

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL 1994

Estudo do Processo de Municipalização no Município de Piratininga

Relatório apresentado à Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional, para cumprir exigência do currículo do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

São Paulo

1994

Equipe Multiprofissional	Graduação	Área Temática
Carlos Alberto R. Soares	Serviço Social	Educação em Saúde Pública
Dimas Coelho Sampaio	Medicina Veterinária	Medicina Veterinária
Eloisa Vilma de R. Oliveira	Psicologia	Saúde Materno-Infantil
Fernanda B. de T. Machado	Pedagogia	Educação em Saúde Pública
Luciene Figueiredo	Farmácia e Bioquímica	Vigilância Sanitária
Luiz Eduardo A. Da Silva	Medicina	Políticas, Sistema de Saúde e Modalidades Assistenciais
Luiz Henrique Peres	Engenharia Civil	Engenharia em Saúde Pública e Ambiental
Marcia Alves Pacheco	Psicologia	Saúde Mental
Nely Aparecida Amorizio	Serviço Social	Educação em Saúde Pública
Rebeca B. Andrade Massaro	Odontologia	Odontologia Preventiva
Silvia Pernassi Torres	Direito	Advocacia em Saúde Pública
Sueli Aparecida Guarnieri	Serviço Social	Educação em Saúde Pública

Orientadora: Profª Ana Maria Cervato

Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional

Presidente: Profª Drª Eunice Aparecida Bianchi Galati

Membros: Prof. Dr. Antonio Galvão Fortuna Rosa

Prof. Dr. Claudio Gastão Junqueira de Castro

Prof. Dr. José Cavalcante Queiroz

Profª Drª Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitrini

“A vida é atividade, é movimento, e o homem, por ser um ser vivente, consome energias. Por isso, precisa, recuperar a energia: a vida, precisa satisfazer as suas necessidades. A necessidade é uma falta do necessário para a vida: fome, frio, falta habitação, doença. Necessitar algo é abrir-se ao mundo desejando aquilo que pode satisfazer”

Santo Tomás de Aquino

AGRADECIMENTOS

A Prof^ª Ana Maria Cervato, cuja presença nos premiou pela dedicação, amizade, conhecimento e orientação.

Ao prefeito de Piratininga, Exm^o Sr. Geraldo Pereira da Silva, por possibilitar a realização deste trabalho no Município.

Ao Sr. José Miguel Pereira dos Santos, Chefe de Gabinete pela incessante prestimosidade em propiciar elementos significativos para elaboração do perfil da cidade de Piratininga.

Aos Vereadores Srs. Argemiro Parizoto, Carlos Alberto da S. Julião, Luis Vanderlei F. de Moraes, Elísio Lopes Dias; Irineu Ortolni, Mauro Martins, Paulo Cesar Vicente e Sr^a Maria Stela S. de Lima pela valorosa contribuição em fornecer subsídios que conduziram à uma compreensão do Setor Saúde do Município de Piratininga.

Aos dirigentes do Centro de Saúde Dr. Antenor Nogueira de Abreu e Santa Casa de Misericórdia, pelo apoio e gentileza.

Aos representantes das entidades visitadas pela maneira solícita em que fomos recebidos.

Ao Diretor Técnico do ERSA de Bauru, Dr. Luis Fernando Ribeiro, pelos esclarecimentos prestados acerca do planejamento e Seção de Saúde em Piratininga.

Aos funcionários do Município e, em especial, as

Unidades de Saúde, pela amabilidade com que nos acolheram, prontificando-se a ajudar nas diversas etapas do trabalho.

E, com muito carinho, à população de Piratininga pela compreensão e expectativa em relação à nossa presença no Município.

SUMÁRIO

1.	Introdução	1
2.	Objetivos	3
2.1.	Objetivo Geral	3
2.2.	Objetivos Específicos	3
3.	Metodologia	4
3.1.	Etapas	4
3.2.	Desenvolvimento das Etapas	4
3.2.1.	Estudo Preliminar	4
3.2.2.	Trabalho de Campo	5
3.2.3.	Elaboração do Relatório	6
4.	Histórico do Sistema de Saúde no Brasil	
4.1.	Década de 70	7
4.2.	Década de 80	10
4.3.	VIII Conferência Nacional de Saúde	12
4.4.	SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde	12
4.5.	Constituição Federal de 1988	13
4.6.	Princípios do SUS	14
4.7.	Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990	14
4.8.	Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990	15
4.9.	IX Conferência Nacional de Saúde	15
5.	Caracterização do Município de Piratininga	16
5.1.	Histórico	16
5.2.	Aspectos Econômicos	21

5.3.	Aspectos Geográficos	23
5.4.	Demografia	25
5.5.	Indicadores de Saúde	28
5.5.1.	Mortalidade Proporcional por Idade	28
5.5.2.	Coefficiente de Mortalidade Infantil	33
5.5.3.	Coefficiente de Natimortalidade, Natalidade, Mortalidade Geral	36
5.5.4.	Mortalidade proporcional por Causa e Faixa Etária	37
i.	Processo de Municipalização no Município de Piratininga	44
l.	Organização do Sistema de Saúde em Piratininga	48
7.1.	Saúde Bucal	67
7.2.	Cultura e Lazer	72
7.2.1.	Educação	73
7.3.	Promoção Social	74
7.3.1.	Creche e Berçário “Jamile Haddad Maluf”	76
7.3.2.	Asilo Vila Vicentina dos Velhos Desamparados	78
7.3.3.	Centro Espírita Antoninho Marmo (Asilo)	78
7.3.4.	Albergue	79
7.3.5.	Legião Mirim	79
7.3.6.	Projeto ACEP - Atendimento da Criança Especial de Piratininga	80
7.4.	Segurança	82
7.5.	Vigilância Sanitária	83
7.5.1.	Vigilância Sanitária em Piratininga	84
7.5.2.	Parte Específica - Alimentos	86
7.5.3.	Medicamentos, Saneantes e Agrotóxicos	88
7.5.4.	Controle de Zoonozes	88
7.5.5.	Serviço de Inspeção Municipal	89
7.5.6.	Legislação Atual Pertinente a Estabelecimentos Destinados à Matança de Animais	90

7.6.	Saneamento Básico	95
7.6.1.	Sistema de Abastecimento de Água	95
7.6.2.	Sistema de Esgotamento Sanitário	98
7.6.3.	Resíduos Sólidos e Limpeza Pública	100
7.6.4.	Poluição Industrial	103
7.6.5.	Poluição Agro-Pastoril	105
7.6.6.	Planejamento Ambiental	106
7.6.7.	Aspectos Gerais e Sanitários do Distrito de Basília Paulista	106
7.7.	Assistência Farmacêutica	108
8.	Percepção da População a cerca do Sistema de Saúde	112
9.	Conclusão	119
10.	Sugestões	123
11.	Bibliografia	129

Anexos

Anexo 1	Roteiro de Perguntas: Chefia Seção Administrativa	A1
Anexo 2	Roteiro de perguntas: Nível Local - Corpo-Técnico	A3
Anexo 3	Roteiro de Entrevista Diretor (a) Escola	A4
Anexo 4	Roteiro de Entrevista Diretor(a) Creche	A5
Anexo 5	Roteiro de Entrevista com Coordenador(a) Albergue	A6
Anexo 6	Roteiro de Entrevista com Coordenador(a) Asilo	A7
Anexo 7	Roteiro de Entrevista com Representante da Igreja	A8
Anexo 8	Roteiro de Perguntas - Delegacia	A9
Anexo 9	Roteiro de Entrevista com o Responsável Vigilância Sanitária	A10
Anexo 10	Roteiro de Perguntas - Usuários	A14
Anexo 11	Roteiro de perguntas - População	A15

Anexo 12	Plano Diretor do Município de Piratininga	A16
Anexo 13	Decreto nº 27140	A49
Anexo 14	Lei nº 988	A50
Anexo 15	Ofício 162/87	A54
Anexo 16	Termo Aditivo 02/90	A55
Anexo 17	Relação das Especialidades Farmacêuticas Adquiridas pelo Centro de Saúde de Piratininga	A57
Anexo 18	Séries Fotográficas Área de Saneamento Básico e Ambiental	A65
Anexo 19	Séries Fotográficas de Algumas Instituições	A77

1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) é a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o Curso de Especialização em Saúde Pública, oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1994.

Tem o objetivo de avaliar o Sistema Único de Saúde do Município de Piratininga através da análise das políticas locais de saúde, tendo em vista a Regionalização e a Municipalização preconizadas na Constituição e na 8ª e 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Os aspectos econômicos, sociais e políticos são relatados desde o início do município até o momento atual. Descreve-se também o perfil epidemiológico da cidade, analisando a implantação do Sistema Municipal de Saúde que vem acontecendo em ritmo e feições próprias do Município.

Enfatizam-se também as leis, diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde, apresentando-se como um breve histórico da saúde no Brasil, como referencial teórico valioso para dirigir a metodologia e os objetivos propostos.

Este estudo condensa experiências de diferentes profissionais e de conhecimentos adquiridos nas seguintes áreas temáticas:

- Educação em Saúde Pública
- Saúde Mental
- Políticas, Sistemas de Saúde e Modalidades Assistenciais
- Odontologia

- Vigilância Sanitária
- Medicina Veterinária
- Advocacia em Saúde Pública
- Saúde Materno-Infantil

Frente a isso, o trabalho em equipe multiprofissional reúne idéias e bagagens teórico-práticas bastante enriquecedoras no sentido de aumentar a percepção global, levando a um fim comum para a construção, a elaboração e reelaboração do conhecimento na área da Saúde Pública.

É consenso do grupo, que o TCM a ser operacionalizado, propiciará um momento de reflexão extremamente importante, no que tange a conclusão de dez meses de estudos sobre a Saúde Pública em nosso país numa perspectiva holística.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

- Descrever e analisar o Sistema de Saúde no Município de Piratininga, considerando a Regionalização e Municipalização dos serviços e políticas locais.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o Município, abordando aspectos históricos, econômicos, sociais e de saúde.
- Situar o Município dentro da proposta da Norma Operacional Básica nº 1/93, das ações e serviços de saúde (M.S. - D.O.U. 24/5/93).

Em relação à:

- Universalidade
 - Equidade
 - Integralidade
 - Regionalização e Hierarquização
 - Resolutividade
 - Descentralização
 - Participação dos Cidadãos
 - Complementariedade do Setor Privado
-
- Visualizar a relação entre as diversas esferas políticas que compõem o Município

3. METODOLOGIA

3.1. ETAPAS

O presente trabalho de campo desenvolveu-se em tres etapas conforme o disposto pela comissão do TCM, segundo o cronograma abaixo:

Período	Atividade
26/10 a 4/11	Estudo Preliminar
7/11 a 11/11	Trabalho de Campo
14/11 a 30/11	Elaboração do Relatório

3.2. DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS

3.2.1. Estudo Preliminar

As atividades desenvolvidas nesta etapa consistiram no estudo das instruções complementares e outros subsídios para o planejamento de todas as etapas posteriores, a saber:

- Estudo dos diversos documentos do Município de Piratininga, contendo dados epidemiológicos, demográficos, materiais históricos, publicações formais,

folhetos promocionais, mapa do município, etc.

- Reuniões com a orientadora do grupo, para leitura e diagnóstico dos aspectos gerais do município em questão.
- Leituras complementares dos textos básicos sobre o processo de municipalização e discussão em grupo dos objetivos gerais do TCM.
- Elaboração dos instrumentos que foram utilizados nas tarefas em campo, como questionários, roteiro de entrevistas, etc.. observar anexos 1 a 9.
- Consultas bibliográficas relacionadas ao tema eleito.

3.2.2. Trabalho de Campo

O Trabalho de Campo foi desenvolvido no Município de três maneiras:

- Entrevistas previamente elaboradas com as autoridades das diversas instituições do município, como a Prefeitura, Santa Casa de Misericórdia, Centro de Saúde, SABESP, Escolas, Creche, Casa da Agricultura, Fórum, Albergue, Sindicato, Delegacia, Asilo, ERSA de Bauru e outras. Foram também entrevistados o prefeito e assessor, vereadores, coordenador de saúde, juiz, corpo técnico e administrativo do Centro de Saúde, área técnica da promoção social, educação e demais autoridades (Anexos 1 a 9).

- Pesquisa realizada com a população e usuários. Esta pesquisa foi do tipo qualitativa sendo elaborado um questionário com questões abertas. O conteúdo do questionário obedeceu o propósito de investigar a opinião da população e usuários, quanto aos serviços de saúde existentes e prestados pelo município. Estas entrevistas foram realizadas de maneira informal e livre. As pessoas foram abordadas nas ruas, locais de trabalho e nas diversas instituições, dando suas opiniões e impressões (Anexos 10-11).
- Coleta e consulta de dados complementares no município, visto que algumas informações como o plano diretor do município (Anexo 12), dados atualizados das instituições, atos administrativos municipais, e outras informações, não nos foi possível obtê-las nas etapas anteriores.

3.2.3. Elaboração do Relatório

Nesta etapa foram consolidados e analisados todos os dados obtidos e observados nas etapas anteriores. No sentido de operacionalizar as atividades o grupo subdividiu-se com o intuito de melhor avaliar os dados obtidos, tendo a preocupação de focar o processo de municipalização da saúde no município.

4. HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

4.1. DÉCADA DE 70

O processo de abertura iniciado no Governo Geisel, que coincidiu com as primeiras críticas ao Sistema de Saúde, principalmente quanto a sua forma autoritária, privatista e mercantilista, propiciou a construção e viabilização do Sistema Único de Saúde.

Em 1971 é criada a central de medicamento responsável pela produção e distribuição de medicamentos, além de controlar o preço dos medicamentos básicos.

Também em 1971 foi criado o PRORURAL, destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, representando, formalmente, a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais.

