

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA



RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

MUNICÍPIO DE MONTE ALTO

SÃO PAULO
1992

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

. Justificativa	01
. Objetivo Geral e Objetivos Específicos	02
. Definição do Problema	03
. Metodologia	04

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

. Geo-Político	06
. Histórico	
. Aspectos Demográficos	
. Pirâmide Populacional	
. Indústrias	
. Comércio	
. Rede Bancária	
. Agricultura	
. Pecuária	
. Energia Elétrica	
. Sindicatos e Associações	
. Iluminação Pública	
. Segurança Pública	
. Transportes	
. Turismo e Lazer	
. Pavimentação	
. Habitação	
. Assistência Social (Comentários e Sugestões)	
. Educação (Comentários e Sugestões)	
. Cozinha Piloto (Comentários e Sugestões)	

AGRADECIMENTOS DO GRUPO

À todos aqueles e às entidades, que colaboraram de alguma forma para realização deste trabalho. Em especial:

- À Prefeitura Municipal de Monte Alto na pessoa do Exmo.Sr.Prefeito Elias Badhur.

- Ao Presidente da Comissão do Conselho Municipal de Saúde, Dr.Armando Lépora.

Ao Diretor de Saúde Dr. Fauze Haddad.

- Ao Diretor do Centro de Saúde II, Dr. Armando Lépora Júnior

- Aos funcionários dos diversos serviços (Saúde, Engenharia, Educação, Transporte, Promoção Social).

- Às famílias montealtenses e a todas as pessoas que embora anônimas, contribuíram de alguma maneira, fornecendo-nos os fatos, sem os quais nosso trabalho não teria sido executado.

- Aos professores e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e ,especialmente aos professores Edmera Rita Temporini Nastari, Rebeca de Souza e Silva, Maria Lúcia de Moura Sobbol, Fumika Peres, Márcia Faria Westphal , José Cavalcante de Queiroz e ao funcionário Edmilson Sousa dos Santos.

- À Professora Eunice Aparecida Bianchi Galati, pela assistência e apoio.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado da participação dos alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no ano de 1992, reunidos em uma equipe multiprofissional, que teve como objeto de estudo o Sistema de Saúde do Município de Monte Alto. Integraram esta equipe:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| - Alba Cantanhede França | Cientista Político e Social |
| - Aparecida da Glória G. da Silva | Enfermeira |
| - Assucena Osmarina Tupiassú | Bióloga |
| - Daniel Sanchez | Psicólogo |
| - Denise Fabrício | Cientista Político e Social |
| - Ester Fátima Vargem Rodrigues | Assistente Social |
| - Graci Bitencourt de Carvalho | Dentista |
| - Léo Lewkowicz | Médico |
| - Marilena do Nascimento Ramos | Geógrafa |
| - Marilene Pereira Duarte | Farmacêutica/Bioquímica |
| - Monica Thais Simões Matsukura | Fisioterapeuta |
| - Sirlene Caminada | Enfermeira |

CARACTERIZAÇÃO QUANTO A INDICADORES DE SAÚDE

- . Introdução 35
- . Swaroop-Uemura
- . Mortalidade Proporcional Segundo Idade, Sexo e Causa
- . Curvas de Mortalidade Proporcional (Nelson de Moraes)
- . Coeficiente de Mortalidade Geral
- . Coeficiente de Mortalidade Infantil
- . Coeficiente de Mortalidade Específica por Causa

MEIO-AMBIENTE

- . Abastecimento de Água 46
- . Coleta e Destino de Resíduos Sólidos
- . Esgoto Sanitário (Comentários e Sugestões)
- . Matadouro Municipal (Comentários e Sugestões)
- . Controle de Zoonoses
- . Controle de Vetores (Comentários e Sugestões)
- . Vigilância Epidemiológica

DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

- . Alguns Aspectos em Epidemiologia 57
- . Vigilância Sanitária e Municipalização - Fiscalização
- . Sugestões

- . Recursos Humanos do Setor Saúde
- . Santa Casa
- . Controle e Distribuição de Medicamentos no Sistema
- . Comentários e Sugestões

Programas

- . Saúde do Trabalhador 67
- . Saúde Mental
- . Saúde Bucal
- . Comentários e Sugestões

- . Saúde da Criança
- . Saúde da Mulher
- . Saúde do Adulto
- . Tuberculose
- . Hanseníase

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE DE MONTE ALTO

- . O Processo de Municipalização 76
- . Financiamento
- . Aspectos de Organização do Sistema
- . Recursos Humanos
- . Gestão de Materiais
- . Conselho Municipal de Saúde e Participação Popular
- . A Santa Casa
- . Convênio Médico

PARTE II - PESQUISA DOMICILIAR

- . Amostra 90
- . Análise e Discussão dos Resultados (Quantitativo e Qualitativo)
- . Conclusão

PARTE III - BIBLIOGRAFIA E ANEXOS

INTRODUÇÃO

JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a necessidade da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante o curso de Especialização em Saúde Pública, fez-se um levantamento e uma coleta de informações sobre o município de Monte Alto, a fim de estudá-lo e posteriormente caracterizá-lo em seu sistema de saúde local de modo que esta nos permitisse uma análise quanto ao processo de municipalização.

OBJETIVO GERAL

Através da integração de profissionais de diferentes áreas, tanto de graduação como de especialização visamos a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o Curso de Saúde Pública. Para tanto procuramos observar as políticas de saúde do município de Monte Alto, considerando o sistema de regionalização e municipalização dos serviços.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Diagnosticar e analisar o nível de implementação do Sistema Local de Saúde no município, de acordo com a Política Nacional de Saúde e de sua realidade local.

2) Estudar o processo saúde-doença no município, através dos dados obtidos em órgãos públicos, particulares e junto à população.

3) Situar o município quanto aos seus aspectos históricos, geográficos, sócio-econômicos e suas possíveis relações com o processo saúde-doença da população.

4) Identificar um problema pertinente à área de saúde da localidade.

5) Verificar e abordar o relacionamento entre o problema de saúde e o Sistema Local.

6) Sugerir novas medidas de intervenção para os diversos aspectos relacionados ao processo saúde-doença da população e para o problema de saúde abordado.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Determinar e delimitar um problema de pesquisa implica um conhecimento mínimo do objeto selecionado para o estudo. A partir deste conhecimento é possível iniciar o questionamento de alguns dados.

No caso do município de Monte Alto, estes dados preliminares (documentais) demonstravam uma implementação muito além do que a própria municipalização até então tinha atingido. Isto, num primeiro momento, dificultou a definição de um problema, pois as informações disponíveis revelavam que o sistema de saúde funcionava satisfatoriamente.

Em princípio, ocorreria uma apresentação na Faculdade de Saúde Pública dos gerenciadores de saúde de Monte Alto aos membros da equipe multiprofissional. Diante da impossibilidade dos gerenciadores se deslocarem à Capital, a equipe teve por iniciativa ir a Monte Alto conhecer antecipadamente os serviços de saúde. Verificaram "in loco" que as informações enviadas não correspondiam totalmente a realidade do Sistema. Detectou-se a ausência de médicos especialistas contratados que suprissem as necessidades da população.

Segundo o próprio presidente da Comissão Municipal de Saúde, o município acabava por comprar os serviços do setor privado e, quando estes eram inexistentes no local procedia-se ao encaminhamento exterior (os pacientes deslocam-se da cidade para aquela que oferece o serviço).

Elegemos assim, para o nosso estudo o seguinte problema :

Por que o sistema de saúde detectando a insuficiência de médicos especialistas, ao invés de encaminhar os pacientes para outras unidades fora do município, não implantava um ambulatório de especialidades ?

METODOLOGIA

Esclarecemos inicialmente que algumas dificuldades limitaram a nossa ação. A primeira delas o número restrito de informações que nos foram enviadas referentes à situação de saúde no município de Monte Alto. As informações nos chegaram na fase anterior ao campo propriamente dito, ou seja, no momento em que coletávamos preliminarmente dados sobre o Município. A segunda, a nossa inexperiência quanto a identificação de um problema de relevância ao tema "Municipalização".

E por último, em conversa com as autoridades de saúde estas nos informaram que o sistema implantado atendia por completo as necessidades da população.

Em vista disso, nos questionamos quanto a melhor maneira de visualizar a realidade de acesso do usuário ao sistema de saúde e, também quanto a aplicação dos recursos diante das necessidades do município, a saber, quais os critérios adotados pelas autoridades para suprir o sistema.

Optamos assim, por uma pesquisa domiciliar, pois acreditamos que esta poderia nos dar subsídios quanto a relação população versus sistema de saúde e especificamente aos tipos de doenças e suas referidas especialidades.

Metodologicamente justificamos a escolha de uma entrevista (Anexo 01) domiciliar por que a mesma iria nos permitir uma cobertura de toda a área do município, portanto garantiria a representatividade de cada bairro. O reconhecimento do local, ou seja, do domicílio do entrevistado como seu "habitat natural" deixaria o usuário (ou não) do serviço à vontade para expressar sua livre opinião.

Entendemos que caso as entrevistas fossem realizadas no espaço do serviço de saúde por ele utilizado, haveria uma inibição natural e circunstancial aliada a uma ansiedade em ser atendido em seu problema de saúde, não desejando que qualquer outra situação (aqui no caso a

entrevista) o impeça de receber uma prescrição médica ou mesmo tratamento específico.

Elaboramos assim, um questionário que contemplou as seguintes perguntas:

-Quais os problemas de saúde mais frequentes na população montenaltense ?

-Qual o tipo de serviço que o usuário tem como referência: público ou particular ?

-E qual a opinião do usuário quanto ao atendimento recebido ?

A isto acrescentamos algumas entrevistas com os chamados produtores de saúde: o Provedor, Diretores clínicos e administrativos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia; Presidente da Comissão de Saúde do Município; Diretor de Saúde; Assessor do Presidente do Conselho Municipal de Saúde; Diretor do CS II e o Prefeito, para que pudessemos desta forma contrastar o discurso oficial, ou seja, o ponto de vista de quem produz e gerencia este sistema de saúde e a população à quem este serviço é dirigido.

As entrevistas com os produtores de saúde foram realizadas com base num roteiro previamente elaborado, cujo conteúdo versava sobre aspectos técnicos, políticos e administrativos das instituições.

A opção pelo roteiro se deu por este permitir uma maior liberdade de respostas pelo entrevistado, tanto assim que coube ao próprio entrevistado privilegiar questões que julgasse mais importante.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

GEO-POLÍTICO

Monte Alto localiza-se na região norte do estado, no altiplano da serra de Jaboticabal, (Anexo 03) à 720 m de altitude e com área de 311 km². Situa-se à 21 10' de latitude sul e 48 30' de longitude W. e dista 319 km em linha reta da capital do estado, limitando-se com os municípios de Jaboticabal, Taquaritinga, Vista Alegre do Alto e Taiacú.

O acesso ao município é feito através das rodovias Bandeirantes-Anhanguera, Washington Luiz e Faria Lima. O clima é tropical, com inverno seco e verão chuvoso. As temperaturas anuais tem como máxima 29° C, média 22° C e a mínima 15° C. A precipitação pluviométrica média é aproximadamente 1340mm. A direção predominante dos ventos é Noroeste.

A hidrografia é formada principalmente, pelo rio Turvo e córrego Rico.

HISTÓRICO

O município de Monte Alto foi fundado por Porfírio Pimentel, farmacêutico, capitão e cirurgião-mor do Imperador por decreto datado de 1864; era também um homem dado à exploração de terras.

Segundo ele conta, certa noite sonhou com uma região montanhosa vislumbrando do alto de um monte uma igreja, semelhante à de Pirapora. Acordou, chamou a mulher à quem contou o sonho manifestando o desejo de procurar essa região. Resolveu partir com pequena comitiva encontrando uma região semelhante àquela que sonhara. Denominou-a de Bom Jesus de Pirapora de Monte Alto das Três Divisas. Assinalou o local elevando um cruzeiro e construindo uma ermida.

Negociou quatro alqueires para construir a sede do patrimônio e, designou o dia 15 de maio de 1881 para cerimônia da fundação, sendo o padroeiro o Senhor Bom Jesus de Pirapora.

Dessa forma, Monte Alto hoje cognominada "Cidade do Sonho", passou a capela e a povoado, pertencentes a Jaboticabal. Em 1893 passou a distrito policial.

Por força da lei nº 363, de 31 de agosto de 1895 foi elevado a distrito de paz e município em 8 de fevereiro de 1896.

De 1895 a 1928 pertenceu à comarca de Jaboticabal e, no dia 13 de setembro de 1928, pelo Decreto lei nº 2281 foi elevado à categoria de comarca, cuja instalação se fez a 25 de janeiro de 1929.

Atualmente, conta com os distritos de Aparecida de Monte Alto e Ibitirama.

Os símbolos da cidade de Monte Alto (Anexo 04) são: Brasão, Bandeira, Hino e o Símbolo do Centenário. Este último, mostra os três fatores que contribuem para o progresso da cidade: agricultura, comércio e indústria.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O município de Monte Alto conta com uma população estimada pela Fundação SEADE para 1992 de 40.372 habitantes, sendo 20.500 (50,8%) homens e 19.864 (49,2%) mulheres.

Tabela 01 - População residente em Monte Alto, segundo sexo, 1980-1991.

Ano	Masculino	Feminino	Total
1980	15 970	15 126	31 101
1981	16 335	15 492	31 807
1982	16 698	15 865	32 563
1983	17 065	16 244	33 309
1984	17 437	16 628	34 065
1985	17 812	17 018	34 830
1986	18 192	17 413	35 605
1987	18 576	17 812	36 388
1988	18 963	18 218	37 181
1989	19 355	18 627	37 982
1990	19 749	19 042	38 791
1991	20 140	19 462	39 607

Fonte: Fundação SEADE

Do total de habitantes 35 931 (89%) concentram-se na zona urbana e 4 441 (11%) na zona rural, com uma taxa de urbanização de 89,37%. Este número situa-se abaixo do esperado, segundo projeção da taxa de urbanização de Monte Alto para o período de 1980 à 2000 , feito pela Fundação SEADE, pois esta aponta para 1990 uma taxa de urbanização de 91,92% (Tabela 02)

Tabela 02 - Projeção de Urbanização de 1980 a 2000 , Monte Alto

Ano	1980	1985	1990	1995	2000
%	81,81	87,42	91,98	94,31	96,24

Fonte: Fundação SEADE

O número de eleitores de Monte Alto, segundo a Justiça Eleitoral local era em outubro de 1992 de 24.620 eleitores.

Por faixa etária, a população distribuiu-se de acordo com a tabela e pirâmide que seguem:

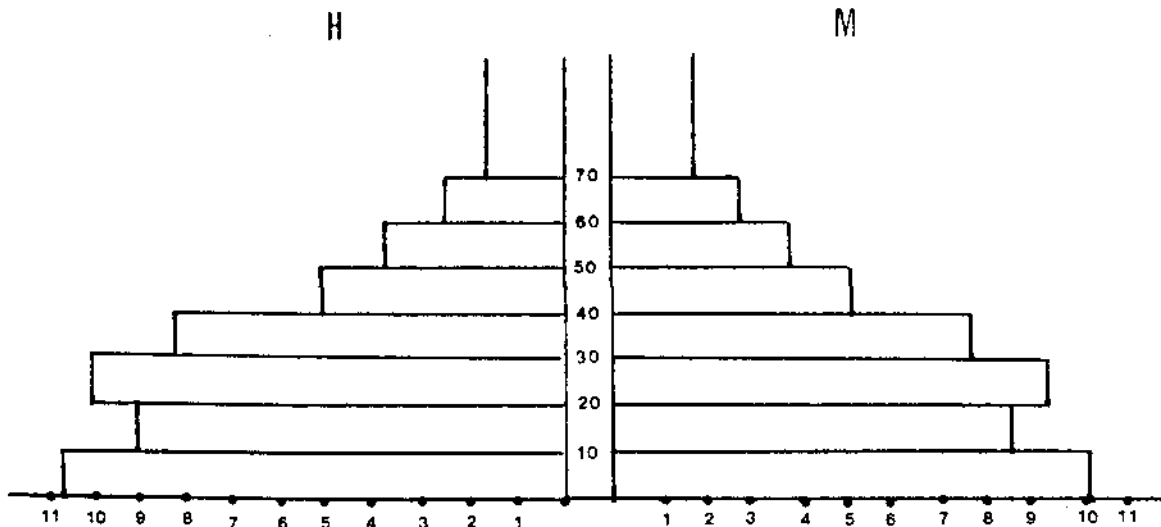
PIRÂMIDE POPULACIONAL

Pirâmide de população é a representação gráfica da estrutura de uma população, segundo idade e sexo.

Para se fazer um boa análise deveríamos ter uma série histórica na qual poderíamos acompanhar as tendências de evolução da população, também seria necessário se ter grupos etários homogêneos menores, como esses dados não estavam disponíveis, faremos uma análise introdutória.

Na pirâmide etária do município de Monte Alto, em 1991, observar-se um maior número de homens em relação às mulheres nas faixas etárias de 0 a 10 anos, 10 a 20 anos, 20 a 30 anos, 30 a 40 anos e 40 a 50 anos. Igualando-se na faixa etária de 50 a 60 anos, sendo que nas faixas etárias subseqüentes a população feminina ultrapassa a masculina.

Pirâmide Etária do município de Monte Alto-1991.



Fonte: Fundação SEADE

Isto não foge ao esperado, pois como descrito em literatura, nascem mais homens do que mulheres, além do que no decorrer da vida morrem mais homens (mais cedo) do que mulheres.

Com isso, alcançarse-ia um equilíbrio numérico entre os sexos na idade adulta e nas idades mais avançadas, a população feminina ultrapassaria a masculina, pois estas vivem mais.

A primeira vista a pirâmide populacional de Monte Alto se apresenta sob a forma piramidal - base muito larga e diminuição nas barras seguintes, até um ápice bem afinado nas idades avançadas. Este tipo de pirâmide é representativo de países sub-desenvolvidos no qual o número de nascimentos é progressivo.

Chama a atenção o aumento na faixa etária de 20 a 30 anos. Podemos supor, que isto se deva ao fato de pessoas nestas idades (produtivas) migrarem para Monte Alto a procura de emprego.

- Tabela 03 Projeção da população, segundo sexo e idade. fonte Alto, para 1991.

Idade Sexo	Mulheres	Homens	Total
>1 ano	513	541	1054
1 a 4	1719	1787	3506
5 a 9	2169	2257	4426
10 a 14	1883	1953	3836
15 a 19	1777	1923	3700
20 a 24	1944	2121	4065
25 a 29	2043	2180	4223
30 a 34	1826	1952	3778
35 a 39	1465	1593	3058
40 a 49	2174	2218	4392
50 a 59	1622	1619	3241
60 a 69	1150	1084	2234
70 e +	749	678	1427
Total	21.034	21.906	42.940

Fonte: Fundação SEADE.

A população cresceu nos últimos 10 anos cerca de 7.690 habitantes, o que representa uma taxa média de crescimento de 2,2% ao ano. A densidade demográfica é de 139,15 hab/km (dados-1990), segundo Fundação SEADE.

ASPECTOS SÓCIO ECONÔMICOS

ECONOMIA

INDÚSTRIAS

A cidade de Monte Alto possui algumas indústrias de transformação implantadas e em pleno desenvolvimento, além de serem significativas as indústrias mecânicas e de artefatos de borracha. Muitas das quais se localizam na área central da cidade.

-Tabela 04 Número de estabelecimentos industriais, segundo setor de atividade, Monte Alto, 1988.

Setores de Atividade	número
Indústrias extrativas	—
Indústrias de transformação	66
Indústrias de utilidade pública	01
Indústrias de construção	02
Total	69

Fonte: Sistema de Informações Municipais - FIESP

-Tabela 05 Número de estabelecimentos industriais e empregos gerados, segundo porte das empresas, Monte Alto, 1988.

Porte das empresas	número	empregos gerados
Micro empresa (até 9 empregos)	46	109
Pequena empresa (10 a 99 empregos)	18	615
Média empresa (100 a 499 empregos)	01	106
Grande empresa (500 e + empregos)	04	2813
Total	69	3643

Fonte: Sistema de Informações Municipais - FIESP

COMÉRCIO

O comércio do município é diversificado e conta principalmente com estabelecimentos varejistas, atendendo as necessidades locais. Segundo a Associação Comercial e Industrial de Monte Alto, existem atualmente cerca de 600 empresas de comércio na cidade.

REDE BANCÁRIA

Quanto a rede bancária, há 09 estabelecimentos, sendo os principais: Banco do Brasil, Itaú, Banespa, Bradesco, Caixa Econômica Federal e Caixa Econômica Estadual.

AGRICULTURA-

Com relação a agricultura, em 1986 levantamento da zona rural, identificou 920 pequenas propriedades de diferentes tamanhos (Tabela 06) dividindo os 31.100ha da área rural do município.

-Tabela 06 Estrutura fundiária de Monte Alto, 1986

Área rural total 31.100ha

Número de proprietários:896

Estratificação	N Propriedades	%	Área(ha)	%
até 5 ha	45	4,90	85,50	0,3
5,1 a 20	360	39,13	2.736,00	9,0
20,1 a 50	312	33,91	11.856,00	38,0
50,1 a 100	145	15,76	5.396,00	17,7
100,1 a 500	58	6,30	11.020,00	35,0
Total	920	100,00	31.093,50	100,00

Fonte: IBGE

Possui produção diversificada, porém algumas se destacam. Estas culturas predominantes têm se modificado com o passar do tempo. Na década de 1950, Monte Alto se caracterizava como grande produtor de algodão. Em 1953 iniciou-se o cultivo de tomate pasteiro, para abastecer as indústrias emergentes no município, como Peixe, Crai e Cica. No período de 1956 a 1958 ao lado do cultivo de tomate, com o declínio do algodão, inicia-se a exploração da cultura do mamão. Também nesse período chegaram, as primeiras mudas de citrus. No início da década de 60 expandiu-se a cultura do mamão, fazendo com que Monte Alto ficasse conhecida como "capital mundial do mamão". O declínio do cultivo de mamão se deu pelos idos de 1965, pelo surgimento da virose mosaico do mamoeiro. Viu-se crescer na época de 1960/1965 a cultura dos citrus e da cebola.

Atualmente ao lado de 1.600ha de arroz, 2.300ha de milho-grão, 1.000ha de feijão, 900ha de milho doce, para indústrias de conservas, 150.000 pés de goiaba, 150.000 pés de manga, e outras explorações menores como amendoim, tomate, café, abacate, pepino, pimenta, berinjela, abobrinha e outras maiores como os 6.500ha de cana e os 5.600ha de citrus. Sobressai-se a cultura de cebola com 1.500 a 2.000ha anuais, portanto, com área 4 vezes menor que a cana ou o citrus, gera receita bruta 4 vezes maior, além do que, bem distribuídos.

A cultura de cebola também tem a vantagem de ser seguida pelo plantio de feijão de inverno e depois ainda pelo milho doce para indústrias de conservas, na mesma área e no mesmo ano.

PECUÁRIA

Segundo a pesquisa de pecuária municipal, realizada pelo IBGE em 1990, o efetivo dos rebanhos era de 13.550 bovinos e 7.960 suínos.

ENERGIA ELÉTRICA

Quanto a Energia Elétrica, os serviços são fornecidos pela CPFL (Companhia Paulista de Força e Luz), através da rede interligada Sudeste, a nível residencial, comercial, industrial, rural e setor de iluminação pública.

O número de unidades ligadas até outubro de 1992 é de 10.071 .

O consumo de energia elétrica no município é de 72.081.086 kw/h ano (dados de 1988 - FIESP) dividindo-se em:

- residencial 14.849.371
- comercial 2.007.046
- industrial 32.224.921

SINDICATOS E ASSOCIAÇÕES

Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Metalúrgica, Mecânica e de Material Elétrico de Monte Alto:

São 68 indústrias com total aproximado de 1800 trabalhadores, sendo que 1100 são sindicalizados (62% de sindicalização).

São feitos convênios com médicos de fora da cidade, especialistas, que atendem os sindicalizados com descontos, com farmácias e outros. Existe consultório odontológico na sede com preços moderados.

Sindicato dos Bancários de Monte Alto:

Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Artefatos de Borracha de Monte Alto:

São 1075 sindicalizados, sendo que 1041 são da Fábrica de Artefatos de Borracha Cestari S.A. Fazem parte dos benefícios: assessoria jurídica, convênios (dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, ótica e laboratório).

Associação Comercial e Industrial de Monte Alto:

Monte Alto tem em torno de 600 empresas de comércio diversificado, sem predominância. Fazem parte dos benefícios: Serviço de Proteção ao Crédito, tele-cheque, instrução jurídica, informações comerciais e convênio de saúde (Policlínica de Ribeirão Preto - somente 10% dos associados tem cobertura).

ILUMINAÇÃO PÚBLICA

A cidade, com relação à iluminação pública está quase totalmente coberta, segundo dados fornecidos pelo setor de engenharia da Prefeitura.

SEGURANÇA PÚBLICA

A segurança pública de Monte Alto é composta por: Guarda Municipal, Polícia Civil (Delegacia de Polícia de Monte Alto e Delegacia de Defesa da Mulher) e Polícia Militar.

Guarda Municipal de Monte Alto

Criação: 1987

Contingente atual - 57 guardas municipais (contratados por concurso público- 90 dias de treinamento- usam armas de fogo) Turno - 12/36h.

Viaturas- 04

Postos- 01 posto central-administrativo, 03 postos : Rodoviária, Vila Pires e Vila Primavera.

Atividades: segurança de escolas (estaduais e municipais), segurança do pronto-socorro municipal no período noturno, viaturas fazem rondas ostensivas no período noturno.

As principais ocorrências do mês de outubro/92 estão no Anexo 05.

Delegacia de Polícia de Monte Alto

Contingente: 20 funcionários , sendo distribuídos da seguinte maneira: delegados-02, escrivões-04, investigadores-05, agentes de telecomunicações-03, carcereiros-05, agente policial-01.

Atividades: Plantão local e ronda policial.

Tabela 07 Distribuição dos tipos de ocorrências policiais do Município de Monte Alto, Outubro/ 1992.

Tipos de Ocorrências	Número
Lesões dolosas	11
Acidentes de Trânsito	12
Furto de Veículos	03
Furto consumado	19
Furto qualificado	02
Apropriação indébita	01
Danos ao patrimônio	03
Estelionato	04
Estupro	01
Falsa identidade	01
Tráfico de entorpecentes (maconha)	01
Uso de entorpecentes (maconha)	02
Crimes eleitorais	02
Vias de fato	01
Direção perigosa	01
Jogo de bicho	01
Embriaguez	01
Outros	06
<hr/>	
Total	72

Fonte: Delegacia de Polícia de Monte Alto.

Estatística referente à acidentes de trânsito - OUT/92

- Número de acidentes de trânsito	12
- Vítimas fatais	00
- Lesões corporais	08

Num prédio contíguo à Delegacia de Polícia, está instalada a Cadeia Pública de Monte Alto, com capacidade para 24 presos. Sendo que em Outubro/92, a taxa de ocupação era de 83,3%.

Delegacia da Defesa da Mulher de Monte Alto

Inaugurada em 1992, conta com uma delegada e uma escrivã. A frota é de um veículo e as atividades se restringem ao plantão local. Eventualmente são realizadas rondas. A seguir demonstram-se as ocorrências registradas no mês de Outubro/92 nesta Delegacia.

Tabela 08 Distribuição dos tipos de ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Monte Alto, no mês de Outubro/92.

Tipo de Ocorrência	número
Lesões corporais dolosas	06
Lesões corporais culposas	02
Maus tratos	01
Roubo consumado	01
Apropriação indébita	01
Estupro	01
Vias de fato	02
Falta de habilitação	01
Total	15

Fonte: Delegacia de Defesa da Mulher de Monte Alto

Polícia Militar

Com um contingente de 27 soldados, 3 cabos, 1 sargento e 1 tenente, tem como atividades principais o policiamento preventivo e ostensivo. Segundo estatística do 3º Pelotão de Monte Alto, em outubro de 1992 foram registradas 267 ocorrências.

TRANSPORTE

Existe em Monte Alto duas empresas de Ônibus intermunicipais (Itamaraty e Cruz) e uma empresa particular de Ônibus urbano (Muniztur), com frota de 06 veículos. A população rural utiliza meios próprios de locomoção ou veículos escolares cedidos pela Prefeitura.

Em 1988, segundo FIESP 120,60 por 1.000 habitantes possuíam veículos automotores.

ESPORTE TURISMO E LAZER

Em Monte Alto não existe um departamento específico para promoção de turismo e lazer.

No departamento de esportes são desenvolvidas várias modalidades entre elas estão: atletismo, voleibol, basquetebol, futebol de salão, futebol de campo e natação. Estas são atendidas por 11 professores de educação física; sendo 09 com nível superior e 02 instrutores da polícia militar.

Não existe nenhum curso técnico nas especialidades ou modalidades e não existe categoria profissional em nenhuma modalidade.

Existe a campanha "Adote um atleta" que recebe patrocínio das indústrias de Monte Alto para basquete e futebol de salão. Além disso são promovidos vários campeonatos e olimpíadas municipais.

Na área da cultura, destaca-se um complexo composto por biblioteca, teatro e museu, este último dividido em histórico e paleontológico. Cabe ressaltar que o museu paleontológico possui várias peças de fósseis encontradas no município de Monte Alto de

grande valor histórico e cultural, contribuindo para o estudo da evolução do homem.

PAVIMENTAÇÃO

Segundo dados da Prefeitura o asfalto urbano tem uma cobertura de 97%, enquanto o número de ruas pavimentadas é desconhecido. Alguns conjuntos habitacionais, como Jd. Paulista e Jd. Laranjeiras tem uma cobertura de pavimentação de 10%.

HABITAÇÃO

Dados obtidos no Departamento de Engenharia informam que existem 13.500 contribuintes, por volta de 5.760 residenciais e 7.740 comerciais (informações de 1990)

O déficit é desconhecido, porém estima-se que seja em torno de 10%, porém este número não possui uma fonte segura.

Monte Alto possui 04 Cohabs, sendo 03 ocupadas e uma em fase de entrega. Possui uma área de habitação precária denominada Vila do Plástico e uma moradia, onde vivem aproximadamente 30 pessoas em condições insalubres.

ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL

O Departamento de Assistência e Promoção Social funciona de segunda à sexta feira das 7 às 17 horas e desenvolve as seguintes atividades e Programas:

- agendamento de consultas de especialidades médicas;
- controle de lotação de viaturas para condução de usuários aos locais de consulta;
- controle de fornecimento de passes para usuários dos serviços médicos e indigentes;
- Educação Pedagógica para crianças excepcionais;

-outros encaminhamentos diversos (Pronto Socorro, à UBS, à cozinha piloto para a aquisição de alimentos, etc);

-controle e elaboração de relatórios mensais das famílias cadastradas que recebem subsídio financeiro do Instituto de Atendimento Familiar de São Paulo (IAFAM).

-Campanha de distribuição de medicamentos;

-Movimento de Idosos de Monte Alto (MIMA);

-Cursos para gestantes;

-Cursos de treinamento para docentes sobre deficientes mentais;

-Cursos de bordados industrial e marcenaria;

-Cursos de recreação para funcionários das creches;

-Curso de cabelereiros.

Pode-se quantificar o número de procedimentos de algumas atividades realizadas pelo Departamento de Assistência e Promoção Social (Tabela 09).

TABELA 09 número de procedimentos pelo Departamento de Assistência e Promoção Social durante o ano de 1991.

PROCEDIMENTOS	ANO	1991
Passes para tratamento médico		207
Passes para indigentes para a cidade de		
Origem		881
Internação em clínica geral		293
Internação em hospital psiquiátrico		112
Número pacientes encaminhados p/trat.médico		9691
Pacientes atendidos em especialidades em M.Alto		840

Fonte: Relatório das atividades assistenciais desenvolvidas pelo Departamento de Assistência e Promoção Social, referente à 1991.

