549	8957	9384	9831	10300	10791	11305	11844
TOTAL	151478	156821	162363	168110	174071	180252	186664	193314	200213	207369	214792

FONTE: IBGE

[†]MÉTODO GEOMÉTRICO

TABELA I - ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL⁽¹⁾, NATIMORTALIDADE⁽²⁾, MORTALIDADE PERINATAL⁽³⁾, NEO-NATAL⁽⁴⁾, MORTALIDADE INFANTIL TARDIA⁽⁵⁾, FECUNDIDADE⁽⁶⁾ E TAXA DE NATALIDADE NO MUNICÍPIO DE BAURU, NOS ANOS 1 975 - 1 984.

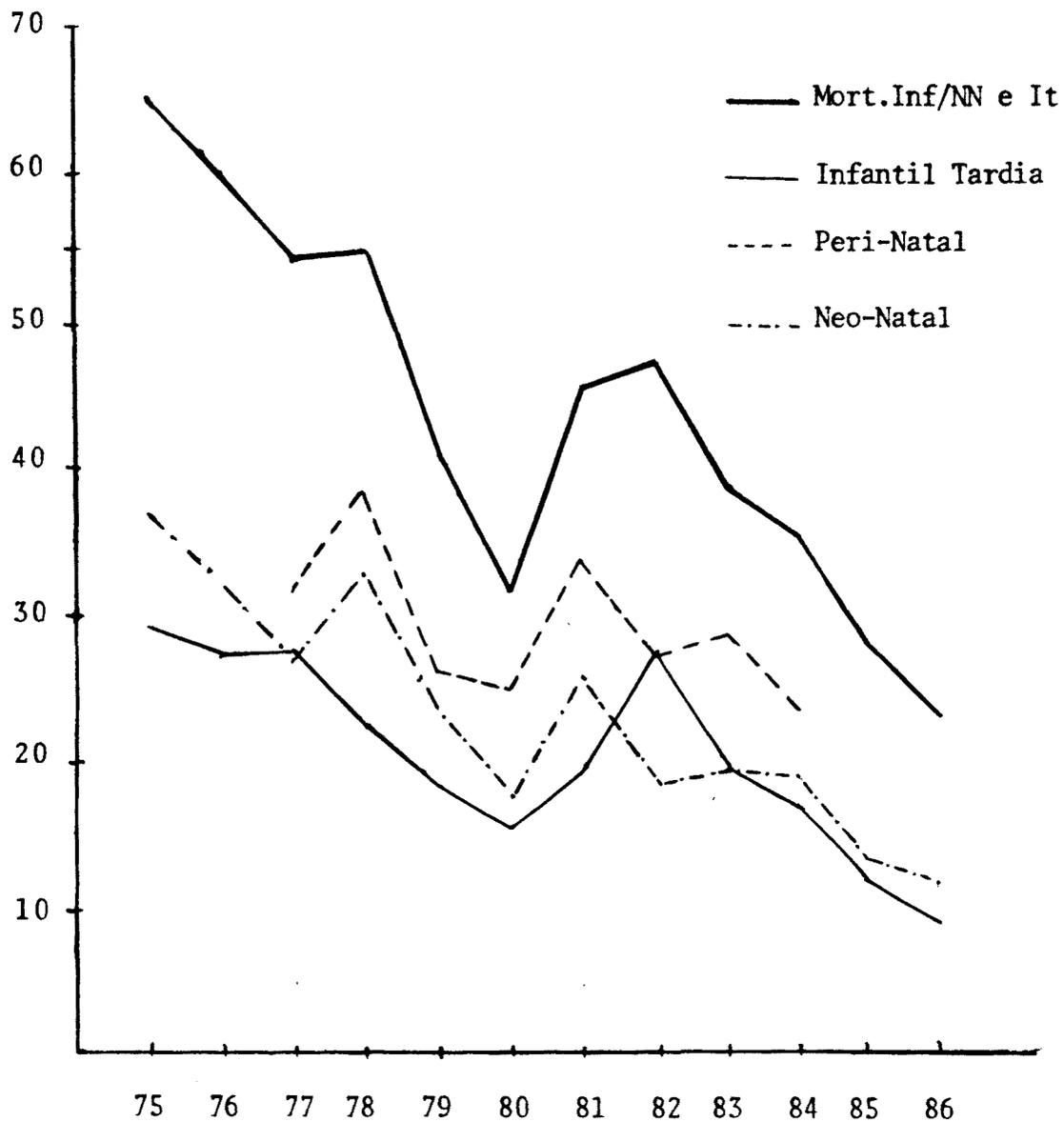
INDICADORES DE SAÚDE

ANO	M.I.(1)		(2) Natimortl.		(3) M.Perinatal		(4) M.Neo-Natal		(5) M.Inf.Tardia		(6) C.Fecundidade	(7)
	Óbitos	Coef.	Óbitos	Coef.	Óbitos	Coef.	Óbitos	Coef.	Óbitos	Coef.		Tx.Natalidade
1975	246	65,71	-	-	95	-	137	36,59	109	29,11	90,37	25,27
1976	233	60,57	-	-	91	-	126	32,75	107	27,81	89,55	25,41
1977	221	54,42	61	14,80	69	31,54	109	26,84	112	27,58	91,16	26,27
1978	234	54,61	57	13,13	111	38,69	139	33,83	95	23,12	92,76	24,74
1979	187	41,08	59	10,52	86	25,84	106	24,28	81	18,56	115,91	25,31
1980	173	34,66	52	10,31	73	24,79	92	18,43	81	16,23	100,46	26,85
1981	235	45,72	60	11,54	115	33,66	133	25,88	102	19,84	99,77	26,82
1982	261	47,30	68	12,18	86	27,57	106	19,21	155	28,09	103,30	27,91
1983	195	39,37	58	11,58	85	28,54	98	19,78	97	19,58	89,42	23,75
1984	175	36,13	40	8,19	79	24,37	90	18,58	85	17,55	84,35	22,83
1985	129	* 27,85		-		-		* 15,42	57	* 12,43	-	-
1986	113	* 23,43		-		-		* 13,57	48	* 9,86	-	-