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com isso o Ministério da Saúde recebe cada vez mais, menos recursos do orçamento fiscal.

Em 1974, o Governo Federal, através do MPAS libera o FAS - Fundo de Assistência Social, para financiar obras sociais de fundo social, através da Caixa Econômica Federal.

Em 1975 é promulgada a Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75) pela qual cabe ao Ministério da Saúde, preferencialmente, ações de caráter coletivo, e ao MPAS, preferencialmente, ações de assistência médica individual através do INAMPS, a população inserida regularmente no mercado de trabalho.

Tendo como sub-sistemas:

- Sub-Sistema de Saneamento e Controle do Meio Ambiente;
- Sub-Sistema de Prestação de Serviços de Saúde;
- Sub-Sistema de Apoio as Atividades do Sistema.

Em 1976 o Ministério da Saúde apresentou dois programas importantes:

- PRONAM - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - para atuar no processo de produção e comercialização de alimentos básicos.
- PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, cujo objetivo era implementar e operar a estrutura básica de saneamento em município com menos de 20.000 habitantes (principalmente no Norte e Nordeste).

Em setembro de 1977 foi implantado o SINPAS, através de Lei nº 6439, havendo separação do INPS (para prestação de benefícios em dinheiro) e o INAMPS (para prestação de assistência médica).

O SINPAS é composto por:

- INPS
- INAMPS
- LBA
- FUNABEM
- DATAPREV
- IAPAS
- CEME

O crescimento da massa de contribuinte da Previdência Social, a ampliação dos serviços oferecidos à essa população, e o aumento considerável de seus custos unitários contribuíram, entre outros fatores, com que os gastos com assistência médica da Previdência Social aumentassem de forma imprevisível e em ritmo maior que o da receita previdenciária. A assistência médica representou um ponto crítico no equilíbrio financeiro da Previdência Social, principalmente pela inexistência ou ineficácia de mecanismos de controle de acompanhamento das despesas, com serviços médicos hospitalares contratados e conveniados.

O percentual da receita do SINPAS destinado a assistência médica não acompanhou o ritmo de crescimento das despesas, levando a um déficit de grande significado na área da assistência médica.

Em 1978 surge a declaração da Alma-Ata por iniciativa da OMS, reconhecendo a necessidade de coordenação das ações do setor saúde e recomendando o planejamento executado em nível local como a única forma de tornar cuidados à saúde acessíveis a todas as populações, favorecendo a participação comunitária.

Em 1979 foi deflagrada a crise previdenciária ($\frac{1}{3}$ dos recursos eram gastos com assistência médica individual). Vem a público o rombo financeiro da previdência que já vinha ocorrendo há anos, mas era de conhecimento do governo.

Dos fins dos anos 70 via medicina previdenciária abre-se o atendimento de urgência a toda a população, através do PPA (Programa de Pronto Atendimento).

4.2. DÉCADA DE 80

Numa conjuntura política de transição democrática o Brasil aderiu as recomendações da Declaração de Alma Ata (1978), quando no III Plano Nacional de Desenvolvimento - período 1980/85, previa a descentralização das atividades do setor saúde e a transferência das atribuições de planejamento e prestação dos serviços aos estados e municípios.

O Prev-Saúde elaborado em 1979/81 era um projeto de política de saúde bem abrangente, sem duplicidade ou sobreposição de ações para aumentar a produtividade. O programa entendia a saúde como satisfação das necessidades básicas da população (visão ampla de saúde e pretendia reorganizar o setor público de saúde envolvendo a participação comunitária e a articulação dos diferentes níveis de entendimentos e não chegou a se efetivar.

Em 1982 cria-se o FINSOCIAL - definido como um percentual do faturamento das empresas além da elevação das alíquotas previdenciárias.

Ocorreu uma progressiva deteriorização do relacionamento entre setor público e privado decorrente de uma política de redução deliberada dos repasses do INAMPS a este último setor, num contexto de forte expansão de custos, pela incorporação de tecnologia e elevação e mudança do perfil de cobertura da população.

Plano do CONASP - o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária criado pelo decreto Lei nº 86.329, de 2/9/81, elaborou e promulgou, em 1982, o Plano de Reorientação da assistência no âmbito da Previdência Social. As

proposições desse plano referem-se mais ao campo da assistência médica, que propriamente à produção da saúde e as ações sanitárias sobre o meio.

Em 1983 começaram a ser viabilizadas as AIS - Ações Integradas de Saúde, parte integrante do plano CONASP, através de um convênio de integração entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e cultura, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde.

As AIS se consolidaram em convênios tripartites: União, Estados e Municípios, onde estes dois últimos recebiam recursos para atendimento médico-individual dos previdenciários. Junto as AIS surge a proposta de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), pagando as internações pelo custo global do procedimento médico, e não mais pela somatória dos gastos de cada ato parcelado, como anteriormente era feita através da US (Unidade de Serviço).

O sistema de remuneração por US induzia a superprodução de serviços.

As AIH, permitem maior controle sobre o setor privado, que resiste aos limites impostos à sua lucratividade, através de uma diminuição da qualidade do atendimento. Os recursos do INAMPS originários fundamentalmente das contribuições dos assalariados, passam a ser socializados nos gastos com assistência médica da população geral. Para dar efetividade ao princípio da descentralização, era necessário estabelecer comissões interinstitucionais de saúde, gestoras das ações de saúde nos diversos níveis estadual, regional e municipal. Essas comissões constituem instâncias de decisões, planejamento, gestão e acompanhamento das ações integradas de saúde e eram assim estruturadas:

- CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde
- CRIS - Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
- CLIS ou CIMS - comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde, correspondem a municípios ou conjunto de municípios.
- CIPLAN - Órgão deliberativo interministerial MS/MPAS/MEC/VIII

4.3. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A Conferência Nacional de Saúde teve participação efetiva de quase todas as instituições atuantes no setor e também as representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e partidos políticos.

Consideram que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua ação institucional revendo-se a legislação que refere-se à promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se convencionou chamar a Reforma Sanitária.

4.4. SUDS - SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

O SUDS atenta para a maior participação do município no setor saúde, e é um passo para a municipalização dos serviços de saúde

(a municipalização foi assumida no programa das AIS) sendo uma estratégia para o SUS.

Com o SUDS, há repasse de recursos e equipamentos, dentro de um processo de descentralização, para estados e municípios. Ampliou-se o processo de municipalização e em 1989 grande parte do Estado de São Paulo já estava municipalizado.

O SUDS se concretiza sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais, que por sua vez, estabelecem convênios com os municípios. Esses convênio começam a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o comando do Sistema no âmbito estadual.

4.5. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A constituição de 1988, baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu, no capítulo de seguridade social, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata 3 aspectos principais:

1. Incorpora o conceito mais abrangente de saúde, tendo como fatores determinantes e condicionantes o meio físico, o meio sócio-econômico-cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde
2. Legitima o direito de todas as ações de saúde, em todos os níveis, sem qualquer discriminação. Assim como explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é de responsabilidade pública.

3. Estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS - formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle de seus usuários.

4.8. PRINCÍPIOS DO SUS

- Universalidade
- Eqüidade
- Integralidade
- Regionalização e Hierarquização
- Resolutividade
- Descentralização
- Participação dos cidadãos
- Complementariedade do setor privado

4.7. LEI Nº 8080 DE 19/9/1990

A Lei nº 8080 define o Sistema Único de Saúde como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”.

Essa lei dispõe sobre a organização e regulamentação do SUS em todo território nacional.

4.8. LEI Nº 8142, 28/12/1990

A Lei nº 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS - Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

4.9. IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A IX Conferência Nacional de Saúde teve como slogan “A municipalização é o caminho” procurou avaliar o atual estágio da reforma sanitária pela qual vem passando o sistema de saúde, e seus pontos de estrangulamento.

Nessa Conferência foi realizado o diagnóstico do País, concluindo que:

- a população brasileira vive mal e vive pouco mostrado pelos indicadores de doenças que acometem os brasileiros;
- o sistema atual de saúde está sucateado e desqualificado, tendo baixa resolutividade e cobertura, e má qualidade no atendimento, recebendo baixa percentagem de investimento dentro dos gastos públicos. Dependendo do setor hospitalar contratado (75% dos leitos), sem política de produção e distribuição de medicamentos, e onde as ações de vigilância sanitária e epidemiológica são incipientes. Esta realidade nas áreas sociais corresponde a redução de recursos e retração de demanda, de um povo que passa fome, mora mal (quando mora), vive doente e morre cedo.

5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRATININGA

5.1. HISTÓRICO

A região de Piratininga, nos primórdios da história era chamada “Zona Inexplorada”, “Sertões Desconhecidos”, onde se refugiavam os índios Caingangs, precursores e primitivos habitantes em fins do século passado. Esses índios (Bugres) viviam aldeados na Serra de Agudos, junto ao Ribeirão Batalha. Com o tempo, foram surgindo na região paulistas e mineiros vindos em busca de novas terras, comprando sítios, abrindo caminhos, plantando roças, formando lavouras e erguendo moradias rústicas. Enfim, foram desbravando os “Sertões Desconhecidos”.

Em 1887, na encosta da Serra do Veado, contraforte da Serra de Agudos, ergueu-se um cruzeiro, conhecido como a “Santa Cruz”, em cujo local, dezoito anos mais tarde, se constituiria o “patrimônio da Santa Cruz dos Inocentes”.

Conta a história que tal nome se deveu ao sepultamento no local, de crianças, filhos dos Sertanejos habitantes da região. A cada sepultamento era erigida uma cruz, daí o surgimento do cruzeiro.

As primeiras edificações em torno daquela área começaram a surgir em 1895, cuja localização distava cerca de 400 metros da atual Piratininga, em terrenos ora ocupados pela ‘Fazenda do Veado’.

Foi seu fundador o Sertanista mineiro Faustino Ribeiro da Silva que com sua família se radicou no local. Construiu a Capela de taipas e aroeira junto à “Santa Cruz dos Inocentes”, o que motivou a

vinda de outros moradores que foram erguendo casebres de sapé e barro seco, abrindo pequenos locais de vendas de gêneros alimentícios.

Assim se formou e foi crescendo o povoado em torno da Capela e da Santa Cruz.

Em 18/5/1895, o casal de lavradores Manoel Pedro Carneiro e Rita Maria da Conceição, residentes na Fazenda do Veado fizeram doação da área onde se achavam a Capela e a Santa Cruz para servir de patrimônio. Daí a constituição do “patrimônio da Santa Cruz dos Inocentes”.

Um dos pioneiros do lugar, o Cel. Virgílio Rodrigues Alves cedeu 15 alqueires de terras à Cia. Paulista de Estradas de Ferro - CPEF, para a instituição da Vila Piratininga, no Vale do Córrego do Veado e junto aos trilhos da via férrea, a 400 metros do então “patrimônio da Santa Cruz dos Inocentes”.

A CPEF aceitou a proposta, pois pretendia ali instalar seus trilhos e expandir a via férrea na região.

Em 1905 foi lavrada a escritura de cessão dos terrenos à CPEF, que dividiu a área em vários lotes, vendendo-os a baixo preço. Em 25/1/195 é inaugurada a Estação Ferroviária dando início ao tráfego dos trens de carga e de passageiros.

Nesse interim, o Cel. Virgílio Rodrigues Alves foi adquirindo as casas localizadas no “patrimônio da Santa Cruz dos Inocentes” transformando-as em habitações para seus colonos.

Foram surgindo então outros elementos que constituíram o povoado de Piratininga. A primeira moradia de tijolos foi a do Cel. Virgílio na atual Rua Margarido Pires, e a segunda foi a de Augusto

Cogo, na atual Rua Jamile Haddad Maluf.

Inicialmente o povoado era assistido espiritualmente pelo vigário de Agudos, e depois pelo vigário de Bauru, de 1901 a 1906.

Em 1906, uma comissão composta pelos Srs. Cel. José Cardoso Franco, Margarido Pires e outros, angariaram fundos para o início da construção da Igreja Matriz, que foi concluída e inaugurada em 2/4/199, sendo seus construtores: Antonio Francisco Donatz e Augusto Cogo.

Ainda em 1905 foi criado o 1º Distrito Policial.

Em 30/12/1907, a Lei 1.122 criou o Distrito de Paz de Piratininga, do Município de Bauru, Comarca de Agudos, sendo depois transferido pela Lei 1.225 de 16/12/1910 do Município de Bauru para o de Agudos.

A Lei Estadual 1.395 de 17/12/1913 criou o Município de Piratininga, desmembrando-o do Município de Agudos.

Em 24/2/1914 houve a 1ª eleição para vereadores à Câmara Municipal de Piratininga, cuja posse se deu em 14/3/1914. Nessa mesma data foi instalado o Município e elevada a sua sede à categoria de Cidade. Dessa forma, Piratininga consolidava sua emancipação político-administrativa.

O primeiro Prefeito foi o Sr. Antonio Joaquim Margarido Pires, e o primeiro Presidente da Câmara, o Sr. Cel. José Cardoso Franco.

Na ocasião, era Presidente da República do Brasil, o Marechal Hermes da Fonseca, e Presidente do Estado de São Paulo, o Conselheiro Francisco de Paula Rodrigues Alves.

Em março de 1916, a Cia. Paulista de Força e Luz - CPFL firma acordo com o município para o fornecimento de energia elétrica, que se concretizou em 1917.

Antes, em 1909, a empresa telefônica de Bauru, havia instalado os cinco primeiros telefones na então Vila Piratininga.

Em julho de 1918, com o empenho do Cel. Virgílio Rodrigues Alves, iniciou-se a construção da Santa Casa de Misericórdia, cuja inauguração aconteceu em 8/5/1919.

