

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RELATÓRIO

DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL



1988

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

MAIRIPORÃ

DEZEMBRO/1.988



ESTUDO DESCRITIVO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA DO MU
NICÍPIO DE MAIRIPORÁ E DO BAIRRO DE TERRA PRETA.

Relatório apresentado à
Coordenação do Trabalho
de Campo Multiprofission
al - Curso Especializaç
ão em Saúde Pública -
Faculdade de Saúde Púb
lica da Universidade '
de São Paulo.

São Paulo

1988

IDENTIFICAÇÃO

GRUPO DE TRABALHO

NOME	PROFISSÃO
CÂNDIDO ELPIDIO SOUZA VACCAREZZA	Médico
CARLOS ALBERTO DE LIMA BORSATTO	Médico
JOSÉ CARLOS NUNES BARRETO	Engenheiro Mecânico
MARIA TERESA DE OLIVEIRA	Médica Veterinária
ROSÂNGELA BORGES REINA	Farmacêutica Bioquímica

SUPERVISOR

PROF. CLÁUDIO GASTÃO J. DE CASTRO

NOSSOS AGRADECIMENTOS

- . Ao Exmo Prefeito de Mairiporã
Sr. ANTONIO JAIR OLIVEIRA NASCIMENTO
- . À ASSESSORIA ADMINISTRATIVA DA PREFEITURA DE
MAIRIPORÃ, na pessoa da Sra.MARIA ANGÉLICA
PEREIRA e demais funcionários
- . Aos FUNCIONÁRIOS OUTROS da Prefeitura de Mairiporã
- . Aos PROFESSORES CONSULTORES E COORDENADORES deste
trabalho
- . ÀS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS que contribuíram para
a elaboração do presente trabalho
- . Aos FUNCIONÁRIOS DA BIBLIOTECA da Faculdade de
Saúde Pública da USP
- . Aos FUNCIONÁRIOS da Faculdade de Saúde Pública
da USP
- . Aos DEMAIS COLEGAS do Curso de Especialização.

Àqueles que a partir de agora estarão
mais empenhados ainda em efetivar a
Saúde Pública, como profissionais não
se esqueçam:

"O sonho encheu a noite,
extravassou pro meu dia,
encheu minha vida
e é dele que vou viver,
porque SONHO NÃO MORRE."

(Adélia Prado)

<u>CAPÍTULO I</u> - <u>O MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ</u>	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	11
3. METODOLOGIA	12
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ . . .	15
4.1 HISTÓRICO	15
4.2 SITUAÇÃO GEOGRÁFICA	15
4.3 ATIVIDADES ECONÔMICAS	15
4.4 SANEAMENTO BÁSICO E DESENVOLVIMENTO URBANO . . .	16
4.5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO	17
4.5.1 IDADE E SEXO	17
4.5.2 PIRÂMIDE POPULACIONAL	19
4.5.3 CRESCIMENTO	20
4.5.4 NÍVEL DE RENDA	21
4.6 CONDIÇÕES DE SAÚDE	22
4.6.1 MORTALIDADE INFANTIL, SEUS COMPONENTES E TAXA DE NATALIDADE	22
4.6.2 MORTALIDADE PROPORCIONAL	24
4.6.3 ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO	28
4.6.4 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 1 A 4 ANOS . . .	32
4.6.5 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 5 A 19 ANOS . . .	34
4.6.6 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 20 A 49 ANOS . . .	37
4.6.7 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 50 E MAIS . . .	39
4.6.8 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	45

	PAG
4.7 PROGRAMAS DE SAÚDE	45
4.7.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	45
4.7.2 ASSISTÊNCIA À GESTANTE	45
4.7.3 IMUNIZAÇÃO	47
4.8 EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	54
4.9 SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA	60
5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES	62
5.1 CONCLUSÕES	62
5.2 SUGESTÕES	62
5.2.1 MEDIDAS DE SANEAMENTO DO MEIO E DESENVOLVI- MENTO URBANO	62
5.2.2 MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA	62
5.2.3 MEDIDAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE	62
5.2.4 MEDIDAS GERAIS	62

Capítulo II - O Bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã	65
6. O Bairro de Terra Preta	65
6.1. Histórico e características gerais	66
6.2. Caracterizacas gerais da população amostrada .	66
6.2.1. Idade e Sexo	66
6.2.2. Piramide populacional	68
6.2.3. Associatividade da comunidade	68
6.2.4. Tempo de moradia no Bairro	70
6.2.6. Escolaridade	71
6.2.7. Ocupação profissional	75
6.2.8. Nível de renda	78
6.3. Tipo de moradia, saneamento básico e condições ambientais	80
6.3.1. Condição de ocupação do domicílio	80
6.3.2. Tipo de casa	80
6.3.3. Saneamento básico e condições ambientais . .	81
6.4. Condições de saúde	85
6.4.1. Morbidade	85
6.4.2. Mortalidade	86
6.5. Programas de Saúde	89
6.5.1. Atendimento odontológico	89
6.5.2. Assistência à gestante	90
6.5.3. Imunização	97
6.6. Equipamentos de saúde	102

	PAG.
6.7. Saúde Pública Veterinária	107
6.8. Conclusões e Sugestões	108
6.8.1. Conclusões	108
6.8.2. Sugestões	121
6.9. Entrevista com as autoridades (síntese) . . .	127
6.10. Inquérito preliminar empresarial e industrial	129
6.11. Referências Bibliográficas.	138
6.12 Anexos	

CAPÍTULO I

O MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte da disciplina "Trabalho de Campo Multiprofissional" do Curso de Especialização em Saúde Pública.

Conforme determinação da coordenação da mesma, a cidade em estudo seria Mairiporã, onde, por indicação da Prefeitura local, seria escolhido um bairro, objeto de nossas pesquisas, o que aconteceu através de reuniões com representantes do Prefeito, que definiram, então, o Bairro de Terra Preta como o selecionado.

Nossa equipe, por razões alheias à nossa vontade, ficou bastante reduzida em relação à magnitude do estudo, contando apenas com dois médicos, um engenheiro, uma veterinária e uma farmacêutica. Mesmo com este restrito número, resolvemos assumir a responsabilidade pela realização do trabalho, cientes dos nossos limites e dispostos a um sobre esforço no cumprimento da tarefa.

2. OBJETIVOS

O objetivo básico deste trabalho é fazer uma descrição das condições de saúde/doença da comunidade de Terra Preta na cidade de Mairiporã, uma avaliação geral de alguns indicadores de Saúde de Mairiporã e ainda levantar algumas perspectivas e propostas de intervenção técnica nesta localidade, no sentido de melhorias naquelas situações que aumentam os agravos de saúde da população.

3. METODOLOGIA

Em primeiro lugar, fizemos um levantamento dos dados estatísticos, sócio-econômicos e de saúde vital da cidade de Mairiporã; a seguir organizamos, hierarquizamos e avaliamos estes dados.

Como não dispúnhamos de informações satisfatórias sobre Terra Preta, organizamos um inquérito populacional (1), complexo, abrangendo um conjunto de perguntas relacionadas às áreas de concentração em Administração, Epidemiologia, Saúde Ambiental e Ciências Sociais, que foram aplicados de forma aleatória e sistemática em 20% das residências da comunidade de Terra Preta.

Através de observação realizada por ocasião da visita inicial ao bairro (para estabelecimento dos primeiros contatos com as autoridades locais), considerou-se que o mesmo contava com um número de quadras próximo de 40 e cerca de 1000 domicílios (N=1000)

Supondo ser:

n= tamanho da amostra

e= número de entrevistadores

d= número de dias a serem trabalhados

tt= tempo total e diário a ser trabalhado (em minutos)

ti= tempo médio a ser gasto para aplicação de cada inquérito (em minutos); tentamos equacionar a seguinte expressão:

$$n = e \times d \times \left(\frac{t.t}{t.i} \right)$$

e então obtivemos:

$$n = 4 \times 4 \times \left(\frac{8 \times 60}{45} \right)$$

Acrescentando-se um percentual de 10% (p) à n, para serem incluídos os possíveis casos de recusa, do domicílio fechado ou vazio, têm-se:

(1) inquérito populacional - Anexo I

$n = 170$
 $p = 10\%$
 $n' = 1,10 \times 170$
 $n' = 190$
 $n' =$ tamanho total da amostra

Para obtenção da amostra utilizou-se a técnica de contagem rápida de domicílios (anexo II), sendo o intervalo para o sorteio sistemático dos domicílios, calculado do seguinte modo:

$$I = \frac{N}{n'}$$

$$I = \frac{1000}{190} = 5,26$$

$$I \cong 5$$

onde, I = intervalo para sorteio
 N = número de domicílios
 n' = tamanho total da amostra

Com início casual igual à 4, todos os domicílios que ocupavam a posição de números 4, 9, 14, 19 e assim por diante na lista de endereçamento foram entrevistados.

Na realidade o número de domicílios e quadras do bairro mostrou-se inferior ao estimado pelo grupo ($N = 350$ domicílios) reduzindo assim em 1/5 a amostragem a ser aplicada na população.

Estes dados foram cruzados e avaliados "per si" e conjuntamente.

Aplicamos ainda, um questionário (2) em todas as indústrias do Bairro de Terra Preta, com objetivo de compreender possíveis agravos à saúde do trabalhador e de moradores do bairro, a partir do funcionamento da empresa. Este questionário foi respondido por um funcionário indicado pela diretoria da indústria;

(2) questionário industrial - Anexo III

mesmo compreendendo os limites do tipo de resposta ' resolvemos considerá-las, pois esta era a única forma de obtermos alguns dados necessários para posterior ' avaliação.

Finalmente fizemos uma avaliação específica parcial e global de todos os dados, traçamos um diagnóstico e algumas propostas de equacionamento dos problemas encontrados.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

4.1 HISTÓRICO

Mairiporã desde 1642, já era citada como Vila. Não se conhece a sua data de fundação; estima-se que tenha sido no final do século XVI e começo do século XVII, em torno da Capela feita por Antônio de Souza Del Mundo, situado no Município da Capital do Estado; sendo, em época ignorada, elevada a Freguesia com o nome de Juqueri. Em 1880 foi incorporada a Guarulhos. Foi elevada a categoria de Município em 1889. A cidade ganhou a denominação de Mairiporã em 1º de janeiro de 1949. A origem deste nome do tupi guarani, significando Aldeia Pitoresca.

4.2 SITUAÇÃO GEOGRÁFICA

Atualmente limita-se:

Ao Norte - Atibaia

Ao Sul - São Paulo

A Leste - Bom Jesus dos Perdões, Nazaré Paulista e Guarulhos

A Oeste - Caieiras e Franco da Rocha

Seu clima é subtropical e sua topografia é montanhosa. A extensão territorial é de 307 Km², sendo a extensão urbana de 114 Km² e a rural de 195 Km².

4.3 ATIVIDADES ECONÔMICAS

Mairiporã conta com 56 indústrias com atividades gerais, 52 indústrias de tijolos, 1330 propriedades com atividades agro-pecuárias, se destacando plantações de cenoura, batata-doce, tomate, mandioquinha, batatinha, cana-de-açúcar, milho, uva-italia, laranja, tangerina, pêssego, gengibre, criação de galinha poedeira e frango de corte.

No comércio conta com 297 estabelecimentos, diversas agências bancárias e alguma atividade de turismo.

É na indústria e no setor hortifrutigranjeiro que se encontra o principal gerador da economia da cidade.

4.4 SANEAMENTO BÁSICO E DESENVOLVIMENTO URBANO

A cidade de Mairiporã está incluída na área de mananciais do Estado de São Paulo, no entanto, observando o quadro 1, verifica-se que a falta de saneamento básico tende a comprometer estas reservas. Quanto à disposição dos resíduos sólidos domésticos, segundo informações colhidas junto à Prefeitura, são recolhidos seis (6) caminhões diariamente, 4 deles dispostos em "lixão" na periferia de São Paulo e 2 distribuído a particulares para uso como adubo, sem nenhuma técnica de aterro. Pode-se avaliar que o chorume tenha comprometido o lençol freático devido ao tempo que esta prática vem sendo utilizada.

O abastecimento de água, além de não atingir todas as residências como demonstra o quadro 1 segundo diversos depoimentos da população é bastante irregular, faltando água constantemente.

Quanto ao desenvolvimento urbano, não há um plano diretor que o discipline, somente a CETESB fiscaliza a implantação de indústria, a fiscalização e acompanhamento das áreas próximas aos mananciais é extremamente insignificante.

Observa-se na cidade a presença de muitas mansões destinadas a veraneios e lazer, próximo aos mananciais e ao núcleo principal da cidade bem como diversos bairros periféricos em torno de indústrias. Tudo isto caracterizando o crescimento feito ao acaso, sem uma direção.

QUADRO 1 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO SANITÁRIO NA CIDADE DE MAIRIPORÃ.

	EXTENSÃO TOTAL DA REDE	% EM RELAÇÃO À EXTENSÃO DA REDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	Nº ABSOLU TO DE LI- GAÇÕES	% EM REL AÇÃO ÀS NE CESSIDADES DA CIDADE
Abaste cimento de água	58.186	0,2	3.422	50
Esgota- mento sa nitário	17.592	0,2	1.673	25

FONTE: SEADE

4.5 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

4.5.1. IDADE E SEXO

Segundo o Censo em 1980 a população total de residentes era de 27.541 habitantes. Observa-se na tabela 1 que o percentual de pessoas menores de 10 anos é de 26,59% e menores de 20 anos é de 21,56%, enquanto que apenas 5,51 % possuem mais de 59 anos.

Estes dados indicam que se trata de uma população jovem, sendo que praticamente a metade desta é composta por indivíduos na fase da infância e da adolescência e o número de idosos é bastante reduzido.

Tabela 1 - Distribuição quanto ao sexo e faixa etária da população de Mairiporã, 1980.

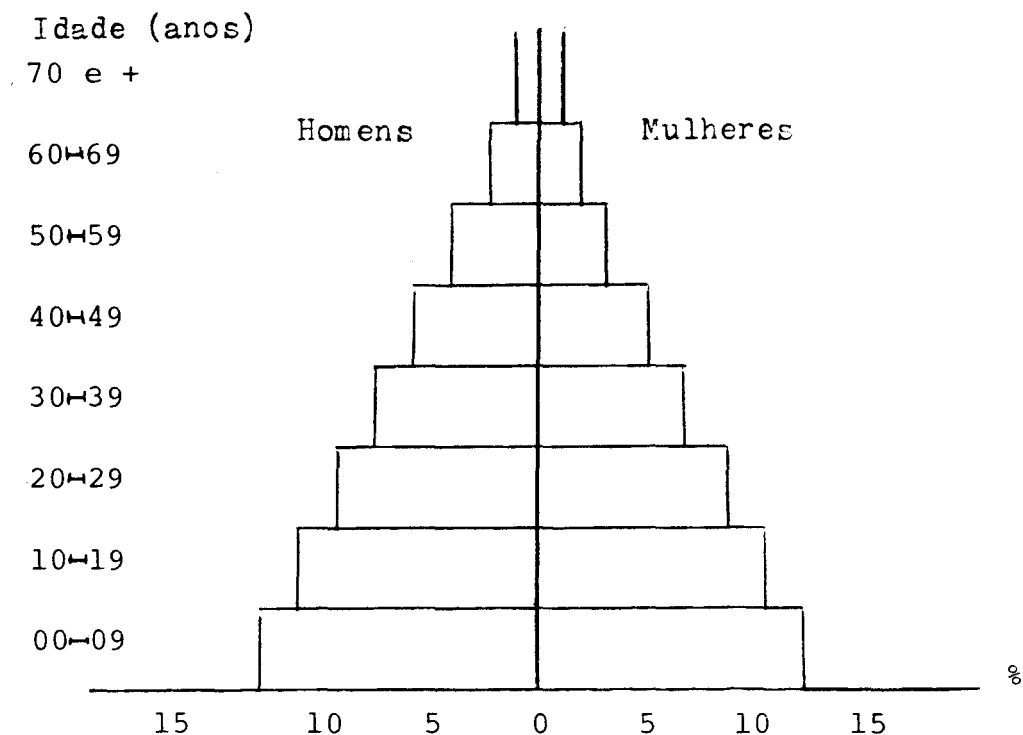
SEXO FAIXA ETÁRIA (ANOS)	Homens		Mulheres		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
0-9	3693	26,07	3614	27,13	7307	26,59
10-19	2939	20,75	2986	22,41	5925	21,56
20-29	2433	17,18	2376	17,84	4809	17,50
30-39	2006	14,16	1782	13,88	3788	13,78
40-49	1343	9,48	1088	8,17	2431	8,84
50-59	947	6,69	764	5,73	1711	6,22
60-69	536	3,78	442	3,32	978	3,56
70 e mais	268	1,89	269	2,02	537	1,95
TOTAL (*)	14165	100,00	13321	100,00	27486	100,00

(*) Excluídos os casos de idade ignorada (55)

Fonte: Censo Demográfico - IBGE - 1980

4.5.2 PIRÂMIDE POPULACIONAL

Figura 1 - Pirâmide Populacional para o Município de Mairiporã obtidos a partir de dados censitários - 1980 (IBGE).



FONTE :- CENSO DEMOGRÁFICO - IBGE - ANO 1980

Avaliando-se a pirâmide populacional e usando-se a classificação de Thompson podemos considerá-la do tipo 1 para os homens e com ligeira transição para o tipo 2 para as mulheres. Isto é compatível com altas taxas de natalidade e mortalidade consequente de condições sócio-econômicas de saúde muito precárias.

4.5.3 CRESCIMENTO POPULACIONAL

Segundo o Censo de 1970 a população residente era de 19.584 habitantes, mostrando um crescimento médio anual de 795,7 habitantes a uma taxa de 70,97% nesta década. Também nesse ano de 1970 constatou-se que 28,29% da população vivia no perímetro urbano, enquanto que em 1980 este número subiu para 68,68% e a população residente era de 27.541 habitantes (conforme dados do IBGE - IX recenseamento Geral).

Estes dados mostram o processo de adensamento urbano muito grande, enquanto a população total da cidade cresceu 70,97% em 10 anos, a taxa de urbanização para o mesmo período cresceu 121,4%, podendo ser explicado tanto pela migração dos indivíduos residentes na zona rural para a urbana, como pela imigração dirigida fundamentalmente para a região urbana do município.

Cabe aqui ressaltar que a cidade de Mairiporã também é tida como uma cidade moradia para os indivíduos que trabalham na região industrial oeste da Grande São Paulo e também que a partir dos anos 70 iniciou-se o processo de industrialização no município, o qual até hoje tem se intensificado, fazendo crer que se considerarmos um crescimento médio anual de 799 habitantes/ano, no ano de 1988 as projeções são de que a cidade possua 33.933 habitantes, conforme estimativa abaixo:

População de Mairiporã em 1970 (P₇₀) = 19.548 habitantes

População de Mairiporã em 1980 (P_{80}) = 27.541 habitantes

Crescimento médio anual (CMA) = $\frac{P_{80} - P_{70}}{10}$

CMA = 799 habitantes/ano

$P_{1988} = P_{80} + 8 \cdot \text{CMA}$

$P_{1988} = 33.933$ habitantes

4.5.4 NÍVEL DE RENDA

Tabela 2 - Rendimento médio mensal em salário mínimo das famílias residentes em domicílios particulares em Mairiporã - 1980.

RENDA EM SALÁRIO MÍNIMO	NÚMERO DE FAMÍLIAS	%
Sem renda	73	1,1
Não declararam	48	0,7
até 1 salário	491	7,6
1 — 2	1244	19,3
2 — 5	2589	40,3
5 — 10	1138	17,7
10 — 20	547	8,5
Maior de 20	310	4,8
TOTAL	6430	100,0

Fonte: Censo 1980.

Observa-se nesta tabela que 69% das famílias têm uma renda familiar média inferior à 5 salários mínimos, sendo que a remuneração individual deverá ser extremamente baixa.

Chama ainda a atenção o fato de 28% dos familiares ganharem até 2 salários mínimos ao mês.

A partir destes dados pode-se esperar que a maioria das famílias esteja vivendo em precárias condições de vida e saúde, devido à baixa remuneração do trabalho.

4.6 CONDIÇÕES DE SAÚDE

4.6.1 MORTALIDADE INFANTIL, SEUS COMPONENTES E TAXA DE NATALIDADE

Tabela 3 - Principais indicadores de saúde observados no município de Mairiporã durante os anos de 1970 a 1984, São Paulo.

ANO	M.I (1)		M.N.N. (2)		M.I.T. (3)		M.G. (4)		TAXA NA TALIDADE
	ÓBITOS	COEF.	ÓBITOS	COEF.	ÓBITOS	COEF.	ÓBITOS	COEF.	
1970	94	136,43	36	52,25	58	84,18	216	11,10	35,40
1971	106	145,40	43	58,98	63	86,42	300	14,96	36,34
1972	101	135,21	40	53,55	61	81,66	264	12,78	36,16
1973	88	125,89	26	37,20	62	88,70	337	15,87	32,92
1974	138	184,49					343	15,74	34,33
1975	104	130,33	49	61,40	55	68,92	241	10,79	35,72
1976	111	142,13	62	79,39	49	62,74	263	11,49	34,11
1977	86	113,31	30	39,53	56	73,78	228	9,72	32,37
1978	45	56,46	20	26,85	25	33,56	199	8,29	30,34
1979	59	71,26	32	42,22	26	34,30	219	8,93	31,23
1980	40	49,62	23	28,53	17	21,09	198	7,23	29,46
1981	46	56,02	20	24,36	26	31,66	176	6,24	29,10
1982	87	97,42	28	31,35	59	66,06	264	9,08	30,73
1983	38	45,50	21	25,14	17	20,35	224	7,85	29,29
1984	50	59,31	17	20,16	33	39,14	250	8,68	29,28

FONTE: CIS/SEADE

- (1) Mortalidade Infantil
- (2) Mortalidade Neo-Natal
- (3) Mortalidade Infantil Tardia
- (4) Mortalidade Geral

A tabela 3 mostra a evolução dos dados de mortalidade infantil incluindo mortalidade ' neo-natal e infantil tardia, os de mortalidade geral e natalidade de 1970 a 1984.

Constata-se que:

- 1 - Diminuição substancial da mortalidade infantil e de seus componentes, de 136,43% para 59,31% de nascidos vivos, a mortalidade neonatal de 52,25% para 20,16%, a mortalidade infantil tardia de 84,18% para 33% de nascidos vivos. Esta queda se relaciona com fatores que influenciaram a melhoria na mortalidade infantil no Estado de São Paulo, como ampliação da rede de água tratada na Grande São Paulo, podendo ser melhor observados no final da década de 70 e início da de 80. Entretanto, esta taxa é ainda alta, se comparada com a de outras localidades de melhor nível sócio-econômico. Outro aspecto que merece destaque é o peso da mortalidade infantil tardia 39,14% em relação ao neonatal 20,16% observado em 1984, mostrando que as condições de assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido, bem como as condições sócio-econômicas da população para garantir o desenvolvimento de seus filhos durante o primeiro ano de vida são inadequados.
- 2 - Houve uma queda na mortalidade geral da população, porém não muito significativa, 11,10% em 1970 para 8,68% em 1984.
- 3 - A taxa de mortalidade também decresceu neste período.
- 4 - A partir do ano de 1977 nota-se diminuição da mortalidade infantil e geral, bem como diminuição da natalidade.

4.6.2 MORTALIDADE PROPORCIONAL

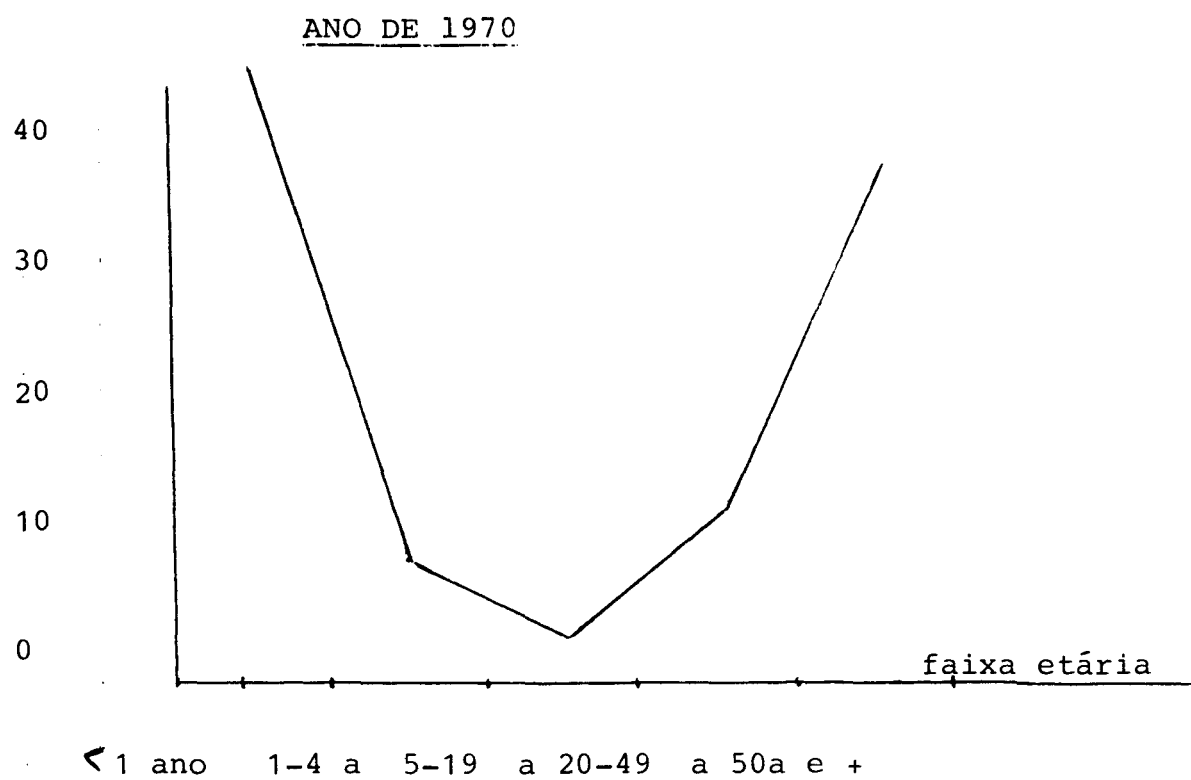
Tabela 4 - Número de óbitos e coeficientes de mortalidade proporcional para o município de Mai riporã durante os anos de 1970, 1980 e 1984.

