

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RELATÓRIO

**DO TRABALHO DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

1989

TCM

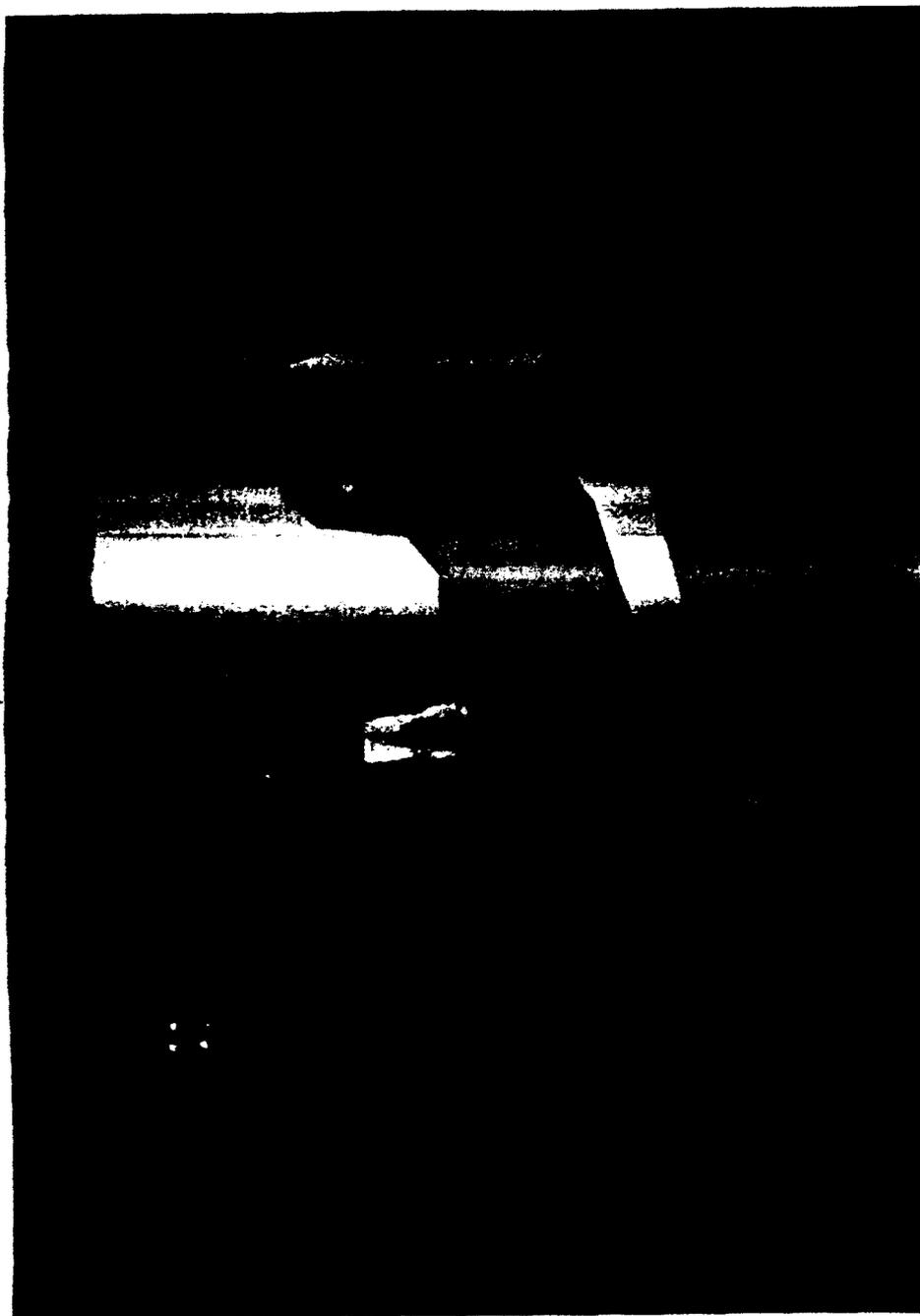
184-GARÇA

134

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL



GARÇA

DEZEMBRO/1989

**ESTUDO DESCRITIVO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA DAS VILAS
ARACELI, SALGUEIRO, JOSÉ RIBEIRO E JARDIM PAINEIRAS E DO DIS-
TRITO DE JAFÁ, DO MUNICÍPIO DE SARÇA.**

Relatório apresentado à Coor-
denação do Trabalho de Cam-
po Multiprofissional - Cur-
so de Especialização em Saú-
de Pública - Faculdade de
Saúde Pública/USP.

SÃO PAULO

1989

GRUPO DE TRABALHO

CARLOS RIBEIRO PIZANTE

CATIA MARTINEZ

EDNA CORREA

JOÃO ROBERTO SANCHES

JOSÉ ESTEBAN PEREZ CARRION

LÍDIA SLAVIK

MANUEL ALBERTO JIMENEZ RODRIGUES

REGINA MAURA CABRAL DE MELO

TEREZA SETSUKO TOMA

CIRURGIÃO DENTISTA

ENFERMEIRA

BIÓLOGA

ENGENHEIRO QUÍMICO

ENGENHEIRO AGRÔNOMO

MÉDICA

PEDAGOGO

FARMACÊUTICA

MÉDICA

SUPERVISOR

JOSÉ ARAÚJO DE OLIVEIRA SANTOS

COORDENADORES

Prof. ANTONIO CARLOS ROSSIN

Prof. ANTONIO GALVÃO FORTUNA ROSA

Profª YVETTE R. VIEGAS

CONSULTORES

Profª EVELYN NAKED DE CASTRO SÁ

Profª SABINA LÉA DAVIDSON GOTLIEB

Prof. ANDRÉ FRANCISCO PILON

Profª EDMEA RITA TEMPORINI

Profª ISABEL MARIA TEIXEIRA BICUDO DE OLIVEIRA

Profª SANDRA MARIA OTTATI DE OLIVEIRA NITRINI

Profª CÁSSIA MARIA BUCHALLA

Prof. JOSÉ CAVALCANTI DE QUEIROZ

Prof. ROQUE PASSOS PIVELLI

Profª MARIA CECÍLIA FOCESI PELLICIONI

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho e em especial:

À PREFEITURA MUNICIPAL DE GARÇA NA PESSOA DO EXMO. SR. PREFEITO JOSÉ PANZA NETO.

AO DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SEUS COLABORADORES.

AOS FUNCIONÁRIOS DOS DEPARTAMENTOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO E CULTURA, DELEGACIA DE ENSINO DE GARÇA, CETESB E SAAE.

AOS MORADORES DAS VILAS ARACELI, SALGUEIRO, JOSÉ RIBEIRO E JARDIM PAINEIRAS.

AO NOSSO AMIGO E MOTORISTA SR. JOSÉ.

AOS PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA.

HOMENAGEM

ESPECIAL

A você SANTOS que, mais do que orientador e companheiro de grupo, tornou-se nosso amigo,

Nossa Homenagem

e

Sinceros Agradecimentos

GARÇA, SENTINELA DO PLANALTO

Ó Jovem Garça, meu abraço amigo
Quero contigo decantar meu verso
Saudando os filhos desta terra amante
Na voz cantante de teu povo terso.

Valham-me as musas se cantar eu posso
Tudo que é nosso, no sublime altar
Da poesia, mensageira amiga
Desta cantiga que me faz rimar.

Terra fecunda, cafezais imensos
Vergeis extensos matizando o chão,
São tuas fontes de riqueza fartas,
Que não se aparta de adestrada mão.

Privilegiada pela natureza
Sob a turqueza do teu céu de anil,
Cantas o poema da poesia casta
Na voz que exalta teus encantos mil.

Não morre o bravo que defende a glória
Dos teus, na história ficará lembrado
Hão de os poetas decantar-lhe os feitos
Em sãos conceitos com Pujante Brado.

Talvez um dia cantarás comigo
Afeto abrigo de Risonha Aurora
E, nesse instante ficaremos juntos
Rendendo cultos aos heróis da história.

Cesarino Avino Sêga
Garça 22/10/85

I	. INTRODUÇÃO.....	01
II	. METODOLOGIA.....	02 a 03
	Fase Preparatória	02
	Trabalho de Campo	02 a 03
	Apuração e Análise de Dados	03
	Elaboração do Relatório Final.....	03
III	. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	
	Aspectos Históricos.....	04
	Características Geográficas	05 a 06
	Vias de Comunicação.....	07
	Aspectos Políticos-Administrativos	07
IV	. INFRA-ESTRUTURA SANITÁRIA	
	Abastecimento de Água.....	08 a 11
	Sistema de Esgoto Sanitário	12
	Limpeza Urbana.....	13
V	. SERVIÇOS DE SAÚDE	
	Descrição dos Serviços Médicos.....	14 a 26
	Análise dos Serviços Médicos e dos Programas.....	27 a 34
	Análise da Produção e dos Indicadores de <u>Ava</u> <u>liação</u> das Atividades do Sub-Programa de <u>Saú</u> <u>de Bucal</u>	35 a 41
VI	. DADOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	
	Características Demográficas	42 a 44
	Indicadores de Mortalidade.....	45 a 51
	Conclusão.....	51
VII	. ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS VILAS: ARACELI, SALGUEIRO, JOSÉ RIBEIRO E JARDIM PAINEIRAS	
	Inquérito Domiciliar	
	Amostragem e Coleta de Dados	52 a 54
	Caracterização da População.....	55 a 58
	Caracterização dos Domicílios.....	59
	Condições de Saneamento e Hábitos de Higiene.....	60 a 61
	Assistência Odontológica.....	62
	Morbidade de Adultos.....	62 a 65
	Assistência à Saúde da Criança.....	66 a 71
	Assistência à Saúde da Mulher.....	72 a 76
	Caracterização da Favela.....	77 a 80

I- INTRODUÇÃO

São inúmeros os problemas relativos à Saúde Pública no Brasil, e a participação do Sanitarista nestes problemas, pode e deve ser de fundamental importância.

A busca do ensino, da pesquisa, da aplicação de conhecimentos junto à comunidade e conscientização dos profissionais da área de Saúde, devem ser preocupações constantes de uma universidade.

A Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Saúde Pública, demonstra possuir tais características, ao promover no Curso de Especialização, o Trabalho de Campo Multiprofissional.

E foi, através deste estágio de campo, que nossa equipe pode ir à cidade de Garça e aplicar os conhecimentos adquiridos neste Curso de Especialização.

O presente trabalho foi elaborado e executado por uma equipe multiprofissional composta por: uma bióloga, um cirurgião dentista, uma enfermeira, dois engenheiros, uma farmacêutica, duas médicas e um pedagogo, nas Vilas Araceli, José Ribeiro, Salgueiro e Jardim Paineiras, além de um levantamento epidemiológico de cárie no Distrito de Jafa, município de Garça no ano de 1989.

O objetivo do trabalho foi de analisar as condições de saúde/doença do município como um todo e em particular da região acima citada.

Com este relatório, espera-se proporcionar subsídios às autoridades locais no sentido de aprimorar as condições de saúde da região.

II- METODOLOGIA

O T.C.M. foi desenvolvido segundo as diretrizes gerais da Comissão Organizadora dos Estágios de Campo da Faculdade de Saúde Pública, procurando concentrar-se em quatro fases a saber: fase preparatória, trabalho de campo propriamente dito, apuração e análise de dados e elaboração do relatório.

FASE PREPARATÓRIA

Esta fase,, que se estendeu de julho a setembro de 1989, consistiu em contatos preliminares com a Prefeitura do Município de Garça e uma visita prévia à cidade, com a finalidade de definir em conjunto as atividades a serem desenvolvidas, além da obtenção de dados e relatórios junto às Fundações IBGE e SEADE, CIS, SABESP, CETESB e SUDS-R-45 (Marília). Esta visita prévia e os dados obtidos através das instituições anteriormente citadas, foram fundamentais na determinação dos objetivos a serem alcançados e para elaboração do relatório final sobre as condições de saúde do Município.

As atividades realizadas, em concordância com as autoridades de Garça foram as seguintes:

1. Análise dos Indicadores de Saúde e da Rede de Serviços.
2. Observação das condições de Saneamento do Meio.
3. Inquérito domiciliar
4. Avaliação da Educação em Saúde.
5. Levantamento epidemiológico de cárie no distrito de Jafa.

A Prefeitura de Garça indicou as Vilas Araceli, José Ribeiro, Salgueiro e o Jardim Paineiras como objeto de estudo do T.C.M., por se tratarem, segundo ela, das áreas mais carentes do Município. Quanto ao levantamento odontológico optou-se por realizá-lo em Jafa (distrito de Garça), local de população carente e que não possuía água fluoretada.

Os detalhes da metodologia de cada atividade são detalhados nos capítulos específicos.

TRABALHO DE CAMPO

No período de 18 a 22 de setembro de 1989 todos os elementos da equipe foram a campo aplicar os questionári

os domiciliares, realizar entrevistas com autoridades da área de saúde, visitar Escolas, Hospitais, Centros de Saúde, Serviços de Água e Esgoto e outros locais que pudessem contribuir para retratar as condições de Saúde da Região.

APURAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para a apuração dos dados utilizou-se um micro-computador Toshiba T1200 portátil, software DBASE III PLUS (banco de dados), no qual foram inseridas todas as informações colhidas com os questionários, para posterior cruzamento de informações e realização de sua análise.

A análise dos dados foi realizada com intuito de fazer um diagnóstico para caracterizar a região e fazer sugestões, se cabíveis, através desse diagnóstico.

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Para elaboração do relatório, os componentes da equipe se subdividiram para dinamizar o processo, sem no entanto, permitir que o Trabalho ficasse segmentado, procurando manter a unidade da equipe, tanto na distribuição das tarefas como em idéias e conceitos.

Contando sempre com a orientação e suporte de diversos departamentos da F.S.P. procurou-se realizar um relatório que fosse o mais fiel possível às condições de Saúde do Município de Garça.

III- CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

ASPECTOS HISTÓRICOS

Partia de Campos Novos em julho de 1916 (localizada entre o Rio Peixe e o Paranapanema, na altura de Salto Grande), o Dr. Labieno da Costa Machado, que atravessou a mata virgem com a primeira bandeira e estabeleceu-se nestas terras.

Ao atingir as margens do Rio Peixe, numa das nascentes descobriram um afluente na margem direita e seguindo o leito do novo rio chegaram à sua nascente e nesta acamparam definitivamente, construindo os primeiros ranchos. Chamaram de Ribeirão da Garça o afluente do Rio Peixe que os levou até este local.

As construções foram feitas à direita da cabeceira do Ribeirão da Garça iniciados pelo Dr. Navarro J. Cintra.

Em 4 de outubro de 1924, juntamente com outras pessoas, o Dr. Labieno da Costa Machado fundou a localidade de Garça, então distrito de Campos Novos.

A cidade originou-se em dois núcleos: Ferrarópolis e Labienópolis devido aos nomes dos dois fundadores de Garça: o Dr. Carlos Ferrari e o Dr. Labieno da Costa Machado, pois cada qual ficou em um núcleo.

A princípio Garça recebeu o nome de INCAS, depois ITALINA e finalmente o nome de Ribeirão da Garça devido à nascente existente em seu perímetro urbano.

Em 29 de dezembro de 1925, pela lei estadual nº 2100 sua sede passou à categoria de Vila. Pela lei estadual nº 2300 de 27 de dezembro de 1928, elevou-se à Município, o que só ocorreu em 5 de maio de 1929, considerando-se esse como o "Dia do Município".

Em 12 de outubro de 1935 elevou-se a categoria de Comarca. O primeiro prefeito de Garça foi o Dr. Antonio Augusto de Andrade Nogueira em 1929, sendo seu atual sucessor o Sr. José Panza Neto.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DO MUNICÍPIO

RELEVO

A cidade de Garça tem relevo de grande homogeneidade, localizada na região do Planalto Meridional ondulado, em terras de espigões, onde se dão as nascentes dos rios Tibiriçá, Peixe e Feio.

O solo é de constituição arenosa e propicia a erosão, acarretando muitos problemas. Possui altitude máxima de 682 metros e mínima de 560, não existindo grandes declives; sua longitude é de 49 graus, 39 minutos e 4 segundos e a latitude 22 graus, 12 minutos e 55 segundos.

HIDROGRAFIA

Sua rede possui pequenos afluentes sendo que entre eles estão os Rios: Tibiriçá, Peixe, Ribeirão da Garça, Ribeirão Alegre, Rio Santo Inácio, São João e Córrego da Barca.

CLIMA

Seu tipo é quente-temperado, com a média anual de temperatura de 22°C.

Os ventos predominantes são do sul, porém são frequentes os ventos leste-oeste e vice-versa, com rajadas significativas, sendo a última considerada violenta com a destruição de algumas casas e estabelecimentos.

As chuvas são abundantes e regulares com alguns temporais.

VEGETAÇÃO

O Município de Garça situa-se na região florestal, com boa fertilidade do solo para a agricultura. Predominam as culturas de café e outras como amendoim, algodão e milho.

A Atividade econômica básica é a agropecuária, onde predominam as culturas de café, amendoim, algodão e milho, e a criação de bovinos, suínos e aves.

O setor industrial conta com diversas fábricas, dentre elas a de óleos vegetais, farinha de mandioca, ladrilhos, bolachas, balas e portões eletrônicos, num total de 70 indústrias e 630 estabelecimentos comerciais.



Fig. 1- DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA - SUDS-45 - MARÍLIA

VIAS DE COMUNICAÇÃO

FERROVIÁRIA

Por esta via a cidade de Garça está a 49 Km de São Paulo. Servida pela rede da FEPASA o trajeto se faz entre 6 e 7 horas de viagem.

RODOVIÁRIA

O Município dista a 420 Km da Capital do Estado por esta via, sendo ligada por rodovias asfaltadas, principalmente pela auto-estrada Presidente Castelo Branco. De Marília dista 36 Km e de Bauru 76 Km, ambas ligadas por vias asfaltadas. Possui estradas municipais, a maioria em bom estado de conservação.

ASPECTOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS

O Município de Garça está localizado na região Administrativa de Marília (Figura 1).

Seus limites são:

Ao Norte: com os Municípios de Álvaro de Carvalho e Presidente Alves.

Ao Sul : com os Municípios de Alvilândia e de Lupércio.

À Leste : com o Município de Galia.

À Oeste : com o Município de Vera Cruz..

Pertencem ainda a esta região administrativa os seguintes municípios: Pompéia, Oscar Bressane, Oriente, Echaporã, Júlio Mesquita, Ocaçu e Marília, além do distrito de Jafa.

A área do Município de Garça é de 554 Km², sendo que a área urbana corresponde a 6 Km² e o rural a 548 Km².

A estimativa de população para 1989, segundo a Fundação SEADE é de 45.800 habitantes, dos quais 23.144 homens e 22.656 mulheres.

Segundo o Censo Demográfico de 1980, 68.2% da população moravam na área urbana e 31.8% na área rural. Ainda, 73.0% da população era alfabetizada.

IV- INFRA-ESTRUTURA SANITÁRIA

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

No Município de Garça desde 26 de junho de 1969, os serviços de Água e Esgoto estão sob a responsabilidade da Autarquia SAAE (Serviço Autônomo de Água e Esgoto) que pela lei nº 1208, passa a ser responsável pela execução dos serviços de natureza técnica e administrativa utilizando recursos próprios.

Data de 1952 a implantação de sistemas públicos de abastecimento de água, cujos mananciais eram poços profundos pertencentes a particulares. Existia também a utilização, por parte da Prefeitura Municipal, de águas provenientes de drenos situados na Fazenda Cascata, que serviam parte da cidade.

O início do funcionamento da Estação de Tratamento de Água se deu em 1963, quando a mesma passou a fornecer água distribuída à comunidade.

A princípio foram utilizadas somente como manancial, as águas dos drenos da Fazenda Cascata, tendo sido desativados os poços profundos.

Mais tarde, como reforço, passou-se a utilizar também água proveniente do Córrego do Barreiro que em Sistema de Recalque passou a conduzir até a Estação de Tratamento

DESCRIÇÃO DO SISTEMA EXISTENTE

MANANCIAIS:

1. Águas Subterrâneas (Drenos - Fazenda Cascata)

O Sistema de captação de água subterrânea por drenos é conhecido por "Os Drenos" ou "B-2". Seu funcionamento é irregular e suas águas encaminhadas a um reservatório aberto (2.400m³).

Daí as águas são recalçadas para a Estação de Tratamento que está a um nível de 110m acima do sistema de captação B-2.

Os drenos apresentam uma vazão média mínima de 20l/s.

2. Córrego do Barreiro

Este córrego é afluente da margem esquerda do Rio

Feio (manancial de Marília), com uma vazão média de 255 l/s.

As águas são relativamente limpas, porém apresentando bastante areia devido a problemas de carreamento, muito comuns na região

Para contornar este problema, o sistema foi construído de maneira a evitar a entrada de areia no poço de sucção.

O sistema de captação é conhecido por B-1, tem uma altura manométrica de 143 m.c.a., e suas águas são lançadas no mesmo reservatório do sistema B-2.

RECALQUE

As adutoras tanto do sistema B-1 para o sistema B-2 como do sistema B-2 para a ETA são de ferro fundido e de diâmetro 400mm, com comprimentos, respectivamente, de 2.430 e 2.780 m.

Ambos os sistemas apresentam proteção contra golpe de ariete por meio da válvula antigolpe de colchão de ar.

Bombas do Sistema B-1 e B-2.

Características

2 Bombas	1 Bomba
vazão=240 m ³ /h	vazão=300 m ³ /h
H=130 m.c.a	Potência=200 HP
Potência=170 HP	r.p.m.=3.500
r.p.m.=1.770	H=130 m.c.a.
tipo =E. 175.2	

Em cada sistema existem 3 bombas, que operam 2 de cada vez, ficando a outra para eventuais falhas ou para substituição no momento de manutenção.

ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA (ETA)

O sistema de tratamento utilizado pelo município de Garça é do tipo convencional, tendo uma capacidade de 12.000 m³/dia:

Atualmente são tratadas 6.000 m³/dia de água.

A vazão é medida através de cálculo de horas de funcionamento das bombas.

As dosagens de Sulfato de Alumínio e Cal são reali

zadas por dosadores de caneca.

O cloro é dosado através de ejetor sendo normalmente utilizado cilindro de cloro, e sempre há um dosador de reserva para eventualidades.

A dosagem de fluor é realizada por via úmida, e utiliza-se o ácido fluor silícico numa dose de 0,7 p.p.m.

No processo de coagulação, o que ocorre é uma mistura muito lenta, ocorrendo problemas na floculação que é feita em dois flocculadores em série com sistema mecânico de eixos verticais.

A decantação ocorre em duas câmaras em paralelo com um tempo de 4 horas.

Para a filtração existem três filtros de gravidade, e como meio filtrante utiliza-se a areia. A limpeza é feita a contra-corrente, através da água proveniente do reservatório elevado, a cada 48 horas.

O controle operacional é realizado em parte pelo próprio pessoal qualificado da ETA, sendo as análises necessárias realizadas pela CETESB, que dispõe de melhores condições laboratoriais.

Quanto a manutenção e operação observou-se que são boas, exceto na área de captação por drenos da Fazenda Cascata, onde ambas deixaram a desejar, principalmente no que diz respeito às caixas de inspeção.

RESERVAÇÃO

Existem dois Sistemas de Reservatórios na ETA.

No Reservatório semi-enterrado, a água já se encontra com o pH corrigido e também clorada. A capacidade deste reservatório é de 4.000 m³, e ele abastece diretamente à rede da parte baixa da cidade, através de um sistema de recalque.

O segundo Reservatório é elevado e abastece a parte alta da cidade. Este tem uma capacidade de 400 m³ e recebe água do reservatório semi-enterrado através do sistema de recalque e uma sub-adutora de 8" (200 mm) de diâmetro.

A capacidade total de reservação chega a 5.250m³.

A extensão da rede é de 139 Km e o número de liga-

ções até o ano de 1987 era de 7.492.

As ligações com hidrômetro totalizavam 7.376, das 6.532 em residências, 763 comerciais e públicas e 81 industriais.

No geral o abastecimento de Água nos domicílios particulares permanentes estava assim distribuído em 1980:

TABELA 1 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS PERMANENTES (GARÇA, 1980)

Tipo de Ligação	Domicílios	
	Nº	%
com canalização Interna	5.037	79,5
sem canalização Interna	1.300	20,5
T O T A L	6.337	100,0

FONTE: IBGE - Censo demográfico de 1980

Comparando com a tabela abaixo, do inquérito realizado nos bairros, verificamos que as ligações internas aparecem em grande proporção

TABELA 2 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS DOS BAIRROS ESTUDADOS (GARÇA, 1989)

Tipo de ligação	Domicílios	
	Nº	%
com canalização Interna	183	83,2
sem canalização Interna	35	15,9
outra forma	2	0,9
T O T A L	220	100,0

FONTE: Inquérito realizado pelos alunos F.S.P. da USP

CONCLUSÃO

A cidade de Garça está muito bem servida de água, com uma qualidade muito boa, conforme opinião da população pesquisada e também pelas análises que demonstram que a água é potável e está dentro dos padrões determinados por lei.

SISTEMA DE ESGOTO SANITÁRIO

A cidade de GARÇA apresenta dois pontos terminais de lançamento de esgoto, sendo o primeiro no córrego Tibiriça e outro no córrego da GARÇA.

Atualmente não há tratamento do esgoto, sendo que anteriormente havia uma estação de tratamento que teve seu funcionamento interrompido devido a problemas de carreamento de areia, impedindo a descarga de lodos.

Existem dois projetos de tratamento de esgoto para solucionar o problema, porém deve-se estudar qual o mais viável tecnicamente e economicamente.

A extensão da rede em 1987 era de 112 Km e o número de ligações de 7.117 Km.

Conforme o destino e a frequência das ligações de esgoto doméstico temos a seguinte distribuição na Tabela abaixo.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DE ACORDO COM O TIPO DE DESTINAÇÃO DOS ESGOTOS DOMÉSTICOS (BAIRROS DE GARÇA, 1989).

Destinação dos Esgotos	Domicílios	
	Nº	%
Rede Pública	199	90,4
Fossa	18	8,2
Céu Aberto	2	0,9
Outros	1	0,5
T O T A L	220	100,0

FONTE: Inquérito Domiciliar feito pelos alunos da F.S.P. da USP.

LIMPEZA URBANA

O serviço de coleta e disposição final do lixo são realizados pela Prefeitura da cidade de Garça.

A coleta do lixo doméstico utiliza caminhões com carroceria especial e compactação, assim como também caminhões de carroceria aberta para diferentes coletas.

O lixo hospitalar é recolhido em latões pequenos, são "incinerados" (queimados) e levados para um aterro.

Segundo informações, o lixo doméstico tem um destino final diferente daquele dos lixos hospitalares.

O destino final do lixo doméstico nada mais é do que um aterro a "céu aberto" que dista da cidade 4 km, numa área praticamente plana, ao lado da rodovia de saída de Garça.

O material é disposto em fileiras perpendiculares à estrada, e observou-se que não havia a compactação do lixo e nem o aterramento o que ocasiona mau cheiro devido a fermentação e putrefação, ocorrendo proliferação de moscas.

