



BARRA BONITA

**TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**

1974

TCM nº 60

BARRA BONITA : TRABALHO

DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL.

NAL.

- USP -

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

1974

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

11 MAR 1975

RELATÓRIO DO TRABALHO

DE CAMPO REALIZADO EM

BARRA BONITA - SÃO PAULO

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

**São Paulo
Faculdade de Saúde Pública da USP
1974**

Arcyr Giaretta Barcellos	Cirurgião Dentista
Artur Dias Medeiros	Engenheiro
Edmur Flavio Pastorelo	Médico
Emma C. Carlotta de Lotto	Educadora
Francisca C. Saavedra Silva	Administradora Hospitalar
Francisco Curcio	Médico
Glaucia Helena Tigani Machado	Assistente Social
Günther José Ammon	Farmacêutico-Bioquímico
João Augusto M. Bezerra de Melo	Administrador Hospitalar
Luis Antonio da Fonseca	Médico
Luis Roberto Santos Moraes	Engenheiro
Luiz Mercadante	Cirurgião Dentista
Maria Berenice R. Almeida	Educadora
Maria José Leite Cardoso	Administradora Hospitalar
Maryland Miguel	Nutricionista
Néia Schor	Enfermeira
Nora Regina P. Pesce	Educadora
Santos Campanella	Cirurgião Dentista
Sueli Gandolfi Giron	Enfermeira

Prof. Sabina Lea Davidson Gotlieb

Supervisor Docente

Dr. Orlando Lopes

Supervisor de Campo

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a população de Barra Bonita e em especial à Prefeitura Municipal, às autoridades constituídas do Município, aos funcionários dos Serviços de Saúde, a imprensa escrita e falada bem como os Serviços Públicos do Estado de São Paulo e em particular à Faculdade de Saúde Pública, sem a cooperação dos quais não seria possível a execução deste Trabalho.

Í N D I C E

	Página
1. Introdução	1.1
2. Fontes de Pesquisa e Métodos	2.1
3. Características Gerais do Município	3.1
4. Aspectos Sociais e Culturais	4.1.1
4.1. População	4.1.1
4.2. Aspectos Sociais	4.2.1
4.3. Educação	4.3.1
5. Aspectos Médicos Sanitários	5.1.1.1
5.1. Diagnóstico Médico Sanitário	5.1.1.1
5.1.1. Indicadores de Saúde	5.1.1.1
5.1.2. Unidade Sanitária	5.1.2.1
5.2. Assistência Hospitalar	5.2.1
5.3. Odontologia Sanitária	5.3.1
5.4. Aspectos de Nutrição	5.4.1
5.5. Farmácia e Bioquímica	5.5.1
5.6. Saneamento do meio urbano	5.6.1
5.7. Assistência de enfermagem	5.7.1
5.8. Aspectos de Saúde Materna	5.8.1
6. Conclusão Geral	6.1
7. Bibliografia Consultada	7.1
8. Anexos	
I Planta da Cidade	
II Zonas da amostragem	
III Questionário	
IV Inquérito Escolar aos Diretores	
V Inquérito Escolar aos Professores	
VI Diário Oficial do Estado de São Paulo - 07/06/72.	
VII Planta do C.S. III	
VIII Estatutos da Associação de proteção e Assistência a Ma- ternidade e a infância de Barra Bonita.	
IX Croqui do sistema de abastecimento de água e lançamento de esgotos no rio Tietê.	
X Instrução de Enfermagem nº 1/74 de 04/06/74	
XI Documentação do trabalho	

INTRODUÇÃO

A Faculdade de Saúde Pública determina como obrigatoriedade curricular o Trabalho de Campo Multiprofissional. Tem este como objetivos precípuos, intensificar nos diferentes profissionais de saúde a filosofia e a vivência de um trabalho em equipe; a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no curso, e, como resultado final disso, o presente relatório, que é um diagnóstico da situação de saúde, com os problemas levantados e as soluções sugeridas.

A este grupo coube, por sorteio, realizar o trabalho no município de Barra Bonita, São Paulo.

Nossa preocupação não foi somente apresentar um relatório que representasse a somatória de trabalhos estanques mas sim, uma carta sanitária que permita uma visualização global da problemática de saúde daquela comunidade.

Na primeira reunião do grupo, foram eleitos, o Coordenador, o Tesoureiro e a secretária, por unanimidade de opiniões.

Em reuniões posteriores, entrando em contato com autoridade médica da cidade e com dados de levantamento bibliográfico, ficou estabelecido que a zona a ser trabalhada seria apenas a zona urbana.

De acordo com as orientações gerais sobre o desenvolvimento do Trabalho de Campo, o programa de atividades do grupo obedeceu ao seguinte calendário:

Primeira semana - de 12 a 16 de agosto.

Nesta primeira semana, foi discutido, elaborado, e processado o seguinte:

- a) determinação da amostra;
- b) elaboração do questionário a ser aplicado
- c) levantamento de dados em Órgãos Públicos sobre o Município;
- d) planejamento do trabalho de campo;
- e) divisão do trabalho.

Segunda semana - de 19 a 23 de agosto

Nesta foi realizado o Trabalho de Campo propriamente dito, que constou de:

- a) contato com o Prefeito Municipal; demais autoridades constituídas e com representantes da imprensa;
- b) visitas às casas constantes da amostra para aplicação dos formulários;
- c) reuniões à noite para análise e discussão do trabalhos do dia;
- d) Visitas às instituições oficiais para reconhecimento e levantamento de dados;
- e) entrevistas com as autoridades e líderes locais.

Terceira e quarta semanas - de 26 de agosto a 1 de setembro:

- a) apuração e tabulação de dados coletados;
- b) análise e discussão dos dados;
- c) conclusões e sugestões;
- d) revisão e correção do Trabalho
- e) elaboração da Carta Sanitária;
- f) serviço de composição datilográfica;
- g) impressão do relatório.

2. FONTES DE PESQUISA E MÉTODOS

2.1 Determinação do Universo de Trabalho

O trabalho de campo ateve-se à população urbana da sede do município, tendo em vista que esta população representa .. 88,94% da população total.

Dada a exiguidade do tempo disponível para a equipe, foi preferível trabalhar sobre esse Universo que é bem representati-vo do todo.

2.2 Instrumento de Pesquisa - Formulário (anexo)

Inicialmente identificou-se as áreas sobre as quais se-riam formulados os quesitos: tipos de habitação, saneamento bási-co, educação em saúde, energia elétrica e comunicação, assistên-cia médica, saúde materno-infantil, assistência odonto-sanitária, aspectos socio-econômicos e de nutrição.

Em função do pouco tempo disponível para a investigação, tabulação e posterior tratamento dos dados, a preferência recaiu sobre as questões fechadas, para as quais se dispunha de meios -mecânicos de tabulação dos dados.

O instrumento foi submetido a uma revisão geral, objeti-vando-se ordenar as questões em uma sequência que viesse facilit-ar a execução da atividade. Elaborou-se instruções para o uso dos entrevistadores, no sentido de orienta-los quanto ao preenchi-mento do formulário.

Por falta de tempo para a aplicação do pré-teste, reali-sou-se um teste simulado, ocasião em que se obteve o tempo médio a ser gasto por entrevista, e o treinamento da equipe quanto à interpretação e preenchimento do formulário.

2.3 Amostragem

De acordo com a planta cadastral da cidade de Barra Bo-nita do ano de 1974, o total de domicílios é de 3.071.

Estabeleceu-se inicialmente o domicílio como unidade amostral.

Para se estimar o tamanho da amostra, em caso de amostragem casual sistemática de domicílio, fixou-se:

a) o valor do limite "d" para os erros de amostragem $|\hat{\theta}_i - \theta_i| = d$, como seja, o valor máximo que se deseja para os erros de amostragem das estimativas $\hat{\theta}_i$.

b) o coeficiente de confiança com que se quer assegurar o item acima, ou seja, com que se quer afirmar que $\hat{\theta}_i$ satisfaz a relação $\theta_i - d \leq \hat{\theta}_i \leq \theta_i + d$. Atribuindo-se ao coeficiente o valor $1 - \alpha$, estabeleceu-se $P(|\hat{\theta}_i - \theta_i| \leq d) = 1 - \alpha$, ou seja, a probabilidade de haver um erro de amostragem maior que "d", seja α .

Ao coeficiente de confiança fixado corresponde um desvio da normal reduzida $Z_{\alpha/2}$ (no caso em que $\hat{\theta}_i$ tem distribuição aproximadamente normal).

Ao fixar-se o erro máximo de amostragem e a probabilidade de um erro superior a esse erro máximo "d", fixou-se o valor do erro padrão do estimador $\hat{\theta}_i$, e, portanto, a precisão do estimador.

$$P_p (|\hat{\theta}_i - \theta_i| \leq d) = 1 - \alpha \quad \text{Para: } p = 0,50 \\ d = 0,05 \\ \alpha = 0,05$$

$$\sigma^2 = \frac{d^2}{k_b^2 \frac{\alpha}{2}} = \frac{0,05^2}{(1,96)^2} = 0,000651$$

$$\text{Logo: } n_0 = \frac{pq}{\sigma^2} = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651}$$

$$n_0 = 384$$

Cálculo do tamanho da amostra:

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no-1}{N}}$$

Sendo:

n = número de domicílios da amostra

N = número total de domicílios = 3071

Teremos então:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{3071}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{3071}}$$

$$n = \frac{384}{\frac{3454}{3071}} = 384 \times \frac{3071}{3454}$$

$$n = 341$$

O tamanho da amostra foi acrescido de 10%, ficando com n = 376, a fim de suprir as possíveis recusas.

Como se dispunha da planta cadastral da cidade, e esta não contava com numeração dos prédios, torna-se impraticável o sorteio dos 376 domicílios. Optou-se, então, pela amostragem por conglomerado. Fez-se a seguir a numeração dos quarteirões e a contagem dos domicílios em cada um deles, incluindo apenas os situados no perímetro urbano. Neste ponto percebeu-se a necessidade de outro tipo de amostragem em uma área com 602 domicílios, formando um conjunto habitacional, que na planta cadastral não estavam distribuídos segundo os quarteirões. Optou-se então por uma amostragem sistemática nessa área. Para se calcular o número de domicílios a serem entrevistados no conjunto habitacional, verificou-se que este continha aproximadamente 20% da população total dos domicílios urbanos. Fixou-se em 74 domicílios (20% de 376) o tamanho da amostra na área do conjunto habitacional.

Para a utilização da amostragem sistemática, determinou-se o intervalo amostral

$$K = \frac{N}{n} = \frac{602}{74} = 8 \text{ domicílios}$$

Estabeleceu-se então que seria visitado um domicílio em cada 8; o início no primeiro quarteirão seria sorteado entre 1 e 8 e, os quarteirões seriam percorridos no sentido horário.

Calculou-se a seguir a moda, mediana e média aritmética do número de prédios existentes em cada quarteirão da cidade sem o conjunto habitacional. Os valores encontrados foram:

moda = 16,0 domicílios/quarteirão

mediana = 10,0 domicílios/quarteirão

média = 12,2 domicílios/quarteirão

Analisando-os, optou-se pelo valor 12, que representa o número médio de domicílios existentes em cada quarteirão. O intervalo do número de domicílios encontrados entre os quarteirões foi de 0 — 35, isto é, havia quarteirões sem, nenhum prédio e outros com o máximo de 35 prédios.

Com a finalidade de se obter maior precisões, construíram-se conglomerados formados por um ou mais quarteirões, com o número mínimo de 12 domicílios em cada um.

Dessa maneira obteve-se 106 unidades primárias de amostragem, com amplitude de variação de 12 — 35. Neste ponto, aumentou-se o tamanho da amostra em 20% porque esta área não era apenas residencial e havia a possibilidade de casas comerciais cadastradas como com anexo residencial, não o possuem. Ficou-se com 362 domicílios. Calculou-se a seguir a fração de amostragem:

$$f = \frac{362}{2469} = 14,66\%$$

A fim de se obter uma maior amplitude do espaço amostral visitando-se alternadamente os domicílios, dobrou-se o valor da fração de amostragem, ficando-se com aproximadamente 30%.

O número de unidades amostrais foi calculado:

$$X = 30\% \cdot 106 = 32$$

Usando-se a amostragem sistemática, determinou-se o intervalo amostral e sorteou-se, então os 32 conglomerados que continham os domicílios a serem visitados para as entrevistas

e foi feita a contagem dos prédios contidos nos mesmos (em planta), encontrando-se 599 domicílios. Dessa forma, o número de visitas esperadas nessa área passou a ser 299.

Iluminou-se, posteriormente, na planta da cidade os quarteirões contidos nos conglomerados sorteados (anexo).

Sendo a equipe multiprofissional formada de 19 elementos, procurou-se distribuir o número total de entrevistas a serem feitas por todos os membros, de maneira equitativa, o que deu uma média de 22 domicílios a serem visitados, na área da cidade, 18 na área do conjunto habitacional.

Ficou estabelecido, para cada entrevistador, que o início casual seria determinado por sorteio entre a primeira e segunda casas do quarteirão (qualquer das esquinas) e o percurso para as visitas, no sentido horário. Esse início casual não deveria ser interrompido ao final do primeiro quarteirão percorrido, passando a contagem alternada para o quarteirão seguinte a ser visitado.

No campo foram observados os seguintes resultados:

Domicílios entrevistados	317
Recusas	20
Total de visitas	337

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

3.1. Identificação do Município e Sede. O Município de Barra Bonita está localizado na Região - 7 - Bauru - da Divisão Administrativa do Estado de São Paulo.

Localiza-se na micro-região homogênea 22, segundo as normas do I.B.G.E.

A regional compreende 12 (doze) municípios que ocupam uma área de 3.963 Km² (1,6% da área do Estado) situados no centro do Estado. Barra Bonita ocupa pouco mais de 3,5% dessa área (139 Km²) estendendo-se, no denominado vale do Tietê. A altitude da sede é de 425 m.

Barra Bonita limita-se ao Norte com Jaú (24 Km, ao Leste), com Mineiros do Tietê (17 Km), ao Sul, com Igarapu do Tietê e São Manuel (2 e 27 Km, respectivamente); e ao Oeste, com Matatuba (20 Km).

O Município está a 232 km da Capital Estadual, em linha reta. As coordenadas geográficas da sede Municipal são as seguintes: 22° 32' de latitude Sul e 48° 34' de longitude W.Gr.

Pelo censo de 1970, a população do Município somava 17.353 pessoas. No seu aspecto quantitativo, a população do Município, neste último decênio apresenta curiosa nuance: por um lado, a rural cai bruscamente (48% de 1960 a 1970) e, por outro, cresce a urbana em porcentagem bastante elevada (68,2% de 1960 a 1970). Tal fenômeno se deve, principalmente, à migração rural interna, que tem excedido à taxa normal de crescimento vegetativo.

3.2. Dados Históricos. O povoado de Barra Bonita foi fundado em 1883, pelo Cel. José de Salles Leme, cognominado "Nhonho de Salles", que, em sociedade com o Major João Baptista Pompeu, ali se estabeleceu com casa comercial. Esses dois bandeirantes, auxiliados pelos senhores Salvador de Toledo Piza, Ezequiel Otero e outros, muito trabalharam pelo desenvolvimento do povoado. O Pres. Campos Salles, que por muitos anos foi proprietário da Fazenda Santa Maria, nesse Município, foi outro batalhador de seu desenvolvimento. A ele Barra Bonita deve a majestosa Ponte Metálica sobre o Rio Tietê, que atualmente faz a ligação com Igarapu. Em meados de 1865, foram dados os primeiros passos para a constituição da aglomeração, que, segundo consta, deveu-se

à penetração de famílias italianas e espanholas, que, dirigidas pelo Cel. Salles Leme e influenciadas pela excelência das terras roxas e localização geográfica da região onde, margeando o Tietê, poderia ser constatada, também, a existência de minerais preciosos ali fixaram residência, fazendo as primeiras derrubadas de mata e iniciando o plantio de café, criação de gado e outras explorações. O Cel. Salles Leme, sobrinho do Pres. Campos Salles, que conviveu por muitos anos no povoado, foi o primeiro desbravador e possuidor de extensas áreas de terra que, depois, passaram a ser sub-divididas e, mesmo assim, ainda hoje são consideradas grandes propriedades.

Em 1875, visitou, o povoado, o Imperador Pedro II, que viajou pelo Tietê e hospedou-se na fazenda denominada Candia, tendo sido recebido pelo Cel. Salles Leme e outros líderes do povoado. O Rio Tietê, até 1891, data em que os serviços pluviais do povoado passaram a ser dirigidos pela Sorocabana, embora o oferecesse facilidade de tráfego num sentido, noutro desfavorecia e constituía um sério obstáculo. Esse foi um dos períodos difíceis, por que passou o povoado no que diz respeito ao tráfego pelo Tietê. Ainda, em virtude dessa mesma situação, a maior parte do comércio, aliás, quase que nas condições da sua forma primitiva, era feito na Vila de Jaú. A ponte sobre o Rio Tietê, na sede municipal, data de 1913.

O Distrito de Barra Bonita foi criado pela Lei Estadual nº 459, de 26 de novembro de 1896, sendo sua sede elevada à categoria de vila pela Lei nº 1 038, de 19 de dezembro de 1906. No ano de 1911, o Distrito pertencia ao Município de Jaú.

A Lei Estadual nº 1338, de 14 de dezembro de 1912, criou o Município de Barra Bonita em território desmembrado de Jaú e concedeu, à sede municipal, foros de cidade, tendo se dado a instalação do Município em 8 de março do ano seguinte.

Quanto à formação judiciária, nas divisões territoriais de 1936 a 1948, o Município de Barra Bonita estava subordinado ao Termo e Comarca de Jaú. Finalmente, em 30 de dezembro de 1963, o Município foi elevado à Comarca de 1ª. Entrância, verificando-se a sua instalação em 3 de janeiro de 1965.

Mudaram-se, então, as administrações, dividiram-se grandes fazendas e vendiam-se sítios e lotes a preços módicos e a longo prazo de pagamento; multiplicavam-se mais os volumes de produção e aumentavam-se cada vez mais os melhoramentos públi-

cos (ampliação das redes de água e esgoto, pavimentação e arborização de logradouros públicos, conservação de estradas, etc.) e essa fase de evolução permanece até a época atual.

A cidade é servida por água proveniente de poços semi-artesianos e manancial; a rede de água abrange toda a cidade.

A rede de esgoto atinge quase toda a cidade. O serviço de coleta de lixo pela limpeza pública, é realizado diariamente e toda a cidade é servida.

Os recursos de infra-estrutura urbana, são, de um modo geral, suficientes para a população. Predominam na cidade as habitações de alvenaria. O Município conta com uma Cooperativa Habitacional que se encarrega da construção e venda de casas às pessoas de níveis sócio-econômico médio e baixo. Cerca de 98% dos prédios possuem luz elétrica.

O Município conta com um jornal semanal, uma emissora de rádio, uma agência postal e um serviço de telefonia com, aproximadamente, 400 aparelhos automáticos instalados.

A cidade é quase totalmente asfaltada, contando com 10 praças ajardinadas, um jardim principal e 4 grandes avenidas.

O Município possui vários clubes sociais e recreativos, um cinema, um Centro Comunitário, estádio de futebol, uma praia artificial e uma piscina localizada à beira do Tietê.

O comércio local possui cerca de 160 estabelecimentos - que se restringem ao comércio retalhista. A maior parte dos gêneros alimentícios são adquiridos em outras praças, o que resulta em preços elevados. Tal fato se deve a falta de diversificação da agricultura, não havendo produção própria de cereais suficientes para o consumo, já que a agricultura predominante é a cana de açúcar, que é cultivada em todas as propriedades a partir de 1 ha. e transformada no próprio município, onde funcionam duas usinas de açúcar e álcool.

Embora o parque industrial do Município se componha de cerca de 80 estabelecimentos, inclusive o parque ceramista que reúne 30 estabelecimento, o açúcar e o álcool contribuem com mais de 78% do valor da produção industrial.

Para atender o movimento da indústria e do comércio local, o Município conta com os serviços de 5 agências bancárias, uma Cooperativa de Crédito Agrícola e uma Caixa Econômica.

A pecuária leiteira e de corte são insuficientes para o consumo, estando atualmente reduzida a 1000 cabeças. Por essa razão o Município necessita recorrer a outras fontes de abastecimento de carne e leite, o que influe sobremaneira, tanto no custo do produto como, principalmente, na qualidade.

O Município conta com estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus, públicos e particulares.

Há um estabelecimento para educação de deficientes mentais, que atende aos diferentes níveis de excepcionais.

Funcionam na cidade 3 parques infantis, um público e 2 municipais.

Está em funcionamento a Faculdade de Educação Física, - com os cursos de Educação Física Infantil e Licenciatura em Educação Física.

3.3 Informes Geográficos

3.3.1. A sede do Município situa-se a uma altitude de - 425 m, estendendo-se em rumo nordeste com ondulações caracterizadas por morros e morrotes, inclinando-se o relevo, ligeiramente, para o Pio Tietê, prosseguindo plano em grande área da região noroeste.

3.3.2. A temperatura média anual máxima é de 29,8°C e a média das mínimas é de 11,2°C, sendo a média compensada de - 20,58°C.

A precipitação pluviométrica anual é bem distribuída no território, sendo da ordem de 1009 mm, a 1697 mm.

3.3.3. O Município é abundantemente servido pelo Pio Tietê, num curso d'água de 20 Km, dos quais 2 Km situam-se na cidade. Completam a bacia hidrográfica os ribeirões e córregos Itaipu, Ponte Alta, Entulho, Estiva, Barra Bonita, Paud'Alho, Barreiro Barreirinho, Corredeira, Banharão, Santa Tereza e Três Barras.

Na região, o Rio Tietê apresenta quedas d'água formando as cachoeiras: "Salto das Três Barras" e "Cachoeira do Banharão".

Aspecto de grande importância para o Estado é a usina hidrelétrica de Barra Bonita, em aproveitamento do Rio Tietê com uma potência de 160.000 hp.

3.3.4. O Município é servido por estrada de ferro, rodovias estaduais e municipais que possibilitam a comunicação com as localidades vizinhas e capital do Estado.

Localidades vizinhas - Jaú: Rodovia (23 Km) ou ferrovia: São Manuel; rodovia, via Igarapu (32 Km); Macatuba: - rodovia (18 Km).

A ligação com São Paulo se faz pela Rodovia - Castelo Branco até o seu final e de lá para São Manuel, seguindo-se direto para Barra Bonita, ou por ferrovia (345 Km).

Pela hidrovia, Barra Bonita mantém ligação navegável até Santa Maria da Serra, num percurso de cerca de 52 - Km.

A viagem começa em Barra Bonita, seguindo para a barragem de Barra Bonita onde é feita aclusagem (elevação do barco dentro daclusa) para vencer o desnível de 26 m correspondente a um prédio de 9 andares.

Aclusa mede 140 m de comprimento por 12 m de largura e funciona como um corredor para colocar a embarcação ao nível da água represada. O sistema de funcionamento daclusa é semelhante ao do Canal do Panamá. A diferença é que a elevação ou descida de 26 m é feita de uma só vez em Barra Bonita e no Canal do Panamá a altura é menor e feita em 3 etapas. Aclusagem dura aproximadamente 30 minutos.

3.4. Informes Administrativos. O Município de Barra Bonita - foi criado pela Lei Estadual nº 1338, de 14 de dezembro de 1912, em território desmembrado de Jaú, verificando-se a sua instalação em 8 de março de 1913.

Pelo Decreto nº 48.158, de 28 de junho de 1967, o Município foi integrado no Poteiro Turístico do Estado.

O Governo Municipal é exercido pela Câmara de Vereadores e pelo Prefeito.

A Prefeitura Municipal se localiza na Praça "Nhonhô de Sa Salles"

Prefeito atual: Clodoaldo Antonangelo.

De acordo com a nova Lei Orgânica dos Municípios do Estado de S. Paulo, instituído pelo Decreto - Lei Complementar nº 9, de 31 de dezembro de 1969, art. 3º, item VIII: "Compete ao Muni-

município elaborar o seu Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado". Barra Bonita já possui um Plano Diretor que está em pleno desenvolvimento.

O Município, conta com normas de edificações, de Loteamento, de arruamento e de zoneamento urbano.

Não dispõe de Legislação própria no tocante às normas sanitárias. A municipalidade, quando possível, segue as normas sanitárias dos Estados.

4. ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS

4.1. População

4.1.1 Evolução demográfica do Município

Para a análise da evolução demográfica no Município foram utilizados os dados fornecidos pelo IBGE dos censos de 1960 e 1970, a partir dos quais, pelo método aritmético, foram estimadas as populações dos anos intercensitários e extrapoladas até 1974. (Tabela 4.1.1.)

Tabela 4.1.1: Evolução das populações urbana e rural de Barra Bonita, 1960/74.

Populações Ano	Urbana	Rural	Total
1960	8404	6154	14558 (censo)
1961	8978	5860	14838
1962	9551	5566	15117
1963	10124	5273	15397
1964	10697	4979	15676
1965	11270	4686	15956
1966	11843	4392	16235
1967	12416	4099	16515
1968	12989	3805	16794
1969	13562	3512	17074
1970	14136	3217	17353 (censo)
1971	14709	2924	17633
1972	15282	2630	17912
1973	15855	2337	18192
1974	16429	2042	18471

Fonte: IBGE (censos 1960/1970)

Calculadas as taxas de urbanização (% da população urbana sobre a total) para os anos de 1960 e 1970 encontrou-se respectivamente os valores de 57,53% e 88,94%, ultrapassando em 1970 não somente a da sua Região Administrativa - calculada em 68,7% como também a do presente Estado fixada em 80,4%. Das hipóteses levantadas numa tentativa de explicar esse sensível aumento da taxa de urbanização ocorrido na década de 1960/70, duas parecem mais consistentes: a construção da Usina Hidrelétrica e a monocultura da cana-de-açúcar fixando os trabalhadores rurais na área urbana.

Como a urbanização é um dos fatores que diretamente influem na natalidade, tem-se observado uma queda constante e sensível do coeficiente de natalidade geral do Município. (Tabela 4.1.2)

Tabela 4.1.2: Coeficiente Geral de Natalidade por 1000 habitantes, Barra Bonita, 1960/73.

Ano	C.G.N.‰
1960	36,46
1961	35,83
1962	39,48
1963	37,01
1964	36,02
1965	35,64
1966	30,89
1967	28,30
1968	25,92
1969	23,84
1970	18,26
1971	18,50
1972	18,70
1973	19,73

Fonte: Dados Brutos -DEE/IBGE/ Cartório de Registro Civil de Barra Bonita.

O fluxo migratório talvez seja outro fator responsável pela queda da natalidade, uma vez que, com o término da construção da Usina Hidrelétrica, várias famílias de operários utilizados na sua construção abandonaram a cidade (Tabela 4.1.3)

Tabela 4.1.3: População segundo o saldo vegetativo e social, Barra Bonita, 1960/73.

Ano	População (1º julho)	Saldo vegetativo	Saldo Social
1960	14.511	476	(-) 196
1961	14.791	492	(-) 213
1962	15.070	488	(-) 208
1963	15.350	466	(-) 187
1964	15.629	471	(-) 191
1965	15.909	431	(-) 152
1966	16.188	380	(-) 100
1967	16.468	352	(-) 73
1968	16.747	308	(-) 28
1969	17.027	258	(+) 21
1970	17.306	237	(+) 33
1971	17.576	252	(+) 37
1972	17.865	264	(+) 16
1973	18.145	...	...

Fonte: Dados Brutos -DEE/IBGE/Cartório Registro Civil de Barra Bonita.

Como conclusão, com base nos dados apresentados ocorre no Município um grande esvaziamento populacional da área rural concomitante com uma sensível elevação da taxa de urbanização decorrentes principalmente da monocultura da cana-de-açúcar. A relativa elevação do saldo social e do coeficiente geral de natalidade a partir de 1969 e 1970 respectivamente não permitem, no momento, uma tentativa de se prever a evolução demográfica futura do Município dirigida a um expres

sivo crescimento populacional, uma vez estar este intimamente relacionado com a oferta de trabalho nos diversos setores econômicos.

Esta elevação parece sim estar mais relacionada com as flutuações decorrentes das safras açucareiras.

4.1.2- Composição da população da zona urbana

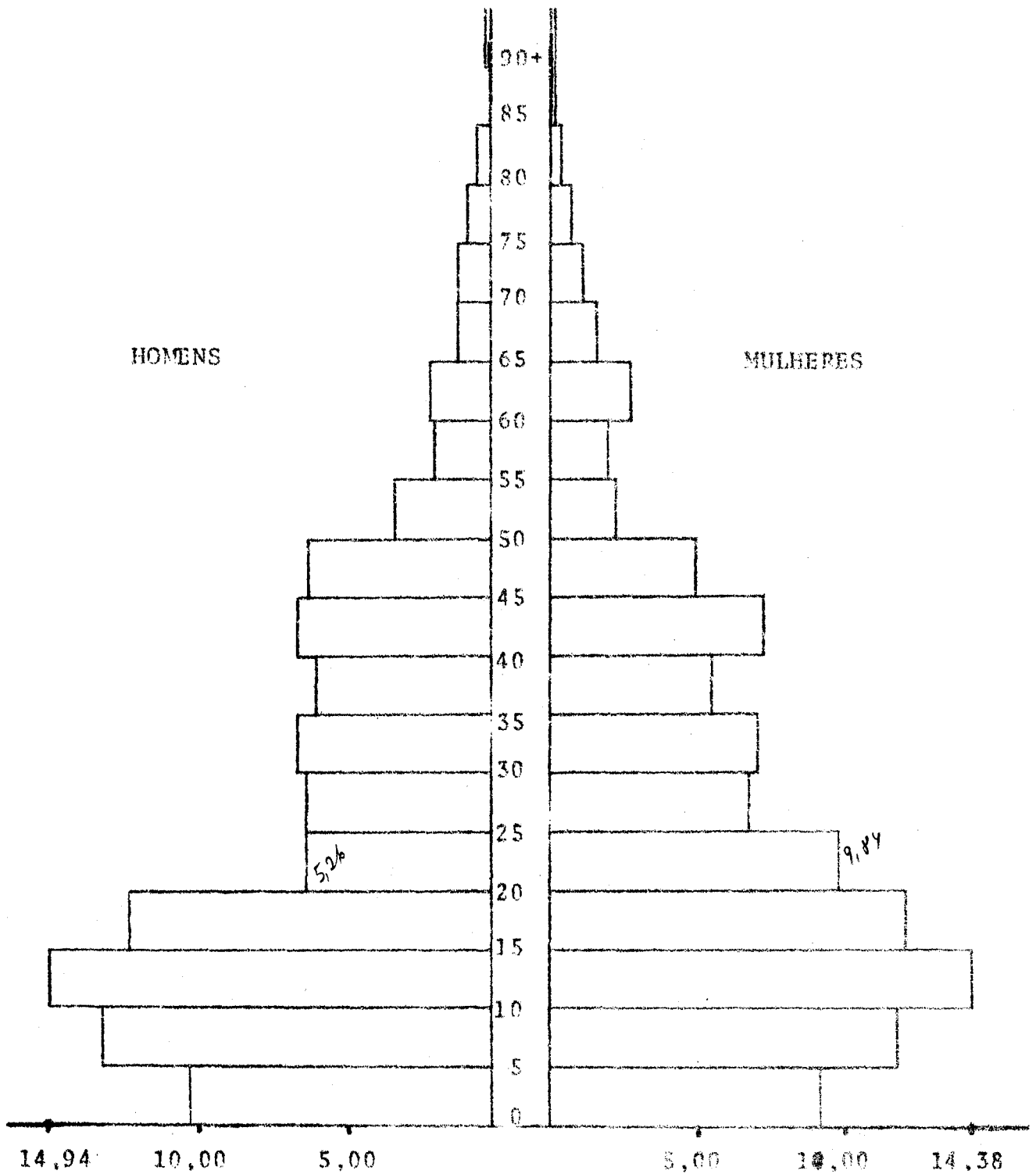
Com os dados obtidos da aplicação de questionário à amostra representativa da população urbana (Tabela 4.1.4) foi possível a elaboração da pirâmide populacional, cujas características fornecem subsídios para uma análise do comportamento da população quanto a natalidade, mortalidade e fluxo migratório.

Tabela 4.1.4: Distribuição amostral da população urbana, segundo o sexo e grupo etário, Barra Bonita, 1974.

Sexo Grupo Etário	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 5	81	10,35	73	9,21	154	9,77
5 — 10	104	13,28	94	11,85	198	12,56
10 — 15	117	14,94	114	14,38	231	14,66
15 — 20	97	12,39	96	12,11	193	12,25
20 — 25	49	5,26	78	9,84	127	8,06
25 — 30	49	6,26	54	6,81	103	6,55
30 — 35	52	6,64	56	7,06	108	6,85
35 — 40	47	6,00	44	5,55	91	5,77
40 — 45	52	6,64	57	7,19	109	6,92
45 — 50	49	6,26	39	4,92	88	5,58
50 — 55	26	3,32	18	2,27	44	2,79
55 — 60	15	1,92	16	2,02	31	1,97
60 — 65	16	2,04	22	2,77	38	2,41
65 — 70	9	1,15	13	1,64	22	1,39
70 — 75	9	1,15	9	1,13	18	1,14
75 — 80	6	0,77	5	0,63	11	0,70
80 — 85	4	0,51	3	0,38	7	0,44
85 — 90	-	-	1	0,13	1	0,06
90 e +	1	0,13	1	0,13	2	0,13
TOTAL	783	100,00	793	100,00	1576	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

Figura 4.1.1. Distribuição amostral da população urbana, segundo o sexo e grupo etário, Barra Bonita, 1974



Assim sendo, a Figura 4.1.1. mostra que o grupo de 10 a 15 anos excede o grupo de 5 a 10 anos ratificando o baixo coeficiente de natalidade encontrado para o Município, sugerindo também a existência de um baixo coeficiente de mortalidade infantil. A grande falha encontrada de pessoas do sexo masculino nos grupos etários de 20 a 25 anos e 25 a 30 anos mostra bem uma situação de migração característica das cidades do interior do Estado, com os jovens partindo em busca de melhor situação de trabalho. Mostrando bem a predominância normal de pessoas do sexo masculino ao nascer, deixa de mostrar a predominância também normal de pessoas do sexo feminino nas idades mais avançadas.

Uma análise global da forma, mostra uma figura de pirâmide bem peculiar fugindo a esperada para o nosso país.

A partir dos dados populacionais segundo o sexo e grupo etário foi possível calcular a razão de masculinidade por 1000 mulheres (Tabela 4.1.5), assim como determinar a percentagem da população economicamente ativa.

Tabela 4.1.5 Razão de masculinidade (por 1000 mulheres) da população urbana, segundo grupo etário, Barra Bonita 1974.

Grupo etário	Razão de masculinidade
0 — 15	1088,32
15 — 65	953,58
65 e +	918,32
TOTAL	987,39

Fonte: Pesquisa de Campo - Grupo Multiprofissional.

Tabela 4.1.6: Composição percentual da população urbana, segundo sexo e grupo etário Barra Bonita, 1974

Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
0-15	38,57	35,44	37,01
15-65	57,73	60,54	59,14
65 e +	3,70	4,02	3,86
TOTAL	100,00	100,00	100,00

Fonte: Pesquisa Campo. Grupo Multiprofissional

A esse respeito, deve-se notar a ligeira predominância do sexo feminino no grupo economicamente ativo de .. 15 65 anos, avaliando bem a contribuição da mulher no trabalho agrícola.

Segundo a classificação de Whipple, a população urbana de Barra Bonita encontra-se nos limites da normalidade, com tendência a se tornar regressiva. Segundo a classificação de Sundbarg seria progressiva com tendências a estacionária. - (Tabela 4.1.7)

Tabela 4.1.7 : Composição percentual da população urbana, segundo o grupo etário, Barra - Bonita, 1974.

Grupo etário	
0 — 15	37,01
15 — 50	51,94
50 e +	11,05
Total	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

4. ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS

4.2. Aspectos Sociais

4.2.1 Tomando como fonte de informações a Monografia de Barra Bonita, elaborada pela Secretaria da Promoção Social e resultado de entrevistas com profissionais e habitantes da comunidade, apresentamos alguns dados referentes aos aspectos sociais.

A comunidade se compõe de: profissionais liberais ligados a vários setores da administração pública e privada; comerciantes; comerciários; industriais; industriários; trabalhadores rurais volantes (cortadores de cana, motoristas, maquinistas e bitoqueiros); técnicos; fiscais; e administradores em geral.

Predominam os trabalhadores rurais ligados à monocultura de cana-de-açúcar, ocorrendo, na entre-safra, sérios problemas de desemprego, porque tais trabalhadores são contratados por firmas empreiteiras vinculadas às usinas e dispensados nessa época.

Com o desemprego, a economia do Município é abalada, e as famílias atingidas ficam dependentes dos recursos comunitários. O Centro, em decorrência, passa a atender maior número de necessitados, acarretando sérias dificuldades.

O desemprego leva os trabalhadores a procurarem - outras áreas agrícolas, resultando uma corrente migratória constante. Excetua-se os que são contratados pelas usinas.

Outro problema é o aproveitamento do trabalho do menor, a partir dos 12 anos, que, deslocado para o corte de cana, perde a oportunidade de profissionalizar-se e de frequentar normalmente a escola, o que resulta em reprovações e evasões.

Os recursos habitacionais são, de um modo geral, - suficientes para as necessidades da população. Existe um núcleo habitacional com 600 casos, dos tipos A e B, dos quais 30% são ocupados pelos empregados das usinas e as restantes por trabalhadores rurais de outras empresas. As edificações são financiadas pelo BNH, através da Fundação "Pedro Ometto". As do tipo A são financiadas e/ prestações de Cr\$ 125,00 e as do tipo B, com prestações de Cr\$ 320,00, mensais.

A população tem participação nos recursos recreativos: clubes e associações.

O Rotary Club e as entidades religiosas, desenvol-

vem atividades comunitárias, tais como, Movimento Comunitário e campanhas assistenciais dirigidas às populações mais carentes.

4.2.2. Serviços de Promoção Social

A comunidade conta com diversos serviços de promoção social.

Esses serviços, com exceção da Fundação "Pedro Ometto", têm cooperação técnica e financeira da Secretaria da Promoção Social e são supervisionados pela Coordenadoria do Desenvolvimento Comunitário da Divisão Regional de Bauru, com sede em Barra Bonita.

Pelo convênio com a Secretaria da Promoção Social, essas instituições obrigam-se a elaborar um programa de trabalho considerando o elemento humano no seu aspecto global.

4.2.2.1. Centro de Promoção Social de Barra Bonita (Pua Prudente de Moraes, 650-R.Bonita-SP)

É uma instituição civil sem finalidade lucrativa, atendendo um total de 110 famílias. É dirigida por uma diretoria eleita entre as senhoras da sociedade local. Possui uma equipe composta de professores, dentistas, e outros servidores. Mantém-se de auxiliares municipais e de resultados promocionais.

Finalidade - Coordenar as entidades sociais do Município a ele vinculadas e estudar a problemática social.

Atividades - Encaminhar doentes não pagantes a hospitais, - em transporte da própria entidade, ou em outros ; doar medicamentos a doentes da Casa da Criança, Andorinha e Centro Comunitário; prestar serviços odontológicos a pessoas encaminhadas pelas obras sociais em gabinete dentário próprio; distribuir material escolar às crianças das famílias assistidas.

4.2.2.2. Casa da Criança de Barra Bonita (Pça. Luis Iaiá, s/n-V.S.Caetano- Barra Bonita - SP)

É uma sociedade civil, sem finalidade lucrativa, que atende 150 menores, na faixa etária de 2 a 14 anos. -

Funciona em regime de semi-internato, das 7:00 às 17:30 horas e fornece 4 refeições diárias.

A entidade possui quatro salas de trabalho pedagógico, uma diretoria, um berçário, uma enfermaria, uma sala de repouso, uma sala de recreação (jogos e televisão), uma sala para artesanato, lavanderia, almoxarifado, copa, cozinha, dispensa e refeitório. Possui ainda um apartamento com dois quartos e banheiro completo, um "play ground" campo de futebol, piscina, um galpão, jardim e horta, estando os dois últimos sob os cuidados dos menores.

A Casa da Criança conta com o seguinte quadro de servidores:

Diretora;
 7 professores;
 1 mordoma;
 4 serventes;
 1 lavadeira;
 2 cozinheiras;
 1 babá;
 1 zeladora;
 1 hortelão

A Casa da Criança destina-se a prestar serviços e a fornecer material à infância semi-abandonada (órfãos filhos de pais doentes e crianças cujos pais trabalham fora do lar).

Mantém os cursos Maternal e Pré-Primário e a primeira série do primeiro grau. Mantém, ainda, menores matriculados em escolas do Município nos 2º, 3º e 4º séries, dando orientação profissional (artesanato, horticultura e jardinagem), além de orientar nos trabalhos escolares.

O atendimento médico e odontológico das crianças é feito pelos serviços de saúde da comunidade. O Centro de Saúde local dá atendimento clínico e vacinação.

As crianças problemas são encaminhadas, pelas visitadoras do Centro de Saúde, à Casa da Criança.

As visitadoras participam do Club de -

Mães mantido por aquela entidade, onde são proferidas palestras, por profissionais da comunidade, sobre higiene, alimentação, doenças transmissíveis, puericultura etc..

4.2.2.3. Casa da Criança de Barra Bonita -Seção Andorinha -Setor de Excepcionais (Fazenda Pau D'Alho - Barra Bonita- SP)

Fundada em 27 de outubro de 1973, a "Andorinha" - Seção de Excepcionais da Casa da Criança de Barra Bonita - acha-se localizada na fazenda Pau D'Alho, em um ex-Grupo escolar doado pela Usina Barra Bonita S/A. na zona rural do Município.

Mantém convênio com a Secretaria da Promoção Social, Secretaria da Educação e CEAS. Recebe dotação orçamentária da Prefeitura Municipal de Barra Bonita e auxílio da Comunidade.

Atende atualmente 151 crianças com deficiência mental, educáveis, com quadros associados de epilepsia, paralisia cerebral, mongolismo, sequelas de poliomielite, afasias, distúrbios psiquiátricos e distúrbios de comportamento, conforme informações da Psicóloga.

Dispõe de nove salas de trabalho pedagógico, uma sala de fisioterapia, uma sala de música, lavanderia, refeitório, cozinha, dispensa e Secretaria. Possui ainda, um pomar, horta, jardim e campo para recreação.

Funciona em regime de semi-internato, das 8:00 às 17:00 horas, fornecendo três refeições diárias.

Finalidade - Atender a excepcionais, de Barra Bonita, com o objetivo de reintegrá-los na sociedade.

Atividades - São prestados os seguintes serviços aos menores:

- a) clínica médica - Centro de Saúde;
- b) clínica neurológica-Clínica São Jorge;
- c) clínica pediátrica -Fundação "Pedro Ometto";
- d) internação-Hospital e Maternidade São José;
- e) assistência psicológica

A assistência psicológica é feita pela Diretora da Escola, formada em Psicologia Clínica.

A fisioterapia está sob a orientação de um técnico de São Paulo, que treina os elementos da escola para os exercícios.

Os medicamentos, material escolar, gêneros alimentícios e material de limpeza são adquiridos com verbas da instituição ou doados pela comunidade.

Não conta com serviços de terapia ocupacional.

O quadro de funcionários se compõe de:

- 13 professores especializados;
- 3 técnicos;
- 1 psicóloga;
- 2 cozinheiras;
- 5 serviçais;
- 1 hortelão

O transporte das crianças e dos professores é contratado pela entidade e mantido pela Prefeitura Municipal.

Os pais mantêm contacto com a escola através de reuniões e entrevistas.

4.2.2.4. Lar de Amparo à Velhice e Asilo São Vicente de Paula.

As duas entidades são destinadas ao recolhimento de pessoas idosas. A primeira para pessoas do sexo masculino, maiores de 60 anos ou incapacitados físicos. A segunda para pessoas de ambos os sexos.

Mantêm-se das subvenções estaduais e municipais, de donativos de particulares, promoções, donativos de adeptos religiosos e da venda de hortaliças.

As entidades estão bem situadas de fácil acesso aos recursos da comunidade. As condições de higiene são satisfatórias. Ambas as instituições possuem sala para conferências e reuniões sociais, dormitórios, refeitórios, copa, cozinha, área para horticultura e pomar, estando estes últimos sob os cuidados dos próprios residentes.

Atividades - Os residentes são assistidos pelos médicos da

comunidade, Centro de Saúde e Hospital São José. Em certos casos são encaminhados à Jaú para atendimentos especializados.

Os internados fazem laborterapia, prestando serviços variados à entidade, de acordo com a sua capacidade.

4.2.2.5. Centro Comunitário

Situado no bairro operário de Vila Habitacional, - mantém vários cursos, ministrados por professores especializados:

Corte e Costura - diariamente com 3 turmas e com 60 alunas;

Pré-Primário - diariamente de 14:00 às 17:00 horas com 30 alunos;

Arte-culinária - com 10 alunas matriculadas, funciona das 19:00 às 21:30 horas. As alunas colaboram nas festinhas da "Andorinha";

Artesanato com 30 alunas, funciona diariamente.