FAIXA ETÁRIA	ANO 1970		ANO 1980		ANO 1984	
	ÓBITOS	%	ÓBITOS	%	ÓBITOS	%
< 1 ano	94	43,50	40	20,20	50	20,00
1 + 4 anos	17	7,87	10	5,05	05	2,00
5 + 19 anos	07	3,24	05	2,52	09	3,60
20 + 49 anos	24	11,11	51	25,75	52	20,80
50 anos e +	73	33,79	91	45,95	134	53,60
ignorado	01	-	01	-	-	-
TOTAL	216	99,51	198	99,47	250	100,00

Fonte: SEADE

A tabela 4 mostra a evolução nos coeficientes de mortalidade entre os anos de 1970, 1980 e 1984 observado melhor na figura 1 (curvas de Nelson de Moraes). Em 1970 a maior porcentagem de óbitos ocorreu em menores de um ano e em 1980 e 1984 nos maiores de 50 anos. Apesar disto, este quadro não é animador, uma vez que as taxas de óbitos observados nesses anos mantêm-se elevada.

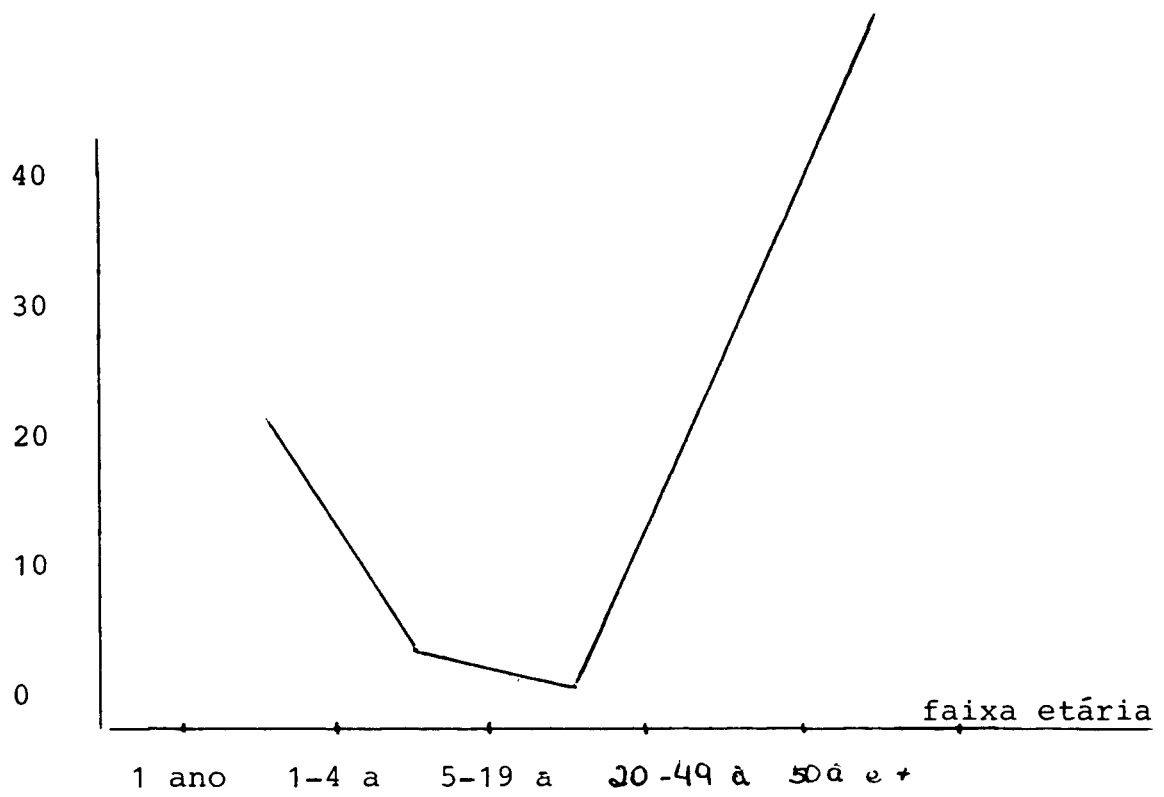
Figura 1 - Evolução das Curvas de Mortalidade Proporcional para Mairiporã nos anos de 1970, 1980 e 1984.



Nível de Saúde: BAIXO

Fonte: CIS/SEADE

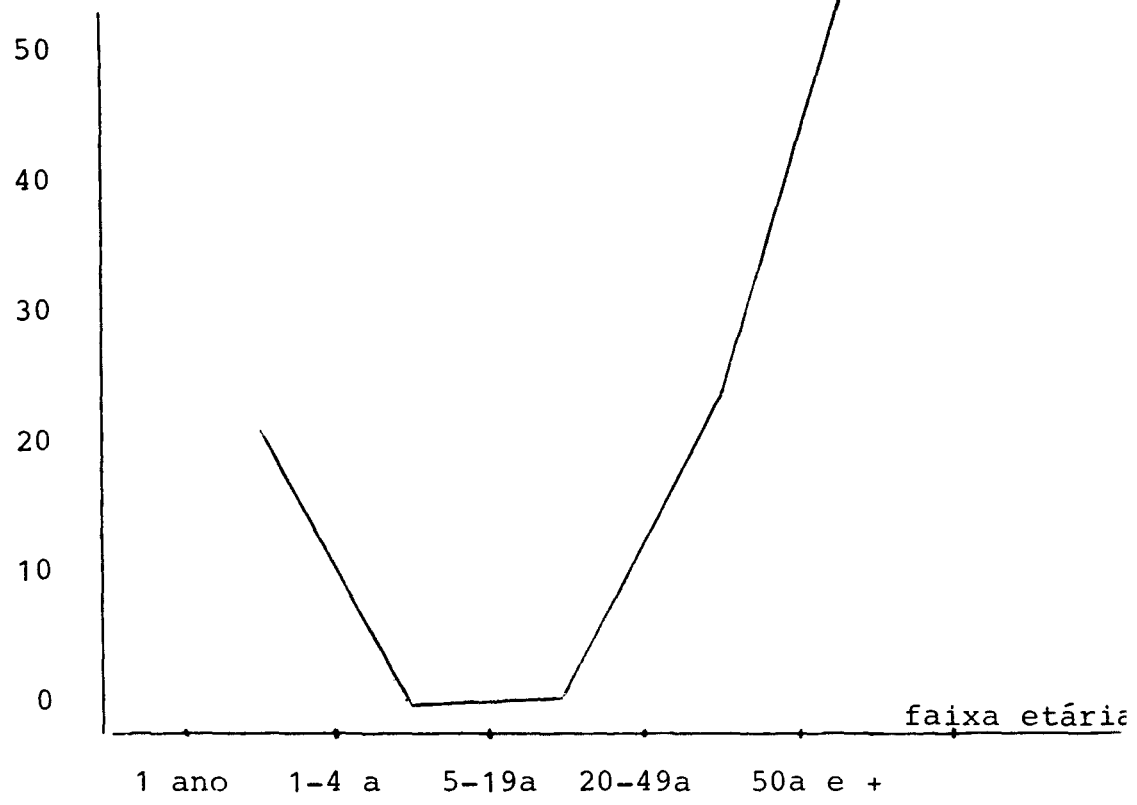
ANO DE 1980



Nível de Saúde: REGULAR

Fonte: CIS/SEADE

ANO DE 1984



Nível de Saúde: REGULAR

Fonte: CIS/SEADE

FONTE: CIS/SEADE

4.6.3 ÓBITOS EM MENORES DE UM ANO

Segundo o quadro 2, 41,50% do total de óbitos de menores de um ano ocorreu por causa de enterites e doenças diarréicas e 13,83% por sintomas e estados mórbidos mal definidos. Isto nos leva a supor que causas onde a taxa é mais baixa do que o esperado, seja por falta de informações corretas, tais como as relativas a toco-traumatismo, partos sem assistência, ou parto domiciliar.

Assim, no ano de 1970, os óbitos por doenças diarréicas, mortalidade perinatal e pneumonia, somaram 72,33% do total de óbitos. Essas causas poderiam ser evitadas, em se tratando de país ou localidade onde a atenção à saúde é maior e assim como o poder aquisitivo da população. Já as anomalias congênitas foram responsáveis por 3,19% dos óbitos significando 4,35% dos nascidos vivos.

Em 1980, as quatro principais causas de óbitos em menores de 1 ano foram as lesões ao nascer, partos distócicos e lesões anóxicas e hipóxicas e pneumonias, enterites e doenças diarréicas, avitaminoses e outras deficiências nutricionais, perfazendo 70% do total (Quadro 3) e as causas seriam iguais às de 1970, ou seja, sócio-econômicas e falta de assistência à saúde.

A diminuição, em relação a 1970, do coeficiente de mortalidade é novamente observado neste quadro, bem como a queda na porcentagem de óbitos por enterites e doenças diarréicas, influenciando de forma significativa na queda do coeficiente de mortalidade.

Quadro 2 - Principais causas de óbitos em crianças menores de 1 ano ocorridas em Mairiporã, 1970.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF:1/1000
1 ^a) Enterite e outras doenças diarréicas (008-009)	39	41,50	56,60
2 ^a) Outras causas de mortalidade perinatal (760-763, 769-771, 773-775, 777-779)	16	17,00	23,22
3 ^a) Pneumonia (480-486)	13	13,83	18,87
3 ^a) Sintomas e estados mórvidos mal definidos (780-796)	13	13,83	18,87
4 ^a) Bronquite, enfisema e asma (490-493)	3	3,19	4,35
4 ^a) Anomalias congênitas (740-759)	3	3,19	4,35
5 ^a) Sarampo (055)	1	1,06	1,45
5 ^a) Anemias (280-285)	1	1,06	1,45
5 ^a) Meningite (320)	1	1,06	1,45
5 ^a) Outras formas de doenças do coração (420-429)	1	1,06	1,45
5 ^a) Gripe (470-474)	1	1,06	1,45
5 ^a) Lesões ao nascer, partos distócicos e outras infecções anóxicas e hipóxicas perinatais (764-768, 772-776)	1	1,06	1,45
5 ^a) Todas as outras doenças	1	1,06	1,45
Total de óbitos	94		
População faixa etária	689		

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 3 - Principais causas de óbitos ocorri -
dos em menores de 1 ano em Mairiporã, 1980.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF:1000
1 ^a) Lesões ao nascer, partos distócicos e outras lesões anóxicas e hipóxicas perinatais (767-770)	11	27,5	13,65
2 ^a) Pneumonia (480-486)	08	20	9,92
3 ^a) Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)	05	12,5	6,20
4 ^a) Enterite e outras doenças diarréicas (008-009)	04	10	4,96
4 ^a) Todas as doenças não relacionadas acima entre 140 e 799	04	10	4,96
5 ^a) Outras doenças, digo, causas de mortalidade perinatal (760-766, 772-779)	03	7,5	3,72
Total de óbitos.....	40		
Número de nascidos vivos.....	806		

FONTE - CIS/SEADE

Em 1984, pelo quadro 4, nota-se a inversão das posições entre a pneumonia (480-486), aqui passando para o 1º lugar (26 %) na mortalidade proporcional e as lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767-770) em segundo com 20%. Se observarmos os coeficientes de mortalidade dos nascidos vivos, notaremos uma diminuição impressionante dos mesmos pelos dados de mortalidade infantil observados na tabela 3 e os coeficientes do quadro 4, pode-se pensar em alto índice de sub-registro.

Segundo o CIS/SEADE, as lesões ao nascer e partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767 e 770) eram responsáveis pelo coeficiente de 17,47% em 1983, não poderia cair para 2,90% em apenas 1 ano sem ter havido nenhuma mudança estrutural a nível de atenção à saúde e mesmo que estes da

dos sejam fidedignos, era de se esperar queda na mortalidade infantil, o que não houve.

Quadro 4 - Principais causas de óbitos ocorridos em crianças menores de 1 ano em Mairiporã, 1984.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF:1/1000
32 - Pneumonia (480-486)	13	26	3,77
43 - Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767-770)	10	20	2,90
4 - Enterite e outras doenças diarréicas (008-009)	06	12	1,74
22- Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)	06	12	1,74
42- Anomalias congênitas (740-759)	05	10	1,45

FONTE- CIS/SEADE

Nos dados coletados em 1980 e 1984, nota-se o não aparecimento de causas de óbitos por sintomas e estados mórbidos mal definidos. Pelas constatações feitas pela equipe, in loco, sobre os equipamentos de saúde da cidade, era de se esperar um grande número de óbitos sem atendimento médico e mesmo sem necrópsia, elevando o índice de causas mal definidas. Portanto, o conjunto de dados deve ser analisado com cautela, assim como acrescentar a impossibilidade que existe de se chegar a evasão de óbitos.

4.6.4 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 1 a 4 ANOS

Observa-se pelos quadros 5, 6 e 7 que o número de óbitos nesta faixa é extremamente reduzido sugerindo evasão de óbitos. Estes dados mesmo assim, necessitam ser reavaliados, devido a crescente causa de acidentes que levou a óbitos, dentro desta faixa e que através de medidas preventivas poderiam ser evitados.

Quadro 5 - Principais causas de óbitos, ocorridos em crianças de 1 a 4 anos em Mairiporã, 1970.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF 1:10000
1ª) Pneumonia (480-486)	05	29,41	21,86
2ª) Sintomas e estudos mórvidos mal definidos (780-796)	03	17,65	13,12
3ª) Enterite e outras doenças diarréicas (008-009)	02	11,76	8,74
3ª) Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)	02	11,76	8,74
4ª) Sarampo (055)	01	5,88	4,37
4ª) As demais doenças infecciosas e parasitárias	01	5,88	4,37
4ª) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-209)	01	5,88	4,37
4ª) Acidentes de veículos a motor (810-823)	01	5,88	4,37
4ª) Os demais acidentes (800-807, 825-949)	01	5,88	4,37

Total de óbitos 17

População faixa etária 2287

Quadro 6 - Principais causas de óbitos ocorridos em crianças entre 1 a 4 anos em Mairiporã, 1980.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF. 1:10000
1 ^a) Pneumonia (480-486)	02	20	6,76
1 ^a) Os demais acidentes (E800-E807, E820-E949)	02	20	6,76
2 ^a) Enterite e outras doenças diarréicas (008-009)	01	10	3,38
2 ^a) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (120-208)	01	10	3,38
2 ^a) Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)	01	10	3,38
2 ^a) Outras formas de doenças do coração (420-429)	01	10	3,38
2 ^a) Sintomas e estados mórvidos mal definidos (780-799)	01	10	3,38
2 ^a) Todas as doenças não relacionadas acima entre 140-799	01	10	3,38
Total de óbitos	10		
População faixa etária	2958		

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 7 - Principais causas de óbitos ocorridos em crianças de 1 a 4 anos, em Mairiporã, 1984.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF 1:10000
46. Todas as doenças não relacionadas acima entre 140-799	02	40	6,80
45. Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-799)	01	20	3,40
48. Os demais acidentes (E800-E807, E820-E949)	01	20	3,40
19. Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-208)	01	20	3,40

FONTE - CIS/SEADE

4.6.5 ÓBITOS EM GRUPOS DE 5 a 19 ANOS

Os quadros 8, 9 e 10 chamam a atenção para a crescente importância dos acidentes no obituário em Mairiporã nos últimos quinze anos com o desenvolvimento das vias de transporte, cortando as áreas urbanas, cresceu o índice de acidentes por veículos, aumentando a sua importância em Saúde Pública. Mais especificamente, no caso de Mairiporã que ganhou o Rodoviário Fernando Dias, sem uma preocupação por parte das autoridades de educar a população e de criarem condições seguras na travessia da rodovia, este problema passou a ter grande importância. Foi constatado através de vi-

sita da equipe do TCM que a Rodovia Fernão Dias, além de praticamente atravessar o principal núcleo urbano de Mairiporã, corta vários bairros e povoados do Município.

Em nenhum deles foi construído até ' agora uma passarela para travessia de pedestres. Ainda foi notado com frequência ' que a população se sujeita a inúmeros acidentes.

Quadro 8 - Principais causas de óbitos, Grupo etário de 5 a 19 anos em Mairiporã, 1970.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF 1:10000
1 ^a) Pneumonia (480-486)	02	28,57	2,82
1 ^a) Os demais acidentes (800-807,825-949)	02	28,57	2,82
2 ^a) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-209)	01	14,28	1,41
2 ^a) Acidentes de veículos a motor (810-823)	01	14,28	1,41
Total de óbitos.....	07		
População faixa etária.....	7082		

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 9 - Principais causas de óbitos, grupo etário de 5 a 19 anos em Mairiporã, 1980

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
1 ^a) Acidentes de veículos a motor (E810-E819)	04	80	4,26
2 ^a) Todas as doenças não relacionadas acima entre 140 e 799	01	20	1,07

Total de óbitos 05

População faixa etária 9374

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 10 - Principais causas de óbitos, grupo etário de 5 a 19 anos em Mairiporã, 1984.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
31. Pneumonia (480-486)	03	33,33	3,10
48. Os demais acidentes (E800-E807,E820-E949)	03	33,33	3,10
26. Doenças reumáticas crônicas do coração (393-398)	01	11,11	1,03
45. Sintomas e estado mórbido mal definidos (780-799)	01	11,11	1,03
46. Todas as doenças não relacionadas acima entre 140 - 799	01	11,11	1,03

FONTE - CIS/SEADE

4.6.6 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 20 a 49 ANOS

Observa-se nos quadros 11, 12 e 13 um pequeno número de óbitos, mesmo assim o que chama a atenção é a importância dos acidentes e a multicasualidade. Pode-se considerar que pneumonia, doenças isquêmicas do coração, corrose hepática, bronquite não deveriam ter um peso significativo em óbitos nesta faixa de idade.

Quadro 11 - Número de óbitos, coeficiente específico por causa de mortalidade (por mil nascidos novos) para a faixa etária de 20 a 49 anos no município de Mairiporã em 1970.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
1ª) Acidentes de veículos a motor (810-823)	04	16,66	5,39
1ª) Os demais acidentes (800-807, 825-949)	04	16,66	5,39
2ª) Cirrose hepática (571)	03	12,50	4,04
2ª) Sintomas e estados mórvidos mal definidos (780-796)	03	12,50	4,04
3ª) Doenças isquêmicas do coração (410-414)	02	8,33	2,69
3ª) Bronquite, enfisema e asma (490-493)	02	8,33	2,69
3ª) Todas as outras doenças	02	8,33	2,69
4ª) Doenças cerebrovasculares (430-438)	01	4,16	1,34
4ª) Outras complicações da gravidez do parto e do puerpério. Parto sem menção de complicação (630-639, 650,678)	01	4,16	1,34
4ª) Suicídio e lesões auto inflingidas (950-959)	01	4,16	1,34
4ª) As demais causas externas Homicídios (960-969)	01	4,16	1,34
Total de óbitos	24		
População faixa etária	7425		

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 12 - Número de óbitos, coeficiente específico por causa de mortalidade (por mil nascidos vivos) para a faixa etária de 20 a 49 anos no município de Mairiporã em 1980.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
1 ^a) Todas as doenças não relacionadas entre 140-799	08	15,70	7,30
2 ^a) Cirrose hepática (571)	06	11,76	5,47
3 ^a) Doenças cerebrovasculares (430-438)	05	9,80	4,56
3 ^a) Pneumonia (480-486)	05	9,80	4,56
3 ^a) Doenças isquêmicas do coração (410-414)	05	9,80	4,56
4 ^a) Acidentes de veículos a motor (E810-E819)	04	7,84	3,65
5 ^a) Outras formas de doenças do coração (420-429)	03	5,88	2,74
5 ^a) Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-799)	03	5,88	2,74
Total de óbitos	51		
População faixa etária.....	10954		

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 13 - Número de óbitos, coeficiente específico por causa de mortalidade (por mil nascidos vivos) para a faixa etária de 20 a 49 anos no município de Mairiporã em 1984.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
47. Acidentes de veículo a motor (E810-E819)	10	19,23	8,50
48. Os demais acidentes (E800-E807, E820-E949)	08	15,38	6,80
46. Todas as doenças não relacionadas acima entre 140-799	05	9,61	4,25
28. Doenças isquêmicas do coração (410-414)	05	9,61	4,25
50. 1 Homicídios (E960-E969)	05	9,61	4,25

FONTE - CIS/SEADE

4.6.7 ÓBITOS EM GRUPO ETÁRIO DE 50 ANOS E MAIS

Apresenta-se os quadros 14, 15 e 16 para efeito comparativo e observa-se que as doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares desde 1970 aparecem entre as principais causas de óbito. Por sua vez as doenças neoplásicas passaram a partir dos anos 80 a ter maior representatividade dentre as causas de óbitos apurados.

Quadro 14 - Número de óbitos, coeficiente específico por causa de mortalidade (por mil nascidos vivos) para a faixa etária de 50 anos ou mais no município de Mairiporã em 1970.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
1 ^a) Doenças isquêmicas do coração (410-414)	10	13,70	47,80
1 ^a) Doenças cerebrovasculares (430-438)	10	13,70	47,80
2 ^a) Outras formas de doenças do coração (420-429)	08	11,00	38,22
2 ^a) Todas as outras doenças	08	11,00	28,22
3 ^a) Doenças hipertensivas (400-404)	06	8,22	28,66
3 ^a) Pneumonia (480-486)	06	8,22	28,66
4 ^a) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140- 209)	05	6,85	23,90
4 ^a) Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-796)	05	6,85	23,90
5 ^a) Diabetes Mellitus (250)	03	4,11	14,33
Total de óbitos.....	73		
População faixa etária.....	2093		

FONTE- CIS/SEADE

Quadro 15 - Número de óbitos, coeficiente específico por causa de mortalidade (por mil nascidos vivos) para a faixa etária de 50 anos e mais no município de Mairiporã em 1980.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
1 ^a) Doenças isquêmicas do coração (410-414)	22	24,17	67,52
2 ^a) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-208)	14	15,38	42,97
3 ^a) Outras formas de doenças do coração (420-429)	13	14,28	39,90
4 ^a) Doenças cerebrovasculares (430-438)	11	12,10	33,76
5 ^a) Todas as doenças não relacionadas entre 140 e 799	06	6,60	18,41

Total de óbitos..... 91

População faixa etária.....3258

FONTE - CIS/SEADE

Quadro 16 - Número de óbitos, coeficiente específico por causa de mortalidade (por mil nascidos vivos) para a faixa etária de 50 anos e mais no município de Mairiporã em 1984.

CAUSAS	ÓBITOS	%	COEF.1:10000
19. Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-208)	22	16,41	6,04
28. Doenças isquêmicas do coração (410-414)	20	14,92	5,50
30. Doenças cerebrovasculares (430-438)	19	14,18	5,22
46. Todas as doenças não relacionadas acima entre 140-799	16	11,94	4,40
29. Outras formas de doenças do coração (420-429)	14	10,45	3,85

FONTE - CIS/SEADE

4.6.8. Doenças de Notificação Compulsória

Observa-se na tabela A, que no ano de 1986 não houve nenhuma notificação dessas doenças, isso representa uma falha do sistema de saúde tanto em relação às unidades de saúde como em relação ao serviço de notificação competente.

Outro fato que chama a atenção na análise dessa tabela e também este talvez relacionado com a deficiência dos serviços acima citados, é o de que durante os 3 anos, apenas 2 casos de sarampo foram notificados, quando sabemos da alta infectividade e patogenicidade da doença.

Com relação a tuberculos, notificada apenas no ano de 1985, têm-se um número de casos representativos. Considera-se a partir desses dados que no ano de 1985 a resolubidade dos serviços foi deficiente, pois, mesmo grosseiramente comparando o número apresentado com as estimativas do número de casos novos de tuberculos pulmonar bacilíferos, que segundo informações do CIS estaria em torno de 22 casos para a ano de 1985, teve-se então, a notificação de casos um pouco acima do esperado.

