

701

?

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

GRUPO DE EMBU



DEZEMBRO 1986

GRUPO

ALBERTO BISELLI KRONE MARTINS
ARLENE MARIA DE MELO LOPES
ARLINDO FERRONI JÚNIOR
ARNULFO AMAURY MENENDEZ CASTILLERO
ELIZABETH RODRIGUES RIBEIRO
FERNANDA LUIZA CERAGIOLI
GLAVUR ROGÉRIO MATTE
GUSTAVO RAMIRO SILVA RAMOS
HELÍOSA TORQUATO FERNANDEZ KASIMOTO
IRANI LOURENÇO CRUZ RODRIGUES
TELMO LUIZ BRUSON

ORIENTADORA

CARMEN VIEIRA DE SOUZA UNGLERT

Agradecimentos gerais

A todos funcionários da Secretaria da Promoção Social e Secretaria da Saúde do Município de Embu, que colaboraram com a realização deste trabalho, especialmente ao Dr. Saulo de Tarso C. Cardoso, Secretário da Saúde.

Agradecimentos especiais

A nossa Supervisora:

Unglert Carmem Vieira de Sousa
que nos tratou como adultos no
desenrrolar de todo trabalho.

A

Fabiola Zioni Gomes
que norteou o caminho a ser seg
uido pelo grupo no desenvolvem
ento do trabalho.

Í N D I C E

	Página
1. INTRODUÇÃO.	1
2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA	2
2.1. Histórico	2
2.2. Aspectos geográficos	3
2.3. Aspectos sócio-econômicos-culturais.	3
2.3.1. Social.	3
2.3.1.1. Serviços	3
2.3.1.2. Infra estrutura dos ser <u>vi</u> viços públicos	4
2.3.2. Econômico	6
2.3.2.1. Principais atividades <u>e</u> conômicas.	6
2.3.2.2. Indústrias	7
2.3.3. Cultural.	7
2.3.3.1. Pontos de interesse <u>tu</u> rístico - PIT.	7
2.3.3.2. Escolas.	8
3. MATERIAIS E MÉTODOS	9
3.1. Material	9
3.2. Metodologia.	9
3.2.1. Formulários empregados.	13
3.2.1.1. Óbitos menores de 1 ano.	13

3.2.1.2. Afastados por acidentes e/ou doenças do trabalho.	15
3.2.2. A entrevista	16
3.2.3. Os entrevistados	17
3.2.3.1. Óbito menores de 1 ano.	17
3.2.3.2. Afastados, acidentes e/ou doenças do trabalho.	18
4. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	19
4.1. População	19
4.2. Indicadores de saúde.	19
4.2.1. Mortalidade geral.	19
4.2.2. Indicador de Swaroop Uemura.	23
4.2.3. Indicador de Nelson de Moraes.	23
4.2.4. Mortalidade infantil	23
4.2.5. Mortalidade geral por causa.	33
4.2.6. Mortalidade segundo causa e idade.	33
4.2.6.1. Crianças menores de 1 ano	33
4.2.6.2. Crianças de 1 a 4 anos.	33
4.2.6.3. Grupo etário de 5 a 19 anos	33
4.2.6.4. Grupo etário de 20 a 49 anos	39
4.2.6.5. Grupo etário de 50 e mais	39
4.2.7. Coeficientes de morbidade	39
4.3. Descrição dos serviços de saúde existentes.	48
5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1. Óbitos menores de um ano	53
5.2. Acidentes do trabalho	57

	Página
5.3. Quanto às instituições.	59
5.3.1. Aspectos gerais.	59
5.3.2. Quanto aos recursos humanos.	60
5.3.3. Política de saúde.	61
5.3.4. Relacionamento instituição x instituição.	62
5.3.5. Relacionamento funcionário x população	63
6. CONSIDERAÇÕES GERAIS E CONCLUSÕES - DISCUSSÃO. . .	64
7. BIBLIOGRAFIA	68

A N E X O S

1. INTRODUÇÃO

A dificuldade em se analisar qualitativamente os serviços de saúde, deixa em aberto a discussão do estabelecimento de parâmetros confiáveis e metodologias de investigação.

A análise qualitativa complementa o dado estatístico formal e estabelece graus dos problemas, criando uma visão de prioridades, sob o ponto de vista da coletividade, aprimorando e aperfeiçoando a sensibilidade ao poder decisório.

A representatividade da amostra, neste caso, foi importante na criação de parâmetros válidos que seriam inferidas na população em geral, porém esta não assumiu aspecto tão fundamental como na metodologia estatística.

Aproveitando o conhecimento em diferentes áreas, dominado por profissionais de várias especialidades, procurou-se atingir este objetivo através do consenso.

Na conclusão dos cursos de especialização da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cumpriu-se através deste trabalho multiprofissional, a realização de uma pesquisa no município de Embu, que visa conhecer a realidade das pessoas entrevistadas e suas visões do sistema de saúde.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

2.1. Histórico

No final do século XVI, juntamente com outras aldeias, o Embu surgiu com a função de ser um posto avançado de proteção à São Paulo. Fundada em 18.07.1554, pertencia à Comarca de Itapecirica da Serra, foi emancipada em 18.02.1959.

O primeiro nome da cidade foi M'BOY, que passou por várias transformações até finalmente chegar a Boi Mirim. Hoje é chamada de Embu, que para Antonio Monteja, é uma corruptela de M'BOY, e se aplica à agrupamento de montes, coisas juntas, apinhadas; exatamente o aspecto físico da região que deu o nome da aldeia.

Em 1969, iniciou-se no Embu um movimento de valorização da arte popular brasileira, reunindo centenas de profissionais de grande talento. A partir daí, a cidade passou a ser chamada 'Terra das Artes' e mais tarde também 'Capital da Ecologia.'

Atualmente uma estância turística, sua população é composta, numa grande maioria, por migrantes da zona rural de outros estados; possui uma grande mão de obra não especializada, de baixa renda. Além das favelas que proliferam rapidamente por todo município, ocupando principalmente terrenos públicos e abrangendo em torno de 20% da população total do município, a maior parte dos habitantes do Embu vive em bairros super-povoados.

2.2. Aspectos geográficos

Superfície: 76 km²

População: 219.922 habitantes

Densidade demográfica: 2 894 hab/km²

Latitude: 23°38'49''

Longitude: 46°51'06''

Clima: Tropical Temperado de Altitude.

Temperatura média anual: 17,5°C

Limites: Norte e Oeste - Cotia

Sul - Itapecirica da Serra

Leste - São Paulo

Nordeste - Taboão da Serra

Acesso: Rodovia Régis Bittencourt - BR 116

Rodovia Raposo Tavares - Via Cotia

Rodovia Estadual Estrada de Itapecerica SP

234

Ressaca

Votorantim

Gramado

Velha de Santo Amaro

Itatiba

Pirajussara

2.3. Aspectos sócio-econômico-culturais

2.3.1. Social

2.3.1.1. Serviços

Centros de Saúde: 8, sendo um do estado (CSII)

e um municipalizado (Vista Alegre). Atende:

pediatria, ginecologia, obstetrícia, saúde men
tal, tuberculose, hanseníase e o donto (em 2
C.S.).

Pronto Socorro: 1, municipal. Possui atendimen
to odontológico em convênio com o DAE.

Ambulatórios: 2, sem fins lucrativos.

Consultórios Particulares: em torno de 11.

Hospitais: projetos em andamento para constru
ção de 2 hospitais regionais.

Atendimento odontológico em 9 escolas esta
duais, convênio com INAMPS - verba do AIS.

2,3.1.2. Infra estrutura dos serviços públicos.

Entre os benefícios públicos com os quais o Mu
nicípio é servido, destacam-se:

. Eletricidade

A comunidade é atendida pela Eletropaulo - E
letricidade de São Paulo S.A., e, segundo in
formações do escritório local, há atualmente
no Município cerca de 21.088 consumidores em
baixa tensão e 49 em alta tensão.

. Telefone

O Município é atendido pela TELESP, que pos
sui rede em grande parte da área urbanizada.

. Água

Praticamente toda a área urbanizada possui rede de abastecimento de água, que é operada pela SABESP.

. Esgoto

O sistema de esgotos sanitários existentes também é operado pela SABESP, que é responsável atualmente não só por todo Município, bem como outros municípios vizinhos.

A rede existente tem uma extensão de 5.500 m, com diâmetro de 150 mm atendendo a 765 ligações. Apesar disso, de acordo com dados fornecidos pela EMPLASA, está longe de atender as necessidades reais da comunidade.

. Ruas pavimentadas

O núcleo urbano da sede municipal está praticamente todo pavimentado. As ruas dos demais núcleos são em terra batida, com algumas ruas pavimentadas.

. Transporte

O transporte entre Embu e São Paulo é aparentemente facilitado devido à proximidade entre os dois municípios e pela rede de rodovias, a BR-116 e as rurais, com linhas de ônibus ligando o município a outros locais. Entretanto

a topografia acidentada e a grande maioria de ruas não asfaltadas, principalmente nas periferias, onde se encontra a grande massa da população; bem como o escasso número de horários nas linhas de ônibus e também pelo fato de a BR-116 ser responsável pelo escoamento para o sul do Brasil, estando esta constantemente congestionada, são fatores que em conjunto tornam o transporte extremamente moroso. Este fato é preocupante, uma vez que Embu é caracterizada como cidade dormitório e necessita de um sistema viário eficiente para deslocar este contingente de pessoas que trabalham na Grande São Paulo.

2.3.2. Econômico

2.3.2.1. As principais atividades econômicas, hoje, no

Embu, são:

Indústria de Transformação

Extrativismo Mineral

Pedreira

Engarrafamento de Água

Floricultura

Agricultura

Avicultura

Turismo

2.3.2.2. Indústria

Embu teve seu desenvolvimento industrial iniciado na década de 60, sendo que em 1959 contava apenas com 3 estabelecimentos industriais.

No período de 60 a 70 foram instaladas mais 17 indústrias. Em 74, Embu contava já com 44 indústrias.

Atualmente, segundo cadastro da Prefeitura Municipal, Embu conta com 75 indústrias.

2.3.3. Cultural

2.3.3.1. Pontos de Interesse Turístico - PIT.

P.I.T. 1 - Naturais - Fontes dos Jesuítas, Cachoeira dos Jesuítas.

P.I.T. 2 - Históricos - Museu Sacro, Museu Histórico Folclórico e Artístico.

P.I.T. 3 - Regionais - Feira de Artesanato, Feira de Artes Plásticas, Feira do Verde e Feira de Antiguidades.

P.I.T. 4 - Culturais - Cruzeiro da Paz, Atelier de Antiquários, Casa da Cultura Solano Trindade.

P.I.T. 5 - Turístico - Capela de São Lázaro, ruelas com características coloniais.

2.3.3.2. Escolas - Em torno de 32 escolas estaduais com cerca de 30.328 alunos em todos os turnos, 1º e 2º graus.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Material

Para que se atingisse objetivo, o grupo utilizou ôbitos de crianças menores de um ano ocorridos no período de dezembro de 1985 a outubro de 1986 e a listagem de pesoas afastadas do serviço por doença profissional ou acidente de trabalho que recebiam auxílio da secretaria da promoção social da prefeitura local.

3.2. Metodologia

O grupo planejou e executou todo o trabalho em conjunto, mesmo que em alguns momentos o tenha realizado em sub-grupos.

Na primeira reunião, houve um reconhecimento dos compoentes do grupo, uma vez que alguns elementos originais preferiram realizar o trabalho multiprofissional no interior de São Paulo, sendo substituídos por novos elementos e também a apresentação da supervisora da equipe.

Posteriormente, em outro encontro, esclareceu-se os objetivos e as fases que deveriam ser transpostas para que se chegasse à conclusão da tarefa. Após exaustivo debate, resolveu-se que um conhecimento prévio do município e de suas características era imprescindível para a elaboração do conteúdo das entrevistas. Para tanto distribuiu-se tarefas para sub-grupos de modo que fos

sem visitadas as seguintes instituições: IBGE, Fundação SEADE, Biblioteca da FSP e CIS.

