

---

**Comissão de Estudos  
sobre a Criança e o  
Adolescente**

**PASTA 3**

**Folhas 337 a 514**



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

Casa do Poder Legislativo, 14 de junho de 1995

OFICIO CC-PRESIDENCIA nº 01

SENHOR PRESIDENTE

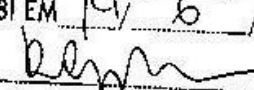
C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/95
Fis. 333
A) 2

Visitamos recentemente a Creche Vicente Filôcomo, quando pudemos verificar a importância de projeto que vem se desenvolvendo nessa entidade, através de parceria com o SENAR, para o atendimento e a educação às crianças.

Desde ano de 1993, está em funcionamento na Câmara Municipal uma Comissão Especial de Estudos sobre Assuntos da Criança e do Adolescente - a qual presidimos e é composta também pelos vereadores Adalberto Leticio Alessandri e Arnaldo de Carvalho Pinto.

De acordo com a proposta da comissão, temos procurado obter dados, discutir temas, conhecer programas e viabilizar propostas específicas para o atendimento à criança e ao adolescente em Bragança Paulista. Nesse sentido, vimos solicitar o máximo empenho de V. Sa. para que o projeto do SENAR junto à Creche Vicente Filôcomo tenha continuidade, uma vez que, pelo seu alcance e pela forma como é executado, constitui-se em modelo a ser seguido pelo poder público.

Prontificamo-nos a apoiar toda ação dessa presidência que vise ao prosseguimento do referido projeto e, para tanto, colocamo-nos à disposição.

RECEBI EM 14/6/1995
(A) 



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

Transmitindo cumprimentos a V. Sa. e demais diretores do Sindicato Rural por haverem trazido o projeto do SENAR a Bragança Paulista, reiteramos nosso posicionamento de adesão para que tal serviço seja mantido e na oportunidade manifestamos, senhor presidente, nossos protestos de consideração e apreço.

Vereador PAULO MIGUEL ZENORINI  
- Presidente da Comissão Especial -

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fls. 338
a) <i>P</i>

Ao  
Ilmo. Sr.  
**SERGIO PERRONE RIBEIRO**  
Presidente do Sindicato Rural de Bragança Paulista  
**N E S T A**

DEL/re

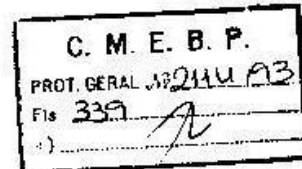


## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

Casa do Poder Legislativo, 14 de junho de 1995

OFICIO CC-PRESIDENCIA nº 01

SENHOR PRESIDENTE



Visitamos recentemente a Creche Vicente Filôcomo, quando pudemos verificar a importância de projeto que vem se desenvolvendo nessa entidade, através de parceria com o SENAR, para o atendimento e a educação às crianças.

Desde ano de 1993, está em funcionamento na Câmara Municipal uma Comissão Especial de Estudos sobre Assuntos da Criança e do Adolescente - a qual presidimos e é composta também pelos vereadores Adalberto Leticio Alessandri e Arnaldo de Carvalho Pinto.

De acordo com a proposta da comissão, temos procurado obter dados, discutir temas, conhecer programas e viabilizar propostas específicas para o atendimento à criança e ao adolescente em Bragança Paulista. Nesse sentido, vimos solicitar o máximo empenho de V. Sa. para que o projeto do SENAR junto à Creche Vicente Filôcomo tenha continuidade, uma vez que, pelo seu alcance e pela forma como é executado, constitui-se em modelo a ser seguido pelo poder público.

Prontificamo-nos a apoiar toda ação dessa presidência que vise ao prosseguimento do referido projeto e, para tanto, colocamo-nos à disposição.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 32114/93
Fls. 340
a) 2

Transmitindo cumprimentos a V. Sa. e demais diretores do Sindicato Rural por haverem trazido o projeto do SENAR a Bragança Paulista, reiteramos nosso posicionamento de adesão para que tal serviço seja mantido e na oportunidade manifestamos, senhor presidente, nossos protestos de consideração e apreço.

  
Vereador PAULO MIGUEL ZENORINI  
- Presidente da Comissão Especial -

Ao  
Ilmo. Sr.  
SÉRGIO PERRONE RIBEIRO  
Presidente do Sindicato Rural de Bragança Paulista  
N E S J A

DEL/rê



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fls. 341
*)

### COMUNICADO-CONVITE DE REUNIAO

-aos VEREADORES: Adalberto Leticio Alessandri, Arnaldo de Carvalho Pinto, João Soares Souza Lima e José Sergio Conti Júnior, integrantes das Comissões Temporárias de Estudos de Criança e do Adolescente e de Estudos Sócio-Econômicos.

-aos VEREADORES CONVIDADOS: Silberto Romani e José Jozefran Berto Freire.


CÓPIA-CONVITE: aos demais vereadores do Legislativo bragantino.

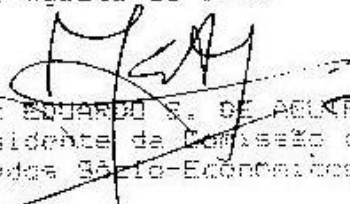
Comunicamos que está confirmada para a próxima sexta-feira, dia 25 de agosto, às vinte horas, a reunião das comissões e dos convidados acima com médicos que atuam em Bragança Paulista, para debates e análise técnica do levantamento sobre a mortalidade infantil.

Para seu prévio conhecimento, informamos que confirmaram participação os três médicos-vereadores: SILBERTO ROMANI, JOSÉ JOZEFRA BERTO FREIRE e JOÃO SOARES SOUZA LIMA (este último como membro da Comissão de Estudos Sócio-Econômicos da Câmara Municipal), os médicos ANTONIO MAGUA NETTO SENIOR, ATTILIO BRISIGUELLI NETO, BENEDITO MARCIO VILLAGA, ELIZABETH M. ROMANI, MARIA FILOMENA LEME RESENDE, JERSEY W. CICHECKI, JOSÉ RIBAMAR BORGES MANOEL, PAULO DÉCAR NEME FERREIRA e PERCIVAL BERNARDI REFINATO, assim como a psicóloga ANA CRISTINA MARQUES TEODORA DE MORAES, do Fórum de Justiça.

Os vereadores que quiserem participar podem solicitar ao Departamento Legislativo da Câmara Municipal a cópia do levantamento que será discutido na reunião.

Em 22 de agosto de 1993

  
PAULO MIGUEL ZENORINI  
Presidente da Comissão de  
Estudos Sobre a Criança e  
o Adolescente

  
JOSÉ EDUARDO S. DE AGUIAR  
Presidente da Comissão de  
Estudos Sócio-Econômicos



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

Casa do Poder Legislativo, 22 de agosto de 1995


CARO MEDICO

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL de 244/93
Fls. 340
*)

Em nome de todos os vereadores que compõem as Comissões Temporárias de Estudos sobre a Criança e o Adolescente e de Estudos Sócio-Econômicos da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista, estamos confirmando para a próxima sexta-feira, dia 25 de agosto, sexta-feira, com início às 20:00 horas, a reunião para discutirmos sobre a mortalidade infantil.

Anexamos um exemplar do levantamento que será analisado na reunião, para seu prévio conhecimento, e solicitamos a V. Sa. a gentileza de trazê-lo no dia 25 próximo.

ABRAÇOS.

  
PAULO MIGUEL ZENORINI

Presidente da Comissão de Estudos sobre a Criança e o Adolescente

COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE  
Paulo Miguel Zenorini - Presidente  
Adalberto Leticio Alessandri - Membro  
Arnaldo de Carvalho Pinto - Membro

COMISSÃO DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS  
José Eduardo Suppioni de Aguirre - Presidente  
Adalberto Leticio Alessandri - Membro  
João Soares Souza Lima - Membro  
José Sérgio Conti Júnior - Membro  
Paulo Miguel Zenorini - Membro

(vide verso)

CÓPIAS ENCAMINHADAS, COM UM EXEMPLAR DO LEVANTAMENTO DA MORTALIDADE INFANTIL

1. Senedito Márcio Pillaco
2. Percival Bernardi Reginato
3. Jerry W. Chicketi
4. José Ribamar Borges Mendes
5. Maria Felomena Leme Resende
6. Antônio Pádua Netto Júnior
7. Paulo César Neme Ferreira
8. Ana Cristina Marques Jacchin de Moraes
- 9.

Foram entregues pelo vereador Gilberto Romani:

- Attilio Brusquelli Neto
- Elizabeth M. Romani

Em 22/8/95

Régina Maria Zanini Damázio



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

### APRESENTAÇÃO

Espécie do documento: **levantamento**

Tema: **mortalidade infantil - município de Bragança Paulista**

Período verificado: **quinquênio 1990-1994**

Fonte: **Livros de Registros de Natimortos, de Assentos de Nascimento e de Óbitos.**

Local de consulta da fonte: **Serviço Registral (Cartório de Registro Civil) de Bragança Paulista.**

Período de realização da consulta: **abril a agosto de 1995**

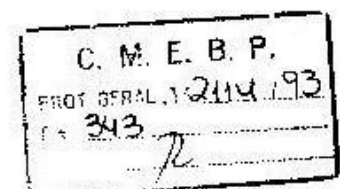
Composição deste levantamento nas folhas que seguem:

- **quadro quantitativo geral** : número de nascimentos, de natimortos, de óbitos de 0 a 1 ano e de 1 a 10 anos, de crianças de procedência local e de outros municípios.
- **quadro quantitativo natimortos e 0 a 1 ano de crianças de procedência local, com índice de mortalidade anual**
- **quadro quantitativo de mortalidade de natimortos e 0 a 10 anos de crianças de procedência local**
- **quadro demonstrativo da utilização do cartório de registro civil de bragança paulista por pessoas residentes em outras localidades**
- **descrição de causas da mortalidade na faixa de 0 a 1 ano - procedência local**
- **descrição de causas da mortalidade na faixa de 1 a 10 anos - procedência local**
- **local de ocorrência do óbito, na faixa etária de 0 a 1 ano, para procedência local e de outras cidades.**

Notas fundamentais: A citação aos dados deste levantamento deve ser feita sempre como correspondente a **ASSENTOS LAVRADOS** no ano de referência.

Para identificação de procedência (local/outros) foi considerado o endereço de residência anotado no assento de nascimento ou de óbito, no ato de sua lavratura.

As folhas de descrição de causas apresentam a última coluna em branco, para análise, classificação e compilação de dados segundo as normas técnicas.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

Levantamento realizado para: **Comissões Temporárias de Estudos da Criança e do Adolescente e de Assuntos Sócio-Econômicos da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista.**

**Realizaram o levantamento de dados:**

**PAULO MIGUEL ZENORINI, Vereador PT, Presidente da Comissão de Estudos da Criança e do Adolescente e Membro da Comissão de Estudos Sócio-Econômicos.**


**Regina Maria Zanini Damázio, Diretora do Departamento Legislativo da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista.**


**Valquíria Bueno de Souza, Secretária, do Centro de Documentação e Informações da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista.**

**Maria Emilia Ferreira Ramos, Oficiala Legislativa, do Departamento Legislativo da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista.**

**Agradecimentos: ao Bacharel SIDEMAR JULIANO, Oficial do Serviço Registral (Cartório de Registro Civil ) de Bragança Paulista.**

a.)   
**PAULO MIGUEL ZENORINI**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2414/93
F.º 344
a) 



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA****QUADRO I**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 12114 AS
F. 345
<i>[Handwritten signature]</i>

**LEVANTAMENTO QUANTITATIVO DA MORTALIDADE  
INFANTIL****QUADRO GERAL****1990-1994****BRAGANÇA PAULISTA E OUTROS MUNICÍPIOS**

ANO	NASCIMENTOS		NATIMORTOS		ÓBITOS 0 A 1 ANO		ÓBITOS 1 A 10 ANOS	
	LOCAL	OUTROS	LOCAL	OUTROS	LOCAL	OUTROS	LOCAL	OUTROS
1990	2071	318	49	31	86	55	11	13
1991	2164	259	43	22	73	51	9	6
1992	2235	238	40	15	81	55	10	8
1993	2129	324	40	20	67	55	8	12
1994	2340	328	32	19	71	51	9	11
<b>TOTAL</b>	<b>10939</b>	<b>1467</b>	<b>204</b>	<b>107</b>	<b>378</b>	<b>267</b>	<b>47</b>	<b>50</b>
<b>MÉDIA ANUAL</b>	<b>2187,80</b>	<b>293,42</b>	<b>40,80</b>	<b>21,40</b>	<b>75,60</b>	<b>53,40</b>	<b>9,40</b>	<b>10,00</b>
<b>MÉDIA MÊS</b>	<b>182,32</b>	<b>24,45</b>	<b>3,40</b>	<b>1,78</b>	<b>6,30</b>	<b>4,45</b>	<b>0,78</b>	<b>0,83</b>

*[Handwritten signature]*



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
Fis. 346

**QUADRO II**

**LEVANTAMENTO QUANTITATIVO DA MORTALIDADE  
INFANTIL**

**- NATIMORTOS E ÓBITOS 0 A 1 ANO -**

**1990-1994**

**CRIANÇAS COM INDICAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM BRAGANÇA PAULISTA NO ATO DE  
LAVRATURA DE REGISTRO DE NASCIMENTO OU DE ÓBITO**

ANO	NASCIMENTO	NATIMORTOS	ÓBITOS 0 A 1 ANO	SOMA NATIMORTOS/ÓBITO 0 A 1 ANO	ÍNDICE DE MORTALIDADE
1990	2071	49	86	135	65,18%
1991	2164	43	73	116	53,60%
1992	2235	40	81	121	54,14%
1993	2129	40	67	107	50,26%
1994	2340	32	71	103	44,02%



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA****QUADRO III**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 32114/193
1. 343
2

**LEVANTAMENTO QUANTITATIVO DA MORTALIDADE  
INFANTIL****NATIMORTOS E 0 A 10 ANOS LOCAL****CRIANÇAS COM INDICAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM BRAGANÇA PAULISTA NO ATO DE  
LAVRATURA DE REGISTRO DE NASCIMENTO OU DE ÓBITO**

ANO	NASCIMENTO	NATIMORTOS	ÓBITOS 0 A 1 ANO	ÓBITOS 1 A 10 ANOS	TOTAL
1990	2071	49	86	11	146
1991	2164	43	73	9	125
1992	2235	40	81	10	131
1993	2129	40	67	8	115
1994	2340	32	71	9	112

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 132114/93
F.º 348
a) 2

**QUADRO IV****DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO REGISTRAL (CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL) DE BRAGANÇA PAULISTA POR PESSOAS DE OUTROS MUNICÍPIOS****1990-1994**

ANO	ASSENTOS DE NASCIMENTO LAVRADOS NO ANO DE REFERÊNCIA PELO SERVIÇO REGISTRAL (CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL) DE BRAGANÇA PAULISTA			% DE UTILIZAÇÃO POR PESSOAS DE OUTRAS PROCEDÊNCIAS
	LOCAL	OUTROS	TOTAL	
1990	2071	318	2389	13,31%
1991	2164	259	2423	10,69%
1992	2235	238	2473	9,62%
1993	2129	324	2453	13,21%
1994	2340	328	2668	12,29%

ANO	ASSENTOS DE NATIMORTOS E DE ÓBITOS DE 0 A 10 ANOS LAVRADOS NO ANO DE REFERÊNCIA PELO SERVIÇO REGISTRAL (CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL) DE BRAGANÇA PAULISTA			% DE UTILIZAÇÃO POR PESSOAS DE OUTRAS PROCEDÊNCIAS
	LOCAL	OUTROS	TOTAL	
1990	146	99	245	40,41%
1991	125	79	204	38,72%
1992	131	78	209	37,32%
1993	115	87	202	43,07%
1994	112	81	193	41,97%

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL 12114/93  
Fls. 349  
#) \_\_\_\_\_**MORTALIDADE INFANTIL - FAIXA ETÁRIA 0 A 1 ANO - PROCEDÊNCIA LOCAL****DESCRIÇÃO DE CAUSAS**

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
<b>A</b>						
ACIDOSE METABÓLICA/ DESIDRATAÇÃO		1				1
ACIDOSE METABÓLICA/DISTURBIO HIDROELETROLÍTICO/ENTERECTOMIA POR HÉRNIA ESCANCARADA	1					1
AGENESIA RENAL BILATERAL					1	1
ANEMIA AGUDA/HEMORRAGIA INTERNA/MÚLTIPLAS LESÕES POR ARMA BRANCA	1					1
ANEMIA/ ERITOBLASTOSE FETAL/ PREMATURIDADE		1				1
ANFUCEFALIA				1		1
ANFUCEFALIA/ MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA		1				1
ANOXIA		1				1
ANOXIA INTRA-UTERINA/ TRAUMATISMO CRANIANO			1			1
ARRITMIA CARDÍACA/ DISTÚRBO ACIDO HIDROELETROLÍTICO/ DOENÇA RENAL/ DESNUTRICÃO					1	1
ASFIXIA			1	1		2
ASFIXIA/ BRONCOASPIRAÇÃO		1				1
ASFIXIA MECÂNICA					1	1
ASFIXIA MECÂNICA/ OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES		1				1
ASPIRAÇÃO/ PARADA CARDIORESPIRATÓRIA		1				1
<b>B</b>						
BCP			2		1	3
BRONCOPNEUMONIA	1	1		1	1	4
BRONCOPNEUMONIA/ BRONQUEOLISE			1			1
BRONCOPNEUMONIA/ CARDIOPATIA CONGÊNITA/ MONGOLISMO				1		1
BRONCOPNEUMONIA/ DESIDRATAÇÃO/ DESNUTRICÃO		1				1
BRONCOPNEUMONIA/ DIARRÉIA/ DESNUTRICÃO			1			1

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL N.º 2114/93

F.º 350

n.º

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
BRONCOPNEUMONIA/ MENINGOMIELOCELE					1	1
BRONCOPNEUMONIA/ MORTE NATURAL					1	1
BRONCOPNEUMONIA/ PREMATURIDADE			1		1	2
BRONCOPNEUMONIA ASPIRATIVA/DESNUTRIÇÃO	1					1
BRONCOPNEUMONIA ASPIRATIVA/ SÍNDROME DE DOWN		1				1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL	2					2
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ CARDIOPATIA/ SÍNDROME DE DOWN					1	1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ DESNUTRIÇÃO	1	1		2		4
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ DESNUTRIÇÃO/DESIDRATAÇÃO/ MORTE NATURAL				1		1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ DESNUTRIÇÃO/ DIARRÉIA CRÔNICA	1					1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ DIARRÉIA CRÔNICA	1					1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ GASTROENTERITE			1			1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ GEMELARIIJADE/ PREMATURIDADE			1			1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ MA FORMAÇÃO CARDÍACA (PCA)			1			1
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/MA FORMAÇÃO MÚLTIPLA		1	1			2
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ MORTE NATURAL	1	1	1	1		4
BRONCOPNEUMONIA BILATERAL/ PREMATURIDADE	1	1	1			3
BRONCOPNEUMONIA INTRA-UTERINA/ POLI HIDRÂMNI					1	1
<b>C</b>						
CARDIOPATIA CONGÊNITA				1		1
CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANÓTICA					1	1
CARDIOPATIA CONGÊNITA/ DESIDRATAÇÃO (GASTROENTEROCOLITE AGUDA)/ BRONCOASPIRAÇÃO	1					1
CHOQUE/ MENINGOCOCCEMIA	1					1
CHOQUE HEMORRÁGICO/ PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ FALÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS					1	1
CHOQUE HIPOVOLÊMICO/ DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO/ BRONCOASPIRAÇÃO	1					1

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL: 02114/93

Fls. 351

a)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
CHOQUE SÉPTICO/ BRONCOPNEUMONIA/ PREMATURIDADE				1		1
CHOQUE SÉPTICO/ DESNUTRIÇÃO/ EROSÕES DE PELE	1					1
CHOQUE SÉPTICO/ DESNUTRIÇÃO/ MENINGITE				1		1
CHOQUE SÉPTICO/ HEPATITE NEONATAL/ INFECÇÃO CONGENITA/ PREMATURIDADE/ DESNUTRIÇÃO				1		1
CHOQUE SÉPTICO/ INFECÇÃO NEONATAL/ PREMATURIDADE					1	1
CHOQUE SÉPTICO/ MENINGITE BACTERIANA					1	1
CHOQUE SÉPTICO/ PNEUMONIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA PRECOCE/ SEPTICEMIA/ PREMATURIDADE				1		1
COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA/ PERITONITE			1			1
COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA/ SEPTICEMIA	2					2
<b>D</b>						
DESIDRATAÇÃO			1		1	2
DESIDRATAÇÃO TOXICOSE/ DIARRÉIA AGUDA					1	1
DESIDRATAÇÃO/ PNEUMONIA		1				1
DESIDRATAÇÃO/ SEPTICEMIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ DESNUTRIÇÃO/ RAQUITISMO GRAVE				1		1
DESLOCAMENTO PREMATURO DA PLACENTA				1		1
DESNUTRIÇÃO		1			1	2
DESNUTRIÇÃO/DESIDRATAÇÃO/ PNEUMONIA ASPIRATIVA			1			1
DIARRÉIA/ DESIDRATAÇÃO	1					1
DISTÚRBO ELÉTROLÍTICO/ ACIDOSE TUBULAR RENAL/ SÍNDROME DE FANCONI/MARASMO			1			1
DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO/ ACIDOSE METABÓLICA/ DIARRÉIA AGUDA	1					1
DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO/ GASTROENTEROCOLITE AGUDA			1			1
DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO/MÁ FORMAÇÃO INTESTINAL				1		1
DISTÚRBO METABÓLICO/ MARASMO/ CARDIOPATIA CONGENITA			1			1

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL, V. 2114/93

Fis. 352

1)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
<b>E</b>						
EDEMA AGUDO PULMÃO/ BAIXO PESO/ PREMATURIDADE			1			1
EDEMA AGUDO PULMÃO/ COMUNICAÇÃO INTRA-ATRIAL/ MORTE NATURAL					1	1
EDEMA AGUDO PULMONAR/ MA FORMAÇÃO CARDÍACA		1				1
EPILEPSIA/ ANOXIA POR ASPIRAÇÃO		1				1
<b>F</b>						
FALÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS/ PREMATURIDADE			1			1
FALÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS/ SEPTICEMIA/ DIARRÉIA BACTERIANA				1		1
<b>H</b>						
HEMORRAGIA DIGESTIVA/ DIARRÉIA PROTRAÍDA/DESNUTRIÇÃO			1			1
HEMORRAGIA INTRAPULMONAR/ MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE				1		1
HEMORRAGIA INTRAPULMONAR/ MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE/ RN DE MÃE DIABÉTICA			1			1
HEMORRAGIA PULMONAR/ BRONCOASPIRAÇÃO MECANIAL		1				1
HEMORRAGIA PULMONAR MACIÇA/ C.I.V.A./ SEPTICEMIA/ DESNUTRIÇÃO	1					1
HEMORRAGIA PULMONAR/ PREMATURIDADE			1			1
HIDROCEFALIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA		1				1
HIPERTENSÃO INTRACRANIANA/ HIDROCEFALIA/ ANEUCEFALIA					1	1
HIPERTENSÃO PULMONAR/ CARDIOPATIA/ SÍNDROME DE DOWN					1	1
HIPERTENSÃO PULMONAR/ CARDIOPATIA CONGÊNITA/ DESNUTRIÇÃO					1	1
<b>I</b>						
INDEFINIDA/ INDETERMINADA/ DESCONHECIDA/ MAL DETERMINADA/ IGNORADA	4	2	5	6	5	22
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		1		1		2
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ COMUNICAÇÃO INTRA-ATRIAL				1		1
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE					1	1
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ MIOCARDITE				1		1

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. F. B. P.

PROT. GERAL 112114/93

Fls. 353

a)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ SÍNDROME DE DOWN/ CARDIOPATIA CONGÊNITA		1				1
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA/ EDEMA AGUDO PULMÃO/ FALÊNCIA MÚLTIPLAS ÓRGÃOS/ DESNUTRIÇÃO PROTÉICO-CALÓRICA		1				1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA	1					1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ DOENÇA HEMORRÁGICA	1	1				2
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA	1					1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ MEMBRANA HIALINA				1		1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE	1					1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ PNEUMONIA			1			1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE	3	2	2		1	8
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE/ SOFRIMENTO FETAL					1	1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ PREMATURO PONDERAL/ PREMATURO GESTACIONAL					1	1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA FETAL			1			1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ SÍNDROME DE TOBIERS			1			1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ SOFRIMENTO FETAL	1					1
INSUFICIÊNCIA CARDIORESPIRATÓRIA/ SOFRIMENTO FETAL/ PREMATURIDADE		2	1			3
INSUFICIÊNCIA RENAL/ DESIDRATAÇÃO/ DIARRÉIA AGUDA					1	1
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA/ SEPSIS/ PREMATURIDADE		1				1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA			1	1	2	4
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA	1		1			2
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOASPIRAÇÃO LÍQUIDO AMNIÓTICO/ PREMATURIDADE					1	1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA ASPIRATIVA/ ASPIRAÇÃO LÍQUIDO AMNIÓTICO					1	1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA/ BRONCOASPIRAÇÃO MELONIAL/ SOFRIMENTO FETAL AGUDO				1		1



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL Nº 2114/93

Fls. 354

\*)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA/ CARDIOPATIA CONGÊNITA/ SÍNDROME DE DOWN	1					1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA/ DERRAME PLEURAL/ EDEMA AGUDO PULMÃO/ ANEMIA CARENCIAL	1					1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA/ MONGOLISMO				1		1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ BRONQUEOLITE		1	1			2	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA/ CHOQUE SÉPTICO/ PNEUMONIA/ FISSURA LÁBIO- PALATINO			1			1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ DESNUTRIÇÃO			1			1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA/ DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO/ GASTROENTEROCOLITE					1	1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ EDEMA AGUDO DO PULMÃO/ COMUNICAÇÃO INTRAVENTRICULAR (CIV)				1		1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ HEMORRAGIA PULMONAR/ BRONQUEOLITE				1		1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ HIDROCEFALIA/ MIELOMENINGOCELE					1	1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ PREMATURO PONDERAL/ PREMATURO GESTACIONAL		2				2	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ SÍNDROME ASPIRAÇÃO/ PREMATURO GESTACIONAL					1	1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ MARASMO/ DIARRÉIA PROTRAÍDA	1					1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE	1	1		2	1	5	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PNEUMONIA/ PREMATURIDADE	1					1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE	1		2	7	3	13	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE/ AMNIOCORRÉE PREMATURA		1				1	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE PONDERAL			3			3	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURO GESTACIONAL/ PREMATURO PONDERAL	1				2	3	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ SEPSIS/ PREMATURIDADE					1	1	



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL 1.2114/93

Fls. 355

a)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ SOFRIMENTO FETAL					1	1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA		1				1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA E RESTRITIVA		1				1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ AFECÇÃO HEMATOLÓGICA	1					1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ BRONCOPNEUMONIA/ ASPIRAÇÃO AMNIÓTICA/ PREMATURIDADE/ DESNUTRIÇÃO			1			1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ CARDIOPATIA CONGÊNITA/ BRONCOPNEUMONIA	1					1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE			2			2
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE					1	1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ PNEUMONIA ASPIRATIVA/ MÁS FORMAÇÕES MÚLTIPLAS/ PREMATURIDADE		1				1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ PÓS-TERMO		1				1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ PREMATURIDADE		1				1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA/ PREMATURIDADE					1	1
<b>M</b>						
MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA/ ANENCEFALIA	1					1
MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA MÚLTIPLA		1				1
MAL. DEFINIDO/ ICTERÍCIA PRESENTE AINDA	1					1
MEMBRANA HIALINA/PREMATURIDADE	3	1	1	1	2	8
MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE/ ECLÂMPSIA MATERNA					1	1
MENINGOENCEFALITE/ ACIDOSE METABÓLICA/ HEMORRAGIA INTRACRANIANA/ DESNUTRIÇÃO	1					1
MENINGOCELE/ HIDROCEFALIA/ PNEUMONIA ASPIRATIVA			1			1
<b>P</b>						
PARADA CARDÍACA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA		1		1	4	6
PARADA CARDÍACA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ PREMATURIDADE		1				1

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL V. 2114 A3  
Fis. 356  
\*)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
PARADA CARDÍACA/ PREMATURIDADE		1				1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA		1				1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ ANOXIA PERINATAL GRAVE/ PREMATURIDADE				1		1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ BRONCOASPIRAÇÃO			1			1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ BRONCOASPIRAÇÃO/ CARDIOPATIA CONGÊNITA	1					1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ BRONCOASPIRAÇÃO/ PREMATURIDADE			1			1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ BRONCOPNEUMONIA	1					1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ CARDIOPATIA CONGÊNITA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA					1	1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ CHOQUE SEPTICO/ DIARRÉIA					1	1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ DESIDRATAÇÃO/ DIARRÉIA AGUDA		1				1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ DESIDRATAÇÃO/ DOENÇA PROTIDA/ DESNUTRIÇÃO				1		1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ DESNUTRIÇÃO/ PNEUMONIA		1				1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA			1			1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA				1		1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ CARDIOPATIA CONGÊNITA			1			1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE			2			2
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA			2	1		3
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ BRONCOASPIRAÇÃO		2				2
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ HIDROCEFALIA/ BRONCOPNEUMONIA	1					1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ INDEFERMINADA					2	2
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ LUPOVICEMIA			1			1
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ MA FORMAÇÃO CONGÊNITA				1		1

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL Nº 2114/93

Fls. 353

a)

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ MEMBRANA HIALINA/ PREMATURIDADE			1	1		2	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ PNEUMONIA ASPIRATIVA/ PREMATURIDADE		1				1	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE	1	2	4	2		9	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ PREMATURO AGUDO				1		1	
PARADA CARDIORESPIRATORIA/ SEPTICEMIA		1	2			3	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA/ DIARRÉIA	1					1	
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA/ GASTROENTEROCOLITE					1	1	
PARADA CARDIORESPIRATORIA/ SEPTICEMIA/ GASTROENTEROCOLITE/ CONVULSÃO					1	1	
PNEUMONIA		1				1	
PNEUMONIA ASPIRATIVA/ ATRESIA DO ESÔFAGO			1			1	
PNEUMONIA BILATERAL					1	1	
POS-TERMO/ BRONCOPNEUMONIA ASPIRATIVA				1		1	
PREMATURIDADE	8	6	3	1		18	
PREMATURIDADE/ AMNIOCORRHEIA PREMATURA				1		1	
PREMATURIDADE/ AMNIOCORRHEIA PREMATURA		1				1	
PREMATURIDADE/ DHEG GRAVE				1		1	
PREMATURIDADE/ DESLOCAMENTO PREMATURO DA PLACENTA	1					1	
PREMATURIDADE/ GEMELARIDADE	1					1	
PREMATURIDADE/ POLI MAL. FORMADO	1					1	
PREMATURO PONDERAL/ PREMATURO GESTACIONAL	2	2	3	1	1	9	
PULMÃO DO CHOQUE (?)/ PREMATURIDADE					1	1	
<b>S</b>	1					1	
SEPSIS/ PREMATURIDADE (*atenção item septicemia/prematuridade)				1		1	
SEPTICEMIA	1	1	2			4	
SEPTICEMIA/ ANOXIA NEONATAL		1				1	
SEPTICEMIA/ ANOXIA NEONATAL/ PREMATURIDADE EXTREMA/ INSUFICIÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS/ HEMORAGIA INTRA-CRANIANA				1		1	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA		1			1	2	

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL 1.2114/93

F.º 358

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA ASPIRATIVA					1	1	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA INTRA-UTERINA			1			1	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA/ DESNUTRIÇÃO	2			1		3	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA/ MARASMO	1					1	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA/ MARASMO/ COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA	1					1	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA/ INSUFICIÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS				1		1	
SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA/ SOFRIMENTO FETAL	1					1	
SEPTICEMIA/ DESNUTRIÇÃO	2					2	
SEPTICEMIA/DIARRÉIA					1	1	
SEPTICEMIA/ DIARRÉIA / DESNUTRIÇÃO		1				1	
SEPTICEMIA/ DIARRÉIA INFECIOSA/ DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO	1					1	
SEPTICEMIA/ GASTROENTEROCOLITE		1	2	1		4	
SEPTICEMIA/ GASTROENTEROCOLITE AGUDA/ PREMATURIDADE		1				1	
SEPTICEMIA/ GASTROENTEROCOLITE/ DESNUTRIÇÃO	1					1	
SEPTICEMIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ DIARRÉIA					1	1	
SEPTICEMIA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ PREMATURIDADE					1	1	
SEPTICEMIA/ OTITE PURULENTA BILATERAL	2					2	
SEPTICEMIA/ PNEUMONIA	2			1		3	
SEPTICEMIA/PNEUMONIA/ CARDIOPATIA CONGÊNITA			1			1	
SEPTICEMIA/ PNEUMONIA/ DESNUTRIÇÃO		1				1	
SEPTICEMIA/ PREMATURIDADE	2		1	1	1	5	
SEPTICEMIA/ PREMATURIDADE/ BAIXO PESO				1		1	
SÍNDROME ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA INFÂNCIA/ BRONCOPNEUMONIA				1		1	
SÍNDROME DE DOWN/ CARDIOPATIA CONGÊNITA/ PNEUMONIA/ PARADA CARDIORESPIRATÓRIA			1			1	
SÍNDROME SÉPTICA/ BRONCOASPIRAÇÃO/ PREMATURIDADE					1	1	



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL. 12114/93	
Fls. 359	
a) _____	

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	
<b>T</b>							
TETRALOGIA DE FALLOT/ ATRESIA DO ESÔFAGO/ PREMATURIDADE		1				1	
TÓXICEMIA/ TUMOR PRIMITIVO FÍGADO/ PNEUMONIA	1					1	
<b>U</b>							
ULCERAS AGUDAS GÁSTRICAS/ BRONCOPNEUMONIA BILATERAL	1					1	
<b>V</b>							
VENTRICULITE AGUDA/ BRONCOPNEUMONIA/ HIDROCEFALIA/ TURMO DE CÉLULAS DISPLEXO CORRIDE	1					1	
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>73</b>	<b>81</b>	<b>67</b>	<b>71</b>	<b>378</b>	



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

### MORTALIDADE INFANTIL - FAIXA ETÁRIA 1 A 10 ANOS - PROCEDÊNCIA LOCAL

#### DESCRIÇÃO DE CAUSAS

C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL Nº 2114/93  
 Fls. 360 2

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL
<b>A</b>						
ASFIXIA POR AFOGAMENTO	2	1		1		4
ASFIXIA MECÂNICA/ AFOGAMENTO					1	1
ASFIXIA MECÂNICA MEIO LÍQUIDO/ AFOGAMENTO		1				1
ATELECTOSIA PULMONAR BILATERAL/ TRAUMA TÓRAX/ ACIDENTE DE TRÂNSITO				1		1
<b>B</b>						
BLOQUEIO ATRIO-VENTRICULAR/ MUCOVISCIDOSE	1					1
BRONCOPNEUMONIA/ ANEMIA APLÁSTICA	1					1
BRONCOPNEUMONIA/ HEMIA AGUDO PULMONAR/ AFOGAMENTO			1			1
BRONCOPNEUMONIA/ NATURAL					1	1
<b>C</b>						
CHOQUE HEMORRÁGICO/ TUMOR DA PARÓTIDA/ SEPTICEMIA	1					1
CHOQUE HEMORRÁGICO SNC/ SEPSIS/ CIVIL/ ABRANULOCITOSE POR LLA				1		1
CHOQUE SÉPTICO/ PNEUMONIA/ S.I.D.A. (6 ANOS)					1	1
CÓAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA/ SEPTICEMIA/ BRONCOPNEUMONIA/ HEPATITE REACIONAL				1		1
CHOQUE TRAUMÁTICO/ POLITRAUMATISMO/ ATROPELAMENTO			1			1
<b>D</b>						
DESIDRATAÇÃO/ CAQUEXIA/ PARALISIA CEREBRAL	1					1
DESNUTRICÃO	1					1

*M*

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL N.º 2114/93
Fis. 361
p) 2

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL		
<b>E</b>								
EDEMA AGUDO PULMÃO/ PÓS-OPERATÓRIO/ LAPOROTOMIA/ HEMORRAGIA ABDOMINAL/ QUEDA DE CAVALO				1				
ESMAGAMENTO CORPÓREO					1	1		
ELETROPLESSÃO		1				1		
<b>F</b>								
FRATURA DE CRÂNIO/ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	1					1		
FRATURA DE CRÂNIO/ ATROPELAMENTO	1					1		
<b>H</b>								
HEMORRAGIA CEREBRAL/ CONTUSÃO DO CRÂNIO		1				1		
HEMORRAGIA CEREBRAL/ RUPTURA DO FÍGADO - BAÇO				1		1		
HEMORRAGIA CEREBRAL/ TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO				1		1		
HEMORRAGIA TRAUMÁTICA/ HEMOTÓRAX DIREITO/ HEMOPERITÔNIO/ ACIDENTE DE TRÂNSITO		1				1		
HEMORRAGIA TRAUMÁTICA/ HEMOPERITÔNIO/ CONTUSÃO CRANIANA			1			1		
<b>I</b>								
INDETERMINADA/ INDEFINIDA/ DESCONHECIDA		1	1			2		
INFARTO RESPIRATORIO AGUDO		1				1		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA/ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA/ DESNUTRIÇÃO	1					1		
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA		1				1		



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
F.º 362  
a) *R*

DESCRIÇÃO DA CAUSA	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL		
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA/ PNEUMONIA EXTERNA À DIFUSA/ INSUFICIÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS			1			1		
L								
LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA			1			1		
M								
MIOCARDITE AGUDA					1	1		
O								
OBSTRUÇÃO VIAS AERÉAS MEIO LÍQUIDO/ AFOGAMENTO	1					1		
P								
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ CAUSA DESCONHECIDA			1			1		
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ PARALISIA CEREBRAL				1		1		
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA/ SEPTICEMIA/ VARICELA CONSULTIVA					1	1		
PICADA DE ESCORPIÃO			1			1		
S								
SEPTICEMIA/ G.E.C.A./ AMIGDALITE BACTERIANA/ SÍNDROME DE DOWN					1	1		
SEPTICEMIA/ LEUCEMIA			1			1		
SEPTICEMIA/ NEUROPATIA DEGENERATIVA/ INSUFICIÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS			1			1		
SÍNDROME DE KWASHIORKOR/ DESNUÇÃO CRÔNICA (6 ANOS)		1				1		
T								
TRAUMA CRANIANO/ ESMAGAMENTO CEFÁLICO/ ACIDENTE					1	1		
TUMOR CEREBRAL					1	1		
TOTAL	11	9	10	8	9			





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

**LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO PARA A FAIXA DE 0 A 1 ANO,  
CONSIDERADAS PROCEDÊNCIA LOCAL E DE OUTROS MUNICÍPIOS.**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fls. 363
1) _____

ANO	HUSF		SANTA CASA		LAR/OUTROS		TOTAL GERAL
	NÚMERO	% DO TOTAL	NÚMERO	% DO TOTAL	NÚMERO	% DO TOTAL	
1990	99	70,21%	32	22,70%	10	07,09%	141
1991	79	63,71%	39	31,45%	6	04,84%	124
1992	94	69,12%	35	25,73%	7	05,15%	136
1993	90	73,77%	30	24,59%	2	01,64%	122
1994	90	73,77%	27	22,13%	5	04,10%	122
TOTAL ANOS 5	456	70,26%	163	25,12%	30	04,62%	649
MÉDIA/ANO	91	70,10%	32	24,65%	6	04,62%	129,80



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 122144/93
Fls. 364
*)

ATA DE REUNIAO MISTA DAS COMISSOES TEMPORARIAS DE ESTUDOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E DE ASSUNTOS SÓCIO-ECONÔMICOS DA CAMARA MUNICIPAL DA ESTANCIA DE BRAGANÇA PAULISTA.