Mantém, ainda os cursos de alfabetização de adultos (MOBRAL), de enfermagem, de eletricista, de secretariado e outros.

Um Clube de Mães é mantido também pelo Centro, funcionando às sextas-feiras, das 13:00 às 17:00 horas, com 25 mães que além de receberem aulas de corte e costura, recebem orientação sobre administração do lar; economia doméstica; higiene e saúde; orientação sobre vacinas; prevenção de molestias transmissíveis; outros. Parte dessa orientação é dada pelas visitadoras e pelos médicos do Centro de Saúde de Barra Bonita.

4.2.2.6. Fundação Pedro Ometto

Usina da Barra S/A.

Açúcar e Alcool

Entidade sem fins lucrativos que visa proporcionar aos empregados da Usina e dependentes as melhores condições de segurança e bem estar.

Finalidades - Prestar assistência médica e odontológica aos servidores da Usina e seus dependentes.

São prestados os seguintes serviços:

- Assistência Médico-hospitalar: Clínica Médica, Ginecologia e Pediatria.

As gestantes são encaminhadas para o pré-natal da Fundação no primeiro mês de gestação e as parturientes, para o Hospital e Maternidade São José ou para Jaú, em Hospitais que mantêm convênio com o INPS.

Nos casos de atendimento domiciliar o cliente paga as despesas correspondentes ao chamado e consulta médica e para atendimento em horário de trabalho é gratuito.

No caso de consulta ou hospitalização com os quais a Fundação não mantenha convênio, o usuário é reembolsado em 50% das despesas.

- Assistência Odontológica - Possui gabinete dentário completo para clínica geral.

- Assistência farmacêutica

Os empregados sócios da Cooperativa de Consumo, compram os medicamentos a preços populares ou à prazo.

- O Serviço Social da Fundação conta com um assistente social e um auxiliar social que desenvolvem as seguintes atividades:

- Realizam entrevistas para levantamento de dados sociais do candidato.

- Orientam sobre a documentação necessária para o ingresso na Usina e encaminhamento à Secção Pessoal.

- Esclarecem sobre os direitos à assistência que dispõem os servidores da Fundação.

- Promovem atividades recreativas junto aos funcionários.

- Contribuem para que os recursos médico-hospitalar e odontológico sejam utilizados devidamente.

- Atuam em um grupo de 30 crianças na faixa etária de 6 à 13 anos, desenvolvendo:

- estudo dirigido, recreação dirigida, aulas de formação e palestras abordando aspectos de saúde, higiene, horticultura, jardinagem, excursões, organização de jornal mural e artesanato.

- Fornecem bolsas de estudos para nível superior aos empregados, através da Fundação.

- Fornecem material e merenda escolar, para alunos de primeiro grau da zona rural.

- Atendem casos com problemática diversa:

- auxílio na aquisição de moradia;
- emprêgo para esposa e filhos;
- mudança de atividade devido à problema de saúde e acidente de trabalho; etc.

O Serviço Social elaborou planos de trabalho abordando vários setores: saúde, higiene, educação, etc..

No setor saúde planejou atividades ligados à:

- prevenção de doenças
- participação em campanhas de vacinação
- prevenção de acidentes no lar, na escola, no trabalho e no esporte
- cursos sôbre os primeiros socorros
- higiene dos alimentos e pessoal
- campanha dos bons dentes
- sanitário volante
- programa para implantação da CIPA na indústria e lavoura.

4.2.2.7. Comentários e Sugestões

Em relação à Casa da Criança considerando:

- a falta de condições psicológicas, educacionais e materiais das famílias para a educação dos menores.
- a presença paterna e materna insuficientes devido ao trabalho de ambos fora do lar
- as condições de vida inadequadas, faremos as seguintes sugestões:

1. Implantar o Serviço Social na Casa da Criança e no Setor Andorinha que:

- individualizará o menor e seu problema
- integrará os pais-escola-comunidade
- estudará a problemática do menor em profundidade o que contribuirá para o planejamento dos programas a serem executados
- fornecerá dados para o diagnóstico global da entidade

- orientarãas famílias
- participará em campanhas para criação e ampliação de recursos.

2. Incrementar os programas de educação para a saúde.

Em relação aos abrigos geriátricos:

1. Incentivar e fornecer condições para melhor utilização da força produtiva da clientela.
2. Desenvolver programas integrados, com planejamento global, ampliando-se o âmbito da ação e beneficiando o maior número de pessoas.

Em relação à Fundação Pedro Ometto, para que o Serviço Social possa se estabelecer com bases concretas de forma a atingirmos objetivos a que se propõe, achamos que deveria:

- ampliar o Serviço-Social e propiciar a execução dos programas elaborados por aquele serviço.
- implantar e desenvolver programas específicos de qualificação profissional
- dinamizar a Comissão Interna para Prevenção de Acidentes. (CIPA)
- incrementar programas de educação de base.

4.3. ASPECTOS CULTURAIS

EDUCAÇÃO

Uma nova função a ser desempenhada pela Educação nos Processos de desenvolvimento econômico e social, tem proporcionado uma profunda transformação em suas concepções, na tentativa de adequar-se o sistema educacional aos objetivos a que se propõem os países em desenvolvimento.

Sendo assim, a análise do setor educacional de Barra Bonita, não ateve-se somente ao problema educação propriamente dito, mas também, e principalmente, ao seu relacionamento com o sistema de saúde, para melhor compreender sua função.

4.3.1. Nível de escolaridade

Através do levantamento amostral da comunidade, chegou-se aos resultados constantes da tabela 4.3.1.

De acordo com a ficha de identificação das entrevistas domiciliares observa-se que 24,17% das mães são analfabetas e 66,55% das alfabetizadas, atingiram somente até o primário completo. Entre os pais, 73,15% atingiram o nível primário.

Tabela 4.3.1. Pais segundo o grau de escolaridade, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Parentesco Es- colaridade	Pai		Mãe		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabetos	45	15,10	73	24,17	118	19,68
Prim.incompl.	130	43,62	118	39,07	248	41,33
Prim.completo	88	29,53	83	27,48	171	28,50
Ginasio inc.	16	5,27	5	1,66	21	3,50
Ginasio compl.	4	1,34	4	1,32	8	1,33
Colégio inc.	1	0,34	2	0,67	3	0,50
Colegio compl.	10	3,36	11	3,64	21	3,50
Sup.inc.	-	-	2	0,67	2	0,33
Sup.compl.	4	1,34	4	1,32	8	1,33
TOTAL	298	100,00	302	100,00	600	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Na população, na faixa etária de 15 anos e mais observou-se um índice de analfabetismo de 15,30%.

A população feminina dessa faixa etária que atingiu o primário é de 60,75% e a masculina de 63,56%.

Tabela: 4.3.2. Graus de escolaridade de indivíduos com 15 anos e mais, segundo o sexo, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Sexo Es- colaridade	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabetos	60	11,88	94	18,73	154	15,30
Prim.incompl.	169	33,46	164	32,66	333	33,07
Prim.compl.	152	30,10	141	28,09	293	29,10
Ginásio inc.	63	12,48	32	6,37	95	9,43
Ginásio compl.	20	3,96	19	3,78	39	3,87
Colégio inc.	17	3,37	18	3,59	35	3,47
Colégio compl.	11	2,18	15	2,99	26	2,58
Sup. inc.	9	1,78	13	2,59	22	2,18
Sup.compl.	4	0,79	6	1,20	10	1,00
TOTAL	505	100,00	502	100,00	1007	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Entre a população de 7 a 14 anos há 5,05% de crianças não alfabetizadas e 69,43% estão cursando o primário. No ginásio o índice é de 25,52%.

Tabela 4.3.3. Graus de escolaridade de indivíduos de 7 a 14 anos, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Es- colaridade	Indivíduos	
	Nº	%
Não alfabetizados	17	5,05
Prim.incompl.	198	58,75
Prim.compl.	36	10,68
Gin.Incompl.	86	25,52
TOTAL	337	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Pelos dados levantados, tem-se, como fato relevante, que, embora o analfabetismo entre os pais chegue a 19,68%, o nível de alfabetização da população na faixa etária de 7 a 14 - anos cresceu em relação a geração anterior, pois 94,95% dessa - população jovem já atingiram o nível de primário, dos quais - 25,52% a nível de ginásio.

É convencionalmente que analfabeto é todo o indivíduo com idade superior a 14 anos que não sabe ler e escrever.

4.3.2. Situação do ensino na área urbana

A zona urbana conta com oito estabelecimentos de ensino, totalizando 4712 alunos, distribuídos em cursos de 1º e 2º graus, supletivo, ginásio de comércio, técnico em contabilidade e em nível superior, licenciatura em educação física e infantil. (tabela 4.3.4)

Tab ela 4.3.4. Alunos por estabelecimentos
de ensino, Barra Bonita,
zona urbana, 1974

<u>Estabelecimentos</u>	<u>Nº</u>
Colégio e Escola Normal Estadual de Barra Bonita	1 049
Curso Primário de Aplicação Anexo ao Colégio e Escola Normal Estadual de B.Bonita	157
Unidade Integrada "Dr. Fernando Costa"	1 473
Grupo Escolar da Vila Operária	575
Centro Educacion al SESI-263	637
Casa da Criança de Barra Bonita	140
Fundação Barra Bonita de Ensino	488
<i>Grupo Escolar da Usina da Barra</i>	<i>253</i>
<hr/>	
TOTAL	4 712

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

4.3.2.1. Aspecto Físico dos Estabelecimentos:

A situação de conservação e condições higiênicas dos prédios dessas escolas foi levantado pelo Centro de Saúde de Barra Bonita, da Secretaria de Estado da Saúde, obedecendo aos seguintes critérios relacionados com as condições de higiene e conservação: Bom, regular, precário, mal (Tabela 4.3.5)

Tabela 4.3.5. Prédios escolares segundo a situação de conservação e condições higiênicas, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Condições de higiene e conservação Estabelecimentos	Instalações sanitárias	Bebedouros	Limpeza do reservatório	Rede de esgoto	Conservação do prédio
Colégio e Escola Normal Estadual de Barra Bonita	P	P	R	P	B
Unidade Integrada "Dr. - Fernando Costa"	P	P	M	B	R
Grupo Escolar de Vila Operária	P	M	M	B	R
Centro Estadual-SESI-263	P	M	R	..	R
Curso Primário de Aplicação Anexo ao Col.e Esc. Normal Estadual de Barra Bonita	B	R	B	B	B
Casa da Criança de Barra Bonita	B	B	B	B	B
Fundação Barra Bonita de Ensino	B	R	B	B	B
Grupo Escolar da Usina - da Barra	B	B	B	B	B

Legenda:

B- Bom

P- Precário

R- Regular

M-Mal

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional

4.3.2.2. O ensino do pré-primário a 4a. do
1º grau:

Por representar uma faixa etária mais susceptível às moléstias infecto-contagiosas, desperta especial atenção os alunos do pré-primário a 4a. série do 1º grau, que perfazem um total de 1912 alunos, conforme tabela 4.3.6.

Pelas entrevistas com os diretores das escolas, os dados obtidos revelaram que é grande a evasão nas primeiras e segundas séries do primeiro grau (Tabela 4-3-6)

A justificativa para o fato pode estar relacionada com a ocupação de grande parte da população que se dedica ao plantio e colheita da cana de açúcar. Assim, é solicitado a presença da criança em casa, para os cuidados domésticos.

Além dessa possível causa, há o problema da população flutuante que, ao término da safra, volta a seus lugares de origem cancelando a matrícula dos filhos na escola.

A alta porcentagem de evasão não chega a ser alarmante, se comparada com o observado na região de Bauru, em 1970, especificamente, na sub-região de Jaú, de onde faz parte Barra Bonita. Para Jaú, o constatado foi 4,4% na 1a. série e 3,5% para a 2a. série.

Tabela 4.3.6 Alunos do pré-primário a 4a. série do 1º grau, segundo a rede e situação escolar, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Série	Situação escolar Rede	A l u n o s				%Evasão
		Novos	Repeten- tes	Evadi- dões	Frequen- tes	
PP	M	29	--	1	28	3,45
	E	60	--	--	60	--
	SESI	...	...	...	...	...
	Total	89	--	1	88	1,12
1ª.	M	29	8	3	34	8,11
	E	330	--	6	324	1,82
	SESI	112	--	20	92	17,86
	Total	471	8	29	450	6,05
2ª.	M	...	...	...	...	...
	E	342	36	09	369	2,38
	SESI	161	--	21	140	13,04
	Total	503	36	30	509	5,57
3ª.	M	...	...	...	...	...
	E	355	--	06	349	1,69
	SESI	83	--	4	79	4,82
	Total	438	--	10	428	2,28
4ª.	M	...	...	...	...	...
	E	329	7	10	326	2,98
	SESI	117	--	6	111	5,13
	Total	446	7	16	437	3,53
TOTAL		1947	51	86	1912	4,50

Legenda:

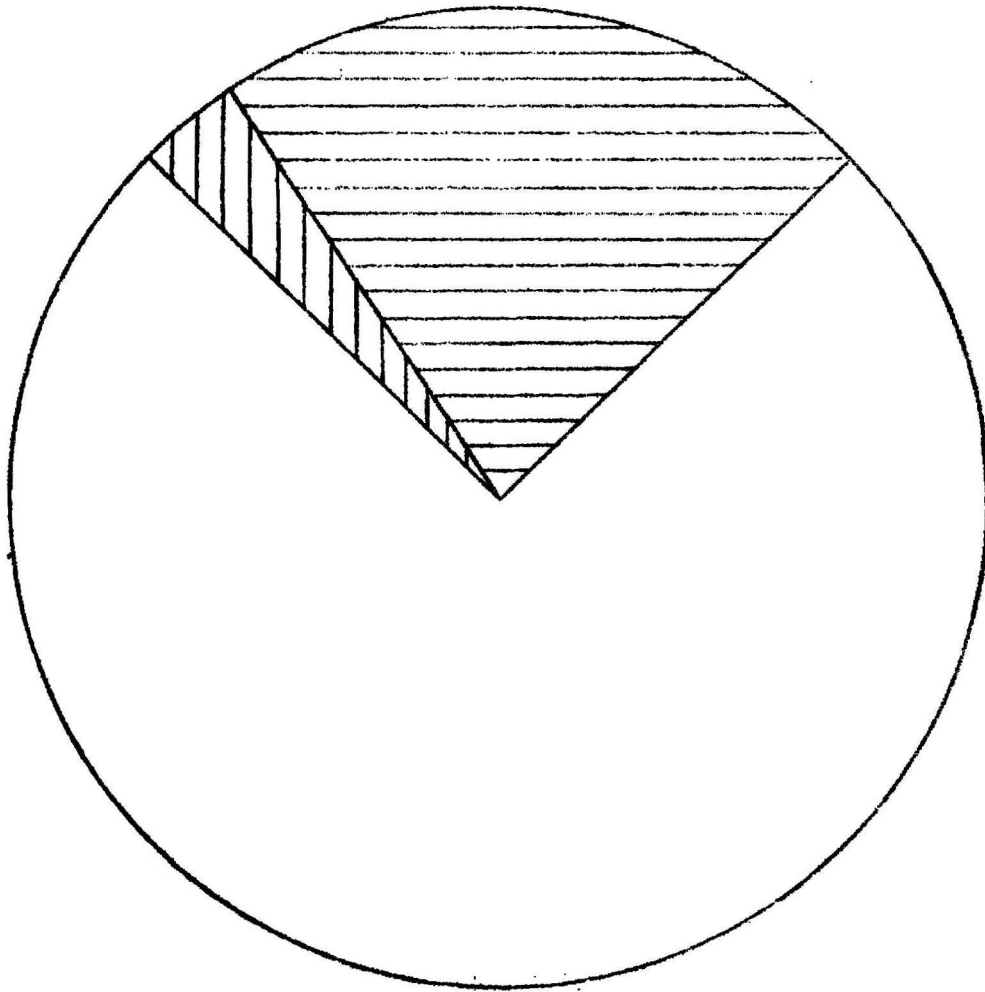
M- Municipal

E- Estadual

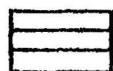
SESI- Centro Comunitário-SESI-263

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional

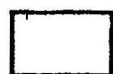
Gráfico 4.3.1 : Distribuição dos alunos de
PP a 4as. do 1º grau segun
do a rede escolar, Barra =
Bonita, zona urbana, 1974



Municipal



SESI



Estadual

A tabela 4.3.7 mostra a média de frequência de alunos por classe, onde o observado é um grande número de alunos por classe, fato este característico da realidade escolar brasileira.

Tabela 4.3.7 Alunos e classes do pré-primário à 4a. série do 1º grau, segundo a rede escolar, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Série	Nº classes alunos		Classes	Alunos freq.	Média Al.freq.classe
		Rede			
PP		M	1	28	28
		E	2	60	30
		SESI	...	...	...
		Total	3	88	29,33
1a.		M	1	34	34
		E	9	324	36
		SESI	3	92	30,67
		Total	13	450	34,62
2a.		M	...	...	...
		E	11	369	33,55
		SESI	4	140	35
		Total	15	509	33,93
3a.		M	...	...	...
		E	10	349	34,90
		SESI	2	79	39,50
		Total	12	428	35,67
4a.		M	...	...	...
		E	9	326	36,22
		SESI	3	111	37
		Total	12	437	36,42
TOTAL			55	1912	34,76

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional

De acordo com o inquérito, a porcentagem de frequência em relação as vagas existentes mostra que apenas na escola estadual com classe de pré-primário, todas as vagas foram preenchidas (Tabela 4.3.8). Nas 1as. e 2as. series do Centro Educacional SESI ha maior número de vagas disponíveis, devido a grande evasão de alunos.

Tabela 4.3.8 Alunos e vagas existentes do pré-primário a 4a. série do 1º grau, segundo a rede escolar, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Série	Nº de vagas e alunos		Vagas	Alunos Frec.	% Alunos Frec.
		Rede			
P.P		M	30	28	93,33
		E	60	60	100,00
		SESI	...	...	...
		Total	90	88	97,78
1a.		M	40	34	85
		E	344	324	94,19
		SESI	132	92	69,70
		Total	516	450	87,20
2a.		M	...	...	...
		E	409	369	90,22
		SESI	182	140	76,92
		Total	591	509	86,12
3a.		M	...	...	...
		E	406	349	85,96
		SESI	87	79	90,80
		Total	493	428	86,81
4a.		M	...	...	...
		E	350	326	93,14
		SESI	123	111	90,24
		Total	473	437	92,38
T O T A L			2163	1912	88,39

FONTE: Pesquisa de campo. Grupo multiprofissional

Desta forma o problema da significativa porcentagem de não alfabetizados não é ocasionado por falta de vagas nas escolas.

Havendo disponibilidade de vagas nos diversos estabelecimentos, a população tem satisfeita, pelo menos, a necessidade básica de ingresso na escola, até a 4ª série do 1º grau.

As escolas contam com 63 professores e 15 servidores, responsáveis pela limpeza e manutenção.

Somente três escolas possuem Associação de Pais e Mestres.

A assistência odontológica é prestada em cinco escolas das quais quatro desenvolvem atividades educativas de saúde oral

O programa oftalmológico desenvolvido em uma das escolas, sob a orientação do POSE - Plano de Oftalmologia Sanitária-Escolar - aplica testes de acuidade visual nos alunos do pré-primário e da 1ª série, além de prestar atendimento de urgência.

4.3.2.3 - Saúde como parte do programa de ensino do Estado

O inquérito escolar, feito entre 51 professores de pré-primário a 4ª série do 1º grau, em seis escolas, teve por objetivo identificar as noções que possuem os professores quanto a medidas preventivas referentes às molestias transmissíveis e doenças em geral, de acordo com o que prevê o Programa da Escola Primária do Estado de São Paulo.

Sobre o desenvolvimento de campanhas de vacinação na escola, 92,16% dos professores confirmaram a ocorrência destas em 1974 (Tabela 4.3.9)

Quanto aos tipos de vacinas administradas, foram citadas a antitetânica, por 78,43%, a antitetânica e Sabin por 3,92%, a Sabin por 3,92%, a Sabin e o BCG por 1,96%, enquanto 11,76% responderam que não sabiam quais as campanhas de vacinação.

Tabela 4.3.9 Professoras segundo o grau de conhecimento das finalidades e dosagens das vacinas, Barra Bonita, zona urbana, 1974

VACINAS F.D. CONHEC.	BCG		TRIPLICE		SABIN		ANTIVARIOLICA		SARAMPO											
	Finalidade		Dosagem		Finalidade		Dosagem		Finalidade		Dosagem									
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%								
Certas	42	82,35	23	45,10	18	35,29	06	11,76	45	88,24	07	13,73	...	...	07	13,73	...	...	29	56,86
Erradas	05	9,80	14	27,45	25	49,02	33	64,71	03	5,88	30	58,82	...	...	30	58,82	...	...	09	27,45
Não sabe	04	7,85	14	27,45	08	15,69	12	23,53	03	5,88	14	27,45	...	...	14	27,45	...	...	13	25,49
TOTAL	51	100,00	51	100,00	51	100,00	51	100,00	51	100,00	51	100,00	...	...	51	100,00	...	...	51	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Embora as escolas visem desenvolver a educação do escolar para uma vida sadia, observou-se que a vacina mais conhecida, era o BCG, tanto, quanto a prevenção e dosagem.

A tríplice revela ser pouco conhecida, uma vez que 49,02% das entrevistadas responderam de forma incorreta tanto a doença que previne, quanto a dose necessária.

A vacina Sabin, embora sendo conhecida quanto a finalidade, baixa porcentagem (13,73%) respondeu de forma correta quanto a dosagem.

A anti-variólica, assim como a Sabin, revelou problema na especificação da doseagem.

O sarampo, embora sendo uma vacina conhecida significativo número não soube citar a dosagem.

4.3.2.4 - Merenda Escolar

Das seis escolas visitadas, cinco contam com o Programa de Merenda Escolar, pela Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE) e em decorrência de convênio e subvenção da Prefeitura. Uma das escolas recebe colaboração da Associação de Pais e Mestres. A única que não fornece merenda escolar não dispõe de cozinha.

O cardápio, geralmente planejado pelos diretores e professores, é constituído, principalmente, de sopa

Variações: sopa, pão e leite;
canjica;
frutas;
macarronada

As crianças aceitam muito bem a merenda, sendo que algumas a repetem quatro a cinco vezes. Daí a queixa de diretores - quanto a quantidade limitada de gêneros fornecidos pela CNAE e - - verbas, algumas vezes insuficientes, fornecidas pela Prefeitura.

Apenas duas das escolas tem cozinha com equipamento adequado e boas condições de higiene.

As merendeiras são simples cozinheiras, sem qualquer - treinamento específico.

A merenda é servida a todas as crianças, diariamente. Em uma das escolas o programa de merenda oferece, também, duas refeições diárias, inclusive nas férias.

4.3.3 - Atitudes da Comunidade

A atitude é uma das principais determinantes do comportamento. Esta modifica-se durante o processo de crescimento e - maturação, podendo ser afetado por fatores tais como: experiências no seio da família, no grupo de amigos, na educação (ensino) na participação em organizações, e na estrutura ocupacional. Encarada também como resultado do estado permanente de prontidão - do indivíduo frente ao mundo complexo, pode levar à estabilidade, mas também pode dificultar a mudança, por ser de certo modo resistente a novas experiências.

O levantamento na comunidade de Barra Bonita, nos coloca frente a atitudes da população em relação a assistência médica, odontológica e educacional, bem como em relação ao saneamento básico do meio e meios de comunicação, tendo como objetivo - servir como ponto de partida para o desenvolvimento de um progrma educativo.

- 32,49% da população, quando se encontra doente, procura farmácia, centro espírita, curandeiro, vizinhos e remédios-caseiros;

- 47,31% quando tem dor de dentes procura o farmacêutico ou coloca remédios caseiros;

- 79,14% para conservar os dentes os escova e 10,41% - não toma atitude alguma;

- 46,69% sabe das ocorrências da cidade e de fora através do rádio, 35,96% através da televisão, 7,25% pelo jornal, .. 8,52% em conversa com vizinhos, 0,63 % pelas entidades religiosas (Tabela 4,3,10)

Tabela 4.3. 10 Meios de comunicação usados para tomar conhecimento das notícias da cidade e de fora dela, Barra Bonita, zona urbana; 1974

Meio	Nº	%
Radio	148	46,69
Jornal	23	7,95
Televisão	114	35,96
Conversa com vizinhos, familiares e amigos	27	8,52
Entidades religiosas e sociais	2	0,63
Sem informação	3	0,95
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional

- 29,96% não toma qualquer medida preventiva quanto ao tratamento de água para beber;

- 80,76% acondiciona o lixo em lata ou latão aberto (Tabela 5.6.5);

- 40,96% sabe da existencia da Associação de Pais e Mestres (Tabela 4.3.11); destes 66,67% participam das reuniões (Tabela 4.3.12) .

Tabela 4.3.11 Famílias segundo a realização de reuniões da Associação de Pais e Mestres nas escolas - dos filhos, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Respostas	Nº	%
Sim e participa	86	27,13
Sim e não participa	43	13,56
Não realiza	20	6,31
Não sabe	35	11,04
Não se aplica	133	41,96
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo multiprofissional.

Tabela 4.3.12 Participação dos pais nas reuniões da Associação de Pais e Mestres, - Barra Bonita, zona urbana, 1974

Respostas	Nº	%
Participam	86	66,67
Não participam	43	33,33
TOTAL	129	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo multiprofissional.

4.3.4 - Comentários

A comunidade de Barra Bonita possui recursos suficientes na área de ensino, necessitando, porém, melhor aproveitamento.

As escolas tem condições de atender a demanda de alunos, pois os professores são em número suficiente e a oferta de vagas supera a procura.

A estrutura física no entanto, deixa a desejar em algumas delas, por apresentar deficiência de iluminação, ventilação e nos cuidados relativos a instalações sanitárias, bebedouros e caixa d'água.

As Associações de Pais e Mestres existentes não vem atingindo plenamente os seus objetivos. A escola, atual, tem uma responsabilidade muito maior do que a de fornecer informações que incrementam o aprendizado dos alunos, ela deve assumir o encargo de propiciar a eles todas oportunidades de desenvolvimento global, sendo para isso necessário maior integração com sua família.

A Merenda Escolar, oferecida vem sendo prejudicada por insuficiência de recursos e gêneros, bem como pessoal treinado.

A vacinação, parte do programa de saúde, que deve ser desenvolvido, apresenta falhas pela deficiência de conhecimento por parte dos professores e da falta de entrosamento com o Centro de Saúde.

Com relação a assistência odontológica verifica-se que a única preocupação é no sentido curativo. O tratamento dentário cumpre um programa mínimo de atendimento, em virtude da sobrecarga de trabalho do dois únicos profissionais em exercício.

A assistência oftalmológica é prestada apenas em uma das escolas em obediência a um programa estabelecido.

Na comunidade, os veículos de comunicação ^{mais} utilizados são o rádio e a televisão.

4.3.5.- Sugestões

Os resultados dos estudos realizados permitem as seguintes sugestões:

A nível de escola:

- Melhorar as condições de higiene (sanitários, bebedouros, limpeza e desinfecção periódica dos reservatórios de água e outros).
- Criar e/ou estimular o funcionamento das Associações de Pais e Mestres.
- Desenvolver através de Associações de Pais e Mestres, programações integradas com o Centro de Saúde, oportunizando aquisição de noções de higiene e saúde à comunidade.
- Articular ações, em conjunto com o Centro de Saúde, que objetivam proporcionar conhecimentos e práticas de saúde na comunidade escolar. O pessoal especializado do Centro orientaria as professoras e estas atuariam junto aos alunos.
- Intensificar e/ou criar programas de saúde oral com atuação no campo preventivo da odontologia.
- Desenvolver o programa oftalmológico em todas as escolas através do POSE (Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar).
- Melhorar as condições de Merenda Escolar através de treinamento de pessoal e entrosamento com a Seção de Nutrição do Serviço de Saúde Escolar.

A nível de comunidade:

- Dinamizar os programas de Educação em Saúde Pública e manter maior relacionamento com o Educador de Saúde Pública da Regional de Bauru, como objetivo de modificar o comportamento observado na população.

5.1 Diagnóstico Médico Sanitário

5.1.1 Indicadores de Saúde

5.1.1.1 Introdução

A Organização das Nações Unidas propõe a utilização de doze componentes para medida de "níveis de vida", entre os quais inclui-se "Saúde, incluindo-se condições demográficas" medida através de três grupos de indicadores:

- Indicadores que medem o estado de saúde das pessoas e grupos;
 - Coeficiente de Mortalidade Geral
 - Razão de Mortalidade Proporcional
 - Esperança de vida
 - Coeficiente de Mortalidade Infantil
 - Coeficiente de Mortalidade por Doenças Transmissíveis
- Indicadores que se referem às condições do meio:
 - Abastecimento de água
 - Rede de esgotos, etc.
- Indicadores que se referem as atividades de saúde:
 - Número de leitos hospitalares em relação a população
 - Número de médicos em relação a população, etc.

Baseando-se neste parecer da ONU, na disponibilidade de dados e na tentativa de comparabilidade quantitativa com os dados da 7a. Região Administrativa do Estado analisados por Guedes*, são analisados como indicadores de saúde:

- Coeficiente de Mortalidade Geral
- Razão de Mortalidade Proporcional
- Indicador de Nelson Moraes (Curva de Mortalidade Proporcional)
- Esperança de Vida
- Coeficiente de Natimortalidade
- Coeficiente de Mortalidade Infantil
- Número de médicos por 1000 habitantes
- Número de leitos hospitalares gerais por 1000 habitantes
- Porcentagem de óbitos mal definidos em relação ao

* - Tese de Doutorado apresentada a FSP, 1972

total de óbitos

- Porcentagem da população urbana servida pela rede de abastecimento de água
- Porcentagem da população servida pela rede de esgotos

5.1.1.2 Metodologia

- Dados populacionais: os dados populacionais - utilizados nos cálculos dos indicadores de saúde foram obtidos a partir dos Censos de 1960 e 1970, estimando-se as populações para os anos intercensitários e extrapolando-as até 1973, ajustadas para o meio do ano. (Tabela 5.1.1.1)

Tabela 5.1.1.1 Populações estimadas e ajustadas para o meio do ano, Barra Bonita, 1960/73

Ano	Pop. estimadas	
	1º setembro	1º Julho
1960	14558(censo)	14511
1961	14838	14791
1962	15117	15070
1963	15397	15350
1964	15676	15629
1965	15956	15909
1966	16235	16128
1967	16515	16468
1968	16794	16747
1969	17074	17027
1970	17353(censo)	17306
1971	17633	17576
1972	17912	17865
1973	18192	18145

Fonte: Dados brutos - IBGE.

Dados de registros: os óbitos de 1960 à 1968 foram coletados no Departamento Estadual de Estatísticas (DEE), que os apresenta tabulados segundo o sexo e causas de óbitos e segundo os grupos etários e sexo. São dados brutos, não havendo correções referentes a invasão e evasão de óbitos. Para os anos de 1969 à 1973, os dados foram coletados no Cartório do Registro Civil de Barra Bonita, e corrigidos quanto a invasão de óbitos. Quanto a evasão, Jaú representa um polo de atração para os Municípios vizinhos decorrente dos maiores recursos de assistência médico-hospitalar que possui. Infelizmente não foi possível uma total correção neste sentido, porém, para o anos de 1973, em levantamento efetuado no Cartório do Registro Civil de Jaú foram encontrados 22 óbitos de residentes de Barra Bonita ali registrados. Assim sendo, todos os coeficientes calculados a seguir para os anos de 1969 à 1973, foram corrigidos quanto a invasão de óbitos (Tabelas 5.1.1.2/3)

Tabela 5.1.122 - Óbitos segundo o sexo e grupo etário, Barra Bonita, 1960/68

Ano Sexo G.E.	1960		1961		1962		1963		1964		1965		1966		1967		1968	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
< 1	6	8	5	3	14	14	23	16	16	13	15	9	14	16	19	11	10	17
1- 5	-	2	4	5	1	1	1	5	9	1	3	9	5	5	3	4	2	2
5- 10	-	-	1	-	1	-	1	2	3	-	3	3	1	-	-	-	2	-
10- 15	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
15- 20	1	1	1	-	-	-	1	1	1	2	2	-	2	-	-	-	1	-
20- 25	-	1	1	-	2	-	1	1	2	-	2	-	-	-	1	1	1	-
25- 30	-	1	-	-	1	-	2	1	2	-	2	1	4	4	-	1	3	2
30- 40	-	1	1	1	3	1	3	-	3	1	2	2	2	1	2	3	4	3
40- 50	3	2	2	4	6	-	-	-	3	1	5	2	5	5	2	2	4	3
50- 60	5	-	6	1	6	6	-	3	6	-	6	3	5	5	4	5	7	10
60- 70	2	2	3	2	8	4	8	5	12	5	3	5	11	7	10	3	4	5
70 e +	7	8	5	12	8	6	13	12	7	12	7	5	12	8	9	14	14	11
TOTAL	24	26	29	28	51	32	54	46	64	35	51	38	61	54	49	50	52	53

Fonte: DEE, São Paulo

Tabela 5.1.1.3 Óbitos segundo sexo e grupo etário, Barra Bonita, 1969/73.

Ano Sexo Idade	1969				1970				1971				1972				1973			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F	
	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C
< 1	24	24	9	8	16	10	11	7	12	10	13	7	15	10	6	5	16	9	13	6
1 | 5	6	6	4	4	1	1	2	2	2	1	-	-	1	1	2	-	2	2	-	-
5 | 10	1	1	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2
10 | 15	1	11	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	2	1	-	-
15 | 20	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
20 | 25	-	-	-	-	2	1	1	1	1	1	-	-	-	-	1	1	3	3	-	-
25 | 30	-	-	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	-	-	2	2	1	1	2	1
30 | 40	7	7	1	1	3	3	3	2	3	2	2	2	3	1	2	2	4	3	-	-
40 | 50	2	2	3	3	3	2	7	5	5	4	1	1	4	3	1	1	8	4	3	3
50 | 60	6	6	6	6	7	4	-	-	7	6	8	5	12	10	5	4	7	5	2	1
60 | 70	8	88	7	7	8	7	7	7	6	6	5	3	15	12	6	4	8	7	6	5
70 e +	10	10	20	20	21	20	10	10	14	12	10	19	11	10	11	9	21	20	15	14
TOTAL	65	65	53	52	66	51	43	36	51	42	40	38	69	69	36	26	74	56	43	32

* NC = Não corrigidos

C = corrigidos segundo invasão

Fonte: Departamento Estadual de Estatística, São Paulo e Cartório do Registro Civil de Barra Bonita.

No que se refere aos nascimentos, uma parte dos dados foram coletados no DEF (1960 à 1966) e outra a partir de dados existentes no Centro de Saúde de Barra Bonita (1967 a 1973). A invasão e evasão de nascimentos, como a de óbitos, deve ser levada em consideração quando analisa-se os resultados obtidos pelo inquérito familiar e apresentados na tabela 5.1.1.4.

Tabela 5.1.1.4 . Nascimentos de residentes da zona urbana de Barra Bonita, segundo o local de registro, Barra Bonita, 1974

Local de Registro	Nº	↓
Barra Bonita	11	45,83
Bauru	1	4,17
Jaú	6	25,00
Botucatu	1	4,17
Igaraçu	1	4,17
Não registrada	1	4,17
Sem informação	3	12,50
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo- Grupo Multiprofissional

5.1.1.3 Análise dos indicadores

- Coeficiente de Mortalidade Geral (Tabelas 5.1.1.6 e 5.1.1.7)

Tabela 5.1.1.5 - Nascidos vivos, natimortos e óbitos segundo a idade,
Barra Bonita, zona urbana, 1960/73

Ano	Nascidos Vivos	Nati- mortos	Óbitos 1 a 30 dias	Óbitos 1 a 28 dias	Óbitos 28 a 1 ano	Óbitos menores de 1 ano
1960	529	10	...	...	...	14
1961	530	13	...	...	...	8
1962	595	13	...	...	...	28
1963	568	9	...	...	...	39
1964	563	16	...	...	...	29
1965	567	10	...	...	...	24
1966	500	11	...	...	...	30
1967	466	13	...	...	...	30
1968	434	14	...	...	...	27
1969	406	9	14	17	15	32
1970	316	11	6	8	9	17
1971	325	...	8	9	8	17
1972	334	...	7	9	6	15
1973	358	...	5	8	7	15

Fonte: DEE/Cartório Registro Civil Barra Bonita.

Tabela 5.1.1.6 Coeficiente de Mortalidade Geral,
por 1000 Hab., Barra Bonita, 1960/68

Ano	C.M.G./1000 Hab.
1960	3.44
1961	3.85
1962	5.51
1963	6.51
1964	6.33
1965	5.59
1966	7.10
1967	5.40
1968	6.27

Fonte: Dados Brutos - DEE

Tabela 5.1.1.7 Coeficiente de Mortalidade Geral,
por 1000 hab., não corrigidos se-
gundo a invasão de óbitos, Barra
Bonita, 1969/73

Ano	C.M.G / 1000 Hab.	
	N.C.*	C**
1969	6.93	6.87
1970	6.30	5.03
1971	5.18	4.55
1972	5.48	4.20
1973	6.45	4.85

* - óbitos não corrigos

** - óbitos corrigidos segundo a invasão

Fonte: Dados Brutos - Cartório do Registro Civil de Barra Bonita.

Isoladamente é um coeficiente de difícil análise por sofrer variações decorrentes da estrutura etária da população, assim como das invasões e evasões de óbito. Nota-se perfeitamente a influência da invasão de óbitos a partir de 1969, quando não apresentados os coeficientes corrigidos e não corrigidos.

- Razão de mortalidade proporcional e Indicador de Nelson Moraes (Tabela 5.1.1.8)

Tabela 5.1.1.8 - Mortalidade proporcional por Grupos etários, Barra Bonita, 1960/73.

Grupo Etário \ Ano	< 1	1-5	5-20	20-50	50 e +	Total
1960	28.00	4.00	4.00	16.00	58.00	100,00
1961	14.04	15.79	3.51	15.79	50.88	100,00
1962	33.73	2.41	2.41	15.66	45.78	100,00
1963	39.00	6.00	6.00	8.00	41.00	100,00
1964	29.29	10.10	6.06	12.12	42.42	100,00
1965	26.97	13.48	8.99	17.98	32.58	100,00
1966	26.09	8.70	2.61	18.26	44.35	100,00
1967	33.71	7.87	1.12	13.48	43.82	100,00
1968	25.71	3.81	2.86	19.05	48.57	100,00
1969	27.35	8.55	2.56	12.82	48.72	100,00
1970	19.54	3.45	3.45	18.39	55.17	100,00
1971	21.25	1,25	-	13.75	63.75	100,00
1972	20.00	1.33	2.67	10.67	65.33	100,00
1973	17.05	2.27	4.54	17.04	59.09	100,00

A PMP ou indicador de Swaroop e Uemura, utilizando a contribuição porcentual para o total dos óbitos, dos óbitos ocorridos no grupo etário de 50 anos e mais, permite classificar o grau de desenvolvimento em saúde da população, uma vez que seu valor máximo possível de ser obtido é de 100. Usando a escala proposta em 1957 por Swaroop e Uemura, classifica-se Barra Bonita de 1960 até 1969 como nível III, (RPM- 25 a 49) e de 1970 a 1973 como nível II (PPM - 50 a 74). O indicador de Nelson Moraes, ou Curva de Mortalidade Proporcional permite uma rápida visualização da situação de saúde. É expresso usando-se a contribuição porcentual para o total de óbitos, dos óbitos ocorridos nos grupos etários escolhidos. Pela análise das Curvas de Mortalidade Proporcional, (Gráficos 5.1.1.1. a 5.1.1.4.) referentes aos anos de 1960 a 1973, nota-se uma mudança gradual e contínua de um nível baixo de saúde para um nível de saúde regular, segundo a classificação de Moraes. A Tabela 5.1.1.9. apresenta os valores encontrados na quantificação das Curvas de Mortalidade Proporcional utilizando-se o método proposto por Guedes*. Pelos valores encontrados classifica-se como regular a situação de saúde da população de Barra Bonita. (Gráfico 5.1.1.5).

* Tese de Doutorado apresentada a F.S.P.,
São Paulo 1972.

Gráfico 5.1.1.1 - Curvas de Mortalidade Proporcional para Barra Bonita, anos 1960
- 63.

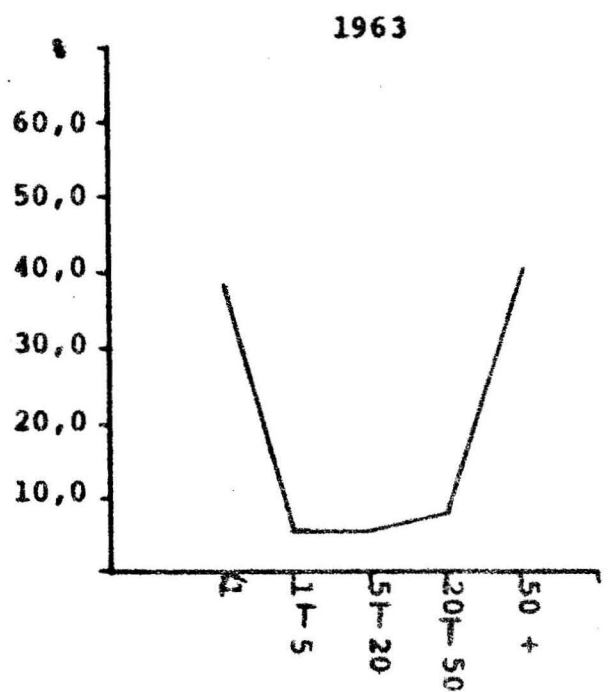
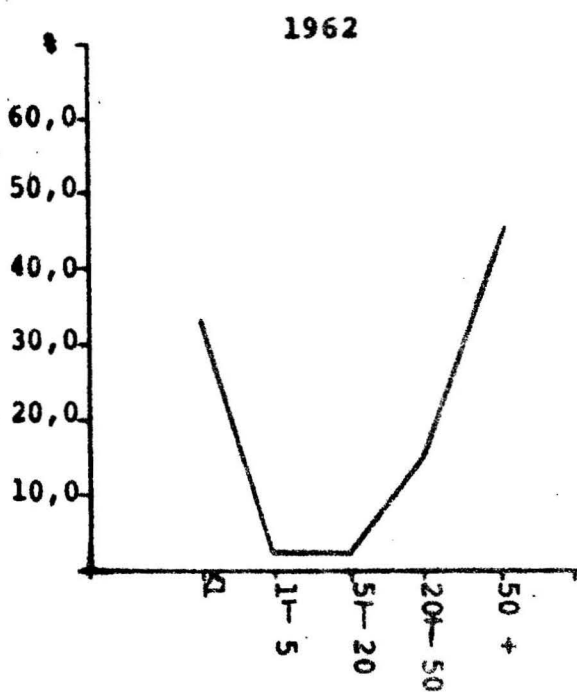
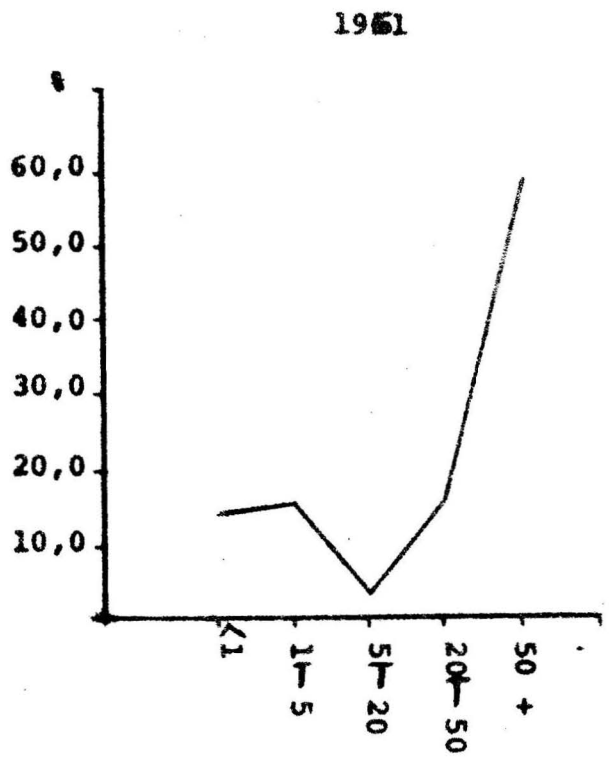
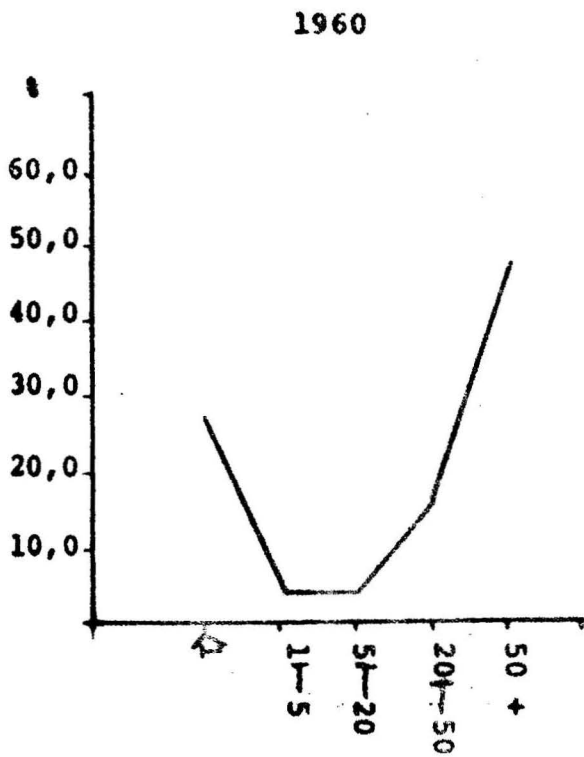


Gráfico 5.1.1.2 - Curva de Mortalidade Proporcional para Barra Bonita, anos ...
1964 - 67 .