Na reunião seguinte trocou-se dados e opiniões a respeito dos levantamentos obtidos, procurou-se visualizar um perfil do Embu, em relação a sua área geográfica, condição sócio-econômica-cultural e assistência à saúde. Concluiu-se, então, que era necessário comparar os dados levantados com a realidade local, portanto, programou-se a ida ao município em questão. Dividiu-se, através de sorteio, os componentes do grupo em 4 equipes que visitariam a Secretaria da Saúde e o Cartório do município, o INPS e a SABESP. O subgrupo que foi ao INPS (Agência Pinheiros), foi informado que deveria dirigir-se ao INPS - Agência Xavier de Toledo; porém, lá chegando foi notificado que os prontuários dos acidentes de trabalho somente seriam liberados mediante processo judicial. O sub-grupo do cartório, recolheu no livro de registro civil, 14 óbitos de crianças menores de um ano no período de janeiro a dezembro de 1985. Na Secretaria de Saúde, não se conseguiu falar com o Secretário, nem com sua assistente, mas o sub-grupo conseguiu os dados do prontuário básico do município. O mesmo sub-grupo conseguiu um mapa atualizado do município, com discriminação das ruas e em ordem alfabética e com sistema cartesiano alfa - numérico. O sub-grupo da SABESP não conseguiu localizar o engenheiro de obras e manutenção, marcando

do retorno para entrevista em outra data.

Uma vez que todos estavam de posse de novos dados, resolveu-se reagrupar as equipes para o intercâmbio e enriquecimento das informações. Achou-se conveniente marcar uma audiência com o Secretário da Saúde do município, antes da realização do estágio de campo, para esclarecimentos sobre os recursos de saúde e para pleitear transporte para o grupo durante a permanência em Embu. Discutiu-se, também, os tópicos importantes que deveriam constar nas entrevistas. Devido ao número escasso de óbitos menores de um ano registrados no cartório do Embu, decorrente da ausência de assistência secundária e terciária no município, resolveu-se fazer um novo levantamento no cartório de Registro Civil de Taboão da Serra, no período de janeiro a dezembro de 1985, de crianças residentes no Embu que obituaram naquela região.

Na semana anterior à visita de campo, o grupo reuniu-se, diariamente, para discutir o planejamento do trabalho multiprofissional:

- começou-se a escrever o relatório, discriminando-se os tópicos que deveriam constar do índice;
- ida ao INPS, Agência de Santo Amaro, para levantar os casos de afastamento ou aposentadoria por acidente no trabalho. O grupo recebeu orientação, da comissão de trabalho multiprofissional, para procurar

- o Dr. Otani, que facilitaria o acesso aos arquivos. Porém, o sub-grupo, quando tentou o acesso ao res
ponsável, este não foi facilitado e novamente não foi possível o levantamento desses dados;
- discussão a respeito do tipo de entrevista que de
veria ser aplicado aos respectivos casos e início da formulação das questões. Inicialmente, pensou-se em fazer um formulário de poucas questões fecha
das e outras abertas, conseguindo-se um total de 42 para ô
bitos menores de um ano e 3 para aci
dentes ou doenças do trabalho;
 - conversa com a Profa. Fabíola que nos orientou a respei
to do conteúdo a ser pesquisado durante as entre
vistas, o que gerou uma mudança radical no estilo das questões a serem empregadas. Esclareceu-se, tam
bém, que não haveria necessidade de se aplicar um pré-teste, o que já estava programado para essa se
mana;
 - recebeu-se a orientação, a partir da supervisora ao grupo, que os ô
bitos deveriam ser levantados no pe
ríodo de dezembro de 1985 a outubro de 1986, e não como já havia sido feito, janeiro a dezembro de 1985, por isso programou-se nova visita ao Cartô
rio e ao cemitério do Embu. Aproveitando a nossa ida ao município, um sub-grupo entrevistou o Secre
tário da Saúde, audiência esta que havia sido mar

cada com antecedência. Nesta oportunidade foi confirmada a liberação de um carro para o transporte na região;

- procedeu-se ao sorteio das duplas de entrevistas e locais a serem cobertos por cada sub-grupo e decidiu-se que empregar-se-ia gravadores, quando possível;
- foi consenso geral que um dos membros da equipe atuaria como coordenador, responsável pela organização e orientação dos sub-grupos e dos materiais por eles empregados e entregues. Esta coordenadora também localizaria os endereços, a serem visitados, no mapa alfa-cartesiano, anteriormente adquirido na Prefeitura do Embu;
- iniciou-se a redação dos ítems independentes das entrevistas a serem realizadas;
- procedeu-se a elaboração do cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante a semana do estágio multiprofissional.

3.2.1. Formulários empregados

3.2.1.1. Óbitos menores de um ano

Este formulário era composto de 3 partes: identificação, caracterização do ôbito e observações dos entrevistadores sobre condições de mo

radia (higiene, limpeza...)

Dentro da identificação havia 8 itens: nome da criança, sexo, data do nascimento e falecimento, filiação, endereço residencial, nome e grau de parentesco do entrevistado.

A caracterização do óbito era subdividido em 5 questões abertas:

1. Fale sobre gravidez, partos e abortos anteriores;

Com esta questão esperava-se traçar um quadro da mãe e suas experiências com as instituições de atendimento de saúde, como acompanhamento de pré-natal, condições do parto, etc.

2. Fale sobre a gravidez da criança que morreu.

Visava-se, nesta questão, formar um quadro do acompanhamento médico, assistencial, educacional e comportamental e ouvir-se as deficiências e/ou elogios tecidos pela mãe.

3. Fale sobre o parto.

Com esta questão pretendia-se obter dados a respeito do atendimento, recursos físicos e humanos existentes para as parturientes do município, como também, um depoimento crítico sobre as situações enfrentadas.

4. Fale sobre a criança.

Pertenceria a esta questão itens como condições neo-natal, desenvolvimento neuro-psicomotor, imunização, tipo de alimentação (materna, artificial) e assistência médica (puericultura).

5. Conte como foi a doença da criança.

Nesta pergunta esperava-se saber a opinião da mãe a respeito do aparecimento dos primeiros sintomas da doença, atitudes tomadas, instituições procuradas e opinião sobre o tratamento.

3.2.1.2. Afastados por acidentes e/ou doenças do trabalho

O formulário também era composto por três partes divididas em identificação, características do emprego e características do afastamento.

A identificação era composta pelo nome, idade, sexo, data do nascimento, filiação, endereço residencial, causa do acidente segundo o INPS e data do acidente.

Características do emprego

1. Conte como era seu emprego, local, atividade, tempo de serviço, horário, etc.

Visava-se, nesta questão, o conheci

mento da condição do trabalhador dentro de seu emprego.

2. Conte o que achava do seu emprego (transporte, horário, refeição, serviço em si, chefia).

Neste ponto, procurava-se saber o grau de satisfação do trabalhador, tempo disponível para a refeição, os horários de saída e chegada em casa, tempo perdido em locomoção, relacionamento social e hierárquico.

Características do afastamento

1. Fale sobre o afastamento

Pretendia-se saber a causa e tempo do afastamento, primeiros sinais e/ou sintomas, assistência médica, o acidente, providências da empresa, dificuldades encontradas.

2. Fale sobre o tratamento e as mudanças que o afastamento causou em sua vida.

Esperava-se formar um quadro sobre as condições sociais, econômicas, familiares e o tipo de assistência que está se recebendo.

3.2.2. A entrevista

Como havia sido decidido, empregar-se-ia gravadores para as entrevistas, portanto, os formulá

rios não foram seguidos rigidamente e optou-se por dar liberdade de fala às pessoas, porém sempre com a preocupação de se direcionar aos itens relacionados, que seriam fundamentais para o resultado desejado.

3.2.3. Os entrevistados

3.2.3.1. Óbitos menores de um ano

O grupo conseguiu em sua última ida ao Cartório e ao cemitério (Nossa Senhora do Rosário), de Embu, levantar quarenta óbitos de menores de um ano, ocorridos no período reestipulado pela comissão de trabalho multiprofissional. Desse total, a coordenadora do grupo conseguiu localizar e marcar 21 endereços no mapa, onde ficou visível dois polos de concentração: um central e outro periférico (a leste). Baseado nessa divisão, realizou-se o sorteio em que ficou decidido que 2 duplas atuariam na parte central e 3 duplas na parte periférica (local de maior número de endereços). Ficou a critério das duplas entrevistar os endereços circunvizinhos, sendo que concretizou-se 11 entrevistas, apesar de terem sido realizadas 17 visitas, diferença essa ocasionada por mudança de endereço ou inexistência de números de referências para suas localizações.

3.2.3.2. Afastados por acidentes e/ou doenças do trabalho

O trabalho do grupo foi muito prejudicado, nesta parte, pela falta de coordenação entre a comissão de trabalho multiprofissional e a diretoria do INPS, que resultou em várias idas infrutíferas à agência regional de Pinheiros. Às vésperas da ida a campo, ainda não se havia conseguido nada em termos de acidentes ou doenças de trabalho. Ficou decidido, então, que tentaria-se levantar esses casos, na 2a. feira, junto à Promoção Social da Prefeitura de Embu, que realiza um trabalho de ajuda com cesta de alimentos a pessoas necessitadas, verificando-se pessoas que estivessem recebendo auxílio-doença. Conseguiu-se 18 endereços, sendo que somente foram localizados 14 no mapa. Realizou-se 9 visitas, porém, apenas 6 realmente eram coberturas a acidentados ou doentes do trabalho. A única fonte de informações conseguida pelo grupo, não especificava o motivo pelo qual a família estava sendo amparada por esse pecúlio, o que originou visitas a pessoas com paralisia cerebral ou moléstia gastro-intestinal.

4. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

4.1. População

Segundo dados do censo de 1970 e 1980 da população na cidade de Embu, estimou-se uma taxa de crescimento anual de 18,33%, que projetando-se para o ano de 1986, daria 219.982 habitantes, e para o ano de 1990, 505.049 habitantes. Assim observa-se uma densidade demográfica de 2.894 habitantes por km² em 1986 e de 6.645 habitantes por km² em 1990.

Analisando-se as pirâmides populacionais de 1970 e 1980, conforme tabela 1 e 2 e gráficos 1 e 2, nota-se a presença de bases largas, típicas de localidades subdesenvolvidas. No censo de 1980 pode-se observar um aumento proporcional da população até 50 anos, fato este ocasionado pela crescente migração que houve naquela região, com a característica de migração familiar, tendo em vista o aumento proporcional em ambos os sexos. A explosão demográfica proporcionou a total urbanização, do município em questão.

O município de Embu é considerado cidade dormitório, pois a população residente exerce atividades produtivas em outros municípios.

4.2. Indicadores de Saúde

4.2.1. Mortalidade geral

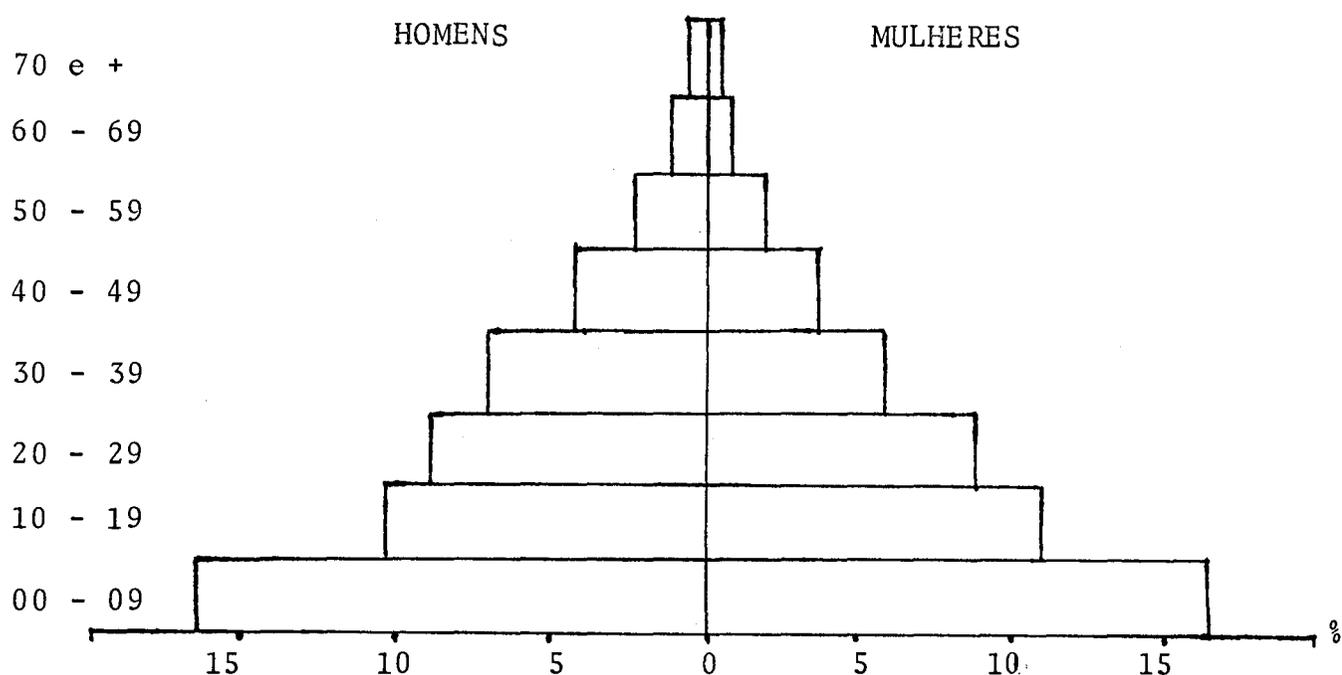
Observa-se uma tendência de declínio nos últimos 10 anos, acompanhando a redução do coeficiente de mortalidade geral da região metropolitana de São Paulo. (Tabela 3).

