

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RELATÓRIO

**DO TRABALHO DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

1989

φ

"AVALIACAO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE,
- COM ENFOQUE A SAÚDE DO TRABALHADOR" -
NÚCLEO HABITACIONAL "JOSE OMETTO I"
CIDADE DE ARARAS - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - BRASIL
PERÍODO: 18/09 A 22/09/1989

Trabalho de Campo Multidisciplinar
realizado durante o Curso de
Especialização em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo.

PROF.RESP.: Lucia Marcia André

São Paulo

- 1989 -

AUTORES

NOME	AREA
José Antonio Freitas Fonseca	Medicina
Leila Aparecida Cheachire de Caro	Odontologia
Luciana Ishida	Odontologia
Luis Felipe Silva	Engenharia Ambiental
Maria Clara de Almeida Schwartz	Educação
Nelson Morikazo Oguido	Engenharia S.Pública
Sandra Malateaux	Farmácia-Bioquímica
Valmir Roberto Andrade	Engenharia Ambiental
Viviane Mandarino Terra	Medicina

AGRADECIMENTOS

O Grupo de Trabalho de Campo do Curso de Especialização da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo agradece a atenção e colaboração recebidas quando da pesquisa de campo levada a efeito na Cidade de Araras em setembro/1989, com especial atenção a Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde, Centro Médico Social Comunitário "Irmã Maria Diva Patarra", Centro de Saúde II de Araras e aos moradores do Núcleo Habitacional "José Ometto I", que prazeirosamente colaboraram com nosso trabalho.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA	2
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	3
3.1. ASPECTOS GERAIS	3
3.1.1. HISTÓRICO	3
3.1.2. GEOGRÁFICOS	4
3.1.3. ECONÔMICOS	6
3.1.4. DEMOGRÁFICOS	8
4. CARACTERIZAÇÃO DO BAIRRO	13
4.1. ASPECTOS GERAIS	13
4.1.1. LOCALIZAÇÃO	13
4.1.2. HABITAÇÃO	19
5. ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SETORES E SUGESTÕES	21
5.1. EDUCAÇÃO	21
5.1.1. CRECHES	22
5.1.2. PARQUES INFANTIS MUNICIPAIS	22
5.1.3. RECANTOS MUNICIPAIS	23
5.1.4. RECURSOS EDUCACIONAIS DO BAIRRO	23
5.2. SOCIAL	27
5.2.1. ENTIDADES BENEFICENTES	27
5.2.2. ASSOCIAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	28
5.2.3. ASSOCIAÇÕES REPRESENTATIVAS	29
5.2.4. CLUBES RECREATIVOS E ESPORTIVOS	29

5.3. SAUDE	30
5.3.1. CARACTERIZACAO DAS INSTITUICOES PRESTADORAS DE SERVICOS E RECURSOS EXISTENTES	30
5.3.2. ASSISTENCIA ODONTOLOGICA	38
5.3.3. ANALISE DA PRODUTIVIDADE DO SERVIÇO PUBLICO ...	44
5.3.4. ANALISE DOS INDICADORES DE SAUDE	46
5.3.4.1. MORTALIDADE GERAL	46
5.3.4.2. CURVA DE NELSON DE MORAES	48
5.3.4.3. SWAROOF-UEMURA	51
5.3.4.4. INDICADOR DE GUEDES	52
5.3.4.5. MORTALIDADE INFANTIL	53
5.3.4.6. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA ...	59
5.3.4.7. INDICADOR DE SAUDE BUCAL	65
5.3.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	66
5.3.5.1. NOTIFICACAO COMPULSORIA	66
5.3.6. ANALISE DO MODELO DE SAUDE PROPOSTO PARA 1989 .	72
5.3.7. AVALIACAO DAS DESPESAS MUNICIPAIS	76
5.4. SANEAMENTO	77
5.4.1. ABASTECIMENTO DE AGUA	77
5.4.1.1. CAPTACAO	78
5.4.1.2. TRATAMENTO	79
5.4.1.3. RESERVAÇÃO	79
5.4.1.4. CONTROLE DE QUALIDADE	80
5.4.1.5. ANALISE DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO ..	81
5.4.2. ESGOTAMENTO SANITARIO	85
5.4.3. SISTEMA DE LIMPEZA URBANA	86
5.4.4. ANALISE GLOBAL DAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO DO CONJUNTO HABITACIONAL JOSE OMETTO I	89

5.4.5. SUGESTOES PARA SANEAMENTO AMBIENTAL	90
5.4.5.1. GERAIS	90
5.4.5.2. CONJUNTO HABITACIONAL JOSE OMETTO I ..	91
5.5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO INQUÉRITO DOMICILIAR	92
5.5.1. CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR	92
5.5.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE	97
5.5.3. PROBLEMAS DO BAIRRO	101
5.5.4. SAÚDE DO TRABALHADOR	108
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
7. ANEXOS	133

1. INTRODUÇÃO

O relatório que se apresenta discorre sobre o trabalho de campo multiprofissional, executado por estudantes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de São Paulo em uma determinada localidade conhecida como Conjunto Habitacional José Ometto I, pertencente ao Município de Araras.

O fim de tal atividade consistia em elaborar um levantamento das condições de saúde da população da localidade citada acima. Para se conduzir o referido diagnóstico, seguimos a linha condutora que abriga a definição de saúde que se sustenta num processo complexo, dinâmico e abrangente, que envolve além das questões fundamentais e imediatas da saúde e saneamento, também as condições de trabalho, moradia, transporte entre outras ligadas a um universo social onde se configuram diferenças marcantes entre classes.

Deve-se observar o caráter superficial e inicial da investigação, uma vez que as circunstâncias e as características que encerram a estrutura deste trabalho de campo não permitem um aprofundamento ou um maior envolvimento.

Definiu-se que a prioridade de nossa atividade, considerando as observações citadas, sustentou-se sobre as questões referentes à saúde do trabalhador.

2. METODOLOGIA

Situado estritamente nas regras do trabalho de campo multiprofissional, o grupo se inteirou de qual cidade iria desempenhar as atividades, perante um sorteio das mesmas, onde houve um acordo prévio estabelecido entre os interesses das administrações destes municípios e os responsáveis pelo trabalho de campo da Faculdade de Saúde Pública. O grupo foi contemplado com o Município de Araras, cuja administração local designou o Conjunto Habitacional José Ometto I como região de aplicação do respectivo trabalho.

Considerando que tal conjunto dispõe de 730 residências, o grupo estabeleceu como meta, atingir 25% do total, resultando assim, cerca de 182 residências submetidas às entrevistas.

Com o fim de se efetivar e agilizar o trabalho de entrevistas domiciliares, o grupo resolveu dividir o Conjunto em 5 áreas, para que cada segmento recebesse a cobertura de entrevistas realizadas por dois componentes da equipe.

Dessa forma, seguindo este roteiro estabelecido em comum, foi possível atingir um número de 138 domicílios onde foram efetivadas entrevistas correspondentes aos questionários confeccionados pelo grupo (Anexo 1), representando assim 19% da totalidade de residências do Conjunto Habitacional José Ometto I.

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1. ASPECTOS GERAIS

3.1.1. HISTÓRICO

A denominação de Araras deve-se ao fato de existir um grande número dessas aves às margens de nossos rios.

O "Vale do Ribeirão das Araras" começou a ser povoado em princípios do segundo quartel do século XVIII, em virtude da expansão do núcleo demográfico de Mogi-Guaçu, caminho inevitável do sertão das Minas dos Índios Guaianases.

Deve-se no entanto a fundação da cidade, denominada sucessivamente Samambaia, Sítio Bom Sucesso, Sítio das Araras, Capela Nova das Araras, Nossa Senhora do Patrocínio das Araras, aos irmãos Bento Lacerda Guimarães e José Lacerda Guimarães, aos quais o Império concedeu títulos de Barão de Arras e Barão de Arary, respectivamente.

O início da formação da cidade por ser tomado a partir de 19/05/1865, quando Bento de Lacerda Guimarães e José Lacerda Guimarães fizeram doação do terreno para o patrimônio da igreja, dedicada à Nossa Senhora do Patrocínio.

Através da Lei No. 42, de 22/07/1869, foi elevada à categoria de Freguesia e pela Lei No. 29 de 24/03/1871, foi elevada à categoria de Vila, passando a partir daquele momento a constituir um município.

A criação da Comarca deu-se a 25/08/1892, tendo sido instalada em 01/10/1892, conforme Lei Estadual No. 80, sendo constituída apenas no Município de Araras.

3.1.2. GEOGRAFICOS (Anexo 2)

- Limites

Norte: Leme

Sul: Limeira

Leste: Arthur Nogueira, Mogi-Guaçu e Conchal

Oeste: Rio Claro e Santa Gertrudes

- Localização

Latitude: 22º 24' 00'' S

Longitude: 47º 27' 22''

- Topografia

O Município de Araras encontra-se situado em posição Nordeste em relação à Capital do Estado. Esta dista da capital 170 Km.

Sua Formação é de um polígono irregular que se alonga ligeiramente em direção à Nordeste. O município se estende de Norte a Sul em uma vasta planície, sendo montanhoso em direção Oeste-Sul.

- **Altitude**

611 metros.

- **Area**

Superfície de 610 Km²

- **Ventos Predominantes**

Norte-Sul, Sul-Norte, calmos.

- **Clima**

Quente e seco, muito salubre.

- **Precipitação Pluviométrica**

A época das chuvas é de outubro à março, sendo que a precipitação pluviométrica gira em torno de 1.252 mm.

- **Temperatura**

Máxima: 31oC

Mínima: 7oC

- Grau de Umidade Relativa do Ar

74,4%.

- População

120.000 habitantes (estimativa).

3.1.3. ECONOMICOS

- Setor Primário

As culturas predominantes são: laranja, algodão, hortaliças, cana-de-açúcar com expansão muito grande nos últimos anos, sendo uma das principais atividades do município.

- Setor Secundário

Existem 390 estabelecimentos industriais na cidade, sendo que destacaremos a seguir os mais importantes:

- . Companhia Industrial e Agrícola São João
- . Nestlé
- . Torque S/A

- . Cimei
- . Indumental
- . Berg-Steel S/A
- . Ibrasol
- . Textil Irmãos Simionato
- . Açucareira Arareense S/A
- . Usina Santa Lúcia
- . Hugo Lagazzi & Filhos
- . Vice-Válvulas
- . Montex
- . Sucorríco S/A
- . Textil Irmãos Figueiredo

- Setor Terciário

Segundo a Prefeitura Municipal, contamos com 95 estabelecimentos de gêneros alimentícios, 26 farmácias e 2.017 estabelecimentos comerciais.

- Recursos Humanos

O município conta com profissionais das mais diversas categorias residentes no município, entre as quais citamos:

- . Médicos -----> 61
- . Enfermeiras -----> 35

. Engenheiros e Arquitetos ----->	58
. Professores ----->	884
. Advogados ----->	52
. Dentistas ----->	70
. Farmacêuticos e Bioquímicos ----->	10

- Hospitais

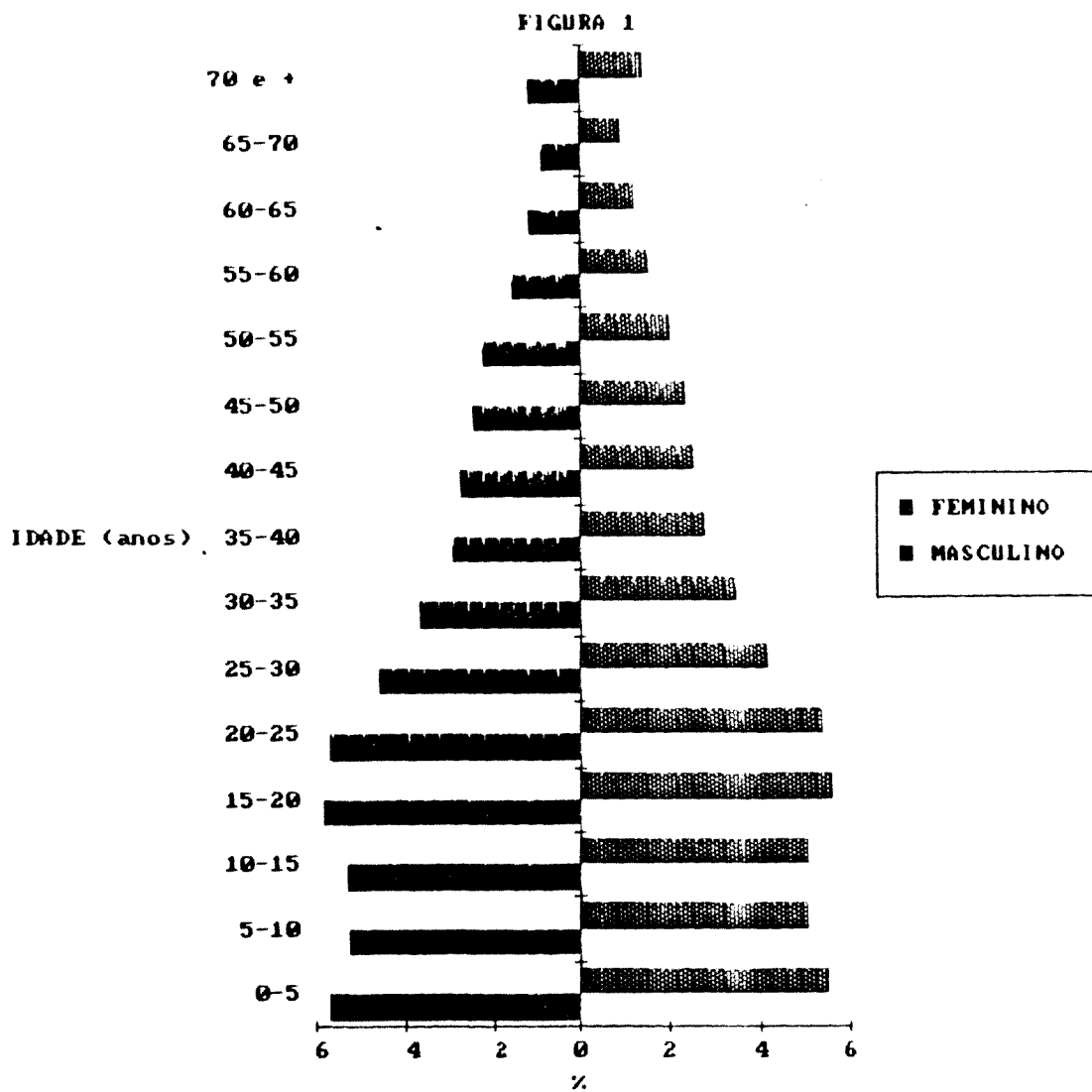
2, sendo 1 psiquiátrico.

3.1.4. DEMOGRAFICOS

A análise da pirâmide populacional do Município de Araras do ano de 1980 mostra coeficiente de natalidade/1000 hab. = 25,65 (Figuras 1 e 2). Uma imigração nas idades de 15 e 20 anos incentivada pelas atividades industriais e lavoura (safra agrícola). A esperança de vida é alta. Mortalidade infantil baixa.

A razão de dependência está em 57,4%, isto é aceitável, mostrando que há um equilíbrio entre os potencialmente ativos e dependentes.

FIGURA 1 - Pirâmide populacional, Município de Araras, 1980.



RM = 1030/1000 m

RII = 57,4

Coef. Natalidade/1000 hab. = 25,65

A razão de masculinidade mostra 1.020 homens para 1.000 mulheres (Tabelas 1 e 2).

TABELA 1 - População por idade e sexo. Município de Araras, 1980.

IDADE (anos)	S E X O			
	MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%
0 --- 5	3673	5,65	3598	5,53
5 --- 10	3399	5,23	3274	5,04
10 --- 15	3411	5,25	3291	5,06
15 --- 20	3771	5,80	3632	5,60
20 --- 25	3681	5,66	3518	5,41
25 --- 30	2958	4,55	2699	4,15
30 --- 35	2374	3,65	2275	3,50
35 --- 40	1886	2,90	1833	2,82
40 --- 45	1763	2,71	1662	2,57
45 --- 50	1571	2,42	1536	2,36
50 --- 55	1426	2,19	1321	2,03
55 --- 60	1009	1,55	992	1,53
60 --- 65	742	1,14	815	1,25
65 --- 70	559	0,85	619	0,95
70 e +	748	1,15	937	1,44
IGNORADA	28	0,04	16	0,02
TOTAL	32999	-	32018	-

FONTE: IBGE.

TABELA 2 - Coeficiente de natalidade. Município de Araras, 1975 a 1984.

ANO	COEFICIENTE/1000 HAB.
1975	24,88
1976	24,61
1977	25,88
1978	25,68
1979	27,10
1980	25,65
1981	30,21
1982	29,73
1983	31,58
1984	27,62

FONTE: SERDE.

FIGURA 2 - Coeficientes de natalidade. Municipio de Araras, 1975 a 1984.



4. CARACTERIZAÇÃO DO BAIRRO

4.1. ASPECTOS GERAIS

4.1.1. LOCALIZAÇÃO

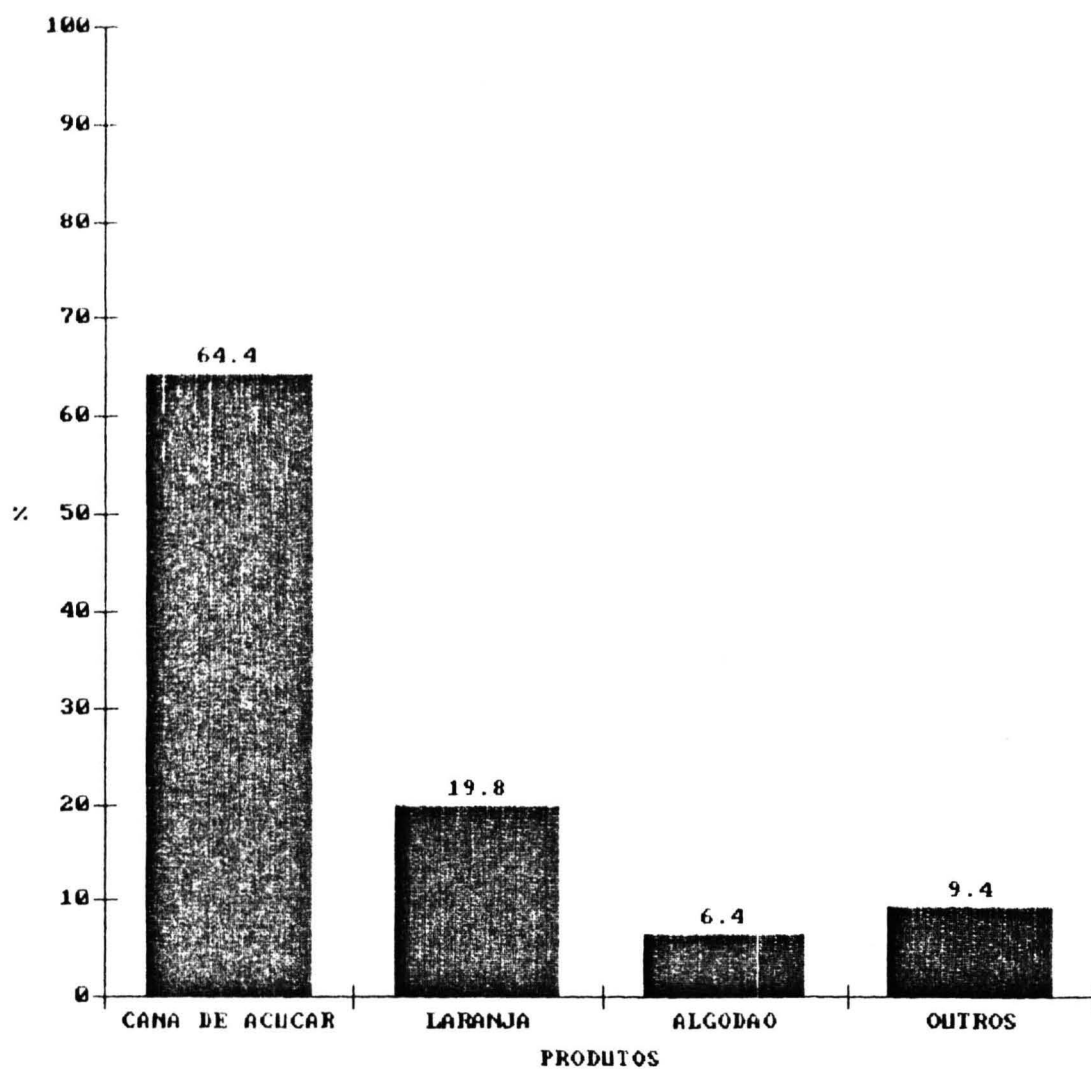
O Conjunto Habitacional José Ometto I se localiza na região periférica da cidade de Araras, distante cerca de sete quilômetros do núcleo urbano, sua existência consta com oito a nove anos. Apenas com a observação dessas características iniciais da localidade, nota-se que o processo de urbanização a que se submeteu a construção do bairro, obedece tendências e esquemas de estruturas sociais e econômicas de que dispõe as classes sociais desfavorecidas não só na periferia física das cidades, mas também em periferias da conjuntura social.

O bairro foi construído para abrigar a população trabalhadora que se situa nas atividades diretas de lavoura e indústrias basicamente. Depreende-se que neste quadro de política de habitação, se insere um planejamento em desequilíbrio onde os programas de industrialização com suas benesses e isenções fiscais que se constituem em condições altamente favoráveis e acessíveis à instalação das mesmas, relegam as complexidades que encerram questões de habitação, saneamento e de ambiente do município.

Considerável parte da massa trabalhadora é constituída de trabalhadores rurais (Tabela 33) que vendem sua força de trabalho na colheita da cana, algodão e laranja (Figuras 3 e 4).

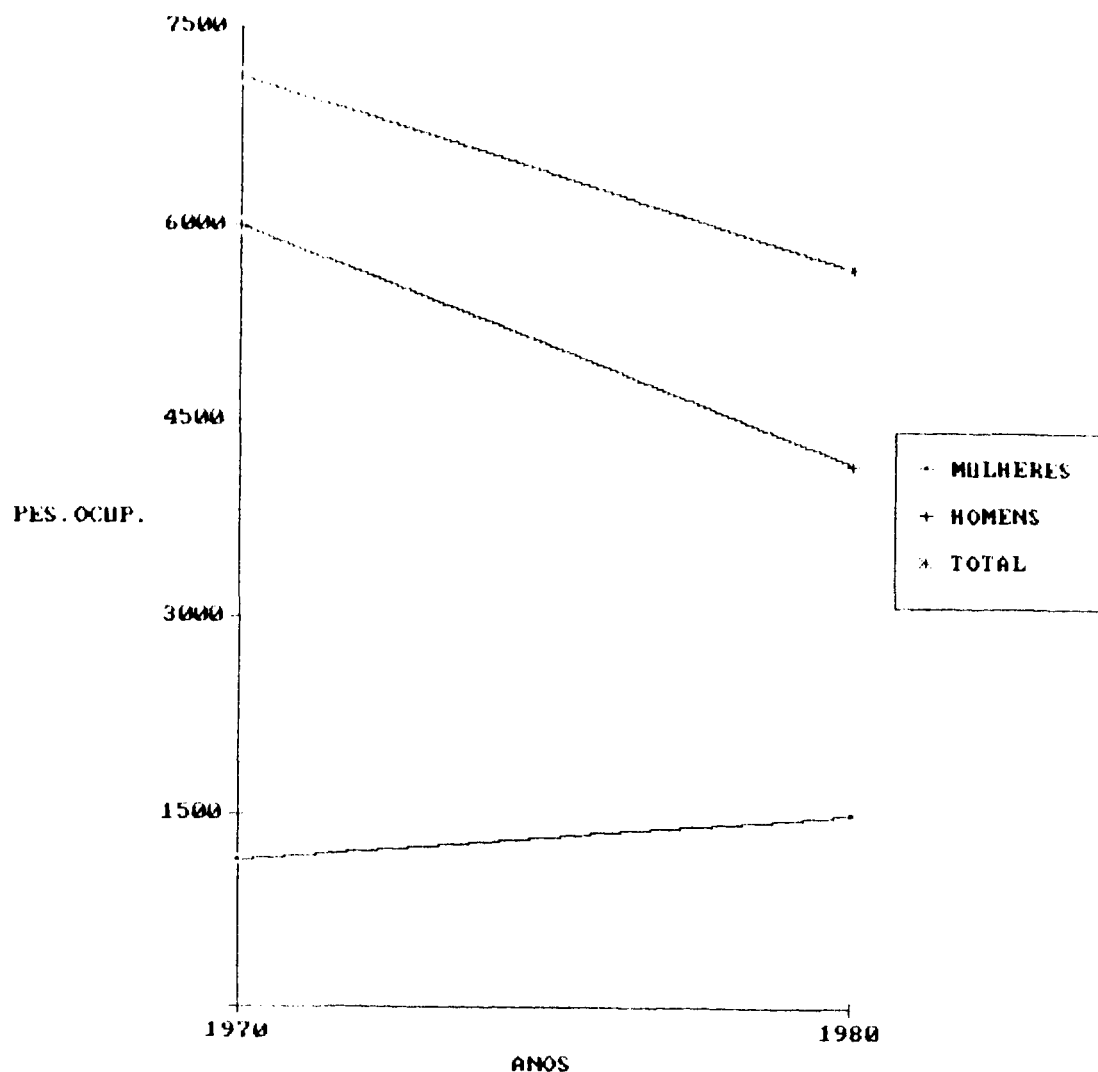
Geralmente são contratados por empreiteiras de mão-de-obra que oferecem o trabalho de colheita aos proprietários rurais da região. Esta mão-de-obra, ou seja, os bóias frias, é contratada de forma temporária pois para os empregadores (empreiteiros) só há possibilidade de "utilizá-los" para colheita.

FIGURA 3 - Produção agrícola. Município de Anaras, 1987.



FONTE: SEADE - Produtos.

FIGURA 4 - Pessoal ocupado na agropecuária, Município de Araras.



FONTE: SEADE.

O Bairro se assenta em uma região que anteriormente era um canavial e há nas proximidades as grandes plantações de cana, que, sendo uma monocultura, naturalmente interfere ou altera o ecossistema acarretando em problemas

ambientais. O processo de agricultura atende às necessidades industriais, ou seja, está voltado, como a cana para a produção de álcool ou açúcar.

Considerando dentro de um contexto social e histórico, o José Ometto serve de exemplo de como ocorrem as transformações na agricultura conduzidas por um processo de acumulação de capital. Percebe-se que não há uma cultura voltada diretamente para o consumo do trabalhador, pois estas atividades de agricultura foram cedendo espaço às vastidões da monocultura, pois estas linhas de plantio recebem incentivos e subsídios governamentais para a expansão de sua cultura, buscando seus objetivos na exportação (laranja, por exemplo). Daí, a predominância desta monocultura, destas grandes áreas de plantio onde além de acumular terras para se disseminar um produto que não é acessível a realidade dos trabalhadores, acumula também poderes e capital, conseqüente de uma intervenção do Estado que beneficia a expansão do capital e a não distribuição da renda.

E no José Ometto, estão os "boias-frias" que se espalham em um bairro planejado, uniforme, com suas ruas asfaltadas e pouco arborizadas. Praticamente um bairro dormitório, devido as circunstâncias que envolvem o árduo trabalho na lavoura, como o longo tempo que permanecem fora de casa para se dedicar a necessidade do trabalho para a sobrevivência.

A população de "boias-frias" que se aglomera no José Ometto, segue claramente a evolução histórica do sistema, que vai extinguindo ou elimina os antigos colonos, arrendatários e parceiros, e obviamente os pequenos proprietários rurais. Essa tendência segue interesses do capital, onde o próprio Estatuto do Trabalhador Rural favorece o surgimento do "boia-fria", como meio de se furtar aos compromissos trabalhistas, evitando desse modo o emprego de mão de obra permanente.

Portanto, apoiado nessa expressiva massa trabalhadora, em caráter temporário, voltada e dependente das colheitas dos produtos agrícolas que envolvem o contexto da localidade, percebe-se o desagregamento predominante nesta categoria que se encontra numa posição instável de trabalho, a mercê dos interesses da política dos grandes proprietários e da intervenção governamental que influi sistematicamente no destino desta população. Desorganizada e fragmentada a massa de trabalhadores do José Ometto I se vê no processo automático de cumprir a sua severa tarefa diária, obedecendo uma diretriz irremovível neste quadro, pois há necessidade premente de se trabalhar para a sobrevivência, aliando-se a isso a uma desinformação dos direitos legais e carência de oportunidades de trabalho, contribuem para a preservação e até expansão desta categoria que identifica o Bairro José Ometto.

Durante o trabalho no José Ometto, nota-se que há uma concepção de evolução quando existe uma tendência ou um

esforço de se transferir da condição de trabalhador volante ou temporário, para as atividades na indústria onde é oferecido um trabalho em contrato permanente.

Dos ritmos de trabalho, condições de habitação, modo de viver e de como esta estrutura de vida do José Ometto I está inserida na sociedade, nas relações de produção é que se deve procurar de uma forma de investigação mais profunda e abrangente traçar condições de saúde do bairro, ou colocar por esta via um início para se estabelecer uma análise que não se limite apenas ao descritivo.

Finalizando, a população do José Ometto I, essencialmente referente aos trabalhadores na agricultura, vive em condições de relativa dignidade, quando se considera as características de moradia e saneamento por exemplo, e também no caso destas observações serem cotejadas com a maioria do país, onde esta população que envolve trabalhadores volantes vive em condições sub-humanas.

4.1.2. HABITAÇÃO

O Conjunto Habitacional José Ometto I (Anexo 3), tem a seguinte característica:

- a construção civil da casa é do tipo padrão habitacional;

- a área do terreno é de aproximadamente 200 m² ;
- a maioria das residências está cercada por muro de alvenaria e/ou cerca de madeira;
- a área de construção civil da casa é de aproximadamente 53 m² ;
- a casa é de alvenaria, composta de 3 dormitórios, 1 banheiro, 1 cozinha e 1 sala (Anexos 4 e 5);
- têm uma capacidade de reservação de água de 500 m³ ;
- não possui laje, nem forro;
- quase 100% das casas são próprias;
- moram em média 7 pessoas por residência;
- algumas das residências tiveram algum tipo de reforma e/ou ampliações, desde confecção de forro até ampliações de dormitórios;
- o conjunto é totalmente asfaltado e iluminado;
- o conjunto não possui nenhuma arborização;
- quase inexistente área de lazer no conjunto.

5. ANALISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SETORES E SUGESTÕES

5.1. EDUCAÇÃO

Considerando-se o aspecto educacional, Araras conta com 12 estabelecimentos estaduais de ensino de 1o. e 2o. graus; 12 escolas municipais localizadas na zona rural. Além disso, possui 16 classes de recanto em quatro unidades escolares, destinados a abrigar a criança após seu período escolar.

Congrega, ainda, 155 classes pré-escolares, 6 entidades de ensino particulares e fundações para o ensino superior contendo os cursos de:

- Enfermagem e Obstetrícia
- Farmácia e Bioquímica
- Ciências Biológicas
- Ciências e Letras
- Odontologia

Conta ainda com 1 escola de cursos profissionalizantes, mais 1 unidade do SESI.

5.1.1. CRECHES

- Creche Municipal "Maryângela Martini";
- CEI Prefeito "José Paulino" (pertencente à Secretaria Municipal de Educação);
- Creche São Vicente de Paula (LBR);
- Creche do Instituto Canossiano;
- Centro Infantil Municipal Nona Catharina.

5.1.2. PARQUES INFANTIS MUNICIPAIS

- Parque Infantil Pref. "Herminio Ometto";
- Parque Infantil Profa. Lídia Maria Buzon Curtulo;
- Parque Infantil Dona Manoela Lacerda de Vergueiro;
- Parque Infantil José Dante Rodini;
- Parque Infantil Lions Clube;
- Parque Infantil Dona Rosa Padula Zurita;
- Parque Infantil Paulo Gomes Barboza;
- Parque Infantil Antonio Severino (pertencente à Secretaria Municipal de Educação).

5.1.3. RECANTOS MUNICIPAIS

Conta com 16 classes de recanto em 4 unidades escolares.

5.1.4. RECURSOS EDUCACIONAIS DO BAIRRO

No que se refere a recursos educacionais o bairro conta com um centro infantil, um parque infantil do município e uma escola estadual. A esta última não tivemos acesso por não haver pessoa que nos pudesse receber na ocasião que tentamos visitá-la.

O Centro Infantil Municipal denominado Nona Catharina conta com um corpo de funcionários composto por 28 profissionais, assim distribuído:

- 22 serventes

- . 1 lactarista
- . 2 lavadeiras
- . 2 faxineiras
- . 2 merendeiras
- . 15 berçaristas

- 2 vigias
- 1 auxiliar de enfermagem
- 1 pediatra
- 1 assistente de coordenação
- 1 coordenador

Há também um nutricionista que atende concomitantemente a creche e o parque infantil.