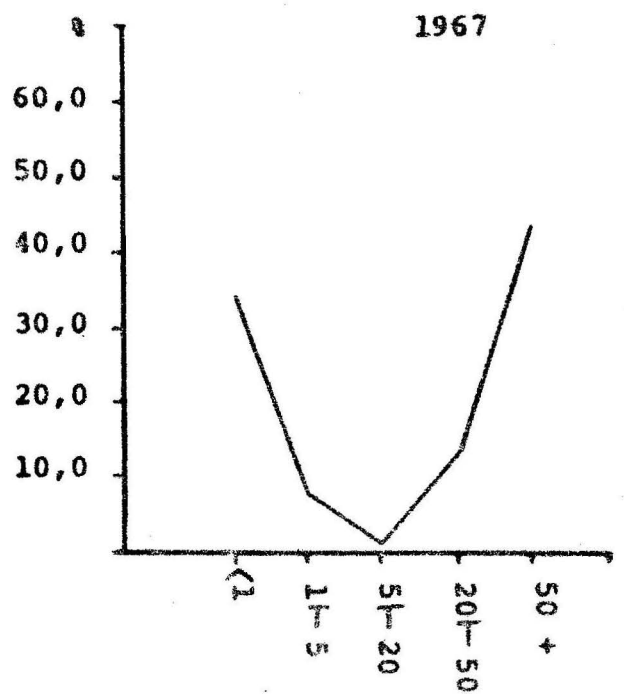
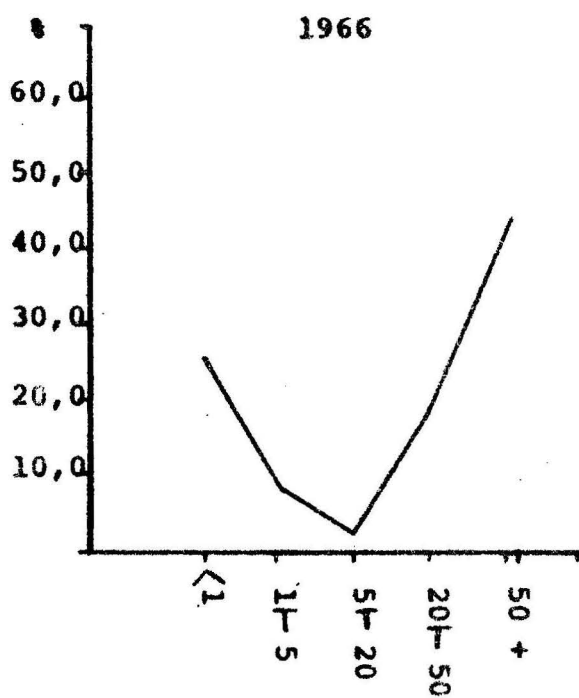
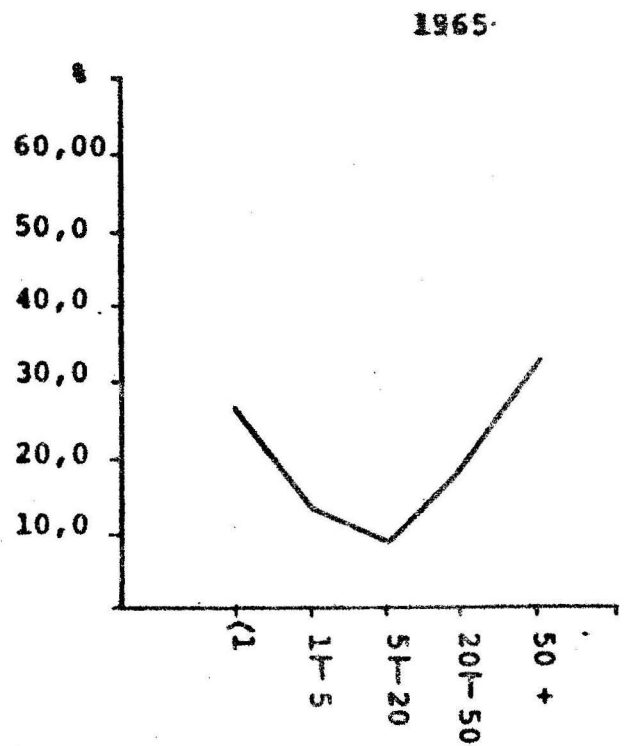
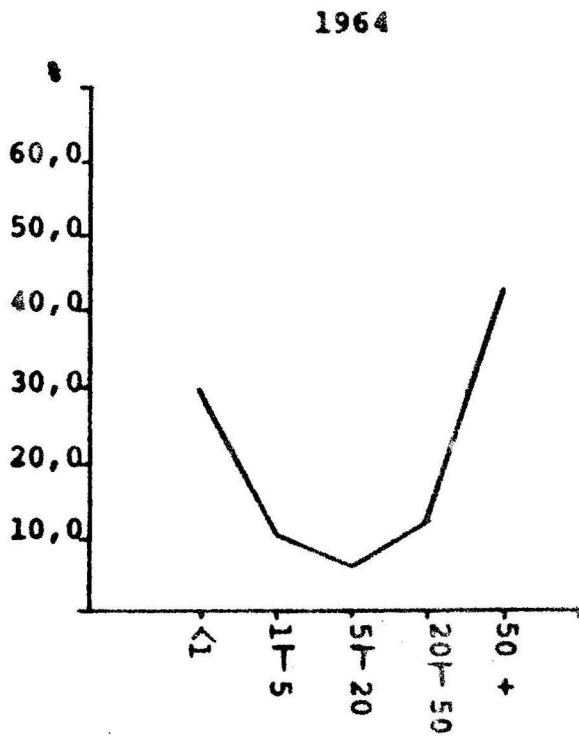


Gráfico 5.1.1.3 - Curvas de Mortalidade Proporcional para Barra Bonita, anos
1968 - 71.

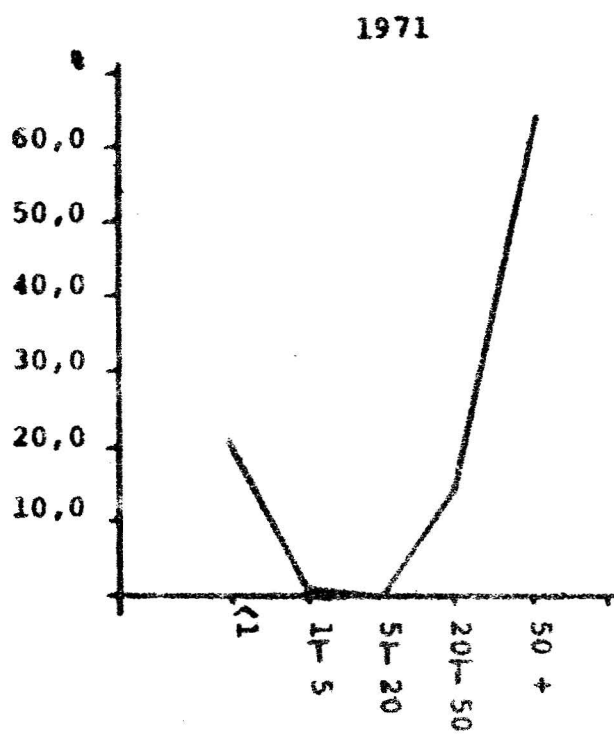
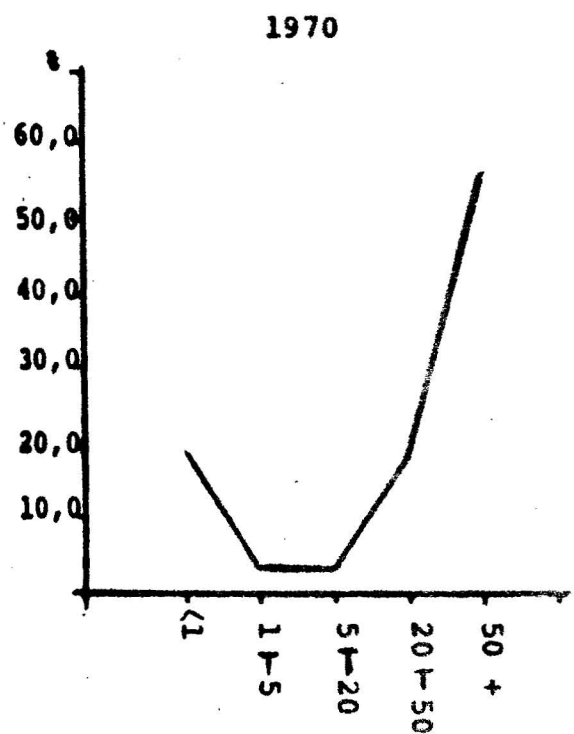
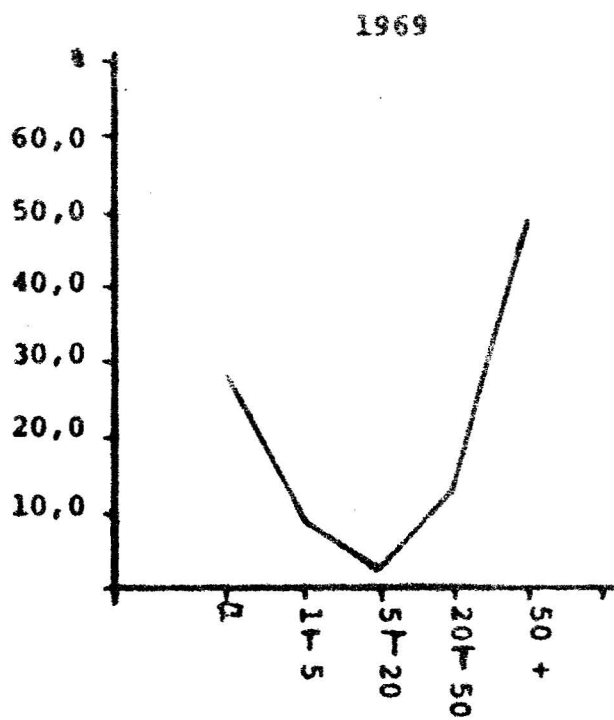
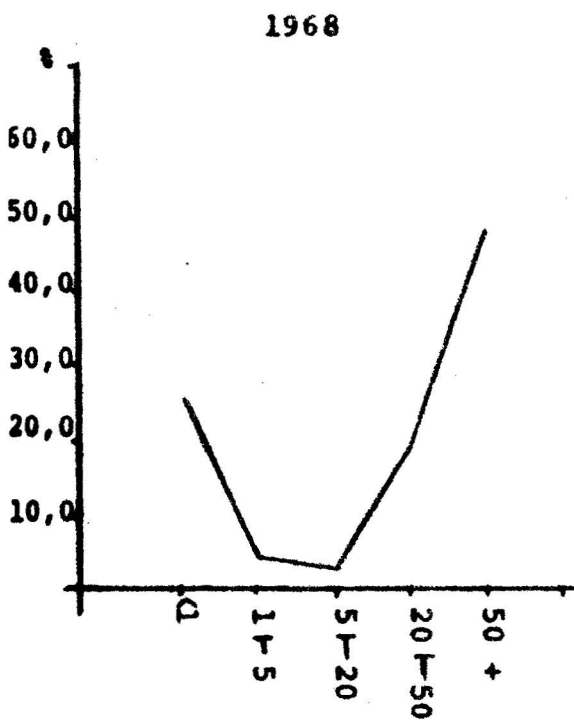
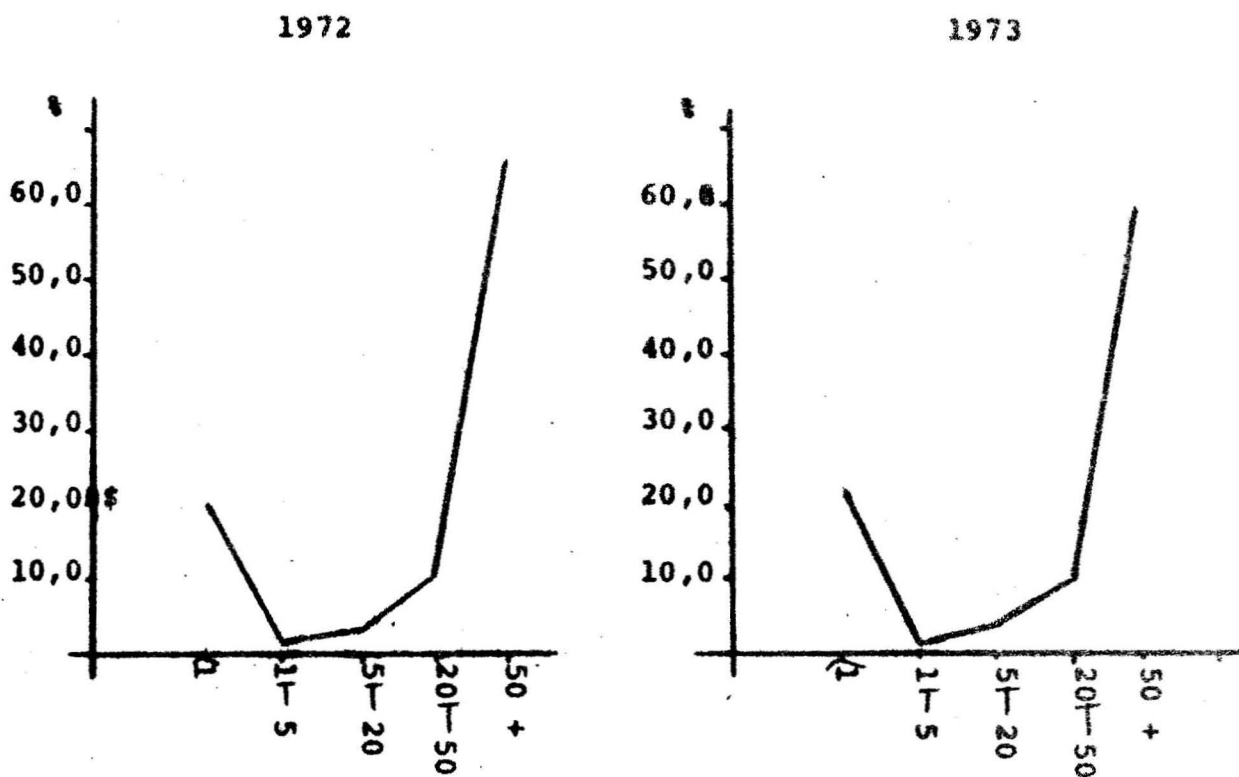


Gráfico 5.1.1.4 - Curvas de Mortalidade Proporcional para Barra Bonita, anos 1972 - 73.



5.1.1.9 - Valores da Curva de Mortalidade proporcional quantitativos segundo Guedes*, - Barra Bonita, 1960/73.

Ano	Valores
1960	6.80
1961	11.58
1962	3.38
1963	0,70
1964	3.23
1965	3.49
1966	4.26
1967	2.70
1968	7.24
1969	7.61
1970	13.22
1971	19.00
1972	20.93
1973	16.71

Departamento Estadual de Estatística,
São Paulo e Cartório Civil de Barra
Bonita.

de Doutorado apresentada a F.S.P., São Paulo, 1972-

Gráfico 5.1.1.5 - Evolução das curvas de mortalidade-
Proporcional quantificadas, segundo
Guedes, Barra Bonita 1960/73.

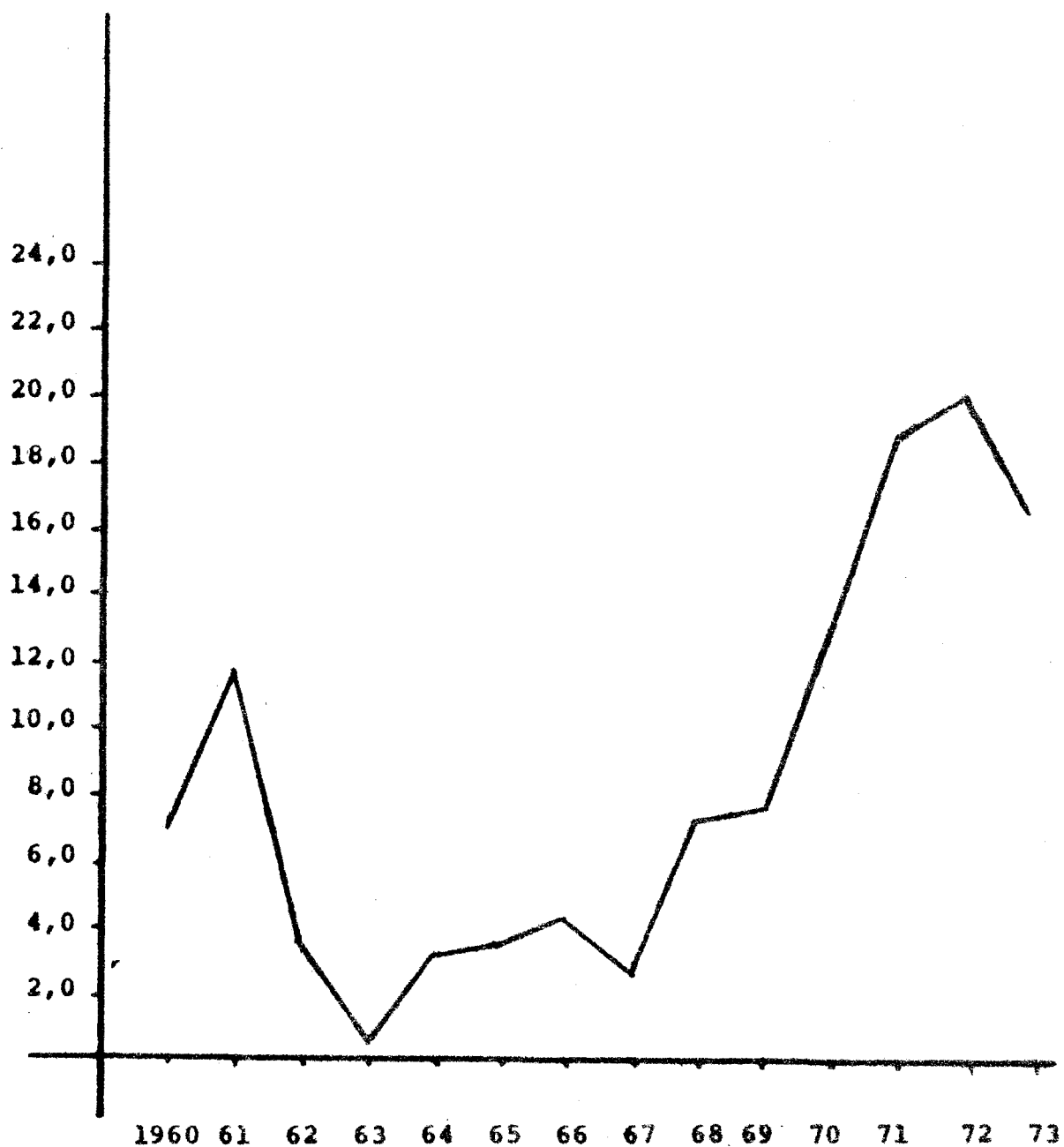


Tabela 5.1.1.10 - População, óbitos e tábua de sobrevivência, Barra Bonita, 1970

Ano de Idade	População 1.7.70	Média Óbitos 69.70.71	Probabilidade de morte	De 100000 nascidos vivos		Total de anos vivos pela geração de 100000 Indivíduos		Vida média
				Sobrevivem no início do grupo	Morrem durante o período	No grupo de idade	Do grupo de idade em diante	
< 1	383	22	0,0553	100000	5530	96313	6575645	65,8
1- 5	1712	5	0,0116	94470	1096	93593	6579332	68,6
5- 10	2361	1	0,0021	93374	196	466380	6385739	68,4
10- 15	2269	1	0,0022	93178	205	465378	5919359	63,5
15- 20	1900	1	0,0026	92973	242	464260	5453981	58,7
20- 25	1869	1	0,0032	92731	297	462913	4989721	53,8
25- 30	1218	2	0,0081	92434	747	460298	4526808	49,0
30- 40	2210	6	0,0268	91685	2457	904565	4066510	44,4
40- 50	1635	6	0,0360	89228	3212	876220	3161945	35,4
50- 60	1064	9	0,0812	86016	6984	825240	2285725	26,6
60- 70	639	13	0,1847	79032	14597	717335	1460485	18,5
70 e +	346	30	1,0000	64435	64435	743150	743150	11,5
TOTAL	17306	97	-	-	-	-	-	-

- A esperança de vida (Tabela 5.1.1.10)

A esperança de vida representa o número médio de anos que ainda restam a serem vividos pelos sobreviventes a uma determinada idade. Podendo ser calculado para qualquer idade, atenua as dificuldades encontradas devido a distribuição da população nos diversos grupos etários. O valor encontrado de 65,8 anos para a esperança de vida ao nascer encontra-se próximo ao valor encontrado em 1967 para 7ª. Região Administrativa do Estado, de 62,3. Pela tábua de sobrevivência pode-se avaliar comparativamente o peso representado pela mortalidade infantil, uma vez que, a esperança de vida aumenta para 68,6 para o grupo etário de 1 5 anos.

- Coeficiente de Natimortalidade (Tabelas 5.1.1.11 e 5.1.1.12)

Tabela 5.1.1.11 - Óbitos por sexo e dias vividos, Barra Bonita, 1969/74

Dias	1		2		3		4		5		6		Total		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ANO															TOTAL
1969	5	2	2	-	2	-	2	-	1	-	-	-	12	2	14
1970	3	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	4	2	6
1971	1	1	1	-	2	1	-	-	-	2	-	-	4	4	8
1972	3	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	5	2	7
1973	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	5
TOTAL	15	7	3	-	6	2	2	1	2	2	-	-	28	12	40

Fonte: Cartório do Registro Civil, Barra Bonita.

1a 5.1.1.12 - Coefficiente de Natimortalidade
por 1000 nascidos vivos, Barra
Bonita, 1960/70.

Ano	Coefficiente de Natimortalidade
1960	18,91
1961	24,53
1962	21,85
1963	15,85
1964	28,42
1965	17,64
1966	22,00
1967	27,90
1968	32,26
1969	22,17
1970	34,81

Fonte: Departamento Estadual de Estatística,
 São Paulo e Cartório Civil de
 Barra Bonita.

O coeficiente de natimortalidade encontra-se relacionado diretamente com aspectos da saúde materna. Assim, por exemplo, um alto coeficiente de natimortalidade reflete a precariedade de assistência a gestante, quer no que se refere às consultas de pré-natal quanto à assistência ao parto. Um dos erros mais frequentes encontrados ao se calcular este coeficiente diz respeito a definição de nascido vivo e nascido morto. - maneira de verificar, até certo ponto, a aplicação correta das definições é mostrada na Tabela 5.1.1.11, onde são relacionados os óbitos com tempo de vida expresso em dias. Sabendo que a probabilidade de morte é maior no 1º dia do que no 2º -

dia, e assim sucessivamente, pelos dados, pode-se verificar que existe um bom uso das definições de nascido vivo e nascido morto. Nota-se pelos dados da Tabela 5.1.1.12, um aumento contínuo deste coeficiente desde 1966, chegando mesmo a ultrapassar em 1970 o coeficiente da 7a. Região Administrativa que foi da ordem de 29,6 por mil nascidos vivos

- Coeficiente de Mortalidade Infantil (Tabelas -
5.1.1.13 /14/15)

Tabela 5.1.1.13 - Coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, Barra Barra Bonita, 1960-1973

Ano	C.M.I./1000 N.V.
1960	26,47
1961	15,09
1962	47,06
1963	68,66
1964	51,51
1965	42,33
1966	60,00
1967	64,38
1968	62,21
1969	78,82
1970	53,80
1971	52,31
1972	44,91
1973	41,90

Fonte: D.E.E., Cartório de Barra Bonita

Tabela 5.1.1.14 - Coeficiente de mortalidade nêo-natal por 1.000 nascidos vivos, Barra Bonita, 1969/73.

ANO	C.M.N.N./ 1.000 N.V.
1969	41,87
1970	25,32
1971	27,69
1972	26,95
1973	22,35

Fonte : Cartório Registro Civil, Barra Bonita

Tabela 5.1.1.15 - Coeficiente de mortalidade infantil tardio por 1.000 nascidos vivos. Barra Bonita, 1969/73.

ANO	C.M.I.T./ 1.000 N.V.
1969	36,95
1970	28,48
1971	24,66
1972	17,95
1973	19,55

Fonte: Cartório de Registro Civil, Barra Bonita.

A análise deste coeficiente torna-se difícil na situação presente, pois, trata-se de um coeficiente muito sensível aos sub-registros, tanto de óbitos como de nascimentos, e verificando os dados da Tabela 5.1.1.2, nota-se que para o ano de 1973, de acordo com a Pesquisa de Campo, foram encontrados - 37,51% do total de nascimentos do ano ocorridos em Barra Bonita registrados em outros Municípios.

Desse modo, os dados da Tabela 5.1.1.13 deverão serem vistos com certa reserva. Fato inesperado, porém, é o constante das Tabelas 5.1.1.14 e 5.1.1.15, onde nota-se que o contingente neonatal é maior que o infantil tardio para os anos de 1969/73, fugindo de uma certa maneira ao esperado para uma população no atual estágio de desenvolvimento. Por outro lado, vêm ratificar os dados encontrados quanto a natimortalidade, levando a supor a existência de um sistema deficitário de atenção à gestante.

- Número de médicos por mil habitantes.

O número total de médicos existentes em Barra Bonita é de 8, dando uma razão de 0,43 médicos por 1000 hab. Em 1970, a 7a. Região Administrativa do Estado apresentava 0,47 médicos por 1000 hab. Admitindo-se como meta 1 médico para cada 1000 hab., temos para Barra Bonita um déficit de 125%.

- Número de leitos hospitalares gerais.

O número de leitos hospitalares gerais existentes em Barra Bonita é de 64, dando uma razão de 3,46 leitos hospitalares gerais por 1000 hab. Em 1970, a 7a. Região Administrativa do Estado apresentava 3,64 leitos hospitalares gerais por 1000 hab. Admitindo-se como meta 4,5 leitos hospitalares gerais por 1000 hab., temos um déficit de 30%. Barra Bonita não possui leitos hospitalares especializados.

- Porcentagem de óbitos mal definidos em relação ao total de óbitos. (Tabela 5.1.1.16 e 5.1.1.17)

Tabela 5.1.1.16 - Porcentagem de óbitos por causas mal definidas em relação ao total de óbitos, Barra Bonita, 1960/73.

ANO	SEXO		TOTAL
	M.	F.	
1960	2	4	6
1961	4	4	8
1962	5	4	9
1963	2	5	7
1964	2	1	3
1965	2	1	3
1966	8	4	12
1967	1	4	5
1968	9	4	13
1969	11	6	17
1970	13	4	17
1971	8	8	16
1972	4	3	7
1973	3	2	5

* VII revisão até 1968 - VIII revisão 1969/73

Fonte: DEE / Cartório REGistro Civil Barra Bonita.

Tabela 5.1.1.1 - Mortalidade Proporcional por causas mal definidas, Barra Bonita, 1960/73.

ANO	MP
1960	12,00
1961	14,04
1962	10,84
1963	7,00
1964	3,03
1965	3,37
1966	10,34
1967	5,62
1968	12,38
1969	14,53
1970	19,54
1971	20,00
1972	9,33
1973	5,68

A porcentagem dos óbitos por causa mal definida em relação ao total de óbitos refleté em muito a situação dos recursos disponíveis em saúde, uma vez que, são óbitos de pessoas que não receberam nenhuma ou pelo menos adequada assistência médica, durante ou mesmo ao final da doença a que sofreram. Para a tabulação dos óbitos de 1960 a 1968 utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças, VII revisão, e para os óbitos de 1969 a 1973 a VIII revisão. São realmentes elevadas as porcentagens - por óbitos mal definidos, uma vez que em 1971 corresponderam a 1/5 dos óbitos totais. Para a 7a. Região Administrativa do Estado, a porcentagem de óbitos por causa mal definidas foi de - 13,3 em 1967.

- Porcentagem da população urbana servida pela rede de abastecimento de água.

95,27% da população urbana de Barra Bonita se servida por rede de abastecimento de água. Deve-se ressaltar, porém que não existe qualquer tratamento prévio da água a ser utilizada. Para a 7a. Região Administrativa do Estado, 85,8% da população urbana é servida pela rede de abastecimento de água, e 35,0% por água clorada (1970)

- Porcentagem da população urbana servida pela rede de esgotos.

95,90% da população urbana de Barra Bonita é servida pela rede de esgotos. Para a 7a. Região Administrativa do Estado, em 1970, 65,6% da população urbana é servida pela rede de esgotos.

5.1.1.4 Análise Comparativa

A análise dos indicadores feita anteriormente, mostrou um nível de saúde regular para Barra Bonita.

Comparando os valores encontrados relativamente aos equivalentes para a 7a. Região Administrativa do Estado sediada em Bauru, conforme Tabela 5.1.1.18. é possível avaliar que o município estudado apresenta-se dentro dos padrões da Região, porém, deve-se ressaltar como problema importante o as-

pecto da % da população servida por água clorada que é inexistente. Outro aspecto a ser notado é a grande vantagem em relação aos padrões da região em relação à porcentagem população servida por rede de esgotos.

Tabela 5.1.1.18 - Indicadores de saúde selecionados para a 7a. Região Administrativa do Estado e Barra Bonita.

Ind. Localidade	Razão de mort. Proporc.	Mortal infantil Tardia	Mortal. Neo Natal	Nati. Mortal.	Leitos 1000 Hab.	Médicos 1000 Hab	Óbitos por causa mal definidas	% Pop. com água clorada	% Pop.serv. por esgoto
7a. Região Administrati va*	49.9	35.1	31.3	32.8	3.64	0.47	13.3	35.0	65.6
Barra Boni- ta **	59.1	19.5	22.3	34.8	3.46	0.47	5.7	-	95.9

* 7a. Região Administrativa - Triênio 1966/1967/1968

** Barra Bonita - Anos 1970/1973/1974.

Tabela 5.1.1.19 - Mortalidade Proporcional por causas selecionadas, Barra Bonita, 1960/73

Baixas selec. Ano	Doenças coração	Tumores malignos	Doenças transmissíveis
1960	26,00	18,00	-
1961	22,81	19,30	1,75
1962	20,48	10,84	2,41
1963	20,00	10,00	4,00
1964	23,23	9,09	2,09
1965	13,48	12,36	2,25
1966	18,26	14,78	0,87
1967	16,85	16,85	6,74
1968	20,95	9,52	-
1969	19,66	9,40	14,53
1970	19,54	12,64	8,05
1971	25,00	11,25	3,75
1972	34,67	9,33	2,67
1973	25,00	10,23	9,09

5.1.1.5 - Análise da mortalidade por causas selecionadas e da morbidade.

Duas causas de óbito foram selecionadas devido a frequência de aparecimento no obituário de Barra Bonita. São elas doenças do coração e os tumores malignos. Juntas foram responsáveis por 35,23% dos óbitos ocorridos em 1973, (Tabela 5.1.19) fato este, bastante normal, quando a distribuição etária da população favorece os grupos de idade mais avançadas, acarretando, evidentemente o aparecimento de um maior número de óbitos por doenças degenerativas. Quanto à mortalidade por doenças transmissíveis, além de, apresentar-se em níveis elevados, tem o agravante de contar com um contingente de 91,89% de doenças diarreicas no período de 1969 a 1973.

A Tabela 5.1.1.20 apresenta uma relação da notificação de doenças transmissíveis fornecida pelo Centro de Saúde local. Nota-se a grande porcentagem de casos notificados de Schistosomose mansônica, a qual justificaria uma investigação no sentido de descobrir focos da doença na região.

A Tabela 5.1.1.21 apresenta os resultados da pesquisa de campo, referentes a morbidade, encontra na amostra em função do questionário.

Tabela 5.1.1.20 - Doenças Transmissíveis notificadas ao Centro Saúde em 1973 e 1974, Barra - Bonita, zona urbana, 1974.

Doenças transmissíveis notificadas	1973		1974 *	
	nº	%	nº	%
- Hepatite	5	5,49	13	22,41
- Schistosomose Mansonica	64	70,33	23	39,65
- Tuberculose	3	3,30	2	3,45
- Doença Chagas	5	5,49	2	3,45
- Sífilis	3	3,30	4	6,90
- Meningite	-	-	3	5,17
- Rubéola	1	1,10	1	1,72
- Coqueluche	4	4,39	-	-
- Malária	1	1,10	-	-
- Tétano	1	1,10	-	-
- Cachumba	2	2,20	-	-
- Sarampo	1	1,10	-	-
- Febre Tifóide	-	-	1	1,72
- E.Hystolítica	-	-	1	1,72
- Gripe	1	1,10	8	13,79
TOTAL	91	100.00	58	100,00

* até 31/07

Fonte: Centro Saúde de Barra Bonita

Tabela 5.1.1.21 - Distribuição dos casos de doenças segundo a classificação internacional (VIII Pevis Barra Bonita, zona urbana, 1973/1974*

Casos de doenças	Nº	%
- Doenças infecciosas e parasitárias (000-136)	35	16,43
- Tumores malignos (140-209)	2	0,94
- Doenças das Glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo (240-279)	2	0,94
- Doenças do sangue e órgãos hema- topoéticos (280-289)	4	1,88
- Transtornos mentais (290-315)	1	0,47
- Doenças do sistema nervoso e orpãos do sentido (320 -389)	10	4,69
- Doenças do aparelho circulatório (390-458)	20	9,39
- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	86	40,38
- Doenças do aparelho digestivo (520-577)	15	7,04
- Doenças do aparelho genito uriná- rio (580-629)	12	5,63
- Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-678)	3	1,41
- Doenças da pele e tecido celular subcutâneo (680-709)	4	1,88
- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (710-738)	11	5,16
- Anomalias congênitas (740-759)	2	0,94
- Sintomas e estado morbido mal definidos (780-796)	4	1,88

(continua)

Cont.	Nº	%
- Acidentes, envenenamentos e violência (E800-E999)	2	0.94
TOTAL	213	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo multiprofissional.

* até julho de 1974.

5.1.2 Unidade Sanitária

5.1.2.1 Generalidades

De acôrdo com o diário oficial de 7 de junho de 1972, o centro de saúde tipo III deverá ter as características constantes do anexo .

5.1.2.2 Localização : localizado na zona urbana um local de fácil acesso, próximo ao centro da cidade.

5.1.2.3 Horário de Funcionamento

O C.S.III de Barra Bonita funciona em regime de tempo integral, das 8(oito) às 17 (dezessete) horas de segunda à sexta feira.

5.1.2.4 Dimensionamento de Pessoal

O CS conta com o seguinte pessoal:

- 4 médicos, sendo 2 em tempo integral e 2 em tempo parcial. Um dos médicos que trabalha em tempo integral, é sanitarista.
- 4 atendentes em tempo integral, 1 dos quais em Bauru.
- 3 visitantes sanitários em regime de tempo parcial. Um deste funcionários está requisitado para o cartório local.
- 2 motoristas, sendo um em regime de tempo integral (atualmente trabalhando como auxiliar, na emissão de carteiras de trabalho) e um em tempo parcial.
- 3 serventes, sendo 1 em tempo parcial e 2 em tempo integral. Estes serventes estão exercendo função no almoxarifado, na recepção de clientes e na puericultura.
- 2 escriturários em tempo parcial.

O centro de saúde conta ainda com o apoio em nível central, de 2 enfermeiras com curso de Saúde Pública - regional de Bauru.

Comparando este pessoal existente, com o pessoal previsto na diretriz publicada no diário oficial, (anexo) vemos que faltam:

educador sanitário
 auxiliar de lab oratório
 cirurgião dentista
 inspetor de saneamento
 vigia

são insuficientes:

atendentes: a diretriz preve 5 e há 4
 médicos : a diretriz preve 5 e há 4

Há excesso:

serventes: há 3 e a diretriz preve 2
 motoristas: " 2 " " " " 1

Analisando a diretriz do pessoal previsto para um CS III em relação a população da área atendida pelo mesmo, pode-se ver que o pessoal relacionado, destina-se a um funcionamento do CS para uma população máxima de 30000 habitantes.

Se encararmos o fato de que a cidade de Barra Bonita tem aproximadamente o limite mínimo de população - compatível com um CS III isto é, 20000 habitantes, podemos admitir que até certo ponto, o pessoal lotado no CS é suficiente.

Isto implica, porém, na conservação das funções correspondentes aos cargos, o que, para alguns elementos não está ocorrendo. Por outro lado, devido a adaptação às condições locais o CS não conta com serviço odontológico nem com laboratório.

5.1.2.5 Área Física (Anexo)

5.1.2.6 Organograma: não há organograma a nível local.

5.1.2.7 Descrição e Análise das Atividades(anexo)

Vamos descrever e analisar sucintamente as atividades executadas no CS de Barra Bonita.

De maneira geral, as atividades de saúde-

materna e saúde do adulto, são englobadas como uma atividade-única, sendo que, no tocante a saúde da criança existem progrmações não formais de distribuição de leite e imunizações.

Como não há programas normativos de atividades em saúde do adulto, saúde materna e saúde da criança, o CS limita-se ao atendimento da demanda diária de consultas.

Desta forma, não há agendamento prévio de consulta, nem de retornos, o que prejudica não só o andamento do serviço, mas também o acompanhamento do doente e, o mais importante, dificulta até mesmo ao ponto de impedir a motivação para o exame médico periódico de caráter preventivo, - importante para caracterização junto à população do valor saúde.

As fichas clínicas de atendimento são individuais e, desnecessário seria ressaltar a importância e utilidade do prontuário familiar, não só do ponto de vista epidemiológico, como também pela facilidade de contrôle e de atuação do CS sobre a família, quando da realização de consultas em qualquer de seus membros.

Não há pré-consulta sendo que a pós consulta limita-se, segundo as informações obtidas, apenas à orientar sobre a prescrição médica e eventualmente a distribuição de medicamentos. Perde-se desta maneira, pela não execução de pré consulta, uma oportunidade para educação, como poucas poderão existir, uma vez que, é de se admitir que, nos momentos de espera pela consulta, o indivíduo esteja com maior permeabilidade à aquisição de conhecimentos sobre saúde.

Quanto as imunizações, elas são feitas por uma atendente no período de funcionamento do CS o que a - nosso ver dispersa a atividade e dificulta o contrôle.

Não existe programa formal de distribuição de leite. Seguem-se as normas da Secretaria da Saúde, havendo distribuição do leite mediante apresentação e manutenção da caderneta de vacinas devidamente atualizada.

Esta distribuição é feita durante o primeiro ano de vida da criança, podendo, em casos especiais entender-se até o 2º ano. Há atualmente 265 crianças recebendo leite no CS sendo esta distribuição feita durante todo o período de funcionamento do CS, o que também significa dispersão

de atividades e perda de momentos importantes para educação em saúde.

Existe uma norma importante, porém não - seguida com rigor, de distribuição de leite apenas àquelas - mães que, durante a gestação frequentaram o CS para realização do pré-natal.

Quanto à visitação domiciliar, são efetuadas visitas a doentes e comunicantes de tuberculose e hansenia se ou outras moléstias quando necessário.

Atualmente está se desenvolvendo um plano de vacinação para o qual estão sendo feitos levantamentos - em cartório dos nascimentos e verificação dos cartões de vacinas no sentido de haver visitação domiciliar para motivação das mães frente às imunizações.

Os serviços de epidemiologia e estatística apresentam deficiência de notificação das moléstias infecciosas comuns funcionando basicamente para as notificações de tuberculose, hanseniase e esquistossomose.

5.1.2.8 Dados obtidos na amostra

Depois desta análise breve sobre as atividades do CS vamos descrever os resultados obtidos na amostra.

Esta análise, do ponto de vista médico - tem por objetivos:

- tentar determinar a população coberta pelas entidades de assistência médica. Há várias entidades a que se filiam os habitantes da região, encontrando-se mesmo, em algumas famílias, indivíduos com direito a previdência em mais de uma instituição.
- avaliar se a população com direito a uma entidade - faz uso da mesma ou se ocorre má distribuição dos indivíduos junto as entidades, e mesmo junto ao CS.
- avaliar as razões básicas da procura do CS no setor Higiene da Criança tomando como item avaliador os conhecimentos da população sobre finalidade e dosagem das vacinas comuns.

Esta análise, será feita a partir das - respostas obtidas quando da aplicação do questionário às 317 famílias da amostra.

Vamos então analisar comparativamente os seguintes dados obtidos a partir do questionário

- atitude da família frente a doença
- tipo de assistência médica a que as famílias têm direito
- uso das instituições de assistência médica pelos indivíduos

Tabela 5.1.2.1 - Número de famílias, segundo as instituições previdenciárias a que estão vinculadas, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Instituições de Assistência médica	Nº de Famí- lias	%
INPS	206	64,98
IAMSPE	7	2,21
FUNRURAL	6	1,89
SESI	3	0,95
Associação dos Fornecedores de cana Piracicaba	1	0,32
Sindicato dos Trabalhadores Rurais Cooperativa dos Plantadores de ca- na de Jaú	17	5,36
Fundação Pedro Ometto	7	2,21
Não tem direito	33	10,41
Sem informação	31	9,78
	6	1,89
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional

Da tabela 5.1.2.1 é fácil verificar que

apenas 9,78% das famílias não se encontram cobertas por algum tipo de assistência médica enquanto 88,33% tem direito a mesma contra 1,89% de famílias onde não se obteve informação a respeito de direito a assistência médica.

Dos 88,33% há predominância gritante de famílias com direito ao INPS sendo que a segunda instituição em importância é a Fundação Pedro Ometto.

A tabela seguinte coloca em confronto as respostas obtidas para as questões 30 e 31 do questionário, visando avaliar se quando há algum doente na família, esta procura a instituição a que tem direito.

Tabela: 5.1.2.2: Número de famílias segundo a instituição média a que tem direito e atitudes frente a doença, Barra Bonita, zona urbana, 1974 .

Atitude em relação a doença Instituição a que tem direito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9*	Total
INPS	60	36	47	45	-	1	2	15	-	-	206
IAMSPE	1	-	4	-	-	-	-	2	-	-	7
FUNRURAL	1	2	-	3	-	-	-	-	-	-	6
SESI	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	3
Associação Fornecedores de cana de Piracicaba	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sindicato dos Trabalhadores rurais	6	-	1	6	-	1	-	3	-	-	17
Coop. dos Plantadores de cana de Ju	2	1	-	2	-	-	-	2	-	-	7
Fundação Pedro Ometto	17	2	5	5	-	-	-	3	-	-	33
Não tem direito	5	2	16	5	1	-	-	1	-	-	31
Sem informação	1	1	-	2	-	-	-	1	-	1	6
TOTAL	94	44	74	70	1	2	2	28	1	1	317

* Os números do cabeçalho correspondem aos números dos quesitos da questão de número 30 do questionário.

Analisando a tabela 5.1.2.2 verifica-se que a população em geral não procura o órgão institucional a que tem direito e que dentre as famílias sem direito a qualquer tipo de assistência médica apenas 2 em 31 procuram o CS o que dá um percentual de 6,45%.

Tentando ainda analisar as variáveis direito a instituição e uso da mesma vamos analisar a tabela ...
5.1.2.3

Tabela 5.1.2.3: Distribuição porcentual do uso da Entidade previdenciária segundo o direito a assistência médica da população, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Direito a entidade médica \ Uso da entidade	INPS	IAMSPE	FUNPUPAL A.F.C.P. S.T.R. COOP.P.C.J.	SESI	F.P.O.	Não tem direito	Sem Inform.	TOTAL
Sim	55,84	1,58	8,83	0,63	10,41	-	-	77,29
Não	6,31	0,63	0,95	0,31	-	1,26	-	9,15
Médico Particular	2,21	-	-	-	-	0,31	-	2,84
C.S. III	-	-	-	-	-	0,31	-	0,31
Não tem direito	-	-	-	-	-	7,57	-	7,57
Sem informação	0,63	-	-	-	-	0,31	1,89	2,84
TOTAL	64,98	2,21	9,78	0,94	10,41	9,78	1,89	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional

Esta distribuição porcentual, mostra que, para o INPS e o IAMSPE algumas famílias não utilizam estas instituições enquanto que para as instituições de caráter rural, e para a Fundação Pedro Ometto praticamente 100% dos seus segurados fazem uso de seus serviços o que mostra a importância destas entidades em nível local.