TABELA 1 - Número e percentagem da população de Embu por sexo e grupo etário - Ano 1970,

FAIXA ETÁRIA	SEXO	H O M E N S		M U L H E R E S	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
00 - 09		2982	16,44	2978	16,41
10 - 19		1912	10,54	1994	10,99
20 - 29		1612	8,89	1534	8,46
30 - 39		1235	6,81	1064	5,86
40 - 49		779	4,29	660	3,64
50 - 59		436	2,39	357	1,97
60 - 69		193	1,06	197	1,09
70 e mais		103	0,57	108	0,60
T O T A L		9250		8892	

FONTE: Censo Demográfico - IBGE - Ano 1970.

GRÁFICO 1 - Pirâmide Populacional de Embu em 1970



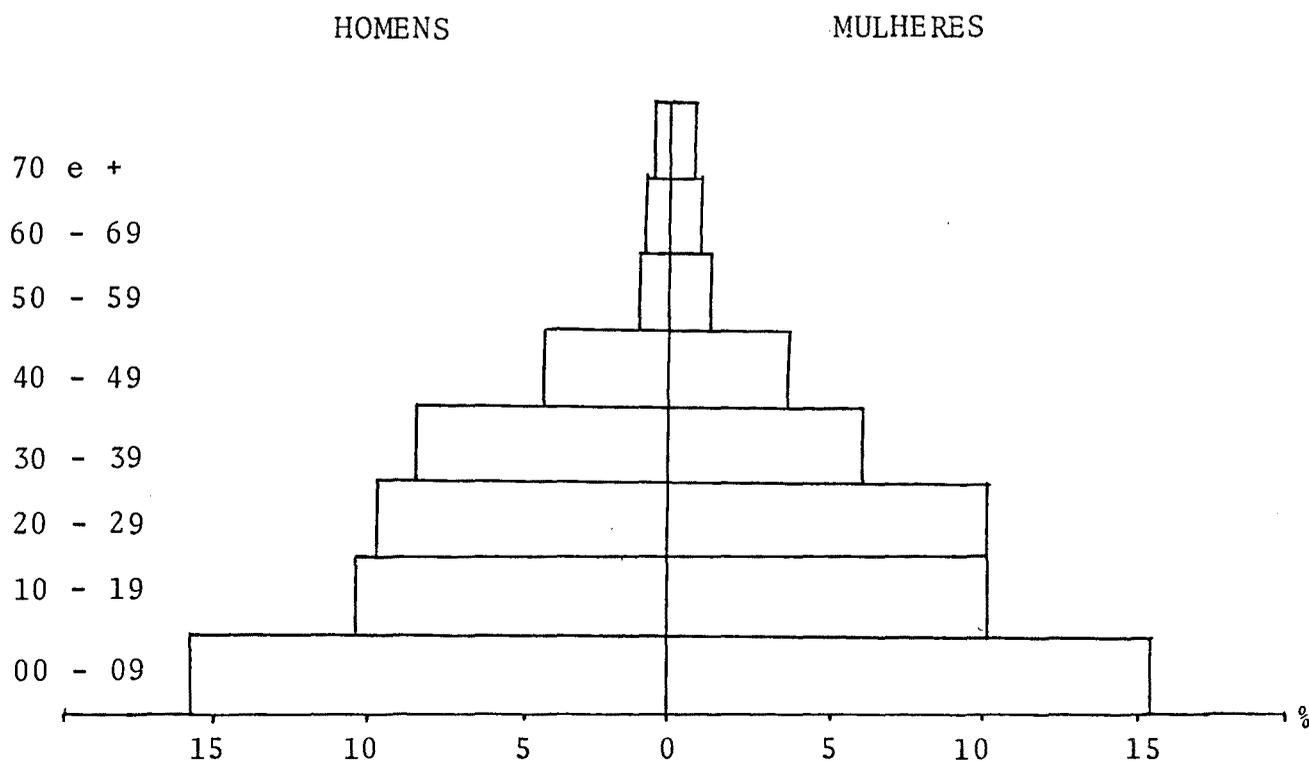
FONTE: Censo Demográfico - IBGE - Ano 1970.

TABELA 2 - Número e percentagem da população de Embu por sexo e grupo etário - Ano 1980.

FAIXA ETÁRIA \ SEXO	HOMENS		MULHERES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
00 - 09	14.700	15,81	14.433	15,52
10 - 19	9.601	10,32	9.631	10,35
20 - 29	9.133	9,82	9.532	10,25
30 - 39	7.206	7,75	6.286	6,76
40 - 49	3.536	3,80	3.145	3,38
50 - 59	1.600	1,72	1.705	1,83
60 - 69	764	0,82	915	0,98
70 e +	319	0,34	414	0,44
T O T A L	46.893		46.086	

FONTE: Censo Demográfico - IBGE - Ano 1980.

GRÁFICO 2 - Pirâmide populacional de Embu em 1980.



FONTE: Censo Demográfico - IBGE - Ano 1970.

TABELA 3 - Coeficiente de Mortalidade Geral por 1000 habitantes, RMSP e Embu, 1972 a 1983.

ANO	RMSP	MUNICÍPIO DE EMBU
1972	8,54	10,29
1973	8,84	8,99
1974	8,71	10,18
1975	8,24	10,03
1976	7,84	8,85
1977	7,10	7,75
1978	6,95	7,00
1979	6,70	6,61
1980	6,91	5,69
1981	...	5,68
1982	...	4,64
1983	6,18	4,18

FONTE: CIS/SEADE

4.2.2. Indicador de Swaroop Uemura

O indicador de Swaroop Uemura de Embu foi de 21,67% em 1975, 37,80% em 1980 e 32,39% em 1983, segundo fonte CIS/SEADE, sugerindo uma elevada mortalidade nas faixas etárias jovens.

4.2.3. Indicador de Nelson de Moraes

Comparando-se as curvas dos anos de 1975, 1980 e 1983 nota-se uma melhora do padrão de curvas, embora sendo ainda compatível com nível de saúde de baixo para regular em 1983. (Tabelas 4, 5 e 6) Gráficos 3, 4 e 5).

4.2.4. Mortalidade Infantil

Através da série histórica dos óbitos de menores de 1 ano no município de Embu, verifica-se um decréscimo na mortalidade infantil em menores de 1 ano comparável com a redução do coeficiente na região metropolitana de São Paulo, permanecendo no entanto de um modo geral ainda insatisfatório este coeficiente, mostrando as precárias condições de vida dos moradores deste município. (Tabela 7 e Gráfico 6).

Analisando-se a mesma série histórica e desmembrando-se o coeficiente em mortalidade neonatal e infantil tardia, nota-se que mantêm-se os valores do coeficiente de mortalidade neonatal e há um decréscimo da mortalidade infantil tardia, que poderia ser explicado por algumas melhorias do saneamento básico. (Tabela 7).

TABELA 4 - Número de Óbitos e Coeficientes de Mortalidade Proporcional para Embu em 1975.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	%
< 1 ano	190	46,80
1 - 4 anos	34	8,37
5 - 19 anos	11	2,71
20 - 49 anos	87	21,43
50 anos e +	84	20,69
TOTAL	406	100,00

FONTE: CIS/SEADE.

(Indicador de SWAROOP-UEMURA)

TABELA 5 - Número de Óbitos e Coeficientes de Mortalidade Pro-
porcional para Embu em 1980.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	%
< 1 ano	216	40,83
1 - 4 anos	27	5,10
5 - 19 anos	28	5,29
20 - 49 anos	102	19,28
50 anos e +	156	29,49
TOTAL	529	100,00

FONTE: CIS/SEADE.

(Indicador de SWAROOP-UEMURA)

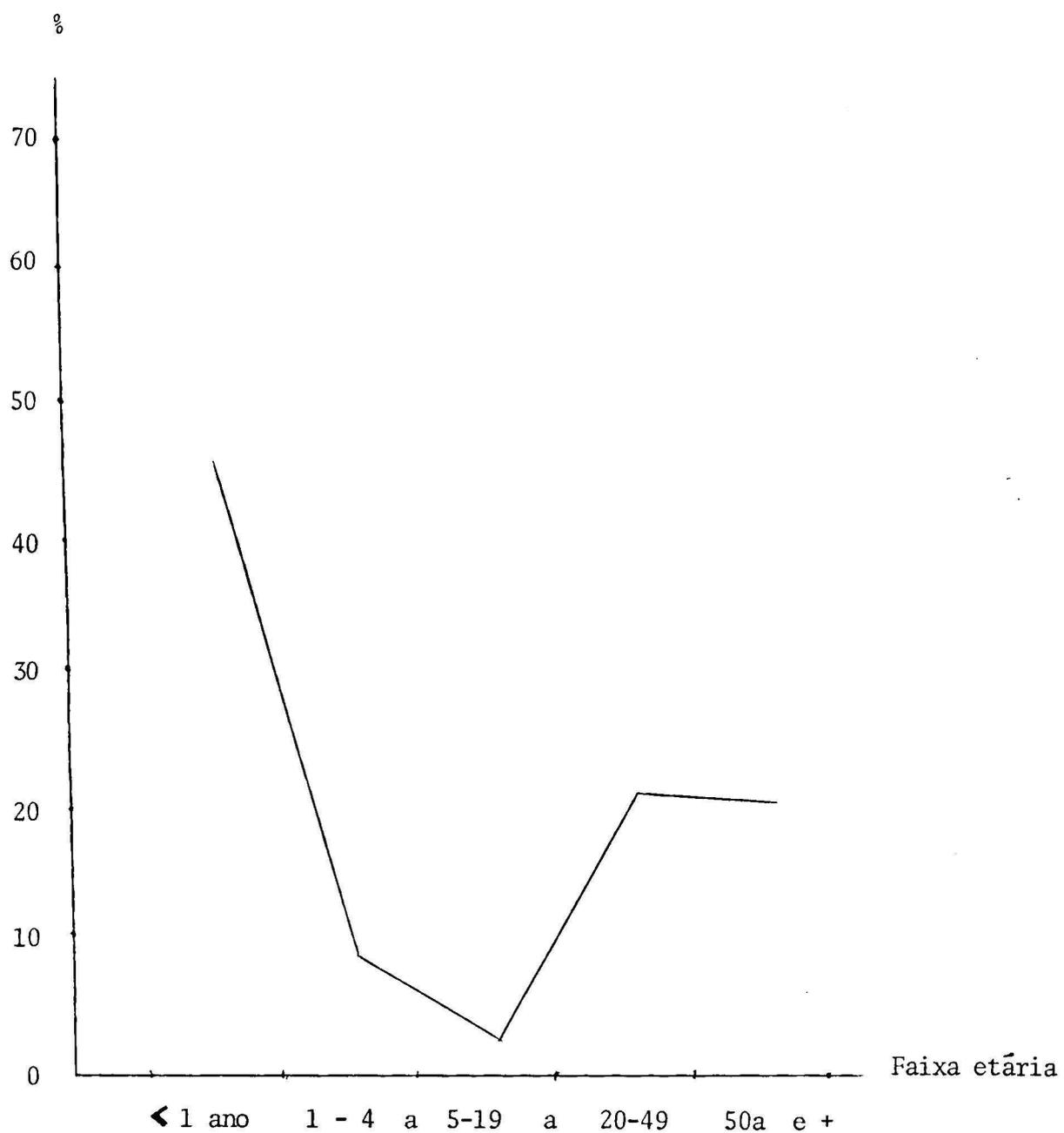
TABELA 6 - Número de Óbitos e Coeficientes de Mortalidade Proporcional para Embu em 1982

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	%
< 1 ano	256	42,81
1 - 4 anos	27	4,52
5 - 19 anos	27	4,52
20 - 49 anos	134	22,41
50 anos e +	154	25,75
TOTAL	598	100,00

FONTE: CIS/SEADE.