As instalações físicas do centro infantil são amplas, limpas, arejadas e bem distribuídas, havendo áreas distintas para cada atividade (descanso, recreação, alimentação, higiene) sendo também tais espaços divididos em função das diferentes faixas etárias. O horário de funcionamento da creche é das 7:00 às 17:00 horas.

A oferta total de vagas é de 150, atendendo crianças na faixa etária de 3 meses a 3 anos, sendo que no mês de setembro estavam preenchidas 120 vagas.

A principal e indispensável condição para matrícula é a comprovação por parte da mãe, que exerce atividade remunerada fora de casa. Há outras condições como apresentação de certidão de nascimento, carteira de vacinação atualizada, etc. Existe também um regulamento onde constam exigências em relação a material que deve ser levado pela criança, condições de higiene e limpeza, bem como, comparecimento obrigatório dos responsáveis às reuniões mensais.

A funcionária encarregada do controle e avaliação pondero-estatural das crianças bem como do controle da situação vacinal é a auxiliar de enfermagem. O atendimento médico é realizado duas vezes por semana, atendendo queixas. Há poucos casos de crianças com baixo peso e a doença que ocorre mais frequentemente é a diarreia.

A noite as instalações da creche são utilizadas para oferecer cursos de trabalhos manuais para as mulheres da comunidade. Estes cursos são organizados pela Secretaria de Promoção Social.

A coordenação da creche informa não haver repressão de demanda e que ao completarem três anos as crianças são automaticamente matriculadas no parque infantil.

O Parque Infantil Prof. Paulo G. Barbosa é também administrado pela Prefeitura e conta com 41 funcionários, entre serventes, merendeiras, recreadoras, etc. Não há médico, apenas uma enfermeira para realização de pequenos curativos e administração de medicamentos anteriormente prescritos. Os casos que necessitam de cuidados médicos são encaminhados ao posto de saúde.

Há um gabinete odontológico que funciona meio período por dia, alternadamente pela manhã e à tarde. O dentista atende prioritariamente as crianças mais velhas para tratamento dos dentes permanentes. As crianças mais novas recebem apenas atendimento de urgência.

O horário de funcionamento do parque é de 7:30 às 17:00 horas.

Além das crianças provenientes da creche, com matrícula automática, são admitidas crianças de 3 a 7 anos, residentes na área. Há, segundo informações da diretora, insuficiência de vagas para atender à demanda existente. Atualmente o Parque infantil oferece cerca de 700 vagas assim distribuídas: 328 em período integral, 112 no período da manhã e 262 vagas no período da tarde. As crianças matriculadas em período integral recebem três refeições diárias, as do período da manhã (lanche e almoço) e as do período da tarde (lanche).

Cada recreadora tem sob seus cuidados cerca de 40 crianças.

Em contato com as moradoras do bairro, várias referiram ter dificuldade em matricular os filhos na creche a curto prazo, o que ocasionava perda do emprego ou até mesmo impossibilidade de consegui-lo. Em relação ao parque infantil também foram frequentes os comentários sobre a insuficiência de vagas.

Considerando que creches e escolas infantis são equipamentos sociais bastante importantes para possibilitar o ingresso da mulher no mercado de trabalho; considerando a baixa renda da população em questão e a conseqüente necessidade do trabalho remunerado da mulher para tentar garantir a subsistência da família;

considerando que aproximadamente 46% da população feminina está em idade fértil (Tabela 1) e que deste total 35,5% exercem atividade remunerada (Tabela 33); considerando que aproximadamente 18% da população tem menos 7 anos (Tabela 1); considerando que o parque e o centro infantil destinam-se a atender aos três conjuntos habitacionais da área: concluímos que apesar de funcionarem adequadamente as escolas infantis são insuficientes para atender à demanda existente, cumprindo efetivamente sua função.

5.2. SOCIAL

5.2.1. ENTIDADES BENEFICENTES

- Associação das Damas de Caridade "São Vicente de Paula";
- Asilo Nossa Senhora do Patrocínio;
- Associação Espirita "Berço da Fraternidade";
- Albergue Noturno (pertencente ao Instituto de Difusão Espirita);
- Sede dos Marianos;
- OSAF (Obra Salesiana de Apoio Fraternal);

- APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais);
- Associação Centro Social Rural;
- CEE "Romana Ometto";
- Dispensário Frederico Ozanan;
- Fundação "Nossa Senhora do Patrocínio";
- Centro de Reabilitação "Bezerra de Menezes";
- Oratório São Luis;
- Sociedade Civil São João;
- Caravana "Irmã Clélia".

5.2.2. ASSOCIAÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- Associação Comercial e Industrial de Araras (ACIA);
- Sindicato dos Trabalhadores Rurais (SINTRA);
- Associação dos Engenheiros e Arquitetos de Araras;
- Ordem dos Advogados do Brasil (seccional de Araras);
- Associação Paulista de Medicina;
- Cooperativa Agrícola Mista de Araras (COPAMAR);

- Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas de Araras e região;
- Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas;
- Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Têxteis;
- Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação;
- Associação Educacional de Araras;
- Fundação Regional para o Ensino Superior de Araras;
- Guarda Mirim.

5.2.3. ASSOCIAÇÕES REPRESENTATIVAS

- Rotary Clube de Araras;
- Rotary Clube de Araras - Sul;
- Lions Clube;
- Loja Maçônica.

5.2.4. CLUBES RECREATIVOS E ESPORTIVOS

- Associação Atlética de Araras;
- São Futebol Clube;

- Associação Atlética do Banco do Brasil;
- Associação Atlética Banespa;
- Grêmio Recreativo Ararense;
- Grêmio Esportivo Nestlé - Araras;
- Clube dos Bancários;
- Clube Ararense;
- Usina São João;
- Grêmio Esportivo do Município de Araras;
- Comercial Futebol Clube;
- Associação Médica Ararense.

Em relação à vida associativa o Conjunto Habitacional José Ometto I não oferece opções como clubes, igrejas ou outros locais que permitiam a organização da comunidade. Não existem também espaços destinados a lazer como cinemas ou praças com brinquedos para crianças. A única praça existente é árida e sem arborização.

5.3. SAÚDE

5.3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS E RECURSOS EXISTENTES

O Município de Araras presta serviços médicos a sua população através de recursos municipais, estaduais,

INAMES, serviços particulares e/ou conveniados. Desde 1985 através de Projeto de Lei No. 072/85, ficou a Prefeitura Municipal de Araras devidamente autorizada a aderir ao Convênio das Ações Integradas de Saúde. A partir desta data os serviços médicos começaram a integrar-se.

Os atuais recursos da Secretaria Municipal de Saúde do Município são compostos das seguintes unidades:

- 7 postos de atendimento médico, a saber:

. Posto de Atendimento Médico "Antonio Carlos Fabricio" - foi o primeiro posto de atendimento médico localizado na periferia da cidade (1984). Atende a população do Núcleo Habitacional "José Ometto I e II". Possui 3 ambulatórios médicos, sala de pré-consulta, sala de curativos, sala de pós-consulta e farmácia, 1 gabinete dentário com uma equipe odontológica e demais dependências. Como recursos humanos apresenta 4 médicos, sendo 1 ginecologista e obstetra que atende no período da tarde, 1 pediatra que atende no período da manhã e 2 clínicos-gerais que atendem pela manhã e a tarde. O atendimento odontológico é feito no período da manhã e a tarde. É realizado atendimento de enfermagem. Das ações programáticas são realizados: Programa de Vacinação; Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Criança; Programa de Leite Fluido e; Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico. As atividades de controle de hipertensão e diabéticos

também são exercidas assim como colheita de exames laboratoriais (3 vezes na semana). Existe no local Serviço de Ambulância com plantão no próprio posto de atendimento médico (1 ambulância).

. Posto de Atendimento Médico do Centro Rural - este local encontra-se temporariamente fechado para observação devido ao reduzido número de atendimentos.

. Centro Médico Social Comunitária "Irmã Maria Diva Patarra" - está localizado no centro da cidade e atende a vários bairros. Funcionando junto ao Centro Médico está as instalações da Secretaria de Saúde Municipal. Possui 5 consultórios médicos, 1 gabinete dentário com um equipo odontológico, 1 sala para eletrocardiograma, 1 sala para audiometria. Possui também Serviço de Ambulância com plantão de 24 horas atendendo às solicitações da cidade e viagens a outras cidades (são em número de 6 ambulâncias e 2 kombis). Como recursos humanos possui 9 médicos distribuídos nas seguintes especialidades: 2 clínicos gerais; 1 otorrinolaringologista; 1 ginecologista obstetra; 2 cardiologistas; 1 oftalmologista e; 1 médico para laudos médicos. As clínicas especializadas como cardiologia, otorrinolaringologia e oftalmologia são referência para toda a cidade. E realizado atendimento ao público de segunda à sexta-feira das 7:00 às 18:00 horas e aos sábados das 8:00 às 11:00 horas.

. Posto de Atendimento Médico "Dr. Osvaldo Salvador Devitte" - localiza-se no Núcleo Habitacional Narcizo Gomes e atende a população de vários bairros. Possui 2 consultórios médicos; 1 sala de pré-consulta e curativos; 1 sala de pós-consulta e farmácia; 1 sala de medicações, inalações e vacinações e demais dependências. Como recursos humanos têm 3 médicos sendo 1 ginecologista obstetra, 1 clínico geral e 1 pediatra; sendo que atendem em um só período. São realizadas atividades programáticas de: Programa de Leite Fluido; Programa de Desenvolvimento e Crescimento da Criança; Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico e Mamário; Programa de Vacinação e; Programa de Controle de Hipertensos e Diabéticos.

. Posto de Atendimento Médico "Dr. Enio Vitalli" - localiza-se no Jardim Piratininga e atende a população de vários bairros. Possui 2 consultórios médicos, sala de pré-consulta e pós-consulta, além de sala de medicações, inalações e curativos. Possui 3 médicos: 1 ginecologista obstetra que atende no período da manhã (menos de quarta-feira); 1 clínico geral que atende no período da tarde (exceto quinta-feira) e; 1 pediatra que atende no período da manhã. São realizadas ações programáticas semelhantes aos outros postos de atendimento médico.

- . Posto de Atendimento Médico "Dr. Solon Fernandes de Oliveira" - localizado no Jardim Sobradinho, atendendo também a população de vários bairros. Possui atendimento médico com 1 pediatra no período da manhã, 1 clínico geral no período da manhã e 1 ginecologista no período da manhã. Conta com 2 consultórios médicos, sala de pré-consulta, sala de pós-consulta e farmácia, além de outras dependências.

- . Centro de Saúde II de Araras - atende a toda a população nos sub-programas e no programa do adulto e da criança. É constituído de 2 andares, sendo o andar térreo destinado ao atendimento médico-odontológico. No andar superior funciona o setor administrativo e o INAMPS. Possui atendimento: pediátrico (3 pediatras), clínico geral (2), dermatológico (1), psiquiátrico (1), psicológico (1), odontológico (1). É realizado nesse local o atendimento de Hanseníase e Tisiologia, o atendimento de saúde mental é feito através do atendimento psicológico e social, sendo encaminhado para escolas e sanatórios. O atendimento realizado é a nível de atenção primária, sendo os casos mais graves encaminhados ao Hospital São Luiz. Observa-se que em todos os locais de atendimento médico as ações programáticas são realizadas dentro do atendimento de enfermagem. O serviço de vigilância epidemiológica funciona neste local, assim como o atendimento à idênticos.

- Centro de Recuperação Municipal:

Localizado no Centro Médico Social Comunitário "Irmã Maria Diva Patarro" e atende a todos os moradores do município. Realiza atendimentos: psicológicos (crianças, período da manhã); fonoaudiológicos (crianças, período da manhã); fisioterápicos (com salas para cinesiologia, eletroterapia, mecanoterapia, hidroterapia e estimulação).

- Serviço Municipal de Abreugrafia:

Atende a toda população de Araras, mediante uma taxa. Os pacientes carentes são submetidos a uma triagem social.

- Laboratório de Análises Clínicas:

Localiza-se no Centro Médico Social Comunitário e atende exames requisitados pelos postos de atendimento médico: "Dr. Solon Fernandes de Oliveira", "Antonio Carlos Fabricio" e "Centro Médico Social Comunitário". Os postos de atendimento médico "Dr. Enio Vitalli", "Dr. Osvaldo Salvador Devitte" e "Centro de Saúde II", encaminham exames para o Laboratório do Instituto Adolfo Lutz de Pirassununga, por não possuir capacidade para atender toda a rede pública. Realiza exames laboratoriais básicos, além de outros como sorologias, micológicos, etc.

- Serviços prestados pelo INAMPS:

Em Araras conta-se somente com o Serviço de Medicina Social, sem Posto de Assistência Médica (PAM). Conta com 3 médicos responsáveis pela supervisão hospitalar, revisão de contas, autorização de pagamentos, emissão de AIH'S, etc. Os atendimentos prestados pelo INAMPS local são:

1) Atendimento aos Urbanos

- médicos credenciados;
- cardiologia e neurologia - encaminhados a Rio Claro;
- eletrocardiograma - encaminhados para a cidade de Limeira e Rio Claro;
- serviços de patologia clínica (particulares e Santa Casa local);
- serviço de radiologia clínica - encaminhados à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras;
- serviço de fisioterapia - Santa Casa local;
- eletroencefalografia - serviço contratado e Sanatório Antonio Luiz Sayão;
- atendimento odontológico - serviço contratado e sindicatos;

- hospitais contratados:

- . Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, realizando atendimento de urgência, ambulatório geral e internações;
- . Sanatório "Antonio Luiz Sayão", realizando atendimento psiquiátrico somente para urbanos em urgência e internações. Tem caráter filantrópico e possui 1.200 leitos.

2) Atendimento aos Rurais

- Serviços contratados:

- . Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, realizando atendimento de urgência e internações.

- Sindicatos:

- . Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Araras, realizando atendimento de consultas, pequenas cirurgias, odontologia e assistência farmacêutica.

3) Atendimento de Acidentados do Trabalho (Urbanos e Rurais)

- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, realizando atendimento de urgência, ambulatório,

internações, assistência farmacêutica e serviços de odontologia e fisioterapia.

5.3.2. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Município de Araras

Em Araras a assistência odontológica é prestada por dentistas atuando em consultórios convencionais e sem auxiliares, perfazendo um total de 28 dentistas, em 24 locais, ou seja, em:

- 8 parques infantis (1 dentista em cada);
- 12 escolas estaduais (1 dentista em cada);
- 1 FAM (2 dentistas);
- 1 centro médico (2 dentistas);
- 1 centro de saúde (1 dentista);
- 1 APAE (1 dentista).

Pode-se observar que em alguns locais os consultórios ficam ociosos em um período.

Nem todas as escolas, parques e unidades básicas possuem atendimento odontológico.

O atendimento nas escolas rurais é feito por uma perua volante.

Quanto há necessidade de atendimento especializado, a rede encaminha para a Faculdade de Odontologia da própria cidade. Na época da visita do grupo da Faculdade de Saúde Pública ao Município de Araras, estava sendo firmado um contrato entre Prefeitura e Faculdade, em que será montado um módulo simplificado em uma escola, servindo este de referência para as outras próximas. Os alunos serão trazidos e atendidos pelos estudantes da Faculdade (tipo Paulínia).

Outro módulo simplificado de três cadeiras será no Centro Médico para atendimento de adultos.

Conjunto Habitacional José Dmetto I

No bairro existem 3 consultórios odontológicos, sendo: 1 no parque infantil com 1 dentista que dá atendimento meio período; 1 na escola estadual com 1 dentista (meio período); 1 no PAM com 2 dentistas (um pela manhã e outro à tarde).

Os consultórios desses locais também são convencionais.

No sentido de conseguirmos nos aproximar o máximo possível da meta da OMS para o ano 2000, ou seja, CPO aos 12 anos igual a 3,0, todos os recursos, esforços e também uma política de saúde bucal favorável deverão ser direcionados. Com esse intuito passamos a fazer algumas sugestões:

- Parque Infantil (crianças de 3 a 6 anos)

. Programa Preventivo:

Tanto no parque como na creche, as crianças e as mães devem receber orientações quanto aos hábitos bucais: chupeta, sucção dos dedos, mamadeira noturna.

Após as merendas, as crianças devem escovar seus dentes com orientação e sob supervisão. Em se tratando das crianças da creche, as babás é que devem escovar os dentes destas.

Apesar da água de abastecimento já ser fluoretada, devemos associar outro método preventivo não sistêmico, para que o benefício seja maior. Devido a pouca idade das crianças do parque, os métodos preventivos mais indicados são a aplicação tópica de flúor acidulado em todas as crianças e o uso de selante para fóssulas e fissuras nos molares permanentes. Os bochechos fluorados só é indicado para crianças maiores de 5 anos.

. Programa Curativo:

Todas as crianças, inclusive de idades menores devem receber tratamento para diminuir as necessidades. Deve-se iniciar o atendimento pelas crianças menores.

Os segundos molares decíduos, caninos decíduos e primeiros molares permanentes devem receber restauração definitiva, ou seja, análgama e/ou resina composta. Os demais dentes decíduos devem receber, quando possível, restauração provisória com IRM, ou similar, e/ou carióstático.

No primeiro ano do programa, o atendimento deve se iniciar pelas crianças menores e prosseguir nas maiores, se possível atendendo todas.

No segundo ano atende-se as menores, que são ingressantes e dá manutenção para as que já receberam tratamento no ano anterior.

- Escola Estadual de Primeiro Grau (7 a 14 anos)

. Programa Preventivo:

Faz-se necessário um programa educativo com crianças e pais quanto a importância da manutenção da saúde bucal e orientação quanto a higiene bucal, dieta entre

outras. Com essas crianças já pode-se trabalhar com bochechos fluorados semanais ou quinzenais.

O uso de selantes de fôssulas e fissuras deve ser adotado para molares permanentes e pré-molares.

. Programa Curativo:

Para aumentar o rendimento de um programa escolar, ou seja, aumentar ao máximo o número de crianças que ele possa incluir, devemos adotar um sistema de trabalho que reduza ao mínimo as necessidades individuais. Isso pode ser conseguido adotando o sistema incremental.

Não só no Conjunto Habitacional Ometto I, mas como em todo local em que há um fluxo escolar grande com evasão de alunos também acentuada, as crianças acabam ingressando na escola tardiamente. Se seguirmos o sistema incremental em que as idades menores, 7 e 8 anos, é que formam o grupo compulsório, muitas crianças ficarão sem atendimento. Sugerimos que no Conjunto Habitacional Ometto I o sistema incremental adotado seja por classes, em que as classes das primeiras e segundas séries formem o grupo compulsório.

Faz-se necessário à cada início de ano um levantamento epidemiológico para se poder fazer o planejamento

anual e posteriormente utilizar esse levantamento para avaliação do programa.

- Centro de Saúde

É preciso que se conscientize a população quanto à saúde bucal, através de programa educativo, se utilizando de palestras com audio-visuais, cartazes, etc.

Através do inquérito realizado notamos a pouca procura do Centro de Saúde para atendimento odontológico (Tabela 22). As pessoas alegaram falta de vagas para tratamento, sendo este na sua maioria, tratamento emergencial.

Acreditamos que o atendimento deva ser sistemático através de um agendamento, com prontuário dos pacientes, procurando obter o maior número de tratamentos completados e não apenas emergencial, pois isso não leva à redução das necessidades acumuladas.

Como esse Conjunto Habitacional possui na sua maioria trabalhadores, faz-se necessário a implantação do terceiro turno, pois esses só retornam do trabalho ao final da tarde.

Merece também uma atenção especial, a gestante, devendo ter um programa de atendimento para todas as gestantes que fazem parte do sub-programa de pré-natal.

Notamos que no conjunto existem muitas crianças que não frequentam a escola, portanto o Centro de saúde não pode deixar de atendê-las.

Para aumentar a cobertura e agilizar o atendimento, o ideal seria que se instalasse um módulo simplificado com quatro cadeiras ou mais, com trabalho à quatro mãos e delegação de funções para Técnica de Higiene Dental (THD), com conseqüente contratação e formação dos mesmos.

5.3.3. ANÁLISE DA PRODUTIVIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO

Em relação à análise da produtividade dos serviços médicos existentes no município gostaríamos de salientar que eles serão realizados segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Araras. Embora saibamos das modificações constantes do quadro de funcionários (principalmente em função da falta de política de isonomia salarial, segundo o próprio Secretário de Saúde local, nos disse em entrevista), estaremos propondo melhor aproveitamento do recurso existente.

Podemos deduzir da análise dos recursos existentes (RH e CF) na cidade de Araras que:

- Para uma população estimada para 1989 em 64.703, o número de profissionais médicos é cerca de 43% a menos

que as necessidades locais, levando-se em consideração os parâmetros propostos pela Portaria No. 3046/82 do INAMPS, onde preconiza 1 profissional/1.000 habitantes. O mesmo acontece para os outros profissionais de saúde embora, os dentistas que em número de 29, e cujo parâmetro é de 0,5 profissional/1.000 habitantes, estão com deficiência em torno de 9%.

- O número de consultas executadas dentro do disponível de recursos humanos para as especialidades médicas básicas (pediatria, ginecologia e obstetria e clínica geral) é deficitário em torno de 99,34%, levando-se em consideração o parâmetro geral de 2 consultas/habitante/ano (Anexos 6, 7 e 8).
- No Posto de Atendimento "Antonio Carlos Fabrício" que atende a toda a população do Núcleo Habitacional "José Ometto" o quadro não se modifica em relação ao encontrado no município como um todo. Para uma população total em torno de 15.000 a 20.000 habitantes, existem 4 profissionais médicos, em período não integral, portanto há decréscimo em torno de 50% do esperado para atendimento médico e profissional.
- Em relação ao número de consultas produzidas pelo posto de atendimento local, há um déficit em torno de 44,4%, que poderia ser superado se a capacidade física fosse totalmente utilizada.

5.3.4. ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE

Na análise dos indicadores de saúde propõe-se um estudo comparativo entre estes indicadores obtidos a partir de dados específicos do Município de Araras e os obtidos no Estado de São Paulo.

5.3.4.1. MORTALIDADE GERAL

Inicia-se com o coeficiente de mortalidade geral, pois embora apresente baixa especificidade, seu comportamento na série histórica de 1970 a 1984 parece significativo.

Para o Estado de São Paulo, o coeficiente de mortalidade geral em 1984 foi de 6,46/1.000 habitantes representando uma redução de 20,45% em relação a 1970, quando foi de 8,12/1.000 habitantes. Para o Município de Araras, o mesmo coeficiente de 1984 foi de 7,74/1.000 habitantes representando um incremento de 3,06% em relação a 1970, quando foi de 7,51/1.000 habitantes (Tabela 3).

TABELA 3 - Coeficiente geral de mortalidade segundo ano. Araras, 1970 a 1988.

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE (p/1.000 habitante)
1970	7,51
1971	7,52
1972	6,78
1973	7,49
1974	7,73
1975	7,33
1976	7,77
1977	6,65
1978	6,10
1979	6,61
1980	5,93
1981	6,49
1982	7,07
1983	6,30
1984	7,74
1985	7,98
1986	7,30
1987*	7,74
1988*	8,30

* Dados preliminares.

FONTE: SEADE.

SAO PAULO	1984 -----> 6,46/1.000 hab.	REDUÇAO: 20,45%
	1970 -----> 8,12/1.000 hab.	
ARARAS	1984 -----> 7,74/1.000 hab.	INCREMENTO: 3,06%
	1970 -----> 7,51/1.000 hab.	

Observamos que apesar da pouca especificidade esse indicador nos dá noção da piora da qualidade de vida nos últimos anos.

5.3.4.2. CURVA DE NELSON DE MORAES

Confrontando as duas projeções gráficas correspondentes à Curva de Nelson de Moraes (Tabelas 4 e 5; Figuras 5 e 6), são observadas algumas diferenças referentes ao contorno das curvas. A que representa o Município de Araras indica, segundo o padrão estabelecido, um nível de saúde bem próximo a curva que indica um padrão elevado. Nota-se neste caso, que o coeficiente de Swaroop e Uemura atinge um nível de 63,31%, valor que supera a média da região sul (56,1), onde foi o maior registrado no Brasil em 1980.

FIGURA 5 - Curva de mortalidade proporcional (Curva de Nelson de Moraes), Conjunto José Ometto I, 1984.

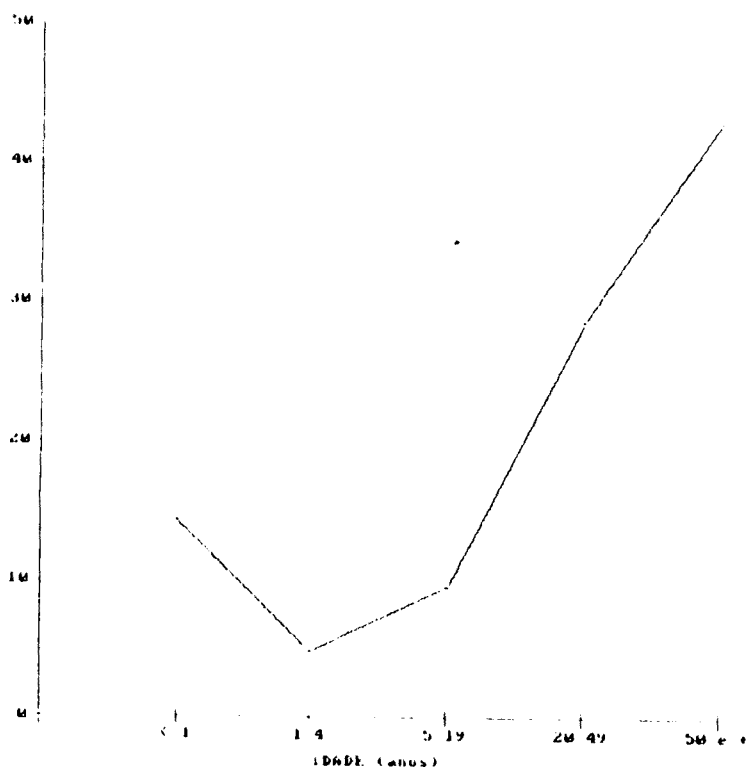


TABELA 4 - Óbitos referentes ao Núcleo Habitacional José Ometto I, 1984.

FAIXA ETÁRIA (anos)	ÓBITOS	%
< 1	3	14,3
1 -- 4	1	4,8
5 -- 19	2	9,5
20 -- 49	6	28,6
50 e +	9	42,9
TOTAL	21	100,0

FONTE: Cartório local.

FIGURA 6 - Curva comparativa de mortalidade proporcional (Curva de Nelson de Moraes). Município de Araras e Núcleo Habitacional José Ometto I, 1984.

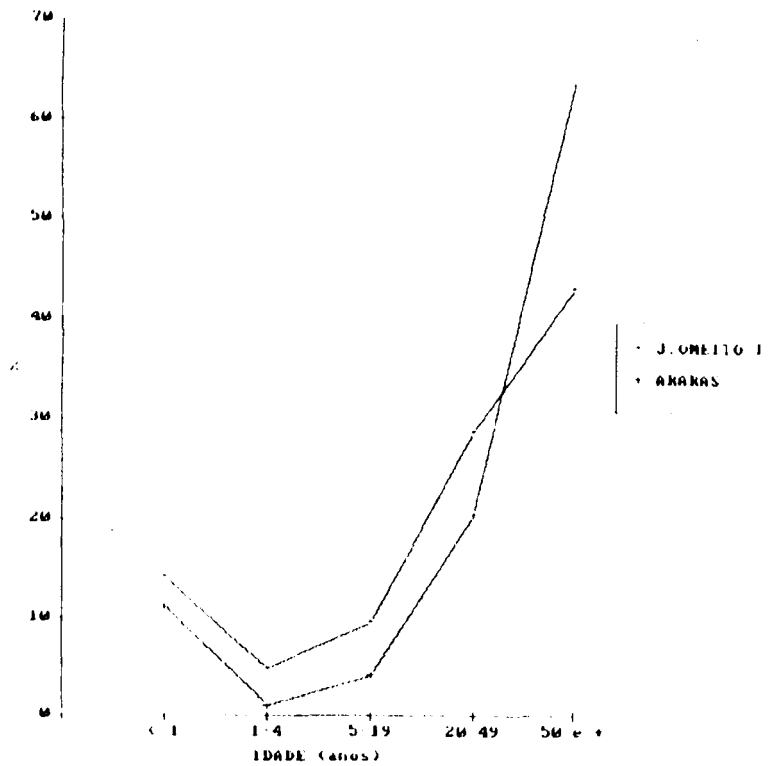


TABELA 5 - Óbitos referentes ao Município de Araras, 1984.

FAIXA ETÁRIA (anos)	ÓBITOS	%
< 1	57	11,26
1 -- 4	5	0,98
5 -- 19	21	4,14
20 -- 49	103	20,31
50 e +	321	63,31
TOTAL	507	100,00

FONTE: CIS.

5.3.4.3. SWAROOP-UEMURA

Por sua vez, apesar de se situar bem próximo a área central do município, ou até mesmo pertencer a ela, o Conjunto "José Ometto I" posiciona-se numa realidade distinta, a qual é representada por um coeficiente Swaroop-Uemura em torno de 42,9% (Tabela 4). Portanto, considerando que há uma proximidade física, isto não ocorre quando comparamos estes indicadores destas duas localidades; pois essa realidade se sustenta no padrão de vida diferenciado, na diferença do poder aquisitivo reconhecido e citado no plano-89 "devido ao baixo poder aquisitivo", no modo de viver, nos ritmos e tipos de trabalho e basicamente uma diferença de classes que expressa na essência estes desníveis.

Pois é o "Conjunto José Ometto I", onde vivem e morrem os trabalhadores que estão envolvidos no trabalho braçal, no trabalho árduo e desqualificado, na exploração patente notada nos baixos salários, na longa jornada de trabalho, na carência de estruturação e organização, ou seja, o modo de viver da população, a vida deste grupo está associada ao modo de trabalho, e nas relações de produção que por meio de intervenções políticas e econômicas controlam o ritmo e o rumo desta população.

Considerando o pouco tempo de existência do Conjunto "José Ometto I", mas recordando que nesta localidade foram

agrupadas as classes trabalhadoras de baixa renda e sem qualificação, observa-se através do levantamento deste grupo, que se inicia bem jovem no trabalho (Tabela 33) e que se morre cedo (Figura 1).

5.3.4.4. INDICADOR DE GUEDES

Utilizando o Indicador de Guedes para se apreciar e diferenciar as condições de saúde, verificou-se que na cidade de Araras, ele se posicionou no valor de 20,45, onde mais uma vez vem superar acentuadamente os níveis encontrados no país (Tabela 6).

TABELA 6 - Cálculo do Indicador de Guedes. Araras, 1984.

FAIXA ETÁRIA (anos)	%	PESO	PESO x %
< 1	11,26	- 4	- 45,04
1 -- 4	0,98	- 2	- 1,96
5 -- 19	4,14	- 1	- 4,14
20 -- 49	20,31	- 3	- 60,93
50 e +	63,31	+ 5	316,55
TOTAL	100,00	-	204,48

Indicador de Guedes = 20,45

FONTE: Cartório local.

Porém, no Conjunto José Ometto permanece numa distância considerável deste valor, alcançando 5,24, demonstrando novamente as discrepâncias existentes entre estas duas realidades, salientando que fica nítida a fronteira de condições de saúde e de vida predominantes entre as classes (Tabela 7).

TABELA 7 - Cálculo do Indicador de Guedes. Conjunto José Ometto I, Araras, 1984.