É interessante notar que, 9,78% das famílias não tem direito a nenhum tipo de assistência médica e destas, tomadas em números absolutos 77,4% utiliza o C.S. o que, em relação ao total da amostra nos dá 0,31%.

Se agruparmos agora as famílias da amostra em função do uso ou não do centro de saúde teremos que .. 72,23% utiliza o C.S. enquanto 27,13% não o faz (estes dados obtidos a partir da quadra de nº 33).

Considerando agora o uso do C.S. pelas famílias com filhos no sentido de verificar as razões de consultas em saúde da criança temos a distribuição na Tabela 5.1.2.4.

Tabela 5.1.2.4 : Utilização do Centro de Saúde, segundo os motivos de procura, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Uso do C.S.	Motivos							Total
	Vacina	Doença	Controle	Doença Vacina	Leite	Não se aplica	Sem Informação	
Não	-	-	-	-	-	86	-	86
Sim	63	16	4	56	49	18	-	206
Sem informação	-	-	-	-	-	-	25	25
TOTAL	63	16	4	56	49	104	25	317

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

Das 206 famílias que utilizam o C.S. em 18 a questão foi aplicada (por não terem filhos) o que deixa um total de 188 famílias. Em relação a estas 188 famílias é possível calcular em porcentagem os motivos de consulta ao C.S. e temos que:

- 35,51% das famílias vão ao C.S. para vacinação
- 8,51% " " " " " somente quando estão doentes
- 2,13% " " " " " para controle de saúde
- 29,79% " " " " " para vacinar e quando estão doentes.
- 26,06% " " " " " tendo o leite como um dos motivos

Estes dados mostram que:

- 62,30% das famílias utilizam o C.S. para vacinação
- 29,79% " " " " " tendo o leite um dos motivos importantes

É importante também avaliar que a atividade motivadora do C.S. em relação ao valor saúde junto a população deixa a desejar, uma vez que, apenas 2,13% das famílias vão ao C.S. para controle. Com relação às atividades do C.S., uma atividade importante e exercida somente nesta entidade é a vacinação (anexo). Com base neste dado optamos por detalhar mais o questionário sobre vacinas com objetivo de medir a atividade do C.S. em educação da comunidade com respeito de imunizações.

Damos a seguir uma série de tabelas e resultados que serão analisados em conjunto. Inicialmente foi perguntado que vacinas conheciam, obtendo-se os seguintes resultados:

Tabela 5.1.2.5 - Número de famílias segundo o conhecimento de diferentes - vacinas, Barra Bonita, zona-urbana, 1974.

Nº de Famílias *	Vacinas conhecidas	
49	0	
40	1	\bar{x} 2,10
44	2	s 1,74
56	3	s* 0,0986
49	4	
32	5	
310	TOTAL	

* 7 famílias sem informações

Fonte: Pesquisa de campo - Grupo Multiprofissional

Esta tabela nos dá que em média as famílias - conhecem pelo menos 2 vacinas diferentes.

Vejamos agora o conhecimento avaliado pelo tipo de vacina.

Analizaremos primeiramente o B.C.G.

Tabela 5.1.2.6 - Conhecimento da finalidade e do número de doses necessárias de BCG, Barra Bonita, - zona urbana, 1974

Finalidade de Nº de doses	Sabe	Não Sabe	Sem informação	Total
Certo	61 (19,24)	31 (9,78)	-	92 (28,83)
Errado	44 (13,88)	175 (55,20)	-	219 (69,28)
Sem informação	2 (0,63)	2 (0,63)	2 (0,63)	6 1,89
TOTAL	107 (33,75)	208 (65,61)	2 (0,63)	317 (100,00)

Fonte: Pesquisa de campo - Grupo Multiprofissional

- 55,20% das famílias não sabe a finalidade do BCG, - nem quantas doses devem ser tomadas.

- Dos 33,75% das famílias que sabem a finalidade de, 13,88% não sabe as doses necessárias, o que resulta que, apenas 19,24% das famílias, sabe o que é e quantas doses devem ser tomadas do BCG.

Tabela 5.1.2.7 : Conhecimento da finalidade do BCG segundo vacinação, Barra Bonita, - zona urbana, 1974.

Finalidade Filhos tomaram?	Sabe	Não sabe	Sem informação	Total
Sim	87 (32,83)	96 (36,23)	-	183 (69,06)
Não	10 (3,77)	27 (10,19)	-	37 (13,96)
Não sabe	2 (0,75)	40 (15,09)	-	42 (15,84)
Sem Informação	-	2 (0,75)	1 (0,38)	3 (1,13)
TOTAL	99 (37,36)	165 (62,26)	1 (0,38)	265 (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

- Analisando a tabela 5.1.2.7, verificamos que 69,06% das famílias têm seus filhos vacinados com o BCG. Desse apenas, 32,83% sabe a finalidade desta vacinação.

Para a vacina Triplice, foram observados os seguintes resultados:

Tabela 5.1.2.8: Conhecimento da finalidade da vacina tríplice, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Finalidade Nº de doses	Sabe	Não sabe	Sem informação	Total
Certo	39 (12,30)	18 (5,68)	-	57 (17,98)
Errado	20 (6,31)	222 (70,03)	2 (0,62)	244 (76,96)
Sem informação	1 (0,31)	15 (4,73)	-	16 (5,04)
Total	60 (18,93)	255 (80,44)	2 (0,62)	317 (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo. GRupo Multiprofissional.

- 70,03% das famílias não sabe a finalidade nem a dosagem da vacina tríplice.
- Dos 18,93% que sabe a finalidade da vacina, - 6,31% não sabe a dosagem a dosagem, o que resulta que, apenas 12,30 das famílias conhece a finalidade e a dosagem da vacina tríplice.

Tabela 5.1.2.9 : Conhecimento da finalidade da vacina tríplice, segundo vacinação, Barra - Bonita, zona urbana, 1974.

Finalidade Filhos Tomaram?	Sabe	Não sabe	Sem infor- mação	Total
Sim	51 (19,77)	136 (52,71)	-	187 (72,48)
Não	1 (0,39)	18 (6,98)	-	19 (7,37)
Não sabe	1 (0,39)	47 (18,22)	-	48 (18,61)
Sem informação	2 (0,78)	2 (0,78)	-	4 (1,56)
TOTAL	55 (21,32)	203 (78,68)	-	258 (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

- Em 72,48% das famílias, as crianças receberam vacina Tríplice, 19,77% destas famílias sabe a finalidade da vacina.

Para a vacina Sabin os resultados são:

Tabela 5.1.2.10 : Conhecimento da finalidade e doses necessárias da vacina Sabin, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Finalidade Nº de Doses	Finalidade			Total
	Sabe	Não sabe	Sem informação	
Certo	45 (14,19)	7 (2,21)	-	52 (16,40)
Errado	93 (29,34)	172 (54,26)	-	265 (83,60)
Sem informação	-	-	-	-
TOTAL	138 43,53	179 (56,47)	-	317 (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo - Grupo Multiprofissional.

- 54,26% das famílias não sabe a finalidade e a dosagem da vacina Sabin.
- 43,53% que sabe a finalidade da vacina, apenas 14,19% sabe a dosagem correta.

Para a vacina anti-variólica (V.A.V.), os resultados são os seguintes, conforme mostra a tabela 5.1.2.11.

Tabela 5.1.2.11: Conhecimento da finalidade de doses da vacina antivariólica, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Finalidade Nº de Doses	Sabe	Não sabe	Sem informação	Total
Certo	30 (9,46)	2 (0,63)	-	32 (10,09)
Errado	153 (48,26)	130 (41,01)	-	283 (89,27)
Sem-informação	-	-	2 (0,63)	2 (0,63)
TOTAL	183 (57,73)	132 (41,64)	2 (0,63)	317 (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

- 41,01% das famílias não sabe nem a dose, numa finalidade da V.A.V.
- 57,73% sabe a finalidade da V.A. V., mas 48,26% não sabe a dosagem, o que nos indica que apenas 9,46% das famílias sabe a finalidade e a dosagem correta.

Conforme a tabela 5.1.2.12 observamos os seguintes resultados:

Tabela 5.1.2.12 : Conhecimento da finalidade da vacina antivariolica, segundo vacinação, - Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Finalidade Filhos Tomaram?	Sabe	Não sabe	Sem infor- mação	Total
Sim	142 (53,58)	75 (28,30)	-	217 (81,88)
Não	8 (3,02)	5 (1,89)	-	13 (4,91)
Não sabe	6 (2,26)	25 (9,43)	-	31 (11,69)
Sem informação	-	-	4 (1,51)	4 (1,51)
TOTAL	156 (58,87)	105 (39,62)	4 (1,51)	265* (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo.Grupo Multiprofissional

- 81,88% das famílias vacinaram seus filhos - contra a variola, porém somente 53,58% destas famílias conhece a finalidade da vacinação.

Para a vacina contra o sarampo, observamos os seguintes resultados conforme a tabela 5.1.1.2.13:

Tabela 5.1.2.13: Conhecimento da finalidade da vacina de sarampo em 263 famílias cujos filhos foram vacinados, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Finalidade Filhos Tomaram?	Sabe	Não sabe	Sem infor- mação	Total
Sim	139 (52,85)	7 (2,66)	-	146 (55,51)
Não	62 (23,57)	21 (7,98)	-	83 (31,55)
Não sabe	9 (3,42)	22 (8,36)	-	31 (11,78)
Sem informação	-	-	3 (1,14)	3 1,14
TOTAL	210 (79,84)	50 (19,00)	3 (1,14)	263 (100,00)

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

Dos 55,51% que tiveram seus filhos vacinados contra o sarampo, 52,85% sabe a finalidade da vacina, o que mostra que para esta vacina, o conhecimento é bom, talvez pela simplicidade do mesmo.

Tabela 5.1.2.14 : Conhecimento de diferentes vacinas,
Barra Bonita, zona urbana, 1974

Vacina Conhecimento	Vacina			
	BCC	TRÍPLICE	SABIN	VAV
Sim	107 (33,75%)	60 (18,93%)	138 (43,53%)	183 (57,73%)
Não	208 (65,61%)	255 (80,44%)	179 (50,47%)	132 (41,64%)
Sem informação	2 (0,63%)	2 (0,63%)	-	2 (0,63%)
TOTAL	317 (100%)	317 (100%)	317 (100%)	317 (100%)

Fonte: Pesquisa de Campo-Grupo Multiprofissional.

Em resumo pela tabela 5.1.2.14 é possível avaliar que:

- 65,61% das famílias não conhece a finalidade e/ou dosagem do BCC
- 80,44% não conhece a finalidade e/ou dosagem da v.tríplice.
- 50,47% não conhece a finalidade e/ou dosagem da v. Sabin.
- 41,64% não conhece a finalidade e/ou dosagem da V.A.V.

Ainda tentando avaliar a atividade educativa do C.S. junto às mães, tabulamos respostas a medidas que são tomadas frente a diarreia comum.

Tabela 5.1.2.15 : Medidas adotadas pelas famílias frente a diarreia, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Medida adotada	Nº de famílias	%
Nenhuma	21	8,75
Alguma em casa	62	25,83
Procura Socorro	157	65,42
TOTAL	240	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

Para este aspecto as mães, de algum modo - buscam socorro frente a esta situação, ou mesmo tomam medidas por iniciativa própria. Isto talvez se deva também às informações dadas por outros meios de comunicação como radio, Tv, etc.

5.1.2.9 Comentários

Como comentário geral aos dados apresentados, é importante notar que na Unidade Sanitária, o pessoal é suficiente, embora haja em algumas situações, inadequação de carga com função exercida.

Quanto às atividades, durante a análise descritiva das mesmas, fica ressaltada a importância da necessidade de agendamento de consultas, estabelecimento de programas com diretrizes de atendimento nas diferentes áreas: Saúde do Adulto, Saúde Materna e Saúde da Criança, introdução de pré-consulta, bem como a importância do fichário familiar - para facilidade de controle e atuação do C.S. sobre a família como um todo.

Fica também evidente a necessidade de estabelecimento de horários determinados para vacinação e distribuição de leite, visando concentrar estas atividades em períodos do dia, de modo a permitir melhor utilização dos fun

cionários responsáveis, e mesmo dar melhor eficácia a possíveis atividades educativas a serem executadas pelos mesmos, após treinamento especial, quando este se fizer necessário.

Seria também de grande valia a motivação das gestantes a frequentarem o Pré-Natal tornando mais rígida a medida com relação a necessidade do recebimento de leite por parte das mães.

Quanto as instituições de previdência, a cidade de Barra Bonita conta com grande número delas, cobrindo a grande maioria da população, o que poderia ser aproveitado pelas autoridades de saúde a nível local, no sentido de melhor entrosar os serviços, até mesmo pela divisão de atividades pelas instituições, ganhando-se muito em rendimento médico e de pessoal auxiliar.

Nos dados da amostra, ficou evidente a falta de um programa educativo para conscientização da população frente ao valor saúde e frente às imunizações, fato este que é decorrente das condições de atendimento do C.S., sem programas e horários especificamente para as atividades de saúde da criança.

Estes são, de um modo geral, os comentários a serem feitos a partir desta análise global.

5.1.2.10 Conclusões

- O pessoal do C.S. de Barra Bonita é de modo geral suficiente em relação à população da área e a previsão da diretriz do Diário Oficial.
- Existe falha do C.S. no sentido de criar na população motivação pela saúde, uma vez que se atende a demanda diária, e não há agendamento de consultas.
- O C.S. é utilizado principalmente para vacinação e distribuição de leite. O sistema de vacinação e distribuição de leite não está sendo bem aproveitado no sentido de dar melhor rendimento aos funcionários e propiciar momentos educativos aos beneficiários do mesmo.

- Apesar disto, o índice de vacinação da população é bastante razoável.
- Existem várias instituições de assistência médica, - cobrindo 88,33% da população.

5.1.2.11 Sugestões

- Criar agendamento e fichário familiar no C.S.;
- Estabelecer programas formais com diretrizes para atendimento de Saúde do Adulto, Saúde Materna e Saúde da Criança, através de normas gerais de atendimento à população baseadas no estudo de prioridades com os recursos disponíveis;
- Introduzir sistema de pré-consulta, como atividade educativa à população;
- Estabelecer horários para distribuição de leite e vacinação;
- Entrosar os diferentes serviços de assistência médica existentes, e, se possível dividir as atividades entre eles para não haver duplicação de atividades, com desperdício de recursos humanos e materiais.
- Elaborar programa educativo a ser colocado em prática na pré-consulta e em todas oportunidades possíveis quando da estada do cliente no C.S., no sentido de esclarecê-lo sobre vacinas, sua finalidade e dosagem. Isto diminui os gastos em campanhas, pelo aumento do retorno para doses subsequentes.

5.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

5.2.1. Características

O Município de Barra Bonita dispõe de um único-hospital, o Hospital e Maternidade São José. É uma entidade particular de fins não lucrativos, do tipo geral e arquitetura pavilhonar (2 pavilhões, ligados entre si por corredores).

O Hospital e Maternidade São José pertence à "Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância de Barra Bonita; fundada em 3 de novembro de 1950 cujo Estatuto foi registrado no 2º Registro de Títulos e Documentos na 2a. Circunscrição da Câmara de Jaú, no livro A - nº 1, de Registro de Pessoas Jurídicas, sob o nº 23, página 24 (vide Estatuto anexo)

5.2.2. A Associação é administrada por uma Diretoria, eleita anualmente pelos sócios efetivos, podendo ser reeleita. É constituída de:

Presidente
 Vice-Presidente
 1º Secretário
 2º Secretário
 1º Tesoureiro e
 2º Tesoureiro

As funções de Administrador do Hospital são exercidas cumulativamente pelo Presidente da Associação, que, na condição de leigo, não possui qualquer formação em Administração Hospitalar.

5.2.3. Localização do Hospital

O Hospital está localizado na zona central da cidade, ocupando todo um quarteirão, com 5.000 m², limitando-se ao norte pela rua Pio Branco (fachada principal), ao sul pela rua Cônego Francisco Pelgado, ao leste pela rua Marechal Floriano e ao oeste pela rua 14 de Dezembro.

5.2.4. Nº de leitos

Dispõe o Hospital de 64 leitos, dos quais 21, reservados para não pagantes e 45 para pagantes, com um coeficiente de 3,28 leitos por 1.000 habitantes. Este coeficiente foi

extraído da população prevista para 1974, com base no recenseamento de 1970, da Fundação IBCE.

Não há separação de leitos para as diversas especialidades.

5.2.5 Unidades Hospitalares

5.2.5.1. Administração

A Unidade de Administração funciona no 2º pavimento, ao lado esquerdo da entrada principal, vizinho do Berçário, com acesso ao último, pela Secretaria. O serviço é executado por 3 servidores, com exceção da contabilidade que é executada em escritório particular. Os serviços administrativos são feitos empiricamente, sem observância dos princípios básicos de administração.

5.2.5.2. Dependência do Corpo Clínico

Resume-se em uma sala de reuniões, próxima ao incinerador, desprovida de qualquer conforto. O Corpo Clínico é externo, não é organizado e não tem regulamento. Os médicos não têm qualquer vínculo empregatício, atendem seus pacientes no Hospital e se obrigam a prestar assistência aos não pagantes.

5.2.5.3. Ambulatórios

Está localizado no pavimento térreo com os seguintes elementos:

- 1 sala de espera;
- 4 consultórios;
- 1 sala de curativos

O Ambulatório presta serviços especializados de Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica e Otorrinolaringologia, no horário de 7:00 às 19:00 horas.

Existe ainda um depósito de medicamentos localizado ao lado da Secretaria, cujos servidores fazem o seu controle.

5.2.5.4. Serviços Médicos Auxiliares

a) Serviço Radiológico, com os seguintes elementos:

- 1 sala de 24 m² para o aparelho de raios x de 200 miliampères, uma mesa de raios x e um negatoscópio;

1 câmara escura.

São executados apenas radiografias das extremidades ósseas e torax, com uma média de 30 radiografias por mês.

A sala de raios x não tem qualquer proteção contra as radiações.

b) Laboratório Clínico- O Hospital não possui laboratório próprio. Foi cedida uma área física para instalação de um laboratório particular. Os exames de laboratório dos pacientes não pagantes, em contrapartida, são feitos gratuitamente.

c) Serviço de Transfusão de Sangue, com apenas uma sala, tem o seguinte equipamento:

- 1 geladeira "Gelo -Fabril";
- 1 centrifugador "Baby";
- 1 banho-maria "Fanem".

5.2.5.5. Unidade de Enfermagem - Possui 64 leitos assim distribuídos:

- 1 enfermaria com 12 leitos
- 1 enfermaria com 5 leitos:
- 1 enfermaria com 3 leitos:
- 18 quartos com 2 leitos cada; e
- 4 quartos com 2 leitos cada (isolamento).

A Unidade de Enfermagem tem ainda um Posto de Enfermagem, que é usado, também, como Sala de Serviços e Sala de Utilidades.

Verificou-se a existência de um compartimento com 4 berços, destinados à internação de crianças até 7 anos, servindo também como Lactário, sem nenhuma condição sanitária.

Algumas enfermarias e quartos não obedecem às medidas estabelecidas pelas normas técnicas hospitalares. Alguns leitos estão separados por biombo, com prejuízo das áreas de atendimento ao paciente.

O serviço é executado por Atendentes, sem que exista uma só Enfermeira ou Auxiliar de Enfermagem.

Não é comum o uso de uniforme e alguns -

servidores, no horário do expediente, calçavam sandálias.

5.2.5.6. Unidade de Centro Cirúrgico e Obstétrico

O Centro Cirúrgico e Obstétrico é composto de 4 elementos:

a) 1 ante-sala que funciona como Centro de Material e Vestiário de Médicos, contendo, ainda, um lavabo.

Equipamento:

- 1 autoclave horizontal "Sec.Fable";
- 1 esrufa "Fanem";
- 1 esterilizador elétrico.

O Centro de Material funciona mais como Centro de Esterilização, pois a guarda do material é feita em cada unidade.

b) 1 Sala de Operações com 20 m²

Equipamento:

- 1 mesa cirúrgica "Mercedes";
- 1 lâmpada "Scialytica";
- 1 bisturi elétrico "Super Emai";
- 2 mesas de aço inoxidável para instrumental;
- 1 mesa auxiliar;
- 1 aparelho de anestesia "Narcose";
- 1 aparelho de ar condicionado "GE";
- 1 armário;
- 1 mesa com rodízias;
- 1 banco giratório.

A Sala de Operações tem acesso pela ante-sala.

c) 1 Sala de Parto, com 20 m².

Equipamento:

- 1 mesa obstétrica;
- 1 foco de luz portátil " Scialytica";
- 1 encubadora "Fanem";
- 1 aspirador;
- 1 mesa para recém-nascido;

d) 2 salas, uma para Berçário de recém-nascidos normais e outra para prematuros. Estão localizadas ao lado da Secretaria.

Equipamento:

- 12 berços;
- 1 isolete "Fanem";
- 1 aspirador "Newone";
- 1 maca servindo de mesa para asseio;
- 1 armário.

A Unidade de Centro Cirúrgico é revestida com azulejo até a altura de 1,90 m e o restante em massa corrida, pintada a cal.

Existe cruzamento de material e equipamento, embora, de conformidade com as informações colhidas, não sejam comuns as infecções pós-operatórias e pós-parto.

O Berçário não tem ponto de água, sendo a higienização do recém-nascido feita com água transportada em baldes.

5.2.5.7. Unidade de Serviços Gerais

a) Serviço de Nutrição e Dietética. Está localizado na parte posterior do pavilhão principal e é composto dos seguintes elementos:

- 1 despensa com 5,30 m²;
- 1 cozinha com 28,50 m²;
- 1 copa com 13,00 m²;
- 1 refeitório com 28,50 m².

Equipamento:

- 2 geladeiras domésticas;
- 1 fogão a lenha com coifa;
- 1 fogão a gás, doméstico;
- 1 armário de madeira;
- 2 balcões de aço inoxidável, com bacia;
- 1 balcão em "L" para preparo de alimentos.

Os servidores são em número de três, sendo um Copeiro e dois Cozinheiros, não existindo pessoal qualificado com curso de Nutrição.

As refeições dos pacientes são fornecidas no próprio leito.

d) Lavanderia - Encontra-se localizada em anexo ao pavilhão principal e contém o seguinte equipamento:

- 1 máquina de lavar "Stand", com capacidade para 30 kg de roupa seca;
- 1 centrífuga "Stand", com capacidade para 15kg de roupa seca;
- 1 secadora "Stand"; com capacidade para 10 kg de roupa seca;
- 1 ferro elétrico doméstico;
- 1 tanque revestido de azulejo, para lavagem manual de roupa.

A lavanderia está mal instalada, sem nenhuma organização. A fervura da roupa é feita em depósito de ferro, com fogo de lenha.

e) Necrotério - Encontra-se em construção, em fase de acabamento. Compõe-se de duas salas para velório, sendo uma relativamente luxuosa, para pagantes e outra simples para não pagantes.

5.2.6. Condições Sanitárias

De uma maneira geral as condições sanitárias do Hospital não são boas, embora tenha um aspecto limpo em alguns setores, principalmente na Unidade de Enfermagem e na cozinha. A limpeza é do tipo úmido ou seco.

O lixo seco é acondicionado em depósitos variados e transportado para incineração. O incinerador não se encontra em boas condições de funcionamento. O lixo úmido, proveniente da cozinha (restos de comida), é doado para alimentação de porcos, sem nenhum tratamento.

As redes internas de água e esgoto estão ligadas à rede pública. A água não recebe tratamento.

A segurança contra incêndio é muito precária. Existe apenas 2 extintores em todo o Hospital.

A energia elétrica é fornecida pela rede pública e o Hospital não dispõe de equipamento de emergência.

5.2.7. Pessoal

O Corpo Social do Hospital se compõe de 7 médicos sem vínculo empregatício e 28 servidores contratados em regime da C.L.T., assim discriminado:

Médicos:

- 2 obstetras;
- 1 pediatra;
- 1 otorrinolaringologista;
- 1 clínico geral;
- 1 cirurgião geral;
- 1 anestesista

Servidores:

- 3 auxiliares de escritório;
- 2 recepcionistas;
- 12 atendentes;
- 5 serventes;
- 1 copeira
- 2 cozinheiros;
- 1 jardineiro;
- 1 passadeira.

O operador de aparelho de raios x e o servidor do Serviço de Transfusão de Sangue não possuem habilitação profissional e foram treinados no próprio Hospital.

5.2.8. Planta Física

O Hospital não possui planta física atualizada, razão porque não foi feita a sua anexação.

5.2.9. Organograma

O Hospital não possui organograma ou organização estrutural que possibilite a sua confecção.

Situação Financeira . Nenhum dado financeiro nos foi fornecido, com relação ao ano de 1973. Entretanto, através do Cadastro Hospitalar Brasileiro, da Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar, da Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde, publicado em 1973, verificou-se que em 1971 - houve uma receita de Cr\$ 404.000,00 e uma despesa de Cr\$... 374.000,00, com um saldo credor de Cr\$ 30.000,00.

5.2.10 Dados Estatísticos

O Hospital não possui SAME, razão porque não foi-

possível conseguir dados estatísticos relativos ao ano de 1973, a não ser os seguintes, colhidos de outras fontes do próprio Hospital:

Total de internações	2.571
Pensionistas internados	- 1.682
Não pagantes internados	- 889
Cirurgias	- 254
Partos normais	- 472
Clínica geral	- 1.845
Óbitos (total)	- 46

Com esses dados, não foi possível determinar a média de permanência pela fórmula recomendada pelo Curso de Administração Hospitalar. Conferido o número de internações idealizou-se processo para a sua determinação, embora de forma aproximada, através da seguinte fórmula:

$$MP = P : \frac{D}{L \times O}$$

MP = média de permanência

P = período em dias

D = número de internações no período

L = número de leitos

O = porcentagem de ocupação

Sabendo-se que a porcentagem de ocupação de hospitais pequenos gira em torno de 30 a 40%, adotou-se a última, por se aproximar bastante aos resultados obtidos em pesquisa procedida pelo Prof. Borba nos Municípios de Araras e Leme, do Estado de São Paulo.

$$MP = P : \frac{D}{L \times O} =$$

$$MP = 365 : \frac{2.571}{64 \times 0,40} = 3,63 \text{ dias}$$

Ação do Hospital na comunidade—De conformidade com o que foi apurado no inquerito procedido pela equipe multiprofissional, em amostra de 317 famílias residentes na zona urbana do Município de Barra Bonita, o Hospital e Maternidade São José - contribuiu com apenas 45.14% das hospitalizações efetuadas em 1973 -1974. As restantes, 54,86%, foram feitas em outros hospitais da região e da capital (Tabela 5.2.1.).

Tabela 5.2.1. Distribuição da hospitalização de residentes de Barra Bonita, segundo os municípios - Barra Bonita, 1973/74.

Municípios	Nº	%
Barra Bonita	79	45,14
Jaú	85	48,57
Bauru	3	1,72
Botucatu	1	0,57
São Paulo	7	4,00
TOTAL	175	100,00

* Foram entrevistadas 317 famílias e omitidas as respostas aos itens: "Não hospitalizados", "Não sei e "Sem informações", para facilidade de compreensão.

Fonte: pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Com relação aos motivos determinantes dessa evasão de doentes para hospitalização em hospitais de outros municípios, apurou-se, como principais, a falta de especialistas - 39,58% - e o encaminhamento médico - 38,54% - (Tabela 5.2.2).

Tabela 5.2.2.- Hospitalização de residentes de Barra Bonita, em outros municípios, segundo os motivos, Barra Bonita, 1973/74

Motivo	Nº	%
Mau atendimento	8	8,33
Falta de especialista	38	39,58
Falta de cobertura previdenciária	4	4,17
Encaminhamento médico	37	38,54
Desconhece o motivo	5	5,21
Outros motivos	4	4,17
TOTAL *	96	100,00

* Foram entrevistadas 317 famílias e omitidas as respostas aos itens: " Não se aplica" e "Sem informações", para facilidade de compreensão.

Fonte: pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Além dos motivos apontados pela comunidade, apurou-se, junto à administração do Hospital, que o INPS mantém convênio apenas para atendimento de urgência, ocasionando a evasão dos previdenciários para outros hospitais.

Com relação ao atendimento de urgência, a comunidade está muito mau servida, em virtude da não existência de

Pronto Socorro ou plantão médico, no Município.

O Hospital, os demais órgãos de saúde e a Prefeitura não mantêm bom relacionamento, em prejuízo da saúde da comunidade.

5.2.11- Comentários . Com base na análise do que foi apurado sobre assistência hospitalar no Município de Barra Bonita, verifica-se a necessidade de uma integração com o sistema de saúde, e com o governo.

Faz-se necessário, ainda, a implantação de uma administração científica e a ampliação do corpo clínico especializado.

A administração do Hospital é feita empiricamente, sem qualquer planejamento, organização ou controle.

Há necessidade de reequipar alguns setores do Hospital (Centro Cirúrgico e Obstétrico, Serviço de Nutrição e Dietética, Lavanderia, outros).

Face às suas condições sócio-econômicas, o Município de Barra Bonita tem condições de prestar melhor assistência hospitalar a seus munícipes.

5.2.12- Sugestões:

restabelecer o entrosamento entre o Hospital, demais Órgãos de saúde existentes no Município, e Prefeitura;

relacionar-se com hospitais e maiores recursos médicos, para apoio assistencial:

elaborar o Regimento Interno do Hospital, fazendo constar a incompatibilidade do exercício de membro da Diretoria da Associação (órgão deliberativo), com função executiva;

elaborar a organização estrutural (organograma) e administrativa do Hospital (regulamentos, rotinas, outros);

elaborar a organização e regulamentação do Corpo Clínico;

criar o SAME;

contratar pessoal técnico (Administrador Hospitalar, Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de raios x, outros);

dotar o Hospital dos padrões mínimos exigidos pelo INPS para, em futuro, assinar convênio de assistência hospitalar global, evitando, assim, a evasão de previdenciários e consequente diminuição de rendas;

assinar convênio com a Prefeitura para funcionar um Serviço de Atendimento de Urgência, ao lado do Hospital, visando o aproveitamento dos recursos médicos lá existentes;

reformular e ampliar a Unidade de Centro Cirúrgico e Obstétrico;

criar uma Dependência para o Corpo Clínico (Conforto Médico);

separar leitos para Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Pediatria;

entrar em entendimento com a Prefeitura para que o Serviço de Limpeza efetue a coleta do lixo não contaminado seco e úmido (restos de comida), bem como reformar o incinerador para incineração do lixo contaminado;

dotar o Hospital do equipamento necessário (caldeira, calandra outros), na dependência dos recursos financeiros;

adotar o uso de uniforme;

retirar os biombos entre os leitos das enfermarias;

melhorar as condições sanitárias do Hospital: e ampliar o número de leitos para 100, após solução dos problemas descritos.

5.3. ODONTOLOGIA SANITÁRIA

5.3.1. Introdução

Procedeu-se a um levantamento, a fim de reconhecer e identificar a área problema, levantar a prevalência de cárie dental em escolares, verificar o comportamento da população em relação à demanda aos serviços de odontologia e propor as medidas necessárias e cabíveis para a diminuição da área problema na cidade de Barra Bonita.

5.3.2. Análise Descritiva

5.3.2.1. Prevalência de cárie dental:

Foi estimado o C.P.O. através do Método - III de Viegas. O levantamento foi feito em uma amostra de escolares na Unidade Integrada "Dr. Fernando Costa" e no GESC "Vila Operária" da rede estadual de ensino.

5.3.2.2. Amostragem

Dos 1796 escolares na faixa etária de 7 a 12 anos, matriculados nas diversas escolas do município, foram relacionados para a amostra 354 (19,87 %) crianças matriculadas na Unidade Integrada "Dr. Fernando Costa" e no GESC "Vila Operária".- Foram escolhidas estas duas unidades em virtude das mesmas possuírem alunos oriundos de todos os bairros da cidade, inclusive da parte central.

5.3.2.2.1 Técnica da Amostragem:

Partindo do princípio de que uma amostra em torno de 100 elementos, constitui uma amostra significativa, - foi sorteado um grupo de 100 crianças das faixas etárias de 7 e 11 anos, as quais foram determinadas em cada unidade, proporcionalmente. Foram selecionados por meio de uma amostragem sistemática, com intervalo igual a 1,70; da faixa etária de 7 anos, 28 alunos na "Vila Operária" e 73 no "Dr. Fernando Costa"; de 11 anos, 26 alunos no "Vila Operária" e 75 no "Dr. Fernando Costa".

A relação de alunos de 7 anos utilizada na determinação da amostra continha 170 nomes, porém foram encontradas na realidade 158, das quais 88 foram examinadas por terem ocorrido 4 faltas, o que, entretanto, não prejudicou a amostra.

A relação de alunos de 11 anos continha 195 nomes e na realidade foram encontradas 199, das quais 99 fo-

ram examinadas, perfazendo assim um total de 187 alunos examinados, na faixa etária de 7 e 11 anos (88 e 99 alunos respectivamente).

Tabela- 5.3.1. CPO médio estimado pelo Método III de Viegas, em uma amostra de 187 escolares de 7; e 11 anos, de ambos os sexos, da rede estadual de ensino, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Idade	Nº escolares	MID-AT	2ICS-AT	MID	2ICS	CPO-E
7	88	64	...	0,73	...	2,69
11	99	91	88	0,82	0,89	8,21

Légenda:

Nº escolares : números de escolares examinados

MID-AT: número de primeiros molares inferiores direito atacados pela cárie.

ICS-AT: número de incisivos centrais superiores atacados pela cárie

MID: número médio dos primeiros molares inferiores direito atacados pela cárie.

ICS: número médio de incisivos centrais superiores atacados pela cárie.

CPO-E: número médio estimado de dentes cariados, perdidos e obturados

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Tabela 5.3.2. CPO-E pelo Método III de Viegas em escolares de 7 a 12 anos, de ambos os sexos da rede estadual de ensino, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Idade	CPO-E
7 — 8	2,63
8 — 9	3,35
9 — 10	4,80
10 — 11	6,12
11 — 12	8,21
12 — 13	10,35

Legenda:

CPO-E: número médio estimado de dentes cariados, perdidos e obturados.

Fônte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Verificando o C.P.O-E para essa faixa etária de 7 a 12 - anos encontrou-se o valor de 5,91, o qual comparado com as médias nacionais de C.P.O., é considerado alto.

Tabela 5.3.3.2 Relação da média nacional do ataque da cárie dental através do índice C.P.O.

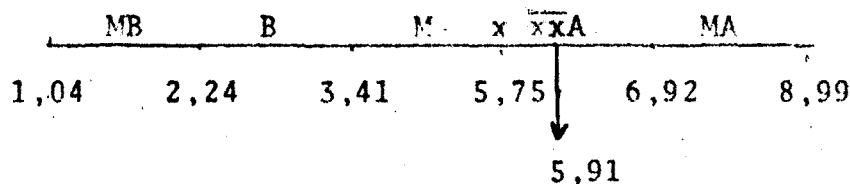
Grau de prevalencia	C.P.O.	
	Muito alto	6,92	8,99
Alto	5,75	6,92
Médio	3,41	5,75
Baixo	2,24	3,41
Muito baixo	1,04	2,24

Legenda:

C.P.O. número médio de dentes cariados, perdidos e obturados.

Fonte: Disciplina Odontologia Sanitária da F.S.P.

Representação gráfica da tabela 5.3.3.



5.3.3.3. Recursos existentes:

Na área do Serviço Público o município - conta com cinco cirurgiões dentistas, destes, três pertencem ao Serviço Dentário Escolar, um ao FUNRURAL e o outro à Fundação - "Pedro Onetto". Dos três cirurgiões dentistas pertencentes ao S.D.E., dois dão atendimento na Unidade Integrada, "Dr. Fernando Costa" e no GESC "Vila Operária", e ambos no regime de trabalho de 8 horas diárias. O outro cirurgião dentista do S.D.E. - foi recentemente designado pela direção desse Serviço para implantação do programa de bochechos fluorados entre os escolares do município.

Foi observado que a única ênfase no tratamento preventivo em relação à cárie dental é dada pelo S.D.E.

através de seus cirurgiões dentistas, os quais conjuntamente com a Administração Municipal, devem iniciar imediatamente uma campanha de bochechos fluorados, estando tudo preparado para que dentro do menor tempo possível seja dado início a referida campanha.

O cirurgião dentista do FUNPURAL trabalha em regime de 3 horas diárias, atendendo em média 15 pacientes por dia, realizando somente profilaxia oral.

Quanto ao cirurgião dentista da Fundação "Pedro Onetto" trabalha 8 horas, dando atendimento completo a 17 pacientes por dia.

São quatro os cirurgiões dentistas particulares que atuam na cidade e todos possuem consultórios bem equipados.

A relação dentista/população é de 1/2052 habitantes, que nos parece razoável em relação a realidade nacional que está em torno de 1/2500 habitantes.

5.3.3. Comentários:

Ao ser feita a análise dos 317 questionários respondidos, verificou-se que 184 famílias, 58,04%, procuram o cirurgião dentista, mas destes, apenas 48,24% (Tabela 5.3.4) o fazem regularmente.

Tabela 5.3.4 População segundo frequência ao cirurgião-dentista, Barra Bonita, zona urbana 1973/74.

FREQUÊNCIA	Nº	%
Nenhuma	104	32,80
Uma	73	23,02
Duas	31	9,77
Três e mais	49	15,45
Não se aplica	57	17,98
Sem Informação	3	0,94
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Quanto aos que não procuram o cirurgião dentista, (41,96%) (Tabela 5.3.5.) ~~12,03%~~, alegam, como motivo principal considerar o atendimento particular caro.

Os indivíduos que não procuram o dentista e aqueles que só o procuram em caso de dor, constituem 61,51% (Tabelas 5.3. e 5.3.6.) da população, formando a área problema.

Tabela 5.3.5- População que não procura os cirurgiões dentistas, segundo os motivos, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Motivo	Nº	%
Não gosta do dentista	4	3,00
Acha distante	3	2,25
Acha desnecessário	11	8,27
Usa dentadura	67	50,37
Falta de tempo	7	5,26
Acha caro	16	12,03
Tem medo	9	6,76
Outros	16	12,03
TOTAL	133	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Tabela 5.3.6 - População segundo o motivo da procura ao cirurgião-dentista, Barra Bonita, zona - urbana, 1974.

Motivo	Nº	%
Dor	150	47,31
Acha necessário	84	26,50
Por conselho dentista	4	1,26
Dor+ acha necessário	35	11,04
Dor + conselho dentista	28	8,83
Acha necessário + conselho do dentista	3	0,94
Dor + acha necessário + conselho de dentista	3	0,94
Não se aplica	9	2,84
Sem informação	1	0,32
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Por outro lado, considerando como situação desejável (área não-problema), aquela composta de indivíduos que procuram o cirurgião dentista de forma regular, independentemente de necessitar ou não, notamos que pequena porcentagem da população está incluída nesta faixa.

Quanto as noções de prevenção de cárie, conclui-se, pelo levantamento que as mesmas existem, sendo porém, elementares, porque, apesar de 79,18% (Tabela 5.3.7) escovarem os dentes como meio preventivo, somente 0,63% (Tabela 5.3.7) ingerem fluor, sendo nula a porcentagem dos que conhecem a relação-ingestão de açúcar/cárie.

Tabela 5.3.7. - População segundo o comportamento em relação à conservação dos dentes, Barra Bonita, 1974

Comportamento	Nº	%
Não faz nada	33	10,41
Escova os dentes	251	79,18
Ingere fluor	2	0,63
Vai ao dentista	2	0,63
Ingere dieta pobre em açúcar	-	-
Escova os dentes e vai ao dentista	5	1,58
Faz bochecho de fluor	3	0,95
Não se aplica	21	6,62
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Notou-se também que das famílias com filhos em idade escolar, apenas 34,25% (Tabela 5.3.8) recebem tratamento odontológico nas escolas.

Tabela 5.3.8 - Escolares segundo o local onde recebem tratamento dentário, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Local	Nº	%
Escola	70	32,41
Outro lugar	64	29,63
Escola + outros	4	1,85
Não sei	4	1,85
Não vai	74	34,26
TOTAL	216	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

No que concerne a relação entre o atendimento por clínicas particulares e o atendimento por clínicas assistenciais e previdenciárias, verificou-se que apesar da população achar o tratamento particular caro e de essa população poder ser considerada de nível econômico inferior, apenas 31,52% (Tabela 5.3.9) tem cobertura odontológica assistencial ou previdenciária.

Tabela 5.3.9 - Populaçõessegundo o local de atendimento,
Barra Bonita, zona urbana, 1974

Local	Nº	%
Barra Bonita-Particular	98	53,26
-Assistencial	58	31,52
Outros municípios	22	11,96
Não se aplica	2	1,09
Sem informação	4	2,17
TOTAL	184	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

A prevalência de cárie entre os escolares deve ser considerada alta em relação às médias nacionais, pois, o CPO-E encontrado foi 5,91 (Gráfico 5.3.1).

A cobertura odontológica junto as escolas deixa muito a desejar em porcentagem de atendimento, porque apenas 34,25% (Tabela 5.3.8) dos mesmos recebem tratamento na escola.

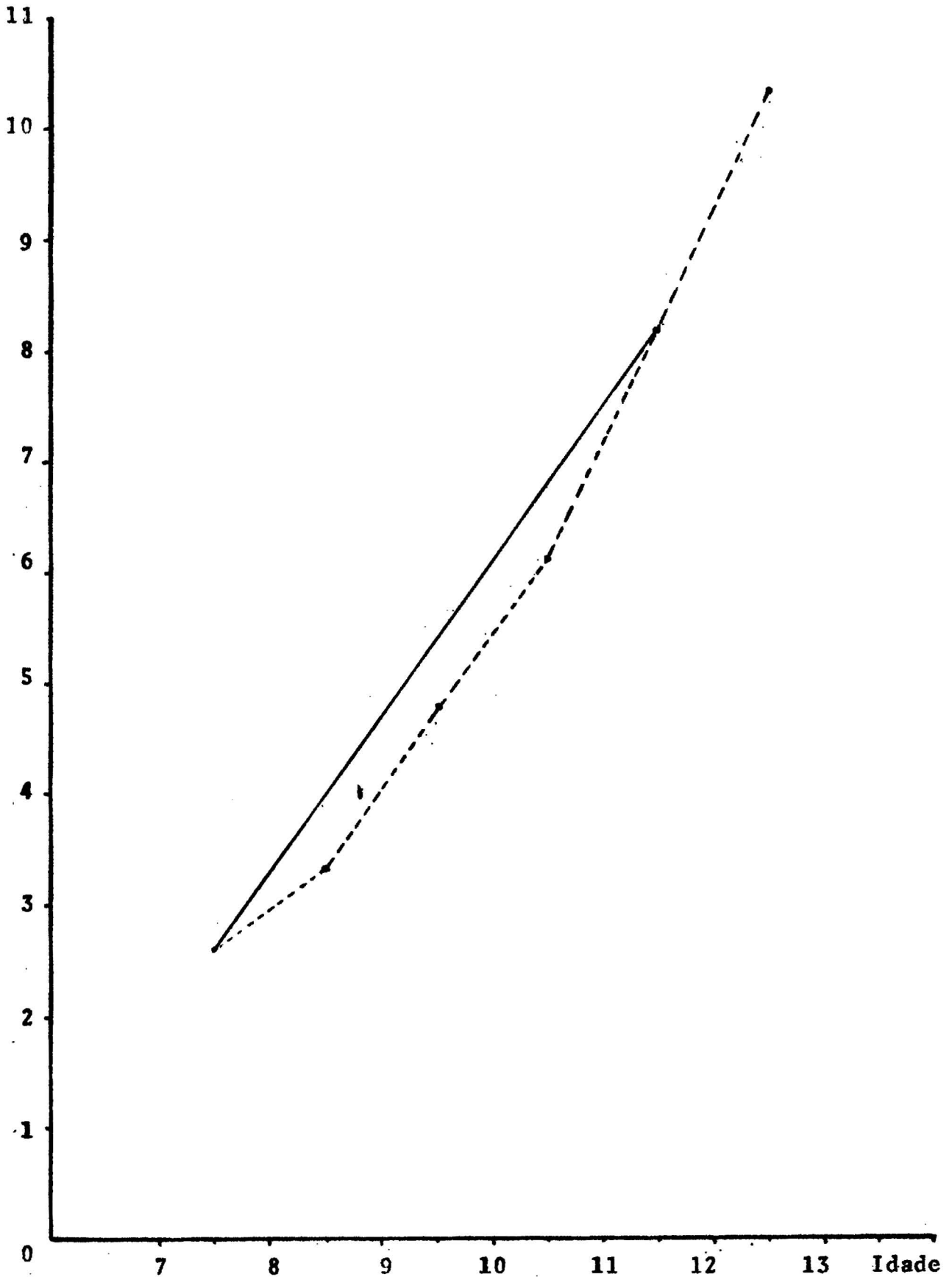
A área problema também deve ser considerada muito grande com certa de 61,51% (Tabelas 5.3.5 e 5.3.6) da população.