FONTE: CIS/SEADE

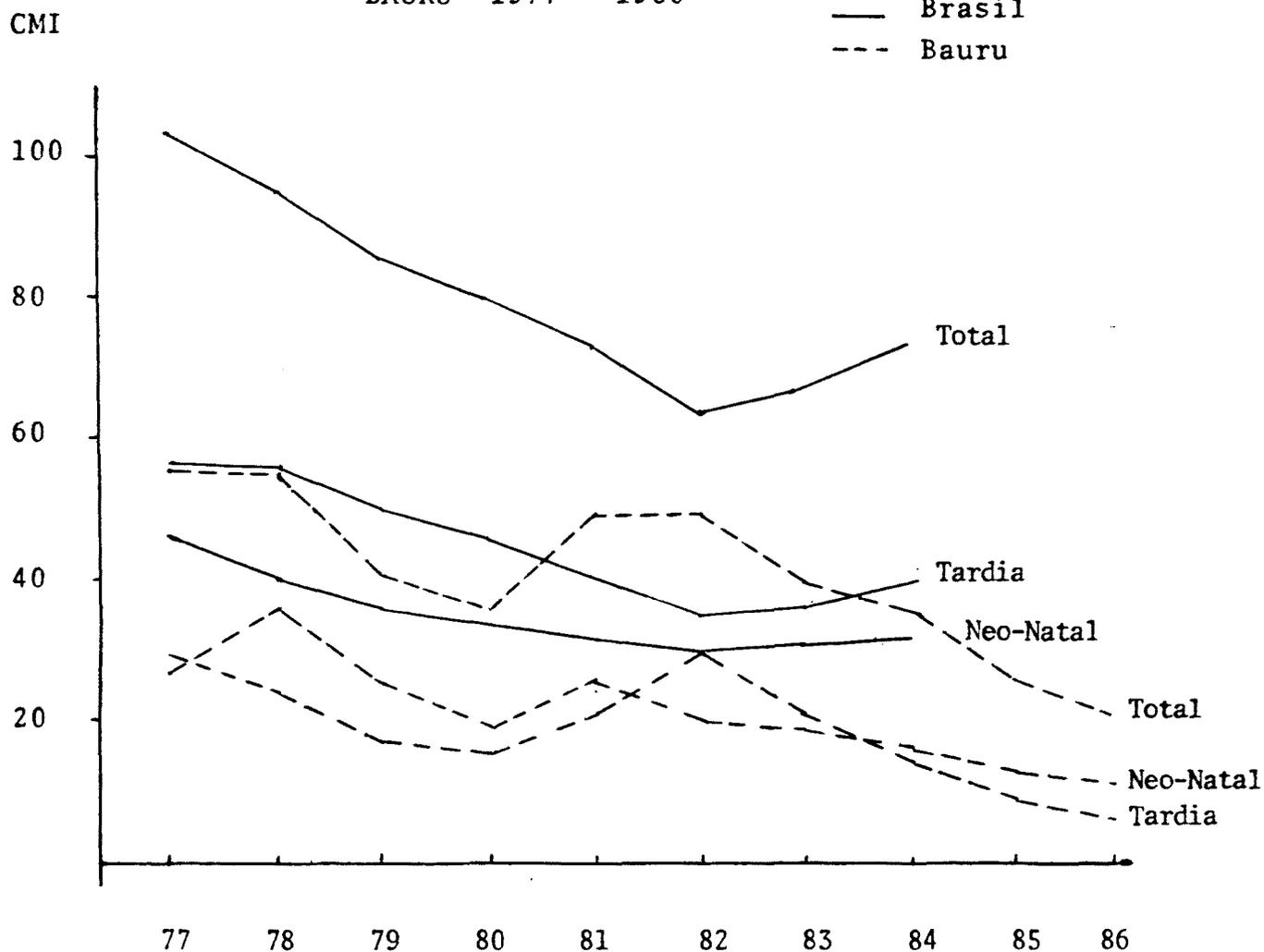
* sujeitos a revisão

GRÁFICO I - CURVA DE MORTALIDADE INFANTIL, PERINATAL, NEO-NATAL, E INFANTIL TARDIA-BAURU,1975-1986.



FONTE: CIS/SEADE/BEC. HIGIENE E SAÚDE (BAURU)

GRÁFICO II - EVOLUÇÃO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE (CMI)
 TOTAL, TARDIA E NEO-NATAL
 BRASIL 1977 - 1984
 BAURU 1977 - 1986



FONTE: IBGE/SEADE/SECRETARIA DE HIGIENE E
 SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BAURU.

TABELA II - COEFICIENTE* DE MORTALIDADE SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO NO GRUPO ETÁRIO DE 01 A 14 ANOS, PARA O MUNICÍPIO DE BAURU DE 1975 A 1984

CAUSAS \ NOME	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Enterite e outras doenças diarréicas (008.009)	1,43	1,40	0,78	----	----	----	----	0,52	----	----
Pneumonia (480-486)	0,82	1,00	----	0,57	----	0,73	0,71	0,52	0,68	0,33
Acidentes de veículos a motor (E810 - E819)	1,84	0,79	----	0,57	0,56	0,73	0,71	0,52	----	0,33
Os demais acidentes (E800-E807, E820-E949)	1,43	1,00	0,58	0,95	----	0,91	0,89	----	0,68	0,99
Todas as doenças não relacionadas entre 140-799	2,25	1,00	1,36	0,76	1,12	1,45	1,06	1,56	1,18	0,16
Sintomas e estados mórbidos ' mal definidos (780.799)	----	----	----	----	0,56	1,45	2,13	0,69	0,68	0,99
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos ' (140-208)	----	----	----	1,14	0,56	----	----	0,87	0,68	----
Anomalias congênitas (740-759)	----	----	0,58	----	----	----	----	----	----	----
Infecções meningocócicas (036)	----	----	0,58	----	----	----	----	----	----	----
Avitaminose e outras deficiências nutricionais (260-269)	----	----	0,58	----	----	----	----	----	----	----
Outras formas de doenças do coração (420-429)	----	----	0,58	----	----	----	----	----	----	----
Doenças cerebro-vasculares ' (436-438)	----	----	0,58	----	----	----	----	----	----	----
Sarampo (055)	----	----	----	----	----	----	0,71	----	----	----

FONTE: CIS/SEADE

* POR 10.000 habitantes

TABELA III - COEFICIENTE* DE MORTALIDADE SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NO GRUPO ETÁRIO 65 ANOS E MAIS ,
PARA O MUNICÍPIO DE BAURU, 1 975 - 1 984.

Causas	Ano										
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (730-799)	-	60,05	39,77	48,01	51,15	48,83	60,19	62,09	59,26	73,45	
Doenças cérebro-vasculares(430-438)	118,12	139,70	115,80	126,16	119,35	106,81	134,95	130,66	102,61	125,80	
Tumores malignos,incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos namatopoéticos(140-208)	59,06	-	76,03	79,27	72,46	73,24	80,58	86,18	68,81	69,23	
Doenças isquemicas do coração (410-414)	129,67	142,16	90,07	137,32	104,43	78,32	97,09	70,43	107,03	78,52	
Todas as doenças não relacionadas entre 140-799.	66,76	-	53,81	50,24	73,53	92,56	81,55	51,38	64,57	80,21	
Outras formas de doenças do coração.	-	62,50	-	-	-	-	-	-	-	-	
Doenças Hipertensivas	-	26,96	-	-	-	-	-	-	-	-	
Diabetes Melitus	56,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

FONTE: CIS/SEADE

* por 10.000 habitantes

TABELA IV - COEFICIENTE* DE MORTALIDADE SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NC GRUPO ETÁRIO DE 15 a 64 ANOS, PARA O MUNICÍPIO DE BAURU, 1 975 - 1 984.

CAUSAS	ANO	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Doenças isquêmicas do coração (410-414)		8,26	7,25	5,73	6,80	4,77	4,08	4,0	3,92	3,62	3,70
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos(140-208)		7,64	6,25	6,88	7,35	7,77	6,20	6,86	6,59	6,49	5,08
Doenças cerebrovasculares (430-438)		5,27	4,86	5,44	-	-	-	4,57	5,58	6,04	5,67
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-799)		5,06	5,76	5,35	4,96	4,68	4,42	6,24	6,52	7,25	6,68
Todas as doenças não relacionadas acima (140-799)		4,34	4,17	3,63	3,03	4,33	5,35	5,47	4,56	3,55	3,78
Acidentes de veículos a motor (E800-E807 - E820-E949)		-	-	-	2,48	2,38	4,78	-	-	-	-

FONTE: CIS/SEADE

* por 10.000 habitantes

TABELA V - INDICADOR DE SWAROOP-UEMURA,
BAURU, 1975 - 1984

ANO	CIDADE	BAURU
1975		57,49
1976		61,23
1977		58,29
1978		64,30
1979		62,30
1980		63,62
1981		61,94
1982		60,23
1983		64,59
1984		66,20

FONTE: IBGE

TABELA VI - INDICADOR DE SWAROOP E UEMURA,
PAÍSES, REGIÕES DO BRASIL, BRASIL, BAURU.