FAIXA ETARIA (anos)	%	PESO	PESO x %
< 1	14,3	- 4	- 57,2
1 -- 4	4,8	- 2	- 9,6
5 -- 19	9,5	- 1	- 9,5
20 -- 49	28,6	- 3	- 85,8
50 e +	42,9	+ 5	214,5
TOTAL	100,00	-	52,4

Indicador de Guedes = 5,24

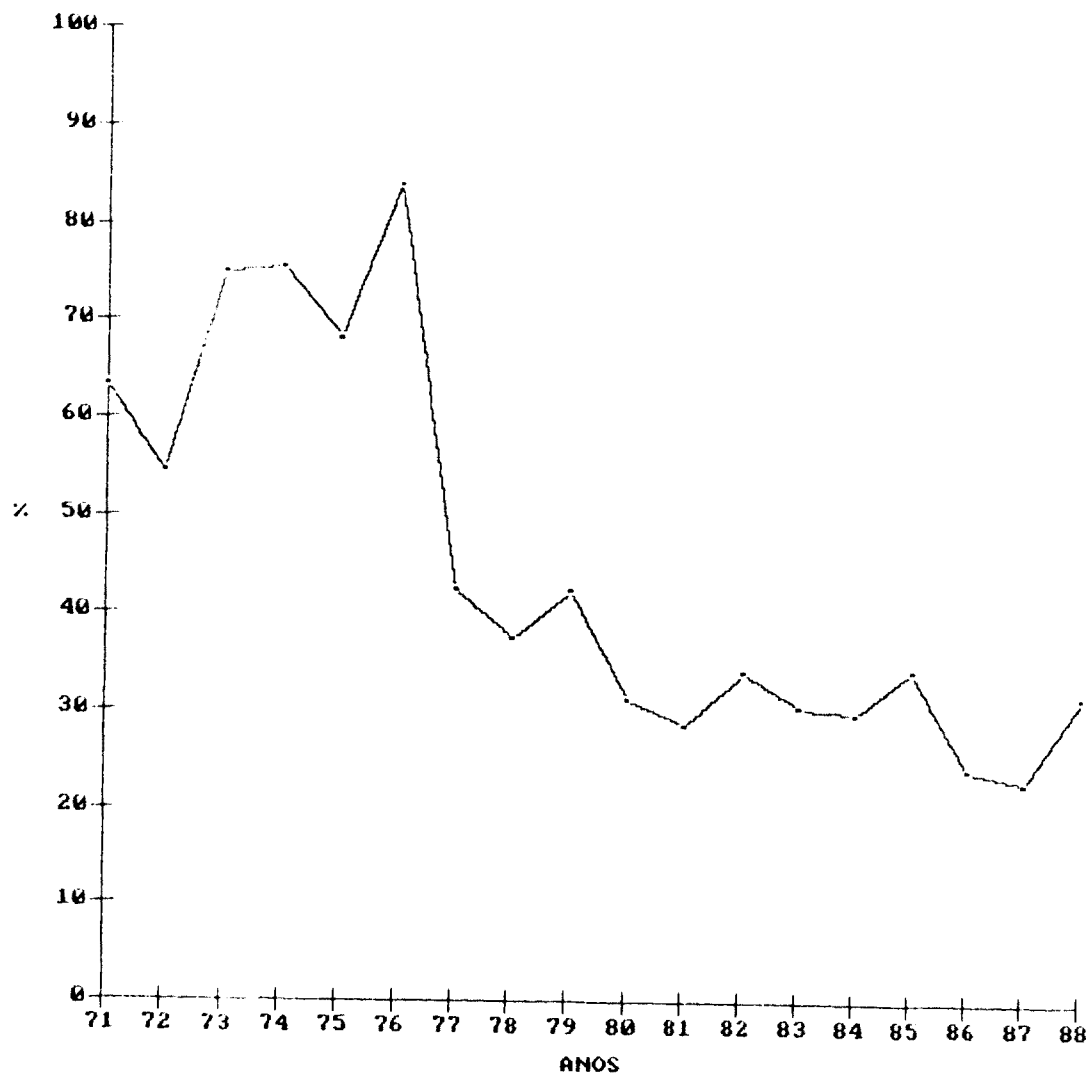
FONTE: Cartório local.

5.3.4.5. MORTALIDADE INFANTIL

De acordo com o gráfico a mortalidade infantil (Figura 7 e Tabela 8) a partir de 1975, atingindo um pico em 1976. Isso ocorreu devido a grande perda por doenças infecciosas

e parasitárias, agravada pela epidemia de meningite meningocócica e também por sarampo. A partir de 1977 houve um incremento no saneamento básico, que hoje atinge quase 100% da população e o serviço de pediatria ampliou-se ocorrendo nesse período uma diminuição no coeficiente de mortalidade infantil.

FIGURA 7 - Curva de mortalidade infantil do Município de Araras, 1971 a 1988.



FONTE: SEADE.

TABELA 8 - Evolução da mortalidade infantil. Araras, 1971 a 1988.

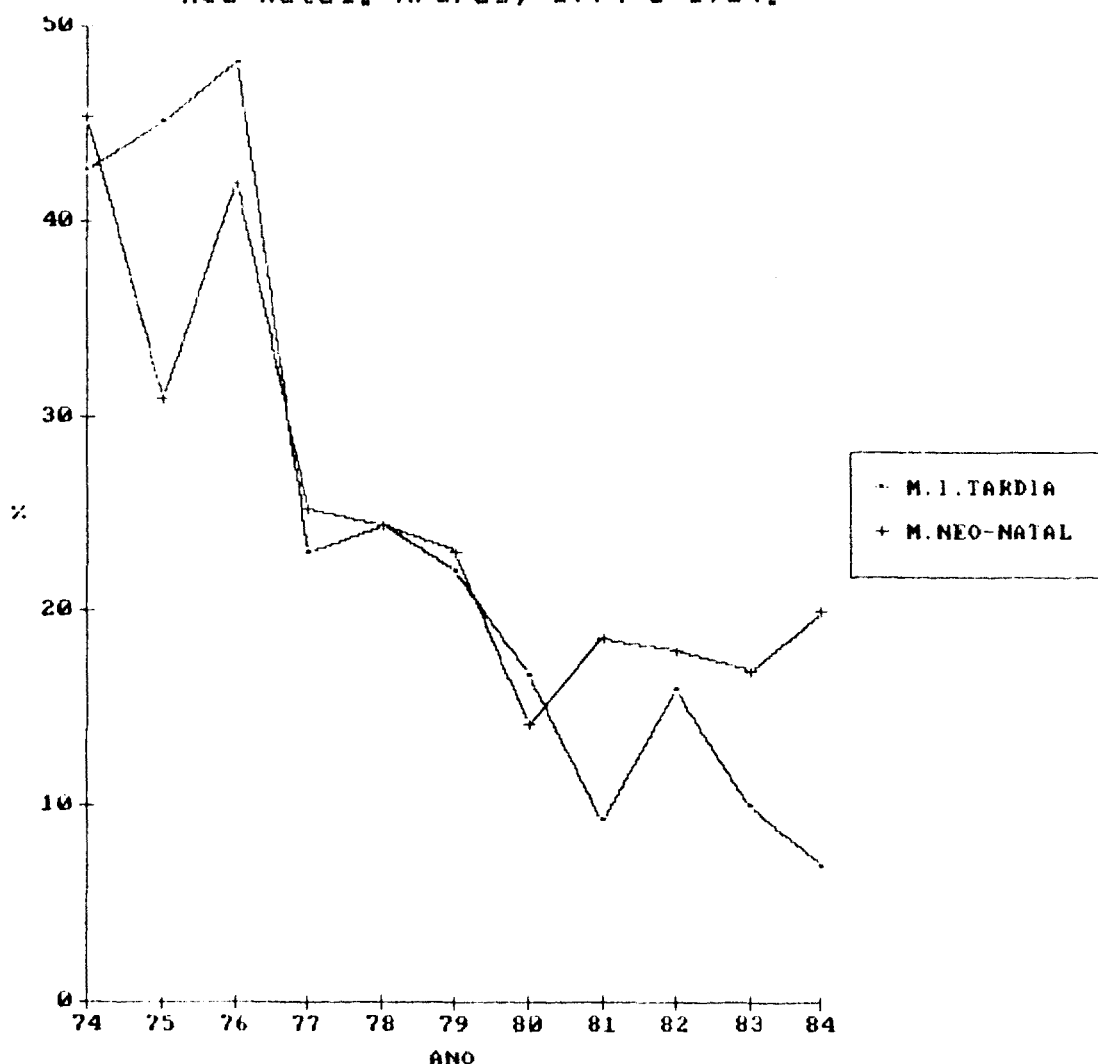
ANO	COEFICIENTE MORTALIDADE INFANTIL (p/1.000 N.V.)
1971	63,53
1972	54,48
1973	75,04
1974	75,59
1975	68,31
1976	83,95
1977	42,30
1978	37,43
1979	42,32
1980	31,16
1981	28,56
1982	34,00
1983	30,49
1984	29,77
1985	34,35
1986	24,26
1987	22,89
1988	31,63

FONTE: SERDE.

A queda da mortalidade infantil, deve-se principalmente ao componente infantil tardia (28 dias a 1 ano), cuja faixa etária se beneficia das melhorias de saneamento do meio ambiente. O coeficiente de mortalidade neo-natal (menores

de 28 dias) permaneceu inalterado indicando portanto que outras causas que não as do meio ambiente possam estar atuando (Figura 8 e Tabela 9). Isso fica mais fácil de ser identificado se analisarmos as causas mais frequentes de óbitos em menores de 1 ano, por exemplo no Núcleo Habitacional "José Ometto I" podemos identificar as principais causas dos últimos 5 anos de mortalidade em menores de 1 ano como sendo prematuridade (38,1%) e anoxia perinatal (19,0%) (Tabela 10).

FIGURA 8 - Curva de mortalidade infantil tardia e mortalidade neo-natal. Araras, 1974 a 1984.



FONTE: Mapa Demográfico - CS-II - Araras.

TABELA 9 -- Evolução da mortalidade infantil tardia e mortalidade neo-natal. Araras, 1974 a 1984.

ANO	COEF. MORT. INF. TARDIA (p/1.000 N.V.)	COEF. MORT. NEO-NATAL (p/1.000 N.V.)
1974	42,6	45,3
1975	45,1	31,0
1976	48,1	41,9
1977	23,0	25,3
1978	24,4	24,4
1979	22,0	23,0
1980	16,7	14,2
1981	9,3	18,6
1982	16,0	18,0
1983	10,0	17,0
1984	7,0	20,0

FONTE: Mapa demográfico CS-II, Araras.

TABELA 10 - Causas de mortalidade em menores de 1 ano do Conjunto José Ometto I, Araras, 1984 a 1989.

DOENÇA	A N O S											
	1984		1985		1986		1987		1988		1989	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ANOXIA NEO-NATAL	2	66,7	1	20,0	1	25,0	-	-	-	-	-	-
PREMATURIDADE	1	33,3	3	60,0	1	25,0	2	66,7	1	25,0	-	-
SEPTICEMIA	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
DOENÇA DE APARELHO RESPIRATÓRIO	-	-	-	-	2	50,0	-	-	1	25,0	-	-
DESNUTRIÇÃO CRÔNICA	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-
DESNUTRIÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-
MENINGITE BACTERIANA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-
DESIDRATAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0
DESNUTRIÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0
TOTAL	3	100,0	5	100,0	4	100,0	3	100,0	4	100,0	2	100,0

FONTE: SEADE.

Se analisarmos esse perfil de mortalidade verificamos que uma avaliação do atendimento pré-natal e do atendimento hospitalar a gestante deve ser realizado.

5.3.4.6. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA

Em uma análise da mortalidade proporcional segundo grupo de causas sendo comparados os dados de 1984 no Estado de São Paulo, cidade de Araras e Bairro José Ometto I, podemos verificar que enquanto a mortalidade do Estado de São Paulo como um todo assemelha-se a de países desenvolvidos (Tabelas 6, 8, 11), ou seja, com primeiras causas de óbitos os tumores malignos, doenças cardiovasculares, etc., na cidade de Araras (Tabela 12) e no bairro pesquisado encontramos um padrão pouco mais distinto. As causas cardio-vasculares aparecem em primeiro plano assim como as patologias de aparelho respiratório. Verificamos também causas como doenças infecciosas e parasitárias, avitaminose, alcoolismo, transtornos mentais, etc., que nos dão, indiretamente, noção das deficiências a nível de saúde dessa população.

Acreditamos que a atuação a nível preventivo dessas principais causas de óbito não estão satisfatoriamente sendo observadas.

Por ser uma região canavieira onde o índice de alcoolismo é maior, a própria poluição das queimadas, levando a afecções pulmonares, etc., dever-se-ia ter planejamento a nível preventivo, sendo que o próprio levantamento a nível de mortalidade proporcional, serviria como subsídio para o delineamento de prioridades no setor saúde.

Na análise dos dados de mortalidade proporcional do bairro pesquisado (José Ometto I) em 1984 e em 1988 vê-se pouca modificação dos grupos de causas de óbitos, mantendo-se as doenças cardiovasculares em primeiro lugar, seguida das doenças pulmonares e das doenças crônico-degenerativas (Tabelas 13 e 14).

Pelos dados já citados anteriormente e por serem doenças que afetam diretamente o adulto trabalhador, acreditamos que o próprio posto de atendimento médico local possa realizar um trabalho educativo, preventivo principalmente, além do atendimento curativo que já exerce. Assim, poderíamos esperar uma modificação desse perfil a nível de controle da saúde do trabalhador.

Como praticamente toda atividade a esse nível é feita por núcleos assistenciais contratados e que sabidamente exercem mais enfaticamente a ação curativa, sentimos que falta uma ação, a nível público, que oriente e auxilie na prevenção dessas doenças.

TABELA 11 - Óbitos gerais, percentagem (mortalidade proporcional) segundo os principais grupos de causas por residentes no Estado de São Paulo, 1984.

GRUPO DE CAUSAS	ÓBITOS	
	N	%
- TODAS AS DOENÇAS ENTRE (140-799)	21352	11,67
- TUMORES MALIGNOS (140-208)	20472	11,19
- DOENÇA ISQUEMICA DO CORACAO (410-414)	20086	10,98
- DOENÇA CEREBRO-VASCULAR (430-438)	19053	10,42
- OUTRAS FORMAS DE DOENÇA DO CORACAO (420-429)	12453	6,81
- PNEUMONIA (480-486)	12252	6,70
- SINTOMAS E ESTADOS MORBIDOS MAL DEFINIDOS (780-799)	10368	5,67
- LESOES AO NASCER, PARTOS, DISTOCICOS E AFECÇÕES PERINATAIS (767-770)	6914	3,78
- HOMICÍDIOS (960-969)	6691	3,66
- DEMAIS ACIDENTES (800-949)	6137	3,35
TOTAL	182924	-

NOTA: População: 28303485
Nascidos Vivos: 685425

* p/1000 N.V.

FONTE: CIS/SEADE.

TABELA 12 - Óbitos gerais, percentagem (mortalidade proporcional) segundo os principais grupos de causas por residentes na cidade de Araras, 1984.

GRUPO DE CAUSAS	ÓBITOS	
	N	%
- DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (451-459)	230	48,11
- DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO (460-519)	51	10,66
- DEMAIS ACIDENTES (800-949)	48	10,04
- TRANSTORNOS MENTAIS (290-319)	42	8,78
- LESOES AO NASCER, PARTOS DISTORCICOS E AFECCOES PERINATAIS (767-770)	39	8,15
- TUMORES E NEOPOLAS MALIG. (480-486)	33	6,90
- SEM ASSISTENCIA MEDICA	22	4,60
- DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS (130-136)	7	1,46
- DOENÇAS SISTEMA NERVOSO E ORGAOS DOS SENTIDOS (320-389)	3	0,62
- AVITAMINOSE (260-269)	2	0,41
- DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (520-579)	1	0,20
TOTAL	478	-

FONTE: CIS/SEADE.

TABELA 13 - Óbitos gerais, percentagem (mortalidade proporcional) segundo os principais grupos de causa por residentes no Bairro José Ometto I. Araras, 1984

GRUPO DE CAUSAS	ÓBITOS	
	N	%
- DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (451-459)	7	33,33
- DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO (460-519)	4	19,04
- LESOES AO NASCER, PARTOS DISTOCICOS E AFECCOES PERINATAIS (767-770)	3	14,28
- DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (520-579)	2	9,52
- HOMICÍDIOS (960-969)	1	4,76
- DEMAIS ACIDENTES (800-949)	1	4,76
- ALCOOLISMO	1	4,76
- SEM ASSISTENCIA MEDICA	1	4,76
- DOENÇAS CRONICO-DEGENERATIVAS	1	4,76
TOTAL	21	-

FONTE: Dados colhidos no Cartório de Registro Civil local (Araras).

TABELA 14 - Óbitos gerais, percentagem (mortalidade proporcional) segundo os principais grupos de causas por residentes no Bairro José Ometto I, Araras, 1988.

GRUPO DE CAUSAS	ÓBITOS	
	N	%
- DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (451-459)	5	26,31
- DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO (460-519)	3	15,78
- DOENÇAS CRONICO-DEGENERATIVAS	3	15,78
- DOENÇAS DO SISTEMA NERVOS E ORGAOS DO SENTIDOS (320-389)	2	10,52
- LESOES AO NASCER, PARTOS DISTOCICOS E AFECCOES PERINATAIS (767-770)	1	5,26
- HOMICIDIOS (960-969)	1	5,26
- ALCOOLISMO	1	5,26
- AVITAMINOSE (260-269)	1	5,26
- DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS (130-136)	1	5,26
- IGNORADA	1	5,26
TOTAL	19	-

FONTE: Dados colhidos no Cartório de Registro Civil local (Araras).

5.3.4.7. INDICADOR DE SAÚDE BUCAL

Quando se quer obter o número de dentes permanentes que já passaram pela experiência de cárie, usa-se o índice CPO, que corresponde à somatória do número de dentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e obturados.

De acordo com o levantamento realizado no início de 1989 na Escola Estadual de Primeiro Grau do Conjunto Habitacional "José Ometto I", EEPG Judith Ferrão Legaspe, o CPO das crianças de 12 anos é de 6,5.

A incidência de cárie no Conjunto Habitacional "José Ometto I" é alta, assim como no Brasil, que de acordo com levantamento epidemiológico realizado em 1986, o CPO aos 12 anos é de 6,8. A meta da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 é um CPO aos 12 anos igual à 3,0.

A água de abastecimento de Araras já se encontra fluoretada desde 1980. As crianças que no início de 1989 estavam com 12 anos já recebem o benefício do flúor há 8 anos, considerando que, a maioria das famílias residentes no bairro, aí está desde o início da criação do mesmo, ou seja, mais ou menos 8 anos. Com todos esses anos recebendo o benefício, o CPO aos 12 anos já era para estar mais baixo. Há necessidade de averiguar o que está acontecendo, fazendo uma análise de pontas de rede para saber se a água que está chegando, está com uma concentração de 0,7 ppm de

fldor. Outro fator que pode estar distorcendo o CPO, é que o levantamento pode ter sido feito por dentistas não calibrados e talvez com os critérios com relação aos componentes do CPO não tão firmes.

5.3.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

5.3.5.1. NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA

Através da Tabela 15 referente aos últimos 5 anos registrados no Centro de Saúde II de Araras (Anexos 9 e 10), podemos verificar que a tuberculose e hanseníase são problemas bastante importantes no município. O trabalho de busca ativa de casos, controle periódico de comunicantes faz com que haja um número maior de inscritos que o esperado para a tuberculose.

Observamos que as doenças preveníveis por vacinação estão sendo controladas.

A esquistosomose vem sofrendo um acréscimo nos últimos 5 anos possivelmente de caráter migratório (Tabela 15).

TABELA 15 - Algumas doenças de notificação compulsória e seu registro no CS-II de Araras nos últimos 5 anos.

ANO	D O E N Ç A							
	TBC	MH	DIFT.	MENING.	POLIO	SARAMPO	MAL.	ESQ.
1980	65	23	0	6	0	0	*	6
1981	82	2	0	3	0	0	*	23
1982	42	36	0	20	0	0	3	30
1983	63	11	1	34	0	1	15	29
1984	54	22	0	41	0	0	9	26

* Sem registro na unidade.

FONTE: SV2 - CS-II de Araras.

A análise da cobertura vacinal realizada pela cidade de Araras em 1984 revelou-se aquém do esperado, isso devido a população que se prestou ao cálculo (SERDE) estava aquém da real. Nos registros de notificação compulsória do município, há pouca notificação (exceção da tuberculose) o que revela uma boa cobertura.

A observação de que remessas irregulares de vacinas principalmente anti-sarampo levou a uma cobertura menor. Lembramos que para esse cálculo a população também está inflacionada, portanto presume-se que a percentagem é ainda menor.

A análise da cobertura vacinal de janeiro a agosto de 1989 revelou eficiente para as vacinas: BCG intra-dermico,

pólio e anti-sarampo e uma cobertura menor para a vacinação triplice (Tabela 16).

TABELA 16 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano. Araras, 1984.

DOSES/COBERTURA	V A C I N A			
	SABIN	DPT	BCG id	SARAMPO
DOSES APLICADAS	7450	5343	1776	1534
IMUNIZACAO BASICA	2483	1781	1776	1534
COBERTURA %	154,22	110,62	110,31	95,27

FONTE: Boletim de Produção CS-II de Araras: População estimada. SEADE, 1984.

Hepatite

O Município de Araras no período de fevereiro de 1989 deparou-se com um surto de hepatite do tipo A.

O Nosso Teto, localizado na região do Núcleo Habitacional "José Ometto I" foi mais atingido pelo surto como mostra quadro de informação (Centro de Saúde II de Araras):

- Nosso Teto -----> 18 casos
- Belvedere -----> 5 casos (cortiço)
- São Benedito -----> 3 casos
- Cecap -----> 1 caso

- Candida -----> 1 caso

Houve efetiva atuação da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária do CS-II de Araras a fim de determinar o foco de contaminação.

Vários locais foram inspecionados como locais de pasteurização de leite; chácaras fornecedoras de frutas, verduras e legumes para a região; análise do reservatório de distribuição de água e pontos de rede; produtos de origem animal também foram inspecionados (SIF).

Apesar de todo empenho na detecção do surto, ele não foi identificado, mas resultou positivamente para observação e controles de outras contaminações existentes.

Gostaríamos só de acrescentar como sugestão a montagem de cronograma de ação periódica para a manutenção da qualidade dos alimentos principalmente porque existem muitos pequenos comerciantes que com orientações periódicas estarão contribuindo para o bem estar da população em geral.

Aids

No Centro de Saúde II de Araras tivemos oportunidade de verificar um trabalho multiprofissional e inédito para a região, trata-se de um trabalho junto aos aidéticos.

A dinâmica desse grupo é bastante inovadora que apesar das dificuldades vem conseguindo ganhar espaço para uma melhor atuação.

Fazem parte desse grupo de trabalho profissionais: 1 médico (infecologista), 1 dentista, 1 psicóloga e 1 enfermeira.

Atualmente estão sob orientação 39 pacientes portadores do vírus da Aids.

Foi realizado pelo Centro de Saúde quadro que pode identificar melhor o tipo de contaminação a que esses pacientes estiveram sujeitos.

QUADRO 1 - Tipos de transmissão do vírus da AIDS segundo sexo. Município de Araras, até agosto de 1989.

TRANSMISSÃO	NÚMERO DE PACIENTES		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
HOMOSEXUAL	7	-	7
BISEXUAL	2	-	2
HETEROSEXUAL	3	1	4
USUARIO/DROGRAS	16	4	20
HEMOFILICO	1	-	1
TRANSFUSÃO	1	-	1
PERINATAL	-	-	-
TOTAL	30	5	35

FONTE: CS-II Araras.

As faixas etárias mais acometidas são as de 15 a 19 anos (8,57%) e de 20 a 29 anos (77,14%).

O trabalho de acompanhamento dos pacientes não se restringe só ao atendimento local mas o grupo também realiza palestras educativas em locais como por exemplo: Associação de Trabalhadores (CIPAS), instituições religiosas, sindicato de empresas. O grupo elaborou também apostila explicativa com boa didática e de grande abrangência em termos de orientações gerais, cuidados, prevenção, etc. Estão sendo planejados eventos locais a fim de mobilizar e sensibilizar a população para uma ação preventiva da doença.

A atuação do grupo é bastante cautelosa no sentido do diagnóstico dos portadores do vírus, sendo os testes imunológicos repetidos segundo as normas da vigilância epidemiológica.

Os exames laboratoriais (Elisa) são realizados no laboratório da Santa Casa local e Instituto Adolfo Lutz de São Paulo. Os exames só são considerados verdadeiramente positivos quando além das duas primeiras amostras positivas, são repetidas duas outras amostras.

O bom desempenho do trabalho de atendimento e acompanhamento desses pacientes deve-se também a identificação dos grupos de maior risco, no caso, viciados em drogas.

A iniciativa de determinar o grupo de risco e a elaboração de programa de trabalho a nível local e comunitário deve ser valorizada visto que tal projeto ainda se esboça no SUDS da capital de São Paulo, a nível local (unidade básica como porta de entrada).

5.3.6. ANÁLISE DO MODELO DE SAÚDE PROPOSTO PARA 1989

A análise do modelo proposto para 1989, por nós realizada, baseia-se em documento fornecido pela Secretaria de Saúde e em entrevistas realizadas com o Sr. Secretário da Saúde, Dr. Nelson Salomé.

As discussões expostas também estão embasadas em artigos consultados que fazem parte da bibliografia deste trabalho.

Objetivos gerais como: melhoria de atendimento à saúde; atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema; reorganização dos serviços públicos e redefinição de suas relações com o setor privado, são metas indiscutíveis, pois são delas que se garantirão efetivamente a melhoria das condições de saúde. Salientamos, dos tópicos citados acima, que o intercâmbio com os serviços privados da região nos parece ser de extrema importância visto que o atendimento das classes trabalhadoras é feito na maioria

das vezes por tais serviços. Em entrevista o Sr. Secretário da Saúde nos informou que muitos trabalhadores são atendidos em serviços conveniados do tipo Unimed, Cabesp, etc., e que por apresentarem boa qualidade de atendimento não há necessidade de implementações maiores nesse setor. Acreditamos, portanto que uma coexistência "pacífica" possa ser efetuada desde que haja boa integração desse setor aos serviços públicos, visto que podem ser referência das próprias unidades de saúde. Acreditamos também que a elaboração conjunta de um plano assistencial ao trabalhador e principalmente ao trabalhador rural deva ser uma prioridade para administração local.

Sendo a cidade um polo agroindustrial é importante que a Secretaria da Saúde do município se empenhe realmente na elaboração do programa de atenção ao trabalhador assim como o "incremento do atendimento ao adulto", tendo em vista a alta prevalência de morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório e crônicas-degenerativas na região. A análise desses dados epidemiológicos por área delimitada de atuação poderá facilitar o incremento ou não de um programa.

Gostaríamos de sugerir um incremento à dinâmica na verificação no tipo de atividades desenvolvidas pelo Posto de Atendimento Médico "Antonio Carlos Fabricio", que atende a população do Núcleo Habitacional "José Ometto I", e que possui uma dinâmica bastante peculiar, por nós

observada. Por ser uma área onde o número de trabalhadores rurais é elevado e que as atividades locais são executadas na maioria das vezes após as 17:00 horas quando da chegada dos trabalhadores, sugeriríamos a implantação no local de terceiro turno, visto que realmente pudesse funcionar como porta de entrada para essa parcela da população que nem sempre consegue seu atendimento a nível de ambulatório. Por estar localizada a unidade em local acessível à população, poder-se-ia realizar um trabalho gratificante para profissionais e usuários assegurando assim a "universalização progressiva da clientela" como cita o modelo de assistência à saúde 89.

Lembramos que, apesar de nas proximidades estar sendo construído um pronto-socorro para um atendimento melhor dessa população periférica, como nos citou o Dr. Nelson Salomé, há necessidade da ação conjunta entre o pronto-socorro e a unidade local, visto que funcionará em ritmo de plantão o que trará inúmeros benefícios a essa população.

Ainda dentro das prioridades apontadas pelo modelo 89 deve-se lembrar a pouca utilização do serviço de saúde local que ficou evidenciada através do inquérito domiciliar (Tabela 23) realizado nesse núcleo habitacional. Acreditamos que a dificuldade de resolutividade local, a pouca informação que os moradores possuem quanto aos serviços prestados por essa unidade de

saúde, faz com que a demanda se concentre em algumas clínicas como a pediátrica.

Sugeriríamos que uma discussão com os funcionários, do posto em caráter educativo, a fim de que seja realmente funcionante a porta de entrada para o serviço de saúde como um todo. Além desse posicionamento, o contato com entidades locais, associações, poderá ser de grande valia no que se refere a divulgação, orientação e maior contato unidade de saúde - comunidade.

Julgamos de importância os itens: reestruturação de pessoal criando quadro de carreira; isonomia salarial, reciclagem periódica de funcionários; condições para os recursos humanos participarem de cursos, congressos, etc., pois são estímulos importantes para a manutenção e fixação de um quadro de profissionais da área de saúde no município; logicamente além da qualificação que advém dessas experiências.

Lembraríamos ainda que dentro do plano 89, o "respeito a divisão geográfica, delimitando áreas de atuação de cada unidade", torna-se importante apesar das dificuldades migratórias que são sentidas a nível de regiões "polo de trabalho".

Dentro do tópico que cita a deficiência da retaguarda laboratorial, gostaríamos de acrescentar também a implementação dos hospitais locais tanto em recursos humanos como físicos e tecnológicos, e, consideramos um

tópico de importância, pois assim estes poderão ser efetivamente retaguarda da rede básica.

Não poderemos esquecer também que o intercâmbio com cidades vizinhas que possuam recursos outros, deve ser incentivado principalmente para a consolidação de um atendimento global.

Devemos ainda salientar que a ação conjunta com o INAMPS, deva ser efetivada, já que observamos que a assistência médica ao trabalhador rural é bastante restrita, com poucas opções em comparação aos trabalhadores urbanos. Avaliações a nível de reabertura de postos fechados como acontece com o Posto de Atendimento Médico Rural, integração mais efetiva entre Centro Médico e INAMPS, devem ser consideradas em função de se conseguir efetivamente uma porta de entrada para esse usuário rural.

5.3.7. AVALIAÇÃO DAS DESPESAS MUNICIPAIS

Em 1986, através de dados fornecidos pelo SEADE, verificamos que foram destinadas 9,1% do orçamento para as despesas com as funções de saúde e saneamento.

Em 1989, a proposta percentual do orçamento a ser aplicado em saúde pelo município é de 9,72%, percentagem esta

fornecida através de documento do "modelo proposto para 1989" da Secretaria de Saúde de Araras.

Observamos através desses dados que houve um incremento financeiro no último ano para o setor saúde.

Acreditamos que tal investimento deva ser realmente efetuado principalmente em função de alguns parâmetros (vide avaliação de indicadores de saúde) que apontam alguns problemas relacionados a qualidade de vida e saúde da população, principalmente no que se refere a população de periferia como a do Núcleo Habitacional "José Ometto I".

Sugeriríamos que uma divisão não igualitária dos recursos financeiros deverá ser avaliada tendo em vista as desigualdades sociais e as diferentes necessidades a que as populações assistidas pelos recursos de saúde possuem.

5.4. SANEAMENTO

5.4.1. ABASTECIMENTO DE AGUA

O sistema de abastecimento de água é operado pelo SAEMA - Serviço de Água e Esgoto do Município de Araras. O sistema é composto por duas captações: Represa Herminino Ometto e Rio Mogi-Guaçu. Este sistema possui um único

ponto de tratamento de água, após o processo de tratamento é encaminhado para um reservatório semi-enterrado com duas câmaras e um reservatório elevado, de onde é feita a distribuição para cidade (Anexo 11). Possui aproximadamente 350 Km de rede de água e aproximadamente 2.000 ligações de água.

5.4.1.1. CAPTAÇÃO

Sistema de Captação da Represa Herminio Ometto

A água da Represa Herminio Ometto, são aduzidas através de um canal de concreto, inserido diretamente na massa líquida, existe uma tela para retenção de sólidos grosseiros, onde por gravidade é conduzida a um poço de sucção à uma distância aproximada de 50 metros. A partir daí é feito o recalque, através de 3 adutoras de ferro fundido de diâmetro (10'', 12'' e 14'') à estação de tratamento de água, cuja distância é de aproximadamente 700 metros.

Sistema de Captação do Rio Mogi-Guaçu

A captação no rio Mogi-Guaçu, é inserido diretamente na massa líquida, onde é aduzido por 1 adutora de ferro

fundido de diâmetro 20'', através de recalque à uma distância de aproximadamente 24 Km, à estação de tratamento de água.

5.4.1.2. TRATAMENTO

A estação de tratamento de água (ETA), é do tipo convencional de ciclo completo constando da seguinte operação e processo de mistura rápida, coagulação, floculação, decantação, filtração e desinfecção, com capacidade de tratamento de 600 litros/segundo. Em virtude da boa qualidade da água bruta, a capacidade de tratamento pode alcançar até 700 litros/segundo.

Atualmente a vazão de trabalho da ETA é de 580 litros/segundo, tendo uma média de funcionamento de 18 horas/dia, sendo suficiente para atender a demanda atual do sistema de Araras.

São realizadas análises físico-químico, no laboratório da ETA, tais como PH cor, turbidez, OD, cloro e fluor.

5.4.1.3. RESERVAÇÃO

Na estação de tratamento de água (ETA), existem 2 reservatórios, sendo 1 semi-enterrado com 2 câmaras, com

capacidade de 6.000 m³ e 1 elevada de capacidade de 350 m³. Há também outros reservatórios distribuídos em vários pontos da cidade, para atender a parte da periferia, totalizando uma reservação de aproximadamente 4.650 m³.

O total de reservação da cidade é de aproximadamente 11.000 m³.

5.4.1.4. CONTROLE DE QUALIDADE

Através do convênio DAE/CETESB, são realizadas em torno de 30 coletas mensais em ponta de rede para análise bacteriológica. Estes pontos de coleta são definidos pela CETESB, que tem como objetivo uma vigilância da melhor qualidade de água para consumo humano (Quadro 2).