(Indicador de SWAROOP-UEMURA)

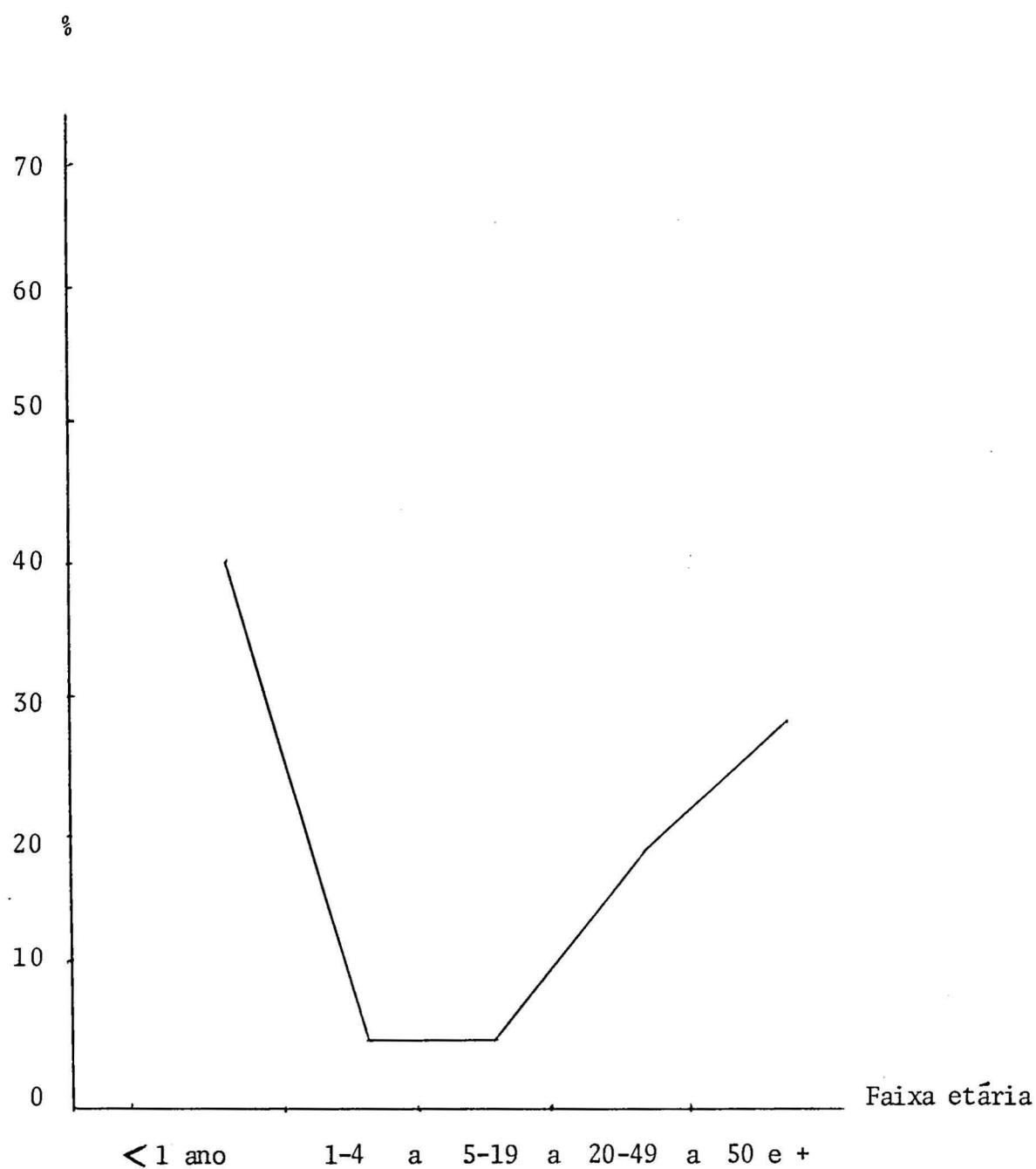
GRÁFICO 3 - Curva de Mortalidade Proporcional para Embu
em 1975.



Nível de Saúde: baixo

FONTE: CIS/SEADE.

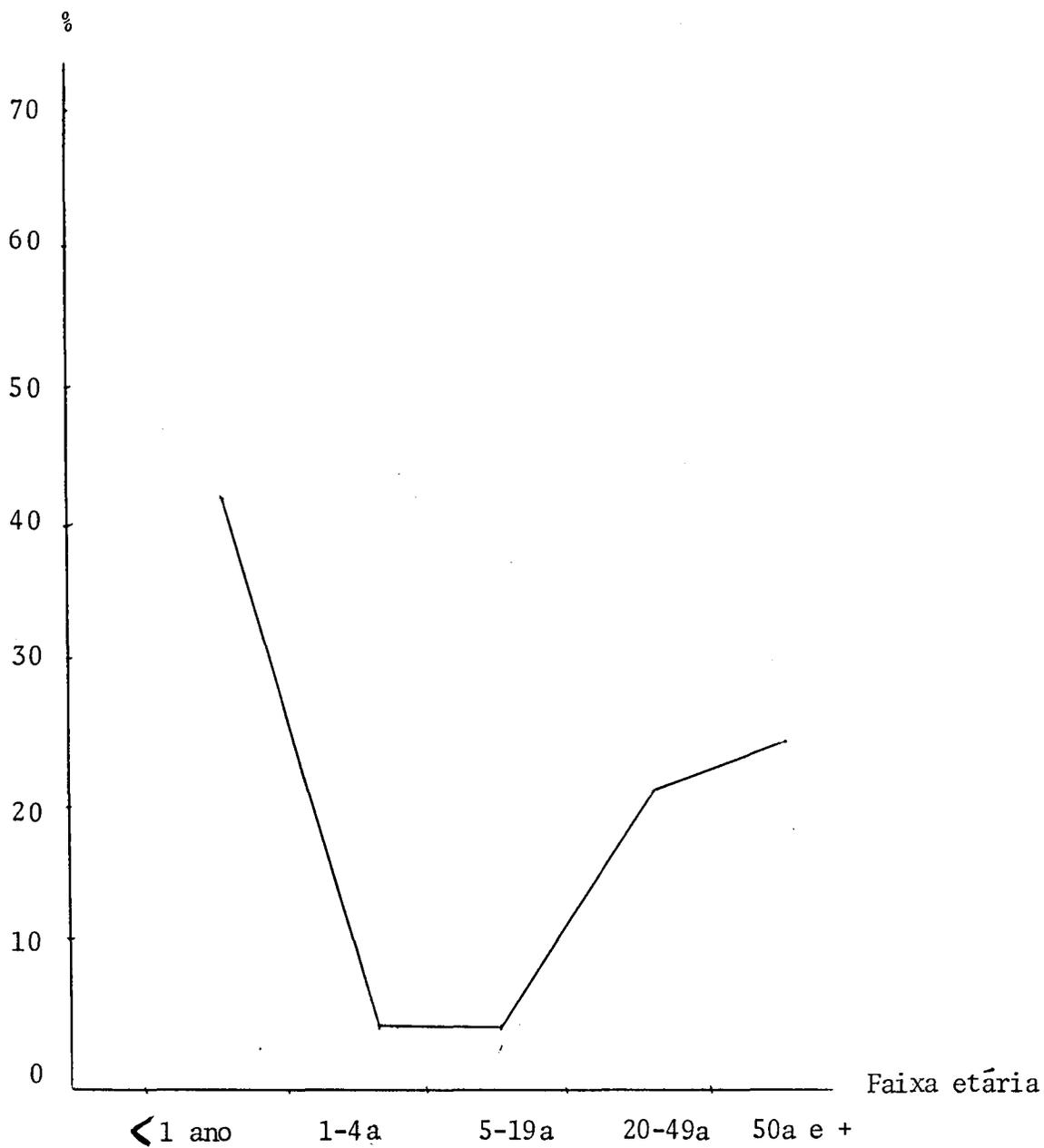
GRÁFICO 4 - Curva de Mortalidade Proporcional para Embu em 1980.



Nível de Saúde: baixo

FONTE: CIS/SEADE

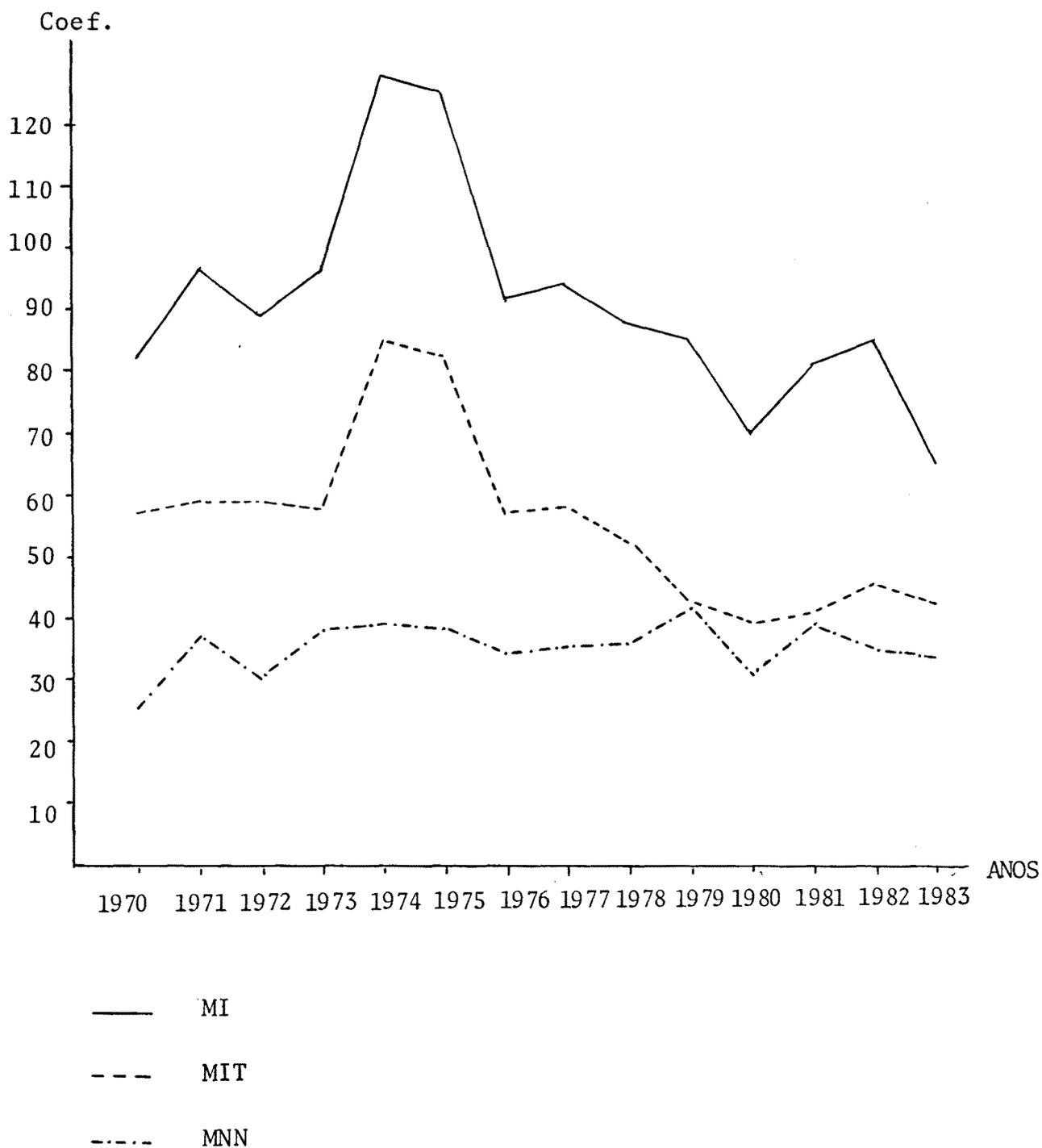
GRÁFICO 5 - Curva de Mortalidade Proporcional para Embu em 1982.