Caracterização física da Unidade:

O prédio ocupado pela unidade foi construído, inicialmente, para funcionar como Pronto Socorro da cidade. Devido a inadequação da estrutura física e localização para tal fim, foi aproveitado para abrigar a Promoção Social.

Possui as seguintes dependências:

- sala de espera;
- sala de recepção;
- 6 salas de aula para crianças excepcionais;
- 4 salas para atendimento psicológico e fonaudiológico;
- 1 sala para a Assistência Social;
- 1 cozinha;
- 2 áreas livres e abertas.

Caracterização da Equipe Técnica da Unidade:

A primeira dama do município é responsável pelo setor e é assessorada pela seguinte equipe:

- 1 assistente social;
- 2 fonaudiólogas;
- 3 psicólogas;
- 6 professoras para crianças excepcionais;
- 2 escriturárias;
- 2 serventes;
- 1 motorista

Descrição das Atividades e Programas:

a) Agendamento de consultas de especialidades:

As especialidades de neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia são agendadas para médicos particulares contratados pela Prefeitura da cidade.

Quando, as poucas vagas para consultas dessas especialidades estão preenchidas e quando há necessidade de outras especialidades, faz-se o reencaminhamento e lotação para transporte para outros municípios, como: Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Jaboticabal, Catanduva, Barretos, Bauru e Campinas.

Fluxo de Encaminhamento para especialidades fora do município de Monte Alto:

- 1- Atendimento no CS ou UBS (havendo necessidade de atendimento especializado)
- 2- Promoção Social para o preenchimento completo de dados
- 3- Volta ao CS ou UBS para receber formulário de encaminhamento
- 4- Volta a Promoção Social para agendamento do transporte para o município indicado
- 5- Ida para o CS II para receber carimbo de autorização
- 6- Volta a Promoção Social para confirmação do agendamento de transporte para a cidade indicada (na maioria das vezes Ribeirão Preto)

7- Em Ribeirão Preto marca-se consulta para o Hospital das Clínicas se há vagas, senão encaminha-se para a Santa Casa da cidade

8- Em Monte Alto volta-se na Promoção Social com os dados relativos a consulta marcada na especialidade (dia e hora) e novamente agenda-se o transporte

9- Comparecimento à consulta em Ribeirão Preto

10- Aquisição de medicamentos em Monte Alto: na Promoção Social, UBS ou CS II ou nas farmácias comerciais.

Na Tabela 10, pode-se observar o número total e parcial de viagens realizadas para tratamento médico em outras localidades, segundo o tipo de veículo.

TABELA 10 : Distribuição das viagens para tratamento médico em outras localidades, segundo tipo de veículo, durante o ano de 1991.

LOCALIDADE	ANO	1991	
		ambulância	Micro ônibus
Ribeirão Preto		686	246
São José do Rio Preto		131	39
Barrelos		105	-
Brodósqui		50	-
Catanduva		40	-
Campinas		35	-
Jaboticabal		34	-
Araraquara		29	-
Outros		33	-
total de viagens		1137	285

Fonte: Relatório anual das atividades desenvolvidas pelo Departamento de Assistência e Promoção Social. Prefeitura Municipal de Monte Alto, 1991.

b) Controle de indigentes:

É realizado pela Guarda Civil que ao identificar indigentes faz com que retornem a cidade de origem. A Promoção Social fornece os passes para tal fim.

c) Educação Pedagógica junto às crianças excepcionais:

São realizadas nos dois turnos, de segunda à sexta-feira, em classes divididas de acordo com o tipo de deficiência da criança.

Os professores responsáveis recebem cursos e treinamento em Saúde Mental.

d) Campanhas de Medicamentos:

Os medicamentos são doados pelos próprios usuários do hospital ou por parentes dos que já faleceram.

Esses medicamentos doados são recolhidos e selecionados de acordo com nome e data de validade pela Guarda Mirim e/ou pelo motorista da Promoção Social. Essa seleção é realizada sem a supervisão de um profissional qualificado (vide comentários de Vigilância Sanitária).

e) IAFAM - Instituto de Assuntos da Família:

Realizam reuniões mensais com as famílias cadastradas no programa, promovendo cursos e fazendo ocasionalmente visitas domiciliares.

f) MIMA (Movimento de idosos de Monte Alto):

Teve início com 12 pessoas idosas que viviam no asilo da cidade. Hoje conta com 200 membros e a cada dois anos é eleita uma nova presidência.

Desenvolvem atividades recreativas como: dança, excursões, confecções, ginástica, etc. Anualmente, no dia do idoso, assistem palestras sobre saúde com um médico da cidade.

As principais fontes de financiamento do Movimento são:

- . verba irrisória da LBA que é complementada com a taxa de manutenção de associados e bilheteria dos shows e bailes.

- . a Prefeitura cedeu terreno para a construção de um centro de convivência com biblioteca e salão para dança.

- . Além disso a Prefeitura oferece regularmente transporte para o Festival de Forró em outras cidades. Essa atividade é importante para a arrecadação da bilheteria.

g) Curso para gestantes:

É um curso amplamente conhecido e divulgado na cidade de Monte Alto.

São oferecidas 60 vagas para mulheres até o sexto mês de gestação e é realizado de 3 em 3 meses.

A gestante se inscreve na Promoção Social, sem haver necessidade de encaminhamento da UBS.

Os objetivos do curso que devem ser atingidos até o nono mês de gestação são:

- preparar o enxoval completo do bebê;
- aprender e aperfeiçoar o bordado e a costura e
- preparação de peças avulsas do enxoval pelas voluntárias, para que sejam distribuídos para as gestantes carentes da zona rural e do Distrito de Aparecida.

Entre as atividades de preparo do enxoval do bebê ocorrem palestras sobre assuntos relacionados à saúde da mulher, gravidez e cuidados do bebê, realizadas por enfermeiras, fonoaudiólogas e médicos do CS II.

h) Programa de 0 a 2 anos:

Esse programa foi realizado em conjunto com a APAE de Jabolicabal, iniciando-se no corrente ano.

Foi um censo que objetivou a verificação do número de crianças portadoras de deficiências congênitas no município. Utilizou-se o teste do "pezinho" (fenil-alanina e T4 neonatal).

Comentários

A grande demanda para lotação de transportes e agendamento para consultas de especialidades, dentro e fora de Monte Alto, representa um transtorno para o usuário do Sistema de Saúde e Promoção Social, já que é realizado de maneira pouco produtiva e funcional. Esse processo ainda traz como agravante a transferência em grande monta de serviços que não são característicos e de responsabilidade da Promoção Social, dificultando que suas atividades peculiares sejam realizadas.

A Promoção Social poderia participar junto à equipe de saúde na elaboração de uma melhor definição do seu papel a ser desempenhado junto à comunidade. Assim poderia diminuir a concentração de demanda "não atendida com resolutividade em outros locais", dentro da Promoção Social.

A própria locação das psicólogas e fonoaudiólogas no espaço da Promoção Social, precisa ser revista. Estas profissionais, ficam distanciadas do local e das ações de saúde propriamente dita, não realizando atividades relacionadas a prevenção e promoção de saúde e alguns tipos de tratamentos pertinentes às profissões.

As atividades relacionadas ao curso de Gestantes e ao MIMA, apesar de terem repercussão considerável à nível da cidade, precisam ser reavaliadas para tornarem-se ainda mais completas e relevantes.

Outro tipo de atividade, desenvolvida pela Promoção Social, é o controle e entrega de passes à mendigos e indigentes para que retornem à cidade de origem. No ano de 1991, 881 indivíduos tiveram seus direitos e garantias fundamentais de cidadãos feridos (Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo I, Artigo 5, parágrafo XV).

Sugestões

- necessidade de um Assistente Social em cada UBS;
- que os agendamentos e encaminhamentos à consultas de especialidades médicas, ficassem sobre o controle dos serviços de saúde;

- maior aproveitamento das salas de espera das Unidades Básicas de Saúde para , por exemplo, realização de cursos para gestantes (que abordem aspectos bio-psico-sociais), planejamento familiar, etc.

- maior sistematização na abordagem sobre a saúde do idoso, não se restringindo a apenas uma palestra anual;

- a educação pedagógica dos excepcionais, necessitaria estar vinculada a educação, já que a demanda não é atendida em sua totalidade;

- que a Promoção Social se interessasse na questão das drogas. Identificando-a, conhecendo o seu significado fisiológico e social na comunidade, seu mecanismo de penetração e abordagem nos grupos específicos, para estabelecer programas de prevenção;

- participar junto a equipe de saúde no desenvolvimento de programas de orientações para a comunidade e profissionais que lidam com pacientes portadores do vírus HIV.

EDUCAÇÃO

A cidade de Monte Alto conta com 9 unidades de ensino estaduais, 11 núcleos municipais, e 4 escolas particulares, não apresentando déficit de número de vagas.

O Estado é responsável pelo ensino de primeiro e segundo grau, atendendo aproximadamente 7500 alunos. Duas escolas são responsáveis pelo ensino de segundo grau, magistério , tornearia e ajustagens mecânicas e todas as escolas da rede estadual oferecem o curso de primeiro grau.

Os 11 núcleos municipais são responsáveis pela pré-escola, atendendo aproximadamente 1260 crianças de 4 a 6 anos.

Uma das escolas particulares oferece o Curso de Magistério em prédio cedido pela Prefeitura, outra oferece somente o curso de primeiro grau e as demais abrangem o segundo grau.

A escola do SESI mantém um curso de primeiro grau.

As oito escolas rurais oferecem curso primário até a terceira ou quarta série. Para a complementação da escolaridade das

crianças da zona rural a Prefeitura oferece transporte até as escolas da cidade.

A evasão escolar da escola pública se concentra no segundo grau e no período noturno.

O Centro de Recreação Municipal (CEREM) recebe crianças em período alternado com o da escola, oferecendo merenda, banho, reforço escolar e atividades práticas (profissionalizantes ou não). O objetivo da instituição é o de "não deixar crianças na rua" e se propõe a atender a demanda necessária.

No Distrito de Aparecida uma instituição semelhante (PROFIC) cuida das crianças enquanto os pais trabalham.

As crianças deficientes são assistidas pelo CEDAM e por duas escolas estaduais em classes especiais, mas o número de vagas oferecidas é insuficiente.

A Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) de Jaboticabal recebe parte dos alunos excepcionais da cidade. O transporte a essa unidade é de responsabilidade da Prefeitura.

As condições físicas das agências de ensino são boas e a manutenção das escolas públicas é feita pela Fundação de Desenvolvimento Escolar (FDE), que é mantida pelo Estado.

O quadro de funcionários é satisfatório no nível municipal, mas existe déficit no nível estadual.

A merenda escolar é feita na cozinha piloto da cidade e distribuída para todas as unidades de ensino, inclusive as rurais.

Comentários

De uma maneira geral parece não haver déficit de número de vagas na cidade.

A atenção ao segundo grau é realizada por 5 escolas, sendo que 3 delas são particulares e apenas 2 são públicas.

A atenção para a criança em idade escolar da zona rural parece satisfatória, na medida que fatores facilitadores como transporte e merenda estão implementados.

A situação dos prédios escolares, tanto nos aspectos de espaço físico como de manutenção, é satisfatória.

A merenda atende de forma abrangente a comunidade escolar, é de boa qualidade, mas poderia ser melhor balanceada.

Parece importante que haja maior atenção para com as crianças deficientes e/ou excepcionais, tanto no que se refere a especialização de pessoal, como na questão de oferecimento de número de vagas suficientes na cidade.

O papel desempenhado pelo CEREM é importante, mas as crianças usuárias poderiam ter um maior respaldo no que diz respeito a atenção especializada (psicólogos, terapêutas ocupacionais, etc), visando uma objetivação mais adequada e precisa das atividades realizadas.

Não há praticamente nenhuma abordagem na área de Educação em Saúde, tanto na sub-área escolar como na de saúde da mulher, criança, trabalhador, etc.

Em especial a Educação em Saúde na Escola visa colaborar para o desenvolvimento no escolar de uma consciência crítica que possa torná-lo sujeito atuante e multiplicador na promoção e manutenção da sua própria saúde e da comunidade, reivindicando meios necessários para esse fim (Focesi, 1989).

Ainda segundo a autora, o Conselho Federal de Educação sob o parecer de número 04/86 define que os Programas de Saúde desenvolvidos nas escolas não devem estar presos a grade curricular ou a uma disciplina específica. Esses programas devem ser desenvolvidos como uma ação educativa nos diversos momentos e atividades escolares.

O que foi observado nas escolas públicas é a ausência de preocupação com os aspectos relacionados a Educação em Saúde e conseqüentemente a inexistência de Programas de Saúde desenvolvidos adequadamente.

Não existe acompanhamento do estado de saúde dos alunos, nem através de fichas de saúde, nem através de exames médicos periódicos.

A abordagem dos assuntos de saúde é feita através de temas escolhidos quase que aleatoriamente, sem relação com as necessidades sentidas da comunidade escolar. Essa abordagem é realizada através de

palestras esporádicas, geralmente pelo profissional médico e não tem nenhuma intenção de continuidade, aprofundamento ou avaliação posterior.

Na verdade, no primeiro/segundo grau e magistério, nem dentro das disciplinas específicas assuntos referentes a saúde são abordados.

Um exemplo de Programa de Saúde de importância para ser abordado é o de gravidez na adolescência. Obtivemos relatos sobre o aumento de número de casos de gravidez entre as alunas em idade adolescente. Dentro dessa necessidade sentida seria interessante o desenvolvimento não só de palestras, mas de outras estratégias educativas que além de informar sobre a questão, estimulasse o debate e a crítica, permitindo avaliação posterior.

Sugestões

- que seja mantida a atenção à criança em idade escolar na zona rural;
- que o cardápio da merenda escolar seja feito sob orientação de um profissional especializado;
- que se atenda adequadamente a demanda de crianças deficientes e/ou excepcionais;
- que profissionais especializados em atividades e em desenvolvimento infantil e adolescente prestem serviços no CEREM;
- que a saúde do escolar seja abordada de modo mais completo e regular por profissionais capacitados, devendo haver uma maior integração entre as Unidades Básicas de Saúde e as escolas;
- que a partir de uma maior percepção da importância da Educação em Saúde dentro da atenção primária, se desenvolvam programas em diversos setores da comunidade (programas da criança, mulher, adolescente, trabalhadores, etc).

COZINHA PILOTO MUNICIPAL

As escolas recebem merenda da Cozinha Piloto Municipal. Nesta, são produzidas de 8000 a 9000 refeições, 6000 pratos de sopa, 7000

pães, 750 a 800 litros de refresco em saquinhos de 200 ml. Além de abastecer as escolas há distribuição de refeições e pães para os funcionários municipais.

Trabalham na cozinha-piloto 25 funcionários (auxiliares de cozinha e cozinheiros), coordenados por uma professora.

A cozinha está localizada em prédio próprio, com 2 pisos. Sendo que o setor de preparo dos alimentos se encontra no piso térreo e o setor de armazenamento de matéria prima no piso inferior. Existe um elevador utilizado para transporte de alimentos e de lixo. O piso e as paredes são revestidos com material adequado, e as janelas são teladas. A porta da cozinha é mantida sempre aberta.

No almoxarifado, os mantimentos são colocados sobre estrados de madeira, as janelas são teladas e as prateleiras são bem organizadas. O controle dos alimentos é feito pela verificação da data de vencimento.

A padaria possui duas máquinas de cilindros para preparo da massa do pão, além do forno.

São fornecidos aos funcionários aventais e gorros.

As verduras e hortaliças utilizadas na cozinha piloto são provenientes da Horta Municipal e sofrem processo de desinfecção com solução de vinagre antes de serem utilizadas. Trabalham na Horta Municipal três hortelistas. A água de irrigação provém de um sistema de dreno da Sabesp, e o adubo e as sementes são fornecidos pela Prefeitura.

Comentários e sugestões

Há necessidade de contratação de um nutricionista responsável pelo balanceamento dos cardápios e controle da matéria prima e confecção dos alimentos.

Além disso, é preciso ser feito controle microbiológico e físico-químico periódico dos alimentos "in natura" e processados.

Os funcionários devem necessariamente usar aventais e gorros, e é preciso ser instalado algum tipo de proteção para as máquinas de

cilindros que processam a massa de pão, já que o funcionário que nela trabalha tem risco de acidente.

O elevador deve ser exclusivo para carregar alimentos, e a porta da cozinha, de molas para que permaneça fechada e não haja trânsito desnecessário de pessoas estranhas ao serviço. É necessário também se reservar um local para que os alimentos já processados sejam acondicionados enquanto aguardam o transporte e distribuição.

CARACTERIZAÇÃO QUANTO A INDICADORES DE SAÚDE

é necessário realizar diagnósticos comunitários para identificar os agravos a saúde (principais doenças), medir sua magnitude, caracterizar o processo saúde-doença e avaliar a utilização dos serviços existentes. Para fazer esse diagnóstico, a epidemiologia utiliza variáveis vinculadas ao campo dos assuntos sanitários. Segundo Barker (1976), "a quantificação dessas variáveis deve ter por objetivo elaborar conhecimento que venha servir os seguintes propósitos: prover dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços de saúde; identificar os fatores determinantes de doenças e permitir a sua prevenção; avaliar os métodos usados no controle das doenças; descrever a história natural das doenças e classificá-las".

Pela dificuldade de se medir o nível de saúde, os dados com os quais se trabalha são os de "não saúde": morte e doença (mortalidade-morbidade), inseridos num ambiente são decorrentes das condições de vida.

Com os dados disponíveis, foram calculados os seguintes indicadores:

Swaroop-Uemura;

Mortalidade proporcional segundo idade, sexo e causas;

Curvas de mortalidade proporcional (Nelson de Moraes);

Coefficiente de mortalidade geral ;

Coefficiente de mortalidade infantil;

Coefficiente de mortalidade específica por causas.

Swaroop-Uemura

Este indicador é a frequência relativa que mede a percentagem de óbitos com 50 anos e + em relação ao total de óbitos, em uma área e períodos determinados.

Tabela 11 Indicador de Swaroop-Uemura, Monte Alto 1989/1990/1991.

Ano	Swaroop-Uemura %
1989	68,29
1990	76,47
1991	70,48

Fonte: Fundação SEADE

Comparando-se o Indicador de Swaroop-Uemura para os anos de 1989 a 1990, verifica-se que este não se mantém constante. Há um aumento no índice de 1989 para 1990 e um decréscimo no ano de 1991, para uma análise mais aprofundada seria necessário uma série histórica de pelo menos 15 anos. Devido a falta de dados disponíveis a análise ficou restrita aos últimos 03 anos.

Segundo seus autores, que estabeleceram níveis de saúde após calcular esse indicador para vários países, Monte Alto se situa no segundo nível em 1989 e 1991, e no primeiro nível em 1990.

Isto retrata, a princípio, boas condições de vida no município, com uma baixa mortalidade em crianças e jovens, e grande proporção de mortes acima de 50 anos de idade.

Mortalidade Proporcional segundo idade - Curvas de Nelson de Moraes.

A distribuição da mortalidade proporcional mostra o percentual dos óbitos nas faixas etárias de < de 1 ano, 5-19, 20-49 e 50anos e +.

Tabela 12 Óbitos gerais segundo sexo e idade, Monte Alto, 1989.

Sexo	Grupo etário	<1ano	1-4	5-19	20-49	50anos e +	Total
M		07	--	04	40	96	147
F		10	01	02	14	72	99
Total		17	01	06	54	168	246

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 13 Óbitos gerais segundo sexo e idade, Monte Alto, 1990.

Sexo	Grupo etário	<1ano	1-4	5-19	20-49	50anos e +	Total
M		11	03	03	21	104	142
F		05	01	02	06	65	79
Total		16	04	05	27	169	221

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 14 Óbitos gerais segundo sexo e idade, Monte Alto, 1991.

Sexo	Grupo etário	<1no	1-4	5-19	20-49	50anos e +	Total
M		11	01	03	30	98	143
F		10	01	02	09	62	84
Total		21	02	05	39	160	227

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 15 Mortalidade Proporcional (%) Município de Monte Alto-
1989/1990/1991.

Faixa etária	Ano	1989	1990	1991
< 1 ano		6,91	7,23	9,23
1 - 4		0,41	1,00	0,88
5 - 19		2,44	2,26	2,20
20 - 49		21,95	12,21	17,18
50 anos e +		68,29	76,30	70,49
Total		100,00	100,00	100,00

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 16 Mortalidade Proporcional segundo sexo, no Município de
Monte Alto, 1989/1990/ 1991.

Sexo	Ano		1989		1990		1991	
	Nº.	%	No.	%	No.	%		
M	147	59,75	142	64,25	143	63,00		
F	99	40,25	79	35,75	84	37,00		
Total	246	100,00	221	100,00	227	100,00		

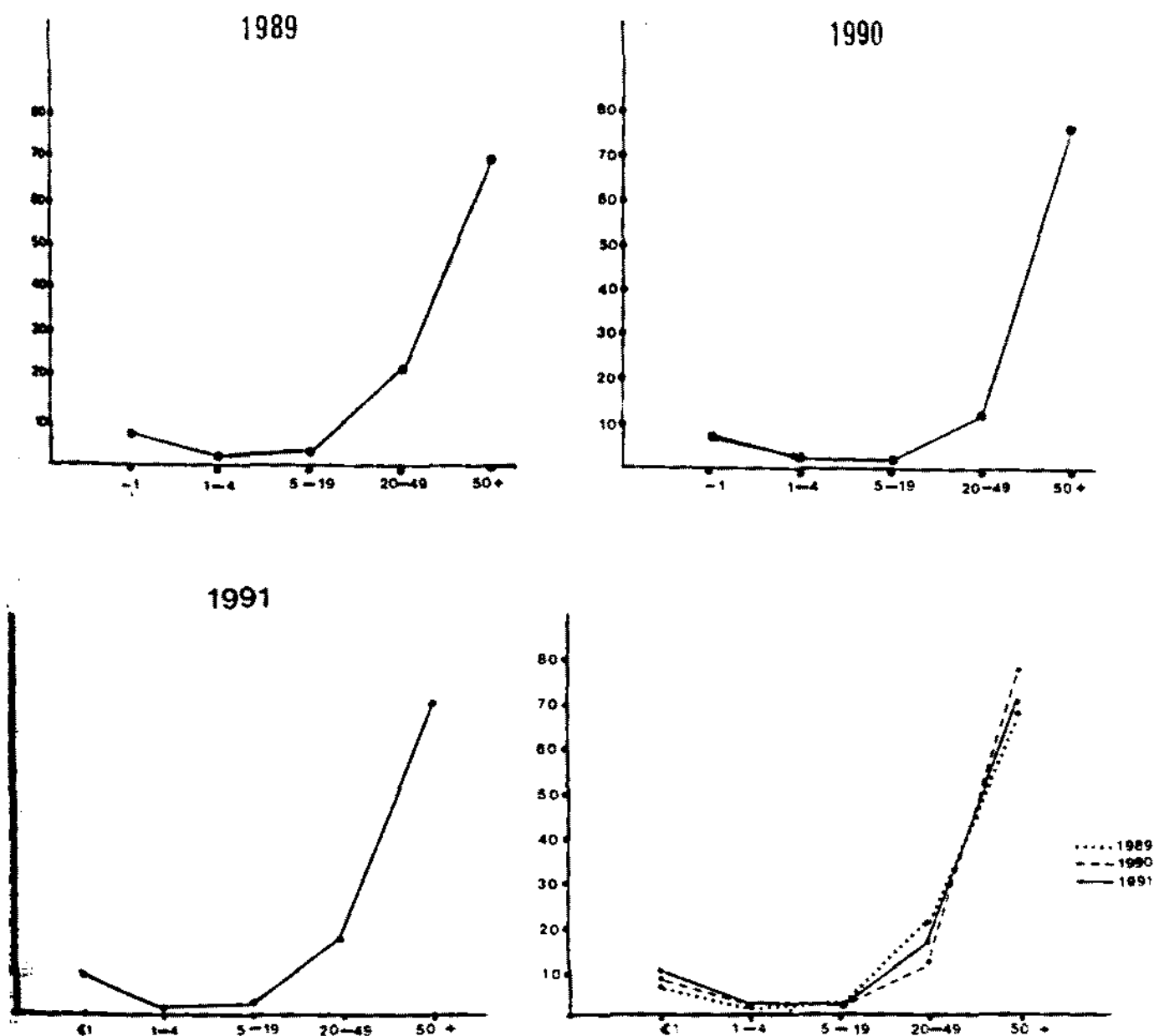
Fonte: Fundação SEADE

Este indicador em Monte Alto, comporta-se como o esperado: proporção maior de mortes no sexo masculino. Isso se deve a uma maior exposição à riscos devido ao trabalho, stress, etc.

Curva de Nelson de Moraes

Segundo Nelson de Moraes, quanto melhor o nível de saúde de uma população, maior a concentração de óbitos em pessoas acima de 50 anos. Por outro lado, uma concentração de óbitos na infância, adolescência e idade produtiva indicam um pior nível de saúde.

Curvas de Nelson de Moraes, para os anos 1989, 1990 e 1991, Monte Alto.



Na curva do Município de Monte Alto, para os três anos analisados (1989-1990-1991) verifica-se uma representação que demonstra um nível de saúde elevado, já que há uma maior concentração dos óbitos na faixa etária de 50 anos e mais. Porém, vale ressaltar a importância de se fazer a curva com maior especificidade, por exemplo por regiões ou bairros, que podem revelar possíveis diferenças nas formas de viver, adoecer e morrer da população.

Comparando-se as curvas de mortalidade proporcional de Monte Alto e do Município de São Paulo, no ano de 1991, observa-se uma semelhança da distribuição dos óbitos. (Anexo 06)

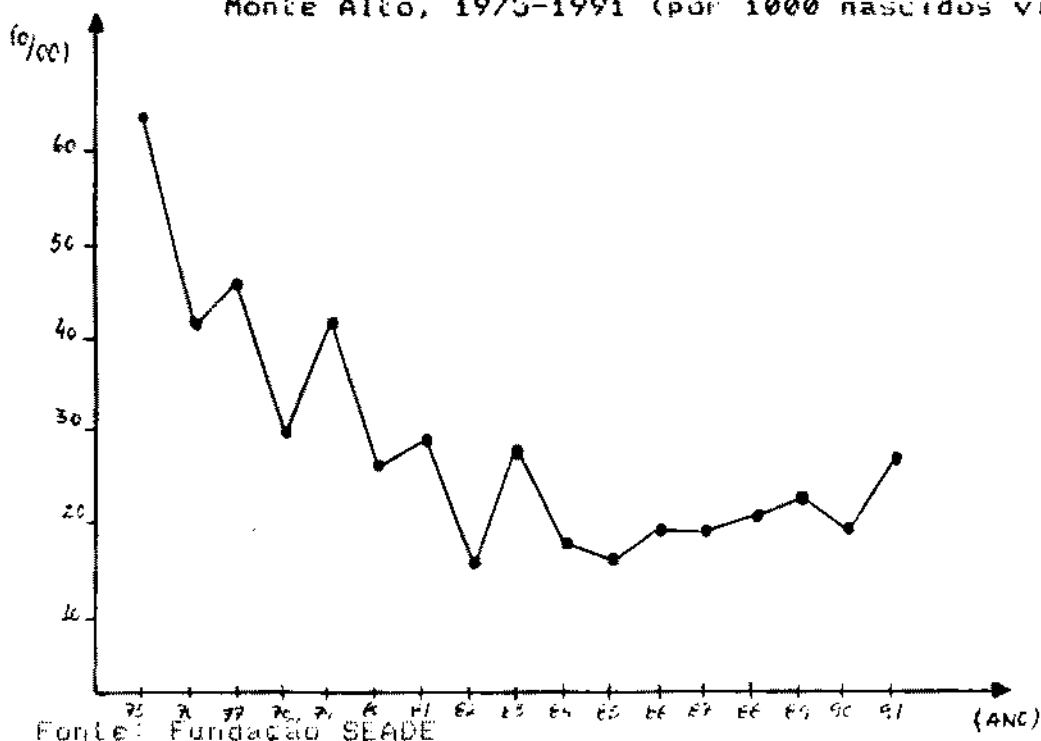
Coeficiente de mortalidade infantil

Ao expressar o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida, esse coeficiente se torna um excelente indicador de saúde de uma população. É portanto, o mais utilizado dentre os coeficientes de mortalidade.

À medida que, em uma área, vão melhorando as condições de vida e de saúde da população, vai diminuindo a mortalidade infantil.

É esta faixa etária, a mais afetada pelas deficiências nutricionais, de saneamento, habitação, educação e assistência ao pré-natal e ao parto.

Gráfico 01 Coeficiente de Mortalidade Infantil
Monte Alto, 1975-1991 (por 1000 nascidos vivos)



Analisando o gráfico n.º 01- que traz uma série histórica de 15 anos (1976-1991), verificamos que a mortalidade infantil de maneira geral vem decaindo, tendo alcançado em alguns anos valores inferiores a 20/1000 nascidos vivos, os quais são considerados baixos, compatíveis com um bom nível de saúde.

Porém, vale ressaltar que em alguns anos ocorrem alguns picos, talvez aqui possa-se inferir a necessidade de uma manutenção qualitativa e quantitativa da atenção à saúde, nos menores de um ano e à gravidez, parto e puerpério.

Coeficiente de Mortalidade Neonatal e Infantil Tardia

A mortalidade infantil pode ser avaliada não apenas através dos óbitos de crianças menores de 01 ano, mas também pelos seus componentes neonatal e pós-natal (infantil tardia).

Na mortalidade infantil neonatal são incluídos os óbitos de menores de 28 dias de vida, e na infantil tardia os óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida e 01 ano de idade.

Esta divisão se faz necessária e importante para se avaliar medidas de controle da mortalidade infantil, já que estes períodos apresentam causas ou grupos de causas de morte específicas. Os óbitos neonatais, são devido às causas perinatais e às anomalias congênitas, isto é, ligadas a problemas na gravidez, no parto, fatores maternos e problemas congênitos e genéticos. A mortalidade infantil tardia tem como causas mais comuns as doenças infecciosas, que são resultado das condições de vida da população.

Estes componentes da mortalidade infantil têm comportamentos diferentes como resultado do nível de saúde de cada área. Quando o coeficiente de mortalidade infantil é baixo, ele é representado quase que na sua totalidade pelos óbitos neonatais, e quando o coeficiente de mortalidade infantil é alto é quase que totalmente representado pela mortalidade infantil tardia.

Os níveis de atuação, para diminuir esses indicadores também, são diferentes: para se diminuir os óbitos neonatais é preciso implementar ações que melhorem a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto imediato. Porém para se diminuir a mortalidade infantil tardia deve-se melhorar as condições de vida (salário, saneamento, habitação, nutrição, etc.,).

Tabela 17 Coeficiente de Mortalidade Neonatal e Infantil tardia, Monte Alto, 1987-1989.

Coeficiente	Ano		
	1987	1988	1989
Mortalidade Neonatal	11,80	13,19	15,41
Mortalidade Inf. Tardia	7,82	7,92	8,40

Fonte: Fundação SEADE

Coefficiente Geral de Mortalidade

Este coeficiente, estima o risco de morrer a que está sujeita uma pessoa de uma determinada área num determinado período. Não apresenta um bom poder discriminatório, na medida em que seu valor é afetado pela composição etária da população; porém é bastante utilizado já que os dados tanto do numerador (total de óbitos) como do denominador (população), são de fácil obtenção.

Tabela 18 Coeficiente geral e coeficientes específicos de mortalidade (por mil habitantes) segundo sexo, em Monte Alto, 1989 a 1991.

