

TCM n.º 64



martinopolis
são paulo
drs-10
1974

MARTINÓPOLIS

TCM nº 64

Sc

MARTINÓPOLIS - TRABALHO DE

CAMPO MULTIPROFISSIONAL

USP

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

1974

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

11 MAR 1975

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

RELATÓRIO

MARTINÓPOLIS - 1974

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

SÃO PAULO

À

COMUNIDADE DE MARTINÓPOLIS

A EQUIPE

1. Aldo Correa Soares - advogado
2. Anita Hayashi - enfermeira
3. Carlos Eduardo Freire Nascimento - engenheiro civil
4. Dermival Moura Requião - engenheiro civil
5. Domingos Conrado - enfermeiro
6. Fortunaro Antiório - cirurgião dentista
7. Hélio Pedro Pazinato - cirurgião dentista
8. Hermano de Magalhães Dantas Jacob - Administrador de empresas
9. José Joaquin O'Shanahan Juan - médico
10. Juliana Maria Tamaso - terapeuta ocupacional
11. Luana Carandina - médica
12. Luzia da Silva - enfermeira
13. Manoel Francisco Mateus da Silva - médico
14. Maria Terezinha Terra - cirurgiã dentista
15. Marlene Castanho - assistente social
16. Maurinete Correia de Lima - socióloga
17. Roberto de Senna Seixas - médico

CURSO E PROCEDÊNCIA

1. Administração Hospitalar - São Paulo / SP
2. Saúde Pública - São Paulo / SP
3. Saúde Pública - Salvador / BA
4. Saúde Pública - Salvador / BA
5. Educação em Saúde Pública - São Paulo / SP
6. Educação em Saúde Pública - Osasco / SP
7. Saúde Pública - Campinas / SP
8. Administração Hospitalar - Salvador / BA
9. Saúde Pública - Gran Canaria / Espanha
10. Outros Profissionais - São Paulo - SP
11. Saúde Pública - Botucatu / SP
12. Saúde Pública - Porto Nacional / GO
13. Saúde Pública - Angola
14. Saúde Pública - Santos / SP
15. Administração Hospitalar - São Paulo / SP
16. Demografia - Recife / PE
17. Administração Hospitalar - Salvador / BA

Coordenadora: Anita Hayashi

Tesoureiro : Manoel Francisco Mateus da Silva

INDICE

Introdução	2
Metodologia	3
Identificação do Município	8
Caracterização física	8
Caracterização socio-econômico-cultural	10
- comportamento da população	11
- distribuição e composição da população	13
- população economicamente ativa	14
- aspectos socio-culturais	20
- setores econômicos	27
Caracterização administrativa	39
Caracterização da infra estrutura socio-econômica	43
- educação	44
- análise da situação de saúde	59
-níveis de saúde	59
-indicadores de mortalidade	59
-assistência ao parto	80
-morbidade	84
-recursos da comunidade	88
-santa casa de misericórdia Pe. João Schneider	110
-odontologia sanitária	147
-outros recursos da comunidade	151
-alimentação	154
-produtos alimentícios	157
-saneamento ambiental	161
- sistemas viário e energético	178
- referências bibliográficas	188
- anexos	189

INTRODUÇÃO

O trabalho de campo multiprofissional promovido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tem o objetivo de proporcionar aos alunos dos seus diversos cursos a vivência em termos das dificuldades que se apresentam nesse tipo de trabalho, numa tentativa de se colocar em prática os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na fase inicial, procurando estabelecer o diagnóstico de saúde de uma localidade e as possíveis condutas em relação ao mesmo, dentro de uma estrutura de trabalho em equipe. Neste ano o processo sofreu a interferência de um grande surto de meningite que se verificou no Estado, principalmente na Grande São Paulo.

A equipe procurou, na medida do possível, desenvolver o trabalho colocando em prática os conhecimentos adquiridos em relação a métodos e técnicas, apesar de se ressentir ainda da falta de maior fundamentação para atender à complexidade de tal empreendimento.

1. METODOLOGIA

Os componentes da equipe foram divididos em grupos específicos, por área de interesse e passou-se à fase inicial de coleta de dados referentes ao Município e Região, disponíveis nas diversas entidades sediadas na Capital.

Ao mesmo tempo procedeu-se à elaboração do instrumento a ser utilizado na pesquisa de campo (formulário) e ao estudo da amostragem do nosso universo, para aplicação daquele. O formulário que serviu de base para o levantamento de dados relativos principalmente à opinião da população sobre várias questões, foi pré-codificado para cartões IBM, constando dos seguintes itens:

- número do formulário
- endereço
- zona (rural e urbana)
- composição familiar
 - número de elementos da família (presentes)
 - número de elementos do sexo feminino e masculino
 - distribuição dos elementos por faixa etária
 - estado civil do chefe e do cônjuge
 - naturalidade (procedência remota) do chefe e do cônjuge
 - religião da família
 - elementos ocupados da família
 - direito à Previdência Social, do chefe e dos filhos ocupados
 - renda mensal "per capita"
 - escolaridade da família, por pontos conquistados
- tempo de residência no local
- procedência próxima da família e motivo da mudança
- local de trabalho e tipo (do chefe da família)
- procura primeira em caso de doença
- procura de benzedor ou curandeiro
- frequência ao centro de saúde

- motivo da procura e não procura
- tipo de orientação recebida no c.s.
- atendimento hospitalar (ambulatório e internação)
- forma de pagamento nos casos de internação
- motivos da procura e não procura e tipo de atendimento
- número de gravidez e tipo de assistência (controle)
- local de nascimento do último filho e assistência
- curativo do coto umbilical
- tempo de amamentação natural
- vacinação antitetânica
- presença de doentes na família
- providências em relação a casos de diarréia
- causas de verminose (opinião)
- mordedura por cães, gatos ou outro animal selvagem e providências tomadas
- conhecimento relativo à preservação dos dentes
- hábitos concernentes à escovação e procura de recursos em caso de problemas dentários
- tratamento dentário
- alimentação da família
- caracterização da habitação - tipo de parede
 - propriedade
 - utilização
 - tipo de piso
- distribuição de pessoas por dormitórios
- ventilação dos dormitórios
- iluminação artificial
- combustível utilizado para cozinhar
- presença de eletrodomésticos
- abastecimento de água (fonte e tratamento domiciliário)
- presença de caixa d'água (reservatório) e proteção
- sanitário (tipo e utilização)
- lixo - acondicionamento domiciliário e destino final
- problemas com insetos e animais
- presença de cães e gatos e vacinação antirrábica

- presença de quintal, utilização e destino da produção
- presença de crianças maiores de 6 anos não matriculadas em escola e motivo
- condições de faltas às aulas
- interesse da escola pelos alunos (opinião)
- promoção de reuniões com os pais e frequência ou não (motivo)
- merenda escolar
- opinião sobre mudanças necessárias na escola
- obtenção de notícias (meio mais usual) e preferência por programas - de rádio
- participação em sociedades ou associações
- opinião sobre existência de problemas no local e preocupação
- interesse dos amigos e vizinhos sobre os mesmos
- vacinação de crianças menores de 1 ano (matrícula no c.s., caderneta de vacinação, motivos da não vacinação e acometimento por sarampo)

A amostra foi determinada levando-se em conta a disponibilidade de tempo da equipe para a pesquisa, mormente pelo fato de - que seus componentes decidiram que deveria ser feita nas zonas urbana e - rural para que se pudesse ter uma visão total do município. Foi calculada com uma margem de 4,9% para eventuais recusas, 4,2% para ausência de - informantes e 7,5% para casas vazias ou fechadas.

Para a zona urbana, sobre o mapa cadastral da sede - do município, foi feita a divisão do território em partes, correspondendo ao número de elementos da equipe. Na zona rural foram estabelecidos os - núcleos de maior concentração populacional, incluindo a sua periferia. Esta zona teve que ser reformulada a partir do plano original após exaustivos estudos da região com a colaboração dos técnicos do IBGE local. Em ambos, foi estabelecido previamente a regra do jogo e o começo casual para o sorteio dos domicílios que fizeram parte da amostra.

Na relação abaixo temos a discriminação do resultado obtido nesta fase:

	<u>Zona rural</u>	<u>Zona urbana</u>
- formulários aplicados	150	148
- Não aplicados por recusa	3	8
- Não aplicados por casa fechada ou vazia	8	19
- Não aplicados por informante ausente	<u>7</u>	<u>14</u>
- TOTAL	168	189

Ainda na fase primeira, quatro dos componentes da equipe se mobilizaram para o município, antes do início da atuação em campo, para os contatos que se faziam necessários relativos aos problemas de alojamento para o grupo e principalmente quanto à divulgação do trabalho a ser realizado junto à comunidade, através dos seus líderes e dos canais de comunicação ali existentes.

Já na escola, de volta, foi realizada a computação dos dados colhidos, cujos achados serão apresentados e analisados dentro do corpo deste relatório, por áreas específicas.

Convém ainda ressaltar que para os itens relacionados à ocupação dos membros das famílias entrevistadas foi utilizada a Escala de Prestígio Ocupacional de HUTCHINSON, que as classifica em:

1. Ocupações manuais não especializadas
2. Ocupações manuais especializadas e assemelhadas
3. Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas
4. Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas
5. Posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais e Proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais e agro-pecuárias
6. Profissões liberais, cargos de gerência ou direção. Proprietários de empresas de tamanho médio.
7. Altos cargos políticos e administrativos. Proprietários de grandes empresas e assemelhadas.

Para se determinar a escolaridade da família foi adotado o critério de pontos conquistados através do grau de escolarização de cada membro maior de 6 anos de idade:

- 10 pontos - universitário completo
- 8 pontos - universitário completo ou cursando
- 7 pontos - 2º grau completo
- 6 pontos - 2º grau incompleto
- 5 pontos - 1º grau completo (8a. série)
- 4 pontos - 1º grau incompleto (8a. série)
- 3 pontos - 4a. série do 1º grau, completo
- 2 pontos - 4a. série do 1º grau, incompleto
- 1 ponto - sabe ler e escrever ou cursando o Mobral
- 0 ponto - analfabeto

total de pontos

nº de pessoas da família 6 anos

2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Martinópolis.

Está localizado no extremo oeste do Estado de São Paulo (Alta Sorocabana), limitando-se ao norte com o município de Lucélia, ao sul com o de Iepê, a leste com os de Rancharia e Parapuã e a oeste com os de Indiana, Taciba e Regente Feijó. Possui uma área de 1.076 km² contando com uma população, segundo o Censo de 1970, de 23.072 habitantes, sendo - 13.472 da zona rural e 9.600 da zona urbana.

Dista da Capital do Estado de 630 km pela Rodovia Raposo Tavares e de 744 km pela Estrada de Ferro Sorocabana (FEPASA).

Resumo histórico : Em 1917, o Coronel João Gomes Martins, desbravando a região dividiu-a em lotes fundando o Patrimônio José Teodoro, que como distrito policial do Município de Presidente Prudente foi elevado a Distrito de Paz no ano de 1929. Foi incorporado ao Município de Regente Feijó em 1935, elevado a Município com o nome de Martinópolis (em homenagem ao seu fundador) em janeiro de 1939 e finalmente a Comarca - em 13 de junho de 1945.

3. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA

Está situado a 22°09'158 de latitude e 51°10' de longitude, apresentando uma altitude média de 482 m.

3.1. Geologia, estrutura e relevo

Sob o ponto de vista geológico, o município está compreendido na região que faz parte da "Bacia Paranaica". Seu relevo faz parte do Planalto Ocidental Paulista, porção morfológica caracterizada pelo relevo tubular. Suas altitudes variam de 300 a 600 metros, dando lugar a extensos chapadões areníticos de vertentes convexas suaves que se definem como espigões divisores entre os cursos d'água consequentes. Sua topografia é caracterizada por terreno geralmente plano, sem grandes depressões.

3.2. Hidrografia

A região conta com os rios do Peixe, Jacarezinho e Laranja Doce, sendo que este apresenta uma queda d'água onde existe a represa da Companhia Elétrica Caiuá, que se estende por 67 alqueires e que fornece energia elétrica à cidade.

3.3. Clima

A região apresenta dois tipos de clima, classificados pelo sistema Köppen: AW - definido como clima tropical úmido, com estação chuvosa no verão e seca no inverno;

: CWA - definido como clima de inverno seco, em que a temperatura média do mes mais frio é inferior a 18° C.

A temperatura mínima é de 18° C e a máxima, de 35° C, sendo mais ou menos constante nos meses quentes, entre 27° e 30° C e no inverno, 21° C. A precipitação pluvial é de 20 mm.

4. CARACTERIZAÇÃO SOCIO - ECONOMICO - CULTURAL

4.1. Comportamento da População

4.1.1. Evolução da população

O comportamento populacional do Município de Martinópolis em relação à região de Presidente Prudente vem apresentando sensíveis alterações, conforme a tabela 1.

Ocupando uma área de 1.076 km² este Município concentrava em 1950, 6,6% do total da população da região, caindo em 1960 para 3,5 % e em 1970 permanece quase que estacionária, com 3,2%.

TABELA 1 - Participação Percentual da População de Martinópolis na Região de Presidente Prudente. 1950/70

ANOS	MUNICÍPIO	REGIÃO	%
1950	37.032	558.742	6,6
1960	25.996	735.689	3,5
1970	23.072	709.855	3,2

FONTE - CENSOS DEMOGRAFICOS - IBGE.

O declínio verificado a partir da década de 50 na participação percentual da população municipal na região é bem provável que se deva ao fato da substituição progressiva da atividade agrícola pela pecuária, onde o emprego de mão de obra é bem menor.

É possível também que outras regiões com um maior dinamismo nesse período, tornaram-se por assim dizer "polos" de atração sobre essa população.

Ao comparar a taxa de crescimento do município com a região e o Estado, observa-se que no período de 1950/60 o município apresentou uma taxa de crescimento negativo de 3,5% enquanto que a região e o Estado apresentaram uma taxa anual de 2,80 e 3,57, na década de 1960/70 a região e o município sofreram decréscimos bastante significativos,

1,2% para Martinópolis e - 0,40% para Presidente Prudente.

Dessas alterações ocorridas a partir de 60 talvez se possa concluir que há uma forte tendência de esvaziamento da área.

TABELA 2 - Taxas de crescimento geométrico anual da População total, segundo o município, a região e Estado, de 1950/70 (%)

POPULAÇÃO	1950/60	1960/70
MUNICÍPIO	- 3,5	- 1,2
REGIÃO	+ 2,8	- 0,4
ESTADO	+ 3,5	+ 3,2

4.1.2. Crescimento Vegetativo e Migração

Em uma análise da dinâmica populacional deve se levar em consideração os fatores demográficos que irão determinar o crescimento populacional.

Para isso temos o crescimento vegetativo ou natural (o resultado do excedente de nascimento em relação aos óbitos) e o crescimento social ou saldo migratório (a diferença entre imigração e emigração).

Vale salientar que na evolução de uma população outros fatores como os sociais e econômicos e culturais e a própria estrutura da população atuam, podendo provocar alterações nas taxas de natalidade e mortalidade como também na composição dos saldos migratórios.

TABELA 3 - Evolução da população segundo crescimento vegetativo, em Martinópolis, 1966/1973.

ANOS	POPULAÇÃO	TAXA DE NATALIDADE (p/1.000 hab.)	TAXA DE MORTALIDADE (p/1.000 hab.)	TAXA DE CRESCIMENTO VEGETATIVO (p/1.000 hab)
1966	24.242	30,15	7,34	22,81
1967	23.949	26,47	6,68	19,79
1968	23.657	27,22	4,57	22,65
1969	23.364	25,17	6,08	19,09
1970	23.072	24,66	5,89	18,77
1971	22.780	23,18	6,63	16,55
1972	22.487	20,55	5,91	14,64
1973	22.195	19,91	5,99	13,92

FONTE - DADOS BRUTOS - IBGE

Os resultados apresentados na tabela 3 evidenciam que a partir de 1966 a taxa de crescimento vegetativo vem sofrendo declínios e esse comportamento pode ser explicado parcialmente pela taxa de natalidade.

Baseados no fato de que a população nas décadas de 1950/1970 - apresentou uma taxa de crescimento negativo (taxa de crescimento geométrico de - 3,5 e - 1,2%) e se levar em conta que a tendência à migração é proporcionalmente maior na faixa etária de 20 - 30 podendo levar consigo grande parte das crianças (faixas etárias de 0 - 4 e 5 - 10 anos) é bem provável o decréscimo populacional que vem ocorrendo em Martinópolis.

4.2. Distribuição e Composição da População

4.2.1. - Densidades Demográficas

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

A distribuição geográfica da população permite identificar os fenômenos ligados ao desenvolvimento urbano como também a distribuição do "habitat" rural.

No que se refere ao desenvolvimento urbano, à medida em que a economia inicia a sua diversificação, a população sente-se atraída à aglomerar-se nas cidades, o que condiciona a implantação de toda uma rede de

serviços.

Temos então um processo de nucleação das populações que pode ser denominadas de urbanização.

Talvez essa concepção deva ser acrescida às teorias referentes à vida urbana, segundo as quais "as cidades não são definidas apenas como um espaço geográfico onde se concentram indivíduos e rede de serviços". "O viver na cidade implica na adesão ao estilo urbano ou seja, na assimilação de um conjunto de conhecimentos, normas e valores que possibilitem o desempenho de papéis urbanos".

Quanto à distribuição do "habitat" rural verifica-se um fenômeno inverso ao urbano, isto é, apresenta uma dispersão sobre o território e o grau de nucleação da população agrícola não se compara à aglomeração da população nas cidades.

Neste item a análise irá se deter à distribuição da população através da densidade e o contingente rural e urbano.

O município de Martinópolis em 1950 apresentava uma densidade de 34,4 hab/km², em 1960, sobre um acentuado decréscimo 24,1 hab/km², no período seguinte continua o declínio, 21,4 hab/km².

Com relação à região nas décadas de 1950/60 e 1960/70 pertencem sempre a uma mesma dos municípios, correspondentes a 20-50 hab/km².

TABELA 4 - Composição da População segundo zonas urbana e rural em Martinópolis, 1960/70.

ANOS	MUNICÍPIO				REGIÃO				ESTADO			
	URBANA	%	RURAL	%	URBANA	%	RURAL	%	URBANA	%	RURAL	%
1960	6.959	26,8	19.037	73,2	267.857	36,4	467.832	63,6	8.142.839	62,9	4.788.474	37,1
1970	9.582	41,5	13.490	58,5	359.369	50,6	350.486	49,4	14.230.407	80,3	3.478.071	19,7

FONTE: Censo Demográficos - IBGE

O estudo da distribuição por área rural e urbana vem a ser um indicador importante na medida que contribui para caracterizar uma economia local. Desse modo pode-se estabelecer uma relação de população rural às atividades primárias e as atividades secundárias e terciárias à população urbana. A identificação de população urbana e rural se faz necessária na medida em que se aceita que a urbanização não é uma simples transferência do campo para a cidade e sim toda uma adaptação ao estilo de vida diverso.

A tabela 4, acima, evidencia que com relação à região e ao Estado o município vem se urbanizando, acompanhando muito de perto a urbanização de Presidente Prudente.

Todavia com relação ao Estado o mesmo não ocorre, onde a taxa de urbanização alcança 80%.

A justificativa para esse fenômeno é idêntico à maioria das áreas cuja atividade básica é a agropecuária.

4.2.3. Distribuição Etária da População

Conhecimentos referentes à distribuição etária da população - juntamente com outros indicadores anteriormente abordados proporcionam uma análise da dinâmica populacional.

Baseado no fato de que de modo geral o grupo etário de 15 1-50 anos concentra cerca de 50% da população, Sundbarg classificou as populações em 3 tipos:

- a) progressiva ou jovem
- b) estacionária ou adulta
- c) regressiva ou velha.

Para isso considerou os seguintes critérios, segundo a tabela 5.

TABELA 5 - Tipos de população segundo os percentuais dos grupos etários

GRUPO ETÁRIO	TIPO DE POPULAÇÃO		
	PROGRESSIVA	ESTACIONARIA	REGRESSIVA
0 <u>1</u> - 15	40%	33%	20%
15 <u>1</u> - 50	50%	50%	50%
50 e +	10%	17%	30%

Fonte: (1)

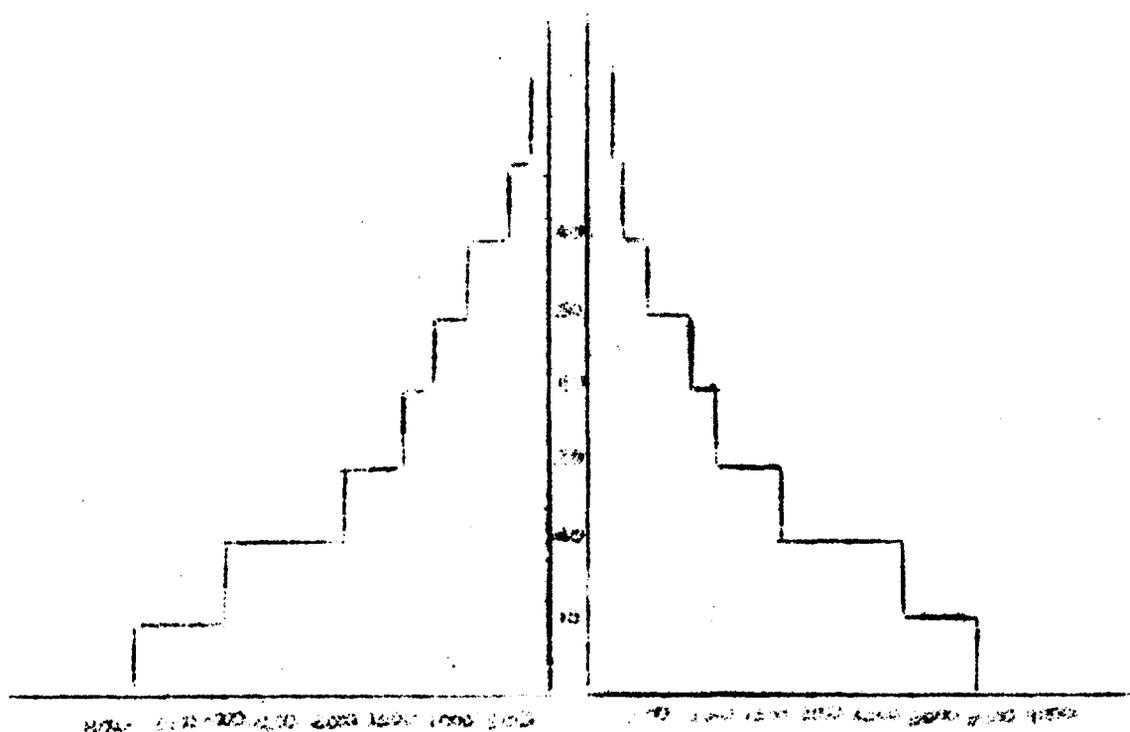
Adotando essa classificação, utilizando resultados do Censo Demográfico de 1970, a população de Martinópolis seria progressiva para Sundberg e normal para Whiple (Tabela 6).

TABELA 6 - População residente de Martinópolis segundo idade em 1970.

IDADE		NÚMEROS ABSOLUTOS	%
0	15	10.383	45,0
15	50	10.477	45,4
50	e +	2.212	9,6
TOTAL		23.072	100,0

FONTE: Censo Demográfico - IBGE - 1970.

GRÁFICO 1. - Pirâmide de Idade e Sexo - Município de Martinópolis - 1970.



4.3. População Economicamente Ativa

Fonseca, V. ⁽²⁾ faz algumas considerações sobre a classificação de população produtiva e economicamente ativa.

Segundo o autor a população produtiva (15 - 65 anos), teoricamente dá origem à população economicamente ativa.

Todavia nos países de incipiente desenvolvimento econômico, as precárias condições de vida invalidam os limites da população produtiva. É frequente no Brasil o trabalho de crianças menores de 15 anos, bem como indivíduos bastante idosos, além de 65 anos. Os próprios censos nacionais ao determinarem a população economicamente ativa adotam um limite mínimo de idade (10 anos) deixando de considerar o limite máximo teórico. Dessa forma a população economicamente ativa não pode ser referida diretamente à economicamente produtiva. Ao relacionar todas as pessoas de 10 anos e mais, - que trabalham em atividades extra-domésticas, expressa mais fielmente a realidade que essa última. É por isso adotada como indicador econômico dos - mais significativos, embora menos preciso, uma vez que deriva de conceitos - que variam muito.

E para isso Fonseca, V ⁽²⁾ utiliza:

a) a taxa de atividade ou coeficiente da população economicamente ativa, que corresponde à proporção de indivíduos que a compõe em relação a população total e

b) a distribuição setorial - que se refere à repartição das pessoas que trabalham nos setores econômicos.

Na determinação da taxa de atividade interagem fatores demográficos. A distribuição por idades - e fatores socio-econômicos - capacidade de absorção do mercado de trabalho, a contribuição do trabalho feminino, as disposições legais quanto à aposentadoria, etc.

O município de Martinópolis para 1970, teve uma taxa de atividade de 29,31%. A carência de dados não permite uma análise ao longo de - uma série, mas ainda assim essa taxa não diz o "quantum" representa da população produtiva, não demonstra o "quantum" o mercado de trabalho está absorvendo e qual o número de desempregos como também não identifica o número de crianças menores de 15 anos e os indivíduos maiores de 65 anos.

Dá serem procedentes as observações levantadas pelo autor - com respeito à não viabilidade da aplicação dessa classificação para o Brasil.

Quanto à distribuição setorial vale ressaltar que o economista Oliveira, F (7) analisa o modelo Clark * sobre dois aspectos:

a) que tem servido de paradigma para a observação das participações dos tres setores no produto interno bruto, tomando-se a elevação - relativa do produto Secundário (industrial) e do produto Terciário (serviços) como sinal de diversificação e desenvolvimento econômico e b) o emprego do modelo Clark de um modo equivocado, qual seja o de confundir as relações formais entre os tres setores com suas relações estruturais, isto é - com o papel que cada um desempenha no conjunto da economia e com o papel interdependente que jogam entre sí. E afirma Oliveira, "o modelo de Clark é, repita-se, empírico formal: ele assinala apenas as formas de divisão social do trabalho e sua aparição sequencial". " Ao ser utilizado para descrever- uma formação econômico-social concreta ou um modo de produção, necessário - se faz indagar das relações estruturais entre os setores e do papel que ca- da um cumpre na estruturação global do modo de produção concreto."

Partindo desse enfoque o Município de Martinópolis tem sua - população agrupada nos seguintes setores, conforme a tabela 7.

* Colin Clark, dividiu o conjunto de atividades econômicas - nos três setores: Primário, Secundário e Terciário.

TABELA 7 - População economicamente ativa e não economicamente ativa segun do o setor de atividade em Martinópolis, 1970.

POPULAÇÃO SETORES	ECONOMICAMENTE ATIVA		NÃO ECONOMICAMEN TE ATIVA		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMÁRIO	4692	63,84	9911	63,04	14603	63,29
SECUNDÁRIO	556	7,57	1464	9,31	2020	8,76
TERCIÁRIO	2101	28,59	4348	27,65	6449	27,95
TOTAL	7349	100,00	15723	100,00	23072	100,00

FONTE : DADOS BRUTOS - IBGE - 1970.

4.4. Aspectos sócio-culturais

O município de Martinópolis possui uma igreja e nove capelas, com dois padres residentes. A igreja matriz teve um movimento religioso em 1973, de 426 batizados, 142 primeiras comunhões e 127 casamentos.

Contudo, outras religiões são professadas, embora em menor número. Os evangélicos possuem seis igrejas.

Quanto ao lazer, o local dispõe de um cinema, uma estação de rádio (Rádio Clube de Martinópolis) e recebe regularmente transmissões de televisão (TV - TUPI - Canal 4 - SP, TV - TIBAGI, Canal 11 - Apucarana). Tem ainda um serviço de alto falante.

A tabela 8 evidencia quais os canais de comunicação que a população utiliza.

TABELA 8 - Distribuição dos Meios de Comunicação, segundo a Zona Urbana e Rural, em Martinópolis - 1974.

ZONAS COMUNICAÇÃO	URBANA		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rádio	29	19,59	34	22,67	63	21,14
Conversas	12	8,11	15	10,00	27	9,06
Televisão	11	7,43	4	2,67	15	5,03
Rádio + Televisão	26	17,57	10	6,67	36	12,08
Rádio + Conversas	15	10,14	44	29,33	59	19,80
Rádio+Televisão+Conversas	3	2,03	9	6,00	12	4,03
Rádio+ Jornais + Televisão	9	6,08	4	2,66	13	4,36
Outras Associações	43	29,05	30	20,00	73	24,50
Total	148	100,00	150	100,00	298	100,00

Fonte : COLETA DIRETA DE DADOS.

A grande fonte de informação, conforme tabela 8 é o rádio com 19,59% e 22,67% respectivamente para zona urbana e rural.

Analisando cada uma das zonas isoladamente o que se nota é que na área urbana depois do rádio, os meios de comunicação mais utilizados são as associações de rádio + televisão com 17,57% e rádio + conversas com 10,14%. Para a zona rural temos o seguinte comportamento, 29,33% cujo o meio de comunicação é o rádio + conversas e 10,00% que representa conversas apenas.

Podemos concluir que, Martinópolis além do rádio, utiliza como meio de comunicação as conversas com amigos e rádio + conversas.

A penetração da televisão na zona rural, com 2,67% e 6,67% para rádio + televisão, é bastante significativa no sentido que se introduz um novo instrumento de comunicação. A presença de "outras associações" se refere aos meios de comunicação que apareceram isolados e associados com outros, apresentando frequências muito baixas nas duas zonas.

Quanto aos programas mais preferidos os resultados da pesquisa concluíram que das 298 famílias entrevistadas, 11,49% e 12,67% têm preferência pelos programas sertanejos e 10,81% para zona urbana e 6,67% para zona rural preferem programas musicais.

Todavia foi bastante expressivo o resultado referente à não preferência por programa algum de rádio, 16,22% zona urbana e 8,67% na zona rural. A hipótese que pode ser levantada é que a penetração da televisão venha a diminuir a audiência do rádio.

Na tentativa de estabelecer alguma associação entre renda e escolaridade com outras variáveis foram feitos alguns cruzamentos. Entretanto o tratamento estatístico empregado não possibilita uma interpretação que leva a algumas hipóteses explicativas.

Segundo os dados, 35,82% dos entrevistados não pertencem a associações, contra 22,73% dos que pertencem.

A tabela 9 não parece, ao que tudo indica, mostrar uma correlação entre grau de escolaridade e participação em associações ou sociedades.

TABELA 9 - Distribuição da População Amostral segundo o Grau de Escolaridade da Família e Grau de Sociabilidade, em Martinópolis, 1974 .

<u>GRAU DE ESCOLARIDADE</u>	<u>GRAU DE SOCIABILIDADE</u>	<u>PERTENCE</u>		<u>NÃO PERTENCE</u>	
		<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
0		3	6,82	29	11,42
1		7	15,91	82	32,28
2		10	22,73	91	35,82
3		5	11,36	39	15,36
4		7	15,91	9	3,54
5		5	11,36	4	1,58
6		3	6,82	-	-
7		2	4,55	-	-
8		1	2,27	-	-
9		1	2,27	-	-
TOTAL		44	100,00	254	100,00

FONTE: COLETA DIRETA DE DADOS.

A inclusão dessa pergunta no formulário era saber até que ponto os 298 entrevistados têm consciência dos problemas que os cercam e que formas eles encontram para resolvê-los. Observando a tabela 10 nota-se que dos 298 entrevistados 36,84% acha que não existem problemas, 33,33% não sabe e 32,00% acha que existem problemas, excetuando a resposta não sabe (33,33%), as opiniões restantes estão agrupadas no grau de escolaridade de 2 (32,00% e 36,84%) que o maior número de respostas está ainda concentrada num mesmo grau de escolaridade no caso, o 1 (28,31%, 31,58% e 33,33%) respectivamente e que todas as alternativas da tabela estão agrupadas em torno dos graus de escolaridade 3, 2, 1, e 0. Um melhor tratamento estatístico daria condições de levantar algumas hipóteses. Todavia não é o ca

so dessa análise.

TABELA 10 - Distribuição da População Amostral segundo o Grau de Escolaridade da Família e o Grau de Conscientização dos Problemas, em Martinópolis, 1974.

GRAU DE ESCOLARIDADE	GRAU DE CONSCIÊN CIA.		NÃO EXISTEM PROBLE MAS		NÃO SABE E OU SEM INFORMAÇÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	16	9,70	14	12,28	2	11,11
1	47	28,31	36	31,58	6	33,33
2	53	32,00	42	36,84	5	27,77
3	31	18,96	11	9,65	2	11,11
4	11	6,63	4	3,51	1	5,56
5	3	2,00	5	4,39	1	5,56
6	1	0,60	2	1,75	-	-
7	2	1,20	-	-	-	-
8	1	0,60	-	-	-	-
9	-	-	-	-	1	5,56
TOTAL	166	100,00	114	100,00	18	100,00

FONTE : COLETA DIRETA DE DADOS

A tabela seguinte, renda com o grau de conscientização - evidencia que: dos 166 entrevistados que responderam afirmativamente à pergunta da tabela 10, 44,44% não sabe se os vizinhos e ou amigos se preocu-

pam com os problemas - 38,32% acha que os vizinhos e amigos se preocupam e 35,71% acha que os amigos e vizinhos não se preocupam. Conforme a tabela-11, as 3 alternativas estão todas concentradas no nível de renda 3 e 4 e no nível de renda 2 para as respostas afirmativas e negativas.

As respostas restantes se distribuem pelos vários níveis de renda.

A justificativa dessa pergunta prende-se ao fato que não bastaria o entrevistado ter consciência e se preocupar com os problemas e sim a forma de resolvê-lo, só ou através dos que participam dos mesmos problemas.

TABELA 11 - Distribuição da Renda segundo o Grau de Conscientização Comunitário dos Problemas, em Martinópolis, 1974.

FONTE: COLETA DIRETA DE DADOS

RENDA	AMIGOS E VIZINHOS SE PREOCUPAM		AMIGOS E VIZINHOS NÃO SE PREOCUPAM		NÃO SABE OU SEM INFORMAÇÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	-	-	-	-	-	-
1	3	2,88	-	-	2	4,44
2	18	16,82	3	21,43	3	6,67
3	41	38,32	5	35,71	20	44,44
4	20	18,69	2	14,29	8	17,78
5	7	6,54	1	7,14	2	4,44
6	1	0,93	1	7,14	4	8,90
7	10	9,35	2	14,29	5	11,11
8	5	4,67	-	-	1	2,22
9	2	1,88	-	-	-	-
TOTAL	107	100,00	14	100,00	45	100,00

Na população amostral a média de mulheres fica em torno de 2,70 para a zona urbana e 3,18 para a zona rural, o sexo masculino apresenta a média em torno de 2,45 para a zona urbana e 2,9 para zona rural.

No que se refere à utensílios domésticos, 21,62% das famílias entrevistadas possuem quase que todos os utensílios domésticos; - 20,95% só possuem rádio e 7,43% não possuem nenhum aparelho eletrodoméstico na zona urbana. Na zona rural o comportamento é ao que parece inverso, - 32% das famílias da amostra, possuem rádio e máquina de costura; 16,67% só rádio e apenas 3,33% possuem quase que todos os utensílios.

A razão para isso pode estar ligada a um maior poder aquisitivo das populações urbanas; o não acesso à luz elétrica nas áreas rurais como também à hábitos e costumes diversos da zona urbana.

TABELA 12 - Distribuição das Famílias, segundo o uso de utensílios domésticos, em Martinópolis, 1974.

UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS	FAMÍLIAS		%	
	ZONAS			
	URBANA	RURAL	URBANA	RURAL
-(nenhum)	11	06	7,43	4,00
-(só rádio)	31	25	20,95	16,67
-rádio e outros	02	06	1,35	4,00
-rádio e máquina de costura	15	48	10,13	32,00
-rádio, máquina de costura e outros.	07	07	4,73	4,67
-rádio, televisão e máquina de costura	05	12	3,38	8,00
-rádio, televisão, máquina de costura e geladeira	02	09	1,35	6,00
-rádio, televisão, máquina de costura, geladeira e chuveiro	07	02	4,73	1,33
-rádio, televisão, máquina de costura, geladeira e outros	03	05	2,03	3,33
-rádio, televisão, máquina de costura, geladeira, chuveiro e outros	32	05	21,62	3,33
Outros (associações ou isolados)	33	25	22,30	16,67
TOTAL	148	150	100,00	100,00

FONTE: PESQUISA DIRETA

4.5. Setores econômicos

4.5.1. Atividades econômicas

A atividade econômica fundamental de Martinópolis está con centrada no setor Primário representada pelas culturas agrícolas (amendoim algodão, milho), pecuária e mais recentemente a avicultura. As outras ati vidades econômicas, comércio, indústria e outros serviços têm ainda espres são local.

A tabela mostra a distribuição da mão de obra. Muito embo- ra a ocupação dos chefes de família esteja classificada pela Escala de - Prestígio Ocupacional (Hutchinson) isso não invalidou a análise, uma vez que na ocupação 1 - (ocupações manuais não especializadas) - encontra-se - todo o pessoal dedicado à agricultura, na condição de lavrador (empregado, parceiro, meeiro)*

TABELA 13 - Distribuição da Mão de Obra, segundo zona urbana e rural, em - Martinópolis - 1974

ZONA ESCALA OCUPACIONAL	URBANA		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	46	31,08	107	71,33	153	51,34
2	39	26,35	10	6,67	49	16,44
3	10	6,76	8	5,33	18	6,04
4	14	9,46	6	4,00	20	6,71
5	17	11,49	14	9,33	31	10,40
6	4	2,70	2	1,34	6	2,02
7	-	-	-	-	-	-
0	18	12,16	3	2,00	21	7,05
TOTAL	148	100,00	150	100,00	298	100,00

FONTE: COLETA DIRETA DE DADOS

* Ver Escala de Prestígio Ocupacional em Metodologia.