Em 31/12/1927 é criada a Comarca de Piratininga, desmembrada da Comarca de Agudos, tendo sido instalada em 27/4/1928, caracterizando a emancipação jurídica da Cidade.

Até 24/12/1948, Piratininga era composta de 2 Distritos: o da Sede e o de Pirajai. Nessa data, Pirajai foi elevado a Município denominado de Cabralia Paulista. Dessa forma, Piratininga passou a ser constituída apenas pelo Distrito de sua Sede. A expansão da cidade, desde 195 até 1950, deu-se geograficamente em sentido longitudinal, paralelamente ao leito da Estrada de Ferro e do Córrego do Veado, delimitada pelas atuais Rua Anchieta, Jamie Haddad Maluf, Francisco Sanisse e Duque de Caxias.

No início, as entradas da Cidade eram somente pelas Ruas Dr. Lisboa Jr., Plínio de Godói e 25 de Janeiro.

O comércio era generalizado; hoje, está concentrado na Rua Dr. Lisboa Jr.

A partir de 1951, surgem os loteamentos da Vila Santa Maria e Vila Soares, com o 1º núcleo da COHAB.

Em 1976, foi definido o quadro urbano da cidade. Os

trilhos da Estrada de ferro foram retirados, ampliando novas ruas. O leito ferroviário transformou-se em Avenida. Houve o prolongamento das ruas centrais, no sentido da Fazenda do Veado, na altura do antigo “Patrimônio da Santa Cruz dos Inocentes”.

Surge também o Estádio Municipal, o Centro de Lazer do trabalhador, e o 2º Núcleo da COHAB.

A Igreja de Santa Maria de Piratininga, naturalmente já passou por vários momentos, que interferiram nos valores da vida de cada cidadão e das famílias. O padre atual, Antonio Rodrigues Neto, está na cidade há pouco tempo, mas mostrou-se preocupado com vários problemas do Brasil que se refletem também em Piratininga: injustiça social, falta de organização política do povo, miséria. Trabalha com vários pastorais: Saúde, Familiar, Juventude, Circulos Bíblicos, Catequese, Batismo, Movimento Vicentino, Legião de Maria, Apostolado, Renovação Carismática. Persiste o conflito entre as idéias mais avançadas e as mais conservadoras.

A missa é o espaço de comunicação, para as questões sociais que preocupam a cidade. Há a preocupação em conscientizar e preparar mais os leigos participantes. A Igreja a nível de Brasil, tenta realizar um trabalho ecumênico com outras religiões, abrangendo todo o aspecto social. Verificou-se na cidade que há outras instituições religiosas, também preocupadas com os problemas mais cruciais, mas sem dúvida a Igreja Católica ainda predomina quanto a sua influência nos valores da comunidade.

5.2. ASPECTOS ECONÔMICOS

O café, então denominado “ouro verde”, era a base econômica, no início. Em 1914 havia uma plantação de aproximadamente 1.56.000 pés de café na região.

O cultivo do café predominou até meados dos anos 30, quando o algodão, denominado “ouro branco”, despontou como cultura que passou a ser bastante desenvolvida. Em 1935, indústrias exploradoras algodoceiras norte-americanas se instalaram na região, como a Anderson Clayton, entre outras, cuja ascensão predominou até meados dos anos 70.

Como foi dito, a atividade agrícola mais importante no município foi o café. Com a decadência dessa atividade e devido à práticas extrativistas que perduraram por muito tempo, aliada ao uso e manejo inadequado do solo, levou a região a um empobrecimento progressivo deste, inviabilizando outras culturas que tentaram se adequar na região.

A recuperação do solo nestas condições, apresenta um custo muito elevado, inviabilizando a maioria das culturas que tentaram se afirmar na região.

Tudo isso levou inevitavelmente à formação de pastagens, que possui exigências menores, rápida formação e retorno financeiro satisfatório. Por isso a atividade econômica mais importante hoje é a pecuária, representada com a criação extensiva de gado de corte.

Todos esses acontecimentos levaram a um crescente êxodo rural e nos últimos anos ele tem aumentado cada vez mais. A legislação que rege o trabalhador rural, principalmente quanto aos encargos sociais,

tornou-se mais rigorosa e abrangente, elevando ainda mais os custos de produção de diversas atividades agrícolas, segundo a opinião de um agricultor da região.

Na década de 30/40, o solo de Piratininga era rico em jazidas de calcário e de barro para a fabricação de tijolos, telhas e manilha, cerâmicas, piso e porcelana.

Na época já havia também a expectativa de petróleo, óleo ou gás em seu sub-solo.

A produção agropecuária estava em plena expansão, graças a novos investimentos na cidade, vindos de fora; a pecuária se tornava bastante expressiva com gado de corte e leite, avicultura e suinocultura. A cultura cafeeira, embora decadente, permanecia, assim como também se expandia a sericicultura, com significativos índices de produção de casulos.

No final da década de 70 sondou-se a possibilidade de encontrar petróleo, o “ouro negro”, como já havia sido cogitado anteriormente por geólogos e técnicos.

Em agosto de 79, durante o governo do Estado, Paulo Salim Maluf, a Paulipetro, a Companhia Energética do estado de São Paulo - CESP, o Instituto de Pesquisas Tecnológicas - IPT, associados a uma empresa norte-americana, iniciaram as perfurações na região.

Em outubro daquele mesmo ano, dos poços jorrou água sulfurosa de 45°, considerada como medicinal pelos técnicos. A partir desse fato cogitou-se transformar a cidade em balneário Turístico.

Em 1980, o petróleo voltou ainda a ser sondado no solo de Piratininga durante um ano, mas as tentativas continuaram sendo

frustradas. No intuito de prospecção, encontrou-se água sulfurosa no subsolo de piratininga ao invés do petróleo.

Atualmente isso vem sendo aproveitado com as instalações e a inauguração do “Hotel Clube Águas Quentes de Piratininga”, de propriedade particular, que explora as termas de águas quentes da cidade.

Os Grupos Étnicos que compuseram a Cidade de Piratininga e suas atividades econômicas iniciais:

Inicialmente foram os indígenas, mais os descendentes dos africanos, e os portugueses.

No início do século XX, vieram os espanhóis, os italianos, os sírio-libaneses e os japoneses.

Os portugueses e os espanhóis abriram pensões, hotéis, quitandas, bares e postos de gasolina.

Os italianos abriram o comércio de mercearias com massas, secos e molhados, vinhos, queijos, etc.

Os sírio-libaneses comercializavam tecidos, máquinas, tecelagem.

Os japoneses cultivavam e vendiam produtos horti-fruti-granjeiros.

5.3. ASPECTOS GEOGRÁFICOS

O Município de Piratininga localiza-se na região central do Estado de São Paulo, região administrativa de Bauru, distante à 330 Km da Capital.

Limita-se com os municípios de Bauru, Agudos, Duartina e Cabralia Paulista, todos acessados por rodovias asfaltadas, e apresenta as seguintes coordenadas geográficas:

- latitude Sul - 22° 24'
- Longitude Oeste - 49° 8'

Possui uma área superficial de 388 Km² com uma altitude média próximo da cota 500 metros acima do nível do mar, apresentando uma topografia com predominância ondulada e plana e um clima subtropical seco e temperado, com temperaturas médias oscilando entre máximas de 32° C e mínimas de 15° C.

Seus solos são compostos de terra branca e arenosa, típica do arenito Bauru, em quase sua totalidade, tendo como principal atividade agrícola a agropastoril de corte e leite.

O Município de Piratininga pertence à bacia do Rio Tietê médio inferior.

A cidade sede é cortada por dois ribeirões, Anhumas e do Veado, afluentes do Rio Batalha, que desagua no Rio Tietê.

O Rio Batalha, que divide os Municípios de Piratininga e Bauru, é o principal recurso hídrico do local, pois, além de receber os esgotos tratados da Cidade de Piratininga é o principal manancial abastecedor da Cidade de Bauru. Classificado como corpo hídrico classe 2, suas águas são destinadas ao abastecimento doméstico, após tratamento convencional, à irrigação de hortaliças ou plantas frutíferas e à recreação de contato primário.

5.4. DEMOGRAFIA

Pelo Censo demográfico de 1991, o Município de Piratininga possuía 9.656 habitantes, assim distribuídos:

– Zona Urbana = 6746 habitantes - 70%

– Zona Rural = 2910 habitantes - 30%

A densidade demográfica era de 24,9 hab/Km².

Em 1980, apresentava uma densidade demográfica de 25,9 Hab/Km² e em 1970, de 26,4 Hb/Km².

Observando-se a evolução da população urbana e rural no período de 1970 a 1991, notamos uma diminuição gradativa da população rural e total e um aumento gradativo na população urbana. A tabela abaixo sintetiza os dados acima:

Tabela 1: Distribuição populacional, segundo crescimento urbano e rural no Município de Piratininga.

Ano	População		Total	Crescimento (%A.A.)	
	Urbana	Rural		Urbano	Rural
1970	507	5225	1232	-	-
1980	641	413	1054	1,9	-2,7
1991	6746	2910	9656	1,0	-3,0

Fonte; IBGE - censos demográficos de 1970, 1980 e 1991

A crescente diminuição da população na zona rural do Município inspira, sob o ponto de vista econômico, uma significativa

mudança na atividade agrícola para agropecuária; fator decisivo para o êxodo rural, que trouxe o trabalhador do campo para a cidade, fato que inspira o aumento da população urbana.

Por outro lado, o crescimento negativo da população total do Município, reflete a inexistência de mercado de trabalho, e escolas profissionalizantes. Com a sua economia baseada em atividade agropecuária e os atrativos e oportunidades que a cidade de Bauru, distante 10 Km de Piratininga; oferece à toda região, resultam também no êxodo da população urbana, principalmente nas faixas etárias produtivas.

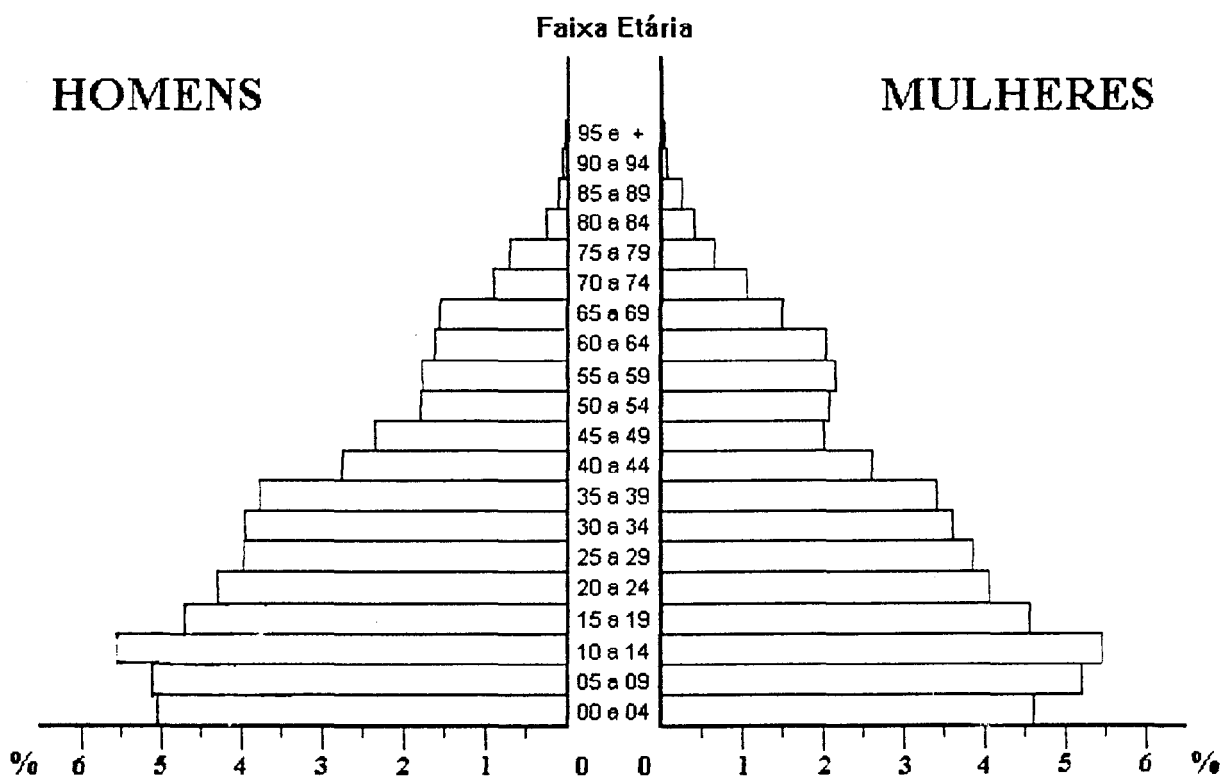
Pela pirâmide populacional, com os dados do censo demográfico de 1991, apresentada na figura 1 observamos uma baixa natalidade. A faixa de 10 — 14 anos sugere que, no passado, houve uma alta natalidade. A sua forma afunilada indica ainda uma cidade subdesenvolvida, a qual possui maior população jovem à população idosa.

No entanto, a partir dos 15 anos até a faixa de 50 anos, tanto para homens, quanto para mulheres, há uma diminuição gradativa da população, o que sugere, como já citado anteriormente, à fatores sócio-econômico-culturais, e à atração que as cidades grandes, como Bauru, exercem como polo de oportunidades para essas faixas etárias.

Há, ainda, um fator preponderante na cidade de Piratininga, sua proximidade com Bauru, a facilidade e rapidez de acesso à mesma, indicando uma certa estabilidade das faixas etárias economicamente ativas em se estabelecerem na cidade, até por uma condição de qualidade de vida e principalmente por uma condição de economia, caracterizando-a em “cidade dormitório”.

FIGURA 1

Pirâmide Populacional: Piratininga, 1991.



FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO - IBGE, 1991.

5.5. INDICADORES DE SAÚDE

5.5.1. Mortalidade Proporcional por Idade

A Tabela 4 fornece dados de mortalidade Proporcional por Idade para o Município de Piratininga.

Tabela 4: Número de Óbitos e Coeficientes de Mortalidade proporcional para o Município de Piratininga no período de 1990-1992.

Faixa Etária	1990		1991		1992	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
< 1 ano	1	1,72	5	7,4	7	9,33
1 - 4 anos	1	1,72	-	-	-	-
5 - 19 anos	1	1,72	2	2,82	-	-
20 - 49 anos	8	13,80	14	19,72	7	9,33
50 anos e + ^(*)	47	81,0	50	70,42	61	81,34
TOTAL	58	100,00	71	100,00	75	100,00

FONTE: Fundação SEADE

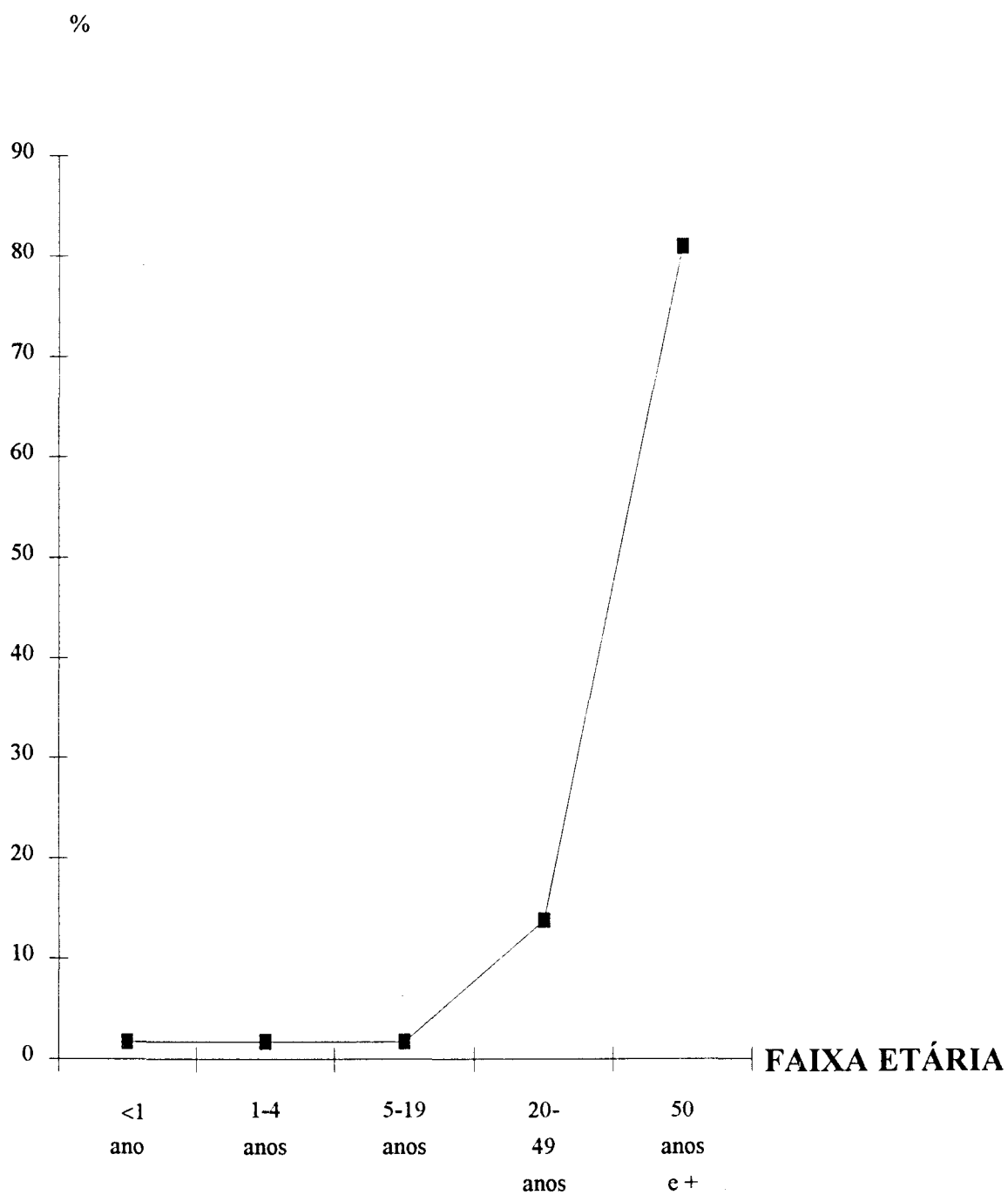
* Indicador de Swaroop-Uemura

Comparando-se a mortalidade proporcional para os anos em estudo (1990-1992) nota-se que há um aumento contínuo de seus valores para a faixa etária < 1 ano (1,72 → 7,4 → 9,33), e um acréscimo em 1991 no grupo 20 - 49 anos (13,80 → 19,72) voltando ao seu padrão de comportamento em 1992 (9,33). Para entender este último fato, pode-se considerar de grande influência os 4 (quatro) óbitos ocorridos por acidentes de veículos a motor e 1 (um) por homicídio (causas estas não

identificados nos anos anterior e posterior) neste grupo, no ano de 1991. Para a faixa etária de 50 anos e +, os valores apresentam-se acima de 70, sendo considerados muito bom. Nesta faixa etária em questão, o coeficiente de mortalidade proporcional corresponde ao indicador de Swaroop e Uemura, que mede a probabilidade de óbitos de 50 anos e +, em relação ao total de óbitos de uma determinada área, em um determinado período. Assim, do total de óbitos da população de Piratininga, a faixa etária 50 anos e + representou 81% em 1990, 70,42% em 1991 e 81,34% em 1992.

A seguir, a Curva de Mortalidade proporcional vai permitir uma visualização rápida do estado de saúde da comunidade, a partir da contribuição de cada grupo etário escolhido no total dos óbitos.

Figura 2 - Curva de Mortalidade Proporcional, para o Município de Piratininga em 1990.



Fonte: CIS/SEADE

Figura 3 - Curva de Mortalidade Proporcional para o Município de Piratininga em 1991.

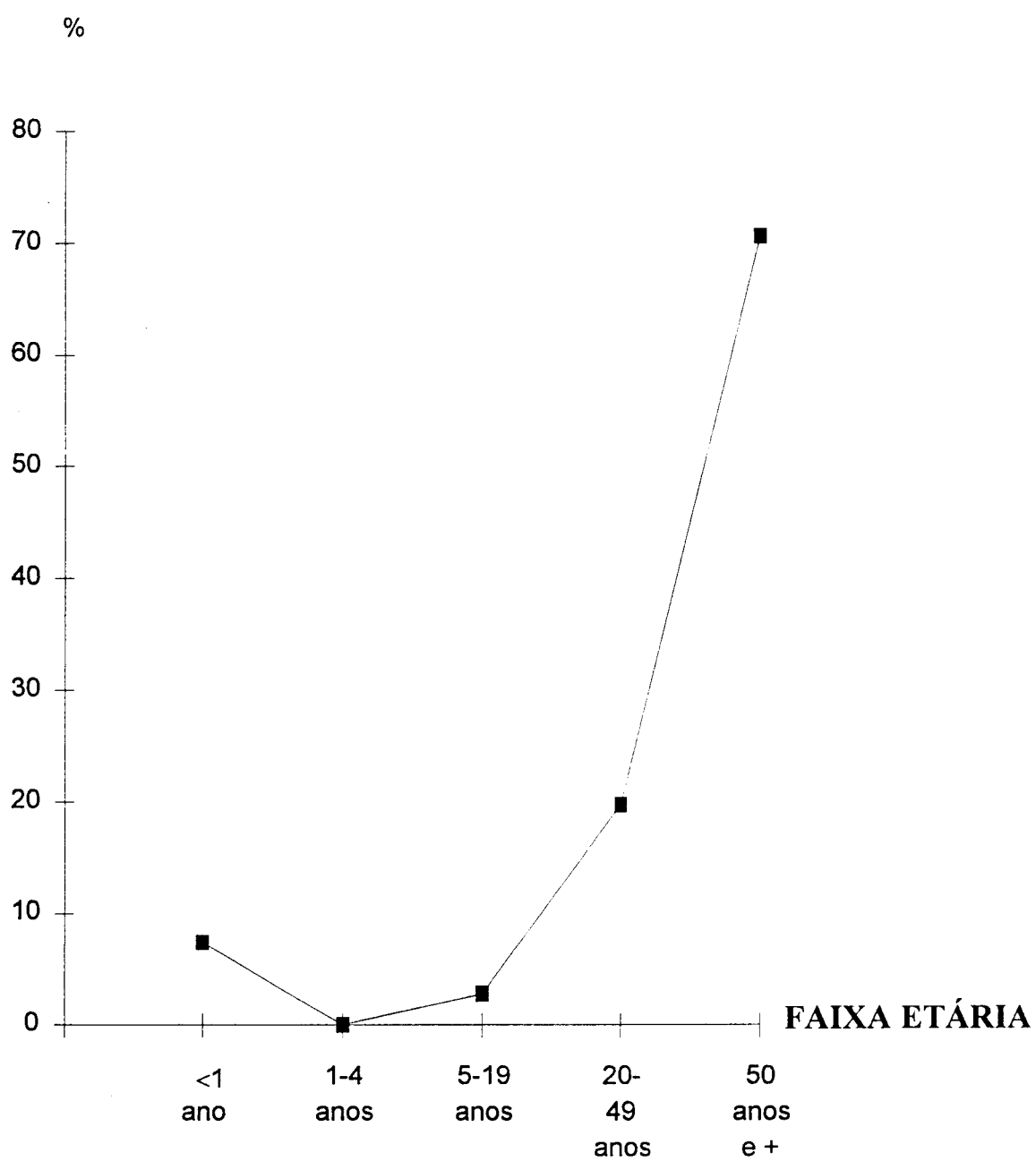
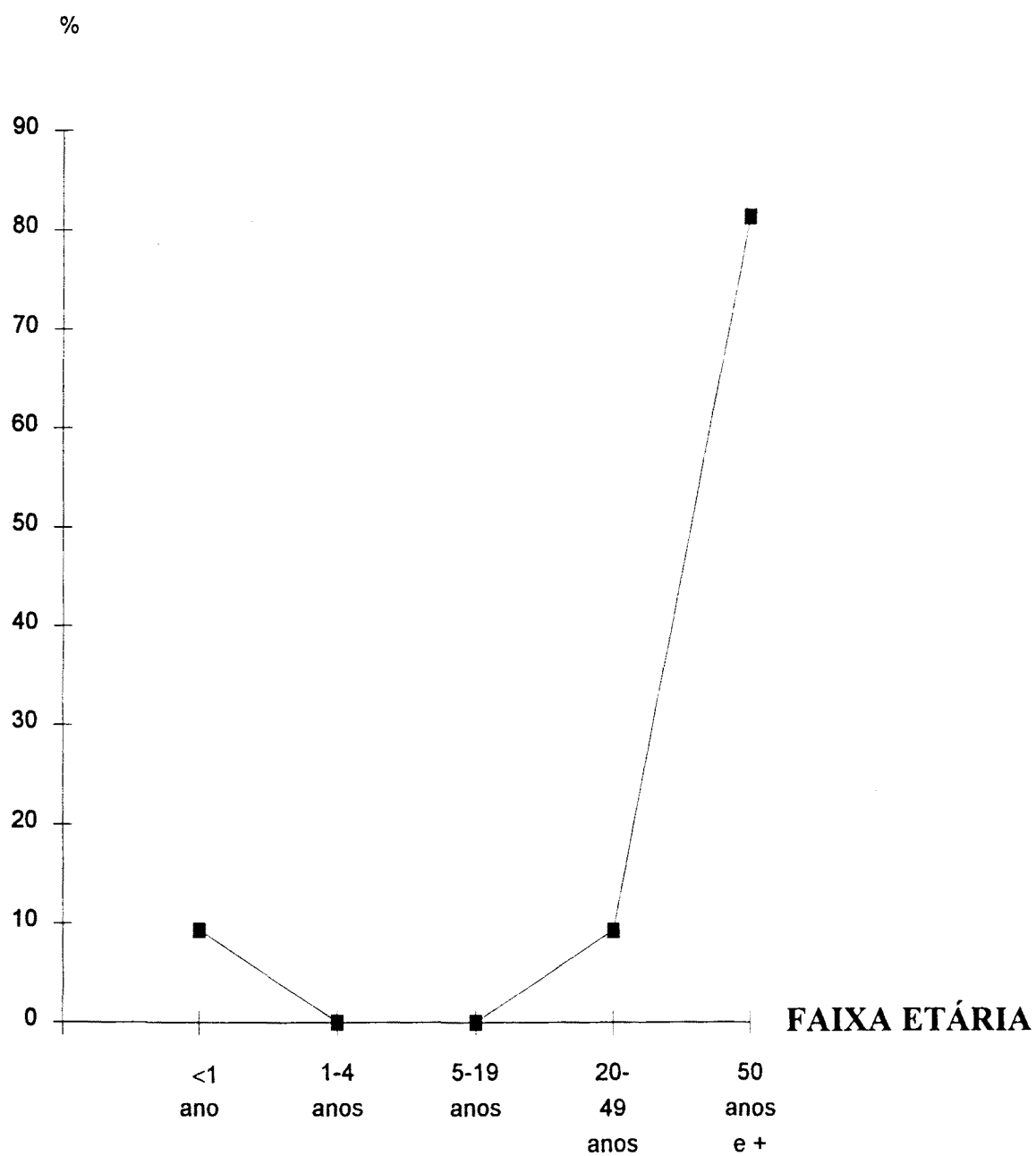


Figura 4 - Curva de Mortalidade Proporcional para o Município de Piratininga em 1992.