Ano	Geral	Masculino	Feminino
1989	6,03	3,87	2,16
1990	5,70	3,66	2,04
1991	5,73	3,61	2,12

Fonte: Fundação SEADE

Analisando-se este coeficiente para o município de Monte Alto (tabela 18), verifica-se que não ocorreram alterações significativas nos três anos para os quais foram calculados. Pode-se inferir assim, que não houveram alterações no nível de saúde, a não ser que alterações compensassem outras.

Coefficiente de Mortalidade por algumas causas

Estes indicadores podem ser calculados, sempre que houver interesse em caracterizar riscos específicos de mortalidade em uma determinada área.

Tabela 19 Coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes), por algumas causas, no município de Monte Alto, 1989 a 1991

Causas	1989	1990	1991
Doenças cardiovasculares	179,03	193,34	156,54
Neoplasias	102,68	38,67	88,06
Causas externas	73,72	41,25	53,02
Mal definido	65,82	48,98	55,54
Doenças infec-parasit.	23,69	25,78	12,62
Outros	157,96	180,45	154,01

Fonte: Fundação SEADE

O comportamento do coeficiente de mortalidade por causas tem se apresentado da seguinte forma: as doenças infecciosas têm declinado progressivamente nos países desenvolvidos. Nos países subdesenvolvidos, também apresentaram redução acentuada, embora ainda se destaquem entre as dez principais causas de morte.

As doenças cardiovasculares e as neoplasias vêm, cada vez mais, apresentando coeficientes mais altos de mortalidade, mesmo em regiões pouco desenvolvidas. Com relação às causas externas há uma tendência ascendente deste coeficiente. Esses exemplos podem ser observados em Monte Alto.

Mortalidade proporcional segundo causas

Esta frequência relativa, mede a percentagem das mortes que são consequentes a determinada causa em relação ao total de mortes. Indica ainda, a importância de determinadas causas ou grupos de causas numa determinada localidade, podendo servir de subsídio para determinação de prioridades no setor saúde.

Tabela 20* Principais causas de óbito, segundo grupo etário > 1 ano em Monte Alto, 1989.

Causas	No.óbitos	%
Doenças cardio vasculares	68	29,69
Neoplasias	39	17,03
Mal definido	25	10,92
Mortes violentas	28	12,23
Doenças infec.parasitárias	09	03,93
Outros	60	26,20
Total	229	100,00

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 21* Principais causas de óbito, grupo etário > 1 ano em Monte Alto, 1990.

Causas	No.óbitos	%
Doenças cardio vasculares	75	36,58
Neoplasias	15	07,32
Mal definido	19	09,27
Mortes Violentas	16	07,80
Doenças Infec.Parasitária	10	04,88
Outros	70	34,15
Total	205	100,00

Fonte: Fundação SEADE

Tabela 22* Principais causas de óbitos, grupo etário > 1 ano em Monte Alto, 1991.

Causas	No. óbitos	%
Doenças cardio vasculares	62	30,10
Neoplasias	35	16,99
Mai definido	22	10,68
Mortes Violentas	21	10,19
Doenas Infec. Parasitárias	05	02,43
Outros	61	29,61
Total	206	100,00

Fonte: Fundação SEADE

Observar-se em primeiro lugar, em todos os anos analisados, as doenças cardio vasculares, seguida pelas neoplasias, a proporção elevada de causas mal definidas, que pode ser resultado de mau preenchimento de atestado de óbito ou da inexistência ou deficiência de serviço de verificação de óbitos.

* TABELAS 20, 21, 22, : TÍTULA DE PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NA POPULAÇÃO DE MONTE ALTO, NOS ANOS DE 1989, 1990 E 1991, RESPECTIVAMENTE.

MEIO AMBIENTE

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Devido à deficiência hídrica, decorrente de estiagens prolongadas, aliada a uma textura arenosa do solo, que leva a baixas retenções de água, a captação de água para abastecimento do município é feita através de 05 poços profundos, sendo:

Poço I e II - volume produzido

6.298m³/dia

Poço III, IV e V (sistema bocaína) - volume produzido -

735m³/dia

A partir destes pontos de captação a água é enviada para a estação de tratamento, localizada na área central da cidade, onde é feita a cloração; através de injeção de cloro-gás (concentração 99%) na entrada de água bruta, controlada por clorador. A fluoretação, é feita através de injeção de ácido fluorsilícico (concentração 18%) na entrada de água bruta, controlada por dosador.

São consumidos diariamente 28,7kg de ácido fluorsilícico e 9,9kg de cloro gás.

A estação de tratamento de água - ETA - possui dois reservatórios com capacidade para 1.500m³ cada e um reservatório elevado com capacidade para 250m³.

Estes reservatórios são lavados periodicamente nos meses de janeiro, abril, agosto e novembro.

Trabalham nesta estação de tratamento 05 operadores treinados no ETA de Franca. São feitas no ETA de Monte Alto análise de flúor (fluorímetro), análise de cloro (titulação com solução de fosfato ferroso amoniacal) e turbidez (turbidímetro).

São feitas no laboratório de Franca as seguintes análises: bacteriológicas (coliformes) e físico-químicas (P.H., cor, turbidez, cloro e flúor). As amostras são coletadas em diversos pontos da cidade (relação abaixo), em dias não especificados, e os resultados são divulgados mensalmente.

Cadastro de pontos de coleta

Monte Alto

- 10BR001 - Água bruta do P1 + P2 - Torneira ao lado do reservatório 2.

- 10BR002 - Água bruta do Bocaína (P3 + P4 + P5 + Dreno) - Torneira ao lado do reservatório 2.

- 10BR003 - Água bruta do dreno do Trevo - Torneira ao lado do reservatório 2.
- 10FN001 - Água final - Torneira na saída do reservatório 1.
- 10RS001 - Água do reservatório elevado - Torneira na tubulação de saída do reservatório.
- 10RE001 - Alameda W12, 80 - Cavalete.
- 10RE002 - Rua Novo Mundo, 531 - Dona Luzia - Cavalete.
- 10RE003 - Rua Carlos Gomes, 224 - Sr. Donizete - Cavalete.
- 10RE004 - Rua 21 de Abril, 10 - Cavalete.
- 10RE005 - Rua Sabino de Camargo, 921 - Dona Rosa - Cavalete.
- 10RE006 - Rua Roberto Lauer - Fossas do Tangara - Cavalete.
- 10RE007 - Rua Santo Gardim, 960 - Cavalete.
- 10RE008 - Rua Antônio Martins, 447 - Cavalete.
- 10RE009 - Rua Japão, 44 - Cavalete.
- 10RE010 - Rua Bahia, 58 - Sr. Benedito - Cavalete.
- 10RE011 - Rua Horácio Barione, 831 - Sr. Romão - Cavalete.
- 10RE012 - Rua 7 de Setembro, 70 - Sr. Severino - Cavalete.
- 10RE013 - Rua Santos Dumont, 30 - Sr. Anestor - Cavalete.
- 10RE014 - Rua Humberto de Campos, 206 - Dona Valeria - Cavalete.

Aparecida de Monte Alto

- 36BR001 - Água bruta do poço - Torneira na entrada do reservatório.
- 36FN001 - Água final - Torneira na saída do reservatório.
- 36RE001 - Torneira do jardim da Igreja Matriz (lado direito)
- 36RE002 - Rua México, 25 - Sr. Geraldo - Cavalete.
- 36RE003 - Rua João Luiz Gonzaga Filho - Elevatória da SABESP - Cavalete.

Ibitirama

- 37RS001 - Reservatório elevado - Torneira na saída do reservatório.

A cidade de Monte Alto é 100% abastecida através da Sabesp, com exceção feita a loteamentos novos, como é o caso de Bela Vista, que possui um poço próprio. Os loteamentos novos, após a aprovação da

planta, solicitam à Sabesp informações técnicas para a construção do poço; entre estas informações incluem-se: profundidade necessária, local adequado e capacidade de produção. Sendo que este tem um preço estimado em 2.000.000 de dólares.

O distrito de Aparecida possui um poço com produção de 183m³/dia, sendo tratado através do Sistema de Cloração Venturi, e a análise é feita com comparador visual. Este distrito consome diariamente 8,8kg/dia de hipoclorito de sódio.

O distrito de Ibitirama tem um poço com capacidade de 63,8m³/dia, sendo tratado e analisado da mesma forma que o distrito de Aparecida e tem um consumo diário de 2,9kg/dia de hipoclorito de sódio. Estes dois distritos não possuem processo de fluoretação.

As informações contidas acima foram fornecidas pela Sabesp local. Dados sobre as características do sistema de abastecimento de água 88/89, segundo Fundação SEADE, encontram-se no Anexo 07.

Coleta e destino de resíduos sólidos

O lixo urbano é coletado por funcionários da prefeitura em 05 caminhões de semi prensagem.

A coleta é feita diariamente das 7 às 14 horas, com exceção do domingo quando não há coleta. A cidade é dividida em cinco setores para a distribuição da frota.

O lixo domiciliar, na maioria das vezes, é acondicionado em latões.

São coletadas diariamente 12 toneladas de lixo e transportadas para o aterro sanitário. Este aterro localiza-se em uma área a 12km do centro da cidade, e tem já a alguns anos sua capacidade esgotada vide fotografia.



Detalhe Fotográfico : Esgotamento do aterro sanitário



Detalhe Fotográfico : Esgotamento do aterro sanitário



Detalhe Fotográfico : Criação de Porcos ao Lado
do aterro sanitário



O lixo na área rural, é na maioria das vezes queimado, enquanto que o lixo contaminado produzido pelos serviços de saúde e farmácias é transportado e incinerado na Santa Casa. Este incinerador é de pequeno porte e os resíduos produzidos são levados pela prefeitura para o aterro sanitário.

ESGOTO SANITÁRIO

A captação ocorre em 100% da cidade (zona urbana) e o esgoto, sem nenhum tratamento prévio, é lançado no rio Turvo. Apenas 3% do esgoto da cidade, é tratado em três lagoas anaeróbicas de tratamento, próximas às COHABS.

Na zona rural, o esgoto é lançado em córregos próximos às propriedades.

Comentários e Sugestões

Com relação aos aspectos ambientais, não há dúvidas que os principais problemas da cidade são o lançamento sem tratamento prévio, de quase a totalidade do esgotos (doméstico e industrial) produzido na cidade e lançados no rio Turvo, e a localização e esgotamento do aterro sanitário.

Os efeitos do lançamento de águas residuárias nos cursos de água podem ser de natureza bacteriológica, física, química e bioquímica.

Os efeitos de natureza bacteriológica podem se dar sobre os cursos de água, pela contaminação de agentes patogênicos presentes nos esgotos, impedindo muitas vezes a utilização da água para abastecimento. Os efeitos de natureza química e bioquímica se manifestam pela redução do teor de oxigênio dissolvido na água, diminuindo ou eliminando a quantidade dos peixes.

Há necessidade portanto, que seja feito o tratamento do esgoto industrial antes de ser lançado no rio, assim como do esgoto doméstico, através de lagoas de estabilização que é o método que mais se aproxima dos processos de depuração existentes na natureza e se constitui num sistema econômico de tratamento.

Com relação a questão do tratamento e/ou disposição final do lixo, que envolve questões técnicas e econômicas e cuja solução é de grande interesse principalmente para saúde pública, o aterro sanitário já esgotado, deve ser encerrado, e escolhido outro local para o destino do lixo.

Outra questão é a criação de porcos na mesma área do aterro. No caso, a utilização do lixo e não só de resto de alimentos é responsável pela transmissão de doenças como a cisticercose e a triquinose entre os porcos e conseqüentemente resultam numa grande incidência destas doenças na população.

Além disso, pode contribuir para a disseminação de doenças que podem prejudicar os animais como a peste suína. Por estas razões não é recomendável alimentar animais com lixo cru, somente com lixo proveniente de cozinhas ("lavagem").

Com relação ao lixo contaminado produzido pelos serviços de saúde e farmácias, se faz urgente, a construção de um incinerador de grande porte, e o cumprimento da legislação que determina o uso de sacos plásticos brancos no acondicionamento deste tipo de lixo.

MATADOURO MUNICIPAL

Localizado no perímetro urbano, realiza o abate de bovinos e suínos, visando o consumo humano.

É responsável pelo matadouro, um técnico treinado em 1960 para esse fim. Existem ainda outros funcionários responsáveis especificamente pelo abate dos animais.

Atividades de rotina

Após a chegada dos animais no matadouro, estes geralmente são abatidos de imediato. É feita a separação dos bovinos e suínos, antes do abate. Os suínos são insensibilizados com marreta, seguindo-se a sangria, escaldagem e evisceração.

Os bovinos são insensibilizados através da dissecação da medula, na altura da primeira vértebra cervical. Segue-se a sangria e a lavagem do animal. Após este procedimento, é feita a evisceração.

As vísceras, cabeças e carcaças, são separadas, deixadas no chão, até que seja dado o destino de rotina.

O sangue dos animais é canalizado diretamente para o Rio Turvo. Anteriormente o sangue era canalizado para duas lagoas de tratamento antes de ser lançado no rio, porém estas lagoas foram desativadas devido denúncias da população quanto ao mau odor e aumento de vetores.

Os funcionários, não utilizam equipamentos de proteção individual (EPI.) e são inexistentes os EPGs.

É realizado o exame nas vísceras e glândulas para detecção da tuberculose.

São abatidas em torno de 80 bovinos e 70 suínos semanalmente.

Comentários e Sugestões

Os animais devem permanecer pelo menos 24 horas em descanso, jejum e dieta hídrica antes do abate. Dever-se proceder a inspeção "ante-mortem" dos animais, sendo que é proibida a matança de animais que sejam suspeitos das seguintes zoonoses (Ministério da Agricultura):

- 1- artrite infecciosa;
- 2- babesiose;
- 3- brucelose;
- 4- carbúnculo hemático;
- 5- carbúnculo sintomático;
- 6- coriza gangrenosa;
- 7- encefalomielite infecciosa;
- 8- enterites septicêmicas;
- 9- febre aftosa;
- 10- gangrena gasosa;
- 11- linfargite ulcerosa;
- 12- metro-peritonite;
- 13- mormo;
- 14- para-tuberculose;
- 15- pasteureloses;
- 16- pneumoenterites;

- 17- peripneumonia contagiosa;
- 18- doença de Newcastle;
- 19- peste bovina;
- 20- peste suína;
- 21- raiva e pseudo raiva;
- 22- ruiva;
- 23- tétano;
- 24- tularemia;
- 25- tripanosomíase;
- 26- tuberculose.

A inspeção "post mortem" consiste no exame de todos os órgãos e tecidos, abrangendo a observação e a apreciação de seus caracteres externos, sua palpação e abertura dos gânglios linfáticos correspondentes, além de cortes sobre o parênquima dos órgãos.

Sequência da inspeção "post mortem":

1- observação dos caracteres organolépticos e físicos do sangue, por ocasião da sangria e durante o exame de todos os órgãos;

2- exame de cabeça, músculos mastigadores, língua, glândulas salivares e gânglios linfáticos correspondentes;

3- exame da cavidade abdominal e torácica, órgãos e gânglios linfáticos correspondentes;

4- exame geral da carcaça, serosas e gânglios linfáticos cavitários, intramusculares, superficiais e profundos acessíveis, além da avaliação das condições de nutrição e engorda do animal.

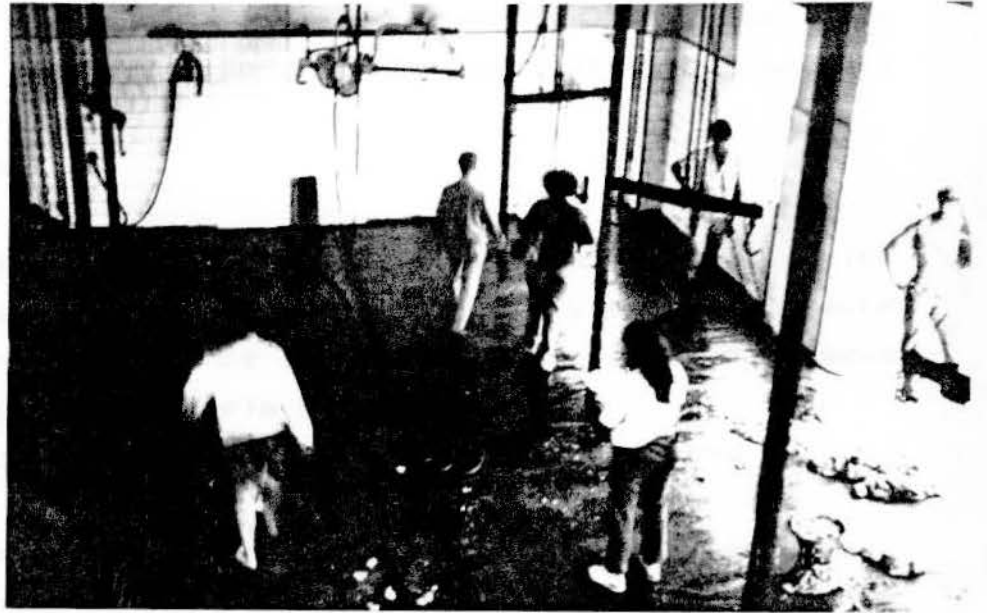
Os animais que apresentarem alterações, não devem ser abatidos.

O profissional que deve proceder as inspeções "ante mortem" e "post mortem" é o médico veterinário.

Quanto a planta física do matadouro são pontos essenciais: curral, passadiço, marreteio, brete, guincho e calha para sangria, recepção de couros, patas e chifres, sala de balança e recipientes especiais e separadamente para bucho, tripas, cabeça, miúdos. Sendo que as paredes devem ser azulejadas, o piso de cerâmica e as mesas azulejadas ou de inox. (Anexo 08.)



Detalhe Fotográfico :
MATADOURO MUNICIPAL



Controle de zoonoses

Anualmente, a Prefeitura organiza campanhas de vacinação anti-rábica. São vacinados a maioria dos cães e gatos da cidade. Não são desenvolvidas outras atividades no decorrer do ano.

Não há canil municipal, e os animais suspeitos são observados no domicílio pelo seu dono.

As pessoas que sofrem mordedura por cães, são atendidas no CSII, onde é avaliada a necessidade de vacinação e são aplicadas as vacinas. No caso, de necessitar de soro, a vítima será encaminhada para Ribeirão Preto.

A vacinação de bovinos e suínos, fica a cargo de seus proprietários. Não há fiscalização de rotina, nem nos animais utilizados para o abate.

Controle de vetores

A SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias), é constituída em Monte Alto, por 05 funcionários da Prefeitura. A coordenação deste trabalho é realizado por um agente de saneamento. São feitos programas para controle de Aedes aegypti, cupim e percevejos.

Existe o boletim do programa de caça aos mosquitos (Anexo 09)

Uma vez por semana é feita fiscalização nas borracharias, queimando os pneus velhos e nas visitas às residências procuram vasos e vasilhames com água parada.

Não foram notificados casos de dengue, apesar de estar localizado numa região onde houve vários casos (por. ex. Ribeirão Preto). Segundo o diretor do CSII, isso se deve à ação da equipe da SUCEN que realizou um "arrastão" nas casas e trabalhos educativos nas escolas.

O índice de Breteau é realizado mensalmente, no município e nos distritos de Apareceda de Monte Alto e Ibitirama.

Quadro 01 índice de Breteau, Monte Alto, setembro e outubro de 1992.

Localidade	setembro	outubro
Monte Alto	---	2,70%
Aparecida	0,6	1,20%
Ibitirama	---	7,20%

Fonte: Relatório do ERSA50

Chama atenção o índice de Ibitirama, que se encontra acima do limite (5,0%). Deve-se portanto, acompanhar com atenção esse distrito, no sentido de implementar ações que diminuam o risco da doença.

Comentários e sugestões

Não há controle clínico, nem laboratoriais para os funcionários. Sugerimos que isso seja feito periodicamente para proteção destes.

O serviço como todo não possui um responsável técnico especializado. E o serviço nos pareceu mais um ato policial, do que educativo, no que discordamos totalmente.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica responde tecnicamente ao ERSA-50 Ribeirão Preto.

Esta faz o controle das doenças de notificação compulsória, sendo que o SVE-2 está implantado e em funcionamento em todas as Unidades. Porém, o sistema de informação está centralizado no CS II, segundo o fluxo seguinte:

UBS----- (SVE-3) ----- CS II
 (SVE-2) (SVE-2)

:
:S
:V
:E
:C
:

ERSA-50 Ribeirão Preto

A descentralização das notificações foi feita após treinamento das Unidades Básicas de Saúde no ano de 1992, porém as medidas de controle para determinadas doenças (por exemplo: quimioprofilaxia nos casos de meningite) continuam centralizadas no CS II.

O setor privado dificilmente notifica ao serviço público casos de doenças de notificação compulsória, o que torna mais difícil a eficiência da vigilância epidemiológica.

DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O serviço de Monte Alto é composto por 6 unidades municipalizadas:

- Centro de Saúde (CS II) de Monte Alto.
- Unidade Básica de Saúde Doutor José Ignácio Grellet.
- Unidade Básica de Saúde Doutor Roberto da Rocha.
- Pronto Socorro Municipal.
- Unidade Básica de Saúde de Aparecida de Monte Alto.
- Consultório Odontológico de Ibitirama.

Além disso, a cidade conta com a Santa Casa de Misericórdia, único hospital do município.

O CS II, desenvolve os programas de saúde da criança, do adulto e da mulher; os programas de controle da tuberculose e da hanseníase; imunização e o programa de saúde bucal. As atividades de vigilância sanitária e epidemiológica são centralizadas neste serviço.

Alguns Aspectos em Epidemiologia

Segundo o ERSA-50, o número de casos das doenças de notificação compulsória no município de Monte Alto, apresenta-se na tabela 23.

Tabela_23 Algumas doenças de notificação compulsória em Monte Alto, 1984 a 1990.

Doenças	Anos:	1984	85	86	87	88	89	90
Esquistossomose		04	15	22	20	18	24	16
Tuberculose		18	08	11	10	07	09	08
Hepatite A		11	03	02	07	07	10	27
Hanseníase		04	05	05	09	09	03	10
Meningite viral		05	06	07	18	04	15	08
Meningite bacteriana		05	02	02	02	05	05	14
Meningite meningocócica		--	01	01	--	--	09	05
Sarampo		48	--	01	03	--	--	--
Conjuntivite		--	--	200	--	--	02	47
Leptospirose		03	--	--	--	04	--	02
Febre tifóide		02	--	--	--	--	--	01
Malária		--	01	01	01	--	--	--
Tétano		01	--	--	01	--	01	01
Difteria		02	01	--	--	--	--	--
AIDS		--	--	--	--	--	--	03

Fonte: ERSA-50

A esquistossomose apresenta um número elevado e constante de casos, sendo em sua totalidade casos importados. O diagnóstico desses casos, depende da organização dos serviços no sentido de detectar indivíduos vindo de áreas endêmicas, fazer o diagnóstico, tratamento e controle dos comunicantes que procedam da mesma área.

Com relação à tuberculose, a notificação de casos se mantém constante. Sabe-se, porém, que devido a uma piora nas condições de vida e nos serviços de saúde, os casos de tuberculose vêm aumentando em todo país.

Pode-se então levantar a hipótese de que o sistema de saúde não é capaz de detectar novos casos da doença.

A hepatite A também vem sendo notificada no município, sendo que no ano de 1990 há um aumento acentuado no número de casos.

Faz-se necessária uma análise mais específica de como ocorreu a transmissão nesses casos, se de pessoa para pessoa ou por fonte comum. Já que essa definição poderá determinar as medidas de controle respectivas.

Com relação à hanseníase, o município tem um coeficiente de detecção da doença considerado alto. É preciso assim, intensificar a investigação de casos suspeitos e de comunicantes, afim da detecção precoce de doença e posterior tratamento.

Vigilância Sanitária e Municipalização - Fiscalização

A municipalização das ações de saúde, possibilitou a descentralização, tornando o município mais autônomo.

O processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, iniciou-se em 1989, visando maior aproximação entre o nível de resolução e o problema, possibilitando assim um diagnóstico de saúde mais preciso e uma melhor definição de prioridades. Essa definição deverá ser norteadada por 2 fatores básicos: a capacidade operacional e a priorização segundo avaliação de risco.

As atividades das equipes técnicas de vigilância sanitária têm como base um conjunto de leis Federais, Estaduais, Municipais e em algumas localidades, lei Municipal.

O município de Monte Alto se apresenta fora do nível de complexidade de ações, pois o nível I (o mais simples), requer uma equipe mínima de 01 técnico de nível médio, 01 engenheiro ou arquiteto e 01 médico veterinário ou farmacêutico.

Ações de vigilância sanitária classificadas no nível I têm:

a) aprovação e fiscalização de habitações familiares, isoladas, agrupadas ou geminadas, desde que não envolvam aberturas de ruas ou passagens;

- b) aprovação e fiscalização de habitações multifamiliares excluídas aquelas que apresentam dependências para atividades industriais ou projeto;
- c) aprovação e fiscalização de edificações para atividades comerciais e de serviços, excetuando-se os estabelecimentos comerciais farmacêuticos e os serviços sob responsabilidade de médicos, dentistas e profissionais afins;
- d) aprovação e fiscalização de piscinas de uso coletivo restrito (piscinas de clubes, condomínios, escolas, associações, hotéis, motéis e congêneres);
- e) fiscalização das condições sanitárias das instalações prediais de água e esgoto;
- f) fiscalização quanto à regularização das ligações de água e esgotos das redes públicas;
- g) fiscalização das condições sanitárias dos criadouros de animais na zona urbana;
- h) fiscalização das condições sanitárias dos sistemas individuais de abastecimento de água, disposição de esgotos e resíduos sólidos e criações de animais nas zonas tipicamente rurais (unidades isoladas);
- i) cadastramento, licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos de serviços, tais como: barbearias, salão de beleza, casa de banho e sauna, pedicuro, manicure, massagem terapêutica, congêneres, estabelecimentos esportivos (ginástica, cultura física e natação) e creches;
- g) cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos que comercializam e distribuem gêneros alimentícios, águas minerais e de fontes, bem como micro empresas que manipulem alimentos, excluindo aquelas que se localizam em unidades de serviços de saúde.

A fiscalização (VISA) no município de Monte Alto é desenvolvida por funcionários do Estado e Prefeitura, com funções diferentes.

A estadual é feita por dois agentes de saneamento que parecem não receber o apoio necessário, pois existe inclusive falta de viaturas.

A fiscalização se torna ineficiente, pois os dois fiscais só atuam em supermercados (verificam a validade dos produtos) padarias, restaurantes, transferência de bares e denúncias.

Estes agentes muitas vezes são solicitados pelo Promotor Público, para fazer cumprir o que determinam as portarias publicadas pelo CVS (Centro de Vigilância Sanitária) ou MS (Ministério da Saúde). O maior número das solicitações é para interditar produtos, principalmente medicamentos. A seguir o Ersa-50 (Ribeirão Preto), comparece para outras providências.

A fiscalização municipal é realizada por 08 funcionários cuja atividade principal é a poda de árvores de parques e ruas, além de verificação de lixos em lugares inadequados, fiscalização de feiras livres e atendimento à denúncias.

Sugestões

é necessário a contratação de profissionais de nível superior como médico-veterinário, enfermeiros, farmacêuticos, biólogos, engenheiros, arquitetos para desempenharem uma fiscalização e orientação mais ativa junto a população e aos serviços.

A UBS Doutor Grellet desenvolve os programas de saúde da criança, adulto, mulher, bucal e imunização.

A UBS Doutor Roberto desenvolve os mesmos programas, com exceção da imunização.

A UBS de Aparecida de Monte Alto, atende clínica geral, odontologia e ginecologia. Não é realizada imunização, pois não há geladeira na unidade. A vacinação só é realizada quando há campanhas, pois nesse caso se utiliza a geladeira da escola local. Nessa UBS há também uma auxiliar de enfermagem, um atendente e um servente. Segundo relato da funcionária existem muitos casos de hipertensão, mas não há programa que aborde tal problema.

O consultório odontológico de Ibitirama desenvolve exclusivamente atividades de saúde bucal.

Todos os serviços citados acima funcionam de segunda à sexta-feira das 7:00 às 17:00 horas.

O Pronto Socorro Municipal, funciona em uma parte do prédio da Santa Casa, atendendo urgências/emergências durante todos os dias da semana por 24 horas. Um novo prédio destinado ao Pronto Socorro está em fase final de acabamento em área cedida pela Santa Casa.

RECURSOS HUMANOS DO SETOR SAÚDE

Inventário de Recursos Humanos da Área da Saúde:

Unid.	Méd.	C.Dent.	Enferm.	Enfermagem	Adm.	Serv.	Outros
Sede	01*	03**	-	01 aux.*	01**	01*	01 tec.
					01*		manul.**
CS II	02**	01**	02**	01 Aux.**	01 chef.	01*	03v.san**
	02***			04 Aux.*	profil**		02 Aux.
	04*			06 Aten.**	01 chef.		serv.**
				01 Aten.*	secção **		01 mot.**
					01 escrij		01 vig.*
					tur.**		01 ag.san-
					04 escrij		neam.**
					tur.*		
					01 recep.		
Dr. Grellet	05*	01*	01*	05 Aten.*	03 escrij	01*	-
				02 Aux.*	tur.*		
Dr. Roberto	05*	02*	01*	04 Aux.*	01 escrij	01*	-
					tur.*		
				02 aten.*	01 rec.*		

Pronto Socor. Munic.	18* -	02*	07 Aux.* 05 atend.*	01 escri- tur.* 06 rec.*	04*	-
Apare- cida	01* 02*	-	01 aux.* 01 atend.*	-	01	-
Esco- las	- 12*	-	-	-	-	-

LEGENDA: * Funcionário Público Municipal
 ** Funcionário Público Estadual
 *** Funcionário Público Federal

OBS: excluindo funcionários da Santa Casa.

O regime jurídico de contratação é múltiplo: funcionários públicos estaduais, municipais e contratados pela CLT ou por prestação de serviços (por exemplo: plantonistas do Pronto Socorro).

SANTA CASA

A Santa Casa de Misericórdia, entidade filantrópica, é responsável pelo atendimento clínico, cirúrgico, obstétrico à nível de internação (urgente ou coletiva).

Dispõe de leitos operacionais credenciados ao sistema e leitos particulares ou convênio. A infra-estrutura é composta pelos serviços de radiologia, análises clínicas e banco de sangue. Não há serviços de UTI, ultrassonografia e tomografia computadorizada.

O Diretor Clínico informou ainda não ter organizado a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), apesar do ERS 50 ter

demonstrado essa necessidade. Na opinião dele "não existem casos de infecção hospitalar" na Santa Casa.

Em relação à infra-estrutura anteriormente mencionada, observou-se que o laboratório de análises clínicas funciona em um espaço físico bem estruturado e com entrada independente da Santa Casa. O serviço de secretaria é computadorizado e os equipamentos usados para realização dos exames, são de boa qualidade. Os atendimentos são executados por um farmacêutico-bioquímico e dois auxiliares técnicos.

Não houve alteração no número de exames devido a municipalização, pois o laboratório atendia anteriormente os segurados do INPS. O movimento hoje é distribuído como se segue:

- SUS externos, com aproximadamente 1000 exames por mês;
- SUS internado, com 400 exames por mês;
- Convênios, com aproximadamente 1000 exames por mês.

Os convênios atualmente atendidos pelo laboratório são em número de 9.

Os funcionários no momento da visita não usavam seus EPI (Equipamentos de Proteção Individual).

A relação dos exames realizados não foi fornecida mas, segundo o responsável são feitos todos, com exceção dos exames de dosagem hormonais e os de radioimunoensaio (inclusive o HIV).

O controle das técnicas em uso, é feito pela Faculdade de Ribeirão Preto (USP).

O Banco de Sangue tem como responsável o mesmo farmacêutico-bioquímico do Laboratório de Análises Clínicas.