Como se pode observar, num total de 298 chefes de famílias entrevistados, 31,08% da zona urbana e 71,33% da zona rural têm sua principal ocupação concentrada na classe 1 que segundo essa escala estariam aqueles dedicados à agricultura. A zona urbana tem um contingente de mão de obra na classe 2 que corresponde aproximadamente aos que se encontram ocupados no comércio e serviços. As ocupações que se estão agrupadas na classe 5 (que seriam as posições de supervisão mais baixas e proprietários de pequenas empresas tanto do comércio como da indústria e agropecuária) para ambas as zonas, têm um comportamento semelhante, isto é, nessas duas áreas estão concentradas proporcionalmente as ocupações dos chefes de família - 11,49% na urbana e 9,33% na rural, o mesmo se aplica para ocupação classe 3, 6,76% e 5,33%.

Portanto pode-se reafirmar que nessa região os maiores contingentes de mão de obra acham-se indiscriminadamente, para as duas zonas, concentrados nas atividades agrícolas.

4.5.2. Setor primário

4.5.2.1. Área Ocupada

Muito embora não se disponha de dados referentes à área ocupada com a pecuária, o Município de Martinópolis pode ser caracterizado em termos de área ocupada, como tipicamente agrícola como se observa na tabela 14.

Dos produtos agrícolas apresentados, o amendoim nesses três anos é quem ocupa a maior área, 59,41%, 53,60% e 46,44%. A seguir o algodão com 19,80%, 23,59% e 19,35% e o milho ocupando nesses anos - 14,85, 17,15% e 16,25% da área destinada ao setor primário.

Com relação à tendência da expansão ou redução da área ocupada por esses produtos, embora uma série de três anos seja muito pequena para uma análise mais aprofundada, ainda assim podem ser levantadas duas hipóteses:

a) o amendoim vem tendo sua área reduzida, isso é bem - possível que se deva à política de preços pouco favoráveis ao produto.

b) o milho vem apresentando fenômeno idêntico ao da região de Presidente Prudente onde a área ocupada por esse produto vem aumentando, ocasionado talvez pela a criação de indústrias na região, de óleos-comestíveis.

O algodão tem muitas oscilações e o arroz é que teve - sua área triplicada fenômeno totalmente diverso: dos demais.

TABELA 14 - Relação dos Principais Produtos agrícolas, segundo a área ocupada (%), Martinópolis, em 1968/1970

ANOS			
PRODUTOS	1968	1969	1970
Algodão	19,80	23,59	19,35
Amendoim	59,41	53,60	46,44
Milho	14,85	17,15	16,25
Café	1,48	1,37	2,48
Arroz	4,46	4,29	15,48
TOTAL	100,00	100,00	100,00

FONTE: PLANO DIRETOR de Desenvolvimento Integrado de Martinópolis - 1973.

4.5.2.2. - Valor da Produção

Esse ítem, em virtude da não disponibilidade de da dos, fica prejudicado na análise, sem a participação da pecuária na composição da renda gerada pelo Setor primário.

A tabela 15 mostra em termos percentuais, a participação dos 5 produtos agrícolas na composição do valor de produção da a gricultura.

TABELA 15 - Valor de Produção dos Produtos Agrícolas em Martinópolis -
1968/1971.

(%)

ANOS PRODUTOS	1968	1969	1970
Algodão	15,39	18,09	22,75
Amendoim	69,85	63,33	57,77
Milho	7,77	10,48	12,00
Arroz	3,51	4,29	3,52
Café	3,48	3,81	3,96
TOTAL	100,00	100,00	100,00

FONTE: PLANO DIRETOR de Desenvolvimento Integrado de Martinópolis -
1973.

Segundo os resultados, o amendoim é quem apresenta uma maior participação na formação da renda agrícola local, cujo valor de produção foi da ordem de 69,85% em 1968 para em 1969 atingir 63,33% e 57,77% em 1970. Quanto ao algodão e ao milho, vêm experimentando um aumento - conforme a tabela. Ao fazer um paralelo entre a área ocupada e o valor da produção para os anos 1968/70 o que se pode notar é que em relação ao amendoim isso se conserva.

A proporção que a área ocupada vem se reduzindo, o valor da produção também diminui. E em relação ao milho a correlação também é direta, à medida que a área aumenta, o valor da produção também aumenta na composição da renda do setor agrícola desse município.

Segundo o Plano Diretor o rebanho suíno com crescimento apenas vegetativo, de 2.800 cabeças p/um abate de 300 em 1968, para 6.000 cabeças p/um abate de 2.800 em 1972.

É ainda o Plano Diretor que analisando a pecuária em 1972 afirma que Martinópolis possui 18.500 cabeças de gado para corte, importou de Goiás, nesse mesmo ano 1.300 cabeças, sobretudo reprodutores e vacas de leite. Entretanto sua balança apresenta desequilíbrio, uma vez que nesse mesmo ano exportou para Presidente Prudente e São Paulo, 13.000 cabeças.

Apesar de representar o gado de corte e inexistir frigorífico no município, os dados existentes parecem indicar uma tendência de declínio no rebanho bovino.

TABELA 16 - EVOLUÇÃO DA PECUÁRIA EM MARTINÓPOLIS - 1968/1972

ANOS REBANHOS	1968	1969	1970	1972
Bovinos	95,87	95,63	96,00	92,09
Suínos	4,13	4,37	4,00	7,91
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

A economia regional foi beneficiada com a instalação de granjas no município que vêm se expandindo de maneira surpreendente.

A partir de 1969 quando se iniciou o movimento, a avicultura se transformou num dos "polos" de atração econômica do local, sendo que em dezembro de 1973 o INCRA aprovou o loteamento para a formação do Núcleo Granjeiro Municipal, compreendendo 16 (dezesesseis) lotes distribuídos em uma área de 813 517,90 m² onde já se encontram instaladas as granjas.

A Divisão Regional Agrícola da Secretaria da Agricultura, através da Casa da Lavoura realizou um levantamento de 15 a 17 de julho deste ano tendo sido cadastrados 36 (trinta e seis) granjas que mantinham 111.112 cabeças para postura e 37.100 para corte.

Existem opiniões controversas entre os granjeiros sobre a rentabilidade da atividade, alegando alguns que a margem de lucro na comercialização de ovos é mínima com a instabilidade do mercado, ao preço atual.

Ao mesmo tempo, todos são unânimes em afirmar que a criação de aves para abate é o menos compensador. Toda a produção do município nesses dois setores da avicultura é remetida para Presidente Prudente, de onde é distribuída através das cooperativas, pois não existe no local condições de armazenamento, distribuição e abate (frigoríficos). A seguir a tabela 17 que mostra a evolução do produto no decorrer dos períodos 1968/1972.

TABELA 17 - Evolução da Avicultura em Martinópolis em 1968/1972.

ANOS	1968	1969	1970	1972
AVES				
Galinhas	17.000	25.000	30.000	121.000
Perus e Patos	-	-	-	208
TOTAL	17.000	25.000	30.000	121.208

4.5.3. Setor Secundário

A análise sobre esse setor fica bastante prejudicada uma vez que no momento dispõe-se de muito poucos dados sobre a indústria.

Entretanto pode-se afirmar que a atividade industrial nesse município não é sua principal fonte de renda apresentando-se ainda muito pouco expressiva.

Adotando o critério de que as indústrias classificam-se em tradicionais, estas englobando produtos alimentares, bebidas, fumo, têxteis, couros, peles e similares, madeira e mobiliário; intermediárias, as quais incluem os ramos de vestiários, calçados e artefatos de tecido, borracha, editorial e gráfica; minerais não metálicos e diversos e modernas, que seriam as indústrias metalúrgica, mecânica, material elétrico e de comunicações, material de transporte, papel e papelão, química; produtos farmacêuticos; produtos de perfumaria e materiais plásticos.

A tabela a seguir mostra como classificar-se-iam as indústrias de Martinópolis.

TABELA 18 - Classificação das Indústrias segundo o Ramo de Atividade e o Valor da Produção Martinópolis, 1971

(%)

ATIVIDADES	VALOR DA PRODUÇÃO	%
- Confecções e Colchoaria		0,02
- Beneficio/arroz, algodão etc.		88,20
- Móveis		0,20
- Padaria		2,66
- Laticínio		4,50
- Aguardente e refrigerantes		1,53
- Torrefação do café		1,28
- Olarias		0,49
- Esquadrias		0,18
- Cerâmica e ladrilhos		0,42
- Tubos e guias p/sarjeta		0,35
- Calçados		0,16
T O T A L		100,00

FONTE: Plano Diretor

Pelo que se depreende da tabela 18 chega-se à conclusão de que as indústrias existentes nesse local na sua maioria pertencem ao grupo das indústrias tradicionais, todavia há um pequeno número de indústrias-intermediárias. Na indústria de derivados de origem animal observa-se que o queijo, a partir de 1970 começa a decrescer, quando em 1972 decai para - 21,90%. O comportamento se repete para a manteiga, cujo valor da produção era 6,05%, decrescendo para 5,70% e depois 5,56% até que decai para 2,87%. Relação inversa ocorre com o leite e ovos cujo valor da produção sofre sensíveis aumentos, principalmente esse último, em 1968 o valor da produção - era de 5,42% e em 1972 cresce para 26,87%.

TABELA 19 - Evolução da Produção de Origem Animal, em Martinópolis, -
1968/1972.

(%)

ANOS PRODUTOS	1968	1969	1970	1972
Queijo	55,22	52,39	50,00	21,90
Manteiga	6,05	5,70	5,56	2,87
Leite	33,30	32,36	34,72	48,36
Ovos	5,43	9,55	9,72	26,87
T O T A L	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Plano Diretor

4.5.4. Setor Terciário

Este item vai ser bastante descrito, proporcionando apenas uma visão estática desse setor, em nenhum analisando a sua tendência. Isto resulta sobretudo pelo fato de ser o terciário o setor menos coberto pela informação estatística e a que existe é ainda num nível bastante precário.

Caso se associe atividades agrícolas à zona rural, pode-se afirmar que o comércio e serviços estão por demais ligados às atividades urbanas da região.

O comércio primeiramente focado é o de mercadorias, compreendendo os estabelecimentos que pertencem às organizações privadas, sociedades de economia mista e empresas estatais, cuja atividade básica é a compra, venda e troca de mercadorias.

Em Martinópolis, segundo o IBGE local, em 1973 - havia 2 estabelecimentos comerciais atacadistas e 274 varejistas.

Quanto aos demais estabelecimentos comerciais é provável que eles possam ser enquadrados como setor de serviços - que muito se assemelha às atividades comerciais e industriais, diferindo quanto aos objetivos, que não consistem na produção ou troca de mercadorias porém, na prestação de serviços à pessoas ou entidades.

Essas atividades foram assim classificadas, conforme tabela 20.

TABELA 20 - Relação dos Estabelecimentos de Prestação de Serviços em Mar-
tinópolis - 1973.

ESTABELECIDAMENTOS	Nº
Serviços de Alojamento e Alimenta- ção	59
Serviços de Reparação	-
Serviços Pessoais	15
Serviços Comerciais	12
Serviços de Diversão Radio, Difusão e Televisão	6
T O T A L	92

FONTE: IBGE - LOCAL - 1974.

O município é servido por energia elétrica, contando com 802 focos de iluminação pública e um total de 1.673 consumidores.

No que se refere à arrecadação, o I.C.M. (Imposto sobre Circulação de Mercadorias) é um indicador da atividade econômica, por estar relacionado à saída de mercadorias dos 3 setores econômicos.

No ano de 1973 segundo informações do IBGE - local o I.C.M. foi da ordem de Cr\$ 3.905.271,95 e Cr\$ 3.374.764,82. O orçamento municipal para o exercício de 1974 foi:

Receita Estimada - \$ 3.200.000,00

Despesa Fixada - \$ 3.200.000,00

5. CARACTERIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

5. ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

A prefeitura é organizada da seguinte forma:

5.1. GABINETE

Criado pela lei nº 671 de 19/05/70

Órgão coordenador das atividades municipais. Faz serviços de relações públicas, tem funções políticas, e assiste ao Prefeito.

5.2. ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

Lei nº 671 de 19/05/70

Órgão de planejamento; coordenar e assistir, acompanhar a execução dos planos da administração municipal; coordenar o orçamento-programa do Município e controlar o investimento do orçamento e do Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado do Município.

5.3. PROCURADORIA

Lei nº 671 de 19/05/70

Para atividades de consultoria dos assuntos jurídicos da Prefeitura, arrecadação judicial da dívida ativa, redação de normas legais.

5.4. DEPARTAMENTO DE FINANÇAS (CONTADORIA)

Execução da política financeira e fiscal do Município, foi criado pela lei nº 671 de 19/05/70.

5.5. DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS INTERNOS

Para atividades ligadas à administração geral da Prefeitura, como de pessoal, material e demais aspectos administrativos.

5.6. DEPARTAMENTO DE OBRAS E VIAÇÃO

Executor da conservação de obras municipais. Foi também criado pela lei nº 671 de 19/05/70.

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO, ESPORTES E TURISMO

Responsável pelas atividades educacionais e culturais, esportivas e turísticas exercidas pelo Município.

5.7. DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Atribuição - assistir e responder pelas atividades de assistência médico-social e sanitária à população local, mediante administração de Postos de Saúde, hospitais ou entidades correlatas - ou de promoções do bem estar da comunidade.

5.8. SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTOS

Lei de criação: nº 707 de 02/03/71

Executa as atividades ligadas ao estudo de projetos, administração, operação e manutenção do serviço de abastecimento de água à população e bem assim o do esgoto sanitário do Município.

5.9. DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS MUNICIPAIS

Executar serviços de limpeza pública, matadouro, mercado e cemitério, feira, parques e jardins.

5.10. SUB-PREFEITURA

Na política administrativa executa e descentraliza os serviços administrativos para os distritos mais populosos: GUACHOS e TEÇANDÁ.

A representação gráfica, isto é, organograma, prende-se a conceitos administrativos. Dessa maneira propomos em anexo uma nova arrumação nos departamentos criados por lei.

Uma vez que assessoria é somente para propor e não controlar, sugeriríamos que mudasse para COMISSÃO DE PLANEJAMENTO, e não ASSESSORIA

DE PLANEJAMENTO.

Os Departamentos deveriam ser do mesmo nível.

6. CARACTERIZAÇÃO DA INFRA ESTRUTURA SOCIO-ECONÔMICA

6.1. Educação

6.1.1. Identificação da Situação

O Município de Martinópolis conta com vários estabelecimentos de ensino cuja localização geográfica, entidade - mantenedora e cursos, são apresentados na tabela 21.

TABELA 21 - Estabelecimentos de Ensino segundo a localização, entidade mantenedora e cursos. Martinópolis - 1974.

Localização cursos	zona urbana			zona rural				TOTAL
	1º Grau		2º grau	Escolas isoladas	Escolas Agrupadas	1º grau 5ª a 8ª	2º grau	
	3ª a 4ª series	5ª a 8ª series						
Entidade Mantenedora								
Estadual	3	2	1	55	4	2	1	68
Particular	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	3	2	2	55	4	2	1	69

FONTE : Pesquisa direta.

Pela tabela acima podemos verificar a concentração dos recursos estaduais na área da educação, inclusive as escolas isoladas que até o ano passado eram na sua maioria municipais. O Município coopera com a manutenção dos prédios, pagamento de alguns serventes e merendeiras, além do incremento à educação pré-escolar através de Parques Infantis e classes de Pré-Primário.

A entidade Fundação Sinkonl de Andrade Junqueira mantém o Colégio Técnico Comercial.

TABELA 22 - Distribuição da população escolar do 1º grau (1a. a 4a série), Zonas Rural e Urbana.

Município de Martinópolis . 1974.

escolas \ séries		2a.	3a.	4a.	Total
C.P.A.CENE	35	22	17	18	92
Cesc.Alberto	200	191	134	179	704
S.Dumont					
Gesc.Prof.Ade					
laide Cezar M. Bastos	157	172	175	147	651
Esc.Ag.Vila -					
Escócia	62	36	37	30	165
Esc.Ag. do -					
Teçaindá	54	24	51	41	170
Esc.Ag. Vila -					
Santa Luzia	49	39	26	18	119
Esc.Ag. Vila -					
Martins	38	25	31	25	132
Esc.Isoladas	471	330	267	140	1208
Total	1066	839	738	598	3241

Fonte : Pesquisa Direta.

Tabela 23 - Distribuição dos alunos nos Estabelecimentos de 1º e 2º -
 graus (5a. série em diante), Zonas Rural e Urbana.
 Martinópolis . 1974.

Grau série escolas	1º				2º				Total
	5a.	6a.	7a.	8a.	1a.	2a.	3a.	4a.	
G.E.Marti- nópolis	159	131	178	66					534
G.E. de - Guachos	82	24	16	27					149
G.E. de - Teçaindá	110	79	96	53	29				367
CENE Cel. João Gomes Martins	171	163	173	135	113	136	112	26	1029
Total	522	397	463	281	142	136	112	26	2079

Fonte : Pesquisa Direta.

A população escolar encontra-se distribuída nos estabelecimentos, conforme nos mostram as tabelas 22 e 23.

De acordo com o Censo Demográfico de 1970, a porcentagem de analfabetos na população é de 30,69%. É um número relativamente alto e que acreditamos estar diminuindo devido aos trabalhos contínuos do Movimento Brasileiro de Alfabetização e do Serviço de Educação Supletiva (1º grau).

- O MOBREAL desenvolve uma programação a partir de 1971, cuja evolução é apresentada na seguinte tabela:

TABELA 24 - Programação desenvolvida pelo Mobral, segundo o nº de classes, professores e alunos. Martinópolis. 1971-74.

ANO	PROGRAMA	Nº CLASSES	Nº PROF.	Nº ALUNOS
1971	Alfabetização Funcional	23	23	636
1972	Alfabetização Funcional	18	18	500
1973	Alfabetização	14	14	350
	Desenvolvimento Comunitário	5	5	180
	Educação Integrada	5	5	120
1974	Alfabetização	10	10	250
	Educ. Integrada	2	2	50
TOTAL	-	77	77	2086

FONTE: Coordenadoria do MOBREAL - SP - 1974 -

- O Serviço de Educação Supletiva (1º grau) conta com várias unidades em funcionamento, inclusive 7 radio-postos do Pro

jecto Minerva, funcionam duas horas e 30 minutos por dia, em níveis I e II. De 1970 até hoje foi apresentado o seguinte movimento:

TABELA 25 - Educação Supletiva - Número de escolas e número de alunos segundo o sexo. Martinópolis - 1970 a 1973.

anos	nº alunos por sexo		M	F	TOTAL
	nº escolas				
1970	15		35	28	63
1971	23		112	102	214
1972	23		64	64	128
1973	25		95	86	181
TOTAL	85		306	280	586

FONTE: DEB de Rancharia : 1974

6.1.2. Para melhor conhecimento da realidade educacional de Martinópolis aplicamos formulários nos estabelecimentos de ensino da zona urbana e nas escolas da zona rural que se encontravam nos núcleos sorteados para amostragem.

Paralelamente realizamos entrevistas com a Educadora de Saúde da 10ª Divisão Regional de Educação, com a Orientadora de Saúde do Serviço de Orientação Pedagógica (SEROP), da DEB de Rancharia e com os diretores e professores dos estabelecimentos de ensino visitados. A partir dos dados obtidos pudemos constatar o seguinte:

6.1.2.1. Aspectos Físicos

Zona Urbana - Os estabelecimentos de ensino são na sua totalidade construídos em alvenaria com revestimento, situados em locais calmos e de fácil acesso. Apresentam de modo geral - boa higiene e conservação com algumas exceções: o prédio onde funcionam o Gesc. Alberto Santos Dumont e o Ginásio Estadual de Martinópolis tem instalações sanitárias precaríssimas sendo usadas por adultos e crianças; o C.E.N.E. Cel. Gomes Martins funciona em dois prédios, provisoriamente, sendo um deles (Salão Paroquial) totalmente inadequado: há goteiras, instalações sanitárias não adaptadas para uso dos alunos, ausência de bebedouros e condições higiênicas deficientes.

- Em relação aos estabelecimentos de ensino da zona rural: Das cinco escolas visitadas quatro funcionam em prédio cuja construção é de alvenaria com revestimento e uma delas em madeira. Todos apresentam de modo geral boa higiene e conservação, instalações sanitárias suficientes, com exceção das "Escolas Agrupadas de Vila Santa Luzia" que possuem uma única privada para 124 alunos, impossibilitando separação por idade e sexo.

6.1.2.2. Merenda Escolar

Todas as escolas da zona urbana e as agrupadas da zona rural recebem normalmente a merenda escolar da Seção de Nutrição do Serviço de Saúde Escolar do Estado, cuja distribuição fica a cargo da Prefeitura. Além disso, várias instituições colaboraram com o programa, Prefeitura Municipal, Associações de Pais e Mes-tres, Caixa Escolar e as famílias das crianças. As escolas isoladas recebem apenas a contribuição da Prefeitura.

A maioria das escolas possui cozinha onde é preparada a merenda em adequadas condições higiênicas, com exceção -

das escolas isoladas que não a possuem.

As merendeiras, em geral, possuem o 1º grau incompleto e não recebem treinamento específico algum, sendo supervisionadas pelas diretoras dos respectivos estabelecimentos. Pudemos constatar que as condições higiênicas de cada uma delas estão dentro do padrão desejado.

O cardápio varia de acordo com os ingredientes à disposição (vide exemplo de cardápio, em anexo).

Todos os alunos recebem a merenda, geralmente no galpão, em pé, onde os padrões de higiene nem sempre podem ser respeitados.

Na opinião de um grande número de professores, a merenda escolar ainda é um motivo muito forte para a frequência às aulas.

6.1.2.3. Assistência à Saúde do Escolar:

Desde 1970 vem sendo feita sistematicamente através de companhias assistenciais a vacinação anti-tetânica e anti-variólica vide as tabelas em anexo. Também desde essa data vêm sendo feitas as campanhas anuais de oftalmologia sanitária e prevenção da verminose.

Em 1973 foi feita campanha contra Pediculose e Escabiose e a partir de 1974 iniciou-se uma campanha sobre Nutrição e Saúde.

O Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar - (POSE) vem sendo desenvolvido em todas as escolas e os alunos com problemas visuais têm sido encaminhados às consultas com oftalmologistas do Estado em Presidente Prudente, levados por condução cedida pela Prefeitura de Martinópolis. Neste ano vários alunos já foram atendidos pelo POSE conforme demonstra a tabela a seguir:

TABELA 26 - Crianças de 1ª série (1º grau) portadoras de distúrbios visuais atendidos pelo P.O.S.E., segundo os estabelecimentos - Martinópolis - 1974.

ALUNOS ESTABELECIMENTOS	TOTAL DE 1ª. SÉRIE	ATENDIDOS	%
Esc. Alberto S. Dumont	200	5	2,50
Esc. P. Adelaide C.M. Bastos	157	5	3,18
Curso Pr. anexo ao C.E.N.E.	35	2	5,71
Esc. Agr. de Vila Escócia	62	8	12,90
Esc. Agr. do Teçaindá	54	4	7,40
Esc. Agr. de V.S. Luzia	49	5	10,20
Esc. Agrupadas de V. Martins	38	4	10,52
Escolas Isoladas	471	34	7,22
TOTAL	1066	67	6,28

FONTE: Setor de Educação em Saúde Escolar - 10ª DRE. - Presidente Prudente - 1974

Além dessa assistência planejada, as escolas-assistem os problemas de saúde surgidos no estabelecimento através da prestação de socorros de urgência tendo para isso uma mini-farmácia montada em cada uma delas. Em alguns casos é chamado um familiar e a criança é encaminhada imediatamente ao Centro de Saúde ou ao Hospital.

Problemas sentidos em relação a essas campanhas assistenciais:

- citados pelos professores e diretores:

- a não participação da comunidade, ou seja, apenas o escolar é assistido, principalmente na zona rural onde as condições de localização dificultam a obtenção dos objetos da escola, tanto assistenciais quanto educativos;
- falta de apoio logístico em termos de transporte, medicamentos, etc;
- falta de orientação aos professores em relação à observação dos alunos para percepção de sinais e sintomas relativos às doenças mais comuns no escolar;
- falta de orientação em como prestar os primeiros socorros.

- citados pela enfermeira da DRS-10:

- impossibilidade dos professores das escolas isoladas colaborarem melhor nos programas de vacinação pois não possuem ao menos um armário onde possam arquivar as fichas e listas solicitadas pelo pessoal de Saúde onde constem exatamente as vacinas recebidas pelos escolares;
- falta também preparo psicológico dos escolares para aceitação das vacinas.

6.1.2.4. Problemas de saúde dos alunos:

Foram mencionados pelos professores como principais problemas de saúde, por ordem de frequência:

- desnutrição e verminose;
- cefaléias, vertigens e náuseas;
- conjuntivite e cárie dental;
- escabiose e pediculose;
- amidalite;
- distúrbios graves visuais e convulsões.

Acreditam os professores que alguns desses problemas, mais frequentes têm acarretado às crianças dificuldade no aprendizado.

Segundo eles, também houve em 1972 um surto de meningite-entre os escolares.

6.1.2.5. Educação em Saúde na Escola:

O programa de saúde tem sido desenvolvido baseado no Programa de Ensino Oficial e diluído nas atividades escolares. Os professores-relatam dificuldade na aplicação do programa, pois não conseguem atingir - seus objetivos, que se resumem na mudança de comportamento dos alunos e a introdução de hábitos adequados de saúde nas famílias.

Reconhecem como principais causas dessa dificuldade:

- ausência de uma orientação direta que superaria as de-/ficiências de cada um deles, dando os requisitos técnicos básicos para a aplicação do Programa;
- escassez de recursos materiais para a motivação dos escolares, principalmente os de condição sócio-econômica baixa;
- falta de cooperação dos serviços de saúde da comunidade, no sentido de atingir as famílias dos alunos.

A educação em saúde também se manifesta por ocasião das - campanhas assistenciais, quando se realizam campanhas educativas orientadas-pelo SEROP, através da Orientadora de Saúde. Esta, durante o ano letivo de 1973 realizou reuniões mensais com as professoras para o estudo do programa - de saúde e palestras sobre os seguintes temas:

- Prontidão para a alfabetização.
- Saúde do Escolar
- Higiene Corporal
- Higiene Alimentar
- Higiene Dentária
- Higiene ocular

Foi realizado ainda este ano um curso para os professores do DEB de Rancharia, naquela localidade sobre: " Vitaminas - Oxidação e Preparo", com duração de 30 horas.

O programa educativo atualmente em desenvolvimento - versa sobre meningite meningocócica e é controlado pela educadora de saúde escolar da 10ª DRE. através de uma ficha onde os diretores dos estabelecimentos devem assinalar o número de atividades educativas desenvolvidas e o número de participantes nas palestras, reuniões e orientações individuais.

Pelo que pudemos observar a saúde nas escolas não é - valorizada por si só, isto é, como um fator positivo, mas sempre estudada em função de doenças, fator negativo para as crianças. Por outro lado, as escolas não podem educar em saúde se não fornecerem um ambiente físico e emocional favorável ao desenvolvimento de atitudes positivas em relação à saúde.

6.1.2.6. - Educação em Saúde na Comunidade:

Foi medida através das respostas dadas às perguntas - do formulário geral que versavam sobre conhecimentos necessários na prevenção de determinadas doenças mais comuns, atitudes da família frente à higiene da moradia e pessoal e à procura dos serviços de saúde.

Das 298 famílias entrevistadas 12,8% disseram nunca - ter diarreia e as restantes adotam as seguintes : atitudes:

Apenas 6,04% procuram o Centro de Saúde e 14,76% procuram o médico. A maioria 37%, procura o farmacêutico. O restante 24% adota atitudes particulares como chás, ervas, purgantes e leite de bismuto. Em relação ao grau de escolaridade, pudemos observar que as atitudes negativas em relação à diarreia estão concentradas naquela família de grau de escolaridade 1.

Quanto ao tempo de amamentação do último filho obtivemos o seguinte em relação às mães encontradas:

29% amamentou mais de 9 meses
 19,12% amamentou de 3 a 9 meses
 16% amamentou de 1 a 3 meses
 16% não amamentou

Neste caso ocorre o inverso do anterior e vamos encontrar atitudes positivas na família de grau de escolaridade inferior. As causas podem ser de base cultural (estética) como econômicas (dificuldade em adquirir leite).

Em relação ao acondicionamento do lixo familiar foram desastrosos os resultados:

50% joga o lixo em terreno baldio para mais tarde - queimar, ou usar como adubo (zona rural) ou jogam diretamente na rua (zona urbana-principalmente na Vila Alegrete).

Apenas 35% usa lata e sem tampa. Outros 12% caixa de madeira e somente 6% usa lata com tampa.

Nestas condições o lixo se amontoa dentro ou fora da casa, propiciando criação de insetos, roedores e ambiente poluído, além do mal cheiro produzido.

- A unidade sanitária local não é procurada por 53,69% da família e os motivos por ordem de frequência são: não necessidade, mau atendimento, preferiu o médico particular, distância, desconhecimento do Serviço e outros.

Pudemos observar que a frequência é maior parte de mães e filhos família de menor grau de escolaridade; é evidente que o fator econômico está influenciando. Quando procurado, o Centro de Saúde apenas assiste o mínimo necessário, não realizando sua missão educativa. Além disso a população da zona rural fica a descoberto, sem as mínimas orientações de educação sanitária.

-Quanto a higiene materna pudemos verificar que 50% das gestantes não procuram o menos seguimento médico durante a gravidez e 10% só procuram quando há complicação.

O local do parto foi em 57,38% dos casos realizado em casa com a assistência de "curiosa" (parteira não diplomada) e apenas 35% no hospital.

Ainda aqui se faz sentir a ausência do Centro de Saúde - como entidade educativa a curto prazo e a escola a longo prazo.

6.1.2.7. Relação lar - escola - comunidade:

Foi analisada através das entrevistas nas escolas e das respostas dadas às perguntas específicas no formulário geral.

De uma maneira geral a relação lar - escola pode ser observada como positiva e os pais em 66% alega não haver problema na escola.

O restante opina em 13,17% na melhora das condições de prédio e das relação com o lar e 11,62% acha que a merenda deveria ser melhor.

Nos estabelecimentos onde há Associação de Pais e Mes- tres o relacionamento é bem mais acentuado.

Na zona rural o comparecimento dos pais a escola é muito raro, a não ser em casos urgentes e eles são intimados a comparecer; em relação a esse aspecto as professoras relatam como principais causas: a distância da escola, o horário de trabalho dos pais coincidindo com o horário das reuniões e falta de motivação. No geral 50% dos pais comparece sempre, 30% às vezes, 15% alegou falta de tempo e 5% nunca vai porque acha que não resolve problemas.

A relação escola - comunidade é muito falha, de um lado pela dificuldade relatada de alcançar a família e de outro pela falta de coordenação entre a escola e os outros serviços da comunidade principalmente em relação à saúde.

6.1.3. Sugestões

1. Que a Orientadora de Saúde do SEROP de Rancharia treine os professores das zonas urbana e rural, habilitando-os para desenvolverem o conteúdo de educação em saúde do programa geral, para aproveitarem as reuniões com os pais e nelas executarem o mesmo programa educativo.

2. Providenciar treinamento específico para as merendeiras

3. Que os professores em geral incluindo as dos Parques Infantis fossem orientadas quanto a:

- sinais e sintomas das doenças mais comuns.
- socorros de urgência.
- como desenvolver hábitos higiênicos em condições precárias de água, espaço, luz, esgoto, etc.
- utilização do quintal como horta.

4. Para maior entrosamento entre unidade sanitária e escolas, sugerimos que cada escola designe um representante do corpo docente ou da Associação de Pais e Mestres cuja função seria a ligação entre as duas entidades.

Esses representantes poderiam formar uma espécie de Conselho de Saúde da Comunidade. A forma como esse entrosamento pode ser feito seria discutido entre todos os representantes.

O fundamental é que haja continuidade.

5. Reformar as instalações sanitárias e pátio do Gesc. Alberto Santos Dumont.

6. Providenciar bebedouros adequados, com água tratada ou filtrada para a maioria das escolas.

7. Acelerar a reforma do prédio do C.E.N.E. Cel. João Gomes Martins para que os alunos tenham melhores condições sanitárias no ambiente físico escolar.

6.2 . Análise da situação de saúde

6.2.1. Níveis de saúde

Para se fazer o diagnóstico do nível de saúde de uma população utiliza-se os dados dos registros de natalidade, mortalidade e morbidade, muito embora não expressem em termos absolutos e relativos a realidade, devido às grandes falhas de notificação e registros oficiais.

As fontes utilizadas para o cálculo dos dados referentes à esta primeira parte, foram as seguintes:

- Mapas demográficos sanitários do Município de Martinópolis e para a correção da evasão de óbitos, os de Presidente Prudente e Rancharia.
- Registro Civil
- Divisão de Estatística Demográfica do D.E.E., para a correção dos dados de nascidos vivos
- Censos demográficos do IBGE para dados globais de população e a intercensitária, que foi estimada pelo processo aritmético.
- Registro das doenças de notificação compulsória do Centro de Saúde de Martinópolis.
- DRS-10 (Presidente Prudente) sobre morbidade.
- Relatórios estatísticos anuais das atividades da Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis.

6.2.2. Indicadores de mortalidade

6.2.2.1. Mortalidade geral

Para a determinação deste coeficiente fez-se a correção parcial da evasão de óbitos para as cidades de Presidente Prudente e Rancharia.

GRÁFICO 2: COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL NO MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS
DE 1966 A 1973



FONTE: IBGE - MAPAS DEMÓGRAFOS SANITÁRIOS E REGISTRO CIVIL DO
MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS

TABELA 27 - Coeficientes de mortalidade geral (por 1.000 habitantes)
do Município de Martinópolis - 1966-1973.

ANO	COEFICIENTE CORRIGIDO	SEM CORREÇÃO
1966	7,34	7,14
1967	6,68	6,39
1968	4,57	4,31
1969	6,08	5,86
1970	5,89	5,59
1971	6,63	6,45
1972	5,91	5,51
1973	5,99	5,23

FONTE: Mapas Demografos Sanitários de Martinópolis, Presidente - Prudente e Rancharia. - IBGE.

Como as taxas encontradas são baixas, quando comparadas com o Estado (Grande São Paulo, 7,96% habitantes e São Paulo interior, em torno de 10,36% habitantes, em 1968) ou outros países mais desenvolvidos (E.U.A., 9,5% habitantes e Suécia, 10,4% habitantes, em 1969) julgamos que elas não traduzem a situação real. Por outro lado, os coeficientes de mortalidade geral de Martinópolis estão em concordância com os da região (DRS-10) que variaram de 3,95% a 8,34% habitantes em 1968.

Os fatores que possivelmente estão modificando esses coeficientes, seriam:

- evasão de óbitos, motivada pela procura de assistência médica - especializada ou atendimento pelo INPS (que não existe na cidade) em outra localidade, que só pôde ser corrigido parcialmente;
- movimento migratório da população e
- sub-registro de óbitos.
- natimortalidade

Como pode ser observado na Tabela 28, este coeficiente é semelhante a de outros países da América Latina (Guatemala, 29,2%. nascidos vivos e Chile 27,8%. nascidos vivos) e da própria Região (33,63%. nascidos vivos em 1968). Apesar disso é alto quando comparado com países desenvolvidos como a Holanda com 13% nascidos vivos em 1963. Julgamos ser possível que estas taxas tenham incluído óbitos de nascidos vivos que não foram registrados - como tais. Uma melhora desse registro acarretaria um aumento dos óbitos totais e conseqüentemente do coeficiente de mortalidade geral.

TABELA 28 - Coeficientes de natimortalidade (por 1.000 nascidos vivos) do Município de Martinópolis . 1966-1974 (*)

ANOS	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
COEFICIENTES	35,56	45,74	31,05	34,01	40,42	20,83	25,97	29,41	25,08

FONTE: Mapas demográficos sanitários de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

(*) até julho de 1974.