Fonte: CIS/SEADE.

De acordo com o estudo das curvas de mortalidade proporcional, podemos classificar o Município de Piratininga como apresentando nível de saúde elevado.

5.5.2. Coeficiente de Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade infantil, um dos mais sensíveis indicadores de saúde, mede o risco que tem, um nascido vivo, de morrer antes de completar um ano de vida. À medida que, em uma área, vão melhorando as condições de vida e de saúde da população, vai diminuindo a mortalidade infantil. A morte de menores de um ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nutrição, educação, habitação, assistência pré-natal ao parto. Enfim, pode-se dizer que está ligada diretamente às condições sócio-econômicas da população.

De acordo com a Tabela 5, pode-se observar o comportamento da mortalidade infantil para o Município de Piratininga, na série histórica de 1980-1992.

Tabela 3: Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) para o Município de Piratininga, no período de 1980-1992.

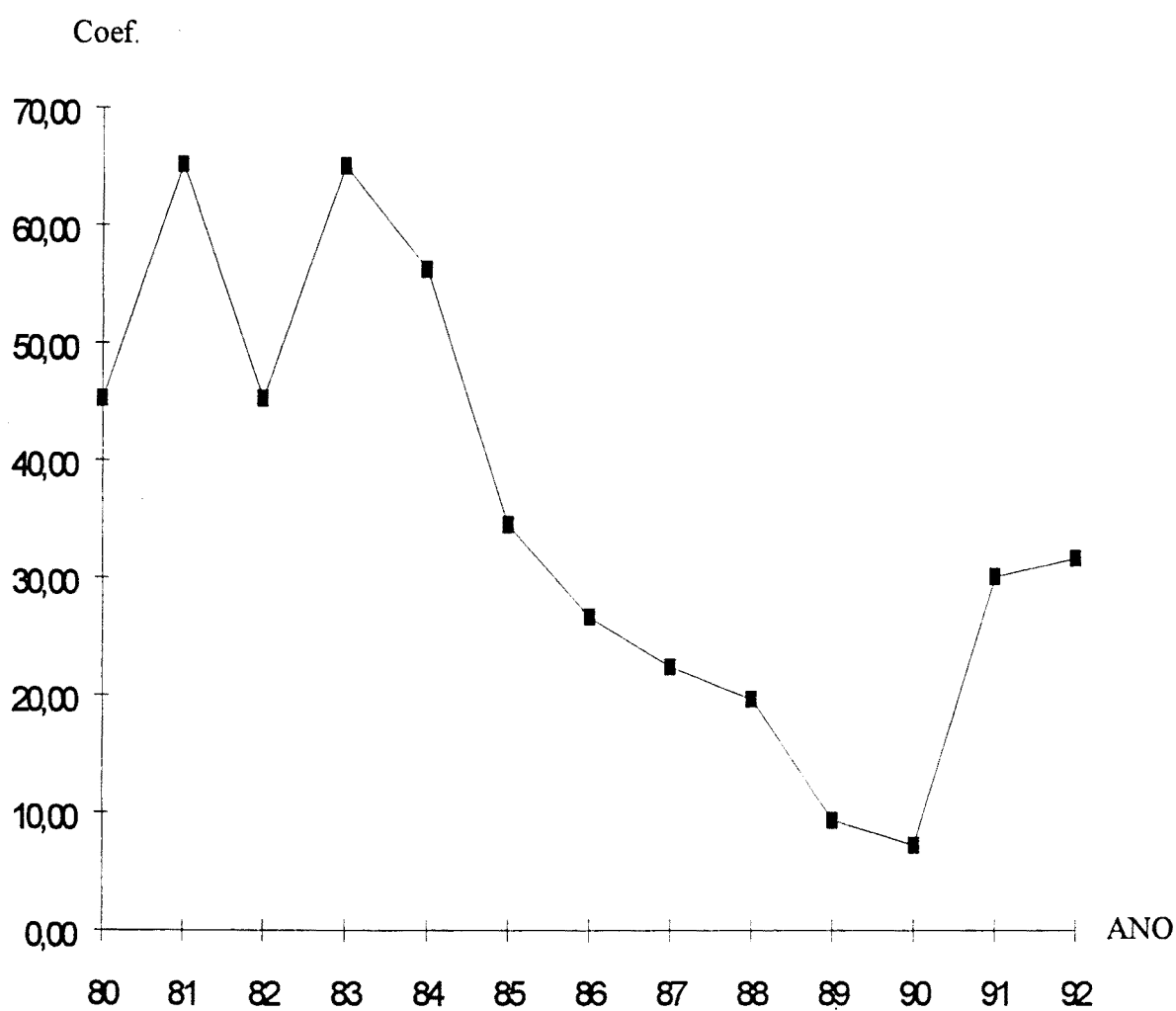
ANO	Coeficiente Mortalidade Infantil
1980	45,30
1981	65,22
1982	45,27
1983	65,4
1984	56,28
1985	34,48
1986	26,67
1987	22,42
1988	19,70
1989	9,39
1990	7,25
1991	30,12
1992	31,67

Fonte: Fundação SEADE

A série histórica pode ser subdividida em 2 períodos: 1º período, de 1980-1984 e 2º período, de 1985-1992. No 1º período, os coeficientes apresentam valores mais altos quando comparados ao 2º período. Enquanto que a média obtida para o 1º fica em torno de 60 (por 1000 nascimentos), valor que o classifica como muito alta, no 2º, este valor cai para 22,7. A tendência a queda da mortalidade infantil é melhor visualizada na Figura 5, observando-se valores menores do que 15 por ‰ nascimentos, para os anos de 1989/90, representando apenas um óbito em 1990. Permanece uma incógnita a brusca diminuição para os anos de 1988/89 (de 19,70 para 9,39), ganhando assim uma posição

ótima, semelhante à um país desenvolvido. Porém para os anos de 91/92, a mortalidade infantil volta a crescer com valores superiores a média calculada para este período (22,7‰ nascimentos).

Figura 5 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Piratininga, 1980-1992



Fonte: Fundação SEADE

5.5.3. Coeficiente de Natimortalidade/Natalidade/Mortalidade Geral

Tabela 6: Coeficiente de Natalidade, Natimortalidade e Coeficiente Geral de Mortalidade para o Município de Piratininga no período de 1980-1991.

ANO	Coeficiente* de Natalidade	de Coeficiente** de Natimortalidade	de Coeficiente* de Mortalidade
1980	28,53	10,45	7,16
1985	23,44	12,93	7,27
1988	20,76	9,85	6,65
1989	21,88	9,39	7,40
1990	16,00	----	5,99
1991	14,94	6,94	6,23

Fonte: Fundação SEADE

* por 1000 habitantes

** por 1000 nascimentos

Consideram-se natimortos as perdas fetais tardias, isto é, aquelas que ocorrem a partir da 28^a semana de gestação, ou com peso equivalente a 1.000 gramas e 35 cm de comprimento.

A natimortalidade é alta ou baixa, dependendo, principalmente, da assistência pré-natal, das condições de saúde e nutrição da mãe, além de fatores fetais (anomalias congênitas).

Nas áreas de bom nível de saúde, a natimortalidade é da ordem de 5 a 10 por 1000 nascimentos, e nas áreas de baixo nível de saúde varia entre 20 a 40 por 1000 nascimentos.

Segundo a Tabela 6, os valores dos Coeficientes de Natimortalidade e Natalidade apresentam um perfil decrescente. Os dados são tais que permitem colocar o município próximo a um bom nível de saúde.

O Coeficiente Geral de Mortalidade não é considerado um bom indicador de saúde, pois apenas fornece, de um modo geral, o número de óbitos em relação à população para o ano estudado, onde se incluem os óbitos de todas as faixas etárias por quaisquer que sejam as causas. Seria interessante utilizá-lo a nível de comparação com outros municípios da região possibilitando assim, melhor visualização de fatores que possam estar relacionados à saúde.

5.5.4. Mortalidade Proporcional por Causa e Faixa Etária

No Município de Piratininga, de 1990 a 1992, verificam-se razões de mortalidade proporcional por causa e faixa etária, como demonstram as tabelas de 7 a 9.

Em relação as razões de mortalidade proporcional por causa específica, na faixa etária de 1 - 4 anos, houve um único óbito registrado no ano de 1991, cuja causa foi diabete mellitus, e para faixa etária de 5-19 anos, ano de 1992, não houve nenhum óbito registrado.

Tabela 7: Distribuição do Número, Porcentagem e Coeficiente* de Mortalidade Infantil segundo as principais causas de morte resumidas, no Município de Piratininga, no período de 1990-1992.

Causas de Morte Resumidas	1990			1991			1992		
	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxica e hipóxicas perinatais (767-770)	1	100,00	7,25	3	60,0	18,7	3	42,8	13,57
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)				1	20,0	6,2			
Pneumonia (480-486)				1	20,0	6,2			
Outras causas de mortalidade perinatal (760-766, 771-779)							2	28,6	9,5
Anomalias congênicas (740-759)							1	14,3	4,52
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-799)							1	14,3	4,52

FONTE: Fundação SEADE - movimento do Registro Civil

* Coeficientes de Mortalidade por 1000 nascidos vivos

Segundo a tabela 7, faixa etária < 1 ano, importante acompanhar o crescimento do coeficiente de mortalidade infantil verificando as causas relacionadas. A causa “lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767-770)”, deve ser considerada relevante devido à freqüência com que a mesma se apresenta nos 3 anos em estudo, e ao seu valor crescente e acentuado, ocupando a posição de maior causa nos anos 91 e 92, e única causa em 90. Estes dados são fortemente sugestivos de uma baixa assistência pré-natal, devendo-se portanto, serem implementados programas de maior cobertura e assistência a gestante. A alta taxa de parto cesárea (cerca de 80%) realizado na Santa Casa de Misericórdia, também pode estar

exercendo forte influência em relação aos valores crescentes de mortalidade infantil, e portanto, o parto normal deve ser estimulado junto às gestantes.

Tabela 8: Distribuição do Número, Porcentagem e Coeficiente* de Mortalidade no Grupo Etário de 20-49 anos segundo as Principais causas de morte resumidas, no Município de Piratininga no período de 1990-1992.

Causas de Morte Resumidas	1990			1991			1992		
	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos (140-28)	3	37,50	7,32	2	14,29	6,57	1	14,29	2,55
Doenças cerebrovasculares (430-438)	1	12,50	2,44				2	28,57	5,10
Outras formas de doenças do coração (420-429)	1	12,50	2,44	1	7,14	3,28	1	14,29	2,55
Cirrose Hepática (571)	1	12,50	2,44	1	7,14	3,28	2	28,57	5,10
Todas as doenças não relacionadas acima entre 140-799	1	12,50	2,44	3	21,43	9,85	1	14,29	2,55
Os demais acidentes (E800-E87, E820-949)	1	12,50	2,44						
Acidentes de veículos a motor (E810-E819)				4	28,57	13,13			
Doenças isquêmicas do coração (410-414)				1	7,14	3,28			
Pneumonia (480-486)				1	7,14	3,28			
Homicídios (E960-969)				1	7,14	3,28			

Fonte: CIS/SEADE

* Coeficiente de mortalidade por 10.000 habitantes.

De acordo com a tabela 8 é interessante observar que as neoplasias aparecem em queda e que as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (em geral) aparecem com frequência nos referidos anos.

Observa-se também que a categoria acidentes de veículos a motor aparece em destaque, com 4 óbitos, representando em termos de coeficientes, o maior valor para o ano de 1991. Estes dados devem ser vistos com cautela, e não como alarmantes ou principal causa de óbito nesta faixa etária, visto que os mesmos não se repetem nos anos anterior e posterior. Importante ressaltar a presença freqüente dos óbitos e o aumento do coeficiente de mortalidade por Cirrose Hepática nos 3 anos da série histórica estudada.

Tabela 9 - Distribuição do Número, porcentagem e * Coeficientes de Mortalidade no grupo Etário 50 e + segundo as principais causas de morte resumidas, no Município de Piratininga, no período de 1990-1992.

Causas de Morte Resumidas	1990			1991			1992		
	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.	Nº	%	Coef.
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos (140-28)	10	21,28	50,43	6	12,0	35,21	5	8,19	27,1
Doenças cerebrovasculares (430-438)	8	17,2	40,34	10	20,0	58,69	13	21,31	70,23
Diabetes (mellitus) (250)	1	2,13	5,4				3	4,92	16,21
Outras formas de doenças do coração (420-429)	8	17,2	40,34	5	10,0	29,34	6	9,84	32,41
Todas as doenças não relacionadas acima entre 140-799	7	14,89	35,30	9	18,0	52,82	11	19,3	59,43
Doenças isquêmicas do coração (410-414)	5	10,64	25,21	5	10,0	29,34	6	9,84	32,41
Doenças Hipertensivas (400-45)	2	4,26	10,9	3	6,0	17,60	3	4,92	16,21
Pneumonia (480-486)	2	4,26	10,9	4	8,0	23,47	5	8,20	27,1
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-799)	2	4,26	10,9	3	6,0	17,60	2	3,28	10,80
Úlcera péptica (531-534)							1	1,64	5,40
Nefrite, Síndrome nefrética e Nefrose (580-589)							1	1,64	5,40
Acidentes de Veículo a Motor (E810-E819)							1	1,64	5,40
Bronquite, Enfisema e Asma (490-493)				2	4,0	11,73	1	1,64	5,40
Cirrose Hepática (571)	1	2,13	5,4	1	2,0	5,87	1	1,64	5,40
Hiperplasia da Próstata(600)				1	2,0	5,87			
As Demais Doenças Infecciosas e parasitárias Não relacionadas Acima entre 01-139				1	2,0	5,87	1	1,64	5,40
Tripanossomíase (86)	1	2,133	5,4				1	1,64	5,40

Fonte: Fundação SEADE

O comportamento das causas de morte para o grupo etário 50 anos e mais não difere muito do que fora observado para o grupo de 20-49 anos. Aqui também as Neoplasias mostram uma tendência decrescente cedendo lugar para as cardiovasculares. Eventuais causas também aparecem de maneira esparsa para os referidos anos. Novamente a Cirrose hepática aparece de modo freqüente, merecendo atenção especial sua presença na população. De igual interesse e questionamento é a causa básica de morte por pneumonia, que mostra coeficientes crescentes.