Os doadores são selecionados através de dois mecanismos: 1-) pré-seleção de pessoas já conhecidas e 2-) questionário sobre morbidade anterior e exame clínico (se considerado necessário).

O sangue é colhido em bolsas e separado em alíquotas para os exames obrigatórios. Essas alíquotas são enviadas semanalmente ao Hemocentro do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, para realização das provas sorológicas - VDRL (para detecção de sífilis); doença de Chagas; pesquisa de anticorpos de hepatite B e HIV para AIDS.

As bolsas ficam armazenadas em refrigerador, aguardando os resultados desses exames; e só são liberadas para uso, após confirmação do resultado negativo.

O número médio de transfusões realizadas mensalmente foi referido como sendo de 50.

O Serviço de Radiologia (Raio X) está sob a responsabilidade de um médico. Constatou-se, porém que o serviço é executado por um auxiliar técnico e que com a municipalização dos serviços de saúde ocorreu um acréscimo na demanda e número de exames. Esse auxiliar técnico utiliza dosímetro radiológico, com controle efetuado pelo SAPRA.

O Dispensário de Medicamentos é fiscalizado pelo ERSA 50, está bem localizado na planta do hospital, e só fornece medicamentos a pacientes internados.

Os livros dos medicamentos das Port. 27/86 DIMED e 28/86 DIMED, relação B são vistados pelo ERSA-50 e segundo informação não trabalham com medicamentos da Port. 28/86 DIMED relação A.

CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA

Esse serviço não dispõe de profissional farmacêutico na rede. >

Quando questionado sobre a falta desse profissional na rede, o Presidente da Comissão Municipal de Saúde informou que não havia necessidade, uma vez que não é feita manipulação de fórmulas.

A compra de medicamentos é feita na sede do SUS, onde fica um depósito (almoxarifado) sendo responsável pelo mesmo, uma secretária ou qualquer pessoa disponível no momento.

Esses medicamentos são distribuídos à rede mensalmente e o controle é feito através de fichas.

Os medicamentos controlados pela Portaria 27/86 DIMED e 28/86 DIMED relação B, são comprados e enviados imediatamente ao CSII- Centro de saúde II- (onde esta localizada a farmácia central).

Aparentemente o fornecimento dos medicamentos básicos da FURP, não tem regularidade e dada a grande demanda, a Prefeitura optou por comprá-los nas farmácias com abatimento, uma vez que referem ser difícil o contato com os fornecedores.

A insulina é estocada na geladeira da sede do SUS e distribuídas pelos diversos serviços de saúde.

As vacinas são estocadas no CSII (em geladeiras com temperaturas controladas sob responsabilidade de uma enfermeira).

A distribuição de medicamentos é centralizada no CSII, tendo em vista que ali se localiza a Farmácia Central (Dispensário de medicamentos). Aqueles medicamentos controlados pelas Portarias 27/86 DIMED e 28/86 DIMED relação B, são estocados num armário com chave. Os livros correspondentes às Portarias mencionadas são vistados pelo ERSA-50 Ribeirão Preto, sendo responsável pela distribuição desses medicamentos uma secretária.

Quando os medicamentos estão vencidos, é solicitado ao ERSA-50 (VISA) vigilância sanitária, para fazer a inutilização dos mesmos.

Os médicos não obedecem uma lista padronizada, razão pela qual no ato da dispensação dos medicamentos, os pacientes não recebem os remédios, mesmo existindo similares em estoque.

O departamento de Promoção Social, dispõe de uma farmácia com medicamentos doados pela população. São os menores da guarda mirim que recolhem esses medicamentos nos domicílios e inclusive os manuseiam.

Comentários e sugestões

Surtem então indagações como: quem distribue?, para quem distribue? qual o critério utilizado na distribuição?

Diante deste quadro cabe uma crítica no sentido de que este tipo de serviço (Promoção Social) pode na realidade contribuir para um agravamento dos problemas de saúde da população, pelo uso indiscriminado de medicamentos e automedicação.

Como sugestão para a reversão deste quadro recomenda-se o cumprimento da Norma Técnica CCMB 01/89 (determina que deve existir um farmacêutico responsável pela previsão, recebimento, armazenamento,

controle de estoque e distribuição de medicamentos a nível central, 01 para supervisão de 10 unidades ou 01 município, e 01 para cada unidade com especificidade.)

A nível estadual os responsáveis pelo controle de tais produtos e serviços são os Departamentos de Vigilância Sanitária

PROGRAMAS

SAÚDE DO TRABALHADOR

Não existe no município atividades específicas em saúde do trabalhador. Os acidentados de trabalho podem ser atendidos nas várias unidades de saúde do município, onde devem ser complementados os preenchimentos dos CATS (Comunicação de Acidente de Trabalho), porém nem sempre é feito o preenchimento.

Em visita feita à CICA (empresa do ramo alimentício), podemos verificar a existência de um serviço de Saúde Ocupacional. Este serviço conta com 1 médico, 1 técnica de enfermagem e 3 auxiliares de enfermagem, sendo que são realizados exames admissionais, periódicos e demissionais. Nestes exames é feita a avaliação clínica e visual. Além disso são realizadas avaliações audiométricas anualmente e vacinação anti-tetânica.

A empresa tem um setor de segurança no trabalho, com uma equipe composta por Engenheiro de Segurança e três técnicos. Os funcionários utilizam EPI (equipamento de proteção individual), tais como protetor auricular, luvas e botas. Existe CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), que realiza reuniões mensais, cursos de segurança do trabalho e anualmente promove o SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho).

Esta empresa mantém convênio com a UNIMED, que cobre 100% das despesas dos funcionários e de seus dependentes.

Não existe no Município de Monte Alto, serviço especializado em Saúde Mental. Quando existe necessidade de referência a um profissional da área ou internação psiquiátrica, os usuários são encaminhados para municípios vizinhos.

SAÚDE BUCAL

Estrutura:

O Programa de Saúde Bucal possui um coordenador que concentra funções de gerência e controle, um supervisor que cuida dos recursos humanos e avaliação da produtividade e um outro profissional que cuida do estoque de material de consumo.

Sistema de Trabalho e Atendimento:

As instalações e ambientes de trabalho, tanto nas Unidades Básicas como nas escolas são consideradas boas ao desenvolvimento de trabalho a quatro mãos, embora não haja esse tipo de trabalho.

O sistema de atendimento é direcionado à criança, principalmente nas escolas e ao adulto nas UBS. São atendidos 8 consultas e 2 emergências, sendo que os pacientes são agendados por ordem de chegada e não há marcação de consulta para retorno, se o paciente quiser continuar o tratamento, ele retorna e se houver consulta no dia ele é agendado.

Os consultórios dentários são do tipo tradicional, todos possuem amalgamador e a maioria contam com apenas 3 jogos de instrumentais (1 de dentística, 1 cirurgia e 1 jogo clínico); 4 UBS possuem aparelho de RX.

O pessoal auxiliar nas UBS, é composto por funcionários sem formação específica na área e que são treinados em serviço. Nas escolas da rede não há auxiliares.

Não houve contratação de THD (Técnico em Higiene Bucal) e AC (auxiliar de consultório dentário) por motivos financeiros e políticos.

Existem consultórios ociosos nas escolas, pois há apenas 1 CD (Cirurgião Dentista) num período, ficando outros 2 períodos sem atendimento.

O programa de atendimento é totalmente voltado para a parte curativa, não há controle dos tratamentos completados nas UBS, e não existe programa preventivo. A prioridade é o atendimento à criança, mas nas UBS existe atendimento para o adulto. Nas escolas havia o programa incremental, que atualmente não está sendo aplicado porque

não está bem estruturado, pois o CD trabalha sozinho e a demanda é grande, não dando tempo e nem motivação para que o CD siga esse programa, não havendo um acompanhamento preventivo e controle efetivo do mesmo.

Existem muitas necessidades acumuladas e pouco tratamento completado.

A parte preventiva é composta apenas pela fase educativa e são feitas palestras de 10 minutos por uma CD nas escolas, uma vez por semana.

Foi retirado o bochecho com flúor das escolas, sob a alegação de que a água já é fluoretada.

O atendimento para funcionários somente da Prefeitura é feita na UBS-Trabalhador que conta com um aparelho de raios X, mas não há tratamento endodôntico.

Não existe padronização quanto às atividades que os dentistas desenvolvem. Existe uma dentista na rede que atende pacientes especiais (deficientes físicos e mentais).

Sistema de informação:

São preenchidas fichas clínicas e que depois são transferidas diariamente para o mapa de produção que ao final de cada mês são avaliados os dados quantitativamente sem verificar o impacto de um programa sobre a população.

Recursos humanos:

Somente o CD das UBS tem auxiliar que na realidade são atendentes de enfermagem, que foram treinadas em serviço. O treinamento dos CDs que entram na rede é feito por outro CD mais antigo, que passa informações sobre o funcionamento do atendimento e preenchimento de fichas e mapas de produção.

A carga horária dos CDs. é variável. A maioria só faz um período. Existem 12 escolas com consultórios odontológico, todos do tipo tradicional.

Manutenção

Na rede existe um técnico que faz reparos quando solicitado. Existem canetas de alta rotação para reposição.

Almoxarifado:

O estoque de materiais de consumo é feito no SUS e sob a responsabilidade de apenas um CD, e por isso não há fichas para controle de estoque e consumo, visto que, conforme nos relatou, somente este profissional é quem controla. A previsão de consumo é feita para um mês, por isso não há estoque nas Unidades.

A aquisição de equipamentos e materiais são feitas através de licitação, tomada de preços ou carta-convite, dependendo do valor.

Comentários e sugestões

A infra-estrutura odontológica, com salas e equipamentos, está muito bem montada, mas deixa a desejar quanto a eficiência na abrangência da demanda reprimida, pois existem consultórios com salas amplas onde poderia se montar equipamentos em módulos de 2 a 3 cadeiras e cobrir uma demanda de pacientes maior do que a atendida atualmente.

Deveria haver concurso para contratação de THD (Técnico em Higiene Dental) o que permitiria que consultório com períodos ociosos fossem utilizados por estes profissionais na aplicação da parte preventiva do programa sob a supervisão de um CD.

Deveria abrir concurso para contratação de ACD para agilizar e aumentar o número de atendimentos feitos pelo CD. Nas Unidades Básicas existe uma concentração de consultórios com aparelhos de RX que poderiam ser utilizados também para a especialidade de endodontia, inclusive um destes aparelhos, poderia ser transferido para o Pronto Socorro, possibilitando atendimento na especialidade de Buco-Maxilo-Facial, para emergência e urgência nestas áreas que se fizessem necessárias.

O número de jogos clínicos é insuficiente, acarretando inclusive perigo aos pacientes quanto a contaminação, devido ao fato de não dar tempo de esterilizar esses instrumentos entre um paciente e outro. O máximo que estes instrumentos ficam na estufa, são 20 minutos a 180 graus Celsius, quando o correto preconizado pelo Ministério da Saúde é de 1 hora a 170 graus Celsius.

É dado muita ênfase a parte curativa de Saúde Bucal, não havendo resolutividade e aumentando cada vez mais os problemas da não cobertura odontológica.

A parte preventiva se resume a palestras dada por uma CD que, segundo informações, percorre as escolas de Monte Alto, transmitindo informações (Saúde Bucal), uma vez por semana por 10 minutos.

O bocheço com flúor não é mais realizado, o que é considerado contra produtor, pois está comprovado sua eficácia, custo reduzido e facilidade de aplicação. Há benefícios adicionais significativos em áreas sob fluoretacão da água de consumo em níveis ótimos, aconselhando o emprego concomitante dos dois métodos, segundo vários autores citados por Pinto (1992).

A necessidade de padronização de procedimentos clínicos, seria interessante para todos os CDs da rede em casos de substituição.

O programa de atendimento nas UBS deveria ser reformulado, dando-se ênfase para que haja agendamento com retorno e atenção preventiva.

O programa de atendimento às crianças nas escolas, também não está estruturado, devido a grande demanda e a falta de profissionais atuando nos três períodos.

Comparando-se os gráficos dos anos de 1990 a 1992, observa-se nitidamente que a atenção às faixas etárias de 7 à 9 anos foi melhor, tendo-se um acompanhamento odontológico regular até os 9 anos. Após esta idade, dos 10 ao 12 anos, há um aumento do índice de CPD (cariados, perdidos e obturados), pressupondo-se que nestas faixas etárias a atenção odontológica não teve um acompanhamento e controle preventivo. (Anexo 10).

SAÚDE DA CRIANÇA

As unidades desenvolvem basicamente atividades de puericultura. Até o quarto mês de idade a criança passa por consultas médicas mensais. Do quinto mês até um ano, consultas bimestrais. Após o primeiro ano de vida, a frequência de consultas depende do risco que a criança apresenta. Esse risco é avaliado pelo médico, que irá determinar o agendamento.

São realizadas pré e pós-consulta pela enfermagem, onde são feitos controles de peso, altura e orientações.

Há grupos de DRI (doenças respiratórias na infância) e de diarreia, realizados pela enfermagem.

As crianças comunicantes de pacientes com tuberculose e hanseníase são atendidos pelo médico pediatra, para acompanhamento.

Há distribuição de ticket para compra de leite fluido (250 l/dia), sendo priorizados os desnutridos, prematuros e gemelares.

SAÚDE DA MULHER

São desenvolvidas atividades de planejamento familiar, ginecologia, pré-natal e prevenção do câncer ginecológico, todas centradas na consulta médica, na maioria das vezes. A enfermagem desenvolve algumas atividades de orientação e participa do Grupo de Gestantes, promovido conjuntamente com a Promoção Social.

Com relação ao planejamento familiar, na consulta médica é decidido qual o melhor método a ser usado pela usuária, sendo que estão disponíveis nos serviços: anticoncepcional oral, preservativo e DIU.

A prevenção do câncer ginecológico se restringe a realização de citologia oncológica, conforme, procura das mulheres por esse serviço. A análise dos exames é realizada em Ribeirão Preto. Não existem dados disponíveis sobre cobertura desse exame.

Quanto ao pré-natal, a gestante passa por consultas médicas mensais, sendo que a espera para a primeira consulta é de aproximadamente 7 dias. No caso de suspeita de gravidez é realizado o teste imunobiológico na própria unidade, pela auxiliar de enfermagem.

De rotina, no início do pré-natal, são realizados os seguintes exames: glicemia, VDRL, hemograma, urina I e protoparasitológico de fezes. Se no decorrer do pré-natal for necessária ultrassonografia, a gestante será referenciada para outro município, pois não existe referência a esse serviço no município de Monte Alto.

Os partos domiciliares são raros, 90% das gestantes atendidas pelo sistema têm seus filhos na Santa Casa.

SAÚDE DO ADULTO

O atendimento ao adulto limita-se à consulta médica, sendo que as patologias com prioridade são hipertensão e diabetes. Além disso são desenvolvidos os programas de tuberculose e hanseníase.

TUBERCULOSE

São matriculados nesse programa, doentes encaminhados de outros serviços ou diagnosticados no próprio CS II, já que este último é a única referência para tratamento de tuberculose na cidade.

As consultas médicas são mensais e há pré e pós-consultas realizadas por visitador sanitário. É feito controle de comunicantes e visita domiciliar se o paciente estiver faltoso. Os retornos são controlados pela enfermagem através de um fichário.

A baciloscopia (BK) do escarro é realizada em Jaboticabal, semanalmente. O PPD é feito no próprio CS II, por pessoal treinado da enfermagem.

Em Outubro de 1992, existiam 7 pacientes em tratamento, todos com tuberculose pulmonar.

HANSENÍASE

O CS II é a única referência do município no tratamento e controle da hanseníase, sendo que os serviços de saúde encaminham casos suspeitos para investigação ou casos confirmados para início ou continuidade do tratamento.

Para os pacientes em poliquimioterapia (PQT) as consultas médicas são mensais, e para outro esquema de tratamento de três em três meses.

Há controle de faltosos através de um arquivo com as datas de retorno, sendo que para os faltosos é realizada a visita domiciliar. O controle de comunicantes é realizado no próprio CS II, através de consulta médica.

Quadro 02 : Programa de hanseníase do CS II de Monte Alto, segundo forma da doença e dados quantitativos da movimentação.

MOVIMENTAÇÃO	FORMAS				TOTAL
	T	D	V	I	
. Existentes no mês anterior	14	06	34	27	81
. Inscrições de doentes:					
- novos	-	01	-	-	01
- transferidos	-	-	-	-	-
. Saídas:					
- alta	-	-	01	-	01
- abandono	-	-	-	-	-
- outros	-	-	-	-	-
. Existentes no final do mês	14	07	33	27	81

Fonte: CSII de Monte Alto

Nota: T=Tuberculóide, D=Dimorfa, V=Virchoviana, I=Indeterminada

Caracterização geral do sistema de saúde de Monte Alto

O processo de municipalização

No ano de 1989 iniciou-se a municipalização dos serviços de saúde em Monte Alto. Antes da fase SUDS, existia um posto de assistência médica - PAM, dirigido pelo INAMPS, e um CS II gerido pela Secretaria da Saúde do Estado. Com o SUDS, o PAM foi fechado, pois encontrava-se muito mal localizado, junto ao mercado. Os dois médicos credenciados pelo INAMPS, um clínico e um ginecologista, foram então incorporados a rede. O Núcleo de Promoção Social, cujo prédio a princípio se destinava a uma unidade de saúde, transformou-se parte em escola e parte na UBS Dr. Roberto da Rocha Leão.

Com a implantação do Sistema único de Saúde - SUS, a administração do CS II passou para o município. A Secretaria do Estado continuou pagando a folha de salários dos funcionários estaduais que lá trabalhavam. As vigilâncias, epidemiológica e sanitária, também foram municipalizadas.

A infraestrutura foi bastante implementada, a começar pelo CS II ex-estadual, que sofreu uma ampliação em 1989. A sede UBS Dr. José Ignácio Grellet foi inaugurada em 1991, localizada no extremo oposto à UBS Dr. Roberto, dentro do perímetro urbano.

Atualmente o ERSA contribui com o sistema municipal enviando dados e informações de saúde, fiscalizando os medicamentos e

controlando o faturamento. Há ainda um convênio com a Secretaria do Estado com relação a determinados programas, como dengue e febre amarela.

De acordo com as normas do SUS, a Santa Casa local deveria assumir o Pronto Socorro. Porém, como sua direção alegava falta de condições para tanto, a Prefeitura acabou instalando um PS em local do próprio hospital, que foi cedido por comodato.

Quanto ao atendimento odontológico, promoveu-se, na fase SUDS, a expansão da assistência nas escolas. Num segundo momento, com o SUS, o esforço foi dirigido para as unidades básicas de saúde.

O atual prefeito, em sua gestão de 1977 a 1982, definiu prioridades na construção da infraestrutura básica da cidade quando então o abastecimento de água era deficiente e 70% do esgoto ficava a céu aberto. Na presente administração que ora se finda, as prioridades da campanha ficaram para a Saúde, Educação e Cultura, tendo sido desencadeado o processo de municipalização.

O financiamento

Na época do SUDS, o sistema era financiado pelo Estado, via ERSA, sendo que o município complementava as verbas segundo plano municipal. O Estado contribuía com cerca de 70% dos recursos, os quais eram repassados com regularidade.

Com a criação do SUS, o repasse voltou a se dar diretamente através do INAMPS, segundo fatura mensal de procedimentos que sofre triagem no ERSA local. Deixou de vir, porém, na sua

totalidade. Bem como perdeu a regularidade, situação que vigora até a época em que realizamos o trabalho de campo

As contribuições relativas aos três níveis praticamente se inverteram com o SUS, ficando para o INAMPS o financiamento de 167 milhões de cruzeiros referente ao mês anterior ao período da pesquisa, o que perfaz cerca de 35% do total gasto na área de saúde, o restante devendo ser coberto pela Prefeitura

Instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações executadas pelo órgão municipal de saúde, foi instituído o Fundo Municipal de Saúde - FMS, através da Lei nº 1.621, aprovada pela Câmara Municipal em fevereiro de 1991. Atualmente o FMS constitui-se quase totalmente a partir da dotação orçamentaria do Município e do repasse do INAMPS, pois a contribuição da esfera estadual é praticamente nula. Esta pequena participação de 1% está dirigida para programas específicos como dengue e cólera. Os percentuais de contribuição de cada esfera de poder mantêm-se semelhantes desde 1989 até o presente momento da pesquisa

Em 1991, 10% da receita orçamentaria do município foi aplicada no SUS e 30% dos investimentos concentrou-se na área da saúde. Em 1992, esta alcançou 12% do orçamento municipal

O orçamento-programa é estabelecido com base nas despesas totais do ano anterior, somados os investimentos, como por exemplo a construção do novo Pronto Socorro, a ser inaugurado brevemente. O orçamento detalhado segue para a Câmara Municipal, onde é votado. Na definição deste orçamento não há participação das unidades

Segundo o assessor do Conselho Municipal de Saúde, além da falta de regularidade no repasse de verbas e do fato de não vir

na sua totalidade. os valores do faturamento são completamente defasados como, por exemplo, o preço de uma consulta médica de Cr\$ 9 530.00 referente ao mês de outubro do corrente ano. No entanto, defende que o faturamento seria um bom critério, apenas necessitaria de um aprimoramento.

Segundo o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, o período do SUDS foi excelente para o município, mas atualmente não se sabe quando nem quanto será pago do faturamento enviado, o que cria um clima de insegurança para a gerência do sistema.

Dr. Lepore considera necessário estimular a participação da Indústria e Comércio com dotações, através de incentivos fiscais. Também vê a necessidade de uma mudança o carente deve ser atendido de graça, mas aquele que tem posses deve pagar para sustentar o sistema.

De modo semelhante, o Sr. Sartor, futuro prefeito da cidade, sustenta que as pessoas com posses não poderiam se utilizar gratuitamente do sistema público. Deveria haver alguma forma de triagem social.

O atual administrador da Santa Casa defende tese parecida, quando assevera que a municipalização teria causado prejuízo à área médica e hospitalar privada. Seria bom para a população, mas mal para o hospital, pois atualmente todos têm igualmente o direito de usar o sistema. Assim, mesmo os que possuem recursos acabam por optar pelo gratuito. Seria preciso, segundo ele, uma triagem social.

Consideramos que a forma pela qual se dão os repasses, segundo o faturamento, é muito limitada e pode gerar distorções.

Representa um sistema de compra de serviços, o que determina na prática a persistência de um modelo falido e caro, pois estimula uma maior quantidade de procedimentos, sem a preocupação com a qualidade dos mesmos. Os critérios deveriam ser mais amplos, como está contemplado na Lei nº 8.080, artigo 35: perfil demográfico e epidemiológico, características da rede de saúde e outros determinados a partir de uma apurada análise técnica de programas e projetos.

A solução para o financiamento do sistema, porém, não deve se dar através do fim da gratuidade do mesmo. Segundo os preceitos constitucionais, todo e qualquer cidadão, sem qualquer discriminação, tem direito às ações de saúde em todos os níveis. princípio este denominado "universalidade". Saúde é direito de cidadania e dever do Governo.

Aspectos da organização do sistema

As unidades de saúde do município somente oferecem as clínicas básicas, não possuem médicos de especialidades, exceto cardiologia. Os usuários que delas necessitam são encaminhados para fora de Monte Alto ou para especialistas da própria cidade. Como as normas do SUS proíbem qualquer referência para clínicas particulares, a responsabilidade pelos encaminhamentos para estes consultórios foi transferida ao Departamento de Promoção Social da Prefeitura, que remunera os profissionais segundo tabela de honorários da AMB.

As referências externas encontram-se em Ribeirão Preto.

Catanduva, São José do Rio Preto, Barretos e Jaboticabal. O constante fluxo para estas cidades exigiu da administração municipal a implantação de um sistema de transporte. A procura por estas referências regionais é excessiva, o que acarreta prazos muito dilatados entre a consulta na unidade básica e a consulta especializada. O serviço de oftalmologia em Ribeirão Preto, por exemplo, possui lista de espera para 1 ano.

Segundo o Diretor de Saúde, Dr. Haddad, algumas especialidades seriam necessárias na rede, como oftalmologia, neurologia, ortopedia e otorrinolaringologia, mas o ERSA não permitiria a inclusão destes especialistas e a municipalidade não possui autonomia para decidir a esse respeito.

Segundo o assessor do Conselho Municipal, Sr. Benevides, as unidades não possuem especialistas por falta de espaço físico, mas também por resistência dos médicos, que não aceitam vir trabalhar na rede. Não existiriam impeditivos a nível do sistema, pois as unidades já estão cadastradas como ambulatorios de especialidades. Bastaria, por meio de procedimentos burocráticos relativamente simples, adequá-los para clínica especializada. Que se torne ambulatório de referência para a região é a única exigência feita pelo ERSA.

A falta de alguns especialistas a nível das unidades básicas nos parece um importante nó de estrangulamento do sistema, na medida em que reduz enormemente sua resolutividade e cria um processo dispendioso e demorado de referência. Na realidade, há falta inclusive de médicos das clínicas básicas. Alguns deles precisaram se desligar do SUS por indisponibilidade no

cumprimento mínimo de suas atividades. Por outro lado, existe uma pressão da corporação médica da cidade no sentido de dificultar o estabelecimento de novos médicos em Monte Alto, por razões de mercado

Compensando as falhas na cobertura de assistência básica, o Pronto Socorro tem funcionado como uma unidade de pronto atendimento, especialmente para a população residente na zona rural. Segundo o Diretor de Saúde, apenas 10% dos atendimentos do PS podem ser caracterizados como urgências. Esta situação evidencia uma baixa oferta de atendimento a nível das unidades de saúde e a necessidade de uma solução para o acesso aos serviços daqueles que vivem e trabalham no campo

Recursos humanos

Com a municipalização, os funcionários do CS II, três médicos, quatro dentistas e pessoal administrativo, continuaram sendo remunerados pelo Estado. A Prefeitura passou a pagar a diferença salarial, procedimento estabelecido por lei municipal, de modo a manter uma isonomia com os funcionários contratados pela administração do município. Os funcionários das vigilâncias têm seus salários complementados do mesmo modo. Os dois médicos do INAMPS incorporados à rede recebem salários maiores do que os da Prefeitura, provocando uma disparidade praticamente inevitável.

A contratação dos médicos não se faz por meio de concurso. Segundo o Diretor de Saúde, ocorre uma seleção realizada por ele

mesmo, através de entrevista e teste de múltipla escolha com base nos exames do HC da FMUSP

O cumprimento do horário dos médicos não é exigido De acordo com o Dr Haddad, o que importa é a boa qualidade do atendimento Para isso, são realizadas verificações pelo próprio Diretor de Saúde, que controla o modo de consultar do médico Uma importante medida foi a exigência do registro das consultas, rotina antes inexistente O SUS prevê um total de 16 consultas médicas por período de 4 horas de trabalho Segundo Dr Haddad, não se pode exigir dos médicos o atendimento de um número maior de consultas, uma vez que o excedente não será pago pelo sistema

Na época do SUDS eram promovidos cursos rápidos de aperfeiçoamento para os funcionários da saúde, em Ribeirão Preto, que com a implantação do SUS não mais ocorreram Segundo o Dr Lepore, busca-se constituir um pessoal considerado "polivalente", que aprende a fazer um pouco de tudo Para ele, as necessidades materiais do sistema são fundamentais, mas não essenciais, pois o serviço de saúde está acima disto, requer "idealismo" por parte dos profissionais que nele se inserem

A chefia administrativa das unidades foi confiada a enfermeiras, que permanecem mais tempo nos serviços A tomada de decisões, no entanto, depende do Diretor de Saúde

Conforme Dr Lepore, um ponto difícil de ser resolvido é a criação de uma estrutura de substituição de profissionais

Um dos nós críticos por nós considerado é o não cumprimento de horário por parte dos médicos, que trabalham em torno de 1 hora e meia por período, o que exige consultas curtas que podem

carecer de uma melhor qualidade e atenção ao usuário e preciso desfazer esta compreensão errônea de que os médicos são remunerados pelas 16 consultas pagas pelo SUS. Em verdade recebem, dentro de uma faixa salarial ótima para o mercado nacional, por quatro horas de trabalho.

Gestão de materiais

A aquisição dos materiais se dá através da forma legal das licitações. O local de estoque é único, situado na sede local do SUS. A maior parte dos medicamentos é comprada da FURP. O ERSA fornece cerca de 10% dos medicamentos comprados, considerados pela responsável como não realmente necessários. Como rotina mensalmente as unidades enviam seus pedidos de material. Segundo o assessor do Conselho Municipal, um importante obstáculo no setor é a dificuldade de se entrar em contato com os fornecedores, pois fica-se na dependência de que visitem a cidade.

Segundo Lepore, a instabilidade quanto ao recebimento das verbas federais ocasiona uma constante falta de materiais - medicamentos, material odontológico e de enfermagem.

A manutenção, um problema fundamental na área de equipamentos, foi solucionada, de acordo com o Presidente do Conselho, ao trazer um técnico do ERSA para Monte Alto.

A gestão de materiais foi descentralizada, tendo sido separada do Departamento de Materiais da Prefeitura. Este foi um dos aspectos do sistema que chamou a atenção dos dirigentes de

outros municípios do Estado Segundo Dr Lepore, a descentralização também tornaria o controle mais efetivo no que tange quaisquer tentativas de corrupção do sistema

Conselho Municipal de Saude & Participação popular

Com a implantação do SUS, foi formado o Conselho Municipal de Saude. A Lei nº 1 623, aprovada pela Câmara em março de 1991, dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho, bem como define sua composição

De acordo com Dr Lepore, com o objetivo de agilizar as discussões, foi delimitada uma area tecnica, cujos membros tambem participam das reuniões mais amplias da area deliberativa. Da area tecnica participam o Presidente do Conselho, o Diretor de Saude, o Diretor do CS II, um representante da area odontológica, o coordenador do setor de materiais odontologicos e um representante da Câmara Municipal. Das reuniões deliberativas, tambem fazem parte um representante do bairro, um representante das industrias, um representante operario e um representante da Santa Casa

Não existem conselhos gestores nas unidades. Segundo o assessor do Conselho, a participação dos representantes populares no Conselho Municipal e pouca. Afirma, tambem, que não existem reclamações da população a respeito do sistema de saúde

Não se observa, conforme a lei federal nº 8.142, uma paridade entre representantes da administração municipal,

funcionários e população usuária, na composição do Conselho Municipal. Isto precisa ser corrigido.

Uma participação mais efetiva da população no Conselho deveria ser estimulada, mas é bastante dependente da participação da sociedade civil a nível de futuros conselhos gestores, que precisam ser criados.

A descentralização deve ser entendida para além da descentralização de atividades, recursos e serviços de saúde. Ela deve aproximar o processo de decisões até o nível onde se realizam as práticas de saúde. Portanto, somente a participação popular permitira que o processo de municipalização ocorra com democratização, pois o poder local não é necessariamente menos despótico do que o poder federal ou estadual. É isto possibilitara que o sistema seja aperfeiçoado de acordo com os interesses dos próprios usuários, objetivo final dos serviços.

Existem organizações nos bairros que poderiam servir de ponto de partida para que seja estimulada esta participação, com a qual as pessoas não estão acostumadas. Afinal, é garantia constitucional que a população faça parte do processo de formulação das políticas de saúde, bem como de seu controle e execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

A Santa Casa

A Santa Casa é um hospital fundado em 1917 nos moldes das irmandades de misericórdia, ou seja, uma instituição filantrópica sem fins lucrativos. Desempenha um papel fundamental no sistema

de saúde de Monte Alto, onde foi durante muito tempo a única unidade que prestava serviços de saúde para a população da cidade e de seus arredores.