A noção de prevenção é bastante elementar.

Sendo o CPO-E entre os escolares considerado alto e inferindo-se o mesmo à população, conclui-se que o número de necessidades odontológicas também é alto e a oferta de atendimento proporcionado pelas entidades assistenciais e previdenciárias fica aquém de um mínimo desejado.

Gráfico 5.3.1. : CPO-E, segundo o Método III de Viegas, em escolares de 7 a 12 anos, de ambos os sexos, Barra Bonita zona urbana, 1974.

C.P.O-E



7 anos - 2,63	10 anos - 6,12
8 anos - 3,35	11 anos - 8,21
9 anos - 4,80	12 anos - 10,35

— CPO. = 5,91

5.3.4. Sugestões

Reinvidicar, junto às autoridades competentes do Estado, o aumento do número de cirurgiões dentistas; para o atendimento nas unidades escolares. É possível a admissão de cirurgiões dentistas em unidades com mais de 400 alunos e consultório instalado, através do Serviço Dentário Escolar do Estado.

Solicitar à direção do S.D.E. a implantação do programa de bochechos fluorados junto aos escolares, pois o material já foi adquirido e existindo um cirurgião dentista responsável por esse programa. O bochecho fluorado a 0,2%, aplicado semanalmente, reduz a incidência de cárie dental em 38 a 40%.

Envidar esforços para conseguir um cirurgião dentista para, junto ao Centro de Saúde, dar atendimento, preferencialmente, às gestantes.

Estudar a possibilidade da criação de um Pronto Socorro Odontológico Municipal, com um cirurgião dentista em regime de 8 horas diárias de trabalho, ou dois cirurgiões dentistas com 4 horas diárias de trabalho, sendo que pelo menos 4 horas diárias devem ser de atendimento noturno.

Estudar a exequibilidade de fluoretação das águas dos mananciais públicos, mesmo sabendo que no caso de Barra Bonita isto torna-se mais dispendioso dado o sistema de distribuição de água contar com oito poços semi-artezianos e nove reservatórios. Aconselharíamos a instalação de fluoretadores que deveriam ser colocados juntamente com os aparelhos de cloração sugeridos pela equipe multiprofissional, quando da análise do sistema de abastecimento de água.

5.4. ASPECTOS DE NUTRIÇÃOINTRODUÇÃO

Para se conhecer a situação alimentar da cidade, juntou-se ao questionário um inquerito alimentar que foi aplicado em 223 famílias num total de 1106 pessoas que corresponde a 70% da amostra.

Foram colhidos dados qualitativos e quantitativos, baseados em informações das donas de casa.

Em complementação ao inquerito alimentar, incluiu-se ao questionário geral uma questão referente ao cultivo de hortas, pomares e à criação de pequenos animais para consumo.

ANÁLISE DESCRITIVA

Mais da metade da população levantada possui quintal onde cultiva frutas, verduras e/ou cria galinhas para consumo próprio, sendo rara a venda desses produtos.

Os resultados encontrados estão apresentados na tabela 5.4.1.

Tabela 5.4.1: Residências, segundo a existência de horta, pomar e criação de animais, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Recursos existentes	Nº	%
Horta	70	22,08
Pomar	38	11,99
Criação	12	3,79
Horta-Pomar-Criação	23	7,26
Horta-Pomar	46	14,51
Horta-Criação	6	1,89
Pomar-Criação	5	1,58
Nenhum	117	36,90
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Como foi objetivo inicial conhecer qualitativa e quantitativamente a alimentação da localidade, levantou-se a frequência com que determinados alimentos são consumidos pelas famílias. Tabela 5.4.2.

Tabela 5.4.2: Famílias, segundo consumo de alimentos, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Consumo Alimentos	Diário		Semanal	
	Nº	%	Nº	%
Leite	121	54,26	81	36,32
Queijo	14	6,28	68	30,04
Ovos	65	29,15	110	49,33
Carnes	14	6,28	211	94,62
Legumes	51	22,87	69	30,94
Verduras	194	87,00	29	13,00
Frutas	74	33,18	76	34,08
Arroz	212	95,07	11	4,93
Feijão	128	57,40	65	29,15
Pão	171	76,68	16	7,17
Açúcar	203	91,03	20	8,97

Fonte: Pesquisa de campo, Grupo Multiprofissional

A quantidade dos alimentos consumidos pelos 223 famílias amostradas foi dividida entre as 1106 pessoas componentes. Desse forma obteve-se o consumo alimentar médio diário por indivíduo. Tabela 5.4.3.

Tabela 5.4.3: Consumo alimentar médio diário, per capita
Barra Bonita, zona urbana, 1974

Alimentos	Consumo (g)
Leite e queijo *	182
Ovos	34
Carnes	78
Legumes	28
Verduras	5
Frutas	55
Arroz	208
Feijão	73
Pão	114
Açúcar	55

* Para efeito de cálculos, considerou-se 40 g de queijo equivalentes a 150 g de leite.

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional

COMENTÁRIOS

De acordo com os padrões alimentares (**) alguns resultados encontrados estão abaixo do ideal como legumes, verduras e frutas.

Embora 87% da população tenha o hábito de ingerir verduras diariamente, a quantidade média de apenas 5 g/dia é insignificante. Esse fato é muito estranho, uma vez que 46% da comunidade possui horta, facilitando o abastecimento e não onerando a renda familiar.

O alimento que aparece em maior quantidade é o arroz, não sendo difícil encontrar-se famílias de 5 pessoas, com consumo de 15 Kg por semana, dando um "per capita" de 428 g/dia quando o recomendado é de aproximadamente 100 g/dia. (**)

(**) MITCHELL, H.S et al. Nutricion y dieta de Cooper. 15a. ed. - Mexico, Interamericana, 1970.

O consumo de carnes, leite e ovos, fornece uma média diária de aproximadamente 25 g. Considerando-se a necessidade proteica média diária da população igual a 49 g (***) ,essas 25 g correspondem a 50% de proteínas de origem animal (proteínas completas). Nutrólogos recomendam um mínimo diário de 40% de proteínas completas, logo, em termos desse nutriente a população está bem situada.

Embora o consumo médio "per capita" de proteína animal da população amostrada esteja dentro das recomendações, pode-se verificar, através da Tabela 5.4.2, que o consumo diário de carnes e ovos é feito por menos de 50% da população; o leite foi consumido por pouco mais de 50%.

Verificamos assim que existe uma parte da população com bons hábitos alimentares, provavelmente sem problemas econômicos e com uma ingestão alimentar diária bem acima da recomendada. Isso vem melhorar o consumo médio diário "per capita" de determinados nutrientes.

A análise dos dados evidencia que a alimentação da comunidade está falha em alguns aspectos.

Acredita-se que essas falhas estejam ligadas mais à falta do conhecimento dos valores nutritivos dos alimentos nas quantidades adequadas, do que a fatores econômicos, uma vez que constatou-se a maior parte das famílias cultivando hortas e pomares e criando pecunos animais para uso próprio.

SUGESTÕES

1- Escolas

Desenvolver através dos professores, programas de educação nutricional, dirigidos à comunidade escolar, a fim de que sejam transmitidos às famílias.

A orientação para professores deverá ser feita por pessoal es-

(***) A necessidade média diária de proteínas, foi calculada através de média ponderada, utilizando-se "THE NATIONAL RESEARCH COUNCIL RECOMMENDED DAILY DIETARY ALLOWANCES- REVISION, 1968.

pecializado da CNAE e SSE ou nutricionista da área.

2- Centro de Saúde

Desenvolver programas de educação nutricional dirigidos às donas de casa, de acordo com as necessidades e recursos locais , através de visitadoras e fiscais sanitários.

A orientação para visitadoras e fiscais sanitários deverá ser feita pela nutricionista da área.

5.5. FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

5.5.1 - Considerações Gerais

O município de Barra Bonita conta com apenas dois Laboratórios, sendo ambos de Análise Clínica. Um dos Laboratórios pertence à Clínica São Jorge, de propriedade particular e o outro instalado no Hospital e Maternidade São José, também é de propriedade particular.

O Centro de Saúde local não possui Laboratório, está enquadrado dentro da categoria CS-3, não prevista com instalação de Laboratório.

5.5.2 - Laboratório São Jorge

Este Laboratório está instalado numa das dependências da Clínica São Jorge, ocupando uma área física de aproximadamente 20 m². O tempo de instalação é de apenas um ano e sete meses, em construção nova, satisfazendo os requisitos de comodidade, luminosidade, ventilação, com aparência muito boa do conjunto das instalações.

Os exames realizados por este laboratório se destinam, unicamente, para atendimento de pacientes particulares. Tais exames são executados por um prático.

O equipamento de que se utilizam é de boa qualidade, em bom estado de conservação, constando de:

- Microscópio;
- Centrifugador;
- Fotocolorímetro;
- Forno de esterilização;
- Estufa bacteriológica;
- Banho-Maria;
- Vidraria e outros complementos de Laboratório.

É executado uma média mensal de 100 exames, com a seguinte diversificação e métodos de análise:

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| - Urinálise | - Bili-Labstix |
| - Parasitológico | - Hoffmann e Faust |
| - Hematológico | - Hemograma e Hemossedimentação |
| - Bioquímica do sangue | - Glicose, Colesterol e Albumina |

- Sorologia para lues
- Microbiológico
- V.D.R.L e Kahn
- Bacterioscopia de secreções, Cultura de Urina e Fezes

5.5.3 - Laboratório São José

O Laboratório de Análise Clínica instalado no Hospital e Maternidade São José pertence a uma Farmacêutica; - atende os serviços de exames do Hospital e outras Instituições. O local onde está instalado é antigo, bem como todas as instalações do Hospital. Ocupa uma área física de aproximadamente 16 m². A luminosidade natural é deficiente, não possui salas especial para colheita de material.

O equipamento constante no Laboratório é constituído de:

- Microscópio
- Centrifugador
- Fotocolorímetro
- Forno de esterilização
- Banho-Maria
- Vidraria e outros complementos de Laboratório

Quanto ao pessoal que dispõe o Laboratório, consta de uma Farmacêutica e uma Auxiliar. São elaborados em média 750 exames por mês, segundo os vários tipos de assistência média (tabela 5.5.1).

Tabela 5.5.1 Distribuição média mensal dos exames do laboratório São José quanto a assistência média, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

	Nº
Particular	150
INPS	87
FUNRURAL	40
IAMSPE	10
SESI	3
Coop. Plantadores de Cana de Jaú	97
Fund. Pedro Ometto	353
Não pagantes	10
TOTAL	750

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Os tipos de exames elaborados por este laboratório e os métodos de análises empregados são os seguintes:

- Urinálise
- Bili Labstixe
- Parasitológico
- Bermann e Hoffmann
- Hematológico
- Hemograma e Hemos sedimentação
- Bioquímica do sangue
- Colesterol, Uréia, Acido Úrico, Bilirrubina, Amilase, Proteína e Fosfatase
- Microbiológico
- Bacterioscopia de escarro, liquor e secreções em geral

5.5.4 - Comentários

O Centro de Saúde não possui laboratório de Saúde - Pública; este fato por si só constitui, um grande embargo para o desempenho das tarefas de atendimento ambulatorial do Centro, bem

como aquelas próprias de Saúde Pública, como por exemplo, não são realizados exames de controle quantitativo para lues, de maneira que o médico possa fazer o acompanhamento de um tratamento, verificando o abaixamento gradativo do título do soro sanguíneo, até a total negatificação e suspensão da medicação. Não são feitos também reações sorológicas para lues quando do fornecimento de cartelas de saúde, pois como se sabe, há exigências do Ministério do Trabalho de anualmente ser necessária a renovação da Carteira da Saúde afim de que o operário possa trabalhar numa empresa. Esta exigência se constitui numa facilidade que se apresenta para a Saúde Pública poder detectar os casos de sorologia positiva e levá-los a tratamento.

Um outro aspecto ainda muito importante, que diz respeito a inexistência de serviços de Laboratórios de Saúde Pública, é também o de não se fazer o exame sorológico para lues em gestantes.

5.5.5 - Demanda de Serviços de laboratório de Análise Clínica.

A instituição de Barra Bonita que mais se utiliza de exames de laboratórios de análise clínica é a Fundação Pedro Ometto. São encaminhados para exames de laboratório uma média de 350 pessoas por mês com um gasto também médio mensal da ordem de Cr\$ 20.000,00 . Do total de exames solicitados pela Fundação uma parte é feita em Barra Bonita e a outra, aliás a maior parte é feita em Jaú.

Houve oportunidade de se conversar com o Administrador da Fundação e conscientizá-lo da conveniência de se instalar um laboratório junto ao sistema ambulatorial já em funcionamento. Essa conveniência se liga a fatores importantes tais como:

- 1) maior facilidade, comodidade e rapidez dos resultados.
- 2) maior economia.

Dentro da ampliação da área física do Ambulatório prevista para os próximos meses será destinada uma parte à instalação de um laboratório de análise clínica.

Ficou bastante claro na entrevista que se manteve com o Administrador daquela Fundação, que além de um bom número de vantagens de ordem técnica e social, acrescia uma que pelo volume de serviço se apresentava como muito importante: os gastos mensais

com os exames, da ordem de Cr\$ 20.000,00.

Na época atual há possibilidade de contratação de um farmacêutico bioquímico com ênfase em Análise Clínica, gastando a Fundação no máximo 50% dos gastos atuais com pagamento de pessoal e manutenção, sobrando os outros 50% para investimento nos equipamentos necessários. Além dessas vantagens apresentadas pode-se afirmar que a faixa de atendimento pode ser aumentada de acordo com a conveniência do atendimento médico.

5.5.6 - Exame Bacteriológico da água

Tendo ocorrido na cidade de Barra Bonita 13 casos de hepatite e 1 caso de febre tifóide, de janeiro até agosto do ano de 1974, levantou-se a suspeita de que a água de abastecimento pública pudesse estar contaminada.

Em virtude de tal ocorrência resolveu-se fazer um levantamento das condições bacteriológicas da água de consumo da população.

O método empregado para o levantamento bacteriológico foi o da membrana millipore cujo processo usado foi o seguinte:

- 1) Foram utilizadas oito amostras de água colhidas em pontos diferentes da cidade, usando-se o mesmo processo de amostragem que se empregou no zoneamento, para realização do questionário.
- 2) Em cada ponto de análise, ou seja, em cada torneira diretamente ligada a rede, deixou-se correr água durante o tempo de 5 minutos aproximadamente. Em seguida, colheu-se uma amostra de 100 ml em copo de aço inoxidável graduado.
- 3) Utilizando-se a bomba que acompanha o equipo fêz-se passar os 100 ml de água através da membrana filtrante MILLIPORE.
- 4) Logo em seguida fez-se passar quantidade suficiente de meio de cultura M-ENDO através da membrana, até se conseguir a saturação.
- 5) Incubou-se em estufa a 35°C durante 24 horas, e logo após procedeu-se a leitura, tendo-se obtido os dados abaixo relacionados

Tabela 5.5.2 Colônias de coliformes por 100 ml das amostras obtidas, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Amostra	Colonias de Coliformes/100 ml
1	32
2	1
3	2
4	10
5	4
6	14
7	13
8	9

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional

5.5.7 Água de Abastecimento Público

Tendo em vista os resultados obtidos nas amostras da água de abastecimento da cidade de Barra Bonita, uma vez que a mesma não apresenta condições satisfatórias, deve-se fazer uma análise das possíveis fontes de contaminação e apresentar algumas sugestões, visando superar os problemas existentes.

No que diz respeito a fontes de contaminação da água, pode-se aventar a hipótese de que os reservatórios possam conter matéria orgânica depositada, de longa data, contendo bactérias em proliferação, que contaminam toda a água que por ele passe, para a distribuição. Outra hipótese seria a de vazamento na rede de esgotos e em virtude da proximidade com a rede de abastecimento de água, e ocasionalmente nas faltas de água ocorrer pressões negativas, passando dessa forma água de esgoto para a rede de água.

Deve-se fazer periodicamente análise bacteriológi-

ca da água distribuída para que sejam obedecidos os critérios de potabilidade previstos no decreto nº 52504, de 28/7/70 da legislação competente do Estado de São Paulo.

Uma vez que a água esteja sendo clorada, além de se fazer o controle bacteriológico é necessário que se faça também o controle de cloro residual.

Dessa forma, se estará prevenindo que a quantidade adicionada a água seja inferior a requerida, ou seja, o cloro será totalmente consumido pela matéria orgânica existente, não sabendo-se se as bactérias existentes foram destruídas. O excesso, também se traduz em desvantagem, não só pelo odor desfavorável e possibilidade de causar alterações digestivas, mas também pelo gasto desnecessário.

A quantidade de cloro livre pesquisada em água potável deve ser da ordem de 0,5 ppm.

5.5.8 Lançamento dos esgotos e suas implicações

Embora não se tenha procedido o levantamento das condições bacteriológicas do rio Tietê, no trecho que passa pela cidade de Barra Bonita, pode-se supor que o aproveitamento balneario não apresente condições de uso como se vem fazendo naquela cidade.

Independente da recomendação que se faz no sentido de que o Município solicite análise bacteriológica da água do Rio, naqueles pontos que são usados para balneario, far-se-á uma análise teórica que justifique as suspeitas de contaminação:

1) O lançamento dos esgotos da quase total população da cidade é feito a montante dos locais usados para banho no rio.

2) Em virtude do represamento do rio Tietê na região de Bariri, a porção do rio que passa pela cidade de Barra Bonita, apresenta correntes muito fracas, tal fato faz com que o carreamento do material em suspensão se de em tempo relativamente grande, determinando desta forma um acúmulo de matéria orgânica de origem fecal nas localidades utilizadas como balneario.

Uma vez que tenha sido analisada a água do rio como se recomenda, e caso se confirme a contaminação de acordo com as suspeitas levantadas, as medidas a serem tomadas pelo Centro de Saúde e Prefeitura locais se dividiriam em duas etapas: primeira, a prazo curto ou imediato, que consistiria em se colocar avisos através de placas nas margens do rio, com dizeres que mostram o perigo de utilização daquelas águas para banho e ainda uma campanha de esclarecimento público dos riscos a que se submetem as pessoas que se banham no rio.

A segunda, a prazo longo, que consistiria em se mudar o sistema de lançamento dos esgotos. Ao invés de se fazer o lançamento in natura, construir um sistema de pré-tratamento para posterior lançamento. Ou então, o que parece ser o ideal, a construção de lagoas de estabilização como solução definitiva do problema de despejos de esgoto da cidade.

5.5.9 Medicamentos e Vacinas

Fez-se um levantamento geral da cidade sobre a disponibilidade de medicamentos e vacinas, não só no que diz respeito aos medicamentos pagos e gratuitos, como também a utilização de vacinas quanto ao seu estado de conservação.

- Medicamentos

Existem na cidade: Farmácias Comerciais - 4
Farmácia da Cooperativa de
Consumo Barra de Igaracú - 1

O Centro de Saúde dá atendimento ambulatorial gratuito, com um mínimo muito reduzido de medicamentos. Não-existe mais nenhuma outra instituição na cidade que faça avia-
mento de receita gratuitamente. Embora o atendimento ambula-
torial dado pelas instituições que prestam serviços de saúde
na localidade, direta ou indiretamente, sejam relativamente -
bons, há dificuldade ou até mesmo impossibilidade da maioria
das pessoas conseguir o aviamento de receitas.

- Vacinas

A Clínica São Jorge possui pequeno estoque de

vacina triplíce, vacina anti-gripal e vacina anti-tetânica, que são aplicadas restritamente em pacientes particulares da Clínica.

A grande quantidade de vacina aplicadas na comunidade é feita pelo Centro de Saúde.

As vacinas que o Centro de Saúde normalmente dispõe para aplicação são as seguintes:

- BCG oral
- Dupla
- Tríplíce
- Antivariólíca
- Anti-Sarampo
- Anti-Tetânica
- Sabin

Um dos aspectos importantes, que diz respeito à conservação das vacinas até sua aplicação é a relação tempo-temperatura. Quase todas as vacinas são conservadas na temperatura correta, ou seja, em torno de 4°C, e dentro do prazo de validade.

A única vacina das que possui o Centro de Saúde que exige requisitos especiais de conservação é a ANTI-SARAMPO, que deveria ser conservada a - 20°C quando não utilizada em período de 7 dias. Não possui aquele Centro refrigerador que preencha os requisitos especiais de conservação daquela vacina.

5.6 - SANEAMENTO DO MEIO URBANO

5.6.1 - Sistema de Abastecimento de Água

5.6.1.1 - Considerações Gerais

A administração dos sistemas de água e esgotos de Barra Bonita é de responsabilidade da Prefeitura Municipal, através do serviço de água e esgotos - S.A.A.E. - autarquia municipal, criada pela lei nº 727 de 22/13/71, cuja implantação data de 02/01/74.

O primeiro sistema de abastecimento de água foi construído, em 1922, constando de captação, adução, reservação e distribuição. É desconhecida a existência de projetos, tanto da primeira etapa quanto das sucessivas ampliações, as quais, segundo informações do órgão local, foram executados em épocas distintas, sem que houvesse projeto, fundamentando-se simplesmente, na perfuração de poços, construção de reservatórios e expansão da rede de distribuição, sem obediência a projetos específicos.

A cidade é praticamente atendida em sua totalidade pela rede pública de abastecimento. Existem 3412 ligações domiciliares em funcionamento. Tal número é maior que o de prédios da cidade, uma vez que, algumas edificações tem mais de uma economia e, conseqüentemente, mais de uma ligação domiciliar, segundo justificativa do S.A.A.E. A tabela 5.6.1, baseada em levantamento feito pela Equipe Multiprofissional, registrou que 95.27% da população da amostra é abastecida diretamente pela rede pública, constituindo-se em um dos maiores percentuais do país. Portanto em termos de atendimento, Barra Bonita, se encontra em situação privilegiada, diante da maioria das cidades brasileiras pois o Plano Nacional de Saneamento - PLANASA - prevê para 1980, um atendimento de 80% da população urbana.

Foi constatado pela Equipe, o excelente atendimento em termos quantitativos, pois, todas as residências com ligações prediais têm água suficiente, o que comprova o fornecimento contínuo do Sistema. Observa-se o orgulho da população com o serviço, fato este, que serve de incentivo aos poderes públicos locais no sentido de dotá-lo das melhores condições técnicas e de modo a ter sempre um sistema viável, auto-financeiável e com água em qualidade e quantidade suficientes.

Tabela 5.6.1 Domicilio segundo a origem da água de abastecimento, Barra-Bonita, zona urbana, 1974

Origem da água	Nº	%
Rede Pública	302	95,27
Poço em casa	-	-
Extra-domiciliar	15	4,73
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo, Grupo Multiprofissional.

Constatou-se o interesse da Prefeitura Municipal, nesse sentido, com a criação do S.A.A.E. que inclusive tomou uma medida muito importante: a colocação de 2850 hidrometros, o que evita os desperdícios, garantindo um melhor atendimento. Do ponto de vista econômico, a medida é de grande significado, pois, acarreta aumento da receita e diminui o consumo de energia elétrica, com o funcionamento das Estações de Recalque, durante menor tempo por dia.

Atualmente, o sistema é constituído das unidades de captação, ~~atuação~~ reservação e distribuição, que a seguir se expõem em detalhes:

5.6.1.2 Mananciais

O principal manancial no município de Barra Bonita é o Rio Tietê, que margeia a cidade. Entretanto, não é utilizado, face a existência de um lençol artesiano de grande disponibilidade, existindo perfurados oito poços profundos, em franco funcionamento, com uma produção diária total de aproximadamente 4.240.000 litros, para um funcionamento médio diário de 12 horas.

Além desses, eram utilizadas, como fonte de abastecimento, duas minas, que foram abandonadas em virtude da contaminação de suas águas, comprovadas por análises bacteriológicas realizadas pela CETESB, em junho de 1970. Suas águas passaram-

a ser utilizadas pela alimentação da piscina do Parque Esportivo Dr. Wady Mucare (Piscinão).

Com a produção atual dos poços (370 m³/h), para o funcionamento de 24 horas diárias, no final do plano, a capacidade de atendimento do manancial será 102,72 l/s. Conforme a tabela 5.6.2, tal valor atenderia aproximadamente, à demanda do sistema até o ano de 1990. Portanto, calcula-se a disponibilidade do manancial até aquela data, com base apenas, em informações do S.A. A.E. Realmente haverá a possibilidade de aumento desta produção, a comprovar-se por testes de vazão dos poços. De posse destes dados, e comprovada a maior disponibilidade do aquífero, será necessária a substituição dos conjuntos, em etapas futuras. Tal procedimento é bem mais recomendável do que o método adotado até agora pois o aumento indiscriminado de poços e de reservatórios, torna o sistema complexo e provoca desequilíbrio de pressão na rede. Por outro lado, a interligação das diversas zonas de distribuição, onde os reservatórios se encontram em cotas diferentes, não-obedecendo orientação técnica, nas suas localizações em relação às características altimétricas da cidade.

Adotando-se as populações estimadas pela Equipe Multiprofissional, o coeficiente do dia de maior consumo (k₁) - igual a 1,20 e o coeficiente da hora de maior consumo (k₂), 1,50 elaborou-se a tabela 5.6.2, para uma demanda diária "per capita" de 200 l/hab/dia.

Tabela 5.6.2. Previsão de consumo e vazões do sistema de abastecimento de água para os anos de 1974, 1984 e 1994, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Ano	População (hab.)	Consumos (m ³)		Vazões (l/s)	
		Médio diário	Dia de maior consumo	Dia de maior consumo	Hora de maior consumo
1974	16,429	3286,5	3943	45,63	68,44
1984	22,161	4432	5318	61,55	92,32
1994	27,893	5578	6693	77,46	116,19

Fonte: Cálculos efetuados pelo Grupo Multiprofissional.

5.6.1.3 Captação

O sistema de captação é constituído de 8 poços profundos, cujas características estão apresentadas na tabela 5.6.3.

Tabela 5.6.3 : Algumas características dos Poços de Abastecimento de Água, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Poço	Vazão (m ³ /h)	Profundidade	Bomba	Tipo de bomba	Nº de conjuntos	Potência (HP)	Rotação (Rpm)
1	50	100	Refaga	Eixo prolongado	1	20	1.750
2	30	...	KSB	Submersa	1	25	1.750
3	60	105	Refaga	Eixo prolongado	1	45	1.765
4	50	...	Refaga	Eixo prolongado	1	45	1.765
5	50	100	Refaga	Eixo prolongado	1	20	1.750
6	50	120	Refaga	Eixo prolongado	1	...	1.450
7	30	120	...	Submersa	1	...	...
8	50	180	Refaga	Eixo prolongado	1	30	3.450

Fonte: Informação do S.A.A.E.

A vazão e profundidade dos poços foram fornecidas pelo S.A.A.E., uma vez que não foi possível sua medida direta.

Baseando-se no fato que algumas bombas já são antigas e utilizadas para vencer grandes alturas manométricas, acredita-se que as vazões efetivamente captadas sejam inferiores às capacidades nominais dos poços. Por isso, recomenda-se a me

dição de vazão dos poços, bem como a determinação dos níveis es
tático e dinâmico, a fim de verificar-se o rendimento dos con
juntos não está tornando anti-econômica, a operação.

Quanto à locação dos poços não se sabe se foi -
feita sob orientação técnica.

5.6.1.4 - Pecalque e adução

Além dos conjuntos existentes para extração de-
água dos poços, o sistema de duas Estações Elevatórias, das quais
uma foi abandonada por recalcar as águas das minas, que deixaram
de ser utilizadas, como fonte de abastecimento.

A Estação Elevatória que se encontra em funciona-
mento, abriga 4 (quatro) conjuntos elevatórios, com os seguin-
tes características:

1º CONJUNTO:

Bomba: REFAGA

Motor: Arno, 100Hp, 60Hz, 1765 rpm, 220/380 volts.

2º CONJUNTO:

Bomba: KSB, Hm = 93m, 50m³/h

Motor: Arno, 30Hp, 60 Hz, 1750 rpm, 220/380 Volts.

3º CONJUNTO:

Bomba: KSB, Hm= 80m, 60 m³/h

Motor: Arno, 30Hp, 60 Hz, 1750 rpm, 220/380 volts

4º CONJUNTO:

Bomba: JACUZZI, modelo 40 GM3

Motor: GE, 40Hp, 60 Hz, 3550 rpm

As águas dos poços 1, 2 e 3 são reunidas em um re-
servatório enterrado de 250 m³, sob a casa de bombas. O conjun-
to de extração do poço 1 alimenta o referido reservatório, por
uma canalização de 100 mm, de ferro fundido, numa extensão de -
15 m, enquanto os dos poços 2 e 3, recalcam em canalização de
ferro fundido de 125 mm em extensões, respectivamente de 150 e -
400 metros.

O 1º CONJUNTO recalca para os dois reservatórios se mi-enterrados da Av. Pedro Ometto, através de uma canalização de ferro fundido de 125 mm de diâmetro e 1200 metros de extensão.

Os 2º e 3º CONJUNTOS alimentam os três reservatórios semi-enterrados da rua Antenor Balsã, através de duas adutores independentes, de ferro fundido, de 125 mm de diâmetro e 550 m de extensão.

O 4º CONJUNTO funciona como reserva para os 2º e 3º CONJUNTOS.

Os conjuntos de extração dos poços 4 e 5 recalcam - numa canalização de 125 mm, de ferro fundido, que alimentam o reservatório semi-enterrado da Rua 9 de Julho, numa extensão total de 700 m, sendo de 300 m a distância do poço 4 ao 5 e, de 400 m, deste último ao reservatório.

A extração das águas do poço 7 é feita através de canalização de cimento-amianto de 125 mm de diâmetro, numa extensão de 400 m.

O conjunto de extração do poço 8 bombeia até o reservatório semi-enterrado, localizado ao seu lado, na Rua Salvador de Toledo, através de canalização de ferro fundido, de 100 mm de diâmetro, numa extensão de aproximadamente, 10m.

Tendo em vista as características dos conjuntos, o diâmetro das tubulações de recalque (125mm) para as mais variados valores de vazão e altura manométrica, depreende-se que os conjuntos elevatórios foram escolhidos empiricamente, podendo acarretar prejuízos para o funcionamento do sistema, quer pela baixa do rendimento dos conjuntos, quer por elevado consumo da energia elétrica.

Há deficiência na montagem dos conjuntos elevatórios principalmente, na Estação Elevatória, onde as válvulas de retenção estão em locais inadequados (a jusante dos registros); os amperímetros não estão corretamente colocados, pois, um deles está ligado a dois motores. Além do mais as válvulas de retenção e manômetros não estão funcionando.

5.6.1.5 - Tratamento

Não existindo tratamento, procurou-se levantar dados sobre as qualidades físico-químicas e bacteriológicas das águas.

Foram feitas análises físico-químicas e bacteriológicas dos poços em abril de 1970, constatando-se boa qualidade das-

águas. Com base nos exames realizados pela CETESB, o tratamento seria dispensável, embora se recomende, por medida de garantia, a desinfecção, por cloro. É evidente a possibilidade de contaminação das águas, principalmente, nos pontos de pressões negativas. Essas contaminações ocorrem quando há intermitência na distribuição, por qualquer motivo, inclusive interrupção para consertos na rede, que devem se supor frequentes, em canalização antigas, como as existentes em grande parte da cidade.

5.6.1.6 Exame bacteriológico das Águas

Foram feitas análises bacteriológicas da água da rede de distribuição, referidas no item 5.5.6, quando se constatou a existência de coliformes nas amostras analisadas. Tal fato confirma a suspeita de contaminação, aludida anteriormente.

5.6.1.7 Distribuição

a) Reservação

A reservação propriamente dita compreende cinco centros de distribuição:

a.1) Centro de Reservação da Rua Antenor Balsi

Constituído de três reservatórios semi-enterrados, circulares, de concreto armado, sendo um de 700m³ e os outros, de 500m³ cada.

Abastece a rede da zona central da cidade.

a.2) Centro de Reservação da Av. Pedro Ometto

Compreende dois reservatórios, semi enterrados, circulares de concreto armado, de 500 m³ cada. - Embora em cota superior ao centro de reservação da Rua Antenor-Balsi, abastece, juntamente com este último, a rede da zona central. A interligação das canalizações abastecidas pelos referidos centros, ocasiona desequilíbrio de pressão na rede.

a.3) Centro de Reservação da Vila Habitacional.

Constituído de dois reservatórios semi-enterrados, circulares, de concreto armado, ambos de 500 m³ de capacidade.

O reservatório mais antigo recebe água do poço 6 e a distribue para a rede da Vila Habitacional. A segunda-
unidade, alimentada pelo poço 7, distribue para a região les
te da cidade, situada ao sul da Vila Habitacional.

a.4) Centro de Reservação da Rua Nove de Julho

Conta com um único reservatório semi-enterra--
do, circular, de concreto armado, de 500 m^3 .

Abastece a área localizada na margem direita
do córrego Barra Bonita. A rede que atende à referida área--
é interligada com as canalizações da zona central, abasteci--
da pelos Centros de Reservação da Av. Pedro Ometto e da Rua
Antenor Balsi. É possível a ocorrência do mesmo problema de
desequilíbrio de pressão.

a.5) Centro de Reservação da Rua Salvador de Toledo

Constituído de um único reservatório semi-en--
terrado, circular, de concreto armado, de 500 m^3 . Alimenta a--
região sudeste da cidade, que margeia o Rio Tietê.

Os cinco centros de reservação, totalizando no
ve reservatórios acumulam 4.700 m^3 de água.

Considerando uma quota "per capita" diária de
 200 l/hab e a reservação necessária igual a $1/3$ do consumo ma
ximo diário, o volume que o sistema já dispõe atualmente terá
capacidade para o atendimento de uma população de cerca de -
 39.166 habitantes. Com isso, se verifica que a reservação está
super-dimensionada, uma vez que a população atual da cidade é
de 16.429 habitantes. A par: da ociosidade da reservação, mo
tivada pela falta de critério nas ampliações executadas, obser
vam-se nas regiões circunvizinhas aos reservató rios, pressões
insuficientes.

As áreas onde se localizam os reservatórios não
estão protegidas, daí, a necessidade de cercá-las. É importante
fazer limpezas externas dos mesmos, bem como, a manutençã--
dos registros de entrada e saída.

Rede de Distribuição

É do tipo ramificada e cobre a totalidade da zoo

na urbana da cidade, numa extensão total de cerca de 56 km. As canalizações são de ferro fundido, aço galvanizado, cimento-amianto e plástico, com diâmetros variando entre 18 e 125 mm. Não existe, entretanto, cadastro quantitativo e qualitativo das canalizações.

Das várias ampliações, inclusive as mais recentes, resultam trechos com diâmetros inferiores a 50 mm.

A rede da parte central da cidade é antiga, sua canalização, com cerca de 40 anos em uso, deve estar bastante desgastada, ou, encrustada.

A distribuição se processa mediante três redes independentes, embora essa separação não resulte compatível com as características altimétricas.

Este problema é mais acentuado nas zonas central e da margem direita do córrego Barra Bonita. Tais zonas, são alimentadas por reservatórios em cotas diferentes, provocando o desequilíbrio de pressão na rede.

Ademais, as partes altas da cidade necessitam de reservatórios em cotas bem mais elevadas que aquelas onde se encontram os atuais, com a finalidade de garantir pressões adequadas. Torna-se, imprescindível, entretanto, que as redes, a serem alimentadas, sejam isoladas das demais, a fim de evitar estouramento das canalizações nas regiões baixas da cidade.

5.6.1.8 - Operação e Manutenção

Na área de captação, considerando a grande quantidade de poços utilizados, a permanência de operadores responsáveis nos locais, durante os períodos de funcionamento.

Numa inspeção feita, constatou-se estado de conservação razoável, com as áreas cercadas, os prédios limpos e pequenas urbanizações em execução.

A manutenção, operação e conversação da Estação Elevatória, também são razoáveis, excetuando-se, as falhas de montagens e falta de manutenção das válvulas de retenção e amperímetros, anteriormente citadas.

Quanto aos reservatórios, necessita-se dispensar, maiores cuidados, ao isolamento da área e manutenção dos registros.

O pessoal efetivo do S.A.A.B. é constituído por

aplicável aos conjuntos de extração dos poços), contendo o tempo de funcionamento das bombas, ~~dados~~ de manutenção corretiva, bem como, um acompanhamento de manutenção preventiva.

- Substituição das válvulas de retenção que estão defeituosas e sua colocação em posição correta (entre a bomba e o registro).

- Colocação de um amperímetro para cada motor, a fim de permitir maior garantia para a operação.

c) Desinfecção das águas, com cloro, podendo colocar os cloradores a montante dos centros de reservação, o que exige a construção de abrigos para os cloradores e/ou bombas dosadoras.

d) Cercar as áreas onde se encontram localizados os centros de reservação, e, fazer manutenção dos registros de saída e entrada dos reservatórios.

e) Cadastrar a rede de distribuição e permitir ampliação somente obedecendo a projeto técnico.

f) Visando melhoria operacional e manutenção do serviço, incrementar o treinamento do pessoal, através de cursos adequados de especialização, tais como os ministrados pela CETESB, em S.Paulo.

g) Rever o sistema tarifário, objetivando um critério justo de cobrança, que possibilite a viabilização dos sistemas, bem como, a estruturação administrativa do S.A.A.E. - É recomendável a elaboração de Estudo de Viabilidade Técnica - Econômica e Financeira.

h) Elaborar projeto técnico, visando sanar as deficiências e garantir um funcionamento adequado, técnico e economicamente, no decorrer dos próximos 20(vinte) anos.

5.6.2 Sistema de Esgotos Sanitários

5.6.2.1 Considerações Gerais

A sua administração é de responsabilidade da Prefeitura através do S.A.A.E.

O sistema de Esgotos Sanitários é do ti-

po separador absoluto. Praticamente toda a cidade é atendida - por rede coletora pública. Segundo o levantamento feito pela Equipe Multiprofissional foi registrado o excelente percentual de 95,90% da população com atendimento pelo sistema, conforme a tabela abaixo.

Tabela 5.6.4- Domicílios segundo o destino dos Esgotos Domésticos, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Destino dos Esgotos	Nº	%
Rede Coletora Pública	302	95,90
Fossa	9	2,84
Rio	2	0,63
Sarjeta	2	0,63
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo. Grupo Multiprofissional.

Segundo informações do S.A.A.E. existem atualmente 3400 ligações, havendo praticamente em igual número de ligações prediais de água.

5.6.2.2. Rede Coletora

É constituída de manilhas cerâmicas (fabricação local). Praticamente toda a rede coletora é de diâmetro de 150 mm.

A construção e ampliações do sistema foram feitas sem obedecer a nenhum planejamento, devido a inexistência de um projeto.

Existem numerosos trechos com extensões entre poços de visitas de até 200 m. Em alguns deles não foram obedecidos os traçados das vias públicas, e os coletores atravessam terrenos particulares. A insuficiência de seção das li

nhas mais solicitadas ocasionam, por ocasião das chuvas, o extravasamento pelos poços de visita, donde se levou a crer a existência de ligações clandestinas de águas pluviais provenientes de esgotamento de patios e quintais.

Em algumas ruas onde a profundidade dos coletores é insuficiente para receber os ramais domiciliares, o esgotamento é feito pelos fundos dos lotes, atravessando a propriedade particular vizinha.

Vários tampões dos poços de visita foram cobertos pela pavimentação asfáltica, o que vem dificultando a operação.

A inexistência de projetos será muito perigosa para o futuro do sistema, pois toda a zona da cidade margeando o Rio Tietê já é coberta por rede coletora de 150 mm. Com a expansão da cidade haverá sobrecargas nos referidos coletores, que funcionarão a jusante das expansões. Tal problema ainda não se evidênciava, pois a topografia da cidade auxilia bastante o funcionamento do esgotamento, face às fortes declividades das ruas.

5.6.2.3 Destino Final

O receptor da quase totalidade dos esgotos da cidade, é o córrego Barra Bonita, que atravessa a cidade no sentido Norte-Sul, até desembocar no Rio Tietê. Os lançamentos são feitos em vários pontos e em ambas as margens. Como a vazão do córrego é muito pequena, torna-se totalmente desaconselhável a sua utilização como corpo receptor. Existe entretanto, três lançamentos diretos no Rio Tietê, que segundo informações não foram feitos em cotas adequadas, provocando represamento quando há aumento do nível de água do rio. Com essa elevação do nível do rio e represamento dos esgotos, a estabilização da matéria orgânica é realizada em plena área urbana, originando condições desagradáveis.

Para evitar a grande quantidade de pontos de lançamento no córrego, é necessário a construção de dois interceptores, em toda a extensão urbana.

A solução mais adequada, é a reunião de todos os esgotos coletados, em local e cota convenientes, ao que parece, próximo à desembocadura do córrego Barra Bonita, com posterior recalque e lançamento, a jusante da cidade.

A necessidade de tratamento deve ser estu

dado em função da capacidade de auto-depuração do corpo receptor (Rio Tietê).

A legislação estadual que dispõe sobre a proteção dos recursos hídricos do Estado de São Paulo contra agentes poluidores, exige, no artigo 13 do Decreto nº 52.490 de 14.07.70, que os efluentes poluidores, entre outras coisas, deve apresentar "materiais sedimentáveis abaixo de 1 (um) ml/l, - em prova de sedimentação de 1 (uma) hora em cone Imhoff". Torna-se portanto, necessário, a redução de materiais sedimentáveis, independente da quantidade de coliformes fecais por 100 ml, lançados no rio, que para o caso (rio classe II) é limitado em .. 2.000 coliformes/100 ml, bem como "D.B.O. em 5 (cinco) dias, 20°C até 5,0 (cinco) mg/l, em qualquer dia" e "Oxigênio Dissolvido - (O.D.) em qualquer dia, maior do que 60% da saturação".

A primeira vista, a solução através de lagoa de estabilização facultativa, aparenta ser a mais viável para o tratamento das águas residuárias da cidade, face a existência de terrenos planos, a jusante da cidade, à margem direita do Rio Tietê, que apresentam área adequada, para receber os esgotos, recalçados do ponto de reunião, anteriormente citado.

Pela eficiência já comprovada deste sistema de tratamento, e considerado a grande vazão do rio no local, o efluente da lagoa de estabilização poderá ser lançado diretamente no Rio Tietê, obedecendo a legislação vigente no Estado de São Paulo.

5.6.2.4 Conclusões e Sugestões

a) Pelos aspectos analisados, é recomendável um novo projeto para o sistema da cidade, uma vez que, a ampliação indiscriminada poderá prejudicar a rede atual, que receberá a descarga das ampliações, o que poderá sobrecarregar a rede coletora, quase totalmente, em diâmetro de 150 mm.

b) Deverão ser adquiridos equipamentos para manutenção do sistema, bem como, se torna necessário uma melhor preparação do pessoal através de cursos especializados.

c) Deverão ser construídos interceptores às margens do córrego Barra Bonita, e reunir os esgotos, com posterior recalque para um ponto a jusante da cidade.

d) É recomendável um estudo criterioso do grau de eficiência requerido para o tratamento. Como sugestão, acredita-se - como solução, a construção de lagoa de estabilização facultativa, a jusante da cidade, à margem direita do Rio Tietê.

5.6.3 Sistema de Águas Pluviais

5.6.3.1 Considerações Gerais

Grande parte das águas pluviais são drenadas pelo córrego Barra Bonita.

As instalações do sistema de águas pluviais iniciou-se em 1958.

Com a expansão da área urbana a Nordeste da cidade e devido à pavimentação de várias ruas, o problema do escoamento das águas pluviais ficou bastante agravado.

Em 1970 a Prefeitura Municipal contratou os serviços da ECHS -Engenharia Civil, Hidráulica e Saneamento - Ltda., firma de São Carlos, para elaborar o projeto parcial de galerias de águas pluviais da cidade.

5.6.3.2 Galerias de Águas Pluviais

A Prefeitura Municipal já executou, com os recursos próprios, 2500m de galerias da obra projetada, dos quais 1700m ficam localizados na principal via de acesso à cidade que é a Av. Pedro Ometto, prioridade esta, devido às grandes declividades existentes nesta avenida em direção ao Rio Tietê, também - por ser o local que mais sentiu problemas de erosão e para possibilitar seu asfaltamento, o qual já foi concluído.

Há ainda na cidade, galerias com trechos menores, perfazendo um total de 800 m, muitas dessas galerias - lançando no Córrego Barra Bonita cujo destino final é o Rio Tietê. O efluente final da galeria é lançado no Rio Tietê e a tubulação assentada apresenta diâmetros que variam de 0,60 a 1,20m.

5.6.3.3 Conclusões e Sugestões

Tendo em vista o esforço despendido pela Prefeitura Municipal para solucionar o problema, e a necessidade do aumento da rede de águas pluviais, torna-se importante a conclusão do projeto elaborado e a elaboração de projeto para ampli

ações futuras, podendo a obra ser executada por etapas, desde que sejam iniciadas em locais mais atingidos.