PAÍS - REGIÃO DO BRASIL/BAURU	A N O	SWAROOP-UEMURA (%)
Suécia	1980	93
França	1978	89
Estado Unidos	1977	85
Argentina	1977	69
México	1975	39
Guatemala	1980	22
Brasil	1980	49
Norte	1980	34
Nordeste	1980	39
Sul	1980	43
Sudeste	1980	43
Bauru	1984	66

FONTE: Ministêtio da Saúde. Estatística de Mortalidade:
Brasil, 1980, Brasília, Centro de Documentação
do Ministério da Saúde 1983.

Demographie Yearbook, 1978 - 80th issue, United
Nations, New York, 1979.

World Health Statistics Annual. World Health Or
ganization, Geneve, 1980 e 1982.

TABELA VII - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE POPULACIONAL
PARA BAURU EM 1975, 1976, 1977, 1978, 1979.

Faixa Etária	1975		1976		1977		1978		1979	
	Óbitos	%								
< 1 ano	246	17,88	231	16,64	221	17,79	173	13,80	187	15,20
1-14 anos	36	2,62	23	1,65	25	2,01	20	1,60	17	1,38
5-19 anos	44	3,20	33	3,31	37	2,98	31	2,48	42	3,42
20-49 anos	259	18,82	238	17,14	235	18,92	220	17,60	216	17,50
50 anos e +	791	57,49	507	61,23	724	58,29	802	64,30	766	62,30
Total	1376		1388		1242		1246		1228	

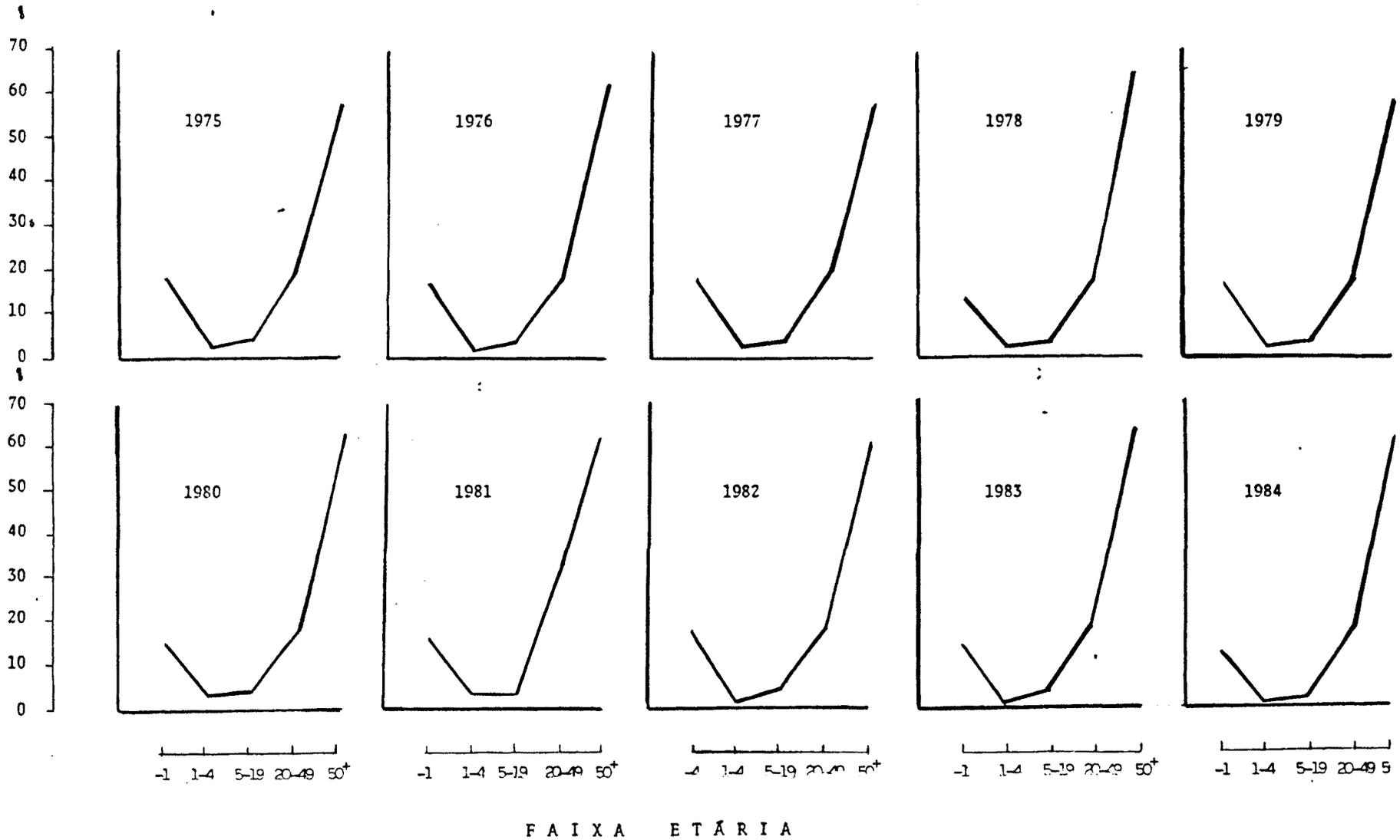
FONTE: CIS/SEADE

TABELA VIII - Nº DE ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA BAURU EM 1980,1981,1982,1983 E 1984.

Faixa Etária	1980		1981		1982		1983		1984	
	Óbitos	%								
<1 ano	173	13,70	235	15,77	261	11,98	195	13,48	175	12,09
1-14 anos	29	2,29	31	2,08	13	0,89	10	0,69	18	1,24
15-19 anos	35	2,77	39	2,61	52	3,58	46	3,18	30	2,07
20-49 anos	222	17,59	262	17,58	251	17,29	261	18,04	266	18,38
50 anos e mais	803	63,62	923	61,49	874	60,23	934	64,59	958	66,20
TOTAL	1262	-	1490	-	1451	-	1446	-	1447	-

FONTE: CIS/SEADE

FIGURA I - CURVAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAIS (NELSON DE MORAES),
BAURU, PERÍODO DE 1975 - 1984.



ANO	FAIXA ETÁRIA				
	> 1	1 - 4	5 - 19	20 - 49	50 †
1975	13,9	2,6	3,2	18,8	57,5
1976	16,6	1,6	3,3	17,1	61,2
1977	17,8	2,0	3,0	18,9	58,3
1978	13,6	2,2	4,9	17,2	64,3
1979	17,1	18,7	6,7	17,5	62,5
1980	13,7	2,3	2,8	17,6	63,0
1981	15,8	2,1	2,6	16,6	61,9
1982	17,9	0,9	3,6	17,3	60,2
1983	13,5	0,7	3,2	18,0	64,6
1984	12,1	1,2	2,1	18,3	66,20

TABELA DA - COEFICIENTE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL
 FIGURA I POR FAIXA ETÁRIA, BAURU, 1975 - 84.