Um grande problema também, foi a presença de catadores, devido a área ser de fácil acesso e o lixo ficar à disposição dos mesmos.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS SEGUNDO PERIODICIDADE DOS SERVIÇOS DE COLETA DE LIXO DOMICILIAR (BAIRROS DE GARÇA 1989).

Periodicidade	Domicílios	
	Nº	%
Todos os dias	181	82,3
Cada 2 dias	12	5,4
Cada 3 dias	6	2,7
De forma irregular	5	2,3
Nunca	13	5,9
Prejudicados	3	1,4
T O T A L	220	100,0

FONTE: Inquérito feito pelos alunos da F.S.P. da USP

V- SERVIÇOS DE SAÚDE

Para a obtenção de dados foi utilizado um Roteiro de Entrevista, aplicado ao Diretor Municipal de Saúde, segue um **ANEXO III**, e visitas aos serviços de saúde do município, onde responsáveis e funcionários forneceram informações contidas neste capítulo.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

A saúde da população do município está sob a responsabilidade dos Serviços Públicos, Serviços Privados (filantrópicos e lucrativos), Serviços conveniados com o Estado e Serviços credenciados e/ou contratados assim distribuídos:

- SERVIÇOS PÚBLICOS

Centro de Saúde II de Garça

Posto de Atendimento Médico Sanitário de Vila Araceli

Posto de Atendimento Médico Sanitário de Labienópolis

Posto de Atendimento Médico Sanitário de Vila Ribeiro

Posto de Atendimento Médico Sanitário de Jafa

Sindicato Rural de Garça

- SERVIÇOS PRIVADOS

Hospital e Maternidade Samaritano

Hospital São Lucas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Garça; os quais são entidades filantrópicas.

- SERVIÇOS CONVENIADOS COM O ESTADO

Anexo Psiquiátrico do Hospital São Lucas

Sanatório André Luiz

Clínica de Repouso de Garça.

- SERVIÇOS CREDENCIADOS E/OU CONTRATADOS

Clínica de Repouso Santa Helena e ainda consultórios e clínicas de caráter lucrativo.

No que diz respeito ao Serviço Bucal, pertencem ao setor público, dez escolas equipadas com consultório odontológico:

E.E.P.G. Manuel Joaquim Fernandes

E.E.P.G. Prof. Nely Carbonieri de Andrade

E.E.P.G. Profª Maria do Carmo Pompeu Castro

E.E.P.G. Alcyr da Rosa Lima
E.E.P.G. Prof^a Lygia Ione C. Marques
E.E.P.G. Hilmar Machado de Oliveira
E.E.P.G. Prof. João Crisistomo
E.E.P.G. Prof^a Norma Mônica Truzzi (Jafa)
E.E.P.G. Hatsue Toyota
E.TAESG. Dep. Paulo Ornelias C. de Barros.

Essas escolas oferecem atendimento odontológico à população escolar.

O município não possui serviços próprios do INAMPS, ou seja, os Postos de Assistência Médica (PAM), contando apenas com serviços prestados por profissionais credenciados aos beneficiários da previdência.

Na tabela 5, apresentam-se os serviços atualmente existentes no município, seguidos de uma análise qualitativa dos mesmos.

Com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que visa basicamente a descentralização na gestão, regionalização e hierarquização dos serviços, unidade na condução das políticas, integração das ações e participação da população, os serviços de saúde do município passaram a trabalhar de maneira integrada, cabendo ao município a responsabilidade de administrar os recursos financeiros através de verbas próprias e dos convênios repassados pelo SUDS-R-45 Marília, que responde também pelo apoio técnico necessário às unidades de Saúde do município.

TABELA 5 - UNIDADES ASSISTENCIAIS COM SUAS CARACTERÍSTICAS, POR INSTITUIÇÃO GERENCIADORA, NO MUNICÍPIO DE GARÇA, SETEMBRO DE 1989 - SUDS - 45 - MARÍLIA.

INSTITUIÇÃO GERENCIADORA		UNIDADES CARACTERÍSTICAS	Unidade Básica de Saúde	Laborat ^o rios	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico	Ambulatórios	Outros	
Serviços Públicos	Municipais	nº unidades	4	-	-	-	-	-	
		nº Consultórios	7	-	-	-	-	-	
		nº equipo odont.	3	-	-	-	-	-	
		nº leitos	-	-	-	-	-	-	
Serviços Estaduais	Estaduais	nº unidades	1	-	-	-	-	-	
		nº consultórios	6	-	-	-	-	-	
		nº equipo odont.	1	-	-	-	10	-	
		nº leitos	-	-	-	-	-	-	
Serviços Conveniados com INAMPS	Entidades Filantrópicas	nº unidades	-	2	2	1	-	-	
		nº consultórios	-	-	12	5	-	-	
		nº equipo odont.	-	-	2	-	-	-	
		nº leitos	-	-	378	130	-	-	
	Sindicato	Sindicato	nº unidades	-	-	-	-	2	-
			nº consultórios	-	-	-	-	1	-
			nº equipo odont.	-	-	-	-	1	-
			nº leitos	-	-	-	-	-	-
Serviços conveniados com o Estado	Estado	nº unidades	-	-	-	3	-	-	
		nº consultórios	-	-	-	7	-	-	
		nº equipo odont.	-	-	-	-	-	-	
		nº leitos	-	-	-	500	-	-	
Serviços credenciados e/ou contratados	Contratados	nº unidades	-	1	-	1	-	-	
		nº consultórios	-	-	-	3	-	15	
		nº equipo odont.	-	-	-	-	-	1	
		nº leitos	-	-	-	87	-	-	

FONTE: PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE GARÇA

TABELA 5 - UNIDADES ASSISTENCIAIS COM SUAS CARACTERÍSTICAS, POR INSTITUIÇÃO GERENCIADORA, NO MUNICÍPIO DE GARÇA, SETEMBRO DE 1989 - SUDS - 45 - MARÍLIA.

INSTITUIÇÃO GERENCIADORA		UNIDADES CARACTERÍSTICAS	Unidade Básica de Saúde	Laborat_rios	Hospital Geral	Hospital Psiquia-trico	Ambula-tórios	Outros	
Serviços Públicos	Municipais	nº unidades	4	-	-	-	-	-	
		nº Consultórios	7	-	-	-	-	-	
		nº equipo odont.	3	-	-	-	-	-	
		nº leitos	-	-	-	-	-	-	
Serviços Estaduais		nº unidades	1	-	-	-	-	-	
		nº consultórios	6	-	-	-	-	-	
		nº equipo odont.	1	-	-	-	10	-	
		nº leitos	-	-	-	-	-	-	
Serviços Conveniados com INAMPS	Entidades Filantrópicas	nº unidades	-	2	2	1	-	-	
		nº consultórios	-	-	12	5	-	-	
		nº equipo odont.	-	-	2	-	-	-	
		nº leitos	-	-	378	130	-	-	
	Sindicato		nº unidades	-	-	-	-	2	-
			nº consultórios	-	-	-	-	1	-
			nº equipo odont.	-	-	-	-	1	-
			nº leitos	-	-	-	-	-	-
Serviços conve-nciados com o Esta-do		nº unidades	-	-	-	3	-	-	
		nº consultórios	-	-	-	7	-	-	
		nº equipo odont.	-	-	-	-	-	-	
		nº leitos	-	-	-	500	-	-	
Serviços cre-enciados e/ou contratados		nº unidades	-	1	-	1	-	-	
		nº consultórios	-	-	-	3	-	15	
		nº equipo odont.	-	-	-	-	-	1	
		nº leitos	-	-	-	87	-	-	

FONTE: PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE GARÇA

O SUDS-R-45 está localizado no município de Marília e abrange as seguintes cidades: Álvaro de Carvalho, Alvelândia, Echaporã, Gália, Garça, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocauçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia, Vera Cruz.

Atualmente possui uma equipe multiprofissional que atua em diversas áreas como Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e nos vários programas estabelecidos pela Secretaria de Saúde. Estes profissionais elaboram a organização e coordenação das atividades de treinamento e implantação dos programas mais a nível técnico e realizam supervisão nas unidades de Saúde quando necessária, ou quando solicitado.

O laboratório do Instituto Adolfo Lutz existente em Marília está vinculado diretamente ao SUDS-R-45, e serve de referência às unidades de saúde de todos os municípios. Para este são encaminhados exames colhidos nas unidades de saúde de Garça, e os tipos mais comuns são os exames de sangue, Bioquímicos, Sorológicos, exames de fezes e exames de urina.

Para exames de maior urgência, é utilizado o laboratório do Hospital São Lucas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Garça.

O orçamento geral da Prefeitura, definido pelo próprio prefeito e assessores para o setor saúde para o ano de 1989, foi de 13%. Desta quantia 50% estão alocados para pessoal, e o restante será distribuído conforme necessidade de uso.

A contratação de recursos humanos é feita pelo próprio município, de acordo com as metas estabelecidas no Plano Diretor, e o processo escolhido é o Concurso Público.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência, o município de Garça funciona mais como referência do que contra-referência. São referência para Garça: Santa Casa de Marília, Hospital das Clínicas de Marília, Hospital Marília, Hospital São Francisco em Marília, Gota de Leite em Marília, Hospital Espírita de Marília, e Assistência São Vicente de Paulo em Vera Cruz. Para as unidades de saúde de Garça, o Centro de Saúde II é referência para os postos (PAS), e os hospitais do município são referência para todas as unidades básicas de saúde. Segundo o Sr. Diretor de Saúde do Município de Garça, este mecanismo sofre algumas fa-

lhas por falta de colaboração dos profissionais médicos no que diz respeito ao preenchimento de papéis, ficando assim a troca de informações interrompidas.

Em relação à questão de material, tanto a aquisição, reposição e manutenção do mesmo, é de responsabilidade da própria prefeitura. Os pedidos são feitos pelos postos (PAS) semanalmente ao Centro de Saúde II (C.S. II), porém segundo funcionários dos Postos, seu retorno nem sempre é rápido.

Geralmente são pedidos materiais de consumo e medicamentos, ficando os materiais permanentes solicitados após planejamento e elaboração do Plano Diretor, que é feito anualmente.

A parte de imunização, ou seja, as vacinas são fornecidas pelo SUDS de Marília, ficando estocadas no Centro de Saúde II e distribuídas aos Postos (PAS) sempre que necessário.

Na falta de alguns medicamentos, o SUDS de Marília também fornece ao município.

A supervisão das unidades e seus serviços, são feitos por cada chefe de serviço que ficam lotados no Centro de Saúde II. Esta supervisão não é planejada ou sistematizada, e sim feita de acordo com a necessidade ou quando solicitada, com objetivo técnico, segundo normas técnicas estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado .

A nível de município, a supervisão é feita pelo pessoal do SUDS de Marília, que geralmente visitam o Centro de Saúde II.

No campo da Capacitação de Pessoal, treinamento e reciclagem, não existe nenhum tipo de trabalho mais estruturado nessa área, sendo que, segundo o Diretor de Saúde do Município, é realizada pelos próprios chefes de serviços, enfocando mais as normas e rotinas para médicos e dentistas. Para enfermagem, os funcionários aprendem o serviço com os mais velhos, sob a supervisão da enfermeira que já recebe um treinamento de 40 dias na área administrativa, ao ser admitida.

No funcionalismo, os médicos, dentistas e enfermeiras recebem uma gratificação para complementação salarial. Os direitos a abonos, férias e outros, são iguais para todos os funcionários.

O SUDS de Marília é encarregado de toda a análise de dados dos municípios. Possuem computadores e pessoal especializado, o que facilita a tabulação dos dados, fornecendo resultados mais rápidos de produção e indicadores de avaliação dos serviços de Saúde.

CENTRO DE SAÚDE II

Instituição pública, localizada em região nobre da cidade, de construção moderna e arejado, de fácil circulação interna para usuários e funcionários, e atualmente pequeno para sua demanda.

Dispõe de cinco consultórios médicos, um consultório de oftalmologia e um consultório odontológico, uma sala para farmácia e almoxarifado, duas salas para área administrativa, cozinha, recepção, arquivo, sala de espera, sala de inalação e curativo, sala de vacinação, banheiros para funcionários e para usuários, sala de pré e pós consultas, e garagem para viatura administrativa.

O Centro de Saúde II realiza atividades de caráter preventivo, tais como: vacinação, suplementação alimentar, acompanhamento do crescimento da criança, vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, vigilância sanitária, atividades de assistência odontológica.

Na assistência médica oferece consultas nas áreas de pediatria, oftalmologia, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, urologia, cardiologia, neurologia, tuberculose, hanseníase, psiquiatria, dermatologia, gastroenterologia, assistência psicológica; grupos de saúde da criança, que acompanham o desenvolvimento pondero estatural e desenvolvimento neurológico; na saúde do adulto, com grupos de hipertensos e de diabéticos; na saúde da mulher, com pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer uterino (Papanicolau).

Os exames laboratoriais são colhidos no Centro de Saúde 2 vezes por semana e feitos no Instituto Adolfo Lutz (Marília), ou nos laboratórios locais conveniados ao SUDS. Os testes para dosagem instantânea de glicemia são feitos no local

com os glicômetro (aparelho que realiza leitura no momento da coleta, apenas com uma picada no dedo e com a gota de sangue). Faz-se ainda Eletrocardiograma e eletroencefalograma.

Outros atendimentos também são oferecidos pelo Centro de Saúde, como: inalação, aplicação de medicamentos (inclusive insulina), curativos, distribuição de medicamentos e encaminhamentos para outros serviços através da Assistente Social.

Os recursos humanos são contratados pelo Estado e pela Prefeitura: vinte e um médicos, dois cirurgiões dentistas, duas enfermeiras, quatro visitantes sanitários, seis agentes de saneamento, dois motoristas, nove atendentes de enfermagem, dois serventes, e uma assistente social.

Parte do movimento do Centro de Saúde é constituído por agendamento anterior, e outra parte pela demanda do próprio dia; a população que o frequenta é caracterizada, em sua maioria, por pessoas carentes, porém muitas pessoas o procuram por motivo de preferência médica.

Um dos maiores problemas que a unidade vem enfrentando é a questão da planta física que está pequena, não suportando o atendimento à toda população que o procura. Apesar de não possuir um instrumento que mede e avalia a demanda reprimida, isto é as pessoas que chegam a unidade para um atendimento, e este não é possível pois o agendamento está completo.

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SANITÁRIA DE VILA ARACELI

Instituição pública, localizada na região urbana do município, dentro da área escolhida pela prefeitura para o desenvolvimento deste trabalho.

Inaugurado em novembro de 1986, funciona em três períodos, isto é das 7:00h às 17:00h, fechando neste horário e reabrindo às 18:00h até às 22:00h, por motivo de falta de funcionário neste intervalo de uma hora.

Ainda não possui rotinas do próprio posto. São seguidas as normas e rotinas vindas do Centro de Saúde.

A população atendida inicialmente, era

as pessoas mais carentes, isto é de baixo nível econômico. Com o passar do tempo sua demanda mudou de caracterização, atendendo agora pessoas de médio nível econômico.

Dispõe de três consultórios médicos, um consultório odontológico; uma sala de vacina que é usada para pós consulta de pediatria; uma sala para almoxarifado; farmácia; refeitório e pós consulta de adulto e gestante; uma sala para laboratório; uma área para recepção; fichário e arquivo.

Da mesma maneira que o centro de saúde, o posto realiza atividades de caráter preventivo e ambulatorial, como seguir os programas de imunização, de suplementação alimentar, com distribuição de tickets de leite fluido para crianças desnutridas do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; programa de saúde da mulher com pré-natal; planejamento familiar, e prevenção de câncer uterino; de saúde do adulto com atenção aos hipertensos e diabéticos; de assistência odontológica; de vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; atividades de enfermagem e coleta de material para exames laboratoriais. Quando o usuário necessita de outro tipo de serviço é usado como referência o Centro de Saúde.

Os recursos humanos existentes são: oito médicos, sendo dois pediatras, cinco clínicos gerais e um ginecologista-obstetra; uma enfermeira que atualmente permanece dois dias neste posto e o restante nos outros dois postos centrais, ficando encarregada da parte administrativa; oito atendentes de enfermagem; dois dentistas, e uma servente.

Conta com os seguintes equipamentos: três compressores, duas geladeiras, um sonar, um inalador, um electrocartério, um equipamento de dentista, e uma estufa.

O rendimento diário do posto, segundo a enfermeira local, apesar de sofrer alguns desvios é de: cento e quarenta e quatro consultas médicas, trinta e dois atendimentos de enfermagem, seis vacinações, doze inalações, cinco curativos, dez aferições de pressão arterial e dezesseis atendimentos odontológicos.

Segundo dados estatísticos este é o posto que mais atende no município se comparado aos três postos

centrais, com exceção do centro de saúde.

Com a municipalização alguns problemas foram resolvidos, pois devido a descentralização houve uma agilização de toda organização de saúde, segundo os funcionários desta unidade. Um problema que o posto vem enfrentando com frequência é a falta de medicamentos.

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SANITÁRIA DE LABIENÓPOLIS

Instituição pública, localizada na região urbana do município, excluída da área escolhida pela prefeitura para estudos deste trabalho, e por isso com menor detalhamento.

Dispõe de um consultório médico, um consultório odontológico, e salas usadas para atividades administrativas, de enfermagem e de farmácia, almoxarifado e cozinha.

Realiza atividades médico-odontológicas e de enfermagem, onde atuam dois médicos, um dentista e uma enfermeira que permanece de um a dois dias por semana, atendentes de enfermagens e serviçal.

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SANITÁRIA VILA REBELO

Instituição pública, localizada na região urbana do município, em bairro não incluído na região escolhida pela prefeitura para desenvolver este estudo.

Dispõe de dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma farmácia, duas salas para atividades de enfermagem, uma sala de vacinação, uma recepção com arquivo, sala de espera e sanitários.

Suas atividades são desenvolvidas conforme orientação do centro de saúde, englobando a assistência médico-odontológica e atividades de enfermagem.

Estes dados foram obtidos através do Plano Diretor.

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SANITÁRIA DE Jafa

Instituição pública, localizada no Distrito de Jafa que dista 9 Km do centro de Garça.

Segundo o Plano Diretor conta com um consultório médico, três salas, uma copa e sanitários. Sua planta física é pequena, e por isto foi solicitada ampliação do prédio para mais quatro salas.

Sua equipe é formada por: três médicos, (um ginecologista, um clínico geral, um pediatra que se intercalam em dias e horários para atenderem a demanda), uma enfermeira que fornece supervisão periódica, atendente e serviçal. Estes realizam atividades de assistência médica e atividades de enfermagem incluindo vacinação. Na parte odontológica as atividades são desenvolvidas para escolares na E.E.P.G. Prof^a Norma Mônica Truzzi.

A população atendida nos postos, reside no próprio distrito de Jafa, tendo como referência o Centro de Saúde II de Garça.

AGÊNCIA DO INAMPS DE GARÇA

Instituição pública, localizada na região urbana. Este local não é Posto de Assistência Médica, portanto a cota mensal (teto normal de 155 consultas/mês) foi dobrada para suprir a demanda que deveria ser coberta pelo PAM.

A agência local, pode emitir até o total de 310 (trezentos e dez) guias de consultas mensais por médico, que resulta numa média de 14 guias por dia.

Existe no total de 18 (dezoito) médicos credenciados sendo, dois pediatras, dois oftalmologistas, dois ortopedistas, um otorrinolaringologista, um psiquiatra, um neurologista, um cardiologista, os demais são clínicos e cirurgiões gerais que praticam ginecologia e obstetrícia. Na especialidade de oftalmologia atende-se no máximo dez consultas por dia, e existem outras que esgotam a cota diária como é o caso da psiquiatria, e dos cirurgiões gerais que possuem uma procura enorme.

O tipo de clientela predominante é a da periferia havendo também procura pelas pessoas de melhor poder aquisitivo.

HOSPITAL SÃO LUCAS DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GARÇA

Instituição privada, de caráter filan-

trópico. Realiza atividades de assistência médica básica e especializada à nível ambulatorial e de internação.

Tem capacidade para 260 leitos, assim distribuídos:

Clínica Médica	55 leitos
Clínica Obstétrica	15 leitos
Clínica Cirúrgica	20 leitos
Clínica Psiquiátrica	135 leitos
Clínica Pediátrica	35 leitos
T O T A L	260 leitos

Existem quatro leitos de U.T.I. porém estão desativados, por não receberem verba do SUDS.

Conta com 155 funcionários, sendo 53 funcionários da área administrativa, setenta e seis do serviço de enfermagem, dezessete do serviço de nutrição e dietética, e nove de serviços técnicos. Do total de funcionários, somente 12 são de nível universitário.

Os cento e trinta e cinco leitos da clínica psiquiátrica, pertencem ao Anexo Psiquiátrico do Hospital São Lucas. Este anexo utiliza-se da administração geral do hospital, do almoxarifado, oficina de manutenção, farmácia, setor de costura, lavanderia, serviço de nutrição e dietética, serviços do pronto socorro e dos serviços médicos, dioturnamente em todas as suas intercorrências e necessidades.

O referido anexo está ligado ao hospital geral por uma passagem coberta.

Foi efetuado o convênio do Hospital São Lucas com o SUDS, dispondo dos cento e vinte e cinco leitos gerais, realizando as atividades referidas no anexo IV.

As atividades de assistência médica deste hospital, são realizadas por profissionais que não têm vínculo empregatício com o mesmo sendo autônomos.

O serviço de Anatomia Patológica encaminha seus materiais ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas de Marília.

Com relação a sua localidade, situa-se na região nobre do município ao lado do Centro de Saúde II de Gar

ça.

A média de permanência no hospital é alta e a taxa de ocupação é razoável atingindo até 70%.

O hospital é desprovido de um adequado suporte na área de hemoterapia.

HOSPITAL E MATERNIDADE SAMARITANO

Instituição privada de caráter filantrópico, localizado na região central do município.

Realiza atividades de assistência médica e especializada a nível ambulatorial e de internação.

Tem capacidade para 112 leitos, assim distribuídos:

Clínica Pediátrica	40 leitos
Clínica Obstétrica	16 leitos
Clínica Médica	40 leitos
Berçário	16 leitos
T O T A L	112 leitos

O ambulatório possui 6 consultórios para atendimento com 104 funcionários, 35 médicos sem vínculo empregatício, sendo autônomos, e não há enfermeira.

Foi efetivado o convênio do Hospital e Maternidade Samaritano com o SUDS, dispondo de 85% dos leitos.

Seu rendimento mensal no mês de agosto de 1988:

423	internações
1536	consultas médicas
1137	inalações
836	curativos
2854	exames laboratoriais
557	radiografias
30	eletrocardiogramas
700	fisioterapias

O hospital dispõe de laboratório, banco de sangue, setor de radiologia com ultrassom, serviço de nutrição e dietética, lavanderia, inaloterapia, serviço de odontologia a ní

vel ambulatorial.

A taxa de ocupação é baixa, sendo em média 35%:

Durante nossa visita o hospital, apresentava-se em reforma, para ampliação.

Estes dois hospitais absorvem em média 95% das internações de residentes do município, e os leitos existentes são suficientes para atenderem a demanda de internações.

ANÁLISE DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DOS PROGRAMAS

Os parâmetros utilizados para avaliação dos recursos existentes, foram definidos pela POI-1988 (Programação-Orçamentária Integrada) e pela portaria nº 3.046/82, e são os seguintes:

1. número de médicos: 1/1000 habitantes
2. número de consultas médicas: 2/habitantes/ano sendo
 - urgência: 15%
 - básica: 65%
 - Clínica Médica = 34.5%
 - Clínica Pediátrica = 15.5%
 - Clínica Ginecológica = 6.7%
 - Clínica Obstétrica = 6.0%
 - Clínica Cirúrgica = 2.3%
 - especialidades: 20%
3. número de odontólogos: 1/2000 habitantes
4. número de consultas odontológicas: 0.5/habitante/ano
5. número de internações:
 - Clínica Médica + Pediátrica: 50/1000 habitantes/ano
 - Clínica Cirúrgica : 18/1000 habitantes/ano
 - Clínica Gineco e Obstetrícia: 28/1000 habitantes/ano
 - Clínica Psiquiátrica : 4/1000 habitantes/ano
6. número de leitos: 4/1000 habitantes, sendo que:
 - Clínica Médica + Pediátrica : 1.11 leitos/1000 habitantes
 - Clínica Cirúrgica : 0.36 leitos/1000 habitantes
 - Clínica Obstétrica : 0.35 leitos/1000 habitantes
 - Clínica Psiquiátrica : 0.50 leitos/1000 habitantes

Devemos observar e lembrar que os dados desta portaria foram extraídos de uma série de dados anteriormente estudados, porém não necessariamente refletem o que a população precisa.

Com relação à POI, os parâmetros são mais atualizados, ajustados conforme os dados da portaria.

A análise dos dados foi feita com base na população estimada de Garça para 1988, que era de 45.042 habitantes, e os dados de produção foram extraídos dos boletins de produção, ressaltando que a análise ficou prejudicada em função de falta de dados,

e dos serviços serem classificados de forma diferente dos padrões comumente utilizados.

Parâmetro	Resultados encontrados	*Resultados previstos
número de médicos	31	45
número de odontólogos	13	22
número de leitos	372	180

* Calculados através da portaria 3.046/82.

No quadro acima, pode-se observar que o número de médicos e dentistas está abaixo do previsto, sendo insuficiente para atender às necessidades da população. Este número pode ser ainda mais insuficiente considerando-se que o município de Garça é referência para alguns municípios vizinhos. Com relação aos leitos o número encontrado ultrapassa o previsto, isto é, as necessidades teóricas da população, porém considerando-se que o serviço hospitalar serve de referência para internações de pacientes oriundos de municípios circunvizinhos, pode-se supor que o número de leitos encontrados é adequado.

Consultas Médicas	Realizadas	Previstas
Urgência/Emergência	0	0
Pediatria	23.891	29.376
Obstetrícia	4.623	8.100
Ginecologia	6.612	8.772
Geral	28.327	34.219
Especializadas	3.654	9.794
Por Porte	72.639	65.652
T O T A L	139.746	155.913

Ao se iniciar a análise do quadro acima, deve se ressaltar que os dados previstos foram elaborados pelo próprio município, não seguindo os parâmetros da POI e da portaria nº 3.046/82. Supõe-se, entretanto, que estes tinham sido elaborados conforme dados e necessidades da própria população.

Pode-se observar nas consultas de urgência/emergência que tanto a previsão, quanto a produtividade são iguais a zero, não sendo um dado compatível com o esperado pela portaria 3.046/82, que é de 15% de urgência. Provavelmente as urgências

estejam diluídas tanto nas clínicas, como nas consultas médicas de porte, que são realizadas pelas entidades filantrópicas.

Os dados de pediatria foram extraídos dos serviços municipais e nestes pode-se observar que o previsto não foi atingido, alcançando 81% de seus objetivos.

O mesmo ocorreu também nas demais clínicas, alcançando na Obstetrícia somente 57% das previstas, na Ginecologia 75%, na Clínica Geral 82% e nas Especialidades atingindo somente 37% de sua precisão.