Tabela A - número de casos e coeficiente de morbidade das doenças de notificação compulsória para o município de Mairiporã durante os anos de 1984 à 1986, Mairiporã, Setembro 1988

DOENÇA \ ANO	1984		1985		1986	
	CASO	COEF.	CASO	COEF.	CASO	COEF.
DIFTERIA	-	-	-	-	-	-
FEBRE TIFÓIDE	-	-	-	-	-	-
MENINGITE DETERMINADA	2	6,95	2	6,88	-	-
MENINGITE INDETERMINADA	1	3,47	2	6,87	-	-
MENINGITE MENINGOCÓCICA	-	-	-	-	-	-
POLIOMIELITE	-	-	-	-	-	-
SARAMPO	2	6,94	-	-	-	-
TÉTANO	-	-	1	3,43	-	-
TUBERCULOSE	-	-	33	113,38	-	-
ESQUISTOSSOMOSE	-	-	1	3,44	-	-
MALÁRIA	-	-	-	-	-	-
CHAGAS AGUDO	-	-	-	-	-	-
RAIVA	-	-	-	-	-	-
HANSENÍASE	1	3,47	-	-	-	-
LEPTOSPIROSE	-	-	1	3,43	-	-

FONTE: SEADE

COEF. = Coeficiente de Morbidade por 100.000 habitantes

4.7 PROGRAMAS DE SAÚDE

4.7.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

É feito pelo Serviço Dentário da Prefeitura que conta com 4 profissionais para dar atendimento às escolas do Município e pela Secretaria do Estado da Saúde que no seu Subprograma de Saúde Bucal atende crianças, adultos e gestantes.

Como se pode perceber é ineficiente em função da falta de recursos materiais e humanos.

4.7.2 ASSISTÊNCIA À GESTANTE

O atendimento de saúde, cuja área de responsabilidade é a do Estado, parece ser a mais atuante na atenção da saúde da mulher. Assim, existe, segundo o que foi coletado o seguinte perfil:

consulta ginecológica (média mensal): 162

consulta obstétrica (média mensal): 119

coleta de citologia oncológica (média mensal): 87

Biópsias de colo uterino e vulva (média mensal): 1

Colposcopia (média mensal): 23

Pelo exposto, percebe-se nítida desarmonia entre o número de exames citológicos efetuados, o de colposcopias e biópsias, em se levando em conta o relativamente alto número de consultas gineco-obstétricas realizadas (média de 281). Nota-se que não há um programa previamente estabelecido de rastreamento da doença maligna ginecológica, e obviamente inexiste programa básico de educação com consequente orientação do público alvo para procura dos exames específicos em questão.

Não foi constatado também a existência pré-estabelecida de um programa de

orientação visando planejamento familiar ,
ou sequer material educativo enfocando ne-
cessidade de se conhecer o problema, na
área municipal.

Neste aspecto, os postos do Estado ,
através das ações integradas à Saúde da Mu-
lher, apresentam um desempenho nitidamente
superior, com atenção centrada à mulher em
idade reprodutiva, onde apresentou, na mē-
dia os seguintes números:

Primeiro atendimento: 31

Consultas: 158

Total: 189

A consulta obstétrica permeou valo-
res semelhantes com uma média de 114 aten-
dimentos a gestantes/mês.

4.7.3 IMUNIZAÇÃO

Para análise dos programas de imunização, utiliza-se a taxa de cobertura vacinal, que é calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{taxa de cobertura vacinal} = \frac{\text{Nº de vacinados da população alvo}}{\text{Nº total de indivíduos da população alvo}} \times 100$$

Além do cálculo taxa de cobertura vacinal pode-se também calcular a taxa de abandono do programa, sendo este um bom instrumento para se conhecer a proporção de crianças que não completaram o esquema básico de determinada vacina, uma vez que é calculada através de dados da produção da unidade no período estudado.

A taxa de abandono é calculada pela expressão abaixo:

$$\text{taxa de abandono do programa} = \frac{\text{Nº de crianças que receberam a 1ª dose} - \text{Nº crianças que receberam a 3ª dose}}{\text{Nº de crianças que receberam a 1ª dose}} \times 100$$

Segundo a classificação das taxas de abandono preconizada pelo Ministério da Saúde, tem-se:

TAXA DE ABANDONO	CLASSIFICAÇÃO
que 2%	baixa
2 à 5%	média
que 5%	alta

Ao analisar a tabela B, torna-se questionável os cálculos apresentados, já que, por exemplo, a BCG intradérmica para menores de 1 ano tem no ano de

Tabela B- Cobertura vacinal e taxa de abandono do programa de imunização desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde de Mairiporã durante os anos de 1985 à 1987 - Mairiporã, setembro 1988.

VACINA		ANO		1985		1986		1987	
		DOSE	COB.	DOSE	COB.	DOSE	COB.		
SABIN	< DE 1 ANO	753	100,26	2353	107,85	2514	119%		
	1 ANO A 4 ANOS	66		1414		1333			
	TAXA ABANDONO (1a)	7,1%		3,9%		10,23%			
BCG IN TRADÉR MICO	< DE 1 ANO	655	87,10	800	112,20	1261	186%		
	1 A 4 ANOS	43	-	27	-	45	-		
SARAMPO	< DE 1 ANO	767	101,99	704	98,73	654	97%		
	1 A 4 anos	85	-	34	-	91	-		
TRÍPLICE	< DE 1 ANO	743	98,80	2335	107,01	3921	193%		
	DE 1 A 4 ANOS	64		1311	46,9	2485			
	TAXA DE ABANDONO	8%		4,7%		5,22%			
DUPLA INFANTIL		59	-	52	-	90	-		
DUPLA ADULTO		176	-	31	-	34	-		
ANTI-TETÂNICA		970	-	1339	-	2103	-		

FONTE: BOLETINS MENSAS DE PRODUÇÃO DAS UBS

COB.= COBERTURA

1986 uma taxa de cobertura elevada e com um aumento ainda maior no ano de 1987, acreditando-se que houve superestimação do número de vacinados ou até mesmo dupla contagem desses indivíduos.

O mesmo aconteceu com a vacina tríplice, que teve uma taxa de abandono média, porém uma cobertura elevadíssima no ano de 1987. Enfim, trata-se de uma tabela pouco confiável com relação aos dados apresentados.

Para o ano de 1988, tentou-se apurar os dados obtidos no último trimestre anterior ao início do inquérito vacinal realizado, foram obtidos os seguintes dados:

Tabela C: Número de doses aplicadas da vacina Antipólio Oral, por faixa etária, durante o 3º trimestre de 1988 no UBS de Mairiporã, setembro de 1988.

VACINA	GRUPO ETÁRIO	DOSE	ROTINA	CAMPANHA	TOTAL	
ANTIPÓ- LIO ORAL	<1 ANO	1ª	74	-	74	
		2ª	69	-	69	
		3ª	72	-	72	
		TOTAL	215	-	524	
	1 - 4 ANOS	1ª	2	-	2	
		2ª	1	-	1	
		3ª	3	-	3	
		REFORÇO	117	-	117	
		TOTAL	123	1.324	1477	
	5 ANOS e +		-	71	71	
	TOTAL			338	1704	2042

FONTE: Boletim de produção UBS - Mairiporã

Tabela D - Número de doses da Vacina Tríplice e BCG intradérmica, por faixa etária aplicadas durante o 3º trimestre de 1988 na UBS- Mairiporã, setembro de 1988.

VACINA	GRUPO ETÁRIO	DOSE	ROTINA	TOTAL	
TRÍPLICE	< 1 ANO	1ª	78	78	
		2ª	75	75	
		3ª	85	85	
		TOTAL	238	238	
	1 - 4 ANOS	1ª	3	3	
		2ª	1	1	
		3ª	5	5	
		REFORÇO	131	131	
		TOTAL	140	140	
	5 ANOS e +			-	-
	TOTAL			378	378
	BCG INTRADÉR MICA	< 1 ANO		80	80
		1 - 4 ANOS		-	-
5 ANOS E +		-	-		
TOTAL		80	80		

FONTE: Boletim de produção UBS - Mairiporã

Tabela E - Número de doses das Vacinas Anti Sarampo, Dupla Infantil e Adulto e Toxóide Tetânico, por faixa etária, aplicadas durante o 3º trimestre de 1988 na UBS de Mairiporã - Mairiporã, setembro 1988.

VACINA	GRUPO ETÁRIO	DOSE	ROTINA	CAMPANHA	TOTAL
ANTI SARAMPO	< 1 ANO	-	86	REFORÇO	86
	1 - 4 ANOS	-	315	60	376
	5 ANOS E +	-	8	-	8
	TOTAL	-	409	60	470
DUPLA INFANTIL	5 ANOS E +	-	4	-	4
	TOTAL	-	4	-	4
TOXÓIDE TETÂNICO	GESTANTES	1 ^a	7	-	7
		2 ^a	0,7	-	0,7
		3 ^a	0,7	-	0,7
		REFORÇO	0,3	-	0,3
		TOTAL	9	-	9
	5 ANOS E +		95	-	95
TOTAL		104	-	104	

FONTE: Boletim de produção UBS-Mairiporã

Novamente faltam dados melhores planejados para um cálculo mais real das taxas de abandono do esquema de imunização, pois, não se tem uma divisão pormenorizada das crianças na faixa etária de 1 a 4 anos, para que pudessem ser calculado por exemplo, o número de crianças que além de completarem o esquema básico, tomaram o 1º e 2º reforço da Tríplice.

Dentre os vários problemas que impedem uma melhor análise dos programas de avaliação têm-se:

- a) dados escassos para determinar o tamanho e a estrutura da população a que se deseja atender.
- b) o próprio pessoal da área da saúde não conhece bem os propósitos e a utilidade dos dados, o que impede a informação contínua entre os distintos níveis do sistema de atenção à saúde e o melhor aproveitamento de tais dados para a planificação, vigilância e avaliação de programas de imunização.
- c) as estratégias para a cobertura vacinal são inadequadas e surgem problemas com respeito à integração do sistema na extensão geral da cobertura; acesso dos serviços de saúde e escassa utilização dessas devido à dificuldades econômicas, culturais, geográficas e institucionais; estratégias para resolver os problemas locais; mecanismos para determinar a observância das normas nacionais pelas instituições; emprego racional dos recursos existentes e falta de compatibilidade entre a população e as metas de cobertura geográfica.
- d) não existe coordenação e programação integradas dos recursos. Os métodos de programação se baseiam na população susceptível, sem levar em conta os recursos disponíveis.

- e) nem os hospitais e nem os médicos particulares informam devidamente sobre suas atividades de imunização, o que dificulta a avaliação. E também, muitos médicos particulares não mostram interesse em imunizar os lactentes e as gestantes, sendo que essas últimas procuram cada vez mais esses médicos para receber a assistência pré-natal.
- f) e principalmente, falta pessoal das áreas de epidemiologia e estatística e o apoio de laboratórios para a vigilância epidemiológica é insuficiente. Em todos os níveis, especialmente no operacional, a utilização dos sistemas de vigilância é muito deficiente.

4.8 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Na cidade encontramos serviços particulares e governamentais encarregados da assistência à saúde da população, tais como:

- duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma localizada no centro da cidade e outra no Bairro Periférico de Terra Preta.
- um Hospital Geral Filantrópico
- um Hospital Psiquiátrico Particular, com fins lucrativos.

1. A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

Teóricamente, um centro de Saúde, fornece, sob um único teto, um local integrador para as atividades de saúde da comunidade de uma vizinhança mais ou menos homogênea de tamanho compatível. Deve basicamente:

- a- Ser reconhecido publicamente e administrado pelo diretor de saúde,
- b- deve ser parte integrante de uma organização de saúde regional,
- c- deve estar intimamente relacionado, física e administrativamente, a um hospital;
- d- em algumas áreas, inclusive rurais, fornecer assistência médica para os casos de ambulatório, leitos hospitalares para casos de maternidade e emergências, a depender da demanda particular em cada caso.

Resumindo:

O departamento de Saúde local tem a responsabilidade geral de fornecer orientação eficiente na satisfação de todos os tipos de necessidades de saúde da comunidade; deve encorajar o mais possível a coordenação de trabalho das várias instituições de saúde oficiais e particulares, de forma a evitar duplicação desnecessária e a justaposição, tanto nos tipos de atividade, quanto na cobertura geográfica, e para assegurar

administração eficiente e econômica, tanto dos fundos públicos, quanto dos fundos particulares para a saúde.

Em Mairiporã, o atendimento médico, no centro de Saúde funciona integrando assistência municipal (SAMES), estadual através da sede própria e INAMPS, em um prédio com área total de 582m², sendo que 375m² são área de circulação.

O espaço físico da recepção é única, assim dividido:

- Assistência Municipal

É a porta de entrada, através do pronto-atendimento. Os atendimentos são feitos por 24 horas, sem hora marcada.

No pronto atendimento médico de urgência atuam os seguintes funcionários, com as respectivas cargas horárias semanais:

- | | |
|--------------------------------|---------------|
| - 07 médicos consultantes | - 24 h/semana |
| - 01 pediatra | - 20 h/semana |
| - 08 auxiliar de enfermagem | - 12 x 36 h. |
| - 01 chefe de setor | - 12 x 36 h. |
| - 01 chefe de divisão | - 40 h/semana |
| - 01 auxiliar de administração | - 12 x 36 h. |
| - 03 serventes | - 40 h/semana |
| - 08 motorista de ambulância | - 12 x 36h. |
| - 01 motorista de ambulância | - 40 h/semana |
| - 01 motorista de Kombi | - 40 h/semana |

- Assistência Estadual

O Atendimento feito com consulta agendada, para área médica e odontológica. Na área médica as consultas são nos setores de clínica médica, pediatria e gineco-obstetria, contando com serviços especiais voltados à tuberculose e moléstica de Hansen.

O serviço contava até 1986, segundo informações da Seção de Pessoal do **ERSA-14**, com os seguintes funcionários:

- | | |
|--------------------------------|------|
| - Médico - sanitaria (diretor) | - 01 |
| - Médicos | - 06 |
| - Cirurgião dentista | - 01 |
| - Visitador sanitário | - 03 |

- Atendentes	- 11
- Enfermeiro	- 01
- Chefe da Administração Geral	- 01
- Escriturário	- 02
- Servente	- 04

- Assistência prestada pelo INAMPS

O atendimento é feito com consulta agendada, existe a marcação de cirurgias, emite-se a RH e MSA59 (autorização para realização de exames complementares). Não emite guias para acompanhamento fora de domicílio.

Oficialmente o INAMPS de Mairiporã é subordinado a Bragança e oficiosamente é ligado a Franco do Rocha(ER SA 14), tendo os seguintes funcionários:

- Médicos	- 03
- Agente administrativo	- 02
- Datilógrafo	- 02
- Auxiliar de enfermagem	- 03
- Auxiliar operacional de serviços diversos	- 02

As especialidades mais procuradas são:

- alergologia
- cardiologia
- cirurgia geral
- dermatologia
- endocrinologia
- gastroenterologia
- nefrologia
- neurologia
- oftalmologia
- otorinolaringologia
- psiquiatria
- urologia

Existe atualmente, em andamento, um processo de integração (SUDS). O maior problema é o salário, pois não há integração, para o mesmo tipo de trabalho, com a mesma carga horária, os salários são diferentes, com alto grau de defasagem, partindo do municipal (o menor) até o INAMPS (o maior).

2- O HOSPITAL GERAL FILANTRÓPICO:

Existe um hospital Nossa Senhora do Bom Desterro, localizado à aproximadamente a 200 metros da UBS- Mairiporã, constando de:

- 54 leitos
- 01 centro cirúrgico
- 01 centro obstétrico
- 01 enfermaria obstétrica
- 01 enfermaria masculina geral
- 01 enfermaria feminina geral
- 01 enfermaria pediátrica

Não dispõe de banco de sangue e não tem unidade de terapia intensiva.

CARACTERÍSTICAS GERAIS:

1. Espaço físico de pequeno porte, de construção antiga, fora das resoluções da portaria 400.
2. Só realiza pequenas e médias cirurgias; as demais são encaminhadas para S.Paulo.
3. A leitura dos exames subsidiários do Posto e PAM é com guias do INAMPS.

3- O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PARTICULAR

Segundo o CAH- CSM, esse hospital tem capacidade de 260 leitos e através da tabela F, atenta-se para a distorção entre as taxas de ocupação dos hospitais geral e psiquiátrico e também para a média de 0,3 funcionários por leito no ano de 1985 (único ano com registro), para uma taxa de ocupação igual à 110,9% e uma permanência média de 69,3 dias por paciente.

TABELA F - Indicadores de Serviços Hospitalares no Município de Mairiporã nos anos de 1983 à 1986.

TIPO	INDICADORES	ANO				
		1983	1984	1985	1986	
GERAL	Leitos por 1.000 habitantes	1,9	2,0	2,0	2,0	
	Taxa de ocupação	60,5	59,4	44,3	43,2	
	Média Permanência(dias)	4,7	3,9	3,4	3,5	
	Procedência (%)	Município				
		Fora do Município				
Nº Funcionários p/ leito	-	-	0,9	-		
PSIQUIÁ- TRICO	Leitos por 1.000 habitantes	8,7	9,0	8,9	9,0	
	Taxa de ocupação (%)	91,9	107,3	110,9	109,4	
	Média Permanência(Dias)	69,5	69,3	69,2	78,0	
	Procedência (%)	Município				
		Fora do Município				
Nº Funcionários p/leito	-	-	0,3	-		
ESPECIA- LIZADO	Leitos por 1.000 habitantes	-	-	-	-	
	Taxa de ocupação (%)	-	-	-	-	
	Média permanência (dias)	-	-	-	-	
	Procedência (%)	Município				
		Fora do Município				
Nº Funcionários por leito	-	-	-	-		

FONTE: CAH
CSM

4- SERVIÇOS LABORATORIAIS E DE FARMÁCIA

Os serviços laboratoriais e complementares são prestados por alguns laboratórios particulares, pelo Laboratório do Hospital Nossa Senhora do Bom Desterro em caráter de urgência e pelo PAM- INAMPS.

Entre os serviços existentes não há porém, nenhum especializado em hemoterapia, sendo necessário recorrer -se ao ERSA-14, quando o paciente necessitar, por exemplo, de uma transfusão sanguínea.

O Serviço de Farmácia da UBS-Mairiporã fica localizado no andar térreo, para maior facilidade de atendimento ao público e distribui medicamentos em convênio com o SUDES e a CEME (Central de Medicamentos). A média mensal de atendimento dessa farmácia é de 2000 pessoas/mês.

Já os custos do almoxarifado, da unidade em questão, com drogas e medicamentos, atingiu, segundo informações da Seção de Finanças, a cifra de aproximadamente, Cz\$ 170.000,00 no mês de setembro do corrente ano.

A cidade conta ainda, com a prestação de serviços de 06 farmácias particulares, que funcionam diariamente, sendo que nos finais de semana apenas 2 delas permanecem(pelo sistema de rodízio) em plantão de 24 horas.

Não existe, porém, nenhuma distribuidora de medicamentos na cidade e nem associação própria. Todos os problemas relativos ao funcionamento desses estabelecimentos são diretamente resolvidos na Associação Comercial da cidade e Prefeitura local.

4.9 SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA

A Saúde Pública Veterinária consiste na utilização de técnicas, conhecimentos e recursos da Veterinária para proteção e melhoramento da Saúde Humana, desempenhando diversas funções que obedecem a uma vasta comunidade de interesses que existem entre a Medicina Veterinária e Humana oferecendo oportunidade para uma proveitosa interação.

No caso de Mairiporã, onde os serviços de Saneamento Básico, de urbanização, de saúde, etc, são ineficientes, inadequados ou, em alguns locais, nem existem, os problemas de zoonose, de controle de roedores, de controle de vetores, de controle de alimentos de origem animal são comuns e sérios, muito embora ainda não sejam consideradas como tal porque em nosso meio as atividades agropecuárias em cidades do tipo deste município, onde as criações animais são oriundas de pequenas propriedades chamada de fundo de quintal ou de lazer como as chácaras construídas para os fins de semana e férias de seus proprietários, podemos avaliar as perdas econômicas que hoje não são questionadas, mas que futuramente mostrarão as consequências deste descaso seja o nível de governo ou do próprio pecuarista.

Outro fato que dificulta a análise desta problemática é a falta de notificação dos casos ocorridos. Em Mairiporã existem atualmente cerca de 3.600 propriedades rurais, sendo que na maioria existe pelo menos animais criados para consumo de leite ou carne de um grupo de pessoas. A Secretaria da Agricultura está representada pela Casa da Lavoura, mas não tem sequer um técnico a serviço do município. Três médicos veterinários atendem a população mas como profissionais liberais, sem vínculo com entidades governamentais, seja a nível de município, Estado ou Federal.

Há duas clínicas veterinárias e 3 lojas que vendem produtos veterinários. No Bairro de Terra Preta se localiza a Granja Osato, que é responsável por abate de aves seguida de industrialização, destinados em grande parte para a exportação. Neste caso, o Ministério da Agricultura tem técnicos ali alocados que são responsáveis pela fiscalização do produto.

Devido a formação da Vigilância Sanitária no SUDS-R14 as condições sanitárias de alimentação tem melhorado pela atuação dos agentes sanitários e médicos veterinários que atuam neste setor e é proposta deste serviço realizar, a partir de 1989, cursos para manipuladores de padarias e açougues.

Em decorrência de levantamento feito junto ao médico veterinário, Dr. Antonio do Prado Filho, e inquérito junto à população e diferentes visitas a locais ligados à Veterinária os casos observados durante o ano de 1988 foram:

- Raiva: Foi detectado um foco de raiva bovina, sendo 2 animais necropsiados e confirmados positivos e óbito de mais 50 animais com sintomatologia de raiva. Este foco foi detectado em outubro na região Rio Acima (Ponte Alta)
- Brucelose: não é comum os proprietários fazerem teste, mas os casos consultados, embora em número reduzido, deram positivo.
- Leptospirose: A média de leptospirose canina é de 3 casos por mês, especialmente no Bairro Terra Preta.
- Picadas por animais peçonhentos: o número de picadas por escorpiões tem aumentado

Na parte de doenças profissionais, ocorreu, entre manipuladores de aves, o aparecimento de verrugas nas mãos, pelo contacto com as mesmas, que só desaparecem com o uso constante de luvas.

Mairiporã é cercada por regiões ainda não habitadas que servem de habitat para animais sil -

vestres, que sendo tão próximas das cidades permitem o acesso do homem ao seu interior, com frequência. Este fato favorece o trânsito de animais que poderão ser parte integrante de uma cadeia epidemiológica, representando, portanto, perigo, seja como fonte, vetor ou reservatório.

5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

5.1 CONCLUSÕES

Avaliando o quadro da mortalidade infantil, a mortalidade geral e as características gerais da população, podemos considerar que as condições de saúde são bastante inadequadas.

O próprio desenvolvimento da cidade de forma desordenada, sem um plano diretor e sem uma intervenção responsável das autoridades municipais, estaduais e federal vem contribuindo para aumentar os agravos de saúde na população, haja visto a precariedade dos equipamentos de saúde da cidade, as deficiências do Saneamento Básico, a falta de passarela na travessia da estrada, etc.

Esta conduta inadequada das autoridades acaba por comprometer inclusive as condições de vida de outras comunidades, destacando-se a forma como é tratado o lixo e os esgotos, atingindo diretamente a população de toda Grande São Paulo.

Existe um conjunto de medidas simples a serem aplicadas que poderão, mesmo sem alterar a situação estrutural, melhorar em muito as condições de vida e saúde da maioria da população.

5.2 SUGESTÕES

5.2.1 MEDIDAS DE SANEAMENTO DO MEIO E DESENVOLVIMENTO URBANO

- a) Definir um plano diretor que discipline o crescimento urbano e instalação de indústrias tendo em vista que parte de Mairiporã localiza-se em mananciais hídricos que

abastece a Grande São Paulo.

- b) Um tratamento adequado para os resíduos sólidos, suspendendo imediatamente a prática da Prefeitura de depositar 2/3 em "lixão" localizado na periferia de São Paulo e 1/3 distribuído como adubo para chácaras na própria cidade.
- c) Extensão da rede de água a todas as residências, uma vez que só está atendendo a 50% da demanda da cidade.
- d) Extensão da rede de esgoto e tratamento de todo o produto coletado.
- e) Construção de passarelas ou de pontos de passagem da Rodovia Fernão Dias, acompanhada de uma campanha de esclarecimento à população.

5.2.2 MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA

- a) readequação de todos os equipamentos de saúde, objetivando aumentar a cobertura e o nível de resolução destes equipamentos. É necessário criar um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, aumentando o número de UBS e capacitando o hospital geral para um atendimento secundário.
- b) Em termos imediatos é importante aumentar a cobertura de atendimento à gestante, aos menores de cinco anos, incluindo cobertura vacinal.

Para tanto, dever-se-á estabelecer :

- um convênio incluindo o hospital
- aumentar o número de médicos, enfermeiros e demais profissionais, para que o serviço em Terra Preta obedeça o sistema de 24 horas (3 períodos de 8 às 20 horas)
- constituir um Comitê de Óbitos ligado à Prefeitura, avaliando todos os óbitos para colaborar na melhoria dos serviços.

- c) Criação da Divisão de Controle de Zoonose e Controle de Alimentos com os programas:
- serviços de raiva
 - controle de roedores
 - controle de vetores
 - toxinfecção alimentar
 - saúde ocupacional em manipuladores de alimentos
 - saúde ocupacional em propriedades rurais
 - agravos à saúde humana por acidentes e agressões animais

5.2.3 MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dirigidas à população, objetivando proteger os mananciais e outros serviços desenvolvidos pelas Unidades de Saúde.

5.2.4 MEDIDAS GERAIS

Criação de mecanismos de participação direta da população no estabelecimento de prioridades e políticas de saúde no Município.