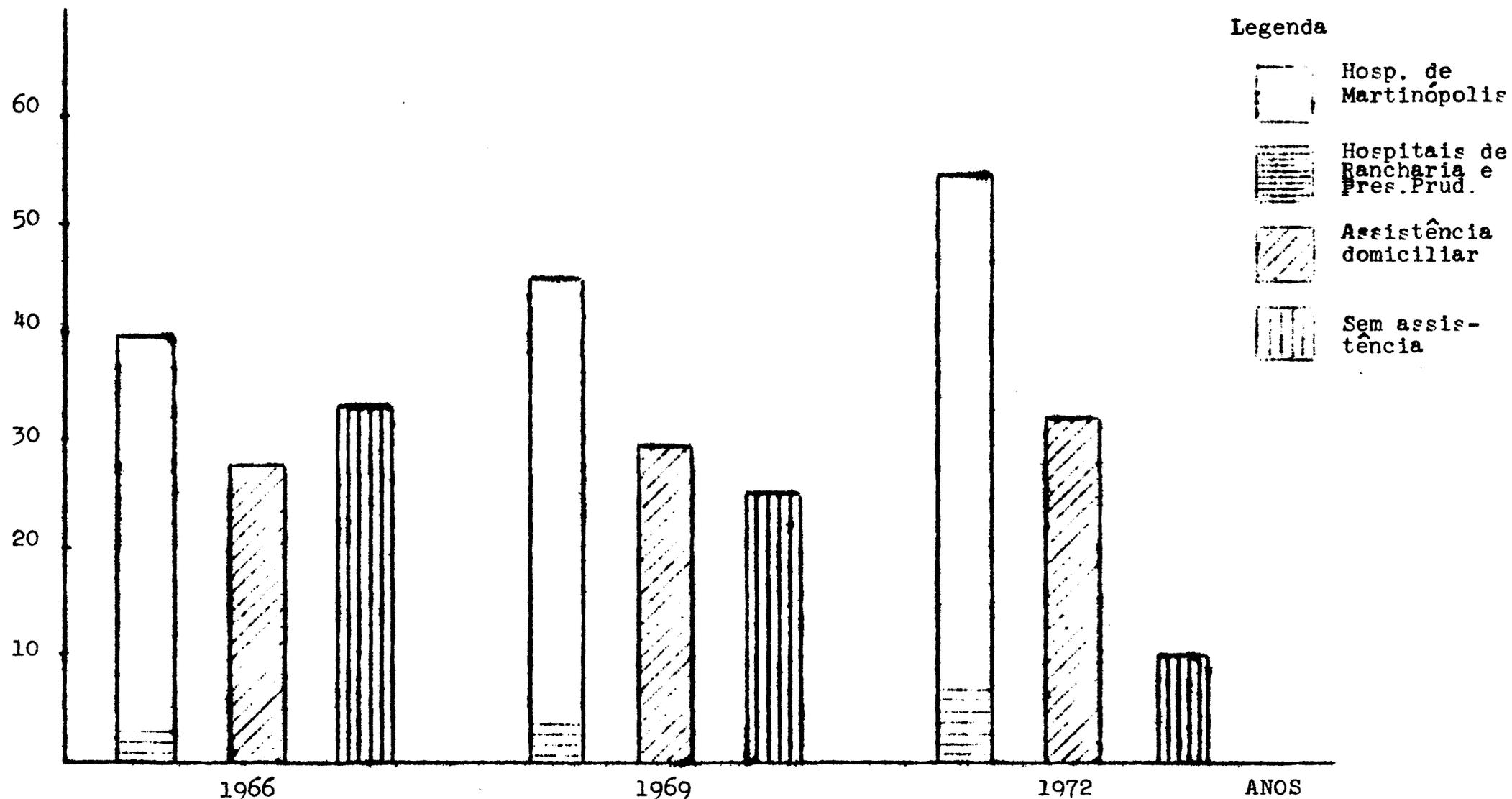
TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS SEGUNDO OCORRÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS. 1966-1974 (*)

Ano Ocorrência	1966 %	1967 %	1968 %	1969 %	1970 %	1971 %	1972 %	1973 %	1974 %
Hospitalar (Martinópolis)	36,50	41,88	33,30	41,55	58,08	44,37	48,12	36,09	47,19
Hospitalar (Pres.Prud.e Rancharia)	2,80	4,38	5,60	3,52	5,15	2,65	6,77	12,78	7,87
Domiciliar	27,53	35,62	46,30	29,58	11,03	38,41	32,33	36,84	34,83
Sem Assis- tência	33,15	28,12	14,80	25,35	25,74	14,57	12,78	14,29	10,11
T O T A L	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Mapas demógrafos sanitários do Município de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

(*) até julho de 1974.

GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DOS MUNICÍPIOS DE MARTINÓPOLIS SEGUNDO O TIPO DE ASSISTÊNCIA EM 1966, 1969 E 1972



FONTE: MAPAS DEMÓGRAFOS SANITÁRIOS DOS MUNICÍPIOS DE MARTINÓPOLIS.
PRES. PRUDENTE E RANCHARIA

Analisando a Tabela 29 e o Gráfico 3 verificamos que os óbitos "sem assistência" médica estão diminuindo devido a um aumento da procura dos serviços médico-hospitalares, cujas taxas de ocorrência vão de um modo geral, aumentando. Os óbitos "domiciliários" parecem permanecer sem alterações nos últimos quatro anos. Espera-se que a proporção de óbitos "domiciliários" e "sem assistência" diminua e os hospitalares aumentem a partir deste ano em decorrência do convênio realizado pelo hospital de Martinópolis com o FUNRURAL e num futuro próximo, também com o INPS. E provavelmente, em consequência destes convênios, também diminua a taxa de evasão.

Observamos dentro dos óbitos "sem assistência" que uma percentagem considerável deles procedem de Teçaindá, o mais populoso distrito do Município. E este um fato que deve ser levado em conta dentro da programação global de assistência médica à comunidade.

6.2.2.2. Mortalidade proporcional por grupo etário: Índice de Swaroop-Uemura.

TABELA 30 - Mortalidade proporcional por grupo etário. Município - de Martinópolis, 1966, 1969, 1972 e 1974 (*)

grupo etário \ ano	1966 %	1969 %	1972 %	1974 %
0 - 1	37	29	25	24
1 - 5	15	15	8	2
5 - 15	1	3	5	4
15 - 30	4	5	7	7
30 - 50	10	11	11	14
50 e +	30	38	45	49
TOTAL	100	100	100	100

FONTE: Mapas demográficos sanitários do município de Martinópolis, - Presidente Prudente e Rancharia (*) até julho de 1974.

Pela Tabela 30, verificamos que as taxas de mortalidade proporcional da faixa etária de 50 anos e mais (índice de Swaroop-Uemura) estão aumentando, traduzindo com isso uma provável melhora no nível de saúde. Sendo também evidenciado pelas taxas de mortalidade de 0 a 1 ano ou de 1 a 5 anos, que estão diminuindo nos últimos 8 anos. Por outro lado devemos considerar que o esvaziamento populacional que está ocorrendo em toda a regional de Presidente Prudente, de uma forma mais acentuada na última década e que diz respeito à faixa etária mais produtiva (20 a 40 anos), acarreta um decréscimo na taxa de natalidade e dos óbitos nesse grupo, bem como uma diminuição da população infantil de 0 a 10 anos já que a migração é de caráter familiar. Em consequência, o grupo que permanece mais exposto a óbitos seria o de 50 e mais anos, elevando-se assim o índice de Swaroop-Uemura de uma forma mais aparente que real. E segundo a classificação dos países pelo Indicador de Mortalidade Proporcional, Martinópolis seria incluído no segundo grupo.

Esta classificação se baseia no seguinte critério: (10)

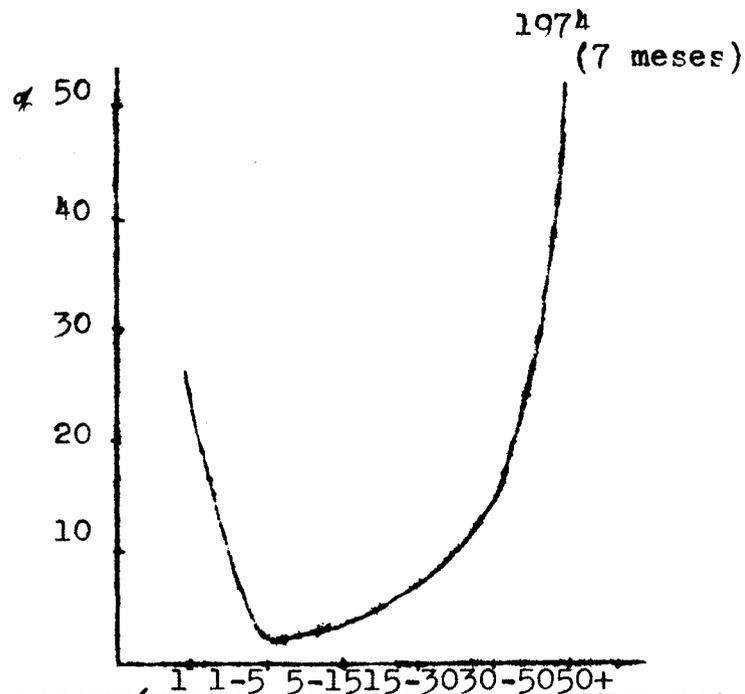
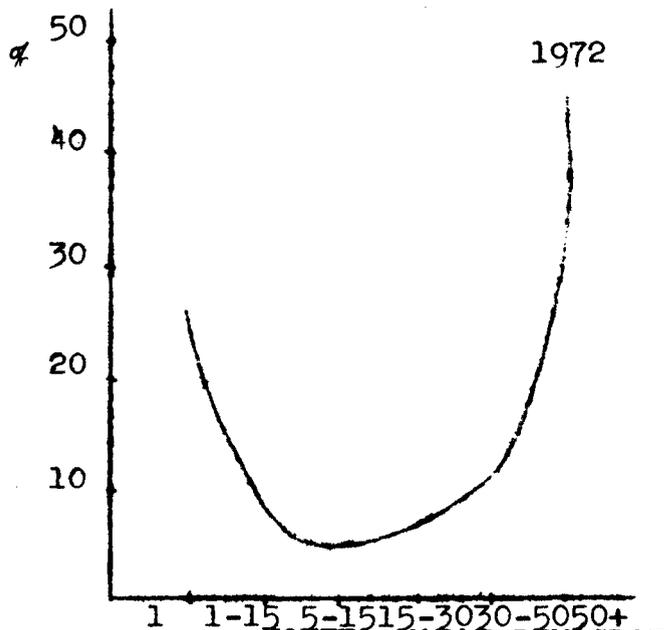
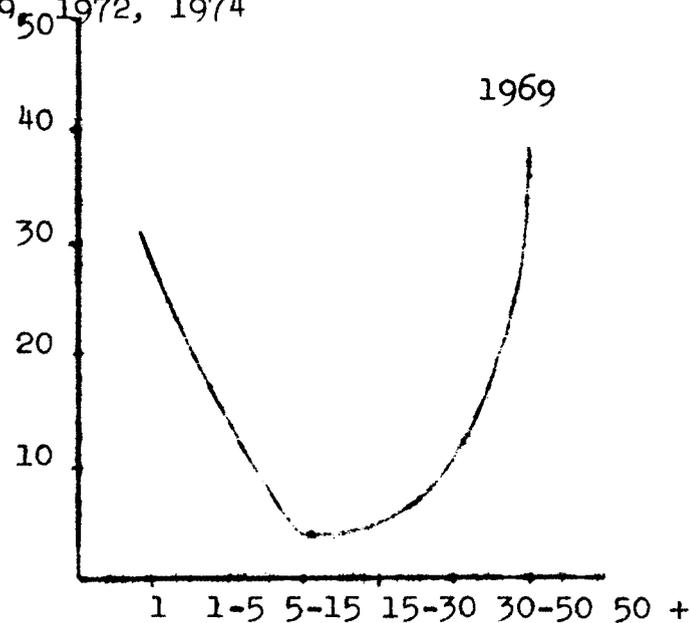
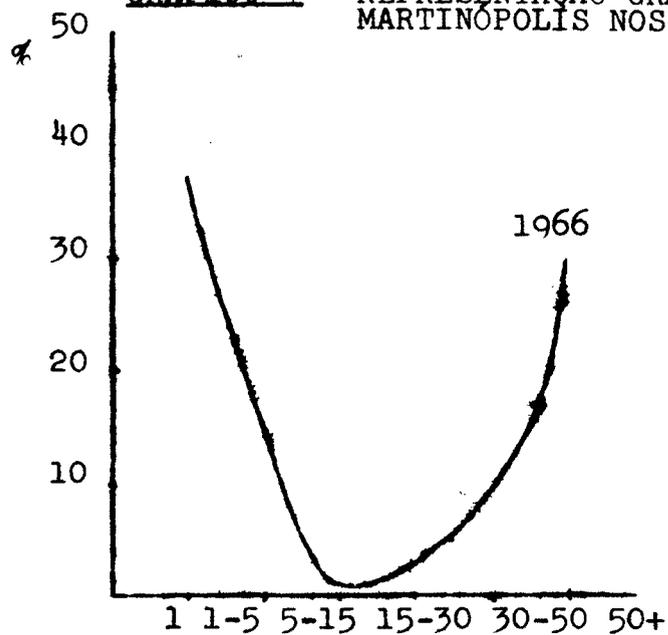
- 1º grupo - menos de 25%
- 2º grupo - 25 — 49%
- 3º grupo - 50 — 74%
- 4º grupo - 75% e mais

6.2.2.3. Curva de mortalidade proporcional

Segundo RAMOS(10) classifica-se em quatro tipos:

- Tipo I - nível de saúde muito baixo
- Tipo II - nível de saúde baixo
- Tipo III - nível de saúde regular
- Tipo IV - nível de saúde elevado

GRÁFICO 4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MORTALIDADE PROPORCIONAL NO MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS NOS ANOS DE 1966, 1969, 1972, 1974



FONTE: MAPAS DEMÓGRAFOS SANITÁRIOS DE MARTINÓPOLIS - PRES. PRUD. E RANCHARIA

O Gráfico 4 demonstra a evolução da curva nos anos de 1966, 1969, 1972 e 1974 (até julho) que passou do Tipo II para o Tipo III. Valem aqui as mesmas considerações feitas na análise da Tabela 30 - Mortalidade proporcional por grupo etário.

TABELA 31 - Coeficientes de mortalidade perinatal, neonatal, infantil tardia e infantil (por 1.000 nascidos vivos). Martinópolis, de 1966 a julho de 1974.

COEFICIENTES ANOS	INFANTIL	NEONATAL	INFANTIL TARDIA	PERINATAL
1966	90,29	39,67	50,62	56,09
1967	75,71	37,86	37,85	66,25
1968	37,27	24,85	12,42	51,24
1969	69,73	37,42	32,31	57,82
1970	70,30	42,18	28,12	66,78
1971	71,97	41,67	30,30	51,14
1972	69,96	32,47	36,80	45,45
1973	58,82*	33,94*	24,89*	54,30*
1974	75,27*	39,43*	35,84*	57,35*

FONTE: Mapas demográficos sanitários dos Municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

: Departamento Estadual de Estatística (Divisão de Estatística Demográfica).

(*) o número de nascidos vivos para 1973 e 1974 foi calculado - por estimativa.

6.2.2.4. Coeficiente de Mortalidade Infantil

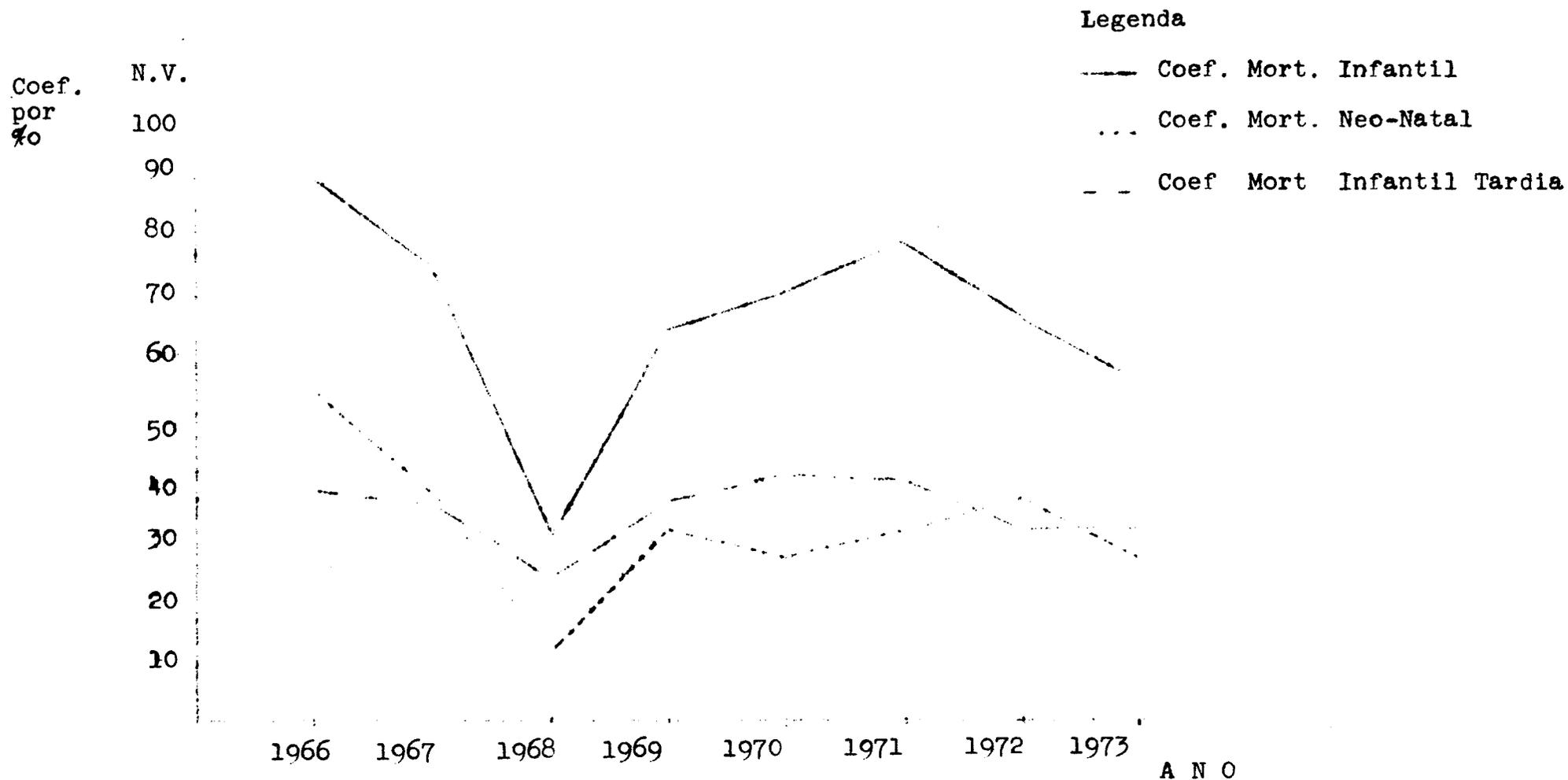
Os valores encontrados mostram-se relativamente baixos apesar de não diferirem dos valores da Regional de Presidente Prudente (61,92‰ nascidos vivos em 1968). Não dispomos de elementos para avaliar as oscilações da série histórica (Tabela 31 e - Gráfico 5). Estes coeficientes se modificariam pela correção dos seguintes fatores:

- sub-registro de óbitos,
- sub-registro de nascidos vivos e
- nascidos vivos que faleceram logo após o nascimento e são registrados como natimortos. (Tabela 28). Estes fatos justificam os coeficientes de natimortalidade e de mortalidade perinatal que no Município de Martinópolis se mantêm em níveis muito altos.

6.2.2.5. Coeficientes de mortalidade neonatal e infantil-tardia

Estes coeficientes, apesar de sofrerem pequenas variações anuais, mantiveram seus níveis praticamente inalterados desde 1966. O coeficiente de mortalidade neonatal traduz principalmente os óbitos devidos a malformações congênitas, traumatismos de parto, prematuridade e processos infecciosos, sendo as três últimas causas mais características dos países em desenvolvimento. - Analisando a Tabela 32, verificamos que 32% dos óbitos neonatais são devidos a infecções (entre elas consideramos o tétano neonatorum apesar de não ter sido registrado nenhum óbito por tal causa - nos dois últimos anos). A prematuridade representou 20% dos óbitos neste grupo, sendo que esta causa acha-se relacionada, entre outras, com a desnutrição materna e chama-nos a atenção a alta percentagem de óbitos sem assistência médica (27,05%):

GRÁFICO 5 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL GERAL, NEO-NATAL E INFANTIL TARDIA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS, DE 1966 A 1973



Fontes - Dados sobre Nascidos Vivos da Divisão de Est. Demográfica (D.E.E.-S.P.)
Mapas Demógrafos Sanitários

Todos esses fatores expressam a necessidade de instalação de um bom serviço de pré-natal, de ampliação e oferecimento de melhores condições de assistência ao parto.

Entre as causas de óbito nas crianças de 28 dias a um ano, destacam-se as infecções (61,16%) e os óbitos por gastroenterite passaram de 3,52% na faixa neonatal, para 33,8% na infantil - tardia, seguramente por associação com o fator desnutrição e com as más condições de saneamento básico.

TABELA 32 - Mortalidade proporcional por causa segundo os períodos - neonatal e infantil tardio. Município de Martinópolis, de 1970 a julho de 1974. (agrupados).

CAUSA \ PERIODO	NEONATAL (0 - 30 dias)	INF. TARDIA (30 dia -1 ano)	TOTAL
Sem assistência	27,05	22,53	25,00
Gastroenterite	3,52	33,80	17,30
Broncopneumonia	12,94	25,35	18,58
Prematuridade	20,00	1,40	11,53
Tétano umbilical	12,94	-	7,05
Atelectasia pulm.	10,58	2,81	7,05
outras	7,05	5,63	6,41
outras infecções	2,35	2,81	2,56
Doença hemolítica	2,35	1,40	1,92
c. mal definida	1,17	4,22	2,56
TOTAL	100%	100%	100%

FONTE : Mapas demográficos sanitários dos Municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

6.2.2.6. Coeficiente de Mortalidade Perinatal

Este indicador é composto pela natimortalidade e os óbitos de 0 a 7 dias.

TABELA 33 - Perdas fetais e perinatais do Município de Martinópolis, - de 1966 a julho de 1974.

ANOS PERD.FETAIS E PERINATAIS	ANOS								
	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Natimortos < 28 semanas	6	11	7	9	7	1	2	10	5
Natimortos > 28 semanas	26	29	20	20	23	11	12	13	7
Óbitos de 0 a 7 dias	15	13	13	14	15	16	9	11	9

FONTE: Mapas demográficos sanitários do município de Martinópolis, - Presidente Prudente e Rancharia.

TABELA 34 - Natimortalidade proporcional por causa no Município de Martinópolis, nos últimos 5 anos (1970 a julho de 1974)

CAUSAS	ÓBITOS	
	Nº	%
Sem assistência	37	40,65
Descolamento prévio de placenta	23	25,27
Toxemia gravídica	15	14,28
Outras	8	8,79
Procedência de cordão	4	4,39
Asfixia intrauterina	4	4,39
Placenta prévia	2	2,19
TOTAL	91	100,00

FONTE: Mapas demográficos sanitários dos Municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

TABELA 35 - Mortalidade Perinatal proporcional por causa no Município de Martinópolis, nos últimos 4 anos (1970 a julho de 1974).

CAUSAS	Nº	%
Sem assistência	17	28,33
Prematuridade	15	25,00
Atelectasia pulmonar	9	15,00
Broncopneumonia	6	10,00
Tétano neonatorum	4	6,66
Mal definidas	3	5,00
Gastroenterite	2	3,33
Trauma de parto	2	3,33
Outras	2	3,33
TOTAL	60	100,00

FONTE: Mapas demográficos sanitários dos Municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

Como já foi referido, este coeficiente mantém-se em níveis bastante elevados seja pelo componente de natimortalidade como pelos óbitos de 0 a 7 dias. Na tabela 34 podemos observar as causas de natimortalidade. A alta percentagem de natimortos sem assistência e o descolamento placentário estão indicando a necessidade de serviços médicos diretos, de assistência à gestante.

Atualmente a percentagem maior de gestantes estão sendo controladas no seu pré-natal pelos médicos particulares, clientela -

esta que provavelmente não é a que estaria sujeita a um "risco gravídico" maior, ficando a descoberto justamente as que apresentam condições para tal, devido à sua situação precária de vida.

6.2.2.7. Principais causas de morte

A mortalidade proporcional por causa, de cada ano nos permite avaliar a importância da doença em relação às outras e observar na série histórica e sua evolução.

A proporção maior de óbitos corresponde àqueles "sem assistência" já comentados anteriormente. Outra causa que queremos salientar, ainda que não seja das principais é o das doenças "mal definidas" que varia muito de um ano para outro. Nos anos de 1972, 1973 e 1974 (até julho) subiu de 3% para 6,76% e para 10,11% e isto indica que o preenchimento de atestados de óbitos deve ser melhor observado.

TABELA 36 - Mortalidade proporcional segundo principais causas de óbito. Município de Martinópolis, de 1966 a Julho de 1974.

CAUSAS	ANO									
	1966 (%)	1967 (%)	1968 (%)	1969 (%)	1970 (%)	1971 (%)	1972 (%)	1973 (%)	1974 (%)	
Cardio Vasculares degenerativas	16,29	23,13	20,37	23,24	25,00	25,17	33,08	26,32	22,47	
Respiratórias agudas	10,11	6,88	8,33	13,38	9,56	13,25	5,62	8,27	12,36	
Gastroenterites	3,93	5,00	4,93	3,52	2,94	6,62	7,52	5,26	4,49	
Tumores	5,62	5,63	12,96	7,75	8,09	6,62	9,77	4,51	11,24	
Acidentes, envenenamentos, violência	6,18	10,63	8,33	7,75	4,41	9,93	10,53	18,05	15,73	

FONTE: Mapas demográficos sanitários dos municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

TABELA 37 - Mortalidade proporcional segundo as doenças transmissíveis mais importantes. Município de Martinópolis, no período de 1966 a julho de 1974.

DOENÇAS	ANO	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tetano		3,37	4,38	-	2,82	4,41	3,31	0,75	0,75	0,75
Meningite		1,69	1,88	1,85	0,70	-	-	-	0,75	1,12
Tuberculose		1,69	1,25	1,85	0,70	-	-	-	-	-
Sarampo		1,12	-	-	-	0,74	-	-	1,50	-

FONTE: Mapas demógrafos sanitários dos municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia;

A percentagem de óbitos por doenças cardio-vasculares (Tabela 36 e Gráfico 7) e degenerativas se mantém em primeiro lugar na série histórica estudada. Um dos diagnósticos que mais chama a atenção é a hipertensão como causa básica de óbito e mereceria uma pesquisa mais aprofundada. Contrastando com as doenças cardio-vasculares próprias de áreas desenvolvidas se colocam as infecciosas, como as doenças respiratórias e a gastroenterocolite aguda. Esta doença, já referida anteriormente, necessita de programas de controle a longo prazo e não apenas campanhas com metas imediatistas. Devemos ter em conta que a gastroenterite geralmente não mata, a menos que as condições nutritivas da criança sejam muito deficientes. A broncopneumonia responde às mesmas observações.

Dos tumores malignos, na mulher incidem principalmente o cancer de mama e de colo e no homem o cancer de estômago, pulmão e outros.

Os acidentes e suicídios serão comentados mais adiante.

A mortalidade proporcional por doenças infecciosas notificáveis é atualmente pouco significativa como se pode observar na tabela 37. Difteria e coqueluche praticamente desapareceram após vacinação com a tríplice e também a poliomielite após a Sabin. O maior componente do tétano é do tétano neonatorum, pois desde 1966 de 30 casos, 22 são a ele atribuídos.

6.2.2.8. Mortalidade no grupo etário de 15 a 50 anos

Este grupo corresponde ao período mais produtivo no homem e é a época fértil da mulher. A distribuição dos óbitos por causa permite-nos avaliar a importância das mesmas e estabelecer algumas conclusões.

TABELA 38 - Óbitos por causa e sexo no grupo etário de 15 a 50 anos.

Município de Martinópolis. 1970 a julho de 1974.

CAUSAS	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
S/ Assistência	1	7	8
Hipertensão	4	7	11
Nefrite	3	1	4
Cirrose hepática	3	1	4
Acidente	45	6	51
Inf. de miocárdio	6	-	6
Ca. de colo e mama	-	3	3
Toxemia gravíd.	-	2	2
Hemorrg. uterina	-	1	1
Trabalho de parto	-	1	1
Parto operatório	-	1	1
Outros cânceres	5	-	5
Outras causas	19	6	25
TOTAL	86	36	122

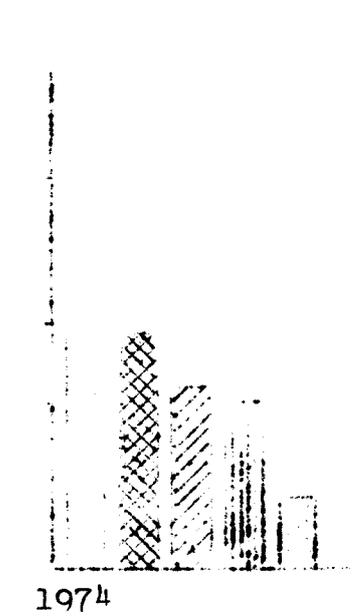
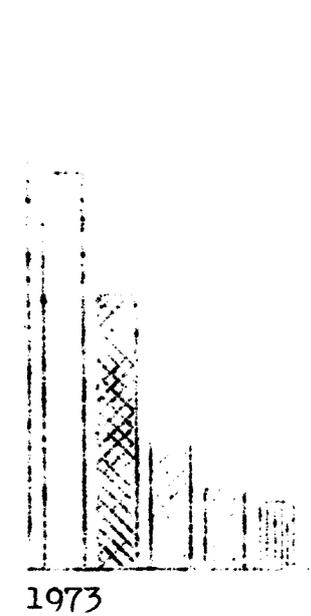
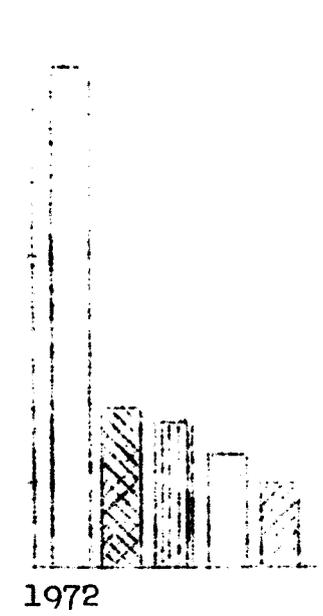
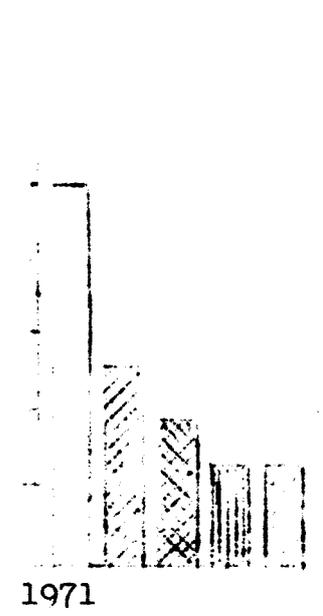
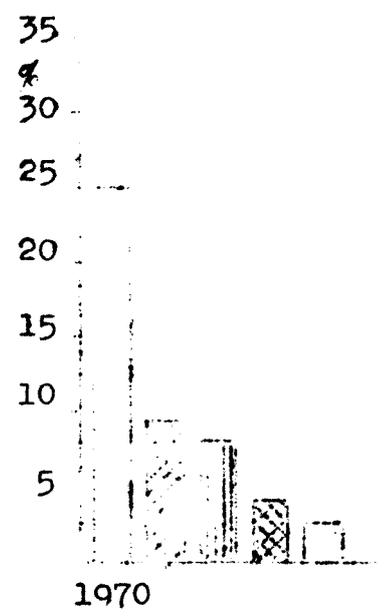
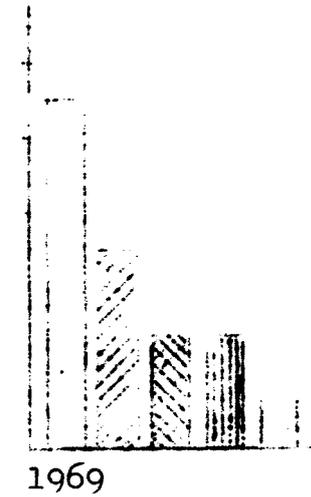
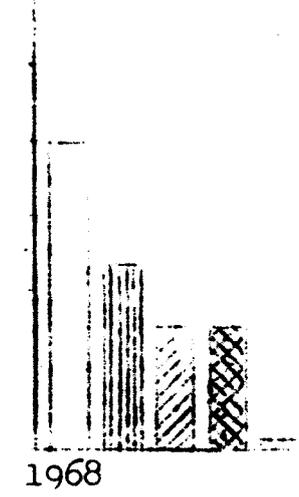
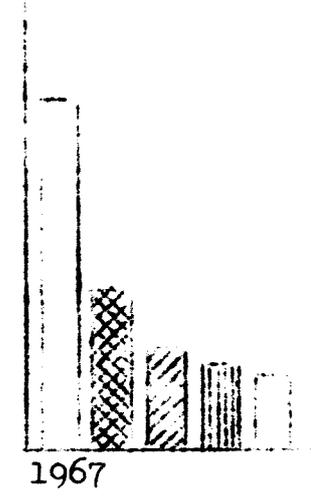
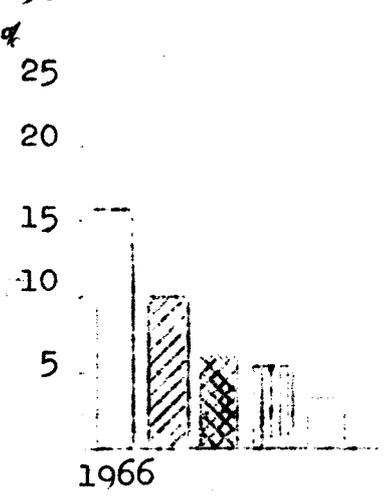
FONTE: Mapas demógrafos sanitários dos Municípios de Martinópolis,
Presidente Prudente e Rancharia.

79
 79
 30
 25
 20
 15
 10
 5
 1966 1967 1968 1969

GRÁFICO 7: Mortalidade proporcional segundo as principais causas de Morte do Município de Martinópolis 1966 - 1974

Legenda

-  D. Cardiovasculares
-  D. Respiratórias Agudas
-  Acid. Enven. Violência
-  Tumores
-  Gastroenterites



Entre "outras causas" estão incluídos suicídios e homicídios, leucemia, um caso de esquistosomose, broncopneumonia e gastroenterite, dois casos de insuficiência cardíaca e outras 1 soladas.

A alta taxa de óbitos masculino por acidente me receu nossa atenção. Analisando-a pudemos constatar uma elevada - proporção de afogamentos além de alguns traumatismos cranioencefálicos por acidentes de tráfego. É a primeira uma variável que de ve ser controlada através da identificação dos locais onde ocorre, principalmente a represa e a disposição de um serviço adequado de vigilância (gráfico 6) .

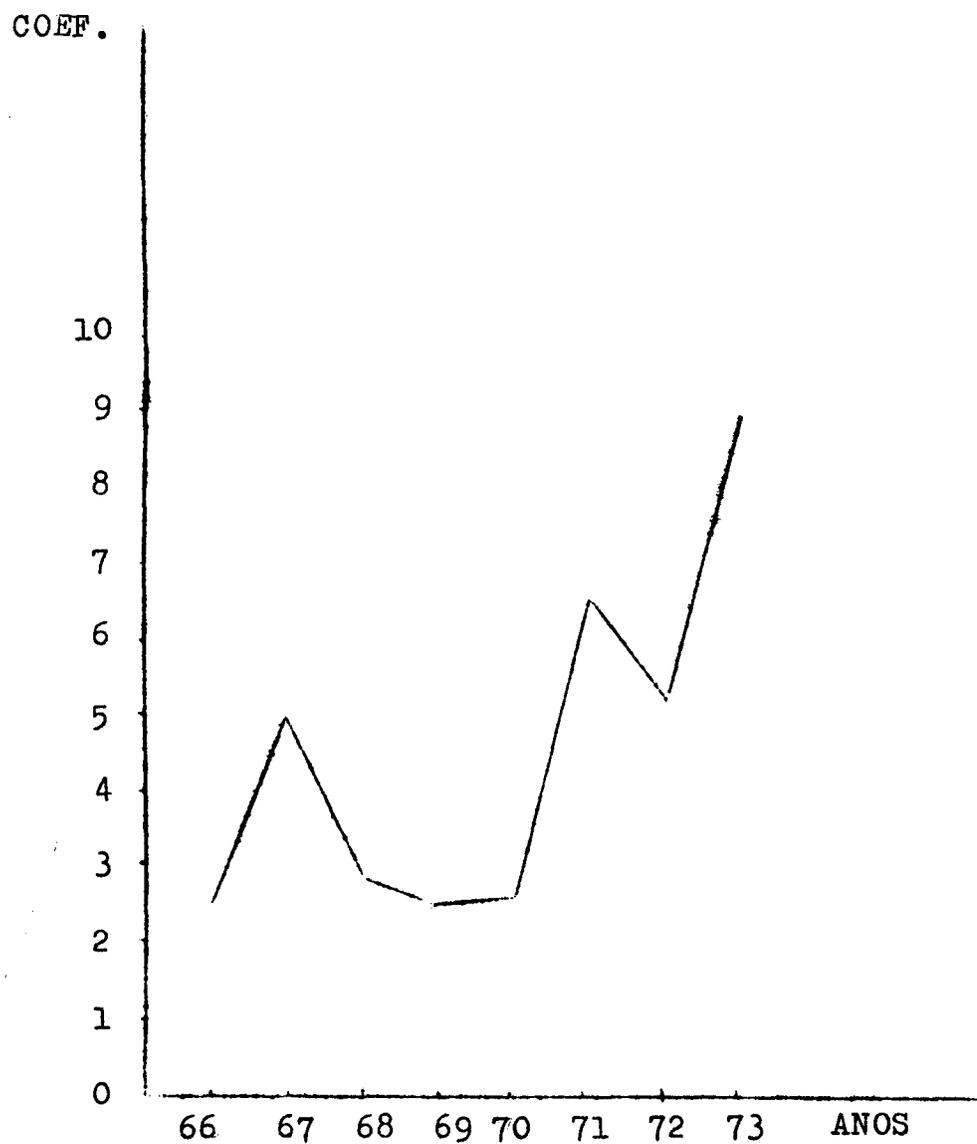
Dentre os óbitos femininos destacam-se os sem as sistência, devidos à hipertensão e aqueles próprios da mulher. - Através destes se traduzem os fatores de risco que incidem nesta - idade. É uma mortalidade ~~bastante~~ alta que exige dos serviços de saúde um atendimento de prioridade, não apenas de assistência dire ta mas também de um programa de pré-natal, onde o fator clínico de "risco gravídico" pode ser controlado. Assim a toxemia gravídica como causa de óbito expressa ausência ou deficiência de pré-natal e já a hemorragia uterina indica falha no seu atendimento imediato . Isto é também extensível aos óbitos por trabalho de parto e parto-operatório

O coeficiente de mortalidade materna mantém-se - oscilando entre 2,9% nascidos vivos, que é uma cifra altíssima se comparada com São Paulo (município) que é de 0,89% nascidos vivos.