Tema: mortalidade infantil

As vinte horas do dia vinte e cinco de agosto de 1995, na sala anexa ao Gabinete da Presidência da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista - Praça Haffiz Abi Chedid nº 125 - teve início reunião mista das comissões temporárias acima indicadas, para debates com representantes da classe médica a respeito de levantamento supervisionado pelo vereador Paulo Miguel Zenorini e providenciado pelas mesmas comissões quanto à ocorrência de mortalidade infantil em Bragança Paulista no período compreendido entre os anos de 1990 e 1994.

1. Registro de presenças - Compareceram e participaram da reunião:

1.1 - os vereadores: Paulo Miguel Zenorini, Presidente da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e Membro da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos do Legislativo bragantino; José Eduardo Supplioni de Aguirre, Presidente da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; Adalberto Leticio Alessandri, membro da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; Arnaldo de Carvalho Pinto, membro da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente; João Soares Souza Lima, membro da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; Gilberto Romani e José Jozefran Berto Freire, vereadores e médicos, convidados pelas comissões:

1.2 - os seguintes médicos convidados pelas comissões: Antônio Pádua Netto Júnior (representando a Associação Paulista de Medicina - Regional de Bragança Paulista), Attilio Brisighelli Neto, Benedito Márcio Villaga, Elizabeth Margatha Ramos, Elizabeth M. Romani,



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL: 2114/93
Fls. 365
a)..... 2

Jerzy W. Cichecki, José Ribamar Borges Mendes, Maria Filomena Leme de Resende e Paulo César Neme Ferreira:

1.3 - Os cidadãos também convidados: Angelo Fernando Baratella, enfermeiro, Luiz Gonzaga Pires Mathias, empresário, e Mariana de Fátima Beraldo, professora, representando o diretório local do Partido dos Trabalhadores.

2. **Abertura dos trabalhos:** A reunião foi coordenada pelos vereadores Paulo Miguel Zenorini e José Eduardo Supponi de Aguirre. O primeiro, Paulo Miguel Zenorini, abriu os trabalhos explicando que o objetivo da reunião era o de buscar a colaboração dos representantes da classe médica para a análise e para a compilação - segundo os parâmetros técnicos - das principais causas da mortalidade infantil em Bragança Paulista, nos últimos cinco anos, com base em levantamento providenciado pelas citadas comissões da Câmara Municipal cuja fonte foi a documentação existente no Cartório de Registro Civil - Serviço Registral - de Bragança Paulista. Isto posto, a palavra foi aberta para que todos os convidados fizessem considerações gerais sobre o tema proposto.

3. **Debates** - Após as manifestações iniciais, houve debate entre os presentes, quando, entre outras, foram feitas as seguintes observações:

3.1 - O dr. Antônio Pádua Netto Júnior, primeiramente, disse que os índices de mortalidade apontados no levantamento das comissões legislativas se apresentavam alarmantes porque, para sua apuração, foram levados em conta os números de natimortos - o que não pode ser feito em cálculos de mortalidade infantil, cuja fórmula universal é específica para óbitos na faixa de zero até um ano de idade (havendo estudos para se alterá-la para zero até cinco anos), constituindo a natimortalidade uma taxa distinta. Ressaltou, ainda, que segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef - o Brasil está em 63º lugar no tocante à mortalidade infantil, com uma média de 52 óbitos para cada 1.000 nascimentos. Em termos de situação local, comentou que a Unidade II do Hospital Universitário São Francisco é a instituição que atualmente registra o maior número de atendimento a crianças - uma média de 200 a 250 internações mensais.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL, 13/2114/193
Fls. 366
*) 2

3.2 - A dra. Elizabeth Margatho Ramos fez considerações a respeito da importância de programas para redução da mortalidade infantil, comentando que a cidade de Campinas está registrando uma média de 16 óbitos para cada 1.000 nascimentos.

3.3 - O sr. Angelo Fernando Baratella, tendo em vista os trabalhos que presta no Sistema de Registro de Nascidos Vivos (ligado ao Escritório Regional de Saúde), explicou que as planilhas desse sistema são completas em termos de levantamento e constituem a base para a Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados) editar os índices oficiais relacionados ao município bragantino. Especificando os dados constantes dessas planilhas, disse que elas apresentam informações sobre sexo dos recém-nascidos, peso das crianças, idade e grau de instrução das mães, fatores esses que podem se refletir no alto número de óbitos decorrentes de prematuridade constantes do levantamento das comissões legislativas. Destacou, ainda, que as planilhas preenchidas para a Fundação Seade já são feitas dentro de uma metodologia técnica onde, ao colher o dado, já se agrupa a causa segundo a classificação internacional de doenças.

3.4 - A respeito dos aspectos colocados pelo antecessor, o edil Paulo Miguel Zenorini esclareceu que o levantamento feito pelas comissões legislativas implicou na cópia das causas constantes de cada registro de óbito, exatamente para que não houvesse distorções nas interpretações das causas da mortalidade infantil.

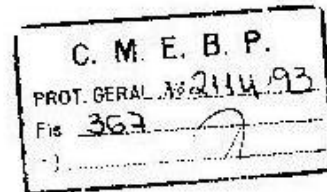
3.5 - O empresário Luiz Gonzaga Pires Matos afirmou que a saúde não pode ser avaliada isoladamente, mas, sim, através de estudos e pesquisas de inúmeros aspectos integrados, entre eles o de nível de renda e de condições culturais da população.

3.6 - O dr. Antônio Pádua Netto Júnior disse que os aspectos mencionados pelo empresário já constam das planilhas referidas pelo sr. Angelo Fernando Baratella.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA



3.7 - Sobre tais planilhas, o dr. Benedito Márcio Villaça especificou que os dados relativos ao grau de instrução das mães são estarrecedores e que isso reflete a situação geral do país. Ressaltou, em seguida, que o acompanhamento de pré-natal concedido pelo Município às gestantes, embora, evidentemente, ainda tenha algumas falhas, vem se aperfeiçoando e o que é possível vem sendo feito nessa área.

3.8 - O empresário Luiz Gonzaga Pires Mathias falou que há de se tomar cuidado e de se evitar a comparação de estatísticas do Brasil com outros países, em função das diferentes condições.

3.9 - Discordando dessa colocação, o dr. José Ribamar Borges Mendes assegurou que as comparações devem ser feitas exatamente por refletirem realidades diferentes. Quanto ao levantamento feito pelas comissões legislativas, afirmou que os dados dele constantes são iguais aos oficialmente divulgados pela Fundação Seade, bastando retirar, dos índices apontados pelas comissões, os números relacionados à natimortalidade. Comentou que a região bragantina é a segunda mais atrasada do Estado de São Paulo em termos de assistência materno-infantil e disse que o maior erro é tentar transferir aos deserdados a responsabilidade pela sua situação. Quanto aos fatores que podem contribuir para a redução da mortalidade infantil, destacou a melhoria do acompanhamento de pré-natal e ao sistema de saúde do município e a questão de alimentação (cestas básicas). Concluindo, garantiu que a atenção à saúde não representa apenas assistência médica e que em Bragança Paulista, embora a vacinação esteja num bom nível - 90,92% - o restante deixa a desejar, não tem investimentos para atacar as causas da mortalidade infantil e para implementar ações globais.

3.10 - O vereador dr. José Jozefran Bento Freire disse que, verificando o levantamento feito no Cartório de Registro Civil pelas comissões legislativas, observarse nos preenchimentos dos óbitos segundo as causas da mortalidade infantil um grande número de casos de broncopneumonia e de prematuridade principalmente.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fis.	368
a)	2

3.11 - Consultando as pessoas presentes sobre os dados disponíveis, o vereador Paulo Miguel Zenorini indagou se esses dados seriam suficientes para que a classe médica sugerisse medidas voltadas à contenção da mortalidade infantil.

3.12 - A dra. Maria Filomena Leme de Resende considerou que os dados existentes - tanto dos levantamentos comentados pelo dr. Pádua quanto pelo sr. Angelo Baratella e pelos constantes do levantamento das comissões legislativas - permitiam a indicação de diretrizes das ações integradas necessárias.

3.13 - O médico e vereador Gilberto Romani conclamou seus colegas da área médica a apresentarem propostas à Câmara Municipal e à orientação dos serviços de saúde pública.

3.14 - O dr. José Ribamar Borges Mendes comentou que existe uma série de medidas que podem ser tomadas nessa área, mas que algumas delas extrapolam a saúde.

3.15 - Comentando sobre os dados estatísticos referidos nesta reunião, o dr. Jerzy Ciochecki afirmou que eles podem não ser desesperadores, mas a mortalidade infantil ainda está dependendo basicamente de dois fatores: implantação de política (integrada com outras áreas, sobretudo da educação) e atuação dos médicos.

3.16 - O dr. Benedicto Márcio Villaça argumentou que a saúde também depende de melhoria do poder aquisitivo da população, já que, através do aumento do nível de renda, o povo tem acesso à cultura e contrata os melhores profissionais.

3.17 - O dr. José Ribamar Borges Mendes contrargumentou que o investimento público em saúde também é



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 22114/93
Fls. 369
a) 2

fundamental e que Bragança Paulista investiu nos últimos tempos apenas 4% de seu orçamento com saúde e educação.

3.18 - Dizendo que saúde é apenas uma palavra de palanque, o dr. Benedito Márcio Villaça disse que hoje existe o projeto SUS (Sistema Único de Saúde) que até mesmo a ala esquerdista considera como um dos modelos mais avançados do mundo. Quanto à destinação de recursos financeiros, ressaltou que, através de levantamento de gastos com o SUS, pode ser constatado que o município de Bragança Paulista arca com 85% das despesas, enquanto que o Estado não faz a sua parte.

3.19 - O dr. Paulo César Neme Ferreira questionou sobre a existência de outros projetos do serviço público para a saúde, além do SUS.

3.20 - O dr. Benedito Márcio Villaça afirmou que Bragança Paulista está arcando com 85% desse projeto e indagou onde estavam o Estado e a União? Diante disso, ressaltou que também acha pouco o investimento, mas não está havendo a participação de todas as esferas de governo nesse sentido. Assegurou, ainda, que quando iniciou sua gestão na diretoria do Departamento de Saúde e Promoção Social do Município, há dois anos, eram atendidas cerca de 1.200 pessoas nas Unidades Básicas de Saúde e atualmente esse atendimento chega a 25.000 pessoas. Disse também que, segundo normas da Secretaria de Saúde, essas unidades devem ter 3 médicos para cada 10.000 pessoas e, em Bragança Paulista, o número de médicos é muito maior do que o exigido, mas, ainda assim, as unidades estão sempre sufocadas no atendimento, com filas cada vez maiores.

3.21 - A professora Mariana de Fátima Beraldo ressaltou que, como profissional da área da educação, não poderia conceber a melhoria da qualidade do ensino e também a da saúde, sem que houvesse investimentos para tanto. Em seguida, indagou ao dr. Benedito Márcio Villaça se os 25.000 atendimentos prestados pelas Unidades Básicas de Saúde eram em termos gerais ou específicos. Em resposta, o dr. Benedito Márcio Villaça disse que eram atendimentos gerais.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 12244/83
N.º 370
7

3.22 - O dr. Attilio Brisighelli Neto informou sobre os índices aceitos na literatura nacional em termos de parâmetros para a saúde, afirmando que dispunha também de dados sobre peso ao nascer, idade e grau de instrução das mães, assim como do sexo dos recém-nascidos, com referência ao período de 1991 a 1994, de Bragança Paulista.

3.23 - O vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre destacou que as comissões legislativas reunidas nesta data vinham levantando dados relativos a Bragança Paulista dos quais não se tinha conhecimento. Exemplificando, com referência à educação, comentou que a Comissão de Estudos Sócio-Econômicos - após audiências com representantes de órgãos e entidades, assim como após a coleta de dados - constatou que cerca de 13.000 crianças bragantinas estão fora da escola.

3.24 - O empresário Luiz Gonzaga Pires Mathias elogiou o trabalho dessas duas comissões, enfatizando que jamais havia visto no Poder Legislativo um trabalho de tal nível em busca de levantamento e análise de dados e que, tampouco, havia verificado em épocas anteriores a preocupação da classe política e dos próprios cidadãos em debaterem de maneira profundo as questões sócio-econômicas do município.

3.25 - Os vereadores Paulo Miguel Zenorini e Gilberto Romani teceram considerações sobre a importância da reunião da classe política e dos cidadãos em torno desses assuntos, inclusive como motivo de fortalecimento das reivindicações e de consecução das medidas que se fizerem necessárias.

4. Decorridos os debates, ficou designada nova reunião para a sexta-feira, dia primeiro de setembro, para que se concluisse a análise dos levantamentos e das causas da mortalidade infantil. Ficaram designados os médicos Antônio Pádua Netto Júnior e Attilio Brisighelli Neto, bem como o sr. Angelo Fernando Baratella para a preparação de relatório nesse sentido, em reunião na terça-feira, dia 29 de agosto.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 102114/193
F.º 321
a)

5. Encerramento - Nada mais tendo sido tratado, a reunião foi encerrada às vinte e duas horas e vinte minutos. Atuaram os seguintes servidores da Câmara Municipal: Ana Sílvia Cardoso, Assistente de Gabinete, Darcy Alves Pereira Sodré, Auxiliar de Serviços Gerais, Maureen Dorothy Facchin de Oliveira, Assistente Administrativa, e eu, Regina Maria Zanini Damázio, Diretora do Departamento Legislativo, que lavrei a presente ata, a qual, lida e considerada de acordo, é assinada pelos vereadores nela mencionados.

Casa do Poder Legislativo, 29 de agosto de 1993

a.) Paulo Miguel Zenorini, Presidente da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e Membro da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos do Legislativo

a.) José Eduardo Suppioni de Aguirre, Presidente da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos

a.) Adalberto Letício Alessandri, membro da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos

a.) Arnaldo de Carvalho Pinto, membro da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente

a.) João Soares Souza Lima, membro da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos

a.) Gilberto Romani, médico e vereador convidado:

a.) José Jozefran Berto Freire, médico e vereador convidado



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 1244/93
Fis. 332

### **ATA DE REUNIÃO MISTA DAS COMISSÕES TEMPORÁRIAS DE ESTUDOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E DE ASSUNTOS SÓCIO-ECONÔMICOS DA CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA.**

Tema: mortalidade infantil - pareceres e propostas de representantes da classe médica.

Às vinte horas do dia primeiro de setembro de 1995, na sala anexa ao Gabinete da Presidência da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista - com sede na Praça Hafiz Abi Chedid nº 125 - teve início a segunda reunião mista das comissões acima indicadas para apreciação de relatório sobre dados, pareceres e propostas elaborado por representantes da classe médica a respeito da mortalidade infantil em Bragança Paulista no período de 1990 a 1994.

#### **1. Registro de presenças - Compareceram e participaram da reunião:**

1.1 - os vereadores **Paulo Miguel Zenorini**, Presidente da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e Membro da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; **José Eduardo Suppioni de Aguirre**, Presidente da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; **Adalberto Letício Alessandri**, membro da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente; **Gilberto Romani**, médico e vereador convidado pelas comissões;

1.2 - os seguintes médicos convidados pelas comissões: **Antônio Pádua Netto Júnior**, representando a Associação Paulista de Medicina - Regional de Bragança Paulista; **Attilio Brisighelli Neto**, **Elizabeth Margatho Ramos**, **Elizabeth M. Romani**, **José Ribamar Borges Mendes** e **Maria Filomena Leme de Resende**;

1.3 - os cidadãos **Angelo Fernando Baratella**, enfermeiro, do Escritório Regional de Saúde de Bragança Paulista, e **Luiz Gonzaga Pires Mathias**, empresário.

**2. Abertura dos trabalhos :** Declarando aberta a reunião, o vereador Paulo Miguel Zenorini comunicou que cada pessoa presente já havia recebido xerocópia do relatório apresentado pelos representantes da classe médica - o qual seria analisado nesta reunião - e, antes de dar início aos debates sobre tal relatório, informou que o vereador Arnaldo de Carvalho Pinto chegaria com atraso por estar desempenhando outro compromisso.



## **CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
F. 373

### **3. Debates e considerações sobre o relatório dos representantes da classe médica:**

3.1 - - O empresário Luiz Gonzaga Pires Mathias afirmou que a causa de maior incidência nos dois anos de referência havia sido a de outras causas de mortalidade perinatal.

3.2 - O vereador e médico Gilberto Romani explicou que a causa referida pelo empresário aumentou de 1990 para 1991 e acrescentou que a mortalidade perinatal é relacionada a patologias maternas, às condições de saúde da mãe, implicando, portanto, no acompanhamento pré-natal.

3.3 - Informando que havia conseguido na Fundação Seade - Sistema Estadual de Análise de Dados, os índices e a incidência de causas de mortalidade infantil de 1994 e que as dos anos de 1992 e 1993 seriam recebidas por ele na próxima segunda-feira, dia 04 de setembro, o vereador Paulo Miguel Zenorini forneceu a todos os presentes uma cópia dos dados obtidos em relação ao ano de 1994. Por solicitação do empresário Luiz Gonzaga Pires Mathias, o orador Paulo Miguel Zenorini esclareceu que em 1994 ocorreu o total de 73 (setenta e três) óbitos de menores de 1 ano em Bragança Paulista e que, desse total, a causa com maior incidência havia sido a de lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas perinatais, com 34,24% do total. O vereador afirmou estar preocupado, ainda, com a grande incidência de doenças diarreicas como motivo do óbito infantil, pois em 1994 essa causa atingira 12,33% entre todas.

3.4 - O médico Antônio Pádua Netto Júnior explicou que o relatório apresentado para debates nesta reunião não continha os dados relativos a 1992 e 1993, os quais, uma vez obtidos pelo vereador Paulo Miguel Zenorini junto à Fundação Seade, poderiam ser juntados para o relatório final. Disse o médico, também, que as taxas de mortalidade infantil no relatório haviam sido calculadas mediante a fórmula universal de proporção por mil nascimentos, com exclusão de natimortalidade. Solicitou, ainda, que fosse juntado para o relatório final a ser apresentado pelos médicos o quadro sobre mortalidade infantil precoce e sobre mortalidade infantil tardia dos anos de 1990 e 1991, explicando tratar-se de subdivisão do quadro geral de mortalidade infantil.

3.5 - Em seguida, o vereador Paulo Miguel Zenorini propôs que, primeiramente, os médicos Antônio Pádua Netto Júnior, Attilio Brisighelli Neto e Gilberto Romani, assim como o enfermeiro Angelo Fernando Baratella, discorressem sobre o relatório elaborado.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

PROT. GERAL	2114/93
Fls.	374
a)	

3.5.1 - O médico Atílio Brisighelli Netto explicou que, pelas conclusões do relatório, feito com base nos dados oficiais, o índice de mortalidade infantil de Bragança Paulista no período de 1990 a 1993 tinha a média de 30 (trinta) óbitos para cada 1.000 (um mil) nascimentos, índice esse que - enfatizou - é alto, porém aceitável no contexto nacional, necessitando, porém, de atenção. Acrescentou que, em relação aos demais dados constantes do relatório, dos anos de 1991 a 1994, os de peso ao nascer e de idade gestacional são bons e estão dentro do esperado. Quanto às causas, destacou, as de mortalidade perinatal, de lesões ao nascer e anomalias congênitas correspondem a cerca de 60% do total, o que, a princípio, favorece uma política de redução do índice, pois trata-se de motivos que facilitam a contenção.

3.5.2 - O médico Antônio Pádua Netto Júnior, na sequência das explicações, comentou que seriam juntadas, para um relatório final, as informações de mortalidade infantil precoce e mortalidade infantil tardia, dos anos de 1990 e 1991, onde se verificava que o índice de óbitos decaía para crianças com mais de noventa dias. Disse, ainda, que conforme os quadros constantes do relatório em discussão, o peso da criança ao nascer é bom - com 80% entre 2.500 e 4.000 gramas - e, diante disso, reafirmou que considerava baixa a incidência de desnutrição e prematuridade. Como dado mais preocupante entre os constatados, destacou a instrução das mães - quadros dos anos de 1991 a 1994 - já que 80% delas não têm, sequer, o primeiro grau completo, relacionando-se a isso as questões de falta de acompanhamento pré-natal, amamentação infantil e acompanhamento do desenvolvimento da criança. Nesse sentido, assegurou, deve ser iniciado desde logo um alerta, uma campanha sobre a importância do acompanhamento pré-natal. Falando a respeito dos tipos de parto, com base no apurado de 1991 a 1994, disse que as cesáreas estão em números próximos dos partos normais e que isso o preocupa bastante, principalmente porque há muitos casos em que o médico é chamado a atender uma gestante em trabalho de parto cujas condições ele não conhece - já que não foi ele a fazer o acompanhamento pré-natal - e isso é complicadíssimo. Ante o exposto, argumentou ser necessária discussão profunda com referência aos tipos de parto, inclusive para saber das causas que levam a uma grande incidência de cesáreas, adiantando que um dos fatores a dificultar demais a definição do tipo de parto adequado para cada gestante é exatamente a falta ou o mau acompanhamento pré-natal.

3.5.3 - O enfermeiro Angelo Fernando Baratella considerou que o problema mais sério no tocante à mortalidade materno-infantil, sem dúvida, é a questão do grau de instrução das mães. Exemplificando, comentou que no serviço de enfermagem é possível verificar inclusive até onde a mãe inventa conversas. Sobre os combates dessa mortalidade, apontou como base o desenvolvimento do Programa Premin, utilizado pelos médicos para a formulação das propostas constantes do relatório, o qual estabelece claramente a integração de ações de saúde, educação e saneamento básico, já que atuações isoladas não resolvem a situação. Comentou que esse programa define ações de controle de problemas respiratórios.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Flo.	375
a)	2

3.6 - Debates sobre as considerações formuladas pelos autores do relatório:

3.6.1 - Acerca dos problemas respiratórios, o vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre observou que a maior ocorrência deles coincidiu com obras de pavimentação da periferia da cidade por volta de 1990 e que eles tendiam a cair nos anos posteriores.

3.6.2 - O enfermeiro Angelo Fernando Baratella explicou que a partir de 1990, 1991, as doenças respiratórias passaram a contar com medicamentos e tratamentos bons, tais como penicilina e terapia de reidratação oral. Acrescentou que o soro era feito no Centro de Saúde e as mães participavam da terapia, mas esse trabalho acabou. Disse que atualmente existe um trabalho à parte que merece elogios, qual seja: o da Pastoral da Criança, cujos integrantes são muito bem treinadas e desenvolvem com absoluta obediência aos parâmetros técnicos as ações de vacinação, campanha de aleitamento materno, pesagem de crianças, entre outras.

3.6.3 - O vereador Paulo Miguel Zenorini anunciou que já estava encaminhando, juntamente com os edis Arnaldo de Carvalho Pinto e José Jozefran Berto Freire, uma proposta de homenagem da Câmara Municipal aos voluntários da Pastoral da Criança, pelo relevante serviço prestado.

3.6.4 - Sobre o trabalho da Pastoral da Criança, a médica Elizabeth M. Romani disse que seus componentes chegam até a ensinar as mães a prepararem adequadamente os alimentos das crianças, dedicando tardes inteiras de trabalho a um acompanhamento direto às famílias nesse sentido.

3.6.5 - O empresário Luiz Gonzaga Pires Mathias perguntou qual o órgão responsável pelo treinamento desses voluntários.

3.6.6 - Em resposta, o vereador Paulo Miguel Zenorini afirmou que esse treinamento é feito pela Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, órgão responsável pela Pastoral da Criança. Ainda com a palavra, o mesmo vereador disse que, embora os médicos dêem como aceitável o índice médio de mortalidade infantil em Bragança Paulista, pelos dados da Fundação Seade a média do Estado de São Paulo é de 20 óbitos para cada 1.000 nascimentos e que, no município bragantino, a média é de 30 mortes para cada 1.000 nascidos, portanto com registro de 50% a mais, no âmbito local em relação ao parâmetro médio estadual - o que considera chocante.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

PROT. GERAL	12144/93
Fls.	376
a)	

3.6.7 - A médica Elizabeth Margatho Ramos afirmou que no município de Campinas, a média é de 16 óbitos para cada 1.000 nascimentos e os seus governantes estão preocupados em reduzi-la para 11.

3.6.8 - Por sua vez, a médica Maria Filomena Leme de Resende considerou que as ações e os programas específicos dependem, fundamentalmente, de se deixar o sistema de saúde devidamente organizado.

3.6.9 - O vereador Paulo Miguel Zenorini, comentando sobre encontro do qual participou na Assembléia Legislativa sobre educação, disse que um dos Prefeitos presentes resumiu bem a situação ao afirmar que um governo mostra suas prioridades dentro do orçamento, com os recursos que destina para cada área. Em seguida, explicou que a Câmara Municipal está prestes a receber e apreciar o orçamento do Município para 1996 e que sempre existe briga em torno dos valores dotados para educação e saúde.

3.6.10 - Falando sobre a importância da educação das mães, a médica Elizabeth Margatho Ramos disse que o grau de instrução delas se apresenta tão baixo que os órgãos de saúde não conseguem fazê-las agir de acordo com as recomendações. Mencionou que em Bragança Paulista há casos em que a jovem com 16 anos já tem 4 filhos.

3.6.11 - O vereador Paulo Miguel Zenorini observou que segundo o relatório dos médicos em 1994 aconteceram 14 partos com mães de até 14 anos de idade e considerou que, de fato, parte do problema se deve realmente à formação.

3.6.12 - O vereador Gilberto Romani, manifestando-se a respeito dos tipos de parto, disse que o número de cesáreas está alto e que isso deve ser objeto de melhores estudos.

3.6.13 - A médica Maria Filomena Leme de Resende ressaltou que, no caso de um levantamento sobre os motivos das cesáreas, certamente não se constatará nos prontuários quaisquer razões que não as regularmente aceitas para esse tipo de parto.

3.6.14 - Retomando a palavra, o vereador Gilberto Romani disse que no caso da mortalidade infantil nutrição não é tudo, mas é fundamental. Comentou, ainda, que o levantamento feito pelas comissões da Câmara Municipal está compatível com os dados da Fundação Seade.

3.7 - Após, o vereador Paulo Miguel Zenorini solicitou aos autores do relatório que discorressem a respeito das propostas feitas por eles.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

3.7.1 - Sobre a proposta **Criação de Comitê de Mortalidade Materno-Infantil**, o vereador Gilberto Romani explicou que esse órgão é que se incumbiria de verificar causas de óbitos e apurar índices de mortalidade infantil, fornecendo, com isso, os subsídios necessários para direcionamento das ações de saúde.

3.7.2 - Com referência às propostas **Garantia de Acesso de 100% das Gestantes ao Acompanhamento Pré-Natal e Ações Educativas concomitantes a esse acompanhamento**, o mesmo vereador, Gilberto Romani, destacou que os motivos dessa proposta são óbvios, já que se constatou a falta de tal acompanhamento como uma das razões que levam às causas de mortalidade e que mesmo com o acompanhamento pré-natal o obstetra só adquire de fato o controle sobre o estado da gestante após seis consultas de pré-natal. Diante disso, ressaltou, é necessário criar *mecanismos no sentido de atrair a gestante para o acompanhamento pré-natal, inclusive utilizando-se de trabalho educativo pela imprensa*

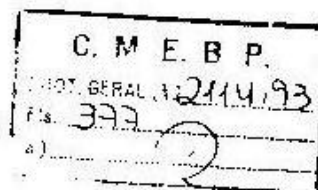
3.7.3 - Referindo-se à proposta **regionalização e hierarquização da assistência pré-natal e ao parto, incluindo o estabelecimento de referência e contra-referência para gestações de alto risco**, o vereador Gilberto Romani justificou que não está se identificando os casos de alto risco e não está se fazendo o devido diagnóstico.

3.7.4 - Sobre a **Casa de Gestante**, o vereador Gilberto Romani explicou que grande parte das gestantes, ainda que recebendo todas as recomendações no acompanhamento pré-natal, não as cumpre em casa e que, portanto, a Casa da Gestante constitui-se em local para acolhida de gestantes de alto risco. Explicou que além da assistência a gestantes em tais casos, esse local acaba fazendo com que, mesmo depois de atendidas e após o parto, as mulheres retornem para prestar ajuda.

3.7.5 - Sobre as propostas relacionadas a **melhora da qualidade de assistência ao parto e ao puerpério e identificação dos vários níveis de atenção perinatal**, o médico Attilio Brisighelli Neto disse que, notadamente esta última, envolve procedimentos de obstetria completos para evitar que o médico tenha de atender, na hora do parto, a uma gestante que ele não acompanhou durante o pré-natal e que pode ser de alto risco. Sobre o acompanhamento pré-natal, explicou que abrange uma série de procedimentos obrigatórios em cada consulta e que, por isso, não é possível atender com a necessária qualidade cerca de 40 gestantes por dia.

3.7.5.1 - Discutindo a questão quantidade e qualidade de atendimento:

a) - O vereador Adalberto Leticio Alessandri comentou que, segundo informações do Diretor do Departamento de Saúde do Município, as unidades básicas atenderam cerca de 25.000 pessoas nos últimos dois anos - ao que o vereador Paulo Miguel Zenorini questionou se esse atendimento teria sido satisfatório.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

b) - O vereador Gilberto Romani citou exemplos de pacientes que, por desconhecimento e outras razões, até preferem as consultas mais rápidas e que, se puderem optar entre médicos que dedicam maior ou menor tempo às consultas, escolhem os segundos.

c) - O vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre disse que as comissões que vêm debatendo a questão da saúde já puderam sentir, em manifestações feitas por profissionais de área, o problema de pacientes que repetem consultas.

d) - A médica Maria Filomena Leme de Resende afirmou que deve ser exigido o correto preenchimento dos formulários, acrescentando que às vezes não havia prontuários disponíveis para as devidas anotações de consulta. Em seguida disse que a maioria das pessoas que trabalham nos postinhos de saúde não tem noção da importância do trabalho que desenvolvem.

e) - A médica Elizabeth M. Romani disse que nos postinhos ocorre, também, de os funcionários desempenharem diversas funções, com a enfermeira se deslocando para o preenchimento de fichas (atendente), por exemplo.

f) - O enfermeiro Angelo Fernando Baratella assegurou que a liberação de recursos para o município e os hospitais leva em conta o número de consultas e que o parâmetro sobre a quantidade delas deve ser observado.

g) - O médico Attilio Brisighelli Neto perguntou se esse recurso destinado à Prefeitura não poderia ser aplicado somente para a saúde.

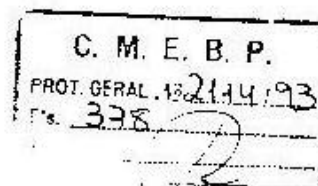
h) - O enfermeiro Angelo Fernando Baratella disse que em Bragança Paulista a saúde não é municipalizada e que também não existe o Fundo Municipal de Saúde. Falou, ainda, que o próprio Conselho Municipal de Saúde é irregular porque a Câmara Municipal retirou a representatividade do Estado e, assim, não é atendida a Lei nº 4.080, de 31 de dezembro de 1989.

i) - O vereador Gilberto Romani argumentou que o Conselho Municipal de Saúde tem de remeter ao Legislativo o relatório mensal de suas atividades, mas às vezes ele esquece de cumprir tal atribuição e em outras vezes, quando a cumpre, envia relatórios manuscritos, ininteligíveis.

j) - O empresário Luiz Gonzaga Pires Mathias afirmou que o Sistema de Saúde do país é multi-governamental, não havendo clareza, sequer, para compreensão do fluxo de rendas e que o ideal seria a normatização do sistema, com o compromisso formal de seu cumprimento por todos os órgãos envolvidos.

l) - O enfermeiro Angelo Fernando Baratella e os médicos Gilberto Romani e Antônio Pádua Netto Júnior responderam que as normas já existem.

m) - A médica Maria Filomena Leme de Resende comentou que quando se fala em centro ou em posto de saúde, se fala em prevenção, mas que essas repartições são procuradas quando a pessoa já está doente.







## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

n) - Os vereadores Paulo Miguel Zenorini e Adalberto Letício Alessandri ressaltaram que não adianta criar normas se elas não forem divulgadas e cumpridas.

3.7.6 - Explicando as demais propostas apresentadas no relatório, o médico Antônio Pádua Netto Júnior disse que:

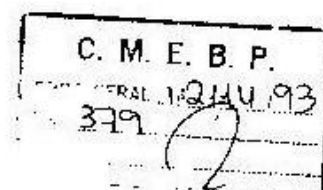
a) - A respeito da proposta **melhoria das condições de recepção aos recém-nascidos - alojamento conjunto**, trata-se de antiga reivindicação no sentido de que os profissionais tenham condições de trabalhar da melhor maneira possível. Exemplificando, falou que, no caso dos pediatras, muitas vezes, as condições são precárias, tais como em relação à falta de equipamentos. No tocante ao alojamento conjunto, disse que já existe normatização e que atualmente já vem sendo feito, pois consiste em se deixar sob os cuidados da mãe, ainda no hospital, o recém-nascido com boas condições de saúde.

b) - A proposta **identificação de aspectos demográficos regionais, definição dos níveis de estabelecimento de sistema de referência e contra-referência da mãe e do recém-nascido**, está relacionada à proposta de ações educativas concomitantes às ações de assistência pré-natal, já explicadas.

c) - Sobre o **estímulo ao aleitamento materno**, ressaltou que dentro do aspecto global das propostas formuladas pelos representantes da classe médica, esse estímulo deve ter início no acompanhamento pré-natal ou na Casa da Gestante.

d) - Quanto ao **estímulo ao acompanhamento e desenvolvimento**, envolve ações de apuração de peso e altura da criança, podendo ser feita e anotada por atendentes, enfermeiros ou pessoas devidamente treinadas e não necessariamente pelos médicos, devendo ser encaminhados a este apenas os casos que estiverem abaixo dos padrões. Em aparte, o médico **José Ribamar Borges Mendes** disse que antes da criação do Sistema de Saúde tinha a assistência médica separada da preventiva e havia, então, toda uma estrutura tecnológica de atendimento - O INAMPS - e a estrutura para prevenção, mas que, ao unificar-se tais estruturas, começaram a surgir os problemas. A médica Maria Filomena Leme de Resende comentou haver participado de reunião em São Paulo sobre criança e adolescentes, época em que era do INAMPS, mas, surpreendentemente, havia sido citada naquele encontro como representante do ERSA e que, portanto, havia apresentado ao diretor do Departamento de Saúde do Município o relatório de sua participação no evento, mas não tinha tido retorno. Em seguida, prosseguiu o médico Antônio Pádua Netto Júnior, o qual:

e) - Afirmou que o **acompanhamento às doenças respiratórias**, outro item constante das propostas dos médicos, é feita pelo Hospital Universitário, mas o Estado não manteve o controle que desenvolvia nessa área.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

f) - Quanto à **atenção à doença diarréica**, explicou que tal controle é fundamental, envolvendo não apenas as ações de incentivo ao aleitamento materno, como, também, os cuidados com o saneamento básico;

g) - Em relação a **intervenção nutricional - suplementação alimentar da gestante e da criança**, destacou que, além de abranger o acompanhamento do peso da criança, tal proposta visa à definição de local onde o pediatra possa encaminhar bebês desnutridos;

h) - Da proposta de **diminuição do índice de natalidade**: ressaltou que existe a preocupação e está se reduzindo a mortalidade infantil, mas a taxa de natalidade continua a mesma e, se contida, também poderá influir na melhoria da qualidade de vida.

i) - A respeito da **capacitação e reciclagem profissional** - afirmou que a Universidade São Francisco mantém programa a esse respeito, devendo ter algo semelhante no município.

j) - Quanto à **educação em saúde para a comunidade** disse que ela envolve a formação de agentes de saúde e o acompanhamento de vacinas. A respeito desta proposta, enfatizou que os voluntários da Pastoral de Criança já desenvolvem excelente trabalho e poderiam ser integrados para a disseminação do preparo de agentes de saúde, que consiste no treinamento de pessoas dos próprios bairros

l) - Concluindo, disse que o programa de implantação e execução das propostas mencionadas deve ser alvo de **avaliação constante** para verificação de resultados.

3.8 - Após a apresentação e explicações das propostas, manifestou-se o médico **José Ribamar Borges Mendes**, o qual explicou que em Bragança Paulista existem as unidades de saúde, a Casa do Artesão - fechada -, o ambulatório de especialidades e todo um potencial de trabalho que, caso fossem juntadas forças, poderia funcionar com cinquenta por cento a mais do que a capacidade de operação atual.

3.9 - O vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre ressaltou que os componentes da Câmara Municipal não têm poder para implementar a política proposta pelos médicos e sugeriu que eles expusessem suas sugestões em sessão do Legislativo, para a qual se convidaria também o Executivo, criando-se, assim, as condições de união entre os poderes e a comunidade para implantação do programa.

3.10 - Concordando com a sugestão do antecessor, o edil Gilberto Romani disse que deve ser dada publicidade ao assunto, para sensibilização da comunidade, do Executivo e dos próprios membros do Legislativo. Comentou que para a exposição do assunto em plenário poderiam ser designados os representantes da classe médica, convidando-se, para os debates, o Prefeito, o Diretor do Departamento de Saúde do Município e integrantes de outras instituições ligadas à saúde.

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 13.2114.93
113 380



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

3.11 - O vereador Paulo Miguel Zenorini considerou importante que o assunto fosse colocado em plenário pelos próprios técnicos da área de saúde e propôs que, antes, ocorra nova reunião para que os médicos possam, a partir do relatório apresentado nesta reunião, detalhar cada proposta e fazer a exposição do assunto em sessão da Câmara.

4. Para a nova reunião das comissões com os médicos, destinada à elaboração do relatório para apresentação em plenário, ficou designado o dia 14 de setembro, quinta-feira, às vinte horas, na Câmara Municipal. Os vereadores presentes assumiram o compromisso de formular requerimento para reserva da primeira hora da sessão de 19 de setembro para o tratamento do tema junto ao Plenário do Poder Legislativo.

5. **Encerramento** - Nada mais havendo a ser tratado, esta reunião foi encerrada às vinte e duas horas e quarenta minutos. Compareceram os seguintes servidores da Câmara Municipal: Ana Sílvia Cardoso, Assistente de Gabinete, Maureen Dorothy Facchim de Oliveira, Assistente Administrativo, Dirce Pontes, Servente, e eu, Regina Maria Zanini, Diretora do Departamento Legislativo, que lavrei a presente ata, a qual, lida e considerada conforme, é assinada pelos vereadores nela mencionados.