Observa-se que na distribuição das consultas existe uma especificação para as consultas de Porte, sendo que para estas não se tem parâmetros para comparar nem com a portaria 3.046/82 e nem com a POI. Estas consultas referem-se a uma especificação do INAMPS, ou seja são classificadas conforme sua complexidade. (Exemplo: porte I: somente consulta médica; porte II: consulta médica + exames) e não através de produtividade por clínicas. Supõe-se que dentro destas estão consultas de urgência, pediatria, obstetrícia, ginecologia, clínica geral e especialidades. Isto distorce, portanto, a análise dos dados.

As entidades filantrópicas são que realizam as consultas de Porte, e a produtividade é maior que a previsão, ultrapassando suas metas em 10%.

Ao se analisar somente os totais de consultas médicas, observa-se que o realizado não atinge o previsto, porém sua cobertura é relativamente alta (de 89%). Ao se separar em clínicas, obtém-se taxas diferentes: na pediatria a cobertura é de 81%, e nas especialidades a cobertura é de 37%.

Atividades	Realizadas	Previstas
Atendimento Básico	81.177	131.377
SADT	68.756	713.022

O quadro acima mostra outras atividades que não a consulta médica. Os atendimentos básicos são previstos por serviços contratados, municipais e do sindicato,, atingindo uma cobertura de 61%.

O SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Te

rapêutico) realiza atividades como exames laboratoriais, observa-se que as atividades realizadas correspondem a apenas 9.6% do previsto, tendo uma maior defasagem nos serviços de radiologia e de exames laboratoriais.

Pacientes internados	Cl. Repouso S. Helena	Sanatório André Luiz	Cl. Repouso de Garça	TOTAL
Do município de Garça	251	411	70	732
De municípios do SUDS-45	184	385	95	663
De municípios de outros SUDS	1324	626	200	2150
T O T A L	1759	1422	365	3546

No quadro acima pode-se observar os municípios do SUDS-45 encaminham menos pacientes do que os do município de Garça. Porém os municípios de outros SUDS são responsáveis pela maior demanda destes hospitais, isto porque Garça é referência na área de psiquiatria possuindo hospitais especializados.

Observa-se também que o local mais procurado é a Clínica de Repouso Santa Helena (de caráter privado) seguido do Sanatório André Luiz e Clínica de Repouso de Garça.

Discriminação	Hosp. Gerais		Hosp. Psiquiátricos		
	Hosp. e Mat. Samaritano	Hospital S. Lucas	Cl. Rep. S. Helena	Sanatorio André Luiz	Cl. Rep. de Garça
Taxa de ocupação	50.7	72.4	96.7	91.9	56.2
Média de permanência	3.7	10.6	33.4	72.8	197.3

No quadro acima mostra que nos hospitais gerais a taxa de ocupação é baixa, partindo do princípio de que a taxa esperada está entre 80% e 85%.

Com relação as médias de permanência observa-se que é maior no Hospital São Lucas do que no Hospital e Maternidade Samaritano, talvez porque o primeiro possui maior número de especialidades, e nestas os pacientes necessitariam de tratamento mais prolongado. Ao Hospital São Lucas pertence também o Anexo Psiquiátrico, permanecendo aí pacientes caracterizados como crônicos que necessitam de maior tempo de internação.

Nos hospitais psiquiátricos observa-se

alta taxa de ocupação na Clínica de Repouso Santa Helena e no Sanatório André Luiz, talvez por serem referência para outros municípios.

Na Clínica de Repouso de Garça, pode-se observar baixa taxa de ocupação, porém seus pacientes permanecem por um período bem maior que os outros hospitais psiquiátricos.

Tipos de Partos	Hosp. e Mat. Samaritano	Hospital S. Lucas	TOTAL
Normal	222	349	571
Cesária	315	368	683
T O T A L	537	717	1254

Com relação aos partos, pode-se observar que o número de partos cesárias ultrapassa em grande quantidade o esperado a nível mundial que é em torno de 20%, podendo refletir em termos de maior número de Recém-nascidos prematuros e de baixo peso, e portanto mais sujeitos a morbidade perinatal.

ANÁLISE POR PROGRAMAS

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE

Atividade/Indicadores	Nº
- População gestante	1351
- 1º Atendimento	1017
- Consultas médicas para gestantes puérperas	4630
- Exames: R.S. Lucas	411
Fator R.H.	350
Urina I	498

Neste quadro pode-se observar que 75% das gestantes receberam 1º atendimento nos serviços municipalizados de saúde, porque estes é que desenvolvem os programas.

As consultas médicas tem uma cobertura de 3.43, que é baixa, comparando-se com a POI, que estima 6 consultas / ano entre gestantes e puérperas.

No que diz respeito aos exames, seus valores estão muito abaixo do esperado, que seria um exame de cada tipo por gestante, ou seja 1351 exames.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Atividades/Indicadores	< 1 ano
Inscritos novos	1.335
Consultas médicas	6.980
Atendimento de Enfermagem	4.012

Comparando-se com os inscritos novos com a população menor de 1 ano (1456 crianças) observa-se que apenas 121 crianças não foram inscritas nos serviços de saúde municipalizados, (e isto não indica que estas crianças não tiveram assistência), mostrando uma boa cobertura nesta faixa etária, que é de 91.6\$.

As consultas médicas se comparadas com a POI que preconiza 6 consultas/ano, estão abaixo do esperado, pois a concentração é de 4.79 consultas/ano.

Vale lembrar que existe atendimento de enfermagem.. e talvez isto esteja compensando as consultas médicas, podendo atingir o preconizado pela POI.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO ADULTO

Atividades/Indicadores	Nº
- 1º Atendimento	5937
- Cobertura do programa na população	20.9%
- Consultas médicas	23198
- Visitas domiciliares	653

No quadro acima observa-se que a cobertura do programa na população foi baixa.

Com relação às visitas domiciliares observa-se que deste total são feitas 0.74 visitas/dia/visitador. Considerando-se 20 dias/mês durante 11 meses, este valor está baixo.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Atividades/Indicadores	Doentes
- 1º Atendimento	30
- Consulta Médica	155
- Concentração de Consultas Médicas	5.17

Neste programa observa-se a concentração de 5.17 consultas/ano, que está um pouco abaixo do preconizado pela POI.

SUB-PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Atividades/Indicadores	Doentes
- 1º Atendimento	16
- Consulta Médica	135
- Concentração de Consultas Médicas	8.44

Neste sub-programa, nota-se uma excessiva concentração de consultas médicas uma vez que o parâmetro da POI é de 2 consultas médicas/ano, por ser uma doença de maior estabilidade.

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

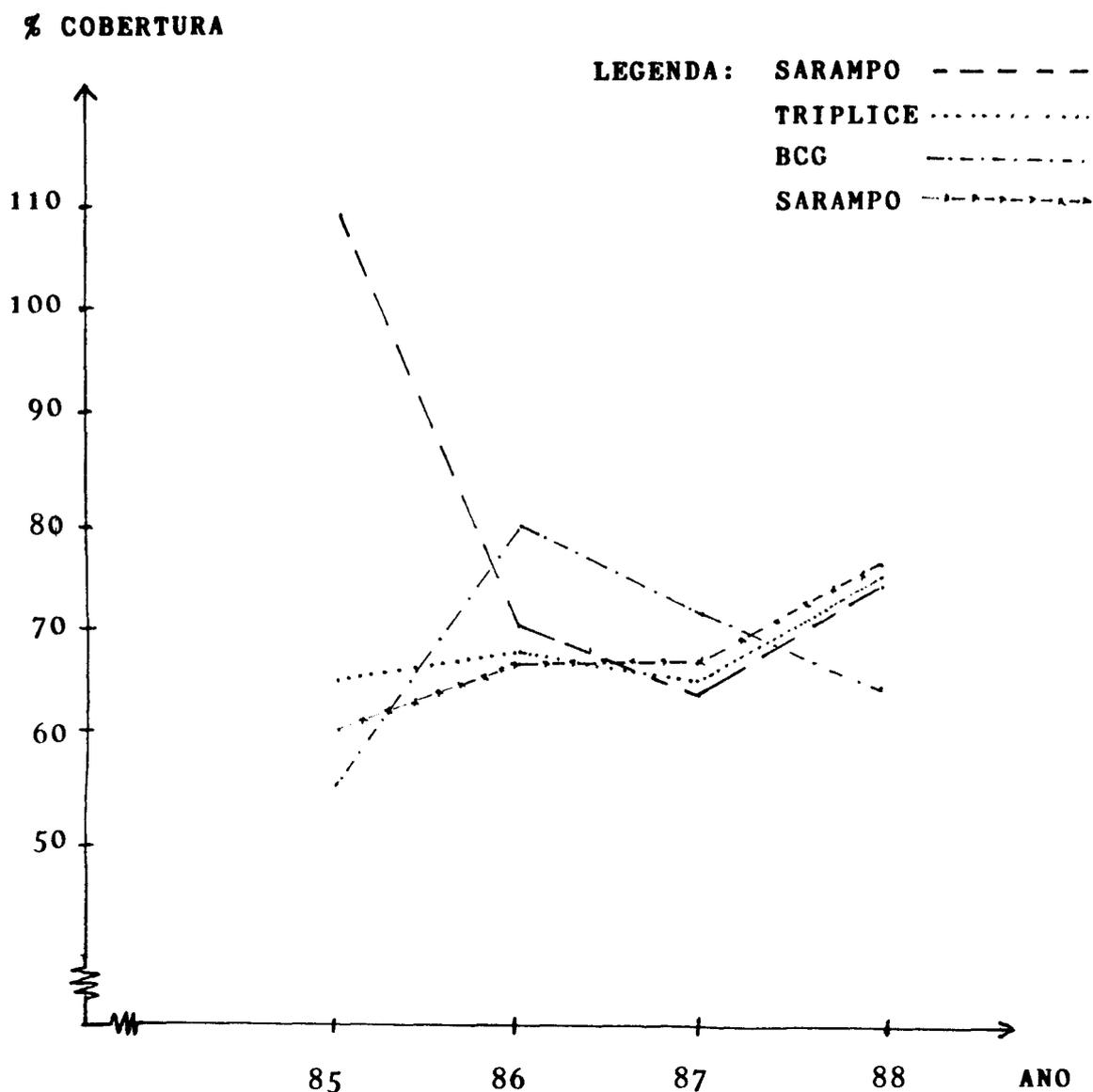


FIG. 2- COBERTURA DAS VACINAS EM MENORES DE 1 ANO, SEGUNDO OS ANOS DE 1985 a 1988, GARÇA-S.P.

FONTE: BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO (SUDS-45 MARÍLIA - S.P.)

Mostra que todas as coberturas estão abaixo dos parâmetros que são de 100% pela POI, porém no ano de 1985 a vacina Sabin mostra uma cobertura de 108%, o que supões algum dado esteja incorreto.

No ano de 1987 todas as vacinas tiveram uma queda, elevando-se em 1988 com exceção da BCG que continuou cain sua cobertura.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO E DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DO SUB-PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL.

Através de contatos prévios realizados em agosto de 1989, nossa equipe obteve informações sobre o Programa de Saúde Bucal do Município de Garça, sendo que os dados foram coletados junto ao Núcleo de informações do SUDS-45, Marília (tabela 6).

Inseridos no programa de saúde bucal, observam-se grupos de eleição para o desenvolvimento de atividades odontológicas, denominadas por:

- grupo programático: composto por gestantes, crianças de 3-6 anos e crianças de 7-14 anos;
- grupo não programático/urgências.

O programa não realiza atividades de trabalho, sendo que das 14 unidades de atendimento (10 em estabelecimentos escolares e 4 externos), somente 3 dos estabelecimentos externos realizam procedimentos em gestantes e crianças de 3-6 anos.

As crianças de 0-2 anos estão desassistidas pelo sub-programa de saúde bucal.

As 10 unidades escolares deram cobertura à população, da ordem de 22.0% no primeiro semestre de 1989; sendo que nas crianças de 7-14 anos foram realizados 4.3 procedimentos por Tratamento Completado (TC) e que a relação restauração/exodontia foi de 7.6 para este mesmo grupo. Isto sugere uma filosofia de atendimento conservador, frente ao índice de mutilação (0.06) que significa o total de exodontias realizadas em relação ao total de Tratamento Completados.

Já para as 4 unidades externas, a cobertura de gestantes foi de apenas 0.01%. A relação restauração/exodontia foi de 0.9 e o índice de mutilação de 0.8 para todos os grupos atendidos, sugerindo uma linha de tratamento menos conservador, embora seja difícil concluir a que grupos se destinam.

Para as 14 unidades a relação restauração/exodontia foi de 2.0, ou seja, para cada dente extraído aproximadamente 2 são restaurados.

O índice de mutilação foi de 0.2, para o grupo de 7-14 anos, confirmando o maior papel daquelas 4 unidades

para a realização de exodontias.

As exodontias são representadas principalmente por dentes permanentes (2.183 frente a 868 decíduos), caracterizando, talvez, uma população adulta não atendida. Isto porque dos 2.183 dentes permanentes extraídos, 1.321 estavam compreendidos nos indivíduos do grupo não programático/urgência.

A cobertura na população oferecida pelas 14 unidades representam apenas 7.4%.

O índice de atividades preventivas, que limita-se a profilaxias, representou apenas 4.1% frente às atividades curativas, tendo em vista que das 10 unidades escolares, apenas 3 as desenvolveram, comparando com os 10.2% oferecidos pelas outras 4 unidades externas. Para o serviço como um todo, este índice é de 7.4%.

O índice de atrição fornecido pelo total de Tratamentos Completados iniciais mais os de manutenção, para o grupo de 7-14 anos, em relação ao total de primeiros atendimentos, na mesma faixa etária, foi de 6.2% para as unidades escolares.

Este índice se eleva para 32.8% ao analisarmos as 14 unidades, indicando uma possível falha na manutenção destas crianças, quando o atendimento é realizado fora do ambiente escolar. Mesmo porque para aquelas 4 unidades, o índice de atrição foi de 74.1%, sendo superado somente pelo grupo de 3-6 anos (87.9%).

É interessante observar que o índice de atrição para o grupo não programático/urgências, na análise geral das 14 unidades, foi de 30.8%, ligeiramente menor que o grupo de eleição programático de 7-14 anos.

Tendo em vista estes dados analisados, resalta-se a necessidade de:

1. início de trabalhos em grupo;
2. levantamento epidemiológico para verificar a possível necessidade de atendimento às crianças de 0-2 anos (Preventivamente talvez);
3. Criação de um número limitado de vagas para o atendimento de adultos como grupo programático;
4. Intensificação para o atendimento de gestantes e pré-escolares (inclusive nas unidades escolares);
5. Retrição à entrada de primeiros atendimentos e atividades como restaurações e Tratamento Completado, para os grupos não progra

máticos/urgências, a menos que já esteja controlado o índice de atrição para os grupos de eleição (prioritários);

6. Talvez o índice de atrição fosse melhor retratado se baseado no exame clínico e plano de tratamento, ao invés de ser pelo 1º atendimento, tendo em vista que nem todos 1ºs atendimentos são o exame clínico e/ou plano de tratamento;
7. que os indicadores para avaliação sejam sempre os mesmos ao longo dos anos, para que se tornem possíveis as comparações;
8. Intensificação dos programas preventivos, com ênfase nas unidades escolares, abordando não só profilaxias, como, por exemplo, programas de bochechas com flúor e aplicações tópicas fluoretadas.

TABELA 6 - PRODUÇÃO E INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DO SUB-PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL (GARÇA, JANEIRO A JUNHO/1989)

INDICADORES UNIDADES	Cobertura na população	Índice de ativid. program.	Índice de ativid. prevent.	Índice de atrição 3-6 a	Índice de atrição 7-14 a	Concentr atend.p/ grupos program.	Cobert. de gestante	relação restaur/ exodont.	Índice de produtiv. especif.	Índice de produtiv. geral	Índice de mutilação	Concentr. procedim. por T.C. 3-6 a
CS2 GARÇA	-	32.86	9.18	86.57	93.75	1.24	0.01	0.32	2.01	2.44	5.13	12.11
PAS LABIENÓPOLIS	-	69.48	12.85	85.60	96.55	2.32	-	2.63	1.32	1.75	2.00	21.56
PAS V. ARACELI	-	32.68	7.24	93.15	93.87	1.93	0.03	0.76	1.95	2.36	4.80	32.00
CENTRO EDUCAC. DE	-	86.32	18.44	-	30.22	1.80	-	6.86	2.84	2.84	0.07	-
T O T A I S	-	46.22	10.23	87.92	74.13	1.76	0.01	0.87	1.96	2.33	0.77	20.53

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES DO SUDS - 45 (MARÍLIA)

TABELA - PRODUÇÃO E INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADE DO SUB-PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL (GARÇA, JANEIRO A JUNHO/1989)

INDICADORES UNIDADES	Cobert. na população	Índice de ativid. prevent.	Índice de atuição 7-14 a	Concentr. atendim.	Relação restaur/ exodont. 7-14 a	Índice de produtiv. especif.	Índice de produtiv. geral	Índice de multilação 7-14 a	Concentr. procedim. por T.C. 7-14 a	Resolut. do Atend. odontol. escolar
EEPG "MANOEL J. FERNANDES"	36.03	12.03	8.82	2.23	6.06	2.17	2.17	0.05	5.57	0.26
EEPG "PROF. ALCYR ROSA LIMA"	15.38	18.11	10.00	3.77	2.54	2.00	2.00	0.02	5.48	0.13
EEPG "PROFª MARIA DO C. POMPEU"	32.99	-	5.15	3.05	7.12	1.73	1.76	-	3.74	0.27
EEPG "PROFª LYDIA Y.G.MARQUES"	23.59	-	2.38	2.59	21.03	2.50	2.52	0.02	5.23	0.23
EEPG "HILMAR M. DE OLIVEIRA"	22.68	-	1.14	1.28	12.63	1.48	1.48	0.07	2.74	0.22
EEPG "PROF. JOÃO CRISOSTOMO"	13.91	-	12.75	2.11	5.82	1.93	1.93	0.03	2.96	0.09
"EPG "PROFª NORMA m. TRUZZI"	15.51	8.16	13.21	2.72	7.80	3.53	3.53	0.30	9.80	0.12
EEPG "HATSUE TOYOTA"	38.15	-	0.93	1.28	22.00	1.86	1.86	-	3.22	0.37
EEPG "PROFª NELLY DE ANDRADE"	18.32	-	4.42	2.10	5.12	2.10	2.10	0.08	3.15	0.18
ETAESG "DEP. PAULO O.C. BARROS"	25.69	-	33.33	7.11	40.50	1.48	1.48	0.33	13.83	0.13
T O T A I S	21.96	6.21	6.21	2.32	7.60	2.01	2.02	0.06	4.29	0.19

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES - SUDS-45 (MARÍLIA)

TABELA - PRODUÇÃO E INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SAÚDE DO SUB-PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL (GARÇA, JANEIRO A DEZEMBRO/88)

A T I V I D A D E S	Não Progr./ Urgência	Grupos Programáticos						TOTALS
		Gestant.	0-2 a	3-6 anos		7-14 anos		
				Inicial	Manut.	Inicial	Manut.	
Nº de participantes em trabalho de grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
1º Atendimento do Ano	1.276	18	-	126	139	1.042	784	3.385
Exame clínico e plano de tratamento	1.126	19	-	126	138	1.043	784	3.236
Profilaxia	191	5	-	46	60	213	307	822
Consultas Odontológicas	2.433	26	-	162	374	1.969	1.648	6.612
Tratamento Completado	393	7	-	16	16	649	578	1.659
Restauração - amalgama	719	3	-	13	119	2.295	1.948	5.097
Restauração-outras materiais	442	9	-	57	124	210	252	1.094
Extração - permanente	1.941	3	-	-	58	102	99	2.183
Extração - temporário	165	-	-	17	16	367	303	868
Outros procedimentos	643	9	-	41	106	114	35	988

INDICADORES	Nº
Cobertura na População	7.39
Índice de atividades program.	63.20
Índice de atividades prevent.	7.44
Índice de atrição de 3-6 a	87.92
Índice de atrição de 7-14 a	32.80
Concentração de atend. para grupos não programáticos	1.98
Concentração de proced. por Trat.Completado de 3-6 a	20.53
Cobertura de gestante	0.01
Relação restaur./exodont.	2.03
Índice de produtiv. especif.	1.98
Índice de produtiv. geral	2.18
Índice de mutilação 7-14 a	0.16

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES - SUDS-45 (MARÍLIA)

VI - DADOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

ATIVIDADES	Não Programa/ Odonologia	Grupos Programáticos						TOTAL
		Odont.	Ortop.	76 anos		7-14 anos		
				Total	Manut.	Total	Manut.	
Nº de participantes em trabalho de grupo	-	-	-	-	-	-	-	-
1º Atendimento do Ano	2.123	33	-	221	78	752	596	3.803
Exame clínico e plano de tratamento	2.699	28	-	216	119	4.168	873	8.103
Profilaxia	766	1	-	56	112	174	337	1.446
Consultas Odontológicas	4.979	36	-	219	248	9.778	1.707	16.967
Tratamento Completado	574	20	-	26	16	3.563	414	4.613
Restauração - amalgama	800	2	-	18	71	9.232	2.518	12.641
Restauração-outras materiais	1.185	9	-	56	109	4.221	560	6.140
Extração - permanente	4.955	10	-	3	5	553	184	5.710
Extração - temporário	32	-	-	32	37	1.310	334	1.745
Outros procedimentos	594	-	-	13	27	17	118	769

INDICADORES	Nº
Índice de atividades program.	70.65
Índice de atividades prevent.	4.14
Índice de atuação de 7-14 a	414.14
Índice de atração de grupo não programático	27.04
Concentração de consulta Odontológica	4.46
Cobertura de gestante	60.61
Relação exodont./restauração	0.40
Índice de produtividade	3.76
Índice de mutilação	0.19

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES - SUDS-45 (MARÍLIA)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Segundo dados do censo demográfico do IBGE de 1980 a população de Garça era de 39.939 habitantes, sendo que 68.2% encontravam-se na área urbana, mostrando um êxodo rural crescente, uma vez que em 1970 o censo nos fornecia uma taxa de urbanização menor (58.7%). A proporção de idosos com idade de 60 anos ou mais aumentou de 3.6% para 4.6%, de 1970 para 1980, sendo semelhante à média do Estado de São Paulo.

A população estimada para 1989, através de método logístico é de 45.800 habitantes (Fundação SEADE). Provavelmente muitas mudanças poderão ser observadas no censo de 1990 em relação à distribuição etária da população se considerarmos, além do já mencionado, que a taxa de natalidade que vinha demonstrando um pequeno aumento de 1970 para 1980 (de 28.8‰ hab. para 31.7‰ hab.-CIS/SEADE), em caindo paulativamente, encontrando-se em 23.2‰ habitantes em 1986.

A pirâmide populacional construída a partir dos dados demográficos do censo de 1980, pode ser classificada como uma pirâmide de transição de regiões subdesenvolvidas para regiões em desenvolvimento, possuindo uma base ainda alargada devido à alta natalidade associada à queda nas taxas de mortalidade infantil (Tabela 7 e figura 3).

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO - GARÇA, 1980

Idade (anos)	Homens	Mulheres	Total
0 a 4	2550	2446	4996
5 a 9	2484	2289	4773
10 a 14	2254	2332	4586
15 a 19	2260	2124	4384
20 a 24	1897	1764	3661
25 a 29	1575	1535	3110
30 a 34	1207	1240	2447
35 a 39	1051	1015	2066
40 a 44	979	992	1971
45 a 49	895	956	1851
50 a 54	874	842	1716
55 a 59	696	687	1383
60 a 64	532	495	1027
65 a 69	411	413	824
70 e mais	546	593	1139
ignorada	2	3	5
T O T A L	20.213	19.726	39.939

FONTE: IBGE - Censo demográfico de 1980.

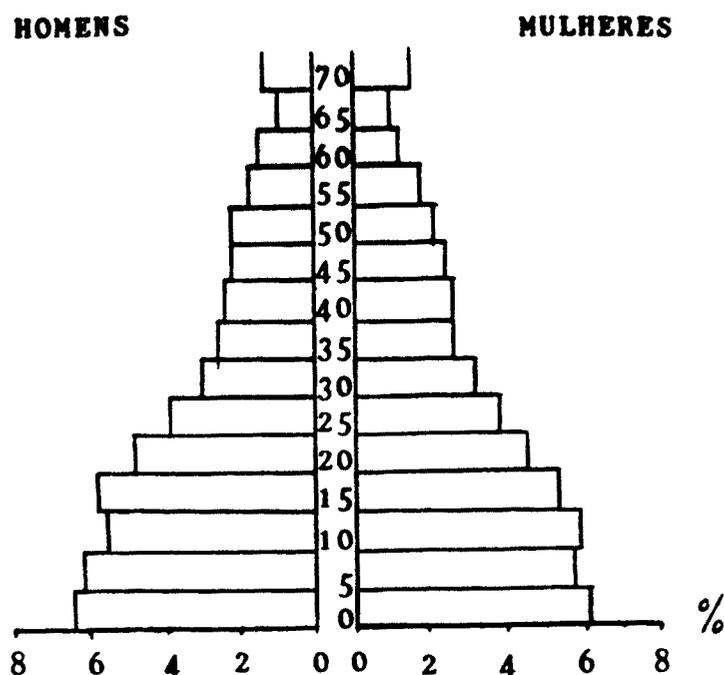


FIGURA 3 - PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE GARÇA, 1980.

Ainda de acordo com os dados do Censo de 1980, 56.9% da população com idade superior a 10 anos era economicamente ativa. Destes quase 50.0% encontravam-se ligados a atividades agropecuárias, de extração vegetal e pesca, 15% ao setor secundário de atividade, 14.4% à prestação de serviços e o restante ao comércio, atividades sociais e outras. Os homens correspondiam a 67.5% dessa população economicamente ativa, estando ligados preferencialmente as atividades agropecuárias e industriais (67.7%), enquanto 69.6% das mulheres estavam ligadas aos setores agropecuário e de prestação de serviços (tabela 8 e 9).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO COM 10 ANOS DE IDADE OU MAIS, SEGUNDO CONDIÇÃO E SETOR DE ATIVIDADE (GARÇA, 1980).

Setor de atividade	Economicamente ativa	Não economicamente ativa
Agropecuário, extração vegetal e pesca	7711	4067
Indústria	2583	1884
Comércio - mercadorias	1615	951
Prestação de serviços	2464	849
Transporte - comunicações	391	420
Atividades sociais	1421	504
Administração pública	518	484
Outras atividades	359	251
Condição inativa	-	3599
Procurando trabalho	81	-
T O T A L	17.143	13.009

FONTE: IBGE - Censo demográfico de 1980

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA COM 10 ANOS DE IDADE OU MAIS, SEGUNDO O SETOR DE ATIVIDADE E SEXO (GARÇA, 1980).