TABELA IX - POPULAÇÕES MASCULINA E FEMININA E RAZÃO
DE MASCULINIDADE (POR 1000 MULHERES) ,
MUNICÍPIO DE BAURU 1970/1980

ANO	SEXO		RAZÃO DE MASCULINIDADE
	MASCULINO	FEMININO	
1970	64859	67077	966,93
1980	90733	94019	965,04

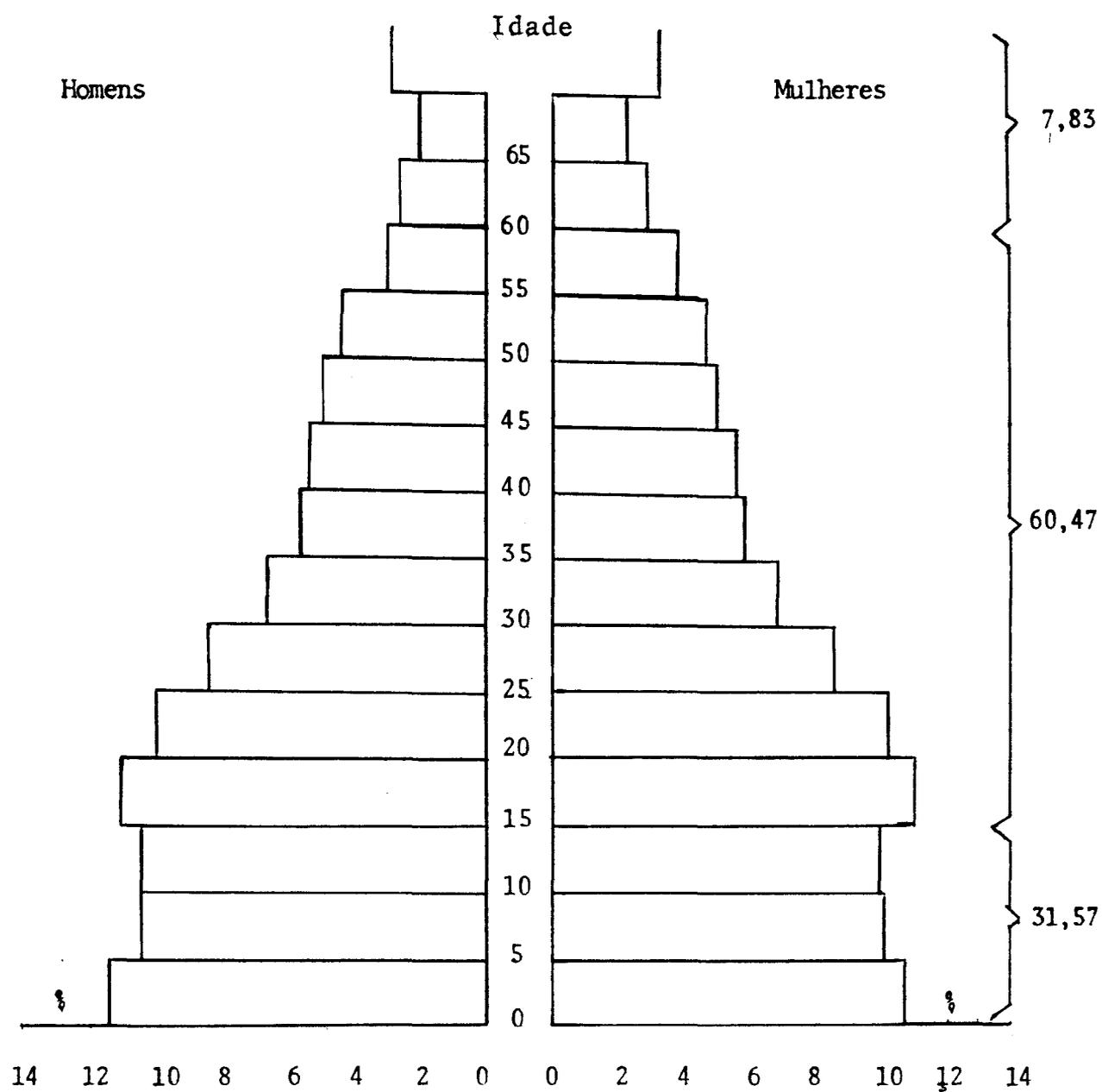
FONTE: CIS/SEADE

TABELA X - POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO FAIXAS
ETÁRIAS, BRASIL, BAURU, 1980

FAIXA ETÁRIA	BRASIL		BAURU	
	Nº	%	Nº	%
0 — 15	44470580	37,4	58333	31,6
15 — 50	59367021	49,9	97137	52,6
50 — +	15165008	12,7	29282	15,8
Total	119002609	100,0	184752	100,0

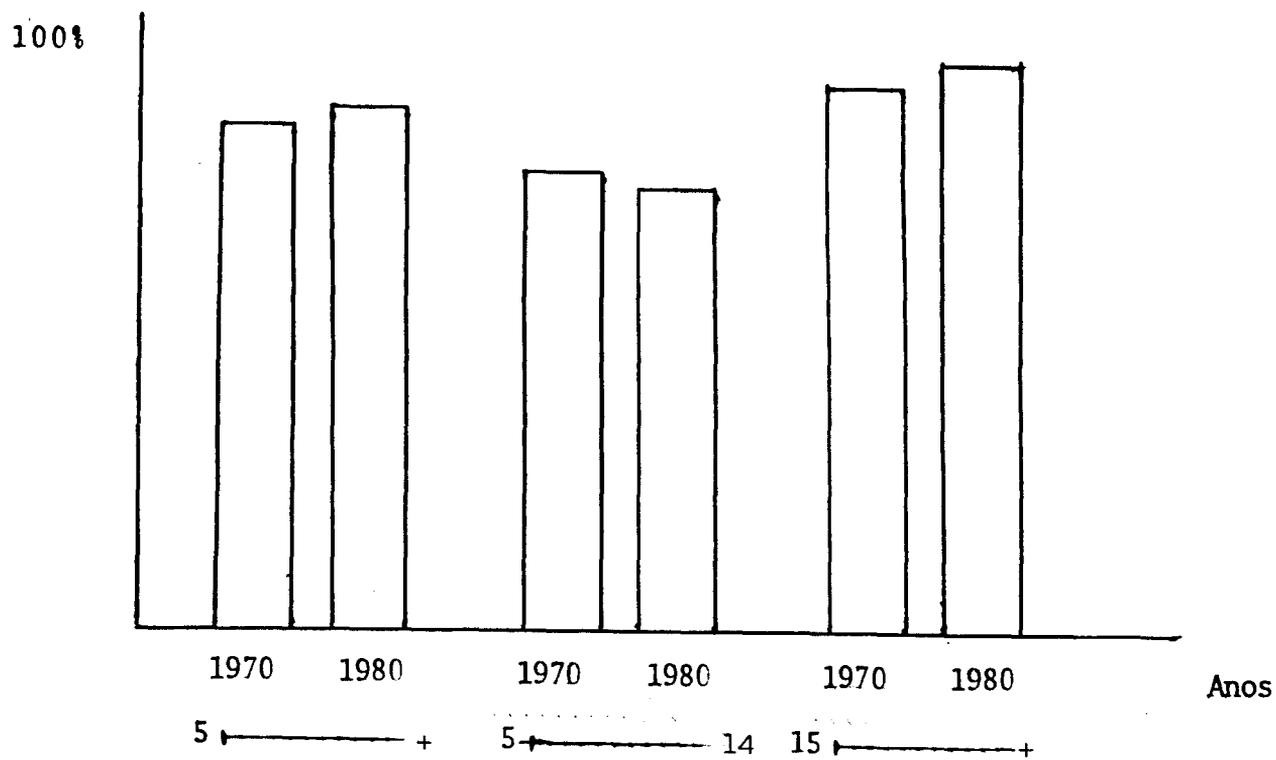
FONTE: Fundação IBGE - Tabulações avançadas do Censo Demográfico : resultados preliminares, Brasil , 1980. Rio de Janeiro, 1981.