Casa do Poder Legislativo, 04 de setembro de 1995

**PAULO MIGUEL ZENORINI**

Presidente da Comissão da Criança e do Adolescente e Membro da Comissão de Estudos Sócio-Econômicos

**JOSÉ EDUARDO SUPPIONI DE AGUIRRE**

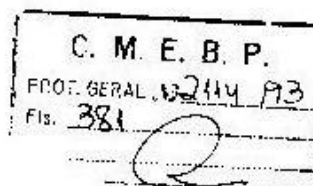
Presidente da Comissão de Estudos Sócio-Econômicos

**ADALBERTO LETÍCIO ALESSANDRI**

Membro da Comissão da Criança e do Adolescente e Membro da Comissão de Estudos Sócio-Econômicos

**GILBERTO ROMANI**

Médico e vereador, convidado pelas comissões





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114, 93
Fis. 382
•

ATA DE REUNIÃO MISTA DAS COMISSÕES TEMPORÁRIAS DE ESTUDOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E DE ASSUNTOS SÓCIO-ECONÔMICOS DA CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA.

**Tema:** mortalidade infantil - conclusões

As vinte horas do dia catorze de setembro de 1995, na sala anexa ao Gabinete da Presidência da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista - Praça Hafiz Abi Chedid nº 125 - teve início reunião mista das comissões temporárias acima indicadas, para conclusões relativas à mortalidade infantil de Bragança Paulista no período de 1990-1994, visando à apresentação do assunto ao Plenário da Câmara Municipal e ao Poder Executivo na 29ª sessão ordinária do exercício de 1995.

**1. Registro de presenças - Participaram da reunião:**

1.1 - os vereadores: José Eduardo Suppioni de Aguirre, Presidente da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; Adalberto Leticio Alessandri, membro da Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; José Sérgio Conti Júnior, membro da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos; e Gilberto Romani, vereador e médico convidado pelas comissões;

1.2 - os seguintes médicos convidados pelas comissões: Antônio Pádua Netto Júnior (representando a Associação Paulista de Medicina - Regional de Bragança Paulista), Attilio Brisighelli Neto, Elizabeth Margatho Ramos, Elizabeth Menon Romani, Jersey W. Cichecki e José Ribamar Borges Mendes;

1.3 - o enfermeiro Angelo Fernando Baratella, do Escritório Regional de Saúde - ERSA-25.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fls. 383

### 2. Debates:

A reunião foi coordenada pelo vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre, o qual, no início, comunicou que o vereador João Soares Souza Lima não pôde comparecer por motivos de ordem profissional e que a médica Maria Filomena Leme de Resende também comunicara sobre a impossibilidade de sua presença em função de problema de saúde em pessoa da família. Introduzindo o tema desta reunião, o vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre ressaltou que seriam definidas nesta data as conclusões do grupo reunido para apresentação e exposição ao Plenário do Legislativo e ao Executivo de relatório sobre os dados e as causas da mortalidade infantil, assim como as propostas para redução das taxas apuradas. Comunicou que a Câmara Municipal já havia convidado para sessão do dia 19 próximo o Prefeito Jesus Adib Abi Chedid e o Diretor do Departamento de Saúde do Município, doutor Benedicto Márcio Villaça, destacando como fundamental a presença do Executivo para o nascimento de uma política de ação administrativa organizada de atenção materno-infantil. Em seguida, consultou os médicos presentes sobre quais deles fariam a exposição do assunto na sessão do Legislativo.

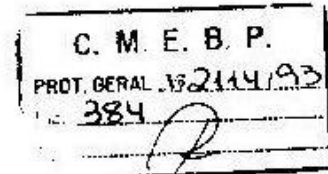
O médico Antônio Pádua Neto Júnior comunicou que a apresentação do assunto na sessão seria feita por ele e pelo médico Attilio Brisighelli Netto. Concordando com a colocação do vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre quanto à prioridade para definição da política de assistência materno-infantil, esse médico ressaltou que essa era exatamente a proposta deles para as comissões legislativas.

Referindo-se às propostas que os representantes da classe médica haviam abordado na reunião anterior, o vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre comentou que, para melhor encaminhamento em plenário, elas poderiam ser compiladas em torno das principais propostas, concentrando-se as sobre a atenção à gestante. Quanto às causas da mortalidade infantil, disse haver ficado impressionado com a grande incidência das chamadas causas perinatais.





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA



A médica Elizabeth Menon Romani disse que a concentração de uma política especial de assistência poderia ser feita em relação à gestante e, também, à criança - pelo menos de até dois anos. Justificando, mencionou as experiências que vem tendo no exercício da pediatria quanto à importância de atenção especial à criança em tal faixa etária.

Quanto à menção feita pelo vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre da incidência maior das causas perinatais na mortalidade infantil, a médica Elizabeth Margatho Ramos disse que, conforme já havia sido mencionado pelos médicos, tal causa está relacionada à falta de acompanhamento pré-natal, mas também se interliga ao baixo nível de instrução das mães.

O vereador José Sérgio Conti Júnior falou sobre a necessidade e a importância do desenvolvimento de campanha de conscientização popular, no sentido de despertar a atenção das mulheres para a busca de assistência médica durante a gestação.

O vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre enfatizou reconhecer a importância da referida campanha, posicionando-se no sentido de que, para os debates do tema no plenário da Casa, fossem compiladas propostas que permitissem o surgimento de uma política de atenção à gestante, a partir da qual fossem firmados compromissos e efetivadas reuniões em que as ações como campanha educativa e outras necessárias decorressem das propostas básicas.

A médica Elizabeth Menon Romani comentou sobre a existência de casas de adolescentes de 16, 17 anos que já têm mais de um filho, opinando que, em tais casos, a escolarização dificilmente aconteceria, mas que, mesmo assim, as escolas poderiam ser veículos de campanha educativa e de conscientização.

Na definição das propostas básicas, os médicos Antônio Pádua Neto Júnior e Attilio Brisighelli Netto apontaram: a criação do Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil e a implantação da Casa da Gestante.

Houve unânime concordância das pessoas presentes em relação a tais propostas e, na discussão, foram feitos os seguintes pronunciamentos:



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Nº 385
<i>[Handwritten signature]</i>

O vereador Gilberto Romani indagou sobre a forma de composição do comitê. O médico Antônio Pádua Neto Júnior afirmou que esse órgão deve ter representantes dos poderes Executivo e Legislativo e da comunidade. O vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre enfatizou que inicialmente poderiam ser colocadas essas propostas, trabalhando conjuntamente o Legislativo, o Executivo e os representantes da classe médica para sua implantação e reservando-se para etapa posterior os desmembramentos do assunto. A médica Elizabeth Margatho Ramos disse que dentro de tais propostas básicas cabia a melhoria da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, o que o vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre e o médico Antônio Pádua Neto Júnior consideraram como parte de uma segunda etapa, dentro de atribuições do comitê municipal de mortalidade materno-infantil.

Comentando a respeito da participação de escolas na conscientização para a questão da saúde materno-infantil, o médico Attilio Brisighelli Netto concordou com a médica Elizabeth Menon Romani de que esse trabalho resolveria o problema a longo prazo, pois a educação é fundamental, mas, de imediato, não atingiria as mães que não freqüentam cursos escolares. A médica Elizabeth Menon Romani sugeriu que as empresas também fossem solicitadas a participar de um movimento de conscientização.

Discutindo sobre a criação do comitê municipal de mortalidade materno-infantil, a médica Elizabeth Margatho Ramos perguntou quais seriam as atribuições desse órgão, alertando para que se evitasse um possível conflito de responsabilidades entre ele e outros órgãos já em funcionamento na área de saúde. O médico Antônio Pádua Neto Júnior afirmou que tal comitê teria poder de decisão.

Acerca de investimentos na saúde, o médico Attilio Brisighelli Netto disse que a área na qual menos tem se investido é exatamente a materno-infantil. O vereador José Sérgio Conti Júnior considerou oportuna tal colocação, informando que a Câmara Municipal estava prestes a receber e a apreciar o orçamento do Município para o próximo ano - 1996 - e que, portanto, deveria atentar para a questão desses investimentos.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2414/93
Fls. 386

Na seqüência de discussão de propostas, o enfermeiro **Angelo Baratella Júnior** comunicou que a médica **Maria Filomena Leme de Resende** o incumbira de justificar ausência em função de problema de saúde com pessoa da família, assim como de trazer propostas para integrar relatório conclusivo do grupo: a junção do serviço da Pastoral da Criança ao de atenção primária à saúde e a melhoria dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde. O vereador **José Eduardo Suppioni de Aguirre** ressaltou que tais propostas caberiam na fase posterior, como ações em torno das propostas básicas, que seriam as de criação do comitê de mortalidade materno-infantil e da casa da gestante.

Sobre o comitê e a casa da gestante, o médico **Attilio Brisighelli Netto** explicou que haveria necessidade de destinação de verba anual a esses órgãos. O médico **José Ribamar Borges Mendes** indagou sobre quem gerenciaria esses órgãos. Com referência à verba anual, o vereador **José Sérgio Conti Júnior** afirmou que isso poderia ser previsto no orçamento do Município.

Em seguida, utilizando-se da peça orçamentária municipal em vigor no corrente ano de 1995, os vereadores **José Sérgio Conti Júnior** e **Gilberto Romani** explicaram em quais unidades orçamentárias eram estimadas as dotações para a saúde, especificando o Departamento de Saúde e Promoção Social. O médico **José Ribamar Borges Mendes** comentou sobre necessidade de desmembramento desse departamento para distinção entre saúde e promoção social. O enfermeiro **Angelo Fernando Baratella** disse que, dos recursos encaminhados pelo Estado, nem todo o montante foi destinado à saúde.

No prosseguimento dos trabalhos, o vereador **José Eduardo Suppioni de Aguirre** consultou se todas as pessoas presentes estavam de acordo com a centralização das propostas em torno da criação de comitê municipal de mortalidade materno-infantil e da casa da gestante. Houve unânime concordância.

O médico **José Ribamar Borges Mendes** perguntou qual era a finalidade desse comitê. Em resposta, o médico **Antônio Pádua Neto Júnior** explicou que a finalidade era a de assistência materno-infantil uma vez que a principal causa da mortalidade infantil no município vinha sendo a perinatal. Retomando a palavra, o médico **José Ribamar Borges**





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fls. 383

Mendes questionou sobre o tipo de função e o mecanismo legal para a criação do comitê. Quanto ao tipo de função, o médico Antônio Pádua Neto Júnior disse que era de consultoria e ação. Com referência ao mecanismo legal, o vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre destacou que, inicialmente, se buscaria sensibilizar o Executivo a respeito do assunto e, a partir de então, novas reuniões seriam promovidas para estudos sobre a maneira adequada de implantação das medidas. O médico José Ribamar Borges Mendes, reiterando comentário feito pela médica Elizabeth Margatho Ramos, disse que poderiam surgir conflitos de atribuições do comitê com o Conselho Municipal de Saúde já implantado. Quanto à organização estrutural, o enfermeiro Angelo Fernando Baratella comentou que, se o Município tivesse um departamento apenas para a saúde, poderiam ser estabelecidas divisões, tais como a médica, a odontológica, a de enfermagem, a de vigilância sanitária e demais sub-unidades cabíveis.

Ao final, ficou estabelecido que o grupo reunido nesta oportunidade apresentaria relatório conclusivo, para documentação das comissões legislativas e para exposição e debates no plenário da Câmara Municipal durante a 29ª sessão ordinária de 1995, quando tal relatório seria entregue ao Executivo, nas pessoas do senhor Prefeito e do Diretor do Departamento de Saúde e Promoção Social. Pelo vereador José Eduardo Suppioni de Aguirre, foi determinado a mim, Regina Maria Zanini Damázio, Diretora do Departamento Legislativo da Câmara Municipal, que elaborasse o relatório conclusivo retro mencionado, nos termos definidos pelas comissões legislativas e pelos representantes da classe médica. (Relatório juntado nos autos - fl. \_\_\_\_/\_\_\_\_).

5. Encerramento - Nada mais tendo sido tratado, a reunião foi encerrada às vinte e duas horas e trinta minutos. Atuaram os seguintes servidores da Câmara Municipal: Dirce Alves de Oliveira, Servente, Maureen Dorothy Facchim de Oliveira, Assistente Administrativa, e eu, Regina Maria Zanini Damázio, Diretora do Departamento Legislativo, que lavrei a presente ata, a qual, lida e considerada de acordo, é assinada pelos vereadores nela mencionados. Casa do Poder Legislativo, 15 de setembro de 1995



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fº 388
<i>R</i>

a.) José Eduardo Suppioni de Aguirre,  
Presidente da Comissão Temporária de Estudos Sócio-  
Econômicos

a.) Adalberto Leticio Alessandri, membro da  
Comissão Temporária de Estudos da Criança e do Adolescente e  
da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos

a.) José Sérgio Conti Júnior, membro da  
Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos

a.) Gilberto Romani, médico e vereador  
convidado;

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fol.	389
)	

**RELATÓRIO:** análise de dados e conclusões sobre mortalidade infantil em Bragança Paulista.

**EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:**

**- Comissões Temporárias do Poder Legislativo da Estância de Bragança Paulista:**

- COMISSÃO DE ESTUDOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: PAULO MIGUEL ZENORINI, Presidente; ADALBERTO LETÍCIO ALESSANDRI, membro; ARNALDO DE CARVALHO PINTO, membro.

- COMISSÃO DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS: JOSÉ EDUARDO SUPPIONI DE AGUIRRE, Presidente; ADALBERTO LETÍCIO ALESSANDRI, membro; JOÃO SOARES SOUZA LIMA, membro; JOSÉ SÉRGIO CONTI JÚNIOR, membro; PAULO MIGUEL ZENORINI, membro.

**- Representantes da classe médica de Bragança Paulista, convidados pelas comissões:**

- ANTÔNIO PÁDUA NETO JÚNIOR, pediatra;
- ATTÍLIO BRISIGHELLI NETO, ginecologista e obstetra;
- ELIZABETH MARGATHO RAMOS, sanitarista, ginecologista e obstetra;
- ELIZABETH MENON ROMANI, pediatra;
- JERZY W. CICHECKI, pediatra;
- JOSÉ RIBAMAR BORGES MENDES, infectologista e sanitarista;
- MARIA FILOMENA LEME DE RESENDE, pediatra.

**- Cidadãos convidados pelas comissões legislativas:**

- ANGELO FERNANDO BARATELLA, enfermeiro;
- LUIZ GONZAGA PIRES MATHIAS, empresário.



Documento apresentado e debatido na 29ª sessão ordinária da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista, em 20 de setembro de 1995, oportunidade em que foi entregue ao Poder Executivo, na pessoa do dr. Benedicto Márcio Vilaça, Diretor do Departamento de Saúde e Promoção Social do Município.

Casa do Poder Legislativo, 19 de setembro de 1995

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Nº	390
)	

## RELATÓRIO CONCLUSIVO SOBRE MORTALIDADE INFANTIL - PERÍODO DE 1990 A 1994

As Comissões Temporárias de Estudos da Criança e do Adolescente e de Assuntos Sócio-Econômicos do Poder Legislativo, assim como os representantes da classe médica e de serviço de enfermagem de Bragança Paulista convidados por elas, apresentam ao Plenário da Câmara Municipal e ao Poder Executivo o relatório conclusivo sobre a mortalidade infantil no município e as propostas de ações relacionadas à saúde materno-infantil neste município:

### PARTE I - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Foram analisados para a elaboração deste trabalho:

- levantamentos feitos pelas referidas comissões do Poder Legislativo, tendo como fonte de dados a documentação do Serviço Registral (Cartório de Registro Civil) de Bragança Paulista;
- números apurados pelo Sistema de Registro de Nascidos Vivos (Escritório Regional de Saúde - ERSA local);
- dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE.

#### *Sobre as taxas*

Apurou-se a equivalência entre os dados obtidos pelas comissões legislativas e os da Fundação SEADE, em relação às taxas de mortalidade infantil e suas causas (*figuras 1.1 e 1.2 - fls*). Com base nos dados dos cinco anos de referência (1990-1994), levando em conta as taxas da Fundação SEADE, obtém-se média de trinta e três (33) óbitos para cada mil nascimentos em Bragança Paulista. Embora esteja nos patamares de outros municípios brasileiros (inclusive da região Sudeste) e estrangeiros com características semelhantes, a **média de mortalidade infantil local é alta**, notadamente se comparada com as de outras cidades paulistas. (*Figura 1.6 - fl. 6*).



C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fls	394
)	

### *Sobre as causas*

As maiores responsáveis pela morte de menores de 1 ano no município têm sido as chamadas *causas perinatais* (em que estão consideradas as lesões ao nascer, partos distócios e outras afecções anóxicas e distócicas perinatais, assim como outras causas de mortalidade perinatal). Para se ter noção da gravidade da incidência dessas causas, basta citar que nos cinco anos verificados (1990-1994), elas correspondem à somatória (por vezes, até mais) dos números de incidência das demais causas. No quinquênio em referência, a média anual de incidência das causas perinatais foi de 46 casos. (*figuras 2.1, 2.2, 2.3, 2.4.1 - fls 6, 7 e 9*).

Pelo entendimento unânime dos representantes da classe médica que participaram da elaboração deste trabalho, as causas perinatais decorrem sobretudo de fatores relacionados ao acompanhamento pré-natal, especialmente da falta dele. Daí as propostas do grupo estarem fundamentadas na concentração de ações voltadas para a assistência à gestante e sua conscientização.

Reforça-se o entendimento da classe médica em função dos dados - preocupantes - do nível de instrução das mães: no quinquênio 1990-1994, os levantamentos apontaram que cerca de 75% das mães não têm qualquer grau de instrução ou têm somente o primeiro grau incompleto. (*figura 3.4 - fl.12*).

Analisados índices e causas, tem-se como prioritária para a redução do índice de mortalidade infantil a execução de uma política especial de atenção à saúde materno-infantil no município. As propostas feitas pelo grupo (*fls 13 e 14*) visam exatamente ao desenvolvimento de tal política, através da instituição de órgãos para ações nessa área.

## **PARTE II - QUADROS E GRÁFICOS**

Respaldam-se as considerações acima nos dados obtidos e estudados pelo grupo e constantes deste relatório em forma de figuras (quadros e gráficos), subdivididas neste relatório em três grupos principais:

- **FIGURAS DO GRUPO 1: taxas de mortalidade infantil**
- **FIGURAS DO GRUPO 2: causas da mortalidade infantil**
- **FIGURAS DO GRUPO 3: situação dos nascidos vivos**



C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL Nº 2114/93  
 Fls 392

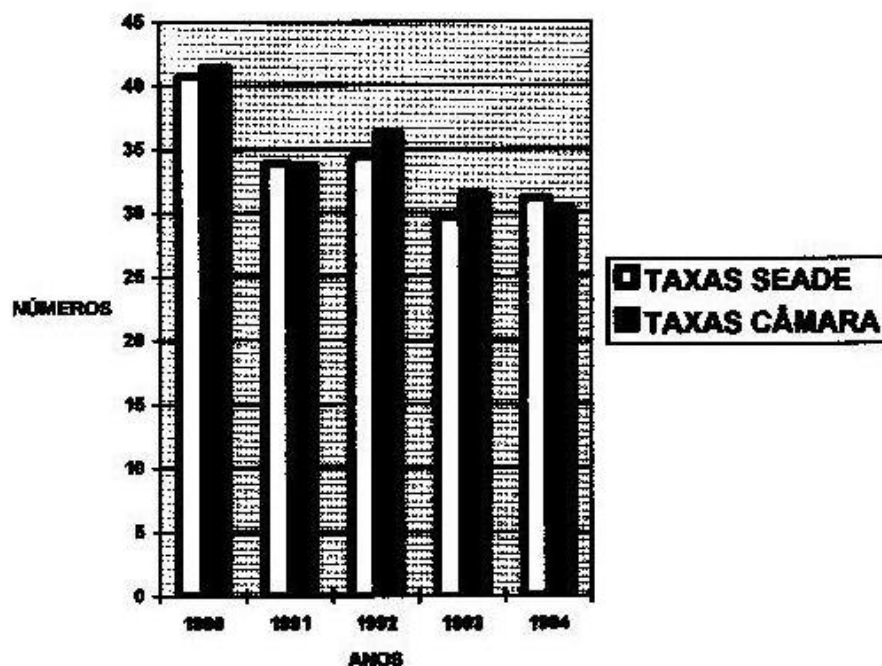
**FIGURAS DO GRUPO I: taxas de mortalidade infantil.**

**1.1 - TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL BRAGANÇA PAULISTA - 1990-1994 - SEGUNDO DADOS OBTIDOS PELAS COMISSÕES LEGISLATIVAS E SEGUNDO DADOS DA FUNDAÇÃO SEADE:**

ANO	SEADE		COMISSÕES LEGISLATIVAS	
	ÓBITOS	TAXAS MORT.	ÓBITOS	TAXAS MORT.
1990	91	40,68	86	41,52
1991	78	33,89	73	33,73
1992	81	34,37	81	36,24
1993	70	29,70	67	31,47
1994	73	31,19 (*)	71	30,34

(\*) O ÍNDICE DE 1994 FOI CALCULADO PELO NÚMERO DE ÓBITOS DA FUNDAÇÃO SEADE E O NÚMERO DE NASCIMENTOS LEVANTADO PELAS COMISSÕES DA CÂMARA MUNICIPAL.

**1.2 - GRÁFICO DEMONSTRATIVO DA EQUIVALÊNCIA DAS TAXAS APURADAS PELAS COMISSÕES DA CÂMARA MUNICIPAL COM OS DADOS OFICIAIS DA FUNDAÇÃO SEADE**



**1.3 - QUADRO DE TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL PRECOCE (0 A 28 DIAS) E DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA (28 SEMANAS A 1 ANO) - BRAGANÇA PAULISTA (1990-1994)**

ANO	M.I. PRECOCE		M.I. TARDIA	
	ÓBITOS	TAXAS MORT.	ÓBITOS	TAXAS MORT.
1990	37	18	49	24
1991	35	16	42	19
1992	31	14	50	22
1993	32	14	35	16
1994	31	13	40	16

(DADOS FORNECIDOS PELO PEDIATRA ANTÔNIO FÁDUA NETTO JÚNIOR)

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fis 393
( )

**1.4 - TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL - BRAGANÇA PAULISTA 1970-1994**

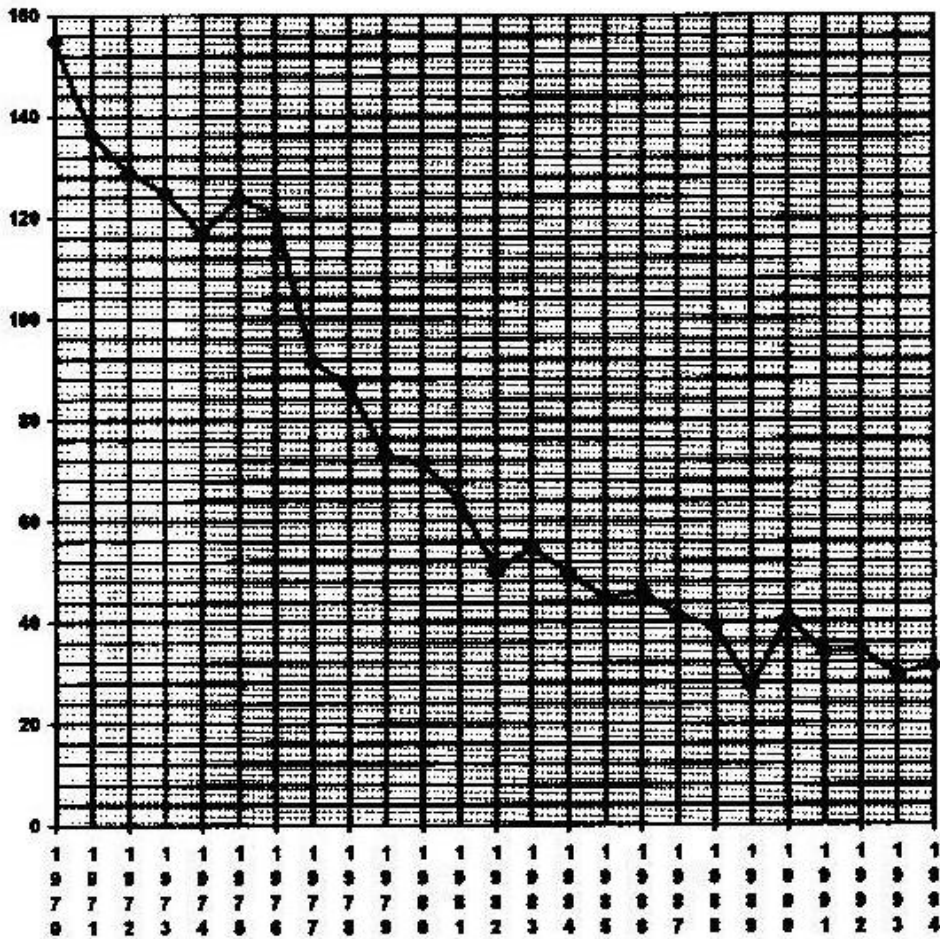
ANO	ÓBITOS	TAXA MORT. INF.
1970	270	154,74
1971	280	136,25
1972	260	129,83
1973	245	125,00
1974	226	116,98
1975	259	123,92
1976	240	120,54
1977	189	91,53
1978	191	86,98
1979	162	72,87
1980	165	71,45
1981	162	64,26
1982	125	50,18
1983	131	54,67
1984	118	49,70
1985	103	44,76
1986	101	46,12
1987	89	41,13
1988	95	39,26
1989	65	27,30
1990	91	40,68
1991	78	33,89
1992	81	34,37
1993	70	29,70
1994	73	31,19





C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL Nº 2114/93  
 Fls. 394

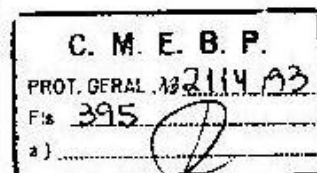
1.5 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA - TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL BRAGANÇA PAULISTA 1970-1994





**1.6 - COMPARATIVO DE TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL DE BRAGANÇA PAULISTA COM OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO - 1990-1991 (SEGUNDO DADOS DA FUNDAÇÃO SEADE):**

MUNICÍPIO	1990	1991
AMPARO	23,69	22,83
AMERICANA	21,49	17,47
BAURU	26,79	23,23
<b>BRAGANÇA PAULISTA</b>	<b>40,68</b>	<b>33,89</b>
CAMPINAS	23,80	20,09
JALES	20,23	24,36
JUNDIAI	22,65	18,58
LIMEIRA	30,82	27,80
PRESIDENTE PRUDENTE	13,28	18,99
REGISTRO	46,62	38,39
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	21,23	19,48
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	21,31	18,65
SÃO PAULO	30,90	25,21



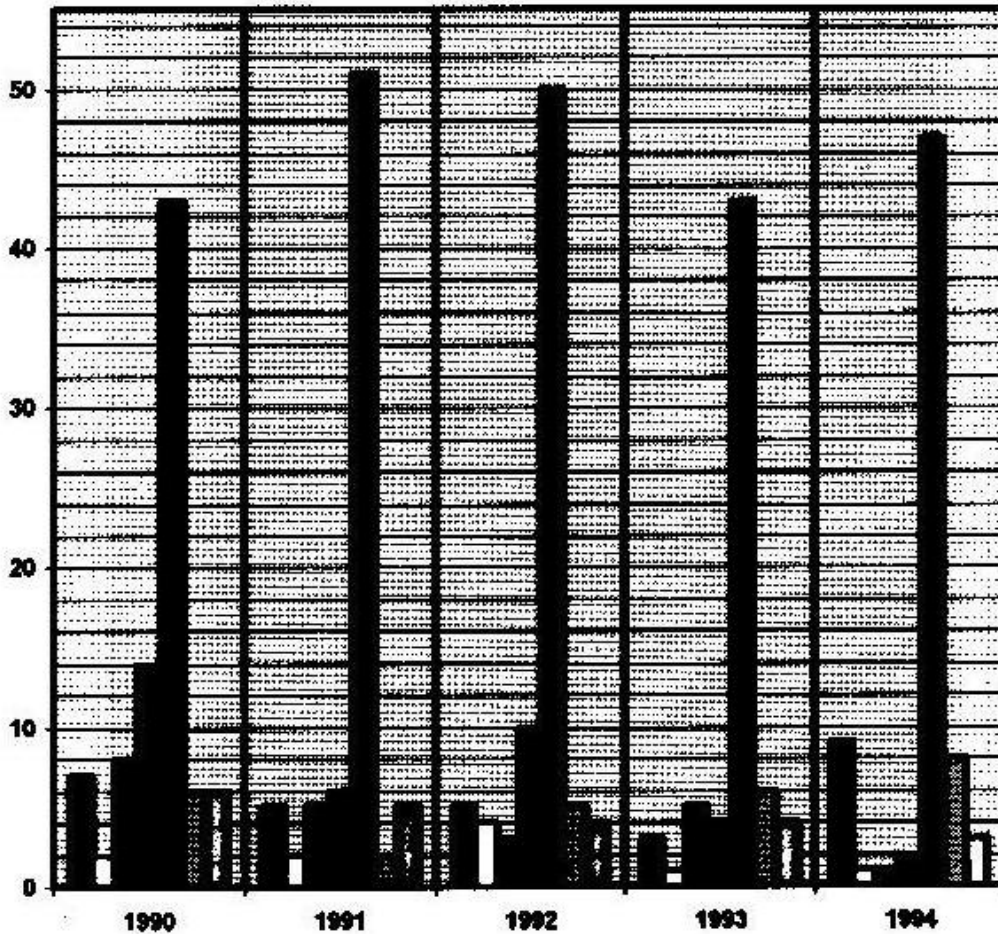
**FIGURAS DO GRUPO 2 : causas da mortalidade infantil**

**2.1 - QUADRO DE INCIDÊNCIA DAS CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL EM BRAGANÇA PAULISTA - 1990-1994 (FONTE: FUNDAÇÃO SEADE)**

CAUSAS	1990	1991	1992	1993	1994
ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS DIARRÉICAS (DIARRÉIA)	7	5	5	3	9
DEMAIS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS NÃO-RELAIONADAS ACIMA (ENTRE 001-139) (INFECCÕES AGUDAS)	2	2	4	1	1
TUMORES MALIGNOS INCLUINDO NEOPLASMAS DO TECIDO LINFÁTICO E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS (ENTRE 140-208) (CÂNCER)	1				
AVITAMINOSSES E OUTRAS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS (260-269) (DESNUTRICÃO)	8	5	3	5	1
DOENÇAS DO CORAÇÃO (420-429)		1		1	
ANEMIAS	1				
MENINGITES (320-322)				1	1
PNEUMONIA (480-486)	14	6	10	4	2
HÉRNIAS (550-553)	1			1	
CAUSAS PERINATAIS (RECÉM-NASCIDOS)	43	51	50	43	47
SINTOMAS E ESTADOS MORBIDOS MAL DEFINIDOS	6	2	5	6	8
TODAS DOENÇAS NÃO-RELAIONADAS ACIMA ENTRE 140-799 (DIVERSAS)	6	5	4	4	3
ACIDENTES DE VEÍCULOS A MOTOR	1				
OS DE MAIS ACIDENTES E AS DE MAIS CAUSAS EXTERNAS	1	1		1	1



2.2.1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA INCIDÊNCIA ANUAL DAS SETE CAUSAS PRINCIPAIS



C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL Nº 2114/93  
 Fls. 396  
 a) *[Handwritten signature]*

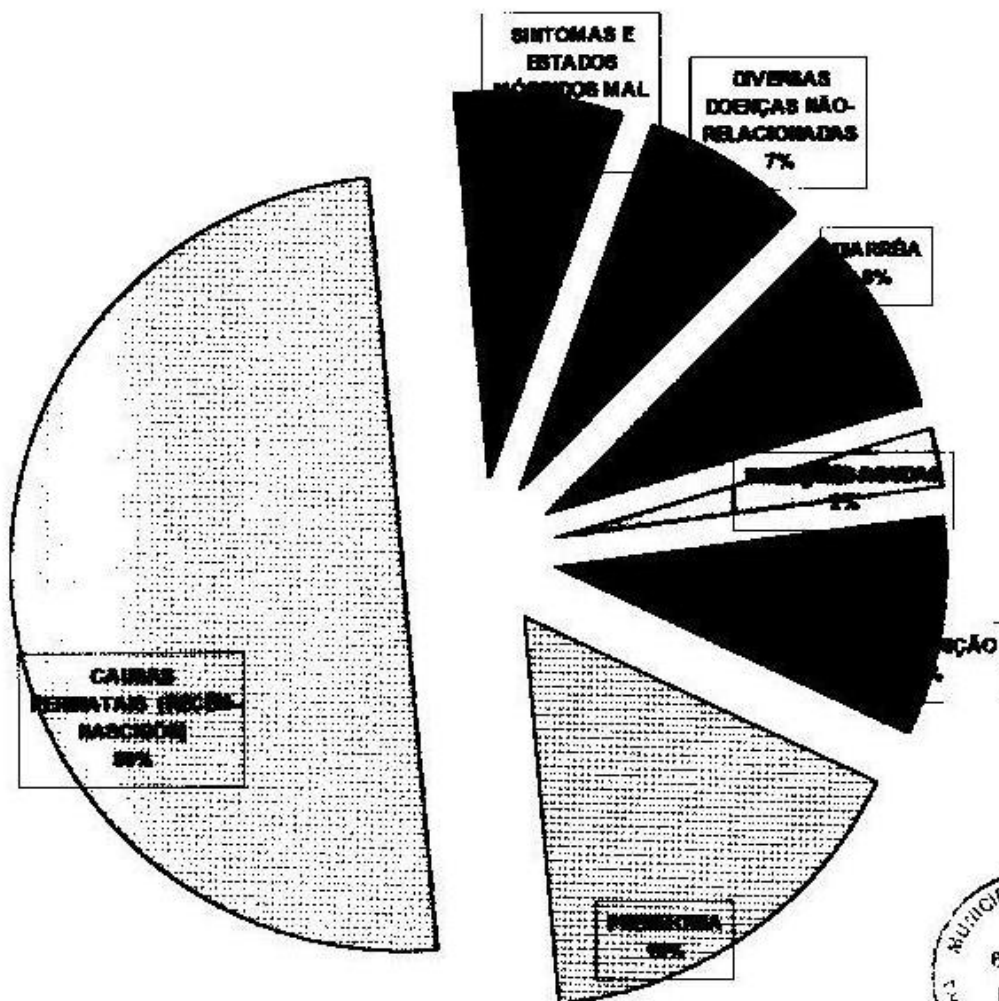
- DIARRÉIA
- INFECÇÕES AGUDAS
- DESNUTRIÇÃO
- PNEUMONIA
- CAUSAS PERINATAIS (RECÉM-NASCIDOS)
- SINTOMAS E ESTADOS MÚLTIPLOS MAL DEFINIDOS
- TODAS AS CAUSAS NÃO RESPONDERAM À PESQUISA



2.3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA PERCENTUAL DA INCIDÊNCIA DAS PRINCIPAIS CAUSAS PELA TOTALIZAÇÃO 1990-1994

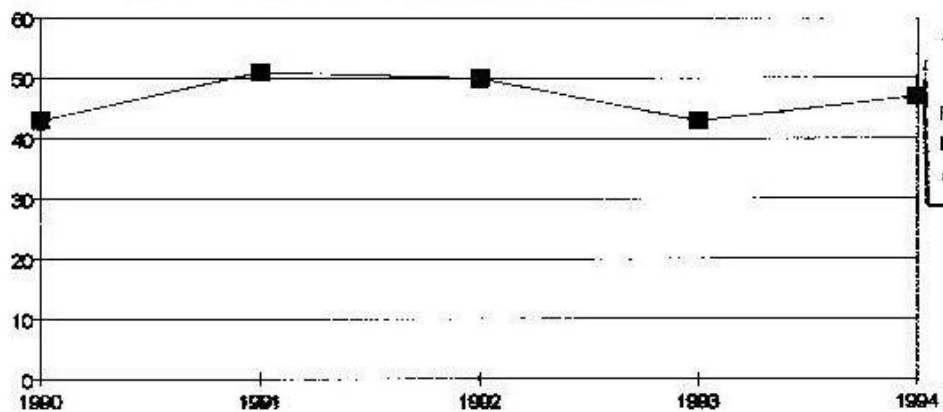
- DIARRÉIA
- INFECÇÕES ASSEPTICAS
- DESNUTRIÇÃO
- PNEUMONIA
- CAUSAS PERINATAIS (RECÉM-NASCIDOS)
- SINTOMAS E ESTADOS MÓRTOS MAL DEFINIDOS
- DIVERSAS DOENÇAS NÃO-RELAZIONADAS ACIMA

C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL 122114.193  
 Fls 393  
 a) *2*



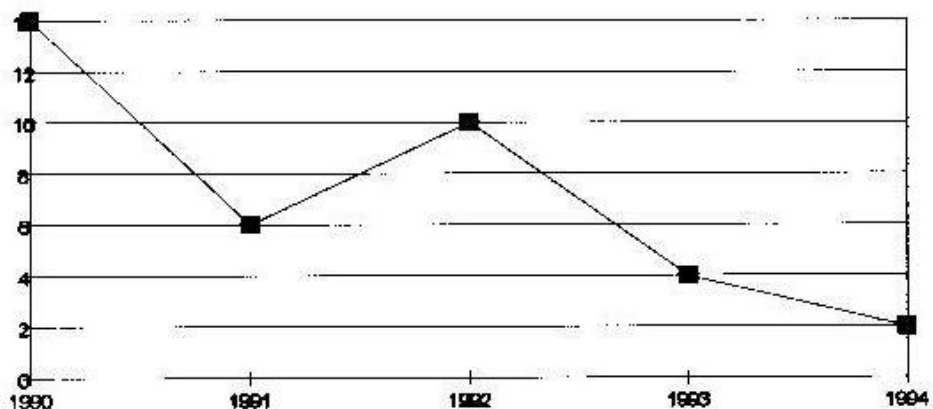
2.4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA NUMÉRICA DA INCIDÊNCIA DE CADA UMA DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS

2.4.1 - INCIDÊNCIA DE CAUSAS PERINATAIS POR ANO

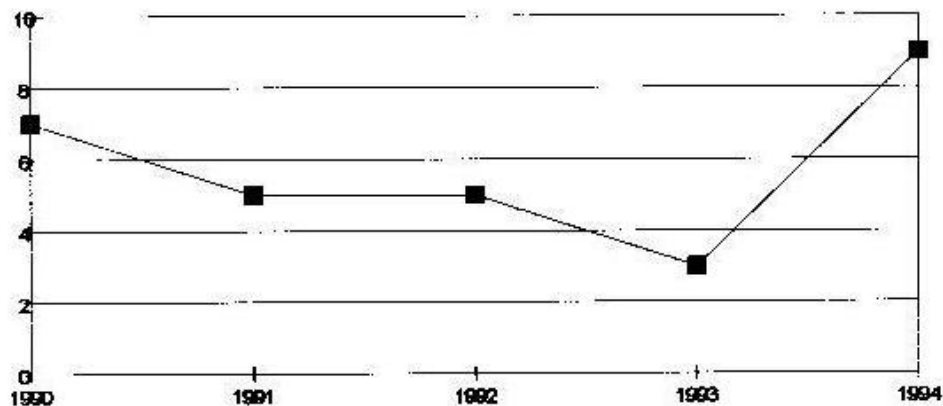


C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL Nº 244/93  
 Fls. 398  
 \*)

2.4.2 - INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA

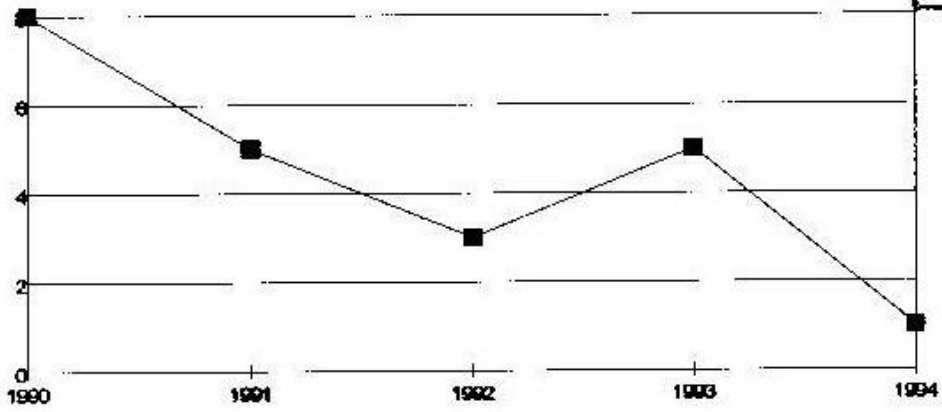


2.4.3 - INCIDÊNCIA DE DIARRÉIA

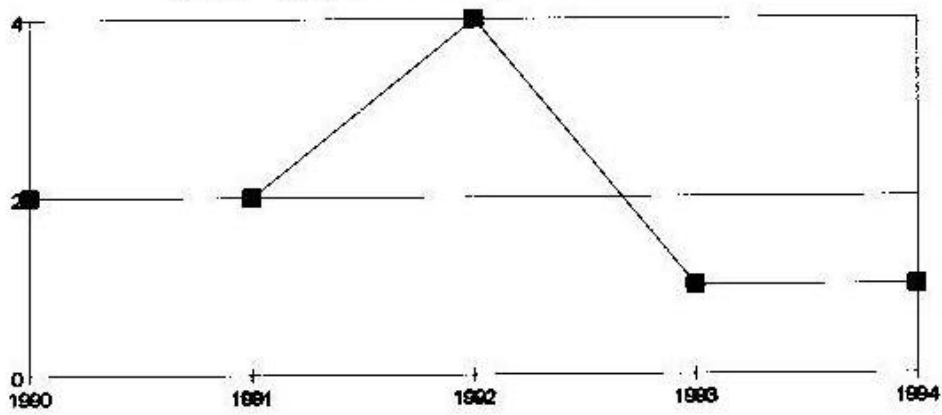


C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
Fla. 399  
a) *2*

2.4.4 - INCIDÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO



2.4.5 - INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES AGUDAS



**FIGURAS DO GRUPO 3: situação dos nascidos vivos**

C. M. E. B. P.	
PROT. DEPAL. N.º	2114/93
Fis	400
1)	

**3.1 - SEXO**

ANO	NASCIMENTO - TOTAL	MASCULINO		FEMININO	
		NÚMERO	%	NÚMERO	%
1991	2.280	1.160	50,9%	1.119	49,1%
1992	2.274	1.136	50,3%	1.123	49,7%
1993	2.228	1.156	52,8%	1.034	47,2%
1994	2.673	1.336	50,4%	1.313	49,6%

**3.2 - PESO AO NASCER**

FAIXA DE PESO	1991		1992		1993		1994	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 999 gr.	9	0,4%	13	0,6%	6	0,3%	13	0,5%
1.000-1.499 gr.	16	0,7%	12	0,5%	14	0,6%	19	0,7%
1.500-2.499 gr.	237	10,4%	261	11,6%	220	9,9%	264	10,0%
2.500-2.999 gr.	654	28,7%	680	30,2%	655	29,4%	791	30,0%
3.000-3.999 gr.	1.285	56,7%	1.255	54,3%	1.245	55,9%	1.468	55,7%
4.000 ou mais	79	3,4%	63	2,8%	88	3,9%	82	3,1%

**FONTE:** DADOS DO SISTEMA DE REGISTRO DE NASCIDOS VIVOS (ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE BRAGANÇA PAULISTA), COMPONENTES DAS PLANILHAS ENVIADAS À FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS.