Setor de atividade	Nº Homens	%	Nº Mulheres	%
Agropecuário, extração vegetal e pesca	5418	47.0	2293	41.4
Indústria	2387	20.7	196	3.5
Comércio-mercadorias	1158	10.1	457	8.2
Prestação de serviços	902	7.8	1562	28.2
Transporte-comunicações	372	3.2	19	0.3
Atividades sociais	525	4.6	896	16.2
Administração pública	463	4.0	55	1.0
Outras atividades	296	2.6	63	1.2
T O T A L	11.521	100.0	5.541	100.0

FONTE: IBGE: Censo demográfico de 1980.

Vale ressaltar que das pessoas ocupadas no setor agropecuário, que representam cerca de 35.0% dos economicamente ativos com idade superior a 10 anos, 15.9% enquadravam-se na categoria de temporário (bóia-fria), cuja tendência é habitar a periferia das cidades, em condições gerais de vida sabidamente precárias. Este dado de certa forma, vem confirmar o aumento na taxa de urbanização que se verificou de 1970 para 1980. (tabela 10).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL OCUPADO NA AGROPECUÁRIA, SEGUNDO A CATEGORIA DE TRABALHO E SEXO (GARÇA, 1980).

	HOMENS	MULHERES	Nº TOTAL	%
RMNRF *	855	193	1048	16.9
Permanente	3042	800	3842	61.9
Temporário	813	173	986	15.9
Parceiro	114	32	146	2.4
Outra condição	182	1	183	2.9
T O T A L	5.006	1.199	6.305	100.0

FONTE: IBGE - Censo demográfico de 1980

* Responsável e membros não-remunerados da família

O coeficiente de mortalidade geral vem caindo gradativamente, porém esse dado isolado não nos permite concluir que as condições de saúde melhoraram, uma vez que este coeficiente é diretamente relacionado à estrutura etária da população. Da mesma forma também o coeficiente de mortalidade infantil vem apresentando tendência a queda, assim como a natimortalidade. A queda no coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que foi acentuada no final da década de 70, vem apresentando apenas um declínio lento a partir de então, o que de certa forma é o esperado. Sabe-se que a medida em que esse coeficiente vai diminuindo, significa que as causas de óbitos tornam-se cada vez mais difíceis de atacar. No entanto, muito ainda é necessário ser feito, já que em 1988, o CMI de Garça era de 35.4% nascidos vivos um pouco acima da média do Estado, que era de 30.8% em 1987. Países desenvolvidos que conseguiram resolver o problema das doenças infecciosas e da assistência perinatal possuem atualmente taxas muito baixas de mortalidade infantil, como o Japão cujo CMI era de 6.0% n.v. em 1984 ou o Canadá que apresentava CMI igual a 8.5% n.v. em 1983.

TABELA 11 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL E NATIMORTALIDADE (GARÇA, 1971 a 86).

ANO	CMG (por 1000 hab.)	CMI (por 1000 n.v.)	Natimortalidade (por 1000 n.v.)
71	11.2	142.7	35.0
72	11.3	133.3	45.3
73	13.7	174.9	28.4
74	11.3	110.8	55.4
75	10.6	96.4	24.7
76	10.1	105.5	22.5
77	8.8	68.2	15.9
78	9.3	71.8	27.1
79	8.7	68.5	14.9
80	9.0	64.8	15.0
81	8.6	49.2	18.3
82	8.2	65.1	14.0
83	8.3	48.8	12.7
84	8.4	44.9	15.6
85	7.7	49.5	14.4
86	7.6	35.6	10.9

O CMI vem diminuindo tanto no seu componente de mortalidade infantil tardia (MIT) quanto no neonatal (MN). Como se pode observar nas tabelas 12 e 13, a queda no CMI é mais acentuada no seu componente tardio, devendo-se em grande parte à diminuição nas morte por doenças infecciosas, embora as doenças diarréicas sejam ainda causa importante de morte nesta faixa etária. Porém em 1984 já é possível observar que as causas perinatais proporcionalmente passam a ser igualmente importantes.

TABELA 12 - EVOLUÇÃO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA (CMIT) E NEONATAL (CMN) POR 1000 NASCIDOS VIVOS (GARÇA, 1975 - 84).

ANO	CMIT	CMN
75	63.4	33.0
76	64.8	40.6
77	39.7	28.6
78	47.8	26.5
79	46.5	25.2
80	40.3	24.5
81	20.6	28.6
82	36.3	26.4
83	30.7	18.1
84	22.5	22.5

FONTE: CIS/SEADE

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO POR ENTERITES, CAUSAS PERINATAIS E PNEUMONIA NOS ANOS DE 1970, 75, 80 e 84 NO MUNICÍPIO DE GARÇA.

CAUSAS	1970	1975	1980	1984
Enterite e outras doenças diarréicas	37.2	47.9	36.6	30.4
Perinatais	13.5	12.8	24.5	43.5
Pneumonia	12.2	7.7	10.8	8.7
TOTAL DE ÓBITOS	148(100.0)	117(100.0)	82(100.0)	46(100.0)

FONTE: CIS/SEADE

Em 1988 ocorreram 345 óbitos de residentes no Município de Garça distribuídos da seguinte forma

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DE RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE GARÇA EM 1988, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

Faixa etária (anos)	N	%
< 1	34	9.9
1 a 4	6	1.7
5 a 19	4	1.2
20 a 49	59	17.2
50 e mais	240	70.0
T O T A L *	343	100.0

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES - SUDS 45 (MARÍLIA)

* Retirados 2 óbitos de idade ignorada

Por esta tabela pode-se observar que 70.0% dos óbitos correspondem a pessoas com 50 anos e mais de idade, o que nos dá um indicador de 2º nível dentre os 4 de Swaroop-Uemura, portanto nível de saúde de regular para bom e uma curva de Nelson de Moraes de tipo IV, correspondente a nível de saúde elevado.(Fig.4)

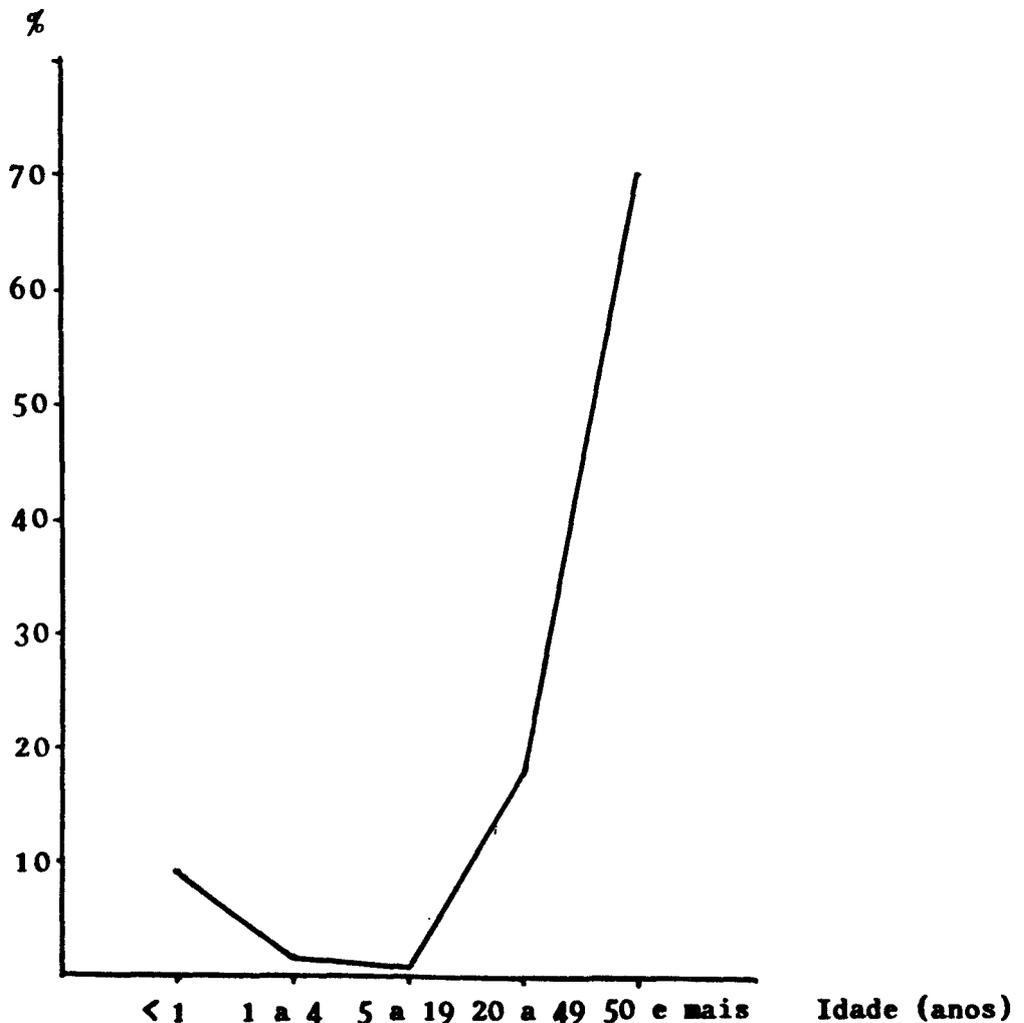


FIGURA 4 - CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (NELSON DE MORAES)-GARÇA 1988

Dos óbitos de menores de um ano é surpreendente que as doenças diarréicas continuem a ser a primeira causa de morte, (41.2%), seguidas das causas perinatais com 29.5% (tabela 15). Buscando os atestados de óbito junto ao SEADE e analisando-os um a um pode-se constatar que dessas 34 crianças que morreram, de fato 13 (38.2%) apresentaram como causa básica a gastroenterocolite aguda. Destes, 8 (61.5%) referiam-se a crianças moradoras em sítios ou fazendas, o que poderia caracterizar falta ou demora na assistência médica, além das condições precárias de saneamento do meio. Ainda, 17 óbitos (50.0%) ocorreram até 28 dias de vida, resultando em Coeficientes de mortalidade neonatal e infantil tardia de 17.7%.n.v.. Dentro da mortalidade neonatal, 76.5% correspondiam a mortalidade no período neonatal precoce (até 6 dias de vida).

TABELA 15- DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS (GARÇA, 1988).

GRUPOS DE CAUSAS	N	%
Enterite e outras doenças diarréicas	14	41.2
As demais doenças infecciosas e parasitárias	1	2.9
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	1	2.9
Pneumonia	2	5.9
Anomalias congênitas	3	8.8
Perinatais *	10	29.5
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	1	2.9
Todas as doenças não relacionadas acima entre	1	2.9
As demais causas externas	1	2.9
T O T A L	34	99.9

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES SUDS 45 - MARÍLIA

* Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais e outras causas de mortalidade perinatal.

Com relação à mortalidade em adultos pode-se observar pela tabela 16, que na faixa etária de 20 a 49 anos as doenças cerebrovasculares associadas às doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 23.6% dos óbitos, sendo as primeiras causas de morte. Tal perfil de mortalidade fica mais evidente ainda entre as pessoas de 50 anos e mais, onde as doenças cerebrovasculares mais as doenças isquêmicas do coração e as doenças hipertensivas corresponderam a 38.0% dos óbitos (tabela 17). Se por um lado este comportamento assemelha-se aos dos países mais desenvolvidos, por outro, é notável que persistam ainda cerca de 7.0 a 8.0% de óbitos por causas mal definidas. Também os tumores malignos passam a assumir importância na faixa de 50 anos e mais, respondendo por 10.8% dos óbitos.

Já há alguns anos é possível perceber a importância das causas acima no perfil de mortalidade em adultos (tabelas 18 e 19).

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DE RESIDENTES DE GARÇA COM 20 A 49 ANOS DE IDADE, SEGUNDO CAUSA BÁSICA, 1988.

CAUSAS	N	%
Tripanossomíase	3	5.1
Tumores malignos	2	3.4
Diabetes mellitus	1	1.7
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	1	1.7
Doenças isquêmicas do coração	5	8.4
Outra formas de doença do coração	4	6.8
Doenças cerebrovasculares	9	15.2
Pneumonia	2	3.4
Bronquite, enfisema e asma	1	1.7
Cirrose hepática	3	5.1
Aborto	1	1.7
Outras complicações da gravidez, parto e puerpério	1	1.7
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	4	6.8
Todas as doenças não relacionadas acima	8	13.5
Acidentes de veículos a motor	4	6.8
Os demais acidentes	3	5.1
Suicídios	2	3.4
Homicídios	2	3.4
As demais causas externas	3	5.1
T O T A L	59	100.0

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES - SUDS 45 (MARÍLIA)

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DE RESIDENTES DE GARÇA COM 50 ANOS E MAIS, SEGUNDO CAUSA BÁSICA, 1988.

CAUSAS	N	%
Enterite e outras doenças diarreicas	4	1.7
Tuberculose do aparelho respiratório	1	0.4
Tripanossomíase	3	1.2
As demais doenças infecciosas e para sitárias	1	0.4
Tumores malignos	26	10.8
Diabetes mellitus	5	2.1
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	1	0.4
Doenças reumáticas crônicas do coração	1	0.4
Doenças hipertensivas	5	2.1
Doenças isquêmicas do coração	40	16.7
Doenças Cerebrovasculares	46	19.2
Pneumonia	11	4.6
Bronquite, enfisema e asma	7	2.9
Úlcera péptica	1	0.4
Cirrose hepática	1	0.4
Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose	1	0.4
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	19	7.9
Todas as doenças não relacionadas acima	22	9.2
Acidentes de veículos a motor	3	1.2
Os demais acidentes	4	1.7
T O T A L	240	99.9

FONTE: NÚCLEO DE INFORMAÇÕES - SUDS 45 (MARÍLIA).

**TABELA 18 - PARTICIPAÇÃO DAS DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO E CERE
BROVASCULARES COMO CAUSAS DE ÓBITOS NA FAIXA ETÁRIA DE
20 A 49 ANOS (GARÇA, 1981 A 84).**

CAUSAS	81	82	83	84
Doenças isquêmicas do coração	11.7	7.0	14.8	8.6
Doenças cerebrovasculares	11.7	16.3	11.1	12.1
TOTAL DE ÓBITOS	60	43	54	58

FONTE: CIS/SEADE

**TABELA 19 - PARTICIPAÇÃO DAS DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO E CERE
BROVASCULARES COMO CAUSAS DE ÓBITOS NA FAIXA ETÁRIA DE
50 ANOS E MAIS (GARÇA, 1970 a 84).**

CAUSAS	70	75	80	81	82	83	84
Doenças isquêmicas do coração	17.0	23.1	15.0	16.3	19.7	18.7	20.0
Doenças Cerebrovasculares	16.3	11.3	12.5	11.4	14.8	18.2	16.5
TOTAL DE ÓBITOS	147	186	200	202	183	209	230

FONTE: CIS/SEADE

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico do Município de Garça mostra uma tendência a assemelhar-se ao padrão de regiões mais desenvolvidas, embora persistam ainda alguns aspectos de regiões subdesenvolvidas, quais sejam, ainda muitas mortes infantis por causas preveníveis e uma proporção razoável de mortes por causas mal definidas.

O planejamento das ações de saúde deveria necessariamente considerar esta realidade e atuar no sentido de modificá-la.

VII- ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS
VILAS: ARACELI, JOSÉ RIBEIRO, SAL
GUEIRO E JARDIM PAINEIRAS

AMOSTRAGEM E COLETA DE DADOS

O inquérito foi realizado em uma amostra representativa da população residente na região escolhida pelo Secretário de Saúde do Município, que contava com os seguintes bairros : Vilas Araceli, José Ribeiro, Salgueiro e Jardim Paineiras.

A técnica escolhida foi a de amostragem por conglomerados, devendo-se levar em consideração que para tanto utilizaram-se os dados do censo demográfico de 1980, portanto sujeito a mudanças neste período.

Definiu-se junto ao Departamento de Esttística da FSP que uma amostra de 200 domicílios era adequada para alcançar os objetivos do estudo.

Os 6 setores censitários do IBGE foram inicialmente subdivididos em 22 subsetores, de acordo com a sua concentração de domicílios, na tentativa de melhorar o universo amostral. Desses subsetores, 14 foram sorteados para a pesquisa, sendo o primeiro domicílio de cada subsetor escolhido ao acaso.

O questionário relativo às condições gerais das famílias como composição, condição sócio-econômica, moradia e saneamento foi aplicado a todos aqueles domicílios sorteados. Já o inquérito sobre atenção à saúde da criança foi aplicado a todas as crianças menores de 5 anos residentes nesses domicílios, faixa etária considerada de risco e para as quais existem propostas programáticas bem definidas. Quanto ao inquérito sobre planejamento familiar e prevenção de câncer cérvico-uterino foi aplicado somente àquelas mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos residentes nos domicílios sorteados e que já tivessem engravidado pelo menos uma vez, devido à dificuldade de aplicação das questões relativas ao planejamento familiar, por sermos pessoas estranhas à população.

A amostra final constituiu-se de 220 domicílios, com 94 crianças menores de 5 anos e 123 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. Deixaram de ser realizadas entrevistas em 30 domicílios, que correspondem a 12.0% dos domicílios sorteados: ocorreram 5 recusas, 2 domicílios vagos e 23 fechados.

A coleta de dados foi feita durante a 3ª

semana de setembro de 1989, através de visitas aos domicílios previamente selecionados.

Os dados obtidos foram digitados diretamente dos questionários para um micro-computador para posterior análise e elaboração de relatório.

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

Trata-se de uma região periférica, situada ao sul da cidade, constituída por 1.519 domicílios (IBGE, 1980).

A região é composta por 4 (quatro) vilas: Vila Araceli, jardim Paineiras, Vila Salgueiro e Vila José Ribeiro, sendo que as mesmas, em sua totalidade, está ligada ao sistema de abastecimento de água e esgoto sanitário do município.

As Vilas Araceli, José Ribeiro e Salgueiro possuem ruas asfaltadas, enquanto que o Jardim Paineiras, não. É um local de difícil acesso, devido às precárias condições das ruas, o que interferiu inclusive na pesquisa domiciliar.

A coleta do lixo é realizada diariamente, mas a varrição das ruas é esporádica, sendo que em alguns locais existem acúmulos de detritos, favorecendo a proliferação de insetos e roedores.

A presença de animais errantes, principalmente cães, é bastante significativa por não existir um serviço de apreensão dos mesmos, dificultando o combate a zoonoses e propiciando um número elevado de mordeduras.

No local inquerido as moradias são predominantemente construídas de madeira e cobertas por telha tipo francesa.

Na região, existe uma favela localizada próxima à via férrea, constituída por 72 (setenta e dois) barracos.

O inquérito domiciliar foi realizado em 220 (duzentos e vinte) domicílios, sendo que os dados obtidos estão analisados no capítulo próprio.

ANÁLISE DOS DADOS DO INQUÉRITO DOMICILIAR

A análise da pesquisa de campo foi realizada por agrupamentos de questões que abordam assuntos relacionados à caracterização da população, condições de moradia, saneamento básico e aspectos relativos a planejamento familiar, aleitamento, parto e cobertura vacinal em menores de 5 anos.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Nos 220 domicílios visitados, encontramos a estrutura populacional descrita na tabela 20.

**TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS MORADORES, SE-
GUNDO SEXO E IDADE, DAS VILAS: ARACELI, JOSÉ RIBEIRO,
SALGUEIRO E JARDIM PAINEIRAS, GARÇA, SET/1989.**

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 5	38	4.4	40	4.6	78	9.0
5 - 10	34	3.9	50	5.8	84	9.7
10 - 15	56	6.5	36	4.1	92	10.6
15 - 20	50	5.8	46	5.3	96	11.1
20 - 25	39	4.5	44	5.1	83	9.6
25 - 30	30	3.4	37	4.3	67	7.7
30 - 35	34	3.9	33	3.8	67	7.7
35 - 40	26	3.0	25	2.9	51	5.9
40 - 45	23	2.7	21	2.4	44	5.1
45 - 50	20	2.3	14	1.6	34	3.9
50 - 55	10	1.2	22	2.5	32	3.7
55 - 60	13	1.5	19	2.2	32	3.7
60 - 65	21	2.4	16	1.9	37	4.3
65 - 70	14	1.6	18	2.1	32	3.7
70 - 75	7	0.8	5	0.6	12	1.4
75 - 80	10	1.2	0	1.0	19	2.2
80 e +	1	0.1	5	0.6	6	0.7
T O T A L	426	49.2	440	50.8	866	100.0

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

A idade média da população amostral foi de 29.4 anos para a população geral, sendo de 29.1 anos para os homens e 29.7 anos para as mulheres.

A chamada Razão de Masculinidade situou-se em 968.2 homens para 1.000 mulheres, sugerindo uma possível mortalidade ou emigração masculina.

A Razão de Dependência assumiu os seguintes valores: Razão de Dependência Total 59.5%; Razão de Dependência Juvenil 46.8% e Razão de Dependência Senil 12.7%. A população amostral é formada por 29.3% de menores de 15 anos e 12.3% de maio-

res de 60 anos de idade.

Dentro das características sócio-econômicas, procurou-se analisar os dados levantados acerca da renda mensal familiar, nível de escolaridade dos residentes do domicílio e tipo de ocupação exercida pelos membros economicamente ativos.

A distribuição da amostra segundo o nível de renda mensal familiar, expresso pelo piso nacional de salários de agosto de 1989 (valor de NCZ\$192,88) encontra-se na tabela 21 .

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS CHEFES DE FAMÍLIA, SEGUNDO A RENDA MENSAL FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS DA ÁREA EM ESTUDO, GARÇA, SETEMBRO 1989.

RENDA MENSA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS	Nº	%
0 - 0,5	22	10.0
0,5 - 1,0	27	12.3
1,0 - 1,5	38	17.3
1,5 - 2,0	24	10.9
2,0 - 3,0	40	18.2
3,0 - 4,0	34	15.4
4,0 - 5,0	15	6.8
5,0 - 6,0	9	4.1
6,0 - 7,0	3	1.4
7,0 - 8,0	3	1.4
8,0 - 9,0	2	0.9
9,0 - 10,0	1	0.4
10,0 e +	2	0.9
T O T A L	220	100.0

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

Em 1980 no município, o rendimento mensal médio por família, segundo o IBGE, incluía na faixa de até 1 salário mínimo, 12.5% da população, e de 1 a 2 salários, 25.5%; enquanto que no inquérito foram encontrados percentuais mais elevados (22.3% até 1 salário mínimo e 28.2% de 1 a 2 salários), refletindo, talvez, uma queda do poder aquisitivo desta população.

O grau de escolaridade, outro aspecto importante na determinação da situação sócio-econômica e consequente

mente das condições de saúde, pode ser observado na tabela 22 .

TABELA 22- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE MORADORES MAIORES DE 7 ANOS DA ÁREA EM ESTUDO, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE, GARÇA, SETEMBRO 1989.

GRAU DE ESCOLARIDADE	Nº	%
Nenhum	154	20.2
1º grau incompleto	506	66.3
1º grau completo	46	6.0
2º grau incompleto	27	3.5
2º grau completo	14	1.8
Curso superior incompleto	05	0.7
Curso superior completo	03	0.4
Ignoram	08	1.1
T O T A L	763	100.0

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

Sintoma de subdesenvolvimento no plano cultural, o analfabetismo é reduzido, ou praticamente extinto, quando se criam condições de vida que possibilitam a destinação de recursos para o ensino, e quando as atividades econômicas dos setores industriais e de serviços, exigem pessoal de melhor nível técnico.

O grau de escolaridade observado na população amostral é muito baixo, pois 20.2% dos habitantes não possuem escolaridade e 66.3% não completaram o 1º grau, ou seja, mais de dois terços da população tem dificuldade para ler e escrever corretamente. A média de escolaridade obtida é a 3ª série do 1º grau.

Sendo assim, os programas de educação em saúde e outras informações sobre o tema, devem ser elaborados levando-se em consideração as limitações de entendimento da população.

Ao mesmo tempo, a baixa escolaridade, limita o leque de opções no mercado de trabalho, restringindo-os ao setor primário de atividades (agricultura e pecuária) que exige menor capacidade e habilidade intelectual, e maior força bruta ou braçal.

O tipo de ocupação exercida pela população amostral, encontra-se na tabela 23 .

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS MORADORES MAIORES DE 7 ANOS, SEGUNDO A OCUPAÇÃO, GARÇA, SETEMBRO 1989

OCUPAÇÕES	Nº	%
Administrativas	26	7.7
Técnicas, científica, artísticas e assemelhadas	10	3.0
Agropecuária e produção extrativa vegetal e animal	69	20.5
Produção extrativa mineral	1	0.3
Indústrias de Transformação e construção civil	110	32.6
Comércio e atividades auxiliares	29	8.6
Transportes e comunicações	28	8.3
Prestação de serviços	39	11.6
Defesa nacional e segurança pública	1	0.3
Outras, mal definidas ou não declaradas	24	7.1
T O T A L	337	100.0

FONTE: Fundação IBGE - Censo Demográfico - São Paulo - 1980

De acordo com a tabela, a maior concentração de trabalhadores pertencem às seguintes ocupações: agropecuária e produção extrativa vegetal e animal e Indústrias de transformação e construção civil, o que ressalta a característica do município de Garça.

Ainda que, da classificação das ocupações do IBGE não constam aposentados e pensionistas, Estudantes e Prendas domésticas, é interessante observar que, do inquérito domiciliar obteve-se a seguinte relação do total de 763 moradores maiores de 7 anos de idade: 71 aposentados e pensionistas (9.8%), 21% Estudantes (27.5%) e 145 Prendas Domésticas (19.0%).

CARACTERIZAÇÃO DOS DOMICÍLIOS

Por intermédio do inquérito domiciliar, verificou-se que o material predominante na construção dos domicílios é a madeira (51.4%), seguida pela alvenaria (44.1%), uma pequena parcela mista (4.1%) e 0.4% de outro material.

Os pisos predominantes são a cerâmica e o cimentado (75.0%).

O assoalho é o segundo tipo de piso mais usado sendo que 17.3% dos domicílios o possuem. Uma porcentagem baixíssima de domicílios apresentam terra batida como piso (1.4%) e 6.3% possuem outros tipos de piso.

A cobertura dominante é a telha tipo francesa (85.5%) em seguida a telha de amianto (11.4%) e a laje é encontrada em 3.1% dos domicílios.

O número de cômodos em cada domicílio está demonstrado na tabela abaixo:

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE MORADORES, SEGUNDO O NÚMERO DE CÔMODOS POR DOMICÍLIO DA ÁREA ESTUDADA, GARÇA, SET/89.

NÚMERO DE CÔMODOS	Nº	%
1	4	1.8
2	18	8.2
3	16	7.3
4	45	20.4
5	62	28.2
6	46	20.9
7	15	6.8
8	10	4.5
9	1	0.5
10	2	0.9
11	1	0.5
T O T A L	220	100.0

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

Pode-se notar que predominam as casa com 5 cômodos, seguidas de 6 e 4 cômodos.

Dos cômodos utilizados para dormir, encontra-se uma maior porcentagem de 2 (dois) cômodos (52.7%) e 1 (um) cômodo (24.6%). Os restantes dos domicílios, são distribuídos em: 18.6% com 3 cômodos; 3.6% com 4 cômodos e 0.5% com 5 cômodos.

Dos 220 domicílios inqueridos, 58.2% são de propriedade do chefe da família; 31.4% são alugados e 10.4% cedidos ou emprestados.