Nível de Saúde: baixo

FONTE: CIS/SEADE

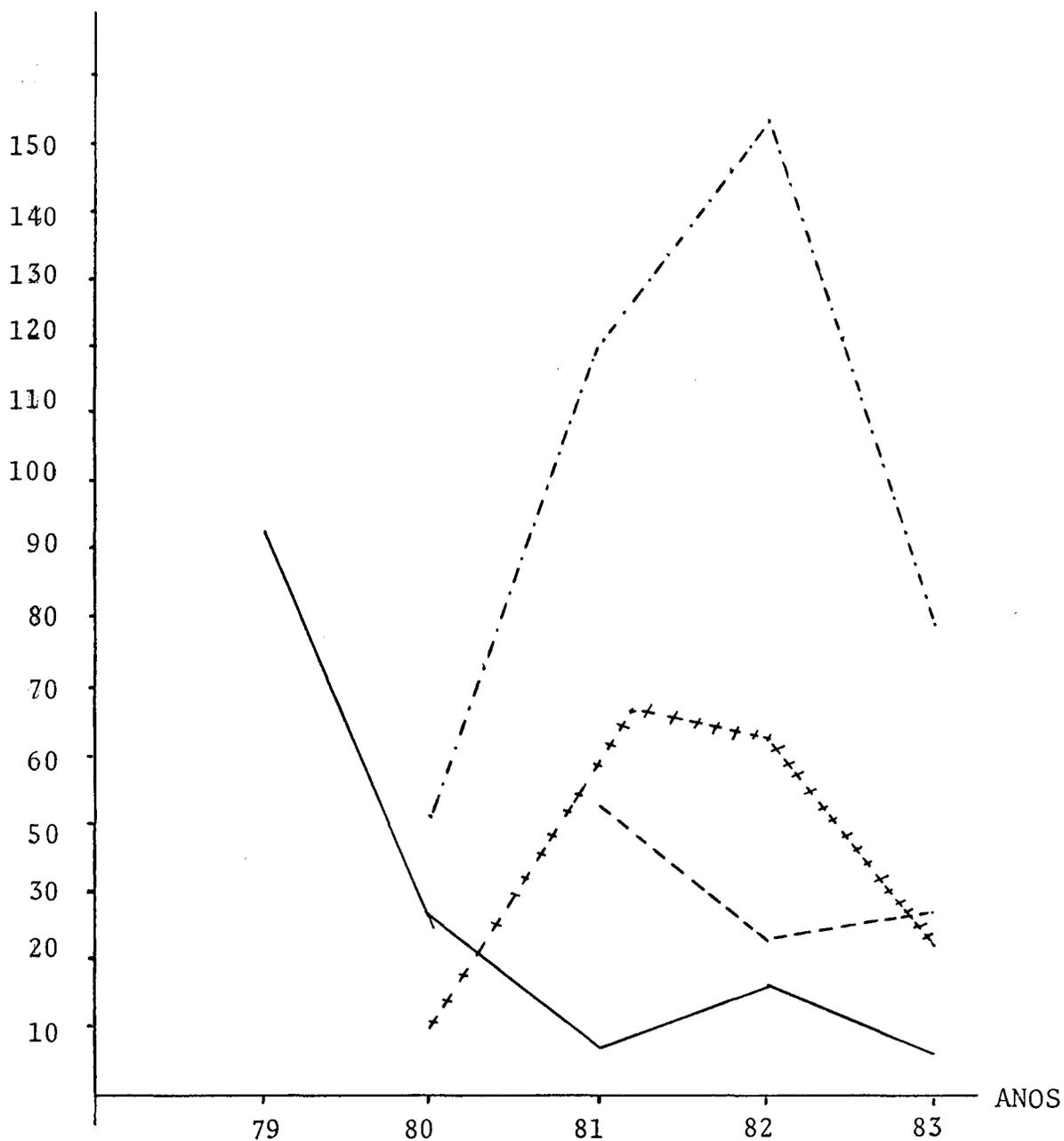
GRÁFICO 6 - Coeficientes de Mortalidade Infantil. Neonatal
Infantil Tardia em Embu, 1970 a 1983.



FONTE: CIS/SEADE.

GRÁFICO 7 - Comportamento de Algumas Doenças de Notificação Compulsória no Período de 1979 - 1983, para o Município de Embu.

Coef./1000000



- SARAMPO
- - - - MENINGITE
- · - · - · ESQUISTOSSOMOSE
- * * * * * TUBERCULOSE

FONTE: CIS/SEADE.

TABELA 7 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal e Infantil tardia. Embu. 1973 a 1983. Por 1.000 habitantes.

ANO	COEF.MORT. NEONATAL	COEF.MORT. INF.TARDIA	COEF.MORTAL. INFANTIL
1973	38,11	58,07	96,19
1974	38,76	84,49	123,07
1975	38,07	82,48	120,56
1976	34,51	57,52	92,05
1977	35,33	58,56	93,90
1978	35,86	52,74	88,61
1979	41,84	43,28	85,60
1980	30,76	39,92	70,68
1981	38,93	40,88	80,14
1982	34,93	50,23	85,16
1983	33,10	32,40	65,50

FONTE: SEADE

4.2.5. Mortalidade geral por causa

Verifica-se nos anos de 1975 a 1980 uma alta incidência de óbitos por enterites e pneumonias, compatível com as más condições de vida da população. Há uma alta proporção de óbitos por acidentes automobilísticos pelo fato do município ser atravessado pela rodovia Régis Bittencourt. (tabela 8)

4.2.6. Mortalidade segundo causa e idade

4.2.6.1. Crianças menores de 1 ano

Em 1975 as principais causas foram enterites e pneumonias, seguidas de sintomas e estados mal definidos. Em 1982 continua sendo pneumonia a principal causa, seguida das lesões ao nascer e enterites. Esses dados são compatíveis com uma má assistência médica e baixo padrão de saneamento da área. (tabelas 9 e 10).

4.2.6.2. Crianças de 1 a 4 anos

As principais causas em 1975 foram pneumonias, sintomas e estados mal definidos e enterites. Em 1982 foram pneumonias e anomalias congênitas, aparecendo os acidentes a veículos a motor como 4^a causa de óbitos. (tabelas 11 e 12)

4.2.6.3. Grupo etário de 5 a 19 anos

Em 1975 as principais causas foram acidentes a de veículos a motor, sintomas e estados mal definidos e as

TABELA 8 - Principais Causas de Óbitos. Embu. 1975, 1977, 1979 e 1980.

CAUSAS	1975		1977		1979		1980	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pneumonias	66	16,26	58	13,27	54	10,38	66	12,48
Acidentes Veículos	75	18,47	68	15,56	50	9,61	49	9,26
Enterites	58	14,28	64	14,64	59	11,34	44	8,31
Sint. e Est. Mal Definidos	19	2,21	17	3,89	47	9,04	38	7,18
Tumores Malígnos	15	3,69	19	4,34	26	5,00	30	5,67
Doenças Isquem. do Coração	10	2,46	15	3,43	23	4,42	28	5,29
Doenças Cérebro Vasculares	19	4,68	22	5,03	39	7,50	25	4,72
Lesões ao Nascer	15	3,69	21	4,80	20	3,85	20	3,78

FONTE: SEADE-SEPLAN

TABELA 9 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário menor de 1 ano em 1975, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/1000 NV
1 - Enterite e outras doenças diarréicas (008 - 009)	54	28,42	34,26
2 - Pneumonia (480 - 486)	51	26,84	32,36
3 - Sintomas e estados mórbi- dos mal definidos (780 - 799)	31	16,32	19,67
4 - Anomalias congênitas(740- 759)	10	5,26	5,68
5 - Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afec- ções anóxicas e hipóxicas perinatais (767 - 770)	9	4,74	0,57

FONTE: CIS/SEADE.

TABELA 10 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário menor de 1 ano em 1982, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/1000 NV
1 - Pneumonia (480 - 486)	69	26,95	22,95
2 - Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767 - 770)	37	14,45	12,31
3 - Enterites e outras doenças diarréicas (008 - 009)	35	13,67	11,64
4 - Doenças não relacionadas acima entre 140 - 799	26	10,16	8,65
5 - Outras causas de mortalidade perinatal (760 - 766 e 772 - 779)	24	9,37	7,98

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 11 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 1 a 4 anos em 1975, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab
1 - Pneumonia (480 - 486)	6	17,65	13,62
2 - Sintomas e estados mórbi- dos mal definidos (780 - 796)	5	14,70	11,35
3 - Enterites e outras doen- ças diarréicas (008 - 009)	4	11,76	9,08
3 - Sarampo (055)	4	11,76	9,08
4 - Infecções meningocócicas (036)	3	8,82	6,81
4 - As demais doenças infec- ciosas e parasitárias não relacionadas acima entre 001 - 139	3	8,82	6,81
4 - Avitaminose e outras defi- ciências nutricionais (260 - 269)	3	8,82	6,81
4 - Todas as demais doenças não relacionadas acima en- tre 140 - 799	3	8,82	6,81
5 - Poliomielite aguda (040 - 045)	1	2,94	2,27
5 - Meningite (320)	1	2,94	2,27
5 - Anomalias congênicas (740- 759)	1	2,94	2,27

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 12 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 1 a 4 anos em 1982, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/1000 hab.
1 - Pneumonias (480 - 486)	12	44,44	6,27
2 - Anomalias congênitas(740-759)	3	11,11	1,57
2 - Todas as doenças não relacionadas acima entre (140 - 799)	3	11,11	1,57
3 - Acidentes de veículos a motor (E810 - E819)	2	7,41	1,05
3 - Sarampo (055)	2	7,41	1,05
4 - Enterites e outras doenças diarréicas (008 - 009)	1	3,70	0,52
4 - Demais doenças infecciosas e parasitárias não relacionadas acima entre 001 - 139	1	3,70	0,52
4 - Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos (140 - 208)	1	3,70	0,52
4 - Meningites (320 - 322)	1	3,70	0,52
4 - Demais acidentes (E800 - E807 e E820 - E949)	1	3,70	0,52

FONTE: CIS/SEADE

demais causas externas. Em 1982 continuam os acidentes de veículo a motor como primeira causa e os demais acidentes como terceira causa (Tabelas 13 e 14). Isto demonstra que nas faixas etárias mais jovens os acidentes constituem fator preponderante na mortalidade.

4.2.6.4. Grupo etário de 20 a 49 anos

Em 1975 a principal causa foi sintomas e estados mal definidos seguidos dos acidentes de veículos a motor e demais acidentes, sendo que em 1982 a principal causa passa a ser doenças não relacionadas e acidentes a veículos a motor permanecendo como segunda causa (Tabelas 15 e 16).

4.2.6.5. Grupo etário de 50 anos e mais

As principais causas em 1975 foram estados mal definidos e doenças cérebro vasculares, seguidas de doenças isquêmicas do coração e tumores malignos. Já em 1982 as principais causas foram as doenças cérebros vasculares seguidas de tumores malignos, mostrando um melhor diagnóstico de causa do óbito no local (Tabelas 17 e 18).

4.2.7. Coeficientes de Morbidade

Pela impossibilidade de coletar todos os dados de morbidade local, iremos analisar somente os dados de doenças de notificação compulsória (Tabela 19 e Gráfico 7).