CAPÍTULO II

O Bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã

6.1. Histórico e Características Gerais do Bairro de Terra Preta

O Bairro de Terra Preta localiza-se a margem esquerda da Rodovia Fernão Dias no sentido São Paulo-Belo Horizonte Km 5, após a entrada para o centro da Cidade de Mairiporã, ficando portanto fora do perímetro urbano e apresentando características de povoado.

Segundo declarações do Prefeito Sr. Antonio Jair Oliveira Nascimento, a história do Bairro de Terra Preta se confunde com o da própria cidade e é tão antigo quanto a mesma e não existe documentos nem mapas, nem mesmo dados sobre o número de habitantes do referido bairro. (vide anexo V).

Em Terra Preta, funcionam cerca de 16 indústrias sendo a Granja Osato a maior, contando com 390 funcionários, uma escola de 1º grau, uma Unidade Básica de Saúde, localizada na periferia do bairro e um Posto de Medicamento privado, além de um Posto de Serviços da Prefeitura de Mairiporã.

6.2. Características gerais da população amostrada

6.2.1. idade e sexo

Pela tabela 1 portanto podemos concluir:

- a população de Terra Preta é bastante jovem sendo que 48,47% tem menos de 20 anos, mantendo uma posição semelhante a da cidade em geral;

- a razão de masculinidade é de 956,5 homens para 1.000 mulheres, sugerindo mortalidade masculina maior ou mesmo uma evasão dos homens.

- Praticamente metade da população (49,47%) é composta por jovens pertencentes a categoria de filhos.

TABELA 1 - Distribuição percentual etária segundo diferentes posições ocupados na família, no Bairro de Terra Preta, do município de Mairiporã, setembro de 1988.

Idade (anos) Posição na família	0- 10	10- 20	20- 30	30- 40	40- 50	50- 60	60 +	IGN	TOTAL	%
pai	-	1	11	20	12	8	8	-	60	16,67
mãe	-	1	18	25	8	9	6	-	67	18,61
filho (*)	40	33	14	4	-	-	-	-	91	25,28
filha (*)	37	31	12	6	1	-	-	-	87	24,17
agregado	11	4	5	2	2	-	1	-	25	6,94
agregada	10	6	3	5	-	2	3	1	30	8,33
TOTAL	98	76	63	62	23	19	18	1	360	100,0
%	27,30	21,17	17,55	17,27	6,41	5,29	5,01	-	100	-
TOTAL ESTI- MADO NO BAIRRO	490	380	315	310	115	95	90	5	1800	-

(*) Considera-se agregado todo morador da residência fora pais e filhos, independente do parentesco.

FONTE: Inquérito aplicado a uma amostra da população.

- tanto os pais como as mães são jovens, sendo as mães mais ainda, ficando numa faixa de 20 a 40 anos.

6.2.2. pirâmide populacional

Avaliando-se então a pirâmide populacional da amostra pesquisada, segundo Thompson (figura 1), classificamo-la em tipo 1 (para os homens) sendo compatível com alta taxa de mortalidade e natalidade infantil, alta mortalidade geral e baixas condições sócio-econômicas e de saúde. Com relação as mulheres a figura 1 tem características que provavelmente representa as seguintes condições:

- alta mortalidade feminina e infantil
- alta mortalidade geral
- aumento do número de mulheres na faixa de 40 a 50 anos e em menor grau na faixa de 50 a 60 anos

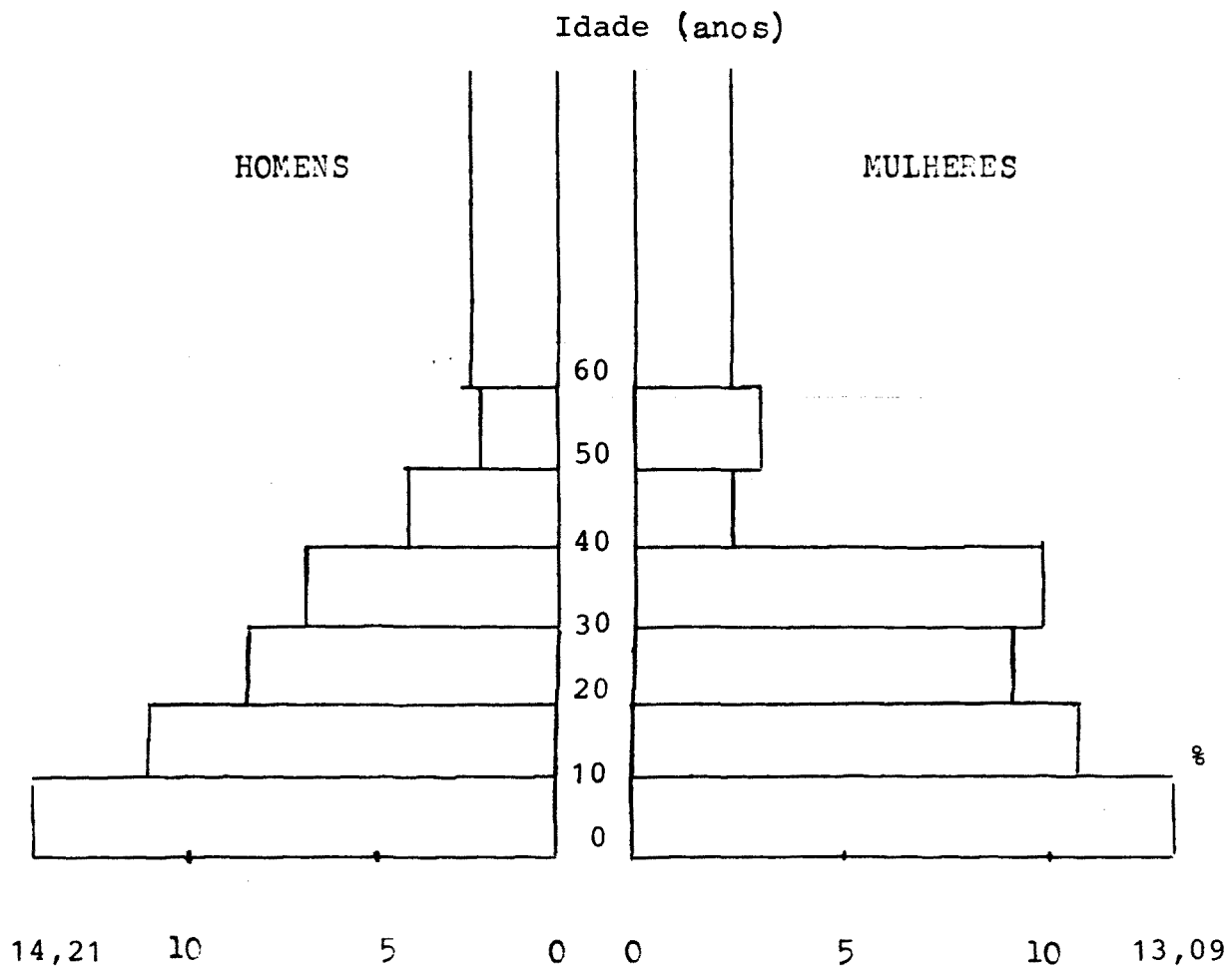
Devemos ressaltar que estes dados são baseados em apenas 20% da população, portanto, as conclusões estão bastante comprometidas.

6.2.3. associatividade da comunidade

Pelo inquérito realizado observou-se que as pessoas não se reúnem nem para solucionar os problemas coletivos do bairro ou nem mesmo os de ordem pessoal.

A maioria (74,7%) dos entrevistados alegam desconhecer a formação de algum grupo representativo. Algumas pessoas (10,0% dos entrevistados) afirmaram a existência da Associação de Moradores do Bairro, porém todos foram unânimes ao citarem que "talvez a entidade tenha sido criada para outros fins", uma vez que sua duração foi curta, perdurando atualmente apenas a rotina de distribuição do ticket do leite; nem mesmo a diretoria da referida Associação tem mantido reuniões

Figura 1 - Pirâmide etária do Bairro de Terra Preta -
Município de Mairiporã, setembro 1988.



FONTE: Inquérito Populacional das Equipe de TCM

regulares. O divertimento da população entrevistada, pela ausência de outras opções, está dirigido para passatempos simples e que não dependem da construção de grandes obras destinadas ao lazer público, pois a maioria dos entrevistados se ocupam em casa (47%) lendo, descansando, enquanto que outra parcela se diverte principalmente com T.V. (25%), futebol (22%) e igreja (4%).

O grupo pode observar ainda que não existe uma pequena área gramada destinada a um simples campo de futebol ou a um pequeno parque infantil, apesar de existir algumas áreas de tamanho regular completamente abandonadas e até de propriedade da Prefeitura local que poderiam servir a este propósito. Era comum ouvir-se entre a população masculina entrevistada "a sorte é que a gente tem um campinho lá na firma e é lá que a gente se distrai"

Ao serem inqueridos sobre o tipo de distração preferida, os entrevistados responderam da seguinte maneira:

TV -----	26%
Futebol -----	25%
Parque -----	14%
Rádio -----	11%
Cinema e clube (c/ piscina)-----	16%
Igreja -----	8%

Esses dados mostram que esta população não faz, inclusive, grande diferenciação ao escolher a forma de diversão, pois todas as indicações limitaram-se a melhoria das condições de lazer no bairro, com poucos pedidos de inovações dentro de uma visão de lugares comuns e limitados apenas ao perímetro circunscrito no bairro.

6.2.4. Tempo no bairro

Segundo o levantamento feito pela equipe

do TCM (tabela 2...), 65% dos filhos nasceram no próprio bairro, enquanto apenas 12% dos pais e 9% das mães são naturais do próprio bairro.

Isto mostra que mesmo o Bairro de Terra Preta sendo antigo, a população atual tem na sua composição a presença de imigrantes de outras regiões ou mesmo outros bairros da própria cidade.

Com relação ao tempo de moradia no Bairro 48,1% dos pais e 53,% das mães estão no Bairro a menos de 10 anos, somente 18,5% dos pais e 8,9% das mães moram em Terra Preta a mais de 20 anos; e, ainda morou no bairro entre 10 a 20 anos, 33% dos pais e 37,5% das mães. Estes dados sugerem que a maior concentração habitacional no bairro data de 20 anos.

6.2.5. Naturalidade

Observa-se na (tabela 3) que a maioria absoluta dos habitantes são oriundos de São Paulo, sendo 54,5% de pais, 51% de mães e 50% de agregados. Concorre com peso significativo na formação de contingente populacional do bairro os naturais de Pernambuco e Bahia, entre outros.

6.2.6. Escolaridade

O baixo nível de escolaridade pode ser constatado observando a tabela 4 onde 16,3% são representados pelos analfabetos e semi-analfabetos onde pode o número estar subestimado, pelo fato de não ter sido solicitado durante o inquérito nenhuma comprovação de escolaridade e já é sabido que algumas pessoas se envergonham de ser caracterizado como analfabeto.

A maior concentração está entre o primário completo e o incompleto (63,3%).

Entre os filhos e filhas a situação é um

Tabela 2 - Tempo de moradia (em anos), dos pais e mães amostrados no Bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã, setembro 1988.

Parentesco tempo de moradia (anos)	PAI		MÃE	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
0 - 1	8	15,0	10	17,9
1 - 2	4	7,4	3	5,4
2 - 5	4	7,4	4	7,1
5 - 10	10	18,5	13	23,2
10 - 20	18	33,3	21	37,5
20 - +	10	18,5	5	8,9
TOTAL DE ENTREVISTADOS	54	100,0	56	100,0

FONTE: Inquérito Populacional da Equipe de T.C.M.

Tabela 3 - Distribuição percentual da naturalidade dos membros da família amostrados no Bairro de Terra Preta do Município de Mairiporã - setembro de 1988.

Estado M.família	SP	BA	PE	CE	MG	PR	OUTROS	TOTAL
PAI	54,5	9,8	11,8	1,9	9,8	5,9	6,3	100,0
MÃE	51,0	13,7	17,6	3,9	5,9	1,9	6,0	100,0
FILHO	83,2	4,2	7,0	1,4	2,8	1,4	-	100,0
FILHA	85,4	3,7	6,1	2,4	-	2,4	-	100,0
AGREGADO	63,1	5,3	26,3	-	-	-	5,3	100,0
AGREGADA	50,0	13,6	36,4	-	-	-	-	100,0
TOTAL	69,6	7,4	12,8	2,0	3,4	2,4	2,4	100,0

FONTE: Inquérito populacional da Equipe do TCM

Tabela 4 - Escolaridade de maiores de 7 anos por membro da família, no Bairro de Terra Preta-Município de Mairiporã, setembro 1988.

	ANALFABETO	SEMIANALFABETO	PRIMÁRIO INCOMPLETO	PRIMÁRIO COMPLETO	SECUNDÁRIO INCOMPLETO	SECUNDÁRIO COMPLETO	UNIVERSITÁRIO INCOMPLETO	UNIVERSITÁRIO COMPLETO	TOTAL
PAI	8	7	15	18	5	7	-	-	60
MÃE	9	9	19	17	9	4	-	-	67
FILHO	-	-	25	12	4	1	2	-	44
FILHA	-	1	16	12	6	2	-	1	38
AGREGADO	3	-	4	12	6	-	-	-	25
AGREGADA	4	2	6	11	7	-	-	-	30
TOTAL	24	19	85	82	37	14	2	1	264
%	9,1	7,2	32,2	31,1	14,0	5,3	0,7	0,4	100,0

FONTE: Inquérito populacional da equipe TCM

Mairiporã

pouco melhor, encontrando-se inclusive 1 pessoa com o curso universitário completo, mesmo assim o quadro é muito precário, pois pode-se ver que existe criança em idade escolar não alfabetizado.

6.2.7. Ocupação profissional

A tabela 5 nos mostra o tipo de ocupação dos moradores de Terra Preta, e a equipe do TCM constatou que o mercado de trabalho é extremamente reduzido podendo se concluir que Terra Preta serve para uma parte da população apenas de moradia.

Assim, 1/3 da população representando 49,7% esta efetivamente trabalhando, outro terço é composto por mães e alguns desempregados e último terço divide-se no comércio, indústria e agropecuária, sendo efetivamente caracterizado como empregados: 21,4% no comércio, trabalhando em Terra Preta e fora, 24,1% na indústria, fundamentalmente em Terra Preta e 4,8% na agropecuária.

A partir destes dados pode-se concluir que além de um bairro moradia para Mairiporã, Terra Preta é um bairro operário, tendo uma concentração importante de pessoas ligados às indústrias ali instaladas.

A tabela 6 nos mostra a distribuição dos moradores que efetivamente trabalham e sua relação de trabalho: 70,8% empregados, 22,5% autônomo e 6,3% empregador, sendo estes últimos micro empresários (dono de bar, oficina, padaria, etc). Pela mesma tabela vemos que quase todos os membros da família trabalham, com exceção das mães, que exercem sua atividade doméstica, garantindo a infra estrutura dos demais membros da família.

Tabela 5 - Ocupação profissional declarada por membro da família excluindo menores de 15 anos , Bairro de Terra Preta - Mairiporã, setembro, 1988.

Ocupação Membro da família	Agropecuária	Indústria	Comércio	Serviço	Outros (*)	Total
PAI	3	17	16	22	2	60
MÃE	1	6	2	14	42	65
FILHO	1	6	5	15	7	34
FILHA	2	3	5	9	13	32
AGREGADO	-	1	2	7	1	11
AGREGADA	-	2	1	5	9	17
TOTAL	7	35	31	72	74	219
%	3,2	16,0	14,1	32,9	33,8	100
% EFETIVAMENTE NO TRABALHO	4,8	24,1	21,4	49,7	-	100

(*) Na categoria outros estão incluídos os indivíduos desempregados e/ou que exerça, apenas a tarefa de prendas domésticas.

FONTE: Inquérito populacional da equipe TCM

Tabela 6 - Posição em relação à ocupação e taxa percentual de emprego por membro da família efetivamente trabalhando, do Bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã, setembro de 1988.

M.de família	Posição em Relação à Ocupação			TOTAL DE TRABA LHADORES	Taxa de ocupa - ção (%)
	Empre- gado	Autônomo	Empre- gador		
Pai	41	9	8	58	96,7
Mãe	12	10	1	23	35,4
Filho	25	2	-	27	79,4
Filha	11	7	-	18	56,3
Agregado	8	2	-	10	90,9
Agregada	5	3	-	8	47,0
TOTAL	102	33	9	144	65,8
% DE TRA BALHADO- RES	70,8	22,9	6,3	100,0	-

FONTE: Inquérito Populacional da Equipe de TCM

NOTA: Considerou-se como emprego, qualquer trabalho formal ou informal.

6.2.8 NÍVEL DE RENDA

Na tabela 7, podemos observar como é baixo o salário da população de Terra Preta : 58,1% menos de 2 salários mínimos, 4,7% de 5 a 10 e 2,3% mais de 10 salários mínimos.

A média de ganho por indivíduo na família fica comprometida quando se considera o grande número de mães que se dedicam às prendas domésticas (sem remuneração), rebaixando, assim, a média de salários e a renda familiar, que é composta na maioria das vezes, pelo trabalho dos filhos.

Mesmo existindo várias indústrias no Bairro, as mulheres são obrigadas a permanecer no lar, uma vez que não têm condições de contratar outra pessoa para exercer por elas, as atividades de seus lares.

Tabela 7 - Renda por membro da família, no mês de agosto, bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã, Setembro 1988.

M.família \$ sal. mínimos	PAI	MÃE	FILHO	FILHA	AGRE- GADO	AGRE- GADA	TOTAL	
							Nº	%
0 - 2	18	10	21	15	7	4	75	58,1
2 - 5	26	5	6	3	3	2	45	34,9
5 - 10	6	-	-	-	-	-	6	4,7
10 - +	3	-	-	-	-	-	3	2,3
TOTAL (*)	53	15	27	18	10	6	129	100,0

(*) Excluídos os casos de informação negada: pais (5), mães(8), agregada(2).

FONTE: Inquérito Populacional da Equipe de T.C.M.

6.3. Tipo de Moradia, Saneamento Básico e Condições Ambientais

6.3.1. Condição de ocupação do domicílio

Na apuração desse item surgiu um fato interessante que foi a presença de 56,72% das casas abrigarem seus proprietários legítimos.

Por se tratar de um bairro cujos moradores caracterizam-se, em excelência, pelo operariado de renda baixa a média, esperava-se que a porcentagem de casas, alugadas fosse superior à encontrada (38,80%) em relação a porcentagem de casas próprias. Talvez isso seja explicado pelo incentivo que foi dado ao bairro por parte da prefeitura local, na época de formação do mesmo junto ao parque industrial, e também se consideramos que alguns anos atrás o poder aquisitivo desses operários era muito maior que o atual.

6.3.2. Tipo de casa

Ainda dentro de mesma conotação do item anterior encontra-se o tipo de moradia, que apurou:

- Casas construídas em alvenaria -----97%
- Casas construídas em madeira ----- 3%

Além da facilidade dos moradores com relação a obtenção do material para construção, já que o bairro dispõe de várias indústrias ligadas a área civil e materiais do gênero, das quais a maioria deles tem vínculo empregatício, isso poderia também ter as mesmas razões do item supra citado.

6.3.3. Saneamento e Condições Ambientais

O Bairro de Terra Preta, conforme observação "in loco" da equipe do TCM, é cortado por um córrego (também chamado de "rio" pela população) de pequeno volume, indo finalmente contribuir como afluente da reserva hídrica da Barragem de Paiva Castro (referida pela população em geral como "Represa") que abastece parte da Grande São Paulo

Todas as casas canalizaram seus esgotos para este córrego, e a impressão que se tem é de que o córrego é formado pelo acúmulo de resíduos líquidos das residências.

Contribui também na formação deste córrego, o esgotamento dos resíduos das indústrias, o qual somado aos esgotos residenciais, passam a comprometer abundantemente os mananciais de Mairiporã.

Vale citar que apenas indústrias que não produzem afluentes, nem lançam partículas no ar são autorizadas à instalarem-se em Mairiporã (incluindo-se o Bairro de Terra Preta); no entanto, a Granja

Osato coloca diretamente no correço do Bairro Terra Preta, seus efluentes sem passar por uma lagoa de estabilização.

O ar em Terra Preta é marcado por um odor fétido, que pode ser comprovado pela equipe na semana referente à nosso trabalho e também citado pela população, que diz ser essa desagradável característica observada em horários variados durante o dia. Para isso contribuem também, o abundante material orgânico proveniente da Granja Osato e das residências do bairro, que se deposita no referido córrego, bem como a grande quantidade de material particulado das chaminés, que é produzido pelas fábricas de cerâmicas.

Quanto aos resíduos sólidos, são coletados em 95% dos domicílios 2 vezes/semana e nos demais, 3 vezes/semana. Esses resíduos vão se juntar aos da cidade de Mairiporã, sofrendo o mesmo tratamento inadequado citado anteriormente.

Já com relação ao modo como a população entrevistada recolhe o lixo em suas casas, pode-se afirmar que dentro das possibilidades é um modo adequado, uma vez que a maioria coleta em sacos plásticos, integros e vedados.

A água utilizada no Bairro é potável e originária de 2 poços artesianos, com um total de 520 ligações. Apenas 10% da população (entre as residências visitadas) diz utilizar-se de água de poço (lenço freático).

Constatou-se porém, que a razão da água está aquém das necessidades, pois 100% dos entrevistados, queixaram-se da falta de água durante várias horas quase todos os dias.

As respostas em percentagem, dos domicílios visitados, são mostradas no quadro abaixo (quadro 1).

QUADRO 1 - Caracterização das condições de saneamento do bairro, conforme inquérito aplicado em amostra populacional do bairro de Terra Preta, Município de Mairiporã - Setembro de 1988

LOCALIZAÇÃO DA PRIVADA		TIPO DE BANHO USADO PELA FAMÍLIA			DESTINAÇÃO DOS DEJETOS			MODO DE RECOLHIMENTO DO LIXO		
DENTRO DE CASA	FORA DE CASA	INDIVIDUAL	COLÉTIVO	RIO RIACHO	RIO	RUA	FOSSA	SACO PLÁSTICO	LATAS	CÉU ABERTO
86%	14%	93%	5%	2%	46%	23%	24%	84%	10%	5%

FONTE: Inquérito populacional da equipe do TCM.

Com relação às questões sobre a poluição ambiental, levantou-se que enquanto 6% da população entrevistada preferiu abster-se de opinar, 26% não considera o bairro poluído, 68% dessa mesma amostragem opinou que a poluição do bairro está presente no ar (30%), na água (27%), no solo (25%) e tanto no solo como na água ao mesmo tem (8%), sendo que apenas 10% não conseguiu definir de onde vem a poluição, mas acha que ela está presente no bairro, tanto que do total da amostra entrevistada, considerando ser 100%, algumas pessoas (12%) conheciam alguém que teria adoecido graças a poluição, porém, sem saber precisar o tipo de doença que acometeu esses indivíduos.

6.4. Condições de saúde

6.4.1. Morbidade e atendimento

A partir do inquérito feito em 67 residências, soube-se que 18 adoecido pelo menos 1 pessoa nos meses de junho, julho e agosto. A incidência total de doenças foi de 42 e mais 2 pessoas que já doentes por hipertensão antes do mes de junho.

O agravos mais citados foram:

- gripe -----	21,4%
- diarreia -----	16,7%
- amigdalite -----	11,9%
- dor abdominal não esclarecida-	7,1%
- doenças cardiovasculares-----	9,5%
- dor de dente -----	4,8%
- pneumonia -----	4,8%
- verminose -----	4,8%

Refere-se a incidência de doenças em 42 pessoas que adoeceram durante os meses de junho, julho e agosto.

A incidência das diarreias e dor abdominal não esclarecida podem estar relacionadas com verminose devido a inexistência de rede de esgoto adequada no Bairro.

Os casos de pneumonia foram todos diagnosticados no Hospital de Mairiporã.

As doenças que ocorreram em Terra Preta em sua maioria poderiam ter tido orientação.

Tipo de assistência que as pessoas receberam:

- 35,7% atendidos no Hospital Mairiporã
- 9,5% atendidos em clínica particular
- 14,29% atendidos no PAM INAMPS Mairiporã,

- 31,0 % não tiveram nenhum atendimento
- 4,8 % foram atendidos no Bairro de Terra Preta em clínica particular ou no UBS.
- 4,8 % foram atendidos em outras cidades.

Observa-se a partir destes dados uma grande distorção no tipo de assistência para todas as patologias no Bairro, o Hospital de Mairiporã ainda responde por 35,7% do atendimento de todas as patologias independentemente do nível de complexidade; 31% dos doentes não tiveram nenhum tipo de assistência, aqui se encontra a maioria das gripes, amigdalites, dor abdominal e diarreia. Isto leva a uma avaliação que com um serviço mais adequado muitos diagnósticos seriam modificados podendo alterar os dados referentes a morbidade no Bairro.

Merece registro também o fato de 48% terem se dirigido diretamente a outra cidade considerando-se que no Bairro de Terra Preta tem 1 clinica particular e 1 UBS do ERSA e os equipamentos existentes são obsoletos.

Pode-se concluir que parte da população não acredita nos serviços locais ou que estes efetivamente não vem atendendo a população.