C. M. E. B. P.  
 PROT. DEPAL. 132114/93  
 F. 404  
 2

3.3 - IDADE DA MÃE

FAIXA ETÁRIA	1991		1992		1993		1994	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 14 anos	14	0,6%	11	0,6%	04	0,2%	14	0,6%
15-19 anos	444	19,5%	366	18,5%	449	20,0%	482	20,4%
20-24 anos	687	30,1%	610	30,9%	725	32,8%	749	31,8%
25-29 anos	581	25,5%	507	25,7%	525	23,4%	572	24,3%
30-34 anos	340	14,9%	322	16,3%	349	15,7%	349	14,8%
35-39 anos	157	6,9%	116	5,9%	135	6,1%	150	6,4%
40-44 anos	55	2,4%	40	2,0%	37	1,7%	39	1,7%
45-49 anos	02	0,2%	02	0,1%	04	0,2%	03	0,1%

3.4 - GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE

INSTRUÇÃO	1991		1992		1993		1994	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NENHUMA	137	6,0%	74	3,4%	85	4,1%	104	4,1%
1º GRAU INCOMPLETO	1.519	66,6%	1.488	68,1%	1.391	67,2%	1.719	67,8%
1º GRAU COMPLETO	280	12,3%	267	12,2%	281	13,6%	341	13,4%
2º GRAU	216	9,5%	200	9,2%	191	9,2%	240	9,5%
NÍVEL SUPERIOR	128	5,7%	156	7,1%	121	5,8%	132	5,2%

3.5 - TIPO DE PARTO

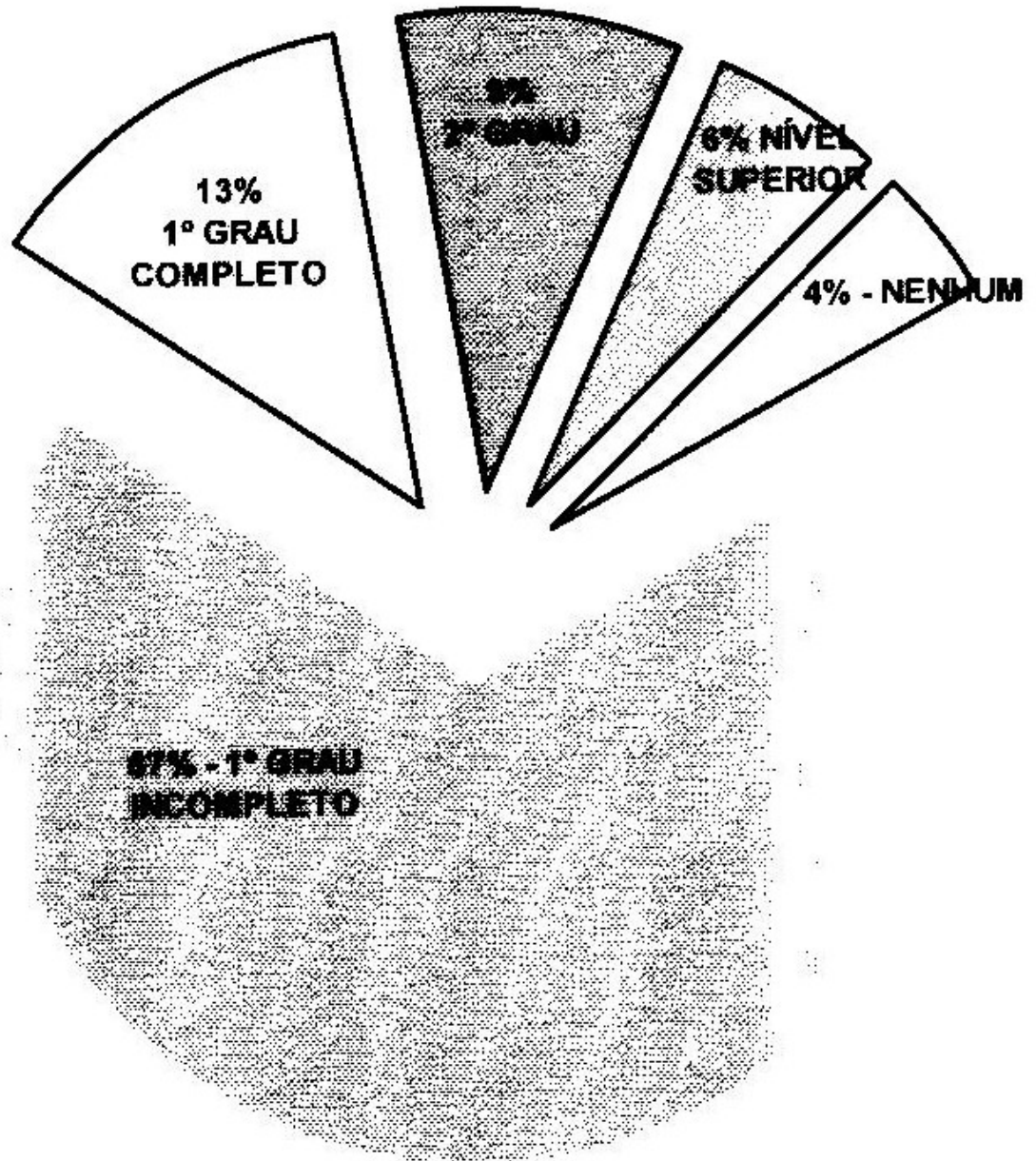
TIPO DE PARTO	1991		1992		1993		1994	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	1.277	56,0%	1.180	53,0%	1.147	51,5%	1.353	52,1%
CESÁREA	978	42,9%	1.021	45,9%	1.071	48,1%	1.220	47,0%
FÓRCEPS	25	1,1%	24	1,0%	10	0,4%	22	0,8%



FONTE: DADOS DO SISTEMA DE REGISTRO DE NASCIDOS VIVOS (ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE BRAGANÇA PAULISTA), COMPONENTES DAS PLANILHAS ENVIADAS À FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE).



4. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO GRAU DE INSTRUÇÃO DAS MÃES PELA  
TOTALIZAÇÃO DOS QUATRO ÚLTIMOS ANOS - 1991-1994



■ NENHUM ■ 1º GRAU INCOMPLETO ■ 1º GRAU COMPLETO ■ 2º GRAU ■ NÍVEL SUPERIOR

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL	2114,93
Fis.	403
d)	2

### PARTE III - PROPOSTA

Implantação de política especial de assistência materno infantil, através da criação dos seguintes órgãos em âmbito municipal:

- **COMITÊ MUNICIPAL DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL**
- **CASA DA GESTANTE**

*Comitê de Mortalidade Materno-Infantil: órgão incumbido de apuração de índices e desenvolvimento de ações na área de assistência materno infantil, tais como:*

- garantia do acesso a 100% das gestantes aos serviços de pré-natal, com início do atendimento antes da décima sexta semana.
- promoção de ações educativas concomitantes às ações de assistência pré-natal - grupo de gestantes
- regionalização e hierarquização da assistência pré-natal e ao parto incluindo o estabelecimento de sistema de referência e contra-referência para gestações de alto risco
- melhora da qualidade da assistência ao parto e ao puerpério
- identificação dos vários níveis de atenção perinatal.
- melhoria das condições de recepção ao recém-nascido - alojamento conjunto
- identificação dos aspectos demográficos regionais, definição dos níveis de atenção e estabelecimento de sistema de referência e contra-referência para mãe e recém-nascido
- estímulo ao aleitamento materno
- estímulo ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento
- atenção às doenças respiratórias
- atenção à doença diarreica - *a redução das mortes por doença diarreica implica em cuidados com água e esgoto, incentivo ao aleitamento materno e hierarquização do atendimento de crianças com diarreia.*
- intervenção nutricional - programa de suplementação alimentar da gestante e da criança
  - intervenção nutricional para a gestante
  - assistência especializada ao desnutrido intra-útero
  - assistência ao desnutrido grave, que deve englobar:  
assistência médico-hospitalar;







## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Rs. 405
a) Mag

### REQUERIMENTO nº 894/95

**ENCAMINHAMENTO:** ao Plenário desta Casa.

**ASSUNTO:** requer prorrogação do prazo de funcionamento da Comissão Especial criada nos termos do requerimento nº 1.198/93 para estudos e apresentação de propostas relativas ao atendimento à criança e ao adolescente no plano municipal. (Prorrogação requerida: até o final desta legislatura).

APROVADO POR UNANIMIDADE  
ENCAMINHE - SE E PUBLIQUE - SE  
Sala das Sessões, 10/10/95

Presidente da Câmara

1. REQUEREMOS, nos termos regimentais, seja concedida pelo egrégio Plenário desta Casa autorização para prorrogação do prazo de funcionamento da Comissão Especial criada nos termos do requerimento nº 1.198/93 para estudos e apresentação de propostas relativas ao atendimento à criança e ao adolescente no plano municipal.

1.1 A prorrogação requerida é até o final da legislatura.

### 2. JUSTIFICATIVA

2.1 Pretende a comissão especial apresentar ao Município, através de inclusão em seu relatório final, uma pesquisa sobre a condição de vida da criança e do adolescente em Bragança Paulista.

2.2 Já foi encaminhado requerimento à Mesa Diretora da Casa no sentido de viabilizar tal pesquisa por meio de convênio firmado com o Centro de Estudos Sócio-Econômicos da Faculdade de Economia e Administração da Universidade São Francisco - órgão que dispõe de estrutura e de pessoal técnico para execução desse trabalho.

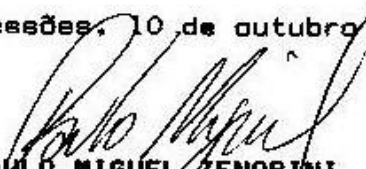


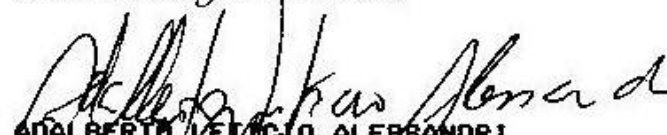
## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA


C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fol.	406
*)	maç

2.3 Tal pesquisa é fundamental para os poderes Executivo e Legislativo no que diz respeito ao direcionamento de ações relacionadas à criança e ao adolescente e, portanto, consideramos que ela deve ser viabilizada pela comissão em referência. Para que isso ocorra, necessitamos da prorrogação do prazo de funcionamento ora requerida.

Sala das Sessões, 10 de outubro de 1995

  
A.) PAULO MIGUEL ZENORINI  
Presidente da Comissão

  
A.) ADALBERTO LEITICIO ALEBBANDORI  
Membro

  
A.) ARNALDO DE CARVALHO PINTO  
Membro



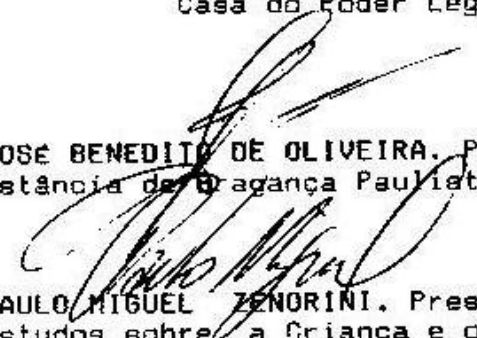
## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

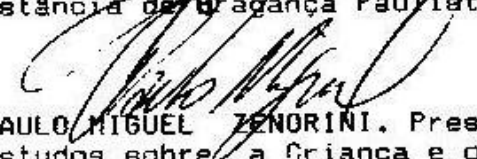
C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL	2.114/93
Fis.	407
a)	R

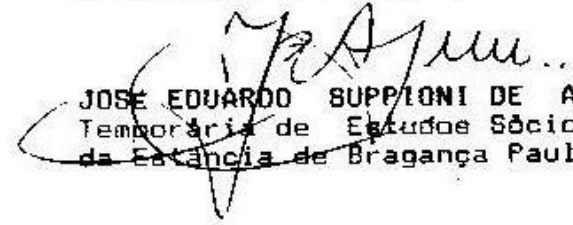
### C E R T I D A O

**CERTIFICAMOS**, para os devidos fins, que o médico **ATTILIO BRISIGHELLI NETO**, ginecologista e obstetra, participou do processo de elaboração do relatório *Análise de Dados, Conclusões e Propostas sobre o tema <Mortalidade Infantil em Bragança Paulista>*, prestando cooperação técnica às Comissões Temporárias de Estudos sobre a Criança e o Adolescente e de Estudos Sócio-Econômicos da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista, tendo atuado, também a convite das referidas comissões, na apresentação desse trabalho ao Plenário do Poder Legislativo bragantino no dia 20 (vinte) de setembro do corrente ano, por ocasião da 29ª sessão ordinária do exercício de 1995. O referido é verdade e damos fé. ....

Casa do Poder Legislativo, 16 de novembro de 1995

  
JOSE BENEDITO DE OLIVEIRA, Presidente da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista

  
PAULO MIGUEL ZENORINI, Presidente da Comissão Temporária de Estudos sobre a Criança e o Adolescente da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista - Legislatura 1993-1996

  
JOSE EDUARDO SUPPLONI DE AGUIRRE, Presidente da Comissão Temporária de Estudos Sócio-Econômicos da Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista - Legislatura 1993-1996





PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 414/93  
Fic. 408

Bragança Paulista, 18 de janeiro de 1996

Of.: 006/96

Caro Vereador:

Conforme combinado, estamos enviando a V. S<sup>a</sup>,  
cópias dos procedimentos tomados por essa direção com a finalidade  
de diminuir o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município.

Salientamos que essas medidas já estão começan-  
do a vigorar na prática.

Mas contamos com a vigilância de V. S<sup>a</sup> e de seus  
companheiros de Câmara, que serão importantíssimos, para que esses  
procedimentos transpassem as barreiras naturais que todas mudanças  
acarretam.

Sem mais, aproveitamos para reiterar nossos pro-  
testos de elevada estima e apreço.

Atenciosamente,

DR. MARCIO VILÇA  
Diretor do Depto de Saúde e Prom. Saude.

Ilmo. Sr.

Paulo Miguel Zenorini

MD. Vereador da Câmara Municipal da Estância

Bragança Paulista -SP

Recebi em 18/1/96  
16:00h. Jd  
61

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fls.	409
*)	

Bragança Paulista, 25 de agosto de 1995

Of.: 88/95

Caro Prefeito:

Estamos encaminhando para conhecimento de V.Exs, algumas dadas referentes aos partos efetuados em Bragança nos últimos anos.

O que chama a atenção e deve exigir algum esforço de nossa administração é o alto grau de analfabetismo e semi-analfabetismo (só sabem escrever o nome) entre as parturientes que alcançam, como V.Exs poderá ver no quadro anexo, a cifra de 70% nos últimos anos.

Segue cópia para Profa Marina, Departamento de Educação.

Esse índice acarreta uma série de problemas, principalmente para as crianças que dependem dessas mães para se desenvolverem com um pouco mais de saúde e dignidade.

Atenciosamente.

Ilmo. Sr.

Dr. JESUS ADIB ABI CHEDID

DD. Prefeito Municipal da Estância de BRAGANÇA PAULISTA

DR. MÁRCIO VILACA  
Médico do Depto. de Saúde e Prom. Social

-RJC8-

RECEBI

28/08/95



CONVOCAÇÃO

SR. (a) Médico (a):

Convocamos V.Sª para comparecer em uma reunião dia 26 de setembro de 1995 (3ª feira), às 14 horas, na sala de reuniões do Departamento de Saúde e Promoção Social, onde iremos tratar sobre: "Mortalidade Infantil/ Perinatal".

Contamos com sua valiosa presença.

Bragança Paulista, 21 de setembro de 1995.

*Comissão de Saúde e Promoção Social - Bragança Paulista*  
*M*

*[Handwritten Signature]*  
DR. MÁRCIO VILLAGA  
Diretor do Depto.  
de Saúde e Promoção

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fis.	411
a)	98

M 26.9.95

PERIÓDICO DE JANEIRO A AGOSTO DE 1995

Antônio M.D. José

PARTOS LEVANTADOS NA MATERNIDADE E BERÇÁRIO DA SANTA CASA DE PRAGANCA FAULISTA

PERÍODO DE NASCIMENTO	1104 PARTOS
- TODOS	936
- PARTICULAR	110
- OUTROS CONVENIOS	060
- PARTOS NORMAIS	452
- CESARIANAS	653
- FORCEPS	025
- PARTOS NORMAIS COM ANESTESIAS	004
- PARTICULARES	
- CESARIANAS	027
- PARTOS NORMAIS E FORCEPS	021
- CONVENIOS	
- CESARIANAS	040
- PARTOS NORMAIS E FORCEPS	020
- TODOS	
- CESARIANAS	316
- PARTOS NORMAIS E FORCEPS	400

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fis.	412
*)	<i>[Handwritten Signature]</i>

CONCLUSÃO EM \*\* % \*\*

LUDES

PARTOS NORMAIS E FORCEPS-----	46,1%
CESARIANAS-----	53,9%
PARTICULARES	
PARTOS NORMAIS E FORCEPS-----	17,7%
CESARIANAS-----	82,3%
CONVENIOS	
PARTOS NORMAIS E FORCEPS-----	33,3%
CESARIANAS-----	66,6%

RELACAO DOS RN

1-(02/01)BENEDITA RODRIGUES GUIMARAES PN-2670-47cm DPF Dr. ROPANDO	NT
7 (28/01)MARLENE LEME DA SILVA PN 2300-48cm Dr. JAIRD	NT
3-(28/01)CONCEICAO JOSE LUIZ PN-2700-47cm Dr.rolando	NT
4 (11/02)MARIA TEREZA LEITE DA SILVA CESARIANA-2000-47cm Dr.JAMIL DPF+HISTERECTOMIA	RII
2-(14/02)EVA VIVIANE BOMES LUIS CESARIANA-1720-40cm Dr.M.FRANGINI CESARIA ITERATIVA	RN
4 (25/02)MARA CAETANO MARTINS CESARIANA-2300-44cm Dr. JAMIL DPF	RN
2 (16/03)LOUDES F. G. DE MORAIS CESARIANA-2300-44cm Dr. ROLANDO DITMIGESTA IDOSA	FN
8 (01/04)SIMONE DE LIMA GODDY CESARIANA-1400-34cm Dr. DOUGAS SOFRIMENTO FETAL ABUDO-apto	RN
2-(10/04)LADY D. ORTIZ QUINTO MES 600g DR. RENATO FRANGINI	SN
10-(12/04)ROSELY APARECIDA CAMARGO SEXTO MES 520g. Dr. MARCO ANTONIO	6M
17-(02/06)MARILENE ALVES OLIVEIRA CESARIANA-2670-47cm. Dr.MARCO ANTONIO PLACENTA BAIXA+PELVICO	RN

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fila	413
2)	87

12-(02/06)DELZA MARIA M. LUIZ  
 CESARIANA-1600-42cm Dr. ALDO  
 FELVICIO EM PRIMIGESTA NT

13-(27/06)ROSIMEIRE S.R. SOUZA  
 CESARIANA-4000-53cm Dr. DARWIN  
 D)PP NT

14-(28/06)MEIRE C.R.S.DIAS  
 CESARIANA-2700 Dr. GILBERTO RN  
 CESARIA ANTERIOR

15(30/06)LUNEIDE MARIA A. ALMEIDA  
 PN-2150 Dr. M. FRANGINE RN

16-(20/07)SUELI DE PAULA PRATA  
 CESARIANA-2250-Dr. MARCO ANTONIO RN  
 DISTOCIA FUNCIONAL

17-(04/09)MIRIAM CRISTINA MOLINA  
 PN-3800-Dr. ROLANDO NT

PN TRANSFERIDO PARA USF

1-RN; JULIANA ALESSANDRA AUGUSTO (16/02/95)  
 MENINGOCOCLE

2 RN; LUCAS LIMA OLIVEIRA (29/05/95)  
 INCOMPATIBILIDADE ABO

3 RN; EDUARDO BARBOSA OLIVEIRA (20/06/95)  
 TRANSFERIDO PELO DR PADUA.

#####

66





PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. F. B. P.
PROT. GERAL N.º 2114/93
Fls. 414
1)

DEPARTAMENTO DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL

**CONVOCAÇÃO**

Bragança Paulista, 18 de Outubro de 1.995

Sr. (a) Médico(a):

Convoquamos V. Sa. para comparecer em uma reunião dia 23 de

Outubro (2ª feira), às 20:30 Hs. na sala de reuniões do Departamento de

Saúde, onde vamos tratar sobre: O alto índice de mortalidade infantil em nosso

município.



Cópia igual

A todos os Pediatras  
de cidade.

Contamos com sua valiosa presença.

DR. MÁRCIO VILLACA  
Diretor do Depto. de Saúde e Prom. Social

DRª Carla R. Foutes Muniz  
UBS Parque dos Estados

Licença Gestante



SERVIÇOS GRÁFICOS LTDA.

CRCIMFI, 07.302.055/0001-05  
INSCR. EST. 225.080.483.118

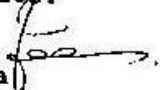
C. M. S. P.
2114.93
4.15
8/8

Dr. Marcio,

Conforme nossa conversa telefonica, segue anexo folheto  
AMAMENTAR, UM ATO DE AMOR.  
Eles sao criacao e iniciativa nossas, patrocinados pelo  
Sindicato dos Bancarios, que pediram para imprimir, 20.000,  
no ano passado.

Poderemos re-edita-los como parte da campanha de Aleitamento  
materno.

Aguardo contato.

Maria Olimpia 

7844.0496 \* 7843.2810

04.10.95

*C.M.S.  
6-10-95*

Nenhum outro  
leite pode dar  
ao seu filho  
proteção  
contra doenças,  
além de Carinho,  
Segurança  
e Amor.

Fonte: Unicef - O.M.S.  
Centro de Lactação de Santos  
Serviço de Diagnóstico e Referência em Saúde da Mulher  
e do Lactante

AMAMENTAÇÃO



MATERIA - 01/1980

UM ATO DE AMOR

Nome do Mãe

Nº de Registro

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº 2444/93	
Fib. 446	
a) _____	
b) _____	

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL	2114/93
Fis.	417
n.	04

Bragança Paulista, 18 de outubro de 1995

Of.: 101/95

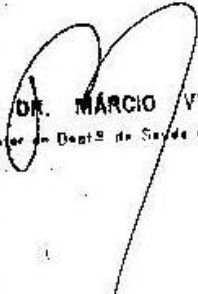
Senhor Diretor:

Vimos através deste, comunicar a V. Ss, que o Departamento de Saúde realizará, no próximo dia 23 de outubro, às 20h30, uma reunião, onde iremos tratar sobre o índice de Mortalidade Infantil, em nosso Município. O local será no próprio Departamento.

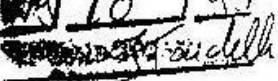
Solicitamos a V. Ss, a gentileza de convocar todos Pediatras do Corpo Clínico desse Hospital, para participarem da mesma.

Confiantes de podermos contar com sua atenção, aproveitamos para apresentar nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

  
DR. MÁRCIO VILACA  
Diretor do Depto de Saúde e Promo. Social

Ilmo. Sr.  
Dr. Carlos Augusto Seixas  
DD. Diretor da Pediatria  
Hospital Universitário São Francisco  
Unidade II

RECEBI  
10/10/95  


C. M. E. B. P.  
PROCT. GERAL Nº 2114/93  
Fls. 418  
\*)

Bragança Paulista, 18 de outubro de 1995

Of.: 102/95

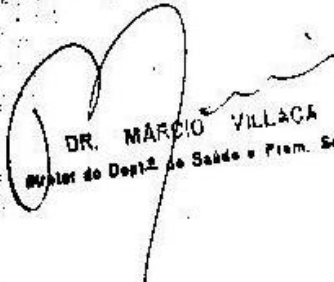
Senhor Diretor:

Vimos através deste, comunicar a V. Sa, que o Departamento de Saúde realizará, no próximo dia 23 de outubro, às 20h30, uma reunião, onde iremos tratar sobre o índice de Mortalidade Infantil, em nosso Município. O local da mesma será no próprio Departamento.

Solicitamos a V. Sa, a gentileza de convocar todos Pediatras do Corpo Clínico desse Hospital, para participarem da mesma.

Confiantes de podermos contar com sua atenção, aproveitamos para apresentar nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

  
DR. MARCIO VILLACA  
Médico do Depto. de Saúde e Prom. Saúde

Ilmo. Sr.

Dr. Rafael Antonio Ferreira da Silva

DD. Diretor Médico

Santa Casa de Misericórdia de

Bragança Paulista

RECEBI  
10/10/95  




## REUNIÃO DE PEDIATRAS - MORTALIDADE INFANTIL

Realizou-se no Departamento de Saúde de Bragança Paulista, no dia 23 de outubro de 1995, reunião com os Pediatras da Rede Municipal de Saúde. Foram convidados os Pediatras dos Hospitais da USF e da Santa Casa de Misericórdia de Bragança Paulista. Dr. Carlos Augusto Seixas, do Hospital Universitário, justificou a não comparecimento porque teve um imprevisto. Coordenada pelo Dr. Márcio Villaga, com a presença do Dr. Percival Bernardi Reginato, Chefe de Divisão e os Pediatras: Dr. Décio Chimanovitch, Drª Helena D. Pinheiro, Drª Mª Filomena Leme de Resende e Drª Elizabeth M. Romani. Para discutir sobre o índice de Mortalidade Infantil em nossa cidade, trabalho desenvolvido pela Câmara Municipal. Dr. Márcio apresentou relatório elaborado pela Comissão daquela Casa, e as propostas por eles apresentadas. Após análise, foi sugerido pelos profissionais: Um Ambulatório de Puericultura, criança ao sair do berçário teria sua consulta agendada e a mãe seria orientada a procurar a pediatria essa consulta seria entre 7 dias até um mês de vida, sendo após encaminhada para UBS; - Trabalho junto as mães, quando estas estão aguardando consulta, nas salas de espera, passando orientações sobre higiene, amamentação, alimentação etc. Procurar orientação junto a Promotoria Pública para que a lei que determina que as empresas mantenham creches para os filhos de funcionárias, seja cumprida. Creches Municipais ter profissionais de Enfermagem em sua equipe de trabalho para orientação junto aos berçários. Trabalho junto as pagens sobre noções de nutrição de crianças menores, também sobre estimulação das mesmas. Fazer mais reuniões com a equipe de Pediatras para haver uma padronização dos procedimentos. Pediram mais atenção nas leituras de carteiras de vacinação, crianças com vacinas atrasadas. Sem mais, Dr. Márcio deu por encerrada a reunião agradecendo a presença de todos.



Cópia

RELAÇÃO DE PRESENCAS - REUNIÃO DE PEDIATRAS - DIA 23/10/95

ASSUNTO: MORTALIDADE INFANTIL.

C. M. E. B. P.	
PROG. GERAL	2114/93
Fis.	420
*)	07

HELENA D. PINHEIRO

*[Handwritten signature]*

Mãe Filomena Lima de Resende

*[Handwritten signature]*

EUZÉSIO MENON ROMÃO

Jeco Chimanovitch

*[Handwritten signature]*

Pedro B. Regino

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/95
Fis.	421
a)	

Bragança Paulista, 30 de outubro de 1995

Of. CMS: 64/95

Ref.: Criação de Passes Gestantes.

Senhor Prefeito:

O Conselho Municipal de Saúde, reunido no dia 10/10/95, analisando o trabalho da Câmara Municipal, concordou que uma das causas de alto índice de Mortalidade Infantil perinatal de nossa cidade é por falta de acompanhamento de pré-natal por grande parte das gestantes de nosso Município.

E uma das medidas aprovadas para que as mesmas façam esse pré-natal, seria facilitar o seu acesso aos Postos de Saúde e aos hospitais para fazerem esses exames.

A criação de passe de ônibus para gestantes facilitaria isso e seria uma das medidas iniciais para que possamos diminuir o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município.

Contando com o empenho de V.Exª para que essa medida seja uma realidade, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

MARCIO VILLAGA  
Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

Exmo. Sr.

Dr. JESUS ADRIANI CHEDID

DD. Prefeito Municipal da Estância de Bragança Paulista

RECEB

10/10/95

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
Fls. 422  
a) \_\_\_\_\_

Bragança Paulista, 30 de outubro de 1995

Of. CMS: 65/95

Prezado Senhor:

O Conselho Municipal de Saúde, reunido no dia 10/10/95, ao analisar o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município, tendo discutido o trabalho da Câmara Municipal e as necessidades elencadas pelos Obstetras em reunião realizada no Departamento de Saúde, deliberou que os hospitais: Santa Casa e HUSF preencham o Cartão de Gestante quando estas forem atendidas nessas Maternidades e que os recém-nascidos tenham registrados nos prontuários suas notas de APGAR.

Considerando que o índice de Mortalidade Infantil perinatal em nossa cidade encontra-se em nível bastante elevado, adotamos essas medidas iniciais para atacar o problema e procurar saná-lo.

Solicitamos a gentileza de devolver o cartão de gestante preenchido para parturiente e orientá-la para que a mesma o leve para o local onde foi feito seu pré-natal.

Certos de podermos contar com a colaboração de V.Sª no sentido de que a deliberação do Conselho Municipal de Saúde seja cumprida, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

MARCO VILLOCO  
Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

Ilmo. Sr.  
Dr. RAFAEL A. F. DA SILVA  
DD. DIRETOR CLÍNICO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
BRAGANÇA PAULISTA

RECIBO  
031 11 195  
Rui

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL N.º	211493
Fis.	423
) _____	

Bragança Paulista, 30 de outubro de 1995

Of. CMS: 66/95

Prezado Senhor:

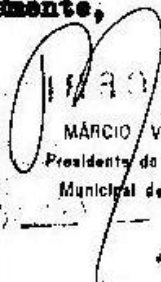
O Conselho Municipal de Saúde, reunido no dia 10/10/95, ao analisar o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município, tendo discutido o trabalho da Câmara Municipal e as necessidades elencadas pelos Obstetras em reunião realizada no Departamento de Saúde, deliberou que os hospitais: Santa Casa e HUSF preencham o Cartão de Gestante quando estas forem atendidas nessas Maternidades e que os recém-nascidos tenham registrados nos prontuários suas notas de APGAR.

Considerando que o índice de Mortalidade Infantil perí-natal em nossa cidade encontra-se em nível bastante elevado, adotamos essas medidas iniciais para atacar o problema e procurar saná-lo.

Solicitamos a gentileza de devolver o cartão de gestante preenchido para parturiente e orientá-la para que a mesma o leve para o local onde foi feito seu pré-natal.

Certes de podermos contar com a colaboração de V.Sª no sentido de que a deliberação do Conselho Municipal de Saúde seja cumprida, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

  
MÁRCIO VELOSO  
Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

IMO. SR.

DR. JOSÉ ANTONIO PASSOS

DD. DIRETOR SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO - BRAGANÇA PAULISTA

RECEBI  
08/11/95  
Elaine

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fia.	424
[Assinatura]	

Bragança Paulista, 30 de outubro de 1995

Of. CMS: 68/95

Prezado Senhor:

O Conselho Municipal de Saúde, reunido no dia 10/10/95, ao analisar o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município, tendo discutido o trabalho da Câmara Municipal e as necessidades elencadas pelos Obstetras em reunião realizada no Departamento de Saúde, deliberou que os hospitais: Santa Casa e HUSF preencham o Cartão de Gestante quando estas forem atendidas nessas Maternidades e que os recém-nascidos tenham registrados nos prontuários suas notas de APGAR.

Considerando que o índice de Mortalidade Infantil perinatal em nossa cidade encontra-se em nível bastante elevado, adotamos essas medidas iniciais para atacar o problema e procurar resolvê-lo.

Solicitamos a gentileza de devolver o cartão de gestante preenchido para parturiente e orientá-la para que a mesma o leve para o local onde foi feito seu pré-natal.

Certos de podermos contar com a colaboração de V.Sa. no sentido de que a deliberação do Conselho Municipal de Saúde seja cumprida, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

MARCIO VILAS BOAS  
Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

ILMO. SR.

FRANCISCO CARLOS DO SANTOS

DD. DIRETOR ADMINISTRATIVO DA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BRAGANÇA PAULISTA

RECEBI

09/11/95  
[Assinatura]

C. M. B. P.	
PROF. GERAL Nº	2114/93
Fis	425
e)	

Bragança Paulista, 30 de outubro de 1995

Of. CMS: 69/95

Prezado Senhor:

O Conselho Municipal de Saúde, reunido no dia 10/10/95, ao analisar o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município, tendo discutido o trabalho da Câmara Municipal e as necessidades apontadas pelos Obstetras em reunião realizada no Departamento de Saúde, deliberou que os hospitais: Santa Casa e HUSF preencham o Cartão de Gestante quando estas forem atendidas nessas Maternidades e que os recém-nascidos tenham registrados nos prontuários suas notas de APGAR.

Considerando que o índice de Mortalidade Infantil peri-natal em nossa cidade encontra-se em nível bastante elevado, adotamos essas medidas iniciais para atacar o problema e procurar saná-lo.

Solicitamos a gentileza de devolver o cartão de gestante preenchido para parturiente e orientá-la para que a mesma o leve para o local onde foi feito seu pré-natal.

Certos de podermos contar com a colaboração de V.Sa no sentido de que a Deliberação do Conselho Municipal de Saúde seja cumprida, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

ILMO. SR.

DR. CARLOS AUGUSTO SEIXAS

DD. DIRETOR DA PEDIATRIA DO HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO - UNIDADE II

MARCO VILÇA  
Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

RECEBI

06/11/95  
[Assinatura]



C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	211493
Fls.	426
* )	

Bragança Paulista, 30 de outubro de 1995

Of. CMS: 70/95

Prezado Senhor:

O Conselho Municipal de Saúde, reunido no dia 10/10/95, ao analisar o índice de Mortalidade Infantil em nosso Município, tendo discutido o trabalho da Câmara Municipal e as necessidades apontadas pelos Obstetras em reunião realizada no Departamento de Saúde, deliberou que os hospitais: Santa Casa e HUSF preencham o Cartão de Gestante quando estas forem atendidas nessas Maternidades e que os recém-nascidos tenham registradas nos prontuários suas notas de APGAR.

Considerando que o índice de Mortalidade Infantil peri-natal em nossa cidade encontra-se em nível bastante elevado, adotamos essas medidas iniciais para atacar o problema e procurar saná-lo.

Solicitamos a gentileza de devolver o cartão de gestante preenchido para parturiente e orientá-la para que a mesma o leve para o local onde foi feito seu pré-natal.

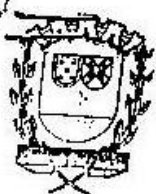
Certos de podermos contar com a colaboração de V.Sa no sentido de que a deliberação do Conselho Municipal de Saúde seja cumprida, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

  
MARCIO V. LAÇA  
Presidente do Conselho  
Municipal de Saúde

IMO. SR.  
DR. DÉCIO LUIS SILVA MAZZINI  
ED. DIRETOR CLÍNICO DA ÁREA MÉDICA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO  
BRAGANÇA PAULISTA

RECEBI  

Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista  
GABINETE DO PREFEITO

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL 19 214, 43  
Fls. 427  
\*)

Bragança Paulista, 07 de dezembro de 1995

Offício n° CSD-397/95

Ilustríssimo Senhor  
Dr. JULIO DE ANDRADE MAIA  
Digníssimo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de  
BRAGANÇA PAULISTA

Prezado Senhor,

A par dos meus cordiais cumprimentos, sirvo-me do presente para expor e solicitar a Vossa Senhoria o quanto segue:

Uma comissão de Vereadores desta cidade executou um trabalho que analisou a taxa de mortalidade infantil em Bragança Paulista, através do qual foi verificada que a taxa de mortalidade perinatal (mortalidade no 1° mês), em nossa cidade está muito alta.