Analisando-se as características gerais dos domicílios, verifica-se que são boas suas condições de construção e moradia.

São casas com 5 cômodos em média, sendo 2 utilizados para dormir. Levando-se em consideração que o número de médio de pessoas por domicílio é de 4 (quatro) pessoas, e que apesar da baixa renda apresentada pela população, mais de 50% dos domicílios são de propriedade do chefe de família, denota-se um nível de vida razoável.

CONDIÇÕES DE SANEAMENTO E HÁBITOS DE HIGIENE

O inquérito domiciliar demonstrou que 100.0% das famílias entrevistadas utilizam água da rede pública, sendo que 83.2% com acesso interno à casa; 15.9% sem acesso interno à casa e 0.9% coletiva.

Apenas 22.3% dos domicílios possuem caixa d'água, sendo que 85.7% destas são tampadas.

Perguntados quanto à prática de limpeza de suas caixas d'água, 15.5% as limpam uma vez por mês; 15.2% a cada 2 a 3 meses; 4.1% a cada 4 a 5 meses; 16.3% a cada 6 a 8 meses; 12.2% a cada 9 a 12 meses e 36.7% não souberam responder, demonstrando uma não preocupação, ou talvez desconhecimento de como proceder com a manutenção do reservatório doméstico.

Dos domicílios que não possuem caixa d'água, 13.6% armazenam água em panelas ou caldeirões, 14.8% em vasilhas de plástico; 24% em outros recipientes, e 69.2% não costumam armazenar água, afirmando que não existe necessidade para tal, uma vez que o abastecimento é contínuo, não havendo intercorrências no fluxo.

Quanto à água para consumo humano, 66.4% não tomam qualquer medida preventiva; 29.1% filtram; 3.2% fervem e 1.3% fervem e filtram; sendo que a maioria das pessoas diziam acreditar que a água recebida era de boa qualidade, e por isso não viam necessidade de tomar qualquer medida.

No tocante ao esgoto dos domicílios, 90.5% estão ligados à rede pública, sendo que deste total 8.2% possuem fossas e 0.9% depositam seus dejetos a céu aberto.

Do total dos domicílios, 99.1% possuem banheiro, sendo que em 56.4% destes o banheiro é dentro de casa, e 83.5% dos mesmos, são utilizados somente pela família.

O serviço de coleta de lixo cobre 99.1% dos domicílios, diariamente.

Dos entrevistados, 62.3% guardam o lixo para coleta em latas sem tampa; 18.2% em latas com tampa; 13.6% em sacos plásticos e 5.9% em outro tipo de recipiente.

Verificou-se que em 75.9% dos domicílios costumam aparecer muitos insetos e roedores, tais como: barata, moscas, pernilongo, aranha, formiga e em 28.7% destes aparecem ratos.

Das 220 famílias inqueridas, 59.6% criam alguma espécie de animal doméstico, sendo que 59.8% criam cachorro; 24.9% gatos; 13.0% aves e 2.3 outros.

Das famílias que possuem cachorro e/ou gato, 70.2% vacinaram seus animais contra a raiva no último ano, fazendo-se a ressalva de que a maioria vacinou somente o cachorro.

Quanto ao consumo de carne, 97.3% das famílias a adquirem em açougue ou mercado. Em relação ao leite, 80.5% adquirem leite pasteurizado, sendo que 95.0% das famílias costumam ferver o leite antes de ingerí-lo.

No que diz respeito aos hábitos de higiene corporal, 99.5% costumam tomar banho diariamente e apenas 0.5% a cada 3 dias.

Das 220 famílias entrevistadas, 87.7% costumam lavar as mãos antes das refeições e após fazer as necessidades; 4.1% somente antes das refeições; 2.3% somente após fazer as necessidades e 5.9% não costumam lavar as mãos.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Do inquérito realizado em 220 domicílios na cidade de Garça, conclui-se que 53.0% procurou assistência odontológica neste ano de 1989, enquanto 47.0% não.

Em um terço (33.0%) dos casos de procura ao dentista, a razão principal era dor de dente, enquanto 41.0% se referiram à prevenção como fator de procura. Os restantes 26.0% alegaram outros motivos como: conserto de dentadura (7.0%), inflamação dentária (13.0%), dentes quebrados (4.0%) e tratamento de canal (2.0%).

Dos que não procuraram assistência odontológica, 15.0% não o fazem por achar o serviço caro, 3.0% não acham a visita anual ao dentista necessária, e 82.0% consertos em próteses.

Quando perguntados se conheciam o fato de a Prefeitura adicionar flúor na água, 45.0% disseram não conhecer o fato, enquanto 55.0% conheciam a utilização do flúor pela Prefeitura.

A respeito da finalidade do uso do flúor, 80.0% declararam desconhecê-la, 15.0 responderam que era para prevenir a cárie, e 5.0% disseram que era para limpeza a água.

MORBIDADE DOS ADULTOS

As questões referentes a morbidade dos adultos, abrangeram os seguintes assuntos: quando alguns dos adultos fica doente, o que costuma fazer primeiro; qual o local procurado na necessidade de um médico; qual a opinião sobre o atendimento desse local e alguma sugestão; se algum dos adultos ficou doente este ano e precisou de médico, e qual a doença ou sintomas apresentados.

Em relação à primeira providência tomada quando algum dos adultos fica doente, obteve-se o seguinte resultado: a grande maioria, ou seja, 87.7% dos entrevistados procuram o médico; 9.6% procuram a farmácia, e 2.7% procuram outros meios.

Quanto ao local procurado na necessidade de um médico, os dados obtidos podem ser observados na tabela abai

XO:

TABELA 25 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS CHEFE DE FAMÍLIA, SEGUNDO O LOCAL DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA ÁREA ESTUDADA, GARÇA, 1989.

LOCAL DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE	Nº	%
P.A.S V. Araceli	116	52.7
Hospital e Maternidade Samaritano	38	17.3
Hospital São Lucas	37	16.8
INPS	12	5.5
CS ₂ Garça	10	4.5
Consultório Particular	6	2.7
P.A.S Labienópolis	1	0.5
T O T A L	220	100.0

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

O P.A.S. da Vila Araceli é o mais procurado (52.7%) porque é o local mais próximo da área em estudo. Os hospitais: Samaritano e São Lucas são procurados com uma certa significância porque (34.1%) da população amostral acredita em uma melhor resolução do problema.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS CHEFES DE FAMÍLIA, SEGUNDO A OPINIÃO DA QUALIDADE DE ATENDIMENTO DESSE LOCAL, NA ÁREA ESTUDADA, GARÇA, SET/1989.

QUALIDADE DE ATENDIMENTO	Nº	%
Muito bom	22	10.0
Bom	163	74.1
Razoável	18	8.2
Ruim	3	1.4
Péssimo	8	3.6
Não respondeu	6	2.7
T O T A L	220	100.0

FONTE: INQUÉRITO DOMICILIAR

Apesar de 84.1% da população amostral considerar o atendimento (do local de resolução de problemas de saúde) de muito boa, ou boa qualidade, acreditam haver algumas falhas, que na opinião deles poderão ser sanadas com as sugestões abaixo relacionadas:

1. Maior quantidade de especialidades médicas.
2. Maior quantidade de dentistas.
3. Maior quantidade de remédios.
4. Maior número de pediatras e atendimento noturno.
5. Maior rapidez no resultado de exames.
6. Menor tempo para a aquisição de guias do INPS.
7. Maior número de exames sofisticados.
8. Maior atenção por parte de funcionários e médicos.
9. Menor tempo de espera nas consultas.
10. Posto de Saúde somente para mulheres.
11. Esclarecimentos ao público do novo Sistema de Saúde - SUDS.

Dos domicílios inqueridos, 71.8% dos meses tiveram algum adulto doente este ano e precisaram de médico.

As doenças e/ou sintomas apresentados podem ser observados na tabela abaixo:

TABELA 27 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE DOENÇAS APRESENTADAS PELOS MORADORES, SEGUNDO OS CAPÍTULOS DA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS, GARÇA, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS	Nº	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	16	8.4
Neoplasmas	1	0.5
Doenças da glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	11	5.7
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	5	2.6
Transtornos mentais	13	6.8

Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	5	2.6
Doenças do aparelho circulatório	29	15.2
Doenças do aparelho respiratório	29	15.2
Doenças do aparelho digestivo	16	8.4
Doenças do aparelho genit <u>u</u> rinário	12	6.3
Complicações da gravidez do parto e do puerpério	4	2.1
Doenças do sistema osteo-muscular e do tecido con <u>u</u> juntivo	20	10.5
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	20	10.5
Lesões e envenenamentos	10	5.2
T O T A L	191	100.0

FONTE: Classificação Internacional de Doenças - OMS - Volumes 1 e 2, Revisão 1975.

Observa-se que as doenças mais frequentes foram as dos aparelhos circulatório e respiratório (15.2%) devido, possivelmente, ao elevado número de pessoas acima de 60 anos.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

O inquérito sobre imunização, morbidade por doenças diarréica e respiratória e utilização de serviços foi aplicado a todas as 94 crianças menores de 5 anos, residentes nos domicílios sorteados.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As tabelas 28 e 29, apresentam a distribuição das crianças menores de 5 anos segundo faixa etária e escolaridade do chefe da família.

Como se pode observar as crianças encontram-se uniformemente distribuídas pelas faixas etárias; 50.0% das crianças pertencem a famílias em que o chefe não possui sequer o curso primário completo e apenas 7.7% possuem um chefe com colegial completo, podendo de fato estar caracterizando esta população como mais carente em termos sócio-econômicos e culturais.

MONITORAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Das 94 crianças, 89 (94.7%) estavam matriculadas em algum serviço de saúde para avaliação do crescimento e desenvolvimento. Destas 64 (71.9%) estavam sendo acompanhadas no PAS V. Araceli e 16 (18.0%) no CS II Garça, refletindo uma tendência desta população a procurar serviço dentro do próprio bairro (tabela 30). A maioria dessas crianças estavam matriculadas nesses serviços por serem os mais próximos da residência.

IMUNIZAÇÃO

Do total de crianças, 88 (93.6%) já haviam tomado vacina, forma rotineira ou em campanhas. Apenas 5 crianças nunca haviam recebido nenhuma vacina e o motivo era que ainda não tinham idade adequada (menores de 2 meses).

Para verificar a adequação das doses de vacinas recebidas considerou-se apenas as 73 crianças que apresentavam a caderneta de vacinação. Destas, 87.7% encontravam-se com o esquema vacinal completo (tabela 31). Quanto à idade em que essas crianças

receberam as vacinas, a distribuição foi a seguinte:

- **Sabin:** 1ª dose - 90.4% aos 2-3 meses
2ª dose - 83.3% aos 4-5 meses
3ª dose - 69.1% aos 6-7 meses
1ª reforço - 58.5% aos 18-19 meses

- **Tríplice:** 1ª dose - 91.8% aos 2-3 meses
2ª dose - 81.9% aos 4-5 meses
3ª dose - 72.1% aos 6-7 meses
1ª reforço - 58.5% aos 18-19 meses

- **Anti-sarampo:** 1 dose - 76.2% aos 9-10 meses

- **BCG ID:** até 3 meses - 53.6%
até 6 meses - 67.8%

Para as vacinas Sabin e Tríplice observa-se que a adequação quanto à idade vai caindo de acordo com o aumento do número de doses. Isto talvez justifique a necessidade de manutenção das campanhas, uma vez que é importante o recebimento de todas as doses para se garantir a proteção imunológica esperada.

Além do esquema rotineiro de imunização perguntou-se também sobre o comparecimento a campanhas de vacinação anti-polio e anti-sarampo. Observa-se na tabela 32 que a cobertura a través das campanhas é bastante alta para a vacina Sabin; 89.4% tinham comparecido à campanha pelo menos uma vez e uma grande proporção (74.5%) tinha participado de duas a quatro vezes. Quanto a anti-sarampo não é possível fazer nenhuma consideração em termos de cobertura, uma vez que é realizada de forma menos frequente e muitas crianças poderiam não ter idade para recebê-la por ocasião da última campanha.

MORBIDADE POR DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA (DRA)

As DRAs têm sido motivo de preocupação em todo o mundo, à medida em que começam a suplantam a doença diarréica em termos de morb-mortalidade. A doença diarréica tem sido bastante sensível à melhoria das condições de saneamento do meio e à Terapia de Rehidratação Oral, enquanto as DRAs tendem a atingir todas as cri

anças independente do nível sócio-econômico e as medidas de prevenção e tratamento são mais complexas, uma vez que estão envolvidos uma gema enorme de patógenos.

Da amostra de 94 crianças, 46 (48.9%) haviam apresentado tosse nos últimos 15 dias. Isto demonstra a magnitude do problema, considerando-se que a taxa deve ser ainda maior incluindo aqueles casos de DRA sem tosse. Em inquéritos dessa natureza recomenda-se utilizar o sinal tosse como indicativo da doença pois é fácil de se lembrar. Pergunta-se somente para os últimos 15 dias para garantir confiabilidade da resposta. Dos 46 casos de DRA, 17.4% apresentavam dificuldade respiratória associada à tosse. A maioria (56.5%) refere ter procurado serviço de saúde nesta ocasião e dentre os serviços procurados o PAS de V. Araceli responde pelo atendimento de 73.1% das crianças (Tabelas 33 e 34).

MORBIDADE POR DOENÇA DIARRÉICA

Da mesma forma que para as DRAs perguntou-se sobre presença de diarréia nos últimos 15 dias. 12.8% das crianças haviam tido quadro diarréico porém sem a presença de sangue nas fezes. Contrariamente às DRAs, no caso das diarréias, apenas 4 crianças (33.3%) procuraram serviços de saúde para receber orientação; 7 (58.3%) foram tratados de acordo com os conhecimentos da própria mãe. Apenas 3 (25.0%) receberam algum tipo de soro oral; a maioria (50.0%) recebeu remédio caseiro ou outro remédio que não o soro (tabela 35).

Das 4 crianças que procuraram serviços de saúde, 2 foram ao PAS V. Araceli, 1 ao CS II Garça e 1 ao Hospital Samaritano.

Deve-se considerar que a doença diarréica apresenta uma sazonalidade e o período em que se realizou o inquérito não era aquele de maior incidência da mesma.

AMAMENTAÇÃO E DESMAME

As questões relativas a este assunto foram aplicadas somente às mães com crianças menores de 1 ano, devido à dificuldade de se obterem dados recordatórios confiáveis para períodos maiores. Apenas 25 crianças enquadravam-se nessa faixa etária.

Por ocasião da entrevista 17 crianças já estavam em aleitamento misto e 9 já estavam completamente desmamadas (só com leite artificial). Os motivos alegados para a introdução de leite artificial e desmame foram: leite secou, leite fraco e recomendação médica.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS EM FAIXAS DE IDADE (GARÇA, 1989).

Idade (meses)	Nº	%
0 - 12	20	21.3
12 - 24	16	17.0
24 - 36	20	21.3
36 - 48	22	23.4
48 - 60	16	17.0
T O T A L	94	100.0

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, SEGUNDO ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (GARÇA, 1989).

Escolaridade *	Nº	%
I	13	16.7
II	26	33.3
III	22	28.2
IV	11	14.1
V	6	7.7
T O T A L	78	100.0

- (*) = I . nenhuma
 II . primário incompleto
 III. ginásio completo
 IV. colegial incompleto
 V. colegial completo e mais

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, CONFORME SERVIÇO DE SAÚDE QUE UTILIZAM PARA ACOMPANHAR O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (GARÇA, 1989).

Serviços de Saúde	Nº	%
PAS V. Araceli	64	71.9
CS II GARÇA	16	18.0
Outro PAS	4	4.5
Hospital	1	1.1
Consultório Particular	1	1.1
Prejudicado	3	3.4
T O T A L	89	100.0

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS QUE APRESENTAVAM CADERNETA DE VACINAÇÃO, CONFORME ADEQUAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL (GARÇA, 1989).

Esquema Vacinal	Nº	%
completo	64	87.7
falta reforço (Sabin e DPT)	5	6.8
falta anti-sarampo	3	4.1
falta 3ª dose Sabin	1	1.4
T O T A L	73	100.0

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS CONFORME NÚMERO DE DOSES DAS VACINAS ANTI-PÓLIO E ANTI-SARAMPO RECEBIDAS EM CAMPANHAS DE IMUNIZAÇÃO (GARÇA, 1989).

Doses	Anti-pólio	Anti-sarampo
Nenhuma	10.6	66.0
1	6.4	29.8
2	22.3	4.3
3	14.9	1.1
4	37.2	-
5	2.1	-
6	6.4	-
T O T A L	94(100.0)	94(100.0)

TABELA 33- DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS QUE APRESENTAM TOSSE, CONFORME FONTE DE ORIENTAÇÃO QUE SEGUIU(GARÇA, 1989)

Fonte de Orientação	Nº	%
Serviço de Saúde	26	56.5
Conta Própria	16	34.8
Outra	4	8.7
T O T A L	46	100.0

TABELA 34 -DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM TOSSE QUE PROCURAVAM SERVIÇO DE SAÚDE, CONFORME SERVIÇO PROCURADO (GARÇA, 1989).

Serviços de Saúde	Nº	%
PAS V.Araceli	19	73.1
CS II GARÇA	4	15.4
PAS Labienópolis	1	3.8
Hospital Samaritano	2	7.7
T O T A L	26	100.0

TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS QUE APRESENTAVAM DIARRÉIA, CONFORME MEDICAMENTO QUE RECEBEU (GARÇA, 1989).

Medicamentos	Nº	%
Soro caseiro	1	8.3
Remédio caseiro	3	25.0
Soro do Posto	1	8.3
Soro da Farmácia	1	8.3
Soro endovenoso	1	8.3
Remédio comercial	3	25.0
Não anotado	2	17.7
T O T A L	12	99.9

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Aplicou-se um questionário a todas mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) que já tivessem engravidado pelo menos uma vez e residentes nos domicílios sorteados. A amostra final constitui-se de 123 mulheres, que responderam sobre assistência pré-natal, utilização de métodos anticoncepcionais e controle de câncer cérvico-uterino, programas em andamento no serviços de saúde do Município.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na tabela 36, pode-se observar a distribuição das mulheres entrevistadas por faixa etária. A maioria, 57.7%, encontrava-se na faixa de 20 a 34 anos de idade, sendo apenas 5.7% a proporção de mulheres de 15 a 19 anos.

A média de gravidezes por mulher foi de 3.4, sendo que 79.0% tinham engravidado de 1 a 4 vezes. Quanto ao número de filhos vivos tidos foi de 3.2 por mulher, sendo que 83.8% apresenta am no máximo 4 filhos (tabela 37). Cerca de 30.0% das mulheres tinham tido algum aborto e destas 82.9% uma única vez.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO

Apenas 21 mulheres estiveram grávidas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa e para estas perguntou-se sobre assistência pré-natal. Todas fizeram acompanhamento pré-natal e destas, 17 (81.0%) o fizeram desde o primeiro trimestre e o restante iniciou no 2º trimestre de gestação. Esses números são bastante significativos e importantes em termos de cobertura, embora se trate de uma amostra bastante reduzida para se fazer análise. Vale ainda ressaltar que dessas 21 mulheres, 14 (66.7%) foram atendidas no PAS V. Araceli e CS II Garça. Das 21 mulheres, 9 (42.9%) referiram ter procurado aquele serviço por ser o mais próximo à residência. Outros motivos alegados porém em proporção bem menor foram: atendimento bom, gosta dos médicos, horário bom, queria acompanhar com médica, já conhecia o médico, único local que conseguiu vaga e consultório particular é melhor.

Os partos dessas mulheres foram realiza-

dos nos 2 Hospitais existentes na cidade quase que em sua totalidade, cabendo a cada um 10 partos (47.6%). Apenas um parto ocorreu fora do município. Desses partos, 2 produtos foram natimortos. A maioria dos partos foi normal (61.9%); a taxa de cesáreas foi de 33.3%, baixa quando comparada com outros locais e mesmo dentro do município, o que é mais ou menos o que costuma ocorrer em populações de mais baixa renda.

Quanto à qualidade da assistência pré-natal e ao parto, na opinião das mulheres foi boa ou muito boa. Apenas 1 mulher referiu que a assistência pré-natal poderia ser melhor e 1 que a assistência ao parto foi regular.

UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Por ocasião da entrevista, 86 mulheres (69.9%) estavam utilizando algum método anticoncepcional. Chama a atenção o fato de que dentre essas mulheres, 42 ou seja 48.8% usavam método definitivo (tinham feito laqueadura) e outras 28 (32.6%) utilizavam a pílula, quando a gama de opções que se oferecem hoje para o planejamento familiar são bem maiores (tabela 38). A maioria dessas mulheres foi orientada e utilizou esses dois métodos em consultórios credenciados pelo INAMPS; outros serviços responsáveis pela orientação foram PAS V. Araceli, Hospital Samaritano e consultório particular (tabela 39). 46.4% das mulheres que utilizavam a pílula referiram estar pagando pelo método, assim como 38.1% das que fizeram laqueadura.

Como pode se observar na tabela 40, as mulheres com laqueadura apresentavam uma média maior de filhos vivos.

Das 37 mulheres que não estavam utilizando nenhum método anticoncepcional os motivos alegados foram os seguintes: não tem companheiro no momento (solteira, viúva ou desquitada), está na menopausa, vai fazer laqueadura, é histerectomizada, não acha necessário, está grávida, marido é impotente, é infértil porque fez curativo, deseja engravidar, está amamentando e religião não permite.

PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Do total de mulheres entrevistadas, 79 (64.2%) já tinham feito o exame para prevenção do câncer cérvico-ute

rino (Papanicolau) pelo menos uma vez. Destas, 79.8% o tinham feito pela última vez no máximo há 3 anos (tabela 41).

Das mulheres que nunca tinham feito o exame os motivos alegados foram: não acha necessário, não tem tempo, não está preocupada, não tem vontade, não gosta dos médicos, tem medo, desconhecimento, descuido, muita gente no Posto, nunca senti nada, não costuma ir ao ginecologista, problemas neurológicos, é histerectomizada. dentre os motivos alegados, apenas 3 mulheres poderiam ser consideradas como apresentando de fato algo que justificasse não ter realizado tal exame. Todos os outros são motivos ligados ao desconhecimento do problema.

TABELA 36- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ESTUDADAS CONFORME A FAIXA ETÁRIA (GARÇA, 1989).

Idade (anos)	Nº	%
15 a 19	7	5.7
20 a 34	71	57.7
35 a 39	17	13.8
40 a 49	28	22.8
T O T A L	123	100.0

TABELA 37 -DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME NÚMERO DE FILHOS VIVOS TIDOS (GARÇA, 1989)

Número de filhos vivos	Nº	%
1	25	20.3
2	29	23.6
3	36	29.3
4	13	10.6
5	7	5.7
6	4	3.3
7	1	0.8
8	2	1.6
9	2	1.6
10	2	1.6
11	-	-
12	2	1.6
T O T A L	123	100.0

TABELA 38- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE USAVAM ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL, CONFORME O TIPO DE MÉTODO UTILIZADO (GARÇA, 1989).

Tipos de Método Anticoncepcional	Nº	% *
Pílula	28	32.6
DIU	-	-
Diafragma	1	1.2
Condom	3	3.5
Hormônio injetável	1	1.2
Muco Cervical (Billings)	-	-
Laqueadura	42	48.8
Vasectomia	-	-
Coito interrompido	2	2.3
Outros	1	1.2
Prejudicado	13	15.1

* O total soma mais que 100.0 por tratar-se de resposta múltipla; 5 mulheres utilizavam associação de dois métodos.

TABELA 39- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, CONFORME SERVIÇO DE SAÚDE QUE ORIENTOU A UTILIZAÇÃO DE PÍLULA OU LAQUEADURA (GARÇA, 1989)

Serviços de Saúde	Pílula		Laqueadura	
	Nº	%	Nº	%
PAS V. Rebelo	1	3.6	-	-
CS II Garça	3	10.7	1	2.4
PAS V. Araceli	7	25.0	6	14.3
Hosp. Samaritano	-	-	9	21.4
Hosp. São Lucas	2	7.1	2	4.8
Consultório particular	3	10.7	7	16.7
Consultórios credenciados pelo INAMPS	11	39.3	14	33.3
Prejudicado	1	3.6	3	7.1
T O T A L	28	100.0	42	100.0

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE UTILIZAVAM PÍLULA OU LAQUEADORA, CONFORME NÚMERO E MÉDIA DE FILHOS TIDOS (GARÇA, 1989)

Número de filhos vivos	Mulheres que utilizam pílulas	Mulheres com laqueadura
1	9	-
2	10	4
3	4	23
4	4	5
5	-	6
6	-	2
7	-	-
8	-	1
9	1	-
10	-	1
T O T A L	28	42
Média de filhos vivos	2.1	3.7

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME PERÍODO EM QUE FEZ EXAME PARA PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO PELA ÚLTIMA VEZ (GARÇA, 1989).

Período	Nº	%
menos de 1 ano	39	49.4
de 1 a 2 anos	24	30.4
de 3 a 5 anos	9	11.4
mais de 5 anos	6	7.6
prejudicado	1	1.2
T O T A L	79	100.0

CARACTERIZAÇÃO DA FAVELA

Na região que foi oferecida para o estudo da população existe uma pequena favela, situada às margens da linha ferroviária.

É constituída de 72 barracos, todos de madeira, e a grande maioria tendo como teto uma cobertura de plástico, que os torna térmicamente desconfortáveis.

O piso é de terra batida, e pelas péssimas condições de construção e cobertura, a ocorrência de chuvas constitui-se um problema.

Alguns moradores possuem pequenas hortas e até mesmo criam animais domésticos.

Não existem água encanada, luz elétrica e esgotos, mas a Prefeitura abastece o local com água, a cada dois dias, por meio de carro-pipa. As famílias possuem latões de 200 litros, onde armazenam esta água.

É grande a preocupação da Prefeitura com relação a esta população. Já existe um projeto para retirá-los do local e fornecer-lhes uma habitação adequada com melhores condições sanitárias.

A Divisão de Assistência Social e Saúde Pública do Município (DASSP), por meio de assistentes sociais, faz visitas periódicas à favela, para auxílio, e atualização do cadastro dos moradores. Há uma grande procura por parte dos moradores ao DASSP, cujo atendimento é muito elogiado.

O perfil da população e do local, foi elaborado com base em material fornecido pelo DASSP e visita da equipe. A seguir apresentam-se os dados respectivos (tabelas 42 e 43).

TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS MORADORES DA FAVELA, SEGUNDO SEXO E IDADE, GARÇA, JANEIRO DE 1989.