Há uma elevada incidência de casos de esquistossomo

TABELA 13 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 5 a 19 anos em 1975, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab
1 - Acidentes de veículos a motor (810 - 823)	3	27,27	2,59
2 - Sintomas e estados mór- bidos mal definidos (780 - 796)	2	18,18	1,72
2 - As demais causas exter- nas (970 - 978, 980 - 999)	2	18,18	1,72
3 - As demais doenças infec- ciosas e parasitárias, não relacionadas acima entre 001;- (139)	1	9,09	0,86
3 - Tumores malignos, inclu- indo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos (140 - 209)	1	9,09	0,86
3 - Infecções meningocóci- cas (036)	1	9,09	0,86
3 - Demais acidentes (800 - 807, 825 - 949)	1	9,09	0,86

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 14 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 5 a 19 anos em 1982, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab.
1 - Acidentes de veículos a motor (E810 - E819)	6	22,22	1,35
2 - Todas as doenças não relacionadas acima entre 140 - 799	5	18,52	1,12
3 - Os demais acidentes (E800 - E807 e E820 - E949)	4	14,81	0,90
3 - Homicídios (E960 - E969)	4	14,81	0,90
4 - Difteria (032)	1	3,70	0,22
4 - Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140 - 208)	1	3,70	0,22
4 - Tumores benignos, carcinoma "in situ", de comportamento incerto e de natureza não especificada (210 - 239)	1	3,70	0,22
4 - Doenças cerebrovasculares (430 - 438)	1	3,70	0,22
4 - Anomalias congênitas (740 - 759)	1	3,70	0,22
4 - Sintomas e estados morbidos mal definidos (780 - 799)	1	3,70	0,22
4 - Suicídios e lesões auto-inflingidas (E950-E959)	1	3,70	0,22
4 - Demais causas externas (E970 - E978, E980-E999)	1	3,70	0,22

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 15 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 20 a 49 anos em 1975, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab.
1 - Sintomas e estados mór- bidos mal definidos - (780 - 796)	13	14,94	10,85
2 - Acidentes de veículos a motor (810 - 823)	11	12,64	9,18
3 - Os demais acidentes (800 - 807, 825 - 949)	8	9,19	6,67
4 - Tumores malignos, in- cluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéti- cos (140 - 209)	6	6,90	5,01
4 - Pneumonia (480 - 486)	6	6,90	5,01
4 - Todas as doenças não relacionadas acima en- tre 140 - 799	6	6,90	5,01
4 - As demais causas exter- nas - homicídios (960- 969)	6	6,90	5,01
5 - Doenças hipertensivas (400 - 404)	5	5,75	4,17
5 - As demais causas exter- nas (970 - 978, 980 - 999)	5	5,75	4,17

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 16 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 20 a 49 anos em 1982, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab
1 - Todas as doenças não relacionadas acima entre 140 - 799	22	16,42	4,08
2 - Acidentes de veículos a motor (E810 - E819)	14	10,45	2,60
3 - Homicídios (E960 - E969)	13	9,70	2,41
4 - Doenças cerebrovasculares (430 - 438)	11	8,21	2,04
5 - Outras formas de doenças do coração (420 - 429)	8	5,97	1,48
5 - Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780 - 799)	8	5,97	1,48
5 - Os demais acidentes (E800 - E807, E820 - E949)	8	5,97	1,48

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 17 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 50 anos e mais em 1975, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab
1 - Sintomas e estados mór- bidos mal definidos (780 - 796)	24	28,57	99,05
2 - Doenças cerebrovascula- res (430 - 438)	12	14,28	49,52
3 - Todas as demais doen- ças não relacionadas a cima entre 140 - 799	11	13,09	45,40
4 - Doenças isquêmicas do coração (410 - 414)	9	10,71	37,14
5 - Tumores malignos, in- cluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoé- ticos (140 - 208)	8	9,52	33,02

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 18 - Principais Causas de Óbitos, Grupo Etário 50 anos e mais em 1982, no Município de Embu.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF* p/10000 hab
1 - Doenças cerebrovasculares (430 - 438)	30	19,48	37,83
2 - Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos (140 - 208)	23	14,94	29,00
3 - Todas as doenças não relacionadas acima entre 140 - 799	20	12,99	25,22
4 - Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780 - 799)	19	12,34	23,96
5 - Doenças isquêmicas do coração (410 - 414)	15	9,74	18,91

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 19 - Doenças de Notificação Compulsória. Embú.

ANO \ DOENÇA	1979		1980		1981		1982		1983		1984	
	caso	coef	caso	coef	caso	coef	caso	coef	caso	coef	caso	coef
Difteria	-	-	-	-	-	-	01	0,78	-	-	1	0,60
Febre Tifóide	-	-	-	-	03	2,65	02	1,55	-	-	-	-
Mening. Determ	-	-	-	-	19	17,32	21	16,28	31	20,52	25	15,07
Mening. Indet.	-	-	-	-	27	24,62	08	6,20	11	7,28	10	6,03
Mening. Mening	-	-	-	-	02	1,82	03	2,33	01	0,66	2	1,21
Poliomielite	01	1,27	01	1,08	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampo	41	83,28	25	26,85	08	7,29	23	17,84	11	7,28	19	11,45
Tétano	-	-	-	-	01	0,91	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	-	-	10	10,73	63	57,44	69	53,50	35	23,17	-	-
Esquistossomose	-	-	38	41,04	121	110,11	186	144,46	107	70,62	-	-
Malária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chagas Agudo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raiva	-	-	01	1,8	-	-	01	0,78	-	-	-	-
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-	08	5,28	8	4,82
Leptospirose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,21
Lush cut muc	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,60

FONTE: CIS/Área de Vigilância Epidemiológica
 Coef.: Morbidade 100.000 hab.

se, sarampo e meningite. Os casos de esquistossomose não são autóctones, a sim devido à migração na área, proveniente de zona endêmica. Os casos de sarampo podem ser explicados pela baixa cobertura vacinal (60% em 1985).

A tuberculose que não apresentou casos em 1979, passou a aumentar o número de casos em 1980, 1981, 1982 e 1983. Isso pode ser explicado pela não notificação em 1979 e melhor diagnóstico da doença em 1980, estimulando a notificação da doença ou pelo fato da emigração aumentar os suscetíveis, devido as baixas condições de moradia e higiene.

4.3. Descrição dos serviços de saúde existentes

Na década de 70, com a instalação de um Centro de Saúde tipo V e a existência de dois profissionais liberais, teve início a assistência formal à saúde do Município de Embu.

Houve posteriormente, a vinda de professores da Escola Paulista de Medicina, que acompanhados de alunos, ofereciam atendimento intermitente de pediatria.

Em 1978, instalou-se no município, postos de saúde construídos pela Prefeitura Municipal, conveniados com a Secretaria de Estado de São Paulo e o Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina.*

A política de saúde escolhida pelo município de Embu é baseado em 5 tipos de instituições: municipal, estadual, federal e os convênios com a Escola Paulista de Medicina e a Faculdade de Saúde Pública da USP (Projeto Itapeperica). No início, fundamentou-se na assistência primária à saúde com

* Diagnóstico de Saúde realizado pela Secretaria de Saúde do Município do Embu, pág. 13.

metas de universalização de serviços com prioridade ao atendimento de crianças e gestantes e posteriormente, atendimento aos adultos. De 1970 a 1986, o serviço ampliou-se em relação à rede física, recursos humanos e recursos materiais e novas atividades.

Em 1983, baseado nos boletins de produtividade, verificou-se uma distribuição de atendimentos de 37,8% realizados pela Secretaria de Estado da Saúde e 62,2% realizados pela Prefeitura Municipal de Embu, enquanto para o atendimento odontológico, os atendimentos somente eram amparados pela Prefeitura Municipal (Tabela 20).

A produção média mensal de exames e procedimentos executados em 1983, corresponde ao total de 1.155 exames e 14.974 procedimentos de enfermagem levando-se em conta que a população neste ano era 151.037, cerca de 9,6% da população obteve exames neste ano; isso denota a carência de recursos disponíveis para o atendimento integrado à rede básica (Tabela 21).

A cobertura de serviços de saúde do Município de Embu, em 1982, apresentava os valores: Pediatria 63,0%, Gestante 32,0%, Tuberculose 40,0% e Hanseníase 260%, segundo o CIS. O atendimento de Hanseníase não é realizado em todos os municípios, por isso há evasão de casos de Hansen de outras áreas para o Município de Embu, explicando a cobertura de 260%. Há uma baixa cobertura de Pediatria, Assistência à Gestante e Tuberculose.

Comparando esses dois quadros transparece a diretriz da atual política de saúde do Município de Embu, que é incrementar a assistência médica aos serviços de saúde, bem como em ampliar a prestação de serviços de saúde com um acrêscimo de 41,2% de contratação (Prefeitura, Estado, através da verba do CIS) de pessoal.

Quanto a cobertura vacinal, em 1985, segundo o CIS, observa-se o seguinte:

BCG - 51,0%;
SARAMPO - 60,0%;
TRÍPLICE - 52,4%;
SABIN - 50,0%.

A baixa cobertura vacinal é compatível com a baixa cobertura de assistência à saúde à criança e compatível com a alta morbidade de sarampo notificada.

Segundo o Boletim Mensal de Produção do Município de Embu, em 1985, notou-se que existia uma grande diferença entre o número de crianças atendidas pela enfermagem e pelo médico. Esses dados sugerem que a proporção de atendimento de enfermagem e consulta médica, que deveria seguir as normas da Secretaria de Saúde de 1:1, está 46:1, sendo possível deduzir a grande insuficiência de consultas médicas.

QUADRO 2 - Recursos Humanos do Setor Saúde do Município de Embu, em 1986.

PROFISSIONAIS	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PREFEITURA MUNICIPAL DE EMBU	ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA	FUNDAÇÃO KELLOG'S
Médico (20 hs semanais)	AIS 4 CLF 7	26	-	-
Médico (40 hs semanais)	1* (1)	-	4**(2)	-
Médicos em Pronto Socorro	-	18***(3) 3****(4)	-	-
Médico Sanitarista	6	-	-	-
Médico Coordenador	-	1	-	-
Odontólogo (20 hs semanais)	AIS 3 CLF 3	10	-	-
Nutricionista	-	-	-	-
Assistente Social	-	-	-	-
Enfermeira	1	6	3 bolsistas 2 docentes	2
Auxiliar de Enfermagem	1	3	-	-
Auxiliar de Saúde	-	73	-	-
Escriturário	4	-	-	-
Agente Administrativo	-	1	-	-
Visitador Sanitário	7	-	-	-
Atendente	11	-	-	-
Motorista	-	28	-	-
Servente	-	9***** (5)	-	-
Vigia	-	8	-	-
Agente de Saneamento	1	-	1	-

(1) Os médicos de período integral da Secretaria de Estado da Saúde, recebem suplementação salarial da Prefeitura Municipal com objetivo de fixá-lo no Município.

(2) Os docentes são em média 4, residentes R-2 em média 4, residentes R-1, 4 e doutorandos média 8.

(3) Médicos em regime de 12 horas.

(4) Médicos em regime de 26 horas.

(5) Exercem a função de serventes mas são registrados como merendeiras.

Obs.: Trabalha na área de Embu uma Equipe de Saúde Mental, sendo ligados à Escola Paulista de Medicina - 2 Psiquiatras, 2 Assistentes Sociais e 1 Psicólogo, desenvolvem um trabalho com as mães das crianças desnutridas.

QUADRO 1 - Recursos Humanos do Setor Saúde do Município de Embu, em 1983.

PROFISSIONAIS	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PREFEITURA MUNICIPAL DE EMBU	ESCOLA PAULIS TA DE MEDICINA
Médico (20 hs semanais)	02	03	-
Médico (40 hs semanais)	04*	-	05**
Resid. Doutorados	-	-	18***
Médico Sanitarista	01	02	-
Médico Coordenador	-	01	-
Odontólogo (20 hs semanais)	-	03	-
Nutricionista	01	01	-
Assistente Social	01	01	-
Enfermeira	02	01	01
Auxiliar de Enfermagem	-	01	-
Auxiliar de Saúde	-	47	-
Escriturário	02	03	-
Agente Administrativo	-	04	-
Visitador Sanitário	11	-	-
Atendente	08	-	-
Motorista	-	28	-
Servente	06	10	-
Vigia	-	08	-
Agente Saneamento	01	-	01

* Os médicos de período integral da Secretaria de Estado da Saúde recebem suplementação salarial da Prefeitura Municipal, com objetivo de fixá-los no município.

** Os cinco médicos da Escola Paulista de Medicina exercem função de docência e assistência.

*** Os residentes e doutorandos de pediatria sob supervisão dos docentes, prestam assistência às crianças.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Óbitos menores de um ano

A maior parte das moradias que foram visitadas eram de alvenaria, com água tratada, luz e coleta de lixo regular, onde morava somente a família, que possuía, em uma grande porcentagem, fogão e geladeira, porém com poucos móveis. Em relação à rede de esgotos e situação apresentava-se extremamente precária, uma vez que estes eram lançados a céu aberto em sargetas e córregos, nas proximidades das habitações, originando proliferação de vetores e possível contaminação dos moradores. Provavelmente as crianças menores de um ano não tiveram contato direto com a fonte contaminante, o que não elimina a possibilidade de ter havido o contato por intermédio de vetores, animais domésticos, ou mesmo pelas crianças maiores.