Na fase do SUDS, a Secretaria do Estado propôs à Santa Casa um convênio de 385 AIHs por mês, após diagnóstico realizado por técnicos do ERSA-50. A administração da Santa Casa não aceitou tal proposta, alegando desvantagens financeiras, pois o valor da AIH era considerado por eles baixo e poderiam estar reprimindo a demanda de particulares e convênios. A negociação final com o Estado fixou a cota de 264 AIHs por mês. Com a crise econômica que se acentuou naquele período, o movimento dos últimos se reduziu, o que levou a uma grande ociosidade de leitos, atualmente por volta de 63,5% do total. Por outro lado, a demanda de pacientes via SUS cresceu e superou a capacidade dos leitos conveniados. No entanto, a cota das 264 AIHs não pôde ser modificada, permanecendo a capacidade ociosa do hospital, o que traz maiores dificuldades financeiras àquela instituição, cujas características exigem um custo mínimo de manutenção.

Pelas dificuldades administrativas, Dr. Lepore considera que a médio prazo deva-se pensar na municipalização da Santa Casa.

Segundo o administrador do hospital, o SUS remunera mal, pois a tabela de procedimentos hospitalares encontra-se abaixo do custo do próprio procedimento. Uma lista de excedente nos gastos com materiais e medicamentos é constantemente renovada. Além disso, há uma grande demora no recebimento das verbas do INAMPS, cerca de 60 a 90 dias. Na época da entrevista (18/11), ainda não haviam recebido o correspondente ao mês de setembro.

Antes do período SUDS, o INAMPS dava mais liberdade para se internar, através do sistema GIH. A remuneração era melhor e a parte do pagamento de materiais e medicamentos não era pre-determinada. A situação sofreu importante mudança com a criação do SUDS e a definição das 264 AIHs em 1989. O ideal, segundo o Sr. Palla, administrador, seria de 380 AIHs mês. A atual cota só pode ser ultrapassada nos casos de internação de urgência. Ocorre, ainda segundo ele, uma rigidez descabida no pagamento dos procedimentos, pois há glosa se a internação ocorrer em período menor do que o estabelecido pela tabela e, por outro lado, não há pagamento adicional se ocorrer internação por período maior.

Tomando por base uma população de 50.000 habitantes no município e a necessidade de internações/ano de 10% segundo a OMS, os dirigentes do hospital calculam um número de 416 internações/mês, valor bem acima da cota estabelecida.

A má remuneração dos procedimentos pelo SUS torna relativa a vantagem, segundo o Sr. Palla, de se ocupar os leitos ociosos, na medida em que se exige mais contratação de pessoal, recurso atualmente dispendioso com o fortalecimento do Sindicato dos Empregados da Saúde.

Com características de um hospital geral, lá são realizadas cirurgias ginecológicas, abdominais, ortopédicas de urgência e obstétricas. São encaminhados os casos de politraumatismo, fraturas de crânio, infarto complicado, em geral todos aqueles casos que necessitam de UTI e neurocirurgia.

Boa parte dos exames laboratoriais e radiológicos solicitados pelos médicos das unidades são realizados na Santa Casa, através de convênio com o SUS. Existe um número-limite de

exames que pode ser remunerado, com o objetivo de controlar o excesso de pedidos

Para melhorar a situação do hospital, seus dirigentes consideram importante instalar uma UTI, bem como aumentar substantivamente a cota de AIHs/mês

CONVENIO MÉDICO

Com o objetivo de ampliar a prestação de serviços, na área de saúde, no Município de Monte Alto, a UNIMED (Cooperativa de Serviços Médicos) deu início a suas atividades em Agosto/91, como grupo seccional ligada a Federação (Instituição Mãe); em 01 de Março de 1992, tornou-se uma singular, ou seja, uma cooperativa autônoma.

O acesso de todos os indivíduos à assistência médica foi o ponto base que norteou a fundação da instituição UNIMED/Santos; a universalidade do sistema de saúde é viável, desde que os custos sejam controlados e não sejam repassados integralmente aos seus conveniados.

Os baixos honorários médicos nos serviços públicos e privados também contribuíram para uma reflexão maior sobre o tratamento dado a saúde no país.

A partir destas reflexões um grupo de médicos de várias especialidades, criaram esta instituição de saúde contemplando um bom atendimento no que diz respeito ao usuário, com um custo de assistência que permitisse as classes menos abastadas qualidade de profissionais e de atendimento.

A opção para o baixo custo e um bom atendimento se deu através de prestação de serviços apenas a empresas, com isto os funcionários de várias classes sociais recebem o benefício e em algumas o mesmo é estendido a seus dependentes.

As empresas dispõem de duas formas de contrato/pagamento são elas: o contrato de valor determinado possui um valor fixo, pago antecipadamente e multiplicado pelo número de funcionários inscritos, leva-se em conta honorários médicos, custo de serviços complementares e hospitalares da região.

A segunda opção é o contrato operacional, no qual tanto a UNIMED como a empresa contratante estipulam uma tabela de serviços e honorários. A empresa nada paga antecipadamente, todo e qualquer pagamento só será efetuado, após o atendimento do usuário nas unidades conveniadas.

Em Monte Alto, a UNIMED possui um total de 8000 usuários, estes são provenientes do convenio que a mesma mantém com 36 empresas da

cidade, entre elas a Associação dos Funcionários Municipais de Monte Alto.

Para cobertura de exames, tem como prestadora de serviços, 3 laboratórios de análises, 2 hospitais e 2 clínicas de radiologia e ultrassonografia. Ressaltamos que dentre os prestadores de serviços, um dos hospitais situa-se na cidade de Ribeirão Preto.

A UNIMED tem cadastrado 40 profissionais cooperados, que recebem seus honorários sempre na data base do mês de pagamento, o que na visão da instituição, não defasa o valor do trabalho deste profissional.

Em entrevista informal com a gerente administrativa da UNIMED/Monte Alto, esta nos expressou que a saúde para eles parece ter um caráter "humanitário", um paradoxo a nosso ver pois a universalidade de acesso a todos, nortea as próprias origens da fundação da UNIMED, e ao mesmo tempo este aspecto humanitário, foi nos frisado apenas em relação aos recursos que as classes mais carentes tem quanto ao acesso a bons profissionais e hospitais e serviços.

PARTE II

AMOSTRA

O questionário a princípio seria aplicado numa amostra de 288 domicílios. Entretanto por não conhecermos a região toda, em alguns casos nas quadras sorteadas - a exemplo do bairro Jardim Bela Vista (plano A) - os lotes não puderam ser pesquisados, pois ainda se encontravam desocupados (sem qualquer tipo de construção).

Um outro problema contribuiu para a não realização do número previsto da amostra, qual seja, por ocorrer uma falha no controle referente a aplicação dos questionários, nos passou totalmente despercebido que um bairro inteiro com previsão de entrevista em dez domicílios, tenha ficado sem aplicação. Além destes erros, excluímos da amostra o bairro central, por este possuir uma característica específica: ser um bairro de comércio, no qual a população não reside, apenas trabalha. Totalizamos desse modo 241 entrevistas (seriam 242, caso não houvesse uma recusa).

Este número inicial (288) foi construído levando-se em conta o número total de entrevistadores, a disponibilidade para estar realizando a pesquisa e o número total da população de Monte Alto.

O processo de amostragem precisava garantir que toda população de Monte Alto tivesse a mesma probabilidade de entrar na amostra.

Realizou-se a contagem do número de quadras (Anexo 02) e lotes por bairro, assim obteríamos o número aproximado de domicílios uma vez que nenhum órgão institucional dispunha deste dado.

Com o número aproximado de lotes do município procedeu-se a distribuição proporcional dos questionários por bairro. Percebeu-se durante a contagem que o número de quadras e lotes era desigual, procurando-se assim realizar uma distribuição probabilística que contemplasse a mesma possibilidade de ser sorteado.

Sorteou-se num primeiro momento quais as quadras que entrariam na amostra, e num segundo momento quais os lotes dentro de cada quadra sorteada.

Com esta etapa da amostragem concluída demos início ao campo. Infelizmente, não nos foi possível realizar um pré-teste, em decorrência disto o instrumento delimitou nossa análise posterior.

O pré-teste nos possibilitaria revisar e direcionar melhor aspectos da nossa investigação; sua finalidade não se destinaria apenas a revisão do instrumento, mas seria um teste complementar ao processo de coleta e tratamento dos dados.

Num segundo momento, serviria também para treinar melhor e analisar os problemas apresentados pelos entrevistadores. Aqui, esclarecemos que não realizamos a instrução prévia aos entrevistadores antes da aplicação do questionário, o que não permitiu uma homogeneidade quanto a formulação das perguntas por parte dos membros da equipe, gerando assim um problema metodológico nos seguintes termos: alguns entrevistadores se restringiram apenas a indicação do instrumento (o que seria o correto se previamente explicitado), outros introduziram perguntas adjacentes, estimulando o entrevistado.

Em terceiro lugar, o pré-teste seria um importante meio de se obter informações sobre o assunto estudado e no qual poderíamos avaliar o comportamento das variáveis; em outras palavras se as perguntas correspondem ao nosso objetivo.

Tecnicamente o questionário tentou combinar perguntas fechadas e abertas, as primeiras tinham por objetivo obter informações sócio-demográficas dos entrevistados (sexo, escolaridade, idade) e respostas de identificação de opiniões (sim-não). As segundas destinadas a aprofundar as opiniões dos entrevistados (na sua opinião, o que deve ser feito para melhorar o atendimento).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O grupo amostral estudado mostrou condições sócio-econômicas aparentemente satisfatórias. Os domicílios abrigam, em 96% dos casos, apenas uma família, sendo as casas construídas em alvenaria (100%) e possuindo, na sua maioria, de 3 a 8 cômodos (87%) e instalações sanitárias dentro do domicílio (83%).

A quase totalidade dos domicílios visitados dispõe de luz elétrica (97%), e abastecimento de água feito pela rede SABESP (83%). Os resíduos sólidos (lixo) são recolhidos por empresa municipal, e na zona rural a maioria dos entrevistados queima o lixo doméstico.

Em relação aos principais aspectos demográficos desse grupo amostral, observou-se uma distribuição homogênea em relação a variável sexo. Quanto ao nível de escolaridade pôde-se observar que a maior proporção dos entrevistados e seus familiares tinham nível primário de instrução (42,9%), e a segunda maior participação proporcional foi de indivíduos com curso ginásial, como mostra a tabela 24.

Tabela 24- Distribuição do nível de escolaridade das famílias residentes nos domicílios visitados

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Sem instrução	105	12,0
Primário	374	42,9
Ginásial	236	27,2
Colegial	97	11,2
Técnico	9	1,0
Superior	51	5,7
Total	872	100,0

FONTE: QUESTIONÁRIO APLICADO, MONTE ALTO, 1992.

Chamou atenção a alta frequência relativa de entrevistados que haviam cursado somente até a terceira série primária (19,7%). Observou-se que isso deve-se a uma maior proporção de indivíduos residentes na zona rural, e nessa área as escolas estão estruturadas para oferecer instrução somente até aquele nível.

Tomando-se a situação ocupacional dos entrevistados, verificou-se que mais da metade dos moradores (51,4%) distribuem-se nos seguintes grupos: donas de casa (22,2%), trabalhadores agrícolas (14,8%) e estudantes (14,4%). Os aposentados representaram 6,0% da população entrevistada.

Dos trabalhadores agrícolas, 54,7% residem na zona rural, sendo que os demais estão distribuídos nos diversos bairros da zona urbana.

Os indivíduos classificados como "capitalistas e proprietários" (54,6%) distribuem-se com maior frequência na área urbana, e nos bairros Bela Vista (Plano B'), Jardim Paraíso e Jardim dos Afonsos.

Os trabalhadores na indústria tem uma concentração maior de domicílios nos bairros Vila Gacine, Jardim Novo Santana, Vila Clifórnia, Parque Cosmos, Conjunto Habitacional Bandeirantes, Conjunto Habitacional Centenário e sobretudo no Vale dos Sonhos.

Os profissionais liberais aparecem com maior frequência no Jardim Novo Paraíso (23,5%), Jardim Paraíso (17,6%), Jardim Bela Vista-Plano B (14,7%) e Parque Cosmos (11,8%).

Verificando-se a distribuição dos domicílios entrevistados de acordo com o tipo de atendimento de saúde preferentemente procurado em caso de necessidade, segundo bairro de residência, chama a atenção algumas interessantes inversões ocorridas (vide Tabela 25).

Nos bairros Jardim Paraíso e Divisa Cândido Rodrigues ocorre uma inversão de preferências, antes concentradas nos serviços públicos. A maior procura naqueles dois bairros é por atendimento particular, com 19% e 12% respectivamente. Aventa-se a hipótese de que no Jardim Paraíso, o maior poder aquisitivo de seus moradores em função possivelmente da maior escolaridade ali registrada seja um dos fatores determinantes desse comportamento. O segundo colocado na classificação, uma área rural situada na divisa do Município de

Tabela 25 - Distribuição dos tipos de atendimento utilizado, segundo bairro de residência:

Bairro	Público	Convênio	Particular	Total
J.Bela Vista (B'1)	11	0	4	15
Vila Erina	3	0	1	4
J.Novo Paraíso	7	4	4	15
Jardim Paraíso	9	3	16	28
Jardim Pizarro	0	0	3	3
Vila Municipal	8	1	1	10
Vila Gadine	6	0	7	13
Vila Santo Antonio	10	0	0	10
Jardim Alvorada	5	1	0	6
Jd. São Cristóvão	7	0	0	7
Jardim São Marcos	8	0	1	9
Jardim Santana	10	1	0	11
Jardim Novo Santana	2	0	2	4
Jardim Primavera	7	2	2	11
Jardim dos Afonso	1	0	3	4
Vila Califórnia	6	0	1	7
Vila Aero Clube	7	0	2	9
Parque Cosmos	10	2	3	15
Jardim Tangará	8	1	0	9
COHAB Bandeirantes	12	4	2	18
COHAB Centenário	17	1	2	20
Parque Laranjeiras	10	0	1	11
Vale dos Sonhos	16	4	0	20
Jardim Vila Real	3	2	0	5
Vila Di Santti	1	1	0	2
Distrito APARECIDA	4	2	3	9
IBITIRAMA	1	0	2	3
Tabarana	7	0	3	10
Taracu	9	0	3	11
Div.Vista Alegre	4	1	4	9
Div.Taquaritinga	3	0	1	4
Div.Jaboticabal	3	0	1	4
Taruva	6	0	3	9
Cândido Rodrigues	5	0	10	15
Total	226	30	94	340

Fonte: QUESTIONÁRIO APLICADO, MONTE ALTO, 1992.

Cândido Rodrigues, a distância de serviços de saúde daquele local seja o fator determinante da dificuldade de acesso ao atendimento em tempo hábil.

No total de entrevistados que afirmaram ter utilizado os serviços de saúde, 62% buscaram o serviço público.

As pessoas que não utilizaram o serviço público de saúde, não o fazem principalmente pelas seguintes razões apontadas:

Dificuldade de acesso;

Falta de profissionais;

Demora no atendimento;

Má qualidade de atendimento;

Falta de serviços especializados;

Desconfiança em relação ao serviço oferecido;

Demora no atendimento e má qualidade;

Falta de profissional e demora no atendimento.

Tabela 26 - Distribuição dos entrevistados, segundo tipo de serviço de saúde utilizado e área de residência.

ÁREA	PÚBLICO	CONVENIO	PARTICULAR	TOTAL
Urbana	211 (63,2%)	38 (11,4%)	85 (25,4%)	334 (100%)
Rural	24 (52,2%)	01 (02,2%)	21 (45,6%)	46 (100%)

FONTE: QUESTIONÁRIO APPLICADO MONTE ALTO, 1972

Em relação aos tipos de serviços, notamos que a população residente na zona rural, utilizam-se mais do serviço particular, se compararmos com a da zona urbana, que por sua vez faz mais uso do serviço público.

Dentre os serviços de saúde oferecidos pela instância pública, as duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) respondem por 33,5% dos atendimentos. O Centro de Saúde II por 27,1%, o Pronto Socorro por 27,9% e a Santa Casa por 11,5%.

Em relação ao tipo de profissional procurado, 82,5% dos entrevistados responderam que procuram médico, 7,5% foram auxiliados por farmacêuticos, e o mesmo percentual procurou o dentista.

Dos entrevistados que passaram por um primeiro atendimento, 43,7% foram encaminhados para outros serviços. Desse total de encaminhamentos, chama a atenção a alta porcentagem (57,7%) para outras cidades da região, sendo que os encaminhamentos para Ribeirão Preto, representaram cerca de 40%.

Tabela 27 - Número de encaminhamentos externos ao Município de Monte Alto, segundo ação de saúde que o motivou.

AÇÃO DE SAÚDE	NÚMERO	PORCENTAGEM
Exame de laboratório	12	11,8%
Exame radiológico	05	4,9%
Internação p/ cirurgia	14	13,7%
Internação clínica	06	5,9%
Internação não específica	06	5,9%
Exame não especificado	11	10,8%
Razão não definida	21	20,6%
Consulta com especialista	24	23,5%
Outros	03	2,9%
Total	102	100,0%

FONTE: QUESTIONÁRIO APLICADO EM MONTE ALTO, 1992.

A maior parte dessas referências dizem respeito a consulta com especialistas (23,5%), seguida de dificuldades no estabelecimento de diagnósticos (20,6%) e internações para tratamento cirúrgico.

Para a delimitação da área de abrangência das unidades de saúde, foi utilizado somente o critério de distância, onde se considerou como pertencente a área em questão localidades ou bairros que ficassem compreendidos num raio aproximadamente 1Km da sede da UBS. Ocorreu que uma das unidades, foi delimitada por uma barreira geográfica.

Considerando então a área de abrangência do CSII, a maior parte dos serviços de saúde (66,7%), foram realizados pelo setor público. Consta também, que o CSII foi a unidade mais utilizada (46,7%) nesta área de abrangência.

Na área de abrangência da UBS Dr. Grellet, 58% dos serviços utilizados foram da rede pública, sendo que destes, 36,1% foram realizados no Pronto Socorro e 32% na UBS Dr. Grellet.

Para UBS Dr. Roberto vimos que os serviços foram utilizados em 75,7%, do número total dos entrevistados. Ainda nesta unidade, 41,5% das pessoas utilizaram-se da UBS Dr. Roberto, enquanto que 25,6% do CSII.

Opiniões dos Usuários dos Serviços Locais de Saúde quanto ao seu funcionamento:

A pergunta "Na sua opinião o que deve ser feito para melhorar a qualidade no atendimento?" foi tratada metodologicamente de duas maneiras: Qualitativa e Quantitativa.

Quantitativamente, o que apareceu com maior frequência, foi a vontade da população para que o número de médicos fossem aumentados (11,2%); em segundo lugar para que os médicos tenham mais vontade de atender, e dêem mais atenção (8,7%); em terceiro lugar a população demonstrou interesse para que houvesse médico com melhor qualificação e também para que não haja tanta demora para marcação de consulta e/ou na espera de atendimento médico (8,4%); em quarto lugar com 8,1% os interessados gostariam que houvesse contratação de especialistas e em relação a distribuição de medicamentos pela farmácia do SUS, que mesma possa fornecer o remédio frequentemente.

Na abordagem qualitativa, foi feita uma leitura minuciosa das falas das pessoas procurando agrupá-las dentro de um sistema de idéias semelhantes. Isso suscitou a elaboração de temas-chaves.

Reproduziremos abaixo alguma falas:

"Empurroterapia"

"A gente vai no médico e volta até lá no posto só pra carimbar receita, quando podia ter o carimbo ou no posto ou no médico."

"Excesso de pessoal sem fazer nada."

"É empurroterapia, não encontra as pessoas na sua função."

Dificuldade de acesso

"Melhorar as estradas para poder chegar. Quando chove ninguém passa."

"Se não tivesse que marcar a condução na assistência, seria mais fácil, porque tem que esperar vaga e mesmo assim marcada às vezes não tem, quando precisa ir para Ribeirão a gente sai 5:30 e volta depois das 17:00 horas."

Discriminação

"Eles não atendem as pessoas que têm um nível social diferente. Tratam mal, mandam voltar dois anos depois. O acúmulo de pessoas, não há agendamento... deveriam atender a todos os níveis sociais."

"Igualdade no atendimento mais serviço gratuito, maior agilidade para fazer exames (fiquei esperando 1 mês para fazer ultrassonografia... Não gosto do serviço social fui mal atendida, acho que os que têm mais são mais bem tratados"

"Queria que na hora que não tivesse dinheiro pudesse ser bem atendido; não precisasse voltar muitas vezes como as pessoas que precisam ir para Ribeirão. Eu tenho uma filha que vai dar a luz o mês que vem, faz pré-natal no posto e a médica já avisou para preparar o dinheiro para cesárea se necessário."

Falta de especialistas

"O que se busca em Ribeirão Preto é ter na cidade da gente, ou seja oftalmo, ortopedista."

"As vezes precisamos de cardiologistas em emergência e não tem."

"O atendimento deve ser todo em Monte Alto, não ir para Ribeirão Preto."

"Se o serviço que tem em Ribeirão tivesse aqui a gente não morreria à toa.(neu irmão marcou para março de 93 tomografia em Ribeirão e morreu a semana passada)."

"Mais médicos ou mais vagas (tem certos problemas que eles não resolvem, fui para Taquarilíngua.)"

Falta de atendimento

"Aumentar o número de médicos porque o número é muito pouco. Na falta de um poderiam substituir, tem dia que um falta o outro está de férias, fica sem atendimento. Pronto socorro não tem equipamento nem gente, sem contar que o atendimento não é bom. meu sobrinho caiu, foi três vezes e nunca tinha nada. Na quarta vez, o médico resolveu examinar e descobriu uma fratura, é um absurdo, já pensou se fosse alguma coisa séria."

"Deveria consultar com médico mesmo e não com estagiários. Se precisar de médico tem que pagar."

"Falta muita coisa em Monte Alto. Os médicos só pensam em ganhar muito e atender pouco."

"Se tivesse um pronto socorro adequado, pois falta atendimento médico de qualidade. Médico tem, mas não atende."

"Hospital bonito e médico vagabundo, tudo carniceiro. Se não tiver dinheiro dança, se tem dinheiro os casos de urgência vão todos para outras regiões, Catanduva e Ribeirão."

Demora no atendimento

"Deveriam dar mais atenção e também não deixar as pessoas esperando sem atender."

"Consulta marcada com horário tem que ir e ficar esperando numa fila enorme desde cedo para passar depois de duas ou três horas."

"Mais médicos e colocar mais gente para atender, a moça é obrigada que você tem que voltar outro dia. É difícil conseguir vaga para ser atendido. Chove, faz sol e você fica lá esperando."

"Deveria organizar o serviço, pois há pessoas de idade que tem que chegar de madrugada para pegar fila."

Profissionais mais capacitados

"Melhores pessoas para atender na recepção. Médicos mais competentes, quase matou minha filha por não passar remédio certo."

"Menos pessoas trabalhando, mas com mais vontade."

"Mais médico, remédio, ser atendido mais rapidamente e com mais seriedade."

"Os médicos deveriam ser mais atenciosos, ter mais um pronto socorro (aqui em Alvorada não tem, não tem farmácia, não tem condução.)"

"Olha lá em Monte Alto eu não tenho do que reclamar, agora aqui em Aparecida precisava melhorar. Falta pediatra e vacina é um posto que não dá conta. Médico melhor na parte adulta."

Remédio gratuito

"Arrumar um lugar que pelo menos fornecesse remédio para o menino que toma quatro qualidades de remédio."

BOM ATENDIMENTO

"O serviço está bom."

"Achei bom atendimento."

"Não modificaria, porque foi rápido." (amigo do médico da Santa Casa)

Salários maiores

"Melhorar o ordenado do profissional da prefeitura, principalmente da área de saúde." (mão de funcionário da Prefeitura)"

"Melhorar o salário dos médicos, pois ao fazer o preventivo fui informada que deveria fazer cauterização em consultório particular do médico que me atendeu. Acho que por eles ganharem mal, eles nos encaminham para os consultórios particulares."

As falas por si só tem o significado especial, é a população se expressando à sua maneira, emitindo opiniões sobre o atendimento no serviço público de saúde.

O que nos cabe aqui ressaltar, é a confirmação de um fato que foi colocado como pergunta de nosso problema de trabalho a ser investigado

Fica evidenciado que um dos grandes problemas dentro do sistema de saúde é a falta de médicos especializados. Problema este que foi evidenciado também na quantificação que foi feita desta mesma questão. Apesar de não aparecer como a necessidade mais premente na tabela 27, isto não significa que seja menos importante, uma vez que da própria fala dos entrevistados pode-se perceber que este problema está "pulverizado" nas três primeiras opiniões que aparecem com maior frequência.

Outro problema que contraria o caráter de universalidade do sistema é o não atendimento a todas as pessoas ("eles não atendem as pessoas que tem um nível social diferente").

A demora no atendimento aparece de uma forma contundente nas falas da população ademais quando além da demora peca-se pela falta de atendimento à população.

A razão da escolha desta pergunta, justificou-se prontamente. Foi-nos possível verificar qual a situação de saúde da população que não faz parte necessariamente da demanda referida, ou seja, daquelas pessoas que de uma forma ou de outra não conseguem chegar ao sistema e quando chegam não conseguem UH024-10.

CONCLUSÃO

A saúde é um direito, seu acesso é entendido por nós através da universalidade de atendimento à todos os cidadãos, sem discriminação social e econômica.

Concluimos, após os levantamentos, coletas e análises que o município de Monte Alto, ao nosso ver poderia fornecer à população um atendimento melhor, pois dispõe de estrutura física, equipamentos e

recursos humanos suficientes para prestar serviços satisfatórios à população.

A estrutura física comporta uma ampliação no atendimento à demanda. Lembramos, que os serviços foram projetados visando uma atenção à saúde em maior escala.

Quanto aos equipamentos médicos-hospitalares-odontológicos, Monte Alto os possui em quantidade suficiente, entretanto estes não se encontram otimizados no momento.

Em relação aos recursos humanos destacamos a falta de cumprimento de horário dos profissionais da saúde em geral, principalmente médicos e dentistas, aliado a isto uma ausência de política de recursos humanos (reciclagem e treinamento para toda a equipe multiprofissional que sustenta a estrutura do sistema de saúde).

Destacamos, que a inexistência de política de desenvolvimento acarreta uma ociosidade e esta tem como consequência uma má qualidade no atendimento que por sua vez gera uma insatisfação da população em relação aos serviços prestados.

As nossas observações têm respaldo na "fala" dos usuários no que se refere a sua opinião à respeito da qualidade dos serviços, estes salientam a falta de um corpo de especialistas que atendam no setor público, o não cumprimento do horário, a longa espera em conseguir uma consulta ou exames, a pouca resolutividade oferecida o difícil acesso, a má qualidade de atendimento em geral, a discriminação social e o não fornecimento de medicamentos disponíveis.

A análise dos indicadores, demonstra que Monte Alto tem um bom nível de saúde. Porém, as nossas observações do sistema não fornecem base para comprovar esses dados. Pode-se supor que algum fator esteja interferindo no resultado desses indicadores (sub-notificação de doenças, sub ou super-notificação do registro civil- certidão de nascimento, certidão de óbito /inclusive mal preenchimento/ e etc.)

Além de melhorar o resultado desses indicadores disponíveis, se faz necessário a realização de um diagnóstico de saúde do município que inclua outros dados, tais como: levantamento de morbidade por doenças que não são de notificação compulsória e de fatores

relacionados a qualidade de vida que determina o processo de adoecer e morrer da população.

Vale ressaltar, que as interações entre os órgãos institucionais contribui na elevação do nível de qualidade de vida, que em última instância, a nosso ver influencia as condições de saúde de uma população.

PARTE III

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, E.A. O papel do matadouro dentro do Sistema de Vigilância Epidemiológica. São Paulo, 1984. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- BARROS, F.C. & VICTORA, C.G. Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo, UNICEF/Ed.. Hucitec, 1991.
- BRASIL. Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988. p. 3: Título II, Cap I dos Direitos e Deveres e Coletivos.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS: doutrina e princípios. Brasília, DF, Secretaria da Nacional de Assistência à Saúde, 1990.
- FOCESI, E. Educação em Saúde na escola. O papel do professor. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP (MINEO).
- LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. São Paulo Ed. Pedagógica e Universitária, 1987. 2ª Ed.
- NENDES, E.V. O planejamento de saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. Belo Horizonte, Mineo, 1987. p.13-16: O consenso do discurso e o dissenso da prática social, notas sobre a Municipalização da saúde no Brasil.
- MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. Regulamento de inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal. Aprovado pelo Decreto nº 30691, de 23/03/52, alterado pelo Decreto nº 1255, de 25/06/62. Brasília, DF, Ed. Escopo, 1980.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Classificação Internacional de Doenças. 2ª impressão, Edição Reduzida de 1975. Brasília, DF. 1980.

UNIMED. Normas de Atendimento. Monte Alto. ("folder")

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas: A participação comunitária na abordagem do abuso de drogas. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

PHILIPPI Jr., A. Saneamento do meio. 3 ed. São Paulo, Fundacentro, 1988.

PINTO, V.G. Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva. 3ª ed., Ed. Santos, São Paulo, 1992.

ROUQUAYROL, M.Z. et. al. Epidemiologia e saúde. 0ª ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1988.

São Paulo (Município). Leis, etc. Decreto nº 32384 de 6 de outubro de 1992: consolida as disposições relativas à organização da Secretaria Municipal do Bem-Estar Social. Diário Oficial do Município de São Paulo. 07 de out. 1992. p. 1.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. 1ª Conferência Estadual de Saúde. São Paulo, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

BARRKER, D.P. e BENNETT, F.J., Practical epidemiology 2 ed. Livingstone, Churchill, 1976.

Anexo 1
 FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA = UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FORMULÁRIO Nº: _____ ÁREA: _____ ENTREVISTADOR: _____

1) QUEM MORA AQUI ? (assinalar o entrevistado)

	parentesco/sexo/idade/	ocupação	escolaridade/	renda
1	/...../...../...../	/...../...../
2	/...../...../...../	/...../...../
3	/...../...../...../	/...../...../
4	/...../...../...../	/...../...../
5	/...../...../...../	/...../...../
6	/...../...../...../	/...../...../
7	/...../...../...../	/...../...../
8	/...../...../...../	/...../...../
9	/...../...../...../	/...../...../
10	/...../...../...../	/...../...../

2) HÁ QUANTO TEMPO A FAMÍLIA VIVE EM MONTE ALTO ? _____

3) NO ÚLTIMO ANO, ALGUÉM DE SUA CASA TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE ?

a- SIM [] QUEM e QUAL(is) O(s) PROBLEMA(S):

.....

b- NÃO [] (Passe para a Q.12)

4) PROCURARAM AJUDA PARA ESSE(S) PROBLEMA(S) ?

a- SIM [] DE QUEM ? MÉDICO [] FARMACÊUTICO []
DENTISTA [] OUTROS _____
b- NÃO []

5) SE FORAM ATENDIDOS POR MÉDICO ou DENTISTA, ERA PARTICULAR OU PÚBLICO ?

a- PÚBLICO: QUAL? UBS [] C.S. [] P.S. [] STA CASA []
b- CONVÊNIO [] QUAL? _____ c- PARTICULAR []

6) NO SERVIÇO ONDE FORAM ATENDIDOS, FORAM MANDADOS PARA OUTRO LUGAR ?

SIM [] NÃO [] SE SIM, ONDE E PARA FAZER O QUE? _____

7) DEPOIS DISSO MANDARAM VOLTAR AO PRIMEIRO LUGAR EM QUE FORAM ATENDIDOS ?

SIM [] NÃO []

8) NA SUA OPINIÃO, COMO FORAM OS ATENDIMENTOS ?