6.2.3. Assistência ao parto

O atendimento ao parto constitui-se em uma das á reas do setor saúde mais desatendidas, o que se pode deduzir dos - dados colhidos no único hospital do município, sobre nascidos vi- / vos e natimortos. Para estabelecer a proporção de partos hospita- lares sobre partos domiciliários, diminuímos aquela cifra do núme-

GRÁFICO 6 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR ACIDENTE (POR 10.000 HABITANTES) NO MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS. 1966-1973.



FONTE: Mapas Demográficos Sanitários do Município de Martinópolis

ro total de nascidos vivos (corrigido) mais os natimortos globais. Os dados resultantes não serão exatos pelo fato de não termos podido corrigir o sub-registro de nascimentos.

TABELA 39 - Distribuição de nascimentos segundo local de ocorrência. Município de Martinópolis. 1970-1973.

ANOS	LOCAL		HOSPITAL		DOMICILIO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1970	171	28,54	428	71,45	599		100	
1971	162	30,00	378	70,00	540		100	
1972	171	35,92	305	64,08	476		100	
1973	193	41,50	272	58,50	465		100	
TOTAL	697	33,50	1383	66,49	2080		100	

FONTE: Divisão demográfica do D.E.E.

- Relatório estatístico anual do Hospital de Martinópolis.
- Mapas demógrafos sanitários dos Municípios de Martinópolis, Presidente Prudente e Rancharia.

6.2.3.1. Partos domiciliários

Este evento constitui 58,50% de todos os partos no ano de 1973. Observando retrospectivamente até o ano de 1970, comprovamos como afortunadamente os mesmos ^{vão} diminuindo. Eles constituem um problema grave e consideramos que é uma das causas mais importantes de mortalidade perinatal no Município de Martinópolis. Fazendo uma estimativa através dos formulários aplicados, observamos que os partos domiciliários são assistidos em 88% dos casos por curiosas, 8,5% por "parteiras" e 3,4% por médicos.

6.2.3.2. Partos hospitalares

Estes constituem uma percentagem muito pequena do total dos partos do Município. No hospital de Martinópolis constatamos, nos anos de 1970 a 1973, uma média de 173 partos anuais, dos quais 32,37% por cesárea. Supondo que a internação por parto normal seja de 3 dias e devida à cesarianas, de 5 dias como média, podemos calcular a ocupação média por dia de leitos de obstetrícia em 1,68 leito/dia/ano. Esta proporção é mínima, sendo que o hospital teria a nosso ver, capacidade para assistir a todas as mães do município, com 7 leitos dedicados à maternidade e estimando uma média de 4 dias de internação, poderia se atender umas 540 parturientes por ano. Pensamos que os serviços de saúde devem estimular esta prática e também estudar nas fazendas mais distantes a possibilidade de treinamento das curiosas.

Assim como a proporção de partos hospitalares vai aumentando em relação aos domiciliários, também as cesáreas vão passando de 26,51% dos partos hospitalares em 1971 a 33,33% em 1972 e 30,94 em 1973. Ao compararmos esses dados com a proporção média observada em clínicas universitárias, de 8 a 13%, notamos uma diferença que chama a atenção. Suas causas não foram determinadas, mas através dos

dados fornecidos no ítem referente ao hospital podemos comprovar como elas são praticadas mais em pensionistas, e nele serão discriminadas.

6.2.4. Morbidade

6.2.4.1. Doenças transmissíveis

A partir do ano de 1969 observa-se uma regressão notória das doenças transmissíveis de notificação compulsória no Município de Martinópolis. Assim, depois de 1967, último ano em que foram verificados 6 casos de varíola, nenhum outro caso dessa moléstia foi constatado. Casos de sarampo foram verificados de 1963 a 1969, com uma incidência a de 10 casos neste último e reaparição em 1973, com 4 casos.

A poliomielite apresentou uma alta incidência em 1961 com um total de 19 casos, tendo apresentado um decréscimo nos anos subsequentes e não se tendo registrado novos doentes - de 1966 a 1968. A introdução da vacina Sabin deve ter sido a responsável pelo controle dessa moléstia que nos últimos anos apresentou - um declínio, conforme Tabela 40.

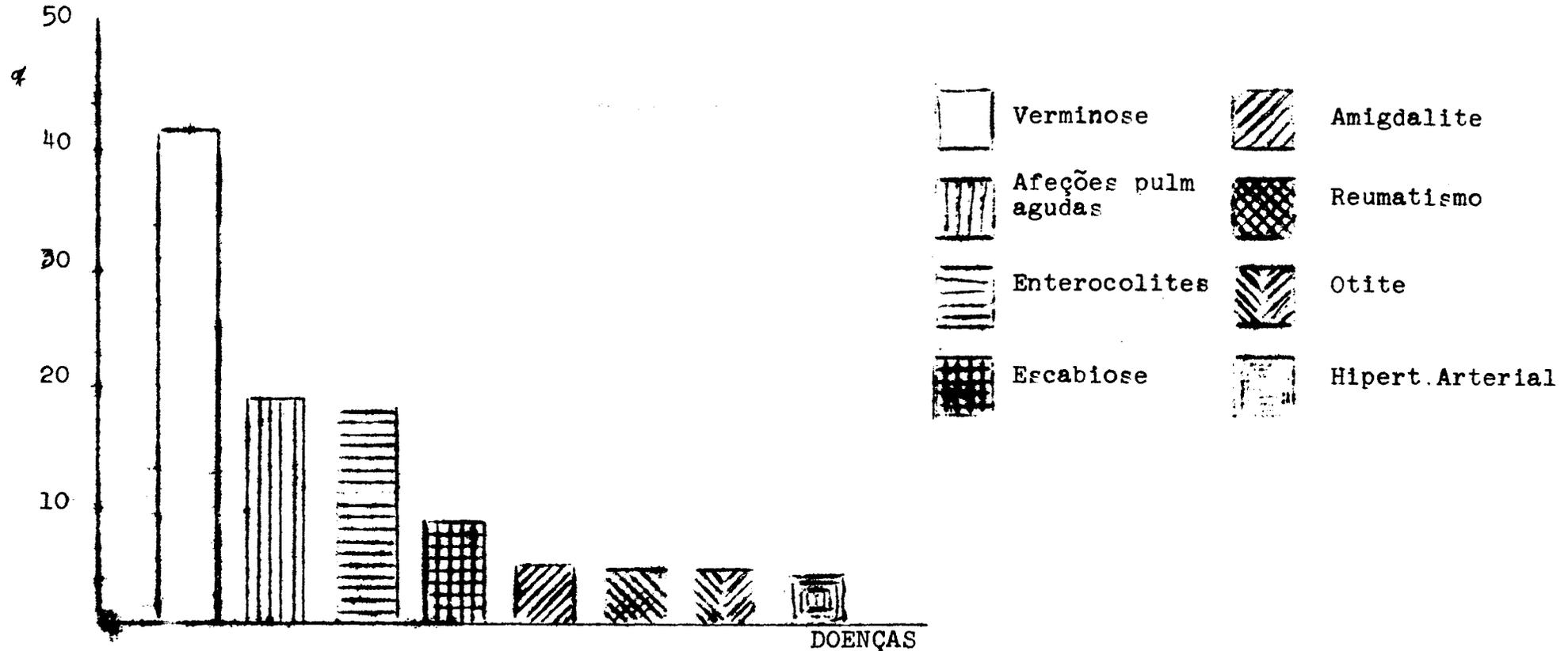
A difteria, a coqueluche e o tétano praticamente desapareceram sob a ação da vacina tríplice. O tétano neonatorum que representava o maior componente dessa moléstia com 80% - do total, também vem diminuindo a ponto de não se ter registrado nenhum caso em 1973 e nem no primeiro semestre de 1974. Este estado - poderia ser mantido através de um programa de pré-natal, com vacinação antitetânica sistemática, e de assistência ao parto e cuidados - com o recém-nascido que desse cobertura ao maior número de gestantes possível.

A hepatite infecciosa, a febre reumática e outras doenças infecciosas de notificação têm uma incidência relativamente constante de ano para ano, segundo informações dos médicos

TABELA 40 - Doenças de Notificação Compulsória no Município de Martinópolis de 1966 a 1974.

ANO \ DOENÇAS	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
-Alastrin	-	6	-	-	-	-	-	-	-
-Difteria	13	7	4	2	1	4	4	-	-
-Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-Esquistossomose	-	-	1	-	-	2	6	8	-
-Febre Tifóide	1	-	-	-	-	-	-	-	-
-Febre paratifoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-Gripe	-	-	-	-	-	-	-	19	-
-Hepatite infecciosa	-	4	17	3	14	4	18	3	5
-Hanseníase	-	-	1	-	-	-	-	-	-
-Leishmaniose	-	1	-	-	-	-	-	-	-
-Meningite	2	1	-	-	-	-	20	13	7
-Meningo-encefalite	2	3	1	4	-	-	-	-	-
-Parotidite	-	1	-	-	-	-	-	-	-
-Poliomielite	-	-	-	1	-	2	-	2	1
-Raiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-Rubéola	-	-	6	-	-	-	-	-	-
-Sarampo	-	-	-	10	-	-	-	4	-
-Sífilis	-	-	-	-	-	-	-	1	-
-Tétano	1	2	-	1	-	-	3	2	-
-Tétano umbilical	4	3	-	1	4	4	3	-	-
-Tuberculose pulmonar	2	1	-	-	-	-	1	9	5
-Varicela	1	10	3	1	-	-	-	-	-
-Varíola	-	6	-	-	-	-	-	-	-

GRAFICO 8 - DOENÇAS QUE MAIS OCORRERAM NO MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS EM 1973



Fonte: Boletins de Consulta

Seção de Epidemiologia e Estatística da DRS - 10

de Martinópolis, mas não representam problema importante de Saúde Pública.

Apesar do município ter essencialmente atividades agro-pecuárias, não obtivemos informações sobre a ocorrência de zoonoses.

O fato de que a incidência das enfermidades-transmissíveis e notificáveis haja caído até praticamente zero nos últimos anos, provavelmente induzido ao menos em grande parte pela vacinação efetuada, não deve propiciar descuidos em relação ao problema, - mas deve-se ainda assim ampliar a cobertura da população em termos de imunização, já que de outra maneira podem se gerar grandes bolsões de indivíduos suscetíveis que em qualquer tempo dariam lugar a surtos irremediáveis de doenças.

Com relação à meningite, devemos salientar que, apesar da baixa notificação, fomos informados pelos médicos locais que sua incidência permaneceu constante nos últimos anos (por volta de 30 casos anuais), sem picos epidêmicos. Nenhum caso porém, pôde ter seu diagnóstico confirmado por falta de laboratório.

6.2.4.2. - Verminose

Um dos problemas que mais preocupa a comunidade no momento é o da infestação por vermes. Com efeito, durante o ano de 1973, a verminose foi a doença de maior incidência, tendo representado 43% do total das oito enfermidades mais frequentes (Gráfico).

Em virtude das limitações dos nossos recursos não nos foi possível programar um levantamento parasitológico para nos inteirarmos da magnitude dessa morbidade. As condições de saneamento da zona rural e zona urbana longe de serem aceitáveis e podendo ser responsáveis pela elevada taxa de verminose na população. Não tendo havido nos anos anteriores predominância desta "afecção." Não tendo sido introduzidas mudanças fundamentais nos hábitos da comunidade, nenhum fato específico pode ser identificado como responsável pela exacerbação de moléstia. É portanto óbvio pensar que devem ser as condições de diagnóstico e de notificação que foram melhoradas.

A extensão da rede de esgotos e da rede de abastecimento de água são variáveis que influem diretamente sobre esta doença. Não apenas a qualidade da água, mas também a quantidade e os hábitos higiênicos indiretamente melhoram com esta medida. Na zona rural a educação sanitária se tornará mais importante.

É de prever que a instalação do laboratório de análises clínicas há um mês, seja uma contribuição importante para o diagnóstico específico, tratamento e informações epidemiológicas mais precisos.

6.2.5. - Recursos da Comunidade

O Município de Martinópolis dispõe de um Centro de Saúde tipo IV, um hospital geral "Santa Casa de Misericórdia", assistência pelo FUNRURAL e oito médicos, dos quais:

- 3 mantêm consultório particular e atendem no hospital (clínica geral e cirúrgica),
- 3 mantêm consultório particular, atendem pelo FUNRURAL e também no hospital (clínica geral e cirúrgica)
- 1 atende somente em consultório particular,
- 1 de Presidente Prudente, atende no Centro de Saúde, 2 vezes por semana, em tempo parcial, contando também com 6 dentistas, dos quais:
 - 4 que trabalham em consultório particular e
 - 2 para o Serviço Dentário Escolar, em regime de dedicação exclusiva.

Em julho deste ano foi montado na cidade um laboratório de análises clínicas, dirigido por um farmacêutico-bioquímico.

Existem 4 farmácias na cidade e mais uma é área rural (Teçaindá).

Em termos gerais os recursos acima referidos visam o atendimento do tipo curativo-assistencial, sendo isso válido também no que diz respeito ao atendimento médico do Centro de Saúde.

6.2.5.1. - Centro de Saúde.

Está incluído dentro do plano administrativo da Secretaria de Saúde de São Paulo, como Unidade Sanitária Polivalente, tipo IV, integrada à Divisão Regional de Saúde (DRS-10) de Presidente Prudente, sendo responsável pelas atividades de saúde pública do Município. O programa a ser desenvolvido nos Centros de Saúde tipo IV, segundo a Portaria SS-CG nº 8, de ... 06/06/1972, seria:

- controle das doenças transmissíveis,
- saneamento do meio,
- saúde materna e da criança,
- assistência médico-sanitária não especializada,

- controle da tuberculose e hanseníase por clínico geral,
- epidemiologia e estatística,
- serviço de enfermagem,
- educação sanitária e
- administração.

A partir do início de 1974 funciona, em seu total, nas instalações do antigo Posto de Puericultura, próximo ao centro da cidade, em caráter provisório, aguardando a reforma do antigo prédio a ele destinado, atualmente sem condições físicas e funcionais. As atuais instalações são totalmente inadequadas para suas funções, por falta de espaço e conseqüente má distribuição das áreas.

Existe fundamentalmente uma única sala grande de entrada, onde funciona ao mesmo tempo, a parte administrativa, o arquivo e onde é feita a pesagem de adultos e crianças, bem como a distribuição do leite. Existe um único consultório médico para adultos e crianças, uma pequena sala para vacinação, uma copa onde é feita a esterilização do material, 2 pequenos sanitários para uso dos funcionários, em mau estado de conservação e uma pequena sala onde são estocados os medicamentos, acondicionados em prateleiras simples e o leite em pó. Todas estas sub-divisões comunicam-se com a sala principal, de entrada. A clientela aguarda a chamada na pequena varanda coberta que dá acesso à essa sala.

6.2.5.1.1.- Verbas e materiais.

Quanto aos recursos financeiros devemos salientar que a Regional, destina parte do orçamento global aos diversos centros de saúde dos municípios que dele dependem, inclusive Martinópolis, de acordo com as prioridades globais, em vista da escassez dos recursos disponíveis.

O centro de saúde recebe da Regional:

- vacinas, transportadas em isopor com gele e acondicionadas em

geladeira comum,

- leite em pó, em quantidade suficiente para atender a capacidade atual do centro, que está bastante limitada,
- medicamentos, solicitados através de pedidos trimestrais, que não correspondem em quantidade e variedade às necessidades de cobertura das prescrições médicas, de forma que o cliente é obrigado a comprar os medicamentos, na maioria das vezes, e
- material de escritório.

6.2.5.1.2. - Recursos humanos.

O serviço conta com o seguinte pessoal:

- 1 médico consultante, não sanitarista, que atende duas vezes por semana, no período da manhã, durante 2 horas em média e reside em Presidente Prudente. Uma vez por semana dá atendimento aos presos da Delegacia de Martinópolis, no mesmo dia de atendimento no centro de saúde,
- 1 visitador sanitária, professor primária e estudante de Direito, que só possui um pequeno treinamento em vacinação,
- 2 atendentes, com escolaridade primária, das quais apenas uma foi treinada pelo ex-DEC.,
- 1 escriturária, de nível secundário, que cuida de toda a parte administrativa,
- 3 serventes,
- 1 motorista, que há 4 anos não exerce sua função específica,
- 3 fiscais sanitários com pequeno treinamento na Regional, exercendo as funções de fiscalização de casas comerciais, residenciais, etc., na zona urbana.

A supervisão da parte de enfermagem é feita de forma irregular, conforme as possibilidades, pela única enfermeira-supervisora, graduada em Saúde Pública, da DRS-10.

Não existe médico-chefe no Centro de Saúde, que dispõe, além do médico acima referido, de outro em tempo integral residente em Martinópolis, atualmente afastado para o Curso de Saúde Pública.

As funções do pessoal auxiliar não estão bem definidas, excetuando-se os fiscais sanitários. As tarefas realizadas dependem da necessidade do momento; desta forma, visitador, atendente, servente, etc., podem realizar a mesma tarefa em momentos distintos.

Podemos afirmar que não há visitação domiciliária, da qual depende a dinamicidade do Centro. O visitador existente não foi treinado e também não dispõe de viatura que lhe permita executar sua atividade específica. Acha-se limitado ao preenchimento de fichas epidemiológicas e participa dos programas de vacinação da Regional de Presidente Prudente, no município de Martinópolis.

6.2.5.1.3. - Horário de Trabalho.

Para o médico, cuja contratação é a título precário, são previstas 4 horas diárias. Com exceção da escriturária que é efetiva e trabalha 8 horas por dia, os demais funcionários cumprem horários de 6 horas, das 7 às 13 horas.

O horário de funcionamento para o público está restrito atualmente ao período da manhã apenas.

6.2.5.1.4. - Entrosamento com a comunidade.

O Centro de Saúde, em virtude das precárias condições de funcionamento e principalmente pela falta de médicos, não é bem conceituado na comunidade, que recorre a ele, em linha geral, apenas para a vacinação, fornecimento de leite, carteira de saúde e raras vezes para assistência médi-

ca curativa.

Quanto ao entrosamento com os médicos locais, hospital, FUNRURAL, cujo funcionamento iniciou em fevereiro último, escolas, Conselho Comunitário de Saúde, que praticamente dissolveu logo após sua formação em 1973, não está sendo realizado por sua falta de condições, atualmente.

Existe, por outro lado, um grande interesse da Regional de Presidente Prudente e das autoridades locais de resolver a situação bastante crítica desse serviço.

6.2.5.1.5. - Serviços Específicos.

6.2.5.1.5.1. - Saúde Materna.

Não existe um programa definido, nem adequação dos recursos humanos e materiais do Centro de Saúde para esta área de atendimento. A assistência à gestante está praticamente incluída na Saúde do Adulto, sendo a procura feita para imunização e consulta sem uma rotina de atendimento.

A partir de 1974 passaram a ser utilizadas as fichas específicas para esta área, mas a qualidade do serviço e a procura do mesmo pelas gestantes não se alterou. No primeiro semestre deste ano 7 (sete) gestantes procuraram o Centro, tendo tido cada uma apenas a consulta inicial.

(Ver Tabela na página seguinte)

Os exames de laboratório não são realizados (não havia Laboratório até julho deste ano) apesar de que os serviços do Laboratório Regional Adolfo Lutz, em Presidente Prudente, pudesse ser usado.

Nas atuais condições de precariedade do funcionamento global do Centro, de suas instalações provisórias, escassez de recursos humanos e materiais, o reduzido

TABELA 41 - Número de matrículas em Saúde Materna segundo a idade de gestação, no Centro de Saúde de Martinópolis. - 1º semestre de 1974.

mês de gestação nº de matrículas	
1º	-
2º	-
3º	-
4º	-
5º	1
6º	1
7º	2
8º	1
9º	-
Total	5 (*)

Fonte:-Fichário de Saúde Materna
CS de Martinópolis

(*) Nas duas fichas faltantes não constava o mês de gestação.

horário de atendimento médico (máximo de 4 horas semanais) dedicado à assistência geral e a conseqüente falta de entrosamento com a comunidade, nos vemos impossibilitados de realizar uma análise mais profunda dos aspectos qualitativos e quantitativos da área de Saúde Materna.

Após a análise dos indicadores de saúde nos itens anteriores e comparando com as atividades específicas do Centro de Saúde na área de Saúde Materna, consideramos que é urgente o estabelecimento de um programa de pré-natal que propicie maior cobertura à população de gestantes. É necessário o aumento de consultas médicas e controle de enfermagem destinado a esta clientela e planejamento do programa para avaliar os resultados e assegurar a sua execução.

6.2.5.1.6.-.Assistência à Criança.

6.2.5.1.6.1. - Saúde Infantil.

O atendimento é realizado junto às outras áreas (materna, adulto, etc.) e geralmente se faz a sua matrícula, peso e é assistido pelo médico no escasso tempo disponível, imuniza-se quando procede (sendo usada a caderneta de vacinação para controle da mãe e do Centro), distribuição de medicamentos, de leite, etc.

Não existe programa específico nesta área, nem rotina escrita para a sua assistência e portanto faltam objetivos que permitiriam avaliar o funcionamento desta área, tais como o número de matrículas, consultas, vacinação, etc., embora haja controle de produção de serviços.

6.2.5.1.6.2. - Lactário

A distribuição de leite é feita mensalmente à criança inscrita, sendo 4 latas de 500 g até os 8 meses de idade ou 1 litro de leite de vaca, diariamente, até 1 ano. Existem 40 crianças matriculadas que se beneficiam com este leite doado pela Prefeitura e uma média neste ano de 123 crianças no lactário seco. Os tipos de leite em pó existentes são:- Pulvolac, Eledon e Nestogeno, embora sua proporção não seja adequada com as necessidades.

O critério para a inscrição de crianças no lactário se faz de acordo com indicação médica de um lado e segundo as possibilidades econômicas da família por outro. Isto nem sempre se cumpre como pudemos observar através dos formulários aplicados na população. Geralmente se tenta estimular a mãe para que amamente o seu filho quando tem possibilidade de fazê-lo.

6.2.5.1.6.3. - Saúde Pré-escolar e Escolar

Resume-se a assistência

médica no atendimento da demanda e na vacinação do pré-escolar. Não existe horário de atendimento destinado às crianças saudas, portanto, a assistência é puramente curativa.

TABELA 42 - Média mensal de atendimento, por distribuição etária no Centro de Saúde de Martinópolis, de 1973 a junho de 1974.

ANO	grupo etário	infante	pré escolar	escolar	15 anos	Total
1973		139,75	50,75	56,83	155,09	402,42
1974 (até junho)		53,50	30,00	26,30	84,00	193,80
TOTAL		193,25	80,75	83,13	239,09	596,22

Fonte:- Mapas de movimento mensal do C.S.de Martinópolis.

6.2.5.1.6.4. - Saúde do Adulto

É limitado o atendimento dos clientes que procuram o serviço por doença, para atestado de saúde, administração de soro antiofídico, vacinação antitetânica, etc. Na Tabela 42, dentro dos maiores de 15 anos, se incluem as gestantes.

6.2.5.1.6.5. - Programa de Imunização

O programa de vacinação múltipla de 1974 tem por objetivo a "vacinação de cerca de 80% das crianças da faixa etária de 0 - 6 anos existentes nas zonas urbana e rural" do Município do Distrito I da DRS-10 de Presidente Prudente. Os critérios são os seguintes:- contra poliomielite, varíola, tétano, coqueluche e difteria/todas as crianças de 2 meses a 6 anos; contra o sarampo/ todas as crianças de 7 meses a 4 anos de idade.

Recomenda-se a intensificação da vacinação na zona urbana, rotineira e rigorosa, do grupo

etário de 0 - 1 ano e respectivo cadastro, sem perder a continuidade na aplicação das doses subsequentes.

No Centro de Saúde se faz a vacinação rotineira de todas as crianças que procuram o mesmo, especificamente para serem vacinados, mas, principalmente as que estão matriculadas no lactário. Além disto, cada 3 meses e num intervalo máximo de 105 dias se faz a vacinação múltipla, tanto na zona rural como na urbana, conforme o calendário pré-estabelecido pela Regional e que se adapta ao calendário escolar. Na zona rural usam como ponto de referência as escolas de 1ª grau existentes.

São executadas pelo pessoal do Distrito (motorista e atendente) e do Centro de Saúde (visitador sanitária e atendente ou fiscal sanitário). O serviço de Erradicação da Varíola geralmente colabora com o pessoal e a viatura. O professorado é previamente alertado assim como a população, através de cartazes e do rádio.

As vacinas utilizadas são quantificadas por tipo e registradas num boletim semanal. Às mães se entregam as cadernetas amarelas e no Centro são anotadas nas azuis para controle.

Na execução deste programa múltiplo e na vacinação de rotina existem muitas dificuldades por falta de recursos na mobilização do pessoal, mudanças imprevistas no calendário escolar, mas, principalmente falhas, por falta de organização interna do Centro:

- as cadernetas azuis (de controle) do centro não estão atualizadas por falta de registro. Isto acontece com as da zona urbana e muito mais nas da rural, já que não se transcrevem os dados dos boletins semanais nas fichas do Centro. Desta maneira não se pode saber o estado certo de imunização das crianças de Martinópolis;
- as crianças do lactário que seriam de rigor as que apresentam

100% de vacinação completa em relação à sua idade, também nem sempre estão atualizadas, por falta de aplicação da vacina ou mais provavelmente porque não foi registrada de imediato na caderneta de controle. Percebemos que a distribuição de leite se faz segundo sua procura e não segundo uma sistematização ou rotina planejada.

Geralmente o visitador que deveria sair para convocação daquelas crianças que se atrasam para a vacinação não executa esta tarefa. Seu trabalho na zona rural seria difícil por falta de viatura, mas na zona urbana isso não se justificaria, no entanto, também não se faz.

Como método de avaliação do estado de vacinação da população de Martinópolis e também do Centro de Saúde, foram feitas perguntas específicas no formulário, para as famílias tanto da zona urbana como da rural que tivessem crianças de 0 - 1 ano. Pelos dados obtidos consideramos que não podem ser considerados suficientes para generalizar os resultados mas, somente para se fazer uma estimativa da situação real.

Na zona urbana, de 148 famílias, 26 tinham um filho de 0 - 1 ano e na zona rural, de 150 famílias, 30 o tinham. Os resultados podem ser vistos nas Tabelas 43, 44 e 45.

TABELA 43 - Presença de caderneta de vacinação das crianças de 0 - 1 ano segundo zonas urbana e rural. Martinópolis, 1974.

	zona	
	urbana	rural
presença		
com caderneta	77%	40%
sem caderneta	10%	34%
perdeu ou não se aplica	13%	26%
TOTAL	100%	100%

Fonte:- Pesquisa direta.

Na cidade a proporção de crianças é satisfatória, muito embora na área rural tenhamos que analisar mais profundamente as causas da falta de cadernetas para corrigir falhas ou melhorar o sistema - propaganda, horários, calendários, participação do professorado, etc. A percentagem de crianças sem idade para vacinação (- de 2 meses) é insignificante, portanto, é provável que a população possa ser melhor informada ainda, principalmente na zona rural.

Analizando individualmente cada caderneta e tendo em conta a idade da criança, observamos o seguinte:-

TABELA 4/4 - Estado de vacinação de crianças de 0 - 1 ano por suas cadernetas, segundo zonas rural e urbana. Município de Martinópolis - 1974

Zona Vacinação	Urbana	Rural
completa (*)	42%	30%
incompleta	58%	70%
Total	100%	100%

Fonte:- Coleta direta de dados

(*) Foi adotado o critério da Secretaria de Saúde para considerar o estado de vacinação das crianças, respeitando as idades em meses, excluindo o sarampo.

Se incluirmos o sarampo no critério de avaliação considerando que as crianças com mais de 7 meses dentro do ano, devem ser vacinadas, comprovamos que na zona urbana, com maior acessibilidade ao Centro de Saúde, 71% dessas crianças amostradas não receberam a vacina contra o sarampo.

Com a vacina antivariólica as taxas encontradas são superiores a 70%, mas acontece que em 75% das crianças vacinadas, não se verifica a "pega", de modo que podem muitas delas não estarem realmente imunizadas.

TABELA 45 - Doses de vacinas registradas nas cadernetas das crianças de 6 m a 1 ano (inclusive) da amostra, segundo zonas rural e urbana do Município de Martinópolis - 1974

nº doses aplic.	vacina TRIPLICE		SABIN		SARAMPO		V.A.V.		c/reg.de pega de varíola	
	U	R	J	R	U	R	U	R	U	R
3 doses	36%	58%	22%	57%						
2 doses	21%	14%	28%	29%						
1 dose	36%	14%	50%	14%	29%	43%	78%	71%	36%	20%
nenhuma dose	7%	14%	.	-	71%	57%	22%	29%		

Fonte:- Coleta direta de dados

O fato de que existe um índice tão baixo de vacinação completa na zona urbana, nos fala da necessidade de reorganização e estímulo da vacinação de rotina e organização do serviço de visitaçãõ sanitária, para o controle dos faltosos.

TABELA 46 - Vacinas administradas pelo Centro de Saúde no Município de Martinópolis, de 1966 a 1974.

ano	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974*
vacina varíola	4921	11.914	1.396	8.915	2.550	504	728	971	417
poliomielite	10608	12.663	8.182	4.320	2.460	3452	6048	3754	1118
difteria	221	3.639	16	-	-	-	-	-	-
tifo	59	8	-	-	-	-	-	-	-
tétano	1.290	104	20	1.195	1.320	1862	4936	3710	1927
tríplice	-	-	2.648	1.569	2.539	1582	3353	3460	888
dupla	-	-	1.491	-	2.038	480	1161	1688	212
sarampo	-	-	-	-	-	-	1042	910	161
BCG	-	-	-	-	240	310	507	836	482

Fonte:- Centro de Saúde IV - Martinópolis

(*) até 05-08-74

A vacina BCG é do tipo oral e é administrada de rotina. A vacinação de escolares se faz também segundo a programação do Distrito I da DRS-10 de Presidente Prudente e já comentada no ítem , Educação.

Concluindo, pensamos que para cobrir os objetivos do programa de vacinação múltipla: cobertura de 80% da população tanto urbana como rural será necessário ' além de uma reorganização no funcionamento do Centro em geral, um plano a ser desenvolvido regendo uma rotina escrita que permita ' também a avaliação do mesmo, da sua execução e de sua efetividade.

- Utilização do visitador sanitário para a chamada daquelas crianças que não frequentam o serviço para vacinação.
- Concentração da vacinação nos dias do lactário e fora da hora de atendimento médico, propiciando inclusive oportunidade para a educação de grupos.

6.2.5.1.6.6. - Área de Tisiologia

Não há programa de controle de Tuberculose no Centro de Saúde de Martinópolis, provavelmente em decorrência da precariedade de recursos médicos e para-médicos atualmente disponíveis.

Os doentes procuram o Centro de Saúde da Regional de Presidente Prudente ou são para lá encaminhados pelos médicos locais. O controle dos comunicantes também fica sob a responsabilidade da área de Tisiologia da Regional que atualmente conta com uma única visitadora, professora primária, sem treinamento específico.

O diagnóstico é feito através de exame clínico, abreugrafia e BK de escarro (feito pelo Adolfo Lutz que funciona no mesmo prédio do Centro). Os comunicantes são solicitados a comparecerem ao Centro de Presidente Prudente e submetidos ao PPD, de rotina e eventualmente à abreugra-

fia e baciloscopia. Todos os casos de PPD negativo, recebem uma dose de BCG oral, sem discriminação de faixa etária. É preenchida a ficha epidemiológica, com especificação do número de comunicantes, da qual é remetida uma cópia para o Centro de Saúde de Martinópolis, onde o visitador deve realizar uma visita domiciliar destinada a levantar as condições ambientais da família do paciente. Todos os doentes com baciloscopia positiva são internados e, após negatificação desta, o seguimento é feito pela área de tisiologia que fornece os medicamentos mensalmente para serem tomados em casa e realiza o controle periódico dos doentes e comunicantes.

Na cidade de Presidente Prudente existe um hospital particular com capacidade de mais ou menos 50 leitos para internação de doentes do sexo masculino. Os demais são encaminhados para internação nos diversos hospitais do Estado de São Paulo que dispõem de leitos específicos (ex: Lins, Araraquara, etc.)

Em 1973 foram notificados 6 casos de tuberculose (sendo 5 Tb pulmonar e 1 Tb cutânea) com 50 comunicantes, todos residentes em Martinópolis.

Em 1974 foram notificados até julho, 6 casos de Martinópolis com um total de 21 comunicantes, (sendo 4 Tb ganglionar e 1 Tb renal).

Se comparamos o total de doentes de Tb pulmonar notificados pela área de tisiologia da Regional em 1973, verificamos que de 585 notificações apenas 5 eram de Martinópolis (0,85%).

Estes dados pouco significam para traduzir a real situação epidemiológica da tuberculose em Martinópolis, já que existem obstáculos devidos principalmente à distância e escassez de recursos humanos e materiais, condução, etc., na própria área de tisiologia de Presidente Prudente.

Isto dificulta o seguimento do tratamento dos pacientes de Martinópolis, a localização de focos de infecção e comunicantes, o que torna necessário a nosso ver, um controle epidemiológico local, sob a responsabilidade de um clínico geral, com supervisão da área de tisiologia da Regional.

O Centro de Saúde de Martinópolis necessita de pessoal para-médico treinado para executar o controle epidemiológico da doença e principalmente de visita domiciliária e pesquisa de focos de infecção, de acordo com uma programação de combate à tuberculose.

6.2.5.1.6.7. - Dermatologia Sanitária

O Município de Martinópolis com seus nove pacientes de Hanseníase e oito contactantes participa do programa de controle desta enfermidade realizado pela área de Dermatologia da DRS-10, cujo objetivo geral visa o controle da endemia Hansênica em toda a região.

Os objetivos específicos estão assim estabelecidos:

- 1 - controle periódico de doentes e comunicantes;
- 2 - descobrir a forma inicial da Hanseníase através do exame dermatológico dos enfermos portadores de moléstias cutâneas;
- 3 - acompanhar o tratamento de Hansenianos através da visita domiciliar;
- 4 - proteger os susceptíveis através da becegeização;
- 5 - calmetização indiscriminada de enfermos e comunicantes.

A avaliação do programa está estabelecido a longo (5 anos), a médio (2-3 anos) e a curto prazo (1 ano).

Atualmente, a execução do programa no Município de Martinópolis apresenta dificuldades próprias

de falta de recursos desta área da DRS-10. O corte orçamentário das verbas, prejudicaram a dinamização dos trabalhos: dificuldades no deslocamento de pessoal técnico para exames de pacientes e comunicantes, reduzida a possibilidade de aplicação do teste de Mitsuda (não sobre 10% das necessidades da Regional), etc.

Situação dos doentes e comunicantes

TABELA 47 - Caracterização dos hansenianos e contatos, segundo forma clínica, bacterioscópica e controle. Martinópolis. 1974.

FORMA CLINICA	BACILOSCOPIA	SEM CONTROLE	CONTROLADOS	TOTAL
VD	+	-	1	1
	-	-	4	4
I	+	-	-	-
	-	-	2	2
T	+	-	-	-
	-	2	2	2
TOTAL		2	7	9
CONTATOS		3	5	8

FONTE: Fichário de Dermatologia Sanitária do Centro de Saúde de Martinópolis.

Os casos novos de hanseníase são enviados ao CSI de Presidente Prudente, onde é diagnosticado e fichado, passando a ser controlado em Martinópolis, através da distribuição de medicamentos e visitas periódicas do pessoal especializado da Regional.

O doente que necessita de hospitalização devido à incidência de intercorrência dentro do processo normal da doença, ou porque seja um indigente, é encaminhado pelo serviço de Dermatologia Sanitária da DRS-10, para o Hospital Aimorés de Bauru.

Analisando a situação de M. H. em Martinópolis, constatamos em termos de prevalência, um predomínio de formas V.D. de mais do dobro sobre a forma I (5 formas VD e 2 formas I). Por outro lado o fato de que, de 5 pacientes de forma VD, quatro têm baciloscopia negativa e de maneira interessante mostrando que estão seguindo bem o tratamento.

Mas dos 8 contactantes fichados, há 3 sem controle, assim como os dois pacientes de forma T. existentes.