Tendo em vista que essa taxa de mortalidade pode ser diminuída e, após decisão tomada em reunião com pediatras desta cidade e ouvido o Conselho Municipal de Saúde, que se manifestou favoravelmente, transcrevo abaixo as medidas para serem tomadas por esse hospital, objetivando a diminuição da taxa de mortalidade perinatal:

- 1 - abolir as mamadeiras e chuquinhas do berçário, para forçar e incentivar o aleitamento materno;
- 2 - Alta para as parturientes, com consulta agendada para todos os recém-nascidos para o 7° dia, no serviço de puericultura.

Nesse serviço de puericultura os recém-nascidos deverão ser atendidos no 7° dia, com retorno para o 15° dia, quando começarão as vacinas e serão encaminhados para as UBS (Unidades Básicas de Saúde) mais próximas, com consultas agendadas para o 30° dia.

RECEBI  
DATA 11 / 12 / 1995  
L. M.



C. M. E. B. P.	
PROJ. GERAL	2114/93
Fin.	428
*)	

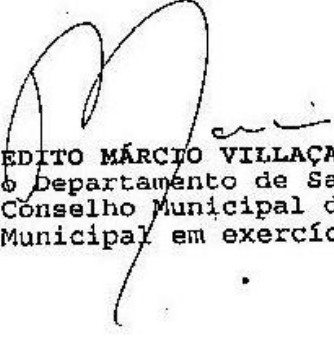
Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista

GABINETE DO PREFEITO

Com essas medidas a taxa de mortalidade infantil perinatal será, certamente, diminuída, razão pela qual solicito as determinações de Vossa Senhoria para o atendimento do contido neste documento.

Agradeço, desde já, a atenção que se dignar de dispensar ao presente e, na oportunidade, reitero a Vossa Senhoria as expressões de minha mais alta estima e apreço.

Cordialmente,

  
Dr. BENEDITO MÁRCIO VILLAÇA  
Diretor do Departamento de Saúde  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal em exercício



Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista  
GABINETE DO PREFEITO

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 214/93  
Fls. 429

Bragança Paulista, 07 de dezembro de 1995

Ofício nº CSD-398/95

Ilustríssimo Senhor  
Dr. RAFAEL ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Digníssimo Diretor Clínico da Santa Casa de Misericórdia de  
BRAGANÇA PAULISTA

Prezado Senhor,

A par dos meus cordiais cumprimentos, sirvo-me do presente para expor e solicitar a Vossa Senhoria o quanto segue:

Uma comissão de Vereadores desta cidade executou um trabalho que analisou a taxa de mortalidade infantil em Bragança Paulista, através do qual foi verificada que a taxa de mortalidade perinatal (mortalidade no 1º mês), em nossa cidade está muito alta.

Tendo em vista que essa taxa de mortalidade pode ser diminuída e, após decisão tomada em reunião com pediatras desta cidade e ouvido o Conselho Municipal de Saúde, que se manifestou favoravelmente, transcrevo abaixo as medidas para serem tomadas por esse hospital, objetivando a diminuição da taxa de mortalidade perinatal:

- 1 - abolir as mamadeiras e chuquinhas do berçário, para forçar e incentivar o aleitamento materno;
- 2 - Alta para as parturientes, com consulta agendada para todos os recém-nascidos para o 7º dia, no serviço de puericultura.

Nesse serviço de puericultura os recém-nascidos deverão ser atendidos no 7º dia, com retorno para o 15º dia, quando começarão as vacinas e serão encaminhados para as UBS (Unidades Básicas de Saúde) mais próximas, com consultas agendadas para o 30º dia.

RECEBI  
DATA 11/12/95  
Lima



C. M. E. B. P.
PROT. GERAL 2114/93
Fis. 430
28

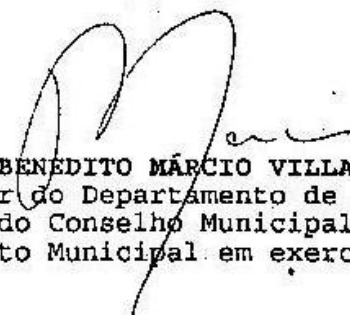
## Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista

GABINETE DO PREFEITO

Com essas medidas a taxa de mortalidade infantil perinatal será, certamente, diminuída, razão pela qual solicito as determinações de Vossa Senhoria para o atendimento do contido neste documento.

Agradeço, desde já, a atenção que se dignar de dispensar ao presente e, na oportunidade, reitero a Vossa Senhoria as expressões de minha mais alta estima e apreço.

Cordialmente,

  
Dr. BENEDITO MÁRCIO VILLAÇA  
Diretor do Departamento de Saúde  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal em exercício



Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista  
GABINETE DO PREFEITO

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
Fls. 431  
1)

Bragança Paulista, 07 de dezembro de 1995

Ofício nº CSD-399/95

Ilustríssimo Senhor  
JOSÉ ANTONIO PASSOS  
Digníssimo Superintendente do  
Hospital Universitário São Francisco  
BRAGANÇA PAULISTA

Prezado Senhor,

A par dos meus cordiais cumprimentos, sirvo-me do presente para expor e solicitar a Vossa Senhoria o quanto segue:

Uma comissão de Vereadores desta cidade executou um trabalho que analisou a taxa de mortalidade infantil em Bragança Paulista, através do qual foi verificada que a taxa de mortalidade perinatal (mortalidade no 1º mês), em nossa cidade está muito alta.

Tendo em vista que essa taxa de mortalidade pode ser diminuída e, após decisão tomada em reunião com pediatras desta cidade e ouvido o Conselho Municipal de Saúde, que se manifestou favoravelmente, transcrevo abaixo as medidas para serem tomadas por esse hospital, objetivando a diminuição da taxa de mortalidade perinatal:

- 1 - abolir as mamadeiras e chuquinhas do berçário, para forçar e incentivar o aleitamento materno;
- 2 - Alta para as parturientes, com consulta agendada para todos os recém-nascidos para o 7º dia, no serviço de puericultura.

Nesse serviço de puericultura os recém-nascidos deverão ser atendidos no 7º dia, com retorno para o 15º dia, quando começarão as vacinas e serão encaminhados para as UBS (Unidades Básicas de Saúde) mais próximas, com consultas agendadas para o 30º dia.

Recebido  
Clairne  
11/12/95





C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114,93  
Fls. 432  
a) 28/06

**Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista**  
GABINETE DO PREFEITO

Com essas medidas a taxa de mortalidade infantil perinatal será, certamente, diminuída, razão pela qual solicito as determinações de Vossa Senhoria para o atendimento do contido neste documento.

Agradeço, desde já, a atenção que se dignar de dispensar ao presente e, na oportunidade, reitero a Vossa Senhoria as expressões de minha mais alta estima e apreço.

Cordialmente,

Dr. BENEDITO MÁRCIO VILLÇA  
Diretor do Departamento de Saúde  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal em exercício



Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista  
GABINETE DO PREFEITO

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114/93
Fls. 133
*)

Bragança Paulista, 07 de dezembro de 1995

Ofício nº CSD-400/95

Ilustríssimo Senhor  
Dr. DÉCIO LUIZ SILVA MAZZINI  
Digníssimo Diretor Clínico do  
Hospital Universitário São Francisco  
BRAGANÇA PAULISTA

Prezado Senhor,

A par dos meus cordiais cumprimentos, sirvo-me do presente para expor e solicitar a Vossa Senhoria o quanto segue:

Uma comissão de Vereadores desta cidade executou um trabalho que analisou a taxa de mortalidade infantil em Bragança Paulista, através do qual foi verificada que a taxa de mortalidade perinatal (mortalidade no 1º mês), em nossa cidade está muito alta.

Tendo em vista que essa taxa de mortalidade pode ser diminuída e, após decisão tomada em reunião com pediatras desta cidade e ouvido o Conselho Municipal de Saúde, que se manifestou favoravelmente, transcrevo abaixo as medidas para serem tomadas por esse hospital, objetivando a diminuição da taxa de mortalidade perinatal:

- 1 - abolir as mamadeiras e chuquinhas do berçário, para forçar e incentivar o aleitamento materno;
- 2 - Alta para as parturientes, com consulta agendada para todos os recém-nascidos para o 7º dia, no serviço de puericultura.

Nesse serviço de puericultura os recém-nascidos deverão ser atendidos no 7º dia, com retorno para o 15º dia, quando começarão as vacinas e serão encaminhados para as UBS (Unidades Básicas de Saúde) mais próximas, com consultas agendadas para o 30º dia.

Recubi  
Elaine  
11/12/95



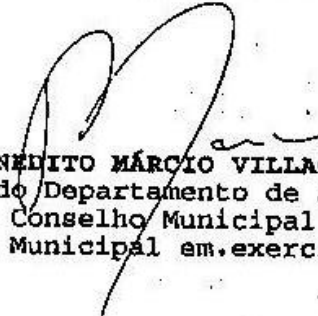
Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista  
GABINETE DO PREFEITO

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL 7114,03  
Fl. 434

Com essas medidas a taxa de mortalidade infantil perinatal será, certamente, diminuída, razão pela qual solicito as determinações de Vossa Senhoria para o atendimento do contido neste documento.

Agradeço, desde já, a atenção que se dignar de dispensar ao presente e, na oportunidade, reitero a Vossa Senhoria as expressões de minha mais alta estima e apreço.

Cordialmente,



Dr. BENEDITO MÁRCIO VILLAÇA  
Diretor do Departamento de Saúde  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal em exercício



Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista  
GABINETE DO PREFEITO

C. M. E. B. P.

PROT. GERAL Nº 214/93

Fis. 435

Bragança Paulista, 07 de dezembro de 1995

Ofício nº CSD-401/95


Excelentíssimo Senhor  
Frei CONSTÂNCIO NOGARA  
Digníssimo Reitor da Universidade São Francisco  
BRAGANÇA PAULISTA

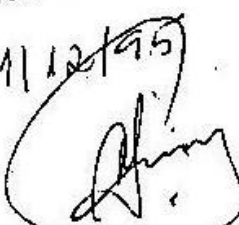
Senhor Reitor,

Cumprimentando-o cordialmente, tenho a honra de, pelo presente, encaminhar a Vossa Excelência, para conhecimento, as inclusas cópias xerográficas dos ofícios encaminhados aos Senhores Diretor e Clínico e Superintendente do Hospital dessa Universidade, sobre providências a serem tomadas, objetivando a redução da taxa de mortalidade perinatal neste Município.

Colocando-me á disposição de Vossa Excelência, reitero as expressões de minha mais alta estima e apreço.

Cordialmente,

  
Dr. BENEDITO MÁRCIO VILLÇA  
Diretor do Departamento de Saúde  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal em exercício

Realsi em  
11/12/95  


# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

DE BRAGANÇA PAULISTA  
C.G.C. (M.F.), 45.915.309/0001 - 24

Rua Cel. Assis Gonçalves, S/N - BRAGANÇA PAULISTA  
Fone: (011) 7843-2000 (PABX) - Fax (011) 7843-1151

• C. M. E. B. P.
PROT. GERAL. Nº 2114/93
Fis. 436
2) 88

Bragança Paulista, 26 de Dezembro de 1995.

DF/DM 124/95

Assunto: Resposta ao Of. nº CSD - 398/95

Prezado Senhor:

Com relação ao trabalho executado pela Comissão de Vereadores da Câmara Municipal desta cidade, afim de analisar a taxa de mortalidade infantil em Bragança Paulista, a Direção Médica da Santa Casa acha que o simples fato de fornecer mamadeiras e chuchinhas no berçário não fará que a mãe amamente o recém-nascido. Para que isto aconteça é necessário um pré-natal bem orientado, no sentido da importância do aleitamento materno; tendo em vista que, baseado em pesquisas feitas dentro da maternidade deste hospital, chegou-se a conclusão que entre 30 a 40 por cento das pacientes não fazem pré-natal e se o fazem ele é incompleto e não dirigido para o aleitamento. Também é curioso o fato de 40 a 50 por cento das pacientes serem analfabetas ou semi-alfabetizadas.


Quanto ao retorno da criança para a consulta no sétimo dia, vimos informa-lo que esta Direção Médica tentou no dia seguinte ao recebimento da correspondência em questão marcar uma consulta, somente conseguindo para 30 dias após.

Informamos também que esta Santa Casa já vem exercendo o puericultura, através do serviço criado pelo Dr. Antonio de Pádua Neto Junior e para maiores informações sobre este serviço o Dr. Pádua está a inteira disposição deste Diretor de Saúde.

Sendo só o que se apresenta para o momento, agradecemos e parabenizamos Vossa Excelência pelo exercício como Prefeito Municipal de Bragança Paulista neste mês de Dezembro de 1995.

Atenciosamente

Dr. RAFAEL ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Diretor Médico

  
3.1.96

Ilmo. Sr.

Dr. BENEDICTO MARCIO VILLAGA  
MD. Diretor do Departamento de Saúde  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde  
Prefeito Municipal em exercício de Bragança Paulista



## SV índice de mortalidade é reduzido

De São Vicente - Em menos de três anos, o município de São Vicente conseguiu reduzir os índices de mortalidade infantil, um dos mais altos da região, diminuindo de 32 para 25 mortes por mil crianças nascidas vivas. Isto foi possível graças a implantação de programas em defesa da saúde da criança, que já mostram resultados bastantes positivos.

Eles foram criados nos primeiros meses da administração do prefeito Luiz Carlos Luca Pedro(PT) e aperfeiçoados no decorrer deste ano, quando foi iniciado o programa do Recém-Nascido de Risco.

A intervenção da prefeitura no Hospital São José foi muito importante para que providências essenciais fossem tomadas. A primeira delas foi a substituição das parteiras por enfermeiras obstetritzes, treinadas para atuar em situações mais difíceis.

Todos os bebês considerados de risco, nascidos com baixo peso, prematuros ou com doenças congênitas, passaram a receber atendimento preferencial nas unidades de saúde do município.

Eles já saem com consulta agendada nas poli-saúdes, da rede. Na maternidade, as mães recebem orientações sobre a importância da amamentação, higiene do bebê, vacinação e teste do pezinho.

Os recém-nascidos passam por quatro consultas no primeiro mês de vida, sendo acompanhados mensalmente por médico e enfermeiras até completarem um ano.





Bragança Paulista, 27 de dezembro de 1995

COMUNICADO

Tem este a finalidade de informar à todas Unidades Básicas de Saúde que a partir de janeiro estará funcionando o programa de puericultura que será desenvolvido pela Dr<sup>a</sup> Helena Daitchman Pinheiro no Centro de Saúde deste Município.

O Programa visa atender:

1<sup>a</sup> consulta - nos hospitais de origem, crianças com sete dias;

2<sup>a</sup> consulta - Dr<sup>a</sup> Helena no CSI, no período da tarde, com 15 dias de vida, agendadas pelos hospitais.

Após, nas UBSs e Hospitais agendados pelo CSI.

Em virtude disto, solicitamos de V. S<sup>as</sup>, prioridade no agendamento destas consultas.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Dr. Perival B. Reginaldo  
Chefe de Divisão



# PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL. Nº 214/93
Fls. 43A
28/1

Bragança Paulista, 04 de Janeiro de 1996

Aos G.O. e Pediatras

Caro Dr(a). \_\_\_\_\_

Com relação a alta taxa de mortalidade infantil peri natal em nossa cidade tomamos as seguintes condutas:

Os recém nascidos estão tendo a 1ª consulta no 7º dia de nascimento nos hospitais em que nasceram. ( Já saem dos hospitais c/ consulta marcada )

Na 1ª consulta do 7º dia é agendada a 2ª consulta para o 15º dia no Centro de Saúde onde a criança após ser atendida já é agendada para a 3ª consulta no 30º dia na UBS mais próxima de sua residência ou mesmo em um dos ambulatórios dos hospitais.

Assim, todas as crianças da rede pública tem 3 consultas médicas no 1º mês de vida.

Encaminhamos também um ofício as 2 maternidades para que sejam abolidas dos berçários as mamadeiras e chuchinhas.

Solicitamos do Dr(a) a partir de agora maior empenho para que as gestantes façam corretamente o seu pré-natal não faltando as consultas assim como se orientem de uma forma mais incisiva da importância do aleitamento materno.

É claro que para atingirmos o objetivo de baixar o índice de mortalidade infantil precisamos e vamos fazer muito mais.

Mas por enquanto contamos com voce para essas medidas iniciais e prioritárias.

As ordens para novas sugestões me despeço desejando-lhes um feliz e profícuo 96.

Sem mais,

DR. MÁRCIO VILÇA  
Diretor de Dept. de Saúde

*Encar. do Todor  
G.O. - Pediatras  
M*

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fis.	440
a)	

Brejença Paulista, 05 de janeiro de 1996

Of.º 002/96

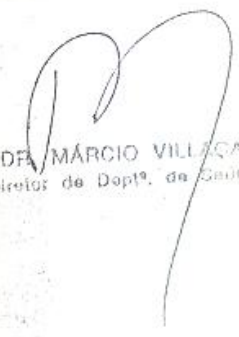
Cara Srª Marília Abi Chedid  
Presidente do Fundo Social de Solidariedade

A mortalidade infantil em Brejença Paulista não é baixa 30/1000, mas a mortalidade infantil peri-natal (crianças que morrem no 1º mês de vida) está muito alta. Entre as causas responsáveis por isso estão a ausência ou baixo comparecimento das gestantes ao "PRÉ-NATAL".

Conforme conversamos junto com D. Palmira o grupo de voluntárias da Santa Casa e o grupo das Abelhinhas, estão dispostas a entrar com seus trabalhos num programa social para estimular o Pré-natal e com isso diminuir a mortalidade infantil em nossa cidade.

Como suas atuações tem sido mercedas de êxito gostaríamos de contar com seu empenho e de sua equipe para esta empreitada que será nobre.

Abrços,

  
DR. MÁRCIO VILACA  
Diretor de Deptº. de Saúde





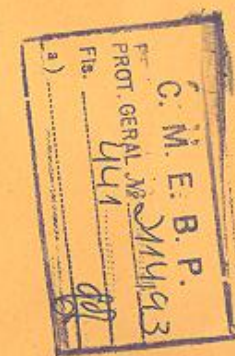
# Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Paulista

ILMO. SR.

PAULO MIGUEL ZENORINI

M.D. VEREADOR DA CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA

BRAGANÇA PAULISTA



AV. ANTONIO PIRES PIMENTEL, 2015

CX. POSTAL 50

PABX (011) 7844-2044 - FAX (011) 7844-3877 - TELEX 011.79802 PMBP.BR





**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

C. M. P.
PROT. GERN. 2114, 93
443
12

ILUSTRÍSSIMA SENHORA DOUTORA PROMOTORA DE JUSTIÇA DA VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DA COMARCA DE BRAGANÇA PAULISTA.

Recb. de 20.5.96

L. M. P. DE BRAGANÇA PAULISTA

**PAULO MIGUEL ZENORINI**, Vereador à Câmara Municipal da Estância de Bragança Paulista vem, respeitosamente à presença de VOSSA SENHORIA, representar contra o ato que definiu as eleições para escolha dos Membros do Conselho Tutelar, designada para o dia 21 de maio de 1996, às vinte horas no Salão Nobre da Prefeitura Municipal, tendo em vista que o edital, publicado Na Gazeta Bragantina do dia 1º de maio de 1996, pg. 12, para a realização das eleições não foi elaborado, nem aprovado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, além de haver novo Projeto de Lei a dar entrada no protocolo do Poder Legislativo objetivando alterações na Lei Municipal nº 2719, de 25 de agosto de 1993, principalmente no que se refere à escolha dos membros do Conselho Tutelar.

Diante do exposto requer a VOSSA SENHORIA seus valiosos préstimos em requerer junto à Vara da Infância e Juventude, em forma de liminar, a suspensão das eleições designadas para esta terça-feira próxima.

Nestes Termos,  
P. Defertimento.

Casa do Poder Legislativo, 20 de maio de 1996

a)   
**PAULO MIGUEL ZENORINI**  
Vereador - PT





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	214/93
Fis.	444
a)	Ja

Bragança Paulista, 21 de junho de 1996

OFICIO CO-PRESIDÊNCIA Nº 02

SENHOR PREFEITO

Encontra-se em funcionamento nesta Casa Comissão Especial de Estudos sobre a Criança e o Adolescente, presidida pelo subscritor deste e composta pelos edis Adalberto Leticio Alessandri e Arnaldo de Carvalho Pinto.

Para encerramento dos trabalhos do referido grupo legislativo, necessitamos de dados estatísticos destinados ao preenchimento de planilhas do período de 1992 a 1996 relacionadas à rede municipal de ensino e, nesse sentido, vimos solicitar a V. Exa a gentileza de nos fornecer ofício com autorização escrita para que os servidores de assessoria das comissões da Câmara Municipal possam obter tais dados diretamente junto aos órgãos e servidores do Departamento de Educação do Município.

A possibilidade de consulta pelos servidores dinamizaria as atividades da própria comissão - pois seus integrantes receberiam para análise e conclusão as planilhas já preenchidas integralmente - e facilitaria também as atividades do Executivo, eliminando-se a necessidade de envio de pedidos de informações para consecução dos dados.



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL N.º 2114/93
Fol. 445
a) 82

Na certeza de seu atendimento, agradecemos antecipadamente e na oportunidade reiteramos, senhor Prefeito, nossos protestos de alta consideração e apreço.

VEREADOR PAULO MIGUEL ZENORINI  
Presidente da Comissão

Ao  
Exmo. Sr.  
JESUS ADIB ABI CHEDID  
Prefeito da Estância de Bragança Paulista  
N E S T A



CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE  
BRAGANÇA PAULISTA / SP

Endereço: Praça Hafiz Abi Chedid, 125  
Cep: 12900-000 ou Caixa Postal 74

Fone: (011) 7843-5618 Fax: (011) 7843-5643

FOLHA DE TRANSMISSÃO DE FAX Nº 145 / 96

DESTINO: Prefeitura Municipal da Estância de Bragança Pta

Aos cuidados de: sr. Prefeito Dr. Jesus Abi Chedid

FAX: 7844-3877

FONE:

ASSUNTO: Encaminha Ofício CC-Presidência nº 02

C. M. E. B. P.	
PROT. Nº	2114/93
Cl. Nº	446
Ass.	Sa

*Recebu recebido  
por  
Nels*

*14/45*

REMETENTE: Paulo Miguel Zenorini - vereador PT

DATA: 21 / 6 / 96

Nº Folhas: 03

(incluindo esta)

Visto: Magda.-

## SOCIEDADE

# Unicef diz que Brasil é segundo pior país da América do Sul em mortalidade infantil

Relatório mostra também que País é o pior no mundo em distribuição de renda

CRISTIANE SEGATTO  
Especial para o Estado

O Brasil é o segundo pior país da América do Sul em mortalidade infantil, conforme relatório divulgado ontem pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O documento Situação Mundial da Infância 1996 demonstra que no continente apenas na Bolívia os índices de morte de menores de 5 anos são mais desfavoráveis. O estudo aponta ainda o País como o pior em distribuição de renda, entre 150 nações pesquisadas.

Em cada grupo de mil menores de 5 anos, 61 morreram no Brasil no ano passado. Na Bolívia, essa relação mostrou-se ainda mais grave: 110 a cada mil.

O caso brasileiro torna-se assustador se considerarmos o Produto Interno Bruto (PIB) quase quatro vezes superior ao boliviano (veja tabela).

"O Brasil está muito mal se o compararmos a países com renda per capita semelhante", comentou o representante do Unicef no Brasil Agop Kayayan. "O Sri Lanka, por exemplo, tem uma renda per capita cinco vezes menor que a brasileira e apenas um terço das mortes registradas aqui."

**Investimento** — A taxa de mortalidade de compatível com os indicadores econômicos do Brasil não poderia exceder dez mortes em cada grupo de mil crianças, segundo o Unicef. "A situação brasileira é muito grave porque 230 mil menores morrem a cada ano por complicações perinatais e doenças estúpidas como diarreia", ressaltou.

Para reverter a situação, o País não precisa de maior volume de investimentos, de acordo com o representante do Unicef. "Os orçamentos já existem, mas são muito mal aplica-

## RANKING MUNDIAL

A Nigéria é o país com maior taxa de mortalidade infantil; o menor taxa é a da Suécia

Colocação	Idade*	PIB*	% da população com acesso à água limpa	Alfabetização de homens adultos em 1990 (em%)
1º Nigéria	320	270	54	18
12º Somália	211	120	37	36
16º Etiópia	200	100	25	41
37º Haiti	127	370	28	44
39º Índia	119	300	81	62
45º Bolívia	110	760	55	88
63º Brasil	61	2.930	87	82
79º China	43	490	67	87
85º Paraguai	34	1.510	35	93
90º México	32	3.610	83	90
95º Argentina	27	7.220	71	96
100º Venezuela	24	2.840	79	91
105º Uruguai	21	3.830	75	96
111º Sri Lanka	19	600	53	93
116º Chile	15	3.170	85	94
125º Estados Unidos	10	24.740	-	-
130º França	9	22.490	-	-
141º Reino Unido	7	18.060	-	-
146º Japão	6	31.490	97	-
150º Suécia	5	24.740	-	-

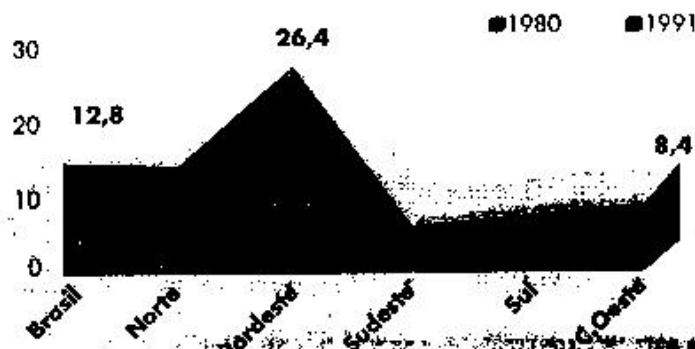
(\* Menores de 5 anos mortos em cada mil, dados de 1994)

(\*\*) Produto Interno Bruto: taxa por capita em US\$, valores de 1993

Obs.: Nos locais onde há trapo, os dados não estão disponíveis

## POBREZA AUMENTA

Crianças e adolescentes de até 17 anos em situação de extrema pobreza: renda mensal familiar de até meio salário mínimo - em %



entre habitantes de 11 (21,6%). Enquanto isso, apenas 1,7% em Curitiba.

"Não adianta tentar melhorar a mesa de pernas para vestir nos programas competitivos com a Argentina", disse Kayayan. A péssima situação da educação, o extermínio das crianças na região urbana, o abuso sexual de meninas também mencionados pelo Unicef e outros problemas relacionados. "Não temos números oficiais de abuso sexual porque é um assunto sob o tapete, mas sabemos que em todas as faixas com"





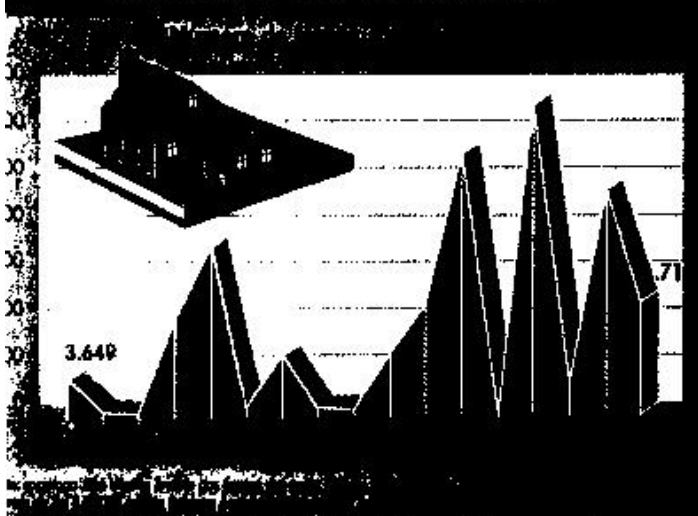
# ssso da política agrária

Dida Sampaio/AE — 27/7/96



opção Estado, proprietários e colonos há mais de um século

## ALTOS E BAIXOS DA REFORMA



### RELATÓRIO

## Unicef alerta para mortalidade infantil na AL

*Estudo mostra que criança pobre no País tem 5 vezes mais probabilidade de morrer do que rica*

**N**OVA YORK — Um menino pobre no Brasil tem cinco vezes mais probabilidade de morrer antes de chegar a 1 ano de idade do que uma criança rica, diz o Relatório Sobre o Estado das Crianças no Mundo 1996, divulgado ontem pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O relatório mostra a enorme disparidade na condição das crianças na América Latina resultante da desigualdade da distribuição econômica nos diversos países. A esperança de vida na América Latina e no Caribe é de 68 anos e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos é de 47 por cada 1.000 crianças nascidas vivas.

A Unicef criou um índice para medir o nível e as mudanças nas condições de vida das crianças do mundo. Esse índice é a taxa de mortalidade dos menores de 5 anos, que mede os resultados finais do processo de desenvolvimento segundo fatores como saúde, imunização, acesso à água potável, saneamento, atenção materno-infantil etc.

Segundo esse índice, a Bolívia é o pior país da América Latina, com uma taxa de mortalidade de menores de 5 anos de 110 por cada 1.000 nascidos vivos. Cuba está na primeira colocação, com uma taxa de 10 por cada 1.000 nascimentos. Chile vem em segundo lugar, seguido de Costa Rica, Colômbia, Panamá, Uruguai, Venezuela, República Dominicana, Honduras, El Salvador, Equador, Peru, Brasil, Nicarágua e Guatemala.

Na classificação geral, o Brasil está em 63º lugar. Na escala global, que classifica 160 países por ordem decrescente, Níger ocupa o primeiro posto, com a taxa de mortalidade infantil mais alta (320 por 1.000 nascimentos) e a Suécia é o último com a mais baixa (6 por 1.000).

C. M. E. E. P.
PRCT 2114/93
1.º 449
2.º
3.º
4.º





COMUNIDADE DE PROMOÇÃO DO MENOR - C. P. M.  
«COMUNIDADE SORRISO»

FUNDADA A 25 DE NOVEMBRO DE 1978

Reconhecimentos de Utilidade Pública

Municipal: Lei n.º 1.707 (30/8/79) - Estadual: Lei n.º 3.870 (25/5/82) - Federal: Lei n.º 91.706/85

Registros: a) Coordenadoria de Ação Regional do S.E.P.S. (C.A.R.) n.º 2.084

b) Conselho Nacional de Serviço Social n.º 251.286/79

c) Registro de Títulos e Documentos n.º 2.341 - Prot. A - 08 - Pág. 98 - Livro A - Bragança Paulista

d) Conselho Estadual de Assilos e Subvenções C.E.A.S. - do S.E.P.S. n.º 841/85

Creche e Escola: Praça Belo Horizonte, 81 (Cruzeiro) - Fone. (011) 433-4366 - 12.900 BRAGANÇA PAULISTA - Est. de São Paulo

● C.G.C. 50-050-780/0001-52

Bragança Paulista, 17 de agosto de 1.995

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL N.º	2114/95
Fls.	150
n.º	Ja

Ilmo. Sr.

PAULO MIGUEL Zenorini

Vereador da Câmara Municipal de  
Bragança Paulista

Nesta

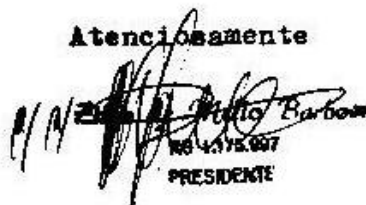
Prezador Senhor,

Conforme solicitação de V.Sª.  
via telefone, efetuada pela senhora Regina, estamos enviando a Relação de crianças com a idade de 05 e 06 anos matriculadas nesta Entidade.

Informamos ainda a V.Sª. que esta Entidade tem seu funcionamento de 2ª à 6ª feira, no horário das 06:30 às 17:00 horas, e em razão deste funcionamento solicitamos o envio dos ingressos para que a entidade possa distribuí-los as crianças.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente

  
PRESIDENTE



COMUNIDADE DE PROMOÇÃO DO MENOR - C. P. M.  
«COMUNIDADE SORRISO»

FLINDADA À 25 DE NOVEMBRO DE 1978

Reconhecimento da Unidade Pública:

Municipal: Lei n.º 1.707 (30/6/79) - Estadual: Lei n.º 9.350 (25/5/82) - Federal: Lei n.º 91.108/85

Registros: a) Coordenadoria de Ação Regional da S.E.P.S. (C.A.R.) n.º 2.624

b) Conselho Nacional de Serviço Social n.º 251.196/79

c) Registro de Títulos e Documentos n.º 2.341 - Prof. A - 28 - Pág. 98 - Livro A - Bragança Paulista

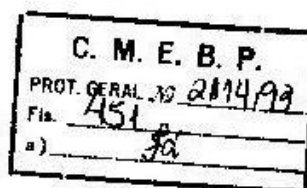
d) Conselho Estadual de Assistência e Serviços C.E.A.S. - da S.E.P.S. n.º 641/85

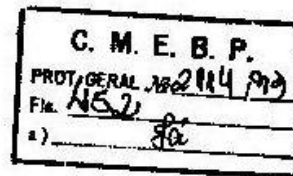
Creche e Escola: Praça Belo Horizonte, 81 (Cruzeiro) - Fone: (011) 433-4366 - 12.900 BRAGANÇA PAULISTA - Est. de São Paulo

● C.G.C. 50-050-730/0001-82

RELAÇÃO DAS CRIANÇAS DE 05 e 06 ANO MATRICULADAS

001 - Andressa Aparecida B. Pereira	14/08/89
002 - Amanda Lais S. Silva	01/11/89
003 - Bruno Aparecido Lopes	28/09/89
004 - Carina dos Santos	04/11/89
005 - Elaine Aparecida Oliveira Souza	09/09/89
006 - Eliana S. Souza	26/11/89
007 - Fabiolla C. Guiglielmin	02/10/89
008 - José Wallison F. Gomes	01/09/89
009 - Janaina Almeida Araujo	06/11/89
010 - Luiz Paulo S. Oliveira	24/11/89
011 - Mariele M. Pereira	25/10/89
012 - Marcelo Pereira Souza	16/09/89
013 - Orlando Silveira Jr.	16/11/89
014 - Pamela Carolina C. Santos	26/10/89
015 - Patricia A. G. Lima	09/11/89
016 - Priscila Silva Souza	17/11/89
017 - Rafael Borges S. Leitaõ	25/06/90
018 - Rebeca Barros Alves	25/06/90
019 - Rafael Francis Silva	11/01/90
020 - Sabrina dos S. Alves	05/01/90
021 - Tiago S. Romano	20/09/89
022 - Tamires Fernandes	02/10/89
023 - Paulo H. Araujo	30/10/89
024 - Amanda da Silva	15/06/90
025 - Ariana Danis	30/01/90
026 - Bruno A.R. Miranda	14/03/90
027 - Bruno Batista Oliveira	06/02/90
028 - Bruno Viana Silva	12/05/90
029 - Cesar Augusto Vicente	26/01/90
030 - Carina Batista Oliveira	03/06/90





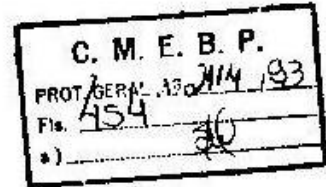
031 - Daniel Aparecido Alves	15/05/90
032 - Graziela O. Amorim	15/09/89
033 - Izabela G.P. Freire	04/04/90
034 - Janaina Aparecida Lima	05/01/90
035 - Juliana R.R. Silva	29/11/90
036 - Luiz Souza Jacinto	23/03/90
037 - Miguel Valmir Resende	28/06/90
038 - Priscila Alves Souza	21/01/90
039 - Paula Cristina P. Silva	07/06/90
040 - Romilda R. Silva	27/12/90
041 - Raquel dos Santos	13/04/90
042 - Talita E.R. Silva	13/05/90
043 - Willian Segur	29/11/89
044 - Anderson Azevedo	15/12/88
045 - Daiane Aparecida Cometti	05/10/88
046 - Erich Renato Silva	30/04/89
047 - Francini Aparecida Oliveira	05/10/88
048 - Graziela C. Moraes	30/06/88
049 - Gabriela Pinto	31/12/89
050 - Geice Barros Alves	04/01/89
051 - Julio Cesar Silva	26/10/88
052 - Luiz Antonio Leitão	20/01/89
053 - Lucilene Souza Sales	18/11/88
054 - Marcela C. Castilho	31/01/89
055 - Michele Ap <sup>ta</sup> . Oliveira	03/09/88
056 - Patricia G. Azevedo	02/08/88
057 - Rafael Gomes Amaral	26/10/88
058 - Taciana C. B. Silva	16/11/89
059 - Taina S. Oliveira	04/01/89
060 - Fabio H. Silva	27/04/89
061 - Eline M. Miranda	30/05/89
062 - André G. Souza	26/07/89
063 - Caio Cesar M. Leite	29/11/89
064 - Carina Aparecida Berta	02/06/89
065 - Douglas L. Cardoso	25/07/89
066 - Gisllaine Aparecida Camargo	02/05/89
067 - Glaucia C. M. Rodrigues	27/07/89
068 - Kelly Cristina Oliveira	30/11/89
069 - Luana Silva	07/05/89

<b>C. M. E. B. P.</b>	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fls.	453
*)	for

070 - Lucas A. Oliveira	21/06/89
071 - Maiara A. Alves	06/04/89
072 - Marina A. G. Godoy	16/03/89
073 - Milaine C.P. Moraes	10/08/89
074 - Raide R. Rodrigues	21/04/89
075 - Tais Azavedo	09/08/89
076 - Vinícius B. Santana	01/06/89
077 - Wellington J. O. Silva	30/05/89
078 - Wilker L. Oliveira	14/05/89

  
 COMUNIDADE DE PROMOÇÃO DO MENOR  
 CPM - COMUNIDADE SORRISO

PREVENTORIO IMACULADA CONCEIÇÃO



Keli Alves  
Amanda Saorina Cezário  
André da Silva Cavalcante  
Paloma Carolina Souza  
Andreia da Silva Sales  
Katia R. Cezário Silva  
Katia Alves  
Carilo Novais do Brado  
Maiycom Aparecido Alves  
Elen Cristina de Almeida  
Luiz Gustavo dos Anjos Cascardo  
João Vitor Silva  
Tatiani Carolini Fitu  
Gabriel Adonario Alves dos Santos  
Gisele Olimpia da Silva  
Moises Ramos de Jesus  
Daiana Martins do Nascimento  
Samantha Cesar Toledo  
Rafael Douglas Silva  
Sergio da Silva  
Ingrid Roberta Rocha  
Rodrigo Alexandre da Silva  
Priscila Batista Torres  
Cristiane Medeiros do Nascimento  
Laine Caroline de Souza  
Patricia Batista Torres  
Gislaine Ferreira do Nascimento  
Nataly Viana Banach  
Mayná Gonçalves dos Santos  
Fabiana Cavalcante Moura  
Andreia Cascardo  
Dayana de Lima Sales  
Débora de Lima Sales  
Adriana da Silva Cavalcante  
Léia dos Santos Silva