6.4.2. Mortalidade

Foi levantado pelo inquérito 11 óbitos no período de 11 de agosto de 87 a 11 de agosto de 1988 (data do inquérito). A taxa de mortalidade geral não poderá ser determinada por falta de dados, mas podemos estimar que estes 11 óbitos ocorreram entre 360 pessoas que compuseram a nossa pesquisa dando 30,5%, o que é bastante alta, mas compatível com as condições de vida e saúde da população de Terra Preta. Esses 11 óbitos foram de parentes dos informantes assim distribuídos:

pai ----- 1

irmão -----	2
cunhado -----	1
filho -----	1
mãe -----	1
padrasto -----	1
tio ou tia -----	3
avô -----	1

Dos óbitos, 8 receberam algum tipo de assistência discriminados da seguinte forma:

- 3 em Hospital Público, 1 no Incor e 4 no serviço particular, todos os outros no Hospital de Mariporã.

Chama a atenção nestes dados o fato de nenhum informante ter-se referido a atendimento em UBS antes da internação em Hospital.

Dos óbitos citados o tempo de espera para internação foi relativamente pequeno variando em horas e o tempo de internação foi o seguinte:

90 dias -----	cancer
60 dias -----	diabete
10 dias -----	doença de chagas
7 dias -----	hipertensão arterial
3 dias -----	acidente vascular cerebral
1 dia -----	infarto do miocardio
3 dias -----	recém-nato de 3 dias sem informação da causa básica

e mais um que o informante supõe tenha ficado internado 2 dias, mas não soube informar a causa básica. Dos 3 óbitos que não tiveram atendimento 1 foi domiciliar, tuberculose, que vinha fazendo tratamento irregular e era alcoolatra. Os outros 2 morreram a caminho do hospital, um por acidente na Rodovia Fernão Dias, causando traumatismo craniano e outro por problemas cardíacos, sem de

finir a causa básica.

Avaliando estes óbitos chegamos a conclusão de que:

- o causado pela moléstia de Chagas é devido ao processo de migração, muitos imigrantes em Terra Preta vieram da Bahia, Pernambuco e Minas Gerais, regiões endêmicas da doença. Provavelmente alguns óbitos poderiam ser evitados, como é o caso do acidente na Fernão Dias e o caso da visitadora do C.S. de Mairiporã, porém se o UBS de Terra Preta ou Mairiporã tivesse capacidade para intervir, o prognóstico poderia ser outro.

O programa de Saúde Bucal, tem grande dificuldade de implantação e funcionamento no bairro de recursos humanos envolvido no programa.

Na UBS - Terra Preta existe todo o equipamento já montado para o funcionamento de duas salas para esse programa porém, não foi ainda regularizada a situação do profissional contratado para os serviços.

Nos grupos escolares do bairro tem se apenas um profissional com quatro horas diárias de prestação de serviços para dedicar à assistência a todos os escolares.

Num levantamento do atendimento a esses escolares, durante os meses de setembro, outubro e novembro do corrente ano, obteve-se, no EEPG Pietro Petri:

Total de atendimentos -----	294
Total de exames dentários -----	53
Total de tratamento completo -----	42
Total de restaurações em amalgama (dentes permanentes) -----	111
Total de restaurações em amalgama, superficiais (dentes permanentes)-----	122
Total de restauração em silicatos---	6
Total de restaurações (dente temporários)-----	164
Total de proteção pulpas -----	262
Total de extrações (dentes permanentes)	16
Total de extrações (dentes temporários)	100
Total de horas trabalhadas -----	232

No inquérito populacional realizado, incluiu-se apenas duas questões básicas sobre higiene bucal, não com o intuito de realizar-se um inquérito odontológico, pois o nível das mesmas seria insuficiente para tanto, mas apenas para saber como e quais os principais hábitos da população amostrada em relação à saúde oral, e apurou-se que:

- 62,69% - procuram o dentista ao menos uma vez ao ano.
- 32,83% - não costumam frequentar o consultório dentário, a não ser em casos de extrema necessidade.
- 4,48% - tratava-se de pessoal desdentado, sem hábitos de escovar os dentes e de procurar por um dentista.
- 95,52% - escovam os dentes, sendo que com a seguinte frequência:
 - . 7,81% - 1 vez/dia
 - . 50,00% - 2 vezes/dia
 - . 35,94% - 3 vezes/dia
 - . 6,25% - 4 vezes/dia

Trata-se, portanto, de uma amostra populacional com um nível razoável de higiene bucal, uma vez que 50% dela referiu escovar os dentes após as 2 principais refeições; porém, o número de desdentados é preocupante, se considerar que eles não têm sequer o hábito de frequentar o dentista, e se for feita uma projeção desse número para a população total do bairro, poderá existir uma população significativa de desdentados.

6.5.2. Assistência à gestante

Segundo dados recentes da OMS, em países latino americano, 40% de casais em média adotam o planejamento familiar. Levantamentos recentes sobre a prevalência do uso de anticoncepcionais, e também, do uso eventual e/ou costumeiro de métodos tradicionais de planejamento familiar - abstinência depois do parto e amamentação prolongada - mostraram que especificamente no Brasil está havendo uma reversão desta tendência em benefício dos métodos chamados definitivos à laqueadura tubária e a vasectomia.

A mentalidade em voga é que o uso de métodos contraceptivos tem a finalidade primeira de prevenir nascimentos, em grande maioria das vezes movido por fatores sócio economicos, e num plano secundário espaçar nascimentos visando bem estar materno.

Os estudos mostram claramente que, quando métodos diversificados se tornam disponíveis seu uso aumenta, e isto fica evidente quando se sabe da importância do planejamento familiar para a saúde infantil, sua íntima relação entre as altas taxas de mortalidade infantil e o espaçamento de intervalos de nascimento para a sobrevivência dos recém natos.

É importante ressaltar ainda o valor da amamentação não só como método contraceptivo de eficácia relativa mas também para a sobrevivência infantil. Assim fica clara a importância de fornecimento de planejamento familiar para mulheres que amamentam, com o intuito de evitar nova gravidez, quase que certamente, in desejada.

Pelo exposto, uma pesquisa de caráter universitário junto às autoridades de saúde do município de Mairiporã, teria como nesta básica em relação ao estudo de fecundidade da população exposta o seguinte:

- auxiliar na coleta de dados precisos e detalhados sobre demografia e fecundidade.

- aumentar a capacidade de desenvolver ajuda sobre conhecimento de métodos de estudo sobre fecundidade e demografia por estabelecimento de eventuais programas.

- fornecer possibilidade de interação para estudos sobre níveis diferenciais de fecundidade, tamanho ideal de família e prática de conhecimentos sobre planejamento familiar.

Sabe-se que o conhecimento que as mulheres tem de planejamento familiar é ligeiramente influenciado pela idade, muito pouco influenciado pela paridade, um pouco influenciado pela residência rural/urbana e grandemente influenciado pela escolaridade. Assim, é de se esperar, que casais com bom nível de escolaridade das regiões urbanas, são geralmente os primeiros a obter informações sobre planejamento familiar.

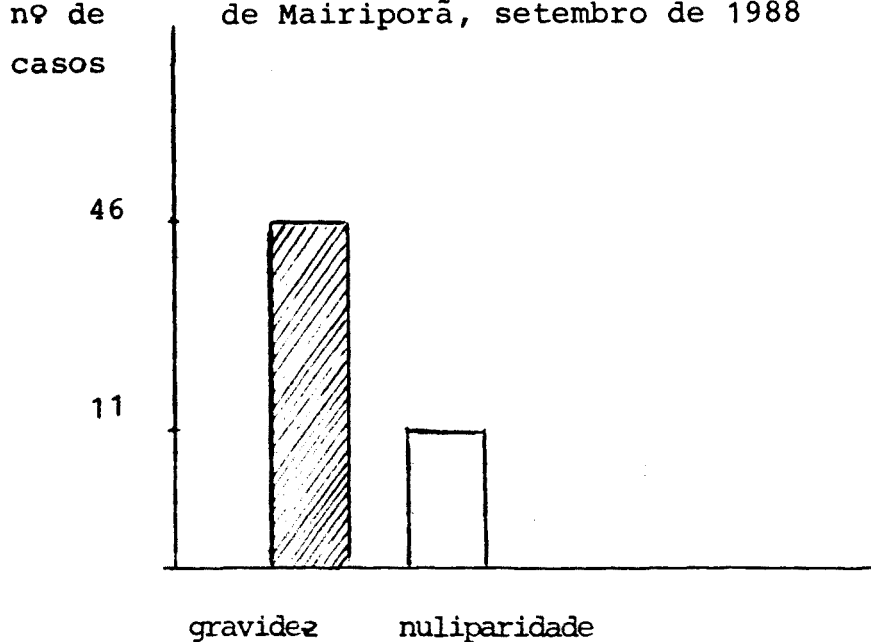
Sabe-se ainda que as mulheres apresen - tam uma probabilidade maior de ter conhecimento dos métodos modernos do que dos métodos tradicionais. A maior parte das mulheres que tem conhecimento de anticoncep - ção conhece, pelo menos um método moderno - anticoncep - cional oral, esterilização voluntária, DIU, condon, in - jetáveis, diafragmas e espermicidas. É claro que ter

notícia sobre um método, não significa ter informações úteis e precisas sobre como usá-lo ou obtê-lo.

Segundo o levantamento da relação fecundidade/planejamento familiar realizado no bairro de Terra Preta, pela equipe do T.C.M., pode-se arrolar:

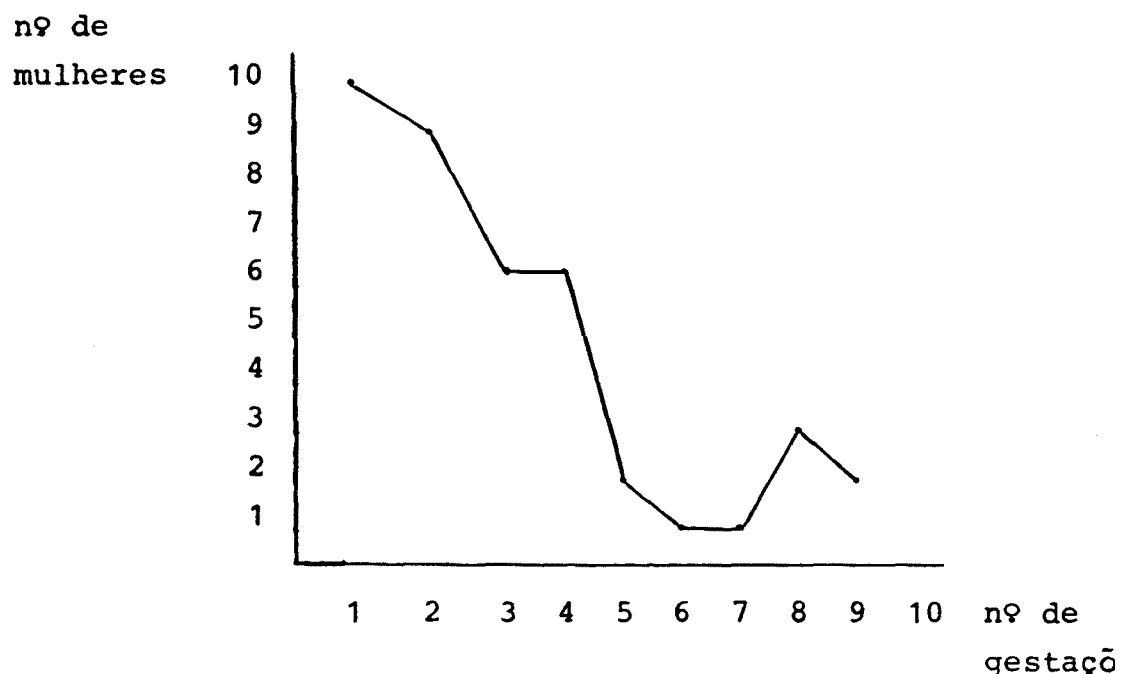
- a - relação entre número de gravidez e nuliparidade, dada pela fig. 2 (abaixo).
- b - número de gestação por mulheres com idade \geq 12 anos residentes no município nos últimos 3 anos; porém, incluindo-se também as gestações anteriores a esse período (fig. 3).

FIGURA 2 - Relação entre gravidez e nuliparidade em mulheres do Bairro de Terra Preta, Município de Mairiporã, setembro de 1988



Fonte: Inquérito as gestantes, da equipe do TCM

FIGURA 3 - Número de gestações por mulheres com idade \geq 12 anos, residentes no município nos últimos 3 anos.



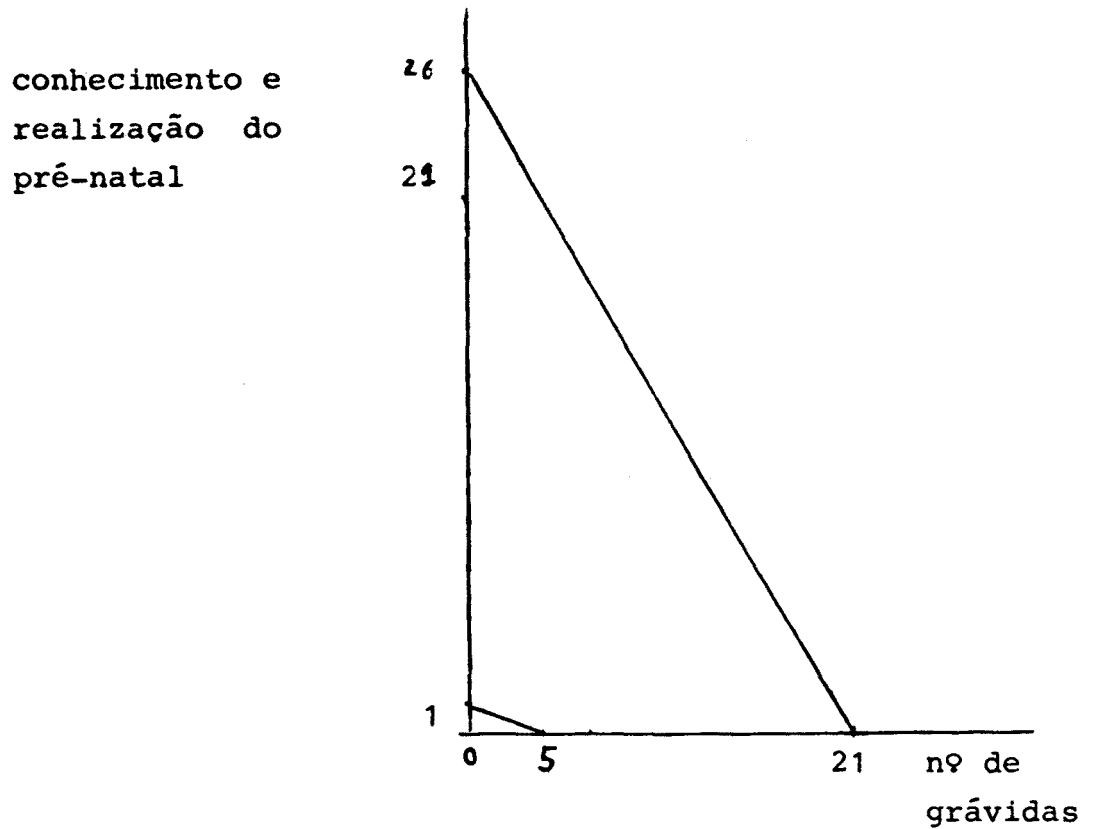
Fonte: Inquérito às gestantes realizado pela Equipe do TCM

c - conhecimento do que vem a ser o pré-natal é tido por 26 mulheres entre as 27 entrevistadas, enquanto que dessas, apenas 5 não realizaram o seguimento do programa de pré-natal. Observar que esse seguimento compreende um mínimo de 6 visitas durante a gravidez, (figura 4)

d - tempo de início do seguimento pré-natal (figura 5)

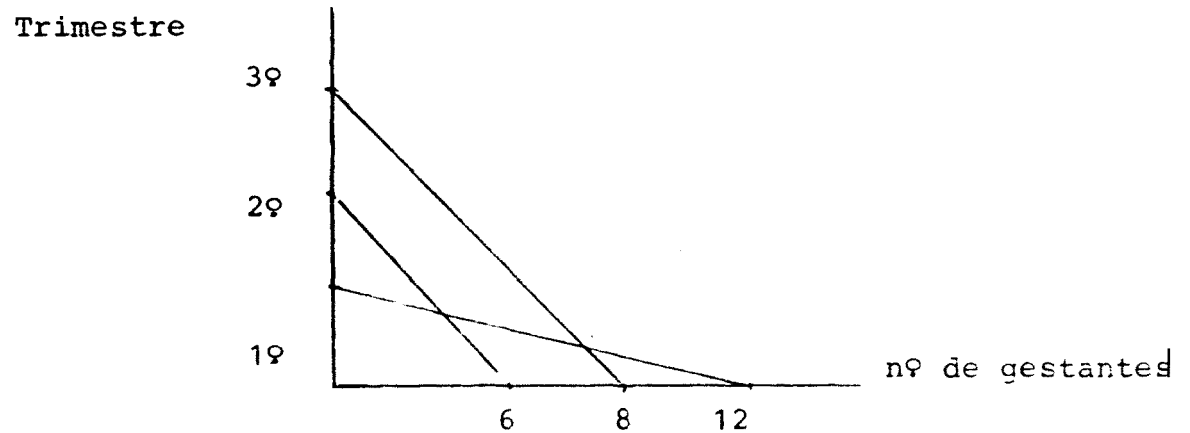
trimestre	nº de mulheres
1º	12
2º	06
3º	08

FIGURA 4 - Relação entre conhecimentos sobre o pré-natal e o seu seguimento durante a gravidez.



Fonte: Inquérito às gestantes realizado pela Equipe do TCM

FIGURA 5 - Tempo de início do seguimento do Programa de Pré-Natal



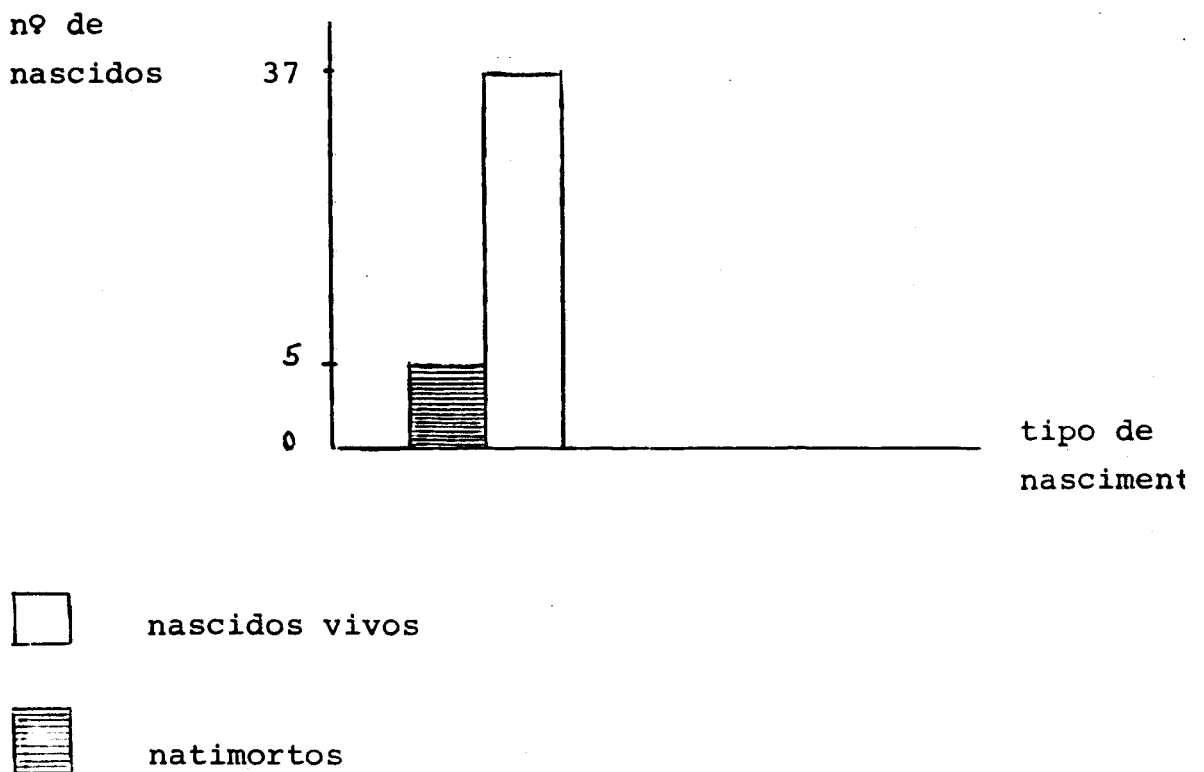
Fonte: Inquérito às gestantes realizado pela Equipe do TCM

e - com relação ao tipo de parto:

- parto operatório hospitalar ----- 11
- parto normal hospitalar ----- 23
- parto normal domiciliar ----- 08

f - relação entre nascido vivo e natimorto

FIGURA 6 - Relação entre nascidos vivos e nascidos mortos



Fonte: Inquérito às gestantes da Equipe do TCM

g - Das 27 mulheres entrevistadas, apenas 6 disseram já ter tido abortamento e uma delas se negou a responder a questão. Dentre essas 6 mulheres, 2 delas tiveram aborto espontâneo e as demais provocado.

h - quanto ao conhecimento de métodos contraceptivos 12 mulheres negaram ter qualquer informação relaciona

nada e 02 se negaram a responder. Entre as que receberam informações, os métodos de contracepção utilizados são:

- laqueadura -----	12
- "tabelinha" -----	07
- coito interrompido -----	03
- condon -----	02

Todos os pareceres citados para a mesma seção no capítulo anterior são válidos para o programa de vacinação desenvolvido pela UBS - Terra Preta, com a agravante de que apesar de ser tido como já implantado e em funcionamento, o programa daquela unidade estava na época de nossa visita, largamente comprometido, porque a cadeia de frio não se apresentava dentro das especificações necessárias.

Por se tratar de uma unidade recentemente em funcionamento, com uma pequena quantidade de funcionários efetivamente presentes à rotina de serviços, o programa de vacinação está entregue a um pessoal de campo indevidamente treinado para a manutenção da cadeia de frio faltando-lhe normas e especificações, e estando ela sujeita inclusive à cortes de corrente elétrica e a oscilação de voltagem, podendo provocar o deterioramento das vacinas nela estocadas.

A solução desse problema imediato recai na :

- preparação de um manual de uso sobre a cadeia de frio para os funcionários que dela fazem uso;
- organização de um treinamento regular do pessoal envolvido no programa proporcionando-lhes um treinamento contínuo e com supervisão, de preferência sobre os aspectos práticos do seu funcionamento;
- analisar prontamente as causas dos cortes elétricos, e aplicar soluções concretas, conforme a duração das avarias, o tipo de serviço de saúde prestado, o nível da cadeia de frio e a oscilação de voltagem;
- preparar instruções de operação e reparação para o equipamento;
- obter a atenção das autoridades competentes para a necessidade de uma planta elétrica de emergência.
- instruir o pessoal técnico sobre questões tais, como

duração da vacina armazenada em diferentes temperaturas, mantendo-se apropriada a vacina colocada em refrigeradores ou congeladores e de preferência sem que aberta com excessiva frequência.

- preparar planos para se manter as vacinas ao frio, sem que ocorra um corte da corrente elétrica.

Além desse problema, outros tais como, a educação sanitária insuficiente da maioria dos pais e público em geral, que não compreendem a necessidade da imunização a falta de treinamento adequado para os recursos humanos e seu número limitado, que é insuficiente para promover a educação sanitária em matéria de saúde junto à comunidade, a falta de notificação dos casos de doenças incluídas no programa de imunização por parte dos hospitais, etc... levam à população cada vez mais a descreditar dos serviços prestados, causando uma evasão das crianças que deveriam participar desse programa.

Especificamente no bairro de Terra Preta, não pode ser feito um bom trabalho de análise da cobertura vacinal por 2 motivos principais:

1. A UBS fora inaugurada a apenas 02 meses, não estando em completo funcionamento, sendo que a programação, de imunização conta com apenas algumas semanas de existência, uma vez que logo foi interrompida como citado anteriormente. A UBS logo de início, talvez pela forma como foi realizada a sua inauguração, (com rotina ainda não bem definida), já conquistou descrédito entre a população, provocando o seu afastamento na relação assistência médica - comunidade.
2. Como consequência as crianças do bairro são vacinadas nos mais variados locais, não sendo possível uma unificação mais exata dos serviços e dados. Mesmo assim, através do inquérito vacinal promovido entre as crianças do bairro com idade entre 0 e 5 anos, apurou-se as informações contidas nos quadros abaixo:

QUADRO A - Número de crianças entrevistadas entre 0 e 5 anos no inquérito vacinal, com seus respectivos locais de vacinação e existência de carteira de vacinação, no Bairro de Terra Preta- Município de Mairiporã, setembro de 1988.

IDADE (ANOS)	Crianças entrevistadas		Carteira de Vacinação		LOCAL DE VACINAÇÃO
	Nº	%	Nº	%	
0 - 1	7	15,22	5	12,20	todas no C.S. Mairiporã
1 - 2	4	8,69	3	7,32	1 UBS- Terra Preta 2 CS - Mairiporã
2 - 3	7	15,22	7	17,07	1 PM- Pernambuco 2 CS- Atibaia 4 CS- Mairiporã
3 - 4	12	26,09	11	26,83	1 UBS-Terra Preta 2 PM -Pernambuco 8 CS -Mairiporã
4 - 5	8	17,39	7	17,07	2 CS -São Paulo 5 CS -Mairiporã
5 anos	8	17,39	8	19,51	1 CS -São Paulo 3 PM -Pernambuco 4 CS -Mairiporã
TOTAL	46	100,00	41	100,00	2 CS -Atibaia 2 UBS-Terra Preta 3 CS -São Paulo 6 PM - Pernambuco 28 CS -Mairiporã

FONTE: Inquérito vacinal da Equipe do TCM.