QUADRO 2 - Controle da quantidade de água. Município de Araras, 1989.

MÊS/ANO	VOLUME (m ³)			
	ADUZIDO	PRODUZIDO	MICROMEDIDO	PERDIDUM
06/89	1091372	1071587	529306	542281
07/89	1160360	1138520	508206	630314
08/89	1122623	1100503	504306	596197
TOTAL	3374355	3310610	1541818	1768792

FONTE: SAEMA.

Cálculo em percentagem da médias das perdas:

- Estação de tratamento de água

$$PSP_3 = \frac{VAD - VF}{VAD} \times 100 = \frac{3374355 - 3310610}{3374355} \times 100 = 1,89\%$$

- Sistema distribuidor (rede)

$$PSD_3 = \frac{VF - VMi}{VF} \times 100 = \frac{3310610 - 1541818}{3310610} \times 100 = 53,42\%$$

5.4.1.5. ANÁLISE DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO

Captação

Constatamos que a Represa Herminio Ometto é de boa qualidade e de fácil acesso à captação, a distância em relação a ETA é em torno de 0,7 Km.

Em função da água ser límpida e com baixa turbidez, dificulta a coagulação e floculação.

Com relação ao Rio Mogi-Guaçu, o acesso é mais difícil, em função da distância em relação à ETA, que é em torno de 24 Km.

Tratamento

A eficiência da ETA é boa, está sendo tratado atualmente atualmente 580 litros/segundo, pode-se tratar até 700 litros/segundo na atual condição.

Reservação

A sua capacidade atual de reservação é boa, contando com uma margem de segurança de 40%, podendo a população crescer neste nível, que a reservação atual pode atender à contento.

Controle de Qualidade

O padrão de potabilidade da água é verificado mensalmente, pelo órgão estadual CETESB, através da análise bacteriológica da água distribuída.

Controle da Quantidade de água

Observamos que a perda da ETA (PSP) = 1,89%, está dentro do parâmetro normal, que é em torno de 2 a 5%. Observamos

que a perda no sistema distribuidor (PSD) = 53,42%, está muito elevado, sendo que o normal é em torno de 25 a 30%.

As perdas elevadas, podem estar relacionadas as seguintes causas:

- falta de controle mais efetivo nos grandes consumidores;
- falta de uma politica de manutenção preventiva dos micromedidores;
- falta de controle das ligações gratuitas;
- submedição dos micromedidores;
- vazamento de rede e ramal.

Vale apenas salientar que o PSD = 53,42%, não se refere somente as perdas físicas, mas também as perdas de receitas são aqueles que os usuários utilizam a água, mas não são registrados ou regitrados incorretamente um valor menor do que o consumo real.

Sugerimos algumas recomendações para minimizar as perdas:

- implantação de um indicador de perda mensal;
- implantação de um controle específico para grandes consumidores;
- implantação de um controle de consumo mensal nas ligações gratuitas;

- implantação de macromedidor na saída da ETA, para sabermos a perda real na ETA e na distribuição;
- verificar todas as unidades operacionais, tais como extravazamentos de reservatórios, vazamentos de redes e ramais.

A população urbana é atendida em 100% de abastecimento de água tratada e com fluor.

Índice de hidrimentação de aproximadamente 100%.

Constatamos através da tarifa que a prefeitura tem uma preocupação muito grande com a população de baixa renda, adotando o consumo mínimo de até 18 m³ / mês, representando em torno de 50% dos usuários (Anexos 12 e 13).

A tarifa é diferenciada através do consumo e categoria:

- 1) categoria residencial, beneficente, social e pública
- 2) categoria comercial
- 3) categoria industrial
- 4) categoria sistema isolado

A produtividade dos empregados da SAEMA é de:

$$\frac{\text{No. total de ligações (A + E)} \quad 39000}{\text{No. total de empregados} \quad 115} = 339 \text{ lig./empregados}$$

ou

2,95 empregados por 1000 ligações

Constatamos que a produtividade é muito boa em comparação com as outras companhias de saneamento.

5.4.2. ESGOTAMENTO SANITARIO

Pela disposição topográfica da cidade, a rede existente apresenta duas bacias de esgotamento sanitário, que são os Ribeirões Araras e Furnas. O Ribeirão Furnas possui uma sub-bacia de esgotamento precedente do Córrego Facão.

Atualmente a extensão total da rede é de aproximadamente 320 Km e o número total de ligações é de aproximadamente 20.000, o que corresponde a um atendimento de 100% da população existente.

Na área esgotada existem várias indústrias com elevados despejos que são lançados diretamente na rede pública ou nos córregos.

O sistema não dispõe de estação de tratamento de seus esgotos coletados.

Apenas os despejos da vertente direita do Ribeirão Furnas são convenientemente afastados pelo interceptor. Todos os demais esgotos da cidade são lançados "in natura" nos córregos canalizados na área urbana, o que provoca problemas de saúde pública e inconvenientes tais como: mau cheiro e proliferação de insetos.

Existe um projeto da SARESP solicitado pelo SAEMA em junho/86 e encaminhado pela mesmo em julho/88 onde prevê diretrizes para elaboração de interceptor emissário e estação de tratamento de esgoto que possivelmente solucionará os problemas.

5.4.3. SISTEMA DE LIMPEZA URBANA

O serviço de coleta de lixo, varrição de ruas e remoção de entulhos é executado pela Secretaria de Limpeza Pública da Prefeitura Municipal de Araras.

Coleta de Lixo

O serviço de coleta de lixo domiciliar é executado em todo perímetro urbano. A frequência é alternada: zona central (segundas, quartas e sextas) e periferia (terças, quintas e sábados).

Também é feita coleta de lixo hospitalar e das farmácias separadamente e diariamente.

Varrrição de Ruas

É feita diariamente na zona central do município. Na periferia são realizadas em dias alternados.

Remoção de Entulhos

Mediante solicitação junto a Secretaria de Limpeza Pública é realizada a remoção de entulhos para particulares, onde existe um esquema para atendimento que depende da quantidade de viagens e o dia da semana que é realizado o serviço (dias permitidos taxa menor: segundas e quartas).

Equipamento Utilizado pela Secretaria de Limpeza Pública

Estes equipamentos, discriminados abaixo, estão relacionados com os serviços prestados pela Secretaria de Limpeza Pública do município:

TIPO	SERVIÇO
3 caminhões sita + 1 adquirido ----->	coleta
1 trator esteira ----->	aterro
7 caminhões ----->	varrição
3 carretas ----->	área central
3 caminhões ----->	entulho
3 máquinas carregadeiras ----->	entulho

Pessoal Envolvido no Serviço

O serviço envolve cerca de 160 pessoas que são distribuídas nos serviços de coleta, varrição e remoção

de entulhos. Para este pessoal a Secretaria de Limpeza Pública forne: luva, k-chute e leite.

Destino Final

O volume de lixo coletado é de aproximadamente 40 toneladas/dia, que são dispostos em um "aterro sanitário" com uma área aproximada de 2 alqueires (\pm 50.000 metros quadrados ou 5 ha) a uma distância de 3 Km do centro, porém com o crescimento da cidade existem bairros localizados mais próximos (\pm 1.000 metros).

Na visita feita ao "aterro sanitário" observou-se que o chorume é drenado para um charco, coberto de vegetação, de difícil acesso e que provavelmente atinge o Ribeirão de Araras. A cobertura é feita precariamente com uma boa parte do lixo exposta a céu aberto principalmente nas laterais (constatado "in loco"). Verificou-se também que o lixo hospitalar é "incinerado" precariamente por um forno localizado na área do "aterro sanitário" (constatado "in loco").

Foi verificado junto a CETESB e a própria Secretaria de Limpeza Pública do município, que já foi feita a concorrência para aquisição de uma usina de compostagem e incinerador para solução definitiva do lixo.

5.4.4. ANÁLISE GLOBAL DAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO DO CONJUNTO HABITACIONAL JOSÉ OMETTO I

Água

Todo o conjunto é abastecido com água tratada. O abastecimento de água do Conjunto é feito através do reservatório semi-enterrado do sistema central. Conforme constatamos com os usuários através de pesquisa em campo, não há problemas de falta e qualidade de água.

O total de ligações de água é composta por 966 ligações residenciais e 50 ligações comerciais.

Esgoto

Todo o conjunto é provido de rede, mas não possui nenhum tipo de tratamento de esgoto, o mesmo é despejado "in natura" no Ribeirão de Araras (constatado "in loco"), próximo (\pm 1.000 metros) ao Conjunto Habitacional José Ometto I que juntamente com outros despejos industriais e domésticos causam mau cheiro e proliferação de insetos na área.

Lixo

A coleta é realizada em dias alternados (terça, quinta e sábado). Existe também varrição das ruas que é programada

pela Secretaria de Limpeza Pública. O que se pode constatar, inclusive com reclamações de moradores, que algumas pessoas jogam lixo em frente da casa, onde este é espalhado pelo vento ou através de água que carrega o lixo pelo "meio fio" indo para frente de outras casas ou para bueiros.

Observou-se também lixo e restos de animais jogados pelos moradores próximo a um pasto, que fica junto ao Conjunto, ocasionando um mau cheiro e "características de sujeira".

5.4.5. SUGESTOES PARA SANEAMENTO AMBIENTAL

5.4.5.1. GERAIS

Abastecimento de Água

- Implantação do controle de perdas para minimizá-las.
- Ter projeto de rede atualizado.
- Programação periódica de descarga de rede.

Esgotamento Sanitário

- Efetuar com maior rigor a fiscalização sobre as indústrias para evitar despejos nos corpos d'água.
- Tentativa de viabilizar projeto feito pela SABESP.

Resíduos Sólidos

- Desativação do "aterro sanitário" em conjunto com a CETESB.
- Coleta do lixo hospitalar e das farmácias dentro dos padrões.
- Procurar junto a CETESB uma forma definitiva para os problemas dos resíduos sólidos.

5.4.5.2. CONJUNTO HABITACIONAL JOSE OMETTO I

- Fiscalização sanitária (bares, mercearias, chácaras, etc.).
- Impermeabilização das calçadas.
- Ponto de coleta de lixo que evite a disseminação de resíduos nas margens das ruas do bairro, evitando assim a proliferação de insetos e roedores.

- Educação em Saúde com palestras de órgãos envolvidos com problemas de saneamento (CETESB, SUCEN, Centro de Saúde).
- Fiscalização das reformas das residências.
- Implantação de tratamento de esgoto do tipo IMHOFF ou Lagoa de Estabilização.

5.5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO INQUÉRITO DOMICILIAR NO NÚCLEO HABITACIONAL "JOSE OMETTO I"

Em relação ao inquérito domiciliar optamos por fazer comentários gerais, apresentando tabelas ou gráficos somente em relação aos aspectos que acreditamos serem mais relevantes.

5.5.1. CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

O número médio de habitantes por residência está em 7,0 habitantes (Tabela 16).

TABELA 16 - Número e habitantes por residência, Setembro, 1989.

HAB./RESIDENCIA	TOTAL RES.	%
0 1-- 5	38	27,5
5 1-- 10	84	61,0
10 e +	16	11,5

FONTE: Inquérito domiciliar.

Procedência da família (Tabela 17): A migração ocupou um papel considerável nesta tabela, porque quando se investiga a procedência nota-se que 53,6% das famílias são migrantes (22,46% do Estado de São Paulo e 31,16% de outros Estados do país). Araras como outras localidades situadas no centro sul do país são verdadeiros polos de atração de correntes migratórias, deslocadas principalmente por políticas econômicas distorcidas, que têm a forte tendência de expulsar o homem do seu meio rural, favorecendo assim a expansão de grandes propriedades e desmontando a estrutura fundiária de pequenos proprietários.

TABELA 17 - Procedência da família, Setembro, 1989.

REGIAO	ZR	ZU	TOTAL	%
PRÓPRIA CIDADE	13	51	64	46,4
EST. SÃO PAULO	15	16	31	22,5
OUTROS ESTADOS	27	16	43	31,1
TOTAL	55	83	138	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Notamos (Tabela 18) que a quase totalidade das famílias reside no Conjunto Habitacional há mais de 5 anos. Como o Conjunto foi construído há 8 anos, isso mostra que as famílias lá se estabeleceram e permaneceram devido a falta de outras perspectivas no campo de trabalho.

TABELA 18 - Tempo de residência/família no bairro. Setembro, 1989.

ANOS	No. DE FAMILIAS	%
0 -- 1	4	2,9
1 -- 5	13	9,4
5 e +	121	87,7
TOTAL	138	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Grau de Instrução

A população analisada fez um total de 831 pessoas.

Cerca de 84% da população é alfabetizada ou teve algum tipo de instrução (Tabela 19).

TABELA 19 - Grau de instrução dos habitantes segundo idade, Setembro, 1989.

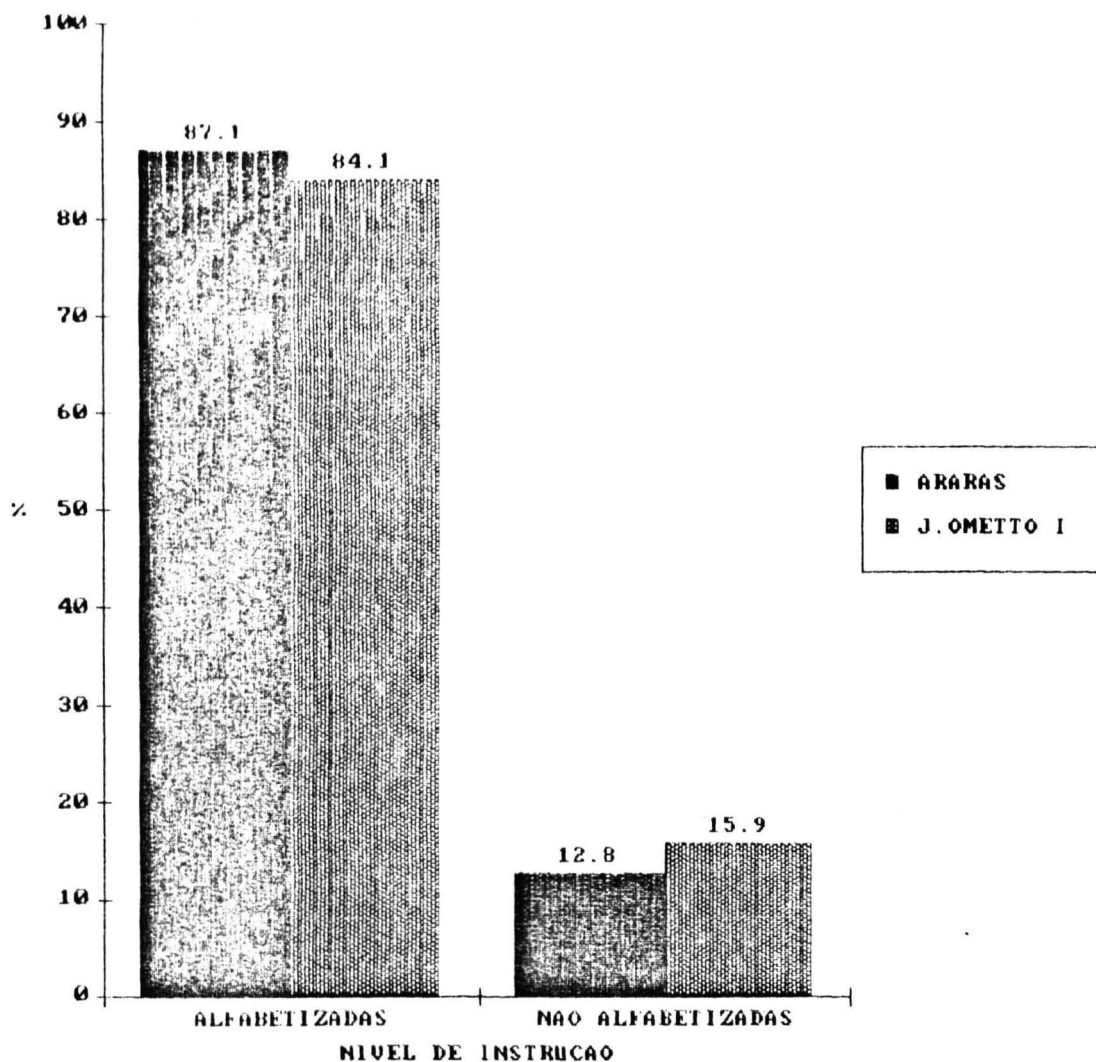
ESCOLARIDADE:	I D A D E													
	7-10		10-15		15-20		20-25		25-30		30 e +		TOTAL	
	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z	N	Z
PRIMARIO:														
- C	2	1,8:20	13,0:22	16,8:21	19,5:14	25,9:55	19,9:134	16,1						
- I	190	82,6:85	55,6:36	27,5:38	35,2:24	44,4:117	42,4:390	47,0						
GINASIO:														
- C	-	-	-	-	3	2,3:4	3,7:1	1,8:-	-	-	8	0,9		
- I	1	0,9:37	24,2:60	45,8:31	28,7:5	9,3:20	7,3:154	18,5						
COLEGIO:														
- C	-	-	-	-	1	0,8:1	0,9:-	-	-	-	2	0,2		
- I	-	-	-	-	4	3,1:2	1,8:4	7,4:1	0,3:11	1,3				
S/INSTRUÇÃO	16	16,7:11	7,2:5	3,8:11	10,2:6	11,2:83	30,1:132	16,0						
TOTAL	109	100:153	100:131	100:108	100:54	100:276	100:831	100,0						

FORTE: Inquérito domiciliar.

Na faixa de idade de 10 a 15 anos podemos constatar que de cada 20 pessoas que terminaram o primário, 85 ainda estão por terminar ou deixaram de frequentar o curso, o que não deixa de lado a possibilidade da população ter algum tipo de instrução. com este dado observa-se também a grande evasão escolar que ocorre logo nos primeiros anos de vida escolar em decorrência da necessidade dos alunos entrarem no mercado de trabalho.

A população analisada com mais de 30 anos foi a que mostrou maior número de analfabetos (Figura 9).

FIGURA 9 - Nível de instrução - dados comparativos. Setembro, 1989.



(1) FONTE: IBGE-SEADE, 1980.

(2) FONTE: Inquérito domiciliar, 1989.

5.5.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Das 138 famílias entrevistadas no Conjunto Habitacional José Ometto I, em setembro de 1989, concluímos em 44,2% destas, nenhuma pessoa da família procurou o dentista no último ano (Tabela 20).

TABELA 20 - Realização do tratamento odontológico de pelo menos um membro da residência pesquisada no conjunto Habitacional José Ometto I, Araras, setembro, 1989.

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	No.	%
SIM	77	55,8
NAO	61	44,2
TOTAL	138	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Das 55,8% famílias, em que pelo menos uma pessoa procurou o dentista, aproximadamente a metade (50,6%) foi por motivo de dor (emergencial) (Tabela 21).

TABELA 21 - Distribuição dos motivos de procura de tratamento odontológico. Conjunto Habitacional José Ometto I, Araras, setembro, 1989.

CAUSA	No.	%
DOR	39	50,6
TRATAMENTO	28	36,4
PREVENÇÃO	10	13,0
TOTAL	77	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Observamos que o serviço mais procurado quando da necessidade de atendimento foi em ordem decrescente: particular, centro de saúde, faculdade e escola (Tabela 22).

TABELA 22 - Distribuição dos tratamentos odontológicos segundo local de atendimento, Setembro, 1989.

LOCAL	No.	%
PARTICULAR	25	32,5
POSTO DE SAÚDE	22	28,6
FACULDADE	21	27,3
ESCOLA	19	24,7
TOTAL	77	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

De acordo com o que as pessoas relataram na entrevista, notamos que elas nem sempre procuram o centro de saúde devido a demora em se conseguir vaga para tratamento e quando o procuram é mais por motivo emergencial.

Nota-se que não há uma conscientização dessa população quando a importância da saúde bucal.

Apesar do centro de saúde ser o serviço mais procurado, com um percentual de 39,9% acreditamos ser um número baixo, considerando que este é o único recurso de saúde localizado no bairro e teoricamente ser a porta de entrada para o sistema de saúde. No contato com a população muitas pessoas afirmaram não procurarem ali atendimento médico devido à grande dificuldade em se conseguir consulta. Mesmo entre os que procuraram ouvimos frequentes observações em relação à dificuldade em ser atendido e ao grande tempo de espera. Outra razão citada como dificuldade para utilização do centro de saúde foi seu horário de atendimento, restrito, uma vez que a maioria dos moradores só retornam do trabalho após as 17 horas.

A segunda opção de procura para atendimento médico foi o convênio, com percentual de 24,2%, o que denota a marcante presença da iniciativa privada na área da saúde.

O terceiro serviço mais procurado foi o pronto socorro (17,4%) que é utilizado não tanto como opção ou devido a gravidade das doenças, mas em função de atender no horário em que as pessoas saíram do trabalho e vão em busca de assistência médica.

A procura pelos serviços do INAMPS aparece em quarto lugar com 11,8%.

O atendimento particular é praticamente inexpressivo correspondendo a 2,2% da procura.

A opção "outros" representa 4,5% e refere-se principalmente à procura de orientação junto a balconistas de farmácia (Tabela 23).

TABELA 23 - Locais de procura para atendimento médico. Setembro, 1989.

LOCAL	No.	%
CENTRO DE SAÚDE	71	39,9
CONVENIO	43	24,2
PRONTO SOCORRO	31	17,4
INAMPS	21	11,8
PARTICULAR	4	2,2
OUTROS	8	4,5
TOTAL	178*	100,0

* O total 178 não corresponde ao número de entrevistas porque a pergunta permitia mais de uma resposta.

FONTE: Inquérito domiciliar.

Um percentual de aproximadamente 72,5% dos entrevistados utiliza o centro de saúde local, sendo que grande parte o faz apenas para vacinação. Indagadas sobre o motivo pelo qual procuravam o centro de saúde as pessoas entrevistadas afirmaram na quase totalidade que por ser perto ou gratuito, não se referindo à qualidade ou à presteza em acessar tais serviços.

Um número correspondente a 27,5% dos entrevistados não utiliza em hipótese alguma o centro de saúde, tendo como

principal justificativa a grande dificuldade em conseguir atendimento (Tabela 24).

TABELA 24 - Utilização do posto de saúde do bairro, Setembro, 1989.

UTILIZAÇÃO DO POSTO DE SAÚDE	No.	%
SIM	100	72,5
NÃO	38	27,5
TOTAL	138	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

5.5.3. PROBLEMAS DO BAIRRO

A pergunta sobre quais os problemas sentidos no bairro permitia mais de uma resposta. No entanto, de um total de 138 entrevistados obtivemos apenas 97 respostas, sendo que aproximadamente 14,5% (20 pessoas) citaram dois problemas. Um percentual de 41,3% citam um problema e 44,2% (61 pessoas) afirmaram não ter conhecimento dos problemas do bairro (Tabela 25). Acreditamos ser um percentual muito elevado e é possível que isto deva-se à pequena participação da comunidade na discussão de seus problemas,

pela dificuldade de organização e pela tendência ao conformismo, característica ainda do segmento da população da qual fazem parte os moradores do bairro.

TABELA 25 - Número de pessoas que responderam a questão. Setembro, 1989.

MANIFESTAÇÃO	No. DE PESSOAS	%
RESPONDERAM	77	55,7
NAO RESPONDERAM	61	44,2
TOTAL	138	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Os problemas citados foram vários, mas nenhum deles alcançou percentual muito alto, o que denota que não há um consenso e sim uma dispersão e falta de direcionamento. Parece-nos que se houvesse maior oportunidade para discussão, seria mais fácil chegar a um consenso e conseqüentemente buscar com menos dificuldade as soluções para os problemas.

Apesar de haver um posto policial no bairro o problema mais citado foi a insegurança (21,6%). Em segundo lugar aparece comércio e serviços deficitários (13,4%) onde os

moradores reclamam principalmente da inexistência de agências bancárias e correios e de poucos estabelecimentos comerciais que sem concorrentes vendem seus produtos a preços altos. Em terceiro lugar figura a resposta precariedade dos serviços médicos de urgência (11,3%) onde as queixas referem-se à inexistência de pronto socorro no local e à dificuldade de se conseguir ambulância. Em quarto lugar (11,3%) aparece a questão limpeza urbana com reclamações sobre ruas e calçadas sujas. Em quinto lugar figura a resposta "ônibus insuficientes" (9,3%) onde as pessoas reclamam principalmente da superlotação dos mesmos nos horários de pico. Aparece em sexto lugar com um percentual de 7,2% o item "mau atendimento médico" onde as principais queixas dizem respeito à dificuldade propriamente dita em se conseguir atendimento e ao longo período de espera.

O problema "mau cheiro no bairro" é citado em sétimo lugar, com um percentual de 6,2%. O mau cheiro é atribuído pela população principalmente ao córrego que margeia o bairro e à presença de animais mortos no matagal próximo.

Um percentual de 5,2% das respostas referia-se ao item "sem problemas".

Os demais problemas citados que vão desde cães soltos nas ruas, a insuficiência de vagas na creche, por apresentarem baixas frequências foram agrupadas no item "outros" com percentual de 14,5% (Tabela 26).

TABELA 26 - Problemas citados que afligem o Conjunto Habitacional.
Setembro, 1989.

PROBLEMAS	No. DE RESPOSTAS	%
INSEGURANÇA	21	21,6
INFRA-ESTRUTURA COMERCIAL DEFICIENTE	13	13,4
SERVIÇO MEDICO DE URGENCIA PRECARIO	11	11,3
LIMPEZA URBANA	11	11,3
ONIBUS INSUFICIENTES	9	9,3
MAU ATENDIMENTO MEDICO	7	7,2
MAU CHEIRO	6	6,2
SEM PROBLEMAS	5	5,2
OUTROS	14	14,5
TOTAL	97	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Analogamente à questão anterior, nesta, em que se perguntava quais os problemas do bairro que afetariam a saúde, grande parte das pessoas não respondeu. Do total de 138 entrevistados, obtivemos apenas 70 respostas. Considerando que algumas pessoas citaram mais de um problema (questão aberta), percebe-se a grande abstenção. Notamos que as respostas refletiam em maiores percentagens

a preocupação com uma visão mais direta do meio em que vivem.

A proliferação de casas comércio de pequeno porte, a formação de criadouros domiciliares, o despejo de lixo nas proximidades do córrego local, são fatores que estão relacionados ao aparecimento das queixas referidas (Tabela 27).

TABELA 27 - Problemas do bairro que dificultam a saúde segundo a opinião das famílias entrevistadas no Conjunto Habitacional José Ometto I. Araras, setembro, 1989.

PROBLEMAS	No.	%
SUJEIRA	17	24,4
FALTA DE ATENDIMENTO MEDICO	9	12,8
FALTA DE PRONTO SOCORRO	9	12,8
MAU CHEIRO	9	12,8
A PROPRIA DOENÇA	7	10,0
INSETOS	7	10,0
DEMORA DA AMBULANCIA	3	4,3
INSEGURANÇA	3	4,3
NAO TER CASA	3	4,3
CAES SOLTOS	3	4,3
TOTAL	70	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

Observamos uma diversidade muito grande de sugestões, sendo que a maior percentagem são de moradores que não sabiam o que sugerir, refletindo assim, ao nosso modo de analisar uma falta de agregação, conscientização local. Embora o bairro possua uma associação de moradores, esta possui pouca atuação a esse nível.

Tivemos contato e participamos de uma reunião da associação onde foram discutidas as dificuldades na maior participação dos moradores.

Nesse encontro foram feitas sugestões para a conscientização dos moradores no sentido de participarem das reuniões a fim de que os problemas locais possam ser priorizados e suas soluções encaminhadas como consenso da população (Tabela 28).

TABELA 28 - Medidas que podem ser tomadas para melhorar o bairro segundo a opinião das pessoas entrevistadas no Conjunto Habitacional José Ometto I, Araras, setembro, 1989.

MEDIDAS	No.	%
POLICIAMENTO	18	12,2
MAIOR No. DE ONIBUS	12	8,1
MAIOR DISPONIBILIDADE DE AMBULANCIA	11	7,5
PLANTAO DE FARMACIA	11	7,5
MAIS ESCOLAS INFANTIS	11	7,5
MELHOR CONSERVAÇÃO DE CALÇADAS E VIAS PUBLICAS	11	7,5
PAM ABERTO ATE MAIS TARDE	9	6,0
AGENCIA BANCARIA	8	5,4
MAIS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS	8	5,4
PRONTO SOCORRO NO BAIRRO	6	4,0
CANALIZAÇÃO DO CORREGO	3	2,0
FECHAR BARES	3	2,0
LOCAIS PARA LAZER	3	2,0
MAIS MEDICOS	3	2,0
ARBORIZAÇÃO DAS RUAS	3	2,0
TELEFONE PUBLICO	1	0,7
NAO SABE	27	18,2
TOTAL	148	100,0

FONTE: Inquérito domiciliar.

5.5.4. SAÚDE DO TRABALHADOR

Os dados revelam um verdadeiro prolongamento da jornada de trabalho, quando 54,5% dos trabalhadores permanecem mais de 10 horas fora de casa para o trabalho. Este valor se acentua quando investigamos a classe dos trabalhadores rurais, onde do total da classe 89,28% deles ocupam mais de 10 horas envolvidas no trabalho (Tabela 29). As causas deste prolongamento de jornada podem estar na qualidade do meio de locomoção utilizado, horas-extras, etc. As consequências naturalmente se situam no desgaste físico e mental do trabalhador, tempo escasso para o lazer, família ou cultura, isolamento dos trabalhadores, pois após uma jornada diária, é rara a disposição para praticar atividades de socialização (sindicatos, clubes, etc.).

TABELA 29 - Tempo fora de casa para o trabalho por ocupação.

OCUPAÇÃO	H O R A S					
	< 8		8 - 10		10 e +	
	N	%	N	%	N	%
OPERARIO	2	0,8	38	15,2	45	18,1
TRAB. RURAL	0	0,0	6	2,4	50	20,0
CONST. CIVIL	0	0,0	2	0,8	13	5,2
FUNC. PÚBLICO	1	0,4	13	5,2	6	2,4
EMP. DOMESTICA	2	0,8	15	6,0	5	2,0
COMERCIARIO	0	0,0	2	0,8	1	0,4
OUTROS	8	3,2	24	9,6	16	6,4
TOTAL	13	5,2	100	40,3	136	54,5

FONTE: Inquérito domiciliar.

Em relação a tabela abaixo (Tabela 30) sobre o tipo de transporte utilizado para se deslocar no sentido casa - trabalho - casa, percebe-se que o ônibus convencional, quando se baseia no total de trabalhadores entrevistados é o meio de locomoção mais usado (47,4%), seguido pelo transporte que é vendido pelos empregadores (25,8%). Dessas constatações e adicionando as críticas vindas sobre o transporte oferecido, concluiu-se a insignificância que esta parcela do trabalho, contribui para as melhorias da condição de vida e como prolongamento da jornada de trabalho que é ocasionada pela escassez de horários desse tipo de transporte convencional, fato este que poderá ser identificado com maior clareza com o levantamento de outras questões específicas.

No tocante ao trabalhador rural ou lavrador, o meio de transporte mais utilizado é o caminhão (50,85%). Tal fato ainda serve como exemplo, além das diferenças globais entre as suas categorias de operário e lavrador, de uma discrepância local entre as duas classes, pois o meio usado do lavrador para se deslocar ainda é o caminhão. São caminhões fechados, onde se viaja sentado em tábuas dispostas transversalmente na carroceria. A nossa pesquisa não avaliou se as ferramentas de trabalho são carregadas em compartimentos diferentes, pois esta condição se tornou uma exigência em diversos acordos coletivos desta categoria nas outras regiões canavieiras do Brasil (Pernambuco, Rio de Janeiro).

Portanto, conclui-se que as diferenças entre estas duas categorias predominantes no Bairro José Ometto I não se limitam a salários e condições de trabalho, mas também ao transporte, fator inquestionável no contexto da saúde do trabalhador.

TABELA 30 - Tipo de transporte para ir ao trabalho. Setembro, 1989.

OCUPAÇÃO	TRANSPORTE							
	CONVENCIONAL		PATRÃO		CAMINHAO		OUTROS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
TRAB. RURAL	2	3,4	26	44,1	30	50,8	1	1,7
OPERARIO	23	41,1	23	41,1	1	1,8	9	16,0
OP. CIVIL	9	60,0	1	6,7	1	6,7	4	26,6
FUNC. PÚBLICO	9	50,0	5	27,8	-	-	4	22,2
EMP. DOMESTICA	22	100,0	-	-	-	-	-	-
COMERCIARIO	2	100,0	-	-	-	-	-	-
OUTROS	34	82,9	-	-	-	-	7	17,1
TOTAL	101	47,4	55	25,8	32	15,0	25	11,7

FONTE: Inquérito domiciliar.