	BOM	REGULAR	RUIM
UBS ROBERTO	[]	[]	[]
UBS GRELLE1	[]	[]	[]
C.S. II	[]	[]	[]
FRONTO SOCORRO	[]	[]	[]
SANTA CASA	[]	[]	[]
OUTROS _____	[]	[]	[]
_____	[]	[]	[]
_____	[]	[]	[]

9) RECEBEM REMÉDIOS NO POSTO DE SAÚDE ? [] SIM [] NÃO

(caso negativo), COMO OS CONSEGUEM ? _____

10) (para os que não usam o serviço público) POR QUE NÃO USA O POSTO ?

Dificuldade de acesso Falta de profissional Demora no atendimento Má qualidade do atendimento Tem convênio particular

Outros motivos: _____

11) NA SUA OPINIÃO, O QUE DEVE SER FEITO PARA MELHORAR A QUALIDADE NO ATENDIMENTO ? _____

12) A MORADIA É: DE UMA FAMÍLIA ou COLETIVA

FIXA ou TEMPORÁRIA

13) TIPO: CASA ou APARTAMENTO

14) PAREDES DA MORADIA: TIJOLO MADEIRA OUTRO: _____

15) CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO

A MORADIA É: PRÓPRIA ALUGADA OUTRO: _____

16) Nº CÔMODOS: _____ Nº BANHEIROS: _____ DENTRO FORA

17) LUZ: ELÉTRICA OUTRA: _____

18) ABASTECIMENTO DE ÁGUA: REDE SABESP

POÇO ou BICA : A ÁGUA É TRATADA ? SIM NÃO

SE É TRATADA, COMO ? _____

19) TEM ESGOTO EM CASA ? REJE DE ESGOTOS FOSSA

JOGA NO CórREGO

20) DESTINO DO LIXO DOMÉSTICO: COLETADO (Frequência: _____)

ENTERRADO QUEIMADO

JOGADO NO TERRENO BALDIO JOGADO NO CórREGO

PREFEITURA MUNICIPAL

MONTE ALTO

PLANTA CADASTRAL DA SEDE DO MUNICIPIO

ATUALIZAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO

DR. JOSE JESUS VICTORIO RODRIGUES

PREFEITO MUNICIPAL

ESCALA

1 : 8 000

DATA

MAIO/ 88

DES:

OSVALDO RAMOS

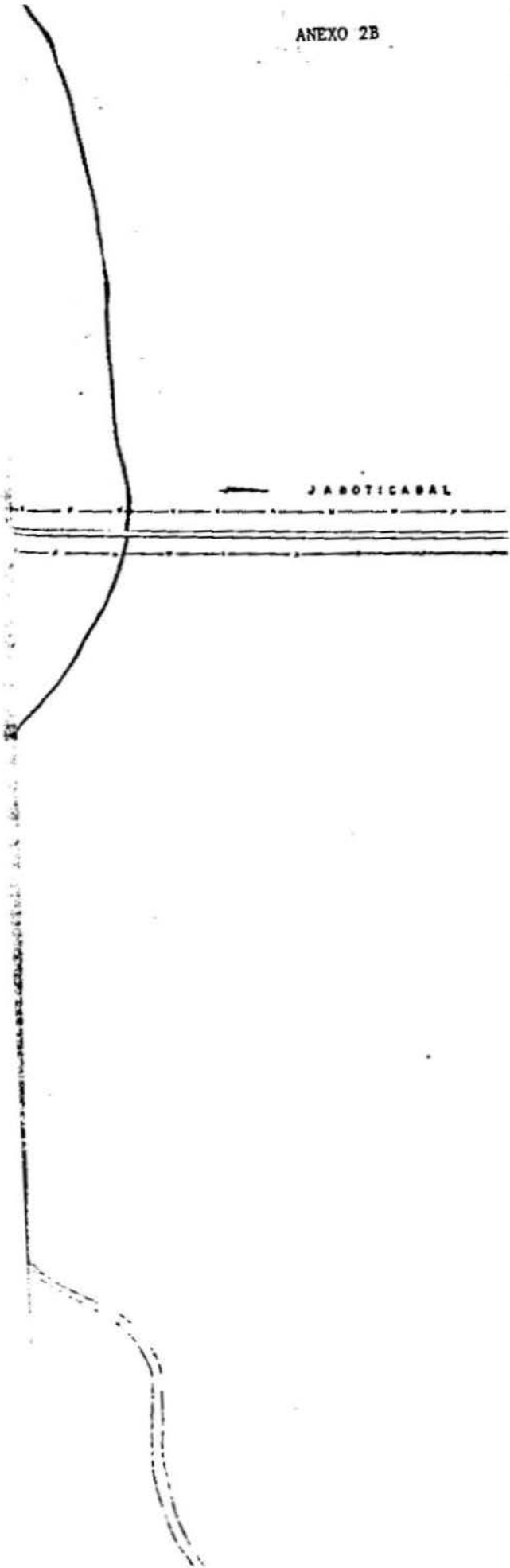
CREA 141.864/T0

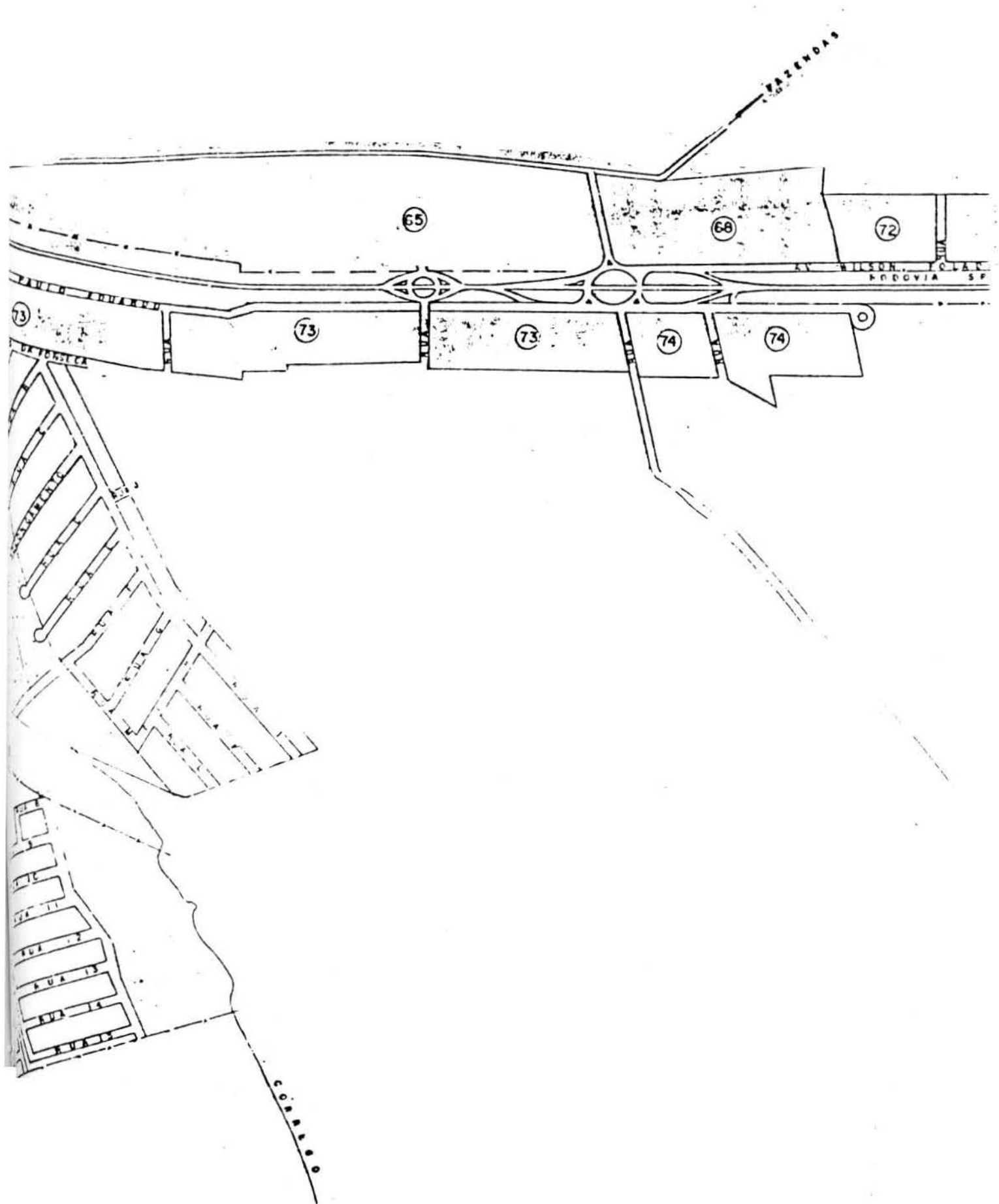
ANEXO 2A

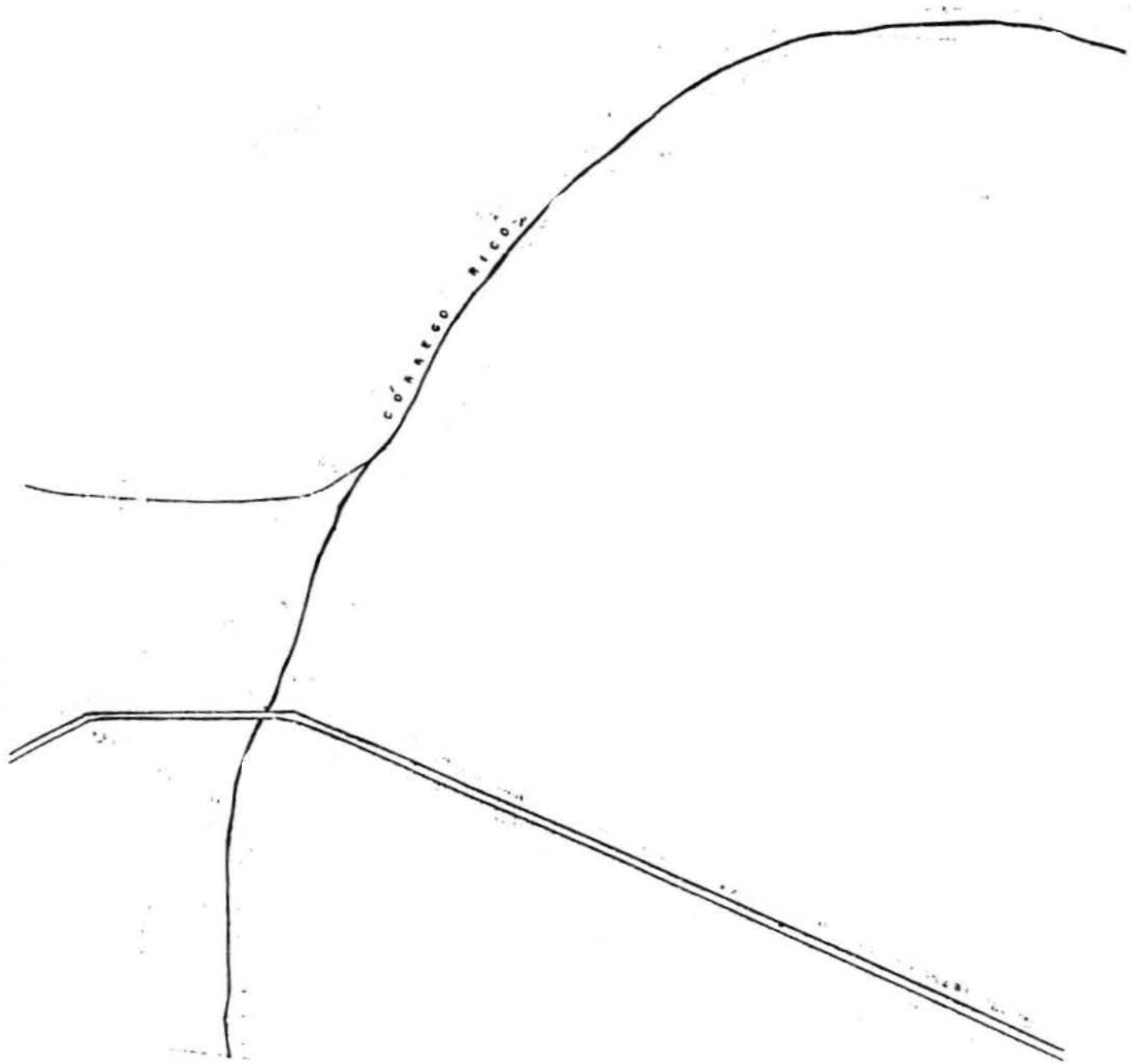
LEGENDA

- 1 — CLUBE DE RODEIO
- 2 — CESTARI-INDUSTRIAL E COMERCIAL S/A.
- 3 — AERÓDROMO MUNICIPAL
- 4 — RECINTO DE FESTAS
- 5 — CENTRO ESPORTIVO MUNICIPAL
- 6 — PROFª LAIDES TRINDADE
- 7 — PRAÇA JOSÉ PIZARRO
- 8 — PRAÇA DO TRABALHADOR
- 9 — CICA
- 10 — FÁBRICA DE ARTEFATOS DE BORRACHA-II
- 11 — PRAÇAS DO JARDIM BELA VISTA
- 12 — FÁBRICA DE ARTEFATOS DE BORRACHA-I
- 13 — ÁREA MUNICIPAL
- 14 — ASILO SÃO VICENTE DE PAULA
- 15 — SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
- 16 — LARGO B DE FEVEREIRO
- 17 — PRAÇA SÃO CRISTOVÃO
- 18 — SUB-ESTAÇÃO DA CPFL
- 19 — PRAÇA ZEQUINHA DE ABREU
- 20 — PRAÇA RIO GRANDE DO NORTE
- 21 — PRAÇA RIO DE JANEIRO
- 22 — CONDOMÍNIO VILLA REAL
- 23 — PRAÇA
- 24 — PANCÁRIOS CAMPESTRE CLUBE
- 25 — CONDOMÍNIO
- 26 — CHÁCARAS DE RECREIO
- 27 — CENTRO CÍVICO CULTURAL
- 28 — SEDE DA GUARDA MUNICIPAL
- 29 — TERMINAL RODOVIÁRIO
- 30 — CLUBE RECREATIVO MUNICIPAL
- 31 — PRAÇA HUMBERTO CARACIO
- 32 — ILASA — LANFREDI
- 33 — E.E PSG — DR LUIZ ZACHARIAS DE LIMA
- 34 — CENTRO DE SAÚDE
- 35 — COLÉGIO COMERCIAL DEODORO DE ARRUDA CAMPOS
- 36 — PAÇO MUNICIPAL E FORUM

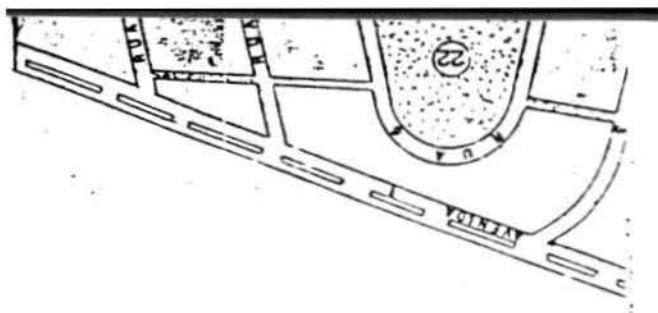
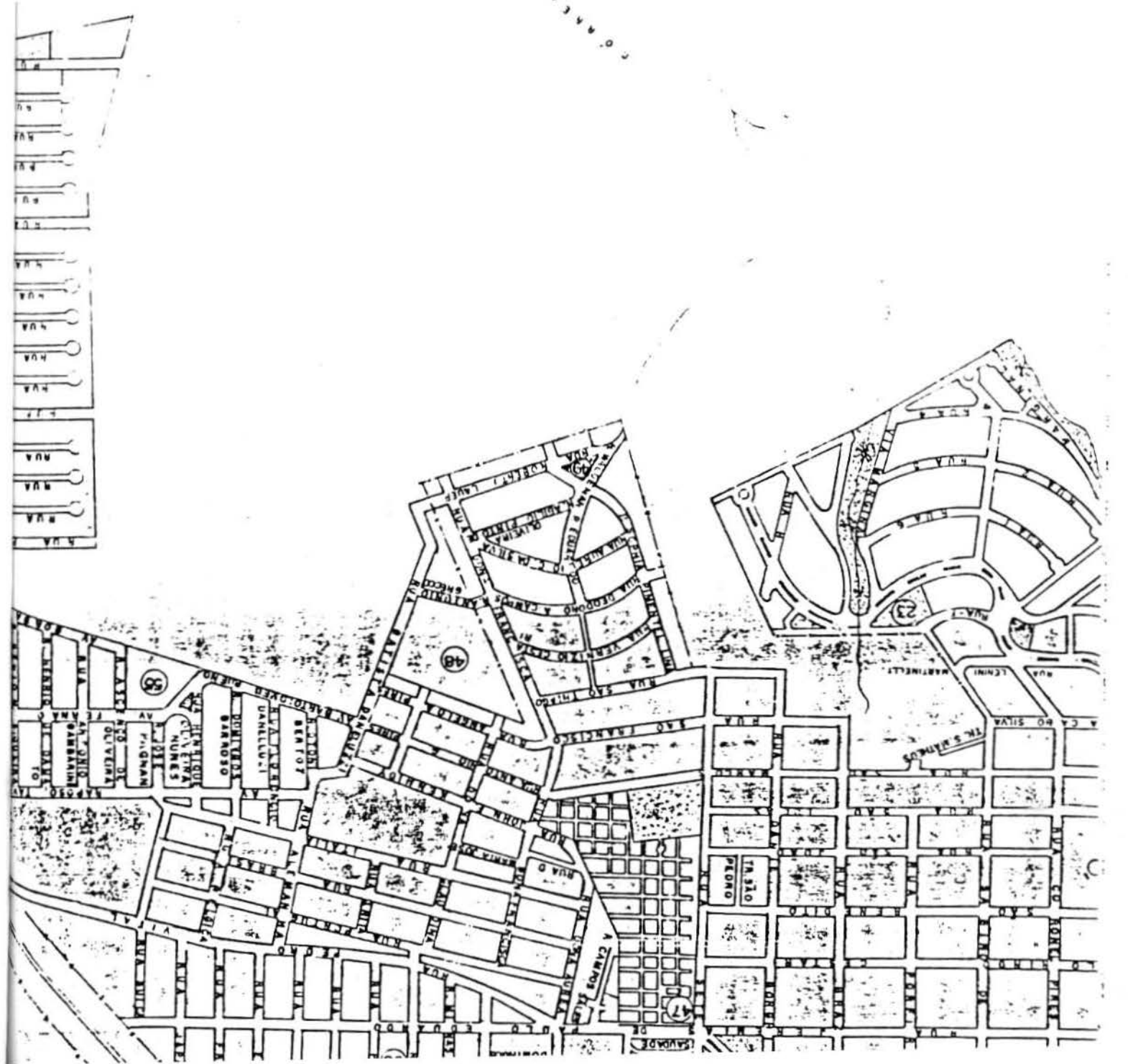
ANEXO 2B

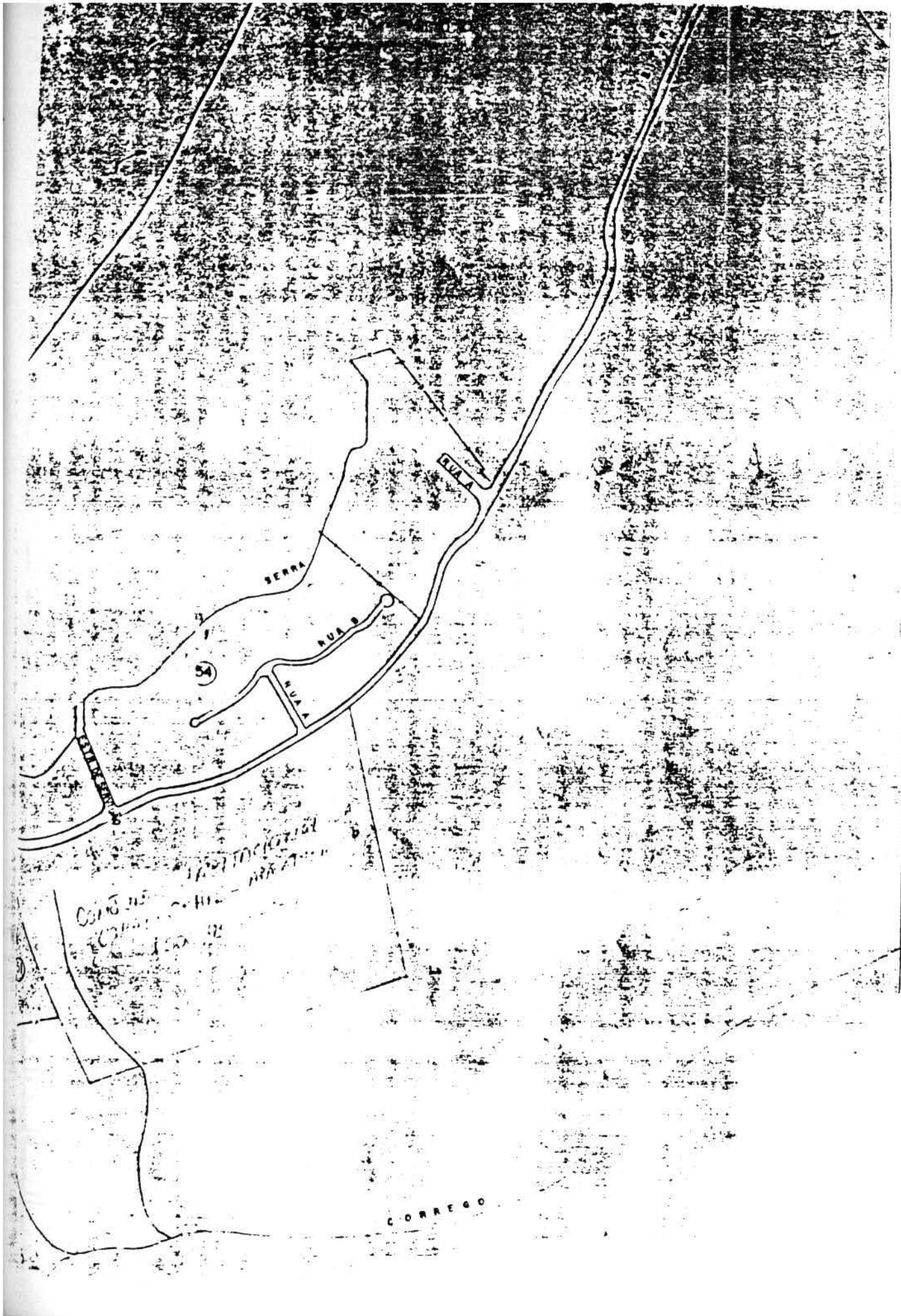
- 
- 37 — E.E.P.G. — DR. RAUL DA ROCHA MEDEIROS
 - 38 — POSTO FISCAL
 - 39 — PRAÇA DR. LUIZ ZACHARIAS DE LIMA
 - 40 — ESTÁDIO MUNICIPAL
 - 41 — MONTE ALTO CLUBE
 - 42 — MERCADO MUNICIPAL
 - 43 — GINÁSIO DE ESPORTES — JOSE PIZARRO
 - 44 — P.A.M.M. — I E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
 - 45 — MAUSOLEU DA MENINA IZILDINHA
 - 46 — PRAÇA DO BATISMO (CAPELA SÃO BENEDITO)
 - 47 — CEMITÉRIO MUNICIPAL
 - 48 — CENTRO DE LAZER DO TRABALHADOR
 - 49 — PRAÇA PAULO CAMPOS GATTI
 - 50 — E.E.P.G. PROFª JUVENTINA P DE ARRUDA CAMPO
 - 51 — PRAÇA DO JARDIM ALVORADA
 - 52 — E.E.P.G. JEREMIAS DE PAULA EDUARDO
 - 53 — CHACARAS — MORADA DO SOL
 - 54 — CHACARAS — VALE DO SOL
 - 55 — E.E.P.G. PROFª NELLY BANDUR CANO
 - 56 — NUCLEO DE PROMOÇÃO SOCIAL
 - 57 — CRECHE IRMÃ STANISLA
 - 58 — CENTRO EDUCACIONAL — SESI
 - 59 — C.P.F.L
 - 60 — HORTA MUNICIPAL
 - 61 — FÁBRICA DE PRE MOLDADOS MUNICIPAL
 - 62 — MATADOURO MUNICIPAL
 - 63 — PRAÇA 13 DE MAIO
 - 64 — PRAÇA DA BANDEIRA
 - 65 — CARGIL AGRÍCOLA S.A
 - 66 — E.E.P.G. PROF NORIVAL MENDES
 - 67 — EDUCANDÁRIO IZILDINHA
 - 68 — CHACARAS
 - 69 — CONDOMÍNIO PRIMAVERA
 - 70 — CASA DE FOMBAS — SABESP
 - 71 — CONDOMÍNIO VILA VERDE
 - 72 — DISTRITO INDUSTRIAL — ETAPA III
 - 73 — DISTRITO INDUSTRIAL — ETAPA I
 - 74 — DISTRITO INDUSTRIAL — ETAPA II
 - 75 — PRAÇA SANTA CATARINA
 - 76 — PRAÇA SERGIPE
 - 77 — PRAÇA RIO GRANDE DO SUL