5.6.4 Lixo e Limpeza Pública

5.6.4.1 Considerações Gerais

É de responsabilidade da Prefeitura - - Municipal, o serviço de lixo e limpeza urbana, compreendendo as operações de coleta e destino final, sendo que, para este fim foi recém-criado o Departamento de Limpeza Pública, pela lei - 884 de 22.8.1974.

5.6.4.2 Acondicionamento

Tabela 5.6.5 Domicílios segundo o acondicionamento do lixo, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Acondicionamento	Nº	%
Lata ou latão aberto	256	80,76
Lata ou latão fechado	32	10,09
Saco plástico	2	0,63
Não se aplica (não acondiciona)	27	8,52
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo, Grupo Multiprofissional.

A tabela 5.6.5 mostra que o acondicionamento do lixo em depósito fechado só se dá em 10,72% da população, sendo que 80,76% usam lata ou latão aberto e 8,52% não acondicionam o lixo, donde conclui-se que 89,28% da guarda do lixo é favorável a proliferação de ratos, baratas e moscas.

5.6.4.3 Coleta.

A coleta do lixo abrange toda a área urbana, sendo feita diariamente.

O pessoal ocupado na operação de varredura e coleta é:

na coleta 5
na varredura... 16
no transporte.. 1
num total de 22 pessoas

O equipamento usado pela Limpeza Pública é o seguinte:

1 caminhão
1 carroça
5 carrinhos
Tendo ainda 2 animais empregados no serviço

5.6.4.4 Destino Final

O lixo coletado pela Limpeza Pública é lançado à céu aberto, na chácara de propriedade do Sr. Manoel Prado a aproximadamente 5 km do centro urbano, numa quantidade média diária de 8 toneladas e sendo aproveitado para criação de porcos.

Tabela 5.6.6 Domicílios segundo o destino do lixo,
Barra Bonita, zona urbana, 1974

Destino do Lixo	Nº	%
Coletado pela Limpeza Pública	282	88,96
Outra forma de coleta	1	0,32
Alimentos de animais	-	-
Queimado	6	1,88
Usado como adubo	3	0,95
Jogado no rio	-	-
Jogado a céu aberto	25	7,89
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo, Grupo Multiprofissional.

A tabela 5.6.6 nos mostra que 88,96% do lixo da população é coletado pela Limpeza Pública, sendo que --

7,89% jogam o lixo a céu aberto e o restante usam como destino final: queimar, usar como adubo e outra forma de coleta.

5.6.4.5 Conclusões e Sugestões

1a. Será de grande necessidade uma campanha de educação sanitária, mostrando à população os prejuízos acarretados de um inadequado acondicionamento e lançamento do lixo como também, os benefícios se os mesmos forem feitos adequadamente.

2a. Em relação ao acondicionamento pode-se:

- a) usar sacos de plástico ou recipiente com tampa de capacidade acima de 100 litros.
- b) conservar os recipientes, como os locais onde são colocados, em condições higiênicas.
- c) acondicionar com papel ou plástico os resíduos provenientes de alimentos, restos de animais, evitando assim acessibilidade às moscas e ratos como também maus odores.

3a. Reduzir em cerca de 30% o custo da coleta, se ela passar de diária para dias alternados, contanto que seja realizada com regularidade, tanto nos dias como nos horários.

4a. Quanto a localização do destino final do lixo, é recomendado aterro sanitário. Baseado em informações locais nesta época do ano a direção do vento é Nordeste, embora se saiba que em outras épocas a direção passa a ser Sudeste, logo para se fazer um aterro sanitário deve-se antes fazer um estudo mais minucioso sobre a direção dos ventos, ficando a cargo da Prefeitura Municipal a escolha do local apropriado, cujo solo deve ser seco e que a área escolhida não esteja sujeita a inundações

A área do terreno necessária para o aterro, tomando como área necessária "per capita" por ano $0,50 \text{ m}^2$, período de utilização do aterro 10 anos e população média aproximada para os próximos 10 anos como sendo 22000 habitantes, é: $A = 0,5 \times 10 \times 22000 = 110000 \text{ m}^2$ ou 11 hectares.

Para a execução deste aterro será interessante observar que:

- a) o lixo seja colocado de maneira controlada no

local.

- b) o lixo seja espalhado e compactado em camadas
- c) o lixo seja coberto todo dia, com uma camada de -
15 cm de terra
- d) depois de coberto, deve sofrer diariamente nova -
compactação
- e) na última fase do aterro, deve-se colocar uma ca-
mada de 60 cm de terra, que sofra compactação.

Observação: A cobertura bem feita, rápida, contínua, compactada e o fechamento das rachaduras sobre a superfície e final, proporciona um controle eficiente de ratos e moscas, como também de odores.

Não se deve queimar o lixo ao ar livre evitando assim poluição do ar. Também deverão ser tomados cuidados tentando evitar poluição de águas subterrâneas ou superficiais.

Terminando o aterro, o terreno utilizado, poderá servir como jardins, parques ou para outros fins.

5.6.5 Poluição das Águas

5.6.5.1 Considerações Gerais

A bacia hídrica mais importante da região, é a do rio Tietê.

Entre seus afluentes o de maior interesse para a comunidade é o Córrego Barra Bonita que atravessa a cidade.

5.6.5.2 Análise Descritiva

O Rio Tietê foi classificado de acordo com a legislação vigente do Estado de São Paulo, como sendo de águas Classe II.

O Decreto nº 52490 de 14.7.1970 no artigo 13 especifica as exigências que deverão ser obedecidas pelos efluentes de quaisquer fontes poluidoras.

Quanto à poluição motivada por resíduos industriais existe um controle eficiente por parte da CETESB,

principalmente no tocante aos despejos da Usina Barra Bonita que é a maior fonte poluidora.

No que diz respeito aos esgotos domésticos, não foi possível determinar se as exigências legais estão sendo cumpridas. Entretanto, acredita-se que, principalmente os aspectos relativos a materiais sedimentáveis, não correspondem aos padrões exigidos.

5.6.5.3 Conclusões e Sugestões

Conclui-se que o problema de poluição das águas, face ao controle existente, resume-se praticamente ao lançamento "in natura" dos esgotos domésticos da cidade e sugere-se que seja feito um estudo criterioso sobre a necessidade do seu tratamento.

5.6.6 Poluição do Ar

5.6.6.1 Considerações Gerais

A cidade, apesar da existência de grande número de estabelecimentos industriais, principalmente de cerâmicas, não enfrenta grandes problemas de poluição do ar, a não ser quando da época da queima da cana-de-açúcar, face a existência na zona urbana da grande usina de cana-de-açúcar Barra Bonita.

5.6.6.2 Análise Descritiva

Considerando a possibilidade do aumento da produção da usina e conseqüentemente o da poluição atmosférica - devido à queima da cana-de-açúcar, o problema poderá ser agravado e portanto merece atenção dos poderes públicos locais.

5.6.6.3 Conclusões e Sugestões

Solicitação de técnicos da SUSAM, órgão estadual competente no assunto, para um diagnóstico preciso sobre o que a poluição do ar pode representar para a saúde da população e a sua conseqüente solução.

5.6.7 Habitações

5.6.7.1 Aspectos Construtivos

Tabela 5.6.7 Domicílios segundo o tipo de construção da habitação, Barra Bonita, zona urbana, 1974

Tipo de Construção	Nº	%
Alvenaria	313	98,42
Madeira	5	1,58
Mista	-	-
Taipa	-	-
Sem informação	-	-
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo, Grupo Multiprofissional

Tabela 5.6.8 Domicílios segundo o tipo de forro da habitação, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Tipo de Forro	Nº	%
Lage	25	7,88
Madeira	137	43,22
Estuque	9	2,84
Eucatex	54	17,03
Não possui	92	29,03
TOTAL	317	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo, Grupo Multiprofissional.

Pelas tabelas 5.6.7 e 5.6.8, e, sabendo-se que no levantamento da Equipe Multiprofissional 100% das habitações são cobertas por telhas, bem como 97% das habitações têm iluminação

elétrica, conclui-se que as habitações tem condições de habitabilidade.

5.6.7.2 Condições Sanitárias

Tabela 5.6.9: Domicílios segundo o número de cômodos por domicílio, Barra - Bonita, zona urbana, 1974.

Nº de comod0s/Domicílio	Nº	Total do nº de Cômodos
1	28	8
2	22	44
3	97	291
4	110	440
5 ou +	80	400
TOTAL	317	1183

Fonte: Pesquisa de Campo, Grupo Multiprofissional

Analisando a tabela 5.6.9 e sabendo que a população levantada foi 1573 habitantes, tem-se, no mínimo, para a relação-número de cômodos por habitantes o valor $\frac{1183}{1573} = 0,75$, o que resulta praticamente um cômodo por habitante.

5.6.10: Domicílio segundo a existência de artrópodes e roedores, Barra Bonita, zona urbana, 1974.

Artrópodes e Roedores	Nº	%
Moscas	36	11,35
Baratas	9	2,84
Pernilongos	50	15,78
Moscas e pernilongos	38	11,98
Moscas, baratas e pernilongos	62	19,56
Moscas, baratas e ratos	4	1,26
Moscas, baratas, ratos e pernilongos	53	16,73
Outros	3	0,94
Não existem	62	19,56
TOTAL	317	100,00

A tabela 5.6.10 mostra que 40,39% dos domicílios têm problemas com baratas, 60,88% problemas com moscas e com ratos, o que indica a necessidade de maior atenção aos hábitos de higiene do lar, e ao saneamento do meio no que se refere a esgotos e lixo.

Quanto à origem da água de abastecimento, destino de esgotos domésticos, existência ou não de instalação sanitária na casa e destino do lixo, já comentados, é de um modo geral razoável.

5.6.7.3 Conclusões e Sugestões

Campanha de educação da população para problemas com higiene do lar e melhoria nos aspectos relativos -

ao Saneamento do Meio (água, esgotos e lixo).

5.6.8 Piscinas

5.6.8.1 Considerações Gerais

Possui Barra Bonita, uma piscina pública, conhecida por Piscinão no Parque Esportivo Wady Mucare, e duas piscinas particulares, pertencentes à Associação Atlética Barra-Bonita e ao Ideal Ponte Clube.

5.6.8.2 Características das Piscinas

O Piscinão, com o formato do mapa do Estado de S. Paulo, margeia o Rio Tietê e sua capacidade é para .. 2.500 m³. É uma piscina de água corrente, com quebra-ondas, sendo frequentada pela população da cidade na maioria crianças e adolescentes, como também por turistas. Não há controle do número de frequentadores, mas, sabe-se que esse número é maior aos domingos. Possui 16 boxes para banho masculino e 18 para feminino, além de 30 cabines que servem de vestuário e 10 sanitários. O conjunto aquático, que possui uma lanchonete, é arrendado.

A área útil do Piscinão é de aproximadamente 1200 m² com capacidade para não mais de 400 banhistas.

As piscinas dos clubes, possuem quebra-ondas, têm tratamento através de filtração com utilização de produtos químicos. São dotadas de trampolim com 2 (duas) alturas. A piscina da A.A.B.B. tem dimensões de (25x18)m², podendo ser utilizada no máximo por 150 banhistas. Dispõem de 2 (dois) funcionários para sua manutenção. No I.P.C., sua piscina tem (25x15)m² de dimensões. Conta com 3 (três) funcionários para sua manutenção. Pode ser utilizada no máximo por 125 banhistas.

Ambos os clubes ainda possuem piscinas infantis, com formatos irregulares, que recebem o mesmo tratamento das outras.

Nos dois clubes, a cada três meses são feitos exames médicos e controle de vacinação anti-variólica, nos usuários.

5.6.8.3 Conclusões e Sugestões

No Piscinão é necessário, o controle médico dos banhistas, fiscalização do banho obrigatório antes de entrarem na piscina e fazer, periodicamente, exame bacteriológico da água.

A grande falha técnica notada, que impede uma boa manutenção sanitária da piscina é a falta da descarga de fundo não permitindo renovação total das águas.

Nos clubes deve-se exigir a ducha dos usuários antes da entrada na piscina e também fazer periodicamente exame bacteriológico da água para teste da qualidade.

5.6.9 Cemitérios

5.6.9.1 Considerações Gerais

O cemitério está localizado a sudoeste da cidade, próximo à margem do Rio Tietê, a jusante, sendo que pequena parte de sua área encontra-se desocupada.

5.6.9.2 Características do cemitério

No cemitério trabalham dois operários para manutenção, abertura e fechadura de covas. É arborizado nas alas principais e tem calçamento em grande parte. Possui capela, necrotério, instalação sanitária e, é totalmente iluminado.

Não existe drenagem, e quanto à retirada de resíduos sólidos (papel, folhas, etc) é feita regularmente.

5.6.9.3 Conclusões e sugestões

O cemitério encontra-se em bom estado de conservação e limpeza.

Será aconselhável um sistema de drenagem e se possível calçar a parte restante, permitindo um melhor escoamento das águas pluviais.

5.7.- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

5.7.1 - Introdução

A assistência de enfermagem no Município de Barra Bonita será analisada sob dois aspectos: o Centro de Saúde e a Fundação Pedro Ometto.

5.7.2 - Análise Descritiva do Centro de Saúde

a) Características do Pessoal

O Centro de Saúde em estudo é tipo III (Diário-Oficial - 10-6-1970), sendo que as atividades de enfermagem deverão ser executadas em número máximo por 5 (cinco) visitadoras sanitárias e 5 (cinco) atendentes, tendo como supervisora a Enfermeira da Regional de Saúde com sede em Bauru.

A equipe de enfermagem lotada no Centro de Saúde é constituída dos seguintes profissionais:

- 2 Enfermeiras de Saúde Pública a nível Distrital em tempo integral;
- 3 Visitadoras sanitárias a nível local, em meio período (7 - 13:00 hs), sendo que uma foi requisitada para o Cartório eleitoral;
- 4 Atendentes a nível local, estando três em período integral e uma em meio período em Bauru.

b) Normas Técnicas de Atendimento de Enfermagem

Não há normas técnicas referentes as atividades, treinamento e supervisão do pessoal de enfermagem à serem desenvolvidas na Unidade Sanitária.

A enfermeira a nível distrital tem sob supervisão, além da propria Regional de Bauru, mais 21 (vinte e um) Municípios.

c) Visitadoras Sanitárias:

As duas visitadoras sanitárias estão atualmente, executando em Programa de Vacinação por Etapas (Anexo) que resumidamente se compões das seguintes partes:

- levantamento do número de nascidos e residentes em Barra Bonita no período de 1/1/70 à 1/8/74,

- verificação das crianças com caderneta de vacinas completas e incompletas e das que não possuem.
- visita as famílias das crianças com cadernetas incompletas e recrutamento de novas crianças para vacinação e abertura de cadernetas.

As visitadoras estão trabalhando no serviço há oito meses e não tiveram treinamento inicial sobre atividades a serem desenvolvidas pela profissional.

d) Atendente:

As atendentes lotadas no Centro de Saúde executam todas as tarefas de assistência de enfermagem nas áreas de: Saúde da Criança, Saúde Materna, Saúde do Adulto e Imunização no Centro.

Na Saúde Materna, da criança e do adulto, atende-se a demanda, sem que haja agendamento de consultas, ficando a pós-consulta com a atendente, que orienta o cliente sobre a medicação prescrita, tratamentos e noções de higiene.

A aplicação de vacinas são realizadas de 2a feira a 6a feira em todo o período às crianças de 0 - 7 anos e gestantes e aos clientes que necessitem para a carteira de saúde, seguindo as normas do esquema da Secretaria de Saúde do Estado.

Na sala de imunização e de pequenos curativos é realizado a limpeza do material e acondicionamento para esterilização.

Participam na programação da distribuição do leite às crianças de 0 - 1 ano inscritas no serviço. Essa programação é desenvolvida através das seguintes normas:

- A criança deve estar inscrita no serviço de saúde da criança para controle de saúde e com caderneta de vacinação em dia.

- é fornecida a cada criança a quantidade de 1 a 4 latas de 450 g, que dependerá das condições socio-econômicas da família, como complementação do aleitamento materno.

- é fornecido o leite para crianças até 2 anos, segundo critério médico.

o horário da distribuição é concomitante com o da consulta médica ou do controle da criança.

- o leite distribuído é o Elodon e é Pulvolac.

Atualmente estão inscritos no serviço 255 crianças sendo que destas, 240 estão com a vacinação em dia.

5.7.3 - Comentários da Assistência de Enfermagem no Centro de Saúde

A partir da análise feita, observamos a inexistência de Normas Técnicas sobre programas, treinamento e supervisão do pessoal de enfermagem na assistência ao cliente pela enfermeira da Regional, que nos parece ser pela sobrecarga de responsabilidades, pois a mesma, supervisiona 21 municípios além da Regional de Saúde.

Dentro do pessoal de enfermagem existente no Centro, vimos como prioridade de treinamento, as atividades a serem desenvolvidas pelas visitadoras sanitárias, por serem as mesmas, o elo de ligação do Centro de Saúde com a comunidade, dando um caráter dinâmico ao mesmo.

O fato das visitadoras, não terem tido treinamento na admissão e de não terem treinamento e supervisão periódica pela enfermeira responsável, de trabalharem as duas juntas em meio período, nos parece ser um dos maiores obstáculos ao objetivo de dar um melhor atendimento a população alvo em termos de educação em saúde à comunidade.

Segundo dados fornecidos pelo Centro, as visitadoras realizam em média 200 visitas domiciliares por mês, sendo que, dos dados colhidos na pesquisa de campo multiprofissional, observamos que 43,85% das famílias receberam a visita do pessoal do Centro desde o início do ano, não especificando o tipo de profissional. (Tabela 5.7.1)

**Tabela 5.7.1 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE VISITA DOMICILIANA
BARRA BONITA, ZONA URBANA, 1974.**

VD	Nº	%
Sim	139	43,85
Não	170	53,63
Não sei	7	2,21
S/informa ção	1	0,32
TOTAL	317	100, 00

Fonte: Pesquisa de Campo - equipe multiprofissional.

Quanto ao programa de vacinação por etapas, observamos, que dentro de suas capacidades, as visitadoras estão desempenhando a melhor maneira.

O programa de vacinação (Anexo) em si, nos parece muito bom e exequível nas condições existentes do Município, estando falho apenas quanto a parte educativa do mesmo, que fará, com que a população após o seu termino não retorne ao centro de saúde para continuação das vacinas e tornando-o oneroso a curto-prazo, como analizaremos a seguir:

A partir dos dados colhidos na pesquisa de campo, observou-se que:

- de todas as vacinas, uma grande porcentagem da população que tomou as conhece (gráfico 5.7.,) e que aproximadamente metade que não conhece tomou as vacinas (gráfico 5.7.2)
- dos individuos que não tiveram nenhuma informação sobre as vacinas, é marcante a grande porcentagem do desconhecimento a respeito da vacina, contra o sarampo. (Gráfico 5.7.3)
- Mais da metade dos individuos que tomaram as vacinas inquiridas, não sabem a finalidade das mesmas (gráfico 5.7,4)

Quanto ao trabalho desenvolvidos pelas atendedoras

nos chama a atenção o fato de executarem todas as tarefas de Enfermagem da Unidade Sanitária sem treinamento e Supervisão contínua.

Em relação ao programa de distribuição de leite como complementação ao aleitamento materno, observamos através da pesquisa de campo que 26,06% das mães inqueridas, vão ao Centro, com a finalidade de adquirir o leite e relegando a segundo plano o controle de saúde.

5.6.4. - Sugestões

A partir, das condições existentes em relação ao pessoal de enfermagem lotado no Centro de Saúde, da análise e comentários realizados através da pesquisa de campo e do levantamento de dados no Centro de Saúde propomos o seguinte:

- as visitadoras deverão ter um treinamento inicial - sobre as atividades a serem desenvolvidas em serviço, onde deverão ser abordados aspectos técnicos e educativos de:

- vacinação
- visita domiciliar nas áreas de atendimento
- pós consulta
- orientação e supervisão das atendedoras

- as visitadoras deverão trabalhar em períodos alternados, para melhor rendimento do trabalho.

- as atendedoras deverão ter um treinamento periódico - em serviço em relação às técnicas de enfermagem de suas responsabilidades.

- as atendedoras deverão ser treinadas na pré-consultas

- todo pessoal de enfermagem deverá ter um treinamento na admissão e treinamento e supervisão periódica pela enfermeira da Regional.

- deverá ser feita estatísticas de todas as atividades desenvolvidas, para avaliação do serviço.

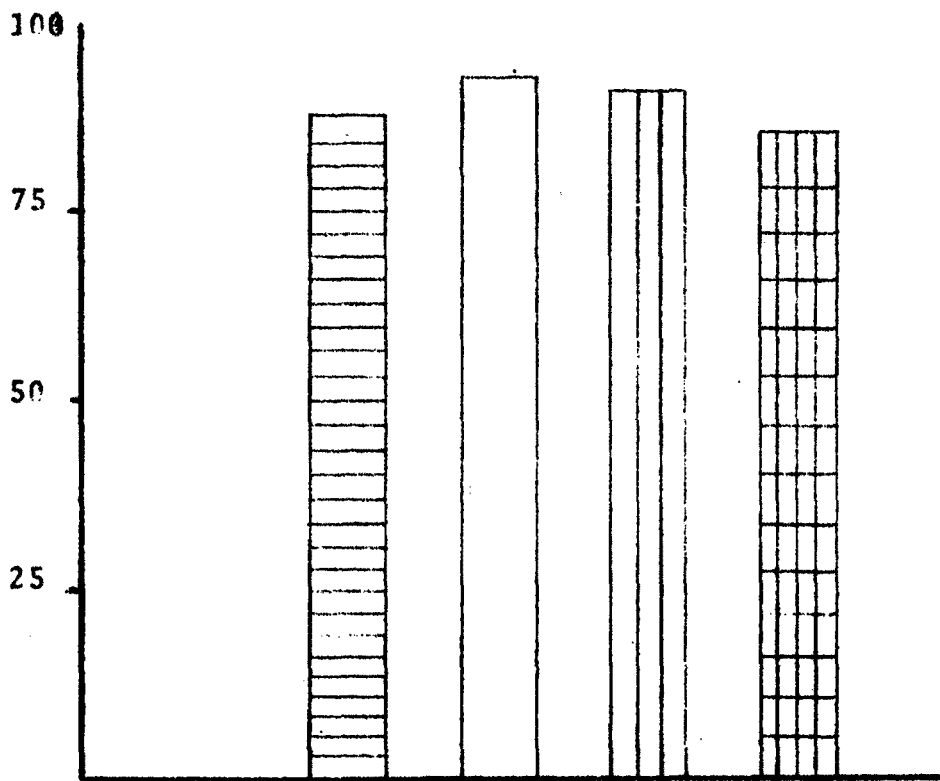
Gráfico 5,7,1 - Frequencia das pessoas que conhecem a finalidade das vacinas contra a tuberculose, varíola, sarampo e a vacina tríplice, e tomaram-nas, na zona urbana do município de Barra Bonita, em 1974.

Gráfico 5.7.2 - Frequencia das pessoas que não conhecem a finalidade das vacinas contra a tuberculose, varíola, sarampo e a vacina tríplice e tomaram-nas, na zona urbana do município de Barra Bonita, 1974

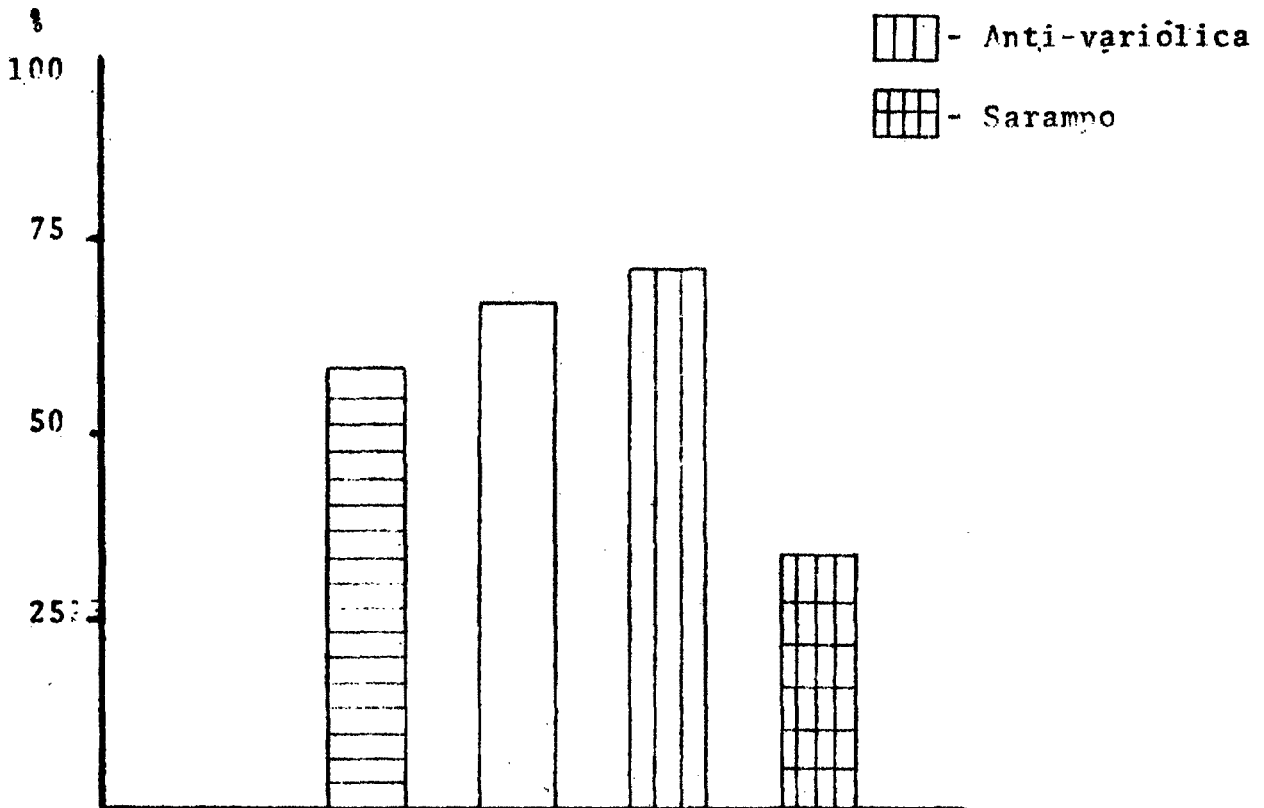
Gráfico 5.7.3 - Frequencia das pessoas que não conhecem a finalidade das vacinas contra a tuberculose, varíola, sarampo e a vacina tríplice, e não as tomaram na zona urbana do município de Barra Bonita, em ... 1974.





Gráfico 5.7.4 - Frequencia das pessoas que tomaram as vacinas contra a tuberculose, varíola, sarampo e a vacina - tríplice, e não as conhecem, na zona urbana do município de Barra Bonita, em 1974.

5.7.1

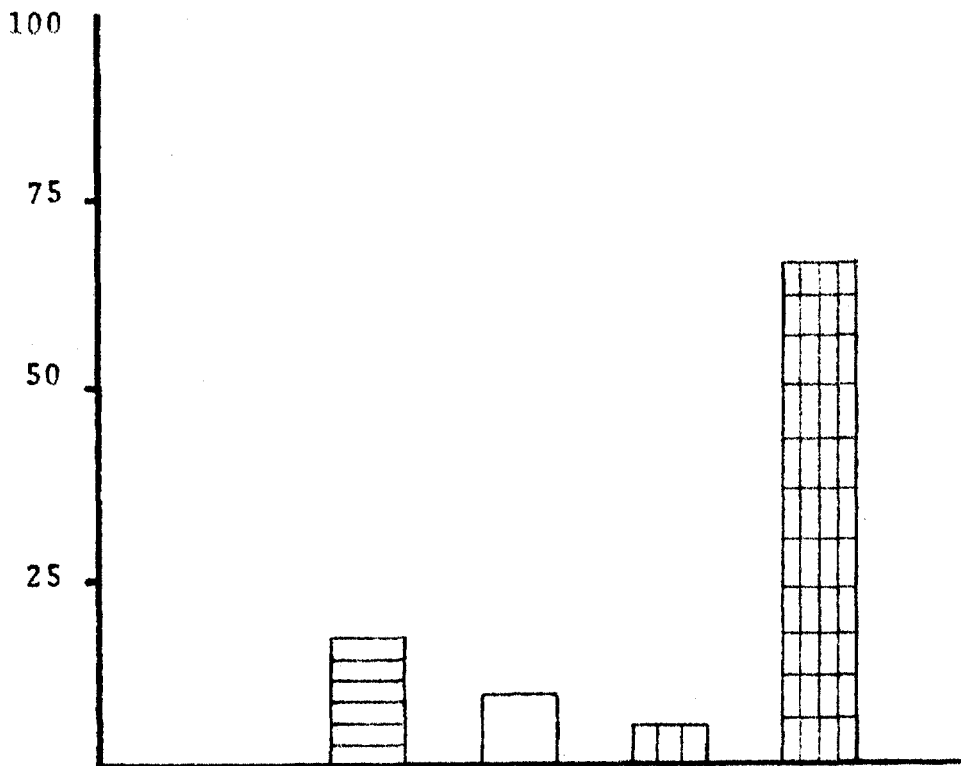


5.7.2

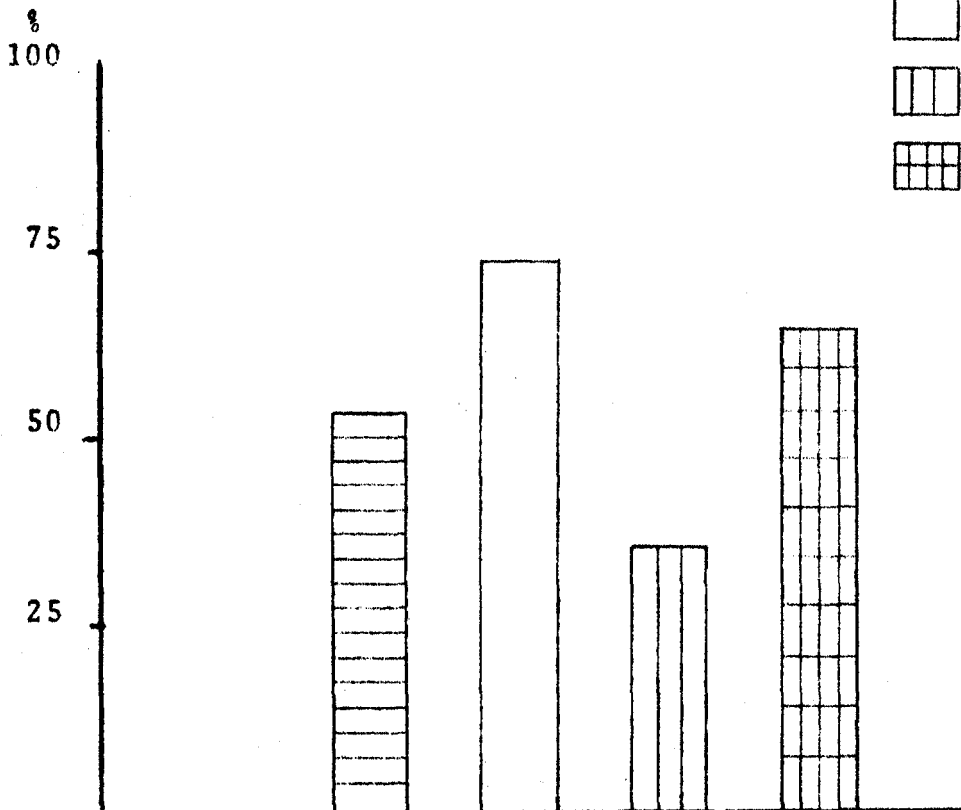






-  - BCG
-  - Tríplice
-  - Anti-varicólica
-  - Sarampo

5.7.3



5.7.4



-  - BCG
-  - Tríplice
-  - Anti-variolica
-  - Sarampo

5.7.5 - Assistência de Enfermagem na Fundação Pedro Ometto

Na Fundação Pedro Ometto não existem normas e programas quanto as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no serviço Ambulatorial e nas 4 enfermarias, que estão distribuídas nos bairros mais pobres da cidade.

O pessoal de enfermagem é composto por 6 práticos de enfermagem, que trabalham em média de 12 horas por dia (8:00hs --- 20:00hs).

As atividades desenvolvidas são do tipo curativo, realizando-se em média 30 atendimentos por dia. Os atendimentos estão agrupados em pequenos curativos, pequenas suturas, aplicação de soro anti-tetânico, orientação e distribuição de medicamentos, triagem e encaminhamento para ambulatório da Fundação Pedro Ometto.

O material utilizado para essas atividades são "esterilizados" em fervedor elétrico pequeno que permanece o dia todo ligado.

Segundo os dados colhidos no ambulatório da Fundação Pedro Ometto, sobre o número de atendimentos realizados nas Enfermarias no período de 1 ano, verificamos que são realizados 482.690, atendimentos, dando uma média de 0,5 atendimento por minuto e por prático de enfermagem. Sabemos que o número máximo de atendimento por prático de enfermagem seria em média de 1 atendimento em 10 minutos.

5.7.6 Comentários

A partir de análise descrita, observamos, a ineficiência do atendimento de enfermagem a população beneficiária, (em torno de 10.000) sendo que o mesmo significa quase 50% das atividades de saúde desenvolvidas pela Fundação.

Esta ineficiência esta diretamente ligada ao número de pessoal, a falta de treinamento e supervisão, a má qualidade do aparelho utilizado na esterelização, ao volume de trabalho, as condições físicas de trabalho e outras.

5.7.7 Sugestões

Para melhor aproveitamento das condições existentes

o melhor atendimento da população, elaboramos as seguintes suges
ões:

- Contratação de uma enfermeira em período inte--
gral, para elaboração de normas de programação -
de atividades do atendimento treinamento e su--
pervisão dos práticos de enfermagem.
- melhoria das condições do ambiente de trabalho
- aquisição de uma estufa para esterelização de to
do material empregado nas 4 enfermarias.
- contratação de práticos de enfermagem de auxi-
liar para cobertura da população beneficiária.
- melhor distribuição do período de trabalho.
- criar **turnos** à noite, para a população que traba
lha durante o dia.

5.8. ASPECTOS DE SAÚDE MATERNA

5.8.1. INTRODUÇÃO

Justifica-se a inclusão do tema em um trabalho - como esse, por se tratar de uma prioridade estabelecida em todos os níveis normativos de saúde no Brasil. Essa prioridade é explicada através dos altos índices de mortalidade e morbidade que afetam o grupo gestante neste país.

Considerando-se o exposto foi decidida a inclusão de questões que permitissem uma visão sintetizada da situação de saúde materna no município ora em estudo. Essas questões fizeram parte do formulário aplicado a uma amostra de 317 residências.

5.8.2. ANÁLISE DESCRITIVA

De acordo com o resultado obtido pela investigação, encontrou-se 25 nascimentos durante o ano de 1973, o que dá um coeficiente geral de natalidade para a área urbana do município, de 15,89‰ habitantes. O número de nascidos vivos e nascidos mortos aparece na tabela 5.8.1.

Tabela 5.8.1: Nascidos vivos e nascidos mortos,Barra Bonita, zona urbana, 1973/74

Vitalidade do recém-nascido	Nº	%
Nascidos vivos	24	96,00
Nascidos mortos	1	4,00
TOTAL	25	100,00

Fonte: Pesquisa de campo-Grupo Multiprofissional.

O atendimento de saúde no período gestacional foi procurado em 76% das vezes (Tabela 5.8.2) e das 19 gestantes que procuraram esse atendimento, 94,74% deram a luz a nascidos vivos.

Tabela 5.8.2: Frequência ao pré-natal.

Barra Bonita, zona urbana,

1973/74

<u>Frequência pré-natal</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Sim	19	76,00
Não	6	24,00
Total	25	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Para o atendimento pré-natal as gestantes dessa área procuraram, além das duas Instituições que mantêm serviço pré-natal, o médico particular e o médico que atende no Hospital São José dessa cidade, que em 1973 mantinha convênio com o INPS para esse fim. A distribuição dos locais procurados para esse atendimento aparece na Tabela 5.8.3.

Tabela 5.8.3: Local de atendimento no pré-natal.

Barra Bonita, Zona urbana, 1973/74

<u>Local de atendimento</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Centro de Saúde	5	26,32
Fundação Pedro Onetto	2	10,52
Médico Particular	4	21,05
Hospital	7	36,84
Sem informação	1	5,26
TOTAL	19	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Quanto a ocasião em que foi procurado o serviço tem-se ^{5.8.3.} - que 100% das gestantes que procuraram o serviço mantido pela Fundação Onetto o fizeram no primeiro mês de gestação e, 40% dos que procuraram o Centro de Saúde também o fizeram nesse período. A distribuição do período gestacional em que se deu a procura do atendimento pré-natal para a inscrição no serviço aparece na Tabela 5.8.4.

Tabela 5.8.4. Inscrição no serviço de pré-natal segundo o mês de gestação, Barra Bonita, Zona urbana, 1973/74.

Mês de gestação	Nº	%
0 — 1	5	26,32
1 — 2	1	5,26
2 — 3	1	5,26
3 — 4	-	-
4 — 7	1	5,25
7 — 9	-	-
Não se aplica	11	57,89
TOTAL	19	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

Relacionando-se mês de gestação quando da inscrição no serviço, com o mês de gestação na primeira consulta, temos que 80% das inscritas no 1º mês receberam a consulta nesse período, e que, 71,42% das inscritas receberam a consulta ainda no primeiro trimestre de gestação. Das 19 gestantes que fizeram pré-natal, 73,68% receberam a primeira consulta médica de controle ainda no primeiro trimestre gestacional (Tabela 5.8.5)

Tabela: 5.8.5: Primeira consulta no pré-natal
segundo o mês de gestação, Bar
ra Bonita, zona urbana, 1973/74

Mês de gestação	Nº	%
0 — 1	4	21,05
1 — 2	7	36,84
2 — 3	3	15,79
3 — 4	—	—
4 — 7	2	10,53
7 — 9	2	10,53
Sem informação	1	5,26
Total	19	100,00

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

O médico particular que foi procurado em 21,05% das vezes, apresentou uma distribuição interessante de primeiras-consultas:

50% no primeiro trimestre gestacional e 50% no último (Tabela 5.8.6)

Tabela 5.8.6. Local de atendimento pré-natal e época do primeiro atendimento, Barra Bonita Zona urbana, 1973/74.

Mês de gestação	total de atend.	CS		Fundação		Med. part.		Hospital		Sem inf.		Total
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0	1	1	20,00	1	50,00	1	25,00	-	-	1	100,00	4
1	2	1	20,00	1	50,00	1	25,00	4	57,34	-	-	7
2	3	2	40,00	-	-	-	-	1	14,29	-	-	3
3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	7	1	20,00	-	-	-	-	1	14,29	-	-	2
7	9	-	-	-	-	2	50,00	-	-	-	-	2
Sem informação		-	-	-	-	-	-	1	14,29	-	-	1
TOTAL		5	100,00	2	100,00	4	100,00	7	100,00	1	100,00	19

Fonte: Pesquisa de campo. Grupo Multiprofissional.

5.8.3. Comentários:

Através dos resultados obtidos pela tabulação das questões respondidas, observa-se que a área urbana do município apresenta um coeficiente geral de natalidade baixo, em se tratando de um município no Estado de São Paulo onde o coeficiente era, em 1970 igual a 27,94‰ habitantes. O coeficiente de natalidade obtido através dessa amostra foi de 40‰ nascimentos, excedendo em muito o coeficiente obtido para o interior do Estado em 1970 (29,11‰). Em todo o Estado esse coeficiente vem diminuindo gradativamente e coeficientes com os valores encontrados apareciam por volta dos anos de 1957-58 no interior. Esse coeficiente provavelmente quer refletir uma deficiente assistência pré-natal, que, pelo observado nesse trabalho, não depende da motivação da população, pois, 76% das gestantes pro-

curaram esse atendimento e, apenas 26,32% o fizeram após o primeiro trimestre de gestação. É possível também que esse coeficiente traduza uma deficiente assistência ao parto.

Em 57,89% das vezes as gestantes procuraram para controle pré-natal cuidados médicos não institucionais, o que dificulta a supervisão do cuidado prestado.

5.8.4. Sugestões

Considerando-se que o coeficiente de nati-mortalidade, reflete em termos qualitativos uma situação muito aquém da desejada, sugere-se, o treinamento e a especialização do pessoal responsável pelo atendimento de saúde no período gestacional. É recomendável também, que se melhore a atenção ao parto.

6 - Conclusão Geral

Face aos aspectos analisados, o grupo multiprofissional chegou a conclusão que a situação de saúde no município de Barra Bonita, é regular.

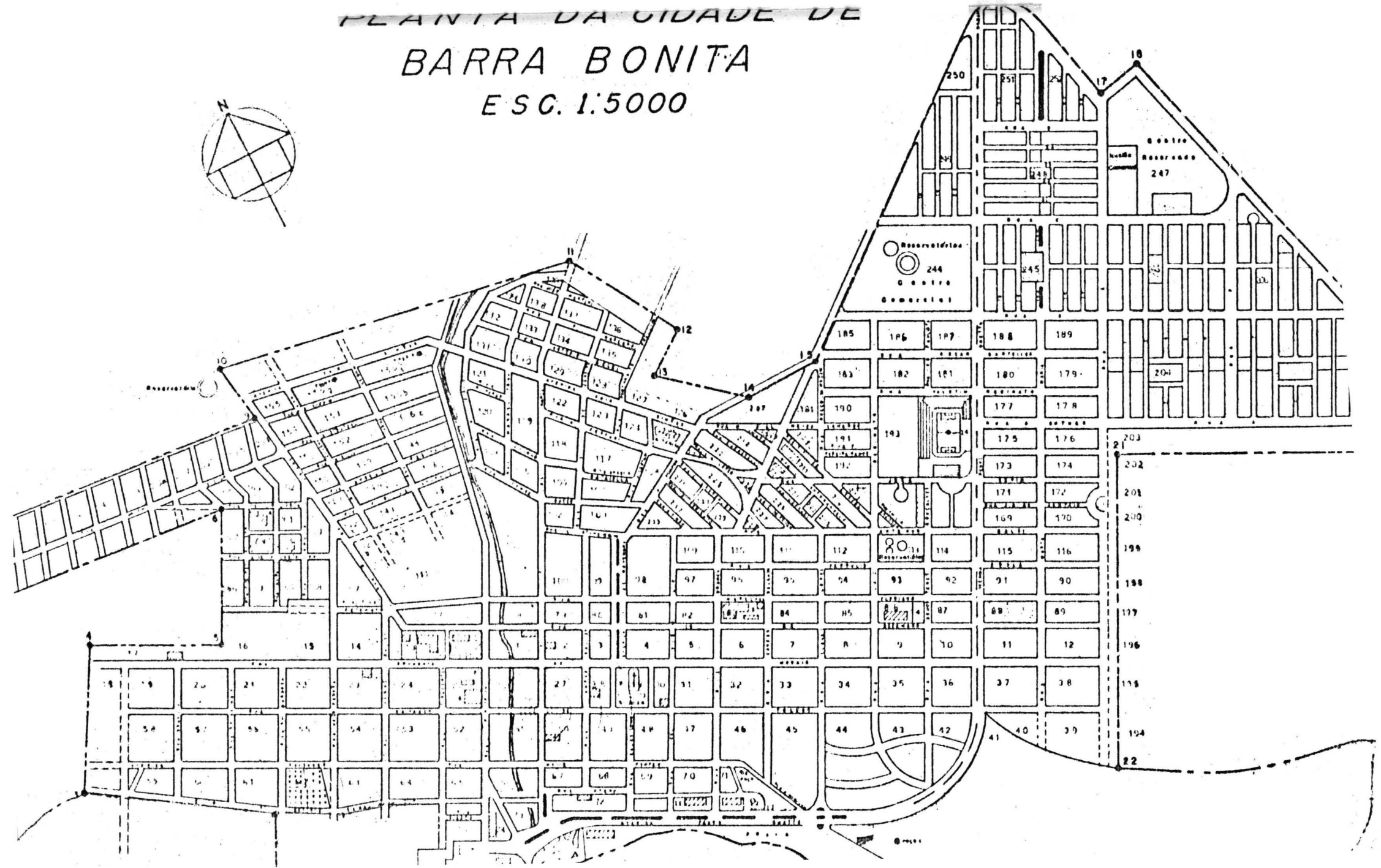
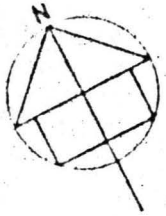
Nos diferentes setores de cada área profissional - representadas no grupo, encontram-se sugestões que encaradas pelas autoridades locais, e hierarquizadas de acordo com sua maior facilidade frente aos recursos disponíveis, deverão ter influência positiva sobre a saúde da comunidade.