Por não conhecer a estrutura familiar do doente, não nos atravemos a fazer nenhuma observação sobre a proporção doentes-contactantes que em princípio parece pequeno.

CONCLUSÃO : O diagnóstico precoce da forma I é muito precário se atentarmos para as cifras. Isto mostra a necessidade de estimular a procura de novos casos.

A falta de controle de 5 indivíduos, quando o número total de casos é tão pequeno, exigiria um seguimento mais rigoroso dos pacientes. Consideramos que o clínico geral do Centro de Saúde, segundo está estabelecido na portaria 55-66, nº 8, de 6/6/1972 pode e deve participar mais ativamente no controle desta enfermidade com a devida supervisão. Uma razão a mais para esta sugestão é a dificuldade com que conta o serviço especializado de Dermatologia Sanitária da Regional de Presidente Prudente, em deslocar seu pessoal para o atendimento desses doentes.

6.2.5.1.6.8. Malária

O município de Martinópolis pertence ao SR-10, controlado pela SUSAM. Atualmente a malária se encontra na fase de manutenção, dentro do seu programa de erradicação. O C.S. notifica

à SUSAM os casos suspeitos, passando ela a realizar o diagnóstico e tratamento dos mesmos, quando procede.

Devido a que todo os casos de Malária, sem excessão, são importados, principalmente, de Mato Grosso e Minas Gerais, a SUSAM mantém um estreito contato com os empresários ou pessoas que se deslocam com pessoal operário entre estes Estados e Martinópolis.

O Plasmodium vivax tem sido o tipo encontrado em todos os casos diagnosticados desde o ano de 1963.

TABELA 48 - Relação de casos de Malária registrados , desde 1963 até julho de 1974, em Martinópolis.

Ano	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	Total
nº de casos	8	1	1	2	-	1	1	-	2	-	4	4	24

Fonte:- Relatório epidemiológico da SUSAM do Município de Martinópolis de agosto 1974 - SR-10, Presidente Prudente.

Destes casos a procedência

global é como se segue:-

Estado de Mato Grosso	14
Estado de Minas Gerais	4
Estado da Bahia	3
Estado de Rondônia	1
Estado de Goiás	1
Estado da Paraíba	1

6.2.5.1.6.9 - Doenças de Chagas

O controle da Doença de Chagas é feito pela SUSAM. As informações colhidas nesta repartição confirmam a inexistência de casos autoctone de Martinópolis. No ano de 1968 foi feito um inquérito sorológico, junto as escolas do Município com os seguintes resultados:- de 313 amostras de

sangue colhidas, apenas 4 foram de soro reagente. Os casos registrados são crônicos e provenientes de outros estados. Cada seis meses repetida esta investigação nos vários Municípios da Regional, por sorteio, sendo que Martinópolis ainda não foi sorteado novamente.

Os barbeiros encontrados pela população e enviados a SUSAM para sua identificação demonstram ser T. infestans (nenhum deles contaminado e T. sordida em maior frequência; esta última espécie, como é sabido, de hábitos extradomiciliar permanecem nos anexos, não representando até o momento perigo algum para o homem.

6.2.5.1.6.10 - Esquistossomose

Todos os casos registrados como esquistossomose são de outros estados. No ano de 1971 foram registrados 6 casos, no ano de 1973, 7 casos e neste ano apenas 1 caso procedente da Bahia.

Seu vetor, o caramujo Planorbidae não tem sido encontrado nesta área. Desde o ano de 1966 foi registrado só 1 óbito de esquistossomose como causa de morte (1970).

De tudo isto podemos concluir que a Esquistossomose não constitui um problema de Saúde Pública neste Município.

6.2.5.1.6.11 - Raiwa

Não existe qualquer dado sobre a população canina do Município de Martinópolis, como também não há campanhas ou serviços de vacinação de cães e nem de apreensão de cães vadios.

A vacinação é feita por particulares, que aparecem anualmente no Município, ficando a cargo

da população, vacinar ou não seus animais, sendo a vacina paga. No último ano houve 7 casos de mordeduras atendidas no Centro de Saúde, sendo 6 por cão e 1 caso por mordedura de gato.

O último caso de raiva diagnosticado, ocorreu em 1961. Na zona urbana vimos que 28,38% das famílias entrevistadas cria só cachorro; 12,16% cria só gato; 15,54 cria cachorro e gato e que 43,92% não cria cachorro nem gato.

Referente a vacinação contra a raiva, somente os cães foram vacinados (43,08%).

Na zona rural, a situação foi a seguinte:- 31,33% das famílias entrevistadas criava só cachorro; 10,67% criava só gato; 34% criava cachorro e gato e 24% não criava cachorro nem gato.

Quanto à vacinação na zona rural, encontramos 42,85% dos cachorros e 1,4% dos gatos, vacinados.

6.2.5.1.6.12. - Produtividade observada no Centro de Saúde.

Em 1973 foram atendidas em média 402,42 consultas por mês, aproximadamente, 20 consultas por dia. Dando um tempo razoável de 10 minutos por consulta, independente da faixa etária, teríamos que as 20 consultas diárias ocupariam 3,3 horas médico/dia.

Salientamos que havia 2 médicos consultantes; 1 de tempo integral e outro com 8 horas semanais. Num total de 9,6 horas médico/dia.

Em 1974, até junho, foram atendidas em média 193,80 consultas por mês, aproximadamente 9,69 consultas por dia. Como foi feito no comentário anterior, se foram dados 10 minutos para cada consulta, teríamos 1,5 hora médico/dia.

É importante salientar que em 1974, nos meses de janeiro a fevereiro o atendimento foi feito pelos dois médicos citados anteriormente e os meses seguintes, (março, abril, maio e junho) somente por um, com oito horas semanais.

6.2.6 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER DE MARTINÓPOLIS

6.2.6.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider de Martinópolis é o único hospital existente no município. Está situada na zona urbana, distando aproximadamente 680 metros do ponto central, tomando-se como referência o edifício da prefeitura local.

Situa-se o hospital em prédio próprio, com 2.245 m² de área construída para uma área total de 6.400 m², em terreno urbano de topografia regular. (Anexo)

Trata-se de um hospital filantrópico, sem fins lucrativos, fundado em 14.10.1945, com a denominação de Irmandade do Hospital de Caridade de Martinópolis. Posteriormente, foi alterada a sua denominação para Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider, em Assembléia Geral Extraordinária realizada em 16 de dezembro de 1973.

6.2.6.2 EDIFICAÇÃO E INSTALAÇÃO

O Hospital sendo próprio às suas finalidades e edificado em terreno de topografia regular, é do tipo monobloco, térreo, e atualmente encontra-se em bom estado de conservação e agradável aspeto. Obedecendo o recuo de aproximadamente 4 (quatro) metros, na entrada principal (Rua José Henrique de Mello), existindo nessa entrada, uma pequena rampa em formato de meia lua, destinada à circulação de veículos e não tendo área apropriada para estacionamento.

A área restante, que poderá futuramente ser utilizada para ampliação do edifício, é aproveitada atualmente por uma pequena horta e granja, cuja produção é destinada ao consumo. Independente disso, existem, quer na frente do prédio do hospital, como nos fundos, pequenas áreas de terreno ajardinado em estado regular de conservação.

O Hospital é isolado em sua área externa, nos limites das vias públicas, por muros em suas laterais e nos fundos.

O acesso ao prédio se faz por 5 entradas, sendo 2 principais e 3 laterais, podendo ser discriminadas da

seguinte forma: 1 para o pessoal Administrativo e Médicos; 1 para veículos, 1 para descarga de gêneros e mercadorias, 1 para a Clausura e a última para saída de cadáveres, sendo essa última independente.

A circulação interna é feita no mesmo plano, não havendo escadas, rampas ou elevadores. Os corredores, considerados como principal área de circulação interna, não a prejudicam, uma vez que estão enquadrados nas normas vigentes (Dec. nº 52.497/70).

Entretanto, devido ao tipo de construção e à disposição das Unidades de Internação e do Centro Cirúrgico, quanto à planta física, essa circulação interna apresenta, a nosso ver, um aspecto negativo: a passagem constante pelo corredor do saguão principal do Hospital.

Quanto à água, o Hospital é servido pela rede geral da cidade, não existindo poço artesiano para suprir esse abastecimento. A água recebida não é tratada e é depositada em reservatórios cuja capacidade total é de 38.000 litros, assim discriminados:

1 Reservatório Elevado	18.000 litros
1 " Subterrâneo		.20.000 litros

Não há sistema central de aquecimento da água distribuída no prédio e para suprir tal necessidade, são utilizados chuveiros elétricos para a higiene dos pacientes.

Quanto ao esgoto, também é ligado à rede geral da cidade, não existindo qualquer processo especial de tratamento no Hospital.

O abastecimento de gás é feito por botijões do tipo doméstico. Também não há instalação central de vácuo e oxigênio. Para minimizar essa necessidade, são utilizados torpedos e aspiradores portáteis.

O fornecimento de energia elétrica é feito através da rede geral, cuja fonte geradora é a Usina CAIUÁ, sendo sua voltagem de operação interna, de 110 e 220 volts. Não existindo gerador próprio para uma eventualidade qualquer.

O Sistema de Intercomunicação é feito através de uma central de transmissão, localizado na Capela do Hospital, com 40 alto-falantes distribuídos nas diversas alas e enfermarias, aparelhos esses também utilizados 2 (duas) vezes

por dia para música ambiente. Constatamos apenas a existência de um aparelho de ar condicionado, marca Admiral, instalado no Centro Cirúrgico, em perfeito estado de funcionamento.

No que diz respeito à segurança do prédio contra possível incêndio, encontramos apenas 2 (dois) extintores de gás carbônico (CO₂), os quais estavam sem os respectivos manômetros.

6.2.6.3 SITUAÇÃO EXISTENTE

A Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider está sendo dirigida atualmente por um Provedor, cuja ocupação principal dentro da comunidade é a de Pecuarista, não possuindo curso superior. A Santa Casa possui um contrato com a congregação religiosa denominada: POBRES FILHAS DE SANTO ANTONIO DE TORINO.

Encontra-se em fase de reorganização, não existindo sequer organograma, regulamento interno ou regimentos dos serviços. As reuniões programadas com os encarregados de serviço têm apenas caráter informativo e específico.

A secretária propriamente dita, está anexa à Contabilidade, tendo como encarregado do serviço o Contador, que é auxiliado por 5 funcionários. Neste setor não há rotinas escritas do serviço, o arquivo é constituído de classificadores e pastas suspensas, sendo adotada a ordem por Setores (assunto). O arquivo morto é organizado por Ano e tipo de Assunto.

A Tesouraria também está localizada dentro do contexto secretaria e contabilidade, sendo responsável o próprio contador do Hospital e procura manter atualizada a sua tabela de preços de internação, cirurgias e ambulatório, existindo notas fiscais do serviço, devidamente enquadradas na legislação fazendária.

O quadro de pessoal do Hospital é composto de 33 funcionários registrados, assim distribuídos:

Enfermagem	10
Serviços Burocráticos	6
Limpeza	6
Cozinha	2
Lavanderia	2
Médicos	7

T O T A L 33
==

Para fins de admissão de pessoal, o Hospital exige exame médico e abreugrafia, os quais devem ser renovados periodicamente. O controle do pessoal é feito por intermédio de livro de ponto, onde mensalmente são conferidas as faltas para posterior desconto.

O atual regime do serviço de enfermagem é de 8 horas diárias, em rodízio de escala. Para o serviço administrativo o regime de trabalho é o estabelecido pela C.L.T., ou seja, 8 horas, com 2 de descanso.

6.2.6.4 SITUAÇÃO FINANCEIRA

De conformidade com os dados apresentados pela Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider de Martinópolis, os balanços anuais referentes a lucros e perdas, demonstram que o nosocômio até a presente data não apresenta "deficit".

	Cr.\$		Cr.\$
1972 - <u>Ativo</u>	- 370.723,06	<u>Receita</u>	273.708,23
1972 - <u>Passivo</u>	- 370.723,06	<u>Despesa</u>	273.708,23
1973 - <u>Ativo</u>	- 446.809,34	<u>Receita</u>	368.614,79
1973 - <u>Passivo</u>	- 446.809,34	<u>Despesa</u>	368.614,79

Aconselhamos, que no provimento financeiro se dê maior ênfase a:

6.2.6.4.1 Ativo

6.2.6.4.1.1 Realizável a longo prazo

Nos balancetes futuros, seria aconselhável a inclusão dos valores das contas a receber, acima de 180 dias. Excluindo-se toda e qualquer outra parcela que não diga respeito às operações sociais, tais como, investimentos e valores imobiliários. Nos balanços apresentados, os mesmos não especificam o que seja Raios X, mesa operatória, etc..

6.2.6.4.1.2 Imobilizado técnico

Dentro do quadro apresentado, os balancetes existentes não especificam se há terrenos, prédios, máquinas e veículos incorporados no patrimônio da Santa Casa. Havendo necessidade da mesma.

6.2.6.4.2 - Passivo6.2.6.4.2.1 Exigível a curto
prazo

São incluídos os valores contabilizados sob esse título, fornecedores de menos de 180 dias, INPS, I.Renda, Contas a Pagar, etc..

6.2.6.4.2.2 Exigível a longo
prazo

São os valores dos títulos e duplicatas de mais de 180 dias e também as contas.

6.2.6.5 SERVIÇOS MÉDICOS

As atividades médicas são desenvolvidas por um corpo clínico restrito, composto por 7 (sete) médicos e cujas especialidades são cirurgia e clínica geral. O corpo clínico é aberto e a eventual admissão é feita por indicação informal ou recomendação do próprio grupo clínico, com aprovação do provedor.

Os médicos que atuam no hospital não trabalham em regime de tempo integral. O diretor clínico orienta e coordena o serviço médico; raramente realiza reuniões formais, no entanto estabelece escalas de serviço e plantão. E dentro da filosofia de trabalho, os médicos realizam os seus plantões à distância, ou seja, em suas residências, atendendo quando são chamados pela enfermeira de plantão, no caso, uma das irmãs.

O sistema usado para o pagamento de honorários médicos é estabelecido através de um acordo bilateral de vontade, o que significa, que duas pessoas tomam sobre si obrigações recíprocas.

Espécie do tipo de pagamento

- pacientes particulares - a critério médico
- pacientes de convênio - 50% para o Corpo Clínico e o restante o hospital retém para as despesas diversas

Em se tratando de serviços médicos auxiliares, a entidade mantém Serviços de Eletrocardiografia e de Transfusão de Sangue. O primeiro tem pouca atividade, em virtude de não haver técnico para operar o aparelho, não existindo portanto, estatística de seu movimento. O segundo funciona principalmente como coletor de sangue, isto é, quando há necessidade, existindo no hospital cadastramento prévio de doadores.

O Serviço de Radiodiagnóstico possui 2 (dois) aparelhos, sendo o primeiro de 25 MA, marca G.V. portátil, o segundo de 100 MA, marca FISHER, os quais são operados por pessoal prático.

6.2.6.6 SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A Enfermeira-Chefe é uma irmã da ordem "Pobre Irmãs de Santo Antonio de Torino", formada na Itália. É quem organiza o serviço e estabelece escalas dos funcionários. Na atualidade, 10 funcionários - 7 mulheres e 3 homens, prestam serviços para os 3 períodos de trabalho (8 horas cada). Não existem elementos para férias ou folgas.

Dentro do contexto da organização do hospital, também se verifica que não existe no serviço de enfermagem rotinas escritas e todas as normas ou ordens de serviço expedidas são verbais.

O recrutamento do pessoal de enfermagem é realizado pelos canais informais, onde os próprios funcionários se incumbem da apresentação de um candidato, desde que a necessidade seja apresentada. Havendo, o candidato passa por uma entrevista com a enfermeira-chefe, devendo sua admissão ser aprovada pelo Provedor. Após esse crivo, o novo funcionário do serviço de enfermagem deverá passar por um estágio de tres meses, conforme a C.L.T., para que seja aceito ou não, o que dependerá de suas qualidades pessoais. Desse modo, não há atendente treinada e nem práticos de enfermagem com algum curso.

A distribuição do pessoal de enfermagem é estabelecida da seguinte maneira: as quatro irmãs se responsabilizam cada uma por um turno de trabalho, como também pela substituição, revezando-se de acordo com as necessidades; uma responde pelo turno da manhã, outra pelo da tarde e outra pelo da noite, a última restante será a que irá proporcionar a folga de uma das irmãs. Os demais funcionários são distribuídos pelas enfermarias, segundo o turno de trabalho.

A orientação do pessoal de enfermagem é feita pela enfermeira-chefe e pelos médicos, de maneira informal durante o trabalho. Não existindo programação de educação em serviço, assim como normas de trabalho, sendo bom o relacionamento entre a equipe médica e de enfermagem.

As atividades educativas são desenvolvidas em relação ao recém-nascido, sobre cuidados com o coto umbilical e a alimentação. Não há participação da equipe de enfermagem nos programas de saúde da comunidade, condição essa, atribuída à falta de pessoal disponível.

O Berçário é composto de elementos centralizados: antesala, posto de enfermagem, sala de serviço e uma sala para recém-nascidos normais. Existe apenas uma sala, aliás pequena, destinada a prematuros ou suspeitos, com uma incubadora (isolete) em pleno funcionamento. No berçário há uma balança pediátrica; os colchões são de algodão revestidos de plástico.

Não há médico berçarista de plantão e nem enfermeira encarregada ou destinada para esse fim.

Verifica-se ainda, que os recém-nascidos não ficam todos a cargo do pediatra, bem como, nem todos ficam no berçário logo que nascem. É prática no Hospital que os bebês ou recém-nascidos sejam colocados no mesmo quarto onde se encontram internadas suas respectivas mães. O mesmo não acontece para as pacientes internadas em enfermarias de 3 ou mais leitos.

Como não há lactário, as mamadeiras são preparadas na copa da Unidade de Enfermagem, sem receita padrão. Não são esterilizadas, apenas esquentadas em água quente antes do uso.

6.2.6.7 CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico é composto de vestiários para médicos, com sanitário anexo, uma sala para cirurgias em geral, um lavabo, um depósito de equipamentos e uma sala destinada a esterilização de material. Nesta sala é guardado também o material de limpeza de piso, paredes e mesa cirúrgica.

O piso da sala de cirurgia é de ladrilho hidráulico, com paredes revestidas de azulejos brancos até a altura de 2,10 metros e o teto de eucatex. Nesta sala não há instalação central de vácuo, sendo a sucção feita por aspirador

portátil. Há uma mesa cirúrgica apropriada e mesas auxiliares, um foco de iluminação de emergência à bateria, um negatoscópio e bisturi elétrico.

As cirurgias são marcadas com 24 horas de antecedência, pelo médico, que anota as características da cirurgia no quadro-negro próximo ao vestiário dos médicos, onde fará constar a data, horário e o pré-diagnóstico. De conformidade com as informações prestadas pelo Diretor Clínico e Enfermeira-Chefe, são realizadas, em média, cerca de 2 cirurgias, diariamente.

O Centro de Material Esterilizado ocupa duas salas, uma das quais junto à Unidade de Internação, onde é processada a esterilização de todo o material, excetuando os do Centro Cirúrgico. A ante-sala que se localiza próxima ao Centro Cirúrgico (conforme consta da planta - Anexo) é utilizada para a esterilização somente do material destinado ao Centro Cirúrgico, servindo ainda de ligação para a área de internação (pediatria, berçário, quartos e Banco de Sangue).

Existe no Centro de Material Esterilizado o seguinte equipamento, destinado à esterilização de material:

- 1 - autoclave, tipo vertical.
- 2 - estufas (elétricas).
- 3 - fervedor (em desuso).

Da mesma forma, a organização e as técnicas assépticas não são encontradas, isto é, inexitem rotinas escritas, normas técnicas de esterilização; não praticam testes de esterilização, não há revisão periódica dos aparelhos; não há sistema de controle do material esterilizado para as Unidades de Internação.

Anualmente é elaborado um inventário do material cirúrgico.

O Centro Obstétrico não funciona separadamente do Centro Cirúrgico. São usadas as mesmas dependências havendo, contudo, uma sala para partos normais (Sala de Partos-Anexo planta), uma sala de pré-parto, com sanitário anexo.

A identificação do recém-nascido é feita pelo nome da mãe, ficando um cartão para o recém-nascido e uma ficha colocada no berçário. O livro de registro do hospital é

geral, não havendo um registro próprio para o Centro Obstétrico.

6.2.6.8 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

O Serviço de Emergência do Hospital é composto de três salas, sendo uma de espera e duas outras destinadas à realização de pequenas cirurgias e curativos, bem como a higienização dos pacientes, quando necessário. Próxima a essas há uma outra destinada à aplicação de gesso. O serviço de emergência possui entrada independente com plataforma para ambulância.

O serviço utiliza os aparelhos de raios X existente no hospital, não havendo equipamentos específicos. A "terapia intensiva" é realizada no próprio quarto ou enfermaria - onde se encontra o paciente, não existindo, portanto, uma unidade para tal finalidade.

Internação:

O paciente procura o hospital munido de documentação que o identifique como associado de uma das instituições de convênio com a entidade. Após as anotações normais junto à secretaria, o paciente é examinado primeiramente no consultório particular do médico que escolheu para se tratar e se o caso exigir, é internado.

A visita médica aos pacientes é diária (matutina). A medicação é prescrita pelo médico em impresso próprio.

São de trinta e três as Unidades de Internação assim discriminadas:

TABELA 54 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

=====

UNIDADES DE INTERNAÇÃO	ENFERMARIAS		QUARTOS	TOTAL DE LEITOS
	4 leitos	3 leitos	1 leito	
33	9	4	20	68

Os quartos, enfermarias e leitos destinados à internação dos pacientes, estão devidamente numerados e identificados e assim distribuídos:

Pacientes contribuintes	25
Pacientes de convênio	20
Pacientes não contribuintes ...	23

De conformidade com a organização existente na Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider de Marti-nópolis, não há divisão no que diz respeito à especialização de internação, possuem aproximadamente: 10 leitos para Clínica Cirúrgica-adultos; 10 leitos para Clínica Médica e Pediatria e 10 leitos para Clínica Obstétrica. Na planta física do hospital apresentada existe diferenciação de local por sexo, contudo a internação é acomodada de acordo com a disponibilidade do momento.

O Hospital adotou o sistema de requisição de medicamentos através de prescrição médica que por sua vez também orienta a distribuição aos pacientes. Da mesma forma, as dietas ministradas, aos pacientes são elaboradas pelos médicos, não havendo nutricionista ou dietista que responda pelo serviço. A distribuição da alimentação fica sob a responsabilidade do pessoal de enfermagem.

Cabe salientar que o estoque de medicamentos e entorpecentes é controlado através de fichas. Os entorpecentes somente são fornecidos por intermédio de receita médica.

Inexiste controle específico para o material de consumo bem como para os da rouparia, os quais são renovados de acordo com a necessidade e sua substituição é automática.

Relativamente ao estado de saúde do paciente, o pessoal da enfermagem ou o próprio médico, são os informantes do estado de saúde do internado, informações essas fornecidas verbalmente.

A Lavanderia fica em setor independente do prédio principal, tal como é visto na planta. Não há contudo, local vedado para separação da roupa. A distribuição física da área de lavagem permite um fluxo racional de roupa. O ambiente de trabalho é de certa maneira agradável, em virtude da boa iluminação, ventilação necessária para renovação do ar e o pé di-

reito obedece as normas estabelecidas ao seu funcionamento.

Faz parte, ainda, da lavanderia: 1 depósito de material, uma rouparia e um quarto de costura. Na sala de trabalho observamos um modesto equipamento funcionando, os quais relacionamos: 1 máquina de lavar, centrífuga, 1 calandra com um rolo, 1 máquina de costura e 2 ferros elétricos para passar roupas.

As rotinas não são escritas para o processamento das roupas, da mesma forma como não há para a lavagem. As instruções são transmitidas oralmente do funcionário mais antigo para o mais novo.

A roupa vem embrulhada em lençol e é despejada no tanque sem classificação ou seleção por tamanho, tipo ou procedência. É lavada com sabão em pó e detergentes. Algumas são fervidas.

Para o recolhimento de roupas usadas é adotado o sistema de mala, para as respectivas coletas diárias, os leitos utilizados por pacientes ainda internados, recebem uma muda diária de roupa limpa. A roupa particular do paciente internado também é lavada no hospital.

Após a lavagem, a roupa é guardada em local adequado e de fácil manejo, contudo, como já foi observado, não existe controle de rol e nem mesmo levantamento periódico. Segundo se apurou das informações colhidas com as encarregadas pela lavagem, diariamente são lavados cerca de quarenta quilos de roupa.

6.2.6.9 SERVIÇOS RELIGIOSOS

O Hospital possui uma capela, localizada à esquerda da entrada principal do prédio. O padre da igreja Matriz local celebra uma missa todas as quintas-feiras pela manhã.

6.2.6.10 OBSERVAÇÕES GERAIS

Em razão do pequeno número de leitos da frágil estrutura administrativa, não estão sendo desenvolvidos os seguintes serviços, a saber:

- Contabilidade de Custos
- Seção de Compras
- Eletroencefalografia
- Ambulatório

- Centro de Recuperação
- Serviço de Nutrição e Dietética
- Lactário
- Serviço Social Médico

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística não é organizado. O Hospital tem em funcionamento um Registro Geral onde se procede o arquivamento de fichas e um livro de ordem geral, onde são registradas todas as ocorrências do hospital e um arquivo de aço, de pastas suspensas, para guarda dos prontuários. Esse arquivo é organizado por uma funcionária que recebeu orientação na Santa Casa de Presidente Prudente.

Essa funcionária realiza também, a seleção sócio-econômica dos pacientes, para fins de admissão. Mediante essa seleção, os pacientes são classificados em pagantes ou não pagantes, a seu critério. Não há qualquer classificação previamente estabelecida para tal seleção, como também não é exigida qualquer documentação para comprovar a validade da informação verbal do paciente, e a possibilidade que o mesmo tenha para pagar ou não, bem como de usufruir de direitos previdenciários, que até o momento não são oferecidos pelo Hospital.

6.2.6.11 SUGESTÕES

As proposições visam contribuir para a melhoria da estrutura administrativa e da qualidade médico-assistencial do paciente internado, visto que o diagnóstico estabelecido na primeira etapa, foi apenas de apresentação do que se levantou. Serão então enfatizados os requisitos mínimos de técnica e organização, a fim de que se determinem os objetivos de um nosocômio.

Assim a adequação dessa proposição será teoricamente recomendada, levando-se em consideração critérios prioritários.

1ª FASE: Deve-se estabelecer um método de estudo para o desenvolvimento dos serviços obedecendo-se o seguinte:

ORGANIZAÇÃO

Elaborar um gráfico mostrando as relações existentes entre a "linha" e o "staff" da instituição.

O Conselho ou Mesa Administrativa para o futuro deverá imbuir-se de suas atribuições para progredir melhora os seus recursos, com a finalidade precípua de assistência à população do município de Martinópolis.

Diante disso, deverá o Hospital concorrer para a formação de elementos da Direção, através de cursos de administração hospitalar para exercerem a função de diretor. Não se aconselha que essa função seja uma atribuição do Provedor.

Para que o Hospital possa desenvolver uma assistência mais qualitativa a seus pacientes, uma vez que futuramente a Instituição irá ter a responsabilidade de vários convênios, alguns já firmados e outros ainda à espera de definição, lembramos que os serviços existentes sejam constituídos da seguinte forma:

DEPARTAMENTO CLÍNICO: englobando os Serviços Auxiliares, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Obstétrica, Pediatria e Ortopedia.

DEPARTAMENTO TÉCNICO: englobando o Serviço de Enfermagem, Nutrição e Dietética, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Farmácia, Serviço Social Médico.

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO: abrangendo os Setores de Pessoal, Financeiro e Contábil, de Compras e Almoxarifado, Lavanderia, Zeladoria e Serviços de Manutenção.

O contador deverá desenvolver um rigoroso sistema contábil para com o controle financeiro e de bens da instituição. O almoxarifado para racionalização e controle do material usado. O setor de compras dará nova padronização na aquisição de material, seja ele, alimentos ou medicamentos.

A reorganização de setores é indispensável à administração, enfermagem, nutrição e lavanderia. Deve haver controle estatístico, contábil e financeiro de pessoal e de material.

O controle estatístico é atribuído ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (S.A.M.E.), contando com o sistema de coleta e análise de dados estatísticos.

A organização da estatística hospitalar deverá fornecer informações de modo a permitir uma análise, quando necessário, levando-se em conta os seguintes índices e coeficientes hospitalares, globais e setoriais:

- coeficientes de mortalidade hospitalar: geral, específico, pós-operatórios, néo-natais; materna, pós-anestésico.
- média de permanência, porcentagem de ocupação, índices de infecção e complicações pós-operatórias, produção do centro cirúrgico e obstétrico, procedência do paciente, distribuição de pacientes internados por sexo, grupo etário e entidade mantenedora.
- outros indicadores hospitalares: consulta médica, internação, alta hospitalar, alta de internação, alta de ambulatório, alta hospitalar, domiciliar, nascido vivo, óbito hospitalar, óbito hospitalar institucional, óbito operatório, óbito pós-operatório, óbito por anestesia, óbito materno, óbito fetal ou morte fetal, óbito de criança, óbito neonatal, óbito infantil, óbito de adulto, dia hospitalar, paciente dia, leito dia, média de paciente dia, porcentagem de ocupação hospitalar, índice leito-servidor, índice de rotatividade de leito.

O controle contábil-financeiro do hospital deverá constar essencialmente de: registro em livros contábeis, levantamento de custos mensais e anuais de todo hospital, avaliação do custo de paciente-dia com a discriminação das despesas por centro de custo, registros separados segundo centros de custos, material permanente de consumo e fornecedor, balancetes mensais, balanços semestrais, controle dos bens imóveis (valorização, depreciação e aquisições), cadastramento dos bens móveis (com identificação por peça, constando data de aquisição, fornecedor, procedência, preço de aquisição, localização, destino e descrição).

Deve-se dar também uma atenção especial para o controle de pessoal, ou seja, número de servidores em exercício: afastado, admitido, demitido; condições de saúde do pessoal, controle periódico do tempo ocioso; ausência e pontualidade.

Deverá ser incluído no setor de material o controle de todo o material de consumo do almoxarifado e da farmácia em fichas especiais, constando o estoque, entrada e saída, data, quantidade e destino. Controle do instrumental médico, cirúrgico e dos utensílios por espécie, constando data e preço de aquisição, nome do fornecedor, quantidade existente, especificação, localização e destino. Controle de inutilizações, perdas e consertos (por setor e por material). Controle de requisições, por setor de consumo.

Avaliação e julgamento de capacidade e adequação geral de cada indivíduo. Do mesmo modo devem ser determinadas as funções e os executores, o custo dessas funções. É importante que se faça, nesse estágio, planos para a delegação dessas funções.

DIRETRIZES

1. Devem ser elaborados manuais das diretrizes ou práticas consideradas como padrão, porém o pessoal deverá estar bem informado que tange à sua aplicação e de como pô-la em prática.

FLUXO DE TRABALHO

1. Deve ser preparado um esboço dos departamentos.
2. Fluxograma detalhado das principais normas e procedimentos.
3. Uma análise deverá ser feita periodicamente do conteúdo de trabalho de cada tarefa.

FÓRMULAS E RELATÓRIOS

Deverá ser elaborado um esquema onde as cópias de relatórios e comunicações quaisquer sejam endereçadas aos interessados e a distribuição para os restantes com o intuito de informação.

GUARDA DOS REGISTROS

Deve ser determinado o método de requisição e guarda dos suprimentos do Hospital. Da mesma forma deve-se estipular métodos de arquivamento e fazer circular os registros.

MÉTODOS

Os métodos devem ser uniformizados, analisados e revistos, a fim de que sua padronização não sofra solução de continuidade.

2ª FASE: Ao considerarmos a Organização Administrativa como uma prioridade realizável a curto prazo, não podemos deixar de considerar também como prioritários, embora passíveis de soluções a médio e longo prazo, os seguintes aspectos, aqui apresentados segundo sua ordem de importância:

CENTRO CIRÚRGICO

- Deverá ser isolado das áreas de circulação geral do Hospital, a fim de evitar circulação pelo seu interior, como vem acontecendo atualmente. Isso para evitar sua contaminação. Portanto, sugerimos, seja feito um estudo no sentido de melhor localizar o Centro Cirúrgico de forma a bloquear a circulação interna a todo o tráfego estranho ao serviço.

- o piso, atualmente em ladrilho hidráulico, poderia ser revestido com material de fácil conservação e limpeza (piso de tipo macio).

- Deverá, ainda, o Centro Cirúrgico contar com vestiários e lavabos para a equipe que ali trabalha, localizados de tal forma que o pessoal, após a troca de roupa entre diretamente na circulação interna do Centro Cirúrgico, sem ter que passar pela área externa.

CENTRO OBSTÉTRICO

- Na realidade hospitalar encontrada, deverá o Centro Obstétrico integrar a Unidade de Centro Cirúrgico. Dessa maneira, estará agrupado em um só conjunto - sala de operações (cirurgia) e sala de partos - formando uma única Unidade: Centro Cirúrgico e Obstétrico, observando-se as reformulações sugeridas anteriormente.

CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO

- O processamento de todo o equipamento e material médico-cirúrgico utilizado no atendimento aos pacientes deverá ser feito em local próprio, devendo sua localização ser estudada, tendo em vista a circulação para o abastecimento aos serviços de maior demanda (centro cirúrgico, obstétrico e emergência).

- Deverá possuir uma sala apropriada para recepção, exame e limpeza do material utilizado, outro local para esterilização, com autoclave horizontal e estufas e que o ambiente tenha condições para preparo e empacotamento do material a ser esterilizado.

- Deve-se observar a disposição racional dos locais para os trabalhos acima, a fim de que não ocorra o cruzamento de material esterilizado com material não esterilizado, sem prejudicar seu fluxo contínuo.

- A unidade deverá possuir, ainda, local para estocagem de material esterilizado, separado do material que não será esterilizado.

Portanto, deve-se estudar outro local mais adequado a essa finalidade, que não o da atual sala de esterilização, provido-a dos equipamentos mínimos necessários.

RADIODIAGNÓSTICO

- Deverá contar com um aparelho de Raios X mais potente, para radiografias contrastadas.

- Criação de arquivo com fichário, para radiologia.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Isolamento - deverão ser adaptados quartos, tanto para a ala feminina, como para a masculina e para a Pediatria.

- Os pacientes deverão ser agrupados segundo as especialidades assim definidas:

- Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica.

- Isso facilitaria o trabalho do pessoal da enfermagem, bem como dos médicos.

BERÇÁRIO

- Deverá ser reservada uma área de isolamento para recém-nascidos patológicos e suspeitos, bem como para prematuros, separada da área de recém-nascidos normais e não usando o mesmo local para os 3 casos, como atualmente vem sendo feito.

RECEPÇÃO

- A sala de recepção, localizada na entrada principal, deverá contar com um setor de informações sobre o estado de saúde dos pacientes, a fim de não sobrecarregar os médicos e o pessoal de enfermagem.

- com a implantação do setor de convênios, deverá ser treinado funcionário para o atendimento desse tipo de paciente.

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

- Deverá ter sala própria, próxima à entrada principal do Hospital, a fim de facilitar o acesso de pacientes.

- Deverá contar, ainda, com uma sala para pequenas cirurgias, adequadamente equipada.

AMBULATÓRIO:

- Deverão ser reservadas salas, que funcionarão como consultórios para atendimento clínico (consultas, prosseguimento de tratamento).

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA:

- Padronização de cardápios, com diferentes dietas, se possível, sob orientação de nutricionista.

- Organização da despensa, com controle dos gêneros através de fichas.

- Organização de Lactário, independente da área da cozinha.

LAVANDERIA

- Poderá ser estudado o aumento da capacidade das máquinas.

- Deve-se evitar o uso da área externa para secagem de roupa.

- Organização de setor de reparos e confecção de roupa hospitalar.

OUTRAS SUGESTÕES

- Elaboração de Regimento do Corpo Clínico, bem como organização do mesmo.

- Elaboração de rotinas escritas para os diferentes serviços.

- Criação de área para recreação dos pacientes da Clínica Pediátrica.

- Uniformização do horário de visitas (dia e horário).

- Utilizar o sistema de solicitação de doadores de sangue, quando da internação de não contribuintes.

6.2.6.12.1. Análise

- Quartos e Enfermarias

De conformidade com os conceitos ministrados pela disciplina de Administração Hospitalar de F.S.P. a Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis está em modesta posição que possibilite uma cobertura hospitalar de toda população do município, uma vez que se considerarmos 4,5 a 5 leitos por mil habitantes. Desse modo vamos achar para os dias atuais um déficit de 90,83% ou melhor, 9,17% do que seria necessário para atender toda a população. Diante dessas considerações, podemos dizer que os 68 leitos existentes somente poderão baseando-se nos mesmos conceitos da FSP atender a 58,62% da população de Martinópolis.

Isto significa que haverá, a curto prazo, necessidade de que a atual Santa Casa de Misericórdia passe a cogitar em aumentar as suas dependências, no sentido de realmente, atender a toda a população, tendo em vista que brevemente estará em funcionamento convênios com instituições de previdência social, já que o FUNRURAL tem 20 leitos a sua disposição.