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 5	30	10.1	23	7.7	53	17.8
5 - 10	20	6.7	27	9.1	47	15.8
10 - 15	22	7.4	19	6.4	41	13.8
15 - 20	13	4.4	11	3.7	24	8.1
20 - 25	15	5.1	12	4.0	27	9.1
25 - 30	15	5.1	13	4.4	28	9.5
30 - 35	5	1.7	10	3.4	15	5.1
35 - 40	4	1.3	7	2.4	11	3.7
40 - 45	6	2.0	5	1.7	11	3.7
45 - 50	1	0.3	3	1.0	4	1.3
50 - 55	3	1.0	3	1.0	6	2.0
55 - 60	3	1.0	1	0.3	4	1.3
60 - 65	1	0.3	2	0.7	3	1.0
65 e +	1	0.3	6	2.1	7	2.4
Ignorada	8	2.7	8	2.7	16	5.4
T O T A L	147	49.5	150	50.5	297	100.0

FONTE: DASSP

Devido ao fato de que 47.4% da população são menores de 15 anos, achou-se necessário o cálculo da Razão de Dependência; cujo valor obtido foi 111.3%.

O tempo de moradia varia de 17 dias a 2 anos, tendo a grande maioria uma média de 1 ano de residência.

O número de habitantes por barraco varia de 1 a 9 pessoas, com a média de 4,2 por barraco, conforme demonstração na tabela , adiante:

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE BARRACOS SEGUNDO O NÚMERO DE MORADORES, GARÇA, JANEIRO DE 1989.

Nº DE MORADORES	Nº	%
1	3	4.2
2	16	22.2
3	12	16.7
4	12	16.7
5	10	13.9
6	8	11.1
7	6	8.3
8	4	5.5
9	1	1.4
T O T A L	72	100.0

FONTE: DASSP

Este barracos são compostos de um único cômodo (85.0%), 2 cômodos (12.0%) e 3 cômodos (3.0%).

O número de filhos por família varia de zero a 7 filhos, com a média de 2,4 filhos, conforme a tabela 44 .

TABELA 44- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE FAMÍLIAS SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS, GARÇA, JANEIRO DE 1989.

Nº DE FILHOS	Nº	%
0	15	20.8
1	15	20.8
2	07	9.7
3	13	18.1
4	11	15.3
5	06	8.3
6	03	4.2
7	02	2.8
T O T A L	72	100.0

FONTE: DASSP

A atividade mais frequente dos chefes de família é a de bóia-fria (59.7%), de acordo com a tabela 45 .

TABELA 45- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS CHEFES DE FAMÍLIA, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE, GARÇA, JANEIRO 1989.

ATIVIDADE	Nº	%
Bóia-fria	43	59.7
Aposentado	10	13.9
Pedreiro	6	8.3
Auxílio-doença	3	4.2
Desempregado	3	4.2
Outros	7	9.7
T O T A L	72	100.0

FONTE: DASSP

Dos 72 chefes de família consultados, 21 (29.2%) não declararam seu rendimento mensal. Os demais 51 chefes de família (70.8) declararam renda mensal abaixo de 1 salário mínimo, sendo que destes, 49 (96.1%) com rendimento abaixo de 0.5 salário mínimo.

Da análise dos dados apresentados conclui-se que as condições sócio-econômico-ambientais da favela observada não diferem das demais favelas existentes no País.

Esta comunidade de aproximadamente 300 habitantes, possui precaríssimas condições de habitação agravadas pela falta de água encanada, esgotos e energia elétrica.

Considerando-se uma média de 4.2 habitantes por barraco e que 85.0% dos mesmos possuem apenas um cômodo, a inexistência de um mínimo de privacidade, acarreta um ambiente propício à incidência e prevalência de doenças infecciosas, além de possíveis distúrbios psicológicos.

A Razão de Dependência observada (111.3%), decorrente especialmente da existência de 47.4% menores de 15 anos, indica a possibilidade de estar ocorrendo em larga escala a exploração do trabalho do menor, dificultando sua permanência na escola. A confirmação desta hipótese necessitaria de um estudo específico e mais aprofundado.

Pelo mesmo motivo, os chefes de família vêm-se impedidos de desenvolver uma maior capacitação para o trabalho, permanecendo 59.7% deles na atividade de bóias-frias, com uma renda inferior a 0.5 salário mínimo.

Como se pode ver, a favela de Garça não dispõe das condições mínimas de habitabilidade, saneamento básico e equipamentos comunitários que proporcionem um adequado nível de profissionalização, escolarização e manutenção de níveis mínimos de saúde recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na área de educação em saúde do trabalho do grupo procurou dar um panorama geral da educação no município e também comparar os dados obtidos através do inquérito nos bairros estudados.

Foram avaliados o analfabetismo e a situação sanitária dos centros de educação dos bairros, no que se refere às condições da planta física e da higiene e manutenção da escola, dos programas curriculares de educação em saúde, da coordenação com a Secretaria de Saúde do município e das relações com a comunidade a que atendem.

Como fontes de informação foram consultadas a Secretaria de Educação do Município e a Delegacia Regional de Ensino, que forneceram dados valiosos para o trabalho, além de questionário aplicado nas escolas visitadas.

ANALFABETISMO

Ao analisar o grau de analfabetismo, segundo mostra a tabela 46, observou-se que Garça vem experimentando uma melhoria, pois o índice baixou de 32.0% em 1970 para 27.0% em 1980. Esta redução é mais evidente entre a população da área rural do município, que conseguiu diminuir seu índice em praticamente 10.0%. Porém, ainda o analfabetismo é elevado, devido a que durante a safra, boa parte dos escolares tem que trabalhar como bóia-fria nas fazendas de café da região para ajudar suas famílias. Este fato se reflete na grande evasão escolar como a registrada na escola do distrito de Jafa. Ali a matrícula inicial em Março de 1989 era de 361 crianças de 7 a 14 anos, enquanto no final de setembro só continuavam frequentando as aulas 68.4% dos alunos; 31.6%a 6% tinham deixado a escola, especialmente aquelas crianças de maior idade.

TABELA 46 - PORCENTAGEM DE ANALFABETISMO NO MUNICÍPIO DE GARÇA, NOS ANOS DE 1970 e 1980, TOTAL E SEGUNDO REGIÕES URBANA E RURAL

REGIÃO	PORCENTAGEM DE ANALFABETISMO	
	1970	1980
URBANA	23.1	28.3
RURAL	47.0	37.3
MUNICÍPIO	32.0	27.0

FONTE: Censos Demográficos IBGE, de 1970 e 1980

Ao se confrontar com o índice de analfabetismo da região sul da cidade de Garça, onde se aplicou o questionário, encontrou-se, uma vez tabulados os dados, que do universo de 679 pessoas maiores de 7 anos, 17.8% eram analfabetos.

Esta porcentagem é baixa se comparada com a do município (27.0% em 1980), acreditando-se que este dado deve estar alterado, pois tal porcentagem atinge aqueles indivíduos das famílias entrevistadas que manifestaram não ter nenhuma escolaridade. É lícito pensar que o fato de que muitos dos moradores que cursaram a primeira série do primeiro grau e até o segundo, com o tempo voltaram à condição de analfabetos, por desuso ou falta de prática. Assim sendo, a taxa de analfabetos poderia estar bem próxima da média do município.

SISTEMA DE ENSINO

O sistema de ensino de Garça caracteriza-se por ser predominantemente público, já que 84.0% do alunos matriculados frequentam a rede estadual ou municipal.

Garça tem matriculados 12.762 alunos que se distribuem conforme a tabela abaixo:

TABELA 47 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE ALUNOS MATRICULADOS DO MUNICÍPIO DE GARÇA, SEGUNDO NÍVEL DE ENSINO, SETEMBRO/1989.

NÍVEL	ALUNOS MATRICULADOS	
	Nº	%
Pré-escola	1865	14.6
Primeiro Grau	7972	62.5
Segundo Grau	2239	17.5
Supletivo	686	5.4
T O T A L	12.762	100.0

FONTE: Delegacia de Ensino de Garça e Divisão de Educação e Cultura da Prefeitura de Garça.

Observa-se que juntos, os alunos matriculados na ré-escola e no Primeiro grau detém mais de 75.0% dos que frequentam os centros de educação, demonstrando a grande importância que deve-se dar à estrutura de um Programa de Saúde Escolar, que inclua como um de seus componentes a assistência médica; nas visitas às escolas constatou-se que não recebem um acompanhamento adequado. Considera-se de boa qualidade o serviço assistencial odontológico, presente na maioria das escolas do município. É fundamental também a implantação de um programa de Educação em Saúde, que oriente aos professores e prepare na área de saúde as crianças em idade escolar.

As ações do Programa de Saúde Escolar também deveriam ser extensiva aos alunos do 2º grau e supletivo, especialmente no que se refere à Educação Sexual.

OBSERVAÇÕES REALIZADAS NAS ESCOLAS

Como parte do trabalho de campo no Município de Garça, nas Vilas Araceli, Salgueiro, José Ribeiro e Jardim Paineiras avaliaram-se as condições de ambiente físico como o saneamento básico, condições do Prédio escolar e instalações sanitárias. Também procurou-se avaliar o ensino da saúde e a prestação dos serviços de saúde das escolas que atendiam as crianças pré-escolares e de primeiro grau dessas comunidades.

Foram feitas e analisadas no transcurso do trabalho de campo as seguintes instituições:

- * Escola Estadual de Primeiro Grau Alcyr da Rosa Lima (Vila Araceli)
- * Escola Estadual de Primeiro Grau Manoel Joaquim Fernandes (Vila José Ribeiro)
- * Patronato Juvenil Garcence (Vila Araceli)
- * I.E. Dona Maria Leonor (Vila Salgueiro).

A cada um dos centros educativos foi aplicado um modelo de Roteiro de Observações que consta dos anexos (anexo nº) por um grupo multiprofissional, composto de engenheiros, enfermeira, biólogas e educadores em saúde; o resumo das conclusões apresentam-se a seguir.

ESCOLA ESTADUAL ALCYR DA ROSA LIMA

Localizada na rua Affonso de Souza Nº 440, Vila Araceli, em zona residencial sobre um terreno seco e rodeada por ruas pavimentadas e com escoamento de águas pluviais.

A escola tem uma população escolar de 709 crianças, atendida por 39 professores e 13 funcionários. Oferece o Primeiro Grau completo e o Supletivo.

AMBIENTE SANITÁRIO

Entre os principais problemas que detectaram-se na visita de observação está o das caixas de água, que necessitam de uma maior limpeza, para garantir a qualidade da água aos alunos.

Também detectou-se que o lixo deve ser conservado em latões ou recipientes com tampas, para evitar o aparecimento de roedores e baratas.

É interessante que se aumente o número de banheiros, já que para 761 pessoas que frequentam a escola existem apenas 6, dando uma média de 126 pessoas para cada banheiro. O mínimo aceitável seria de um vaso sanitário para cada 100 meninos e um para cada 25 meninas.

ENSINO EM SAÚDE

O ensino em saúde está incorporado na grade curricular da escola através de palestras com médicos convidados e na disciplina de Ciências. Está também ligada à rotina da escola, porque as crianças carentes, que são a maioria, precisam de orientação quanto à higiene pessoal, doenças e nutrição constantemente, já que nos seus lares não recebem esta orientação.

A escola precisa para desenvolver a Educação em Saúde de materiais de apoio, como livros, revistas, cartazes e outras publicações, porém o problema de não ter espaço físico para a biblioteca dificulta a tarefa. Há necessidade também de uma integração maior com o PAS Araceli para assessoria aos professores, que se ressentem da falta de um especialista na Educação em Saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo a diretora da escola a Prefeitura, através dos seus órgãos de saúde, atende a todas as necessidades de saúde dos alunos da escola que ela dirige, colocando inclusive à disposição dos alunos especiais condução para ir à escola. Quando algum aluno precisa dos serviços do PAS Araceli ou Centro de Saúde ele é atendido. Também o programa odontológico e de oftalmologia são dignos de elogios pela sua oportuna ação.

Porém no aspecto preventivo e educativo a integração escola-serviços de saúde é fraca. Não existe um Programa Conjunto de Saúde do Escolar que leve em consideração os aspectos assistenciais, preventivos e educativos da saúde das crianças em idade escolar. Prova disto é que o principal problema de saúde pública da escola é a infestação por piolhos, que não conseguem erradicar. Limitam-se a desparasitar as crianças infectadas e não eliminam as fontes de contaminação para evitar que continuem atacando outros alunos.

É recomendável que o pessoal do PAS Araceli visite a escola e desenvolva programas preventivos e de erradicação de parasitas como piolho, além de assessorar os professores na educação em saúde das crianças, aplicação de testes, observações dos alunos e atenção às urgências.

PATRONATO JUVENIL GARCENSE

O Patronato Juvenil Garcense é outra entidade educativa e de proteção ao menor, dirigido por Frei Aurélio di Falco, que atende, a 210 crianças de 3 a 14 anos, com 8 professores e 6 funcionários auxiliares. O Patronato fica na rua Anita Costa, Vila Araceli.

AMBIENTE SANITÁRIO

Nesta instituição detectou-se como problema, em primeira instância, o fato de que os bebedouros não estão protegidos. Como as crianças bebem diretamente da torneira, mesmo que a qualidade da água seja boa é recomendável a instalação de filtros nos bebedouros.

Talvez o problema mais evidente da área sanitária refira-se ao mau cheiro que se sente em alguns setores da instituição. Verificou-se na vistoria, que ele é produto da má conservação dos ralos dos banheiros e cozinha da escola. Ademais, os ralos sujos propiciam o aparecimento de vetores, principalmente baratas, moscas e ratos. Recomenda-se para solucionar estes problemas a limpeza periódica dos ralos para impedir a formação de gorduras nos mesmos.

Os demais aspectos do ambiente sanitário foram considerados de boa qualidade, não havendo nenhuma recomendação a fazer.

Dentro da avaliação do ambiente físico, recomenda-se ainda a instalação imediata de extintores de incêndio e mangueiras para maior segurança dos alunos.

ENSINO EM SAÚDE

O ensino em saúde nesta entidade se dá através de orientações e formação de hábitos de higiene das crianças. 68% das crianças encontram-se nos níveis de Maternal (3 a 4 anos) e Pré-escola (5 a 6 anos), com maus hábitos de higiene, pois a imensa maioria procede de famílias com poucos recursos econômicos e baixa escolaridade.

O preparo para quem leciona temas de saúde na escola, só se deu de forma curricular na sua formação como docente, necessitando-se uma capacitação mais específica em serviço para estes docentes, principalmente pela escassez de bibliografia e impressos em temas de saúde que tenham orientações para os educadores.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Verificou-se que a principal carência neste setor é o fato de que não existe o serviço de um odontólogo que periodicamente controle a saúde oral das crianças do Patronato, exceto aquelas que frequentam a escola Alcyr da Rosa Lima ou o Posto de Saúde. Neste sentido fundamenta-se a criação de uma vaga para que um profissional atenda esta população. Porém, também justifica-se a

necessidade de um trabalho junto à escola, dos serviços médicos e assistenciais do PAS de Vila Araceli.

Vale a pena destacar que o Patronato faz testes de acuidade auditiva com ajuda da Fonoaudiológica da Prefeitura de Garça, mas critica-se que a entidade não faça o teste de acuidade visual, alegando que tem dificuldades de espaço e de fazer o teste adequadamente para 35 ou 40 alunos. Isto deve ser rotina da instituição ano a ano e as justificativas não são válidas.

Verificou-se que o problema de saúde que aparece com mais frequência no Patronato, é a infestação por Piolhos nas crianças, que não conseguem erradicar, situação semelhante à da escola Alcyr da Rosa Lima.

ESCOLA MANOEL JOAQUIM FERNANDES

A escola Estadual Manoel Joaquim Fernandes, fica na rua Mary Blumer Nº 200 na Vila Araceli, desenvolvendo cursos de Primeiro Grau e Supletivo, em horários diurno, vespertino e noturno (supletivo). Atende a uma população escolar de 396 alunos, com 25 professores e 9 funcionários.

AMBIENTE SANITÁRIO

Um dos problemas é o fato que os bebedouros da escola estejam com o filtro das torneiras quebrado, sendo recomendável substituí-lo por um em boas condições de funcionamento. Também se recomenda depositar o lixo em latões com tampa, para evitar o aparecimento de vetores na escola como baratas e roedores. Outro aspecto que poderia ser resolvido é o da área administrativa e sala dos professores, pois tudo fica junto dificultando o desempenho dos funcionários.

Este problema de espaço físico da escola afeta também as instalações sanitárias porque dos 4 banheiros, um teve que ser desativado para uso como depósito de materiais, diminuindo a proporção adequada de vasos sanitários e lavatórios por aluno. Seria necessário se ativar esse banheiro, procurando a construção de um local adequado para depósito de materiais.

Também seria bom construir um refeitório na escola, pois atualmente se usa um pátio, não sendo um local adequado. Deve-se providenciar um local isolado e que reúna condições higiênicas para o uso como refeitório.

ENSINO EM SAÚDE

O ensino de saúde na escola está incluído no programa global, tendo como meta que o aluno sem saúde não pode render e aproveitar a escola adequadamente.

A educação em saúde está presente formalmente na disciplina de Ciências, e informalmente quando a escola participa de campanhas de vacinação ou controle de epidemias. Os professores que lidam com o ensino da saúde, não tem uma preparação específica, e sentem necessidade de uma capacitação que os ajude a trabalhar de uma forma mais profissional.

Os educadores também se ressentem do acesso as fontes bibliográficas que lhes ajudem a ilustrar as aulas, como livros de consulta, folhetos, revistas, cartazes e outro tipo de impressos.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Por ser a escola Manoel Joaquim Fernandes uma entidade que atende a uma população carente, pois muitos moram na favela no antigo traçado da estrada de ferro da FEPASA, é necessário que as atividades e integração escola-serviços de saúde estejam bem coordenadas.

Observou-se que na área odontológica o serviço prestado aos alunos é de boa qualidade, já que atende todos os dias 4 horas.

Quando as crianças necessitam de serviços médicos por doença, a escola as encaminha ao posto de Vila Araceli. Inclusive em 1988 foi feito um exame integral de cada criança pelo pessoal do PAS, atividade que deveria ser mantida não só com esta escola, bem como com todas do município.

Efetivamente constatou-se a realização do

teste de acuidade visual, feito pelos professores. Os alunos com suspeita de deficiência são encaminhados ao Centro de Saúde. Porém, os professores não fazem o teste de acuidade auditiva, porque não tem recursos técnicos e de conhecimentos de como fazê-lo. Identificou-se a necessidade de fazer a capacitação dos professores na aplicação deste teste, que ajudará a prevenir problemas de saúde das crianças.

As principais patologias das crianças desta entidade são aquelas doenças próprias da infância, como rubéola, catapora e caxumba. Novamente o principal problema de saúde é a epidemia de Piolhos, como em todas as outras escolas da área.

INSTITUTO EDUCACIONAL DONA MARIA LEONOR

O último local que se visitou para observação foi o Instituto Educacional Dona Maria Leonor, localizado na Avenida Dr. Rafael Paes de Barros Nº 843. Este centro tem crianças de Maternal (3 a 4 anos) e o Pré-escolar (5 a 6 anos); tem matriculados 120 alunos, que ficam sob a responsabilidade de 3 Irmãs, 2 merendeiras e 2 professoras da Prefeitura.

AMBIENTE SANITÁRIO

As condições sanitárias da escola são excelentes: a limpeza e o número de serviços sanitários, pias e bebedouros são adequados para atender o número de crianças que frequentam a entidade. Porém, a única questão e recomendações que podem ser feitas neste sentido, é realizar com maior frequência a limpeza das caixas d'água, que só se faz uma vez por ano. O recomendado é limpá-las 2 ou 3 vezes ao ano.

Quanto ao lixo de origem orgânica é recomendável que ao ser jogado no buraco para produzir adubo orgânico, sempre seja coberto com terra ao final da tarde, para impedir a atração de roedores e vetores.

Talvez o perigo maior evidente que corre a escola no seu aspecto físico, é a falta de um sistema de proteção contra incêndio; no local não existe nenhum extintor, nem mangueiras para combater os incêndios, e o local é de alto risco para

incêndios devido a que uma parte do instituto é de construção antiga.

ENSINO EM SAÚDE

O ensino em saúde no instituto, limita-se a dar as noções sobre higiene, a fim de que estes se tornem hábitos nas crianças, principalmente o hábito da limpeza que é a maior preocupação dos responsáveis da escola; toda manhã como norma as crianças tomam banho no local, mesmo que já o tenham feito nas suas casas.

SERVIÇOS DE SAÚDE

As crianças do centro educativo são atendidas, sempre que referidos em caso de necessidade, no Centro de Saúde, porém não tem um programa estabelecido de atenção ao Escolar com a Secretaria de Saúde, semelhante às escolas citadas anteriormente.

VIII- LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE - DISTRITO DE JAJA

INTRODUÇÃO

Desde 1973 as águas de abastecimento público de Garça vêm sendo fluoretadas com vistas à redução da incidência da cárie dentária.

Após os primeiros 10 anos de utilização deste método preventivo, os índices de cárie mostraram uma redução de cerca de 60%, o que ratifica, mais uma vez, a eficiência deste método.

Porém a 9 Km do centro de Garça, há o distrito de Jafa, onde não ocorreu a fluoretação.

A população carente de Jafa é constituída por lavradores e é servida por um Posto de Assistência a Saúde, uma escola estadual e um pequeno Comércio.

A água consumida provém de poços semi-artesianos que, segundo o diretor do SAAE, seria fluoretada a partir do segundo semestre de 1989, para, a exemplo da cidade de Garça, reduzir a incidência da cárie dental.

MATERIAL E MÉTODO

A escolha do distrito de Jafa foi realizada de comum acordo entre os membros de nossa equipe e as autoridades de Saúde do município, quando da visita prévia realizada em agosto de 1989.

A Escola Estadual de 1º Grau Profª Norma Mônica Truzzi contava, em março deste ano, com 346 alunos de 7 a 14 anos matriculados. Pela metodologia aplicada no levantamento, analisaram-se os dados das crianças de 7 a 12 anos.

Para a realização do levantamento utilizou-se índice de Viegas Método II, e os critérios por ele preconizados.

Como em nossa equipe contava-se com um Cirurgião-Dentista, este foi auxiliado por dois colegas da rede pública, que se dispuseram a trabalhar como anotadores no processo de exames das crianças.

Para o exame foram utilizados: sondas

exploradoras nº 5, espelho bucal, solução antisséptica e álcool, gentilmente cedidos pela Prefeitura de Garça.

O exame nas crianças foi realizado num único dia, em dois períodos, no consultório dentário da própria Escola e os dados anotados em ficha própria (anexo nº VI).

A tabela 48 apresenta a distribuição do número de alunos examinados, segundo a idade e sexo, que estavam presentes na escola no dia do levantamento.

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ALUNOS EXAMINADOS DE 7 a 12 ANOS DE IDADE, SEGUNDO O SEXO (DISTRITO DE JAJA, GARÇA, 1989).

Idade	Sexo		Total (*)
	M	F	
7	7	11	18
8	21	19	40
9	15	16	31
10	16	20	36
11	21	18	39
12	21	11	32
T O T A L	101	95	196

FONTE: Levantamento realizado, pela equipe, em Jaja, Garça, 1989.

(*) O autor recomenda 50 crianças por idade.

Pela utilização do índice de Viegas Méto do II, foi examinado o primeiro Molar Inferior Direito (MID) permanente e os dois Incisivos Centrais Superiores (2ICS) permanentes de cada criança.

A tabela 49 mostra a distribuição de alunos examinados, de ambos os sexos, segundo a idade e os números totais de MID e ICS permanentes atacados pela cárie e o índice de cárie estimado, CPO-E.

TABELA 49- NÚMERO DE ALUNOS EXAMINADOS, DE AMBOS OS SEXOS, SEGUNDO AS IDADES, TOTAIS DE MID* E DOS 2ICS* ATACADOS PELA CÁRIE E O ÍNDICE CPO-E* (DISTRITO DE JAJA, 1989)

Idade (anos)	Nº de Alunos	Total MID Atacados por cárie	Total 2ICS Atacados por cárie	CPO-E
7	18	10	0	1.9
8	40	31	11	4.1
9	31	27	10	4.3
10	36	33	26	6.4
11	39	31	29	7.2
12	32	31	23	8.2
T O T A L	136	164	99	-

FONTE: Levantamento realizado pela equipe, em Jaja, Garça, 1989.

* MID - 1º Molar Inferior Direito, permanente

2ICS - Dois incisivos Centrais Superiores permanentes

CPO-E - Índice de cárie estimado

DISCUSSÃO

Do total de alunos (346) de 7 a 12 anos de idade, matriculados, em março de 1989, na escola, foram examinados 196 alunos (56.6%), em virtude da evasão escolar (43.4%), uma vez que, na ocasião do levantamento odontológico, houve coincidência com o início da colheita na lavoura da região e boa parte das crianças normalmente participa da mesma.

Comparando-se os índices de cárie (CPO) das crianças de Jaja, com os das crianças de Garça, através dos dados do levantamento de 1983, pode-se verificar que os índices de Jaja estão sensivelmente maiores, como mostra a tabela 50.

TABELA 50- COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES ESTIMADOS (CPO-E), SEGUNDO A IDADE EM ANOS EM CRIANÇAS DE 7 a 12 ANOS EM JAJA (1989) E CIDADE DE GARÇA*(1983), SP.

Idade	CPO-E		≠	%
	Garça (1983) ^a	Jaja (1989) ^b		
7	1.1	1.9	0.8	45.6
8	1.9	4.1	2.2	53.9
9	2.1	4.3	2.2	51.6
10	2.6	6.4	3.8	60.1
11	3.4	7.2	3.8	52.2
12	3.6	8.2	4.6	55.7

Fonte: (a) Levantamento realizado em Garça - SP 1983

(b) Levantamento realizado pela equipe, Jaja, Garça-SP 1989

* existe água fluoretada desde 1973.

Estas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que a água da cidade de Garça vem sendo fluoretada desde 1973, com redução comprovada do índice de cárie.

Em contrapartida, o distrito de Jafa não conta com nenhum método preventivo instalado e o atendimento dentário na escola não tem sido permanente.

Analisando-se as crianças de 12 anos de idade (CPO-E - 8.18) e comparando-se com a escala de severidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a mesma idade, pode-se classificar as crianças de Jafa com uma prevalência de cárie muito alta, (Moller 1980-83; 1984, citado por Pinto 1989).

A OMS estipula, ainda, o índice CPO aos 12 anos de idade como indicador básico de comparação para o estado de saúde bucal entre populações diversas, definindo o valor 3.0 como satisfatório e meta a ser alcançada no ano 2000.

CONCLUSÃO

Comparando-se os índices de cárie das crianças de Jafa com os índices de Garça, verifica-se que a prevalência da cárie dental em Jafa é muito alta.

Uma vez que a Prefeitura de Garça pretende fazer fluoretação das águas dos poços em Jafa, sugere-se que seja feita uma associação com outro método preventivo, como as bochechos diários com soluções de fluoreto de sódio a 0.05%.

Sugere-se ainda incrementar o atendimento odontológico às crianças de Jafa, procurando atuar antes do início das colheitas, ou desenvolvendo um mecanismo que, mesmo com as crianças na lavoura, fosse possível atendê-las. Talvez consultórios volantes pudessem colaborar.