- Bibliografia Consultada

- BERQUÓ, E., MILANESI, M.L. & LARENTI, R. - Estatística Vital, 9a.ed. São Paulo, Fac. Saúde Pública USP, 1972.
- CHAVES, M.M. - Teoria da Odontologia Sanitária - São Paulo, Fac. Saúde Pública USP, 1960 (Manual de Odontologia Sanitária, - v.1)
- GUEDES, J.da S. - Contribuição para o estudo da evolução do nível de saúde do Estado de São Paulo - Análise das Regiões - Administrativas (1950 - 1970) 7 Tese de Doutorado, Fac. Saúde Pública USP, São Paulo, 1972.
- FUNDAÇÃO IBGE - Censo demográfico de São Paulo - Rio de Janeiro VIII Recenseamento Geral, 1970 - Série Regional.
- IBGE - Sinópsse preliminar do censo demográfico - Rio de Janeiro VII Recenseamento Geral, 1960
- LIMA, L. de O. - O impasse da educação, 2a ed., Editora Vozes., Petrópolis, Rio de Janeiro, 1969
- MEAS - Classificação intencional de doenças (Publi. cient, 190) Revisão 1965. Washington, D.C., 1969.
- SÃO PAULO (o estado) - Departamento de Estatísticas. Movimento do registro civil : casamentos, nascimentos, óbitos, 1964 - 1968 . São Paulo, 1969
- SÃO PAULO (o estado) - Secretária de Economia e Planejamento - Diagnóstico da 7a. Região Administrativa; Bauru. São Paulo , 1972.
- SÃO PAULO; Secretaria de Estado da Saúde - Biretrizes Gerais para a política estadual de promoção, proteção e recuperação - de-saúdes-materno-infantil ; São Paulo, 1973.
- VIEGAS, A.R. - Índice simplificado para estimar a prevalência - da cárie dental em crianças de 7 a 12 anos de idade. São Paulo, 1958. (Tese de Cátedra - FAC. Saúde Pública USP)
- VIEGAS, A.R. - Prevalência da cárie dentária , São Paulo, FAC. Saúde Pública, 1961 (Manual de Odontologia Sanitária, v.3)

ANEXO I

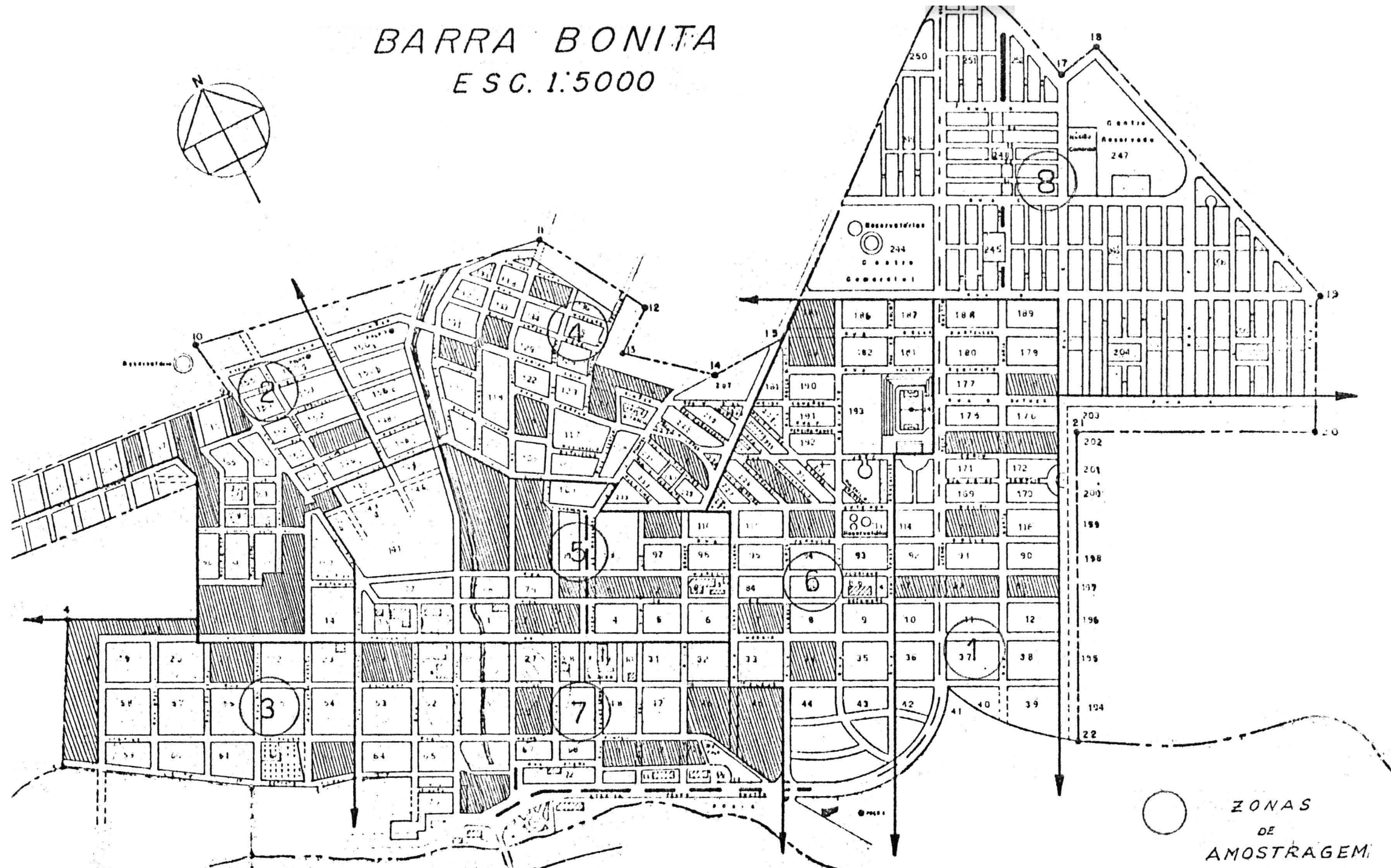
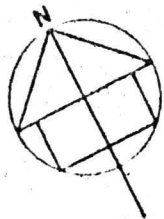
PLANTA DA CIDADE DE
BARRA BONITA
E S C. 1:5000



ANEXO II

BARRA BONITA

ESC. 1:5000



ZONAS
DE
AMOSTRAGEM

ANEXO III

I . IDENTIFICAÇÃO	Col.
1 - Zona 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	<hr/> 1
2 - Número do questionário	<hr/> 2
	<hr/> 3
II. QUESTIONÁRIO	
1 - Tipo de construção da habitação: 0. Alvenaria 1. Madeira 2. Mista (Alv/Mad)	3. Taipa 9. Sem informação <hr/> 4
2 - Tipo de cobertura: 0. Telha 1. Sapê 2. Zinco	3. Amianto 9. Sem informação <hr/> 5
3 - Tipo de forro: 0. Lage 1. Madeira 2. Estuque	3. Não possui 4. Eucatex 9. Sem informação <hr/> 6
4 - Número de cômodos que tem a casa (exceto o banheiro e a cozinha): 0. Um 1. Dois 2. Três	3. Quatro 4. Cinco ou mais 9. Sem informação <hr/> 7
5 - Iluminação: 0. Elétrica 1. Não elétrica	9. Sem informação <hr/> 8
6 - De onde vem a água usada na casa? 0. Rede pública 1. Poço em casa 2. Extra-domiciliar 3. Pede e poço em casa 4. Pede e extra-domiciliar	5. Poço em casa e extra domiciliar 9. Sem informação <hr/> 9

7 - O fornecimento da rede pública de água é:		Cq1.
0. Suficiente(continuo)	8. Não se aplica	
1. Insuficiente(descontinuo)	9. Sem informação	10
8 - O que faz com a água de beber?		
0. Ferve	4. Filtra e clora	—
1. Filtra	5. Nada	11
2. Ferve e filtra	9. Sem informação	
3. Clora		
9 - Se tem poço em casa, retira a água?		
0. Com bomba	8. Não se aplica	
1. Com balde	9. Sem informação	—
2. Com bomba e balde		12
10 - O poço é cercado(protegido) e/ou coberto?		
0. Cercado e coberto	3. Não cercado e coberto	
1. Cercado e não coberto		
2. Não cercado e não coberto	8. Não se aplica	—
	9. Sem informação	13
11 - Tem instalação sanitária na casa?		
0. Interna	2. Não tem instalação sanitária	—
1. Externa	9. Sem informação	14
12 - Qual o destino dos esgotos domésticos?		
0. Rede coletora pública	4. Fossa e rio	
1. Fossa	5. Fossa e sarjeta	—
2. Rio	9. Sem informação	15
3. Sarjeta (rua)		
13 - Qual o destino da maior parte do lixo?		
0. Coletado pela limpeza pública	5. Usado como adubo	
	6. Jogado no rio	—
1. Outra forma de coleta	7. Jogado a céu aberto (ter.baldio)	16
2. Alimentação de animais		
3. Queimado	9. Sem informação	
14 - Como é acondicionado o lixo		
0. Lata ou latão aberta	8. Não se aplica	
1. Lata ou latão fechada	9. Sem informação	—
2. Em saco plástico		17

- 15 - Quantas vezes por semana o lixo é recolhido Cól.
- | | | |
|-----------------------|---------------------------------|-----|
| 0. Nenhuma | 3. Tres vezes ou mais p/ semana | |
| 1. Diariamente | 8. Não se aplica | --- |
| 2. Uma vez por semana | 9. Sem informação | 18 |
- 16 - Na casa há:
- | | | |
|----------------------------------|--|----|
| 0. Moscas | 5. Moscas, baratas e ratos | |
| 1. Baratas | 6. Moscas, baratas - pernilongos e ratos | |
| 2. Pernilongos | 7. Outros | |
| 3. Moscas e pernilongos | 8. Não existem | |
| 4. Moscas, baratas e pernilongos | 9. Sem informação | 19 |
- 17 - Consome os produtos de sua horta, pomar ou criação?
- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----|
| 0. Não | 5. Da horta e pomar | |
| 1. Da horta | 6. Da horta e criação | |
| 2. Do pomar | 7. Do pomar e criação | |
| 3. Da criação | 8. Não se aplica(n/tem) | --- |
| 4. Da horta, pomar e criação. | 9. Sem informação | 20 |
- 18 - Qual a religião da família?
- | | | |
|--------------------------------|-------------------------|----|
| 0. Católica | 5. Testemunhas de Jeová | |
| 1. Protestante | 6. Mormons | |
| 2. Espírita | 7. Outros | |
| 3. Adventista do 7º dia | 9. Sem informação | 21 |
| 4. Assembléia de Deus (crente) | | |
- 19 - Pratica o culto indo semanalmente as cerimônias religiosas?
- | | | |
|--------|-------------------|----|
| 0. Sim | 8. Não se aplica | |
| 1. Nao | 9. Sem informação | 22 |
- 20.- Como a família fica sabendo as notícias da cidade e de fora (o meio de comunicação mais importante)?
- | | | |
|--------------|---|----|
| 0. Rádio | 3. Conversa com vizinhos, familiares e amigos | |
| 1. Jornal | 4. Entidades relig. e soc. | |
| 2. Televisão | 9. Sem informação | 23 |

21 - A escola das crianças da família realiza reuniões de pais e mestres? Col.

- | | |
|---|-------------------|
| 0. Sim e participa | 4. Não sabe |
| 1. Sim e não participa | 8. Não se aplica |
| 2. Não realiza | 9. Sem informação |
| 3. Não tem filhos na escola, mas sabe que realiza | |

25

22 - As crianças da casa que frequentam a escola recebem merenda escolar?

- | | |
|------------|-------------------|
| 0. Todas | 8. Não se aplica |
| 1. Algumas | 9. Sem informação |
| 2. Nenhuma | |

26

23 - O Sr.(a) vai ao dentista?

- | | |
|--|-------------------------------|
| 0. Sim | 5. Não, por falta de tempo |
| 1. Não, porque não gosta do dentista | 6. Não, porque o trat. é caro |
| 2. Não porque é distante | 7. Não porque tem |
| 3. Não, porque acha desnecessário medo | |
| 4. Não, porque usa dentadura | 8. Não por outros motivos |
| | 9. Sem informação |

27

24 - No ano passado quantas vezes foi ao dentista?

- | | |
|---------------|-----------------------|
| 0. Nenhuma | 3. Tres vezes ou mais |
| 1. Uma vez | 8. Não se aplica |
| 2. Duas vezes | 9. Sem informação |

28

25 - Porque foi ao dentista?

- | | |
|---|---|
| 0. Dor de dente | 4. Dor de dente e por conselho do dentista |
| 1. Acha necessario ir periodicamente (6 em 6 Meses) | 5. Acha necessário e por conselho do dentista |
| 2. Por conselho do dentista | 6. Por dor de dente porque acha nes, e p/ cons. do dentista |
| 3. Dor de dente e porque acha necessario | 8. Não se aplica |
| | 9. Sem informação |

29

- 26 - Onde recebe tratamento dentário? Col.
- 0. Dentista part.de B.Bonita
 - 1. Dentista de entidade assis_ ca
 - 2. Dentista part, de outra ci_ ção
 - 3. Dentista previdenciário de outra cidade.
 - 8. Não se apli_ ca
 - 9. Sem informa_ ção
-
- 27 - Quando tem dor de dente o que faz em primeiro lugar?
- 0. Procura o dentista
 - 1. Procura a farmácia
 - 2. Procura o médico
 - 3. Procura o benzedor
 - 4. Coloca ou toma remé_ dio caseiro
 - 5. Não tem dor de dente
 - 9. Sem informação
-
- 28 - O que faz para conservar os dentes?
- 0. Nada
 - 1. Escova os dentes
 - 2. Ingere fluor
 - 3. Vai ao dentista regular_ mente
 - 4. Dieta pobre em açúcar
 - 5. Escova os dentes e vai ao dentista
 - 6. Bochecho
 - 8. Não se aplica
 - 9. Sem informação
-
- 29 - Seus filhos recebem tratamento dentário?
- 0. Sim, na escola
 - 1. Não
 - 2. Sim outro lugar
 - 3. Não sei
 - 4. Escola e outro lugar
 - 8. Não se aplica
 - 9. Sem informação
-
- 30 - Quando alguém fica doente o que procura em pri_ meiro lugar?
- 0. Hospital
 - 1. Centro de Saúde
 - 2. Médico particular
 - 3. Farmacêutico
 - 4. Centro Espirita
 - 5. Curandeiro
 - 6. Familiares ou vizinhos
 - 7. Remédios caseiros
 - 8. Não procura nada
 - 9. Sem informação
-
- 31 - Que tipo de assistência médica e hospitalar tem direito?
- 0. INPS
-
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34

- | | | |
|---|---|----|
| 1. IAMSPE | 7. Fundação Pedro | |
| 2. FUNPURAL | Ometto | |
| 3. SESI | 8. Não tem direi- | |
| 4. Associação dos Fornecedo-
res de Cana de Piracicaba | to a assistência-
médica | 35 |
| 5. Sindicato dos Trabalhado-
res Puraís | 9. Sem informação | |
| 6. Coopoerativa dos Plantado-
res de Cana de Jaú | | 36 |
| 32 - A família faz uso da instituição? | | |
| 0. Sim | 4. Não por dificul-
dade de atendimen-
to | |
| 1. Não por desconhecer os ser-
viços prestados | 5. Não por não ter
direito assisten-
cia | |
| 2. Não por preferir médico par-
ticular | 6. Não por outros-
motivos | 37 |
| 3. Não por preferir Centro de
Saúde | 9. Sem informação | |
| 33 - Utiliza o Centro de Saúde | | |
| 0. Sim | 5. Não por preferir ou-
tra pessoa (curandeiro
farmacêutico, centro -
espírita, etc) | |
| 1. Não pelo mal atendimento
do pessoal | 6. Não pela distância | |
| 2. Não por preferir médico
part. | 7. Nunca precisou | |
| 3. Não por demorarem muito
no atendimento | 8. Outros | |
| 4. Não por preferir outra
instituição (INPS, IAMSPE,
FUNRURAL, etc) | 9. Sem informação | 38 |
| 34 - Sua casa foi visitada neste ano por alguma pes-
soa do Centro de Saúde? | | |
| 0. Sim | 2. Não sei | |
| 1. Não | 9. Sem informação | 39 |
| 35 - Por que leva as crianças ao Centro de Saúde? | | |
| 0. Só vão para serem vacinadas | | |
| 1. Só vão quando estão doentes | | |
| 2. Só vão para controle (peso e altura) | | |
| 3. Só vão buscar leite | | |

4. Vão para vacinar e quando estão doentes
 5. Vão quando estão doentes e para buscar leite
 6. Vão para vacinar e buscar leite
 7. Vão para vacinar, quando estão doentes, para controle e buscar leite
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
-
- 40
- 36 - Alguém de sua família já esteve hospitalizada neste ano? Onde?
0. Sim, no Hosp.S.José(R.Bon.) 5. Sim em Botucatu
 1. Sim, em Jaú 6. Sim em S.Paulo
 2. Sim em Piracicaba 7. Não
 3. Sim em Bauru 8. Não sei
 4. Sim em P.Preto 9. Sem informação
-
- 41
- 37 - Em caso de procurar outro hospital, porque recorreu a outra cidade?
0. Mau atendimento
 1. Falta de especialista
 2. Falta de cobertura previdenciária
 3. Por encaminhamento médico
 4. Não sei
 5. Outros motivos
 6. Não se aplica
 9. Sem informação
-
- 42
- 38 - Existe alguém nesta família que deu a luz nos últimos 12 meses?
0. Não 3. Não sei
 1. Sim, ¹uma 8. Não se aplica
 2. Sim, mais de uma 9. Sem informação
-
- 43
- 39 - Caso sim, estava frequentando um serviço pré-natal?
0. Sim 8. Não se aplica
 1. Não 9. Sem informação
 2. Não sei
-
- 44
- 40 - Qual o serviço?
0. Centro de Saúde 4. Hospital
 1. Fundação 5. Centro de Saúde e Fund.
 2. Sindicato 6. Centro de Saúde e Sind.
 3. Médico particular 7. Não sei

8. Não se aplica

9. Sem informação

45

41 - Em que mes de gestação estava quando se inscreveu no serviço?

0. 0 1

5. 7 9

1. 1 2

6. Não sei

2. 2 3

8. Não se aplica

3. 3 4

9. Sem informação

4. 4 7

46

42 - Qual o mes de gestação da primeira consulta?

0. 0 1

5. 7 9

1. 1 2

6. Não sei

2. 2 3

8. Não se aplica

3. 3 4

9. Sem informação

4. 4 7

47

43 - Nos últimos 12 meses houve algum nascimento na família?

0. Não

5. Um nascido vivo e um nascido morto

1. Um nascido vivo

2. Um nascido morto

8. Não se aplica

3. Dois nascidos vivos

9. Sem informação

4. Dois nascidos mortos

48

44 - Em caso afirmativo, a criança foi registrada em que cidade?

0. Barra Bonita

4. Igarapu

1. Bauru

5. Não foi registrada

2. Jaú

8. Não se aplica

3. Botucatu

9. Sem informação

49

Quais as doenças que ocorreram em sua família?

DOENÇAS

- 45 - Morreu alguém em sua casa no ano passado? Col.
 (Qual o sexo?)
 0. Não 3. Sim tres pessoas ou +
 1. Sim uma pessoa 9. Sem informação
 2. Sim duas pessoas
- Em caso de haver ocorrido óbito em pessoas do se 50
 xo feminino perguntar
- 46 - Essa mulher
 0. Estava grávida
 1. Tinha dado a luz a menos de um mes
 2. Não estava grávida
 3. Não sei
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
- Se estava grávida perguntar: 51
- 47 - Qual o mes da gestação?
 0. 0 3 meses 3. Não sei
 1. 3 6 meses 8. Não se aplica
 2. 6 9 meses 9. Sem informação
- Em que dia e mes morreu? _____, _____
dia mes
- Se tinha dado a luz a menos de um mes perguntar:
- 48 - Tinha dado a luz a quanto tempo?
 0. 1 dia 4. 15 30 dias
 1. 1 3 dias 5. Não sei
 2. 3 7 dias 8. Não se aplica
 3. 7 15 dias 9. Sem informação
- 49 - Cite as vacinas que conhece 54
 0. BCG
 1. Tríplice(Tétano, Difteria ou Crupe e Coqueluche)
 2. SABIN (Paralisia Infantil)
 3. Varíola 7. Nenhuma 55
 4. Sarampo 8. Mais de uma
 5. Rubeola 9. Sem informação 56
 6. Caxumba 57
- 58

50 - Para que serve a B.C.G.?	Col.
o. Para tuberculose	
1. Outra resposta que não tuberculose	
2. Não sabe	
9. Sem informação	
	<hr/> 59
51 - Quantas doses de BCG devem ser dadas?	
0. 3 doses	2. Não sabe
1. Outra resposta	9. Sem informação
	<hr/> 60
52 - Seus filhos tomaram BCG?	
0. Sim	8. Não se aplica
1. Não	9. Sem informação
2. Não sabe	
	<hr/> 61
53 - Sabe para que serve a vacina tríplice?	
0. Difteria, tétano e coqueluche	
1. Outra resposta	
2. Não sabe	
9. Sem informação	
	<hr/> 62
54 - Quantas doses de vacina tríplice devem ser aplicadas?	
0. 3 e reforço	8. Não se aplica
1. 3 doses	9. Sem informação
2. Outra resposta	
3. Não sabe	
	<hr/> 63
55 - Seus filhos foram vacinados com a tríplice?	
o. Sim	8. Não se aplica
1. Não	9. Sem informação
2. Não sabe	
	<hr/> 64
56 - Para que serve a vacina SABIN?	
0. Paralisia Infantil	
1. Outra resposta	
2. Não sabe	
9. Sem informação	
	<hr/> 65

- 57 - Quantas doses devem ser tomadas? Col.
0. 3 doses e reforço 3. Não sabe
1. 3 doses 9. Sem informação
2. Outra resposta 66
-
- 58 - Para que serve a vacina anti-variólica?
0. Proteger contra a varíola
1. Outra
2. Não sabe
9. Sem informação 67
-
- 59 - Quantas doses devem ser tomadas?
0. 1 com reforço a cada cinco anos
1. 1 com reforço
2. 1 dose
3. Outra resposta
4. Não sabe
9. Sem informação 68
-
- 60 - Seus filhos foram vacinados contra a varíola?
0. Sim 8. Não se aplica
1. Não 9. Sem informação
2. Não sabe 69
-
- 61 - A Sr.(a) sabe que existe vacina contra sarampo?
0. Sim
1. Não
9. Sem informação 70
-
- 62 - Seus filhos tomaram esta vacina?
0. Sim 8. Não se aplica
1. Não 9. Sem informação
2. Não sabe 71
-
- 63 - Quantas doses devem ser tomadas?
0. Uma dose 2. Não sei
1. Outra resposta 9. Sem informação
- 72
-
- 64 - Quando seu filho tem diarréia qual a primeira providência que toma?

	Col.
0. Nenhuma	
1. Suspende a alimentação	
2. Suspende a alimentação e dá líquido	
3. Leva à benzedeira	
4. Leva ao farmacêutico	
5. Leva ao médico	
6. Não sabe	
7. Outros	
8. Não se aplica	
9. Sem informação	<u>73</u>
65 - Número de habitantes masculinos	<u>74</u>
66 - Número de habitantes femininos	<u>75</u>

ANEXO IV

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - U S P -

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

BARRA BONITA- 1974

INQUERITO ESCOLAR
ao Diretor

Nome da Escola:

Endereço:

até 31/julho/74 PP 1º 2º 3º 4º

Nº de alunos

Nº de repetentes

Nº de evadidos

Nº de classes

Nº de vagas

1- Número de professores:-

2- Número de funcionários da limpeza:-

3- Número de encarregados da merenda escolar:-

4- Há Associação de Pais e Mestres na Escola?

Sim

Não

5- Na Associação de Pais e Mestres são tratados assuntos de higiene e saúde escolar?

Sim

Não

6- A escola acha-se integrada com o Centro de Saúde no sentido de orientar aos professores quanto a promoção de saúde?

Sim

Não

Em caso negativo, perguntar:

7- Houve alguma iniciativa a este respeito por parte:

Da Escola - Sim Não

Do Centro de Saúde - Sim Não

8- Quais as campanhas de vacinação que houveram na Escola em 1974?

9- A Escola desenvolve programa odontológico?

Sim Não

10-Quais as atividades educativas desenvolvidas pela Escola quanto a saúde oral?

11-A Escola desenvolve programa oftalmológico?

Sim Não

12-Qual o número de alunos atendidos? _____

13-O Programa estende-se a todas as séries do 1º grau?

Sim Não

14-Foi feita a desinfecção da caixa d'água?

Sim Não

15-A carteira de vacinação está incluída entre os documentos obrigatórios no ato da matrícula?

Sim Não

16-É servida merenda escolar?

Sim Não

17- Na Escola há cozinha?

Sim

Não

18- Condições de limpeza da cozinha:

Bom

Regular

19- Número de merendeiras: _____

20- As merendeiras recebem treinamento?

Sim

Não

21- É feita a supervisão das merendeiras?

Sim

Não

22- Quem faz o planejamento do cardápio?

23- Tipo de merenda servida - cardápio do dia.

24- Quais os convênios e colaborações mantidos pela Escola, -
quanto a Merenda Escolar?

S.S.E.

CNAE

CAIXA ESCOLAR

A.P.M.

Prefeitura Municipal

25- Há critérios de seleção de alunos quanto ao fornecimento de
merenda?

Sim

Não

26- A quantos alunos é servida a merenda diariamente; _____

27- A aceitação da merenda por parte dos alunos e:

Boa

Regular

Mã

28-Há programação alimentar?

Sim

Não

29- Quem desenvolve a programação alimentar? _____

30- A merenda é servida durante as férias?

Sim

Não

ANEXO V

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - U S P -

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

BARRA BONITA - 1974

INQUÉRITO ESCOLAR
aos professores

1- Neste ano foi realizado alguma campanha de vacinação na Escola?

Sim

Não

Quais?

2- Caso sim, a senhora recebeu do Centro de Saúde orientação a respeito da vacina a ser aplicada;

Sim

Não

Quais?

3- Quais as vacinas que conhece?

BCG

Tríplice

Sabin

Varíola

Sarampo

4- Para que serve o BCG?

Tuberculose

Outra resposta

Não sabe

5- Quantas doses devem ser tomadas?

3 doses

Outra resposta

Não sabe

6- Para que serve a vacina Tríplice?

Difteria, tétano e coqueluche

Outra resposta

Não sabe

7- Quantas doses devem ser aplicadas?

3 doses e reforço

Outra resposta

Não sabe

8- Para que serve a vacina Sabin?

Paralisia infantil

Outra resposta

Não sabe

9- Quantas doses devem ser aplicadas?

3 doses e reforço

Outra resposta

Não sabe

10-Quantas doses de vacina anti-variólica devem ser tomadas?

1 com reforço a cada cinco anos

Outra resposta

Não sabe

11-Quantas doses de vacina contra o sarampo devem ser tomadas?

1 dose

Outra resposta

Não sabe

Nome: da Escola:

Série:

ANEXO VI

necessidade de serem estabelecidos os pro-
cedimentos de funcionamento dos centros de
saúde de acordo com as diretrizes da refo-
rma administrativa da Secretaria da Saúde,
Determina:

Artigo 1.º - Os centros de saúde tipo
I (CS-I) terão as seguintes características:

1 - Condição: - O Centro de Saúde
I será chefiado por Médico Sanitarista III,
de acordo com o artigo 5.º do Decreto-lei
n.º 2 de outubro de 1969 combinado com
o Decreto 52.464 de 10 de junho de 1970.
E a mais diferenciada unidade das previstas
no artigo 6.º do Decreto 52.464 de 16
de julho de 1969. Seu programa de trabalho
poderá eventualmente sofrer alterações em
decorrência de problemas de saúde lo-
cais. O atendimento é polivalente e dinâmico.
Deverá complementar, nas áreas neces-
sárias, às atividades dos Centros de Saúde
II, III, IV e V, na forma que o Médico
Chefe do Distrito Sanitário determinar
e de acordo com as condições locais.

2 - Jurisdição: - terá jurisdição sobre
população de 50.000 a 150.000 habitantes.

3 - Classificação das Atividades: - O
Centro de Saúde I é unidade de prestação
de serviço em nível local, destinada a executar
o "programa desenvolvido", mencionado
no artigo 2.º item 4 do Decreto 50.192
de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

- a) controle das doenças transmissíveis;
 - b) saneamento do meio;
 - c) higiene materna e da criança;
 - d) assistência médica sanitária especiali-
zada;
 - e) controle da tuberculose e da hanse-
niose;
 - f) saúde mental;
 - g) odontologia sanitária;
 - h) nutrição;
 - i) epidemiologia e estatística;
 - j) enfermagem;
 - k) educação sanitária;
 - l) laboratório;
 - m) administração.
- 4 - Pessoal: - O quadro de pessoal do
Centro de Saúde I terá a seguinte lotação
máxima:

- 1 Médico Chefe Sanitarista III;
- 2 Médico Auxiliar, Sanitarista I;
- 2 Médicos Consultantes com experiên-
cia na área de saúde da criança;
- 2 Médicos Consultantes com experiên-
cia na área de saúde materna;
- 2 Médicos Consultantes Fisiologista -
Pneumologista;
- 2 Médicos Consultantes Dermatologista-
Hansenologista;
- 2 Médicos Consultantes Oftalmologistas;
- 1 Médico Consultante Psiquiatra;
- 2 Médicos Consultantes Clínicos Ge-
rais;
- 1 Médico Consultante Otorrinolaringo-
logista;
- 1 Psicólogo;
- 1 Assistente Social;
- 3 Cirurgiões Dentistas;
- 2 Operadores de Raios X;
- 2 Técnicos de Laboratório;
- 3 Educadores Sanitários;
- 3 Auxiliares de Laboratório;
- 1 Inspetor de Saneamento;
- 12 Fiscais Sanitários;
- 12 Visitadores Sanitários;
- 7 Escriturários;
- 15 Atendentes;
- 2 Vigias;
- 4 Motoristas;
- 6 Serventes;
- 2 Onstretoras.

Artigo 2.º - Os Centros de Saúde ti-
po II (CS-II) terão as seguintes caracterís-
ticas:

1 - Condição: - O Centro de Saúde
II será chefiado por Médico Sanitarista III,
de acordo com o artigo 5.º item II do De-
creto-lei n.º 2 de outubro de 1969, combi-
nado com o Decreto 52.464 de 10 de junho
de 1970. Seu programa de trabalho poderá
sofrer alterações em decorrência de proble-
mas de saúde locais. O atendimento é po-
livalente e dinâmico. Suas atividades deve-
rão ser suplementadas nas áreas necessárias,
pelos Centros de Saúde I, na forma que o
Médico Chefe do Distrito Sanitário determi-
nar e de acordo com as condições locais. De-
verá complementar, nas áreas necessárias,
as atividades dos Centros de Saúde III, IV e V
na forma que o Médico Chefe do Distrito Sa-
nitário determinar e de acordo com as con-
dições locais.

2 - Jurisdição: - Terá jurisdição sobre po-
pulação de 30.000 a 50.000 habitantes.

3 - Classificação das Atividades: - O Cen-
tro de Saúde II é unidade de prestação de
serviços em nível local, destinada a executar
o "programa desenvolvido", mencionado
no artigo 2.º item 4 do Decreto 50.192 de 13
de agosto de 1968, compreendendo:

- a) controle das doenças transmissíveis;
 - b) saneamento do meio;
 - c) higiene materna e da criança;
 - d) assistência médico-sanitária;
 - e) controle da tuberculose e da hanse-
niose obrigatoriamente por especialistas;
 - f) odontologia sanitária;
 - g) nutrição;
 - h) epidemiologia e estatística;
 - i) enfermagem;
 - j) educação sanitária;
 - k) laboratório;
 - l) administração;
- 4 - Pessoal: - O quadro de pessoal do
Centro de Saúde II terá a seguinte lotação
máxima:

- 1 Médico Chefe Sanitarista III;
- 1 Médico Auxiliar, Sanitarista I;
- 2 Médicos Consultantes com experiên-
cia na área de saúde da criança;
- 1 Médico Consultante com experiência na
área de saúde materna;
- 2 Médicos Consultantes, Clínicos Gerais;
- 2 Médicos Consultantes com experiência
na área de hansenologia e dermatologia sa-
nitária;
- 2 Médicos Consultantes com experiência
na área de Fisiologia e Pneumologia;
- 1 Cirurgião Dentista;
- 2 Educadores Sanitários

- 6 Visitadores Sanitários;
- 4 Escriturários;
- 9 Atendentes;
- 2 Motoristas;
- 2 Operadores de Raios X;
- 3 Serventes;
- 3 Vigias.

Artigo 3.º - Os Centros de Saúde do
tipo III (CS-III) terão as seguintes caracte-
rísticas:

1 - Condição: - O Centro de Saúde
III será chefiado por Médico Sanitarista III,
de acordo com o artigo 5.º item II do De-
creto-lei n.º 2 de outubro de 1969, combi-
nado com o Decreto 52.464 de 10 de junho de
1970. Seu programa de trabalho poderá
eventualmente sofrer alterações em decorrên-
cia de problemas de saúde locais. O atendi-
mento é polivalente e dinâmico. Suas ativi-
dades deverão ser suplementadas nas áreas
necessárias pelos Centros de Saúde I e II
na forma que o Médico Chefe do Distrito
determinar e de acordo com as condições
locais. Deverá complementar nas áreas neces-
sárias as atividades dos Centros de Saúde
IV e V na forma que o Médico Chefe do
Distrito Sanitário determinar e de acordo
com as condições locais.

2 - Jurisdição: - Terá jurisdição sobre
população de 20.000 a 30.000 habitantes.

3 - Classificação das Atividades: - O Cen-
tro de Saúde III é unidade de prestação de
serviços em nível local, destinada a executar
o "programa desenvolvido" com algumas ex-
ceções, mencionado no artigo 2.º item III,
alínea 3, do Decreto 50.192 de 13 de agosto
de 1968, compreendendo:

- a) controle das doenças transmissíveis;
 - b) saneamento do meio;
 - c) higiene materna e da criança;
 - d) assistência médico-sanitária;
 - e) controle da tuberculose e da hanse-
niose, não obrigatoriamente por especialis-
tas;
 - f) odontologia sanitária;
 - g) nutrição;
 - h) epidemiologia e estatística;
 - i) enfermagem;
 - j) educação sanitária;
 - k) laboratório;
 - l) administração.
- 4 - Pessoal: - O pessoal do Centro de
Saúde - III terá a seguinte lotação má-
xima:

- 1 Médico Sanitarista III
- 1 Médico Auxiliar, Sanitarista I
- 1 Médico Consultante com adestrame-
to nas áreas de saúde materna e da cri-
ança;
- 2 Médicos Consultantes, Clínicos Ge-
rais para atendimento de adulto com ex-
periência em Dermatologia Sanitária, Han-
senologia, Fisiologia e Pneumologia
- 1 Cirurgião Dentista
- 1 Auxiliar de Laboratório
- 2 Escriturários
- 1 Educador Sanitário
- 1 Inspetor de Saneamento
- 4 Visitadores Sanitários
- 5 Atendentes
- 1 Motorista
- 2 Serventes
- 1 Vigia.

Artigo 4.º - Os Centros de Saúde ti-
po IV (CS-IV) terão as seguintes caracte-
rísticas:

1 - Condição: - O Centro de Saúde IV
será chefiado por Médico Sanitarista II,
de acordo com o artigo 5.º item II do De-
creto-lei n.º 2 de outubro de 1969, combi-
nado com o Decreto 52.464 de 10 de junho
de 1970. Seu programa de trabalho poderá
eventualmente sofrer alterações em decorrên-
cia de problemas de saúde locais. O atendi-
mento é polivalente e dinâmico. Suas ativi-
dades, nas áreas necessárias, deverão
ser suplementadas pelos Centros de Saúde
tipos de I, II e III, na forma que o Mé-
dico Chefe do Distrito Sanitário determinar
e de acordo com as condições locais. De-
verá complementar, nas áreas necessárias
às atividades dos Centros de Saúde V, na
forma que o Médico Chefe do Distrito Sa-
nitário determinar e de acordo com as con-
dições locais.

2 - Jurisdição: - Terá jurisdição sobre
população de 10.000 a 20.000 habitantes.

3 - Classificação das Atividades: - O Cen-
tro de Saúde IV é unidade de prestação
de serviços em nível local, destinada a
executar programa resumido, mencionado
no artigo 2.º item III, alínea 2 do De-
creto-lei n.º 50.192 de 13 de agosto de 1968,
compreendendo:

- a) controle das doenças transmissíveis;
 - b) saneamento do meio;
 - c) higiene materna e da criança;
 - d) assistência médico sanitária não espe-
cializada;
 - e) controle da tuberculose e da hanse-
niose a cargo de clínico geral;
 - f) epidemiologia e estatística;
 - g) enfermagem;
 - h) educação sanitária;
 - i) administração;
- 4 - Pessoal: - O pessoal do Centro de
Saúde IV terá a seguinte lotação máxi-
ma:

- 1 Médico Chefe Sanitarista II
 - 2 Médicos Consultantes, com experiên-
cia nas áreas de saúde materna, da crian-
ça, de adultos, dermatologia sanitária, hanse-
nologia, fisiologia e pneumologia
 - 2 Fiscais Sanitários
 - 4 Atendentes
 - 1 Servente
 - 1 Motorista
 - 2 Escriturários.
- Artigo 5.º - Os Centros de Saúde V
terão as seguintes características:

1 - Condição: - O Centro de Saú-
de V reúne todas as unidades sanitárias não
classificadas pela Resolução SS n.º 1 de 17
de março de 1970. Terá como responsável
um médico clínico. Seu programa de ação
poderá sofrer alterações em decorrência de
problemas de saúde locais. O atendimento
é polivalente e dinâmico. Suas atividades
deverão ser suplementadas nas áreas nec-
essárias, pelos Centros de Saúde de tipos
de I, II, III e IV, na forma que o Médico

3 - Classificação de Atividade: - O
Centro de Saúde V terá a responsabilidade
de executar programa mínimo mencionado
no artigo 2.º item 3.º do Decreto n.º 50.192
de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

- a) Imunizações e eventual quimiopro-
filaxia
 - b) Saneamento do meio
 - c) Visitação sanitária
 - d) Educação sanitária
 - e) Assistência médica sanitária fixa ou
intermitente.
- 4 - Pessoal: - O pessoal do Centro de
Saúde V terá a seguinte lotação máxima:

- 1 Médico fixo ou intermitente
 - 1 Visitador Sanitário
 - 1 Fiscal Sanitário
 - 1 Escriturário
 - 3 Atendentes
 - 1 Servente.
- Artigo 6.º - As Unidades Sanitárias
não constantes da classificação estabelecida
pela Resolução SS n.º 1 de 17 de março de
1970, terão atividades decorrentes as do
Centro de Saúde V, até que sejam estabele-
cidas suas classificações.

Artigo 7.º - Ocorrendo situação determi-
nante de tratamento especial, deverá o
Diretor Regional submeter a matéria ao
Coordenador de Saúde da Comunidade, com as
informações e justificativas necessárias.

Artigo 8.º - Esta Portaria entrará em
vigor na data de sua publicação.

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
DIVISÃO DE PESSOAL

Portaria C-G. de 6-6-1972
Declarando, no uso da atribuição que
lhe é conferida pelo artigo 9.º, inciso II,
alínea C do Decreto de 16. publicação a 17-
11-1970, que a D. Ziláh Prado Laroni -
R.G. 3.259.782 - Atendente, Extrane-
raria-Mensalista, Padrão "7-A", lotada na
Divisão Regional de Saúde de Aracatuba,
desta Coordenadoria, foi designada para,
no período de 26-5 a 10-6-1972 e no Regime
de Dedicção Exclusiva, responder pelo car-
go de Chefe de Seção, Padrão "19-A", do
QSS-PP-II, destinado a Seção de Comuni-
cações do Serviço de Administração da re-
ferida Regional, em substituição à Sra. Ma-
ria Carvalho Lima - R.G. 5.252.599 - Es-
criturária, Efetiva, Padrão "11-C", em vir-
tude do seu impedimento por licença para
tratamento de saúde.

Despacho do Diretor da Divisão de Pessoal
Processo n.º 4651-72 - C.S.C. - Ma-
ria Aparecida Mattoso - R.G. 3.356.529
- Atendente, Mensalista, Padrão "7-A", lo-
tada no D.A. da C.S.C. - Concessão de 2
anos de afastamento nos termos do artigo
202 do E.F.P.: "Defendido".

Comunicado a que se refere o Artigo 513
do E.G.S.
Cargo - nome - reparação paradora
- fundamento da licença - número do
dias concedidos - quinquênio - observação.
Atendente - Cennira Pereira de Godoy
- R.G. n.º 2.235.870 - Efetiva, Padrão
"7-B" - C.S.C. - Artigo 209 do E.F.P. -
trinta dias de licença-premio, a partir de
5-6-72, período de 17-9-63 a 16-9-68: "Nada
perde".

DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE
DE ARACATUBA

Despachos do Diretor Administrativo
Proc. 2035 72-D.R.S.9 - Herculina Guim-
rães - atendente - efetiva - padrão "7-
D" - CS. de Penapóis - sobre a concessão
de 45 dias de licença-premio - período de
16.7.63 a 15.7.68: "Deferido".
Proc. 3555 71-D.R.S.9 - Mariza Silva Spi-
nola - atendente - extrane-
raria mensalista - padrão "7-A" - CS. de Birigui
- sobre a concessão de 30 dias de licença-
premio - período de 30.9.65 a 29.9.70:
"Deferido".
Proc. 249 72-D.R.S.9 - Dr. José Calixto
Castanheira - médico - efetivo - padrão
"20-A" - CS. de Aracatuba - sobre a con-
cessão de 90 dias de licença-premio - pe-
ríodo de 24.12.63 a 23.12.68: "Deferido,
condicionando-se o início ao interesse do
serviço".

Comunicado a que se refere o artigo 513
do R.G.S.
Cargo - Nome - Padrão - Lotação -
Reparação paradora - Fundamento da li-
cença - Número de dias concedidos -
Quinquênios - Observações.
Atendente - Vilma Lot Vigilante - ex-
trane-
raria mensalista - padrão "7-A" -
D.R.S.9 - CS. de Birigui - artigo 209
do EFP - 30 dias de licença-premio a par-
tir de 28.5.72 - período de 4.10.63 a 3.10.
68: "Nada perde".

Comunicado a que se refere o artigo 509
do R.G.S.
Cargo - Nome - Padrão - Lotação -
Reparação paradora - Fundamento da li-
cença - Anos concedidos - Observações.
Atendente - Olívio de Souza Matos -
efetivo - padrão "7-C" - D.R.S.9 - CS.
de Aracatuba - artigo 202 do EFP. - 2
anos de licença sem vencimentos para tra-
tar de interesses particulares, a partir de
24.4.72: "Nada vence".
Atendente - Hebe Rocha - efetivo -
padrão "7-A" - D.R.S.9 - CS. de Buri-
lândia - artigo 202 do EFP. - 2 anos de
licença sem vencimentos para tratar de in-
teresses particulares a partir de 11.5.72:
"Nada vence".

Retificação do D.O. de 6-5-72
Na parte referente ao índice da licen-
ça-premio do Sr. Orlando Viola - servente -
efetivo - padrão "4-D" - do CS. de Gua-
rarapes, esclareça-se que a mesma teve in-
ício em 19.4.72 e não como constou.

DIVISÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Requerem
Registro de Diplomados
Campos, Antonio Marcos Zibordi de Alme-
da, Daniel Poranda Ramirez, Luiz Martin
Akira Yoshikai, Jose Gada Filho, Vera Lu-
cia Tupinambá Rodrigues, Antonio Peren-
Marques, Deferidos, a vista das inform-
ções.
Jose Ramiro Galiano Gallo, Comparece
para esclarecimentos.
Ednelia Maria Nogueira, Deferido, a vista
das informações, devendo o requerente
apresentar, previamente, seu documento de
identidade.
C. Dentistas: Helio Yano, Vera Lucia
Aurestio, Deferido, a vista das informações.
Odion Pereira Segovia Burgos, Compare-
reca para esclarecimentos.
Elza Helena Viana Sobral, Registrada
se.
Farmacêuticos: Takano Nawa, Ruber
Celchini, Anceia Maria Vieira de Moura
Lette, Deferidos, a vista das informações.
Farmacêuticos-Bioquímicos: Marcos Dis-
Fontana, Geraldo Quintino dos Santos, De-
feridos, a vista das informações.
Enfermeiras: Anna Maria de Souza Ri-
drigues, Irma Ana Julieta Morganti, Janild
Maltas Barbosa, Deferidos, a vista das in-
formações.
Enfermeira de Saúde Pública: Adeli-
Coutinho Nassid, Deferido, a vista das in-
formações.
Nutricionistas: Saika Moriya, Yaeko Ho-
jo, Deferidos, a vista das informações.
Aux. Enfermeiras: Maria Aparecida de
Assis, Deferido, a vista das informações.
Oficiais de Farmácia: Paulo Gigliucci
Francisco Emilio, Deferidos, a vista das in-
formações.
Ofício Prático: Tadaqui Motoyama, De-
ferido, a vista das informações.
Requer 2.ª Viza do Certificado de Enfer-
meira, Emma Schirnhofer, Expeça-se
certidão de Registro nesta Divisão.
Expedição e Registro de Certificados:
Operadores de Raios X: Odilon Schult
Ribeiro Junior, Ariovado Marques, Deferi-
dos, a vista das informações.
Realiz. de Certificados.
Massajista - Paulina Paludi dos Bar-
tos, Deferido, a vista das informações.
Certificados.
Mário de Moraes Altenfelder Silva, Lu-
de Barros, João Marcos, Baptista, Marcu
Antonio Gomes de Mello Filho, Deferidos,
vista das informações.
Walter Collino, Não há o que deferi-
Dirija-se a Junta Especial do Ensino Liv-
do M.E.C., querendo.
Emma Schirnhofer, Expeça-se Certifi-
de Registro nesta Divisão.
Alfredo Ramos, Compareça para esclar-
cimentos.
Olavo da Costa Silveira, Arquite-se.
Requer desentranhamento de Documen-
tos, Olavo da Costa Silveira, Deferido, qua-
to ao desentranhamento dos documentos.