Tabela nº 55 - Número de leitos necessários para a população atual, segundo os leitos existentes na Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider Martinópolis - 1974

Tipo de hospital	Nº de Estab.	Nº de leitos			Total de Leitos	Total Pop.	Nº de Leitos/ mil hab.
		Gret.	FUNRURAL	PAG			
Geral	1	23	20	25	68	25686	116

Fonte: Inquérito hospitalar

O hospital dessa forma terá, como é observado na tabela que elevar para 98 o número de leitos, para poder prestar uma assistência médico-hospitalar eficiente.

Considerando o conceito anteriormente citado e, ainda, tendo como base o "Regulamento da Promoção, Preservação e Recuperação da Saúde", no campo de competência da Secretaria de Saúde do Estado (Decreto nº 52497, de 21-07-1970), invocamos o artigo 107, que determina os mínimos de áreas construídas destinadas a enfermarias e quartos: 14 m² para dois leitos e 8 m² para um só leito.

De acordo com o enunciado acima, podemos considerar em relação aos quartos os dados enumerados na tabela 56

Tabela 56 - Número de quartos, segundo sua área na Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis - 1974

Unidade m ²	Quartos
13,8	10
8,97	3
7,29	1
11,02	1
14,00	1
14,40	1
10,53	1
12,87	1
12,80	1
TOTAL	20

Fonte: inquérito hospitalar

1. dez quartos com a área de 13,8 m² não possuem condições de colocar cama para acompanhante ou outro leito. Deverá ficar, portanto, somente com um leito.
2. três quartos com uma área de 8,97 m², não tem disponibilidade de colocação de outro leito para paciente ou acompanhante. O mesmo ocorre com os demais, assim sendo: 7,29 m², 11,02 m², 10,53 m², 12,87 m² e 12,80 m².
3. os quartos têm dimensões de 14,00 e 14,40 m² devem ser usados por uma cama para emergência, seja ela para acompanhante ou paciente. Portanto, se considerarmos apenas o paciente haverá 22 leitos e 20 quartos.

Tabela 57 - Número de enfermarias, segundo a sua área na Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis - 1974

Unidade de m ²	Enfermaria
18,45	6
23,80	3
19,80	2
22,80	1
17,10	1
Total	13

Fonte-: inquérito hospitalar

A tabela 57 representa uma análise de área construída e o número de enfermarias. Dentro da conceituação de que são 13 (treze) a soma total de enfermarias distribuídas no Hospital, chega-se à conclusão seguinte:

1. seis enfermarias com área de 18,45 m², cada uma, podem perfeitamente acomodar 3 leitos, em razão de sua dimensão estar dentro das normas de construção (18m²)
2. as 3 enfermarias de 23,80 m² também podem acomodar 3 leitos, dentro das normas em vigor, todavia, lembrando a necessidade de de leitos, justifica-se que esses dependências contenham 4 leitos, muito embora a determinação para 4 leitos seja de 24 m².
3. as 3 enfermarias, respectivamente, com áreas de 19,80 m², 22,80 m², esta última deve conter apenas 3 leitos e não como

consta da tabela, essa colocação do problema vai de encontro com as necessidades do Hospital que através de uma reorganização beneficiar-se-á com mais de 2 leitos.

4. a enfermaria correspondente a área de 17,10 m², com 1 leito, também com a adoção do critério de reorganização, deve acomodar 2 leitos e que a atual denominação de enfermaria seja identificada como quarto de 2 leitos.

6.2.6.12.2. Pacientes Internados - Contribuintes e Não Contribuintes

A população de Martinópolis segundo o Plano Diretor - 1973, apresentado pela Prefeitura local é de 25.011 habitantes. Fazendo-se uma comparação do total de pacientes internados, sejam eles contribuintes e não contribuintes, que transitaram pela Santa Casa é irrisória, ou de outra forma, o Hospital local não chegou a atender 25% da população prevista. As razões que o Hospital não atende a um maior número de pacientes, esclarece-se em consonância com a total falta de convênio com os Institutos previdenciários.

As tabelas 58 e 59 demonstram uma evolução crescente de ano para ano. Retratando o período de 1970 para 1971, houve um acréscimo de pacientes contribuintes na razão de 27% em relação a anos anteriores. Os pacientes não contri

buintes chegaram a alcançar no mesmo período um acréscimo de 23%.

O período relativo a 1971/1972, e apresentaram um acréscimo de 1%, no que se refere ao anterior, quer sejam pacientes contribuintes, quer sejam não contribuintes.

Com relação a 1972/1973, o resultado de acréscimo de procura ao hospital, recebeu um aumento de 5%, em correspondência ao período anterior.

O equacionamento da análise anterior e levando-a para o campo econômico, sem considerarmos detalhes de custos que normalmente pesariam na balança financeira de Santa Casa. Verificamos que o que se recebe do paciente contribuinte é dispendido para o paciente não contribuinte.

O crescimento referente ao período 1970/1973 é da ordem de 35,69% para pacientes contribuintes evidenciando-se no mesmo período uma razão de 31,34% para pacientes não contribuintes. O que representa um superavit de aproximadamente 4% para o Hospital.

Tabela 58 - Total Geral de pacientes internados ,
segundo a contribuição - Santa Casa
de Misericórdia de Martinópolis - ano
1970 - 1973.

Anos	Contribu- intes	Não Contri- buintes	Total
1970	622	1056	1678
1971	791	1298	2089
1972	800	1316	2116
1973	844	1387	2231

Fonte: inquérito hospitalar

Tabela 59 - Percentual de pacientes internados,
segundo a contribuição - Santa Casa
de Misericórdia de Martinópolis

Anos	Total de Enfermos	% Não con- tribuintes	% de con- tribuintes
1970	1678	62,93	37,07
1971	2089	62,13	37,87
1972	2116	62,49	37,81
1973	2231	62,17	37,83

Fonte: inquérito hospitalar

A procura para tratamento no Hos-
pital de Martinópolis é mínima. Em razão
de que a maioria da população do município
procura médico particular para tratamento
e havendo necessidade de internação bus-
cam Hospitais das cidades mais próximas.
Acreditamos, enfim, ser mais viável essa
hipótese.

Diante disso, acreditamos que futuramente, com equipamentos modernos, com pessoal especializado e convênios com Instituições previdenciárias a população local passará a se utilizar com maior frequência dos serviços médico-assistenciais oferecidos pelo hospital local.

Tabela 60 - Percentual de pacientes gratuitos e pagantes atendidos, segundo a população na Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis - 1970-1973

Anos	População Geral estimada	Pagantes		Gratuitos	
		Total Geral	%	Total Geral	%
1970	23.090	622	2,70	1056	4,57
1971	23.713	791	3,33	1298	5,47
1972	24.354	800	3,28	1316	5,40
1973	25.011	844	3,37	1387	5,54

Fonte: Relatório anual das atividades da Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis e Inquérito Hospitalar.

Na tabela 60, se considerarmos o percentual de pacientes pagantes e gratuitos e comparando esses índices com o total da população relativo ao ano assinalado, podemos verificar que existe um crescimento de 2,7% no período 1970/1971, como também se observe nos anos 1971/1972 e 1972/1973, contudo, o crescimento de procura foi da ordem de 27,2%; 1,13%, índices que correspondem a 1971/72 e 1972/1973. Independente desses fatores o número de pacientes gratuitos sofreram um decréscimo de 22,9%; 1,38% e 5,39% referente ao período compre

endido entre 1970 a 1973.

A tabela nº 61 oferece o movimento de pacientes atendidos no período de 1971 a 1973, evidentemente observando a discriminação de contribuintes e não contribuintes, isso, também, de conformidade com a Clínica. Através desse quadro, verificamos naturalmente que os pacientes não contribuintes têm maior participação na assistência médico-hospitalar, o que, aliás, demonstra o caráter puramente filantrópico, sendo, portanto, uma entidade sem finalidade lucrativa.

Tabela 61 - Total de pacientes atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis segundo a Clínica e contribuição no período de 1970 a 1973.

Anos	C. Cirúrgica		Clínica Geral		Pediatría	
	Pagantes	Gratuitos	Pagantes	Gratuitos	Pagantes	Gratuitos
1970	94	132	311	532	178	227
1971	64	75	442	715	210	390
1972	66	77	444	720	213	397
1973	81	66	493	751	190	455

Fonte: Relatório anual das atividades de Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis e Inquérito Hospitalar.

Outros aspectos poderiam ser melhor focalizados, se levarmos em consideração que a Clínica Geral teve um maior movimento de pacientes no ano de 1973 em relação aos anos anteriores.

A Clínica Cirúrgica, conforme os resultados apresentados os casos foram bem menores, con-

tudo, há um movimento satisfatório no que se relaciona a um Hospital que muito pouco atende a população de Martinópolis.

O crescimento de procura em todas as clínicas, sobem gradativamente de ano para ano, isso em razão dos convênios recém firmados entre instituições previdenciárias e o Hospital.

6.2.6.12.3. Partos Normais e Cesarianas

As tabelas nºs 62, 63 e 64 demonstram outro aspecto da análise que realizamos baseando-se em dados fornecidos pelo próprio hospital, da qual temos em síntese uma conclusão interessante de ser apreciada e que, também, poderia ser fonte para um estudo social ou mesmo econômico. A conclusão é a seguinte:

1. Os partos normais realizados no Hospital tem maiores índices em pacientes não contribuintes, havendo uma diferença entre contribuintes e não contribuintes de 78 casos em 1970 e um número menor de casos durante o ano de 1973, equivalente a 33 partos. - Tabela 62. Em contrapartida, em cesarianas, as pacientes não contribuintes no ano de 1970, superou em 10 casos o total de partos desse espécie, realizados em pacientes contribuintes - Tabela 62.
2. Dos 122 partos normais realizados em 1970, 83,30% foram de pacientes não contribuintes, sendo que 18,30% representem pacientes contribuintes. As pacientes não contribuintes tem 61,4% das cesarianas efetuadas em 1970. Os índices crescem em 1971 para partos normais, do total de 109 partos, 61,5% correspondem a pacientes não contribuintes e 38,5% para pacientes contribuintes. Ao contrário dos partos normais as

cesarianas tiveram uma queda em 1971 de 38,9% para pacientes não contribuintes e 61,1% para as pacientes contribuintes.

3. Esses dados significam que as pacientes de melhores condições financeiras preferem resolver o problema referente ao parto, através do parto cirúrgico(cesariana). Por outro lado, as pacientes de pouco poder aquisitivo são as que na sua maioria dão a luz por intermédio do parto normal.

Tabela 62 - Total geral de partos normais e cesarianas segundo as pacientes contribuintes e não contribuintes na Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider - Martinópolis - 1970-1973

Anos	Partos				Total Geral
	Normal		Cesariana		
	Contri- buinte	Não Con- tribuinte	Contri- buinte	Não Con- tribuinte	Partos
1970	22	100	17	27	166
1971	42	67	33	21	163
1972	43	69	34	22	168
1973	46	79	34	22	181

Fonte: Relatório Anual das atividades da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider Martinópolis.

Tabela 63 - Diferença de partos normais e cesarianas em pacientes, segundo a contribuição

Anos	Contribuinte			Não Contribuinte		
	Partos		Dife- rença	Partos		Dife- rença
	Normal	Cesa- riana		Normal	Cesa- riana	
1970	22	17	5	100	27	73
1971	42	33	9	67	21	42
1972	43	34	9	69	22	47
1973	46	34	12	79	22	57

Fonte: Relatório anual das atividades da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider.

Tabela 64 - Relação percentual existente entre o número de partos normais e cesarianas realizados em pacientes, segundo a contribuição na Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider - Martinópolis

Anos	Partos					
	Normais			Cesarianas		
	Total	% Con- trib.	% não contrib.	Total	% Con- trib.	% não contrib.
1970	122	18,3	83,3	44	38,6	61,4
1971	109	38,5	61,5	54	61,1	38,9
1972	112	38,4	61,6	56	60,7	39,3
1973	125	36,8	63,2	56	60,7	39,3

Fonte: Relatório anual das atividades na Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider

6.2.6.12.4. Nascidos Vivos e Nascidos Mortos

Tabela 65 - Relação percentual entre nascidos vivos e mortos, segundo a contribuição - Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider - Martinópolis - 1970-1973

Anos	Nascidos Vivos			Nascidos Mortos		
	Total	% Não con- tribuintes	% contri- buintes	Total	% Não con- tribuintes	% Contri- buintes
1970	105	47,61	52,39	66	69,70	30,30
1971	160	56,25	43,75	2	100,00	-
1972	168	55,95	44,05	3	66,66	33,33
1973	179	60,89	39,11	2	100,00	-

Fonte: Relatório anual das atividades da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider

Tabela 66 - Total de nascidos vivos e nascidos mortos, segundo a contribuição - Sta. Casa de Misericórdia Pe. João Schneider Martinópolis - 1970-1973

Anos	Nascidos Vivos			Nascidos Mortos		
	Contri- buintes	Não Con- tribuin- tes	Total	Con- tribu- intes	Não Con- tribu- intes	Total
1970	55	50	105	20	46	66
1971	70	90	160	-	2	2
1972	74	94	168	1	2	3
1973	70	109	179	-	2	2

Fonte: Relatório anual das atividades da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider.

Uma comparação entre as tabelas 65 e 66 nos apresenta uma característica importante para a organização social do Município de Martinópolis é o número de nascidos vivos e nascidos mortos de acordo com a contribuição. Podemos observar que há uma predominância maior nos índices de nascidos vivos de pacientes não contribuintes, do que dos pacientes contribuintes. Dessa maneira, no ano de 1971, dos 160 nascidos-vivos, 56,25% pertencem a pacientes gratuitos para um valor de 43,75% de pacientes pagantes.

Em decorrência, os índices de nascidos mortos para pacientes não contribuintes também são maiores, de conformidade com os resultados do ano de 1970 e cujo significado desse elevado número ficaram sem informação, uma vez que a Santa Casa local não dispunha de dados para explicação àquela situação então verificada. Mesmo assim, os pacientes contribuintes obtiveram maior chance, pois em 1970 teve 30,30% de nascidos mortos em relação ao total e, em 1971 e 1973 não houve índice de nascidos mortos de pacientes pagantes.

- Pesquisa de Opinião

A Santa Casa de Misericórdia de Martinópolis apesar de números insuficientes de leitos, observa-se na população o interesse e a satisfação pelo seu atendimento, conforme se verifica na tabela 67.

Tabela 67- Opinião da população do município de Martinópolis, segundo o atendimento hospitalar recebido na Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider

Perguntas	Zona Rural		Zona Urbana	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Bem	104	69,33	89	60,13
Razoável	15	10,00	10	6,77
Mai	-	-	2	1,35
Não sabe e/ou sem informação	-	-	2	1,35
Não se aplica	31	20,67	45	39,40
Total	150	100,00	148	100,00

Fonte: Inquérito domiciliar - 1974.

Das 148 pessoas pesquisadas na zona urbana, 71,62% sempre tiveram bom atendimento no hospital. Já na zona rural o índice atinge a 84% dos 150 formulários aplicados.

Os 20% dos residentes da área urbana e os 12% dos residentes da área rural declinaram não ter procurado o hospital, devido a problemas relacionados à distância, receitas caras (2,70%); contudo 8,11% responderam que nunca precisaram dos préstimos da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider de Martinópolis.

Dos 50% dos entrevistados já haviam tido parentes internados em diferentes situações e tipos de diagnósticos consideraram os cuidados que tiveram da Santa Casa como bons, respondendo 60,13% de zona urbana e na zona rural em contrapartida, 1% do total pesquisado reclamaram do mau atendimento.

A todos em que particularmente nós entrevistamos, dizem- "Fomos bem atendidos, porque estávamos pagando". A isso podemos tirar conclusões não satisfatórias para nossa análise, muito embora, os dados nos indicam que o movimento de paciente não contribuinte seja bem alto.

Levantamos um dado importante para essa análise, ou seja, que 45,95% pagaram a Santa Casa, isso na zona urbana.

Considerando esse pagamento como meio de se sustentar, uma vez que a Santa Casa é filantrópica, pois somente está em funcionamento o convênio recém firmado com o FUNRURAL, Não funcionando os convênios com outras instituições, fica a Santa Casa de Martinópolis relegada a verbas pequenas e consequentemente provoca uma assistência médico-hospitalar que ainda está longe de ser a ideal para a população.

Outra particularidade da população local, é a preferência pela procura do médico particular (31,08%). O hospital vem a seguir 22,98% na zona urbana. Mas, o que mais chamou atenção foram as respostas de 36% dos entrevistados recorrerem ao farmacêutico, antes de qualquer iniciativa, até mesmo de ir ao médico.

A procura do farmacêutico é influenciada, por ser um morador antigo no município, pela sua prática, e pelo seu nome ser bem conhecido na região. Por outro lado, assistência hospitalar na região se resume ao da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider, com sete médicos e um posto de saúde que funciona precariamente, incluso que está no Posto de Puericultura local. Desse modo, o indivíduo morador na zona rural só tem em primeira instância que recorrer ao farmacêutico mais próximo.

O hospital vem logo a seguir 20,67% o que demonstra, como parte social, que o FUNRURAL já funciona plena e satisfatoriamente. Os 15,43% para a procura dos médicos é uma taxa bem real da situação da região pois são poucos.

O hospital não contando com verbas governamentais ou doações específicas leva a crer que a entidade encontrará dificuldades para a realização dos projetos de emplicação ainda não apresentados para aprovação. A captação de recursos junto à comunidade e também, através dos Institutos previdenciários, talvez seja a solução que se apresente para o futuro.

Certamente que as principais lacunas em contradas serão preenchidas com equipamentos e pessoal especializado, tendo em vista as novas diretrizes lançadas pela atual direção da Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider.

A Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider de Martinópolis recebe anualmente da Prefeitura local, a título de subvenção a irrisória importância de Cr\$5.000,00. Todavia, essa verba ficou por 4 anos em depósito na Tesouraria de edilidade, porque, a anterior administração do hospital simplesmente desconhecia a sua existência.

Após 3 anos de atraso, a verba correspondente ao montante de Cr\$15.000,00 a haver junto à Prefeitura está sendo creditada ao hospital, em parcelas semanais de Cr\$1.000,00. Esta forma de pagamento foi conseguida graças ao interesse do atual contador que entrou em entendimentos com o tesoureiro da Prefeitura de Martinópolis, obtendo êxito em sua diligência. Vale considerar ainda que o acordo estabelecido entre os responsáveis é verbal. Basta somente o contador apresentar a requisição de im—

portências para que o tesoureiro proceda o seu pagamento.

A Santa Casa de Misericórdia Pe. João Schneider possui incorporado ao seu patrimônio um terreno localizado no quadra 19 de rua Indianópolis (zona urbana) com área de 6.400 m², de topografia plana, sem qualquer benfeitoria. Em futuro próximo a atual direção pretende adotar nesta área o cultivo de horta e pequeno pomar, cuja produção será destinada ao consumo de próprio nosocômio.

Não há conhecimento a respeito dos motivos de que não houve depreciação para equipamentos, imóveis e máquinas, pois, segundo conceito econômico, esses dados devem ser apresentados e não o fazendo tem-se a idéia de que os mesmos não perdem os seus valores de origem.

As atividades relativas aos lucros e perdas, poderiam ser mais resumidos no que diz respeito às contas apresentadas. Muitos dos itens apontados nos balancetes poderiam ser englobados numa só conta dando assim, um aspecto estético ao trabalho.

Com a atual direção administrativa, com boa vontade e coragem reinante, acreditamos que a Santa Casa ganhará com isso nova organização financeira com relatórios mais apresentáveis, uma vez que o aspecto financeiro é tão importante quanto os Serviços Técnicos e Serviços Médicos.

6.2.7. ODONTOLOGIA SANITÁRIA

Conhecer a prevalência da cárie dental, identificar a existência das áreas problemas da comunidade e procurar apresentar meios para a sua redução, bem como conhecer a atitude da população em relação a demanda aos serviços odontológicos, que são públicos ou privados.

- Levantamento da Cárie Dentária

Índice usado - CPOD (Klein e Palmer)

Área examinada:

Gesc. "Alberto Santos Dumont"

Número de alunos examinados = 276

Idade: 7 a 12 anos

Resultados obtidos:

Tabela 51 - Componentes médios de dentes cariados, obturados, extraídos e com extrações indicadas, em uma amostra colhida na cidade de Martinópolis entre escolares na faixa etária de 7 a 12 anos em agosto de 1974

Idade	Nº de Crianças	\bar{X} C	\bar{X} O	\bar{X} E	\bar{X} Ei	\bar{X} CPO
7	50	3,62	0,42	0,04	0,08	4,16
8	50	2,90	0,52	0,22	0,20	3,84
9	50	3,68	0,62	0,22	0,34	4,86
10	50	5,00	0,70	0,64	0,36	6,70
11	40	5,42	0,17	0,30	0,58	6,47
12	36	8,25	0,33	0,55	0,64	9,77

Fonte: pesquisa direta.

Tabela 52 - Componentes percentual de dentes cariados, obturados, extraídos e com extrações indicadas ao CPO total das idades de 7 a 12 anos em amostra obtida na cidade de Martiñópolis em agosto de 1974

Idade	Nº de Crianças	C	O	E	Ei	CPO %
7	50	87,10	10,10	0,96	1,92	100
8	50	75,52	13,54	5,73	5,21	100
9	50	75,72	12,76	4,52	7,00	100
10	50	74,62	10,47	9,55	5,36	100
11	40	83,78	2,71	4,63	8,88	100
12	36	84,38	3,41	5,68	6,53	100

O resultado do levantamento nos indica um ataque de cárie dentária, de média para muito alta, na população observada. Há bem maior incidência de dentes cariados do que obturados, em todas as idades.

Tabela 53 - Relação - médias nacionais do ataque da cárie dentária através do índice CPO

Muito baixo	1,07 — 2,24
baixo	2,24 — 3,41
médio	3,41 — 5,75
alto	5,75 — 6,92
Muito alto	6,92 — 8,09

Fonte: disciplina de Odontologia Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Recursos

Existem na cidade 2 grupos escolares, com um total de alunos matriculados de 1265 crianças e que recebem atendimento odontológico da seguinte forma:

- Gesc. "Profa. Adelaide Cesar de Moura Bastos"
 - Nº de alunos matriculados - 650
 - 1 C. Dentista em RDE do SDE
 - 1 consultório com alta rotação
 - não possui auxiliar

Neste estabelecimento de ensino encontramos 312 crianças com tratamento completo, e as restantes em tratamento de manutenção, onde pudemos verificar que os serviços ali executados são excelentes e consideramos esta área totalmente coberta com satisfação.

- Gesc "Alberto Santos Dumont"
 - Nº de alunos matriculados - 615
 - 1 C. Dentista em RDE do SDE
 - não possui auxiliar

Não possui consultório instalado, mas, a Prefeitura local já comprou os equipamentos necessários e está aguardando a entrega para sua instalação. Construiu uma sala dentro dos requisitos exigidos para o seu bom funcionamento. No momento as crianças são atendidas em uma Unidade Móvel da Prefeitura que ali foi instalada para tal fim.

Não possui alta rotação, e o seu estado de conservação é médio mas encontramos neste estabelecimento de ensino, as crianças com tratamentos iniciados e um serviço de urgência, pois com os recursos que o profissional possui, podemos constatar também excelente qualidade de trabalho e muita dedicação do mesmo.

Dentro da nossa observação podemos concluir que a cobertura à área escolar em geral não está sendo satisfatória, porque somente as crianças da zona urbana e de 2 Gescs. apenas é que recebem atendimento odontológico e as demais estão totalmente descobertas destes serviços., perfazendo um nº de 2000 escolares.

Nada é feito para prevenção da cárie dentária neste setor.

A cidade possui 4 cirurgiões-dentistas assim distribuídos:

3 fazem clínica geral, possuem aparelho de alta rotação, e somente 2 trabalham com auxiliares e possuem aparelho de R.X., atendem em média 10 pacientes por dia, cada um, 1 somente faz cirurgia.

O Centro de Saúde local não possui este tipo de serviço. A Prefeitura tem uma unidade volante e que está atualmente instalada no Gesc. "Alberto Santos Dumont".

- Área Problema

Esta não só está apreente no setor escolar, como é maior ainda para a população em geral, que não conta com serviços odontológicos pois a cidade não tem nenhuma instituição previdenciária ou assistencial, além do SDE em apenas dois grupos escolares.

Nada também é feito na cidade como medida preventiva à cárie dentária; podemos estimar que 79% da população está totalmente sem a menor assistência neste setor odontológico.

Martinópolis possui 1 cirurgião-dentista para 5758 habitantes, o que podemos considerar que, esta relação está abaixo do coeficiente da realidade nacional.

- Aproveitamento dos Recursos

Podemos considerar aproveitamento dos recursos existentes, quando for instalado o consultório odontológico no Gesc. "Alberto Santos Dumont", porque assim será liberada a unidade volante da Prefeitura local, e com ela poderá ser coberta as áreas mais distantes e sem possibilidade deste tipo de assistência, principalmente a zona rural. Como prioridade deve-se dar ênfase aos escolares desta região, dado que grande número deles ficam automaticamente excluído do programa, por falta de acesso ao mesmo.

Outra medida que demanda urgência na sua implantação é a de prevenção, pois é utópico pensar solucionar o problema da cárie dental sem fazer prevenção.

- Sugestões

Dado as reais necessidades existentes é de nosso parecer a instalação de um consultório odontológico no Centro de Saúde local, em caráter de urgência, pois esta repartição atinge grande, ou a maior parte da população descoberta deste serviço.

Pela dificuldade e condições de trabalho para se implantar a aplicação tópica de fluor como nos foi dado a conhecer, embora que este tipo de prevenção também deva ser pensado, consideramos válido programar a introdução de comprimidos de fluor ou de outras medidas que possam atingir os escolares mais distantes, beneficiando-os com este tipo de prevenção.

Para a população da zona urbana, sugerimos a fluoretação da água do sistema de abastecimento pois esta região também não conta com nenhum tipo de prevenção da cárie dental.

Com isto exposto, procuramos demonstrar a real situação nesta área de Odontologia Sanitária, e trazer sugestões de urgência para melhorar o atendimento da população em geral.

Com tudo observamos que, deve-se ter o devido cuidado de não aprofundar o programa de atendimento, e sim, estendê-lo o mais possível com a finalidade de aumentar a cobertura das áreas problemáticas.

6.2.8. Outros recursos da comunidade

6.2.8.1. FUNRURAL

Faz aproximadamente seis meses que se iniciou o atendimento por este órgão, na cidade de Martinópolis. Não possui consultório próprio ainda, mas há três médicos que atendem nos dois períodos. Os instritos têm direito à assistência médica pagando 20% da tabela do INPS. Existe um convênio com a Santa Casa para a hospitalização. o FUNRURAL mantém contrato com um laboratório de Presidente Prudente que atende os pacientes encaminhados pela instituição, cobrando 50% das taxas fixadas. Com o novo laboratório instalado em Martinópolis, talvez este aspecto melhore. Sem dúvida ainda teriam que se re-

6.2.8.2. INPS

Existe uma percentagem relativamente alta da população urbana (50%) amostrada e compreensivelmente baixa da rural (24%) que está filiada ao INPS. O fato de não existir no município consultório do mesmo, constitui um autêntico problema para os seus beneficiários, manifestado inclusive pelos próprios através da pesquisa realizada pelo grupo, tendo que se deslocarem até Presidente Prudente. Os índices progressivamente altos de óbitos nesta cidade se devem em grande parte, provavelmente, a este fato. O estabelecimento de um convênio com a Santa Casa de Martinópolis é um fato importante e necessário para os associados. Por outro lado, se não se planeje com grande perspectiva a disponibilidade do hospital no que diz respeito a toda a população do município, seja ou não associada, alguns setores poderiam se prejudicar. Consideramos que este plano deve ser feito com um enfoque global de Saúde Pública, onde o hospital teria que responder de acordo com as prioridades da comunidade.

Apesar de fato de que o futuro da assistência médica em Martinópolis está em mãos do FUNRURAL e INPS, devemos ter em conta que seu trabalho é puramente assistencial e não preventivo e é esta a orientação que realmente deveria ser potencializada por seu atual enquiloseamento e sua irrefutável prioridade.

resolver dois aspectos fundamentais para a melhora da assistência aos associados: organização do atendimento odontológico e sobretudo a disponibilidade de medicamentos que às vezes neutraliza as vantagens que por outro lado o Sindicato dos Trabalhadores Rurais oferece na assistência à doença dos trabalhadores e suas famílias.

O FUNRURAL acolhe tanto os associados do Sindicato de empregadores como de trabalhadores. Apesar do pouco tempo que o FUNRURAL tem no município pensamos que o grau de assistência recebido pelo trabalhador rural tem melhorado significativamente. O número de inscritos não cobre ainda a população suscetível de seus associados (tabela 50). É por isso que consideramos que se deve estimular a procura do serviço através de uma informação mais ampla.

Tabela 50 - Direito à previdência social da população amostrada, segundo zonas urbana e rural, Município de Martinópolis, 1974.

Zona Previdência	Rural %	Urbana %	Total %
INPS	24	50	37
FUNRURAL	31	9	20
OUTROS	2	7	4
NENHUM	25	19	22
NÃO SE APLICA	18	15	17
TOTAL	100	100	100

Fonte: pesquisa direta.

Segundo o que pudemos observar na zona rural as famílias dos trabalhadores que não têm direito ao FUNRURAL são talvez os mais necessitados do mesmp.

6.2.9. Alimentação

Vimos, através do levantamento feito junto a população (tabela) que, 77,02% na zona urbana e 85,33% na zona rural tem renda familiar per capita inferior ao salário mínimo.

Esta renda baixa justifica em parte, uma dieta alimentar pobre em alimentos proteicos, que são os mais caros, principalmente na zona rural, onde as porcentagens encontradas pela pesquisa foram: 46,67% das famílias consomem leite diariamente, 24,00% consome carne e 30,00% ovos; comparado com a zona urbana onde, na mesma ordem temos 53,38%, 27,70% e 39.86%.

Também, verificamos que o consumo de verduras e frutas, principalmente na zona rural é muito deficiente; consumidas respectivamente por 35,33% e 15,33% das famílias entrevistadas.

Este fato já não pode ser justificado pela baixa renda per capita, somente, uma vez que poderia ser superado se cada família utilizasse adequadamente o quintal para produção destes produtos, isto se torna mais indispensável quando se sabe que estes alimentos provém de São Paulo, o que os torne mais raros para o consumidor. Das famílias entrevistadas, 93,92% na zona urbana e 97,33% das da zona rural possui quintal.

73,38% das famílias que possuem quintal na zona urbana e 82,19% das famílias da zona rural utilizem-no com hortas, pomar e criação de animais, principalmente galinha e porco. Outros animais como pato, coe-

lho e cabre são criados em pequena escala. A quase totalidade da produção dos quintais é usada para consumo próprio.

Mesmo a deficiência no consumo de proteína animal, poderia ser diminuída se fosse incrementada a criação de animais, como galinha, pato, coelho, cabre.

Tabela 49 - Utilização dos quintais, segundo a zona urbana e zona rural em Martinópolis em 1974

Zona	Quin- tal Utilizado	Não Uti- lizado	TOTAL
Urbana	102	37	139
Rural	120	26	146
Total	222	63	285

Fonte: Pesquisa direta

- Amamentação

Observando a tabela podemos apreciar em linhas gerais um hábito ainda bastante conservado para a amamentação materna sem diferenças notáveis da zona urbana para a rural. Assim, pois, somente 18,87 das mães não amamentam. Com esta situação é necessário orientar as mães na alimentação do infante e a amamentação racionalizada. A porcentagem de mães que amamentaram mais de 9 meses é a mais alta - 32,07%. É possível que entre estas crianças a alimentação baixa foi esta. De qualquer modo é preciso organizar as atividades por parte do Centro de Saúde programas em educação nutricional dentre outros programas de Pré-natal, palestras às mães, etc.

Tabela - Amamentação do último filho nas famílias da amostra do Município de Martinópolis

Tempo de Amamentação	Zona		Total %
	Rural %	Urbana %	
Está amamentando	3,73	8,39	6,03
1 — 3	21,38	20,61	21,50
3 — 6	20,64	8,39	13,20
6 — 9	7,46	9,16	8,30
+ de 9 meses	32,83	31,29	32,07
Não amamenta	15,67	22,13	18,18
Total	100,00	100,00	

Fonte- Pesquisa direta

6.2.10. Produtos Alimentícios

- Carne

Os abates são feitos nos sítios, fazendas e no matadouro local, que no momento não apresenta condições mínimas de higiene. É transportada para os açougues em condução comum (caminhão, caminhoneta, carroça, etc) É vendida por preço tabelado pela SUNAB. Os açougues visitados apresentavam condições de higiene satisfetórias (azulejo nas paredes e balcão, frigorífico e vendedor de avental).

Não há abatedouros avícolas. Algumas famílias vendem aves limpas, isto é feito sem nenhuma fiscalização.

- Leite

Vem dos sítios e fazendas e é vendido "in natura" à população ao preço de Cr\$1,40 o litro.

Existe dois lacticínios. Um (1) na sede do município, outro em um distrito (Teçaindá). A produção (queijos, e manteiga) é preticamente todo vendido para outras cidades. O lacticínio da sede tem uma produção de 12000 kg mensais.

Na fábrica, queijos e manteiga são guardados em câmara fria. Durante o transporte só a manteiga vai em isopor.

A produção de leite, que na safra é de 20000 l/dia aproximadamente, cai para mais ou menos 9000 l/dia no período de entre safra. Quando a escassez do produto se faz mais notada

-Ovo

Devido a grande quantidade de granjas que existem no município, a produção de ovos é muito grande e quase toda vendida para fora. Na cidade o ovo é vendido a mais ou menos 3,00/dúzia.

- Verduras e Frutas

Vem de São Paulo, o que as torna mais caras e difícil à população.

SUGESTÕES

Sistema Estatístico:

- Melhorar o sistema de registro de dados
- Estimular a notificação de doenças transmissíveis.
- Aperfeiçoar o preenchimento de atestados de óbitos.
- Estimular na população o registro de nascidos vivos.
- Registrar corretamente os casos de Natimorto.

Centro de Saúde

- Acelerar o projeto de instalação dos serviços em prédio definitivo e apropriado, com equipamento adequado.
- Completar o quadro de pessoal, conforme é previsto pela Secretaria de Saúde para um C.S.IV.
- Regularizar a Supervisão do pessoal auxiliar de Enfermagem, pela Enfermeira do Distrito.
- Organizar o serviço de visitação domiciliar, tendo como visitadora, de preferência uma mulher.
- Organizar o serviço de assistência a gestante, de tal maneira que satisfaça as necessidades da população local.
- Orientar e estimular a população quanto sua filiação no FUNRURAL.
- Estabelecer um programa de treinamento das curiosas, inclusive as da área mais distante da cidade. E que depois elas fiquem sob controle da visitadora.
- Instalar posto de saúde no Distrito de Teçaindá em colaboração com o FUNRURAL. A parte de triagem, orientação e vacinação ficariam a cargo de uma auxiliar ou atendente treinada, e a assistência médica periódica por um médico credenciado pelo FUNRURAL.
- Melhorar o sistema de registros dos vacinados.
- Concentrar a distribuição do leite em horário diferente do atendimento médico e em dias determinado, para melhor controle das vacinas das crianças do lactário e para aproveitar o horário com palestras segundo o programa de educação preestabelecido.

- Aumentar o número médio de consultas médica/hora, para atender a demanda real da clientela; estabelecendo horários específicos para as diferentes áreas prioritárias. Principalmente assistência à gestante e ao infante.

SUGESTÃO GERAL

Criação de um conselho de saúde, no qual participe representantes da Prefeitura, Hospital, Centro de Saúde, FUNRURAL, médico particular, e a comunidade, para estabelecimento de programas integrado de Saúde da comunidade.

6.3. SANEAMENTO AMBIENTAL

6.3.1. Abastecimento de água

6.3.1.1. Descrição do sistema

6.3.1.1.1. - Captação : O abastecimento público de água da sede do Município de Martinópolis é proveniente de lençol subterrâneo, cuja captação é feita através de 5 poços artesianos, estando - os quatro mais antigos localizados na periferia da cidade, na Vila Alegrete e o quinto recém construído para reforço do sistema existente, próximo ao reservatório elevado de distribuição.

Apresentam as seguintes características:

Poço nº 1= equipamento - bomba "ESCO" tipo turbina
 motor "ARNO" de 25 HP e 1.750 RPM
 220/380 V. - 60 Hz.

Poço nº 2= equipamento - bomba "ESCO" tipo turbina
 motor "GE" de 30 HP e 3.515 RPM
 220/380 V. - 60 Hz - 73/42 A

Poço nº 3= equipamento - bomba "ESCO" tipo turbina
 motor "GE" de 30 HP e 3.515 RPM
 220/440 V. - 60 Hz - 73/36.5 A

Poço nº 4= equipamento - bomba "ESCO" tipo turbina
 motor "ARNO" de 50 HP e 1.700 RPM
 220/380 V. - 60 Hz - 71/41 A

Segundo informações locais, este conjunto de 4 poços fornece uma vazão estimada de 150 m³/h, operando 18 h/dia, e têm profundidade superior a 100 m. De cada unidade a água é encaminhada para um reservatório de confluência de forma cilíndrica, em concreto armado, semi-enterrado, com capacidade de 600 m³.

Poço nº 5= equipamento - bomba "ESCO" tipo turbina, modelo-
8 M EB/10
motor "ARNO" de 40 HP e 1.750 RPM
Vazão de 60 m³/h, profundidade -
160 m., operação 18 h/dia.

Deste poço a água é encaminhada para um reservatório ao lado em concreto armado, semi-enterrado e de forma cilíndrica com capacidade de 650 m³.