Fabiana Costa de Paula  
Luciana de Souza Marques  
Gizelli Thaís Justino  
Domenica Aparecida Nascimento Gomes  
Nazare Aparecida Pereira  
Valéria Cardoso Machado  
Mariana Rodrigues de Oliveira  
Sheila Roberto  
Adriana de Jesus Faria  
Camila Nascimento da Conceição  
Patricia Alves Santos  
Cristiane Aparecida da Silva  
Maria Alcilene Alves  
Lyris Dayana Justino  
Lais Ramos de Jesus  
Dayana Caroline Nascimento  
Marcilia Araujo de Oliveira  
Marcia de Oliveira  
Karina da Silva Barros  
Cleciara Pinto da Silva  
Dalila Auxiliadora Belchior  
Allana Cristina de Almeida Chiantia  
Rosemara Ubaldo  
Sabrina N. de Assis  
Suzana Cavalcante Moura  
Josiane Silva dos Santos  
Tamires Oliveira Santos  
Cassia Aparecida Di-Paula  
Karen Cristina Ferreira  
Tatiana Cândido  
Vanessa da Silva Ortega  
Layla Gonçalves  
Carolina Rodrigues dos Santos Evangelista  
Katia da Silva Barros  
Priscila Roberta de Souza  
Rafaela Botelho  
Andressa do Nascimento de Oliveira  
Aline Tatiana Batista da Silva  
Diana Batista da Silva  
Marcelo Viera Silva  
Marcelo Pereira de Souza





João Vitor Adonario dos Santos  
Caio Cesar dos Santos  
Raphael Nascimento Oliveira  
Rafael Henrique de Oliveira  
Raphael Vinicius F. Campos  
Diego Henrique dos Santos  
Carlos da Silva  
Clovis Ribeiro de Aruda Junior  
Ricardo dos Anjos Cascardo  
Danilo Jesus de Oliveira  
Danilo Augusto Nascimento Gomes  
Leandro Mancel da Silva  
Wagner da Silva Ortega  
Dario Araujo de Oliveira  
Denis Francisco Pereira Silva  
Marcio Luiz da Silva  
Marcio Cavalcante Moura  
Francisco Rogério da Silva  
Rafael Botelho  
Rodrigo Alexandre da Silva  
Walinson Cardoso Almeida  
Daniel Jesus Souza  
Douglas Eduardo da Silva  
Carlos Alberto da Silva  
Rodrigo Fernandi de Paula  
Israel da Silva Sales  
Wagner Luiz de Souza  
Daniel de Souza  
Renailton Queiroz dos Santos

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fls.	157
*)	Ja

Listas de nomes das crianças de 5 à 6 anos de idade

- 01 - Adriano de Sousa Pereira
- 02 - Alan Cristian Silva
- 03 - Carlos Ferilo Veronese
- 04 - Emerson Alves de Oliveira
- 05 - Gabriel Alex Friges das Neves
- 06 - Itale Gomes da Silva
- 07 - Leonarde Ap. Antunes Andre
- 08 - Lincolnha Alex Friges das Neves
- 09 - Lucas Elias de Souza Carmignetto
- 10 - Paulo Roberto Gonçalves
- 11 - Tiago de Sousa
- 12 - Wagner Luis Guimarães
- 13 - Alexandre Thimoteo Oliveira
- 14 - Brunelle Rodrigues Santos
- 15 - Janaina Rosalina Malachias Santos
- 16 - Kelly de Sousa Santos
- 17 - Rafaela Bueno de Godoy
- 18 - Rosimeire Gomes de Oliveira
- 19 - Rafael da Cruz
- 20 - Viviane da Silva Miranda
- 21 - Sheila Pereira da Cunha
- 22 - Maria Aparecida Martins Pinto
- 23 - Michele da Cruz
- 24 - José Ricardo Silveira dos Santos
- 25 - Dandara
- 26 - Dario Rodrigo
- 27 - Rodrigo
- 28 - Fabata Bueno
- 29 - Sabrina Bueno
- 30 - Luis Antonio F. Jr.
- 31 - Jonathan Pires Bueno
- 32 - Darcine Crátina P. Bueno
- 33 - Carlos Henrique Pires

Listas de nomes de crianças de 7 à 14 anos de idade

- 01 - Edvaldo Pires Bueno
- 02 - Jose Guilherme de Oliveira
- 03 - Cristiano Malachias
- 04 - Luciano Ap. de Oliveira
- 05 - Paulo Rodrigues Malachias
- 06 - Everton da Silva Miranda
- 07 - Tiago Alexandre Santana
- 08 - Jeferson Gomes dos Santos
- 09 - Francisco de Assis Cruz
- 10 - Dario Domingues de Faria
- 11 - Dario de Moraes
- 12 - Vivaldo Roni Stein Hermes
- 13 - Sidney Alves de Oliveira
- 14 - Rogerio Ap. Rosas
- 15 - José Ap. Cassiáiro
- 16 - Odair José Cassiáiro
- 17 - José Augusto de Lima
- 18 - Patricia da Silva Miranda
- 19 - Marília Domingues de Faria
- 20 - Leticia Prado da Silva
- 21 - Tatiana Nascimento da Silva
- 22 - Juliana Ap. Ribeiro
- 23 - Ticiane Priscila Stein Hermes
- 24 - Michele Lais de Freitas
- 25 - Aline Moura de Oliveira
- 26 - Valquiria da Penha Silva
- 27 - Cristina Gomes dos Santos
- 28 - Carina Santana Vas de Lima
- 29 - Daniela Malachias
- 30 - Cristina Ap. Bueno de Oliveira
- 31 - Cristiane Ap. Vasconcellos
- 32 - Cristina Ap. Vasconcellos
- 33 - Tais Ap. Couto
- 34 - Rodrigo das Rosas
- 35 - Wilian Balarne

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114/93
Fls.	458
*)	Pa

Continuação: Listas de nomes de crianças de 7 à 14 anos de idade

C. M. E. B. P.	
PROJ. GERAL Nº	2114,93
Fls.	159
o)	sta

- 36 - Douglas de Oliveira
- 37 - Viviane Dalarme
- 38 - Leticia Pereira da Cunha
- 39 - Daniela Vas de Lima
- 40 - Elisangela Roberta dos Santos
- 41 - Sabrina Moraes de Souza Cardoso
- 42 - Rafael Lourenço de Faria
- 43 - Jose Antonio Lourenço de Faria
- 44 - Gislaime Moraes de Souza Cardoso
- 45 - Judite Barbosa de Oliveira
- 46 - Davi Ap. de Campos
- 47 - Erico Vitorio Silva
- 48 - Adriano de Souza Cardoso
- 49 - Ailson Dias Chaves
- 50 - Jesus Bento da Cruz
- 51 - Marildo Mariano Pinto
- 52 - Ednei Pereira de Andrade
- 53 - Wlisses Friges das Neves
- 54 - Amauri Paulino da Silva
- 55 - Jonas Alex Friges das Neves
- 56 - William Alex Friges das Neves
- 57 - Juliana Ap. Rodrigues Guimarães
- 58 - Vanessa Ap. Ribeiro
- 59 - Rosângela Ap. Moraes Silveira
- 60 - Elaine Cristina dos Santos
- 61 - Cristiano Souza Cardoso
- 62 - Tiago Lima Silva
- 63 - Emerson Alves Pinto
- 64 - Anderson da Silqueira Alves
- 65 - Edson de Souza
- 66 - Michele Alves de Oliveira
- 67 - Diego Henrique da Cruz
- 68 - Baiane Souza Candido
- 69 - Tiago Gabriel da Silva

Continuação:

Listas de nomes de crianças de 7 à 14 anos de idade

- 70 - Rodrigo de Souza Candido
- 71 - Carla Veronese
- 72 - Daniel José Rodrigues Gaimaraes
- 73 - Erick Tiago da Cunha Bernarde Ferreira
- 74 - Priscila Alves de Oliveira
- 75 - Rosimary da Silva
- 76 - Carlos Eduardo Martins
- 77 - Rodrigo Martins
- 78 - Amilton Dias Chaves
- 79 - Ailton Dias Chaves
- 80 - Wesley Tiago Souza Cardoso
- 81 - Rute de Fátima Moraes

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114,73
Fls.	160 pr
8)	90

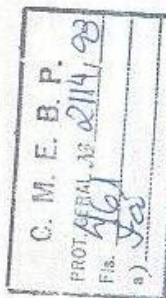


# Em busca da infância perdida

□ ANACRIS BITTENCOURT

A Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança, com apoio da OIT - Organização Internacional do Trabalho - quer que o governo adote um plano nacional de erradicação do trabalho infantil, que devolva as crianças às salas de aula. Segundo dados de 95 do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - existem no mercado de trabalho, em condições precárias, 7,5 milhões de crianças e adolescentes.

Essa mudança já está acontecendo em âmbito local. No dia 9 de maio, foi assinado pelo setor de produção de álcool e cana-de-açúcar de São Paulo o Pacto dos Bandeirantes. Sormente nesse setor, são cerca de 500 mil minitrabalhadore, que carregam até 2,4 toneladas de cana por dia, segundo dados da Contag - Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura. No dia 12 de junho, um ato público, em frente ao Congresso, pretende pressionar as lideranças do governo a aprovar, em caráter de urgência, dois projetos de lei que podem ajudar a devolver a infância às crianças brasileiras.



Glenn Carvalho/Imagens da Terra



Em dezembro de 95, a revista Atenção! publicou uma reportagem sobre a rota dos produtos que, para chegarem às mãos do consumidor, roubam a infância e a saúde de crianças brasileiras. A ponta do novelo, segundo o texto, está nas grandes empresas, até estatais, que contratam os serviços desses fornecedores e se beneficiam, sabendo ou não, da exploração infantil. O levantamento acompanhou as cadeias produtivas de carvão, laranja, calçados e cana-de-açúcar.

A partir daí, a Fundação Abrinq, que já conseguiu o apoio de 80 empresas, por meio do programa Empresa Amiga da Criança,



Crianças brasileiras, até de 4 anos, trabalham cen-

lançado em agosto do ano passado (ver **Jornal da Cidadania** nº 25), resolveu negociar diretamente com os compradores desses produtos. A idéia é convencê-los a não usar fornecedores que empreguem menores de 14 anos e que não ofereçam condições mínimas de trabalho.

## DE GRÃO EM GRÃO

A primeira resposta positiva foi da Abecitrus - Associação Brasileira dos Exportadores de Citricos -, em São Paulo. Assumiu um compromisso público de participar da campanha e criou um grupo de apoio à criança e ao adolescente. Segundo dados da

## Juventude em construção

Enquanto o governo federal é pressionado, iniciativas locais mostram que, com empenho, os resultados chegam logo. "Juventude em construção" é o nome do projeto lançado pela prefeitura de Quissamã, que pretende mudar a vida das crianças. O município tem 14 mil habitantes, é localizado no norte fluminense, no estado do Rio, e sua principal fonte de renda está na atividade agrícola. Dos 4 mil lavradores, 10% são menores de 18 anos.

Lançado em agosto do ano passado, abrange crianças de 12 a 16 anos. Para participar, elas têm de estar matriculadas na escola e comprovar um bom desempenho, passando por avaliações mensais. Recebem meio salário mínimo e trabalham três horas e meia no horto muni-

pal ou nos jardins da prefeitura.

Contam ainda com assistência médica, atividades de esporte e lazer e assessoria de um psicólogo, um professor e um técnico agrícola. Beneficiando 18 crianças, a meta da prefeitura é incorporar mais duas a cada mês.

### O CAPETA DO CANAVIAL

É este o nome do episódio do programa de rádio infantil "Tião Parada, o rei da Estrada". No programa, produzido pelo IBASE, com apoio da Rádio MEC, o simpático caminhoneiro retira duas crianças do trabalho no corte de cana e convence a mãe a colocá-las na escola. A ação se passa justamente em Quissamã. Veiculado na Rádio MEC (800 Mhz, AM), segunda-feira, às 9:05h.

Oscar Wagner/PMQ



Em Quissamã, crianças trocam a lavoura por atividades profissionalizantes



Fotos: J. R. Rippenmogen da Terra



12 horas por dia em carvoarias, colheita de laranja e corte de cana



## Pelo mundo

O desemprego, seguido da miséria, é uma das principais causas do uso crescente da mão-de-obra infantil no mundo. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) calcula que o número de crianças que trabalham chega a 200 milhões.

A Organização desenvolve desde 1992 o Programa para Eliminação do Trabalho Infantil (Ipec). O Brasil foi um dos primeiros países beneficiados, juntamente com a Índia, Indonésia, Kenia, Tailândia e Turquia. A partir deste ano o programa se estenderá pela América Latina.

Funciona com parcerias de organizações de trabalhadores, empregadores, ONGs e governo, que desenvolvem vários projetos de capacitação e mobilização de parcelos, assistência direta à criança, e elaboração de estudos e pesquisas.

A coordenadora do Ipec, Beatriz Cunha, está otimista com os resultados: "cada vez mais o trabalho infantil está na agenda nacional, a questão está sendo discutida em várias instâncias e estão sendo elaboradas soluções."

É o caso do convênio assinado no dia 7 de maio pelo Fórum Permanente de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, no Mato Grosso do Sul, com apoio da OIT e parceria da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência Social (SAS). Pretende levar para a escola todas as crianças, de 7 a 14 anos, que estejam trabalhando em carvoarias no estado (2.500, segundo dados de setembro de 95).

O programa, que envolve os governos estadual e municipal, está pagando R\$ 50 por cada criança que frequente a escola, meio período dedicado às aulas e meio período à realização de atividades desportivas e culturais. "A idéia é manter a criança ocupada o dia todo para que ela não volte ao trabalho", explica Vicente Paulo da Silva, secretário executivo do Fórum.

O projeto alcançará os municípios de Ribas do Rio Pardo, Água Clara, Três Lagoas, Brasilândia e Santa Rita do Pardo, principal foco de concentração das carvoarias. Iniciado no final de maio, deverá se estender por um ano, podendo ser renovado pela SAS.

Outro avanço importante, segundo Beatriz, é a mobilização dos Conselhos Estaduais de Direitos e Tutelares da Criança e do Adolescente. Durante todo o ano, a OIT organiza, com o Ibam (Instituto Brasileiro de Administração Municipal), em vários estados brasileiros, 10 seminários. São dois dias de palestras, debates, exibição de vídeos e distribuição de cartilhas (intitulados de Kit de Sensibilização), apresentados a conselheiros municipais, empresários e integrantes de organizações da sociedade civil. A programação encontra-se à disposição no Ibam.

revista Atenção!, só na região de Ilópolis, interior do estado, 15% dos 70 mil trabalhadores possuem menos de 14 anos.

Nos próximos dias 13 e 14, a associação vai realizar um seminário para elaborar um plano de ação em Araraquara para erradicar o trabalho infantil. Na ocasião será apresentado um diagnóstico da situação em 20 municípios do estado, feito pela Abrinq.

A empresa está tendo uma importante negociação com a Petrobrás para que o Pacto dos Bandeirantes estenda-se por todo o país. A estatal se comprometeu a inibir o uso da mão-de-obra infantil. Mas a Fundação Abrinq acredita que possa fazer muito mais. "Ela já controla o pagamento do INSS e do FGTS dos seus fornecedores, pode fazer isso também em relação ao uso da mão-de-obra infantil", explica Caio Magri, coordenador do programa Empresa Amiga da Criança.

### PAGANDO PRA VER

As negociações com o setor automobilístico começaram em abril. No dia 30 de abril, a Volkswagen e a General Motors divulgaram a inclusão de cláusulas contratuais que impedem a compra de produtos dos que utilizam a mão-de-obra infantil.

Em agosto, seus representantes vão participar de reunião do Fórum Permanente de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, no Mato Grosso do Sul. A proposta é que o setor faça doações em dinheiro ou veículos para escolas. As negociações com a Ford, Mercedes, Scania e Volvo também já começaram.

O setor de calçados, concentrado em Franca, São Paulo, criou o Instituto Pró-Criança. A meta é eliminar o trabalho infantil da cidade. Não será tarefa simples. São cerca de 4 mil pequenos trabalhadores, o equivalente a 15% da mão-de-obra total da região. E mais 2 mil concentrados na Zona Leste do estado.

O Instituto vai atender crianças de 7 a 12 anos, que vão receber reforço alimentar e escolar e serão estimuladas a praticar atividades de cultura e lazer, além de receber orientação profissional. O setor conta com a parceria da prefeitura, da Fiesp - Federação das Indústrias de São Paulo -, do Sindicato da Indústria e da Associação Comercial local.

### BRIGA LEGAL

A Fundação Abrinq pretende consolidar essas ações por meio de dois projetos de lei, da deputada Rita Camata (PMDB/ES), apresentados em maio ao Congresso Nacional. Um trata da proibição de financiamentos ou empréstimos em qualquer banco oficial de crédito ou agências de fomento a empresas que utilizem mão-de-obra infantil. O outro tem o mesmo teor, só que se referindo às licitações públicas. A empresa terá de apresentar um certificado, assinado pelo Ministério do Trabalho, de que está cumprindo a lei.

"A legislação para erradicar o trabalho infantil é um dos pontos do Plano Nacional dos Direitos Humanos, lançado no dia 13 de maio por FHC. Agora estamos com a faca e o queijo na mão. Vamos ver se isso é mesmo prioridade", ironiza João Santos, assessor da deputada.

C. M. E. B. P.  
INSTITUTO DE 2114 73  
F. 16 20 50

**"A legislação para erradicar o trabalho infantil é um dos pontos do Plano Nacional dos Direitos Humanos. Vamos ver se isso é mesmo prioridade"**  
(João Santos)



APRENDENDO MAIS

C. M. E. B. P.  
 PROT. GERAL Nº 2114/93  
 Fls. 463  
 Jca

# O que é Mortalidade Materna?

**T**oda e qualquer morte causada por problemas relacionados à gestação, ao parto e ao resguardo e conhecida como mortalidade materna.

No Brasil são muitas as mulheres que perdem a vida por problemas ligados ao simples fato de engravidarem.

bom pré-natal. Isto porque, durante a gravidez podem surgir problemas que, se descobertos a tempo, podem ser prevenidos e controlados. Se não descobrirmos o problema no início, a situação se agrava e pode levar à morte.

O mais comum dos



O melhor alimento para a criança é o leite materno.

É um absurdo, mas a cada dia, continuam morrendo muitas mães e seus filhos. Ou seja, o risco que uma mulher de nossas comunidades corre ao engravidar é muitas vezes maior do que o admissível em países desenvolvidos. E o risco aumenta de acordo com o local em que mora, a classe social e a idade.

Mulheres pobres de zonas rurais correm maior risco de vida, por condições associadas à gravidez, parto e resguardo, do que mulheres pobres que vivem nas cidades. Adolescentes também correm maior risco de morte.

## Podemos reduzir as mortes maternas?

Sim! E as medidas que levam à redução da mortalidade materna estão ao nosso alcance, são simples e baratas. Para colocá-las em prática basta determinação política, organização e vontade de agir. Mas vamos ver o que podemos fazer. Mais de 70% dos casos de morte materna podem ser evitados por um

problemas da gravidez é a hipertensão arterial - a pressão alta. Descoberta a tempo, pode ser facilmente controlada. Do contrário, ela provoca danos permanentes aos rins e coração da mãe, o baixo peso do feto e pode precipitar um parto com graves problemas. Dai fica claro que, quando se

faz um pré-natal, com consultas regulares desde o terceiro mês de gravidez (sempre procurando garantir alimentação de boa qualidade), qualquer problema pode ser identificado e tratado. Quando falamos em pré-natal de boa qualidade, estamos nos referindo a pelo menos cinco consultas durante a gestação, com exames médicos que incluam a verificação da pressão arterial, as condições físicas gerais da gestante, controle do peso da mãe, exames de laboratório de urina, sangue (para conhecer o grau de anemia e diagnosticar a sífilis), secreção vaginal e prevenção do câncer e ainda acompanhamento no desenvolvimento do bebê.

E importante também, que a gestante receba as orientações fundamentais sobre como melhorar a alimentação, sua higiene, o aleitamento e os primeiros cuidados com o bebê. Mas é muito importante que as líderes comunitárias e o pessoal dos postos de saúde estejam preparados para

responder perguntas, que são próprias dos casais que estão esperando um filho, especialmente aqueles "marinheiros de primeira viagem". Não esqueça que as dúvidas e necessidades das gestantes não se limitam às perguntas. Existe toda uma mudança nos sentimentos, insegurança e muitas vezes, a luta com uma gravidez não desejada, e somos nós, que estamos por perto, que podemos dar uma ajuda nessa hora.

## Aborto: causa de morte

O aborto, provocado ou espontâneo, corresponde a cerca de 8% dos casos de morte materna. As mulheres submetidas ao aborto, quase sempre morrem por problemas de hemorragias, perfuração de órgãos (útero, bexiga, reto, etc.) e infecções. Não podemos desconhecer a importância dessa causa de morte, mas o que podemos fazer para contá-la? Muitos acreditam que legalizar o aborto, ou seja, credenciar clínicas para a sua realização, seja uma forma de diminuir o número de mortes. Mas quem conhece as condições de nossos hospitais, sabe muito bem que a qualidade da atenção médica e os riscos do atendimento não representam a menor segurança para as mulheres e isto sem esquecer que o aborto é um crime que vai contra os princípios cristãos.

Tendo o aborto como opção garantida, qual é o casal que vai se preocupar em adotar medidas de precaução para evitar uma gravidez não desejada? Sabendo que o governo - o Sistema Único de Saúde - vai pagar pelos abortos realizados na rede pública e conveniada, acontecerá, provavelmente, o que aconteceu com as ligações de trompas. Vai ser uma explosão de abortos, muitos deles, trocados por votos ou favores políticos...

Os ricos terão acesso legal a serviços caros, oferecidos e cobertos por seus planos de saúde. Os pobres ficarão à mercê dos "açougueiros de carne humana"...

A redução da mortalidade materna por causas ligadas ao aborto passa por uma política de planejamento familiar, uma política que garanta liberdade de escolha e respeito à consciência das pessoas. Uma política familiar que garanta os métodos naturais como parte

do conjunto de métodos disponíveis e, não só, ligação de trompas, comprimidos, injeção e DIU.

É preciso trabalhar a questão da educação sexual para jovens e adultos. E, quando falamos em educação sexual, não estamos nos referindo somente aos aspectos biológicos da reprodução humana - o conhecimento sobre o corpo e seu funcionamento. Educação sexual é reconhecer a dimensão pessoal e social do sexo. Os problemas da transição de vida da adolescência para a vida adulta, os papéis e responsabilidade do homem e da mulher, o respeito entre eles, a pressão da vida em comunidade e, outras dimensões que fazem parte de tudo ligado ao sexo.

## Morrer de parto?

Cada mulher descreve o parto de uma forma diferente. Mas, é sempre um momento inesquecível em suas vidas. Mas, no entanto, as condições de parto, principalmente para as mulheres mais pobres, pode ser tudo, menos um momento de respeito à sua condição humana. As mortes, por condições associadas ao



Mãe e filho merecem todos os cuidados necessários.

parto são, em sua maioria, provocadas por falta de assistência adequada. Existe uma "fartura" de motivos, "farta" tudo, desde assistência médica a medicamentos e equipamentos. Nas cidades menores e áreas rurais, a "farta" é completa. Mulheres morrem porque vivem isoladas em comunidades rurais, falta transporte para levá-las à cidade mais próxima em busca de socorro. Na região Norte, a situação é das mais graves. Isoladas, sem transporte eficiente e rápido, muitas mulheres morrem nos

barcos a caminho das cidades. Hospitais desativados por "farta" de médicos ou medicamentos são uma afronta ao nosso direito de cidadania.

Muitas situações assim permanecem por falta de iniciativa e denúncia. Cada Secretaria Estadual de Saúde tem sua Comissão de Mortalidade Materna e é dever dessa comissão investigar cada uma das mortes. E nosso dever cobrar dessas comissões, por todos os meios disponíveis - inclusive recorrendo à Justiça - o fim da omissão.

## O resguardo ou puerpério

O período que se segue ao parto é conhecido como resguardo ou puerpério. Esse é um período crítico para a saúde da mulher. Antigamente, as mulheres se "resguardavam" por quarenta dias, evitando trabalho pesado, se alimentando bem, e tantas outras medidas sábias que todos conhecem. Hoje isso não acontece. Mas na verdade, as principais causas da morte materna no resguardo são a infecção e a hemorragia que, são consequências do parto.

As consultas de resguardo, ou consultas pós-parto são

negligenciadas pelos serviços de saúde e pelas próprias mulheres. Por isso, nosso trabalho deverá ser feito junto aos postos e hospitais, no sentido de cobrar uma atenção de qualidade à mulher de resguardo. E, junto às mulheres que parto são, em sua maioria, acompanhamos, para que elas, ao final da primeira semana, procurem os postos de saúde para consulta.

Nossa presença, na primeira semana, para visita à mãe de resguardo, deverá incluir perguntas sobre a presença de febre, secreção vaginal com mau cheiro e hemorragia. Se a mãe relatar qualquer um dos sinais é importante encaminhá-la para o serviço de saúde mais próximo.

Dr. Everardo de Carvalho  
 Técnico em Projetos Especiais da  
 Pastoral da Criança



# Em busca da maternidade segura

A cada duas horas morre uma brasileira por complicações ou falta de cuidados após o parto. Dados do Ministério da Saúde apontam 3.761 mortes maternas em 1991. São 114,2 mortes registradas por 100 mil nascidos vivos.

Países com situação econômica semelhante à do Brasil, como Costa Rica e Uruguai, têm taxas muito inferiores: abaixo de 50 por 100 mil nascidos vivos. Em países ricos, como o Canadá, são 4 por 100 mil. A deputada Fátima Pelaes (PSDB/AP) entregou no dia 23 de maio um requerimento com 229 assinaturas de parlamentares para abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI - na Câmara. O objetivo é apurar por que essas mortes acontecem, se são, em sua maioria - 98%, segundo o Ministério da Saúde - evitáveis.



□ FERNANDA VENEU

Segundo o Centro de Estudos Feministas e Assessoria (CFEMEA), não há previsão de quando o pedido vai ser votado pelos integrantes da mesa. Enquanto isso não acontece, cidadãos, cidadãs e governo tomam providências para diminuir estes índices. Desde 24 de maio é o dia nacional de prevenção à mortalidade materna. No mesmo ano, foi criada a Comissão Nacional de Mortalidade Materna e incentivada a criação de comitês estaduais e municipais sobre o tema, com participação de grupos de mulheres, associações de moradores, entre outros.

Em 28 de maio deste ano, o ministro da Saúde Adib Jatene lançou o projeto Maternidade Segura, com oito passos básicos (ver quadro) a serem seguidos por todas as instituições de saúde do país para atender melhor à mulher e ao bebê. O projeto tem apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, da Organização Pan-Americana de Saúde e do Fundo de População das Nações Unidas.

Há também trabalhos de ONGs, como a Curumim, em Pernambuco, que já reciclou, sensibilizou e capacitou mais de 2 mil das 5 mil parteiras do estado. A enfermeira Ana Paula Viana, que trabalha no projeto, conta

que desde 93 a instituição vem atuando em duas frentes: uma com o apoio do governo estadual, treinando e capacitando as parteiras; outra dando suporte para criar associações de parteiras e para que a profissão seja reconhecida.

Muito comuns no Nordeste e Norte do Brasil, as parteiras são responsáveis pela maioria dos nascimentos, principalmente no interior. Na região metropolitana de Pernambuco, quase 50% dos partos são feitos por elas. "É um modelo de saúde parecido com alguns países da Europa, em que o médico só é chamado quando há necessidade. Só que na Holanda, por exemplo, a mortalidade materna não chega a 1%", explica a enfermeira.

Além do treinamento, onde aprendem a reconhecer sinais de doenças ou complicações que exigem tratamento médico imediato, as parteiras ganham um kit, com balança, termômetro, estetoscópio, um forro de pano e um de plástico (onde a gestante vai ter o bebê), fita métrica, linha para ligadura de cordão umbilical, entre outros itens.

## MORTES EVITÁVEIS

Mortalidade materna é definida como qualquer morte relacionada com a gravidez, o parto e o período posterior ao parto. Segundo o Ministério da Saúde, a prin-

cipal causa de mortalidade materna no Brasil é a toxemia gravídica (intoxicação do sangue durante a gravidez). A eclâmpsia - pressão alta desenfreada durante o parto - foi a principal causa de mortalidade materna em 95, no Rio de Janeiro: 23%, de acordo com dados do Programa de Assistência Integral à Mulher (Paism), do Ministério da Saúde. Entre as demais estão infecções, hemorragias e aborto provocado. Essas mortes poderiam ser evitadas com acompanhamento médico durante a gravidez e depois do parto para preparar a mãe e a família a detectar possíveis problemas.

"Gravidez não é doença, mas precisa de cuidados", diz a médica Sandra Alves, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E não é para menos: na região metropolitana do estado, a taxa de mortalidade é de 121 e no sertão, de 238 por 100 mil nascidos vivos. A partir de 100 mortes por cada 100 mil nascidos vivos, a taxa já é considerada elevada.

Em sua dissertação de mestrado, ela pesquisou no estado 300 atestados de óbito de mulheres entre 20 e 29 anos tratadas em 1994 pelo Serviço Único de Saúde (SUS) nas regiões metropolitana, zona da mata e sertão. "No atestado de óbito, omitem a causa básica, só colocando a causa terminal (subnotificação)", conta. Este é mais um problema sério: como os atestados de óbito não contêm informações precisas, é impossível saber a doença ou infecção que causou a morte da paciente. Por este motivo, a taxa de mortalidade materna pode ser até mais elevada do que o divulgado.

"Muitas vezes a mulher não sabe o que está acontecendo com ela", diz Sandra. Ana Paula recomenda como essencial para um bom parto a informação. A gestante deve saber sobre os primeiros indícios do trabalho de parto, a frequência das contrações e o que vai acontecer depois do parto. Ela pode, muitas vezes, opinar sobre que tipo de parto quer fazer. "O uso indiscriminado de cesariana eleva a taxa de mortalidade materna", explica Sandra, que defende um parto mais humanizado, em que mulher seja ativa, e tratada como cidadã.

**Essas mortes poderiam ser evitadas com acompanhamento médico durante a gravidez e depois do parto**

## PRÉ-NATAL, SIMPLES E NECESSÁRIO

- Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher
- Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar
- Incentivar o parto normal e humanizado
- Ter rotinas escritas para normalizar a assistência
- Treinar toda equipe de saúde para implementar as rotinas
- Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal
- Possuir arquivo e sistema de informação
- Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal

Fonte: Ministério da Saúde.

É preciso conhecer a importância do acompanhamento médico durante a gravidez, o pré-natal. Pelos exames mensais pode-se acompanhar a evolução e a saúde do bebê e da mãe. Se a gravidez é de alto risco, é o pré-natal que vai indicar. E o médico encaminha para um tratamento específico.

A ONG Ciar Brasil fez, em parceria com o Unicef, o programa de rádio "Maternidade Segura", com depoimentos de gestantes e explicações de profissionais da saúde sobre cuidados durante e depois da gravidez. Fala ainda sobre as principais causas de morte e as maneiras de evitá-las. O programa tem a duração de 20 minutos.

Tel: (021) 220-2662





SAÚDE

# Igreja critica esterilização gratuita de mulheres

Para d. Lucas Moreira Neves, proposta de Adib Jatene não respeita dignidade feminina

A proposta de incluir no serviço público de saúde do País a esterilização gratuita de mulheres, defendida pelo ministro Adib Jatene, recebeu duras críticas da Igreja Católica. "É um processo que não respeita a dignidade das pessoas", reagiu ontem o presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), cardeal d. Lucas Moreira Neves. Para o cardeal, métodos anticoncepcionais definitivos deveriam ser rejeitados. "Estão próximos do que se faz com os animais", disse.

D. Lucas irritou-se principalmente com um trecho da entrevista de Jatene, publicada ontem pelo Estado, sobre os limites da Igreja na discussão do tema. Segundo o ministro, não se deveria ligar à Igreja o destino de pessoas não católicas. "A opinião não corresponde à realidade porque não se trata de uma moral católica, mas de uma questão do domínio da antropologia e que não vale só para os católicos", declarou.



D. Lucas Moreira Neves, presidente da CNBB: contra a proposta



Elza Berquó: "Discussão deve ser aceita por todos os interessados"

**Tema delicado** — No Congresso, parlamentares que atuam na defesa dos direitos das mulheres afirmaram que seria melhor se o ministro tirasse do papel o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) — considerado muito mais abrangente do que uma proposta isolada de esterilização. "A simples inclusão da laqueadura como método definitivo de anticoncepção dentro do Sistema Único de Saúde é impossível de ser aceita", disse ontem a senadora Benedita da Silva (PT-RJ).

De maneira geral, as feministaselogiaram a atitude do ministro, que tratou abertamente de um tema delicado e propôs transferir para o Estado os gastos com esterilização. Ao mesmo tempo, porém, manifestaram receios em relação aos riscos de se tratar o assunto de maneira isolada. Na opinião delas, isso traria riscos para

os direitos reprodutivos das mulheres.

"O que desejamos é o atendimento amplo de saúde, no qual a esterilização não seja apresentada como a única proposta", disse ontem a socióloga Maria José Rosado, coordenadora do movimento Católicas pelo Direito de Decidir. "A mulher deve ser informada e ter acesso a todos os outros métodos anticoncepcionais, para que possa de fato optar", acrescentou. Ela lembrou ainda que também se deveria colocar no sistema de saúde pública a possibilidade de esterilização masculina.

A feminista paulista Zuleika Alambert, do Conselho Estadual da Condição Feminina, lembrou que muitas mulheres recorrem ao método da esterilização e também ao aborto porque não conhecem outras maneiras de evitar o nascimento de filhos. "Parece que o mi-

nistro está apenas preocupado com a questão do controle da natalidade, mas o que nos preocupa mais é a saúde integral da mulher, com todas as informações que ela necessita para poder decidir livremente", afirmou.

No Rio, a organização não-governamental Cidadania, Pesquisa, Informação e Ação (Ce pia) bateu na mesma tecla. "Antes de optar pela esterilização, mesmo oferecida pela rede do SUS, as mulheres deveriam ter acesso a métodos contraceptivos adequados às suas necessidades", declarou a advogada Lella Lânhas, diretora da entidade. Ela lembrou que a esterilização é uma cirurgia que impede, de maneira irreversível, a gravidez.

**FEMINISTAS  
APÓIAM  
IDÉIA COM  
RESSALVAS**

"Não é um simples método contraceptivo."

A demógrafa Elza Berquó, uma das mais respeitadas especialistas do País em questões de reprodução, também fez ressalvas às propostas do ministro. Mas elogiou a parte da entrevista, publicada pelo Estado, na qual o ministro manifesta sua disposição de discutir amplamente o assunto com a sociedade. "Isso é muito bom e a discussão deve ser aceita por todos os interessados."

O presidente da CNBB também manifestou disposição de debater o assunto com o ministro. E acrescentou: "O povo analfabeto não sabe usar os métodos naturais que a Igreja preconiza."

ção como método anticoncepcional. Em relação à possibilidade de se substituir, na rede pública, o método tradicional de esterilização por outro com menores riscos, chamado laparoscopia, o cardeal de Salvador e primaz do Brasil disse: "Seria a mesma coisa que corrigir um mal com outro mal."

Em Brasília, o deputado Nilson Gibson (PMN-PE) elogiou o ministro justamente pelo fato de ele ter tido a coragem de tocar num tema considerado tabu pelos dirigentes católicos. Disse que já era tempo de se enfrentar a Igreja e discutir uma solução para as famílias que não conseguem planejar o seu tamanho. "Há 35 municípios da Zona da Mata pernambucana onde os pais de família têm dez a 15 filhos", salientou o parlamentar. E acrescentou: "O povo analfabeto não sabe usar os métodos naturais que a Igreja preconiza."

## Número de cesariana pode cair, diz Berquó

A demógrafa Elza Berquó disse ontem que o elevado número de cesarianas realizadas no País poderá cair de maneira drástica, caso a rede de saúde pública comece a realizar gratuitamente a esterilização, utilizando a laparoscopia. Ela explicou que as mulheres costumam recorrer às cesáreas porque podem aproveitar a ocasião e fazer a ligadura das trompas, ou laqueadura. Por causa disso, expõem-se a mais riscos do que se realizassem partos normais. Se o ministério começar a pagar a esterilização, as mulheres terão mais condições de recorrer à laparoscopia, que pode ser feita fora das ocasiões de parto, de maneira mais rápida e segura, além de ter custos menores. "É um método menos agressivo, com um tempo de internação muito mais reduzido."

De acordo com informações da Fundação Seade, que faz pesquisas demográficas em São Paulo, cerca de 47% dos partos realizados no Estado são por meio de cesarianas. Em algumas regiões, como a de São José do Rio Preto, a taxa chega a 70%. São valores acima dos que são encontrados nos países ricos, como os Estados Unidos, onde giram em torno de 24%. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice considerado razoável deveria variar entre 10% e 15%.

Para Elza, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para adquirir pílulas, preservativos ou outros métodos reversíveis acabam por colocá-las diante de um dilema: fazer laqueadura, provocar aborto ou prosseguir com a gravidez indesejada.

"O ESTADO DE SÃO PAULO"

19/09/95

CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
Fls. 465



Nesta coleção, especialistas ensinam *Como Enfrentar* doenças, sintomas, problemas físicos e mentais, assim como questões de âmbito social.

Escritos de forma simples e objetiva, estes livros destinam-se tanto aos portadores de doenças, seus familiares e amigos, quanto a pessoas que se sensibilizam pelos graves problemas sociais abordados.

*Como enfrentar A MORTALIDADE INFANTIL* descreve com profundidade o problema no Brasil, procurando buscar suas origens e aponta caminhos para fazer frente a ele.

#### COLEÇÃO COMO ENFRENTAR

##### *Já publicados*

A mortalidade infantil  
A velhice  
O câncer ginecológico e mamário  
O stress  
A enxaqueca  
A epilepsia

##### *Próximos lançamentos*

A asma brônquica  
O câncer da próstata  
A insônia  
O diabetes  
As doenças sexualmente transmissíveis  
O pânico



Antônio de Azevedo Barros Filho

Roberto Teixeira Mendes

## COMO ENFRENTAR a mortalidade infantil





*Impresso nas oficinas da*  
EDITORA PARMA LTDA.  
Fone: 209-5077  
Av. Antônio Bardetta, 280  
Guarulhos - São Paulo - Brasil  
Com filmes fornecidos pelo Editor

C. M. E. B. P.  
PROOF  
Fm. 1/64  
8



Ícone Editora Ltda.  
R. Rua Anhanguera, 66  
Fones: (011) 826-8849 / 826-7074  
01135 - S.Paulo

Obra em co-edição com a  
EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
(UNICAMP)  
Reitor: Paulo Renato Costa Souza



**CONSELHO EDITORIAL:**

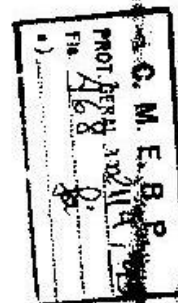
Amílcar Oscar Herrera/Aryon Dall'igna Rodrigues  
(Presidente)/Dicesar Lass Fernandez/Fernando  
Galembeck/Helio Waldman/Humberto de Araújo  
Rangel/Jaime Pinsky/Luiz Sebastião Prigenzi/Ubiratan  
D'Ambrósio.