FIGURA II - PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE BAURU, 1980



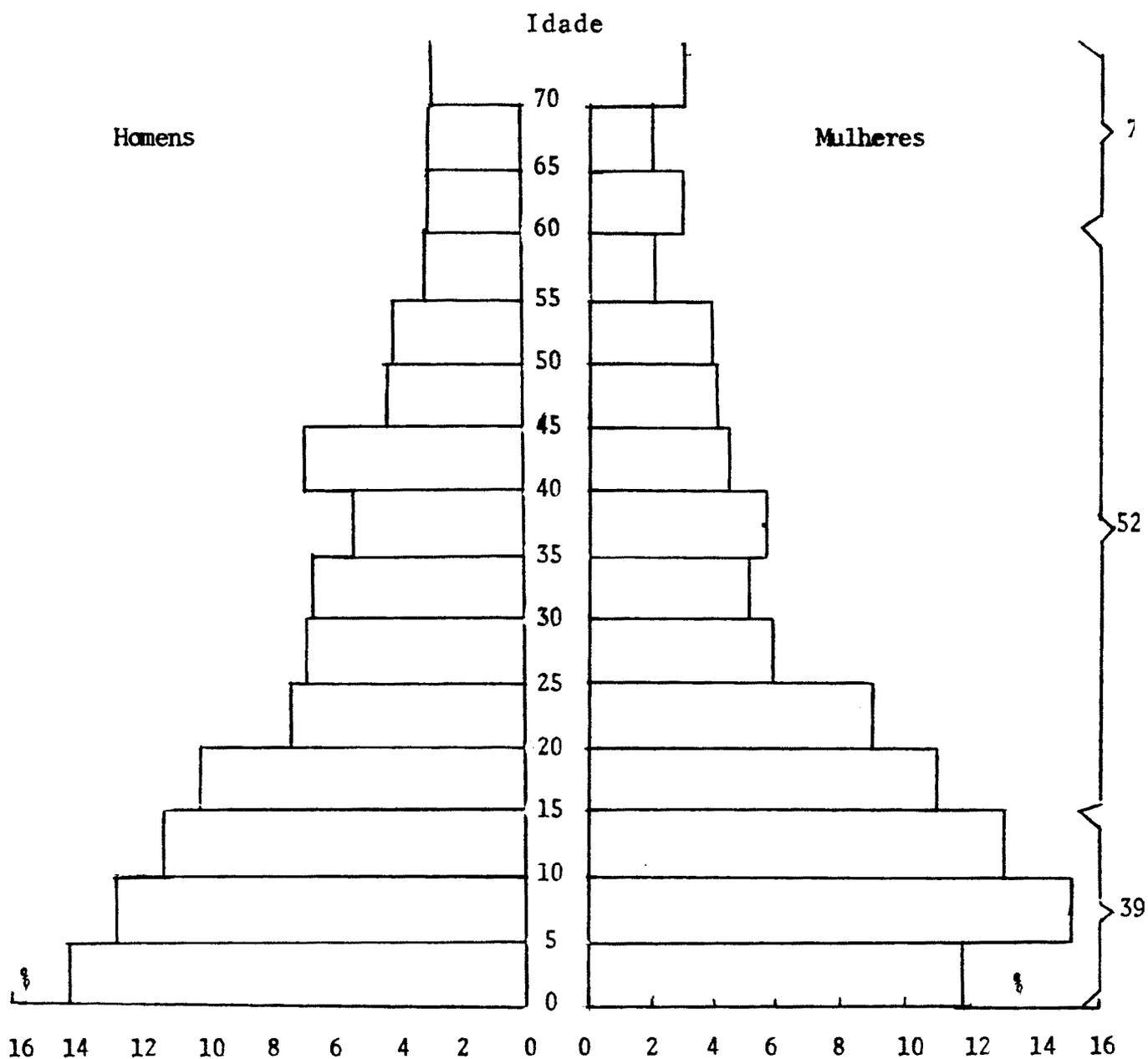
FONTE: IBGE

GRÁFICO III - POPULAÇÃO ALFABETIZADA EM BAURU POR GRUPO ETÁRIO, 1970 E 1980.



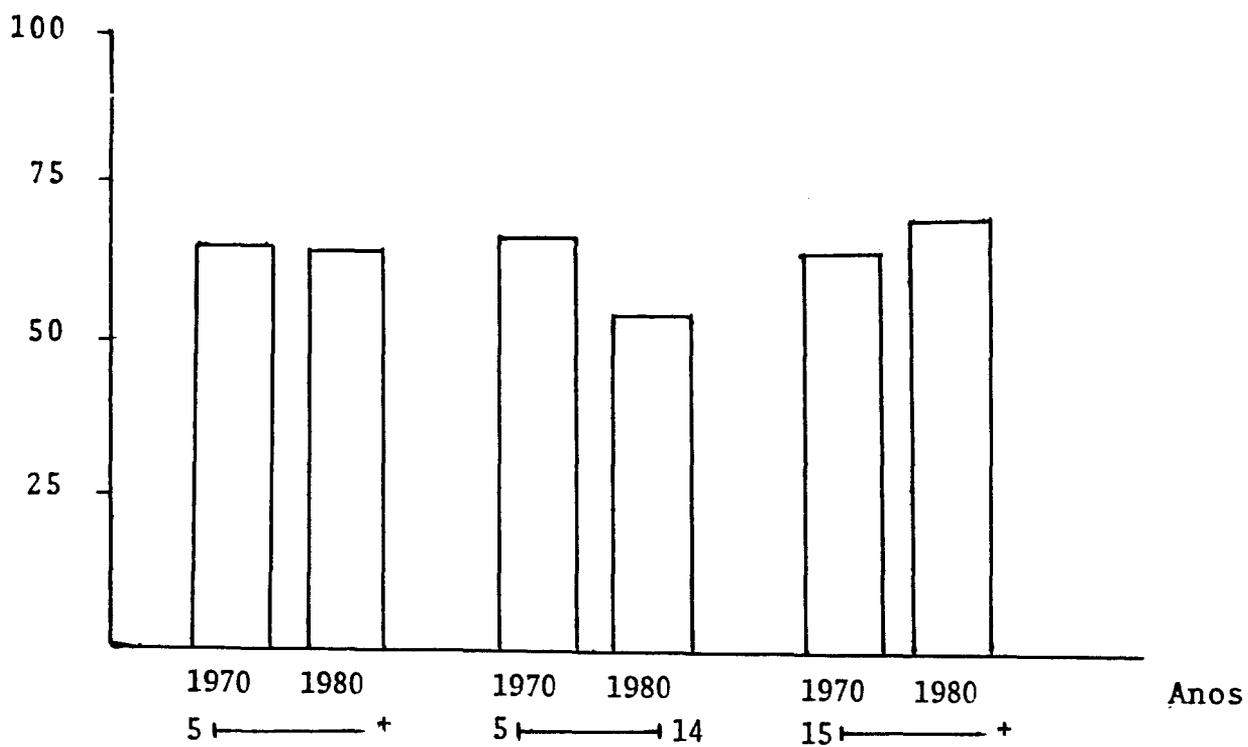
FONTE: IBGE

FIGURA III - PIRÂMIDE ETÁRIA DO DISTRITO DE TIBIRIÇA, 1980



FONTE: IBGE

GRÁFICO IV - POPULAÇÃO ALFABETIZADA EM TIBIRIÇA
POR GRUPO ETÁRIO 1970 E 1980.



FONTE: IBGE

TABELA XI - COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE (CGM)* E COEFICIENTE PADRONIZADO DE MORTALIDADE (CPM)*, BAURU E TIBIRIÇA. SÉRIE HISTÓRICA 1975 - 1984.

ANO	LOCAL	BAURU		TIBIRIÇA	
		CGM	CPM	CGM	CPM
1975		8,82	28,63	32,85	32,61
1976		8,55	8,25	32,63	32,67
1977		7,39	7,22	27,21	27,15
1978		7,51	7,40	19,11	19,07
1979		6,81	6,72	18,72	18,68
1980		6,77	6,71	14,12	4,69
1981		7,73	7,66	13,16	13,13
1982		7,25	7,41	13,24	3,72
1983		6,99	3,93	23,98	3,71
1984		6,28	6,52	18,79	18,75

FONTE: CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL - TIBIRIÇA
FUNDAÇÃO SEADE/IBGE

* por 1000 habitantes

TABELA XII - ÓBITOS REGISTRADOS NO DISTRITO DE TIBIRIÇA
 POR FAIXA ETÁRIA - SERIE HISTÓRICA 1975 a
 1984.