Descrédito, ceticismo, "desinformação absorvida", provavelmente são os responsáveis por parte significativa dos trabalhadores não serem sindicalizados (64,3%). Depreende-se desta observação o nível precário de

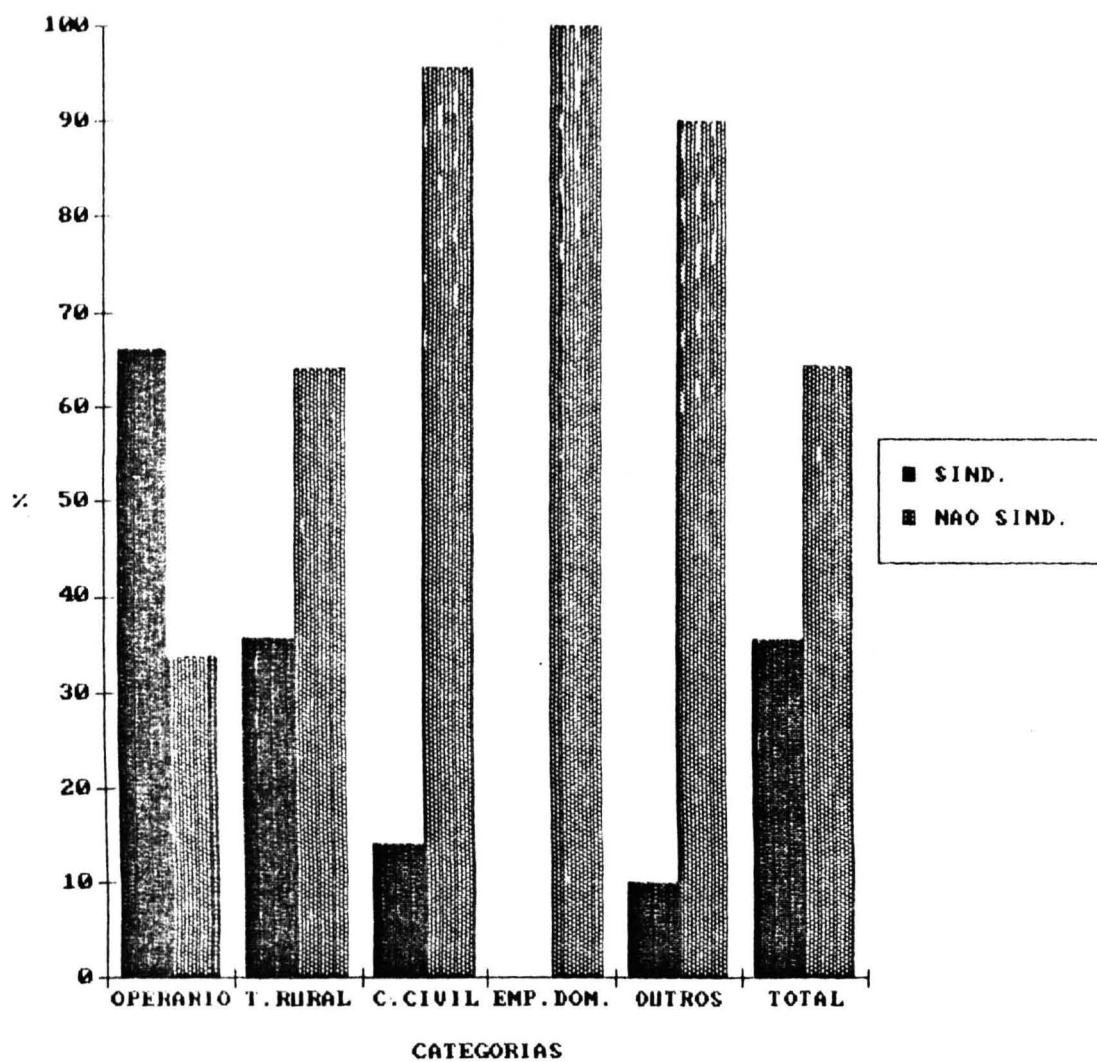
organização, considerando-se também que os sindicalizados são normalmente atraídos por projetos assistencialistas. Então, destes dados, para que o trabalhador de José Ometto I atinja uma posição de controlar e coordenar sua própria saúde, é necessário um esforço de posicionar o sindicato ou o ato de se sindicalizar em patamares próximos da realidade de trabalho, para que dentro da diversidade de lutas que se travam no sindicato, a problemática saúde se inclua nas determinações dos trabalhadores (Tabela 31, Figuras 10 e 11).

TABELA 31 - Trabalhadores sindicalizados segundo ocupação. Setembro, 1989.

OCUPAÇÃO	SITUAÇÃO			
	SINDICALIZADO		NÃO SINDICALIZADO	
	N	%	N	%
OPERARIO	49	66,2	25	33,8
TRAB. RURAL	24	35,8	43	64,2
FUNC. PÚBLICO	2	14,3	12	85,7
EMP. DOMESTICA	-	-	22	100,0
OUTROS	3	9,4	29	22,6
TOTAL	78	35,6	141	64,4

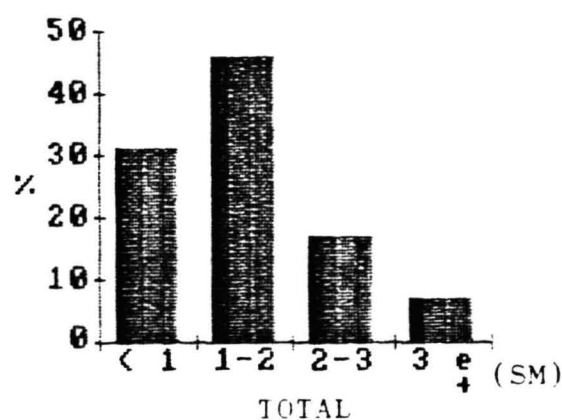
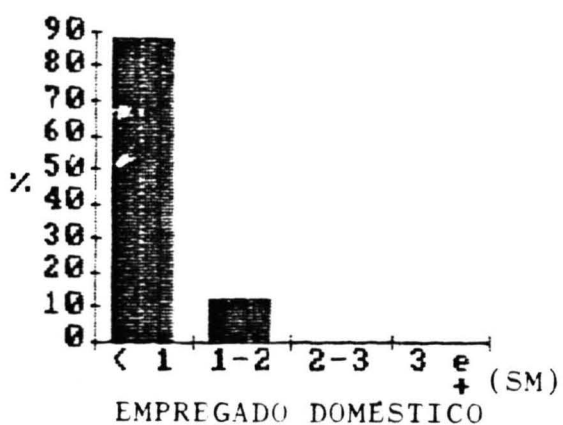
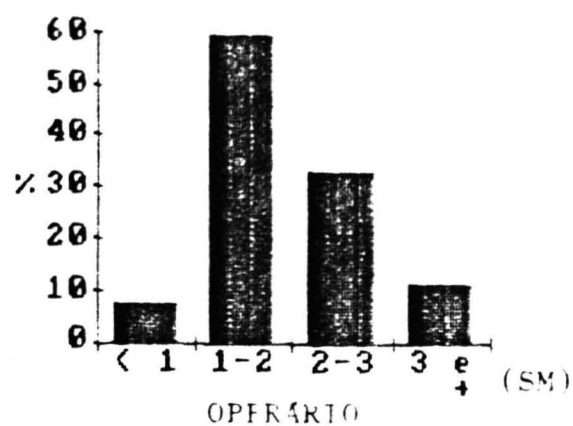
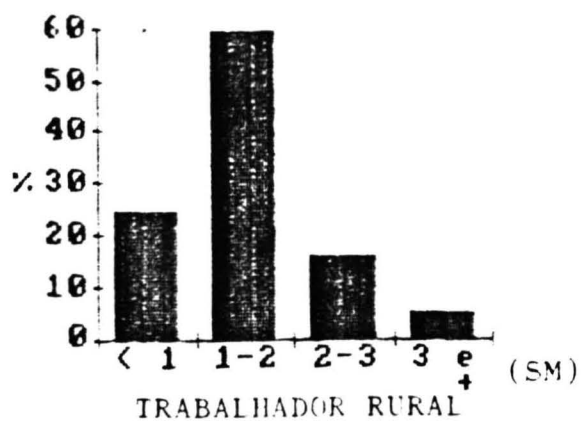
FONTE: Inquérito domiciliar.

FIGURA 10 - Trabalhadores sindicalizados segundo ocupação, Setembro, 1989.



FONTE: Inquérito domiciliar.

FIGURA 11 - Nível salarial segundo as três principais ocupações e total do bairro (%). Setembro, 1989.



FONTE: Inquérito domiciliar.

Vínculo Empregatício

A categoria dos lavradores se insere num sistema onde a sua força de trabalho é somente comprada em época de colheita, e deste fato, somando-se a outros determinantes que fazem surgir ou manter esta categoria, o empregador adota o contrato temporário, ou seja, dessa forma o trabalhador é submetido às instabilidades, à constante rotatividade e a uma inexistência de férias, que contribuem para um acentuado desgaste. Desgaste este provocado pela frequente alteração de trabalho para manter um salário de sobrevivência e reprodução de força de trabalho, além das condições árduas da tarefa de colheita.

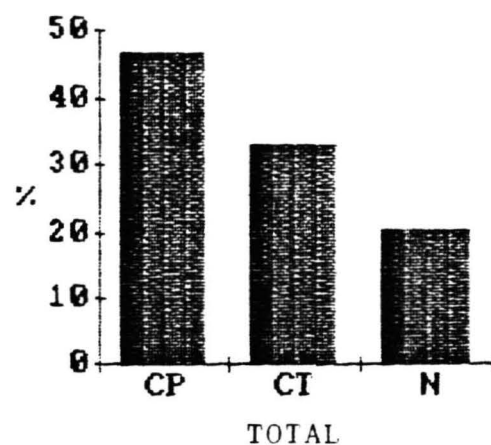
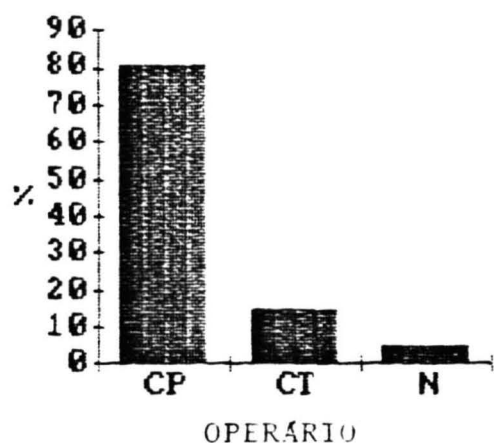
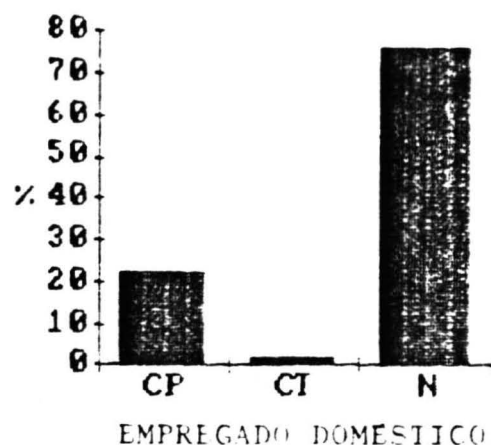
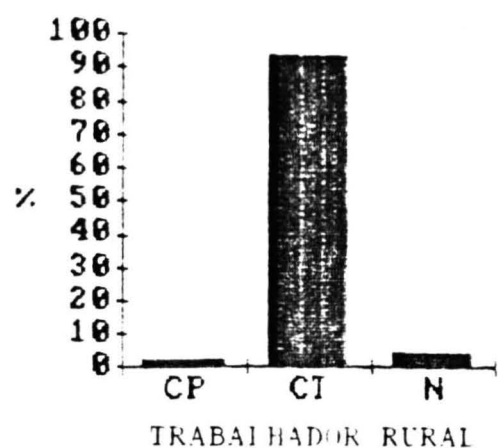
No tocante a categoria de empregado doméstico, o destaque da exploração vem com outra face, uma vez que 75,86% das empregadas domésticas trabalham sem nenhum tipo de contrato; portanto ocupam uma posição marginal sem os mínimos direitos trabalhistas conquistados e que estão na lei (Tabela 32, Figura 12).

TABELA 32 - Vínculo empregatício segundo ocupação. Setembro, 1989.

OCUPAÇÃO	V I N C U L O					
	CART. ASSINADA		CONT. TEMPORÁRIO		NENHUMA	
	N	%	N	%	N	%
OPERÁRIO	100	80,6	18	14,5	6	4,9
TRAB. RURAL	3	2,3	121	93,0	6	4,7
CONST. CIVIL	12	60,0	-	-	8	40,0
FUNC. PÚBLICO	28	93,3	-	-	2	6,7
EMP. DOMÉSTICA	13	22,4	1	1,7	44	75,9
COMERCIÁRIO	7	87,5	-	-	1	12,5
AUTÔNOMO	1	50,0	-	-	1	50,0
OUTROS	35	64,8	1	1,9	18	33,3
TOTAL	199	46,7	141	33,1	86	20,2

FONTE: Inquérito domiciliar.

FIGURA 12 - Vínculo empregatício segundo principais ocupações, Setembro, 1989.



CP - contrato permanente
 CT - contrato temporário
 N - nenhum contrato

FONTE: Inquérito domiciliar

Classe ou Ocupação Segundo Idade e Sexo

Uma expressiva parcela dos trabalhadores (23,35%) está na faixa entre 15 e 20 anos, representando que na realidade social do Bairro José Ometto I, existe a necessidade de trabalhar ainda na adolescência para participar e colaborar no orçamento doméstico. Isso se torna evidente, diante dos rendimentos que são oferecidos aos trabalhadores, ou seja, uma mão de obra desvalorizada e explorada, onde esta população de adolescentes não visualizando perspectivas de modificação ou evolução, se envolvem no mercado de trabalho em busca de uma suposta independência econômica e uma possível contribuição à renda familiar. Por esta observação, constata-se que a constituição da categoria de trabalhador volante se inicia ainda jovem, principalmente quando se refere a este tipo de trabalho, essa faixa de idade ocupa 30,7% do total da população inserida nesta categoria (Tabela 33). Pode-se ainda depreender, que uma vez este grupo de população se dirigindo ao trabalho nesta idade, dificilmente haverá a possibilidade de conciliação com o estudo característico situado nesta faixa etária, pois usando o trabalho na lavoura, como exemplo, além deste tipo de atividade ocupar uma parte considerável do dia, não oferece oportunidades maiores para o alto desenvolvimento, que devido às suas peculiaridades associadas ao atual sistema, age no sentido de embrutecer e tornar escassas as oportunidades do trabalhador.

TABELA 33 - Classe ou ocupação segundo sexo e idade. Setembro, 1989.

IDADE/ SEXO	O C U P A Ç ã O															
	OPERARIO		TRAB. RURAL		OP. CIVIL		FUNC. PUBL.		EMP. DOM.		OUTROS		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
< 15																
M	1	0,9	6	4,7	-	-	-	-	-	-	3	3,8	10	2,4		
F	1	0,9	2	1,6	-	-	-	-	9	14,3	3	3,8	15	3,5		
15 - 20																
M	13	11,6	30	23,6	2	11,3	-	-	-	-	13	34,2	58	13,7		
F	9	8,0	9	7,0	-	-	1	3,7	16	20,6	6	7,7	41	9,7		
20 - 25																
M	27	24,1	19	15,0	1	5,9	2	7,4	-	-	4	5,1	53	12,5		
F	8	7,1	5	3,9	-	-	2	7,4	6	9,5	10	12,8	31	7,3		
25 - 30																
M	17	15,2	7	5,5	-	-	3	11,1	-	-	6	7,7	33	7,8		
F	2	1,8	2	1,6	-	-	-	-	7	11,1	-	-	11	2,6		
30 - 35																
M	12	10,7	8	6,3	3	17,6	1	3,7	-	-	4	5,1	28	6,6		
F	2	1,8	4	3,1	-	-	1	3,7	5	7,9	2	2,6	14	3,3		
35 - 40																
M	10	8,9	9	7,0	4	23,5	2	7,4	-	-	9	11,5	34	8,0		
F	1	0,9	3	2,3	-	-	1	3,7	6	9,5	1	1,3	12	2,8		
40 - 45																
M	4	3,6	9	7,0	1	5,1	5	18,5	-	-	8	10,3	27	6,4		
F	-	-	7	5,5	-	-	-	-	6	9,5	3	3,8	16	3,8		
45 e +																
M	4	3,6	6	4,7	6	35,3	8	29,6	-	-	6	7,7	30	8,5		
F	1	0,9	1	0,8	-	-	1	3,7	8	12,7	-	-	11	2,6		
TOTAL																
M	188	78,6	94	74,0	17	100,0	21	77,8	-	-	53	68,0	336	79,2		
F	24	21,4	33	26,0	-	-	6	22,2	63	100,0	25	32,0	88	20,8		

FONTE: Inquérito domiciliar.

Acrescentando também a estas observações, que cerca de 6% dos trabalhadores da amostra do Bairro José Ometto I estão na idade inferior a 15 anos, que vem reforçar a análise sobre colaboração a renda familiar e salienta com maior firmeza a precariedade da situação econômica dos trabalhadores do bairro, onde crianças são submetidas e incluídas no mercado de trabalho, configurando um panorama de injustiça e de dupla exploração (Figuras 13 e 14).

FIGURA 13 - Número de trabalhadores do Conjunto Habitacional José Ometto I segundo sexo e idade (%). Setembro, 1989.

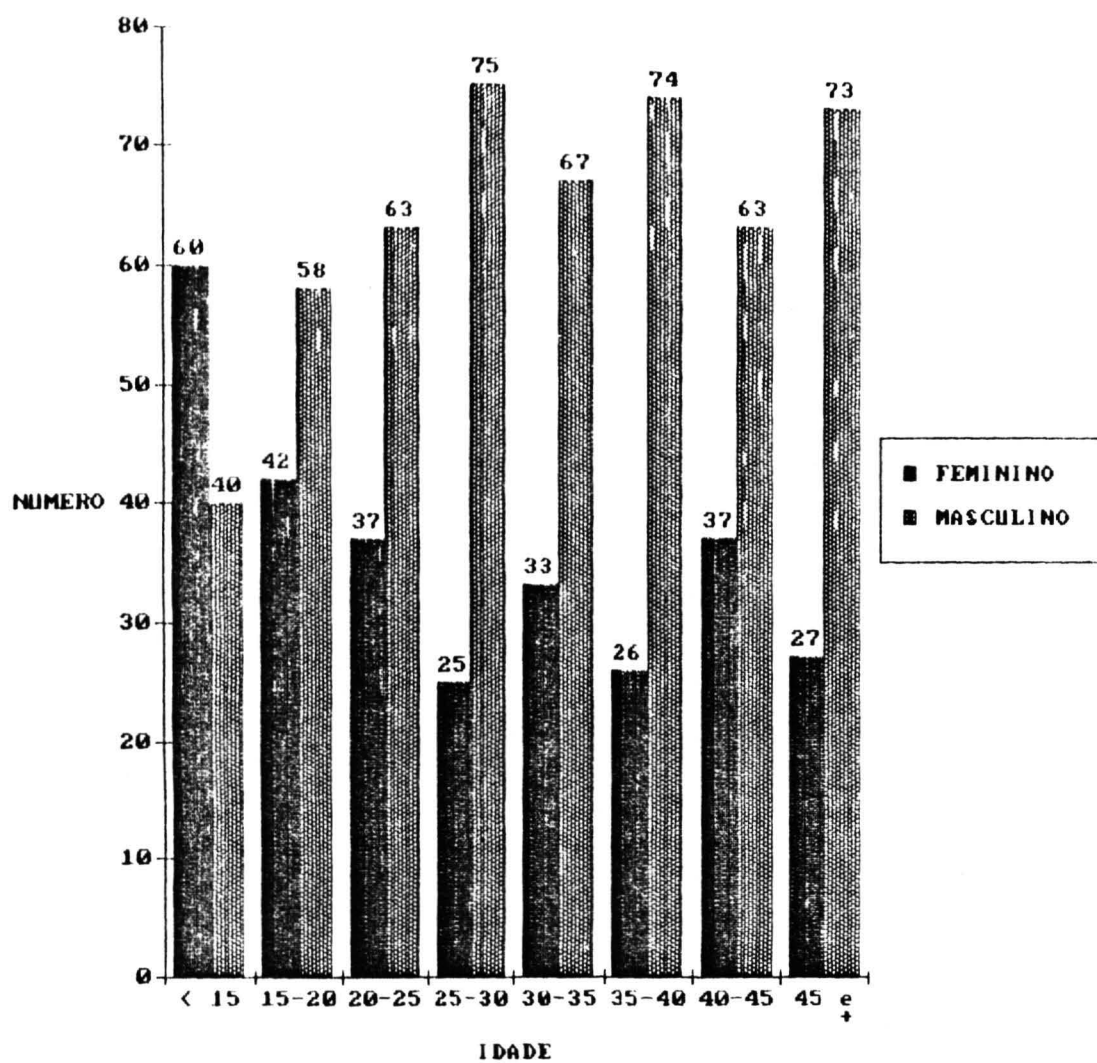
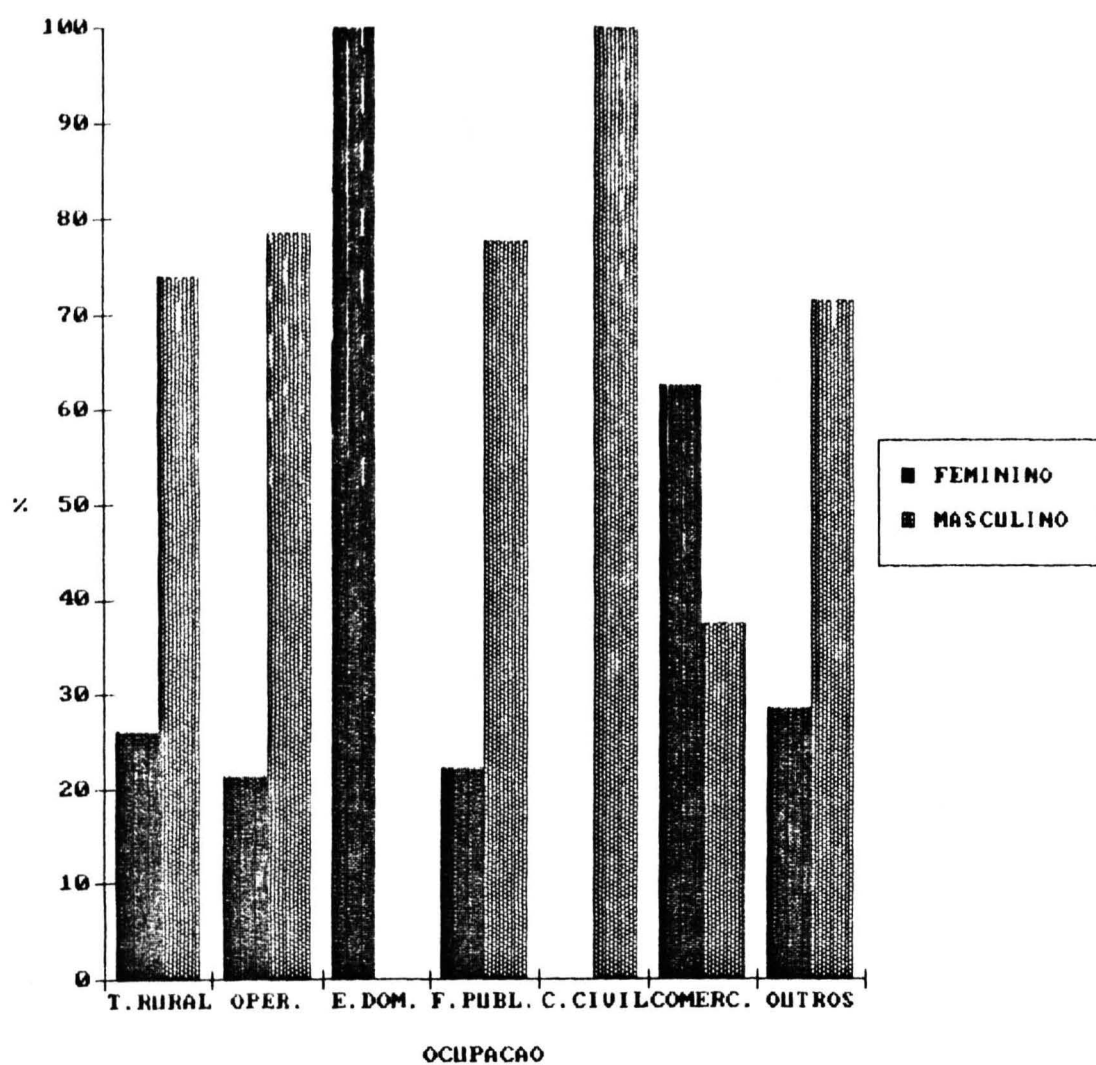


FIGURA 14 - Principais ocupações dos trabalhadores no Conjunto Habitacional José Ometto I segundo sexo (%). Setembro, 1989.



Nível Salarial

Situando o trabalhador rural como enfoque central desta análise, e a sua atividade voltada à colheita de cana de

açúcar, não esquecendo de considerar que a sua participação dentro desta observação superficial envolve-se na produção de matéria prima para as indústrias ligadas e que processam este produto, nota-se por meio de informações e cálculos provenientes do ano de 1987, que a participação dos salários dos trabalhadores rurais do Conjunto Habitacional José Ometto I que possuem uma renda média de 1,6 SM (salários mínimos mensais) ocupa no preço final do produto, a cota de 15,6%. Tal consideração e análise pode ser apreciada nas tabelas referentes ao tema.

De posse das informações contidas em estudos do DIEESE sobre o trabalho na agricultura no Estado de São Paulo, pudemos alcançar a conclusão desta participação dos salários no preço final da matéria prima que é a cana de açúcar. Ressaltando também os dados sobre a produção agrícola do município que foram obtidos através dos relatórios da Fundação SEADE.

Portanto, com a constatação deste valor da participação dos salários no preço final da cana colhida, estabelece-se que para cada 1000 Kg de cana colhida, 156 Kg correspondem efetivamente ao pagamento da força de trabalho empregada nesta tarefa.

Contudo, esta parcela deve-se reduzir quando se analisa que tal percentagem se relaciona com a matéria prima empregada para os devidos processos industriais, pois ao se atingir o produto final, que de qualquer forma, existe

um envolvimento único neste sistema, a participação dos salários dos trabalhadores rurais deve sofrer um declínio, posicionando-se em níveis mais baixos, configurando uma exploração ainda mais acentuada (Tabelas 34 e 35).

TABELA 34 - Nível salarial e rendimento - trabalhador rural.

Produção Agrícola - 1987:

PRODUTO	ÁREA COLHIDA (alqueires)	QUANTIDADE (Kg/alq.)	RENDIMENTO:		
			MÉDIO (Kg/alq.)	VALOR* (SM)	VALOR F/TONEL. (SM)
CANA DE AÇÚCAR	12479	2346929	188078	372611	0,16

* Média dos salários mínimos pagos em 1987 = Cz\$ 1.894,92.

FONTE: SEADE

Informações sobre o Trabalho de Colheita:

- 5 (cinco) linhas paralelas de colheita p/cada trabalhador (1)
- espaçamento entre linhas de plantio = 1,40 m (1)
- produtividade do alqueire = 188,078 t/alqueire (2)
- 1,40 multiplicado pelas cinco linhas = 7m
- 1 alqueire (24.200 metros quadrados)/7m = 3457 m em 1 alqueire
- 3457/188.078 = 18,38 m equivalentes a 1 t de cana

FONTES: (1) DIEESE, agosto/1988

(2) SEADE

Trabalhador Rural "Bairro José Ometto I":

(1) MÉDIA MENSAL SALARIAL (SM)	1,63
(1) MÉDIA DIÁRIA SALÁRIOS (SM)	0,082
(2) CORTE EM UM DIA (m)	60
CORTE EM UM DIA (t)	3,26
VALOR DA PRODUÇÃO POR t	0,16 SM/t
PARTICIPAÇÃO DO SALÁRIO p/t	0,025 SM/t
PARTICIPAÇÃO DO SALÁRIO NO VALOR (%)	15,6

FONTES: (1) Inquérito domiciliar

(2) DIEESE

TABELA 35 - Nível salarial segundo ocupação, Setembro, 1989.

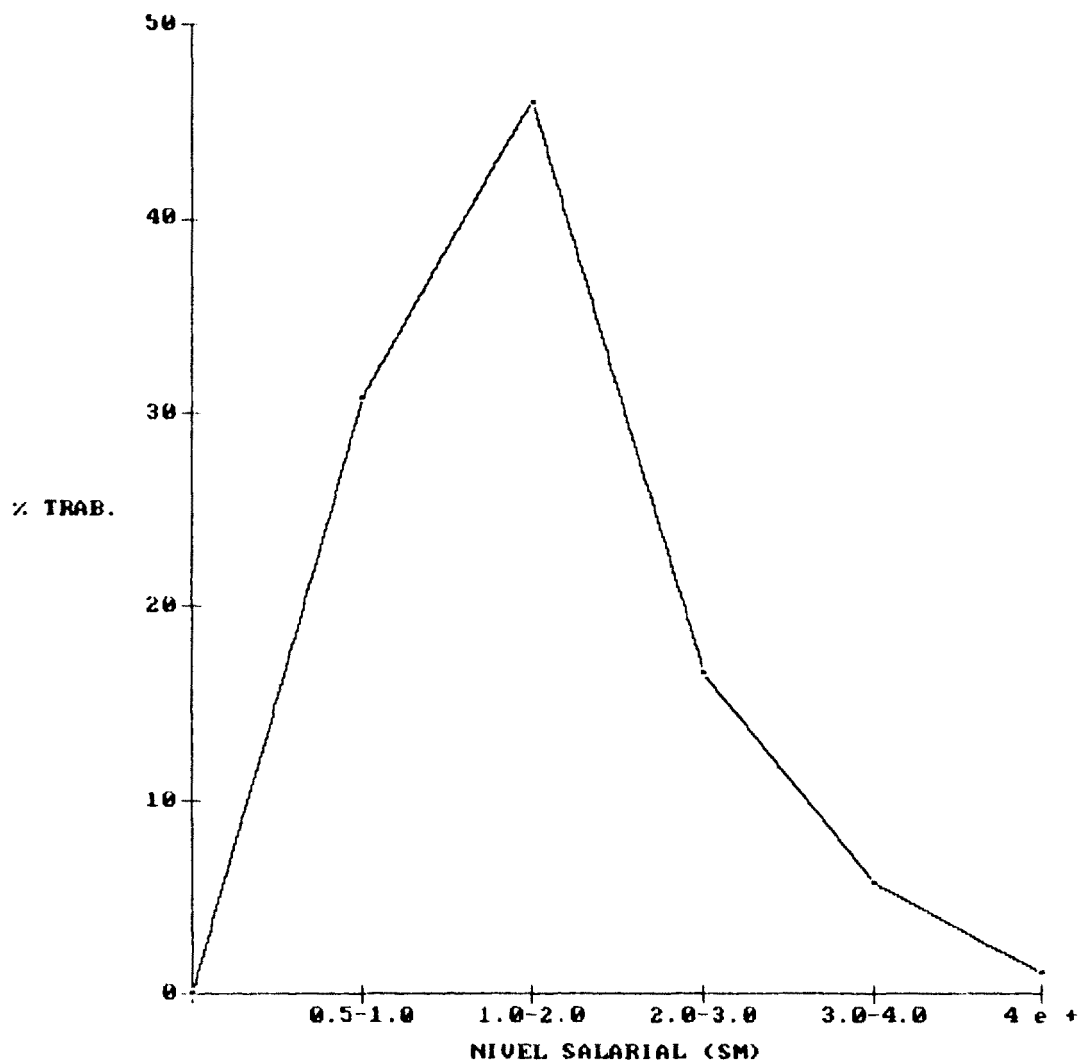
CATEGORIA	RENDIMENTO (SM)							
	0,5 - 1,0		1,0 - 2,0		2,0 - 3,0		3,0 e +	
	N	%	N	%	N	%	N	%
OPERARIO	9	7,5	59	49,0	39	32,5	13	11,0
TRAB. RURAL	31	24,0	71	55,0	20	16,0	6	5,0
OP. CIVIL	4	17,0	15	63,0	3	12,0	2	8,0
FUNC. PUBLICO	5	17,0	20	67,0	4	13,0	1	3,0
EMP. DOMESTICA	53	88,0	7	12,0	-	-	-	-
COMERCARIO	6	75,0	2	25,0	-	-	-	-
AUTONOMO	1	12,5	5	62,5	-	-	2	25,0
OUTROS	21	47,0	15	33,0	4	9,0	5	11,0
TOTAL	130	30,7	194	45,9	70	16,5	29	6,9

FONTE: Inquérito domiciliar.