IX- CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

CONSIDERANDO-SE QUE:

- Garça está localizada na região administrativa de Marília e faz parte do SUDS 45, que conta com um ótimo Núcleo de Informações;
- segundo o Censo de 1980, 68.2% da população encontravam-se na área urbana e 31.8% na rural;
- a atividade econômica básica é a agropecuária, seguida do setor industrial;
- na agropecuária proporção considerável de pessoas são os chamados "bóias-frias";
- o coeficiente de Mortalidade Infantil vem apresentando queda, embora ainda esteja acima da média do Estado de São Paulo;
- as principais causas de morte em menores de 1 ano são as doenças diarréicas e as causas perinatais;
- 61.5% das mortes infantis por diarréia são representadas por crianças moradoras na área rural;
- as principais causas de morte em pessoas com 20 anos e mais são as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração;
- os serviços de saúde estão municipalizados e a avaliação mostra deficiências no número de profissionais e na cobertura dos programas à população;
- os serviços de saúde de Garça são referência para alguns municípios vizinhos e conta com Marília como nível de referência;
- a taxa de partos cesárea nos dois Hospitais da cidade está bastante acima do recomendado;
- a assistência odontológica mostra uma baixa cobertura e pouca ênfase no aspecto preventivo;
- as crianças de 0 a 2 anos estão desassistidas pelo sub-programa de Saúde Bucal;
- o abastecimento de água pela rede pública atinge quase a totalidade dos domicílios urbanos e a água é de boa qualidade, porém foram observados problemas na manutenção das caixas de inspeção do sistema B₂ e na ETA o processo de mescla rápida não está fun

- cionando de forma efetiva;
- a água é fluoretada desde 1973 e já se observa redução acentuada na incidência de cáries;
 - a rede de esgotos atinge quase todos os domicílios urbanos, porém são lançados nos córregos Tibiriça e Ribeirão da Garça sem nenhum tratamento;
 - o destino final do lixo urbano é um "lixão" que fica a 4 Km do centro da cidade;
 - o inquérito domiciliar nas Vilas Araceli, José Ribeiro, Salgueiro e Jardim Paineiras apontou:
 - significativa porcentagem de pessoas com 60 anos e mais
 - varrição esporádica das ruas e acondicionamento inadequado de lixo nos domicílios, propiciando a proliferação de insetos e roedores
 - presença significativa de animais errantes nas ruas e cerca de 30.0% de animais domésticos não vacinados
 - utilização da água sem filtrar, nem ferver, pela maioria dos entrevistados
 - procura de assistência odontológica por 50.0% das pessoas entrevistadas, apresentando como motivo principal a dor de dente
 - algum adulto esteve doente durante o ano e procurou o médico em cerca de 72.0% dos domicílios
 - boa cobertura vacinal, exceto para a BCG ID
 - significativa morbidade por doença respiratória aguda em menores de 5 anos
 - pouca utilização do soro de reidratação oral nos casos de diarreia
 - cerca de 50.0% de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos com laqueadura e outras 33.0% utilizando pílula como método anticoncepcional;
 - significativa proporção de mulheres que nunca fizeram exame para prevenção do câncer cérvico-uterino
 - a avaliação das escolas Alcyr da Rosa Lima, Manoel Joaquim Fernandes, Patronato Juvenil Garcense e Dona Maria Leonor apontou de forma geral:
 - ambiente sanitário inadequado por falta de limpeza das caixas d'água, lixo acondicionado em latões sem tampa, bebedouros sem

- filtro, má conservação de ralos, falta ou inexistência de sistema de proteção contra incêndios
- dificuldades na área de Educação em Saúde por falha na capacitação dos professores e carência de materiais de apoio
 - falta de integração Escola-Serviço de Saúde e inexistência de um Programa de Saúde do Escolar, limitando-se ao atendimento de eventuais intercorrências. Evidência nesse sentido refere-se à epidemia de piolhos nas escolas, de difícil solução
 - levantamento epidemiológico de cáries em Jafa apontou:
 - índices elevados de cárie, muito acima do recomendado pela OMS
 - proporção considerável de evasão escolar.

SUGEREM-SE QUE:

- sejam utilizados os dados epidemiológicos no Planejamento em Saúde;
- haja uma maior preocupação com a saúde no meio rural, onde o saneamento básico deve ser precário e o acesso aos recursos de saúde muito difícil;
- no sentido de combater as mortes infantis por diarreia seja adotada a terapia de reidratação oral (TRO) e se incentive o aleitamento materno, através de orientações no pré-natal e da implantação do sistema de Alojamento Conjunto nas maternidades;
- as mortes por causas perinatais sejam controladas detectando-se oportunamente as gestações de alto risco e garantindo uma boa assistência ao parto;
- se reoriente o Programa de Planejamento Familiar, oferecendo um leque maior de opções de métodos anticoncepcionais;
- a atenção à saúde dos adultos seja efetiva, através dos programas de controle de hipertensão arterial e diabetes;
- se faça um esforço amplo no sentido de reduzir a incidência de partos cesárea, um dos fatores determinantes da morbi-mortalidade perinatal;
- se implemente o sistema de referência e contra-referência;

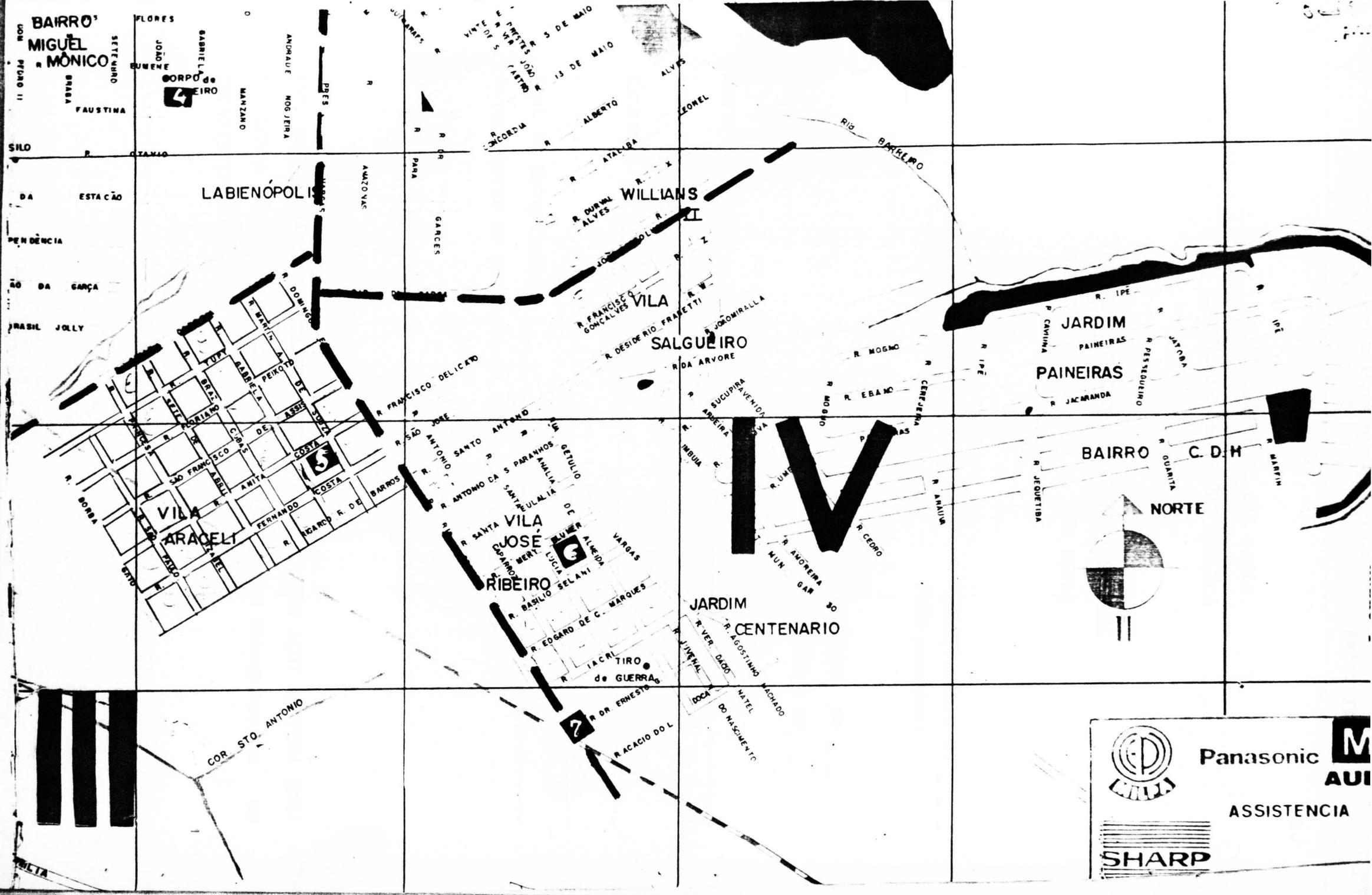
- se implemente o sub-programa de Saúde Bucal, dando ênfase ao aspecto preventivo, principalmente para a população de mais baixa renda;
- com relação ao sistema de abastecimento de água:
 - se faça uma melhor manutenção nas caixas de inspeção do sistema B₂; se façam testes de jarras para se otimizar os distintos processos unitários da ETA; seja feita uma dosificação do Flúor levando-se em consideração as temperaturas ambientais médias;
- se estude a viabilidade técnico-econômica para construção de uma Estação de Tratamento de Esgoto e um aterro sanitário;
- a varrição das ruas, principalmente nos bairros mais carentes seja feita de forma mais frequente;
- se oriente a população quanto ao acondicionamento adequado do lixo doméstico a fim de evitar a proliferação de insetos e roedores. Nesse sentido, a Prefeitura poderia adotar uma solução de natureza coletiva, colocando latões com tampa nos bairros visitados;
- se implante a médio prazo, um Programa de Controle de Zoonoses que conte com profissional capacitado, podendo se estabelecer na forma de consórcio intermunicipal;
- se solucione a curto prazo os problemas de ambiente físico das escolas visitadas, no sentido de preservar a saúde dos alunos, principalmente no que se refere às medidas contra incêndios;
- se implante um Programa de Saúde do Escolar, com integração Escola-Serviços de Saúde, que inclua a capacitação dos professores na Educação em Saúde e forneça materiais de apoio;
- se resolva a curto prazo, o problema crônico da infestação dos escolares por piolhos;
- se adicione Flúor à água distribuída em Jafa e se faça uma avaliação do impacto desta medida, nos mesmos moldes da cidade de Garça.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BERQUÓ, E.S. et al. Bioestatística. São Paulo, EPU, 1981.
2. CHAVES, M.M. Odontologia Social. 2.ed. Rio de Janeiro, Editorial Labor do Brasil, 1977.
3. CAPISTRANO, Fº.D. e Pimenta, A.P. Saúde para todos: desafio ao Município: A resposta de Bauru - São Paulo, Hucitec, 1988.
4. DEMOGRAPHIC YEARBOOK: 1985 (United Nations), New York, 1986.
5. Fundação IBGE. Censo demográfico; secção: São Paulo. RJ, 1982 - V.1 T.3 (9º Recenseamento Geral, BR 1980).
6. KATZ, S. et al. Odontologia Preventiva em accion Buenos Aires, Pa namericana, 1975.
7. LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde, 2ª ed. rev. São Paulo, EPU, 1987.
8. MONTEIRO, C.A. et al. Pesquisa materno infantil no ERSA Mandaquí: Práticas alimentares, Morbidade e Utilização de serviços de saúde: Relatório técnico, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1988
9. PINTO, V.G. Saúde bucal: Odontologia Social e Preventiva. São Paulo, Ed. Santos, 1989.
10. Universidade de São Paulo, Garça, São Paulo, 1973. (Trabalho de Campo Multiprofissional, apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública).
11. VIEGAS, A.R. - Simplified indices for estimating the prevalence of dental carie - experience in children seven to twelve years age - J.P. Health, 29 (2): 76 - 91, 1961.

ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO I - Mapas das Vilas do Inquérito
- ANEXO II - Questionário do Inquérito
- ANEXO III - Questionário Aplicado ao Secretário de Saúde
- ANEXO IV - Atividades do Hospital São Lucas
- ANEXO V - Formulário de Observações das Escolas
- ANEXO VI - Ficha para Levantamento Epidemiológico de Cárie Dental em Escolares
- ANEXO VII - Matrícula Inicial da Escola Profª NORMA TRUZZI (Jafa)
- ANEXO VIII - Documentação Fotográfica.



Panasonic



ASSISTENCIA

SHARP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL
MUNICÍPIO DE GARÇA - SÃO PAULO

QUESTIONÁRIO Nº _ _ _
(Não preencher)

SUBSETOR Nº _ _

DOMICÍLIO Nº _ _

ENTREVISTADOR: _____

DATA DE ENTREVISTA: _____ / 09 / 1989

ENDEREÇO: _____

NOME DO ENTREVISTADO: _____

(entrevistar de preferência a dona da casa)

ESTE QUESTIONÁRIO É SIGILOSOS. NENHUMA INFORMAÇÃO AQUI CONTIDA SERÁ
DIVULGADA INDIVIDUALMENTE. TODOS OS DADOS SERÃO TRANSFORMADOS EM
ESTATÍSTICAS GLOBAIS.

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO QUADRO SEGUINTE:

1. Perguntar o primeiro nome das pessoas que moram no domicílio apenas para facilitar a entrevista.
 2. Anotar primeiro o chefe da família. Considerar como CHEFE aquele que a pessoa entrevistada referir como tal.
 3. Anotar a idade em anos completos para os maiores de 1 ano, em meses completos para os maiores de 1 mês e em dias para os menores de 1 mês.
 4. Anotar sexo segundo o código: 1. M 2. F.
 5. Anotar escolaridade segundo o código:

0. nenhuma	7. 7. ^a série
1. 1. ^a série ou Mobral	8. 8. ^a série
2. 2. ^a série	9. 2º grau ou colegial incompleto
3. 3. ^a série	10. 2º grau ou colegial completo
4. 4. ^a série	11. curso superior incompleto
5. 5. ^a série	12. curso superior completo
6. 6. ^a série	13. não sei
 6. Considerar como ocupados todos que apresentavam alguma atividade remunerada ou não até a semana anterior à pesquisa. Devem ser considerados aqui não só os empregados, como também os aposentados, donas de casa, estudantes, os que fazem "bicos", etc. Em caso de ter várias ocupações considerar a principal.
- NÃO CONFUNDIR OCUPAÇÃO COM PROFISSÃO!
7. Anotar o tipo de firma ou local de trabalho: trabalha na própria casa, na rua vendendo coisas, em frigorífico, indústria de cimento, loja de roupas, supermercado, etc.
 8. Em rendimentos considerar o total arrecadado nos vários empregos, no caso de ter mais de um.

(RENDIMENTO DO ÚLTIMO MÊS)

I. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DO GRUPO DOMÉSTICO

Nº	1. Qual o primeiro nome ?	2. Qual o parentesco com o chefe da família ?	3. Qual a idade completa ?	4. Qual o sexo?	5. Até que série foi à escola ?	6. Qual a ocupação principal ?	7. Qual o tipo de firma ou local de trabalho ?	8. Quanto cada pessoa ganhou no mês ? (em cruzeiros)
1		CHEFE						
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

II. CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

1. Qual o tipo de construção ?

 1. alvenaria 2. madeira 3. mista 4. outro (especificar): _____

2. Qual o tipo de piso dominante ?

- 1. assoalho (taco, madeira)
- 2. cerâmica, cimento
- 3. tijolo, pedra
- 4. terra batida
- 5. outro (especificar) : _____

3. Qual o tipo de cobertura dominante ?

- 1. telha
- 2. laje
- 3. telha de cimento - amianto
- 4. sapé
- 5. zinco
- 6. outro (especificar) : _____

4. Quantos cômodos existem na casa ?

_____ cômodos

5. Qual o número de cômodos da casa que são utilizados pela família para dormir ?

_____ cômodos

6. Esta casa é da sr.^a ?

- 1. sim, é minha
- 2. não, é alugada
- 3. não, é emprestada

III. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO E HÁBITOS DE HIGIENE

1. De onde vem a água que a sr.^a usa em sua casa ?

() 1. rede pública com acesso interno à casa

() 2. rede pública sem acesso interno à casa

() 3. rede pública coletiva

() 4. poço

() 5. fonte ou bica

() 6. outro (especificar): _____

2. No caso da água não ser da rede pública: a água é clorada ?

() 1. sim

() 2. não

() 3. não sei

3. A sr.^a tem caixa d'água ?

() 1. sim

() 2. não (pule para a questão 6)

4. A caixa d'água costuma ficar tampada ?

() 1. sim

() 2. não

() 3. não sei

5. De quanto em quanto tempo costuma-se limpar a caixa d'água ?

() 1. uma vez por mês

() 2. cada 2 a 3 meses

() 3. cada 4 a 5 meses

() 4. cada 6 a 8 meses

() 5. cada 9 a 12 meses

() 6. não sei

6. No caso de não ter caixa d'água: como a sr.^a costuma guardar a água?

() 1. não costumo guardar

() 2. em panelas ou caldeirões

() 3. em vasilhas de plástico

() 4. em latões

() 5. outro (especificar): _____

7. Como é a água que a família bebe ?

- 1. só fervida
- 2. só filtrada
- 3. fervida e filtrada
- 4. nem fervida, nem filtrada

8. Qual o tipo de esgoto da casa ?

- 1. rede pública
- 2. fossa
- 3. a céu aberto
- 4. outro: _____

9. Na casa tem banheiro (ou privada) ?

- 1. sim
- 2. não (pule para a questão 12)

10. O banheiro é dentro de casa ?

- 1. sim
- 2. não

11. O banheiro de sua casa é usado só por sua família ?

- 1. sim
- 2. não

12. As pessoas de sua família costumam lavar as mãos :

- 1. somente após fazer as necessidades
- 2. somente antes das refeições
- 3. antes das refeições e após fazer as necessidades
- 4. não costumam lavar as mãos

13. Com que frequência as pessoas da família costumam tomar banho ?

- 1. todos os dias
- 2. cada dois dias
- 3. cada três dias
- 4. uma vez por semana

14. Costuma passar o lixeiro na sua casa ?

- 1. sim, todos os dias
- 2. sim, cada 2 dias
- 3. sim, cada 3 dias
- 4. sim, cada semana
- 5. sim, irregularmente
- 6. não

15. No caso de não passar o lixeiro: o que faz com o lixo ?

- 1. queima
- 2. enterra
- 3. deixa a céu aberto
- 4. outro (especificar): _____

16. Como a sr.^a costuma guardar o lixo ?

- 1. em saco plástico
- 2. em lata com tampa
- 3. em lata sem tampa
- 4. outro (especificar): _____

17. Costumam aparecer bichos ou insetos em sua casa ?

- 1. sim
- 2. não (pule para a questão 19)

18. Que tipo de bichos ou insetos costumam aparecer ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. barata | <input type="checkbox"/> 7. barbeiro |
| <input type="checkbox"/> 2. mosca | <input type="checkbox"/> 8. piolho |
| <input type="checkbox"/> 3. rato | <input type="checkbox"/> 9. morcego |
| <input type="checkbox"/> 4. pernilongo | <input type="checkbox"/> 10. formiga |
| <input type="checkbox"/> 5. pulga | <input type="checkbox"/> 11. outro.(especificar): |
| <input type="checkbox"/> 6. aranha | ----- |

19. A sr.^a tem animais de criação em casa ?

1. sim
 2. não (pule para a questão 23)

20. Que tipo de animais tem ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. gato | <input type="checkbox"/> 5. cabra |
| <input type="checkbox"/> 2. cachorro | <input type="checkbox"/> 6. cavalo |
| <input type="checkbox"/> 3. porco | <input type="checkbox"/> 7. vaca |
| <input type="checkbox"/> 4. aves | <input type="checkbox"/> 8. outro. (especificar) |
-

21. No caso de ter gato e/ou cachorro: estes animais foram vacinados contra raiva no último ano ?

1. sim
 2. não

22. De onde vem a carne que a família consome ?

1. açougue ou mercado
 2. sítio ou fazenda
 3. produção própria
 4. outro (especificar):-----

23. De onde vem o leite que a família consome ?

1. Indústria (leite pasteurizado)
 2. sítio ou fazenda
 3. produção própria
 4. outro (especificar):-----

24. O leite que a sua família costuma beber :

- () 1. sempre é fervido
- () 2. às vezes é fervido
- () 3. nunca é fervido

IV. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

1. Alguém da família procurou o dentista este ano ?

- () 1. sim
- () 2. não (pule para a questão 4)

2. Qual foi o motivo da procura ?

- () 1. dor de dente
- () 2. prevenção
- () 3. outro (especificar): _____

3. O dentista que procurou é :

- () 1. do serviço público
- () 2. particular

4. As pessoas da família costumam ir ao dentista pelo menos uma vez ao ano para uma revisão ?

- () 1. sim (pule para a questão 6)
- () 2. não

5. Por que não costumam ir ao dentista ?

- () 1. o tratamento é caro
- () 2. não acha necessário
- () 3. tem medo
- () 4. outro: _____

6. A sr.^a sabe que é colocado flúor na água da Prefeitura ?

- () 1. sim
- () 2. não

7. A sr.^a poderia me dizer para que serve o flúor ?

V. MORBIDADE DOS ADULTOS

1. Quando algum dos adultos fica doente o que costuma fazer primeiro ?

- () 1. procura a farmácia
- () 2. leva para benzer
- () 3. procura o médico
- () 4. outro (especificar): _____

2. Qual o local que costuma procurar quando precisa de um médico ?

- () 1. PAS V. Rebelo
- () 2. CS₂ Garça
- () 3. PAS Jafa
- () 4. PAS Labienópolis
- () 5. PAS V. Araceli
- () 6. Hospital e Maternidade Samaritano
- () 7. Hospital São Lucas
- () 8. Consultório particular

3. Qual a sua opinião sobre o atendimento desse local ? A sr.^a tem alguma sugestão a fazer ?

4. Algum dos adultos ficou doente este ano e precisou de médico ?

() 1. sim

() 2. não (encerre este item)

5. Qual foi a doença ou sintomas que apresentou ?

NOME	DOENÇA OU SINTOMAS

VI. ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS MENORES DE 5 ANOS

SUBSETOR Nº _ _ DOMICÍLIO Nº _ _ QUESTIONÁRIO Nº _ _ _

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

1. A sr.^a costuma levar a criança a algum Posto de Saúde ou Consultório para vacinar ou acompanhar o peso e a altura ?

() 1. sim

() 2. não (pule para a questão 4)

2. Qual o lugar que a sr.^a costuma levar ?

() 1. PAS V. Rebelo

() 2. CS₂ Garça

() 3. PAS Jafa

() 4. PAS Labienópolis

() 5. PAS V. Araceli

() 6. Hospital e Maternidade Samaritano

() 7. Hospital São Lucas

() 8. Consultório particular

3. Por que procurou este local ?

4. Por que a sr.^a não costuma levar a criança ao Posto de Saúde ou Consultório ?

5. A criança já tomou alguma vacina ?

- () 1. sim
- () 2. não (pule para a questão 8)

6. Quais as vacinas que já tomou ? A sr.^a poderia mostrar-me a carteira de vacinas ?

(as vacinas que a criança tomou estão anotadas à tinta)

VACINAS		ANTI-POLIO	TRÍPLICE (DPT)	BCG	ANTI-SARAMPO
1. ^a	DATA				
2. ^a	DATA				
3. ^a	DATA				
4. ^a	DATA				
5. ^a	DATA				
NÃO TEM CARTEIRA DE VACINAS					

7. Tomou alguma vacina em campanhas ?

- () 1. sim, anti-pólio (gotinha) _____ vezes
- () 2. sim, anti-sarampo _____ vezes
- () 3. não

8. Por que não tomou nenhuma vacina ?

9. A criança teve tosse nos últimos 15 dias ?

- () 1. sim
- () 2. não (pule para a questão 15)

10. Como era a tosse ?

- () 1. com falta de ar
- () 2. sem falta de ar

11. Nesta ocasião o que a sr.^a fêz ?

- () 1. Tratou por conta própria
- () 2. Tratou conforme orientação de parentes/amigos
- () 3. Tratou conforme orientação de benzedeira/curandeira
- () 4. Tratou conforme orientação da farmácia
- () 5. Tratou conforme orientação do serviço de saúde
- () 6. outro (especificar): _____

12. No caso de ter procurado serviço de saúde: qual o Posto, Consultório ou Hospital que a sr.^a levou ?

- () 1. PAS V. Rebelo
- () 2. CS₂ Garça
- () 3. PAS Jafa
- () 4. PAS Labienópolis
- () 5. PAS V. Araceli
- () 6. Hospital e Maternidade Samaritano
- () 7. Hospital São Lucas
- () 8. Consultório particular

13. Por que procurou este local ?

14. A criança precisou ser internada ?

- () 1. sim
- () 2. não

15. A criança teve diarreia nos últimos 15 dias ?

- () 1. sim
- () 2. não (pule para a questão 22).

16. Como era a diarreia ?

- () 1. com sangue
- () 2. sem sangue

17. Nesta ocasião que a sr.^a fez ?

- () 1. Tratou por conta própria
- () 2. Tratou conforme orientação de parentes/amigos
- () 3. Tratou conforme orientação de benzedeira/curandeira
- () 4. Tratou conforme orientação da farmácia
- () 5. Tratou conforme orientação do serviço de saúde
- () 6. outro (especificar): _____

18. No caso de ter procurado serviço de saúde: qual o Posto, Consultório ou Hospital que a sr.^a levou ?

- () 1. PAS V. Rebelo
- () 2. CS₂ Garça
- () 3. PAS Jofa
- () 4. PAS Labienópolis
- () 5. PAS V. Araceli
- () 6. Hospital e Maternidade Samaritano
- () 7. Hospital São Lucas
- () 8. Consultório particular

19. Por que procurou este local ?

20. Qual o tratamento que a criança recebeu ?

- () 1. soro oral preparado em casa
- () 2. outro remédio caseiro: _____
- () 3. soro oral do Posto (de saquinho, em pó)
- () 4. soro oral da farmácia (em líquido)
- () 5. soro na veia
- () 6. outro remédio: _____

21. A criança precisou ser internada ?

- () 1. sim
- () 2. não

SOMENTE PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

22. A criança mamou ou mama no peito ?

- () 1. sim
- () 2. não, nunca

23. Que tipo de leite a criança está tomando no momento ?

- () 1. só leite materno (pule para a questão 28)
- () 2. só leite de vaca
- () 3. leite materno e de vaca
- () 4. outro tipo de leite: _____

24. Qual a idade em que a criança começou a tomar outro leite que não o materno ? (Anotar o mais completo possível em meses e dias).