	< 1 Ano	1 → 14	15 → 64	65 →	Total
1975	47	6	11	5	69
1976	45	12	2	5	64
1977	24	25	3	1	53
1978	25	6	5	4	40
1979	25	9	2	-	36
1980	14	6	5	2	27
1981	19	3	1	2	25
1982	18	1	1	5	25
1983	40	2	2	1	45
1984	29	1	4	1	35

FONTE: CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL - TIBIRIÇA

TABELA XIII - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO POR SEXO NO
DISTRITO DE TIBIRIÇA - 1974 - 1984.

SEXO CAUSA	M	F	TOTAL	%
Sem Assist.Médica	10	8	18	35,3
Traumatismo Crânio-Encefálico	7	1	8	15,7
Insuficiência Cardíaca-Congestiva	7	0	7	13,7
Acidente Vascular Cerebral	2	0	2	3,9
Asfixia (Afogamento)	2	0	2	3,9
Infarto Agudo do Miocárdio	2	0	2	2
Pneumonia	1	1	2	3,9
Demais Acidentes	2	1	3	5,9
Tétano Umbilical	1	0	1	2
Outros	5	1	6	11,8
Total	39	12	51	100 %

FONTE: CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL (TIBIRIÇA)

TABELA XIV - PRINCIPAIS AGRÁVOS À SAÚDE, TIBIRIÇA NOS
MESES DE SETEMBRO/OUTUBRO/NOVEMBRO, 1987

DOENÇA	Nº	%
Gripe	14	12,8
Hipertensão	9	8,3
Reumatismo	7	6,4
Pneumonia	6	5,5
Problemas da Coluna	6	5,5
Nervosismo	6	5,5
Coração	5	4,6
Diabêete	5	4,6
Acidente	4	3,7
Catapora	4	3,7
Diarréia	3	2,8
Bronquite	3	2,8
Verminose	3	2,8
Acidente Trabalho	1	0,9
Outros	33	30,1
TOTAL	109	100

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

TABELA XV - DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES PARASITOLÓGICOS POR FAIXA ETÁRIA, OBTIDOS POR AMOSTRAGEM SISTEMÁTICA DE PRONJUÁRIOS DO NÚCLEO DE SAÚDE DE TIBIRIÇA - 1984 - 1987.

EXAME	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
	< 1 ANO	1 → 14	15 → 64	65 ⁺	
Realizados	-	63	44	2	109
Positivos	-	40	13	1	54
Negativos	-	23	31	1	55
Sem Exame	4	76	107	9	196
Total	4	139	151	11	305

FONTE: ARQUIVO MÉDICO - NÚCLEO DE SAÚDE - TIBIRIÇA

TABELA XVI - TIPOS DE RECURSOS PROCURADOS PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA, TIBIRIÇA, 1987

TIPO DE ASSISTÊNCIA	Nº	%
Médico do Núcleo Saúde	129	58,4
Farmacêutico	41	18,6
Benzedeira	26	11,8
Médico Particular (Bauru)	11	5,0
INAMPS (Bauru)	8	3,8
Outros	6	2,7
TOTAL	221	100

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

TABELA XVII - TAXA DE COBERTURA VACINAL POR TIPO DE VACINA, DAS CRIANÇAS DE 0-4 ANOS, MATRICULADAS DE AGOSTO DE 1984 A OUTUBRO DE 1987 NO NÚCLEO DE SAÚDE DE TIBIRIÇA.

TIPO DE VACINA APLICADA	NÚMERO DE CRIANÇAS VACINADAS	COBERTURA VACINAL %
BCG-Intra Derm.	76	74,50
Anti-Sarampo	78	76,47
DPT-Até 3 ^a Dose	86	83,33
DPT-1 ^o Reforço	43	42,15
DPT-2 ^o Reforço	3	2,94
Sabin (Até 3 ^a Dose)	86	83,33
Sabin-1 ^o Reforço	43	42,15
Sabin-2 ^o Reforço	3	2,94

FONTE: ARQUIVO DO NÚCLEO DE SAÚDE - TIBIRIÇA

TABELA XVIII- TEMPO DE AMAMENTAÇÃO DO ÚLTIMO FILHO,
TIBIRIÇA, 1987.

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO (MESES)	Nº	%
1 a 3	25	16,2
4 a 6	7	4,5
7 a 9	3	1,9
9 a 12	3	1,9
mais de 12	9	5,8
não amamentou	49	31,8

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

TABELA XIX - PRINCIPAIS PROBLEMAS RECLAMADOS PELA
POPULAÇÃO, TIBIRIÇA, 1987

PROBLEMA	Nº	%
Falta de Esgoto	75	28,1
Transporte Deficitário	43	16,1
Falta Ambulância	27	10,1
Falta Calçamento	25	7,4
Habitação	13	4,9
Não tem problema	14	5,2
Outros	70	28,2
Total	267	100

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

FÓRMULAS UTILIZADAS PARA O CÁLCULO DOS INDICADORES DE SAÚDE

1. Nelson de Moraes : utilizado nas faixas etárias : < 1 ano, 1 — 4, 5 — 19, 20 — 49 e 50 — +, conforme a fórmula:

$$\text{Mortalidade proporcional nas faixas etárias consideradas} = \frac{\text{nº de óbitos na faixa etária, na área A, tempo t}}{\text{total de óbitos, na área A, tempo t}} \times 100$$

2. Swaroop - Uemura = $\frac{\text{nº de óbitos de 50 anos e mais, na área A, tempo t}}{\text{total de óbitos, na área A, tempo t}} \times 100$

3. Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) = $\frac{\text{nº de óbitos na área A, período t}}{\text{população da área A, no meio do período t}} \times 1000$

4. Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

$$\text{CMI} = \frac{\text{nº de óbitos menores de 1 ano, na área A, tempo t}}{\text{nº de nascidos vivos, na área A, ano t}} \times 1000$$

5. Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal (CMIN)

$$\text{CMIN} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de \u00f4bitos de crian\u00e7as de 0 \u2014 28 dias, na \u00e1rea A, ano t}}{\text{n}^\circ \text{ nascidos vivos, na \u00e1rea A, ano t}} \times 1000$$

6. Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (CMIT)

$$\text{CMIT} = \frac{\text{n}^\circ \text{ \u00f4bitos de crian\u00e7as de 28 dias \u2014 1 ano, na \u00e1rea A, ano t}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos, na \u00e1rea A, ano t}} \times 1000$$

7. Coeficiente de Mortalidade Infantil Perinatal (CMIP)

$$\text{CMIP} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de perdas fetais tardia (natimorto) + n}^\circ \text{ de \u00f4bitos de crian\u00e7as de 0 \u2014 7 dias na \u00e1rea A, ano t}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos + n}^\circ \text{ de perdas fetais tardia, na \u00e1rea A, ano t}} \times 1000$$

8. Coeficiente geral de Natalidade (CGN)

$$\text{CGN} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos, na \u00e1rea A, per\u00edodo t}}{\text{popula\u00e7\u00e3o da \u00e1rea A, no meio per\u00edodo}} \times 1000$$

9. Coeficiente de Fecundidade (CF)

$$\text{CF} = \frac{\text{n}^\circ \text{ nascidos vivos, numa \u00e1rea A, per\u00edodo t}}{\text{pop. feminina de 15 a 49 anos, na \u00e1rea A na me}} \times 1000$$

tade do per\u00edodo t.