O salário, indubitavelmente ocupa o primeiro plano na grande maioria das reivindicações de classe, principalmente onde o conflito capital - trabalho em nosso país, ainda na realidade o primeiro sai ganhando. E considerando os trabalhadores do Bairro José Ometto I, desarticulados, desorganizados e sem uma configuração autêntica de sindicalismo, se posicionam em condições desfavoráveis para se estabelecer uma situação mais justa e a mercê dos interesses do capital, ou seja, permanecem explorados enquanto se mantiverem neste estado disperso.

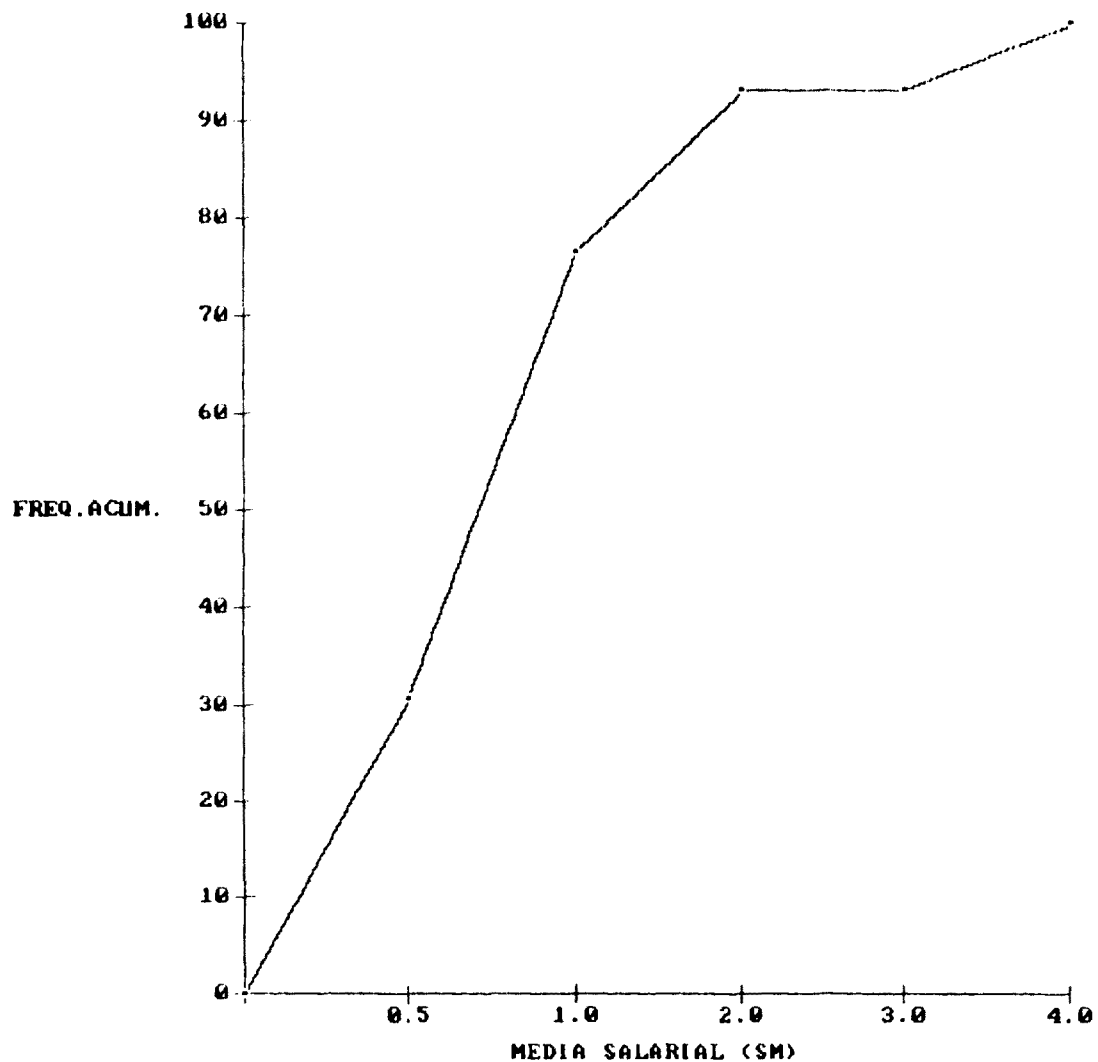
Desnecessário e redundante dizer o papel que ocupa o nível salarial na constituição do poder aquisitivo com o fim de comprar boa nutrição, comprar lazer, comprar vestuário, etc., que compõem na formação da dignidade da pessoa humana, a qual está associada diretamente à saúde (Figuras 15 e 16).

FIGURA 15 - Nível salarial dos trabalhadores do Bairro José Ometto I, Setembro, 1989.



FONTE: Inquérito domiciliar.

FIGURA 16 - Média salarial dos trabalhadores do Bairro José Ometto I. Setembro, 1989.



Produção Agrícola e Pessoal Ocupado na Atividade Agropecuária

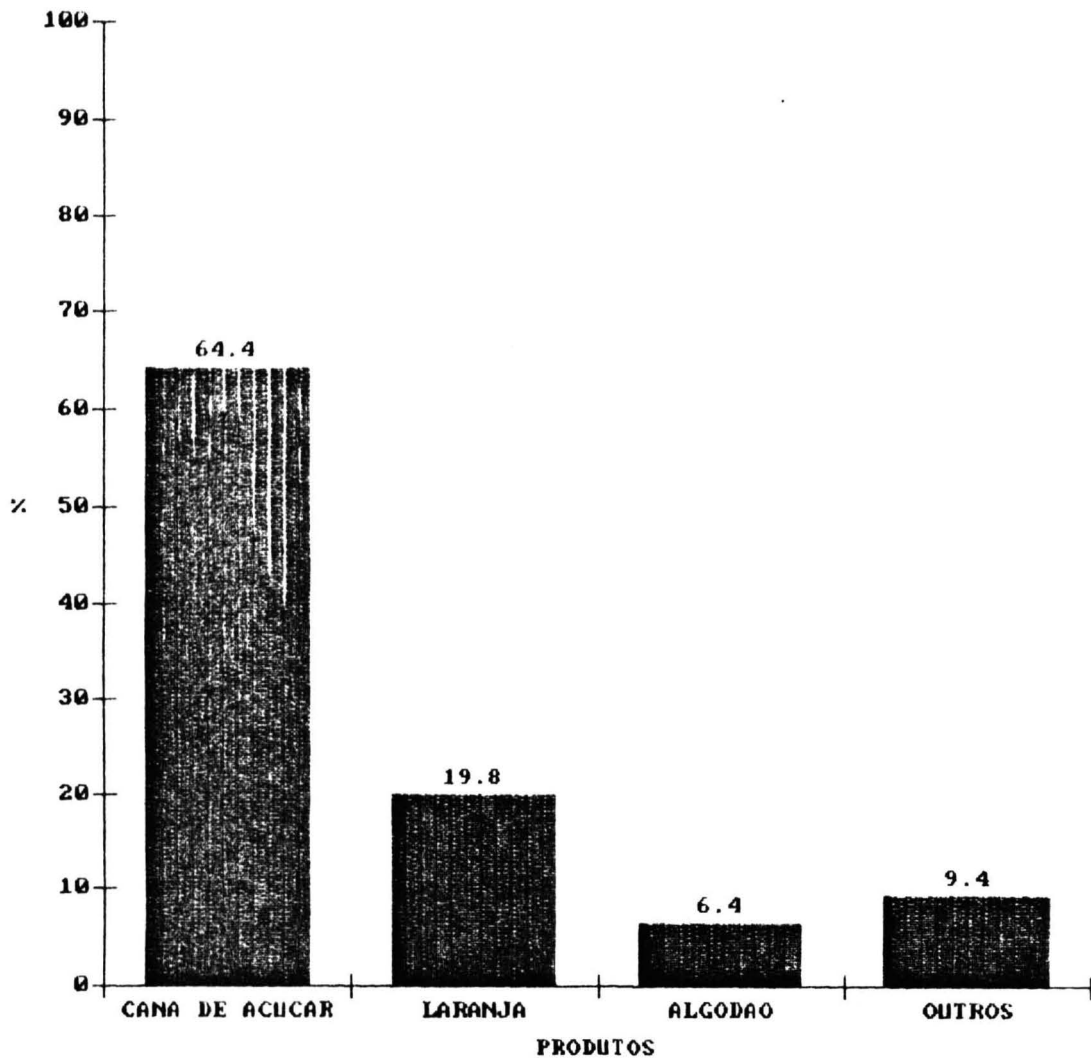
A venda da força de trabalho na categoria dos proletários rurais, que é expressivo componente na produção assalariada do Bairro José Ometto I está dirigida as três principais culturas que ocupam juntas 90% da produção agrícola do município, onde tais trabalhadores se submetem a um modelo que os colocam numa situação de contrato temporário de trabalho, uma vez que os ritmos e a estrutura desta atividade estão dependentes dos períodos de colheita e, também pelo fato do trabalhador percorrer estas colheitas predominantes na região (Figuras 17 e 18), unindo aos poucos salários pagos nesta tarefa, com o fim de obter alguma elevação no seu baixo poder aquisitivo.

Observa-se ainda que a preponderância destes produtos na agricultura regional, deve-se a uma política inclinada à exportação e a sistemas que favorecem determinada atividade industrial, beneficiando alguns grupos, e relegando os produtos básicos a uma aplicação pouco expressiva.

Considerando agora, o pessoal ocupado na agricultura, verifica-se um declínio referente ao total de trabalhadores, em números absolutos, havendo um decréscimo de 30,5% de homens empregados na agricultura, e uma elevação de 33% em relação às mulheres. Tais considerações parecem indicar que a mecanização da agricultura foi

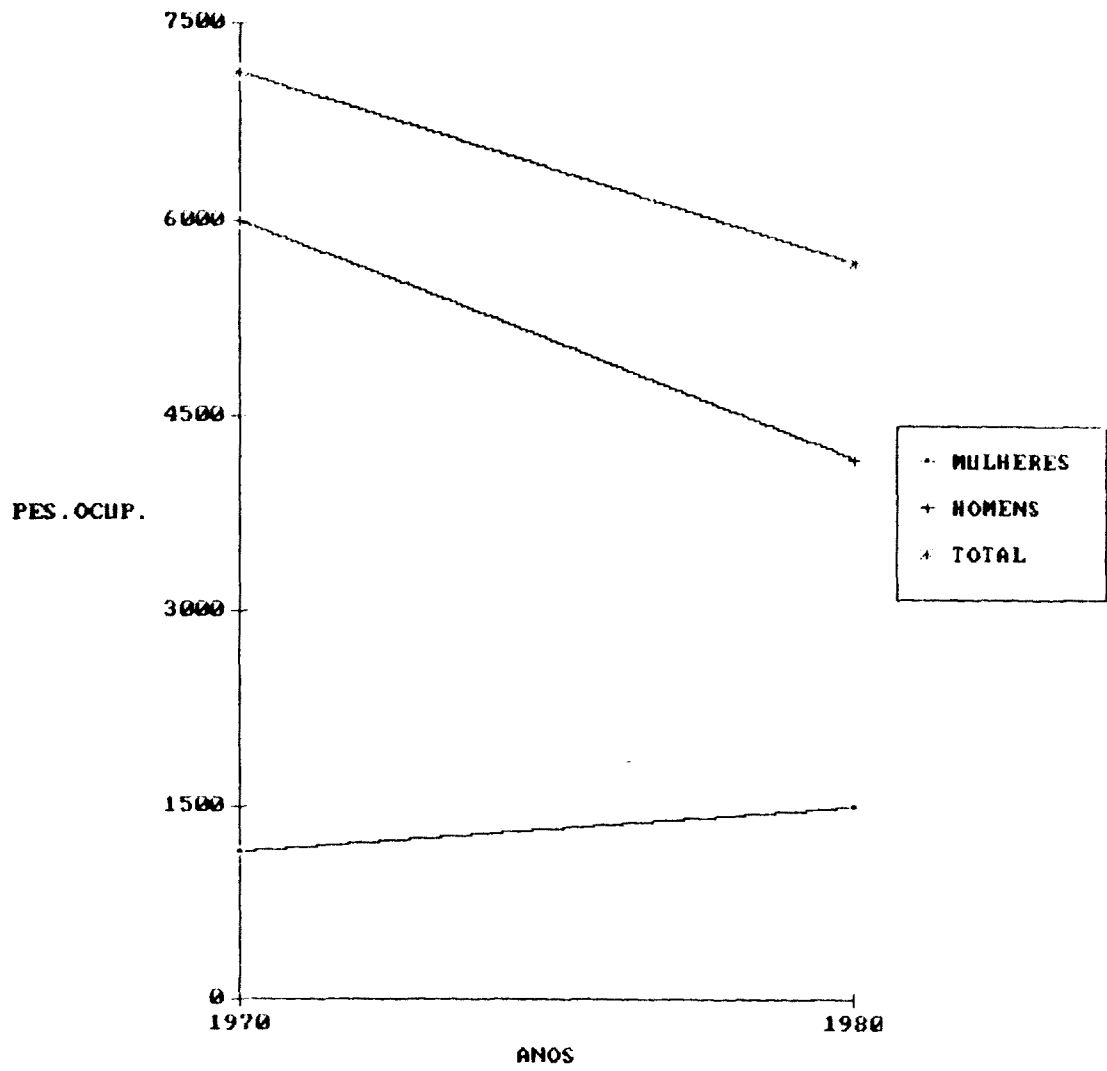
responsável pela redução de trabalhadores nesta atividade com repercussões nas características sociais da região. Embora alguns autores afirmem que a população de trabalhadores volantes se constitui como empecilho à mecanização na agricultura, pois ela torna-se mais viável economicamente aos grandes proprietários que os contratam através de empreiteiras.

FIGURA 17 - Produção agrícola. Araras, 1987.



FONTE: SEADE

FIGURA 18 - Pessoal ocupado na agropecuária. Araras, 1987.



FONTE: SEADE

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERQUO, E.S. et al. Bioestatística. São Paulo, EPU, 1981.
- LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. São Paulo, EPU/EDUSP, 1987.
- SANTOS, L.A. de C. Trabalho rural e família no Brasil: uma revisão crítica. Estudos CEBRAP, São Paulo, 3: 54-62, 1982.
- VICTORA, C.G. et al. Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. São Paulo, HUCITEC, 1988.
- NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 1, julho, 1983.
- CANDIDO, A. Os parceiros do Rio Bonito: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1971.
- LOLIO, C.A. de. Prevalência de hipertensão arterial no Município de Araraquara. São Paulo, 1987 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública - USP].
- CHAVES, M.M. Odontologia Sanitária I, sistema incremental. Vol. 1, Massau Ohno, 1960. p. 324-332.

7. A N E X O S

ANEXO 1

"Questionário utilizado no trabalho de campo multiprofissional"

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

1 9 8 9

18 A 22 DE SETEMBRO

Cidade: Araras

Bairro: Conjunto Habitacional Ometto I

Setor: _____

Casa: _____

Questionário nº _____

Entrevistador: _____

Entrevista:

- () realizada
- () recusada
- () residência fechada
- () residência vaga

Alterações: _____

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Nº	Parentesco	Sexo	Idade	Estado Conjugal	Procedência			Tempo de Residência	Escolaridade	Classe ou Ocupação	Renda	Vínculo Empregatício
					EST	ZR	ZU					
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Legenda:

Estado conjugal: com companheiro (C)
sem companheiro (S)

Parentesco: Marido (1)
Esposa (2)
Filhos (3)
Outros (4)

Escolaridade: Primário (1)
Ginásio (2)
Colegial (3)
Superior (4)
Completo (C)
Incompleto (I)

Renda: (SM)

Sem rendimento (0)
0,5 — 1,0 (1)
1,0 — 2,0 (2)
2,0 — 3,0 (3)
3,0 — 4,0 (4)
4,0 — 5,0 (5)
5 e + (6)

SM (=250,00)

Vínculo Empregatício:

Carteira assinada (1)
Contrato temporário (2)
Nenhum (3)

DOMICÍLIO

.3.

1. Situação de posse

própria ()

alugada ()

cedida ()

outras ()

Valor do aluguel: _____

2. Foi feita alguma reforma em sua casa ?

não ()

sim () Qual ? _____

3. A água que o sr(sr^a) bebe é :

filtrada ()

fervida ()

fervida e filtrada ()

direto da torneira ()

outra forma ()

3.1. Costuma faltar água ?

não ()

sim () Que freqüência ? _____

3.2. Costuma limpar a caixa d'água ?

não ()

sim () Que freqüência ? _____

4. Que faz com o lixo ?

queima ()

joga ao terreno baldio ()

enterra ()

usa como adubo ()

outros ()

coleta pública () freqüência/semana _____

5. O (a) sr(a) sente no seu bairro algum destes problemas ?

poeira ()

fumaça ()

fuligem ()

mau cheiro() Especificar -----

outros () Especificar -----

nada. O ar é limpo ()

5.1. O (a) sr(a) acha que tem alguma doença ligada a estes problemas ?

não ()

sim () Por que ? -----

5.2. O transporte coletivo atende as necessidades do bairro ?

sim ()

não () Por que ? -----

6. Costuma aparecer :

ratos ()

moscas ()

baratas ()

pernilongos()

pulgas ()

morcegos ()

percevejos()

outros () Qual?-----

6.1. O que faz para matá-los ?

7. Possui animais de criação ?

não ()

sim () Quais ? -----

7.1. Foram vacinados nos últimos 12 meses ?

sim ()

não () Por que ? _____

não sei ()

8. Possui horta caseira ?

não ()

sim () O que planta ? _____

8.1. Usa veneno ?

sim ()

não () Por que ? _____

8.2. Consumo :

próprio ()

venda ()

9. Consome carne ?

sim () Frequência _____

não ()

10. Consome leite ?

sim ()

não ()

10.1. Ferve o leite ?

sim ()

não ()

10.2. Qual a despesa mensal da família ?

moradia: _____

saúde: _____

alimentação: _____

outros: _____ Qual ? _____

11. Como ficam sabendo das notícias da cidade ?

CONDIÇÃO DE SAÚDE

12. Neste ano alguém na família fez tratamento odontológico ?

sim ()

não ()

12.1. Por que procurou o dentista ?

dor ()

tratamento ()

prevenção ()

12.2. Onde fez o tratamento ?

posto de saúde ()

particular ()

prático de dentista ()

equipe volante ()

escola ()

outros () Quais ? -----

INQUÉRITO DE MORBIDADE

13. Ocorreu alguma doença ?

PARENTESCO	2 SEMANAS	3 MESES	IDADE	SINTOMA	SERVIÇO	INTERNAÇÃO

Legenda: marido (1) esposa (2) filhos (3) outros (4)

14. Quando os moradores da casa precisam de atendimento médico, onde vão ?

		sim	não
INAMPS	(1)	()	()
Convênio	(2)	()	()
Particular	(3)	()	()
Centro de Saúde	(4)	()	()
Pronto socorro	(5)	()	()
outros	(6)	()	()

Especifique: _____

14.1. O que achou do atendimento ?

14.2. Como você chega até este serviço ?

a pé () como particular ()
ônibus () outros: _____

14.3. Costuma utilizar o Posto de Saúde do bairro ?

sim ()
não () Por que & _____

15. Como fazem para conseguir os remédios ?

compra na farmácia ()
recebe onde é atendido ()
outros () Quais ? _____

16. Algum morador da casa tem alguma(s) desta(s) doença(s) ?

	sim	não	não sabe
- pressão alta	()	()	()
- açúcar no sangue	()	()	()
- doença de pulmão	()	()	()
- doença de pele	()	()	()
- diarreia	()	()	()
- verminoses (lombriga)	()	()	()

17. Quais os problemas de seu bairro ?

18. Quais destes problemas atrapalham a saúde ?

19. O que você acha que pode ser feito para melhorar ?

SAÚDE DO TRABALHADOR

1. Quanto tempo em média fica fora de casa para o trabalho ?

menos de oito horas ()

oito a dez horas ()

mais de dez horas ()

2. Que meio de transporte utiliza para ir ao trabalho ?

Ônibus convencional ()

Ônibus fornecido pelo patrão ()

caminhão ()

carro próprio ()

outros () Quais ? _____

3. O que pensa sobre a qualidade do transporte que usa para ir ao trabalho ?

bom ()

regular ()

péssimo ()

4. O que acha do seu ambiente de trabalho ?

bom ()

regular ()

ruim ()

Por que ? _____

5. Você acha que o ambiente de trabalho pode ajudar no aparecimento de doenças ?

sim ()

não ()

Por que ? _____

5.1. No seu local de trabalho existe :

- calor ()
- barulho ()
- umidade ()
- insegurança ()
- ritmo cansativo()
- outros () Quais ? _____

6. É sindicalizado ?

- sim ()
- não () Por que ? _____

6.1. Participa das reuniões ?

- sim, freqüentemente ()
- às vezes () Por que ? _____
- não, nunca ()

6.2. Qual é o tema mais discutido nas reuniões ?

- salário ()
- condições de trabalho()
- transporte ()
- lazer ()
- saúde ()
- outros. () Quais ? _____

6.3. Acha importante discutir também sobre saúde no sindicato ?

- sim ()
- não () Por que ? _____

7. Pertence a outros grupos associativos ?

- associações comunitárias ()
- cooperativas ()
- entidades religiosas ()
- outros () Quais ? _____
- nenhum ()

8. Que problemas de saúde aparecem no trabalho ?

acidentes ()

doenças dos pulmões()

doença da pele ()

doença da coluna ()

outros. () Quais ? _____

9. Acha importante o trabalho da "CIPA" em seu trabalho ?

sim ()

não ()

Por que ? _____

10. O que faz quando não está trabalhando ?

11. Tira férias regularmente ?

sim ()

não () Por que ? _____

11.1. O que costuma fazer nas férias ?

vende dez dias ()

viaja ()

trabalha em casa ()

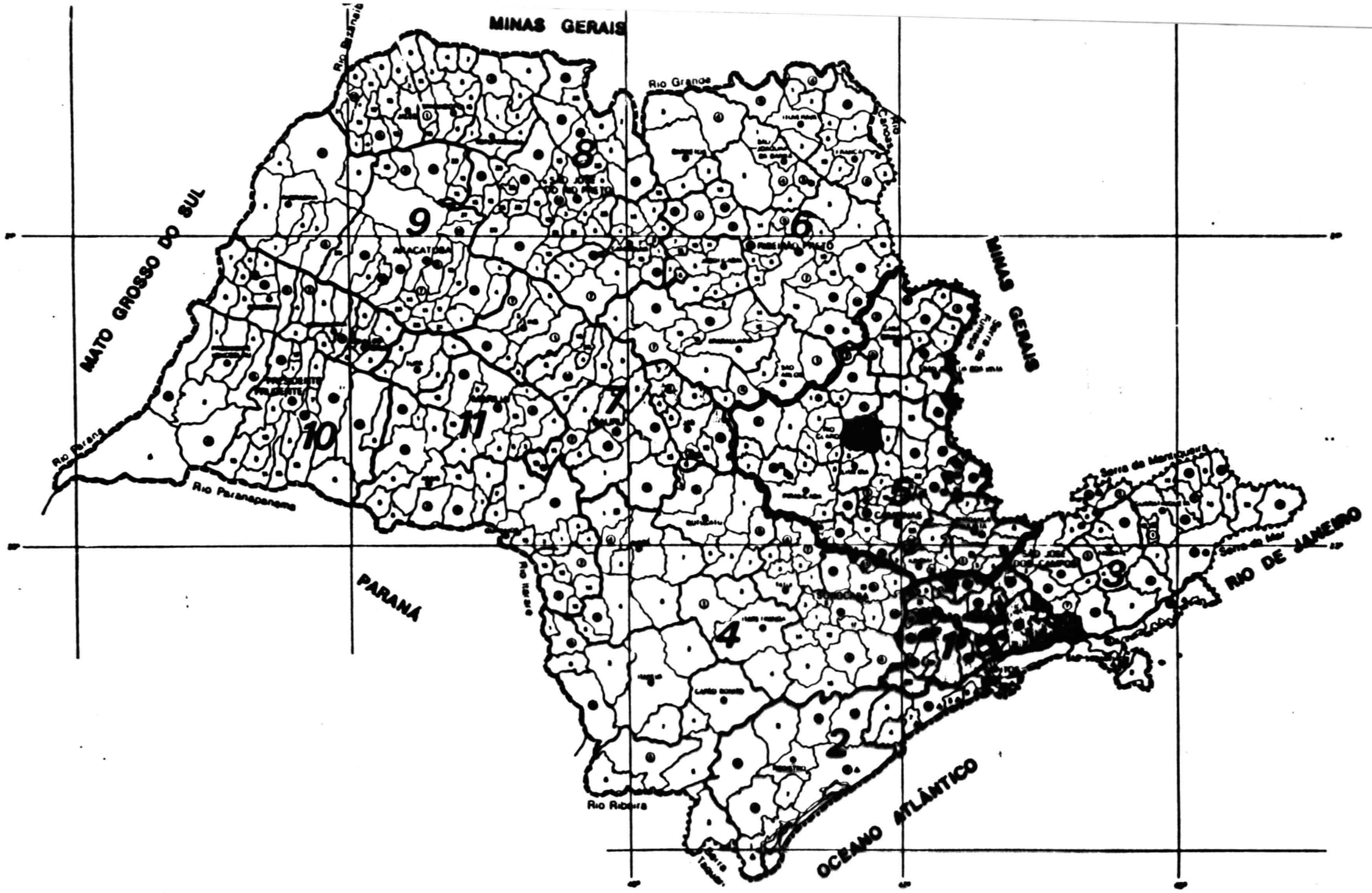
trabalha fora (bico)()

outros. () Quais ? _____

12. Voce se considera satisfeito no trabalho ?

ANEXO 2

"Localização do Município de Araras no Estado de São Paulo"



MINAS GERAIS

MATO GROSSO DO SUL

MINAS GERAIS

PARANÁ

RIO DE JANEIRO

OCEANO ATLÂNTICO

Rio Grande

Rio Paranaíba

Rio Parana

Rio Paranaíba

Rio Ribeira

MACATUBA

UBERLÂNDIA

Serra da Mantiqueira

Serra de Mar

9

6

10

7

4

2

3

ANEXO 3

**"Localização do Conjunto Habitacional José Ometto I
no Município de Araras"**

PROJETO URBANÍSTICO

FOLHA Nº 2

OBJETO:
LOTEAMENTO - JARDIM JOSÉ OMETTO
PROGRAMA NOSSO TETO

LOCAL:
AVENIDA LORETO - BAIRRO DO LORETO
ARARAS - EST. DE SÃO PAULO.

PROPRIETÁRIO:
EMPRESA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO DE ARARAS
E M H A B A

ÁREAS

LOTES	152.560,85 m ²	59,82%
ARRUAMENTO	76.864,38 m ²	30,05%
SISTEMA DE LAZER	25.798,65 m ²	10,13%
<hr/>		
SUB-TOTAL	254.731,88 m ²	100,00%
<hr/>		
REMANESCENTE NÃO LOTEÁVEL	11.468,12 m ²	
<hr/>		
TOTAL	266.200,00 m ²	

NUMERO DE LOTES

LOTES RESIDENCIAIS	730
LOTES COMERCIAIS	16
TOTAL	746

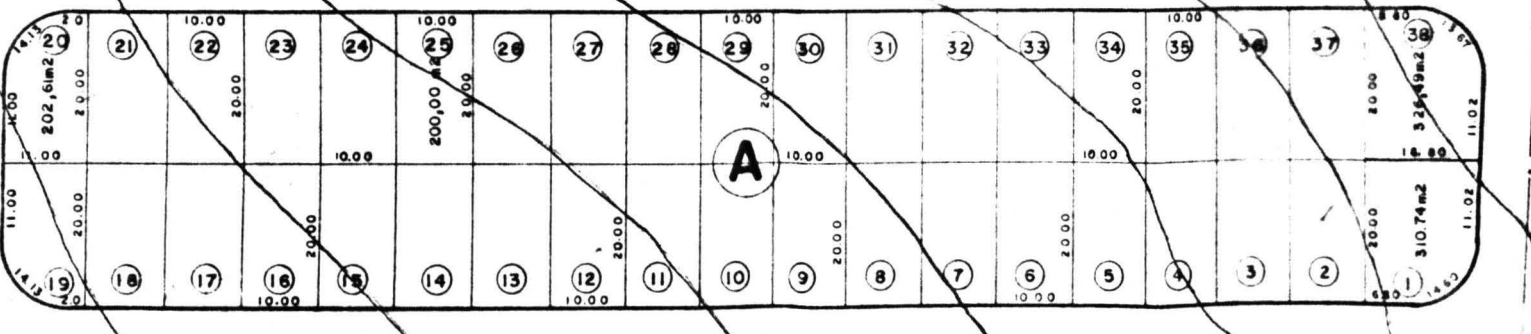
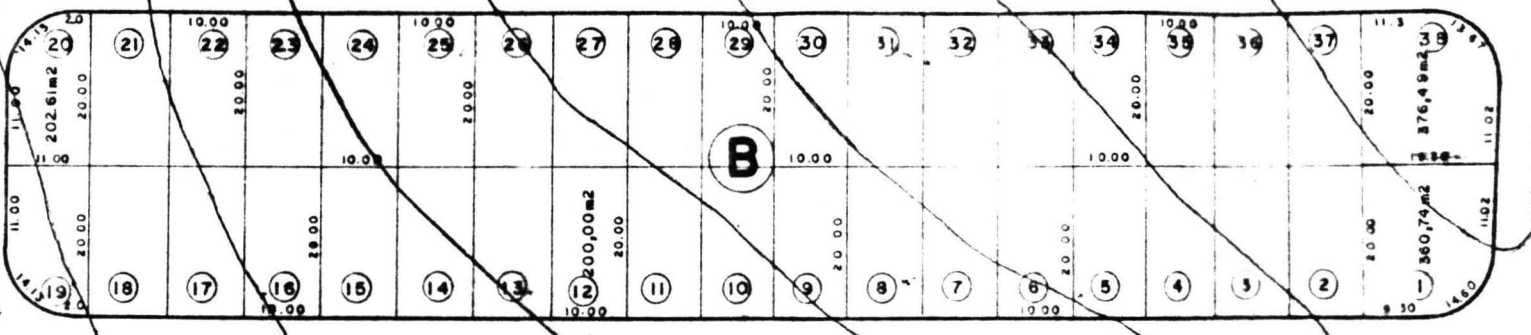
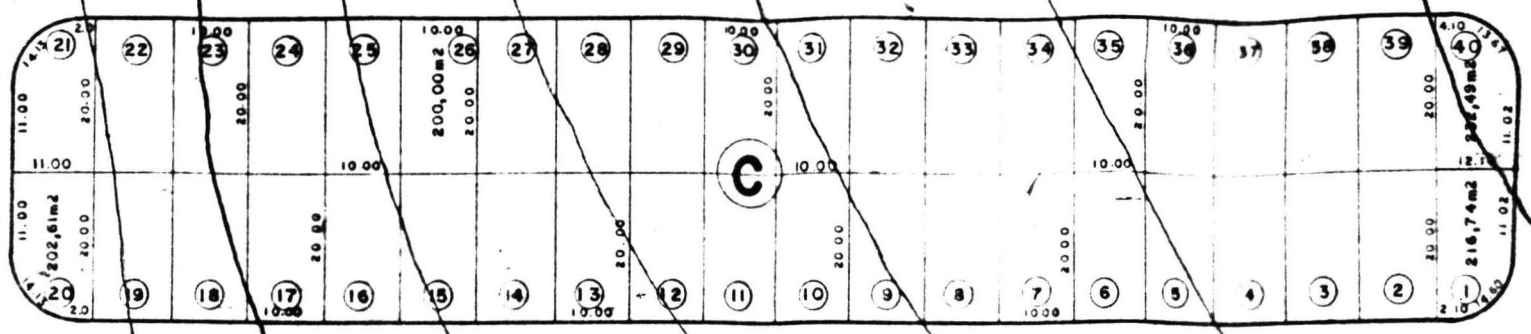
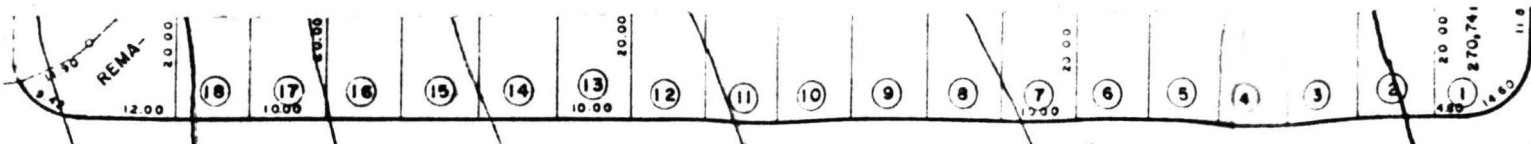
PRESIDENTE - DIRETOR FINANCEIRO ADMINISTRATIVO