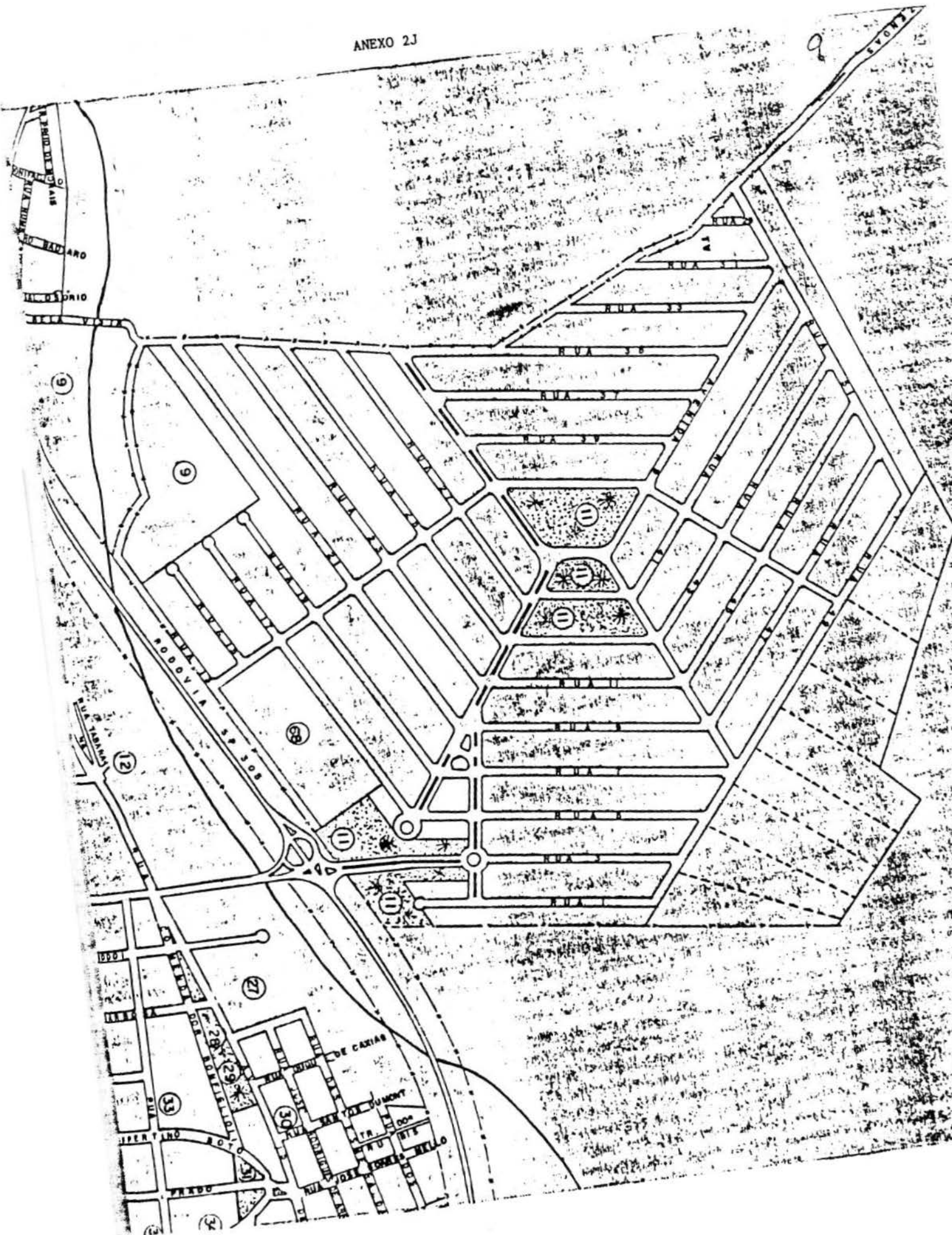


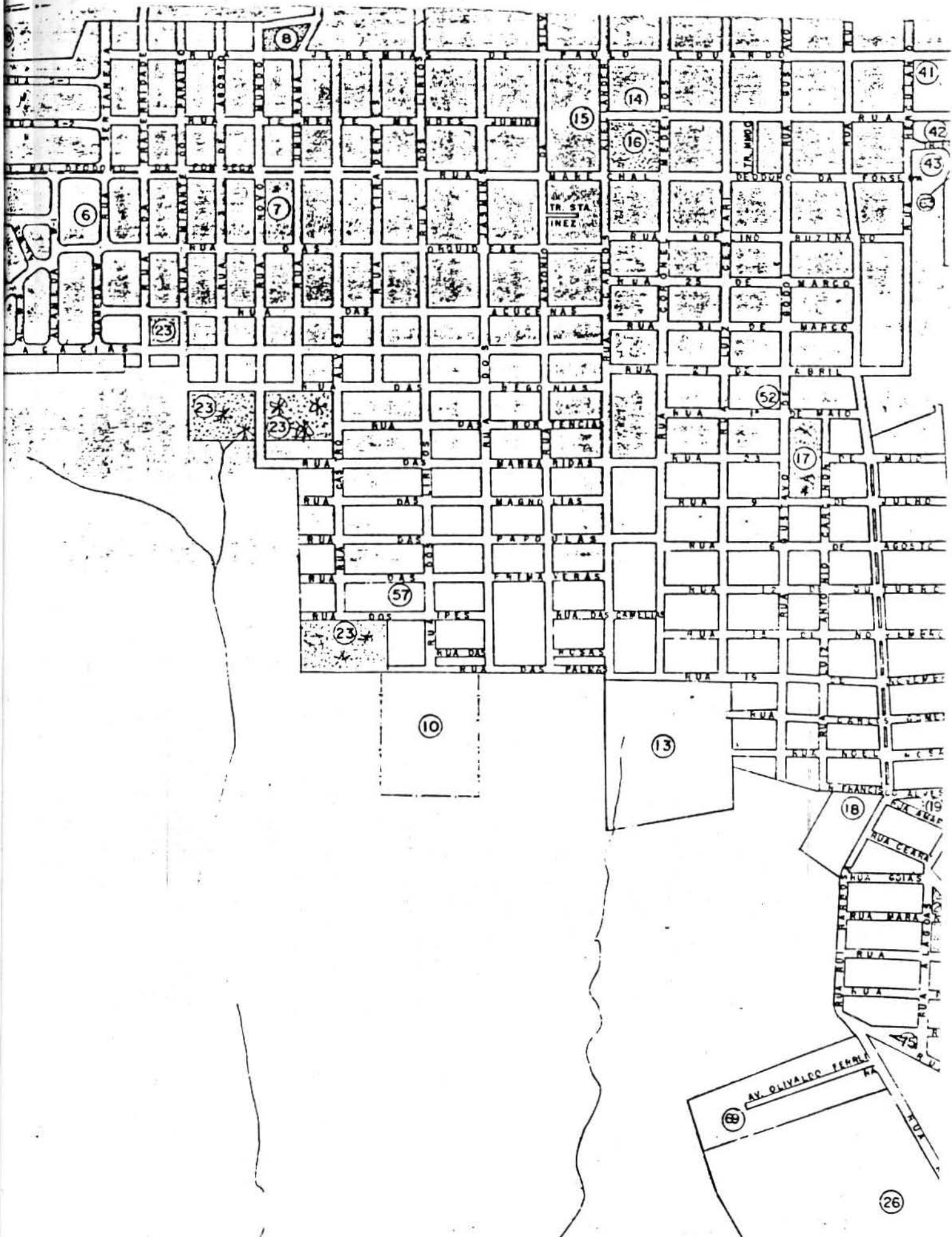


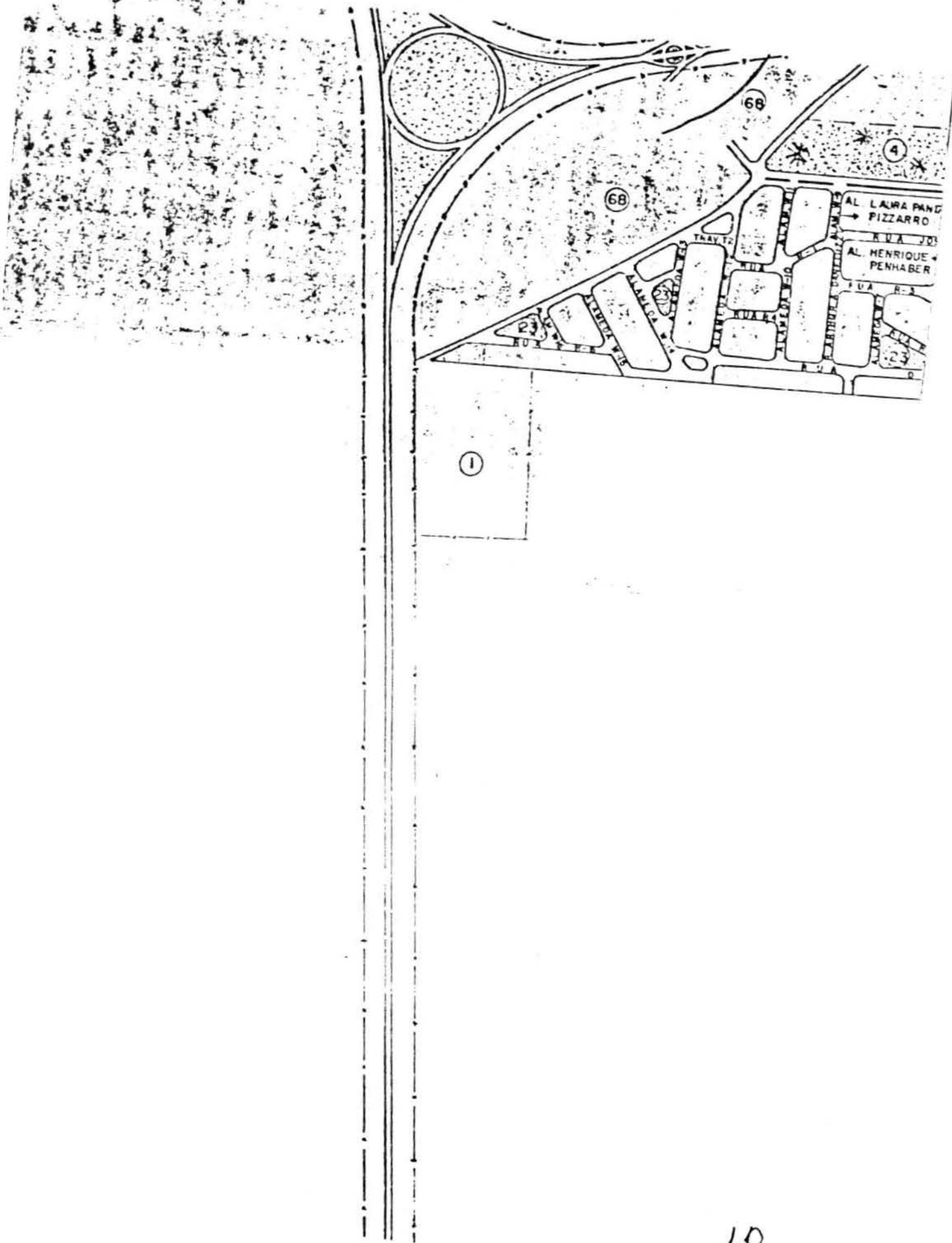










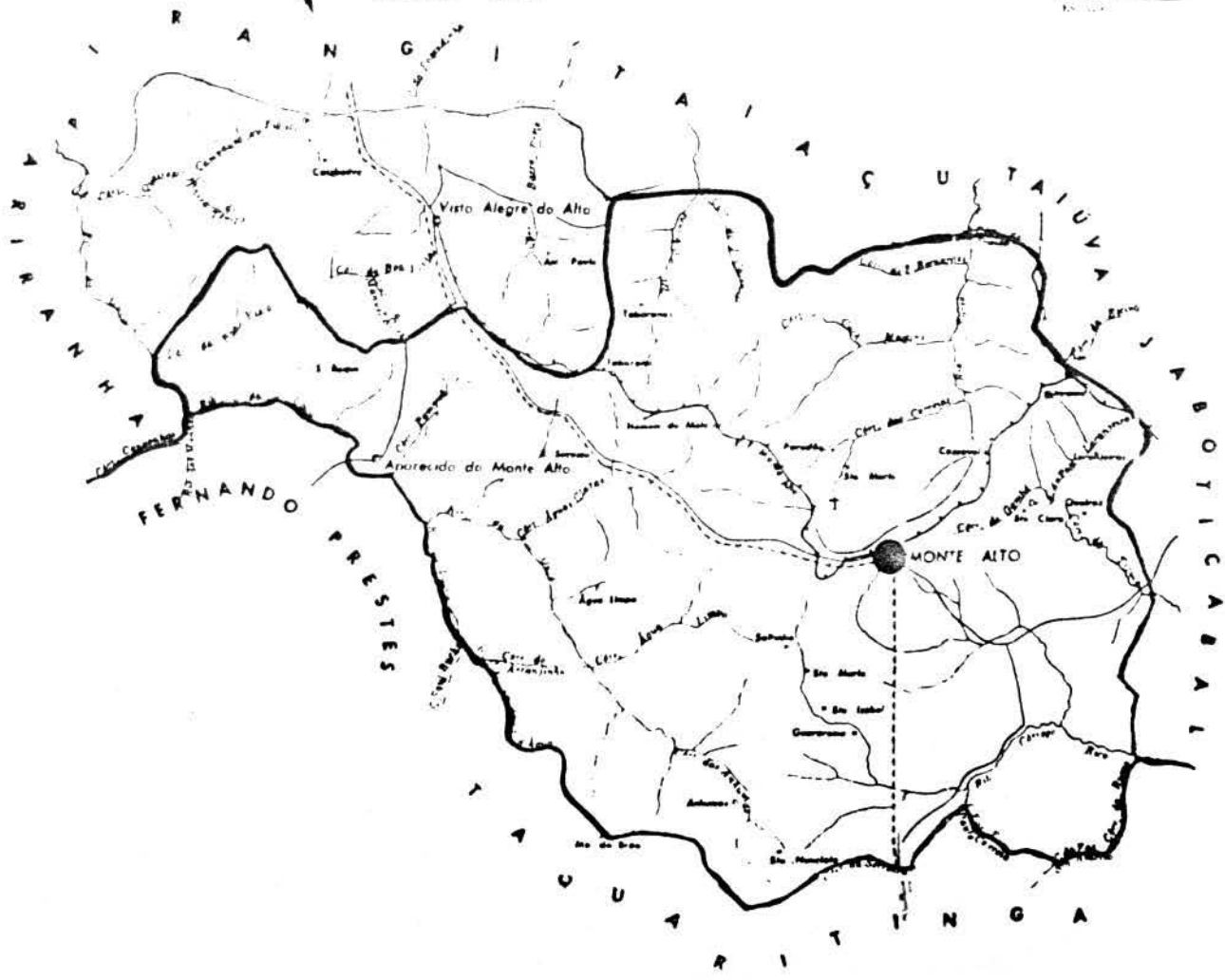
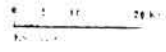




REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO



MONTE ALTO



E

Hino a Monte Alto

Letra e Música de: DR. ADAUCTO FREIRE DE ANDRADE

— I —

Monte Alto "Cidade do Sonho",
Que Porfirio Luiz nos legou.
O teu povo bom, forte e risonho,
O progresso em teu solo implantou.

— II —

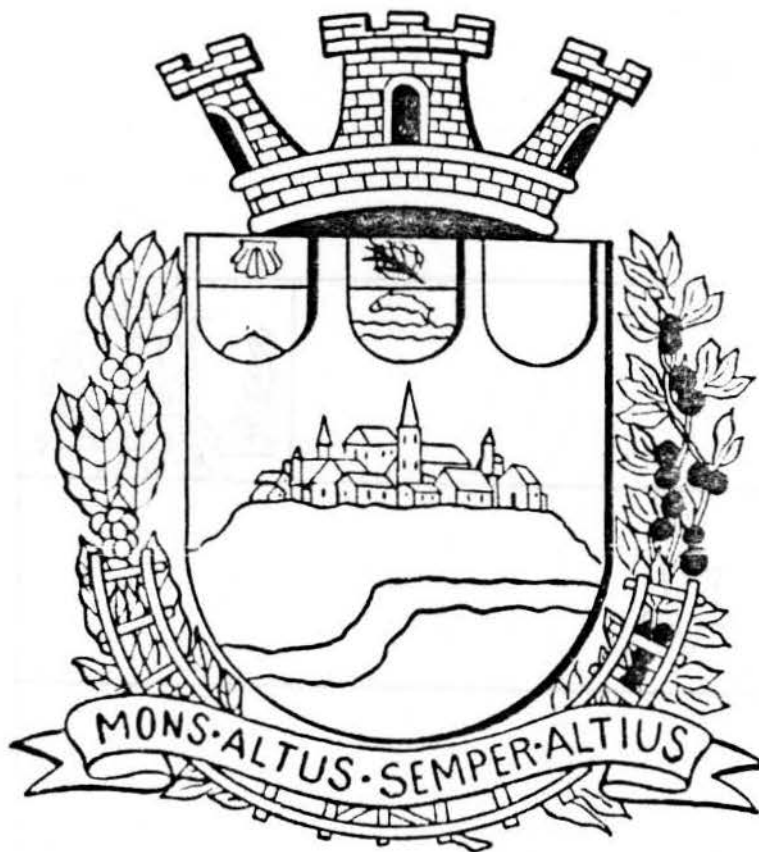
Bis { Tens riquezas, tens encantos mil,
O teu céu tem mais cor, tem mais luz.
Salve, ó terra de São Paulo e do Brasil,
Onde reina o Bom Jesus!

— III —

Monte Alto, meu berço adorado,
Santuário de paz e de amor.
Possa eu sempre viver a teu lado,
Em constante e profícuo labor!

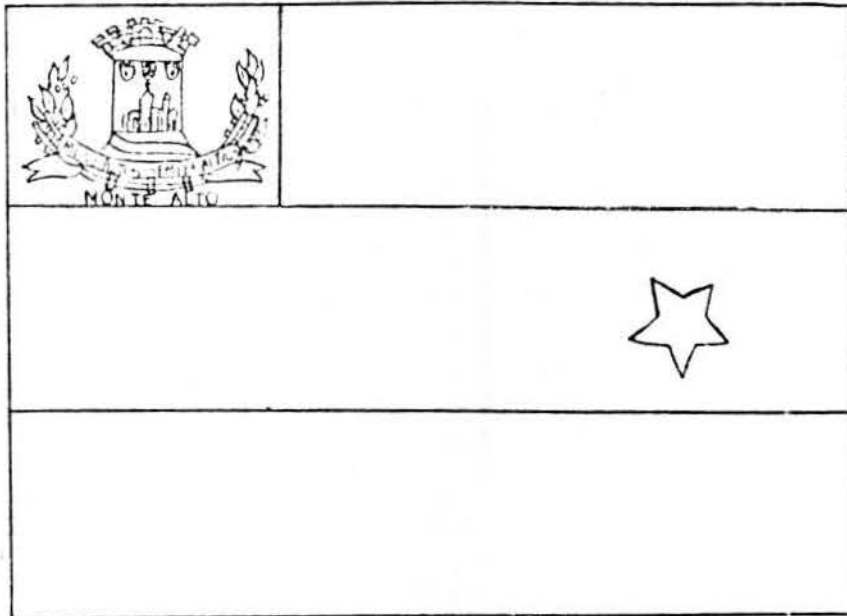
— IV —

Bis { Bendizendo as glórias do passado,
E construindo um futuro sem par.
Pois tu és meu Monte Alto amado,
Meu Brasil, meu sol, meu lar!

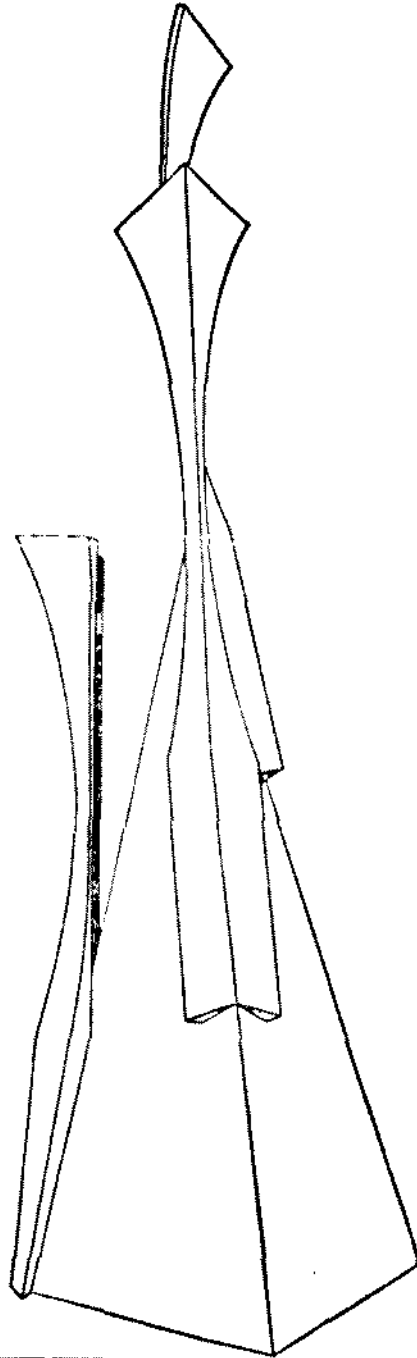


Brasão de Monte Alto

Bandeira de Monte Alto



**Símbolo do
Centenário**





Guarda Municipal de Monte Alto

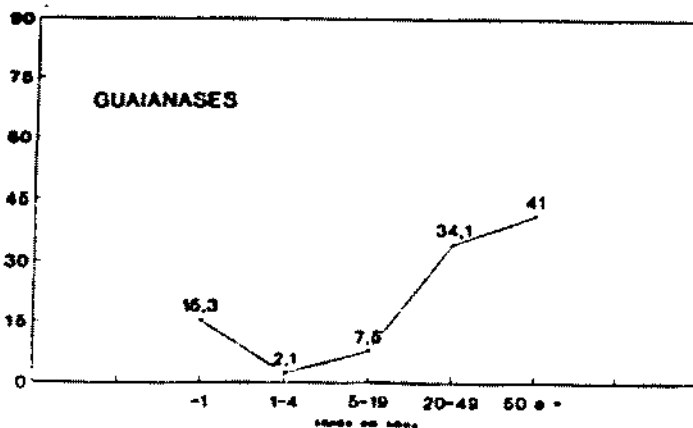
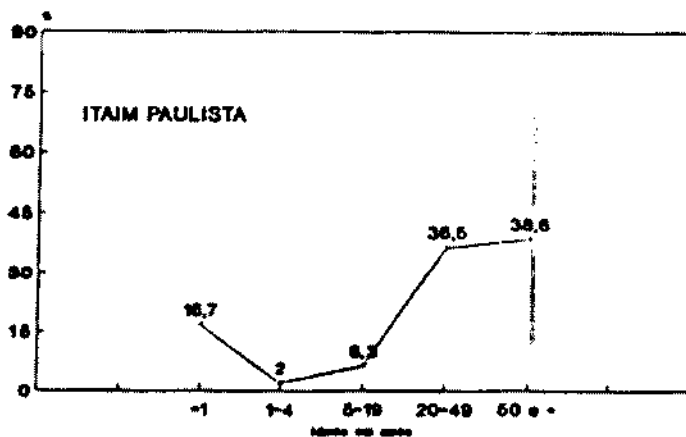
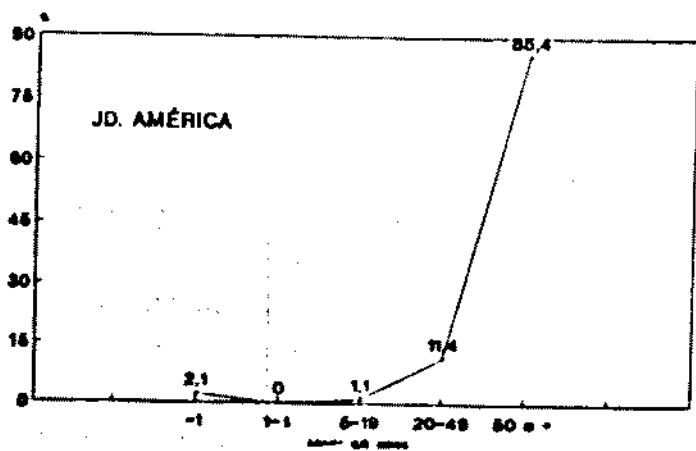
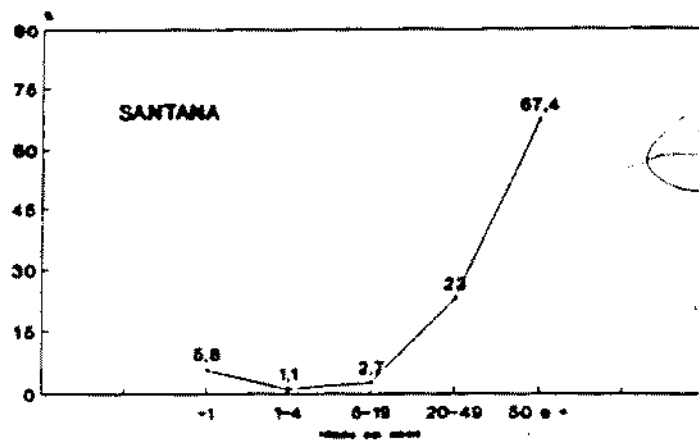
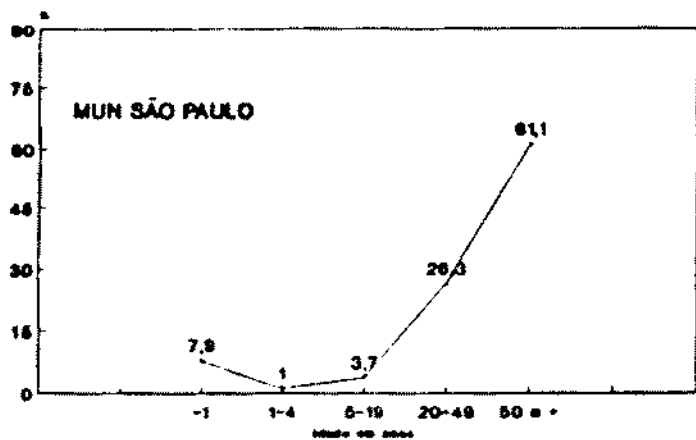
Estado de São Paulo

MONTE ALTO 01 DE NOVEMBRO DE 1.992

ESTATÍSTICA DO MÊS DE OUTUBRO

ANEXILIO PUBLICO	216
ANEXO AUTORIDADE	31
INTERVENÇÃO	03
ANEXO DE ÓBITO	01
PREV/ ESCOLAR	09
IMPACIENCIA PARTICIPÁRIA	01
PREVENSÃO DE IRREGULAR	05
PREVENSÃO DE MATERIALS ;;;	02
PREVENSÃO DE VALORES	09
PREVENSÃO DE INTELIGENCIA	06
PREVENSÃO DE TRÁFICO	01
PREVENSÃO DE FURTO ENCONTRADO	01
PREVENSÃO SIMPLES	03
PREVENSÃO CORPORAL C/ AMEAÇA	02
PREVENSÃO ESTUPRO	01
PREVENSÃO DE ANIMAIS	03
PREVENSÃO DE EMBRIAGUÊS	08
PREVENSÃO DE VANDALISMO	01
PREVENSÃO DE AGRESSÃO MÚTUA ;	01
PREVENSÃO DE PRESO	01
PREVENSÃO DE FURTO DE ENTORPECENTE C/ LESÃO CORPORAL	01
PREVENSÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	02
PREVENSÃO DE ANEXO A POLICIA MILITAR	03
PREVENSÃO DE ATRASAMENTO ESPECIALIZADO	01
PREVENSÃO DE AMEAÇA	03
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	318
TOTAL DE PATRULHAMENTO PREVENTIVO VTR 07	280
TOTAL DE PATRULHAMENTO PREVENTIVO VTR 01	149
TOTAL DE HRS. BOMBADEIOS VTR 07	7.800
TOTAL DE HRS. BOMBADEIOS VTR 01	5.312

GRÁFICO 4
Curva de Mortalidade Proporcional em Alguns Subdistritos de Paz do Município de São Paulo - 1991



Características do Sistema de Abastecimento de água 88/89.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS
 00101 MUNICÍPIO MONTE ALTO
 LANÇAMENTO BÁSICO ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA 88-89
 FONTE: SABESP, SEADE

SISTEMA SIS-S M



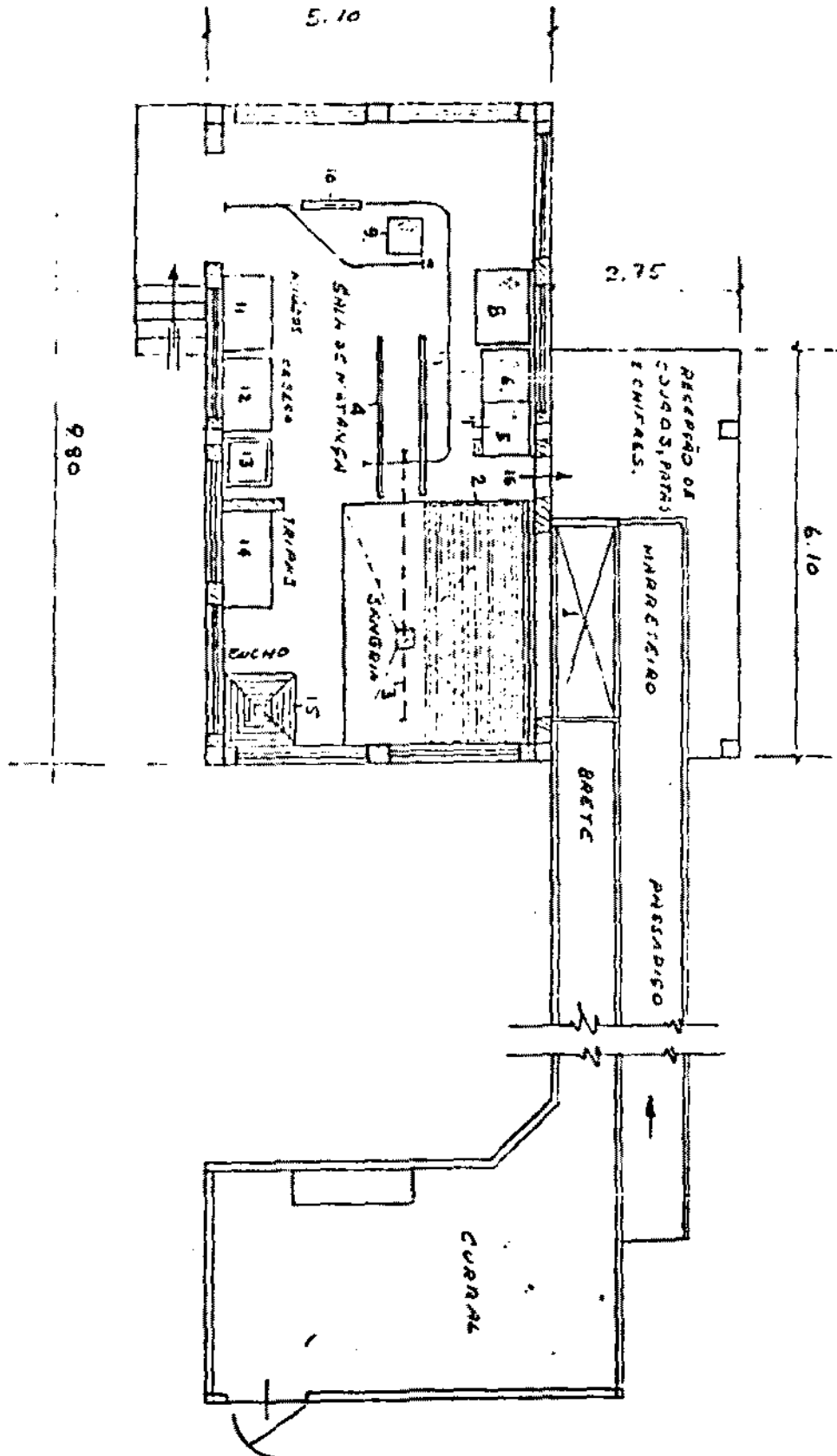
Av. Côrrea Lisboa 4
 Tel: 229 2433
 01033 São Paulo S

	1988	1989
MANANCIAIS UTILIZADOS		
RIO OU RIBEIRÃO	-	-
LAGO OU LAGOA	-	-
ACUDE OU REPRESA	-	-
POCO RASO OU PROFUNDO	SIM	SIM
MINA OU FONTE	SIM	SIM
POCO ARTESIANO	-	-
OUTROS	-	-
VOLUME MÉDIO MENSAL PROD (1000M ³)	250	256
SUPERFICIAL	-	-
SUBTERRÂNEA	250	256
CAPACIDADE DE RESERVAÇÃO	1360	1360
EXTENSÃO DA REDE	74	75
TÍPOS DE TRATAMENTO		
FLOCULAÇÃO	-	-
DESINFECÇÃO-CLORACÃO	SIM	SIM
DECANTAÇÃO	-	-
FLUORETAÇÃO	SIM	SIM
FILTRAÇÃO	-	ACAO
NÚMERO DE ECONOMIAS(1)	9137	9867
RESIDENCIAL	8222	8915
COMERCIAL E PÚBLICA	865	904
INDUSTRIAL	50	48
NÚMERO DE LIGAÇÕES(2)	8710	9357
RESIDENCIAIS	7801	8427
C/ HIDROMETRO	7417	8057
COMERCIAIS E PÚBLICOS	859	882
C/ HIDROMETRO	815	843
INDUSTRIAIS	50	48
C/ HIDROMETRO	49	47
1) POR ECONOMIA ENTENDE-SE A UNIDADE: CASA, APARTAMENTO, LOJA ETC - REGISTRADA COMO USUÁRIA.		
2) POR LIGAÇÃO ENTENDE-SE A UNIDADE OU CONJUNTO DE UNIDADES: PREDIOS DE APARTAMENTOS, PREDIO COMERCIAL, ETC - REGISTRADA COMO USUÁRIA		
NOTA: DADOS PRELIMINARES.		
SITUAÇÃO EM FINAL DE EXERCÍCIO		

DADOS PRELIMINARES

Anexo 08

Planta de um Matadouro de pequeno porte.



E



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUCEN

BOLETIM DE PESQUISA DE Aedes aegypti

FOLHA _____

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS

LEVANTAMENTO DE PONTOS ESTRATÉGICOS

ARMADILHA

SR.:

MUNICÍPIO..... Nº..... CIDADE.....

MÊS..... ANO.....

ENDEREÇO		Tipo de Imóvel	No de Cadastro ou Quadra	Pesqui- zados	RECIPIENTES								No de(s) Amostra(s)	RESULTADO PESQUISA DE CAMPO						
RUA	No				COM AMOSTRA									L A R V A S						
					No	T I P O								NÚMERO		I D E N T I F I C A Ç Ã O				
		1	2	3		4	5	6	7	8	Total	Exam.	Aedes Aegypti	Aedes albopictus	Aedes sp	Culex sp	Salv. thal	Outros		
T O T A L																				

- TIPO DE IMÓVEL:**
- | | | | |
|--|---|--|------------------------|
| 1 - Borracharia, depósito de Pneus, recauchutadores | 6 - Estação ferroviária | 12 - Depósitos bebidas e garrafas | 18 - Outros |
| 2 - Posto de gasolina, troca de óleo | 7 - Aeroporto | 13 - Ferro velho, oficina de desmanche | 0 - Amostra de Revisão |
| 3 - Oficina mecânica | 8 - Entrepósitos, silos e armazém | 14 - Terreno baldio | |
| 4 - Garagem de carros, ônibus, caminhões (transportadores) | 9 - Construção em geral e contrato de obras | 15 - Cemitério | |
| 5 - Estação Rodoviária | 10 - Loja e depósitos de mat. de construção | 16 - Residência | |
| | 11 - Depósito e contêiner | 17 - Indústria | |

Data...../...../.....

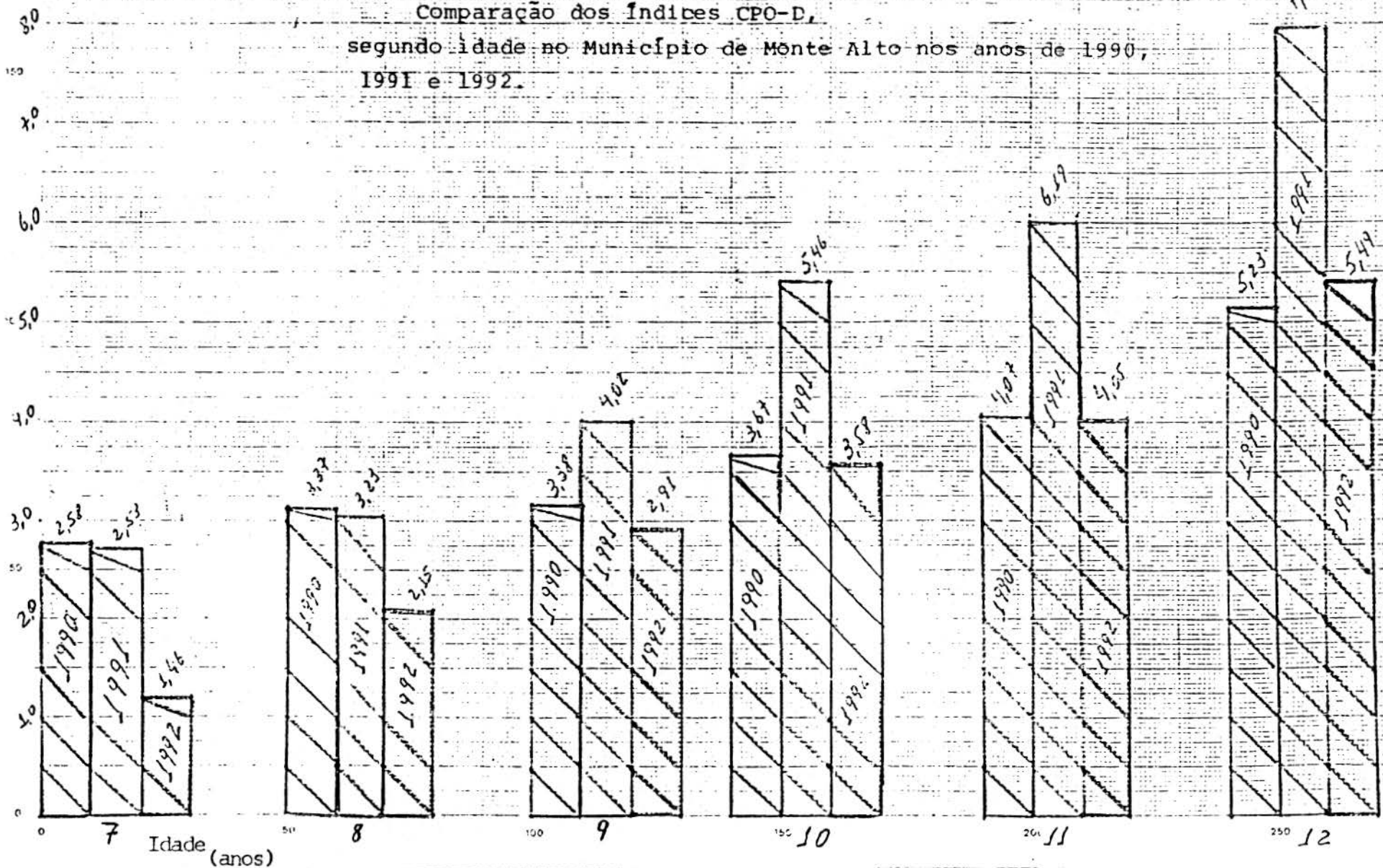
Nome..... Chave.....