25. Por que começou a dar outro leite que não o materno ?

26. No caso de estar desmamada: com que idade desmamou ? (Anotar o mais completo possível em meses e dias)

27. Por que desmamou ?

28. A criança consome outro tipo de alimento que não o leite ?

() 1. sim, sucos/frutas

() 2. sim, comida de sal (sopas, arroz e feijão)

() 3. não (encerre)

29. Com que idade começou a tomar sucos ou comer frutas ?

30. Com que idade começou a comer comida de sal ?

VII. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES DE 15 A 49 ANOS QUE JÁ ESTIVERAM GRÁVIDAS

(de preferência conversar com cada mulher em particular)

SUBSETOR Nº _ _ DOMICÍLIO Nº _ _ QUESTIONÁRIO Nº _ _ _

NOME: -----

IDADE: ----- ANOS

ENDEREÇO: -----

1. Quantas vezes a sr.^a engravidou ? -----

2. Quantos filhos vivos a sr.^a teve ? -----

3. A sr.^a teve algum aborto ?

() 1. sim

() 2. não (pule para a questão 5)

4. Quantos abortos a sr.^a teve ? -----

5. A sr.^a teve algum filho nos últimos 12 meses ?

() 1. sim, nascido vivo

() 2. sim, nascido morto

() 3. não (pule para a questão 15)

6. A sr.^a fez pré-natal ?

() 1. sim

() 2. não (pule para a questão 11)

7. Onde a sr.^a fez o pré-natal ?

- () 1. PAS V. Rebelo
- () 2. CS₂ Garça
- () 3. PAS Jafa
- () 4. PAS Labienópolis
- () 5. PAS V. Araceli
- () 6. Hospital e Maternidade Samaritano
- () 7. Hospital São Lucas
- () 8. Consultório particular
- () 9. Outro.: _____

8. Por que a sr.^a procurou este local ?

9. Em que época da gravidez começou o pré-natal ?

- () 1. 1º trimestre
- () 2. 2º trimestre
- () 3. 3º trimestre

10. O que a sr.^a achou do atendimento pré-natal ?

(_____

11. No caso de não ter feito o pré-natal. Por que ?

12. Onde a sr.^a teve a criança ?

- 1. Hospital e Maternidade Samaritano
- 2. Hospital São Lucas
- 3. Domicílio
- 4. Em trânsito
- 5. Outro. Especificar: _____

13. Qual foi o tipo de parto ?

- 1. normal
- 2. fórceps
- 3. cesareana

14. NO CASO DE TER TIDO A CRIANÇA NA MATERNIDADE :

O que a sr.^a achou do atendimento na maternidade ?

15. A sr.^a e seu companheiro estão fazendo alguma coisa para evitar filhos ?

- 1. sim
- 2. não (pule para a questão 20)

16. Como fazem para evitar filhos ?

- 1. pílula
- 2. DIU
- 3. Diafragma
- 4. preservativo (camisinha)
- 5. injeção
- 6. tabelinha
- 7. muco cervical (Billings)
- 8. laqueadura
- 9. vasectomia
- 10. coito interrompido
- 11. ducha (lavagem)
- 12. curativo
- 13. outro: _____

17. Quem orientou a usar este método ?

- () 1. PAS V. Rebelo
- () 2. CS₂ Garça
- () 3. PAS Jafa
- () 4. PAS Labienópolis
- () 5. PAS V. Araceli
- () 6. Hospital e Maternidade Samaritano
- () 7. Hospital São Lucas
- () 8. Consultório particular
- () 9. outro.: _____

18. A sr.^a teve que pagar pelo método ?

- () 1. sim
- () 2. não

19. A sr.^a está satisfeita com o método ?

- () 1. sim
- () 2. não

20. Por que a sr.^a e seu companheiro não estão fazendo nada para evitar filhos ?

- () 1. deseja engravidar
- () 2. está amamentando
- () 3. religião não permite
- () 4. outro. _____

21. A sr.^a já fez o exame para prevenção de câncer do útero (Papanicolau) alguma vez ?

- () 1. sim
- () 2. não (pule para a questão 23)

22. Quando a sra. fez o exame pela última vez ?

- () 1. menos de 1 ano
- () 2. 1 a 2 anos
- () 3. 3 a 5 anos
- () 4. mais de 5 anos

23. Por que a sr.^a nunca fez este exame ?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

DIRETOR MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Nome
2. Profissão
3. Cargo
4. Tempo de Cargo
5. Existe Secretária Municipal de Saúde? Há quanto tempo?
6. Com a municipalização, quantas unidades estão sob a administração da Prefeitura?
7. Quantos funcionários a Prefeitura possui na área da saúde?
8. Atualmente, quais os programas que as unidades municipalizadas desenvolvem?
9. Existe algum outro programa que a Prefeitura julga ser importante sua implantação junto às unidades de saúde? Quais? Por quê?
10. Com a municipalização como está funcionando o mecanismo de referência e contra referência entre os serviços de saúde existentes no município?
Quais as dificuldades encontradas pela Prefeitura?
A Prefeitura tem recebido apoio no ERSa, no que diz respeito a esse ponto?
11. Como tem se dado o mecanismo de referência e contra referência entre os serviços não existentes no município? Quais as dificuldades encontradas? Existe algum tipo de articulação entre as Prefeituras da região?
12. Como está o relacionamento entre o Estado, a Prefeitura e o INAMPS?
13. Com a municipalização como a Prefeitura tem realizado a contratação de pessoal?
14. Qual o processo de seleção?
15. Quem faz a seleção?

16. A Secretaria Municipal de Saúde tem autonomia para decidir sobre a contratação de pessoal?
17. Gostaríamos de saber como foi realizada a decisão sobre o local de instalação das novas unidades? Quais os critérios utilizados?
18. A Prefeitura realiza algum tipo de supervisão nas unidades do município?
 - quais as unidades?
 - quais os objetivos?
 - Como é feita?
 - Quem faz?
 - Qual a periodicidade?
19. A Prefeitura realiza algum tipo de avaliação dos programas desenvolvidos? Como é feita, Se não realiza, por quê?
20. Quais as dificuldades que a Prefeitura encontra para o desenvolvimento desses programas?
21. A Secretaria recebe cópia dos Boletins de Produção? Para que são usados esses dados?
22. Com a municipalização a Prefeitura realiza algum tipo de encontro e/ou reunião entre as unidades de saúde?
Qual a periodicidade? Quem participa? O que se discute?
23. Como tem se dado o funcionamento da CIMS? Qual a periodicidades das reuniões? Quem participa? Existe participação popular?
24. A CIMS decide sobre todos os aspectos relativos à saúde do município ou existem assuntos que podem ser decididos diretamente pela Prefeitura?
25. Como você vê a atuação da Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS)? Qual a periodicidade? Quem participa? O que se discute?
26. Como a Prefeitura tem enfrentado o problema do atendimento de urgência? Quais as dificuldades? recebe algum tipo de apoio por parte do ERSA?
27. Como é efetuado o serviço de resgate de pacientes por parte da Prefeitura?

28. Qual o orçamento da Prefeitura para o setor saúde?
29. Como é definido esse percentual?
30. Como é realizada a alocação desse orçamento para a saúde?
- existe percentual definido para cada área?
 - em média qual o percentual utilizado em pessoal?
 - existem critérios pré estabelecidos?
 - existe participação popular?
31. Existe algum tipo de prestação de contas das despesas realizadas na área de saúde?
- como é feita?
 - para quem é feita?
32. Com a municipalização, como a Prefeitura está enfrentando a questão salarial de seus funcionários? existe isonomia salarial? e de jornada?
33. Como a Prefeitura tem enfrentado a questão de treinamentos e capacitações dos funcionários?
34. Como são realizadas as compras de materiais de consumo, permanente, medicamentos? Quem faz? A previsão é feita à partir do que? Como é feita a distribuição de pessoal?
35. Com a municipalização no seu modo de ver qual o papel de um Secretário da Saúde do Município?
36. O que você acha que alterou com o processo de municipalização?

ANEXO IV

ATIVIDADES DO HOSPITAL SÃO LUCAS

- CLÍNICA MÉDICA

Cardiologia

Urologia

Oftalmologia

Pediatria

Gastroenterologia

Clínica Geral

Pneumologia

Dermatologia

Neurologia

Proctologia

Psiquiatria

- CLÍNICA CIRÚRGICA

Ginecologia e Obstetrícia

Oftalmologia

Ortopedia/Traumatologia

Gastroenterologia

Urologia

Cirurgia Geral

Cirurgia Pediátrica

Cirurgia Plástica

Cirurgia Vasculiar

Proctologia

- CLÍNICA OBSTÉTRICA

Partos Normais e Cesáreas

Partos Fórceps

Atendimento Médico inicial ao recém-nato

Curetagem Uterina

- CLÍNICA PEDIÁTRICA

Clínica Médica Geral

Clínica Cirúrgica

- UNIDADE DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Laboratório de Análises Clínicas

Anatomia Patológica (de terceiros)

Radiologia

Endoscopia Digestiva e Urológica

Eletrocardiografia

Fisioterapia (Respiratória, Neurológica e Ortopédica)

Inaloterapia

Prevenção do Câncer Ginecológico

Banco de Sangue (Agência de Coleta e Transfusão)

Ultrassonografia

Espirometria

- URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Ortopedia e Traumatologia

Consultas médicas gerais e especialistas

Pequenas cirurgias gerais e especialistas

- AMBULATÓRIO

Clínica Geral

Ginecologia e Obstetrícia

Oftalmologia

Ortopedia e Traumatologia

Cardiologia

Urologia

Cirurgia

Pediatria

Dermatologia

Odontologia

Otorrinolaringologia

Neurologia

Clínica Vascular

Gastroenterologia

Pneumonia

Proctologia

Psiquiatria

- **BANCO DE SANGUE**

Serviços de Hemoterapia

Posto de Coleta

Agência Transfusional

- **BERÇÁRIO**

Recém-nascidos - normais

Recém-nascidos - prematuros

Recém-nascidos - patológicos

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

DRE _____ D.E. _____
 NOME: _____
 ENDEREÇO: _____
 (Rua, nº)

CEP	BAIRRO	TELEFONE
CIDADE	ESTADO	

POPULAÇÃO ESCOLAR _____ alunos
 _____ professores

PERÍODOS:

II - AMBIENTE FÍSICO

(Entrevista e observação)

A - Características Gerais

1 - Localização - zona:

- . residencial
- . comercial
- . industrial
- . mista

2 - Tipo de terreno:

- . úmido . seco
- . abaixo do nível da rua
- . ao nível da rua
- . acima do nível da rua

3 - Tipo de rua:

- . terra
- . pavimentada
- . com escoamento de águas pluviais
- . tranqüila
- . arborizada
- . iluminada

Estabelecimentos próximos à Escola:

- . bares , confeitarias . outros
- . fábricas . hospitais

5. Acesso à Escola:

- . ônibus : metrô

PROBLEMAS: _____

B - Saneamento Básico

1. Água

1.1 - Procedência:

- . rede pública . poço
- . carro tanque . outra (especificar)

1.2 - Armazenamento:

- . Caixa d'água . nº de caixas

Tipo: subterrânea
 nível do solo
 elevada
 outro (especificar)

Capacidade: m³

Cobertura: Sim _____ não _____

Frequência da limpeza da caixa
 . material utilizado para limpeza

Tratamento:

- . cloração . filtração
- . outro (especificar)

Não é armazenada

1.3 - Utilização da água:

a. No Bebedouro - nº

. jato inclinado e protegido Sim _____ Não _____

b. Direta da Torneira

c. de Filtro: Limpeza: Frequência:

d. outros

Problemas: _____

2. Lixo:

2.1 - Coleta na Escola:

- . em latões com tampa
- . sacos plásticos
- . outros

a. Localização dos recipientes:

- salas
- pátios
- banheiros
- outros

2.2 - Destino do Lixo:

a. Coleta pública

- . Diária
- . 3 vezes por semana
- . 1 vez por semana
- . outra

b. Outro:

- . enterrado . incinerado
- . jogado a céu aberto onde?

3. Esgoto

3.1 - Tipo:

- . rede pública . fossa negra
- . fossa séptica . fossa seca
- . outra (especificar)

3.2 - Fossas:

- Frequência da limpeza

Problemas: _____

4. Vetores e roedores:

4.1 No Prédio Escolar - Quais? Onde?

4.2 Nas Áreas Adjacentes: Quais?

Problemas: _____

C - Prédio Escolar

1. Tipo de Construção:

- . madeira
- . misto
- . alvenaria
- . recuo em relação à via pública

2. Pavimentos (nº)

3. Dependências:

- . Biblioteca
- . Secretaria
- . Refeitório
- . Pátio (Nº)
- . Salas de professores
- . Auditório
- . Cozinha
- . Salas de aula (Nº)

4. Acesso aos andares (se for o caso)

- Escada
 - . Tipo de revestimento
- Rampa
 - . Tipo de revestimento

5. Piso:

- das salas de aula
 - . Madeira
 - . Cerâmica
 - . Outros
- dos corredores

6. Iluminação durante o dia das salas de aula:

- Natural
- Artificial
- Mista

7. Proteção contra incêndios:

- Extintor e mangueira
- Mangueira
- Escada

Problemas: _____

D - Instalações Sanitárias

nº _____
 localização - no pátio _____ nº _____
 - junto às salas _____ nº _____
 Pias _____ nº _____
 localização _____
 nº _____
 em uso _____
 fora de uso _____
 chuveiro _____ nº _____
 localização _____
 nº _____
 em uso _____
 fora de uso _____
 Problemas: _____

E - Dependências

E - Dependências

Características	Cozinha	Refeitório	Despensa	Cantina
LOCALIZAÇÃO				
TIPO DE CONSTRUÇÃO				
PISO				
REVESTIMENTO DAS PAREDES				
JANELAS				
ILUMINAÇÃO				
CONSERVAÇÃO				
LIMPEZA				

Problemas _____

Pátios - nº _____

Tipo de piso _____

Cobertura _____

Quadras de Esporte

Sim _____

Não _____

Tipo _____

Piso _____

Cobertura _____

Jardins

Sim _____

Não _____

Problemas: _____

III - ENSINO DA SAÚDE (Roteiro para Entrevista)

1. O Ensino da Saúde está incluído no plano global da escola?
 Sim _____ Não _____ Não Sei _____
 Por que? _____
2. Mesmo não estando incluído, a escola ensina saúde?
 Sim _____ Por que? _____
 Não _____ Por que? _____
3. De que forma é ministrado o Ensino da Saúde? CARGA HORÁRIA?
 - formal _____ informal _____
 - segue programa _____ qual? _____
4. Como foi considerado nesse plano o conteúdo de saúde indicado pe
 los Guias Curriculares?
 - na íntegra _____ - foi substituído por outra progra
 mação _____
 - com complemento _____ por que? _____
 - modificado _____ por que? _____
5. Como a senhora considera o Ensino da Saúde?

6. Quem leciona saúde? Tem preparação especial? Qual?

7. O Ensino da Saúde está sujeito à avaliação de aproveitamento?
 Sim _____ Como _____
8. A escola adota livro texto?
 Sim _____ Qual? _____
 Não _____ Por que? _____
9. A biblioteca tem livros e impressos com assunto de saúde à dispo
 sição dos alunos e professores?
 Sim _____ Não _____
10. Os alunos retiram esse material para pesquisa?
 Sim _____ Não _____
 Por que? _____

11. A escola tem recebido impressos sobre saúde?

Sim _____ Não _____

Fonte: _____

São multiplicados pela escola _____

Distribuídos aos professores _____

Distribuídos aos alunos _____

12. Os impressos sobre saúde são usados pelos professores?

Sim _____

Não _____ Por que? _____

13. A escola tem Coordenador ou Orientador de Saúde (OAES)?

14. Quais as atividades do Coordenador ou Orientador de Saúde?

15. Como a orientação do OAE é aceita pelo corpo docente?

É solicitada _____

Não é solicitada _____ mas seguida _____

não seguida _____

16. Em relação ao Ensino da Saúde, que atividades a escola tem programado?

IV - SERVIÇOS DE SAÚDE (Roteiro para entrevista)

1. Há alguma atividade sistematizada para conhecer o estado de saúde das crianças?

Sim _____ Qual? _____

Não _____ Por que? _____

2. Em caso de um aluno adoecer na escola, que providências são tomadas?

3. Em caso de doença dos alunos, é dada alguma orientação aos pais ou responsáveis?
 Por quem _____
 sim _____
 O que _____
4. A escola fez teste de acuidade auditiva este ano?
 Em que séries?
 Por que?
5. A escola fez teste de acuidade visual este ano?
 Em que séries?
 Por que?
6. A escola tem dentista?
7. Quam o dentista atende?
8. Há programa de bochechos de fluor?
 Sim _____
 Não _____ Por que? _____
9. A escola tem médico?
 Sim _____
 Não _____
10. Que atividades ele exerce?
11. Quem dá atendimento de saúde às crianças?
 Em que casos?
12. É fornecida merenda escolar?
 Para quem?
 Com que frequência?
13. Como é aceita a merenda?
14. Com que frequência a escola recebe a visita de nutricionista?
15. Há algum outro programa de assistência aos alunos?
 Qual? _____ Para que?
 Quem subvenciona?
 Quem é o responsável?

16. As crianças faltam por problemas de saúde?

Sim _____

Quais _____

Não _____

17. Que problemas de saúde aparecem com mais frequência?

18. Como é feito o controle de saúde dos professores?

19. Há muitos alunos repetentes na 1.^a série do 1º Grau?

Sim _____

Não _____

Na sua opinião, quais as razões de tal repetência?

20. Observações outras do entrevistador:

V - LAR - ESCOLA - COMUNIDADE (Roteiro de entrevista)

A - A escola promove Reuniões de Pais e Mestres?

1 - Assuntos: _____

2.- Periodicidade: _____

3 - Frequência dos Pais: _____

4 - Convocação dos Pais: _____

B - A comunidade utiliza a Escola para desenvolver programas? Quais?

C - Recursos da Comunidade para os quais são encaminhados os escola
res?

D - É dada orientação aos pais em relação à Saúde das crianças?

E - A escola oferece cursos à Comunidade?

F - Outras atividades?

LEVANTAMENTO DE CÁRIE DENTAL

Nº _____ INSTITUIÇÃO _____ IDADE _____ SEXO _____

CLASSE _____ PERÍODO _____ DATA _____

Item No	MID	IC SD	IC SE	Crianças com Dentes				Número de Dentes Cariados			Número de Dentes Extraídos			
				C	O	E	H	0	1 a 4	5 +	0	1 a 4	5 +	
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														
Total														

C = Cariado O = Obturado E = Extraído H = Higido



CÓDIGO DA ESCOLA			
0	3	3	4
4	3	4	3

C	D	R	E
2	1	0	2
0	1	0	2

DENOMINAÇÃO DA ESCOLA
 EEPE PROFA NORMA MENICO TRUZZI

MUNICÍPIO
 GARÇA

ESCOLAS REGULARES
 EDUCAÇÃO INFANTIL
 E 1º GRAU

MATRÍCULA INICIAL

SITUAÇÃO
 EM 31/03

311

EDUCAÇÃO INFANTIL

IDADE	CÓD	TOTAL
MENOS DE 4 ANOS	01	
4 ANOS	02	
5 ANOS	03	32
6 ANOS	04	19
MAIS DE 6 ANOS	05	
TOTAL GERAL	99	51

312

1º GRAU - MATRÍCULA NAS SÉRIES POR FAIXA ETÁRIA

SÉRIE	CÓD	MENOS DE 7 ANOS	7 ANOS	8 ANOS	9 ANOS	10 ANOS	11 ANOS	12 ANOS	13 ANOS	14 ANOS	15 ANOS	16 ANOS	17 ANOS	18 ANOS	MAIS DE 18 ANOS	TOTAL GERAL	REPETENTES
1ª	01	15	15	02	01	02										35	-
2ª	02		17	30	17	10	05	03	02							84	10
3ª	03			06	12	07	09	01		01						36	01
4ª	04				09	15	09	10	03	01						47	-
5ª	05					08	27	18	14	09	09	08	05	05	18	121	11
6ª	06						05	13	16	09	04	07	05	01	10	70	09
7ª	07							10	09	04	01	03	03		09	39	04
8ª	08								03	14	07	01	05	04	04	38	-
TOTAL GERAL	99	15	32	38	39	42	55	55	47	38	21	19	18	10	41	470	35

OBS.: A LINHA MAIS FORTE ENTRE AS COLUNAS 09 E 10 INDICA SEPARAÇÃO DE TELAS NO TERMINAL DO COMPUTADOR E SERVE APENAS PARA FACILITAR O TRABALHO DE DIGITAÇÃO.



AUTENTICAÇÃO

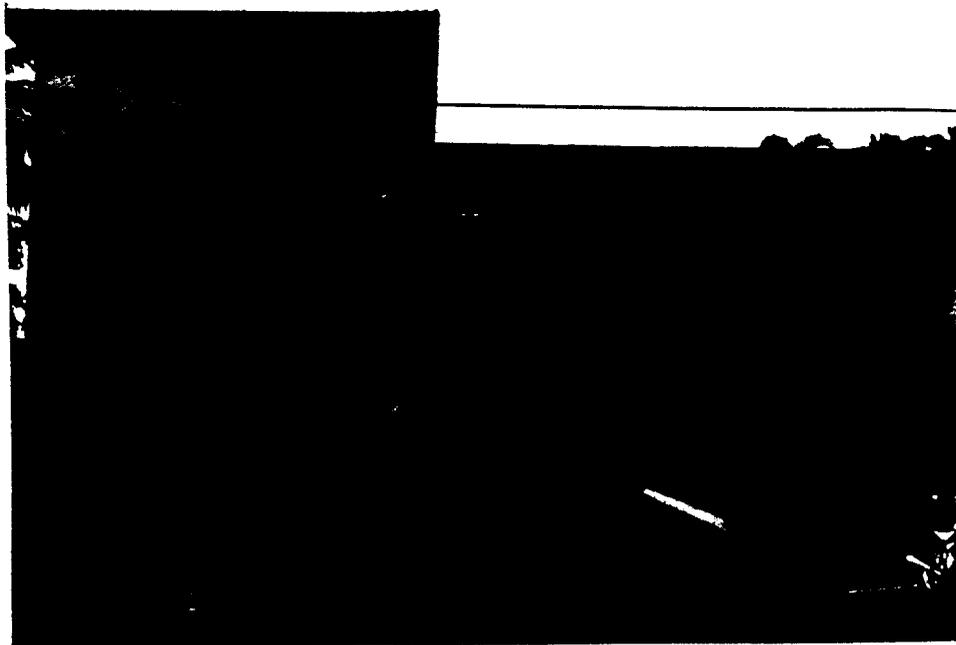
NOME E CARGO DO INFORMANTE Palma Sp. Oliveira Julliani Secretaria de Escola - RG. 11.658.898	DATA 013/015/819	ASSINATURA DO INFORMANTE <i>[Signature]</i>
NOME DO DIRETOR DA ESCOLA Joana Teresa Padua Godoi RG. 4.784.555 - Diretor de Escola Reg. MEC 21.997	DATA 013/015/819	ASSINATURA DO DIRETOR DA ESCOLA <i>[Signature]</i>

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRÁFICA

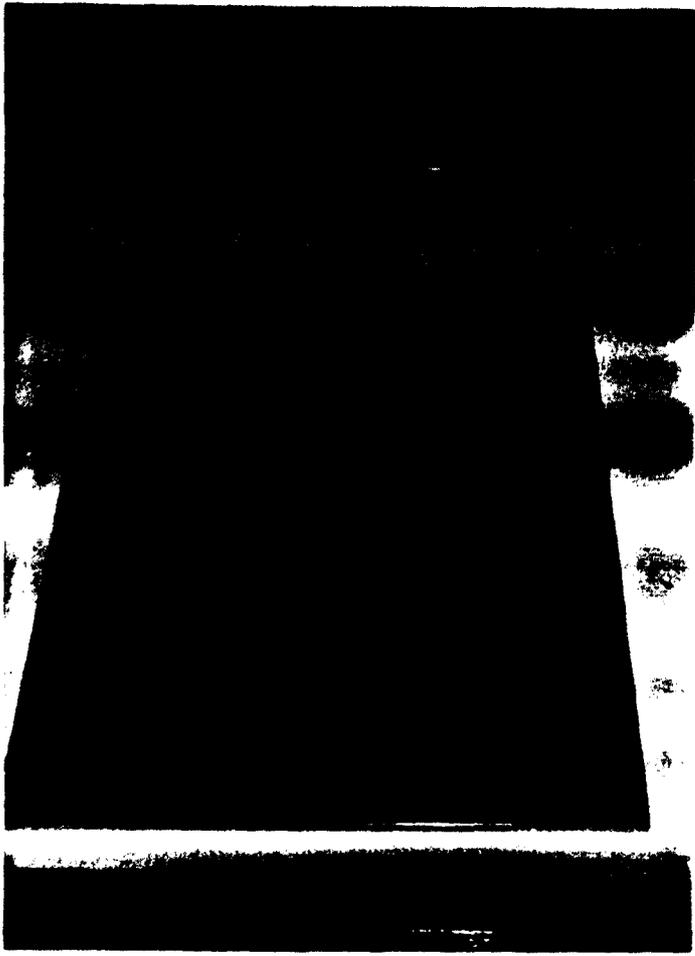
1. Monumento a Garça
2. Fachada da Prefeitura de Garça
3. Placa em Homenagem a Garça
4. Componentes da equipe planejando o trabalho de campo
5. Centro de Saúde II de Garça
6. Hospital de Garça
7. Domicílios onde foi realizado o Inquérito
8. Domicílios onde foi realizado o Inquérito
9. Outros domicílios onde foi realizado o Inquérito
10. Levantamento Epidemiológico da Cárie no Distrito de Jafa
11. Aspecto da Favela
12. Outro aspecto da Favela
13. Projeto de Casas populares



1



2



3



4



5



6



7



8



9



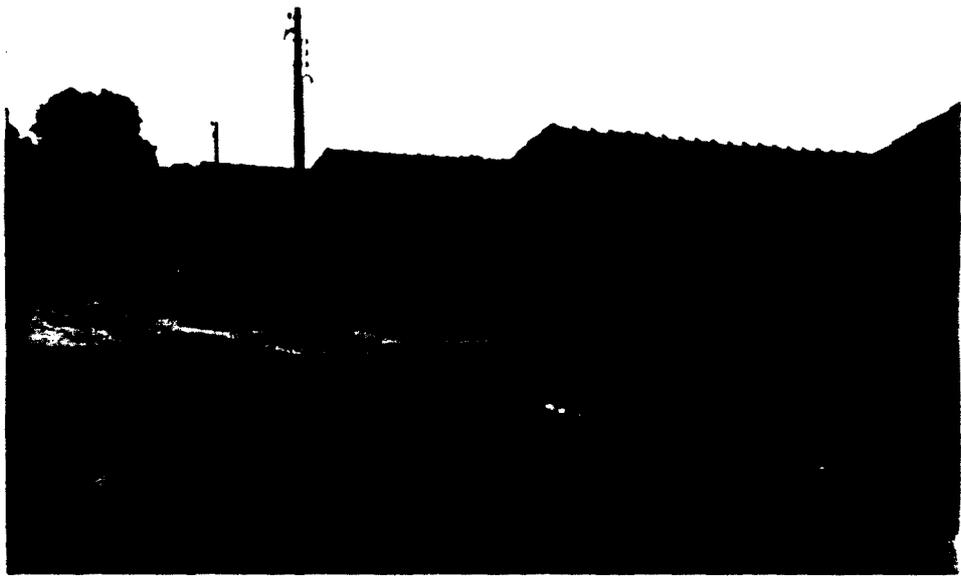
10



11



12



13