6.3.1.1.2. - Recalque: O sistema dispõe de duas estações de recalque:

Estação nº 1 : Situada no campo da Vila Alegrete, destinada a recalcar a água armazenada no reservatório de confluência e proveniente dos quatros poços profundos para o reservatório elevado de distribuição.

O seu equipamento apresenta as seguintes características:

nº de conjuntos elevatórios: 3 unidades, sendo uma de reserva.

1. bomba KSB, vazão 180 m³/h
motor Arno de 75 CV e 3.550 RPM
2. bomba ESCO, vazão 200 m³/h
motor Bufalo de 75 CV e 3.450 RPM
3. bomba HERO, vazão 60 m³/h
motor Arno de 35 CV e 3.510 RPM

As vazões destas bombas são estimadas, baseadas em informações locais, sendo o período de operação de 20 h/dia. A bomba nº 3 destina-se ao abastecimento das granjas.

Estação nº 2 : Situada junto ao reservatório elevado e destinada a bombear para este a água armazenada no reservatório semi-enterrado oriunda do poço nº 5.

nº de conjunto elevatório: 1 bomba KSB, vazão 200 m³/h (estimada), operação 5 h/dia.
motor Arno de 75 CV e 3.510 RPM

- 6.3.1.1.3. - Adução : Da estação nº 1 de recalque, a água é aduzida através de uma tubulação de ferro fundido com 1.200 m. de extensão e diâmetro de 300 mm. e da estação nº 2, através de uma pequena tubulação de PVC com diâmetro de 200 mm, em ambos os casos para o reservatório elevado.
- 6.3.1.1.4. - Tratamento: A água de abastecimento público da cidade não recebe nenhum tratamento, sendo pois fornecida "in natura" à população.
- 6.3.1.1.5 - Reservação: O sistema de abastecimento dispõe de 3 reservatórios: um de confluência dos poços profundos do campo da Vila Alegrete, em concreto armado, com capacidade de 600 m³; outro de acumulação do poço nº 5, em concreto armado, com capacidade de 650 m³ e o terceiro, elevado, também em concreto armado, com capacidade de 450 m³, responsável pela distribuição.
- 6.3.1.1.6 - Distribuição: A rede de distribuição abrange quase toda a zona urbana, sendo sua extensão da ordem de 32.500 m., compreendendo tubulações nos diâmetros de 50 a 200 mm. em ferro fundido e mais 8.500 m. Fora do perímetro urbano para atendimento das chácaras e granjas, com um total de 2.080 ligações prediais.
- 6.3.1.2. - Organização: O serviço de água e esgotos que conta com 8 funcionários, ainda afeto à Prefeitura, apesar de ter sido criado recentemente, o Serviço Autônomo de Águas e Esgotos, resente-se da falta de um plano de ação normativo e orientador, afim de atender as exigências que se fazem necessárias.

Tarifas cobradas pela Prefeitura - A cobrança é feita mensalmente através da rede bancária e são as seguintes:

Simples (residencial e comercial)	Cr\$ 10,00
Bares	Cr\$ 14,00
Chácaras	Cr\$ 39,00
Indústrias	Cr\$ 39,00

Movimento em 1973 (inclusive esgotos)

Receita	=	Cr\$ 276.601,56
Despesa	=	Cr\$ 288.528,58

6.3.1.3. - População abastecida e abastecível

População da zona urbana : 9.600 habitantes (fonte : relatório do CETESB).

Levando-se em conta que os poços, operando 18 h/dia, fornecem um volume diário de 3.800 m³ e considerando a população acima, vem:

$$\text{Quota per capita} = \frac{3.800.000 \text{ l/dia}}{9.600 \text{ hab.}} = 396 \text{ l/hab/dia}$$

Verifica-se então que o sistema dispõe de quantidade de água mais do que suficiente para atender a população urbana devido a este valor per capita obtido, que usualmente é de 200 l/hab/dia.

6.3.1.4. - Informações obtidas através da amostragem.

TABELA 68. - Domicílios da zona urbana e rural segundo a origem da água de abastecimento - Martinópolis - agosto/1974.

Zona Origem da água de abastecimento	Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%
rede pública	141	95,3	-	-
poço normal	4	2,7	89	58,3
poço com bomba	-	-	31	21,7
água de superfície	-	-	6	4,0
outros	3	2,0	24	16,0
TOTAL	148	100,0	150	100,0

FONTE: Coleta direta de dados

TABELA 69 - Domicílios da zona urbana e rural segundo o tratamento domici-
liário dado à água de beber no Município de Martinópolis -
agosto/1974

Tratamento dado à água de beber	ZONA Urbana		ZONA Rural	
	Nº	%	Nº	%
Fervida	5	3,4	1	0,7
Filtrada	51	34,3	38	25,3
Fervida e filtrada	1	0,7	1	0,7
Outros	1	0,7	4	2,7
Sem tratamento	90	60,7	106	70,6
TOTAL	148	100	150	100

FONTE: Pesquisa direta

TABELA 70 - Domicílios da zona urbana, segundo o motivo por que não dispõe
de água canalizada pública, em Martinópolis - agosto/1974

Motivo porque não dispõe de água canaliza- da pública	Zona urbana	
	Nº	%
Deficiência do serviço	1	0,7
falta de recursos financeiros	7	4,7
não quer	-	-
não é atingida pela rede pública	2	1,4
não sabe	3	2,0
não se aplica	135	91,2
TOTAL	148	100

FONTE: Pesquisa direta

TABELA 71. - Falta de água nos domicílios servidos pela rede pública de água - Martinópolis - agosto/1974

Falta de água nos domicílios	Zona urbana	
	nº	%
Frequentemente	38	25,7
Algumas vezes	31	20,9
raramente	14	9,4
não sabe	38	25,7
nunca falta	10	6,8
não se aplica	17	11,5
TOTAL	148	100,0

FONTE: Coleta direta de dados

TABELA 72. - Domicílios que dispõem de caixa d'água, na zona urbana e rural de Martinópolis - agosto/1974

Zona Caixa d'água	Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%
com tampa	32	21,6	11	7,3
sem tampa	1	0,7	4	2,7
não tem	115	77,7	135	90,0
TOTAL	148	100	150	100

FONTE: Pesquisa direta

6.3.1.5. Resultados de análise da água

Foram coletadas 3 amostras da rede pública em pontos diversos - uma amostra no recalque da Estação nº 1 e uma amostra no recalque da Estação nº 2, cujas análises confirmam que a água distribuída é bacteriologicamente potável e quanto aos ensaios físicos e químicos, revelaram ser a água bastante ácida. Foi coletada mais uma amostra de um poço raso de uso coletivo situado no cruzamento da rua São Salvador com a rua Brasília, cujos resultados físicos, químicos e bacteriológicos são insatisfatórios, tratando-se de água não potável, conforme documentos anexos fornecidos pelo Instituto Adolfo Lutz - Laboratório de Presidente Prudente.

6.3.2. Águas residuárias

6.3.2.1. Descrição do sistema

6.3.2.1.1. Sistema de coleta - os dejetos são coletados pela rede pública que tem cerca de 20.000 m. de extensão, em manilhas de barro vidrado de 6" a 8" de diâmetro, possuindo 800 ligações prediais, todas com a tarifa mensal única de Cr\$ 5,00.

Existem duas bacias, a do córrego do Capão Bonito e a da Vila Alegrete, sendo desta última recalçada para a primeira através de uma elevatória constituído por 2 conjuntos moto-bombas KSB de 75 HP cada em poço seco, que funcionam automaticamente, um dos quais não funciona por defeito no quadro elétrico.

Atualmente a Prefeitura está promovendo a ampliação da rede coletora de esgotos do bairro da Vila Alegrete.

6.3.2.1.2. - Destino final - as águas residuárias coletadas, são lançadas no córrego do Jacaré, distante uns 3 km da cidade, sem qualquer tratamento prévio. Existe próximo ao ponto de lançamento uma Estação de Tratamento de Esgotos inacabada, constituída há mais de 15 anos, estando inclusive bastante danificada atualmente.

6.3.2.2. POPULAÇÃO SERVIDA E A SERVIR:

Prédios existentes na sede: 2.200

Prédios ligados à rede pública de esgotos: 800 (36,3%)

6.3.2.3. Informações obtida através da amostragem:

TABELA 73 - Domicílios da zona urbana e rural, segundo o destino dos dejetos - Martinópolis - agosto/1974.

Destino dos dejetos	ZONA Urbana		ZONA rural	
	nº	%	nº	%
rede de esgoto	49	33,1	-	-
fossa séptica	8	5,4	2	1,3
fossa seca	82	55,4	131	87,4
fossa negra	6	4,0	2	1,3
superfície do solo	2	1,4	7	4,7
outros	1	0,7	8	5,3
TOTAL	148	100	150	100

FONTE: Pesquisa direta

TABELA 74. - Localização e uso das privadas nos domicílios, por zona -
Martinópolis - agosto/1974.

Localização e uso da privada	ZONA Urbana		rural	
	Nº	%	Nº	%
interna, unifamiliar	57	38,5	7	4,7
interna, coletiva	2	1,4	-	-
externa, unifamiliar	76	51,3	106	70,7
externa, coletiva	12	8,1	29	19,3
não se aplica	1	0,7	8	5,3
TOTAL	148	100	150	100

FONTE: Pesquisa direta

6.3.3. Índices de saneamento básico.

População urbana : 9.600 habitantes
 População rural 13.472 habitantes
 Extensão da rede de água: 36.000 m.
 Extensão da rede de esgotos: 20.000 m.
 Nº de ligações de água: 2.080
 Nº de ligações de esgotos: 800
 População abastecida pela rede pública de água: $4,4 \times 2.080 =$
 9.152 habitantes

População servida pela rede pública de esgotos:
 $4,4 \times 800 = 3.520$ habitantes.

Porcentagem da população abastecida pela rede pública de água:
 95,3%

Porcentagem da população servida pela rede pública de esgotos:
36,6%

Nº de ligações de água/km de rede de água : 57,8

Nº de ligações de esgotos/km de rede de esgoto: 40,0

Habitantes/metro de rede de água: 0,27

Habitantes/metro de rede de esgotos:0,48

Extensão da rede de água/habitantes : 3,75

Extensão de rede de esgotos/habitantes: 2,08

O índice acima indicam que a cidade é bem servida pela rede pública de abastecimento de água, já, o mesmo não ocorrendo com relação a rede coletora de esgotos que serve apenas 36,6% da população. Necessário - que pelo menos 50% da população seja beneficiada com tal serviço conforme - estabelecem as metas do PLANASA (Plano Nacional de Saneamento - BNH).

6.3.4. Águas pluviais - a cidade não dispõe de sistema de drenagem - de águas pluviais, acarretando inundações nas zonas mais baixas, como no caso do bairro da Vila Alegrete.

6.3.5. Lixo

6.3.5.1. Sistema de acondicionamento domiciliário não é padronizado, sendo usados os mais diferentes tipos de recipientes, tais como latas, caixotes, etc. sempre abertos, provocando a concentração de insetos e roedores, além de cães que espalham o lixo nas calçadas.

TABELA 75 - Acondicionamento do lixo domiciliário - Martinópolis -
agosto - 1974.

Acondicionamento do lixo domiciliário	ZONA		Rural	
	Urbana		Rural	
	nº	%	nº	%
lata com tampa	16	10,8	-	-
lata sem tampa	63	42,5	42	28,0
caixa de madeira	18	12,2	22	14,7
outros	51	34,5	86	57,3
TOTAL	148	100	150	100

FONTE: Pesquisa direta.

TABELA 76 - Destino final do lixo domiciliar na zona urbana e rural.
Martinópolis - agosto - 1974.

Destino final do lixo domiciliar	Zona		Rural	
	Urbana		Rural	
	nº	%	nº	%
recolhido diariamente pela Prefeitura	44	29,8	-	-
recolhido 1 a 2 vezes por semana pela Prefeitura	23	15,5	4	2,7
recolhido 3 vezes por semana pela Prefeitura	29	19,6	1	0,7
recolhido pela Prefeitura em intervalo maior de uma semana	9	6,1	4	2,7
enterrado ou queimado	20	13,5	65	43,3
jogado em terreno baldio	6	4,0	23	15,3
usado como adubo	4	2,7	2	1,3
outros	13	8,8	51	34,0
TOTAL	148	100	150	100

FONTE: Pesquisa direta

6.3.5.2. - Coleta e transporte - a coleta é feita diariamente, - contando a Prefeitura com o seguinte:

Equipamentos: 1 caminhão apropriado
 1 caminhão com carroceria de madeira
 1 carroça

Pessoal disponível : 1 motorista e 2 lixeiros por caminhão

Volume de coleta diária - considerando que em média - cada habitante contribui com $0,002 \text{ m}^3/\text{dia}$ de lixo e que a população urbana é de 9.600 habitantes, temos:

$$V = 0,002 \text{ m}^3/\text{dia} \times 9,600 \text{ hab.} = 19,200 \text{ m}^3/\text{dia.}$$

6.3.5.3. - Varredura e limpeza das vias públicas - para a varredura das vias públicas vem sendo utilizado o serviço de menores, em idade-escolar, com renumeração através de bolsas de estudos.

Pessoal disponível : 22 varredores
 Equipamento disponível : 10 carrinhos - 10 latões
 Extensão de vias públicas varridas: 22.000 m.

6.3.5.4. - Destino final - o lixo é lançado a céu aberto em uma depressão provocada pela erosão de águas pluviais na Vila Alegrete e em outra área, a 2 km da cidade

6.3.6. - Poluição das águas - a poluição das águas no município de Martinópolis é provocada exclusivamente pelo lançamento dos esgotos - domésticos "in natura" no córrego do jacaré. Não há poluição das águas provocada por indústrias, quer pelo insignificante número, quer pelas características de seus produtos.

Não existe controle, nem legislação municipal relativo ao assunto.

6.3.7 - Poluição do ar - sendo Martinópolis uma cidade que possui um número muito reduzido de indústrias, que são de pequeno porte e aliado às características de seus produtos, o problema de poluição do ar praticamente não existe. Apenas a indústria de beneficiamento de algodão emite, periodicamente, certa quantidade de material particulado, atingindo uma parte da cidade.

Não existe controle, nem legislação Municipal relativo ao assunto.

6.3.8. - Ruídos - a cidade não apresenta problemas em relação a ruídos, devido à ausência de fontes de poluição sonora.

6.3.9. - Locais públicos de banho e recreação - existe, a 12 km da cidade a represa Laranja Doce que é utilizada para geração de energia elétrica, explorada pela Companhia de Energia Elétrica Caiçá e também como balneário, com alguns clubes, restaurantes, casas de veraneio nas suas margens, servindo de local de recreação nos fins de semanas, inclusive para populações das cidades próximas.

6.3.10. - Locais de trabalho

6.3.10.1. Matadouro público Municipal - está localizado a 1,5 km do perímetro urbano. Construído em alvenaria e o seu interior não apresenta divisões, havendo apenas uma sala, comum a todas as fases operacionais da carne. Na parte anterior do mesmo localiza-se o brete, destinado ao descanso obrigatório dos animais que antecede o abate. Os defetos são lançados a céu aberto próximo ao córrego Alegrete, que contribui para a represa Laranja Doce. O fornecimento de água é feito diretamente pela rede pública, existindo apenas uma torneira.

6.3.10.2. Mercado Público Municipal - localizado em ponto central, com - área construída de 470 m², não atendendo às necessidades atuais, comprometendo o abastecimento de gêneros alimentícios, além de serem deficientes suas instalações sanitárias.

6.3.11. Habitação e outras edificações.

6.3.11.1. Informações obtidas através da amostragem.

Tabela - Domicílios segundo o tipo de parede por Zonas em Martinópolis - 77 1974.

Zona Tipo parede da habitação	Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%
alv.c/revestimen- to	78	52,7	23	15,2
alv.s/revestimen- to	6	4,0	1	0,7
madeira	59	39,9	123	82,0
pau a pique	2	1,4	2	1,4
outros	3	2,0	1	0,7
Total	148	100	150	100

Fonte : Pesquisa Direta.

Tabela 78 - Domicílios segundo o tipo de piso, por Zonas, em Martinópolis - 1974

Zona T.de piso da habitação	Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%
terra batida	7	4,7	15	10,0
tijolo	30	20,2	46	30,6
cimento	60	40,8	56	37,4
ladrilho	7	4,7	-	-
madeira	38	25,6	33	22,0
outros	6	4,0	-	-
Total	148	100	150	100

Fonte : Pesquisa direta.

Tabela 79 - Domicílios segundo a distribuição de pessoas por dormitório - pelas Zonas Urbana e Rural, Martinópolis : 1974.

Zona pessoas/dormitório	Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%
1	44	29,7	25	16,6
2	55	37,1	64	42,6
3	30	20,2	35	23,3
4	11	7,4	14	9,3
5	2	1,4	7	4,7
6	2	1,4	2	1,4
7	1	0,7	1	0,7
8	1	0,7	1	0,7
9	2	1,4	1	0,7
Total	148	100	150	100

Fonte : Pesquisa direta.

6.3.12. - Cemitério - Localizado na periferia da cidade, apresenta-se em bom estado de conservação, arborização, dotado de água da rede pública, desprovido contudo de muros laterais e no - fundo.

Tabela 80 - Domicilios segundo a presença de insetos, artrópodes e roedores, na Zona urbana e rural.

Martinópolis - agosto - 1974

Zona insetos, roedores e artrópodes	Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%
Mosca	4	2,7	6	4,0
Mosca e pernilongo	10	6,8	1	0,7
Pernilongo	15	10,1	1	0,7
Baratas	5	3,4	4	2,7
mosca, barata e rato	6	4,0	17	11,3
Mosca, barata e pernilongo	15	10,1	5	3,3
Mosca, barata, rato e pernilongo	20	13,6	16	10,6
Mosca, barata, pulga pernilongo e rato	12	8,1	24	16,0
Não tem	23	15,5	10	6,7
(mosca, barata, morcego, pernilongo, etc.)	38	25,7	66	44,0
Total	148	100	150	100

Fonte : Coleta Direta de Dados

6.4. - SISTEMAS VIÁRIO E ENERGÉTICO

6.4.1. Sistema Viário

O Município de Martinópolis é servido pela Estrada de Ferro Sorocabana , distando da capital 744 Km., pela Rodovia Raposo Tavares que liga S.Paulo a Presidente Epitácio e dista 620 Km da capital; e pela rodovia que liga Presidente Prudente a São José do Rio Preto.

Conta o município com 556 Km de estradas, destacando-se as vias de acesso aos centros rurais de produção agrícola, com as seguintes distâncias da sede: Teçaindá - 18 Km; Guachos - 24 Km; Vila Bandeirantes - 30 Km; Vila Martins - 10 Km; Bairro da Usina - 12 Km; além do acesso intermunicipal entre Martinópolis - Indiana - Caiabu - Laranja Doce, com 42 Km de extensão.

Extensão de ruas pavimentadas :	12.000 m.
Extensão de ruas só com guias e sarjetas:	16.000 m.
Extensão de ruas c/passeios pavimentados:	11.000 m.

Equipamentos da Prefeitura para conservação de ruas e estradas municipais:

- 4 motoniveladoras
- 2 pás carregadeira
- 5 caminhões basculantes
- 1 trator com esteira
- 1 caminhão com carroceria
- 3 camionetas

O município dispõe de um campo de pouso para aviões - de pequeno porte a 2 Km da cidade, com uma pista de 600 metros.

Distância entre a sede do Município de Martinópolis e -
as principais cidades vizinhas:

Presidente Prudente	- 27 Km
Adamantina	- 62 Km
Lucélia	- 48 Km
Tupã	- 96 Km
Oswaldo Cruz	- 60 Km
Parapuã	- 50 Km
Rancharia	- 32 Km

6.4.2. - Sistema energético

Da energia elétrica parte é produzida no município pelas Usinas Laranja Doce e Quatiara e parte é comprada à CESP proveniente da Usina de Salto Grande, sendo distribuída pela Companhia de Energia Elétrica Caiuá.

Dados - tensão de transmissão: 11.000 volts
sub-estação abaixadora 2.500 KVa
extensão das ruas servidas pela rede de distribuição:
25 Km.

Voltagem de distribuição: 110 volts - residencial

Voltagem de distribuição: 220 volts - industrial

Número de ligações:

Urbana	- 1.752
Rural	- <u>234</u>
Total	1.986

Tarifas : residencial - 0,3685/Kwh

comercial e industrial- 0,3847/Kwh

rural - 0,2948/Kwh

6.5. - COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

6.5.1. - Abastecimento de água

Comentários:

1. Mananciais - o aquífero subterrâneo que abastece a cidade - mostra-se de boa qualidade e com capacidade considerável.
2. Captação - o estado geral de conservação das casas de bombas apresenta-se um tanto precário, a cobertura é inadequada, dificultando a retirada do equipamento do poço; há vazamentos nas bombas dos poços; faltam medidores nos quadros de comando, e proteção adequada.
3. Recalque - a distância das bombas para o poço de sucção é - demasiada, provocando queda no rendimento das mesmas, em consequência das e levadas perdas de carga. As instalações de um modo geral são precárias, não existindo bases adequadas para as bombas, nem sistema de drenagem. As bombas apresentam vazamentos excessivos e a instalação elétrica requer prote-ção adequada.
4. Adução - a adutora não dispõe de sistema de proteção com - válvula anti-golpe e encontra-se com vazamento próximo à casa de bombas. É deficiente o sistema de apoio, e não dispõe de descarga para esvaziamento e limpeza, existindo contudo um "by-pass" de retorno ao reservatório de sucção.
5. Reservação - o reservatório de confluência dos poços apre- / senta fissuras na parte superior em todo o contorno. O reservatório recém- construído, ao lado do quinto poço, encontra-se em bom estado, apenas a áre a onde o mesmo se localiza acha-se em aberto. O reservatório elevado apre- senta-se em bom estado de conservação, apesar da sua pintura desgastada e - vazamento nas tubulações de chegada da água.
6. Distribuição - a rede de distribuição abrange quase toda á-rea urbana, atingindo mais de 90% dos logradouros existentes, conforme re- / sultado da amostragem. (Tabela 68). Devido à inexistência de projeto, as - ampliações da rede não vêm obedecendo a qualquer orientação técnica.

7. **Administração:** tendo em vista as metas fixadas pelo PLANA SA que prevêem o atendimento até 1980, de 80% da população urbana brasileira com serviços de água e 50% com serviços de esgotos sanitários, convém seja o S.A.A.E. administrado pelo órgão competente, no caso a SABESP, para que seja beneficiado com recursos do BNH para complementação das obras que se fazem necessárias.

Sugestões:

Como mais de 77% da população urbana, conforme amostragem, não dispõe de caixa d'água, convém seja feita uma campanha de esclarecimento em prol da sua utilização tendo em vista a intermitência do funcionamento dos sistemas públicos de abastecimento de água entre nós.

Recuperação das cercas da área de captação no campo da Vila Alegre e construção de cerca ou muro na área do poço recém-construído.

Construção de instalações sanitárias adequadas na área de captação no campo da Vila Alegre.

Proteção adequada dos quadros elétricos na estação de recalque nº 1.

Colocação de um registro de descarga para eventual esvaziamento da adutora, pois o atual sistema existente de retorno torna-se ineficiente quando o reservatório de sucção se encontra cheio, além da possibilidade de contaminação quando de eventual rompimento da linha.

Instalação de um registro de parada e ventosa em ponto elevado conveniente.

Apesar da boa qualidade bacteriológica da água, deve-se processar cloração, prevendo-se eventual contaminação na rede de distribuição.

Face ao baixo pH revelado na análise físico-química, convém seja corrigido utilizando leito de calcáreo para evitar corrosão nas tubulações de ferro fundido.

A fluoretação também é indicada para prevenção da cárie dental, cujo índice observado é elevado. Devido ao elevado consumo per capita encontrado, deve-se

- promover campanha educativa e de esclarecimento popular, visando evitar - desperdícios de água, de vez que a implantação de medidores no momento não- é indicado, devido ao seu elevado investimento inicial e alto custo de manu- tenção.

Levantamento cadastral de toda a rede existente, com - diâmetro, material, registro e extensão.

Conforme amostragem (Tabela 69), mais de 70% da popula- ção rural não dá qualquer tratamento à água de beber, convém seja fervida e ou filtrada face trata-se de água provavelmente poluída.

6.5.2. - Águas residuárias

Comentários

1. Rede coletora - face a inexistência de projeto do sistema de esgotos, as ampliações ora em execução pela Prefeitura não obe- decem a orientação técnica. As ligações prediais são feitas pelos própri- os interessados com fiscalização de preposto da Prefeitura.

2. Recalque - a estação de recalque de esgotos recém- construída na Vila Alegrete e em funcionamento, não dispõe de caixa de are- ia e grade. Existe um extravasamento que, quando da falta de energia elé- trica e conseqüente paralização das bombas, lança os esgotos num córrego - próximo que vai ter à represa Laranja Doce, local utilizado com fins recrea- tivos.

3. Destino final - o trecho final do emissário no cór- rego de jacaré encontra-se bastante danificado com deslocamento das mani- lhas por águas pluviais e conseqüente erosão pelo próprio esgoto, que ten- de a aumentar, danificando inclusive a Estação de Tratamento de Esgotos ao lado existente.

Sugestões:

A rede de esgotos deverá ser ampliada, de modo a aten- der maior número de habitantes. Com tal medida será eliminada a quantida-

de considerável de fossas na zona urbana, conforme se observou no inquérito domiciliário (Tabela 73), onde somente 33% é servido pela rede coletora.

Deverá ser adotada uma política de motivação da população, no sentido de aumentar o número de ligações à rede pública de esgotos, vez que muitas casas situadas em ruas que possuem esgotos não estão ligadas a este sistema.

Para melhor operação e manutenção do sistema de esgotos, faz-se necessária a elaboração de uma placeta cadastral de toda a rede, indicando a extensão dos diversos trechos com respectivos diâmetros, localização do poço de visitas, etc.

Na estação de recalque existente deverá ser construída uma caixa de areia, e instalada uma grade, com o fim de evitar o assoreamento do poço e o desgaste prematuro dos motores das bombas.

Para preservação da represa Laranja Doce, deverá ser instalado um grupo gerador para suprir a falta de energia elétrica na estação elevatória, evitando assim que a descarga do extravasor seja lançada no córrego que vai ter à referida represa.

Recuperação do trecho final do emissário às margens do Córrego do Jacaré para evitar maiores danos.

Seria conveniente estudar-se a aproveitamento da Estação de Tratamento de Esgotos existente, ou, construção de uma nova, para que haja tratamento final dos esgotos lançados no Córrego do Jacaré, evitando a poluição do mesmo, que certamente é utilizado para fins de pecuária e agricultura no trecho o fuzante do ponto de lançamento.

6.5.3. - Lixo

Comentários

1. Com relação ao acondicionamento domiciliar, deixa muito a desejar, vez que os recipientes utilizados não são apropriados para tal fim.

2. O lixo lançado a céu aberto apresenta uma série de inconvenientes entre os quais a proliferação de artrópodes e roedores, o surgimento de catadores e farelas, acarretando um problema social.

Sugestões:

Devem ser utilizados recipientes adequados com - tampas, providos de alças e de preferência com forma tronco-cônica, em material resistente e impermeável.

Adequada manipulação de resíduos putrescíveis: - convém sejam os resíduos orgânicos envolvidos em papel, visando reduzir os odores desagradáveis, o aparecimento de moscas, a corrosão do recipiente - no caso de latas, além de facilitar o esvaziamento dos mesmos durante a coleta.

Podem ser aproveitados os locais ora utilizados - para o destino final do lixo, desde que sejam tomadas as seguintes provi-/
dências:

1º) Na área a 2 Km da cidade, de propriedade da - Prefeitura, seja providenciada a abertura de valor com trator, de maneira que o fundo deste valor fique pelo menos a 1,5 m. do lençol freático e sejam obedecidos os critérios para um aterro sanitário.

2º) Na depressão provocada pela erosão na Vila Alegre, sejam desviadas as águas pluviais com a construção de valetas adequadas e procedido o aterro sanitário conforme os critérios abaixo:

- cuidados para se evitar a poluição das águas - subterrâneas e de superfície.

- a área onde se desenvolverão os trabalhos deve- ser isolada por meios de cercas para evitar a prática de catação.

- o lixo deverá ser compactado em camadas, com es pessura de 60 .m., e recoberto com terra pelo menos uma vez por dia.

6.5.4. Locais públicos de banho e recreação

Sugestões

Devem ser tomadas precauções no sentido de evitar o lançamento de efluentes das fossas sépticas existentes nas margens da represa - Laranja Docem afim de evitar a sua poluição, para que possa continuar a ser utilizada para fins recreativos e balneários.

6.5.5. Locais de trabalho

1. Matadouro público municipal

Comentários e sugestões:

1.1. Não tem condições de funcionamento pelo seu péssimo estado de conservação, faltam vidros nas janelas, parte do telhado não existe, - desprovido de portas.

Face à existência de proibição legal impedindo a reforma da construção existente, deve a Prefeitura providenciar o transporte da carne, de Frigorífico autorizado até Martinópolis, através de veículo apropriado, obedecendo requisitos sanitários de higiene.

2. Mercado Público Municipal

Comentários e sugestões:

2.1. Seu estado geral de conservação é razoável.

Consta do Plano Diretor Municipal a construção de um novo - prédio, cujo terreno já se encontra escolhido. Necessita de limpeza geral e melhores instalações sanitárias.

3. Cemitério

Comentários e sugestões,

Necessário a construção de instalações sanitárias para os visitantes, colocação de 2 ou 3 torneiras no seu interior, além da construção de muros laterais e nos fundos para proteção contra entrada de animais e melhoria do aspecto estético. Cuidados especiais devem ser dispensados aos vasos utilizados para colocação de flores com relação à troca constante de água afim de evitar proliferação de mosquitos.

4. Sistema Viário

Comentários e sugestões:

O Município conta com equipamento suficiente para atender as ruas da cidade bem como as estradas municipais; porém verifica-se um "déficit" de ruas pavimentadas na sede, principalmente no bairro da Vila Alegre, bastante populoso e ainda a pavimentação de passeios para proteção de guias e sarjetas.

Com referência à drenagem de águas pluviais, torna-se necessário o quanto antes que seja estudado um plano nesse sentido, pois há uma grande área sujeita à erosão, notadamente no bairro Vila Alegre e que vem danificando inclusive a rede de esgotos, também durante o período de chuvas a parte baixa da cidade vem sofrendo inundações.

6.6. - Soluções individuais:

1. Água : nas zonas não servidas pelo sistema público - de bastecimento de água os poços devem ser convenientemente protegidos em alvenaria de tijolos revestido de argamassa de cimento e tampa de concreto, prevendo-se um ressalto na abertura de inspeção contra a penetração de águas pluviais, e dotados de bombas manuais quando não houver energia elétrica. O uso de baldes deve ser evitado e o poço deve localizar-se a uma distância mínima de 3 m. de qualquer fossa existente.

No caso de fonte de encosta ou fundo de vale, a captação deve ser feita por caixa de tomada em alvenaria de tijolos revestida com argamassa de cimento e dotada de uma tubulação por onde jorrará continuamente a água a ser utilizada.

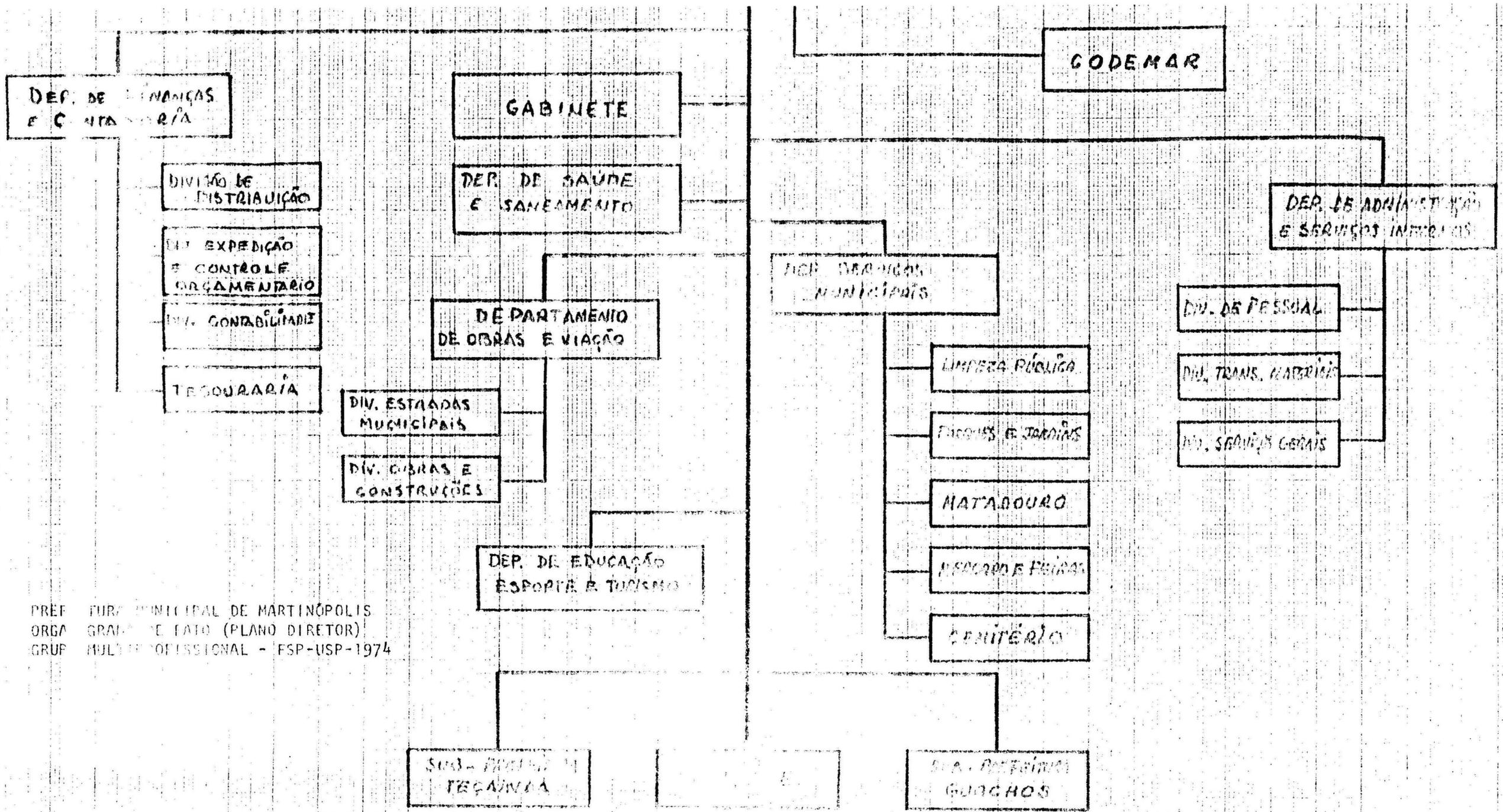
2. Esgotos : quanto ao destino dos esgotos sanitários domésticos nas zonas desprovidas de rede coletora não sendo possível a construção de fossas sépticas por falta de recursos financeiros, convém - seja utilizada a privada higiênica com orientação da discalização sanitária local.

3. Lixo : quanto ao destino final do lixo, onde não há coleta pública, deverá ser o mesmo enterrado ou queimado, para evitar proliferação de artrópodes e roedores e nunca utilizada diretamente para alimentação de animais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERQUÓ, E. & MILANESI, L. - Estatística Vital, Faculdade de Saúde Pública, 7ª ed. - 1969.
2. FONSECA, V. - Implicações Demográficas do Desenvolvimento - Recife 1962.
3. KITAHARA, K. - Relatório do CETESB, Martinópolis - 1972.
4. MANDIOLA, E. - "Temwork in School Health". Ed. at Work, 1: 9-11, May 1956. Tradução de Maria Lúcia Ferrari Cavalcanti (datilografado).
5. MARCONDES, R.S. - "Um estudo sobre educação em saúde nas escolas das Filipinas". Rev.Saúde Públ., S.Paulo, 5:103-9, 1971.
6. MARCONDES, R.S. - "A professora e a educação sanitária escolar". Arg.Hig.Saúde Públ. 28 (96): 131-4. 1963.
7. OLIVEIRA, F. - Estudos CEBRAP 2 - 1972. Ed. Brasileira de Ciências.
8. OLIVEIRA, W.E. - Disciplina de Saneamento do Meio II - Lixo e Limpeza Pública - 1974 (mimeografado).
9. PREFEITURA MUNICIPAL DE MARTINÓPOLIS - Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de Martinópolis. 1973.
10. RAMOS, R. - Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no Município de S.Paulo, 1894-1959. São Paulo. 1962 (tese - FSP -USP).
11. RIOS, J.A. - "Educação dos Grupos". Serviço Nacional de Educação Sanitária. 3ª ed. Rio de Janeiro, GB - 1962
12. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO - Diagnóstico da 10ª Região Administrativa, Governo do Estado de S.Paulo. 1970.