Em resumo, é trabalhando com causas de morte que pode-se evidenciar características básicas de saúde de uma dada população. A tendência do município é que estas mortes ocorrem com maior freqüência numa faixa etária mais alta (50 anos e mais), sendo que suas principais causas estão relacionadas às complicações do aparelho circulatório. Talvez seja o caso de rever a qualidade e abrangência do programa do hipertenso desenvolvido pelo Centro de Saúde, ou talvez, a necessidade de incrementá-lo ou desenvolver novos programas que envolva a população da chamada 3ª idade. Atividades de lazer social devem ser considerados vem vindas e de boa opção. Os resultados da Tabela 9 mostram que esta mesma população, de alguma forma, necessita ser melhor assistida, a fim de que o município consiga mudar este quadro.

6. PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE PIRATININGA

A Municipalização, como base para implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, deve ser encarada como processo, reconhecendo as diferenças regionais e a necessidade de um prazo para efetivação de sua estruturação e organização.

No setor saúde, deverá haver predominância e não exclusividade no nível local, pois os problemas de saúde nem sempre são circunscritos ao nível local ou nível regional ou mesmo respeitam os limites nacionais.

Este processo deve garantir a autonomia municipal para o planejamento, gerenciamento, administração e financiamento, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS: integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e regionalização, envolvendo os diversos níveis de complexidade, com retaguarda do nível estadual e federal.

A Municipalização deverá ter como objetivos:

1. Efetivar o aumento da eficácia e resolutividade dos serviços de saúde;
2. Obter o máximo rendimento e eficiência dos gastos públicos com saúde e adequação da avaliação dos resultados - racionalidade;
3. Ter uma programação de atividades segundo características epidemiológicas, regionais e prioridades de intervenção na promoção, proteção e recuperação da

saúde - enfoque de risco;

4. Oferecer melhor condição de controle do sistema pela população, tornando esse controle mais eficaz e legítimo - participação popular (CMS);
5. Viabilizar a plena utilização de recursos disponíveis coordenando-os em nível local (Distritos de Saúde) - Distritalização;
6. Promover a integração entre os demais setores econômicos - sociais e o setor saúde - intersectorialidade;
7. respeitar, no que lhe compete, num caráter de hierarquia e não de subordinação, as definições estaduais e federais - respeito as diretrizes gerais observando-se a necessidades locais segundo enfoque de risco;

O Sistema de Saúde deverá atingir parâmetros de produtividade compatíveis com a cobertura almejada, com os recursos aplicados e com os níveis ideais de resolubilidade.

Os municípios deverão ter um plano diretor de saúde e também um instrumento de programação e orçamentação, baseando-se nas necessidades, perfis epidemiológicos e objetivos locais.

Municipalizar os serviços de saúde tem implicações políticas e econômicas. É indispensável que exista uma ampla autonomia municipal para poder agir com independência, a dependência financeira torna impossível qualquer autonomia administrativa.

Com a municipalização, cada município irá gerir os recursos federais e estaduais repassados a ele e, os seus próprios recursos, alocados no governo municipal para investimento do custeio

das ações e serviços de saúde. Tais recursos deverão ser administrados pelos fundos municipais de saúde, pois asseguram que sejam geridos e alocados realmente para o setor saúde. Esses fundos serão controlados pelos conselhos municipais de saúde.

O município deverá receber os recursos que lhe competem, do nível do governo federal e estadual, sem qualquer vinculação de prioridade, a não ser o atendimento das prioridades por eles fixadas.

A obrigação financeira da União, dos Estados e Municípios, para a manutenção do Sistema Nacional de Saúde é decorrência da saúde ser um dever do Estado e, o Sistema tendo base municipal, os Estados e a União deverão cooperar financeiramente com o município para sua administração.

O município deverá fazer prestação de contas para a sociedade civil e os demais níveis de governo, através de relatórios demonstrando os recursos recebidos e as despesas efetuadas.

O começo da municipalização em São Paulo deu-se a partir do Decreto nº 27140 de 30 de junho de 1987 (Anexo 13), onde o executivo na pessoa do Sr. Governador de Estado Orestes Quércia, autorizava o Secretário de Saúde a “celebrar convênios e termos aditivos com os municípios, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no município e dá providências correlatas”. A participação do município será consubstanciada em plano de operacionalização, apresentada pelo município que satisfaça aos requisitos constantes de resolução secretarial.

Para cumprir essa exigência, o executivo de Piratininga enviou à Câmara projeto de lei autorizando a prefeitura a celebrar convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, objetivando a

municipalização dos serviços de saúde. Aprovado pela Câmara, transformou-se em lei nº 988 de 20 de novembro de 1987 (Anexo 14), dando seqüência, a Prefeitura Municipal de Piratininga, na pessoa do Sr. prefeito solicitou a Secretaria de Estado da Saúde convênio com esta Secretaria com data de 20 de novembro de 1987, e celebrado no dia 27 de novembro de 1987. (Anexo 15).

O projeto de operacionalização foi enviado pela Prefeitura Municipal de Piratininga como processo nº 223-3189/87.

“Convênio celebrado entre o Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, e o Município de Piratininga com interveniência do INAMPS objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no município propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento do processo de municipalização”. A partir daí, vários termos aditivos foram implementados nos anos posteriores, 1989, 1990, 1991, como por exemplo, termo aditivo de 1991 ao termo de adesão ao convênio SUDS/SP, firmado entre o CIS/SP e o Município de Piratininga, objetivando transferência de recursos. (Anexo 16).

A norma operacional básica que tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implementação e operacionalização do SUS elaborada em conformidade com as leis nº 880/90 e 8142/90 ainda não foi cumprida, existindo hoje uma organização no município no sentido de atender esta norma.

O município encontra-se na forma incipiente de municipalização, de maneira desorganizada administrativamente, não possuindo um conhecimento de toda a sua organização administrativa, de recursos humanos e materiais.

7. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PIRATININGA

O município de Piratininga está subordinado à coordenadoria do ERSA 23, o qual está localizado no Município de Bauru.

Piratininga conta com um Centro de Saúde, denominado Dr. Antonio Nogueira de Abreu, o qual passou a ser gerenciado pela Prefeitura após o início da municipalização. Este Centro de Saúde desenvolve as seguintes atividades:

- Saúde da Criança (Vigilância Nutricional e Puericultura)
- Saúde da Mulher
- Saúde Bucal
- Saúde do Adulto (Diabético, Hipertenso e Cardiopata)
- Imunizações
- Inalações
- Fonoaudiologia
- Psicologia
- Serviço Social
- Distribuição de medicamentos
- Vigilância Sanitária

Para a realização das mesmas, o Centro de Saúde dispõe das seguintes capacidades físicas:

- 1 sala de recepção ao paciente e armazenagem de prontuários
- 2 consultórios odontológicos
- 1 sala da administração
- 1 sala de reuniões

- 1 cozinha e copa
- 2 banheiros
- 3 salas para consulta médica (1 para ginecologia, 1 para pediatria e 1 para clínica geral)
- 1 sala da Assistente Social
- 1 sala para pré-consulta
- 1 sala para inalação e esterilização de materiais
- 1 sala para vacinação
- 1 sala para Psicologia e Fonoaudiologia
- 1 almoxarifado - farmácia
- 1 laboratório de prótese dentária

Em relação aos recursos humanos desta unidade tem-se:

- 1 psicólogo
- 1 fonoaudiólogo
- 4 cirurgiões-dentistas
- 3 auxiliares de consultório dentário
- 1 encarregada administrativa
- 2 escriturários
- 1 assistente social
- 5 médicos
- 1 enfermeira
- 3 auxiliares de enfermagem
- 1 protético
- 2 responsáveis pela limpeza
- 1 visitador sanitário
- 3 motoristas
- 1 veterinário

O Serviço de Fonoaudiologia conta com 1 profissional, o qual divide sua sala com a Psicóloga intercalando horários. Na área de fonoaudiologia se desenvolvem trabalhos em conjunto com o pediatra e os dentistas do local, quando estes diagnosticam algum caso que necessite da intervenção deste profissional. Porém, encontra grandes dificuldades em relação ao espaço físico de trabalho, considerando-o muito pequeno. Além disso, grande número de pacientes necessita de aparelhos ortodônticos para correção de suas falhas, e também materiais que deveriam ser usados no tratamento, sendo necessário um maior recurso financeiro ou convênio com entidades a fim de facilitar este tipo de auxílio aos pacientes.

O Serviço de Psicologia conta com 1 profissional, atuando 8 horas/diárias. Suas atividades consistem em atendimentos psicoterápicos individuais à adultos, crianças e adolescentes. Ademais participa das atividades vinculadas ao “Grupo do Leite”. Os atendimentos psicológicos decorrem, em sua maioria, de encaminhamentos de outros serviços do próprio Centro de Saúde. Revelam-se, no entanto, um número significativo de encaminhamentos originados das escolas locais para avaliação e laudo para classe especial.

No âmbito da prevenção e promoção à saúde, a psicóloga realiza palestras em Saúde Bucal nas escolas, igreja e comunidade em geral.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência, a psicóloga participa de um curso mensal de orientação para encaminhamentos das enfermidades mais complexas para ambulatórios de Saúde Mental de Bauru.

Paralelamente às suas atividades clínicas, realiza um programa de planejamento familiar vinculado ao IAFAM (Secretaria da

Criança, da Família e Bem Estar Social).

Pelo que foi observado, dada a existência dos atendimentos individualizados e ausência de programas de saúde coletiva, ressalta-se a ocorrência da demanda reprimida para o setor.

Face a evidência de elevado número de internações psiquiátricas, detectadas em Bauru, predominantemente em alcoolismo, notifica-se ausência de planejamento e ação de saúde que contemplem as características epidemiológicas do município.

Reconhece-se que, a clientela para a psicologia, é determinada pelas estruturas educacionais da região; suscitando ausência de cobertura de atenção à saúde mental o que caracteriza a falta de integralidade dos serviços.

Os médicos do Centro de Saúde são contratados pela Prefeitura sem vínculo empregatício e recebem por produção de serviços. O mesmo acontece com os odontólogos, porém, estes têm um salário fixo. Os demais funcionários de saúde da Prefeitura ingressaram por concurso público e são contratados em regime de CLF, tendo estabilidade no emprego. Estes profissionais tem direito a 6 faltas abonadas/ano.

O Centro de Saúde possui um diretor clínico, o qual é responsável pelo andamento dos serviços e também pela liberação dos funcionários para férias e licenças. Este mesmo profissional desenvolve os Programas de Hipertensão, Cardiopatias e Diabete. Existe um número definido de vagas para pacientes por dia, sendo esta uma queixa da população a qual muitas vezes, não conseguindo vaga, tem que procurar o pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia. Este médico atende clínica geral também, mas com número restrito de vagas.

Em relação ao serviço médico, Piratininga conta ainda com o atendimento médico prestado por um médico da cidade, que atende em seu consultório particular através de guias distribuídas no Centro de Saúde àqueles pacientes que não conseguiram atendimento no posto ou então que preferem este médico para tratamento.

O médico ginecologista e o pediatra atendem o maior número de paciente dentro do período que estão na unidade, já que ganham por produção. Mas segundo relatos, estas vagas são sempre em mesmo número, sendo que os usuários devem chegar o mais cedo possível para garantir o seu lugar.

Os casos que necessitem de encaminhamento para serviços especializados ou para internações utilizam as ambulâncias da prefeitura para irem à Bauru onde o Hospital de Base e o Pronto Socorro Municipal servem de referência para Piratininga. Estes dois serviços são extremamente solicitados por demanda inespecífica e muitas vezes espontânea.

Os pacientes que passarão por consulta no Centro de Saúde primeiramente medem a pressão arterial e pesam na sala de pré-consulta.

Na pós-consulta, o paciente passa, pela Assistente Social a qual realiza uma triagem para selecionar os indivíduos que realmente não tem condições econômicas de comprar a medicação prescrita pelo médico. Após isto, se dirigem a farmácia-almoxarifado para adquirir então, o medicamento. Este local é controlado por uma auxiliar de enfermagem a qual foi treinada para realizar tal serviço.

O profissional Assistente Social é o elo de ligação entre a Instituição e a população atendida. Com uma visão ampliada sobre os

aspectos sócio-econômico, cultural, tem o objetivo de trabalhar com as pessoas e problemas que impedem as mesmas de organizarem sua própria vida. Utiliza como instrumento a entrevista e a triagem sócio-econômica, em função da demanda ser maior do que a oferta de serviços, tendo como recurso alguns programas oferecidos pela Instituição. A saúde da população, é pensada pelos aspectos sócio-econômicos o que aparece nos hábitos e forma de vida de cada indivíduo que procura o Serviço.

O Serviço Social necessita de uma sala apropriada para o atendimento já que a demanda é muito grande e isso impede o bom desempenho do trabalho. Como em quase todas as áreas da saúde do nosso país, é sabido que existe escassez de recursos financeiros o que impossibilita o adequado desenvolvimento das atividades. Neste setor verificamos a necessidade de contratação de mais um profissional para conseguir atender à toda população.