QUADRO B: Estado vacinal de crianças entre 0 e 5 anos entrevistadas pelo inquérito vacinal e residentes no Bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã, setembro de 1988.

IDADE (anos)	BCG		TRÍPLICE COMPLETA		ANTIPÓLIO COMPL.		ANTI SARAMPO		SITUAÇÃO VAC.COMPLETA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 1	5	14,71	4	13,79	6	15,38	-	-	4	28,57
1 - 2	2	5,88	2	6,89	4	10,26	2	12,50	1	7,14
2 - 3	6	17,65	5	17,24	7	17,95	3	18,75	3	21,43
3 - 4	9	26,47	10	34,50	10	25,64	5	31,25	3	21,43
4 - 5	7	20,58	4	13,79	7	17,95	3	18,75	1	7,14
5	5	14,71	4	13,79	5	12,82	3	18,75	2	14,29
TOTAL	34	100,00	29	100,00	39	100,00	16	100,00	14	100,00

FONTE: Inquérito Vacinal da Equipe do TCM.

OBS.: O termo "completa" refere-se a vacinação realizada corretamente dentro do período de aplicação, incluindo-se os reforços.

Através desses quadros podemos dizer que a maior parte das crianças entrevistadas está na faixa de 3 à 4 anos, sendo essa portanto a faixa etária em que a situação vacinal completa atingiu os maiores índices.

As crianças de idade entre 1, à 2 anos, são as que tiveram baixa percentagem de situação vacinal completa, assim como em cada um dos programas de imunização, e isso é um fato importante à medida que essa é a criança que tem uma queda nutricional mais afetada, em função do desmame que ocorre nessa idade, acarretando para ela um risco muito maior de contrair a doença. O mesmo acontece com as crianças entre 4 e 5 anos, que são mais vulneráveis à infecções pelo fato de estarem mais expostas.

Já a situação vacinal das crianças de idade entre 0 e 1 ano tem um seguimento dos programas mais efetivo, talvez até relacionado pela presença mais constante dos meios de comunicações durante as últimas campanhas e também, apesar de discutível o fato da comunidade ter recebido a nova unidade de Saúde, sendo mais comum a discussão da rotina dos programas / de imunização entre a população.

As crianças com idade de 5 anos, já apresentam uma baixa percentagem de acompanhamento vacinal.

O sarampo apesar de tão temido foi o esquema de vacinação mais deficiente apresentada, com um número muito baixo de crianças imunizadas, o que também não deixa de ser preocupante.

Surpreendente, porém, foi o fato de que apesar de não poder ser estendido para a comunidade como um todo, 89,13% das crianças entrevistadas possuíam carteira de vacinação. E aqui então entra uma rápida discussão sobre a eficiência dos programas de vacinação e o interesse econômico da família da criança obter sua quota de alimentação (leite) para a mesma.

No bairro de Terra Preta existem apenas 2 estabelecimentos de assistência médica:

1. a Unidade Básica de Saúde
 2. a Clínica Ameco - privada
1. A Unidade Básica de Saúde

Inaugurada em junho desse ano, tem localização bastante discutida, pois, no fundo do prédio onde está instalada corre à céu aberto o córrego, que atravessa o bairro e serve ao mesmo tempo de receptor para os esgostos residenciais, sendo por si só um ameaço à saúde da população.

O prédio é construído em 2 pavimentos e possui salas para as áreas de Ginecologia, Clínica Médica, Pediatria, reabilitação, atendimentos de enfermagem, pré e pós consultas, serviço social, educação em saúde, saúde mental, sanitários separados para funcionários e copa, localizadas no pavimento superior.

No piso inferior ficam além da recepção, as salas de vigilância epidemiológica, atendimentos odontológico, farmácia, inalação, esterilização, expurgo, vacinação e, ainda, administração e diretoria.

O quadro de pessoal é de 15 funcionários, sendo que desses apenas 01 é médico contratado (pediatra) e os demais estão divididos entre auxiliares, técnicos e funcionários administrativos.

Não é realizada, ainda, a programação de assistência odontológica e da saúde da mulher, e o programa de imunização encontra-se interrompido devido à problemas com a cadeia de frio.

Com relação à rotina desenvolvida pela Unidade durante o último trimestre em que está em funcionamento, têm-se:

QUADRO C : Atividades ligadas ao programa de assistência à criança na UBS-Terra Preta no 3º Trimestre de 1988 - Mairiporã, setembro de 1.988.

Atividades Realizadas		Total
Inscrições	1 ano	99
	1 - 4 anos	133
	5 -14 anos	182
	Total	414
Consultas Médicas	1 ano	173
	1-4 anos	252
	5-14 anos	223
	Total	648
Atendimento de enferma- gem	1 ano	95
	1-4 anos	15
	5-14 anos	11
	Total	121
Primeiro Atendimento	1 ano	99
	1-4 anos	133
	5-14 anos	182
	Total	414
Visitas domiciliares		01

Fonte: Boletim mensal de Produção da UBS- Terra Preta.

QUADRO D: Atividades relacionadas ao programa de assistência ao adulto no 3º Trimestre de 1988 na UBS-Terra Preta - Mairiporã, setembro de 1988.

Atividades realizadas	Total
Inscrições	144
Consultas Médicas	207
Atendimento de enfermagem	23
Primeiro atendimento	144

Fonte: Boletim mensal de Produção da UBS- Terra Preta.

QUADRO E: Atividades gerais realizadas no 3º trimestre de 1988 na UBS - Terra Preta - Mairiporã, setembro 1988.

Atividades realizadas	Total	
Matrículas	576	
1º atendimento no ano na U.S.	< 1 ano	99
	1-4 anos	133
	5-14 anos	182
	adulto	162
	Total	576
Aplicação de injeção	105	
Inalação	382	

FONTE: Boletim mensal de Produção da UBS-Terra Preta.

2. A Clínica AMECO S/A.

Nascida de uma sociedade entre 3 médicos da cidade de Mairiporã, a clínica é conveniada à alguns órgãos especiais e principalmente às indústrias de toda a cidade, (inclusive às do bairro) tendo, portanto a oportunidade de dar atendimento à um número muito grande de moradores do bairro, que seja aquele que procura seus serviços diretamente ou através dos citados convênios. Além das consultas médicas, oferece também rxames laboratoriais e complementares.

3. Outros Serviços

Complementando a assistência realizada por esses 2 órgãos, têm-se no bairro, já a 2 anos, encarregado da distribuição dos medicamentos, um Posto de Medicamentos, de propriedade privada. Esse Posto de Medicamentos tem uma área de aproximadamente 20m², sendo dividido em 2 ambientes: um destinado a aplicações de injeções e curativos e outro ao serviço de dispensação. É dirigido por seu proprietário que está no ramo a cerca de 12 anos, mas sem a formação universitária específica, porém é empregador de mais um funcionário de nível técnico e um servente. O horário de funcionamento do referido posto é das 9 às 21 horas durante a semana e até às 14 horas aos domingos, sendo que afora esse horário a comunidade não dispõe de mais nenhum estabelecimento do genero, a não ser a farmácia pertencente à UBS- Terra Preta, que além de atender a população específica do Bairro de Tera Preta, atende também a população dos bairros circunvizinhos (por exemplo: o Bairro do Portão, de Atibaia), porém, seu funcionamento é limitado apenas ao horário de funcionamento da Unidade, que vai das 8 às 17 horas. Apenas a título de curiosidade a farmácia da UBS de Terra Preta atendeu durante

o 3º Trimestre do corrente ano cerca de 591 pacientes. Vale ainda ressaltar, que um Posto de Medicamentos é definido pela Lei Estadual nº5.991 de 18.12.1973, como um estabelecimento destinado apenas à venda de medicamento industrializado em sua embalagem original para atendimento às comunidades onde não haja nenhum outro estabelecimento semelhante ou farmácias e drogarias, tanto que a licença de funcionamento que o proprietário obtém, é de caráter precário; ou seja, o funcionamento do Posto é imediatamente cassado se vier a existir uma farmácia e/ou drogaria no bairro.

Os demais serviços complementares à assistência médica são encontrados apenas na cidade de Mairiporã e outros centros urbanos.

Esses recursos escassos talvez expliquem porque dentro do levantamento realizado as pessoas responderam que:

- 95,52% procuram assistência ao adoecer, sendo que 73% recorrem ao médico, porém, existe ainda uma percentagem de 10,45% que vai primeiro à benzedeira.

Os outros recursos procurados foram:

- . 13,43% - farmacêutico e/ou balconista
- . 3,12% - outros, como: pessoas com doença semelhante, confiam em Deus, etc...
- 49,25% prefere tomar o remédio que o médico mandou, em contrapartida, com 40,30% que prefere o remédio caseiro, o que mostrou-se coerente com os 68,65% que disseram tomar apenas remédio com indicação médica. A proporção dos que se servem de remédio com outras indicações foi:
 - . 14,93% - indicado pelo farmacêutico e/ou balconista
 - . 10,45% - indicação própria
 - . 2,99% - indicação através de amigos e/ou parentes
 - . 2,98% - qualquer indicação

- 82,09% compra o remédio enquanto que 17,91% obtem o medicamento gratuitamente; entretanto, apenas 61,19% leem ou tentam saber o que diz a bula desses medicamentos. Já o prazo de validade, é observado por 70,15% das pessoas entrevistadas.

6.7. Saúde Pública Veterinária

Como era esperado, por se tratar de uma população carente, vivendo sob precárias de saúde, a população animal esteve presente, na maioria das vezes, em cada casa que foi motivo de nossa amostragem. Abordagens filosóficas, sociológicas tentam explicar este comportamento humano. Assim dos 67 questionários aplicados em 44 (65,67%) foi constatada a presença de animais sendo que prevaleceu a seguinte ordem, segundo a espécie:

- cães
- pássaros
- pintinhos
- gatos
- galinhas
- aves em geral

todos como animais de estimação, apenas 1 casa tinha criação para consumo de aves e ovos e outra criava animais não domésticos, como veado, capivara, paca, etc.

Como vacinação é mais um problema de educação e ação governamental, quando há vacinação contra a raiva, a população comparece, o que ocorreu neste Bairro, onde praticamente todos os animais passíveis de vacinação a receberam.

Nos últimos anos, ocorreram cerca de 6 casos de mordedura de animais e 5 de picadas de animais

peçonhentos, todos procuraram o Centro de Saúde e receberam o tratamento convencional, mas por se tratar de zoonose, deveria ser dado em continuidade todo o atendimento característico que corresponderia a um profissional da área específica.

6.8. Conclusões e sugestões

6.8.1. Conclusões

Analisando as condições de vida da população de Terra Preta consideramos que, muitas das avaliações feitas para Mairiporã são válidas para o Bairro de Terra Preta, com alguns agravantes.

Aqui a população é homogeneamente pobre, as condições de moradia (apesar de predominar casas de alvenaria e ter coleta de lixo regular), não são boas pois não há esgotamento sanitário adequado, ficando a população exposta a um esgoto a céu aberto e a oferta de água é irregular, fazendo com que a população seja obrigada a utilizar água do lençol freático possivelmente contaminado.

Merece atenção o fato de se localizarem no Bairro inúmeras indústrias, estas sem nenhum controle por parte do município. No caso da Granja Osato, que além de poluir o ar com o mau cheiro, o seu esgotamento cai igualmente no correço o que contribui, no fim de linhas para as reservas hídricas dos mananciais da Grande São Paulo.

Ressalva-se a inoperância dos serviços de saúde oferecidos à essa população, sem que tivessem sido observados alguns aspectos gerais da relação saúde - comunidade, médico-comunidade e outros, quando se planejou a instalação de uma UBS no bairro.

Pela importância da inexistência no bairro de qualquer outro tipo de serviço público de saúde ,

cabe aqui uma breve discussão dos aspectos gerais sobre saúde.

A necessidade de saúde da população brasileira é sentida por todos; a representação mais cruel disto está nos altos índices de mortalidade e na baixa expectativa de vida do povo brasileiro.

Vários são os fatores que contribuem, direta ou indiretamente, para que tal estado de coisa persista:

- baixo índice salarial
- alimentação deficiente
- habitação precária
- educação deficiente
- falta de comunicação da comunidade na gestão do seu destino (B)

Assim é clássico o modelo de Salonde (10) em que a saúde repousa sobre 4 elementos principais:

- 1 - biologia humana
- 2 - ambiente
- 3 - estilo de vida
- 4 - organização dos cuidados da saúde

Não há dúvida, de que a queda circunscrita do índice de mortalidade infantil de uma determinada comunidade como reflexo da presença de postos de atendimento à saúde materno-infantil e a puericultura são fatores importantes na mensuração da qualidade do atendimento naquela região. Mas, para que se possa obter uma redução significativa em valores comparáveis aos chamados países desenvolvidos é necessária a criação de condições adequadas de infra-estrutura sanitária, bem como o nível de vida desta população.

Assim temos:

- infra estrutura sanitária → ambiente
- nível de vida ← → salário X educação
- biologia humana → (?) atuação insignifi-

cante pelo processo genético até o presente momento.

O avanço célere da ciência, que se multiplica em suas descobertas às custas do avanço tecnológico, proporciona ao homem uma capacidade aumentada de atuar em seu meio ambiente. À reboque dessa conquista vieram os malefícios deste avanço, pois a exacerbada industrialização formaram problemas como poluição atmosférica, acidentes de trânsito e de trabalho, ruídos, neuroses, etc.

Isto não amenizou uma gama variada de problemas que têm caráter universal e que exigem abordagens multidisciplinares com conseqüentes ações multisectoriais (5).

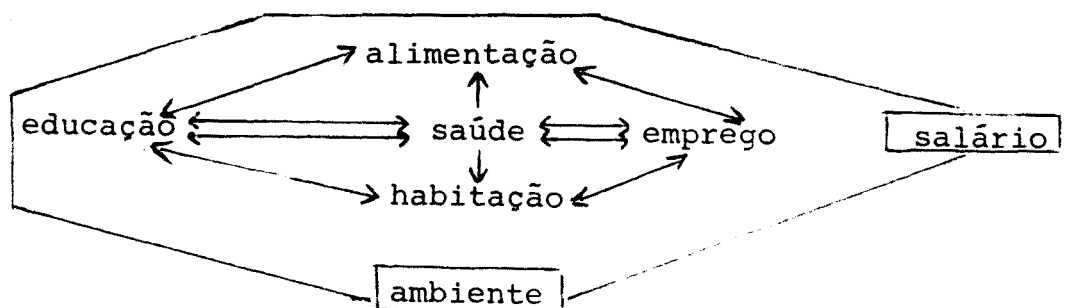
Ozbekhan (18) elaborou uma lista do que chamou de "problemas contínuos", ressaltando que não pretendia vê-la como completa:

- 1 - pobreza generalizada em afluência
- 2 - discriminação contra minorias
- 3 - programas de bem-estar social obsoletos
- 4 - assistência médica insuficiente
- 5 - fome e má nutrição
- 6 - educação inadequada
- 7 - vivência inadequada
- 8 - transporte inadequado
- 9 - crescimento desordenado em áreas urbanas e suburbanas
- 10 - deterioração da parte central das cidades
- 11 - poluição do ambiente
- 12 - controle inadequado da criminalidade
- 13 - controle inadequado da execução das leis
- 14 - práticas inadequadas para correção pe

nal

- 15 - estragos na natureza
- 16 - facilidades para recreação inadequadas
- 17 - discriminação para com as pessoas com idade avançada
- 18 - desperdício de recursos naturais
- 19 - crescimento excessivo e descontrolado da população
- 20 - distribuição desequilibrada da população
- 21 - sistema de comércio mundial obsoleto
- 22 - subemprego
- 23 - descontentamento social progressivamente crescente
- 24 - polarização do poder militar
- 25 - participação inadequada nas decisões públicas
- 26 - compreensão inadequada dos problemas críticos contínuos
- 27 - concepção inadequada da ordem mundial
- 28 - autoridade insuficiente das agências internacionais

Deste modo fica nítida a relação entre educação, alimentação, emprego, salário, habitação e saúde, que pode ser resumido conforme o esquema abaixo:



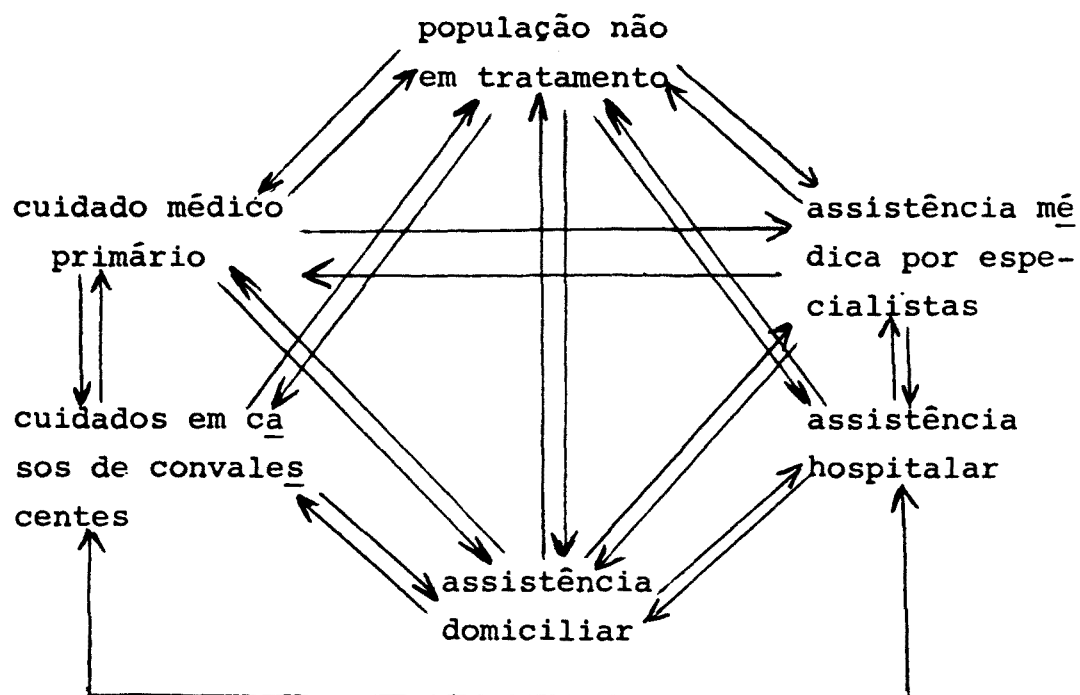
Neste aspecto é importante a existência dos serviços de saúde, que foram definidos como "aqueles que tratam do exercício legitimado da medicina, da odontologia e outras atividades cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde da população". Na definição fica excluída a medicina popular, a indústria farmacêutica e os serviços de saneamento; a exclusão explica-se porque a medicina popular não disputa o orçamento público, o grau de dependência da indústria farmacêutica em relação aos serviços de saúde é elevado, e os serviços de saneamento estão excluídos da unidade histórica e social dos serviços de saúde (23).

Assim, não se pode pensar em saúde desvinculada do contexto sócio-econômico (24).

O sistema de prestação de serviços depende basicamente da integração e perfeita coordenação interinstitucional. Assim, torna-se mais fácil a busca da racionalização dentro de cada subsistema através de especialização com conseqüente diferenciação dos níveis de prestação de serviços na busca de maior eficiência de seus instrumentos.

A assistência médica deverá ser oferecida com apoio logístico, em locais adequados, enfatizando-se a assistência domiciliar, o ambulatório ou consultório, o hospital geral, de convalescentes, casa-de-reposo que representam locais de prestação de serviços de custos diferentes.

Navarro (24) aplicando a chamada "cadeia de Markow" mostra as variantes que são inferidas na passagem de pacientes de uma unidade para outra (vide página seguinte).

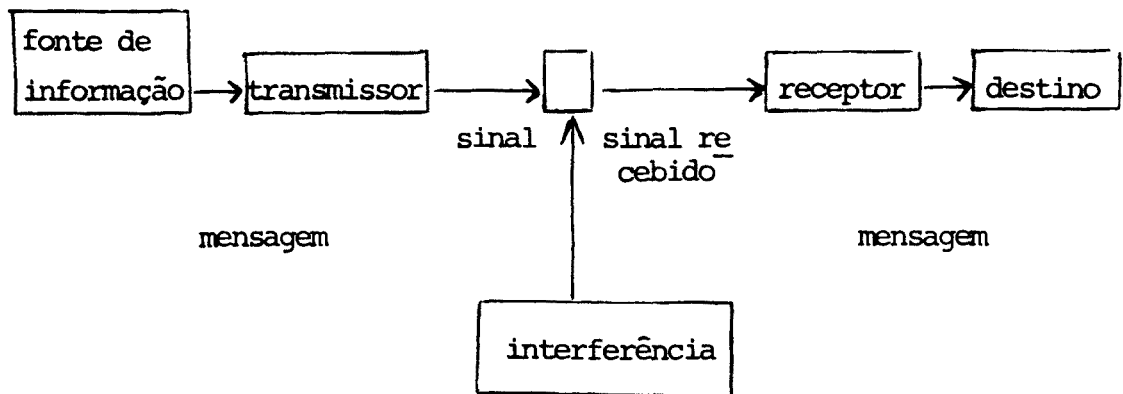


Fica evidenciado que, o fato de não serem aleatórias estas passagens, existe a margem da possibilidade de organização dos serviços de tal forma que haja racionalização dos custos de acordo com as características básicas existentes em cada sistema.

Interrelacionamento na área médica

Várias são as facetas do relacionamento na área médica: o relacionamento inter-pessoal, seja na área técnica propriamente dita (membros de uma mesma equipe de saúde nos variados graus de hierarquia) ou mesmo do profissional com seu paciente, são fatores que se enquadram num nível de eventual geração de problemas que vão da capacidade de interpretação da mensagem passada pelo profissional até a educação básica sanitária em que este indivíduo eventualmente desfrute.

O esquema de Shannon (22) (vide página seguinte) explicita de forma didática essa rede de inter-relações:



As relações intra-institucionais são ba se importante na procura do bem-estar do indivíduo. A visão do diretor do hospital, bem como do responsável pelo posto de saúde, do serviço de saúde escolar, de uma unidade sanitária, enfim todos tem como meta comum transformar o doente em indivíduo são.

A saúde e os movimentos sociais

Nas últimas 3 décadas houve uma verda - deira tomada de consciência, que se iniciou com o qua se completado hoje colonialismo ocidental, fazendo com que muitos países jovens, embuídos por fortes sentimentos de nacionalismo, próprio de nações emergentes. Pa ralelo a estes fatos, começaram a surgir movimentos ca da vez maiores de resistência a regimes ditatoriais , opressões e desejos de liberdade, culminando com movi - mentos em prôl de igualdade de direitos contra discrimi nação de qualquer espécie.

Não há dúvida de que a forma de discri - minação mais sutil, e aquela que deixa marcas mais

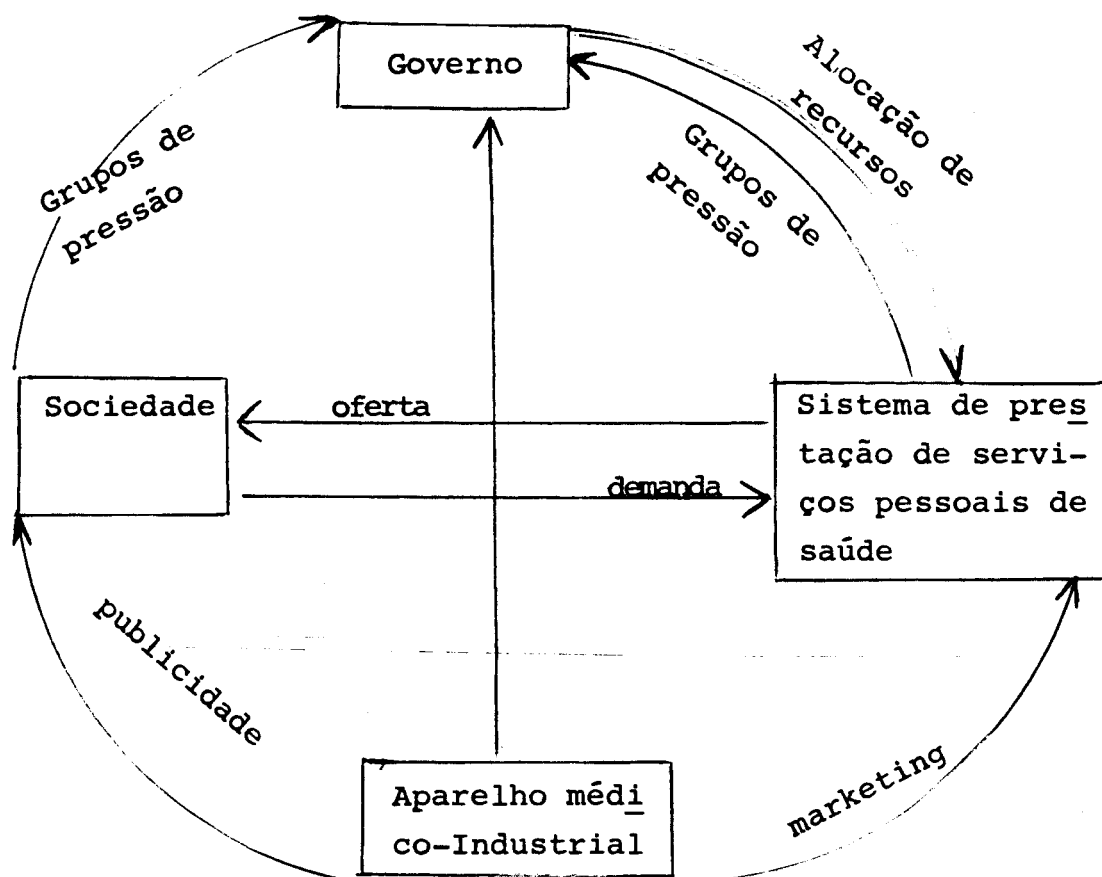
profundas, é a discriminação econômica, onde não há ' igualdade de oportunidade para todos. O movimento de melhoria da qualidade de vida, levantando questões ' contra as exacerbações da sociedade industrial, o con_ sumo desenfreado, a queda da qualidade de vida devido a problemas ambientais, como causa deste desequilí - brio (24).