Diretor Executivo: Jaime Pinsky

Rua Cecílio Feltrin, 253  
Cidade Universitária - Barão Geraldo  
Fone: (0192) 39-1301 (ramais 2568, 2585)  
13083 - CAMPINAS - SP

## COMO ENFRENTAR A MORTALIDADE INFANTIL

**Antonio de Azevedo Barros Filho  
Roberto Teixeira Mendes**



## COMO ENFRENTAR A MORTALIDADE INFANTIL

Barros Filho, Antônio de Azevedo.  
Como enfrentar a mortalidade infantil / Antonio de Azevedo Barros Filho,  
Roberto Teixeira Mendes. -- São Paulo  
: Icone : Campinas : Unicamp, 1986.  
p. 80 : il. -- (Coleção Como enfrentar ...)

ISBN 85-274-0005-7

I. Mortalidade infantil. II. Saúde infantil.  
1. Mendes, Roberto Teixeira. 2. Título.  
3. Série.

CDU 613.95

510.2

Copyright © Antonio de Azevedo Barros Filho  
Roberto Teixeira Mendes  
1ª edição: 1986

*Coleção:* Como enfrentar...

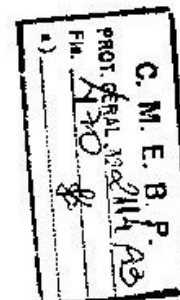
*Seleção:* Veredas Editorial

*Capa:* J.L. Paula Jr.

*Revisão:* Candida M.R. Vieira Pereira  
Maria Aparecida Monteiro Bessana

Todos os direitos reservados  
Proibida a reprodução total ou parcial  
ICONE EDITORA LTDA.  
São Paulo

"O grande contingente de mortes infantis deve-se principalmente a dois problemas: desnutrição e doenças infecciosas. Essas doenças andam tão juntas que frequentemente se diz que uma é causa da outra. No entanto raramente a desnutrição aparece como causa básica de óbito.

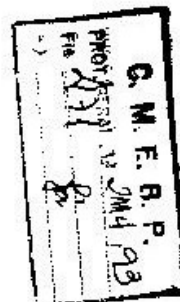


### **QUEM É ANTONIO DE AZEVEDO BARROS FILHO**

ANTONIO DE AZEVEDO BARROS FILHO formou-se em medicina na Faculdade de Ribeirão Preto (USP). Atualmente é professor assistente doutor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e Coordenador da pós-graduação na Faculdade. Nos próximos meses estará efetuando seu pós doutorado no Instituto da Saúde da Criança, no Departamento de Crescimento e Desenvolvimento, em Londres.

### **QUEM É ROBERTO TEIXEIRA MENDES**

ROBERTO TEIXEIRA MENDES é professor assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e especialista em Saúde Pública. É coordenador da área de Pediatria Social e pós-graduando, concentrando seu trabalho no tema "Saúde Coletiva".



## SUMÁRIO

1. MITOS E REALIDADE .....	13
2. O QUE É MORTALIDADE INFANTIL .....	21
3. COMO PREVENIR .....	27
A) As Causas .....	29
B) Ações Básicas de Saúde .....	33
- Aleitamento Materno .....	35
- Programa ampliado de Imunizações ..	37
- Terapia de Reidratação Oral .....	40
- Monitorização do Crescimento .....	43
- Antes do Enfrentamento .....	44
4. O QUE FAZER .....	47
A) Estratégia para a Área de Saúde .....	49
B) Interferência do Novo Sistema de Saúde	55
C) Programa de Atendimento Integral à	
Criança .....	59
5. PALAVRAS FINAIS .....	67
A) Alimentação e Mortalidade Infantil.....	69
B) Educação e Mortalidade Infantil.....	73
C) Moradia e Mortalidade Infantil.....	74
6) TIRE SUAS DÚVIDAS .....	79



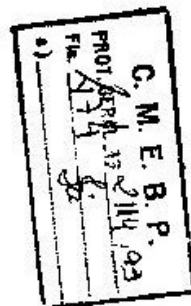


1. MITOS E REALIDADE

C. M. E. B. P.  
PROJ. DE B. P. 2114/93  
PA. *[Handwritten]*

"A única coisa certa na vida é a morte", costuma-se dizer. Assim, curto e grosso, para ressaltar que ninguém escapa da morte. Destino inexorável de todos os seres vivos, inclusive do homem. No entanto, essa observação precisa ser melhor explicitada, porque embora todos devam morrer, há pessoas que morrem cedo e há as que morrem tarde. Por que alguns morrem cedo? É uma pergunta que sempre nos fazemos, pesquisadores, médicos, pais.

Já houve época, em que o morrer tarde se dava em torno de 30 anos de idade. Em toda a história da humanidade e até há pouco tempo, as crianças sempre morreram em maior número do que os adultos, e a época de maior mortalidade se concentrava no primeiro ano de vida. À medida que o conhecimento sobre as doenças e suas causas, como a forma de tratá-las e evitá-las, e os conhecimentos sobre nutrição, saneamento básico e higiene foram se aprofundando e se disseminando, a possibilidade de morrer mais tarde aumentou. À medida que



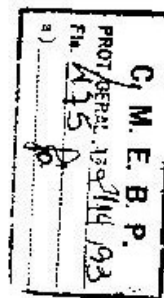
os caminhos apontados pelas descobertas foram direta ou indiretamente sendo incorporados por diferentes países, levando a mudanças nas condições de vida, a oportunidade de envelhecer aumentou e a de morrer na infância diminuiu.

Baseados na observação de que nos países desenvolvidos a mortalidade infantil vem caindo de maneira sistemática desde o começo deste século, ou mesmo desde o final do século passado, vários autores vinham argumentando até recentemente, que o comportamento dos níveis das taxas de mortalidade eram o reflexo direto do desenvolvimento sócio-econômico do país. O coeficiente de mortalidade infantil consta como um dos parâmetros para se avaliar o grau de desenvolvimento dos países. Dentro deste raciocínio, países em desenvolvimento apresentariam a mesma tendência que os países desenvolvidos. Já partindo dessa constatação, embora não apenas dela, planejadores do setor econômico passaram a argumentar que se deveria primeiro investir no desenvolvimento econômico, para depois se investir em saúde e prover uma melhor distribuição da renda. Prevalencia então, a opinião de que os óbitos infantis só seriam reduzidos após um desenvolvimento adequado, e que as mortes seriam um lamentável tributo, que a população tinha de pagar para que os países subdesenvolvidos pudessem se desenvolver.

Essa posição vem sendo bastante contestada nos últimos anos, tanto a nível de pesquisadores e autoridades nacionais como a nível de organismos



*Fig. 1 - O direito à vida e ao usufruto dos bens materiais e legado espiritual da humanidade devem ser defendidos por toda sociedade civilizada.*



e autoridades internacionais. Essa contestação baseia-se na observação da evolução da mortalidade infantil em diferentes contextos.

No Brasil, por exemplo, essa proposição começou a ser questionada pela observação na cidade de São Paulo, da tendência da curva da mortalidade infantil, comparada com a evolução do Produto Interno Bruto (PIB) e com o salário-mínimo real (fig. 1). Com o aumento do PIB, mas com o decréscimo dos níveis salariais; a taxa de mortalidade infantil aumentou.

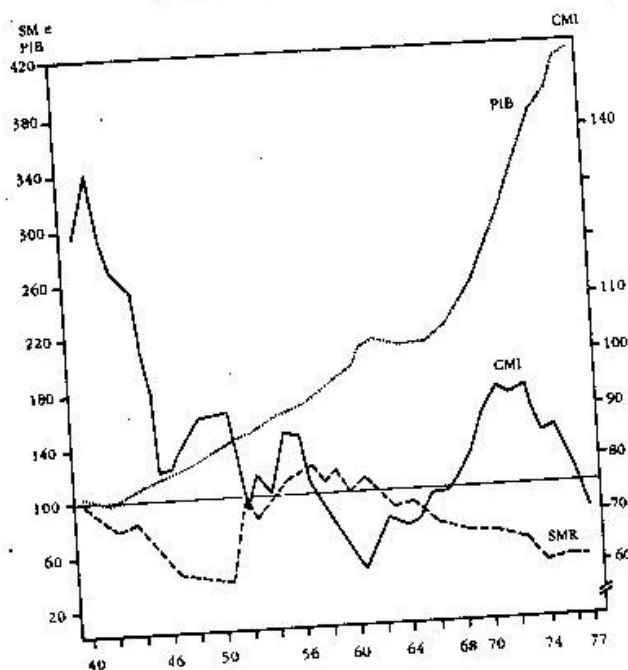
Logo após a Segunda Guerra Mundial, com o advento da antibióticoterapia, observou-se queda importante nos níveis de mortalidade infantil nos países do Terceiro Mundo. Com o advento de tecnologias simplificadas para o atendimento da população, observou-se uma tendência geral para a diminuição das taxas de óbitos de menores de um ano. Essas reduções foram maiores ou menores conforme o investimento e as especificidades das intervenções.

Dois países cujas diretrizes políticas e econômicas são completamente díspares apresentaram queda acentuada nas suas taxas de mortalidade infantil. São os casos de Cuba e Chile. O Brasil também, desde 1977, vem apresentando queda nas suas taxas de mortalidade, embora não de maneira acentuada e de forma diferente conforme a região.

A observação de que as taxas de mortalidade infantil podem cair, mesmo com a deterioração do poder aquisitivo e das condições de vida, como nos

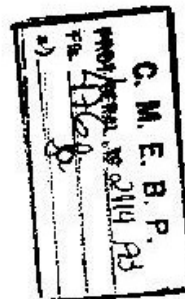
## MORTALIDADE INFANTIL, SALÁRIO-MÍNIMO E PRODUTO INTERNO BRUTO

1940 — 1977 — BRASIL



CMI/1000 NV  
 PIB/PESSOA  
 SMR MÉDIO ANUAL

BASE: 1940 = 100  
 BASE: 7/40 = 100



casos do Brasil e do Chile, ou com uma situação econômica praticamente dependente de outro país, como é o caso de Cuba, está levando autores e pesquisadores a reverem as antigas considerações e a proporem ações de saúde destinadas a evitar a morte no primeiro ano de vida e, em consequência, diminuir as taxas de mortalidade. Essas ações, eficazes do ponto de vista de se evitar a morte, não significam necessariamente uma melhora das condições de vida, uma vez que seu objetivo é minimizar os efeitos das doenças que levam à morte, e não alterar as condições gerais que permitem o aparecimento dessas doenças. Entretanto, essas propostas, embora simples na sua formulação, permitem vislumbrar boas possibilidades de transformações na área de saúde.

## 2. O QUE É MORTALIDADE INFANTIL?



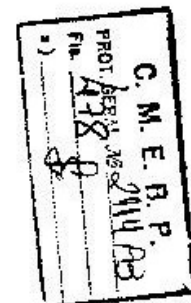


A taxa de mortalidade infantil é definida como a possibilidade de morrer no primeiro ano de vida. Para o cálculo considera-se o número de crianças que morreram com menos de um ano de idade entre mil nascidos vivos. Deve sempre referir-se a um local e ano determinado.

$$\frac{\text{nº de óbitos de menores de 1 ano de idade} \times 1000 \text{ (local e ano)}}{\text{nº de nascidos vivos}}$$

Assim informamos que a mortalidade infantil é de 87,3/1000 para o Brasil, no ano de 1980 ou 29,5/1000 para Campinas, no ano de 1984, por exemplo.

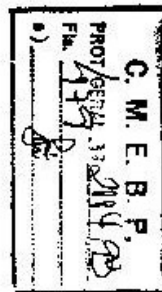
Para um maior aprofundamento da análise de seus determinantes ela é dividida em mortalidade infantil precoce e mortalidade infantil tardia. Define-se mortalidade precoce quando o óbito ocorre nos primeiros vinte e oito dias de vida e tardia quando ocorre após esses dias. Os primeiros vinte e oito dias



são internacionalmente aceitos como o período neonatal, e depois, até um ano, como pós-neonatal. Considera-se que morrer até os vinte e oito dias de vida se deve principalmente à causas endógenas, ou seja, problemas intrínsecos à criança, como malformações provocadas por doenças genéticas, ou por doenças maternas ocorridas durante a gestação. Os óbitos ocorridos após esse período seriam conseqüentes a doenças provocadas por influências ambientais, sendo então chamadas de causas exógenas.

Na verdade, essas explicações já não sustentam mais essa divisão, pois sabemos que a gestação pode ser fortemente afetada pelo ambiente, como é o caso da droga, fumo, estado nutricional materno etc. Por outro lado, recém-nascidos podem morrer por problemas ocorridos durante o nascimento ou logo após o nascimento, como são os traumas de parto ou infecções adquiridas em serviços sem as devidas condições para recebê-los, e lactantes, crianças maiores que vinte e oito dias de vida, podem morrer por problemas congênitos, infecções adquiridas intra-útero malformações cardíacas etc. Na prática, no entanto, essa divisão tem se mantido porque permite comparar o comportamento das taxas de mortalidade infantil entre diferentes países e mesmo em regiões, estados ou municípios. O comportamento é diferente conforme o grau de desenvolvimento sócio-econômico. De maneira geral, observa-se que nos países desenvolvidos, a mortalidade no período neonatal é maior que no período pós-neonatal, e nos países subdesenvolvidos o que

ocorre, como regra, é o contrário. E mesmo assim, a taxa de mortalidade neonatal nos países desenvolvidos é menor do que a dos países subdesenvolvidos.



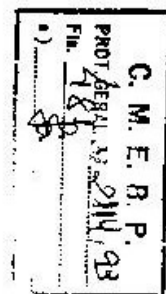
**3. COMO PREVENIR**

C. M. E. B. P.  
PROT/GERM. A. 2014 23  
FILA 480  
8

#### a) As Causas

Várias doenças podem provocar a morte no primeiro ano de vida: más formações cardíacas, renais, mas formações múltiplas, conseqüentes à doenças genéticas, acidentes etc.

O grande contingente de mortes, no entanto, deve-se principalmente a dois problemas: desnutrição e doenças infecciosas. Essas duas doenças andam tão juntas, e freqüentemente se diz que uma é causa da outra. Mesmo estando subjacente a quase toda morte infantil de causa infecciosa, o diagnóstico de desnutrição pouco aparece como causa básica de óbito, sendo a infecção a causa de maior incidência. Entre as infecções, as diarréias e as respiratórias são as principais. Houve, no passado, um contingente de óbitos devido ao sarampo, ao tétano, à difteria, à coqueluche e à poliomielite. Esta última, além de levar ao óbito, quase sempre deixava seqüelas entre os sobreviventes. Hoje a incidência dessas doenças caiu bastante devido à aplicação sistemática de vacinas específicas.



Estima-se atualmente, que aproximadamente 2/3 da população infantil do Terceiro Mundo apresenta algum grau de desnutrição. No Brasil, calcula-se que a desnutrição atinja pelo menos 60% das famílias. Mesmo fazendo parte da história da humanidade, foi somente neste século, a partir da década de 30, que ela começou a despertar o interesse de médicos e de pesquisadores na área de nutrição, no intuito de descobrir suas causas e encaminhar formas de combatê-la a nível populacional. Quando grave, a desnutrição pode ser dividida em três formas diferentes, pelas suas características clínicas e conseqüente prognóstico: marasmo, kwashiorkor e um quadro intermediário chamado kwashiorkor-marasmático.

Desde a década de 30, quando foi publicado um trabalho descrevendo este quadro em crianças africanas, até o início dos anos 70, supôs-se que o kwashiorkor fosse a forma de desnutrição de maior prevalência no mundo. Considerando que fosse conseqüente à carência específica de proteínas, pessoas ligadas à área de saúde, tanto a nível médico, nutricional, como a nível político e de planejamento, investiram na área do desenvolvimento de fontes alternativas de proteínas e propuseram programas de educação nutricional. Considerava-se então, que ou havia falta de proteína suficiente para alimentar a população, ou esta não sabia comer. Houve, como foi o caso do brasileiro Josué de Castro, quem não aceitasse essa avaliação do problema, mas suas

opiniões foram atropeladas por avalanches de opiniões em defesa das propostas anteriores.

Com o aumento do conhecimento da fisiopatologia e da epidemiologia da desnutrição, o conceito de carência específica foi sendo paulatinamente substituído pelo de carência nutricional global. Passou-se a entendê-la não mais como carência só de proteínas, mas de vários nutrientes, como os hidratos de carbono (que são o açúcar e o amido encontrado na batata, arroz e vários alimentos), a gordura (encontrada tanto nas carnes, leite, ovos, como nos legumes), a própria proteína (encontrada praticamente nos mesmos alimentos que contêm gordura), vitaminas e sais minerais. Deixou-se de entender a desnutrição como fruto da ignorância ou da falta de determinado nutriente e sim como conseqüência da pobreza. É importante ressaltar que estamos falando da fome endêmica, que se encontra sistematicamente nos países do Terceiro Mundo e em alguns bolsões nos países desenvolvidos e não da epidêmica, isto é, da fome que ocorre por causa de catástrofes (seca, enchentes, terremotos, guerras), embora nestas circunstâncias, também atinja com mais intensidade as camadas pobres da população.

A desnutrição é um processo que pode evoluir rapidamente ou não. Pode começar quando a criança ainda está no útero materno ou após o nascimento, e neste caso pode iniciar-se em diferentes idades. Quanto mais cedo ela ocorrer, mais tempo durar, piores serão as conseqüências para a criança.





Uma das decorrências é o aumento da suscetibilidade às infecções.

A primeira manifestação da desnutrição ocorre para o lado do crescimento físico, com a perda de peso e logo depois com o retardamento do crescimento em altura. Maior suscetibilidade às infecções quer dizer que as crianças desnutridas adquirem doenças infecciosas com maior constância, além da influência do ambiente onde elas vivem, geralmente mais intensamente contaminado. Essa deficiência em resistir às infecções também leva ao fato das doenças simples, que crianças bem nutridas conseguem controlar sem maiores problemas, tornarem-se graves com a maior facilidade. Dessa forma as diarreias infecciosas, na sua maioria provocadas por vírus, de caráter auto-limitadas e que saram com alguns cuidados especiais e simples, podem caminhar para a desidratação ou enfraquecer as crianças, tornando-as vulneráveis às infecções provocadas por bactérias. As infecções respiratórias, na maioria das vezes também provocadas por vírus, podem se complicar e se transformar em pneumonia, resultante da própria infecção viral ou de uma infecção bacteriana que se sobrepôs à virose.

As gastroenterites, as infecções respiratórias e as afecções decorrentes de uma assistência perinatal precária, variando entre elas conforme a região, são de longe, as principais causas da mortalidade infantil entre nós.

Outras infecções podem ocorrer: otite média, infecção urinária, parasitoses intestinais, infecções

de pele (micóticas ou bacterianas), parasitas de pele, meningites etc. Atingem também crianças bem nutridas, mas atingem com muito mais frequência e gravidade as crianças desnutridas.

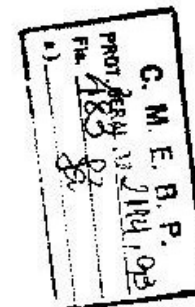
Considerando a alta interrelação entre nutrição e infecção, alguns autores têm sugerido que países com coeficiente de mortalidade infantil maior do que 70/1000, têm altos níveis de desnutrição. Níveis de mortalidade infantil menor que 30/1000 são considerados baixos, entre 30 e 70, médios, e acima de 70, altos.

Na tabela I observam-se as taxas de mortalidade infantil em alguns países, no ano de 1980. Como se pode ver, o Brasil encontra-se entre os países que apresentam altos níveis.

#### B) Ações Básicas de Saúde

Dentro da perspectiva de se atingir a meta de "Saúde para todos no ano 2.000", a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) vêm propondo uma série de ações consideradas básicas para a área de Saúde — no sentido de diminuir-se os coeficientes de mortalidade infantil — por eles denominadas "Uma Revolução em Pro da Infância".

Essas ações, como vocês verão, são fáceis de se entender, e uma vez aceitas, são muito simples, a nível local (serviços, bairros, pequenas cidades), de serem desenvolvidas, se for fornecida a infraestrutura mínima para a sua execução. São dividi-



COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL DE  
ALGUNS PAÍSES - 1980

PAÍS	CMI
Suécia	6,9
Japão	7,5
Finlândia	7,6
França	10,0
Canadá	10,0
Inglaterra	12,0
E.U.A	12,5
Cuba	18,5
Uruguai	37,5
Guatemala	65,9
Honduras	95,4
BRASIL	87,3

Fonte: Laurenti, R. e cols., 1985

das em quatro essenciais e outras duas opcionais, segundo as possibilidades econômicas locais: estímulo ao aleitamento materno, programa ampliado de imunizações (PAI), terapia da reidratação oral (TRO) e monitorização do crescimento ponderal. Devem ser desenvolvidas dentro do contexto da

atenção primária à saúde, e onde for possível, acompanhadas das duas opcionais: programas de suplementação alimentar e de planejamento familiar. Estas duas atividades são importantes, mas podem elevar muito o custo, e alguns países poderiam não ter condições de cumprí-las.

#### Aleitamento Materno

Alimentar o bebê nos primeiros meses de vida, com leite humano, faz parte da história da humanidade. Quando uma mãe não podia amamentar o filho, todos os esforços eram dirigidos para se obter uma mãe de leite ou a criança morreria. A utilização de leite de animais para substituir o leite humano na alimentação de crianças sempre foi tentado, mas nunca obteve bons resultados. A partir deste século, com algumas descobertas tecnológicas, como a refrigeração para conservar o leite por mais tempo, a diluição que facilita a sua digestão e medidas como a pasteurização para diminuir o número de bactérias presentes no leite, a alimentação artificial começou a ganhar impulso. E os leites modificados, inicialmente propostos como tentativa para casos especiais e restritos, passaram a ser utilizados como regra. No entanto, mesmo com as inovações tecnológicas, observou-se um diferencial nas taxas de mortalidade infantil entre as crianças alimentadas com leite materno e as alimentadas com leite artificial. Embora atualmente se possa afirmar que tecnicamente os lactentes têm oportunidades iguais de



sobrevivência recebendo leite humano ou leite de vaca modificado, situação observada em lactentes pertencentes às famílias de bom poder aquisitivo quando se observa entre as crianças pertencentes às famílias de baixo poder aquisitivo, essa situação não se mantém. A possibilidade de adoecer é muito maior em crianças pobres que recebem leite artificial. Aumentando a oportunidade de adoecer, aumenta a possibilidade de morrer.

Observa-se, atualmente, uma forte tendência ao abandono do aleitamento materno em todas as partes do mundo. Considera-se esse abandono como uma das maiores modificações ecológicas que a humanidade sofreu. São apresentadas diferentes razões ou causas conforme o país ou a visão do autor, mas o fato real, concreto, é que cada vez mais as crianças estão sendo precocemente desmamadas. O que é ainda mais grave, este fato está ocorrendo também no seio das famílias que apresentam baixo poder aquisitivo.

A substituição do leite humano pelo de vaca modificado (seja ele líquido ou em pó), implica em despesa importante para as famílias. Dessa forma, o leite fornecido, com muita frequência não atinge às necessidades de consumo da criança. Além da baixa quantidade, exige preparo adequado, para evitar contaminação bacteriana, e não se tornar um veículo de infecção. Diante das precárias situações de higiene e habitação em que vive a maior parte da população do Terceiro Mundo e particularmente a do Brasil, fica fácil entender o grande risco de

desnutrir e de adoecer que corre a população de baixa renda. Torna-se claro porque os organismos internacionais e nacionais ligados ao setor Saúde precisam empreender uma cruzada sem tréguas no sentido de reverter a tendência para o desmame precoce. Mas é tarefa que não deve pertencer apenas aos organismos ligados à Saúde. É da responsabilidade de todas as entidades preocupadas e envolvidas com o bem-estar da população. Pertence a todos: mãe, pais, cidadãos preocupados em construir uma sociedade mais justa.

#### Programa Ampliado de Imunizações

Desde a Antigüidade, diferentes povos observaram a possibilidade de se evitar a varíola em sua forma grave (que é a que deixa marcas profundas e que comumente leva à morte) expondo crianças para contraírem a forma leve. Os chineses aspiravam pó obtido das crostas de pessoas que contraíam a forma leve. Desde a observação de Jenner, da capacidade protetora obtida com a inoculação de substâncias obtidas da varíola bovina (daí o nome de vacina - vaca), que pesquisadores vêm buscando agentes capazes de estimular o organismo a se defender de doenças. Várias vacinas já foram descobertas e outras estão em investigação. A capacidade protetora não é igual, havendo vacinas com maior e outras com menor capacidade. Nem todas as vacinas são inócuas, e outras apresentam efeito protetor por períodos curtos. Nesses casos, essas vacinas são uti-



vacinas. Normalmente não temos condições (principalmente por falta de recursos financeiros) de produzir em quantidade suficiente para atender à demanda, havendo necessidade de apelar para o recurso da importação. A distribuição nas diferentes regiões do País implica em transporte e armazenamento com todos os cuidados especiais que cada vacina necessita para não se deteriorar. A aplicação da DPT, anti-tetânica e da Sabin é simples e necessita o mínimo de treinamento, mas a da BCG e do Anti-sarampo, necessitam treinamento especial para não comprometer sua eficácia.

#### Terapia de Reidratação Oral

As outras duas ações básicas são fruto de desenvolvimento científico e tecnológico recentes e eventualmente encontram alguma resistência dentro dos próprios serviços médicos, embora a literatura especializada seja profícua em mostrar a sua eficácia.

A imensa maioria das diarreias é auto-limitada. Geralmente as diarreias são provocadas por infecções virais e mesmo quando desencadeadas por infecções bacterianas, havendo morte, esta não ocorre por causa da infecção. O que leva ao óbito é a desidratação.

As infecções provocam, por diferentes mecanismos, conforme o agente infectante, alterações bioquímicas ou funcionais da mucosa intestinal, determinando aumento da secreção e/ou limitação da

absorção de líquidos e eletrólitos, que são perdidos pelas fezes, que é a diarreia. As perdas podem ser de diferentes intensidades, indo de leve à abundante. As perdas de água e de eletrólitos (sais minerais, principalmente sódio e potássio) provocam alterações no equilíbrio interno do corpo, levando à alterações do funcionamento do coração, do cérebro e demais órgãos. A agressão ao intestino é limitada, atingindo algumas regiões e preservando outras, e é passível de regeneração entre 7 e 10 dias. A complicação grave, que pode levar à morte é a perda de água e sais. Deve-se atuar repondo essas perdas.

O tratamento da diarreia veio se estabelecendo e modificando a partir da década de 40. Muitos tratamentos foram propostos utilizando antibióticos, agentes químicos constipantes, soros de diferentes composições para uso oral, e a hidratação parenteral (infusão de líquidos e eletrólitos por veias). Com o desenvolvimento de estudos que esclareciam a fisiologia intestinal e os mecanismos que levam à diarreia, métodos terapêuticos foram substituídos, culminando com a constatação de que o importante é manter a pessoa com diarreia, hidratada e com alimentação adequada. Chegou-se à conclusão da inutilidade da utilização dos antibióticos e dos chamados diarreias.

A desidratação pode ser dividida em leve, moderada e grave. Nos casos de desidratação grave, a administração de soro é feita por veia, denominada de



vacinas. Normalmente não temos condições (principalmente por falta de recursos financeiros) de produzir em quantidade suficiente para atender à demanda, havendo necessidade de apelar para o recurso da importação. A distribuição nas diferentes regiões do País implica em transporte e armazenamento com todos os cuidados especiais que cada vacina necessita para não se deteriorar. A aplicação da DPT, anti-tetânica e da Sabin é simples e necessita o mínimo de treinamento, mas a da BCG e do Anti-sarampo, necessitam treinamento especial para não comprometer sua eficácia.

#### Terapia de Reidratação Oral

As outras duas ações básicas são fruto de desenvolvimento científico e tecnológico recentes e eventualmente encontram alguma resistência dentro dos próprios serviços médicos, embora a literatura especializada seja profícua em mostrar a sua eficácia.

A imensa maioria das diarreias é auto-limitada. Geralmente as diarreias são provocadas por infecções virais e mesmo quando desencadeadas por infecções bacterianas, havendo morte, esta não ocorre por causa da infecção. O que leva ao óbito é a desidratação.

As infecções provocam, por diferentes mecanismos, conforme o agente infectante, alterações bioquímicas ou funcionais da mucosa intestinal, determinando aumento da secreção e/ou limitação da

absorção de líquidos e eletrólitos, que são perdidos pelas fezes, que é a diarreia. As perdas podem ser de diferentes intensidades, indo de leve à abundante. As perdas de água e de eletrólitos (sais minerais, principalmente sódio e potássio) provocam alterações no equilíbrio interno do corpo, levando à alterações do funcionamento do coração, do cérebro e demais órgãos. A agressão ao intestino é limitada, atingindo algumas regiões e preservando outras, e é passível de regeneração entre 7 e 10 dias. A complicação grave, que pode levar à morte é a perda de água e sais. Deve-se atuar repondo essas perdas.

O tratamento da diarreia veio se estabelecendo e modificando a partir da década de 40. Muitos tratamentos foram propostos utilizando antibióticos, agentes químicos constipantes, soros de diferentes composições para uso oral, e a hidratação parenteral (infusão de líquidos e eletrólitos por veias). Com o desenvolvimento de estudos que esclareciam a fisiologia intestinal e os mecanismos que levam à diarreia, métodos terapêuticos foram substituídos, culminando com a constatação de que o importante é manter a pessoa com diarreia, hidratada e com alimentação adequada. Chegou-se à conclusão da inutilidade da utilização dos antibióticos e dos chamados diarreia.

A desidratação pode ser dividida em leve, moderada e grave. Nos casos de desidratação grave, a administração de soro é feita por veia, denominada de





reidratação moderada; a administração de soro feita por boca, é denominada reidratação oral.

Ao se instalar a diarreia a providência de iniciar a reidratação oral logo de início previne, na grande maioria das vezes, a evolução do quadro para uma desidratação grave.

O entendimento da fisiologia do trato gastrointestinal e dos mecanismos envolvidos com o quadro da desidratação possibilitou o desenvolvimento de uma combinação de eletrólitos e de glicose altamente eficaz no combate à desidratação. A utilização desse soro, denominado de Soro de Reidratação Oral (SRO) em regiões de alta incidência de diarreias graves, provocou queda importante nas taxas de mortalidade, tanto de crianças quanto de adultos. Essa observação foi tão evidente, que autoridades de organismos internacionais ligados à área da saúde, como a OMS e UNICEF, incorporaram o SRO em seus programas, e revistas científicas de grande prestígio, como a Lancet, chegaram a considerar como a grande descoberta do século a composição do soro em sua forma atual, baseado principalmente na proporção entre glicose e sódio (Na).

Diferentes países do Terceiro Mundo o estão usando com resultados de intensidade variável, conforme as condições gerais do país, mas sempre com redução nas taxas de mortalidade por diarreias.

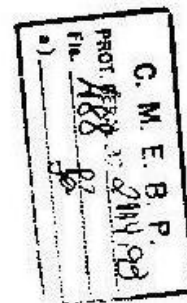
Além da eficácia no combate à desidratação, o SRO prevê outras vantagens como as de evitar internações (que além de afastar a criança da mãe, a expõe à contaminação por agentes infecciosos dos

hospitais), fácil aplicação, não necessitando aparelhamentos de nenhum nível de complexidade, preparo facilmente transferível a qualquer nível de conhecimento etc.

O principal problema está na sua divulgação e distribuição, e cabe aí a decisão política da ampliação da rede básica de saúde, para o pronto atendimento e o diagnóstico precoce da desidratação, a divulgação de conhecimentos às regiões mais necessitadas e o fornecimento do soro a todas as unidades de saúde do país.

#### Monitorização do Crescimento

Outra atividade proposta, que pode desempenhar papel importante na redução da taxa de mortalidade infantil, é a monitorização do crescimento. A monitorização é realizada com o seguimento periódico da evolução ponderal e, onde houver condições, da evolução da estatura — de crianças até cinco anos de idade, priorizando-se os dois primeiros anos de vida. Para crescer, o organismo necessita de energia e de proteínas, o que é conseguido pela ingestão dos alimentos. Quando falta alimento ou quando a criança adoecer, o organismo reduz o ritmo de crescimento. Dependendo da carência alimentar pode parar de crescer, havendo, inclusive, situações em que ocorre perda de peso, com uma clara involução de todo o organismo. O processo de desnutrição é, de maneira geral, lento e gradual, até atingir graus clinicamente perceptíveis. Esse pro-



cesso lento pode ser detectado nos seus primórdios com a monitorização. Dessa forma pode-se atuar no início da desnutrição, antes dela prejudicar bastante a criança.

#### Antes do Enfrentamento

Como se pode depreender pelo exposto anteriormente, dispomos hoje de medidas "médicas" "simples" para reduzir a mortalidade infantil. Outros aspectos têm sido apontados como contribuidores na tendência geral para a diminuição das taxas de mortalidade infantil. São os programas de suplementação alimentar, levados a efeito em alguns países, em contextos específicos, e a tendência geral na queda da natalidade.

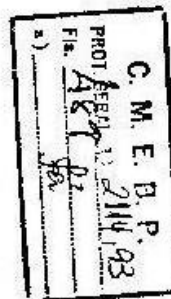
Chamamos as medidas de "médicas", porque têm sido desenvolvidas dentro de uma perspectiva de participação mais intensa do setor Saúde, dos diferentes governos, embora nem sempre sejam atribuição exclusiva do médico. Chamamos de "simples", pela simplicidade do desenvolvimento das propostas junto às populações para as quais se dirigem. Do ponto de vista do conhecimento científico que as embasam, e da tarefa de implementá-las no Brasil, dentro dos diferentes contextos que o País apresenta, elas são complexas. É necessário enfrentamento político por parte do governo, assumindo-as como tarefas prioritárias, inclusive com redirecionamento de investimentos públicos. Necessita o

estabelecimento de uma infra-estrutura de atenção primária à saúde, que pode encontrar resistência em diferentes setores do país, e necessita principalmente da conscientização da população, de que Saúde é um direito do povo e um dever do Estado. A sua realização passa pelo atendimento de reivindicações específicas.

Devem-se evitar generalidades que não dimensionam o problema adequadamente e que possibilitam o surgimento de propostas que nada têm a ver com a saúde da população, como os seguros de saúde, as medicinas de grupo, a indústria de medicamentos supérfluos, as vitaminas milagrosas, os ambulatórios sindicais, etc.

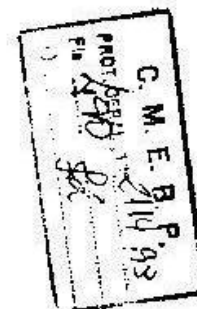
Atenção primária não se contrapõe à medicina especializada ou terciária. Na verdade, elas se complementam. No entanto, a grande maioria das doenças pode ser diagnosticada e resolvida em serviços de atenção primária adequadamente equipados e com pessoal devidamente preparado. Os serviços devem funcionar em razão das necessidades da população e não em razão de suas necessidades de funcionamento interno e distribuído de forma que possibilite em fácil acesso à população, principalmente a que mais problemas de saúde apresenta.

As escolas médicas precisam redirecionar seus currículos para formar profissionais que realmente resolvam os problemas mais frequentes. Devem participar de programas de reciclagem e devem con-



tribuir para uma melhor compreensão da situação sanitária do País. Conhecimento novo não quer dizer necessariamente tecnologia sofisticada, como constantemente se vê na televisão. Aleitamento materno, hidratação oral, monitorização do crescimento, planejamento familiar são tecnologias simples. Cabe às escolas médicas difundirem-nas e demonstrar sua validade.

#### 4 - O QUE FAZER



As crianças morrem de um cem número de doenças antes de completarem o primeiro ano de vida. No entanto, como já dissemos anteriormente, a grande maioria das mortes é causada por uma variedade muito pequena de doenças, e é exatamente sobre elas que devemos concentrar nossos esforços.

Desnutrição, diarreia, pneumonia, outras doenças infecto-contagiosas e aquelas evitáveis por imunização (tuberculose, tétano, coqueluche, difteria, sarampo e poliomelite), estão fora do alcance dos chamados grandes avanços tecnológicos. Não necessitam de aparelhos sofisticados, nem de medicamentos raros para serem tratadas. Essas doenças são, isto sim, passíveis de prevenção, diagnóstico e tratamento com tecnologia simples e, principalmente, acessível.

#### A) Estratégia para a Área de Saúde

Se considerarmos como pertinente à área de saúde apenas as causas de mortalidade infantil que



podem ser minoradas via assistência médica, já há muito o que fazer.

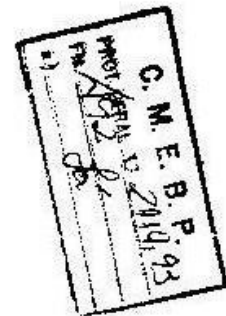
Temos no Brasil, condições de aplicação das mais modernas técnicas médicas, sejam elas voltadas para o atendimento das demandas de saúde mais simples, sejam as mais complexas, como mostra o avanço nos transplantes de órgãos. O problema que se coloca, é o da distribuição de recursos para a área de saúde, econômicos, humanos ou de infraestrutura, que é desequilibrado.

Isto se deve ao tipo de desenvolvimento experimentado pela estrutura de saúde do País, totalmente desvinculado das necessidades básicas de saúde da população. Investimentos vultosos vêm sendo feitos sistematicamente no nível de maior complexidade, na construção e equipagem de hospitais ambulatoriais altamente sofisticados, destinados ao uso de uma parcela pequena da população. Esse crescimento do setor mais complexo se faz em detrimento dos níveis menos complexos, quais sejam, postos de saúde, ambulatorios e hospitais gerais, e em detrimento também da infra-estrutura de suporte desses serviços: laboratórios, distribuição de medicamentos e formação de profissionais que supram a demanda desses serviços.

Para se ter uma idéia da desproporcionalidade entre os insumos econômicos destinados às duas áreas, em 1984 foram gastos 23 vezes mais com a rede de hospitais do que com a rede básica, (pelos órgãos públicos).



Fig. 2 - A sociedade como um todo é responsável pela continuidade da vida ou pela morte desta criança. O que fazer?





A lógica que permitiu tal distorção dos objetivos da assistência à saúde, é a mesma que gerou distorções em todas as áreas de produção econômica e de prestação de serviços neste País. Privilegiou-se a atividade altamente lucrativa, sem uma interferência do estado que direcionasse os recursos para um desenvolvimento gradual e abrangente dos diversos setores.

Pior, a mediação do Estado se deu exatamente no sentido inverso: facilitação do crédito para a agricultura de exportação, e não para o pequeno produtor, até hoje responsável pela maior parte dos alimentos de subsistência; financiamento da casa própria para quem já tinha onde morar, ao invés de propiciar condições de moradia para quem dela mais necessitava; subsídio ao ensino privado de nível superior, quando o ensino público de primeiro grau se deteriorava; uso de verbas dos Fundos Sociais para a construção de hospitais particulares, enquanto o serviço público se estagnava e perdia qualidade; construção de enormes obras de engenharia civil (Transamazônica, Usinas Nucleares), enquanto as Prefeituras e os Estados não conseguiam investimentos para o saneamento básico.