Em relação à gestação, verificou-se que houve unanimidade nos depoimentos quanto ao bem estar sentido durante esse período e que alegavam terem sido sempre acompanhadas por um pré-natalista em todas as visitas efetuadas. Apesar de terem comparecido a todos os agendamentos, algumas mães disseram ter se ressentido com a qualidade das consultas e com a não orientação durante os meses de gravidez e os primeiros dias de vida da criança. Apesar das mães terem de forma geral referido um bom acompanhamento durante a gestação, uma das mães mencionou não ter sido atendida durante o período de greve dos médicos. Fato este que provavelmente,

afetou o atendimento das demais mães, contribuindo para uma má qualidade dos serviços prestados.

Todas as mães entrevistadas relatam terem tido parto hospitalar com gestação completa (com exceção de uma, que alegou ter tido uma criança pré-termo). Independentemente do tipo da maternidade (particular, INPS ou convênio), todas disseram ter ficado satisfeitas com o atendimento recebido durante o período peri-natal, apesar de ter sido detectado pela entrevista, que não houve informações a respeito dos cuidados com o bebê e com ela própria.

A maioria das crianças teve alta do berçário em tempo considerado normal, sem que, pelo menos aparentemente, apresentasse patologias neo-natais. Entretanto, houve um caso de criança prematura em que a mãe relatou ter apresentado episódios de sangramento desde o terceiro mês de gestação e também dois casos de mal formação congênita, sendo um de anencefalia e o outro de mongolismo. Houve um caso em que a criança reinternou, após um dia de alta do berçário, por diarreia, sendo que faleceu nesta internação, o que talvez sugerisse infecção hospitalar.

Nas 11 entrevistas que se realizaram verificou-se que todas as crianças cumpriram visitas aos centros de saúde e estavam devidamente imunizadas; destas 11 crianças, 3 faleceram no período neonatal e 9 com idade inferior a 6 meses. Através do fato de a maioria dos óbitos ter ocorrido após o período neo-natal, sugeriu-se que estes estavam associados às condições nutricionais, saneamento da área e não acom

panhamento do crescimento e desenvolvimento destas crianças.

Houve predomínio do aleitamento misto, fato este que, segundo algumas mães, parece ter tido origem na falta de orientação dada durante o pré-natal e puericultura. Na grande maioria das entrevistas, constatou-se que os sintomas respiratórios altos apareceram como a principal sintomatologia inicial na história da doença. Entre o início dos sintomas e a ocorrência do óbito houve um breve espaço de tempo, sendo que foi impossível ser definido se esse fato decorreu da não percepção precoce da mãe e pronta intervenção ou da negligência médica.

No decorrer do tempo que culminou com o óbito, na maioria dos casos, o primeiro serviço que a mãe procurou foi o centro de saúde, o qual não forneceu os recursos para o diagnóstico e atendimento e encaminhou para o Pronto Socorro Municipal ou para o Pronto Socorro de algum hospital conveniado, sendo que a maioria foi a óbito na primeira internação. Em alguns casos, as crianças foram medicadas e encaminhadas para o domicílio, vindo a falecer neste ou a caminho de nova assistência médica. Isto nos demonstrou claramente a falta de integração e resolutividade do sistema de saúde. Levando-se em conta a ausência de assistência a nível secundário no município de Embu, justificou-se a procura de recursos fora da área, o que impossibilita a abordagem integralizada do problema assistencial.

Segundo algumas mães, os serviços de saúde não foram responsáveis pelos óbitos de seus filhos, enquanto que

contrapondo-se a isso, a maioria das mães achou que o aten
dimento inadequado de saúde parece ter sido fator decisivo
para que a doença evoluísse a ôbito.

Dentre os relatos, pôde-se observar extremos, des
de a absoluta passividade de uma mãe: "... Deus quis que ela
não se criasse... você vê o homem importante como o Tancredo,
os médicos fizeram tudo e não adiantou nada...", e a mágoa
e revolta de outra mãe: "... se encontrar com a médica, eu
coloco tudo prá fora e é sorte dela se eu não processar...".

Em geral, houve demonstração das mães, de que fo
ram mal orientadas durante a gravidez quanto a cuidados bási
cos que deveriam ser observados, principalmente em relação ao
aleitamento materno. Uma mãe afirmou que se fosse devidamen
te orientada quanto à importância da amamentação nos primei
ros 6 meses de vida, a criança não teria falecido de diar
réia. Um pai mencionou, que durante a internação da criança
no hospital, a mãe foi impedida de amamentar, fato esse que,
na sua opinião, foi condicionante para uma evolução não sa
tisfatória da doença.

Algumas mães afirmaram que as crianças não foram
devidamente examinadas, sendo que uma testemunhou que deixa
ram a criança cair da maca. A negligência no atendimento das
crianças parece ter sido o ponto mais marcante das entrevi
stas, ora por que o médico não escutava o que a mãe tinha pa
ra relatar, ora por não realizar o exame físico, ora por ig
norar os exames já realizados.

5.2. Acidentes do trabalho

A investigação dos acidentes de trabalho, teve como objetivo criar parâmetros que possibilitem analisar a assistência à saúde do trabalhador de maneira qualitativa, incluindo no seu bojo o contexto social.

Procurou-se através de entrevistas, orientadas por um questionário com perguntas abertas, conforme modelo anexo, extrair subsídios dos próprios trabalhadores acidentados, bem como depoimentos de seus familiares, que pudessem apontar falhas no atual sistema, não somente no aspecto quantitativo, mas na gravidade dessas falhas, perante o acidentado e seus familiares.

Entre os casos entrevistados verificou-se que geralmente não existe adestramento e quando existe não acontece a reciclagem a qual também deveria ser periódica. Também não houve casos em que o trabalhador possuía alguma proteção específica contra os acidentes que poderiam ser classificados como característicos de sua profissão. Também não notou-se a existência de reavaliação periódica, com relação a capacidade física ou mental do trabalhador. Não houve queixas específicas quanto ao transporte ao local de trabalho, porém detecta-se essa dificuldade pela localização da residência dos entrevistados. A jornada de trabalho tinha duração de cerca de 8 horas diárias, geralmente suplementada com horas extras. Os entrevistados não haviam sido acidentados anteriormente. Quanto aos acidentes propriamente ditos, antes ocorreram em consequência de condições ou atos inseguros, que são

decorrentes das características do próprio trabalho. Embora o acidente tenha sido caracterizado como acidente de trabalho, isto não proporcionou uma rapidez no atendimento, pois inexitem nos locais, serviços adequados; muitas vezes essa caracterização cria entraves burocráticos atrasando o processo de atendimento, como no caso específico de um trabalhador que após a ocorrência do acidente, foi emitida por parte da empresa uma guia de atendimento, sendo que o acidentado se locomoveu por iniciativa própria, sendo esta locomoção feita através de ônibus, precariamente. Não se notou questionamento com relação ao atendimento, porém, nota-se um levantamento de dúvidas quanto à readaptação ao trabalho, como no caso de um dos indivíduos entrevistados, cuja lombalgia foi agravada no ato do retorno ao trabalho, por ter sido submetido a esforço pleno, da mesma forma como antes do acidente.

Frequentemente, não é observada uma garantia de tratamento ambulatorial e quando há, existem reclamações quanto à sua finalidade e além disto porque são efetuados em locais distantes da residência do indivíduo. As seqüelas são as mais variadas possíveis, pois impedem uma readaptação a outros tipos de trabalho, ficando o elemento totalmente improdutivo e dependente do seguro social, provocando às vezes o sub-emprego de outros elementos da família, na tentativa de restabelecer o poder aquisitivo necessário à sobrevivência. Não há mecanismos que garantam a informação à família da ocorrência do acidente, onde encontramos casos em que a família ficou até uma semana sem notícias do acidentado. As

empresas dificultam a caracterização como acidente de trabalho, refletindo na demora do início do pagamento de qualquer benefício por parte da previdência e assim também dificulta-se o recebimento das indenizações pelos entraves burocráticos, sendo encontrado um caso em que o acidente já havia ocorrido há 11 anos e que o acidentado ainda não havia recebido a indenização. Essas falhas são atenuadas através de doações realizadas pela Secretaria de Promoção Social do Município, entidades religiosas e sociedades de amigos de bairros e outros, e desta maneira foi observada a doação de uma cadeira de rodas feita a um paraplégico por um candidato a cargo político (não conseguida, até então, por organismos previdenciários e a sua influência na decisão de apoio político). Entre os entrevistados não se notou crédito ao sindicato como órgão representativo da classe. Desta maneira, também não há a procura por parte do trabalhador do Departamento Jurídico do sindicato, eliminando-se a possibilidade de se estabelecer mecanismos à busca dos direitos trabalhistas.

5.3. Quanto às instituições

5.3.1. Aspectos gerais

Todas as unidades visitadas apresentaram problemas relacionados ao acesso e localização, os quais foram bastante enfatizados nas entrevistas. Esses problemas influem diretamente na demanda reprimida, principalmente no aspecto

de assistência primária.

Notou-se, por parte dos funcionários, uma tentativa de oferecer soluções, como por exemplo, a construção das unidades de saúde próximas a pontos de convergência de populações, ou a transferência dos mesmos para locais de fácil acesso.

Nas unidades de saúde de Embu encontra-se instituída uma interrupção no expediente de rotina, nas terças-feiras à tarde, o qual destina-se à reflexão, treinamentos e discussão do processo de atendimento.

5.3.2. Quanto aos recursos humanos

Houve preocupação, por parte da Secretaria de Saúde local em estabelecer uma equiparação salarial, principalmente do pessoal de nível universitário, bem como no acréscimo do número desses profissionais. Procura-se deste modo reverter o quadro do número elevado de atendimento por auxiliar de saúde, pois anteriormente tentava-se suprir a falta daqueles profissionais com o treinamento de pessoal auxiliar.

Observou-se que na medida em que médicos e enfermeiros chegam às instituições ocorre, ainda, uma dificuldade na transferência de poder decisório, pois a triagem permanece ainda concentrada em mãos de auxiliares de saúde. Essa delegação de poder deve-se ao fato de que em certas unidades existe uma grande demanda de pacientes, embora isso se

ja notado em unidades onde o número de profissionais de nível universitário já se encontra adequado.

5.3.3. Política de Saúde

O processo de municipalização do serviço de saúde do Embu, encontra-se em adiantada fase de implantação, haja vista, que em todas as unidades por nós visitadas encontrou-se pessoal contratado pelo município e pelo estado. Esta integração fez-se também presente no setor de medicamentos e no de construção de unidades básicas, onde efetua-se muitas despesas em conjunto.

Há uma abertura por parte da Secretaria de Saúde local para participação da comunidade universitária através da Escola Paulista de Medicina, que realiza trabalhos na área de saúde materno-infantil e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na área administrativa e de saúde pública.

Na estrutura do quadro representativo das instituições de saúde em Embu, salientamos a presença destacada da Escola Paulista de Medicina, a qual desde 1972 tem contribuído para ampliar o quadro de atendimento nas divisões das unidades de saúde do referido município. Em função do diagnóstico local, no qual verificou-se a inexistência de um hospital, resultando na dificuldade do grau de resolutividade dos serviços de saúde, a Secretaria de Saúde do Município de Embu em consórcio com municípios vizinhos, pretendeu, com recur

dos do Fundo de Assistência à Saúde, vinculado ao Ministério do Planejamento, construir uma unidade hospitalar. Verificou-se que a viabilidade deste projeto é dependente do momento político, uma vez que ainda não se conseguiu a sua efetivação.

No campo de assistência odontológica, a fim de maior cobertura à referida área, houve investimentos no setor de compras de equipamentos odontológicos, no de contratação de dentistas e no de treinamento de pessoal em THD (Técnica em Higiene Dental). Com isso verificamos a ampliada visão com relação à saúde de população.

A política de saúde deste município, atingido por uma explosão demográfica (experimentando um avanço populacional de 1970 com 20.000 habitantes para 1980 com cerca de 200.000 habitantes), para tornar-se mais efetiva depende de setores, que não exclusivamente o de saúde, ou seja, de transporte, educação, segurança, etc. Torna-se necessária a plena integração da comunidade no planejamento local, na tentativa de estabelecer soluções comuns.