Piratininga possui grande parte da sua população carente o que nos leva a pensar em adquirir um maior número de medicamentos para distribuição assim como óculos corretivos também.

Todo serviço necessita de atualização. No caso do serviço social seria necessário destinar períodos para a reciclagem dos profissionais.

O Serviço Social também é responsável pelo agendamento dos pacientes do setor odontológico e do setor médico. Funciona de acordo com a liberação de vagas de cada setor, sendo que o Assistente Social possui uma lista de espera e encaixa os pacientes segundo a ordem de chegada dos mesmos.

Em relação a outros serviços desenvolvidos por este setor, podemos citar o problema da desnutrição que é bastante alta

principalmente nas crianças. Estas são classificadas em pacientes de risco biológico e risco social. Todos os pacientes de risco biológico recebem leite que é distribuído pela Prefeitura na cozinha piloto da cidade. Os pacientes de risco social são contemplados neste programa sempre que possível.

Pacientes com problemas respiratórios que necessitem de inalação, a realizam no Centro de Saúde em uma sala, destinada a este fim. Nesta sala funciona também a esterilização de materiais da unidade, o que é de responsabilidade de uma auxiliar de enfermagem. O material que necessita ser autoclavado é enviado à Santa Casa de Misericórdia que o realiza, pois possui o aparelho.

A vacinação da população de Piratininga se processa somente no Centro de Saúde. Campanhas de vacinação são realizadas mas sempre a partir de recursos materiais e humanos do Posto de Saúde. São realizadas todas vacinas preconizadas pelo ERSA 23 de Bauru.

A encarregada administrativa é a pessoa responsável pela frequência dos funcionários, escalas de serviço, serviço burocrático (faturamento do Centro de Saúde e do Pronto Atendimento da Santa Casa, os quais são enviados ao ERSA 23 que serve de intermediário entre Piratininga e o governo federal para o repasse das verbas) e o serviço de secretaria propriamente dito.

No momento ocorre um déficit no quadro de funcionários, principalmente em relação aos auxiliares de enfermagem que se dividem em funcionários da Prefeitura e do Estado. Isto vem causando transtornos, principalmente no que se refere ao direito de férias e de abonos que cada um possui. Além disso ocorre uma diferenciação no salário, o que causa uma série de problemas de ordem interna.

Segundo informações do corpo técnico atuante do Centro de Saúde, são atendidos cerca de 80 pacientes por dia, considerando todos os setores.

A partir de nossas visitas ao Centro de Saúde, entrevistas com a população, corpo técnico e pessoal administrativo constatamos que ocorre uma alta demanda aos serviços prestados por este local. Isto causa dificuldades no desenvolvimento dos Programas Básicos de Saúde. Um dos fatores responsáveis por este quadro é o baixo salário, o qual causa desmotivação dos funcionários e a necessidade de se buscar outros empregos para aumentar a renda financeira própria. Com isso, não existe um correto cumprimento de horários, deixando, às vezes, este Centro de Saúde sem profissionais para o atendimento à população. Além disso, ocorre um número insuficiente de funcionários, o que sobrecarrega os serviços de cada um. Seria necessário a ampliação do quadro, principalmente no setor médico e de enfermagem.

A população de Piratininga é predominantemente jovem com um número bastante elevado de crianças. Por isso a demanda ao pediatra é bastante alta sendo imprescindível a contratação de mais profissionais desta área.

Como a dependência dos serviços de Bauru é muito alta, ocorre baixa resolutividade dos problemas na Unidade Básica de Saúde, levando a população, muitas vezes, a se dirigir diretamente a cidade vizinha para conseguir atendimento.

Existe um número determinado de vagas o que faz com que os usuários necessitem chegar a Unidade bem antes do horário de atendimento para então conseguir uma vaga. Falta priorização para o agendamento dos pacientes aos programas.

O sistema de saúde de Piratininga necessita de um melhor gerenciamento dos serviços, sensibilizando o corpo técnico de seus reais deveres como prestadores de serviços, cobrando-os e avaliando-os posteriormente.

Em relação ao serviço hospitalar, Piratininga possui a Santa Casa de Misericórdia, que é uma entidade filantrópica. Em suas dependências desenvolve-se dois serviços bastante distintos: na parte antiga encontra-se o Pronto Atendimento e na parte nova o serviço hospitalar.

Em meados de 1993, a Santa Casa de Misericórdia efetuou um “contrato verbal” com a prefeitura de Piratininga no sentido de ceder suas instalações (da parte antiga) para que houvesse o gerenciamento dos serviços do Pronto Atendimento pela Prefeitura.

Este serviço, anteriormente ao acordo, era de responsabilidade da Santa Casa, sendo que o Centro de Saúde da Prefeitura possuía maior autonomia realizando suturas e medicações, por exemplo que hoje só são feitos no Pronto Atendimento.

O Pronto Atendimento possui como espaço físico:

- 3 salas para observação (com dois leitos cada)
- 1 sala para consulta
- 1 sala para sutura
- 1 sala para inalação
- 1 sala para medicação e curativo
- 1 sala para recepção e secretaria
- 2 banheiros

Esta área encontra-se completamente fora dos padrões de higiene e de conservação. Observou-se muitas rachaduras no teto, buracos no chão (que segundo informação servem de esconderijo para ratos e baratas), fios elétricos expostos, janelas destruídas por cupim, limpeza deficitária e uma série de outros fatores que vão contra a todo e qualquer ambiente de trabalho, principalmente de saúde.

Ocorre ainda falta de equipamentos e materiais, como por exemplo camas para observação do paciente, já que muitas vezes existe paciente no corredor tomando soro. Além disso, há uma distância bastante grande do quarto de observação ao banheiro o que causa transtornos no caso de diarréias e vômitos.

Em relação a constituição dos funcionários do Pronto Atendimento tem-se:

- 2 médicos clínicos gerais (1 no período da manhã, 1 no período da tarde);
- 7 médicos plantonistas (que trabalham no período noturno e nos finais de semana);
- 1 secretária e faturista;
- 3 auxiliares de enfermagem (que dividem o horário durante a semana. Nos finais de semana, as auxiliares de enfermagem do hospital, prestam serviço no Pronto Atendimento).

No Pronto Atendimento são realizados curativos, suturas, lavagem otológica, inalação, medicação (em casos de hipertensão, diabete, cólica renal) e observação de pacientes que se encontrem desviados dos padrões normais. Mas como lá a população sabe que será atendida, ocorrem consultas de rotina também.

Os médicos são pagos pela Prefeitura, mas por produtividade, o que leva ao atendimento de até 70 pacientes em cada período.

A população queixa-se da inexistência de Pediatra no pronto Atendimento e também da dificuldade em encontrar médico, neste serviço, no final de semana.

O salário deveria ser estimulante, já que a grande totalidade dos médicos são de outro município e tem que viajar até Piratininga para trabalhar.

As auxiliares de enfermagem encontram-se sempre sozinhas no seu período de trabalho enfrentando inúmeras dificuldades para cumprir as determinações médicas para cada paciente atendido. É necessário que ocorra a contratação de pelo menos mais uma profissional por período para que “desafogasse” este trabalho. Outro fator que nos leva a sugerir isto, é que o material utilizado provém do Centro de Saúde e muitas vezes o estoque do Pronto Atendimento acaba, devido a alta demanda obrigando a auxiliar de enfermagem a abandonar os pacientes para se deslocar até o Centro de Saúde e repor o material necessário. Além disso, estes funcionários tem direito a faltas, o que prejudica o Centro de Saúde que deverá enviar alguém para substituir o faltante no Pronto Atendimento, mas que por outro lado causará uma maior sobrecarga aos funcionários do Centro de Saúde.

Em contradição a este quadro tão lamentável, encontra-se a parte nova da Santa Casa, recém construída e inaugurada em dezembro de 1991. Apresenta como espaço físico:

- 40 leitos
- 1 centro cirúrgico com 2 salas

- 1 farmácia e almoxarifado
- 1 sala de cirurgia externa
- 1 berçário (com 14 berços, 1 encubadora, 1 berço aquecido, 1 fototerapia)
- 1 sala de fisioterapia
- 1 sala de raio X (com aparelho)
- 1 laboratório de análises clínicas
- 1 laboratório de ortopedia
- 1 banco de sangue
- 2 salas para consulta
- 1 sala para administração
- 1 quarto para repouso médico
- 1 lavanderia
- 1 cozinha (que possui um fogão para uso dos funcionários e um fogão industrial para a confecção de refeições para os pacientes)

O Corpo Clínico Médico possui um diretor que foi eleito pela diretoria do hospital e que é responsável pelo andamento das atividades. Possui 37 médicos que prestam serviços ao hospital e que são acionados quando necessário ou quando realizam cirurgias:

- 1 médico ortopedista
- 3 cirurgiões-dentistas buco maxilo faciais
- 3 clínicos gerais
- 1 cirurgião vascular
- 1 médico urologista
- 1 médico cardiologista
- 1 médico oncologista
- 4 médicos ginecologista-obstetra
- 5 médicos gastroenterologista

- 1 médico otorrinolaringologista
- 1 médico radiologista
- 7 médicos oftalmologistas
- 1 médico pediatra
- 1 médico dermatologista
- 1 médico neurologista

Em relação aos demais funcionários da Santa Casa têm-se:

- 2 responsáveis pela limpeza
- 2 responsáveis pela lavanderia
- 2 responsáveis pela cozinha
- 1 responsável pelos recursos humanos que exerce também a função de técnico de raio X
- 1 atendente de farmácia e faturista
- 1 enfermeira
- 1 chefe administrativo
- 9 auxiliares de enfermagem
- 1 auxiliar de laboratório
- 1 farmacêutico-bioquímico
- 1 instrumentador cirúrgico
- 1 porteiro

A Santa Casa de Misericórdia é sustentada por doações de entidades (Ex: Rotary Club), convênios médicos (Ex. Unimed) e por um convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual paga por autorização de internação hospitalar (AIH). A partir de informações do provedor da Santa Casa, 99% das internações que ocorrem são via SUS.

Os pacientes que ficam mais do que quatro horas em observação no Pronto Atendimento tem direito a internação no hospital. Isso, muitas vezes é feito burocraticamente, mas na prática o paciente continua no leito do Pronto Atendimento.

São realizados consultas com a população de Piratininga, nas áreas de ortopedia e urologia. As demais áreas consultam em outros serviços no município de Bauru e daí agendam-se as cirurgias, quando necessárias, no hospital de Piratininga.

Há um contrasenso, pois os casos cirúrgicos de Piratininga são encaminhados ao Hospital de Base de Bauru. Deve-se reverter este quadro no sentido de criar benefícios para a população do Município, facilitando seu acesso e melhorando, desta forma, suas condições de saúde. Seria conveniente uma ampliação das consultas na Santa Casa nas diversas especialidades que compõe o corpo clínico do hospital e também um maior entrosamento do Centro de Saúde com a Santa Casa no sentido de aumentar os encaminhamentos diminuindo a ida dos pacientes ao Hospital de Base e ao Pronto Socorro de Bauru.

Porém na verdade, o hospital possui médico somente nos dias que existem cirurgias ou quando realizam consultas (nas áreas citadas acima). Por isso, há necessidade de encaminhamentos à Bauru, sobrecarregando estes serviços.

Sabe-se que o pagamento via SUS é bastante lento e deficitário, o que, não é interessante para nenhum serviço de saúde. No caso da Santa Casa de Misericórdia, existe um limite de 200 AIH/mês definido pelo ERSA. Se houver um maior número de internações do que este proposto, somente no mês seguinte haverá o repasse das verbas. Isso provoca um saldo negativo neste serviço. Mas, segundo informações do pessoal administrativo, este número nunca é atingido

mostrando o desinteresse dos médicos em se deslocar para Piratininga e ter um retorno financeiro tão inadequado.

A Santa Casa, por possuir um laboratório de análises clínicas, recebe grande parte da demanda local. O material é colhido pelo auxiliar de laboratório, porém os pacientes devem levar seringa (no caso de exame de sangue) e o frasco coletor (no caso de exame de fezes e urina). O laboratório só não realiza exames microbiológicos, por não possuir espaço físico suficiente e equipamentos também. Neste caso, então, há o encaminhamento para um laboratório em Bauru.

Tabela 10: Capacidade operacional, movimento de pacientes e Indicadores Hospitalares da Santa Casa de Misericórdia, Município de Piratininga, 1991-1994.

DISCRIMINAÇÃO	1991	1992	1993	1994*
Capacidade Operacional	16	39	39	95
Pacientes Entrados	681	1372	1556	366
Pacientes Dias	2330	3191	3664	1158
Pacientes Saídos por Alta	758	138	1432	346
Pacientes Saídos por Óbitos	6	9	10	9
Total de Saídos	764	147	1442	355
Pacientes do Município	718	856	832	232
Pacientes de Municípios do ERSA	41	177	5933	123
Pacientes de Municípios de Outro ERSA	5	14	17	1
Tratamento Clínico	758	789	861	252
Tratamento Cirúrgico	6	256	581	13
Internação Psiquiátrica	0	0	0	0
Parto Normal	1	13	60	10
Parto Cesarea	0	49	198	24
Média paciente-Dia	6,38	8,72	18,94	12,87
Média de Permanência	3,5	3,5	4,8	3,26
Taxa de Ocupação	39,90	22,36	48,58	13,54
Taxa de Mortalidade Hospitalar	0,79	0,86	0,69	2,54
Taxa de Atendimento ao Município	93,98	31,76	57,70	65,17
Taxa de Atendimento a Outros Munic. ERSA	5,37	16,91	41,12	34,55
Taxa de Atendimento a Munic. fora do ERSA	0,65	1,34	1,18	0,28
Índice de Intervalo de Substituição	4,59	10,59	5,8	20,82
Índice de renovação	47,75	26,85	18,49	3,74
Taxa de Tratamento Clínico	99,21	75,36	59,71	70,99
Taxa de Tratamento Cirúrgico	0,79	24,45	40,29	29,1
Taxa de Internação Psiquiátrica	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa de Parto Normal	100,00	20,97	23,26	29,41
Taxa de Parto Cesarea	0,00	79,3	76,74	70,59

FONTE: = Boletim de Coleta de dados Hospitalares (CAH-15)

* Os dados apresentados correspondem ao 1º trimestre/1994

É visível que a capacidade operacional da Santa Casa vem aumentando segundo os anos em estudo (Tabela 10). Os critérios estabelecidos para esta categoria estão relacionados à capacidade de atendimento de saúde do Município via Escritório Regional de Saúde - ERSA-23 - Bauru. Conseqüentemente, se a capacidade operacional aumenta as demais categorias seguem o mesmo caminho.