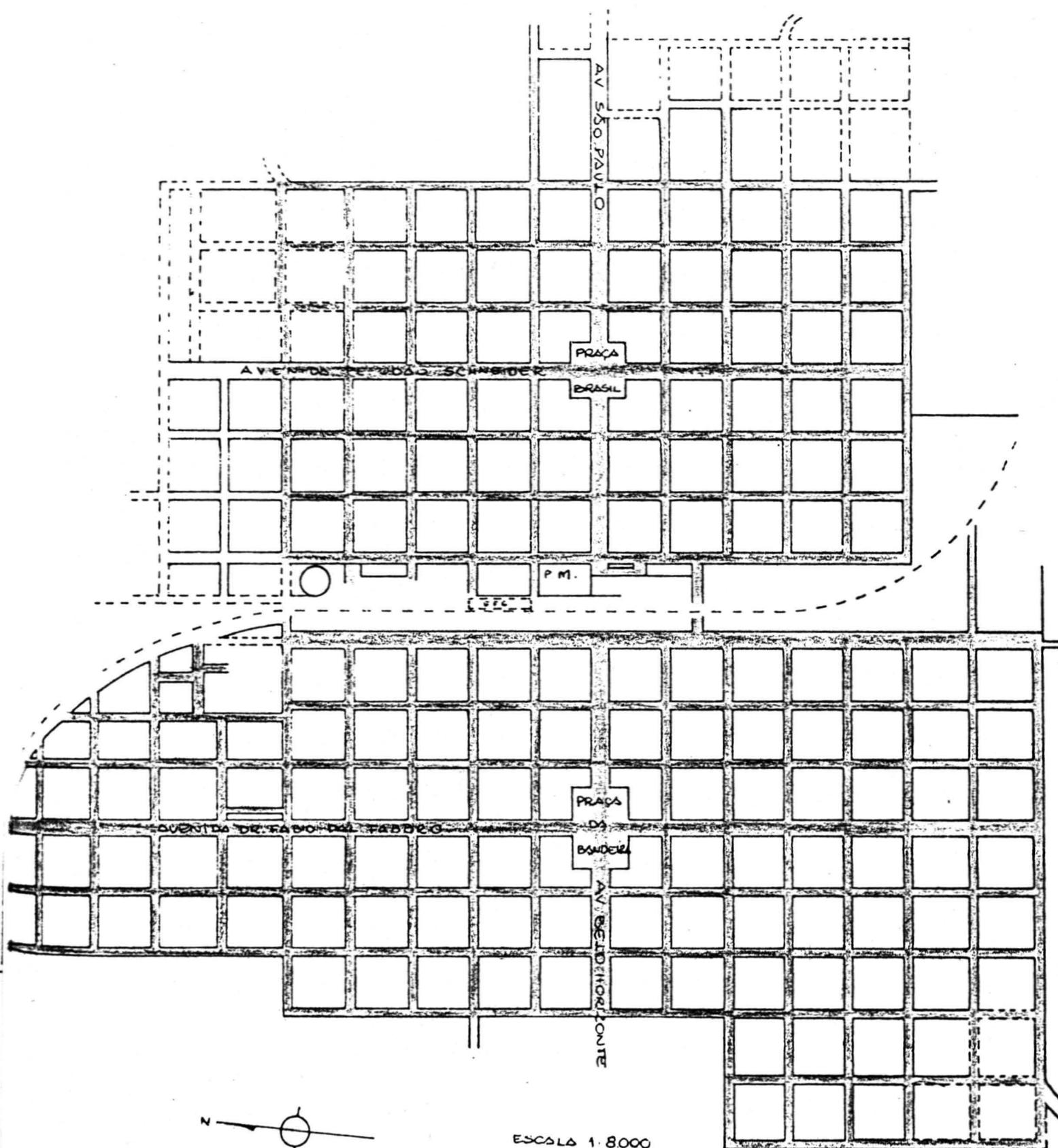
A N E X O S



PREF. MUNICÍPIO DE MARTINÓPOLIS
 ORGA. GRAF. DE FAO (PLANO DIRETOR)
 GRUF. MULTIPROFISSIONAL - FSP-USP-1974

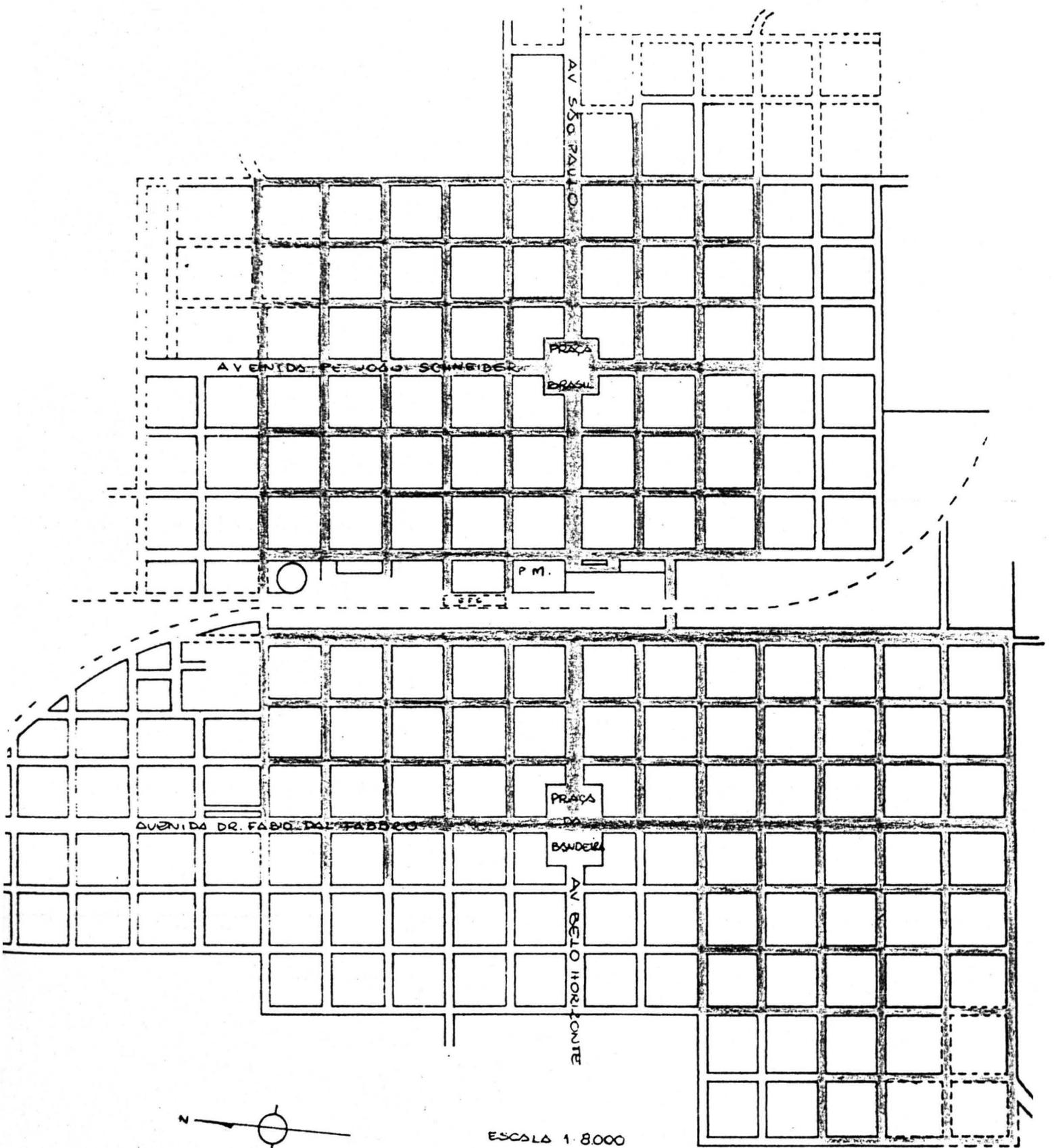
MARFENOPOLIS

ÁGUA



MARTINOPOLIS

ESGOTO

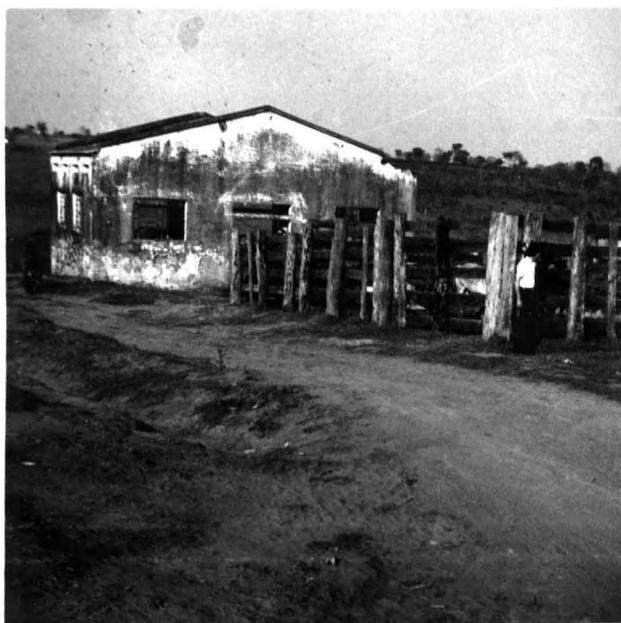




DESTINO FINAL DO LIXO



EROSÃO NA VILA ALEGRETE ONDE TAMBÉM É LANÇADO O LIXO



ASPECTOS DO MATADOURO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE
DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE

RESUMO DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA E ANTIVARIÓLICA EM ESCOLARES

MUNICÍPIO DE : - Martinópolis-

21.03 a 29.3.74.

Nº DE ORDEM	ESCOLA	SEXO		6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11 anos		12 anos		TOTAL	
		M	F	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET.	VAR.
01	GESEC. Adelaide M. Bastos	57	65	34	-	62	1	4	1	6	-	3	-	4	-	-	-	122	2
02	Escolas Agrupadas Tecajá	5	7	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-
03	GESEC. Alberto S. Duront	113	79	-	-	136	1	22	-	13	-	21	-	-	-	-	-	197	1
04	Emerg. Fdª S. Sebastião	5	7	-	-	2	-	3	-	2	-	2	-	1	-	2	-	12	-
05	Mista Fdª Formosa	7	4	1	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	-
06	Mista Fdª Sta Helena	3	7	-	-	1	-	2	-	4	-	1	-	2	-	-	-	10	-
07	Emerg. F. S. Sebast. A. Azul	5	3	-	-	6	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	8	-
08	Mista Sítio Graninha	2	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
09	1ª Emerg. Cia Swift	12	10	1	-	2	-	8	1	6	-	1	-	2	-	2	-	22	1
10	2ª Emerg. Km. 14	1	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
11	Esc. Mista Bª Matao	3	2	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-
12	Agrupadas V. Escocia	20	20	1	-	31	-	7	-	1	-	-	-	-	-	-	-	40	-
13	1ª Mista Bª Praia	13	9	4	-	11	-	4	-	2	-	1	-	-	-	-	-	22	-
14	1ª Esc. Mista F. Bandeir	8	6	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-
15	Agrupadas Sta Luzia	-	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
16	Mista Fdª Fachiano	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
17	Fdª Florisbela	6	7	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-
18	Fdª Santa Mariana	5	3	-	-	3	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	8	-
19	Fdª Sta Bibiana	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
20	Emerg. Sítio Mota	6	1	-	-	5	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	7	-
21	Fdª Casao Bonito	3	1	-	-	2	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	4	-
22	Mista Km 5	7	-	-	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
23	Esc. Mista de Sta Mariana	10	8	-	-	11	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE
DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE

RESUMO DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA E ANTIVARIÓLICA, EM ESCOLARES

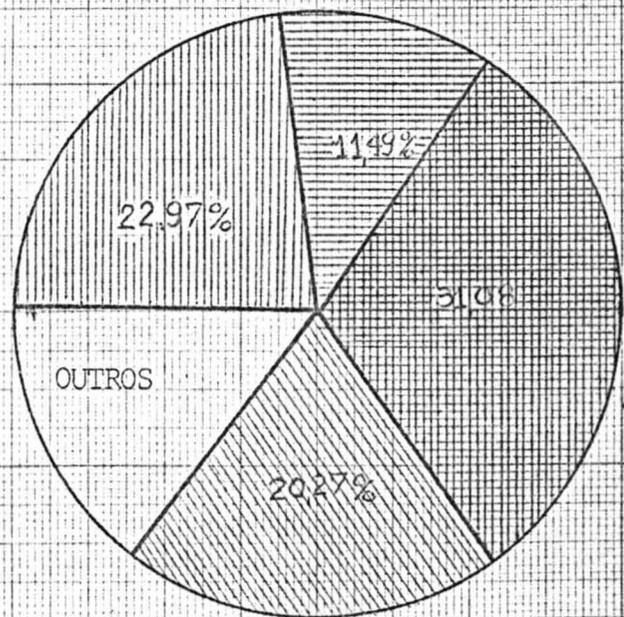
MUNICÍPIO DE : - -- MARINÓPOLIS -

Nº DE ORDEM	ESCOLA	SEXO		6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11 anos		12 anos		TOTAL	
		M	F	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET	VAR	TET.	VAR.
23	Escol. Agrap. V. Martins	-	5	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-
25	Esc. Masc. São Miguel	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
26	Mista B. Chorr-Chora	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
27	Energ. B. Matão	1	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
28	Energ. 5.000 Alqueires	10	6	-	-	7	-	3	-	1	-	5	-	-	-	-	-	16	-
29	Mista Fdã Bequias	4	10	3	-	6	-	2	-	2	-	1	-	6	-	-	-	14	-
30	Mista Bã Guachos	4	1	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	3	-	5	-
31	Mista Bã do Cristal	3	5	-	-	5	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	8	-
32	Energ. Fdã J. Doce	1	2	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-
33	Mista B. Cristal Novo	2	3	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-
34	Sítio Porto Alegre	3	4	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-
35	Fdã Santa Cândida	2	10	-	-	8	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	12	-
36	Energ. Bã da Barrinha	3	2	1	-	3	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	5	-
37	Mista Fdã B. Esperança	4	7	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	8	-	3	-	11	-
38	Energ. Fdã Brasília	9	12	-	-	6	-	4	-	6	-	1	-	2	-	2	-	21	-
39	Energ. Fdã J. Doce II	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
40	Energ. Bã Biazinho	6	3	-	-	6	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	9	-
41	Esc. Estação J. Doce	4	8	-	-	6	-	3	-	-	-	1	-	2	-	-	-	12	-

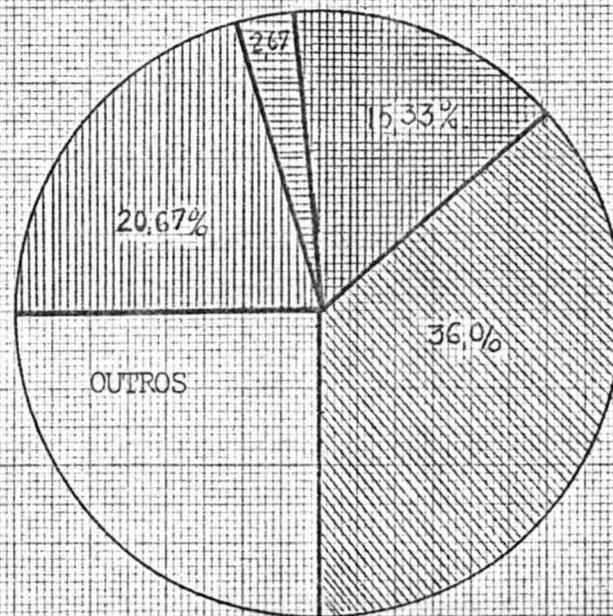
EM CASO DE DOENÇA NA FAMÍLIA A QUEM PROCURA EM 1º LUGAR:

1. HOSPITAL 
2. CENTRO DE SAÚDE 
3. MÉDICO PARTICULAR 
4. FARMACÊUTICO 
5. OUTROS 

ZONA URBANA

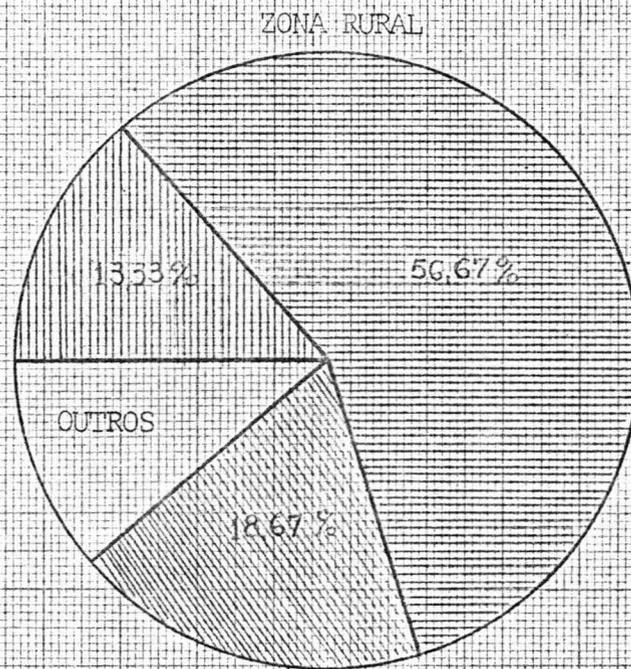
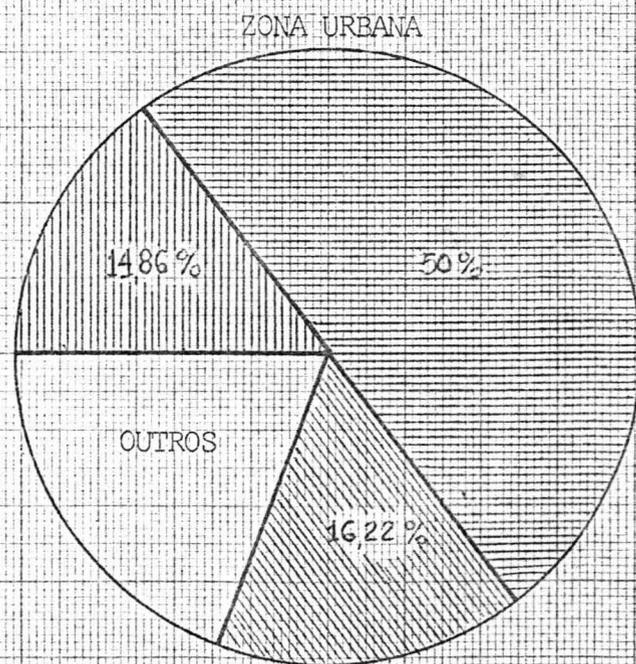


ZONA RURAL



ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL?

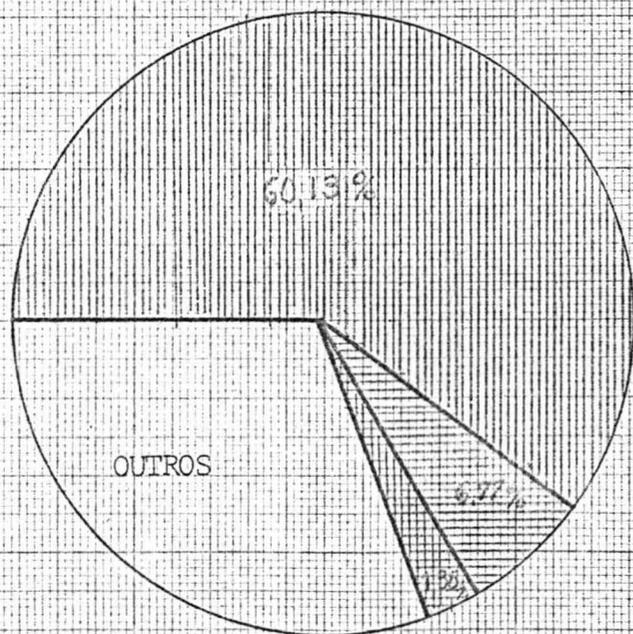
- 1. AMBULATÓRIO 
- 2. INTERNAÇÃO 
- 3. INTERNAÇÃO E AMBULATÓRIO 
- 4. OUTROS 



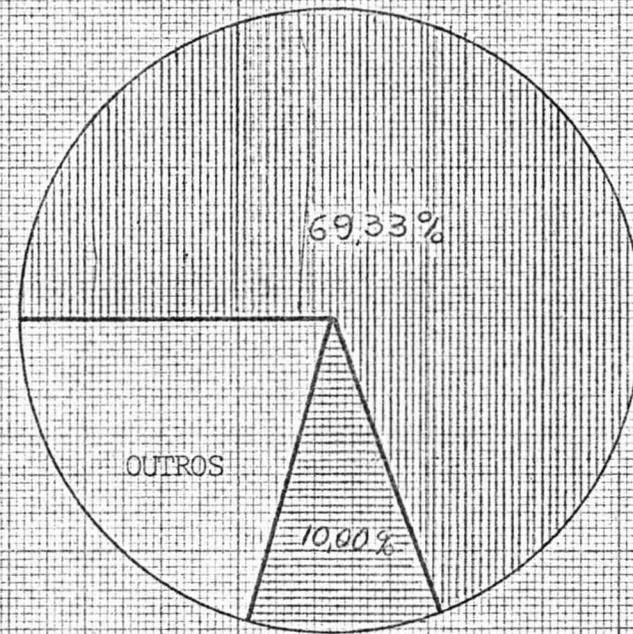
COMO A PESSOA INTERNADA FOI ATENDIDA:

- 1. BEM 
- 2. RAZOÁVEL 
- 3. MAL 
- 4. OUTROS 

ZONA URBANA



ZONA RURAL

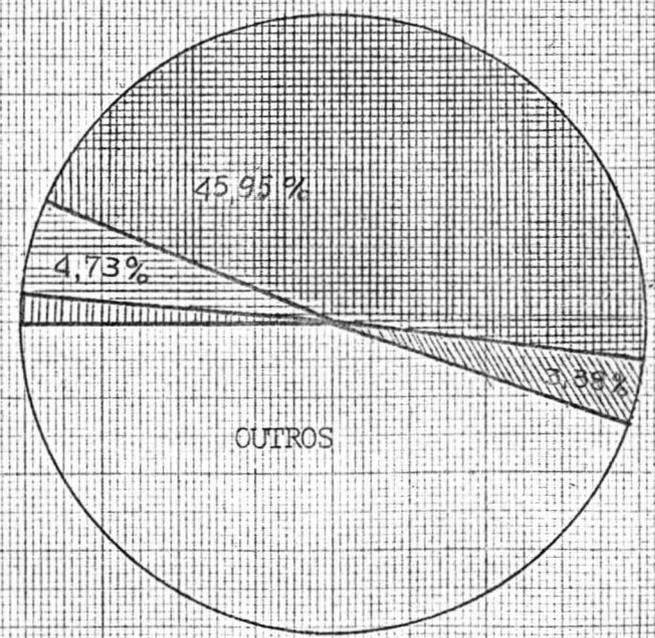


50
100
150

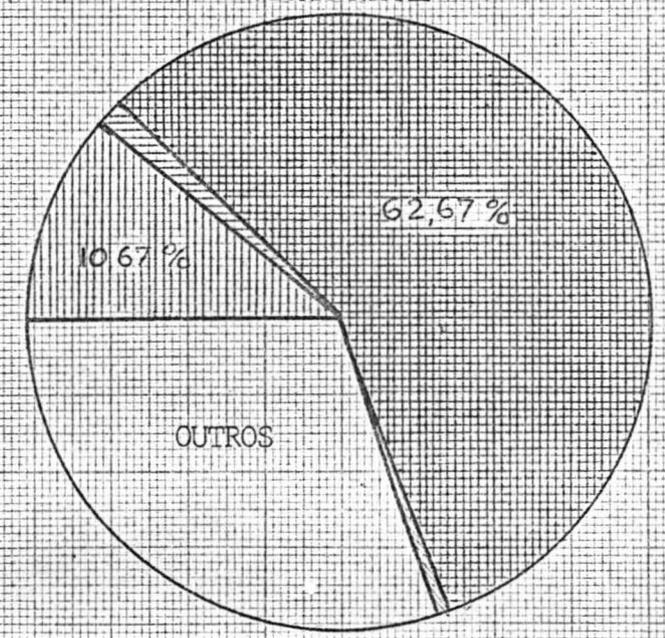
NA INTERNAÇÃO PAGOU ALGUMA COISA?

- 1. FUNRURAL 
- 2. INPS 
- 3. PARTICULAR 
- 4. PREFEITURA 
- 5. OUTROS 

ZONA URBANA



ZONA RURAL

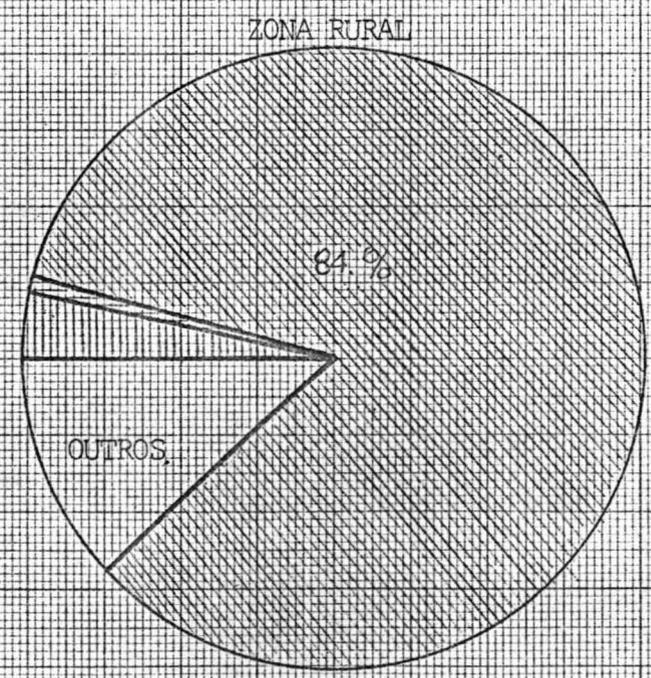
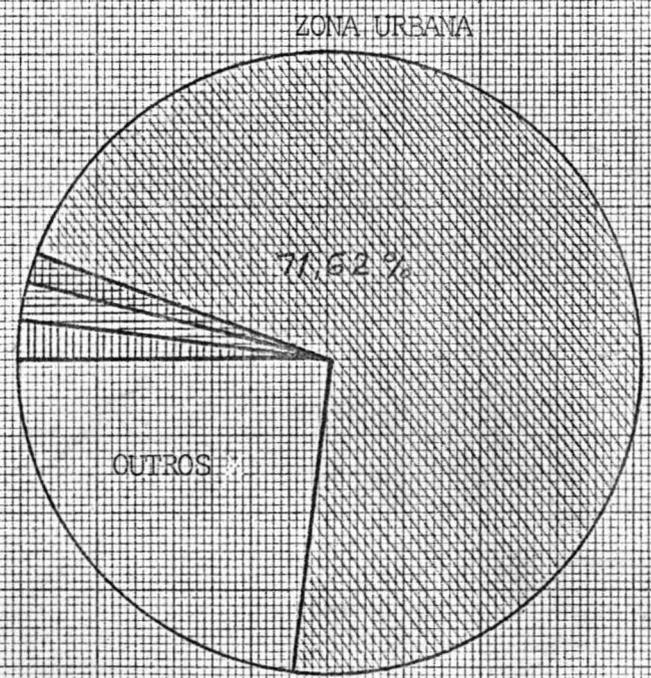


50

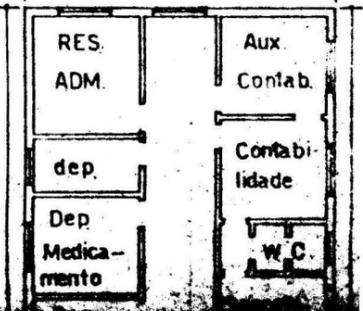
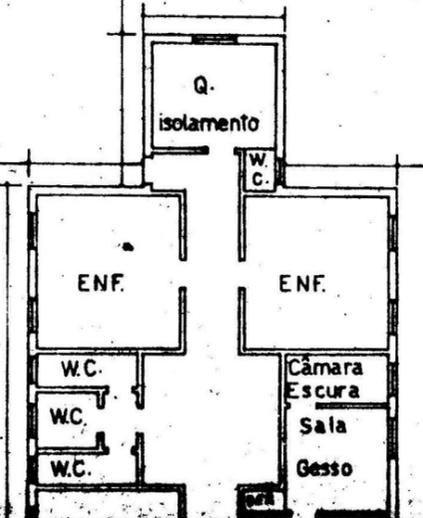
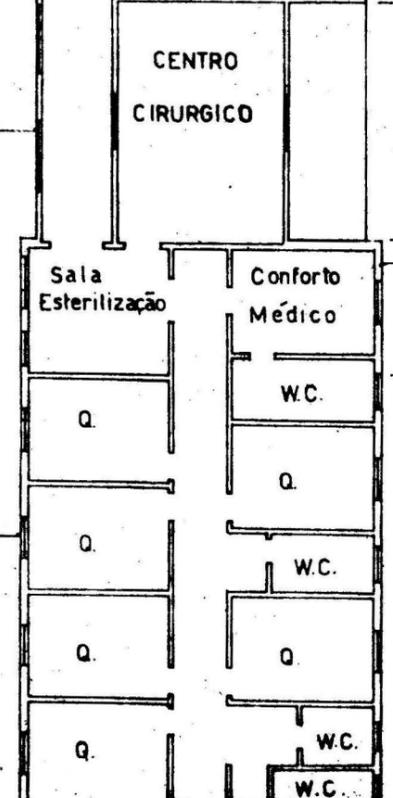
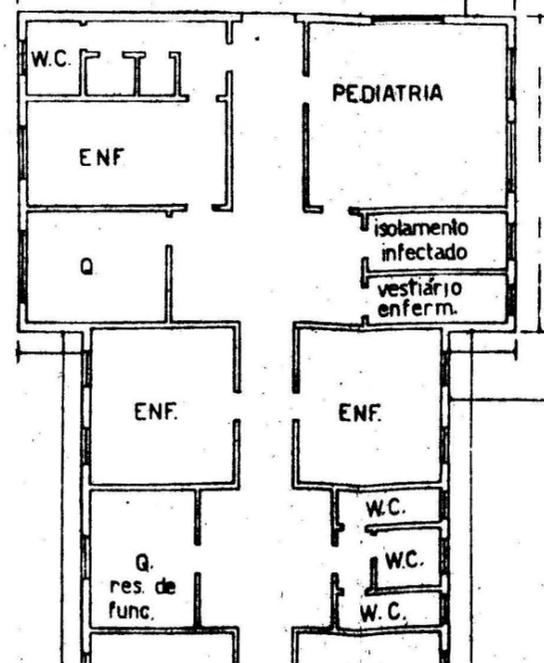
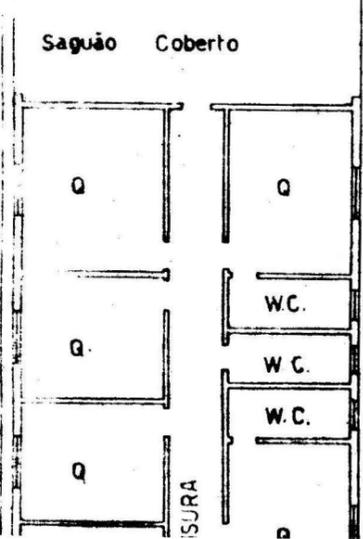
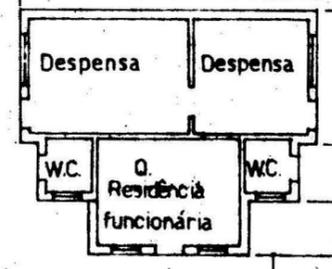
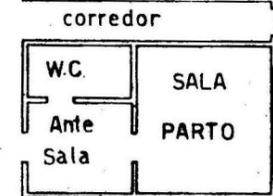
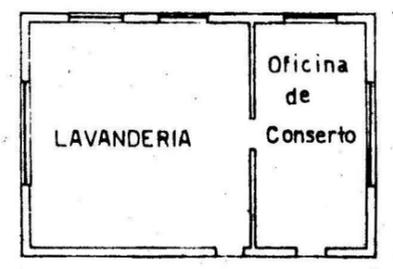
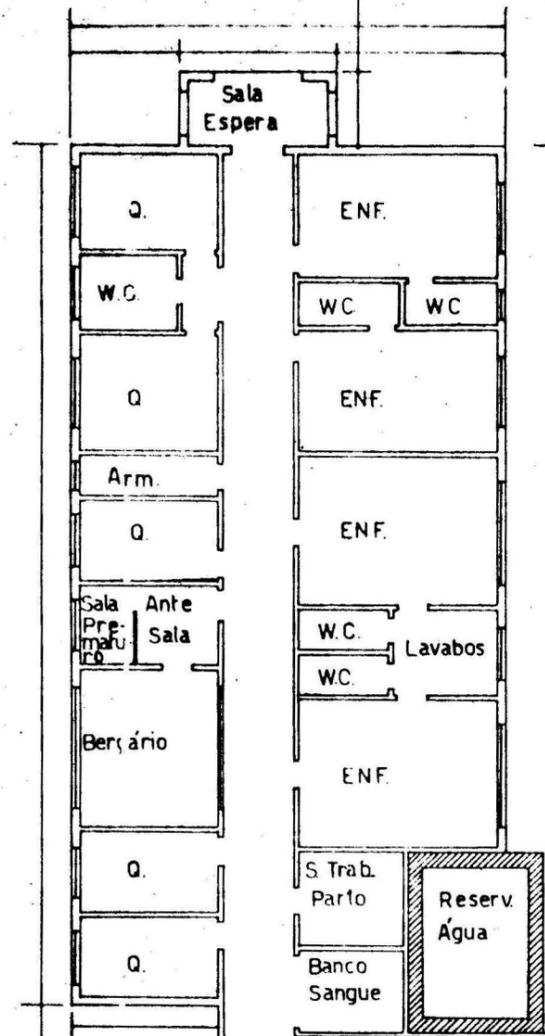
100

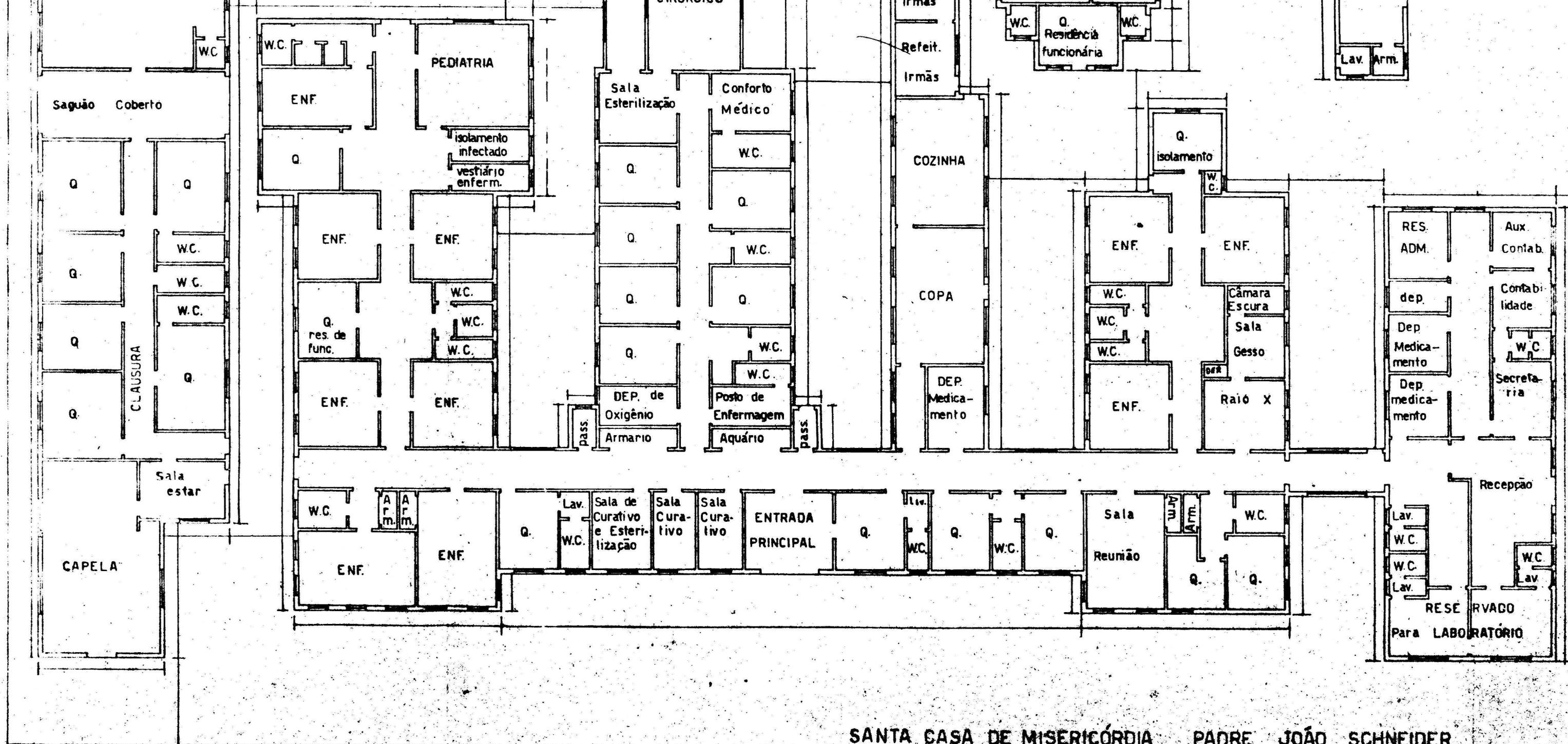
150

- 1. UMA VEZ 
- 2. DUAS VEZES 
- 3. TRÊS VEZES OU MAIS 
- 4. SEMPRE FOI ATENDIDO 
- 5. OUTROS 



FORNO





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PADRE JOÃO SCHNEIDER

RUA JOSÉ HENRIQUE DE MELLO Nº 236