$$10. \text{ Razão de Dependência} = \frac{\left(\begin{array}{c} \text{n}^\circ \text{ habit. entre} \\ 0 \text{ — 15 anos} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{n}^\circ \text{ habit. com} \\ 65 \text{ ou mais anos} \end{array} \right)}{\text{Total de habit. de 15 — 65 anos}}$$

$$11. \text{ Razão de Masculinidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ homens}}{\text{n}^\circ \text{ mulheres}} \times 1000$$

12. Estimativa Populacional : Método de Progressão Geométrica

$$P_x = P_o (1 + r)^{t_x - t_o}$$

P_x = população do ano t_x

P_o = população do ano t_o

$(1 + r)$ = razão anual de crescimento geométrico

r = taxa anual de crescimento geométrico

13. Cobertura de vacinação por tipo de vacina =

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de vacinas no grupo etário com determinada vacina} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas no grupo etário (pop. alvo)}}$$

14. Proporção de esquemas de vacinação completados =

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de terceiras doses} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de 1}^{\text{as}} \text{ doses}}$$

FOTOS DO LIXÃO DE TIBIRIÇA, 1987



FOTO DA PRAÇA DE TIBIRIÇA, e VISTA DE CAMINHÕES
DE BÓIAS-FRIAS, 1987





UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TCM - TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL
DISTRITO: TIBIRIÇÁ - BAURU 1987

QUESTIONÁRIO _____
RECUSA _____ CASA FECHADA _____

ENTREVISTADO _____
ENDEREÇO _____

1. QUAIS AS PESSOAS QUE RESIDEM NA CASA?
(ANOTAR NOMES E NO ESPAÇO 1 OS DADOS DO CHEFE DA FAMÍLIA)

2. QUAL O GRAU DE PARENTESCO DE CADA PESSOA?

3. QUAL O SEXO DE CADA PESSOA DA CASA?

4. QUANTOS ANOS O/A SR/A TÊM ?

E AS OUTRAS PESSOAS DA CASA, QUANTOS ANOS TÊM ?

5. QUAL O ESTADO CIVIL DE CADA PESSOA DA CASA?

SOLTEIRO	I	1
CASADO	I	2
DESQUITADO/SEPARADO	I	3
DIVORCIADO	I	4
VIUVO	I	5
OUTRO	I	

6. QUAL O GRAU DE INSTRUÇÃO DE CADA UM?

	ANALFABETO	I	1	
I GRAU - PRIMÁRIO	INCOMPLETO	I	2	
	PRIMÁRIO	COMPLETO	I	3
	GINÁSIO	INCOMPLETO	I	4
	GINÁSIO	COMPLETO	I	5
II GRAU -	INCOMPLETO	I	6	
	COMPLETO	I	7	
UNIVERSITÁRIO	INCOMPLETO	I	8	
	COMPLETO	I	9	
	NÃO SABE	I	99	

7. QUAIS DAS PESSOAS DA CASA AINDA FREQUENTAM ESCOLA?

8. QUAIS DAS PESSOAS DA CASA SÃO ELEITORES?

9. ONDE NASCEU CADA UMA DAS PESSOAS DA FAMÍLIA?

TIBIRIÇÁ	I	1
BAURU	I	2
OUTROS	I	3

10. NASCERAM EM ZONA URBANA OU RURAL?

URBANA	I	1
RURAL	I	2

1.NOME 2.GRAU DE 3.SEXO 4.IDADE 5.ESTADO 6.GRAU DE 7.FREQUENTA 2
PARENT. CIVIL INSTRUÇÃO ESCOLA

8.ELEITOR 9.LOCAL DE 10.ORIGEM 12.PROFISSÃO 13.SALÁRIO 15.LOCAL 16.TIPO
NASCIMTO. TRABALHO TRABALHO

14.TOTAL

11. CLASSE SÓCIO-ECONÔMICA

3

CLASSE A	I	1
CLASSE B	I	2
CLASSE C	I	3
CLASSE D	I	4
CLASSE E	I	5

12. QUAL A OCUPAÇÃO DE CADA PESSOA DA FAMÍLIA?

NÃO TRABALHA/NÃO TEM EMPREGO FIXO I 88

13. QUANTO CADA PESSOA GANHA POR MÊS?

MENOS DE 1 SM	I	1
1 A 2 SM	I	2
2 A 3 SM	I	3
3 A 5 SM	I	4
5 E MAIS SM	I	5

14. SALÁRIO TOTAL DA FAMÍLIA

MENOS DE 1 SM	I	1
1 A 2 SM	I	2
2 A 3 SM	I	3
3 A 5 SM	I	4
5 A 8 SM	I	5
8 A 12 SM	I	6
12 E MAIS SM	I	7

15. O SR/A TRABALHA EM TIBIRIÇÁ OU EM OUTRO LUGAR?

TIBIRIÇÁ	I	1
BAURU	I	2
OUTRO	I	

16. EM QUE TIPO DE ATIVIDADE?

COMÉRCIO	I	1
INDÚSTRIA	I	2
AGRICULTURA	I	3
PECUÁRIA	I	4
BANCÁRIO	I	5
FUNCIONÁRIO PÚBLICO	I	6
AUTÔNOMO	I	7
OUTRO	I	

17. A FAMÍLIA TEM OUTRA FONTE DE RENDA? QUAL?

SIM	I	1
NÃO	I	2
NÃO SABE	I	99

18. QUAL É A RELIGIÃO DA FAMÍLIA?

19. DE QUE MATERIAL É CONSTRUÍDA SUA CASA?

ALVENARIA	I	1
MADEIRA	I	2
OUTRO	I	

20. QUANTOS CÔMODOS, NO TOTAL, TEM SUA CASA? -----

21. QUANTOS CÔMODOS SÃO USADOS PARA DORMIR? -----

22. QUAL O TIPO DE PISO DA CASA?

MADEIRA I 1
 CERÂMICA I 2
 TERRA I 3
 CIMENTADO I 4
 OUTRO I

23. EM QUANTOS CÔMODOS DA CASA TEM FORRO?

TODOS I 1
 ALGUNS I 2
 NENHUM I 3

24. SUA CASA É:

PRÓPRIA I 1
 ALUGADA I 2
 CEDIDA I 3
 OUTRO I

25. DE ONDE VEM A ÁGUA QUE O/A SR/A USA EM CASA?

ÁGUA DE RUA I 1
 POÇO DOMICILIAR I 2
 OUTRO I

26. COSTUMA FALTAR ÁGUA EM SUA CASA?

SEMPRE I 1
 ÀS VEZES I 2
 RARAMENTE I 3
 NUNCA I 4
 NÃO SABE I 99

27. EM SUA CASA TEM CAIXA D'ÁGUA?

SIM I 1
 NÃO I 2
 NÃO SABE I 99

28. É COSTUME LIMPAR A CAIXA D'ÁGUA?