Assim rapidamente torna-se nítida uma bipolarização em que de um lado está o chamado 1º mun_ do e do outro os chamados países de baixa renda, onde a patologia da pobreza é definida pelo binômio sub-nu_ trição e infecção (4).

Neste sentido, na década de 70 marcou uma preocupação muito grande na área de saúde, com os cuidados primários da saúde. À reboque da existên_ cia de uma preocupação grande do setor saúde com jus_ tiça social e igualdade, surgiu a Declaração de Alma- Ata (1978), uma resposta social aos grandes problemas de patologia da pobreza nos países de baixa e média ' renda.

O sistema em crise

Como já foi aqui referido existe uma crise latente e duradoura no sistema de saúde do país, à reboque da crise sócio econômica. Chaves (24) de forma bastante didática esquematizou no quadro que se segue os principais protagonistas e suas Relações inter-sistemas:



Fica bem nítido no esquema em questão situações como:

- o executivo da área médica também como cliente do sistema
- a medicalização da sociedade moderna
- a assistência médica como bem de consumo
- o estado como tutor (teórico) da saúde do cidadão
- o indivíduo como cliente do sistema

O médico na comunidade

O homem organiza sua luta contra a doen

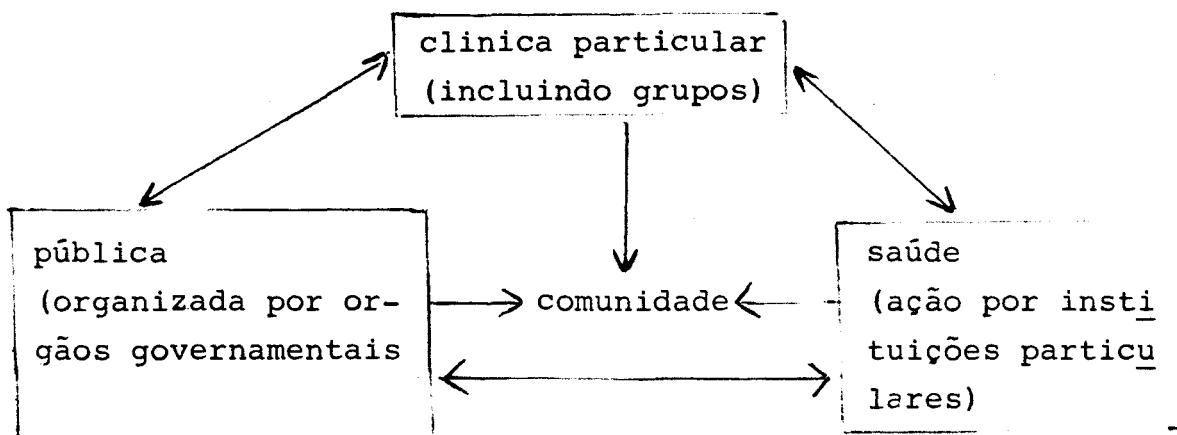
ça de diferentes formas, em diferentes lugares. É nos limites da comunidade que se processa a história natural das patologias e que o homem desenvolve esforços para atuar sobre elas, em todos os níveis de prevenção (12).

A comunidade, não importa o quão primitiva seja, não é amorfa, caracterizando-se, ao contrário, por uma estrutura e uma organização de complexidade variada.

Assim, os serviços de saúde da comunidade moderna são providos por profissionais privados e organizações de saúde, tanto particulares quanto governamentais. O ideal, é conhece-los e a seus padrões para que se possa utilizá-los de forma eficaz no sentido de que se completem de acordo com as necessidades de saúde da comunidade.

Para isto é fundamental de que todas as atividades na área da saúde correspondam efetivamente ao interesse público (12).

Este mecanismo de inter-relações fica melhor explicado, segundo o esquema abaixo, sugerido pela Harvard School of Public Health em 1953 (12).



Basicamente, a administração de serviços de saúde, deve ser baseada no fornecimento direto

destes serviços a indivíduos, famílias e outros grupos. Nestes se incluem, classicamente (00)

1. Controle de doença transmissível, incluindo tuberculose, doença venérea, malária, ancilostomíase, etc., onde necessário.
2. Saúde materna e infantil, incluindo supervisão de saúde na criança de idade escolar, atenção para vários tipos de incapacidade infantil e para tratamento dentário.
3. Contrôle da doença crônica, onde a ação comunitária organizada é benéfica
4. Atenção médica oficial, a grupos de população para os quais a responsabilidade comunitária é aceita.
5. Saúde mental
6. Manutenção de aconselhamento de saúde para adultos
7. Meios auxiliares de diagnóstico para médicos.

Sendo assim, no caso específico do Bairro de Terra Preta, área em que o inquérito populacional foi realizado, dos dados colhidos na área de saúde (mais especificamente nos setores de assistência a saúde e atenção à gestante) infere-se o seguinte:

- Embora se saiba que mães e filhos devam merecer consideração especial na área da medicina preventiva, por ser grupo exposto a maior risco, não se percebeu esta ênfase.
- Embora se saiba também que o fator nutricional é preponderante para a sobrevivência materno-infantil, e que este fator não está, devido às condições sócio-econômica do país, ao alcance do domínio dos responsáveis pela área da saúde, por outro lado,

é fato que cada profissional pode entregar-se diretamente a alguns cuidados preventivos que seus pacientes necessitam, se for o caso, requisitando recursos junto as autoridades e a comunidade para sua execução. Se este último papel é ou não parte do quadro, a responsabilidade individual do médico em relação a comunidade requer que ele esteja certo de que tais recursos existem ou não, são disponíveis ou não e finalmente adequados ou não.

- Fica nítido em Terra Preta, o conceito de que a indústria da saúde é uma indústria de uso intensivo de mão-de-obra. Existe o envolvimento pessoal da prestação de serviço com ênfase para a empresa de medicina de grupo local que presta serviço à indústria e ao comércio local. Isto atende aos interesses pecuniários dos empresários da saúde ou estreita consonância com os padrões da área referida já que estes têm um retorno imediato de seu funcionário ao local de trabalho, eliminando o absenteísmo e aumentando seu lucro.

A medicina, nestes moldes perde o caráter preventivo, exacerba a medicalização, cria a possibilidade de entidades nosológicas paralelas, pois a qualidade do atendimento médico visa atender primeiramente à relação entre os diversos empresários da área que alocam a prestação de serviços dos empresários prestadores de serviço na área da saúde.

- Com sua saúde, sendo jogo de interesses, o indivíduo pouco pode esperar de sua me

lhora do que depender da área de prestação de serviço na área específica, que obrigatoriamente deveria englobar prevenção com medicina do trabalho e as relações com sua segurança.

- Chama a atenção finalmente a íntima relação exercida pelos profissionais de saúde atuantes na área, nos mais variados setores (municipal, estadual e federal através do INAMPS) em que o mesmo profissional atua em todos os seguimentos simultaneamente. Teóricamente, seria correto, mas ficou a impressão do que foi visto, que o interesse maior é o lucro, não existindo a priori, interesse específico em programas que melhorem a saúde da população - já que ela é objeto de lucro - e assim medidas do tipo SUDS que propõe a descentralização, não seriam bem vindas.
- O fato de que profissionais de saúde atuarem de forma dúbia: exercendo a prática cotidiana do atendimento clínico em instituições, sendo eles mesmo empresários na sua medicina de grupo, e ainda atuando na política partidária, cerceia a comunidade de seus mecanismos de controle sobre quem, teóricamente deveria zelar pela sua saúde. Torna-se comprometedor não só sob o ponto de vista administrativo, mas também mereceria uma análise inclusive sob o ponto de vista da ética médica, fim a que estes escritos não se propõe.

6.8.2. Sugestões

As sugestões tem por objetivo melhorar as condições de vida e saúde da população do Bairro de Terra Preta, sem promover modificações na estrutura do Bairro.

Assim, baseados em informações colhidas numa pequena amostra da referida população e também nas observações realizadas por cada um dos membros da nossa equipe, sugerimos:

- Fomentar a formação de Grupos de moradores para discussão dos principais problemas da área e programação de ações que visem solucioná-los, facilitando e integrando os setores administrativos locais e a comunidade.
- Criar um sistema de transporte eficiente que possibilite à população deslocar-se de dentro do Bairro Terra Preta para a cidade de Mairiporã, sem ter que se arriscar na Rodovia Fernão Dias ; bem como facilitar o deslocamento da população do Bairro para os demais centros urbanos circunvizinhos, através da criação, por exemplo, de um mini-posto rodoviário, já que trata-se de uma comunidade que está localizada distante da rodoviária que serve a população urbana de Mairiporã.
- Construir uma passarela, que facilite a travessia dos pedestres pela Rodovia Fernão Dias, evitando-se assim, acidentes automobilísticos envolvendo os pedestres.
- Construir alguma área de lazer pública,

quer seja um gramado para esportes, um parque infantil, ou até mesmo as antigas ruas interditadas para lazer coletivo chamadas "ruas de lazer", mesmo que somente aos fins de semana para maior intertenimento da população.

- Requerer a intervenção do governo estadual, caso apenas o municipal não seja suficiente, para a adequação das condições de saneamento e ambientais do Bairro, bem como para uma fiscalização mais efetiva das indústrias, no que diz respeito à poluição ambiental. Dentro a adequação dessas condições, citaríamos a construção de rede de esgotos, canalização do córrego e tratamento do esgoto sanitário e industrial do Bairro, fiscalização por parte da Prefeitura local e demais órgãos competentes do funcionamento das indústrias sediadas em Terra Preta.
- Rever os equipamentos de Saúde do Bairro que são inadequados, pois, a clínica particular localiza-se de forma central na região mais populosa e a UBS na periferia, com acesso extremamente difícil para a maioria dos moradores de Terra Preta. Além disso, o fato de não ter havido ainda a municipalização integral dos serviços de saúde, faz com que a UBS de Terra Preta funcione apenas com um médico pediatra por um curto período, dificultando assim, o seu atendimento adequado à população.
- Adequar a UBS com contratação de pro -

fissionais para garantir o funcionamento no período das 8 às 20 horas, do atendimento programático e funcionamento do Pronto Atendimento nas 24 horas, bem como sua integração com o PAM - INAMPS e o Hospital de Mairiporã, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência, já que durante o inquérito aplicado, ouvimos diversos depoimentos de moradores referindo-se a necessidade de deslocar-se para outras cidades para internações, cirúrgias e etc...; fato este agravado, ainda, pela dificuldade de transportes existentes no bairro.

- Incluir ou ao menos prever a inclusão de um programa de instrução sanitária e de educação em saúde para a população do bairro, quer seja através da UBS, quer seja através de escolas, associações ou outras entidades, ressaltando a necessidade de prescrição médica para os medicamentos, bem como do conhecimento da interação do medicamento com o organismo do paciente, seus efeitos colaterais, doses mínimas possíveis, validade em contrapartida com a auto-medicação ou administração aliatória dos remédios caseiros. Visto que a comunidade possui apenas um Posto de Medicamentos que conta apenas com a assessoria de pessoal de nível técnico.
- Necessidade de convencer as autoridades competentes da importância da educação sanitária, necessidade observada na execução dos programas de saúde, e, fomentar a educação em massa

através dos meios de informação pública ou da educação seleta de grupos específico, já que se sabe ser insuficiente a educação sanitária da comunidade.

- Incentivar e intensificar os programas de assistência odontológica e à gestante, sendo que o primeiro ainda é bastante precário devido ao número de profissional insuficiente para seu cumprimento à nível de escolares e também à nível de UBS onde ainda não está em funcionamento. Já o atendimento à gestante deve ser incrementado e ressaltada a importância do programa de Pré-Natal, anticoncepção e educação de higiene íntima para a mulher.
- Planejar um programa próprio e adequado voltado para a Saúde do Trabalhador incluindo os problemas referentes à Saúde Ocupacional, pois, o bairro tem características predominantes de população operária das grandes indústrias aí instaladas.
- Estender a Divisão de Controle de Zoonoses, ao bairro através de um posto com atuação em caráter permanente de registro e vacinação canina e realização de campanhas anuais; controlar os roedores nas favelas, córregos, escolas, creches e todas as instalações da área da saúde e atendimentos particulares; controlar vetores nos locais supra citados e vigiar permanentemente vetores, tais como Aedes aegypti, em trabalho conjunto com a SUCEN; programar orientações para o controle de zoonoses junto à Delegacia

de Ensino visando atingir todos os alunos de 1º e 2º grau.

- Em relação a todos os programas de Saúde proposto, gostaríamos de frisar que apesar de ainda não existir coordenação e programação integradas dos recursos, geralmente ocorre que os métodos de programação se baseiam na população susceptível, sem ter em conta os recursos disponíveis, sendo necessário preparar e realizar a programação de maneira que os parâmetros e normas dos programas sejam compatíveis em todos os níveis e estabelecer uma coordenação à níveis superiores para se desenvolver uma metodologia integrada, incluída a vacinação. Estabelecer também, uma ordem de prioridade que oriente a política sanitária. E ainda, fazer com que nos programas se conceda a máxima prioridade dos grupos mais expostos, o que proporcionará uma maior cobertura da população. Complementar a programação com sistemas de supervisão e avaliação para o uso ótimo dos recursos existentes.
- Estender a Divisão de Controle de Alimentos também no mesmo esquema para Zoonoses, onde caberia através de estudos de verificação das condições sanitárias que envolvem o alimento, desde a sua produção até a fabricação de subprodutos e distribuição em casas de varejo e de consumo. Novamente, este Bairro é motivo de estudo uma vez que é notória a criação de animais em "fundo de quintal" e são estes que podem se tornar foco de surtos de doenças para

o homem, causando graves prejuízos ao mesmo.

Este atendimento seria feito sob o controle da Vigilância Sanitária, ou sob responsabilidade do Município e os outros casos estariam enquadrados na ' área do Ministério da Agricultura, como é o caso da Granja Osato.

- Estender a Divisão de Saúde Ocupacio - nal em manipuladores de alimentos, pa ra o Bairro, cabendo ao serviço contro lar e orientar manipuladores de alimen tos no sentido de promover maior educa ção sanitária para o exercício desta atividade.

6.9. Entrevista com as autoridades

Síntese da Entrevista realizada com o Exmo Sr Prefeito da cidade de Mairiporã e demais assessores.

Sem outras finalidades senão a de conhecer a filosofia de governo do entrão Prefeito, realizou-se no dia 26 de outubro de 1988 às 15:00 horas, no gabinete ' da referida Prefeitura, uma ligeira reunião da qual participaram, além dos membros da equipe do TMC:

- Prefeito: Antonio Jair de Oliveira Nascimento
- Vice-Prefeito: Armando Pavanelli
- Assessora Administrativa: Maria Angélica Pereira
- Diretor Financeiro: Walter Marcos Gestermayer

Durante a entrevista ficou-se sabendo que a atual gestão:

- a. preocupou-se em tentar regularizar legalmente a situação das indústrias instaladas no município, ' uma vez que os terrenos lhes foram "doados" de forma duvidosa, provocando inúmeros problemas legais tanto para a Prefeitura como para as indústrias;
- b. foi um trabalho desgastante e constrangedor a regularização de um bom atendimento a ser praticado pelo Hospital Nossa Senhora do Bom Desterro, pois, a atual Secretaria da Saúde esteve alerta para alguns fatos que vinham ocorrendo, sendo necessária a intervenção da Prefeitura local;
- c. são até agora problemas a serem solucionados a destinação do lixo da cidade, que é feito em terreno de "chacareiros" em locais próximos de mananciais; a questão da municipalização no setor da saúde, ' pois apesar de já instituída, ainda falta o enganjamento total do sistema; a melhoria das condições de transportes e outras mais para o Bairro de Terra Preta, uma vez que trata-se de um dos bairros ' mais antigos da cidade, e também o que mais desenvolvimento tem tido por ser adjacente ao parque inin

dustrial;

- d. existem ainda algumas metas a serem cumpridas antes do término do mandato, porém, com as mudanças políticas pelas quais vão passando o sistema, têm seu andamento prejudicado.

Após a exposição de alguns problemas de ordem geral e das tentativas de solucioná-los, os entrevistados revelaram-se satisfeitos com a atuação que vêm realizando, ressentindo-se apenas que o fator político tem uma presença tão forte ante a administração do município, mas aceitando que dentro das possibilidades todos os esforços foram realizados.

6.10 - INQUÉRITO PRELIMINAR EMPRESARIAL E INDUSTRIAL:

A modalidade de comissão, composta de representantes dos empregados e do empregador, com o objetivo de velar pela prevenção dos acidentes de trabalho, teve origem na OIT - Organização Internacional do Trabalho, fundada em Genebra, Suíça, em 1919. Em 1921, a OIT organizou um comitê para estudos de assuntos de segurança e de higiene do trabalho e, em 1923, fixou o número de 25 ou mais empregados para que as empresas organizassem o seu comitê.

Em 10 de Novembro de 1944, Getúlio Vargas, Presidente do Brasil, promulgou o Decreto-lei nº 7036, que passou a ser conhecido como Nova Lei de Prevenção de Acidentes, fixando o número de 100 ou mais empregados para que as empresas constituíssem o seu comitê de segurança.

Em 27 de novembro de 1953, através da Portaria 155, foi oficializada a sigla CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Em 26 de fevereiro de 1967, o Decreto-lei nº 229 modificou profundamente o texto do capítulo V, título II, da CLT, que dispunha sobre assuntos de segurança e de higiene do trabalho. Nessa modificação, o artigo 164 da CLT passou a tratar do assunto CIPA e assim se expressava:

"Art. 164 - As empresas que, a critério da autoridade competente em matéria de segurança e higiene do trabalho, estiverem enquadradas em condições estabelecidas nas normas expedidas pelo Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho, deverão manter, obrigatoriamente, serviço especializado em segurança e em higiene do trabalho e constituir Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs).

§ 1º O Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho definirá as características do pessoal especializado em segurança e higiene do trabalho, quanto às atribuições, à qualifi-

cação e a proporção relacionada ao número de empregados das empresas compreendidas no presente artigo.

§ 2º As Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) serão compostas de representantes de empregadores e empregados e funcionarão segundo normas fixadas pelo Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho".

Em 29 de novembro de 1968, a Portaria 3456, reduziu o número de 100 para 50 empregados para que as empresas organizassem sua CIPA.

As CIPAs estão atualmente regulamentadas pela Portaria número 3214-NR-5 de 08 de junho de 1978 (criada pela Lei nº 6514 de 22 de dezembro de 1977), vigorando a partir de 06.07.78, obrigando, definitivamente, as empresas que tenham 50 ou mais empregados a organizar uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, cuja finalidade é cuidar dos assuntos relacionados à segurança e higiene do trabalho.

A CIPA é formada por representante do empregador e empregados, em número iguais (havendo tantos suplentes quantos forem os representantes de cada parte).

Não devemos confundir CIPA com Engenharia de Segurança ou Supervisão de Segurança e Higiene do Trabalho. São completamente distintos embora com os mesmos objetivos. A CIPA é uma comissão fiscalizadora e seus membros têm acesso à todos os órgãos da empresa para verificarem se as condições de segurança e higiene do trabalho são inteiramente satisfatórias, da mesma maneira que procura orientar os empregados quanto ao uso correto dos materiais de proteção contra acidentes, anotando os atos inseguros e as condições inseguras encontradas.

Pensando em tudo isso e estando diante de uma comunidade de características peri-indústrias, resolveu-se fazer um levantamento quanto à exposição à agentes químicos, ruído, sons e procurar relacionar esses problemas com o de acidentes de trabalho.

O questionário aplicado para cada uma das 15 indústrias está no Anexo III e sua aplicação foi realizada após o envio de

uma carta explicativa (conforme anexo IV) para a diretoria das empresas.

O quadro 1 mostra quais as indústrias entrevistadas e seu principal produto de fabricação, enquanto o quadro 2 fornece o número de funcionários trabalhando nessas indústrias.

QUADRO 2 - Número de trabalhadores presentes nas indústrias sediadas no Bairro de Terra Preta - Município de Mairiporã, setembro de 1988.

Nº DE TRABALHADORES			Nº DE INDÚSTRIAS
1	└	20	5
20	└	40	2
40	└	80	2
80	└	120	2
120	└	200	2
200	└	400	2

De modo geral, apurou-se que sobre as indústrias entrevistadas:

- 80% tem apenas 1 (um) turno de serviços diurno, com carga horária semanal de 40 horas.
- 73% oferecem repouso semanal aos seus funcionários aos sábados e domingos.
- 93% não possuem hospital dentre as suas instalações.
- somente 40% possuem convênio de assistência médica e entre essas firmas 67% delas são apenas conveniadas com a AMECO, que é do bairro de Terra Preta (vide item 6.6) e todas oferecem assistência dentária.
- nenhuma delas possui uma ambulância ou qualquer outra forma de remoção em urgência especificamente a grande maioria, afirma não ser item de grande relevância uma

QUADRO 1 - RELAÇÃO DAS INDÚSTRIAS E SEUS PRODUTOS E/OU FABRICAÇÃO, INSTALADAS NO BAIRRO DE TERRA PRETA, PARTICIPANTES DE INQUÉRITO INDUSTRIAL-MAIRIPORÃ, SETEMBRO 1988

INDÚSTRIA	PRODUTO
CINTERPLÁS MONOFILAMENTOS PLÁSTICOS LTDA.	Mono Filamentos de todos os tipos
CIPEMA SUPRIMENTOS PARA INFORMÁTICA	Fitas para computadores
COBRASCAL IND.DE CAL LTDA.	Produção de cal virgem e hidratação
CONFORJA S/A.CONEXÕES DE AÇO	Mat. Calderaria pesada
DIAS IND. E COM. LTDA.	Art.Metals p/Pintura em geral
GRANJA OSATO LTDA.	Abatedouro de aves.
IND.CARIMBOS MEDEIROS LTDA.	Borracha p/impressão flexográfica
IND.MÁQUINA PROFAMA LTDA.	Projeto e fabric.de máquinas
IND.RCBG DE PRÉ-ALIMENTADORES LTDA.	Pré alimentadores equipamentos
JOSAMAJO ARTEFATOS DE CIMENTO LTDA.	Blocos e artefatos de cimento
METALÚRGICA BRISA	Artefatos ferro em geral
MULTIX	Recusou informações
POLIPLAST	Artigos e derivados plásticos
PV-FLEX IND.COM.DE JUNTAS LTDA.	Juntas de moto e Auto
SCHIWING SIWA-EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA.	Com.Imp.Exp.Inst.Equip.Ind.

FONTE: Inquérito industrial realizado pela equipe do TCM

vez que nas urgências são mesmo utilizados os carros comuns da empresa.

- 80% possui material de 1º socorros, sendo na verdade Kits caseiros ou comerciais comuns, e em 47% existe ao menos 1 funcionário treinado para prestar auxílio de 1º socorros, sendo que raramente esse funcionário tem nível universitário ou técnico profissionalizante.
- 60% tem supervisor ou engenheiro de segurança, sendo que apenas 40% delas estão ligadas às CIPAs.
- com relação aos exames médicos somente aquelas que não possuem convênio é que se utilizam da UBS-Mairiporã, sendo que em todas elas o exame é anual e apenas em 60% delas o médico do trabalho está presente.
- o absenteísmo quase não ocorre (2% referido), pois, a grande maioria dos trabalhadores residem próximos dos locais de serviço (no próprio bairro); porém, quando presente são causados pelas mulheres com problemas familiares.
- houve relato de apenas 3 acidentes de trabalho, sendo 2 acidentes por ferimentos e um por fraturas, porém nenhum deles com graves consequências.

Pelo fato de serem todas indústrias relativamente recentes, muitas com menos de 10 anos de atuação e portanto edificadas sobre fiscalização mais rigorosa, os prédios encontravam-se em bom estado e dotados de facilidades sanitárias. Exceção feita à construção de creches, uma vez que a maioria dessas indústrias são de pequeno porte.

Os riscos ambientais que mais foram observados foram: ruído e calor excessivo, névoas e fumaças, todos nas áreas de serviços operacionais onde estão expostos em média 10-13 homens.

Embora inqueridos sobre esse problema em todas as firmas onde foi encontrado (06) observou-se a existência de EPI (equipamentos de proteção individual) em condições regulares⁶ adequadas de uso, mas recusada pelo trabalhador.