Anexo 09

Índice

CPO-D

Comparação dos Índices CPO-D,
segundo idade no Município de Monte Alto nos anos de 1990,
1991 e 1992.



Fonte: Departamento de Saúde Bucal do Município de Monte Alto.

Cont.

Ficha Obstétrica

11 - EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

DATA	SEM	PE	P. B.	F. DE M. A.	DIÁMETRO	AL. T. DE M. A.	DI. F. UTERO	APRE. DO M. A. U.	DIÁMETRO U. T. I.
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									

ASSINATURA									
DATA	SEM	PE	P. B.	F. DE M. A.	DIÁMETRO	AL. T. DE M. A.	DI. F. UTERO	APRE. DO M. A. U.	DIÁMETRO U. T. I.
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
INTELCOMUNICAÇÃO									
ASSINATURA									
12 - VACINAÇÃO ANTI TETÂNICA									
1ª DOSE _____ 2ª DOSE _____ REFORÇO _____									
13 - TRABALHO DE GRUPO									
TEMPO _____								DATA <u> / / </u>	
TEMPO _____								DATA <u> / / </u>	
TEMPO _____								DATA <u> / / </u>	
14 - PUERPERIO									
PARTO <input type="checkbox"/> FENCIPS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CEBARA <input type="checkbox"/>									
GONORRÉIA DO PULCRIM <input type="checkbox"/> APDII _____ PESO _____ ALTURA _____ GIDRUO AO NASC. _____									
EVOLUÇÃO DO PULCRIM									

PLANILHA MENSAL DE CONTRAÇÃO

SUB R 50

UNIDADE: _____

MÊS: _____

ANO: _____

MUNICÍPIO: _____

GRUPO MÉTODOS	EPÍCRIO	15 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 34 anos	35 e + anos
		PILULA				
CONDOM						
NATURAL						
DIU						
DIAPHRÁGMA						
COTO INTERRUPTO						
ENCAMINHADA P/ LAQUEATURA						
ENCAMINHADO P/ VASECTOMIA						
GELIA ESPERMICIDA						
OUTROS (especif):						
TOTAL						

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/____

PROJETO DE 0 À 2 ANOS

É o trabalho de uma equipe de profissionais que volta a sua atenção ao atendimento de criança de 0 à 2 anos de idade.

Antes do Nascimento

- Não deixe de fazer o Pré Natal e também Curso para Gestantes.

Nascimento

- Faça questão de ter seu filho em um hospita com a presença de um obstetra e pediatra.

Depois do Nascimento

- Exija que sejam feitos testes preventivos em seu bebê, do tipo APGAR E TESTE DO PÉZINHO.

Este projeto, tem como finalidade, promover a saúde física e mental, desde o início da vida, detectando possíveis atrasos no desenvolvimento global da criança, acompanhando-a sistematicamente com orientações e intervenções quando o seu desenvolvimento não ocorre dentro da normalidade.

Promoção: Depto. de Assistência e Promoção Social.

Cartão de Saúde da Criança



- Mãe
- Leve este cartão toda vez que for a um serviço de saúde
 - Alimente seu filho
 - Acompanhe o seu crescimento e desenvolvimento
 - Vacine-o nas datas certas
 - Venha ao Centro de Saúde nos dias marcados e sempre que ele ficar doente

Não há, no mundo, nada mais importante que uma criança

Data de nascimento	Sexo		Etnia		Religião	
	M	F	B	N	C	O
Nome da mãe	Nome do pai		Endereço		Cidade	
Data de nascimento	Sexo		Etnia		Religião	
	M	F	B	N	C	O
Nome da mãe	Nome do pai		Endereço		Cidade	



Secretaria de Estado de Saúde

Cartão de Saúde da Criança

Unidade de Saúde

F

C. S. II de Monte Açu

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

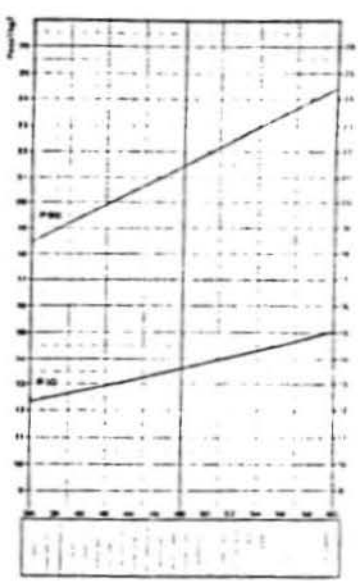
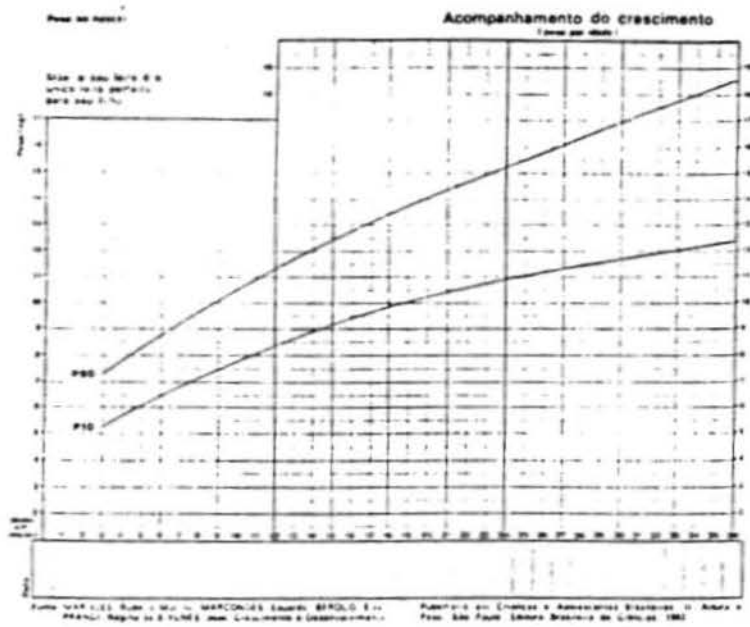
Estado: _____

Profissão: _____

Religião: _____

Etnia: _____

Outros dados: _____



Compare pelo gráfico o peso do seu filho. Se ele não estiver ganhando peso (comprimento) de acordo com as curvas (P50, P10) procure o Centro de Saúde.

Observe o desenvolvimento do seu filho. Pergunte no Centro de Saúde como fazer para estimular ainda mais o seu desenvolvimento.



Federação das APAEs

Nº REGISTRO

Entrevistador

Data

DADOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

C. P. D.

Nome Sexo

Endereço

Bairro Telefone

CEP Cidade UF

Natural de UF Data Nasc

Nome do Pai

Nome da Mãe

ESTADO CIVIL : Casado Solteiro Viuvo Outros:

RESIDENCIA Casa/Apto Barraco Paga Aluguel?

ESCOLARIDADE: Criança (0 - 6 anos): Houve atrasos no desenvolvimento?
Analfabeto 1.º Grau 2.º Grau Ensino Especial Superior

Serie Completo? Problemas de Aprendizagem?

Quer fazer Curso Profissionalizante?

TRABALHA? (SE SIM) Profissão

(SE NÃO), Quer Trabalhar?


Por que?

INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA

C. P. D.

Tipo de Deficiência Física Mental Visual Auditiva Múltipla
 1- 2- 3- 4- 5-

Descrever a Deficiência

Quando adquiriu a Deficiência 

Qual o mecanismo que criou a Deficiência? Doença Acidente Arma De Nasc.
 1- 2- 3- 4-

Outro \rightarrow Qual?
 5- _____

Reabilitação/Habilitação? (SE SIM): Onde? Completo Incompleta
 S N _____

Por que?

ALIMENTAÇÃO			SAÚDE:		
Boa	Regular	Ruim	Boa	Regular (neces de cuidados)	Ruim (neces trat. urgente)
1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	1- <input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>

OUTRAS INFORMAÇÕES

N.º de Deficientes na Família Renda Familiar 1 Salário 2 Salários 3 Salários +3 Salários
 _____ _____ 1- 2- 3- 4-

Previdência: Dependente Pensionista Aposentado Contribuinte Não tem Previd.
 _____ 1- 2- 3- 4- 5-

Comentários do Entrevistador:

Anexo 18

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	SAUS #	US
	Nº DE MAT	COD US

1 Nome	
2 Endereço	
3 Bairro	4 Dist/Subdist
5 Município	6 Estado
7 CEP	8 Data do Nascimento
9 Idade <input type="text"/> anos	

ANAMNESE	
10 Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	11 Exame Preventivo anterior <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12 Hemorragia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	13 Início da Atividade Sexual aos <input type="text"/> anos
14 Laceração vaginal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	15 Menopausa aos <input type="text"/> anos
16 Coarctação nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	17 Colo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico
18 Data da Última Menstruação <input type="text"/>	
19 Mama <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológica	
20 Observações	
21 Nome (LEGÍVEL) do Responsável pela Coleta do Material	
22 Data da coleta <input type="text"/>	

C. Categoria	USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO	CPM - FAE
Nome do Laboratório		
23. RESULTADO DO EXAME CITOLÓGICO		
23 A - DIAGNÓSTICO 100 <input type="checkbox"/> Material Inadequado 113 <input type="checkbox"/> Citologia Normal 126 <input type="checkbox"/> Citologia Inflamatória 139 <input type="checkbox"/> Esfoliação Leve (NIC I) 152 <input type="checkbox"/> Displasia Moderada (NIC II) 165 <input type="checkbox"/> Displasia Acentuada (NIC III) 178 <input type="checkbox"/> Ca Epid. "in situ" (NIC III) 191 <input type="checkbox"/> Ca Epid. Invasor 204 <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma 217 <input type="checkbox"/> Anóplas Nucleares Inconclusivas	101 <input type="checkbox"/> Papiloma Verru 114 <input type="checkbox"/> Herpes Virus 127 <input type="checkbox"/> Presença de Hemácias 141 <input type="checkbox"/> Quadro Atrofico 153 <input type="checkbox"/> Metaplasia 166 <input type="checkbox"/> Alto Efeito Estrogênico (Incompatível com dados clínicos)	23 B - OUTROS ACHADOS 179 <input type="checkbox"/> B. Gardner 192 <input type="checkbox"/> Flora Mista 205 <input type="checkbox"/> Flora Colônica 218 <input type="checkbox"/> Hemofilia Vaginal 231 <input type="checkbox"/> Leptotrix Vaginal 244 <input type="checkbox"/> Trichomonas Vaginalis 257 <input type="checkbox"/> Candida Sp 270 <input type="checkbox"/> Chlamydia 283 <input type="checkbox"/> Actinomicetes 296 <input type="checkbox"/> Outros
24 OBSERVAÇÕES		
25 Entrada	26 Saída	
27 Citotécnico		
28 Citopatologista		

EXAME PARA O LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICASANGUE

01- Acido Úrico	<u>URINA</u>
02- Amilase	
03- ASO	C1- Cultura e antibiograma
04- Bilirrubina	C2- Urina I
05- Glicose	
06- Hb	<u>FEZES</u>
07- Hct	
08- Hemo	
09- Colesterol	C1- Parasitológico - crianças
10- Sedimento citato e inscrito	C2- Cultura
11- Sedimento de pâncreas	
12- Sedimento de retículo endoplasmático	
13- Creatinina	
14- Fator anti Aulies	
15- Ferro sérico	
16- Fosfatase ácida	
17- Fosfatase ácida prostática	
18- Fosfatase alcalina	
19- Fósforo	
20- Glicemia	
21- Hematúria	
22- Hemograma	
23- Latex	
24- Mucoproteínas	
25- Paul Bunnell	
26- Pesquisa de células LE	
27- Potássio	
28- Proteína C Reativa	
29- Proteínas Totais e Frações	
30- Prova de falção	
31- Serologia para Toxoplasmose IgG e IgM	
32- Sódio	
33- TGO	
34- TGP	
35- Tempo de protrombina	
36- Triglicérides	
37- Uréia	
38- VDR	
39- VHS	

EXAME PARA O LABORATÓRIO DE PARASITÓLOGIASANGUE

01- ABC-Tipo RH - 2 dias	C25- Urina de negativo - 7 dias
02- Antígeno australiano - 30 dias (Ribeirão Preto)	
03- Mucosa Ictérica - 10 dias (Ribeirão Preto)	
04- VDRL (gestante) - 4 dias (negativo) 10 dias (positivo)	
05- Hematúria (Gestante)	

URINA

01- Glicosúria - Prossinúria - 10 dias
02- Pesquisa de BK na urina - 3 dias
03- Urina I (gestante) - 2 dias

FEZES

01- Parasitológico adulto - 2 dias

ESCALDO

01- Cultura e antibiograma - 50 dias (Ribeirão Preto)
02- Paracoccidídeos Brasileiros - 30 dias (Ribeirão Preto)
03- Pesquisa de BK - 3 dias

Cartão de anamnese do usuário



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MUNICIPAL
SUDS-SP

I - IDENTIFICAÇÃO

N.º de Matrícula _____ data de matrícula ____/____/____
 Nome: _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Sexo Cur
 Estado Civil: _____
 Nacionalidade: _____ Procedência: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____
 Residência atual _____ N.º _____
 Bairro _____
 Pontos de referência para residência: _____

II - ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

1 - GESTAÇÃO: Pré Natal não sim
 desde quando _____ N.º de acompanhamentos
 Doenças infecciosas Outras _____
 2 - CONDIÇÕES DO PARTO: a termo sim não
 Hospitalar Domiciliar
 Normal cesáreo fórceps
 3 - CONDIÇÕES DO RECÉM NASCIDO:
 peso ao nascer _____ altura ao nascer _____
 4 - ALIMENTAÇÃO: aleitamento natural exclusivo:
 sim até que idade _____ não por que _____
 alimentação atual natural artificial
 tipo de leite _____ diluição _____
 n.º de vezes por dia _____ quantidade por vez _____
 suco papa frutas papa bolardeas
 grama CARNES: não sim

PARA ENFERMEIROS E ANOS DE MADR

III - ANTECEDENTES MÓRRITOS PESSOAIS:

difteria tétano coqueluche
 poliomielite varíola tuberculose
 sífilis esquistossomose hanseníase
 rubéola desidratação convulsão
 acidentes operações manifestações alérgicas
 outros: _____

PARA TODOS OS PACIENTES

IV - HÁBITOS

Alcoolismo
 Tabagismo: Uso de drogas:

V - ANTECEDENTES MÓRRITOS FAMILIARES: (pais, irmãos, cônjuge e filhos)

tuberculose hanseníase diabetes
 alcoolismo convulsões
 sífilis

Recomendações úteis para o seu tratamento.

1. Evite refeições pesadas e gordurosas (como feijão, milho, farinha, torradas, etc.)



2. Procure alimentar-se devagar, mastigando bem o alimento.



3. Evite frituras em geral, como pastéis, fife e frituras de outros tipos.



4. Alimentos muito condimentados (como pimenta, alguns legumes como pimentão e berinjela, etc.) e álcool (desta ordem) irritam o estômago e podem agravar a gastrite. Evite-os.



5. Não tome leite em excesso (no máximo um copo na refeição matinal).



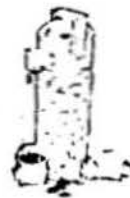
6. Faça 3 refeições diárias obedecendo os horários certos para o desenvolvimento e a saúde.



7. Se o intervalo entre o almoço e o jantar ultrapassa habitualmente 6 horas, faça um lanche no meio da tarde.



8. O cafezinho também é estimulante ácido. Evite-o principalmente de estômago vazio. Caso não seja possível, tome "pingado" com leite ou procure tomar café apenas após as refeições.



9. O fumo dificulta a cicatrização da úlcera. Deixar de fumar é o ideal, mas reduzir o número de cigarros diários ajuda.



10. Procure não dormir de "estômago pesado" e evite ingerir alimentos no meio da noite.



11. Os refrigerantes de qualquer espécie estimulam a formação de ácido no estômago e portanto são inadequados.



12. Bebidas alcoólicas (principalmente a cerveja, o vinho e a cachaça, etc.) são estimulantes ácidos e portanto devem ser evitadas. Em ocasiões especiais, de preferência a uma dose de "whisky" ou até de "vodka" diluídos com gelo. Nunca beba de estômago vazio.



13. Não tome aspirinas, antigripais e comprimidos para dor em geral, pois podem provocar irritação da mucosa do estômago, dor e até hemorragia.

Com as medidas acima, você estará ajudando no sucesso do seu próprio tratamento. Procure adotá-las.

Siga sempre as orientações do seu médico.

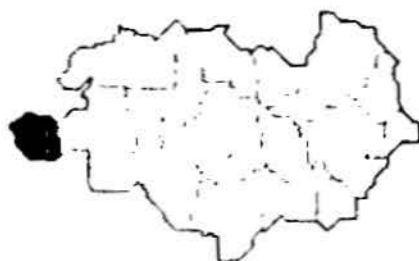
GRUPO ETÁRIO
TIPO

PROCEDIMENTOS	PRONTO ATENDIMENTO(26)					PRIMEIRA CONSULTA(39)					RETORNO(52)				
	(04) 10 a 14	(05) 15 a 19	(06) 20 a 49	(07) 50 a 59	(08) 60 e +	(04) 10 a 14	(05) 15 a 19	(06) 20 a 49	(07) 50 a 59	(08) 60 e +	(04) 10 a 14	(05) 15 a 19	(06) 20 a 49	(07) 50 a 59	(08) 60 e +
CONSULTA (I) (001)															
CONSULTA (II) (002)															
CONSULTA (IV) (004)															
NECOLOGIA (13)															
SAÚDE DA MULHER PRÉ-NATAL PUERPÉRIO (55)															
PLANEJAMENTO FAMILIAR (56)															
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM (154)															
1º ATENDIMENTO NO ANO (091)															
D.S.T. (062)															

Anexo 25

IDADE TIPO PROCEDIMENTOS	PRONTO ATENDIMENTO(26)				PRIMEIRA CONSULTA(39)				RETORNO(39)			
	(05)	(06)	(07)	(08)	(05)	(06)	(07)	(08)	(05)	(06)	(07)	(08)
	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +	15 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +
CONSULTA I (001)												
CONSULTA II (002)												
CONSULTA III (003)												
HIPERTENSÃO (31)												
DIABETE (32)												
DIABETE + HIPERTENSÃO (33)												
D.S.T. (62)												
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM												
1º ATENDIMENTO NO ANO												

Projeção da População Residente



- Ano de Emancipação: 1893
- Superfície: 311 Km²
- Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População (1970/1960): 3,79%
- Índice de Urbanização (1980): 81,81%
- Densidade Demográfica: 100,39 hab./Km²
- Taxa Geométrica Estimada de Crescimento Anual da População (1980/1970): 3,30%



Monte Alto

Tabela 1
Projeção da População Residente por Sexo e Idade
1965-90

Grupos de Idade	Anos											
	1965		1966		1967		1968		1969		1970	
	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras
Total	19.640	18.464	19.408	18.443	20.267	19.227	20.827	19.831	21.477	20.463	22.153	21.127
Sexo da 1	490	475	466	460	467	462	465	463	464	465	462	466
1 - 4	1.420	1.405	1.415	1.410	1.410	1.413	1.404	1.419	1.419	1.424	1.424	1.425
5 - 9	1.857	1.718	2.052	1.867	2.152	1.889	2.257	1.974	2.367	2.044	2.482	2.158
10 - 14	2.013	1.870	2.053	1.904	2.127	1.981	2.264	2.061	2.355	2.144	2.445	2.231
15 - 19	1.855	1.814	1.881	1.845	1.908	1.874	1.935	1.904	1.963	1.924	1.991	1.945
20 - 24	1.863	1.748	1.843	1.809	1.843	1.820	1.868	1.821	1.868	1.847	1.862	1.853
25 - 29	1.828	1.563	1.892	1.602	1.938	1.647	1.794	1.683	2.035	1.723	2.114	1.748
30 - 34	1.424	1.381	1.549	1.450	1.628	1.523	1.712	1.599	1.799	1.679	1.891	1.743
35 - 39	1.114	1.131	1.144	1.185	1.218	1.242	1.273	1.302	1.320	1.364	1.390	1.430
40 - 49	1.857	1.805	1.920	1.870	1.984	1.937	2.054	2.007	2.124	2.081	2.198	2.154
50 - 59	1.524	1.528	1.584	1.594	1.648	1.648	1.712	1.742	1.780	1.820	1.849	1.902
60 - 69	899	841	932	909	1.009	959	1.049	1.012	1.133	1.048	1.200	1.129
70 e mais	536	559	555	574	577	595	598	614	620	632	643	653

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE
Nota: a população refere-se a 1º de julho

Tabela 2
Projeção da População Residente por Sexo e Idades Escolares
1965-90

Grupos de Idade	Anos											
	1965		1966		1967		1968		1969		1970	
	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras	Homens	Mulheras
6 - 9	1.135	1.051	1.198	1.088	1.243	1.124	1.299	1.161	1.326	1.202	1.384	1.244
7 - 14	3.142	2.843	3.293	2.954	3.441	3.085	3.594	3.218	3.753	3.257	3.919	3.504
15 - 18	1.477	1.447	1.504	1.471	1.531	1.494	1.555	1.524	1.581	1.550	1.608	1.578
19 - 24	2.249	2.144	2.229	2.172	2.229	2.188	2.242	2.200	2.242	2.215	2.243	2.230

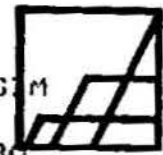
Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE
Nota: a população refere-se a 1º de julho

Abastecimento de água nos domicílios particulares permanentes, 1980.

Fonte: IBGE

PUBLICAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS
 200-1-2 DISTRITO FEDERAL
 CENSO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 ABASTECIMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES 80
 DATA: 1982

SISTEMA SIS-SIM



SEADE

Sistema
 Estadual de
 Análise de Dados

Av. ...
 ...
 ...

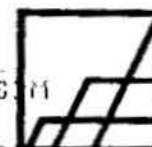
	DOMICÍLIOS
TOTAIS	6037
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	7264
SEM CANALIZ. INTERIORES	6769
SEM CANAL.	5068
SEM CANALIZ. INTERIORES	750
SEM CANAL.	51
SEM CANALIZ. INTERIORES	501
SEM CANAL.	149
SEM CANALIZ. INTERIORES	352
SEM CANAL.	19
SEM ABASTECIMENTO	0
SEM ABASTECIMENTO	0

Instalação sanitária nos domicílios particulares permanentes -

Saneamento Básico - SEADE

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS
 690202 MUNICÍPIO: MONTE ALTO
 SANEAMENTO BÁSICO: ESGOTAMENTO SANITÁRIO
 INSTALAÇÃO SANITÁRIA NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES BO
 FONTE: IBGE

SISTEMA SIS-S



SEADE

Fundação
 Sistema
 Estadual de
 Análise de Dados

Av. Lemos, 1447
 13279-905
 01031 São Paulo

	DOMICÍLIOS
ZONA URBANA	6027
TOTAL	7264
INSTAL. SANITÁRIA	
NO DO DOMICÍLIO	6390
REDE GERAL	3271
FOSSA SEPTICA	870
FOSSA RUDIMENTAR	2199
OUTRO	58
COM MAIS DE UM	523
REDE GERAL	200
FOSSA SEPTICA	7
FOSSA RUDIMENTAR	316
OUTRO	-
NÃO TEM	321
SEM DECLARAÇÃO	22

DADOS PRELIMINARES

TIM

Características do Sistema de Esgotamento Sanitário
88/89 - Município de Monte Alto

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS
200201 MUNICÍPIO MONTE ALTO
SABRAMENTO RUSTIC ESGOTAMENTO SANITARIO
CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE ESGOTAMENTO SANITARIO 88-89
FONTE: SABESP, SEADE

SISTEMA SIS-S



Av. Celso de Figueiredo
Tel: 224-2432
01213-000 - São Paulo

	1988	1989
EXTENSÃO DA REDE	47	47
TIPOS DE TRATAMENTO		
EST. TRAT. PRIMARIO	-	-
EST. TRAT. SECUNDARIO	-	-
LACOS DE ESTABILIZAÇÃO	-	-
VALO DE DESTINAÇÃO	-	-
OUTROS	-	-
CONDIÇÃO RECEPÇÃO		
ETD	SIM	SIM
LAGO DE LAMA	-	-
COLETO	-	-
OCULO	-	-
OUTROS	-	-
NUMERO DE ECONOMIAS		
RESIDENCIAL	8577	9006
COMERCIAL E PUBLICA	7728	8338
INDUSTRIAL	815	854
	34	34
NUMERO DE LIGACOES		
RESIDENCIAL	8177	8749
COMERCIAL E PUBLICA	7334	7883
INDUSTRIAL	809	832
	34	34

INDICADORES PRELIMINARES
SITUAÇÃO EM FIM DE EXERCÍCIO

DADOS PRELIMINARES

Culturas de Monte Alto, 88/89

22/11/89

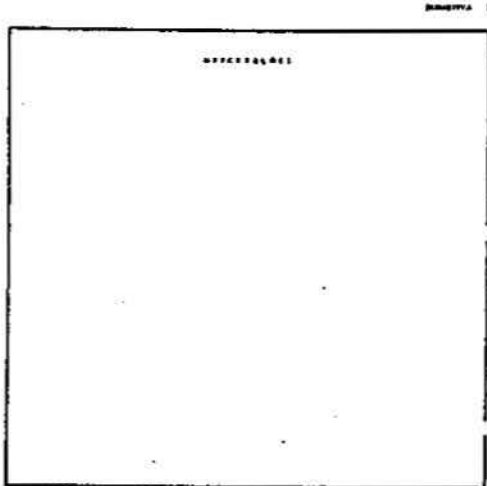
CULTURA	ÉPOCA DE PLANTIO	QUANTIDADE DE SEMENTES (kg/ha)
ALMOGADO	01 à 20.08.89	150 kg/ha
AMENDOIM DAS ÁRVORES	(SÓCIMA)	30 kg/ha
AMENDOIM DE SÓCIMA	JANUÁRIO à MARÇO	30 kg/ha
ARROZ SEMENTEIRA	(SÓCIMA)	30 kg/ha
PIREÃO DAS ÁRVORES	(SÓCIMA)	15 kg/ha
*PIREÃO DE SÓCIMA	JANUÁRIO à MARÇO	30 kg/ha
FEIJÃO DE INDIANA	ABRIL à JUNHO	25 kg/ha
MANIÓCA	(SÓCIMA)	25 kg/ha
SOJA	(SÓCIMA)	50 kg/ha
SOJA	(SÓCIMA)	50 kg/ha
SOJA DE INDIANA	ABRIL à JUNHO	25 kg/ha
MILHOMADA	ABRIL à JUNHO	1.500 kg/ha
Café	ABRIL JUNHO	150 kg/ha
**CEREA DE SEMENTE	FEV/ABRIL (100 kg/ha)	100 kg/ha
SOJA	ABRIL JUNHO	50 kg/ha
SOJA	ABRIL JUNHO	50 kg/ha
SOJA	ABRIL JUNHO	50 kg/ha
MILHOMADA 100	(SÓCIMA)	100 kg/ha
PIREÃO	ABRIL JUNHO	2.000 kg/ha
PIREÃO	ABRIL JUNHO	2.000 kg/ha
TRIBUTUM DACTYLOIDES	ABRIL JUNHO	2.500 kg/ha
TRIBUTUM DACTYLOIDES	ABRIL JUNHO	2.500 kg/ha
**CEREA	ABRIL à JUNHO	150 kg/ha

REGISTRAÇÃO
 * AGRICULTURA DE SEMENTES
 ** AGRICULTURA DE SEMENTES, O PLANTIO DAS CULTURAS (ABRIL/JUNHO)
 *** AGRICULTURA DE SEMENTES, SEMENTES QUE SÃO TAMBÉM AGRICULTURAS DE SEMENTES
 **** AGRICULTURA DE SEMENTES, SEMENTES DE PLANTIO DE VARIETAIS
 ***** SEMENTES DE SEMENTES

COISA DE SEMENTES

FEV. / 1.989.

[Handwritten signature]



COISA DE SEMENTES

COISA DE SEMENTES

COISA DE SEMENTES

SECRETARIA DE AGRICULTURA E ABASTECIMENTO DO ESTADO DE SÃO PAULO
 DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA, CRIAÇÃO DE ANIMAIS E SERVIÇOS TÉCNICOS
 PLANTAS E SEMENTES DAS RAÇAS AGRÍCOLAS
 SÃO CARLOS - 1989

SUBJETIVA - SETEMBRO DE 1992

Assinatura do Sr. [Nome]

Área de plantio em hectares: 11,100

Item	Descrição	Quantidade	Valor
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Jornal " O Imparcial " de Monte Alto, 14 de novembro de 1992, relatando a visita dos alunos da Faculdade de Saúde Pública-USP.

O SUS MUNICIPAL É RECONHECIDO POR SUA EFICIENCIA

Através do Ofício SAPR 827/92, de 26 de Outubro de 1992 a Presidente da Comissão do TCM, Eunice Aparecida Branchi Galati e o Professor Titular Presidente do CPG Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, agradeceram ao Presidente do CIMS, Dr. Armando Lépore, a receptividade encontrada em relação à acolhida de alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública '92, para a realização do "Trabalho de Campo Multiprofissional", no período de 15 a 20-11-92.

Este Curso tem o apoio do Prefeito Elias Bahdur que em sua gestão tem dado prioridade absoluta à Saúde

O grupo que estará em Monte Alto no período acima citado, atuará nas várias áreas:

Orientadora: Professora Vera Anna Hofmeister

Coordenador: aluno Daniel Sanchez

NOME	GRADUAÇÃO	AREA
— Alba Caantanhede França	C. Pol. e Soc.	C. Sociais
— Denise Fabrício	C. Pol e Soc.	C. Sociais
— Monica Thais S. Mtsukura	Fisioterapia	Educação
— Marilena do N. Ramos	Geografia	Educação
— Assucena O. Tupiassú	Biologia	Epidemiologia
— Ester F. Vargem Rodrigues	Serv. Social	Epidemiologia
— Sirlene Caminada	Enfermagem	Epidemiologia
— Graci Bitencourt de Carvalho	Odonto	Odonto
— Leo Lewcowicz	Medicina	Políticas
— Aparecida da G. G. da Silva	Enfermagem	S. M. Inf.
— Marlene Pereira Duarte	Farmácia	Vig. San.