5.3.4. Relacionamento instituição x instituição

Em relação aos organismos assistenciais (creches), inicia-se um desenvolvimento de programas junto às mesas, tentando capacitar seus funcionários à resolução de problemas rotineiros e também orientá-los, de forma geral, no setor que tange à saúde.

5.3.5. Relacionamento funcionário x população

Esse relacionamento dá-se em espaço predominantemente assistencial, na medida em que tenta-se evitar ao máximo a demanda reprimida, resultando no grau máximo dos recursos humanos envolvidos.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS E CONCLUSÕES

Embu, cidade das artes, tem uma realidade moldada a través de explosão demográfica, como fruto da expansão da periferia da Grande São Paulo. Assim sendo, surgem continuamente, loteamentos clandestinos, impossíveis de serem regulamentados, por situarem-se em áreas que se enquadram na legislação da proteção aos mananciais. Prejudica-se de maneira substancial o planejamento e projeções de serviços públicos, estabelecendo-se a prática das improvisações, substituições e conseqüentemente, falhas de cobertura e vazios imensos em setores essenciais como o da saúde. Talvez isto explique a destinação, em 1987, de 10% do orçamento municipal do setor saúde e 37% deste mesmo orçamento ao setor de promoção social, além dos incentivos do AIS e de projetos universitários por parte da Escola Paulista de Medicina e da U.S.P.

Através dos dados estatísticos, nota-se, ainda, uma elevada taxa de mortalidade geral e uma elevada taxa de mortalidade infantil, esta, atualmente em declínio, às custas do componente de mortalidade infantil tardia, que talvez reflita melhor cobertura de saneamento local.

A mortalidade específica experimentou melhor diagnóstico, desaparecendo os óbitos mal definidos, sendo atualmente identificadas como principais causas, as pneumonias, as gastroenterites e os acidentes automobilísticos.

Os instrumentos de saúde são utilizados pela população e embora agindo sobre os problemas de doenças, não conse

guem reduzi-los por sua ação isolada. Notou-se, no decorrer do trabalho, uma busca de otimização dos recursos existentes e encontrou-se dificuldades sócio-econômicas e culturais.

Aspectos sociais foram encontrados nas entrevistas e fetuadas pelo grupo, que deparou com queixas em relação ao acesso aos serviços, a demora no atendimento, falta de medicamentos, pessoal com baixa capacidade resolutiva, ausência de hospital na região, deficiência de transportes, dificuldade de concessões de benefícios do seguro social.

Os aspectos culturais revelados apontaram que, na impossibilidade de conseguir no local, a resolução de seus problemas, a população acaba procurando serviços de emergência localizados em outros municípios, recorre a instituições religiosas ou de promoção social local ou ainda a mecanismos de amortecimentos de problemas locais (como sociedades de bairros, etc).

O aspecto econômico principal pareceu-nos situar-se na falta de produção de riquezas no local, causando todo um problema de infra-estrutura.

Notou-se que, efetivamente, as ações integradas de saúde, não estão correspondendo com as proposições idealizadas quando da sua implantação. A municipalização dos serviços de saúde que, teoricamente, deveria estar resolvendo os problemas da população não têm, até o momento, produzido os resultados tão esperados, mesmo o fato de ter havido uma injeção adicional de recursos, não motivou a equipe como se pre

tendia.

Apesar de ter-se podido inferir estes dados quanto a dificuldades, o grupo sentiu que a pesquisa exploratória qualitativa não conseguiu revelar, pelo reduzido número de pessoas entrevistadas, o total da realidade, mas sim apenas um fragmento de suas vidas.

Durante as entrevistas, um fato marcante, foi a personificação do sistema de saúde na figura do médico, sendo que as responsabilidades pelos óbitos das crianças menores de um ano, situa-se sempre entre Deus e o Médico, passando pela falha do sistema, cujas deficiências geralmente caem em maior peso sobre o próprio médico.

Quanto às entrevistas que se realizou com os acidentados em trabalho, evidenciou-se a lacuna existente entre a responsabilidade assumida por quem gerou o acidente e por quem assumiu o acidentado. Notou-se que fica fácil a empresa descartar o empregado acidentado, substituindo-o por outra mão-de-obra e o Estado assumir uma posição protecionista.

A maioria dos acidentados, trabalhou a vida inteira e quando necessitou de benefício, este comprometeu seu modo de vida e sua sobrevivência por sua insuficiência. Deveria haver modo mais condigno de se tratar com pessoas que viveram todo o tempo produzindo riqueza aos patrões.

Para isto, o grupo sugere uma divisão de responsabilidade com o acidentado, entre a empresa e o governo; para que assim se garanta o direito inalienável do trabalhador de receber auxílio sempre que necessitar.

Finalizar-se-á o relatório estabelecendo-se algumas considerações sobre a experiência do grupo em relação a este trabalho.

O trabalho de campo foi importante como treinamento e aprimoramento das técnicas de entrevistas e de aprendizado de um trabalho exploratório qualitativo. Foi interessante comparar os dados estatísticos com os dados obtidos nas entrevistas, dando vida aos dados numéricos. O ouvir da fala do entrevistado foi um exercício de humanização do lado profissional que ao passar dos anos se enrijesse e tende a se afastar da realidade, limitando-nos apenas a realizar tarefas no dia a dia.

Acreditamos, inicialmente, que a idéia do trabalho seria o aproveitamento das experiências individuais de cada profisional do grupo, contudo, o tema e a forma que nos estabeleceram não foram amplos o suficiente, a ponto de garantir uma maior motivação e participação dos elementos do grupo; restringindo-se aos aspectos médicos e sociais.

Foi de consenso que todo esse exercício se tornou necessário para que se pudesse refletir o que realizar e como ajudar as pessoas para que tenham condições de vida melhores.

7. BIBLIOGRAFIA

1. CAPISTRANO FILHO D. org. Saúde para todos. Um desafio ao município. São Paulo, Hucitec, 1985.
2. CARDOSO, S.T.C., CARVALHO, V.L.M., PEREIRA, E.C. Entrevista realizada dia 19.11.1986.
3. CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE EMBU. Levantamento de Dados. Embu, 1986.
4. CARVALHO, H.V. e SEGRE, M. Medicina Social e do Trabalho. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.
5. CEMITÉRIO N.S. DO ROSÁRIO. Levantamento de dados. Embu, 1986.
6. CERVO, A.L. e BERVIAN, P.A. Metodologia Científica. 3^a ed., São Paulo, McGraw do Brasil, 1983.
7. LAGUNA, E. Como reduzir acidentes do trabalho. Diário do Grande ABC, Santo André, 16 nov. 1986. Caderno B, p. 8.
8. LAKATOS, E.M. Sociologia Geral. 5^a ed., São Paulo, Atlas, 1985.

9. LANDINI, D.M.W. Diagnóstico de Saúde Bucal no Embu. Embu, 1986 |datilografado|.
10. PREFEITURA MUNICIPAL DO EMBU. Levantamento de dados. Embu, 1986.
11. Promoção Social da Prefeitura. Levantamento de dados. Embu, 1986.
12. PRONTUÁRIO BÁSICO DO MUNICÍPIO DE EMBU. Projeto Itapecerica.
13. SÃO PAULO, FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, USP, 1985 |Trabalho de Campo Multiprofissional. Curso de Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública - USP|.
14. SÃO PAULO, FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, USP, 1986 |Trabalho de Campo - Opção Medicina. Curso de Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública, USP|.
15. SECRETARIA DA CULTURA, ESPORTES E TURISMO. Levantamento de dados. Embu, 1986.
16. SECRETARIA DA SAÚDE. Levantamento de dados. Embu, 1986.

ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE SAÚDE DO EMBU
DR. SAULO DE TARSO C. CARDOSO

O Dr. Saulo destacou vários aspectos em relação a panorâmica de saúde no município. Entre as prioridades de sua gestão, está a intenção de incorporar a assistência médica à rede básica de saúde do município. Para tanto, já realizou a ampliação do quadro de profissionais de medicina, contando atualmente com aproximadamente 90 médicos.

No momento, está empenhado em um "abrir de portas" para a população em relação aos serviços de saúde, o que já resultou numa mudança na rotina do atendimento das unidades de saúde, como por exemplo: 'não deixando ninguém sem ser atendido' e ampliando o horário de atendimento das unidades, inclusive com a inauguração de um serviço de pronto atendimento em regime de 24 horas por dia. Sua idéia seria expandir, gradativamente esse serviço para outras unidades de saúde do município.

Um outro objetivo é incrementar a consulta médica em substituição ao elevado número de atendimentos de enfermagem realizados por pessoal auxiliar das unidades sanitárias, com o intuito de elevar a qualidade dos serviços prestados.

O Senhor Secretário fez uma retrospectiva histórica da criação da Secretaria de Saúde do Município: em 1972

com a vinda de um médico da Faculdade Paulista de Medicina, que sensibilizou-se com a precária situação de saúde local, iniciou-se um programa de extensão docente assistencial entre essa instituição e a cidade do Embú, que permanece ativo até hoje.

Em relação à assistência odontológica, delineou suas perspectivas futuras como por exemplo a aquisição de um novo tipo de equipo semi-portátil, de fácil instalação e manuseio que garantiria maior agilidade e cobertura, principalmente das crianças em idade escolar na faixa etária de 7 a 8 anos com projeção futura de estender até a idade de 14 anos em 1988. Para realização deste programa, também serão capacitados THD (Técnicas em Higiene Dental).

Relatou ainda, a inexistência de infra estrutura laboratorial no município, sendo que os exames são encaminhados para o laboratório do Instituto Adolfo Lutz de Itapetininga da Serra, e dependendo da complexidade são encaminhados para o laboratório central em São Paulo.

Refere que a participação popular em relação aos serviços de saúde é pequena, por isso se preocupa com esta questão, pensando, inclusive, na contratação de um educador de saúde para agilizar esta questão.

A vigilância sanitária não é considerada como ponto prioritário, no momento, pois, segundo o modo de entender do secretário, existem outras questões mais urgentes em termos de saúde.

Para a Secretaria de Saúde são destinados 8% do orçamento do município, acrescentando-se a este montante a verba provinda do AIS (Ações Integradas de Saúde) e da CPMS (Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde). Finalmente referiu-se as principais causas de óbito nas diversas faixas etárias destacando além das causas de mortalidade infantil o elevado índice de causas externas, homicídios e acidentes de trânsito, o que justificaria, para o Dr. Saulo, a preocupação da população que coloca a questão segurança como uma de suas prioridades.

ÓBITOS MENORES DE 1 ANO

I. Identificação

1. Nome da criança: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: _____
4. Data de nascimento: ____/____/_____
5. Data de falecimento: ____/____/_____
6. Filiação
 - Mãe: _____
 - Pai: _____
7. Endereço: _____

8. Nome e grau de parentesco do entrevistado: _____

II. Caracterização do óbito

1. Fale sobre gravidez, partos e abortos anteriores.

2. Fale sobre a gravidez da criança que morreu.

3. Fale sobre o parto _____

4. Fale sobre a criança _____

5. Conte como foi a doença da criança (aparecimento dos sintomas, atitudes tomadas, locais procurados, opinião sobre tratamento)--

III. Condições de moradia e higiene

- Observações dos entrevistadores: _____

AFASTADO POR DOENÇA PROFISSIONAL OU ACIDENTE DE TRABALHO

I. Identificação:

- 1. Nome: _____
- 2. Idade: _____
- 3. Sexo: _____
- 4. Data de Nascimento: _____
- 5. Filiação:
Mãe: _____
Pai: _____
- 6. Endereço: _____
- 7. Causa do acidente, segundo o INPS:-----

- 8. Data do acidente:----/--/--

II. Características do emprego

- 1. Conte como era seu emprego, local, atividade, tempo de serviço, horário, etc.)-----

- 2. Conte o que achava sobre seu emprego (transporte, horário, refeição, serviço em si, chefia).

III. Características do afastamento

- 1. Fale sobre o afastamento (causa, tempo de afastamento, 1º sintomas, assistência médica, acidente, providências da empresa, dificuldades).

- 2. Fale sobre o tratamento e as mudanças que o afastamento causo em sua vida.