DIRETOR TÉCNICO - AUTOR DO PROJETO E RESP. TÉCNICO
CREA - 57.119/D - SP

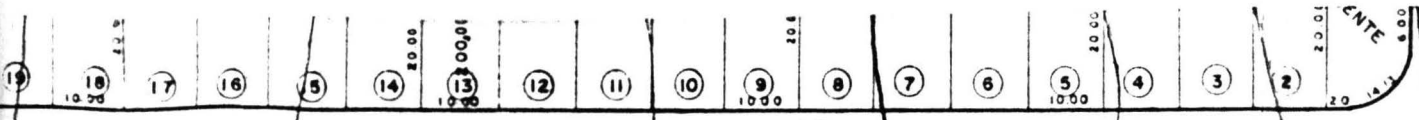
desenhista projetista - LUIZ ANTONIO MARDI - 80

DEP. - COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO - P.M. DE ARARAS

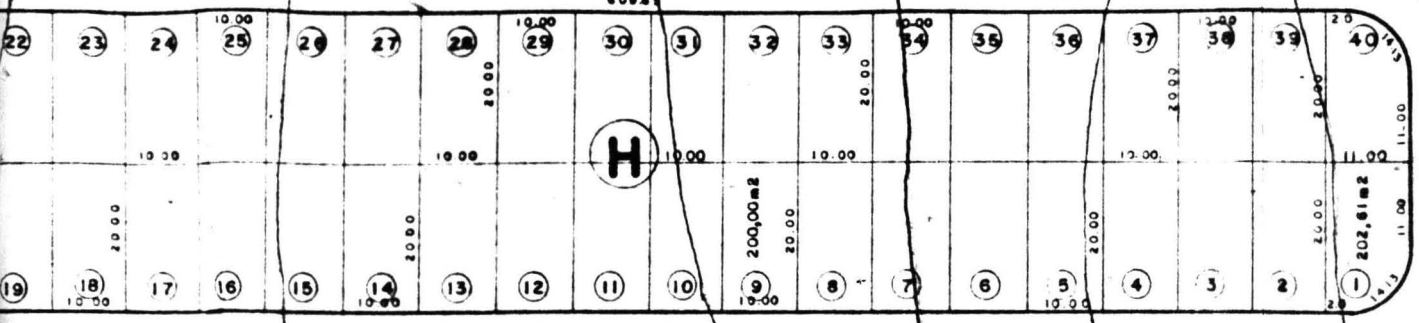
0153-35



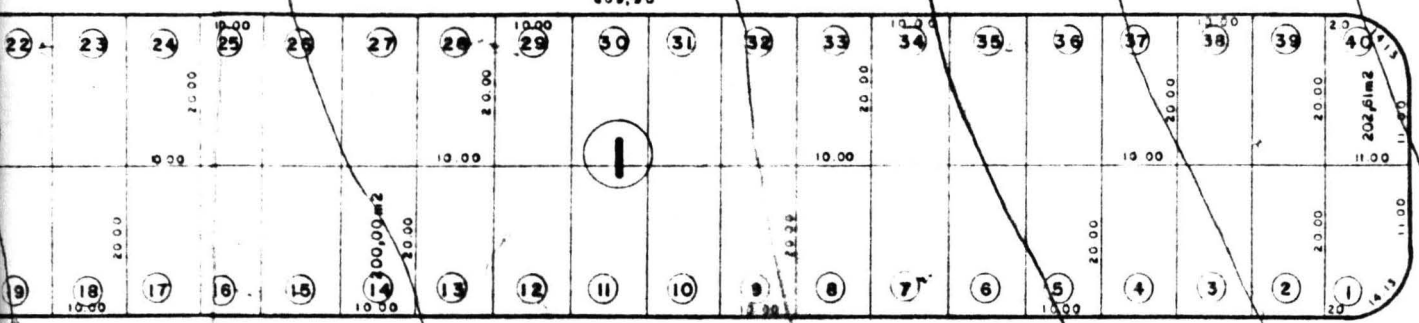
605



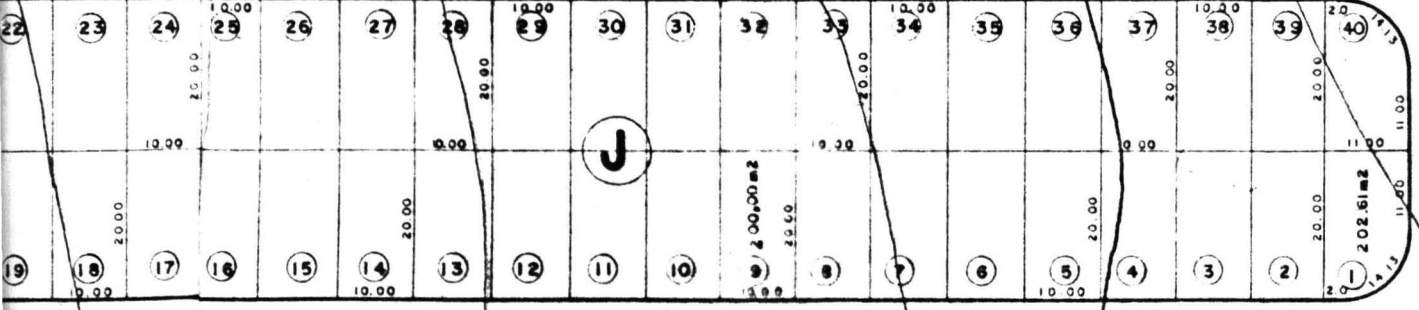
RUA 3 (DO MOTORISTA)
609,4



RUA 2 (DO PEDREIRO)
609,90



RUA (DO LAVRADOR)
610,45



AVENIDA 2 (PRESIDENTE VARGAS) (V-6)
610,90

RUA 13 (DO COMERCIAL)
606,30

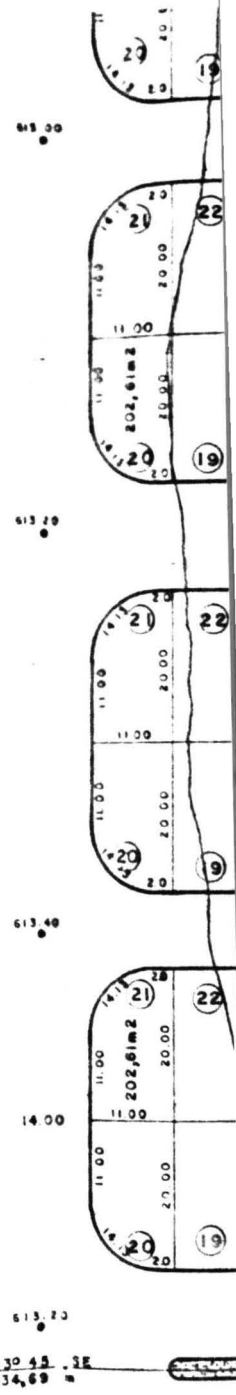
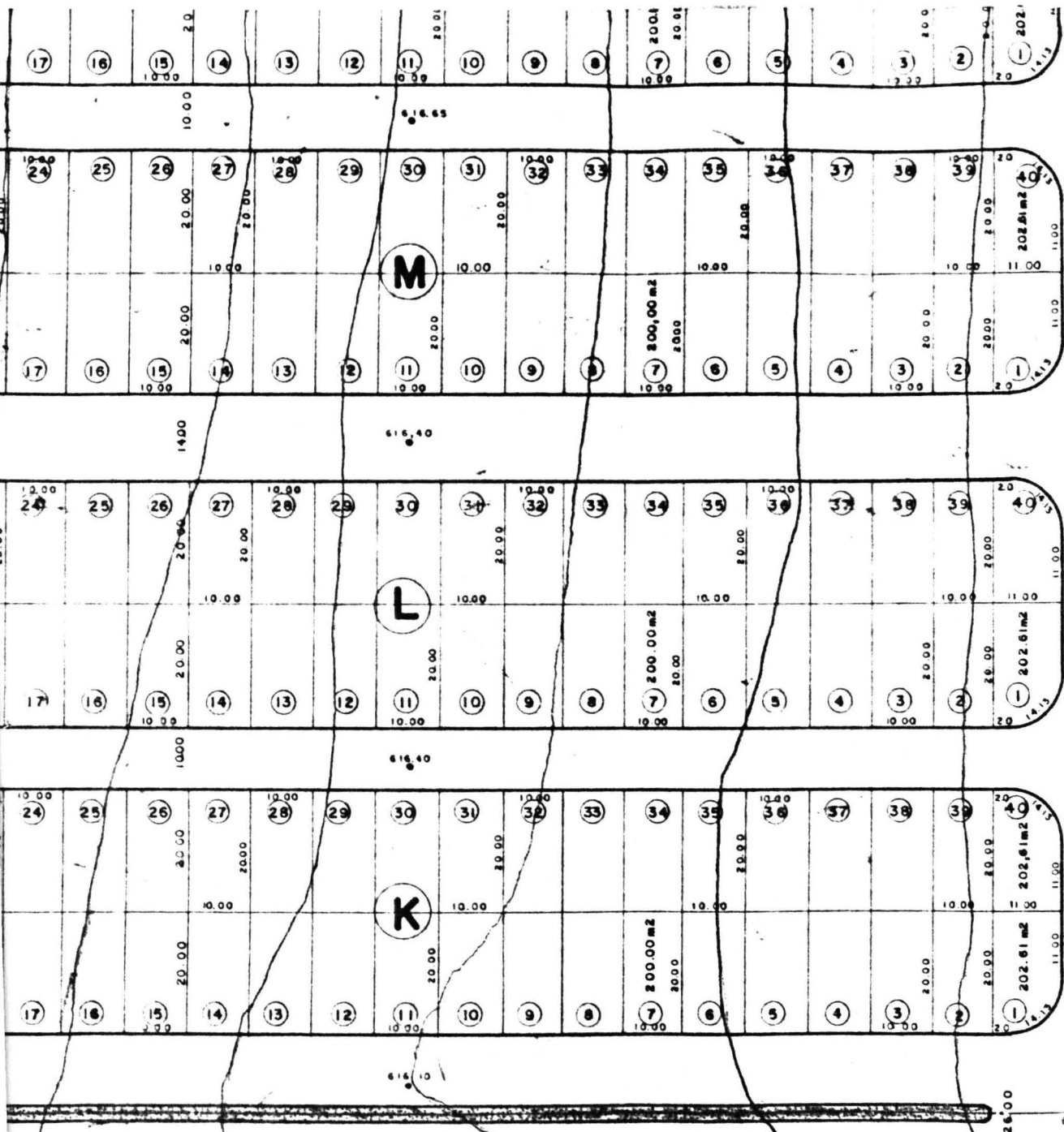
RUA
606,50

606,50

14,00

608,60

H O R T O F L O R E S T A L



615.30

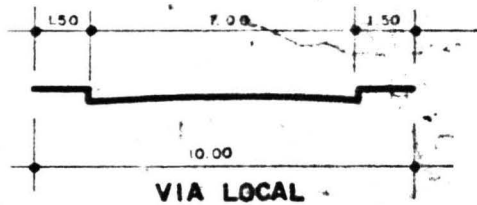
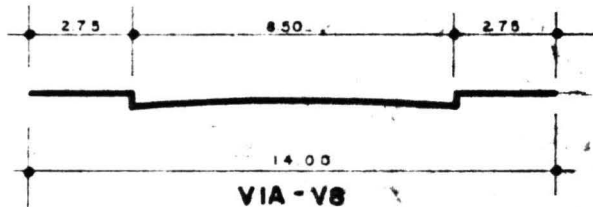
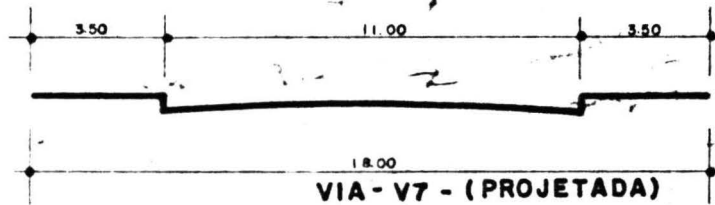
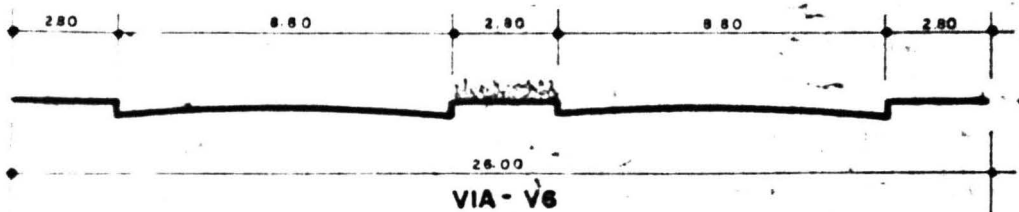
613.70

613.40

613.20

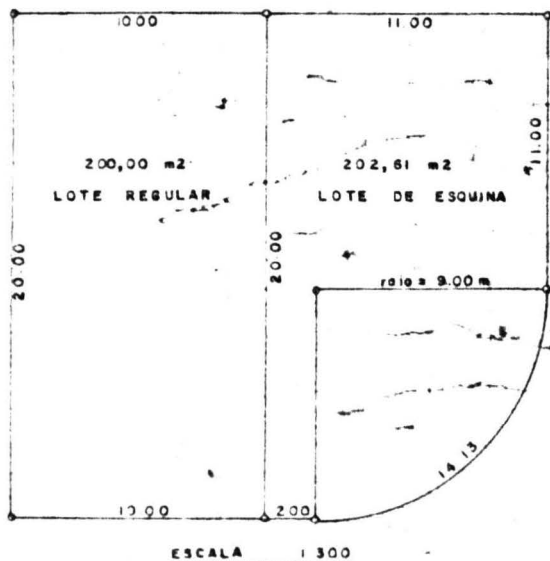
130.45 2E
634.69

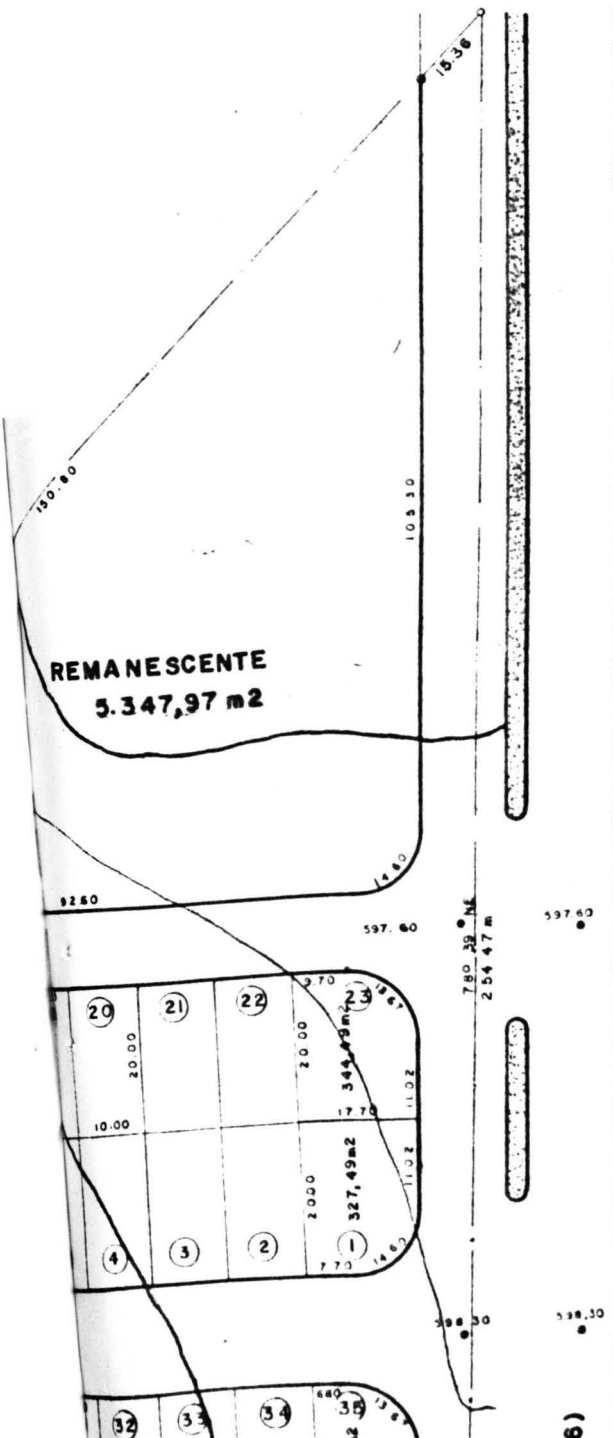
615

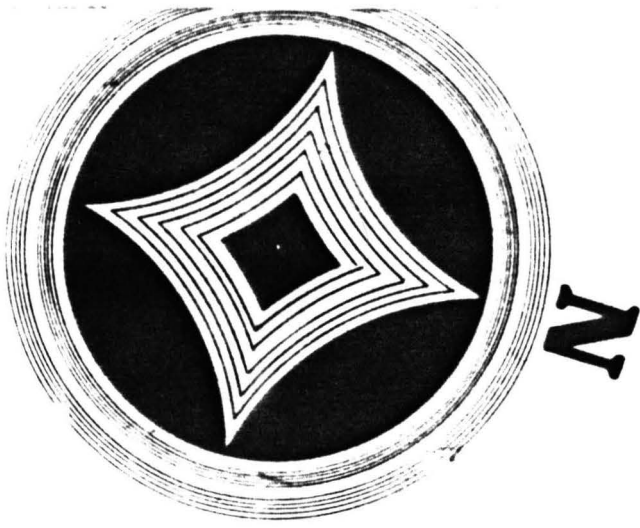


PERFIS DAS VIAS
ESC. 1:200

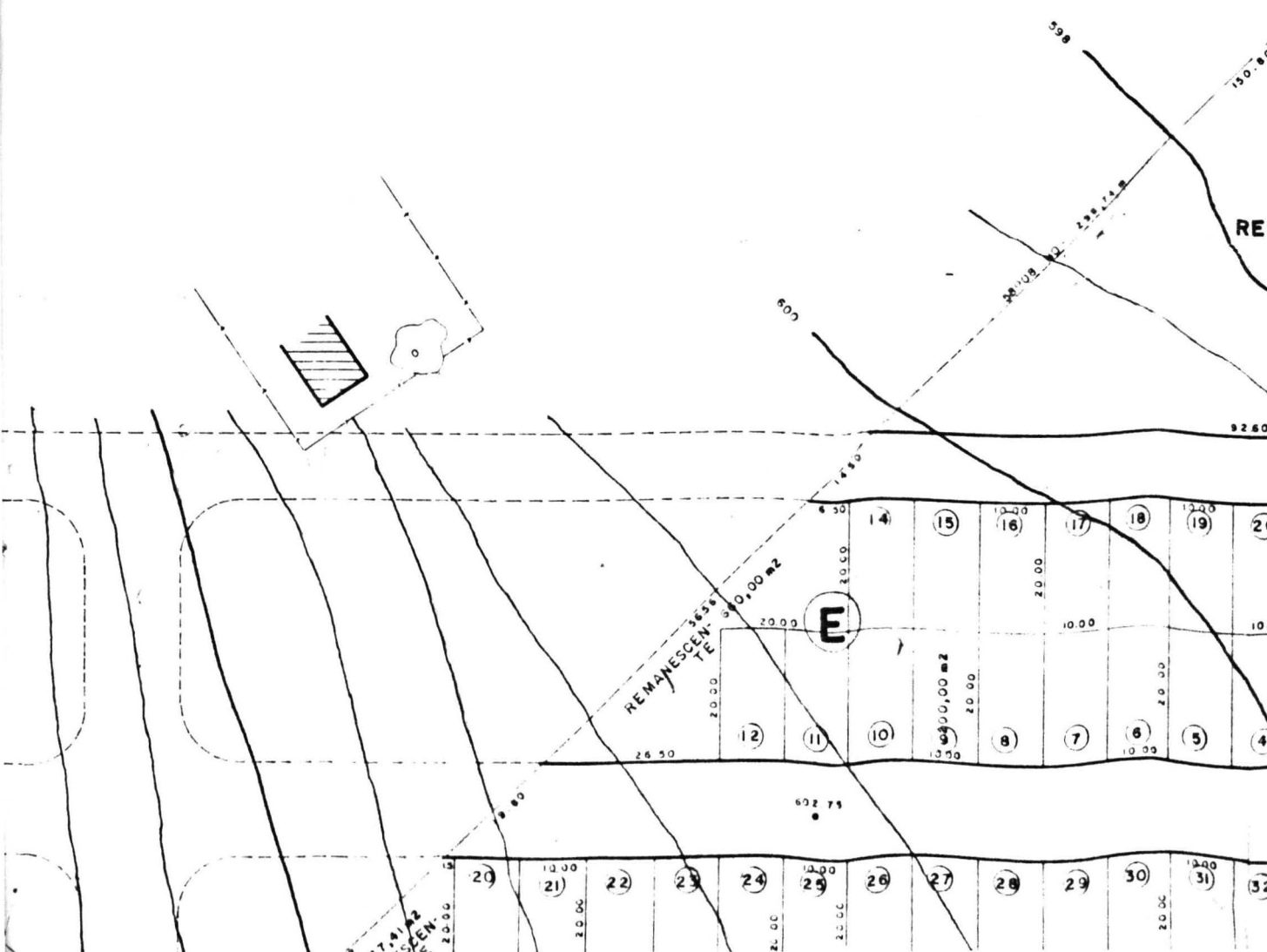
OBS.: PARTE DA QUADRA "Q" SERA LOTES COMERCIAIS

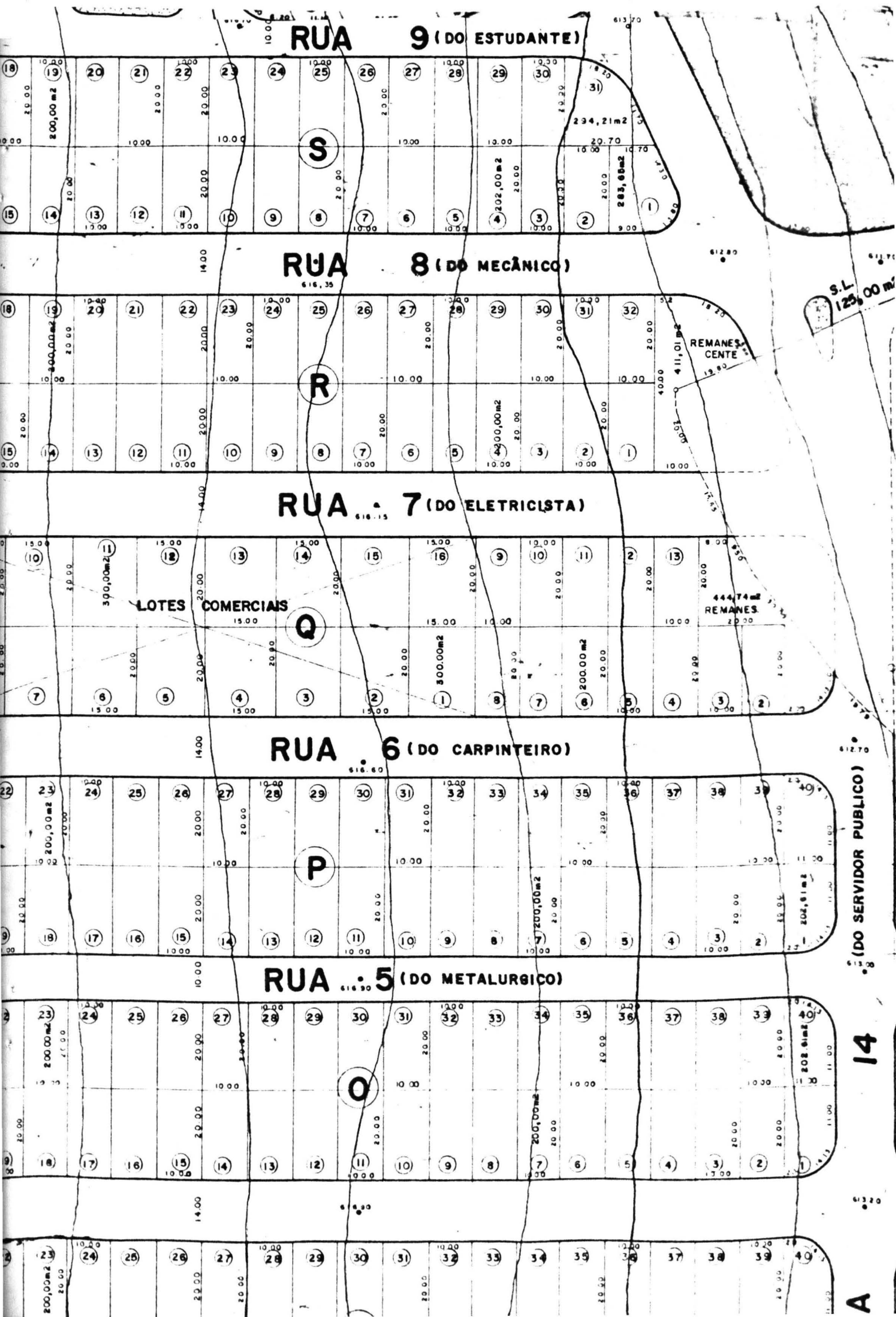






ASTIÃO LOGLI





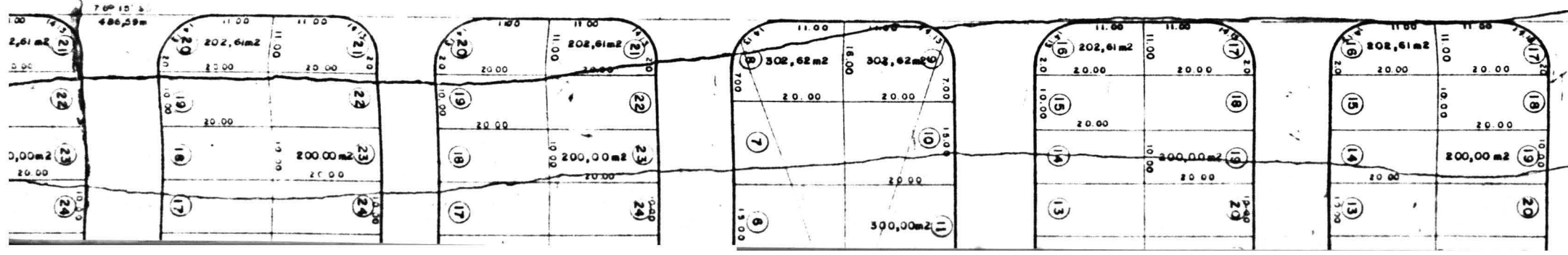
DO SERVIDOR PUBLICO

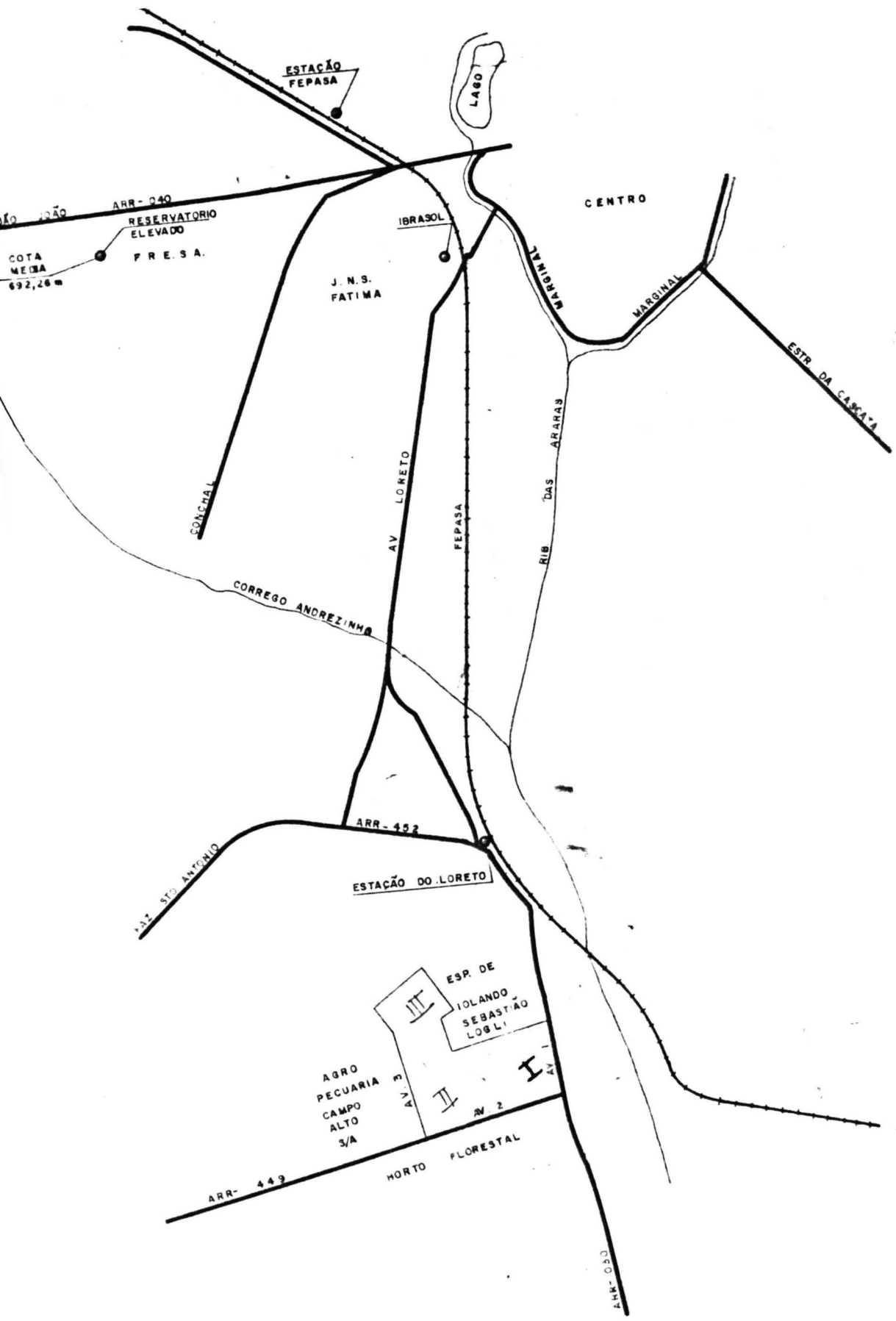
14

A

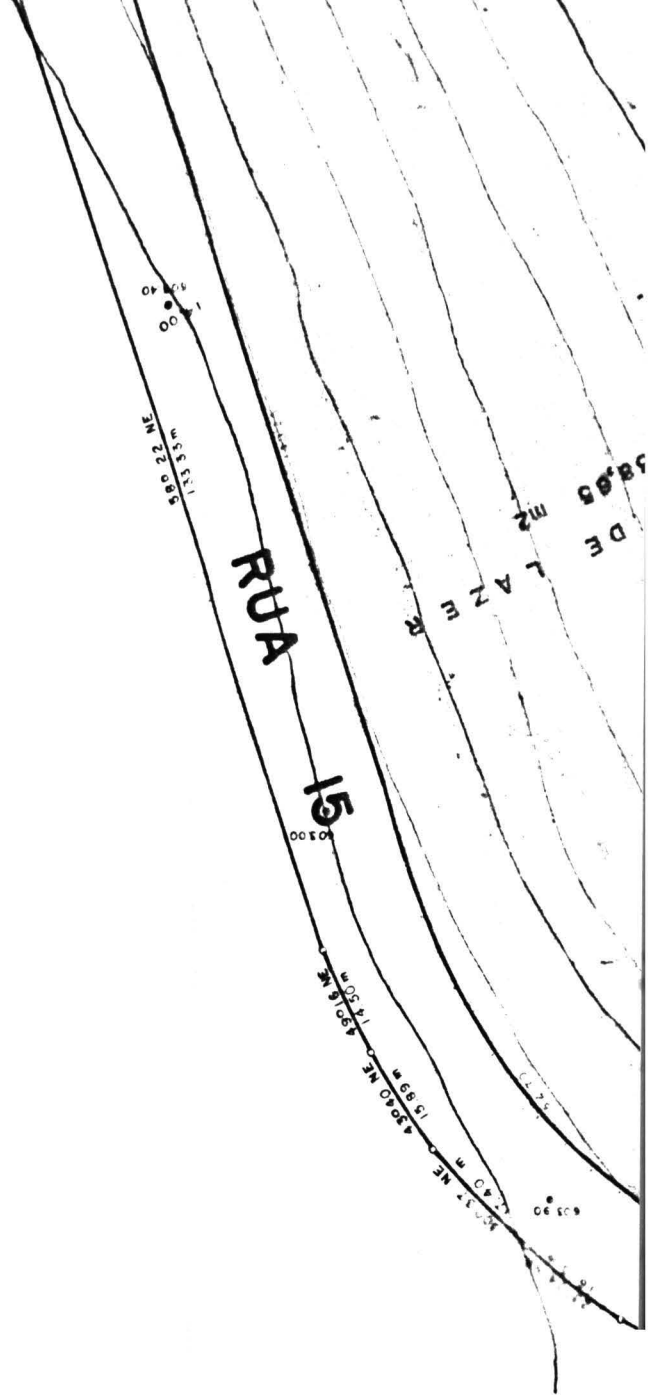
A G R O P E C U A R I A C A M P O A L T O S / A