Dentre as firmas visitadas chamou a atenção aquelas que trabalham com o cimento, que foram as que apresentaram maior exposição dos trabalhadores à partículas do material em forma de poeira, névoa e ou fumaça, sendo portanto, o assunto escolhido para ser desenvolvido nesse capítulo, pois associada ao cimento, a fibra natural do amianto gera um produto de baixo preço e de características muito boas para sua aplicação em canalizações, telhas, caixas de água, etc.. Nos países subdesenvolvidos, obras de urbanização e construção civil viram, nas últimas décadas, materiais como ferro fundido, concreto e outros serem substituídos pelas vantagens, sobretudo econômicas, do cimento-amianto.

A União Soviética é a maior produtora mundial de amianto. O Brasil também ocupa lugar de destaque, produzindo 250 mil toneladas da fibra por ano, das quais 24 mil toneladas são exportadas para vários países, entre os quais está a Índia.

Do consumo interno de amianto em nosso país, 80% são utilizados na indústria de fibrocimento com destino à construção civil, 14% são destinados à indústria de materiais de fricção, como lonas para freios de automóveis, e 6% tem usos diversos.

Nos últimos anos têm surgido principalmente em alguns países do hemisfério norte, temores sobre efeitos nocivos das fibras soltas do amianto aos pulmões de trabalhadores que operam com este material.

Nos países adiantados, principalmente nos Estados Unidos na construção de grandes edifícios, que datam do início do século, é quase que exclusiva a utilização das estruturas de aço, ao passo que no Brasil a estrutura de concreto armado é a escolhida por ser muito mais barata.

A legislação americana de prevenção de incêndios recomenda que as estruturas metálicas seja protegidas por mantas de material isolante para que em elevadas temperaturas o aço não derreta, provocando o desabamento de todo o edifício. E o material isolante aplicado tem sido o amianto, o que não se verifica em nosso país.

Assim , nos Estados Unidos, muitos anos após a colocação dessas mantas de amianto, se não houver uma conservação adequada pode ocorrer uma desagregação das mesmas, libertando poeira do material na atmosfera dos aposentos.

Mas o caso realmente se agrava nas frequentes demolições de antigos edificios altos, que estão dando lugar aos gigantes cos arranha-céus da atualidade. Aí é que os demolidores têm sentido contra si a reação vigorosa dos sindicatos de trabalhadores da construção, quando não tomam todas as medidas cautelares que a tecnologia já desenvolveu para evitar a densa poeira do amianto. E dos sindicatos de trabalhadores para o palco da imprensa é apenas um curto pulo.

O alarme então veiculado sobre os riscos para a saúde humana acaba se traduzindo nos nossos jornais em fragmentos de notícias que não levam o leitor brasileiro a descobrir que nas nossas demolições não existe a presença do amianto.

A asbestose, lesão pulmonar produzida pela aspiração constante da poeira do amianto, passou a ser prevenida por sistemas comuns de aspiração das fibras soltas nas atmosferas de trabalho.

Mais de cem países que anualmente se reúnem na Organização Internacional do Trabalho (OIT) em Genebra aprovaram, em 1986, a convenção 162, que estabeleceu normas de segurança para trabalhar com amianto.

No mês passado o Brasil foi representado em Genebra e também na OIT, numa conferência com representantes dos principais países produtores e consumidores desta fibra, tais como União Soviética, Canadá, Japão, Malásia, França, Zimbabue e Colômbia.

Nesta reunião foi aprovada a proposta para que o Brasil, Canadá, França e Malásia, passem a trabalhar para constituir uma entidade internacional destinada a implementar as recomendações de uso seguro do amianto para efetivamente cuidar da saúde dos trabalhadores que operam este material.

Aos operários da construção civil e seus responsáveis recomenda-se, entre outras medidas, o uso de máscara sempre que estiverem serrando telhas ou canos de cimento-amianto para evitar que respirem a poeira que daí resulta. Observadas as medidas de segurança aprovadas pela Convenção da OIT, que devem ser divulgadas entre os sindicatos de trabalhadores, o amianto, importante para a economia brasileira, pode ser usado sem maiores riscos.

O intuito desse capítulo não é o de analisar tecnicamente as indústrias, mas sim mostrar as autoridades competentes, a importância que isso ocupa no cenário de Terra Preta, que é praticamente um bairro de operários para essas indústrias, as quais também por sua vez devem entender o quão importante é para a sociedade o desenvolvimento de Programas de Saúde Ocupacional e da saúde do trabalhador.

A eliminação ou o controle dos riscos que podem ocasionar enfermidades profissionais é, em geral, atribuição da Higiene do Trabalho, e estas medidas são consideradas como de proteção específica. Assim também são consideradas aquelas ações, destinadas a eliminar ou controlar os riscos de acidentes do trabalho, usualmente executadas pela Segurança do Trabalho.

Através da indicação das patologias profissionais ou das doenças relacionadas com o trabalho e da análise dos aspectos médicos dos acidentes de trabalho pode existir a contribuição dada pela área médica.

Nos casos de acidentes do trabalho, por exemplo, o dano é fácil e imediatamente percebido. Já no caso das doenças profissionais ou das doenças relacionadas com o trabalho, os efeitos do agente agressivo, em geral, vão-se fazer sentir lenta e gradativamente.

A integração da Saúde Ocupacional na rede de Saúde do Sistema de Saúde é uma estratégia que visa assegurar a atenção médica principalmente aos trabalhadores de áreas que hoje são pouco ou não são servidas em termos de cuidados da área médica da Saúde Ocupacional. Entre estas áreas estão a pequena e a mé

dia empresa, a zona rural, o setor não estruturado ou informal e outros.

Nas grandes empresas, em geral a alta direção está consciente de que, uma vez tendo optado por um tipo de produto ou método de trabalho que envolver riscos, também deve arcar com todo o ônus do controle destes riscos. Mas nas pequenas e médias empresas é muito importante para toda a equipe de saúde ocupacional envolver-se na conscientização das direções destas empresas, seja por meios educativos, seja por coerção legal.

Sob este rótulo de integração, também é oportuno incluir os cuidados primários de saúde tais como: assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os trabalhadores mediante sua participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto responsabilidade e auto-determinação. Proporcionando condições para o atendimento médico da população trabalhadora, esta área de Saúde Ocupacional estará participando ativamente da melhoria do nível de saúde dos trabalhadores.

A área médica da Saúde Ocupacional tem como papel ocupar-se de cada indivíduo, mas também do conjunto de indivíduos que compõem o grupo de trabalhadores, fomentando o desenvolvimento da saúde de cada pessoa até o máximo de seu potencial.

Cabe dizer que a área médica de Saúde Ocupacional pode ter assegurada uma cooperação integral da população trabalhadora nos seus programas, tornando-os muito mais facilmente operacionais e com maiores chances de produzirem os resultados esperados desde que entenda também que os trabalhadores têm o direito e o dever de participar individualmente e coletivamente dos programas de atenção à sua saúde.

6.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAM PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: The local Health Department: Services and Responsibilities - Ann.J. Publ. Health, 41: 302-311, 1951
2. ADMINISTRATIVA MEDICINE - Transactions of first Conference (9-11/3/1953), Nova York, Josiah Macy Jr. Foundation, Nova York, 31, 1953.
3. BERQUÓ, E.S. et al. Bioestatística- 1ª ed. rev. São Paulo, EPU, 1981
4. CHAVES, M.M. Snúde: Uma estratégia de Mudança. Ed. Guanabara Dois, Rio de Janeiro, 1982. p.16
5. CHAVES, M.M. Saúde e Sistemas - 3ª ed. Rio de Janeiro Fundação Getúlio Vargas, 1980 p. XX
6. CORREA, W.V. e CORREA, C.N.M. Enfermidades Infecciosas dos Mamíferos Domésticos, São Paulo, 1978
7. ENCONTRO NACIONAL DE CONTROLE DE DOENÇAS. Doenças Evitáveis por Imunização. Brasília, 1983
8. FORATINI, O.P. Epidemiologia Geral. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1976.
9. GORDON, J.E.; LEAVELL, H.R. e INGALLS, T.H. Salving a Community Health Problem, Postgrad Med., 13:318-322, 1953
10. LACONDE, M. Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens - Un document de travail, Ottawa, Governo do Canadá, 1974
11. LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. 29 ed. rev. São Paulo. EPV, 1987
12. LEAVELL, H.R.; GURNEY, E.C. Medicina Preventiva. Ed. McGraw Hill do Brasil. 1978, p. 531-33
13. MALIK, A.M. Saúde e Desenvolvimento. In: Administrações de

- Saúde no Brasil, Pioneira Ed. 1982, p. 1-22
14. NAVARRO, V. A systems approach to health planning. Health Services Research, 4 (2): 99, 1969
 15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. El aporte de la veterinaria a la salud publica. Informe Técnico nº 573. Geneva, 1976
 16. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Immunizaciones: información para la acción. Washington, 1984
 17. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa a mediano plazo para la salud de los trabajadores para el periodo 1985-1989. Washington, 1985
 18. OZBEKHAN, H. Toward General theory of planning. In: Jantsch Encl. Ed. Perspectives of planning. Paris, OECD, p. 84-5 1969
 19. PHILIPPI, A.J. et al. Saneamento do Meio. São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, 1985.
 20. ———, Recomendación nº 171 sobre los servicios de la salud en el trabajo. 1985
 21. SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE - Controle da Tuberculose: Uma proposta de Integração Ensino e Serviço. Rio de Janeiro, 1987.
 22. SHANNON, C.F.; WEANER, W. The mathematical theory of communication urban. University of Illinois Press, p.98, 1949
 23. SINGER, P.; CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E.M. Prevenir e Curar: O controle social através dos serviços de saúde.
 24. WORLD DEVELOPMENT REPORT, The world Bank, Washington D.C. agosto 1980 p.17-18.

I - DADOS GERAIS

1. (quadro)

II - ASSOCIATIVIDADES

2. As pessoas deste bairro costumam se reunir?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

3. Para que se reúnem as pessoas que moram neste bairro?

4. Quantas pessoas da sua casa participam dessas reuniões?

5. Qual é o seu tipo de distração preferida?

6. Qual é o seu principal divertimento aqui no bairro?

III - SANEAMENTO E CONDIÇÕES AMBIENTAIS

7. De onde vem a água utilizada na sua casa?

De rede pública? ()

Do poço? ()

- Da rede pública e do poço ()
 Do carro tanque ()
 Do rio, riacho ()
 Não sabe ()
 Outros: _____ ()

8. A privada de sua casa fica na parte de dentro
 ou de fora?

9. Onde a família toma banho?

- banheiro individual (familiar) ()
 banheiro coletivo ()
 rio, riacho ()
 não sabe ()
 outros: _____ ()

10. Para onde vai o esgoto do banheiro e/ou da privada da sua casa?

- fossa ()
 rede pública ()
 riacho, rio ()
 rua ()
 não sabe ()
 outros: _____ ()

P/ OBS.: O entrevistador deve verificar a distância
 da fossa ao poço: _____ (em passos)

11. Como você recolhe o lixo da sua casa?

- em lata ()
 em saco plástico ()
 coloca a céu aberto ()
 não sabe ()

12. Passa lixeiro na sua rua?

Sim () Quantas vezes por semana? _____

Não () O que você costuma fazer com o lixo?

- queima ()

- enterra ()

- joga no rio ()

- joga no terreno ()

- outro: _____

13. Em sua opinião o seu bairro é muito poluído?

Sim () Não ()

Em caso afirmativo:

Você acha que isso acontece mais:

no ar () no solo ()

na água () não sabe ()

14. Você conhece (u) alguém que ficou doente por causa da poluição?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Qual foi a doença que essa pessoa teve? (descrever o que sentia, sinais no corpo e nome da doença).

IV - ASSISTÊNCIA E SAÚDE

IV. 1. Assistência

15. Você já ouviu falar no Posto de Saúde?

Sim ()

Não ()

16. Que tipo de pessoas são atendidas pelo Posto de Saúde?

adultos ()

crianças ()

gestantes ()

emergências ()

todos ()

não sabe ()

outros ()

17. As pessoas que moram nesta casa costumam ir ao Posto de Saúde?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Para que procuram o Posto de Saúde?

consulta médica geral () Sim () Não

pré-natal () Sim () Não

vacinação () Sim () Não

atestado de saúde/carteira de saúde() Sim () Não

leite () Sim () Não

dentista () Sim () Não

outros: _____

Em caso negativo:

Por que vocês não costumam ir ao Posto de Saúde?

mau atendimento () Sim () Não

fila de espera () Sim () Não

prefere outros serviços () Sim () Não

nunca foi () Sim () Não

outros: _____

18. Crianças de 0 a 5 anos:

Idade	Primeiro Nome	Carteira de vacina	Local de vacinação	Vacinas nº de doses				Situação vacinal C.I. IGN
				BOG	TRIPLI CE	ANTI- FOLIO	ANTI SARAMPO	

19. Quando alguém fica doente procura assistência?

Sim ()

Não ()

Se sim, quem você procura: _____

20. Como você obtém os medicamentos que necessita?

de graça ()

compra ()

não obtém ()

outros: _____

21. Quando você toma um remédio, ele é indicado:

por você mesma ()

pelo médico ()

pelo farmacêutico e/ou balconista ()

por parentes e/ou amigos ()

por outros: _____

22. Quando você está doente, você prefere usar o re

médico que o médico mandou tomar ou prefere tratar primeiro com remédio feito em casa?

23. Você costuma prestar atenção no prazo de validade dos remédios comprados na farmácia?
Sim ()
Não ()

24. Você procura saber o que diz a bula dos remédios que toma?
Sim ()
Não ()

25. Você acha que alguma coisa deve melhorar aqui no bairro?
Sim ()
Não ()
Em caso afirmativo:
Na sua opinião, o que deveria ser feito?

IV.2. Inquérito às gestantes

(Para mulheres com idade igual ou superior à 12 anos, residentes no município nos últimos 3 anos).

26. Você alguma vez ficou grávida?
Sim ()
Não ()

Não responde ()

Em caso afirmativo:

Quantas vezes?

27. Você sabe o que é pré-natal?

Sim ()

Não ()

28. Em alguma da (s) vez (es) que ficou grávida, vo
cê fez pré-natal?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Quanto tempo depois de saber que estava grávida?

29. Você teve algum parto?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Como e onde foram os partos?

Quantos filhos nasceram vivos?

Quantos filhos nasceram mortos?

30. Você teve algum aborto?

Sim ()

Não ()

Não responde ()

Em caso afirmativo:

Foi provocado? Quantos?

Foi espontâneo? Quantos?

31. Você sabe como se evita gravidez?

Sim ()

Não ()

Não responde ()

Em caso afirmativo:

Como aprendeu?

IV.3. Inquérito Odontológico

32. Você costuma ir ao dentista?

Sim ()

Não ()

33. Você escova os dentes?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Quando?

IV.4. Inquérito Veterinário

34. Você tem animais em sua casa?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Quais?

Seus animais são vacinados?

Sim ()

Não ()

35. No caso de não serem apenas animais de estimação: Vocês costumam comer e/ou vender a carne e/ou ovos desses animais?

36. Nos últimos cinco anos soube de alguém que sofreu:

mordedura de animais ()

picadas de animais peçonhentos ()

outras agressões ()

Em caso afirmativo:

O que fizeram?

procuraram o Posto de Saúde ()

procuraram a farmácia ()

trataram em casa ()

nada fizeram ()

IV.5. Inquérito de Morbidade

37. Alguém de sua casa esteve doente nos últimos 3 meses?

Sim ()

Não ()

Se sim:

Nº	Primeiro Nome	Sinais e/ou sintomas ou nome da doença	Tipo de Assis- tência	Necessidade de Intern.

OBS.: Se doente por diarréia, desidratação, disenteria, internado e menor de 1 ano, fazer uma história de vida desta criança.

IV.6. Inquérito de Mortalidade

38. Houve alguma morte nessa família nos últimos 12 meses?

Sim ()

Não ()

39. A pessoa que morreu era sua parente?

Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo:

Quem era ela e quantos anos (ou meses) tinha?

40) Essa pessoa recebeu assistência médica durante a doença?

Sim ()

Não ()

Não sabe ()

Se recebeu:

a) onde ela foi atendida?

- Serviço Público () - Serviço Particular ()

. Posto de Saúde () . Médico ()

. Pronto Socorro () . Pronto Socorro ()

. Hospital () . Hospital ()

. Não sabe () . Não sabe ()

. Outro _____ . Outro _____

b) Qual o tempo de espera para ser atendido após chegar no hospital (ou outro serviço):

Não sabe ()

c) Foi internado?

Sim ()

Não ()

Não sabe ()

d) Quanto tempo ficou internado antes de morrer?

_____ dias

Não sabe ()

Se não recebeu assistência médica:

a) Houve recusa para ser atendido?

Sim ()

Não ()

Não sabe ()

b) O óbito ocorreu a caminho?

Sim ()

Não ()

Não sabe ()

41) Onde ocorreu o óbito?

Hospital ()

Domicílio ()

Local de trabalho ()

Não sabe ()

Outro _____

42) Tem certidão de óbito?

Sim ()

Não ()

Não sabe ()

43) Podemos ver?

Sim ()

Não ()

Se sim, causa básica _____

causas associadas _____

44) Causa declarada pelo informante no caso de não dispor
ou não quiser mostrar a certidão de óbito:

CONTAGEM RÁPIDA DE DOMICÍLIOS

I N S T R U Ç Õ E S

- 1 - O percurso em torno de uma quadra deve iniciar e terminar no mesmo ponto.
- 2 - Você deve contornar a quadra no sentido dos ponteiros do relógio; e contar os domicílios que estiverem sempre à sua direita.
- 3 - Cada trecho da quadra deve ser anotado com os números dos domicílios onde inicia e onde termina o trecho. Se não houver número nos domicílios, coloque detalhes fáceis de serem vistose chame a atenção na coluna de observações da folha de contagem rápida.
- 4 - Na primeira coluna da folha de contagem rápida coloque apenas o número da quadra que você estiver percorrendo.
- 5 - Muito cuidado para decidir se um prédio é um ou mais domicílios. A entrada principal, a existência de caixas de luz, de varais ou de tanques de lavar roupa são bons sinais. Em caso de dúvidas pergunte aos moradores.
- 6 - Quando o domicílio estiver situado em terreno de esquina, você deve contá-lo no trecho da quadra em que estiver localizada a sua entrada principal.

E N D E R E Ç A M E N T O

INSTRUÇÕES

- 1 - Encontre no mapa do setor censitário a quadra que você vai percorrer. Ela está com o número marcado com um círculo vermelho.
- 2 - O percurso em torno de uma quadra deve iniciar e ter minar no ponto marcado no mapa.
- 3 - Anote o endereço dos domicílios que estiverem sempre à sua direita.
- 4 - Na folha de endereçamento anote somente em uma linha o endereço de um domicílio. Se o domicílio tiver mais de uma família anote na coluna de observações.
- 5 - Quando no lote tiver mais de um domicílio, coloque um domicílio em cada linha.
- 6 - Não pule linhas.
- 7 - As folhas grampeadas para cada quadra não podem ser destacadas. Se precisar faça anotações sempre na primeira folha.

FOLHA DE ENDEREÇAMENTO

Nº	ENDEREÇO	OBSERVAÇÕES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
0		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
0		

INQUÉRITO PRELIMINAR EMPRESARIAL E INDUSTRIAL

a) INFORMAÇÕES GERAIS

NOME DA EMPRESA: _____

FÁBRICA: _____

ENDEREÇO: _____

INFORMANTE (Nome e Cargo na Cia): _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

Nº TRABALHADORES: _____

	HOMENS	MULHERES	MENORES
Escritório	_____	_____	_____

OBS.: _____

Fábrica:	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

TOTAL: _____

TIPO DE JORNADA: Nº turnos ()

Diurno () - Diurno/Noturno () Noturno ()

Outros ()

CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____

REPOUSO SEMANAL: _____

OBSERVAÇÕES: _____

b) FACILIDADES MÉDICAS:-

TEM HOSPITAL (S) (N), QUANTOS () NOME: _____

CONVÊNIO: (S) (N), COM QUEM: _____

EXTENSIVO AOS FAMILIARES: (S) (N) INAMPS: (S) (N)

DISTÂNCIA DO HOSPITAL À FÁBRICA: _____

FORMA DE REMOÇÃO EM URGÊNCIA : _____

TEM MATERIAL DE 1º SOCORROS: (S) (N) O QUE: _____

TRABALHADOR TREINADO 1º SOCORROS (S) (N) Quantos: _____

ENFERMEIRO: (S) (N) Licenciado () Diplomado () Do trabalho ()

AMBULATÓRIO NA FÁBRICA: (S) (N) SERVIÇO MÉDICO: _____

CIPA (S) (N) SUPERVISOR DE SEGURANÇA (S) (N) ENGENHEIRO (S) (N)

EXAMES MÉDICOS: (S) (N) ONDE FAZ: _____

MÉDICO DO TRABALHO (S) (N) - CARTEIRA DE SAÚDE (S) (N)

PRÉ-ADMISSIONAIS (S) (N) QUEM FAZ: _____

PERIÓDICOS (S) (N) QUEM FAZ: _____ QUANDO: _____
 INCLUEM RX (S) (N); SANGUE (S) (N); OUTROS: _____
 CURATIVOS DE EMERGÊNCIA (S) (N) QUEM FAZ: _____
 EXAMES DE LABORATÓRIO (S) (N) ASSISTÊNCIA DENTÁRIA(S) (N)
 CONDUTA EM CASO DE URGÊNCIA: _____

PRINCIPAIS CAUSAS DE AUSENTISMO REFERIDAS: _____

FREQUENCIA SEMANAL: _____

ACIDENTES NO ANO ANTERIOR: (S) (N) Quantos: _____

CAUSAS: _____

c) OBSERVAÇÕES GERAIS DA FIRMA

ESTADO DO EDIFÍCIO: BOM () REGULAR () MAU ()
 PISOS E ESCADAS: LIMPAS () SUJAS () PERIGOSAS ()
 VENTILAÇÃO: BOA () ADEQUADA () DEFICIENTE ()
 ILUMINAÇÃO: BOA () ADEQUADA () DEFICIENTE ()
 MANUTENÇÃO: BOA () ADEQUADA () DEFICIENTE ()
 LIMPEZA: BOA () ADEQUADA () DEFICIENTE ()
 MAQUINARIA: PROTEGIDA () DESPROTEGIDA ()
 FIOS ELÉTRICOS: COBERTOS () DESCOBERTOS ()
 INSTALAÇÕES ELÉTRICAS: BOAS () PRECÁRIAS ()
 OBSERVAÇÕES GERAIS: _____

d) FACILIDADES SANITÁRIAS

ABASTECIMENTO DA FIRMA: PÚBLICO () POÇO () CISTERNA ()
 ARTESIANO () OUTROS : _____
 FACILIDADES PARA BEBER: BEBEDOURO () v () o ()
 TORNEIRA () f () s/F () copo () i () c ()
 VESTIÁRIO (S) (N) ARMÁRIOS (S) (N) i () c ()
 LAVATÓRIOS (S) (N) CHUVEIROS (S) (N) TOALHAS (I) (C)
 REFEITÓRIOS (S) (N) MARMITEIRO (S) (N) CESTO (S) (N)
 HORÁRIO REFEIÇÕES: _____ TEMPO _____
 ALIMENTAÇÃO FORNECIDA: _____
 PARA QUANTOS EMPREGADOS: _____
 INSTALAÇÕES SANITÁRIAS: (S) (N) VASO () TURCA ()
 CONDIÇÕES VERIFICADAS: LIMPEZA: _____
 VENTILAÇÃO: _____ ILUMINAÇÃO: _____
 INSTALAÇÕES ELÉTRICAS: _____

CRECHE (S) (N) CAPACIDADE: _____ FAIXA: _____

HORÁRIO FUNCIONAMENTO: _____

ALIMENTAÇÃO: _____

OBSERVAÇÕES GERAIS: _____

e) OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES DOS ENTREVISTADOS: _____

Entrevistador: _____

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

AV. DR. ARNALDO, 715 - 01255 - SÃO PAULO, SP - TELS. 290-2229 e 863-2329



BRASIL

ANEXO IV

São Paulo, 06 de setembro de 1988

AO

SR. DIRETOR

Na qualidade de alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, abaixo relacionados, vimos por meio desta comunicar-lhe que, estaremos visitando esta cidade no período de 12 a 19 de setembro do corrente ano, das 9:00 às 17:00 horas, com o objetivo de realizar pesquisa sobre as condições de saúde da população.

Em contactos preliminares feito com a Prefeitura de Mairiporã ficou estabelecido que o objetivo de nossa pesquisa será o bairro de Terra Preta, daí sua firma estar incluída dentre aquelas que poderão colaborar com o nosso trabalho respondendo a um questionário que levaremos quando de nossa visita às suas instalações. Ressaltamos que se trata de pesquisa de interesse didático, sem cunho de inspeção ou fiscalização.

Certos de que poderemos contar com a sua participação em nosso trabalho, antecipadamente agradecemos a atenção que vier nos dispensar.

Atenciosamente,

Antonio Carlos Rossin

Coordenador TCM

Equipe:

Cândido Elpidio S. Vaccarezza - Médico

Carlos Alberto L. Borsatto - Médico

Jose Carlos Nunes Barreto - Eng. Mecânico

Maria Teresa Oliveira - Médica Veterinária

Rosângela B. Reina - Farmacêutica Bioquímica

Croqui do Núcleo Urbano do Bairro de Terra Preta*