A idéia vendida na época era a do "crescimento do bolo", para posterior divisão entre todos. Se pensarmos nesse "bolo" como quantidade de recursos econômicos, podemos até visualizar sua divisão posterior de forma mais equânime. No entanto, tomando exemplos práticos do que representa esse tipo de crescimento nos setores da atividade

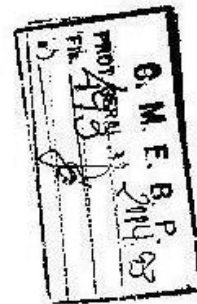
produtiva ou de prestação de serviços, esbarraremos fatalmente na sua contradição

Por exemplo, se o "crescimento do bolo" na área da Saúde significou a construção de hospitais privados, ao invés da ampliação da rede de postos de saúde, não se pode imaginar no momento seguinte, o da "divisão do bolo", a repartição de um hospital privado em numerosos postos de saúde públicos. Ou no caso das faculdades particulares, a sua transformação posterior em várias escolas de primeiro grau. Não se está negando aqui a função social dos hospitais ou faculdades, mas se criticando a quase exclusividade do desenvolvimento deste nível de serviços em mãos de particulares, contra a dos serviços básicos e necessários à maioria da população.

Como proposta geral para o setor Saúde, e que teria grande repercussão nos níveis de mortalidade infantil, a regionalização e reorientação dos serviços de saúde está na ordem do dia.

A idéia básica, já exposta anteriormente, é a de integração, regionalização e hierarquização dos serviços, concomitantemente à ampliação da rede de postos de saúde.

Já fundamentada em propostas oficiais desde o governo Geisel, que elaborou o Sistema Nacional de Saúde, com base nessas diretrizes (1975), reafirmadas posteriormente em documento do CONASP (órgão assessor do INAMPS) em 1981-1982, a ação modificadora da organização dos serviços de saúde começa a sair do papel. Com a implantação das Áreas Integradas da Saúde (AIS) desde 1983, objetiva-se



a integração dos serviços de saúde e de uma dada região ou município, com vistas à criação de um sistema hierarquizado.

Através da ampliação da rede de postos, dar-se-á acesso a todas as pessoas aos serviços de saúde. A rede básica deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade.

Para completar e dar apoio à rede de postos, é necessária a estruturação dos níveis secundários e terciários, ou seja, ambulatorios e hospitais de alta complexidade (terciários).

Além disso, prover os medicamentos e equipamentos necessários a cada nível e dotá-los de pessoal bem preparado.

Trata-se aparentemente de tarefa impossível, mas não é essa a realidade. Através do redirecionamento dos investimentos com base nas novas prioridades, teríamos o sistema funcionando em pouco tempo. De início, o mais importante é a expansão da rede básica de postos e ambulatorios, pois o número de hospitais é suficiente para o momento, desde que se dê a eles o papel que lhes cabe em um sistema hierarquizado.

As dificuldades maiores estão obviamente, no cunho político das medidas e nas reações que as políticas de forte conteúdo social costumam gerar. No entanto, se as pessoas (em geral) estiverem conscientes do significado e das possibilidades que se abrem a partir destas transformações, as reivindicações nesse sentido criarão condições para que essas mudanças tenham curso.

## B) Interferência do Novo Sistema de Saúde

As atividades realizadas em postos de saúde que interferem diretamente na mortalidade infantil estão contidas em dois tipos de atendimentos: o pré-natal, para as gestantes, e o atendimento integral a criança de 0 à 14 anos.

Começando pelo pré-natal tentaremos explicar de que forma ele interfere na Mortalidade Infantil e a sua integração com os serviços de maior complexidade (níveis secundários e terciários).

A gestante matricula-se no posto de saúde mais próximo de sua residência. Lá é acompanhada mensalmente, para que possam ser identificadas doenças durante a gravidez, principalmente aquelas que levam à prematuridade ou que trazem problemas ao feto e ao recém-nascido. Faz-se um trabalho de preparo de parto e de incentivo ao aleitamento materno.

No curso da gestação, caso haja alguma anomalia, esta é investigada e tratada precocemente pela equipe do posto. Ou seja, muitas doenças que interferem na gestação, no parto e na criança, passam despercebidas pela gestante, podendo ser identificadas precocemente nos exames pré-natais. Como exemplos, podemos citar a hipertensão, a anemia e a infecção urinária, que podem levar à desnutrição da criança em gestação (hipertensão), ou mesmo ao seu nascimento prematuro (infecções urinárias), o que aumenta em muitas vezes o risco de mor-



te após o parto. Outro exemplo seria a sífilis, que pode ser tratada durante a gravidez, evitando-se a doença no feto e no recém-nascido, também causa de mortalidade neonatal ou seqüela para toda a vida.

Algumas complicações podem ocorrer durante a gravidez, que demandem atendimento mais especializado. Se tivermos o nível secundário estruturado, essa gestante é então encaminhada a um ambulatório especializado para diagnóstico e tratamento adequados.

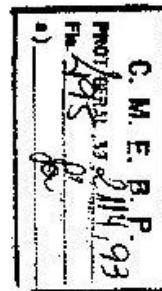
No momento de dar à luz, a gestante vai a um hospital de referência (regional) tendo em mãos o resumo do pré-natal, para informação da equipe do hospital. Se tudo estiver bem, a gestante dará à luz neste hospital. No caso de se identificar alguma complicação que ultrapasse sua capacidade de atendimento, o hospital deverá encaminhar a gestante a outro, de nível terciário, capaz de proporcionar à mãe e à criança o atendimento compatível com o caso. Deve-se lembrar sempre que o melhor meio de transporte de crianças passíveis de complicações no período pós-parto é a própria mãe. Portanto, deve-se evitar o nascimento dessas crianças em hospitais que não tenham capacidade de atendê-la.

Em relação ao hospital, deve-se urgentemente promover uma mudança na forma de atendimento à criança e à mãe. Atualmente a maioria das maternidades mantém as crianças no berçário, distantes da mãe, que vê a criança pela primeira vez 12 a 24 horas após o parto. Isso impede um bom início de relacionamento entre as duas, interferindo de for-

ma importante no sucesso do aleitamento materno. Além disso, aumentam as chances de a criança adquirir infecções no berçário através do contato com outras crianças e com mamadeiras contaminadas. E por último leva a gastos desnecessários, por ter de manter em observação crianças que poderiam já estar sob os cuidados de suas mães.

A proposta que se faz é a do alojamento conjunto, mãe e filho, logo após o parto. Ele permite contato imediato entre os dois, diminuindo a ansiedade da mãe e permitindo que esta amamente quando solicitada. Isto facilita em muito o aleitamento materno, por promover também a descida mais rápida do leite e aproveitar a fase de vigília da criança nas primeiras seis horas após o parto. O aleitamento precoce proporciona proteção ao trato gastrointestinal da criança, dificultando a aquisição de infecção por essa via durante a sua estada no hospital. Em suma, apenas com esta medida, teríamos uma sensível diminuição da mortalidade infantil neonatal, além de repercussão favorável na mortalidade infantil como um todo, por incentivar o aleitamento materno.

Em relação ao recém-nascido, algumas situações exigem que seja atendido por serviço especializado. Esse serviço não pode, por seu alto custo, estar presente em todas as maternidades. Assim, faz-se necessária a instalação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Neonatais também regionalizadas, ou seja, UTI que recebesse crianças encaminhadas por diversas maternidades. Para isso, é necessário contar-



se também com um sistema de transporte (ambulâncias, encubadoras, pessoal especializado) bem estruturado e ágil. Lembramos aqui, uma vez mais, que o melhor transporte é feito pela própria mãe, antes do parto.

As crianças e as mães, ao receberem alta da maternidade, são então encaminhadas ao posto de saúde de sua região para prosseguimento do programa destinado à criança.

Ainda dentro das atividades voltadas ao atendimento à gestante e à mulher de forma geral, coloca-se atualmente a necessidade de acesso à tecnologia que permita a contracepção voluntária. O assunto é altamente polêmico, mas não pode ser escamoteado quando se trata de utilizar medidas simples e seguras para o atendimento das necessidades e saúde da população em geral.

A polêmica em questão deve-se ao modo como surgiram os programas de controle de natalidade no mundo e no País. Embasados em ideologia que acredita (ou diz acreditar) que a pobreza e a má distribuição de recursos são fruto da explosão demográfica das populações marginais, acabaram por ser totalmente banidos das propostas mais conscientes para a melhoria das condições de vida dessa população carente.

Historicamente, é nítida a queda da taxa de natalidade nas populações incorporadas ao processo produtivo mais moderno, em uma região ou país. Esse dado torna-se mais eloqüente, ao sabermos que a queda na taxa de natalidade deu-se, nos países de-

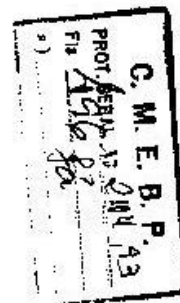
envolvidos, e mesmo antes da existência dos métodos modernos de anti-concepção como a pílula, o DIU e o diafragma. Pode-se deduzir daí que é o desenvolvimento que leva à diminuição da natalidade, e não o inverso.

Hoje continuamos acreditando na melhoria das condições de vida como método de extinção da pobreza. No entanto, acreditamos também que a contracepção, quando feita voluntariamente e com método mais indicado para cada pessoa, pode interferir de modo favorável na saúde das mulheres, e conseqüentemente na de seus filhos.

O conhecimento acumulado e a prática já desenvolvida de contracepção com segurança, é um recurso que deve ser colocado à disposição das mulheres que demandem os postos de saúde. Essa proposta está contida em documento recente da Organização Mundial de Saúde e do UNICEF, referente ao combate à Mortalidade Infantil no mundo. Pretende-se com ela permitir o espaçamento das gestações, garantindo a recuperação da saúde das mães após cada parto, com repercussão favorável na qualidade das gestações seguintes e conseqüentemente na saúde dos recém-nascidos.

### C) Programa de Atendimento Integral à Criança

O atendimento de crianças nos serviços básicos de saúde deve ser balizado pelas peculiaridades inerentes a essa faixa etária. Para cumprir esse objetivo, pelo menos quatro atividades devem estar em





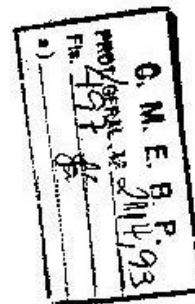
pleno funcionamento: o acompanhamento do crescimento por meio de curvas de referência; o incentivo ao aleitamento materno; o tratamento correto das diarreias agudas, utilizando-se a Terapia de Reidratação Oral (TRO) e a vacinação. Além destas, que têm ligação óbvia com as causas de mortalidade infantil, apontamos outras duas atividades como complementares: 1) o atendimento imediato às crianças doentes, estando aí inserido o tratamento precoce das doenças, principalmente as infecções respiratórias muito comuns e causa importante, de mortalidade das crianças menores de um ano; 2) e a suplementação alimentar para as crianças em processo de desnutrição ou já desnutridas.

Para se obter o máximo resultado dessas ações, a criança deve ser matriculada no posto de saúde assim que a mãe estiver em condições de levá-la, ou o mais tardar, até os quinze dias de vida. Isto permitirá uma avaliação precoce da criança quanto à sua evolução logo após o nascimento (por exemplo, se está ganhando peso adequadamente), ou se intercorrências surgidas na maternidade estão sanadas.

É um momento fundamental para se incentivar o aleitamento materno, quando a mãe costuma ter muitas dúvidas e se sente insegura quanto ao sucesso e eficácia da amamentação. Estabelece-se o mais rápido possível uma relação de confiança entre a mãe e os profissionais do serviço, facilitando a solução de problemas comuns a essa época da vida e dando segurança à mãe no trato com a criança.

Não se justifica, portanto, a orientação dada normalmente às mães de levarem os filhos ao posto de saúde apenas quando completarem os dois meses de idade, para iniciar a vacinação. Mesmo porque uma das vacinas é aplicada atualmente logo após o nascimento (BCG). Essa atitude de orientar a mãe a procurar o posto logo após o parto vem complementar a proposta do alojamento conjunto, e não temos dúvida de que é altamente benéfico para a saúde da criança. Aliás, propicia à mãe a visão de que o posto de saúde não se presta exclusivamente a dar vacinas e distribuir leite, mas a dar assistência integral à saúde da criança.

As curvas de crescimento, como já vimos, vêm sendo usadas cada vez mais nos postos de saúde, pela sua simplicidade e eficácia na identificação de alterações na saúde da criança. À cada visita ao posto, em geral mensal, mede-se o peso e a estatura, anotando-os nos gráficos próprios. Quando se nota um desvio na curva de crescimento ou de peso, este é visto como um sinal de alerta, mesmo que não haja uma queixa por parte da mãe. Procura-se, então, através de história alimentar e clínica acurada, um motivo para tal desvio. É possível desse modo a identificação precoce de doenças, como ocorre na grande maioria dos casos e de carência alimentar, dando chance a uma intervenção por parte do serviço. No caso das doenças, o seu tratamento, e no caso da carência alimentar, o fornecimento do leite.





O esforço para se manter o aleitamento materno, talvez seja das atividades mais difíceis, mas ao mesmo tempo mais gratificantes para o pessoal do posto de saúde. Deve ser realizado com todo cuidado pelo médico e pelos auxiliares de saúde, evitando-se transferir angústias e expectativas para a mãe, que, em geral, necessita mais de apoio e reconhecimento pelo seu empenho do que de conselhos e orientações que já está cansada de ouvir.

Como já vimos, ao se conseguir prolongar o tempo de amamentação, estaremos seguramente protegendo a criança da desnutrição precoce, das infecções em geral e mais especificamente das diarreias agudas e suas conseqüências.

O impacto na mortalidade infantil pôde ser grande desde que consigamos manter uma porcentagem significativa de crianças mamando no seio por um longo período.

A Terapia de Reidratação Oral (TRO) e a abordagem correta das diarreias agudas, se aplicadas amplamente, são duas armas importantes no enfrentamento da mortalidade infantil.

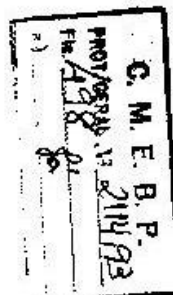
A nível de posto de saúde, a ocorrência de diarreia é das mais corriqueiras e o fornecimento do Soro Reidratante Oral diminui em muito a desidratação. As orientações dadas à mãe nesse momento são fundamentais para que ela adquira conhecimento sobre a doença e seu tratamento correto, preparando-a para enfrentar episódios seguintes. Isso permite também a difusão entre a população da forma ideal de abordagem dessa doença, tão comum entre as crian-

ças, resultando em queda acentuada na mortalidade por essa causa.

Além da prevenção da desidratação, o posto pode recuperar a criança desidratada em graus leves, evitando-se sua internação e as complicações hospitalares. A importância desse ato é nítida quando se sabe que a técnica de reidratação oral evita atualmente 90% das internações em casos de desidratação, que até pouco tempo seriam indicadas para reidratação endovenosa.

Outra atividade dos serviços básicos de saúde, que permite evitar grande número de doenças e mortes em crianças menores de um ano, é a vacinação. Se atualmente as doenças evitáveis por imunização não são as mais freqüentes entre as que contribuem para nossas altas taxas de mortalidade infantil, devemos essa conquista à vacinação rotineira das crianças.

A vacinação de rotina é procedida nos centros de saúde nos retornos mensais. Obviamente enquanto não tivermos os centros espalhados pelo País em número suficiente para permitir o acesso de todas as crianças a esse serviço, continuaremos obrigados a lançar mão de campanhas como a que se faz há cinco anos, no combate à poliomielite (campólio). O aspecto positivo da campanha é o de atingir as crianças desassistidas em curto tempo, eventualmente no enfrentamento de um surto de determinada doença. Entretanto, não se compara com a capacidade de manter a população vacinada, que têm os postos de saúde em seu trabalho de rotina.



O objetivo atual da vacinação é o de manter em queda a incidência das doenças já referidas e eventualmente erradicá-las, como já se conseguiu no mundo todo como a varíola, e como tende a ocorrer, no Brasil, com a poliomielite.

Devemos chamar atenção também para o custo da vacinação: uma dose de vacina anti-sarampo custa 10 cents de dólar (ao redor de Cr\$ 1.000,00 em Dez. de 1985) enquanto que uma dose de todas as vacinas custa 50 cents de dólar (Cr\$ 5.000,00 em Dez. 1985).

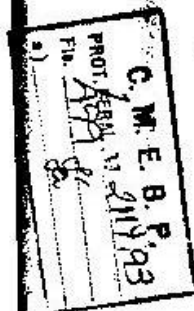
Não se discute mais a importância de ter atendimento médico de boa qualidade nos postos de saúde. Se pretendemos fazer da rede básica a principal porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado, ela deve estar pronta para dar o primeiro atendimento à população, resolvendo pelo menos 80 a 90% dos casos. O atendimento médico feito em posto de saúde permite diagnóstico precoce das doenças que poderiam se agravar e um bom acompanhamento da evolução do tratamento, pela facilidade ao cliente de acesso ao posto. Isto se reveste de grande importância para a criança, em geral muito sujeita às doenças infecto-contagiosas, especialmente as respiratórias e as intestinais. Se intervirmos na fase inicial dessas doenças e pudermos acompanhar de perto sua evolução conseguiremos diminuir em muito a mortalidade causada por elas.

A Suplementação Alimentar foi proposta (inicialmente) como forma de minorar ou evitar a desnutrição da criança no primeiro ano de vida. Até há

alguns anos, fazia-se a distribuição de um composto de soja e açúcares (GESTAL) para as gestantes e mulheres que amamentavam, e de leite em pó para as crianças que não estavam sendo amamentadas. O Gestal nunca teve boa aceitação por parte da população, e foi retirado dos postos. O leite em pó, por sua vez, era distribuído indiscriminadamente levando as mães a desmamarem seus filhos precocemente, além de nunca existir em quantidade suficiente para cobrir as necessidades das crianças que já não estavam sendo amamentadas.

Levando-se em conta essa realidade e aproveitando a implantação do uso sistemático da curva de crescimento para avaliar o estado nutricional das crianças, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo propôs a distribuição do leite em pó apenas para as crianças desnutridas ou que mostrem evidências de que estão se desnutrindo. Com isso, conseguem-se dois resultados práticos: garante-se o leite às crianças que estão mais necessitadas e em quantidades suficientes para cobrir sua demanda e evita-se a distribuição indiscriminada, permitindo maior sucesso no incentivo ao aleitamento natural. Deve ficar claro que a quantidade de leite distribuído por essa nova sistemática é maior do que a anterior, não sendo portanto uma proposta que vise ao racionamento do leite.

Embora a Suplementação Alimentar na rede básica tenha resultados concretos no combate à desnutrição, nossa opinião é de que esta não deve ser



uma atividade do setor Saúde, cabendo muito mais aos setores chamados de "Promoção Social".

A área de Saúde pode contribuir muito para o direcionamento de subsídios como o leite em pó, a cesta básica de alimentos e outros, participando da elaboração das políticas sociais, ou mesmo identificando a desnutrição infantil individual e coletiva. O que ela não pode é arcar com a responsabilidade de distribuir subsídios a partir de um único critério, que é o da desnutrição. Existem outros tão ou mais importantes como o desemprego e a renda familiar insuficiente para os quais não conta com meios de avaliação corretos.

Mais que isso, o setor Saúde não pode arcar com o custo desta atividade, que deve ser financiada ou gerenciada pelos órgãos competentes na área. Para ilustrar o que isso significa basta dizer que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo gasta 1/3 (um terço) de sua verba na compra de leite em pó, estando deficitária em diversas áreas de atendimento à Saúde.

De tudo que foi exposto pode-se concluir que uma ação do setor em direção ao enfrentamento da mortalidade infantil pode ter grande repercussão, desde que se proporcionem os meios para isso.

## 5. PALAVRAS FINAIS

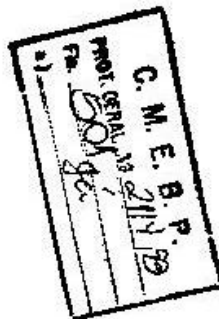
PROT. DE REG. Nº 2111/73
Fl. 500
C. M. E. B. P.

#### A) Alimentação e Mortalidade Infantil

É óbvia a relação entre alimentação e mortalidade infantil. Como já vimos anteriormente, a desnutrição, embora não seja causa direta de morte, na grande maioria dos casos está associada às doenças infecto-contagiosas, responsáveis pela mortalidade infantil.

Existem muitas maneiras de se enfrentar a fome de uma população, cada uma adequada a determinada conjuntura. A distribuição de leite para as crianças, a merenda escolar, a cesta básica alimentar para a família, o subsídio no preço dos alimentos de maior necessidade, o direcionamento da produção agrícola e a reforma agrária, constituem um elenco de medidas que teriam repercussão na mortalidade infantil, a curto, médio e longo prazo.

A distribuição de leite para as crianças lactentes ou até cinco anos de idade, já é prática corrente em vários serviços de atenção primária à saúde. Agora as inconveniências já apontadas, como a inade-



quação dos serviços de saúde para distribuir alimentos, e a indução do desmame precoce, deve-se considerar que o leite de vaca, depois do leite materno, é o melhor alimento para crianças até seis meses de idade. Por isso, há necessidade de se estabelecer critérios para seu fornecimento, evitando-se os aspectos negativos e analisando-se constantemente os resultados obtidos, principalmente o impacto do nível nutricional da população atingida pela distribuição do leite.

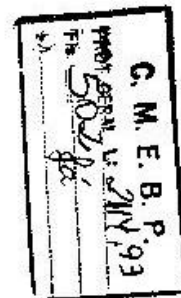
Neste aspecto, após um ano da adoção dos critérios atuais de fornecimento de leite pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, os poucos estudos realizados mostram que se consegue melhora na nutrição apenas daquelas crianças mais desnutridas, sendo que a dos desnutridos leves, mantem-se mais ou menos estável.

Isso vem corroborar a observação de que a criança desnutrida por carência alimentar é oriunda de família com baixo poder aquisitivo e que o leite está servindo de subsídio para toda a família. Desta forma o leite fornecido para uma criança é usado por todas, preparado com diluição maior do que a ideal, sendo por isso insuficiente para nutrir a criança em que se diagnosticou a desnutrição.

Na tentativa de se evitar a diluição do leite por todos os familiares, propõe-se atualmente, expandir sua distribuição para as crianças até cinco anos de idade em todo o País. Deve-se também agir em duas outras frentes: a merenda escolar e a cesta básica familiar.



Fig. 3 - A vida é o bem maior: sempre a todos preservá-la.





Estas duas formas de subsídio são importantes por dois aspectos: a abrangência total da família, posto que o leite sozinho é um alimento secundário para as crianças maiores de um ano e para os adultos e a diversidade de sua composição, permitindo a utilização de alimentos produzidos regionalmente. Por outro lado, deve-se ter todo o cuidado em relação à aceitação da merenda e da cesta básica por parte dos seus beneficiários. Isso só é conseguido ao se utilizarem alimentos já tradicionais na região, tanto no aspecto da produção como de consumo.

Note-se que todas as medidas citadas nada mais são que o fornecimento gratuito de alimentos para quem não tem condições de comprá-lo. Devem ter, por isso mesmo, caráter emergencial dentro de uma política geral de melhoria das condições de vida. No entanto, não é por terem esse caráter emergencial que podem ser tratadas superficialmente. Devem, ao contrário, acompanhar soluções para problemas complexos como são a fome e o déficit na produção de alimentos.

Nesta etapa inicial, ao se constituir a merenda e a cesta básica com alimentos produzidos e consumidos em uma dada região, pode-se, por exemplo, através de uma única ação e com o mesmo recurso econômico, fornecer alimentos e estimular sua produção. Garante-se nutrição razoável às pessoas e reforça-se a estrutura rural baseada nos pequenos produtores, fixando-os à terra. Enfrenta-se a mortalidade infantil e o êxodo rural.

## B) Educação e Mortalidade Infantil

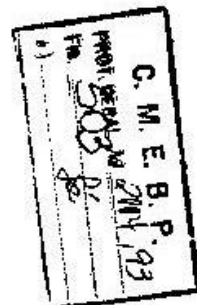
O acesso da população à escola e por conseguinte, à alfabetização, pode por si só interferir na mortalidade infantil: dá às pessoas instrumentos para o entendimento da própria realidade e assim possibilita uma interferência mais consciente nessa realidade. Já se verificou, em alguns países, que a alfabetização de mães contribuiu sensivelmente para a queda da mortalidade infantil entre seus filhos.

No Brasil, onde o próprio Ministro da Educação afirma haver 20 milhões de analfabetos maiores de 15 anos e 8 milhões de crianças entre 7 e 14 anos fora da escola, a situação chega a ser dramática.

Por outro lado, gostaríamos de abordar a instituição escola, como ambiente favorecedor do desenvolvimento global das crianças, e não apenas cumpridora de currículos.

A realidade das escolas públicas, que recebem os filhos das famílias carentes, não pode ser a mesma das escolas particulares. Se nestas, a criança permanece por meio período, já que a família mantém uma infra-estrutura doméstica de suporte à criança, nas escolas públicas o ideal seria que a criança permanecesse por todo o período, recebendo, além da formação prevista nos currículos, suporte para estudo, lazer e alimentação.

Os pais desta criança teriam o período integral para se dedicarem ao trabalho; a criança seria acompanhada pela escola e fatalmente o aproveitamento seria melhor e menor o abandono escolar. O que



temos, no entanto, são as escolas municipais e estaduais superlotadas, às vezes com três a quatro períodos diários, reduzindo-se ao mínimo o contato da criança com a escola.

Se as escolas estão superlotadas, as creches e as pré-escolas praticamente inexistem, complicando ainda mais a situação da família trabalhadora.

Há necessidade premente da modificação deste quadro. Além do melhor preparo dos professores e da melhoria de seus salários e condições de trabalho, a escola pública deve sofrer transformação radical nos seus objetivos, complementando aqueles que abordamos acima. É importante também a instalação de creches e pré-escolas com a mesma perspectiva, que funcionem como garantia de assistência integral às crianças nas diversas idades.

### C) Moradia e Mortalidade Infantil

Não se pode negligenciar o aspecto moradia, quando se trata de melhorar as condições de vida de um povo. Dentre os desvios praticados contra a política de desenvolvimento social do País, está incluída a política habitacional. Existindo como órgão executor dessa política, o Sistema Nacional de Habitação acabou privilegiando a construção e aquisição de moradias sofisticadas, em detrimento de um plano que evitasse, por exemplo, a expansão das favelas e cortiços.

O saneamento básico, como parte integrante de uma política habitacional, também foi negligenciada.



Fig. 4 - Os projetos educacionais devem estimular a saúde física e mental das crianças.

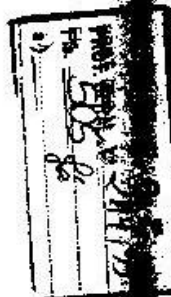


do. O crescimento da rede de esgoto e de água encanada, se deu muito mais lentamente do que o aumento da população, principalmente se considerarmos a população urbana.

Se as condições de moradia em si influem discretamente na mortalidade infantil, o saneamento básico é decisivo. Já mostramos que a mortalidade infantil caiu na cidade de São Paulo, apenas com o crescimento da rede de água, em época de arrocho salarial e de piora nas condições de vida de forma geral. Portanto, mesmo antes de conseguirmos o equacionamento da questão moradia no Brasil, deve-se ampliar urgentemente as redes de água e esgoto, além de prover as cidades de estrutura de tratamento das águas. O impacto dessa medida nos índices de mortalidade infantil é seguramente maior do que o de qualquer das outras medidas sugeridas por este texto, se tomadas isoladamente.

Evidentemente, os gastos para a implantação de um sistema de saneamento básico são grandes, mas uma vez instalados, torna-se praticamente perene, com custos de manutenção muito baixos.

## 6. TIRE SUAS DÚVIDAS




- 1) Por que alguns morrem cedo? ..... pg. 15
- 2) O índice de mortalidade é reflexo direto do desenvolvimento sócio econômico do País? pg. 16
- 3) Como se calcula a taxa de mortalidade infantil? ..... pg. 23
- 4) O que é mortalidade infantil precoce e mortalidade infantil tardia? ..... pg. 23
- 5) Quais são as principais causas de morte no primeiro ano de vida? ..... pg. 29
- 6) Qual é o grau de desnutrição infantil no Terceiro Mundo? ..... pg. 30
- 7) Quais são as principais formas de desnutrição infantil ..... pg. 30
- 8) Quais são as manifestações da desnutrição infantil ..... pg. 32
- 9) É importante o aleitamento materno? pg. 35
- 10) E as imunizações? ..... pg. 37
- 11) Como combater a diarreia? ..... pg. 40
- 12) Qual uma boa estratégia para a área da Saúde para um país em desenvolvimento como o Brasil? ..... pg. 50





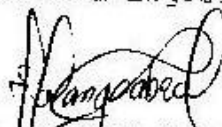
## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114, 93
Fs. 507
a) 

LEVANTAMENTO REALIZADO NOS LIVROS DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE BRAGANÇA PAULISTA PARA LEVANTAMENTO DOS NASCIDOS POR BAIRRO - ZONA URBANA E ZONA RURAL - NOS ANOS DE 1992, 1993, 1994, 1995 e 1996 (ATÉ JULHO).

Casa do Poder Legislativo, Julho de 1996

a.) MARIA EMILIA FERREIRA RAMOS  
- Oficiala Legislativa -



a.) MARIA BOLANDE CABRAL DE OLIVEIRA  
- Oficiala Legislativa -





## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

BAIROS ZONA URBANA	LEVANTAMENTO		NASCIMENTO		BAIRRO	1996 JULHO-96
	1992	1993	1994	1995		
BOSQUE DAS PEDRAS	1	1	0	2		1
LAGOS DE SANTA HELENA	7	6	4	5		5
RECANTO AMAPOLA	3	2	6	0		0
CHACARA SAO CONRADO	1	0	0	0		0
JARDIM SAO JOSE	10	15	5	5		1
JARDIM OURO PRETO	1	0	0	2		3
JARDIM EUROPA	21	30	10	20		14
JARDIM BELA VISTA	0	0	0	1		0
JARDIM PRIMAVERA	2	2	0	3		1
TABOAO	22	22	18	27		12
SANTA LUZIA	42	58	56	56		16
JARDIM CALIFORNIA	12	9	11	10		6
JARDIM AMERICA	9	6	11	10		7
JARDIM ESTANCIA SANTANA	2	1	4	1		2
JARDIM SAO MIGUEL	9	10	19	32		13
JARDIM IGUAQUEMI	16	11	15	15		11
CIDADE PLANEJADA I	48	39	71	56		33
CIDADE PLANEJADA II	41	45	59	68		50
PARQUE DOS ESTADOS	96	89	88	103		55
VILA ESPERANCA	7	4	3	8		3
JARDIM DA FRATERNIDADE	69	72	65	63		42
HIPICA JAGUARI	12	4	9	5		3
JARDIM SANTA LUCIA	30	26	24	22		16

<b>C. M. E. B. P.</b>
PROT. GERAL Nº <u>2114,93</u>
Fls. <u>508</u>
a)



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.
PROT. GERAL Nº 2114, 93
Fls. 509
a) _____

JARDIM DO DEODO	21	31	20	37	11
JARDIM SAO CAETANO	8	14	14	17	7
JARDIM MORUMBI	4	10	11	8	8
JARDIM AGUAS CLARAS	13	19	10	17	5
TANQUE DO MOINHO	25	29	26	33	21
JARDIM BANDEIRANTES	2	1	2	1	0
POPO	11	17	22	11	14
TORO	42	46	55	70	39
JARDIM NOVA AMERICA	20	24	16	4	2
PATURI	7	10	10	28	14
JARDIM RECREIO BRAGANTINO	71	91	73	75	45
VILA MILDRED	3	2	2	0	1
VILA BIANCHI	50	91	05	68	40
MATABURO	39	45	30	39	26
JARDIM PARATY	2	3	0	1	0
JULIO DE MESSUIA	10	21	15	23	13
JARDIM DAS LARANJEIRAS	5	15	10	12	7
PENHA	35	26	18	20	11
DARCILANDIA	11	5	13	10	3
JARDIM ANCHIETA	14	7	9	13	5
VILA SANTA CRISTINA	0	0	3	1	0
JARDIM MARIA AUGUSTA	3	5	1	0	4
SANTA TEREZINHA	13	13	11	13	8
VILA BERTRANDO	4	2	1	0	0
VILA MUNICIPAL	31	25	28	18	14
VILA SAO FRANCISCO	0	0	1	0	0



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

C. M. E. B. P.	
PROT. GERAL Nº	2114, 93
Fis.	510
a)	<i>[Handwritten Signature]</i>

JARDIM COMENDADOR CAROSO	5	9	2	7	5
LAVAPES	74	88	67	75	44
JARDIM SÃO CRISTÓVÃO	9	9	7	7	5
JARDIM SÃO LOURENÇO	31	30	31	23	18
VILA BATISTA	24	32	43	37	14
UBERABA	7	9	2	10	7
FE. ALDO SOLINI	29	23	29	27	16
CONJ. HAB. SAADA MADER ABI CHEDID	0	0	0	0	33
PARGUE BRASIL	47	51	45	54	36
VILA BERNADETE	31	29	22	34	18
SANTA LIBANIA	35	43	34	41	30
JARDIM NOVO MUNDO	16	23	24	28	12
JARDIM PAULISTA	1	2	4	4	2
VILA EDNA	1	1	3	3	2
VILA CLAUDIA	11	7	10	16	3
VILA RUTH	7	1	3	1	2
VILA FLORA	5	3	2	1	2
VILA FLORENDA	1	0	0	0	0
VILA DAVED	28	36	24	26	13
VILA GARCIA	29	29	35	40	25
VILA MARIA	12	12	7	1	0
RECANTO ALEGRE	10	9	7	12	6
JARDIM SANTA AMELIA	0	0	1	4	0
CRUZEIRO	99	117	144	131	68
RECANTO ELIZABETH	15	13	24	21	6



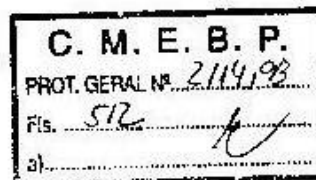
## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA

JARDIM ARACATI	12	5	6	8	1
VILA MOTTA	20	30	34	34	25
VILA SATO	4	4	4	1	3
CENTRO	103	104	133	122	57
VILA APARECIDA	141	125	122	140	67
JARDIM SEVELHA	0	0	1	2	1
JARDIM PAINEIRAS DE BRAGANÇA	1	5	4	4	1
JARDIM MOLISANI	1	0	0	0	0
JARDIM SANTA RITA	2	2	3	1	0
JARDIM SANTO AGOSTINHO	0	0	0	3	0
NOVA BRAGANÇA	2	2	10	9	4
JARDIM DO LAGO	2	1	2	1	2
JARDIM DO SUL	0	0	2	1	0
<b>TOTAL ZONA URBANA</b>	<b>1718</b>	<b>1857</b>	<b>1871</b>	<b>1962</b>	<b>1120</b>
CHRITIBANDOS	14	25	17	20	7
ARARAS	38	31	30	26	22
JARDIM DAS PALMEIRAS	9	3	0	0	2
ABUDDO	21	11	27	12	5
ESTIVA DO ABUDDO	10	3	9	4	6
GUARIPOCABA	21	28	27	21	15
MARINA	12	9	10	11	7
COITO	4	2	4	2	0
BOA VISTA	20	29	15	13	8
MORRO GRANDE DA BOA VISTA	22	31	31	25	7

<b>C. M. E. B. P.</b>
PROT. GERAL Nº <u>2114/93</u>
Rs. <u>511</u>
a)



## CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA



MORRO GRANDE ANHUMAS	5	0	2	4	1
CAMPO NOVO	71	34	30	21	26
BIRICA	47	31	29	34	26
BOM PETERO	25	27	26	29	18
BOCAINA	14	11	20	19	10
SETE BARRAS	1	5	4	2	2
MENTIN	23	35	17	11	16
AGUA COMPREIDA	15	14	22	19	8
RIO ACIMA	8	10	10	2	1
RIO ABAIXO	1	2	4	2	3
SERRINHA	1	1	0	3	1
RIO DAS PEDRAS	1	2	0	0	0
CAETE	3	4	1	4	2
SETE PONTES	3	1	1	0	0
MODESTO	1	0	0	0	0
ASSADO DOS FRIAS	2	2	3	8	1
MAE DOS HOMENS	14	13	19	13	6
ATIBAIA DOS	0	2	3	5	3
CORREIAS	0	1	0	1	1
BACCI	0	0	4	7	1
ANHUMAS	0	0	0	1	0
LOT. SAO MARCELO	0	0	0	0	2
TOTAL IDNA RURAL	410	367	365	310	207
TOTAL GERAL	2128	2224	2236	2272	1327





C. M. E. B. P.  
PROT. GERAL Nº 2114/93  
Fls. 513

**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**

REQUERIMENTO Nº 816/96

ENCAMINHAMENTO: ao Plenário da Casa.

ASSUNTO: apresenta para deliberação o Relatório Final da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos e da Comissão Especial de Estudos sobre a Criança e o Adolescente.

APROVADO POR UNANIMIDADE  
ENCAMINHE — SE E PUBLIQUE — SE  
Sala das Sessões, 05/12/96

Presidente da Câmara

1. Desde o início da atual legislatura, esta Casa vem se empenhando em realizar amplo levantamento de dados acerca de aspectos sociais e econômicos que envolvem o município bragantino, como forma de possibilitar subsídios de consulta a pesquisadores, estudantes e à população em geral e, sobretudo, servir como fonte de análise às autoridades para que possam melhor planejar o direcionamento de suas ações.

2. Com esse espírito de investigação e análise foram criadas duas comissões: a Comissão de Estudos sobre Assuntos Sócio-Econômicos (Requerimento nº 453/93) - a qual, pela sua importância, foi transformada posteriormente em comissão permanente - e a Comissão Especial de Estudos sobre a Criança e o Adolescente (Requerimento nº 1.198/93).

3. Após inúmeras reuniões realizadas com representantes de órgãos e entidades diversos, coleta de dados e elaboração de pesquisas e levantamentos, estamos apresentando o resultado do trabalho realizado, salientando que optamos pela elaboração de um relatório único, por se tratarem de assuntos interligados.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE BRAGANÇA PAULISTA**



4. Isto posto.

REQUEREMOS, nos termos regimentais, ao Egrégio Plenário, seja deliberado o Relatório Final referente aos trabalhos desenvolvidos pelas comissões supramencionadas, documento o qual solicitamos seja publicado no órgão oficial de imprensa do Legislativo bragantino, entre outros encaminhamentos cabíveis.

Sala das Sessões, 03 de dezembro de 1996.

a.) JOSE EDUARDO SUPPIONI DE AGUIRRE - PSDB  
Presidente da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos

a.) PAULO MIGUEL ZENORINI - PT  
Presidente da Comissão de Estudos sobre a Criança e o Adolescente e Membro da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos

a.) ADALBERTO LATICIO ALESSANDRI - PSD  
Membro da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos e Membro da Comissão de Estudos sobre a Criança e o Adolescente

a.) ARNALDO DE CARVALHO PINTO - PFL  
Membro da Comissão de Estudos sobre a Criança e o Adolescente

a.) GILBERTO ROMANI - PSDB  
Membro da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos

a.) JOAO SOARES SOUZA LIMA - PS  
Membro da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos

a.) JOSÉ SÉRGIO CONTI JUNIOR - PSD  
Membro da Comissão de Assuntos Sócio-Econômicos