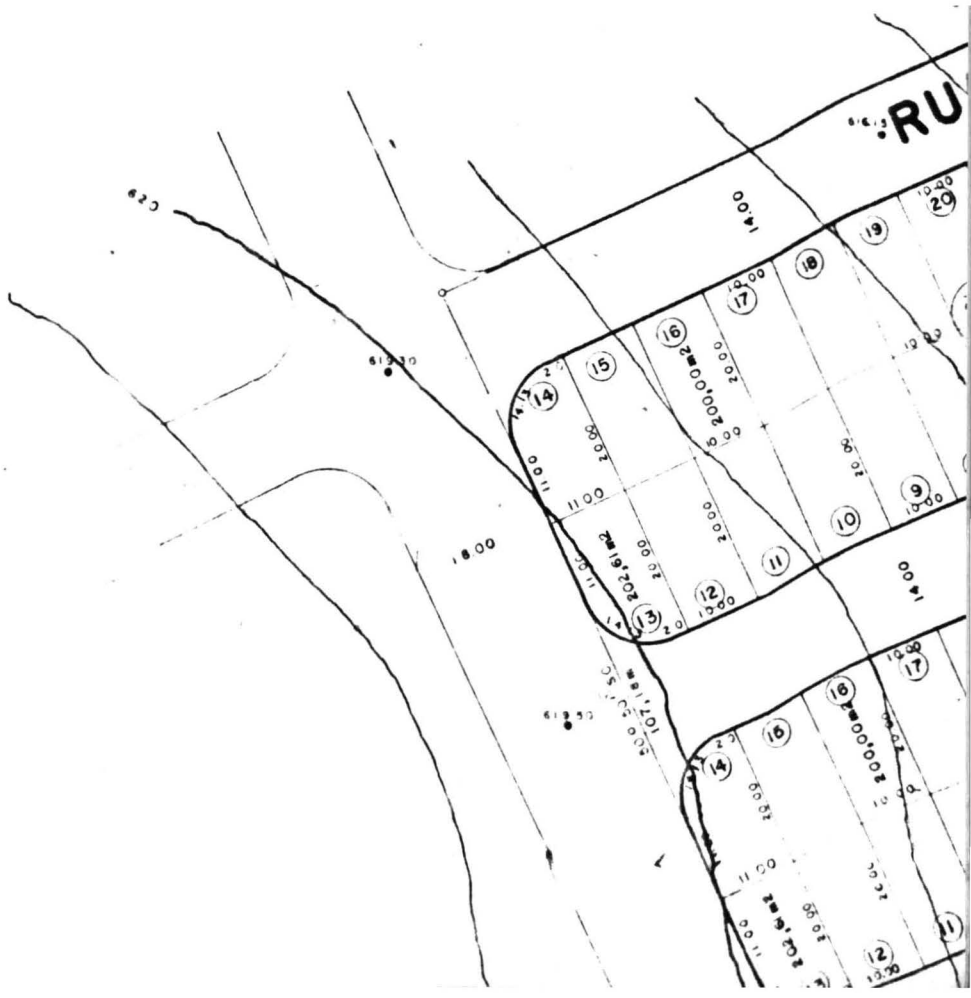
AVENIDA 3 (V-7)





SITUAÇÃO
1:25 000

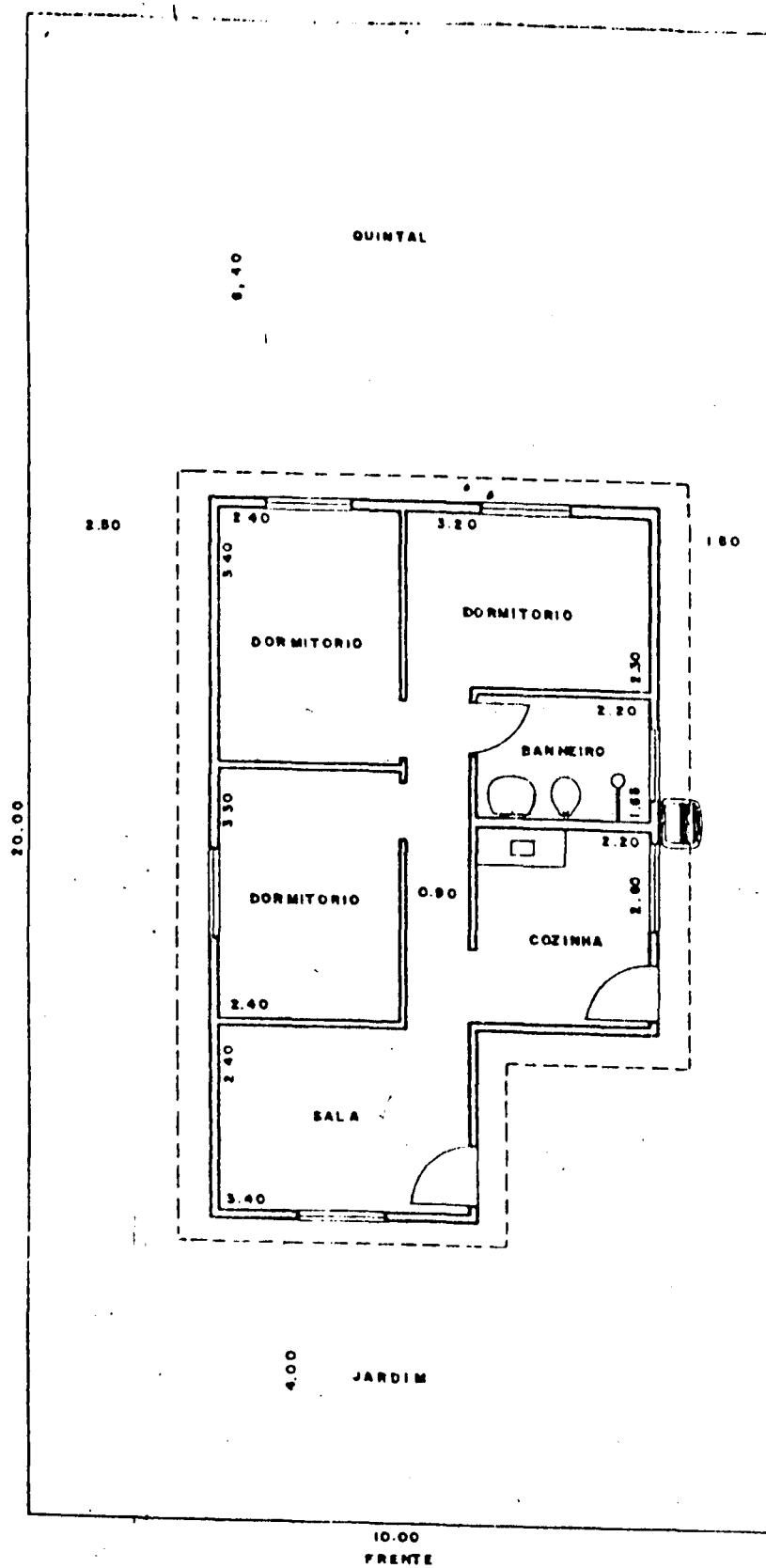




ANEXO 4

**"Planta padrão das construções residenciais do
Conjunto Habitacional José Ometto I"**

ESTA É SUA CASA



OBJETO: **PLANTA BAIXA** ESCALA 1:100

1981

UNIDADE RESIDENCIAL COM 3 DORMITÓRIOS

ÁREA: 52,355 m²

LOCAL: **CONJUNTO HABITACIONAL JOSÉ OMETTO**
ARARAS S.P.

ENHADA: EMPRESA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO DE ARARAS

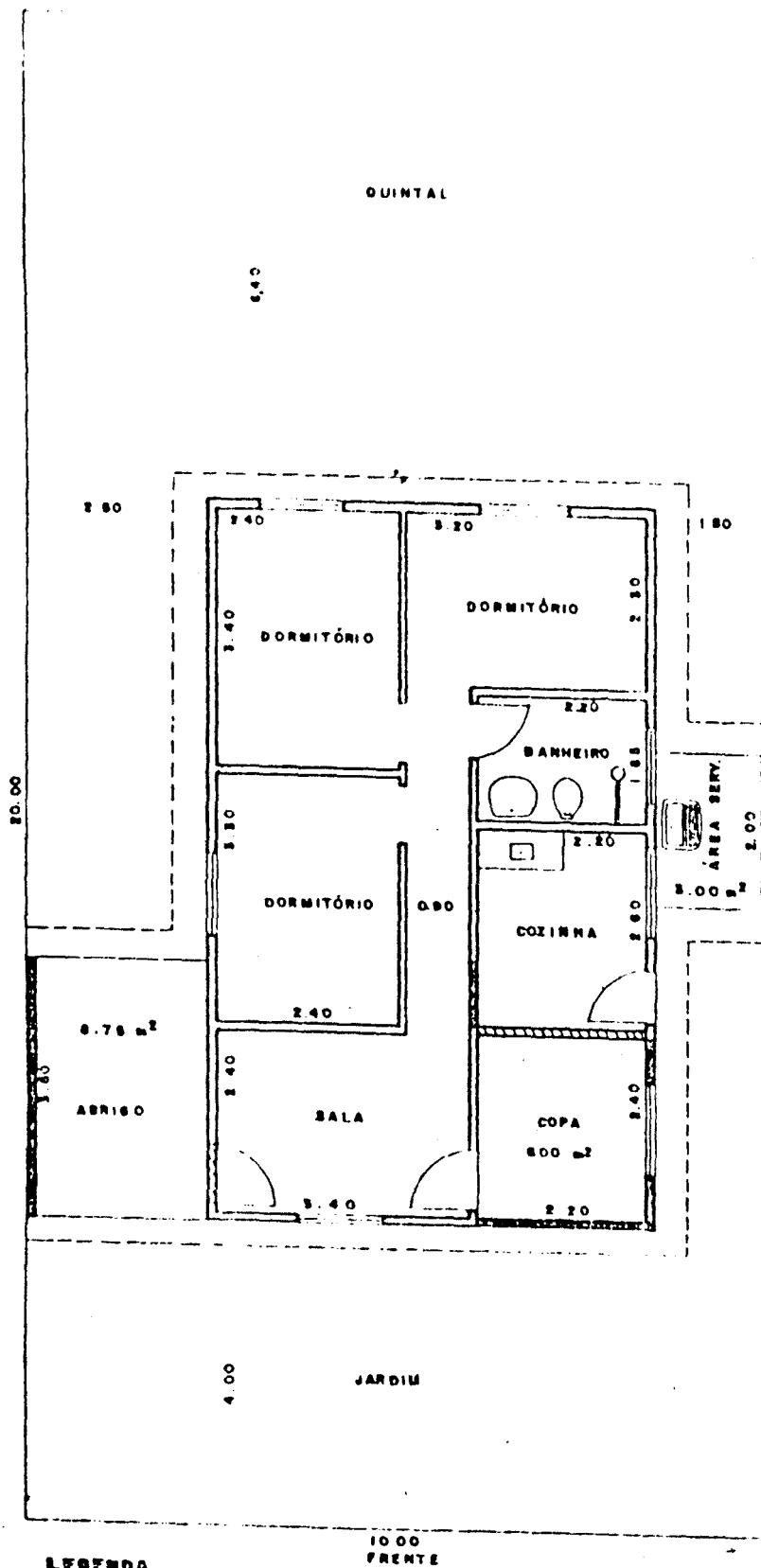
COPLAN

ADMINISTRAÇÃO ZUNTINI

ANEXO 5

"Planta padrão para ampliação das construções residenciais
do Conjunto Habitacional José Ometto I"

ESTAS SÃO AS OPÇÕES PARA VOCÊ AMPLIAR SUA CASA



- LEGENDA**
- EXISTENTE
 - DEMOLIR
 - CONSTRUIR

1000
FRENTE

OBJETO: **PLANTA BAIXA**

ESCALA 1:100

1981

UNIDADE RESIDENCIAL COM 3 DORMITÓRIOS

ÁREA: 52,335 m² + 17,75 m² = 70,085 m²

LOCAL: **CONJUNTO HABITACIONAL JOSÉ OMETTO**
ARARAS S.P.

EMISSORA - EMPRESA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO DE ARARAS

COPLAN

ADMINISTRAÇÃO ZURYINI

ANEXO 6

**"Boletim consolidado da programação da rede pública
do Município de Araras"**

ANEXO 7

**"Demonstrativo do quadro funcional (contratados e a contratar)
no Município de Araras"**

PLANILHA II - DEMONSTRATIVO DA QUANTIDADE DE PESSOAL EXISTENTE POR CATEGORIA, ESTÁGIO DAS CONTRATAÇÕES PROGRAMADAS NA NEGOCIAÇÃO ANTERIOR E PROPOSTA DE CONTRATAÇÕES PARA O TRIMESTRE EM NEGOCIAÇÃO.

CATEGORIA FUNCIONAL	QUANTIDADE EXISTENTE	NEGOCIAÇÃO ANTERIOR			A CONTRATAR NO TRIMESTRE EM NEGOCIAÇÃO.	
		PROGRAMADA		EM CONTRATAÇÃO		CONTRATADO
		S I M	N Ã O			
1 - MÉDICO	28	10	-	07	03	-
2 - ENFERMEIRO	08	01	-	-	01	-
3 - DENTISTA	29	01	-	-	01	12
4 - FONOAUDIÓLOGO	03	02	-	-	02	-
5 - PSICÓLOGO	03	02	-	-	-	02
6 - ASSISTENTE SOCIAL	03	02	-	-	-	-
7 - TÉCNICO ENFERMAGEM	10	-	X	-	-	-
8 - AUXILIAR ENFERMAGEM	01	10	-	10	-	-
9 - ATENDENTE ENFERMAGEM	19	-	X	-	-	-
10 - SERVENTE	18	02	-	-	02	-
11 - MOTOCICLISTA	12	01	-	01	-	-
12 - AUXILIAR DE FISIOTERAPIA	05	01	-	01	-	-
13 - FISIOTERAPEUTA	01	-	X	-	-	-
14 - FARMACÊUTICO	-	01	-	01	-	-
15 - VISITADOR SANITÁRIO	05	06	-	05	01	-
16 - AGENTE SANITÁRIO	02	02	-	-	-	-
17 - LABORATORISTA	04	03	-	-	04	-
18 - GUARDA NOTURNO	07	-	X	-	-	-
19 - AUXILIAR DE RADIOLOGIA	01	-	X	-	-	-
20 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO	09	-	X	-	-	05
21 - AUXILIAR ODONTOLÓGICO	01	-	X	-	-	04

COM PROCESSO JÁ INICIADO (ABERTURA DE EDITAL ETC..).

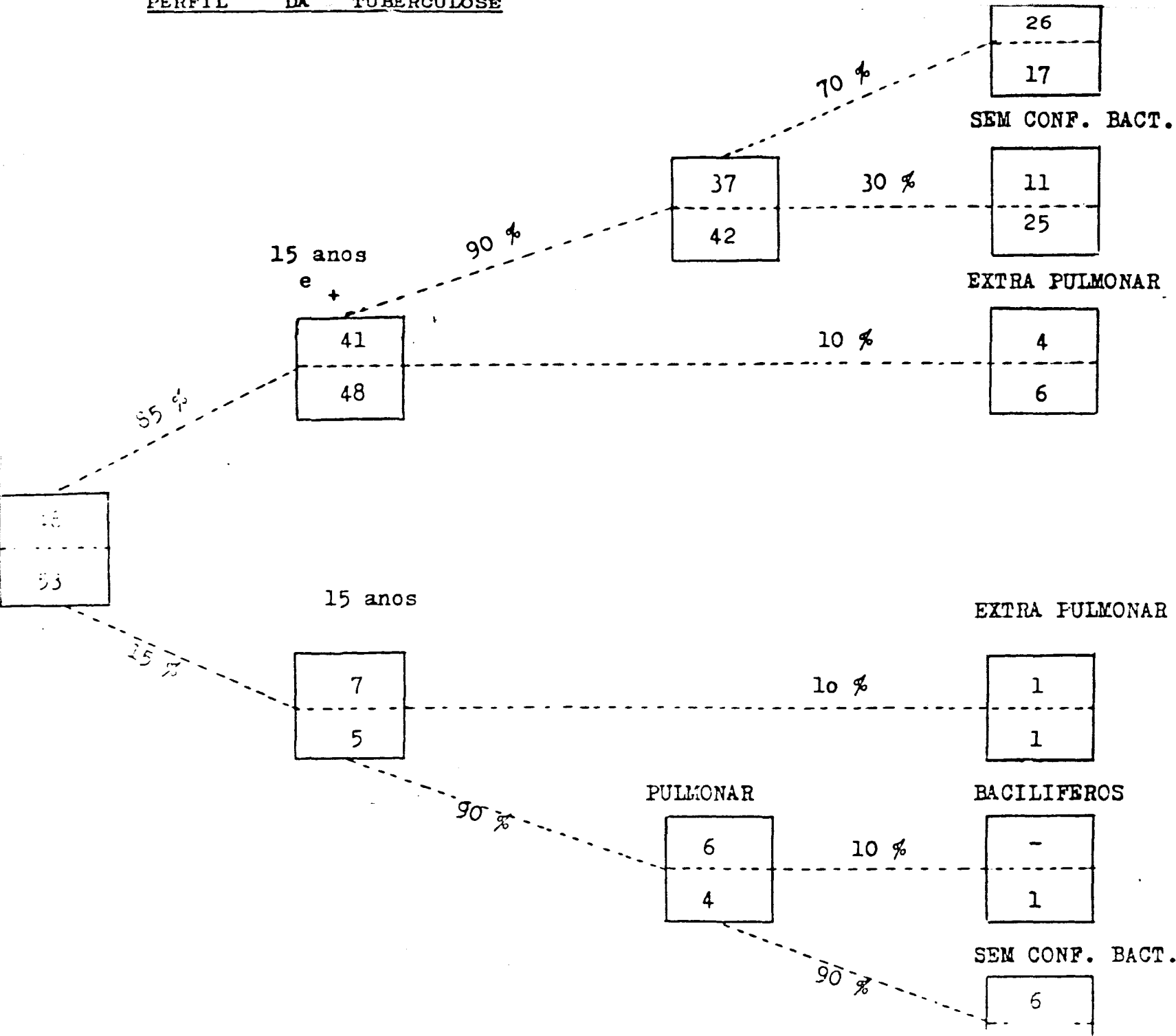
ANEXO 8

"Metas de produção das Unidades de Saúde nas atividades
da Rede Básica do SUDS-SF - Município de Araras"

ANEXO 9

"Evolução da tuberculose registrada pela Vigilância Epidemiológica
do CS-II de Araras"

PERFIL DA TUBERCULOSE



- ALCANÇADO

ARARAS

ano: 84	POP: 65.666
CONS. DE 1ª VEZ (20% DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO)	13.133
SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (5% DOS CONS. DE 1ª VEZ)	657
BACILÍFEROS (4% DOS PULMONARES SINT. RESP.)	26
COMUNICANTES (40% BK + NOVCS)	104
CRIANÇAS A VACINAR C/ BCG ID (100% DA POP. MENORES DE 1 ANO)	1.610

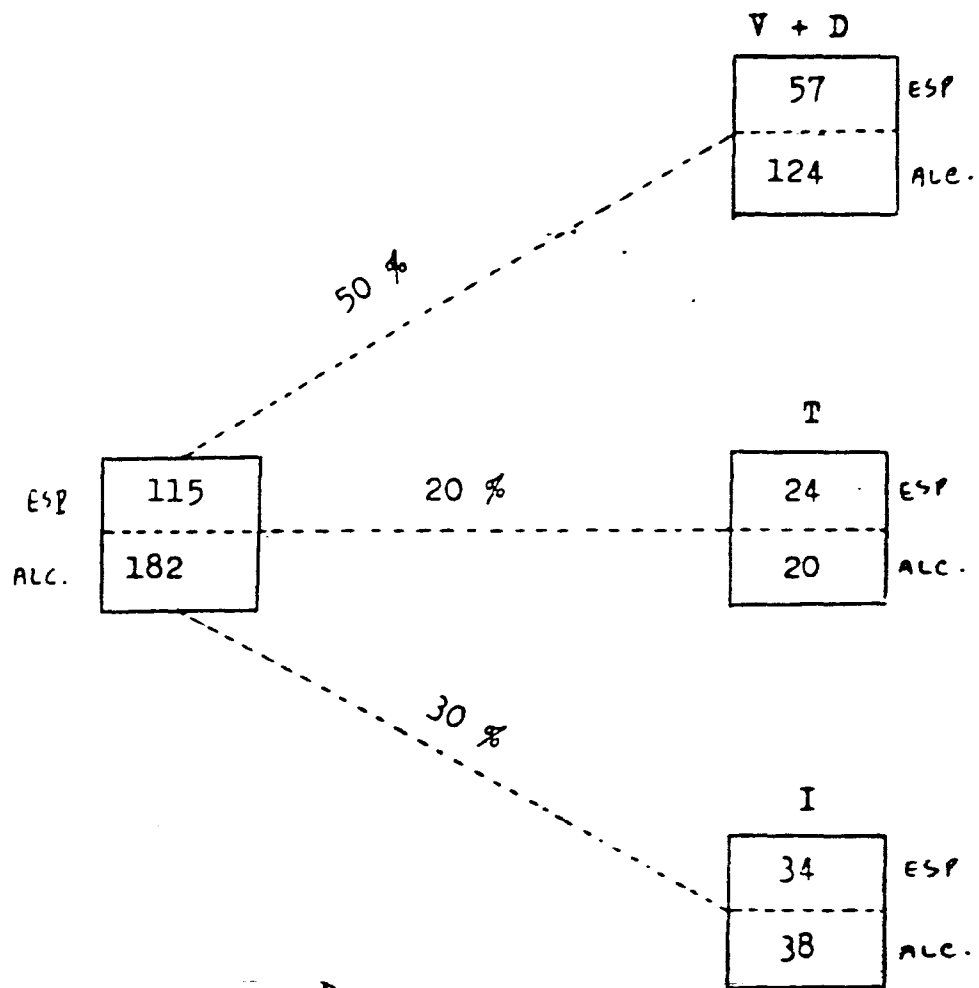
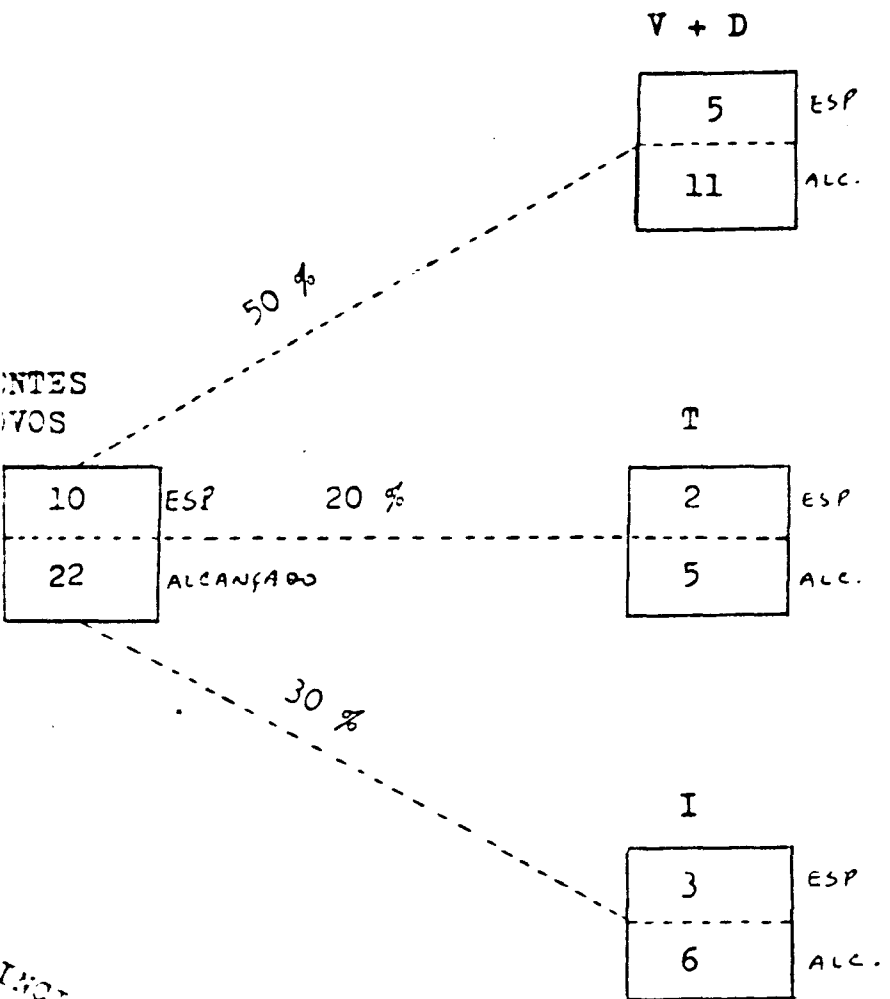
ANEXO 10

**"Evolução da hanseníase registrada pela Vigilância Epidemiológica
do CS-II de Araras"**

HANSENÍASE

INCIDÊNCIA

PREVALÊNCIA



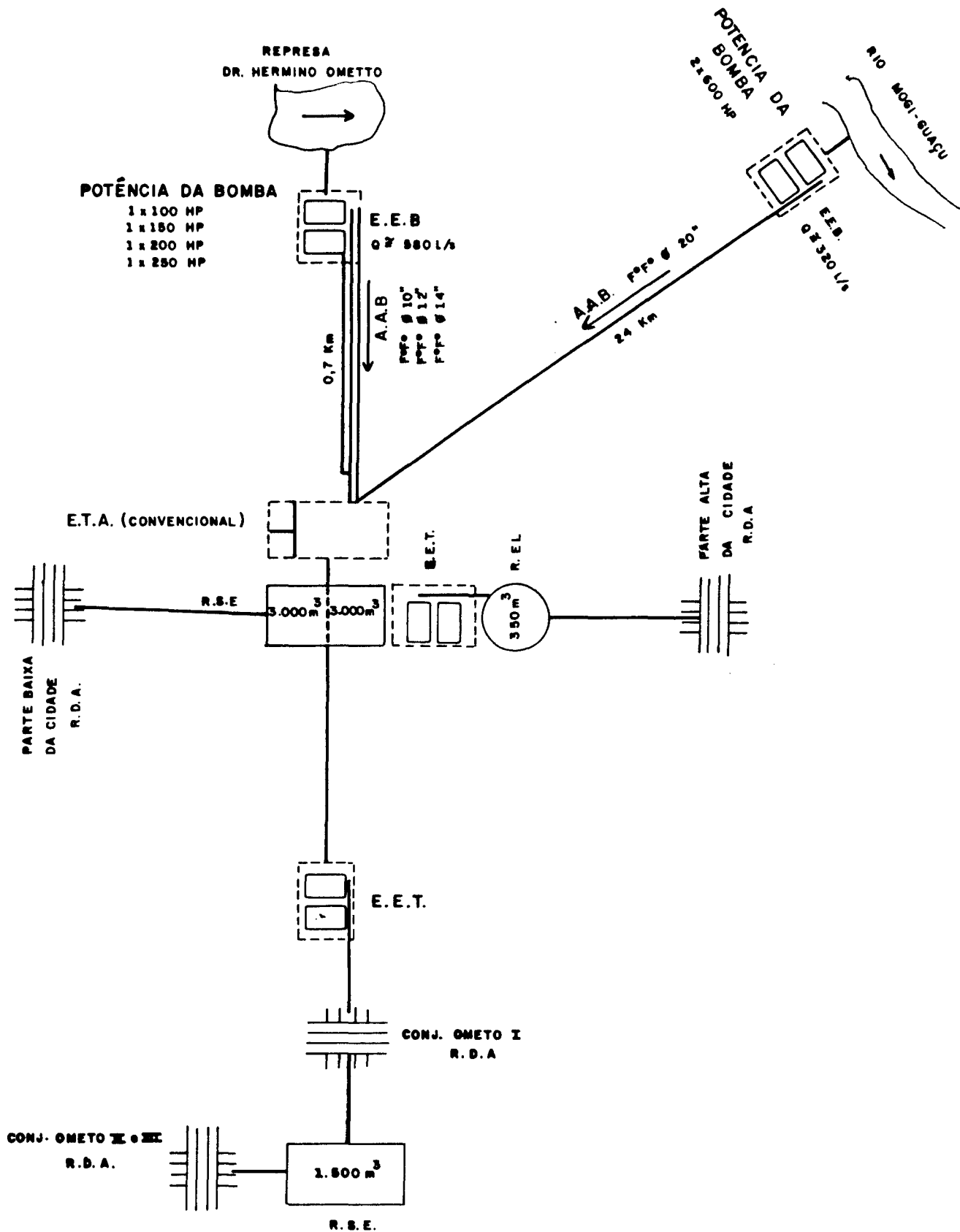
INCIDÊNCIA 1984	PREVISTA	ALCANÇADA
	10	22
	65.666	65.666
60.000	14,8	33,5

PREV. CASOS exist. 1984	PREVISTA	ALCANÇADA
Nº	115	182
POP.	65.666	65.666
coef. x 100.000	1,75	2,77

ANEXO 11

"Sistema de abastecimento de água do Município de Araras"

SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE AGUA DO MUNICIPIO DE ARARAS



ANEXO 12

"Tarifas fixadas para cobrança de água nas categorias:
residencial, beneficiante, social, público - Município de Araras"

Saema - SERVIÇO DE ÁGUA E ESGOTO DO MUNICÍPIO DE ARARAS
 ENTIDADE AUTÁRQUICA MUNICIPAL

N.º: DELIBERAÇÃO Nº 234/89

Data: 27 DE JULHO DE 1.989.-

TARIFAS FIXADAS COM BASE NA DELIBERAÇÃO Nº 234/89, DE 27.07.89

VIGÊNCIA: CONTAS COM VENCIMENTO EM SETEMBRO DE 1.989.-

. CATEGORIAS: RESIDENCIAL, BENEFICENTE, SOCIAL, PÚBLICO

CONSUMO OU COLETA MENSAL	TARIFA DE ÁGUA NCZ\$	TARIFA DE ESGOTO NCZ\$	TOTAL NCZ\$
até 18 m3	2,50/mês	2,00/mês	4,50
de 19 à 30 m3	0,31/m3	0,24/m3	0,55
de 31 à 50 m3	0,40/m3	0,32/m3	0,72
de 51 à 100 m3	0,51/m3	0,41/m3	0,92
de 101 à 500 m3	0,56/m3	0,46/m3	1,02
acima de 500 m3	0,68/m3	0,52/m3	1,20

. CATEGORIA: COMERCIAL

CONSUMO OU COLETA MENSAL	TARIFA DE ÁGUA NCZ\$	TARIFA DE ESGOTO NCZ\$	TOTAL NCZ\$
até 18 m3	3,88/mês	3,12/mês	7,00
de 19 à 30 m3	0,72/m3	0,58/m3	1,30
de 31 à 50 m3	0,87/m3	0,69/m3	1,56
de 51 à 100 m3	1,12/m3	0,90/m3	2,02
de 101 à 500 m3	1,36/m3	1,09/m3	2,45
acima de 500 m3	1,47/m3	1,17/m3	2,64

ANEXO 13

"Tarifas fixadas para cobrança de água na categoria industrial - Município de Araras"

Nº/rel.: DELIBERAÇÃO Nº 234/89

Data: 27 DE JULHO DE 1.989.-

. CATEGORIA: INDUSTRIAL

CONSUMO OU COLETA MENSAL	TARIFA DE ÁGUA NCZ\$	TARIFA DE ESGOTO NCZ\$	TOTAL NCZ\$
até 18 m ³	4,60/mês	3,60/mês	8,20
de 19 à 30 m ³	0,83/m ³	0,66/m ³	1,49
de 31 à 50 m ³	1,03/m ³	0,83/m ³	1,86
de 51 à 100 m ³	1,31/m ³	1,05/m ³	2,36
de 101 à 500 m ³	1,51/m ³	1,22/m ³	2,73
acima de 500 m ³	1,76/m ³	1,42/m ³	3,18

. CATEGORIA: SISTEMA ISOLADO

CONSUMO OU COLETA MENSAL	TARIFA DE ÁGUA NCZ\$	TARIFA DE ESGOTO NCZ\$	TOTAL NCZ\$
até 18 m ³	1,82/mês	1,48/mês	3,30
de 19 à 30 m ³	0,23/m ³	0,18/m ³	0,41
de 31 à 50 m ³	0,28/m ³	0,22/m ³	0,50
de 51 à 100 m ³	0,33/m ³	0,26/m ³	0,59
de 101 à 500 m ³	0,37/m ³	0,30/m ³	0,67
acima de 500 m ³	0,45/m ³	0,36/m ³	0,81