SEMPRE I 1
 ÀS VEZES I 2
 RARAMENTE I 3
 NUNCA I 4
 NÃO SABE I 99

29. PARA ONDE VAI O ESGOTO DE SUA CASA?

REDE PÚBLICA	I	1
FOSSA SÉPTICA	I	2
FOSSA NEGRA	I	3
FOSSA SECA	I	4
LANÇA EM CórREGO	I	5
LANÇA NA RUA	I	6
LANÇA EM VALETA NO QUINTAL	I	7
NÃO SABE	I	99
OUTRO	I	

30. PASSA LIXEIRO EM SUA CASA?

	SIM	I	1
(PULAR PARA A PERG.33)	NÃO	I	2
	NÃO SABE	I	99

31. COMO O SR/A EMBALA O LIXO PARA SER COLETADO?

SACO PLÁSTICO	I	1
LATA/LATÃO	I	2
CAIXA DE MADEIRA	I	3
OUTRO	I	

32. QUANTAS VEZES POR SEMANA PASSA O CAMINHÃO COLETOR DE LIXO?

TODO DIA	I	1
2 A 3 X/SEMANA	I	2
1 X/SEMANA	I	3
MENOS DE 1 X/SEMANA	I	4
NÃO SABE	I	99

33. ONDE O SR/A DISPÕE O LIXO?

ENTERRA	I	1
QUEIMA	I	2
JOGA EM TERRENOS	I	3
JOGA NO QUINTAL	I	4
OUTRO	I	

34. TEM LUZ ELÉTRICA NA CASA?

SIM	I	1
NÃO	I	2
NÃO SABE	I	99

35. COMO SE FAZ PARA TOMAR BANHO EM SUA CASA?

CHUVEIRO ELÉTRICO	I	1
CHUVEIRO NÃO ELÉTRICO	I	2
BACIA	I	3
OUTRO	I	

36. ONDE FICA A PRIVADA DE SUA CASA?

DENTRO DE CASA	I	1
FORA DE CASA	I	2
NÃO TEM	I	3

37. TEM DESCARGA?

SIM	I	1
NÃO	I	2

38.N FILHOS	39.TEMPO DE AMAMENTAÇÃO	40.NASCIDOS VIVOS	41.NASCIDOS MORTOS	42.ABORTOS	43.MORTOS - 1 ANO	44.VIVOS HOJE
----------------	----------------------------	----------------------	-----------------------	------------	----------------------	------------------

ORDEM DO FILHO	PRIMEIRO NOME	POSTO DE VACINA	V A C I N A S - N D O S E S			SITUAÇÃO
			BCG	TRÍPLICE	ANTI-PÓLIO SARAMPO	

38. QUANTOS FILHOS A SRA TEVE? (SEPARAR POR MÃE, CASO TENHA MAIS DE UMA MÃE NA CASA)

39. QUANTO TEMPO AMAMENTOU O ÚLTIMO FILHO?

40. QUANTOS FILHOS NASCERAM VIVOS?

41. QUANTOS FILHOS NASCERAM MORTOS?

42. QUANTOS ABORTOS?

43. QUANTOS FILHOS MORRIERAM COM MENOS DE 1 ANO?

44. QUANTOS FILHOS ESTÃO VIVOS HOJE?

45. COMO FORAM OS PARTOS DA CASA?

PARTO NORMAL	I	1
PARTO CESARIANA	I	2
PARTO FÓRCEPS	I	3
NÃO SABE	I	99

46. ONDE OCORRERAM OS PARTOS NORMAIS?

EM CASA	I	1
NO HOSPITAL	I	2
NO POSTO DE SAÚDE	I	3
NÃO SABE	I	99
OUTRO	I	

47. QUEM FEZ OS PARTOS DAS CRIANÇAS DA CASA?

MÉDICO	I	1
PARTEIRA	I	2
CURIOSO	I	3
NÃO SABE	I	99
OUTRO	I	

48. FEZ O PRÉ-NATAL DE TODOS OS FILHOS?

(PULAR PARA PERG.50)	TODOS	I	1
	ALGUNS	I	2
	NENHUM	I	3
	NÃO SABE	I	99

49. POR QUE NÃO FEZ PRÉ-NATAL?

50. AS CRIANÇAS QUE RESIDEM NA CASA (DE ATÉ 4 ANOS DE IDADE) TOMAM VACINAÇÃO?
(PEDIR A CARTEIRA DE VACINAÇÃO)

Só EM CAMPANHAS I 1
TEM CARTEIRA COMPLETA I 2
TEM CARTEIRA INCOMPLETA I 3
NÃO TOMAM I 4
NÃO SABE I 99

51. ALGUÉM ESTEVE DOENTE NOS ÚLTIMOS 3 MESES?

SIM I 1
(PULAR PARA A PERG. 53) NÃO I 2
(PULAR PARA A PERG. 53) NÃO SABE I 99

52. ESPECIFICAR A DOENÇA, INCLUINDO ACIDENTES SE HOVER

53. QUANDO AS PESSOAS DE CASA FICAM DOENTES, ONDE PROCURAM ASSISTÊNCIA?

TIBIRIÇA I 1
BAURU I 2
OUTRO I

54. QUANDO PROCURAM ASSISTÊNCIA, PROCURAM QUEM?

MÉDICO DO POSTO DE SAÚDE I 1
MÉDICO PARTICULAR I 2
FARMACÉUTICO I 3
BENZEDEIRA I 4
OUTRO I

55. QUANDO PRECISARAM DE ASSISTÊNCIA DO POSTO DE SAÚDE, COMO FOI O ATENDIMENTO?

(PULAR PARA A PERG. 57) BOM I 1
REGULAR I 2
RUIM I 3
NÃO SABE I 99

56. POR QUE?

57. SEGUIRAM AS ORIENTAÇÕES PRESCRITAS?

SIM I 1
NÃO I 2
NÃO SABE I 99

58. RESOLVEU A DOENÇA?

SAROU	I	1
NÃO ALTEROU	I	2
PIOROU	I	3
MORREU	I	4
NÃO SABE	I	99

59. NO POSTO DE SAÚDE TEM SEMPRE MÉDICOS?

SEMPRE	J	1
ÀS VEZES	I	2
RARAMENTE	I	3
NÃO TEM	I	4
NÃO SABE	I	99

60. AS PESSOAS DA CASA COSTUMAM IR AO DENTISTA?

SIM	I	1
NÃO	I	2
ÀS VEZES	I	3
RARAMENTE	I	4
QUANDO TEM DOR	I	5

61. AS PESSOAS DA CASA TÊM O HÁBITO DE ESCOVAR OS DENTES?

SIM	I	1
NÃO	I	2
ÀS VEZES	I	3
NÃO SABE	I	99

62. QUE ANIMAIS O/A SR/A TEM EM CASA?

CACHORRO	I	1
GATO	I	2
GALINHA	I	3
PORCO	I	4
MACACO	I	5
PASSARINHO	I	6
PAPAGAIO	I	7
OUTROS	I	

63. A SEU VER, QUAIS OS PROBLEMAS MAIS GRAVES NO DISTRITO?

64. O QUE FAZER PARA RESOLVER ESTES PROBLEMAS?

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO

ÍTEM	POSSUÍDOS							
	NENHUM	1	2	3	4	5	6 OU +	
TELEVISOR	0	2	4	6	8	10	12	
RÁDIO	0	1	2	3	4	5	6	
AUTOMÓVEL	0	4	8	12	16	16	16	
EMPREGADA MENSALISTA	0	6	12	18	24	24	24	
ASPIRADOR DE PÓ	0	5	5	5	5	5	5	
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA	0	2	2	2	2	2	2	
BANHEIRO	0	2	4	6	8	10	12	

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	CHEFE DA FAMÍLIA	ENTREVISTADO/A
ANALFAB/PRIM. INCOMPL.	0	E
PRIM.COMPL/GINÁS.INCOMPL.	1	D
GINÁS.COMPL/COLEG.INCOMPL.	3	C
COLEG.COMPL./SUPER.INCOMPL.	5	B
SUPERIOR COMPLETO	10	A

PONTUAÇÃO PARA TABULAÇÃO

CLASSE:	A	-	35 E OU MAIS PONTOS
	B	-	21 A 34 PONTOS
	C	-	10 A 20 PONTOS
	D	-	5 A 9 PONTOS
	E	-	0 A 4 PONTOS

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS: _____