Campos, Antonio Marcos Zibordi de Alme-
da, Daniel Poranda Ramirez, Luiz Martin
Akira Yoshikai, Jose Gada Filho, Vera Lu-
cia Tupinambá Rodrigues, Antonio Peren-
Marques, Deferidos, a vista das inform-
ções.
Jose Ramiro Galiano Gallo, Comparece
para esclarecimentos.
Ednelia Maria Nogueira, Deferido, a vista
das informações, devendo o requerente
apresentar, previamente, seu documento de
identidade.
C. Dentistas: Helio Yano, Vera Lucia
Aurestio, Deferido, a vista das informações.
Odion Pereira Segovia Burgos, Compare-
reca para esclarecimentos.
Elza Helena Viana Sobral, Registrada
se.
Farmacêuticos: Takano Nawa, Ruber
Celchini, Anceia Maria Vieira de Moura
Lette, Deferidos, a vista das informações.
Farmacêuticos-Bioquímicos: Marcos Dis-
Fontana, Geraldo Quintino dos Santos, De-
feridos, a vista das informações.
Enfermeiras: Anna Maria de Souza Ri-
drigues, Irma Ana Julieta Morganti, Janild
Maltas Barbosa, Deferidos, a vista das in-
formações.
Enfermeira de Saúde Pública: Adeli-
Coutinho Nassid, Deferido, a vista das in-
formações.
Nutricionistas: Saika Moriya, Yaeko Ho-
jo, Deferidos, a vista das informações.
Aux. Enfermeiras: Maria Aparecida de
Assis, Deferido, a vista das informações.
Oficiais de Farmácia: Paulo Gigliucci
Francisco Emilio, Deferidos, a vista das in-
formações.
Ofício Prático: Tadaqui Motoyama, De-
ferido, a vista das informações.
Requer 2.ª Viza do Certificado de Enfer-
meira, Emma Schirnhofer, Expeça-se
certidão de Registro nesta Divisão.
Expedição e Registro de Certificados:
Operadores de Raios X: Odilon Schult
Ribeiro Junior, Ariovado Marques, Deferi-
dos, a vista das informações.
Realiz. de Certificados.
Massajista - Paulina Paludi dos Bar-
tos, Deferido, a vista das informações.
Certificados.
Mário de Moraes Altenfelder Silva, Lu-
de Barros, João Marcos, Baptista, Marcu
Antonio Gomes de Mello Filho, Deferidos,
vista das informações.
Walter Collino, Não há o que deferi-
Dirija-se a Junta Especial do Ensino Liv-
do M.E.C., querendo.
Emma Schirnhofer, Expeça-se Certifi-
de Registro nesta Divisão.
Alfredo Ramos, Compareça para esclar-
cimentos.
Olavo da Costa Silveira, Arquite-se.
Requer desentranhamento de Documen-
tos, Olavo da Costa Silveira, Deferido, qua-
to ao desentranhamento dos documentos.

SETOR DE MULTAS

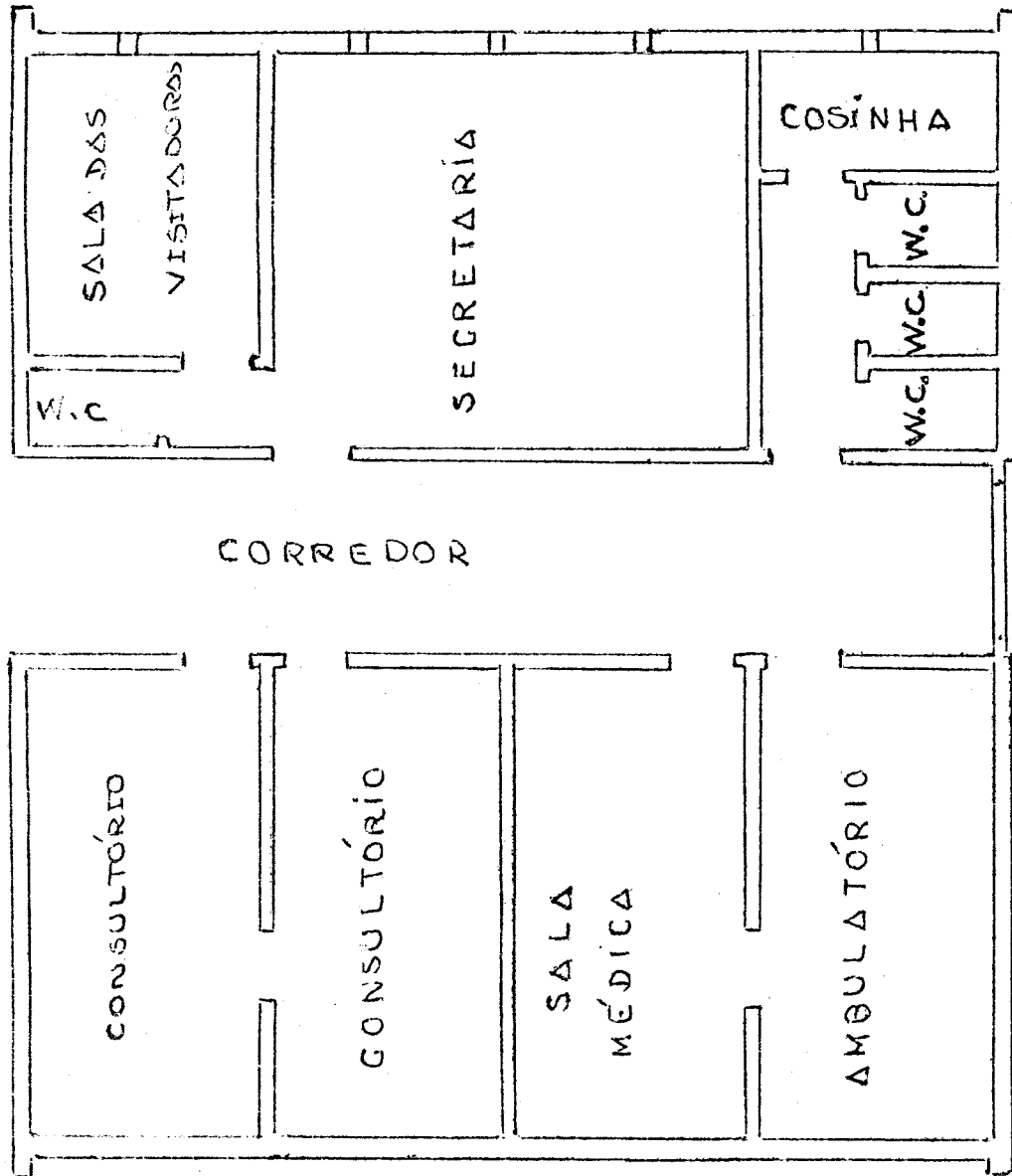
Despachos
Processo 6.635 72 anexo proc. 11.960 72 -
Sanatório Bela Vista - Cancele-se os At-
tos de Infração e de Penalidade de Mul-
ta em virtude das incorreções neles existente
Processo 8.902 72 - Recurso 12.475 72 -
Industria e Comercio de Produtos de Bela
Zama Ltda. - Indeferido.
Processo 10.038 72 - Hospital Samaritã
no - Cancelado Auto de Penalidade de Mu-
ta 3676 - Concedido o prazo solicitado e
prot. n.º 12.769.
Processo 11.088 72 - Orlando Caetano -
Indeferido.
Processo 13.245 72 - Milaré Rodrigues
Cla. Ltda. - Cancele-se Auto de Penalida-
de de Multa 6524 em virtude das incorreçõ-
nele existentes.

SEÇÃO DE ODONTOLOGIA

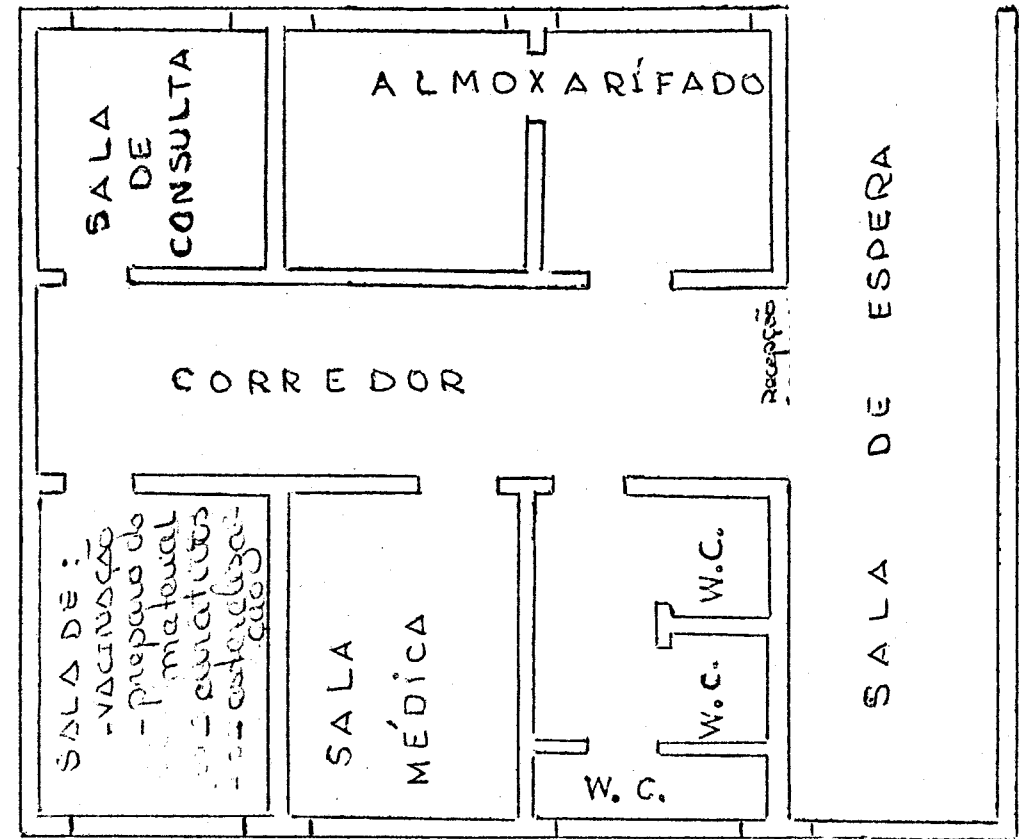
Requerem:
Certidão para fins Judiciais - P. ...
15.640 61 - Helio Siqueira - Despacho a
22.5.72, do Sr. Diretor da Divisão - Inde-
ferido, a vista do parecer do Sr. Consultor Ju-
ridico.
Certidão de Tempo de Serviço - 1
13.740 72 - Waldemar de Oliveira Pass-
13.904 72 - Jose Alves da Silva; 13.910 72 -
Ada Rosa Bertolucci Carneiro; 14.013 72 -
Antonio dos Santos Braga Junior - Def-
ridos.
Consultório Dentário - Victoria e Liber-
ça de Funcionamento - P. 2655 72 - Ni-
talu Yoshida Konai; 3.499 72 - Mar-
Yasunori Muekawa; 5.806 72 - Moacyr Vie-
ira; 9.797 72 - Alberto Asaki Tamami-
10.749 72 - Francisco Aurelio Momen-
10.141 72 - Maria Luzia Paschoa Navarr-
10.740 72 - Jose Roberto Ferrari; 10.247 72 -
Jose Yonamine; 10.751 72 - Walter L-
pes Couto; 11.641 72 - Antonio - Cast-
Branco Teixeira; 11.640 72 - Roberto An-
tonio Pereira Leite Salles Arcuri; 11.478 72 -
Miguel Gibello Gatti Junior; 12.485 72 -
Flamariun Miranda; 12.679 72 - Sergio Di-
vid Fernandes; 12.721 72 - Natalino Mumb-
Ortega; 12.830 72 - Antonio Geraldo Ste-
gel; 12.936 72 - Yoshiyuki Koga; 11.643 72 -
Jorge Nasib Haddad; 8.042 72 - Mi-
rião Augusto dos Santos; 10.674 72 - Osm-
Soyres de Freitas; 9.052 72 - José Pers
de Sant'Ana Ebboli; 9.426 72 - Yamato H-
rasawa; 11.237 72 - Walter Vieira da Silv-
9.875 72 - Masayoshi Nishimiyi; 13.865 72 -
Clevis Alves de Lima; 20.868 72 - Ricard-
Meneses Coutinho; 14.164 72 - Fumiko Ki-
wanami; 14.342 72 - Lucio Antonio de Ni-
ronha Peres; 14.106 72 - Waldomiro Fra-
cisco Carneiro; 14.338 72 - Helio Almeida
de Moraes; 8.495 72 - Leandro Miranda;
n.º 14.331 72 - Maria Nece Viana Martu-
Silva; 14.424 72 - Geraldo Joaquim;
13.774 72 - Marcio Giampietro Ban-
13.273 72 - Geraldo Silva de Menezes
14.329 72 - Jesuina Maria Carvalho
11; 10.782 72 - Paulo de Toledo Piz-
13.629 72 - Lucivaldo Grande, Defe-

ANEXO VII

PAVIMENTO SUPERIOR



PAVIMENTO TERREO



CENTRO DE SAÚDE
DE BARRA BONITA

escala 1:100

ANEXO VIII

ESTATUTOS
DA
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À
MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE BARRA BONITA

CAPÍTULO 1
Denominação, fins e sede

Art.1º - A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância de Barra Bonita, fundada em três de Novembro de mil novecentos e cinquenta, na cidade de Barra Bonita, Estado de São Paulo, sob os auspícios da Prefeitura Municipal, do Departamento Nacional da Criança e do Departamento Estadual da Criança, é constituída de ilimitado número de Associados, - pessoas físicas ou jurídicas, e terá duração por tempo indeterminado.

Art. 2º - A Associação tem por finalidade a proteção e assistência à maternidade e à infância em geral, velando pela saúde, o bem-estar e as necessidades da criança e da gestante, e especialmente:

a) higiene da maternidade e da infância, e sua proteção e assistência antes, durante e depois do parto.

b) assistência médica à criança, à gestante e à nutriz em ferma.

c) assistência alimentar à criança, à gestante e à lactante em estado de desnutrição ou reconhecidamente pobre, principalmente da família com prole numerosa;

d) proteção e educação de crianças orfãs e abandonadas que vivem nas vias públicas sujeitas à fome, ao vício, ao anal

fabetismo, à contravenção, à perverção e ao crime, por falta de amparo, bem como de pais comprovadamente pobres, por meio de colocação familiar, internamento, etc;

e) proteção, tratamento e educação de crianças com empeços físicos, mentais e sociais -(surdo-mudas, aleijadas, cegas, paralíticas, etc.);

f) proteção recreação e educação de crianças cujas mães - trabalhem fora do lar;

g) divulgação dos preceitos de higiene, puericultura, recreação orientada de crianças e serviços sociais, por meio de palestras e cursos, exposições e outros meios de propaganda.

h) recreação e educação física dirigida de crianças em geral;

i) outras iniciativas ou empreendimentos médico-sociais em favor da maternidade e da infância.

Parágrafo 1º - Para o cumprimento eficiente desses objetivos, a Associação colaborará com os poderes públicos e particularmente com a Prefeitura Municipal no sentido de promover o mais eficientemente possível a proteção e assistência à maternidade e à infância, como preceituam as Constituições Estadual e Federal e demais legislações em vigor.

Parágrafo 2º - Na medida do possível, a Associação organizará, instalará e manterá estabelecimentos destinados à proteção e assistência à maternidade e à infância, tais como maternidade, posto ou centro de puericultura, creche, casa da criança, cantina maternal e infantil (crianças, gestantes e lactantes - desnutridas) educandário (crianças orfãs e abandonadas), hospital infantil, etc.

Parágrafo 3º - A fim de obter os recursos necessários à organização, instalação, ampliação, melhoria e manutenção dos serviços, a Associação promoverá festivais e campanhas para aquisição de donativos e contribuições, solicitará aos governos municipal, estadual e federal auxílio e subvenção permanente ou extraordinária, etc.

CAPÍTULO II

Sócio seus deveres e direitos

Art. 3º - A Associação compor-se-á das seguintes categorias de sócios:

a) Efetivos, os que propostos regularmente fizerem o pagamento de mensalidade não inferior a Cr\$ 100,00, a título de manutenção;

b) Contribuintes, os que se comprometerem ao pagamento de uma contribuição mensal ou doações regulares, a seu critério, sem outras obrigações.

Parágrafo 1º - Terão o título de fundador as pessoas que assinarem a ata de instação da sociedade.

Parágrafo 2º - Qualquer pessoa poderá ter o título de honorário, por sua notoriedade ou serviços revelantes prestados à Associação, ou de benemérito, se houver prestado à Associação serviços de vulto ou doado, de uma só vez, pelo menos, importância não inferior a Cr\$ 5.000,00, em dinheiro ou equivalente.

Parágrafo 3º - Da mesma forma, a Associação poderá conceder o título de protetor à pessoa que preste assistência jurídica ou que por qualquer outra forma proteja a Associação.

Parágrafo 4º - Os títulos de Honorário, Benemérito ou Protetor, serão conferidos por votação da Assembléia Geral, mediante proposta de sócios ou da diretoria.

Parágrafo 5º - São considerados Honorários o Prefeito Municipal, o Juiz de Direito e os médicos do Corpo Técnico.

Art. 4º - São deveres dos associados:

a) prestigiar a Associação, respeitando os presentes Estatutos e decisões da Diretoria, cooperar no seu engrandecimento e colaborar na sua nobre missão na medida do possível;

b) aceitar e desempenhar, com dignidade e sem quaisquer interesses pessoais, os cargos para que forem eleitos que aceitarem (somente os efetivos);

c) contribuir regularmente com as quantias a que se tiverem obrigado.

d) assistir às reuniões das assembleias gerais, ordinárias e extraordinárias (somente os efetivos);

e) propor a admissão de novos sócios.

Art. 5º - São direitos dos associados quites:

a) servir-se da assistência prestada pela Associação, em caso de necessidade;

b) votar e ser votado (somente os efetivos);

c) propor sugestões de interesse geral;

d) solicitar esclarecimentos aos dirigentes quando os atos e resoluções da Diretoria da Associação lhes pareçam desviar-se das disposições destes Estatutos.

Parágrafo Único - Perderá a qualidade de associado todo aquele que desrespeitar os presentes estatutos e demais legislação interna da Associação ou deixar de satisfazer suas contribuições, por prazo superior a um (1) ano consecutivo, sem justificação aceita pela Diretoria.

CAPÍTULO III

Diretoria e suas atribuições

Art. 6º - A Associação será administrada por uma Diretoria eleita anualmente pelos sócios efetivos, podendo ser reeleita, constituída de:

a) Presidente, que representará a Associação em Juízo ou fora dele; autorizará as despesas e visará os documentos da Tesouraria; rubricará os livros (caixa, de donativos, de registro de sócios, etc) e documentos de responsabilidade, designará as pessoas e comissões que se deverá ocupar de determinados trabalhos; apresentará anualmente, por ocasião da assembleia geral ordinária, relatório das atividades da Associação, durante o exercício; presidirá as reuniões da Diretoria e das assembleias gerais ordinárias e extraordinárias, com voto de desempate; enfim, superintenderá todos os demais serviços da Associação, tomando todas as medidas necessárias ao cumprimento destes Estatutos.

b) Vice-Presidente, que auxiliará o Presidente nos seus en cargos e o substituirá nos seus impedimentos;

c) 1º Secretário, que auxiliará o Presidente e o Vice-Pre-
sidente nos seus encargos, substituído o Vice-Presidente nos se-
us impedimentos; lavrará as atas das sessões, cuidará da cor-
respondencia geral da Associação e dirigirá todos os serviços -
da Secretaria, mantendo em dia o expediente e livros a seu en-
cargos, tomando todas as iniciativas necessárias ao bom andamen-
to dos serviços da Associação;

d) 2º Secretário, que auxiliará o 1º Secretário nos seus -
encargos e o substituirá nos seus impedimentos ;

e) 1º Tesoureiro, que cuidará da guarda do dinheiro e valo-
res pertencentes à Associação; arrecadará a receita e demais im-
portancias que lhes forem devidas ou doadas; efetuará os pagamen-
tos autorizados pelo Presidente; manterá em dia a escrituração,
financeira e patrimonial da Associação, apresentando anualmente
pelo menos, balanços gerais da receita e da despesa e patrimo-
nial; dirigirá e fiscalizará tudo quanto tiver relação com a Te-
souraria;

f) 2º Tesoureiro, que auxiliará o 1º Tesoureiro nos seus -
encargos e o substituirá nos seus impedimentos;

Parágrafo Único - Todos os cargos da Diretoria serão -
exercidos gratuitamente.

Art. 7º - Para auxiliar a Associação no seus objetivos ,
fica criada a Legião de Cooperadores que será constituída das
senhoras e senhorinhas que se inscreverem na Associação com o
fim de prestar determinados serviços ou atividades sociais, como
visitas aos domiciliados pobres digo aos domicílios pobres, orga-
nização de festas para obtenção de recursos de confecção de rou-
pas e enxovais para crianças, transmissão de ensinamentos, cola-
borar nas comemorações, ajudar nos serviços mantidos pela Asso-
ciação ou a ela ligados por suas finalidades, etc.

Parágrafo Único - As cooperadoreas poderão ser dispensadas
de suas contribuições, caso o solicitem à Diretoria.

Art. 8º - O Corpo técnico será constituído pelos métodos-

que, por qualquer forma, cooperarem nos serviços da Associação, cabendo-lhes além da organização técnica e científica dos respectivos serviços, ministrar instruções, atender aos necessitados na sede dos serviços, etc.

Art. 9º - São órgãos deliberativos a Diretoria e o Corpo Técnico.

Parágrafo Único - Como órgão deliberativo, poderá a Diretoria, composta da metade e mais um de seus membros, pelo menos elaborar regulamente internos, nomear e destituir auxiliares, - preencher vagas, interinamente, até a próxima eleição e interpretar, decidir primariamente os casos omissos nestes Estatutos e estudar e deliberar sobre medidas que, possam concorrer, para o desenvolvimento da Associação e seus objetivos, aproveitando a colaboração do Corpo Técnico, quando necessária.

Art. 10º - O mandato da Diretoria terminará no dia trinta de Novembro de cada ano, quando iniciará suas atividades a nova Diretoria.

CAPÍTULO IV Assembléias Gerais

Art. 11º - A Assembléia Geral será constituída pela reunião dos sócios efetivos, em pleno gozo de seus direitos sociais,

Parágrafo 1º - Haverá anualmente uma Assembléia Geral Ordinária, no dia trinta do mes de Novembro, para leitura do relatório do Presidente, aprovação das contas e dos balanços e eleição e posse da nova Diretoria.

Parágrafo 2º - A Assembléia Geral Extraordinária, poderá ser convocada pelo Presidente, sempre que necessário, ou a requerimento de dez (10) sócios quites.

Parágrafo 3º - As Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinária realizar-se-ão com a presença de, no mínimo, um terço (1/3) dos sócios efetivos em primeira convocação, e com qualquer número deles, em segunda.

Parágrafo 4º - A Assembléia Geral Ordinária será lembrada aos associados com antecedência de três (3) dias e a Assembléia Geral Extraordinária notificada aos associados com antecedência de sete (7) dias pelo menos.

CAPITULO V

Patrimônio e Recursos de manutenção

Art. 12º - A Associação organizará o seu patrimônio e constituirá os recursos de manutenção, observados os princípios gerais de economia e finanças, com os seguintes elementos:

- a) mensalidade e contribuição dos associados,
- b) donativos;
- c) legados;
- d) subvenções e auxílios federal, estadual e municipal;
- e) produto de festivais, campanhas, etc.
- f) eventuais

Parágrafo 1º - Em caso de dissolução da Associação, o seu patrimônio passará a pertencer a outra instituição idônea que tenha os mesmos objetivos, (proteção e assistência à maternidade ou à Infância, ou ambas), de personalidade jurídica de direito privado, de caráter público, que preveja, em seus estatutos, a segurança e continuidade indispensáveis do patrimônio - ou, não havendo instituição desse gênero, entregue a Prefeitura Municipal, provisoriamente, até que se organize outra associação ou sociedade que preenche idênticas condições, com a cláusula de inalienabilidade.

Parágrafo 2º - Não poderá, entretanto, o patrimônio ser incorporado à instituição cujos bens, em caso de dissolução, se destine a outra entidade, a que seja ou não filiada, nacional, estrangeira ou internacional, ou a outros fins especiais, sem que seja prevista a restituição da parte dos bens da Associação a que se refere os presentes Estatutos a Prefeitura Municipal respectiva, considerando-se as depreciações ou avaliações razoáveis, se a operação for efetuada em dinheiro.

Parágrafo 3º - Os saldos verificados no exercício de re-

nanceiro, não poderá ser capitalizados à custa de redução ou de ficiência dos serviços.

CAPITULO VI

Conselho Fiscal

Art. 13º - Haverá um Conselho Fiscal composto de três - (3) membros efetivos e dois (2) suplentes, escolhidos dentre os associados efetivos, eleitos juntamente com a Diretoria, podendo ser reeleitos, e terá por finalidade verificar e dar parecer sobre as contas, livros e balanços apresentados pela Diretoria, para conhecimento e apreciação pela Assembléia Geral Ordinária.

CAPITULO VII

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 14º - Os associados não respondem solidária ou subsidiariamente pelas obrigações contraídas expressa ou internacionalmente pela Diretoria, em nome da Associação.

Art. 15º - O ano financeiro e social da Associação coincidirá com o ano civil, indo portanto, de primeiro de janeiro a trinta e um de Dezembro de cada ano.

Art. 16º - Serão comemorados os dias Três de Novembro e trinta de Novembro de cada ano, datas da fundação da Associação e posse da Diretoria, respectivamente.

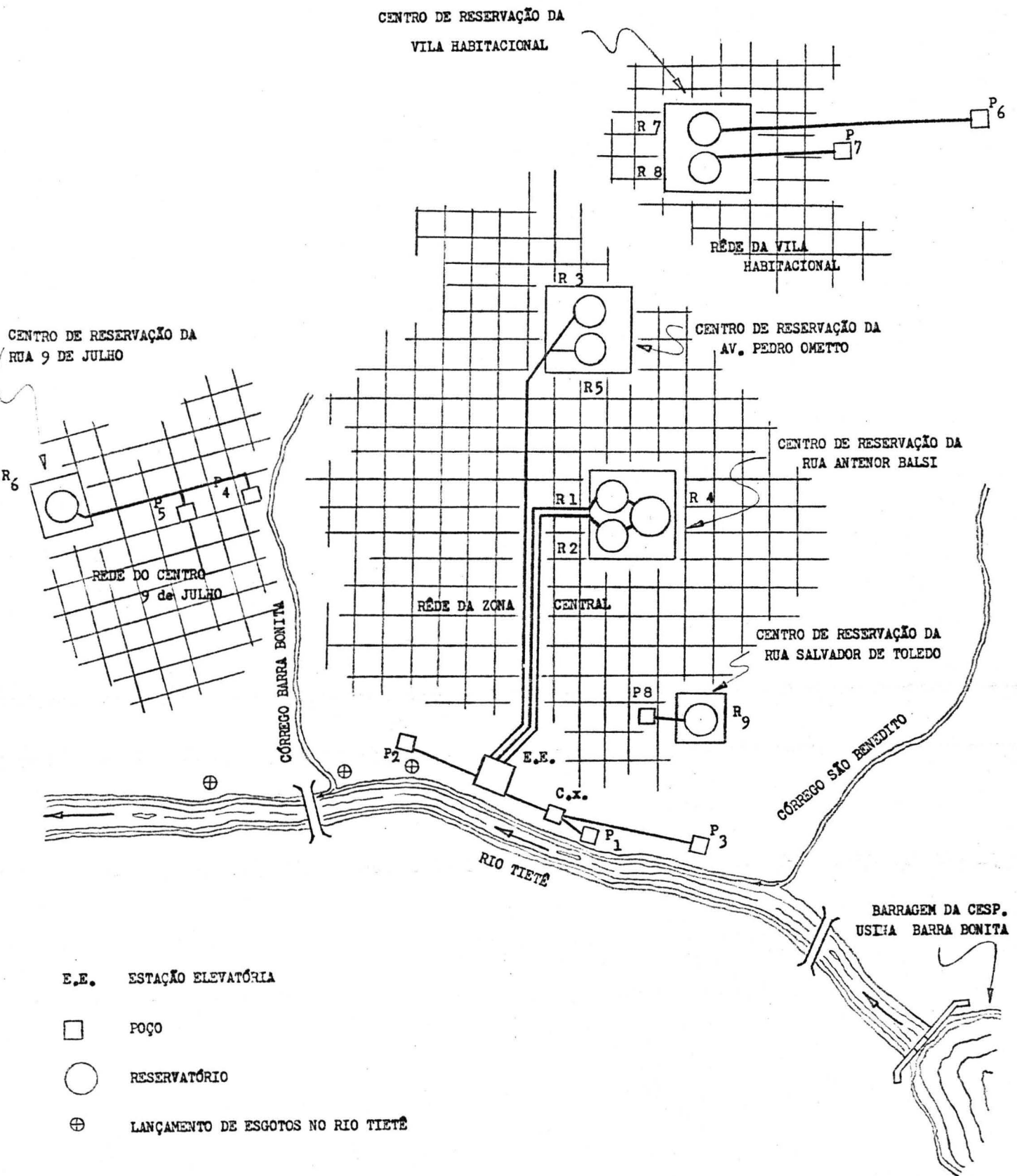
Art. 17º - Os membros da atual Diretoria, exercerão suas funções até trinta de Novembro de mil novecentos e cinquenta e um, devendo entre os dias tres e trinta de Novembro, realizar - -se a Assembléia Geral Ordinária, para os fins especializados - no parágrafo 1º do art. 11º destes Estatutos.

Art. 18º - Os presentes Estatutos só poderá ser modificados pela Assembléia Geral, quando julgar necessário, deliberando com dois terços (2/3) em primeira convocação e metade (1/2), em segunda, pelo menos, dos sócios efetivos quites.

Art. 19º - Os casos omissos, bem como os de magna importância para a Associação, serão resolvidos em Assembléia Geral Extraordinária.

BARRA BONITA, 30 de Janeiro de 1951.

ANEXO IX



BARRA BONITA

CROQUI DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA
E LANÇAMENTO DE ESGOTOS NO RIO TIETÊ

SEM ESCALA

ANEXO X

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE EM COMUNITARIEDADE
DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DE BAIXO - DRS-7

INSTRUÇÃO DE INTERIÇÃO N.º 1/74, de 04/08/74

ASSUNTO: Complementação do Levantamento do Cartório de Registro Civil com a situação vacinal de todas as crianças cadastradas para a vacinação de rotina no Centro de Saúde.

OBJETIVO: Imunizar o maior número possível da população infantil residente no município, a fim de aumentar a resistência biológica das crianças e consequentemente evitar o aparecimento de doenças que podem ser prevenidas com a imunização vacinal.

LEVANTAMENTO DE CARTÓRIO EM SUA SEGUNDA ETAPA

- I. Localizar todas as crianças, constantes do Levantamento de Cartório, e que não têm ficha de registro de vacinações (azul) para:
 - I.1. cadastrar com ficha de registro de vacinações;
 - I.2. atualizar vacinações de rotina;
 - I.3. observar, quando for o caso, obito e data, mudança, quando e para onde, ou endereço ignorado, etc.
- II. Atualizar todas as fichas de registro de vacinações, completando o esquema de vacinações de rotina para todas as crianças de zero a 6 anos.
- III. Relacionar todas as crianças que têm ficha de registro de vacinações no CS e que não constam do Levantamento de Cartório. A partir da data de .../01/01/70, todas as crianças deverão constar da listagem. Modelo anexo.
- IV. Anotar nas fichas de registro de vacinações (azul), na parte superior lateral à esquerda, a lápis preto:
 - IV.1. S/REG.NASC. - para todas as crianças que ainda não foram registradas em Cartório.
 - IV.2. REG.NASC. NA CIDADE DE _____ - para todas as crianças com registro de nascimento, mas que foram registradas em outro município.
- V. Continuidade permanente do Levantamento feito em Cartório, iniciado em .../01/01/70 e parado em 31/03/74, nos mesmos moldes que o anterior, inclusive a Relação Complementar com discriminação de doses de vacinas recebidas pelas crianças cadastradas.
 - V.1. observar para este levantamento os itens I, II, III e IV, e seus subitens, da presente Instrução.
- VI. Relação Complementar do CS, para ser anexada ao Levantamento de Cartório. Modelo anexo.
 - VI.1. colar ao lado do Lev. de Cartório a folha complementar, constando na mesma a discriminação de doses de vacinas de rotina;
 - VI.2. Marcar com um X, com esferográfica azul, as doses de vacinas que a criança recebeu, na casela correspondente;
 - VI.3. Para as crianças que faleceram, traçar uma linha, com esferográfica vermelha, em todas as caselas da folha complementar;
 - VI.4. Para as crianças que mudaram para outro município, marcar com um X as doses de vacinas recebidas, e com traço para as que ficaram por receber, sempre com esferográfica azul;
 - VI.5. Os totais no rodapé da folha complementar serão sempre a lápis.
- VII. Quanto às Cadermetas de Vacinações (amarela) e a Ficha de Registro de Vacinações (azul), deverão obrigatoriamente conter no verso o carimbo do CS emitente, em ambas as fichas, para evitar possíveis extravios.
 - VII.1. A cadermeta (amarela) deverá ficar sempre em poder do responsável pela criança e nunca no CS emitente.
 - VII.2. A ficha de registro de Vacinações (azul) deverão ficar sempre arquivada no CS emitente, no respectivo arquivo e nunca sobre mesas ou gavetas.


- VII.3. **FALECIMENTO.** Toda criança cadastrada para vacinações que vier a falecer deverá ter anotado na respectiva ficha de reg. de vacinações a data do óbito. ÓBITO EM ____/____/____
- VII.4. **MUDANÇA.** Toda criança cadastrada para vacinações que mudar para outro município, deverá ter anotado na respectiva ficha de reg. de vacinação a possível data ou época da mudança e para onde se mudou, quando for possível averiguar.
- VII.5. **ENDEREÇO IGNORADO.** Toda criança cadastrada para vacinações que deixar de comparecer para completar o esquema iniciado, após a visita domiciliar, e esgotados todos os recursos para recambiá-la ao CS, deverá ter anotado na respectiva ficha de reg. de vacinações - ENDE REÇO IGNORADO.
- VII.6. Nos casos referentes aos sub-itens VII.3, VII.4. e VII.5., respectivamente óbito, mudança e endereço ignorado, estas fichas de registro de vacinações não poderão ser inutilizadas e sim arquivadas nos respectivos grupos etários do arquivo de fichas de registro de vacinações, mas - SEMPRE COM OBSERVAÇÕES ESCLARECEDORAS.
- VII.7. **TRANSFERÊNCIAS.** As transferências de ficha de reg. de vacinações (azul) serão diretas entre os Centros de Saúde correspondentes. Portanto, o intercâmbio será direto, sem a participação do DS ou da Diretoria desta DRS. Deverá ser enviada CÓPIA DA FICHA (AZUL), (A VIA ORIGINAL DEVERÁ PERMANECER ARQUIVADA NO CS DE ORIGEM), através de memorando para a cidade onde a família da criança se mudou. E o CS que o receber deverá acusar o recebimento ao CS emissor. Quando se tratar de crianças que se mudaram para OUTROS ESTADOS ou para o GRANDE SÃO PAULO, a transferência será da competência desta Diretoria, devendo as fichas serem encaminhadas ao Setor de Comunicações desta Diretoria, com os devidos esclarecimentos.
- VIII. É da inteira responsabilidade dos VISITADORES SANITÁRIOS e dos ATENDENTES DE ENFERMAGEM a organização de fichário de registro de vacinações e tudo que concerne a vacinações de rotina, ficando ambos encarregados de responder integralmente pelo mesmo, em qualquer ocasião, embora todo CS tenha um atendente de enfermagem responsável pela Sala de Vacinações.

Para que se cumpra a presente INSTRUÇÃO DE ENFERMAGEM, solicitamos por parte do Senhor Médico Chefe, dar conhecimento da mesma a todos os funcionários deste Centro de Saúde, especialmente aos OPERADORES DE SALA DE VACINA e VISITADORES SANITÁRIOS.

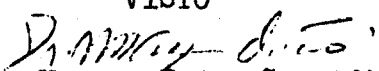
Outrossim, informamos que o item VII desta Instrução reformula em parte o item III.4 (4.6. e 4.7.) da Instrução de Enfermagem n.º 3/73, datada de 20/11/73.

Esperamos mais uma vez contar com a valiosa colaboração dos Senhores Médicos do Distrito Sanitário, dos Centros de Saúde e de seus funcionários, para o êxito deste trabalho.

Bauru, 4 de junho de 1974


Maria de Lourdos Oliveira Donato Mello
Resp. p/ Inspeção de Enfermagem da DRS-7

VISTO


Dr. Wilson Pedro Speridião

Diretor da DRS-7

Ao Médico Responsável pelo C.S. de

Bauru

ANEXO XI

Trabalho de campo multiprofissional será desenvolvido em Barra Bonita de 19 a 24-8

Com o objetivo de que os barrabonitenses venham valorizar e melhor compreender o trabalho de campo multiprofissional que será desenvolvido em Barra Bonita, no período de 19 a 24 de agosto, nós estaremos através deste jornal e da Rádio Emissora da Barra, procurando da melhor forma possível orientá-los, para que

na oportunidade possam receber com muita atenção esses profissionais que terão como objetivo geral identificar os problemas de saúde Pública existentes no município, através de levantamentos e dados essenciais para a avaliação da situação de saúde e como objetivos específicos: 1 - Vivenciar o trabalho em equipe

multiprofissional; 2 - Propor soluções para os problemas encontrados estabelecendo prioridades e alternativas com base nos recursos humanos e materiais existentes.

A equipe será composta de 20 pessoas, e entre elas teremos: médicos, engenheiros, assistentes sociais, educadoras, veterinários, etc., de diversas partes do País e

terá como supervisor o nosso ilustre médico-chefe do Posto de Saúde, Dr. Orlando Lopes.

Esses profissionais farão um trabalho completo, iniciando pela caracterização física, histórica, econômico-social, divisão administrativa e no campo específico que é setor saúde. Após esses levantamentos que serão fei-

tos através de amostragem, será elaborada uma carta sanitária.

O que é ainda muito importante é que esse grupo de multiprofissionais, receberão também de nossas autoridades municipais indicações para determinados problemas que após minuciosos estudos apresentarão os meios de solução.

Vamos portanto aguardar a vinda dessa equipe para Barra Bonita, e recebê-los da melhor forma possível, através de um perfeito atendimento e da compreensão dos trabalhos que aqui irão realizar.

JORNAL DA BARRA

BARRA BONITA, 3/8/1974

JOSÉ FERRETI
DIRETOR-RESPONSÁVEL

ANO VII — NÚMERO 350

JORNAL DA BARRA

BARRA BONITA, 17/8/1974

JOSÉ FERRETI
DIRETOR - RESPONSÁVEL

ANO VII — NÚMERO 352

2.a feira será iniciado trabalho de campo multiprofissional

Barra Bonita, estará a partir de amanhã hospedando o grupo da Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, para na segunda feira, dia 19 de agosto, iniciar o trabalho de campo multiprofissional. O primeiro contáto será com o Prefeito Municipal, e em seu gabinete de trabalho, entregará ao grupo de trabalho mapas da cidade e dará outras informações do nosso município.

A equipe que terá como coordenador o Médico Chefe do Posto de Saúde é composta das seguintes pessoas: Arcyr Giaretta Bar-

cellos, dentista; Artur Dias Medeiros, engenheiro; Edmur Flávio Pastorello, médico; Emma C. Carlotta de Lotto, educadora; Francisca C. Saavedra Silva, administradora hospitalar; Francisco Curcio, médico; Glau-
cia Helena Tigani Machado, assistente social; Gunther José Ammon, farmacêutico-bioquímico; João Augusto M. Bezerra de Melo, administrador hospitalar; Luiz Antonio da Fonseca, médico; Luiz Roberto Santos Moraes, engenheiro; Luiz Mercadante, dentista; Maria Berenice R. Almeida, educadora; Maria José Leite Cardoso, ad-

ministradora hospitalar; Marylando Miguel, nutricionista; Néia Shoor, enfermeira; Nora Regina P. Pesce, educadora; Santos Campanella, dentista e Suely Gandolfi Giron, enfermeira.

Por se tratar de um serviço de suma importância para nossa cidade, pelas pesquisas que irão se fazer no setor de saúde, as famílias barrabonitenses, deverão atender esses profissionais com o máximo carinho e as informações devem ser dadas com a maior sinceridade possível. Portanto vamos colaborar.

Multiprofissionais terminam serviço em Barra Bonita

Na sexta-feira 23, multiprofissionais da Faculdade de Saúde Pública, da USP, completaram um importante trabalho de pesquisa, feito através de amostragem, que após minuciosas avaliações, será montada a Carta Sanitária de Barra Bonita.

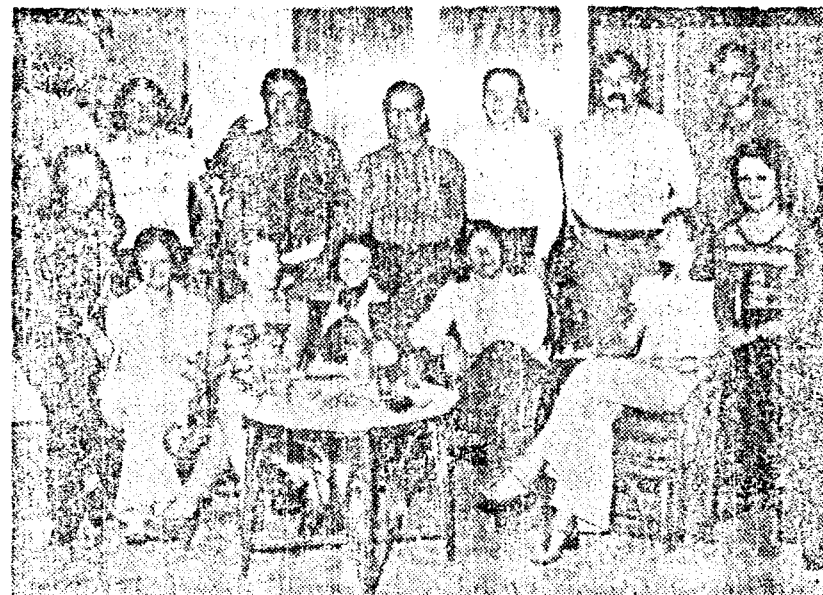
Nós, que mantivemos vários contatos com essa equipe, procuramos saber da situação de Barra Bonita, e podemos adiantar, que os problemas não são muitos, mas, pelo menos um deles, vai necessitar de cuidados especiais e este, por uma questão de ética só vamos comentar, quando tivermos acesso ao relatório que deverá ser enviado para as nossas autoridades.

Esses profissionais, em número de 20 pessoas, entre médicos, engenheiros, dentistas, assistentes sociais e administradores de hospitais, demonstraram nessa pesquisa, alta capacidade, que vem elevar e colocar em lugar de destaque a faculdade, a que pertencem.

Churrascada e Coquetel

O Dr. Luiz Mercadante, que também é um excelente componente dessa equipe, recepcionou os seus colegas, em sua propriedade agrícola, neste município com uma churrascada e nesse local a sua esposa, assim como os seus dois filhos, foram grandes anfitriões.

Ainda na sexta-feira, na residência do Dr. Orlando Lopes, a equipe se reuniu para um coquetel, e no local, o coordenador da equipe, Dr. Edmar, presenteou ao Prefeito Tatinho, ao Presidente da Câmara Municipal de Barra Bonita, Com. Herculino de Lima, e ao coordenador local Dr. Or-



lando Lopes, com cartões de prata, em agradecimento pela colaboração prestada, por essas nossas autoridades.

No clichê que ilustramos esta nota mostramos parte da equipe, e os foca-

lizamos para mostrar aos nossos leitores essas criaturas extraordinárias, que tanto serviço tem prestado e que irão ainda prestar a um número incalculável de cidades.