Observa-se que o aumento da capacidade operacional em 1992, pode estar relacionado com a construção do Anexo (inaugurado em dez/91), e que, aparentemente, levou à uma ligeira diminuição da taxa de ocupação. Em 1993, a taxa de ocupação aumentou novamente; provavelmente, em função do convênio firmado entre Prefeitura/Santa Casa (em 12/8/93) passando a ser o Serviço de Pronto Atendimento de responsabilidade da Prefeitura Municipal.

De 1993 para 1994, a taxa de ocupação passou de 39 para 95, mostrando que os serviços de saúde oferecidos pela Instituição cresceram.

Em relação ao tipo de tratamento prestado aos usuários, o clínico se sobrepõe ao cirúrgico, porém este último vem aumentando a partir de 1992, provavelmente pelos mesmos fatores comentados anteriormente. Também é interessante observar que a taxa de parto cesarea ultrapassa, em muito, a de parto normal. Isto é inaceitável, já que sabe-se que apenas 10% dos partos são cesáreas. Esta cirurgia expõe, a mãe e a criança a riscos desnecessários. O intuito deveria ser em estimular o parto normal no município.

A maioria dos pacientes que procuram a Santa Casa são moradores do Município de Piratininga, apesar de, nos últimos anos, moradores de outros municípios estarem procurando este serviço com maior freqüência.

Tabela 11: Morbidade hospitalar da Santa Casa de Piratininga, no 1º trimestre de 1994.

Faixa Etária/Sexo	1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	60 e +	Ignor.	Total	Total		Óbito	Média
											F	M		
Grupo de Doença											Geral			Perm.
D.Infec.Parasitar.	-	-	-	-	-	4	1	1	-	6	4	2	-	5
Neoplasmas	-	-	-	-	-	5	-	3	-	8	6	2	1	3
Neop.Mal.Mam.F.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-
D.Gl.End.Mut.Met.	-	-	-	-	1	14	11	19	-	45	16	29	3	4
Diabetes Mellitus	-	-	-	-	-	1	3	2	-	6	1	5	-	8
Desnutrições	-	-	-	-	1	10	8	15	-	34	13	21	3	4
D.Sang.Org.Hemat.	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	2	-	5
D.Sist.Ner.Org.Sent.	-	6	-	1	-	3	-	5	-	15	6	9	-	-
Tran.Olhos e Anexos	-	6	-	1	-	2	-	5	-	14	6	8	-	1
D.Ap.Circulatório	-	-	-	-	2	17	13	30	-	62	33	29	3	4
D.Hipertensivas	-	-	-	-	-	3	4	1	-	8	6	2	-	3
D.Cerebrovasculares	-	-	-	-	-	1	1	7	-	9	5	4	1	5
D.Ap.Respiratório	-	-	5	1	-	4	5	15	-	30	18	12	-	5
Pneumonia	-	-	-	1	-	4	4	10	-	19	10	9	-	6
Broq.Enf. e Asma	-	-	1	-	-	-	1	1	-	3	3	-	-	2
D.Ap.Digestivo	-	-	1	-	10	32	3	13	-	59	24	35	-	2
D.Ap.Geniturinário	-	-	-	-	2	27	4	10	-	43	32	11	2	3
C.Grav.PartoPuerp.	-	-	-	-	11	34	-	-	-	45	45	-	-	2
Afec.Obst.Diretas	-	-	-	-	2	9	-	-	-	11	11	-	-	1
D.Pele T.Cel.Subcut.	-	-	-	-	2	2	5	6	-	15	7	8	-	5
D.Sist.Ost.T.Conj.	-	-	-	-	-	3	3	2	-	8	2	6	-	5
Anomalia Congenita	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
Sint.Sin.Af.Mal Def.	-	-	-	-	-	4	-	1	-	5	3	2	-	3
Les.Envenenamentos	-	-	-	-	-	9	-	-	-	9	1	8	-	2
Int.Drog.Med.Outros	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4	-	4	-	1
Ignorado	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2	1	1	-	1
Fat.Out. de Atend.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	3
TOTAL	1	7	6	3	29	158	45	17	-	356	200	156	9	53
%	0,28	1,97	1,69	0,84	8,5	44,38	12,64	30,5	-	100,00	56,18	43,82	2,53	14,89

FONTE: SUDS 23 - BAURU
Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS

A faixa etária relacionada com maior demanda de atendimento se encontra entre 20 e 49 anos, com 158 internações, sendo que as principais causas foram: Doenças do aparelho Digestivo (32 casos) e Causas graves relacionados ao Parto e Puerpério (34 casos) (Tabela 3).

Observa-se que as cinco principais causas de internação hospitalar foram:

Doença do Aparelho Circulatório (62 casos)

Doença do Aparelho Digestivo (59 casos)

Casos Graves Parto Puerperal (45 casos)

Doenças das Glândulas Endócrinas Mut. Metabólicas (45 casos)

Doenças do Aparelho Genitourinário (43 casos)

Importante ressaltar os casos de desnutrição entre usuários de 15 a 60 e mais, com um total de 34 casos, ocupando a 6ª posição.

A Constituição Federal prevê a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), que integra, em nível local, os diversos equipamentos de saúde, aumentando sua capacidade de resolução e aproximando-o dos cidadãos que exercem controle deste sistema. Apesar de já ser lei, o SUS ainda não está vigorando. A municipalização é um dos pressupostos para a construção do SUS. Piratininga deveria estar recebendo recursos federais e estaduais para então dar continuidade a este processo, mas sabe-se que isso ainda não acontece como deveria. Realizou-se uma visita ao ERSA-23 visando conhecer melhor as relações de poder (papéis), firmados através do Convênio de Municipalização. A entrevista foi realizada com o Dr. Luiz Fernando Ribeiro, Diretor do ERSA responsável por Piratininga. Deve-se lutar para o cumprimento desta lei e assim dar condições satisfatórias de serviços de saúde à população.

7.1. SAÚDE BUCAL

O Município de Piratininga, conta no setor odontológico com oito cirurgiões dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia (C.R.O.) que exercem suas funções no serviço público da cidade. Destes, sete são contratados pela Prefeitura sem vínculo empregatício, porém com direito a gozar 1 mês de férias por ano e a receber o 13º salário. Estes profissionais não realizaram concurso público e por isso não possuem estabilidade no emprego, o que colabora para o desestímulo dos mesmos. O oitavo cirurgião-dentista é concursado pelo Estado e trabalha em um consultório tradicional numa escola estadual do Município. É contratado para trabalhar 40 horas semanais com o auxílio de uma secretária.

O serviço público apresenta-se municipalizado, sendo que os demais profissionais de saúde bucal se distribuem da seguinte maneira: 2 dentistas em regime de 8 horas/dia e 5 dentistas em regime de 4 horas/dia. Todos estes profissionais trabalham auxiliados por uma pessoa, treinada por eles próprios, a qual manipula materiais, prepara o paciente para o tratamento, instrumenta o cirurgião-dentista, lava e esteriliza o instrumental e cuida da marcação de consultas.

Todos estes profissionais recebem orientação e supervisão da coordenadora de Saúde Bucal, a qual foi escolhida pelos próprios cirurgiões-dentistas. Ela é responsável pelo setor odontológico da rede escolar e do Centro de Saúde sendo subordinada ao Prefeito do Município. Não existem reuniões periódicas com os profissionais; essas só acontecem quando surge alguma necessidade. Existem mapas de produção que são realizados pela coordenadora, os quais são enviados ao ERSA de Bauru, para que o mesmo envie ao governo federal e este

proceda o pagamento. Piratininga conta também com um trailer médico-odontológico, o qual foi doado pelo Governo do Estado há mais ou menos quatro anos. No momento, somente um cirurgião-dentista trabalha no mesmo, percorrendo três escolas estaduais rurais da região. Fica em média seis meses em cada uma delas atendendo prioritariamente a população escolar da área.

Os demais dentistas se subdividem da seguinte maneira: 4 profissionais exercem suas funções no Centro de Saúde, sendo dois por período. Porém, no período da manhã somente um dentista atende a população, já que o outro se ocupa da função de coordenação do Setor. Três escolas da cidade possuem um cirurgião-dentista trabalhando o dia todo (sendo um cirurgião-dentista do estado e dois contratados pelo município). Uma escola possui ainda um cirurgião-dentista no período noturno o qual atende os funcionários da Prefeitura e urgências que ocorram neste período.

No Centro de Saúde são agendados 3 a 4 pacientes por período, além de atender as urgências do momento. Este agendamento não possui nenhum critério, simplesmente o paciente é encaminhado ao Serviço Social do Posto de Saúde, o qual é responsável pelo controle das vagas, que quando surgem, são notificados pelo setor odontológico. Todo grupo que inicia o tratamento recebe orientação sobre dieta e higienização. Não existe prioridade de idade, sendo que adultos conseguem realizar tratamento completo assim como as crianças também. Existe um programa de atenção aos bebês que foi iniciado neste ano. Consiste em orientação de dieta e higienização às mães e posterior controle. O grupo de gestantes encontra espaço também neste setor, sendo tratadas sempre que necessário.

O Centro de Saúde possui como serviço especializado a

confecção de próteses totais e próteses removíveis provisórias (“pererecas”). O agendamento destes pacientes seguem os mesmos moldes do tratamento. Para este serviço, o Município conta com um protético que possui seu laboratório no Centro de Saúde e que trabalha 3 vezes por semana.

O diagnóstico radiológico também pode ser conseguido, já que o centro de Saúde possui dois aparelhos de Raio-X, os quais são operados pelo cirurgião-dentista do período.

O atendimento escolar prioriza as crianças de 1ª série, sendo as da 2ª, 3ª e 4ª séries atendidas na medida do possível. Tenta-se seguir o caminho de um programa incremental onde busca-se eliminar as necessidades acumuladas e depois mantê-las sob controle. Os dentistas das escolas são orientados a seguir o programa coletivo proposto pelo ERSA de Bauru, onde num primeiro momento faz-se exame clínico, eliminação de focos e escariação com posterior colocação de cimento provisório e num segundo instante a restauração definitiva. São atendidos 6 a 8 pacientes por período.

Bochechos com solução fluoretada são realizados em todas as escolas uma vez por semana supervisionados por professores treinados pelo cirurgião-dentista. Este procedimento vem sendo aplicado desde antes de 1986, segundo depoimento de um cirurgião-dentista da rede. Este procedimento preventivo, quando realizado corretamente, reduz em 25% as necessidades dentárias.

O sistema de referência e contra-referência dá-se com a Faculdade de Odontologia de Bauru, que possui um convênio com a cidade. Porém, o paciente deve aguardar uma vaga para ser atendido. A Santa Casa de Misericórdia possui um cirurgião buco-maxilo, mas este só atende no local, pacientes que passam por ele em Bauru e marcam a cirurgia.

A fluoretação das águas de abastecimento público foi iniciada em 1983, sendo que hoje 100% da área urbana é servida pelo sistema. É utilizado o ácido fluor silícico numa concentração de 0,7 ppm, em média.

O uso do fluor sistêmico, após dez anos, reduz cerca de 50% (cinquenta por cento) a prevalência da cárie dental, desde que esteja na concentração adequada e não haja interrupção no sistema. O controle é realizado somente pela SABESP, mas sugerimos que a Coordenadoria de Saúde Bucal exija um relatório semanal das concentrações do flúor, já que nos foi relatado a ocorrência de fluorose há uns quatro anos atrás.

Apesar de existir a fluoretação das águas de abastecimento público há mais de 10 anos, não pudemos verificar o seu efeito já que não existem dados de levantamento epidemiológico de cárie desta época.

São coletadas informações sobre o número de dentes cariados, perdidos e obturados dos escolares, mas estes são enviados ao ERSA de Bauru, o qual não retorna as informações.

Seria interessante a realização de uma calibração nos profissionais, para que houvesse uniformidade de exame e daí se processasse o levantamento epidemiológico de cárie seguindo os critérios da OMS (Organização Mundial de Saúde). No próprio município se faria a apuração dos dados, que poderia ser realizada pela coordenadoria de saúde bucal. Desta forma se conseguirá estabelecer prioridades para a correta alocação de recursos e orientação programática, tendo-se portanto um quadro atual da situação bucal da população de Piratininga e também para posterior comparação, visto que existem métodos preventivos sendo aplicados.

Nos pacientes com CPO acima da média obtida neste

levantamento, sugerimos que, além dos bochechos fluoretados, realizem-se aplicações tópicas de flúor semestrais e aplicação de selante fluoretado em fóssulas e fissuras de molares e pré-molares, tubérculo de Carabelli e cíngulos proeminentes.

Em todos os pacientes o retorno a cada 6 meses é de extrema importância para que não se perca o trabalho realizado e se consiga manter uma flora bucal equilibrada.

Observamos a existência de consultórios tradicionais, ausência de pessoal auxiliar devidamente formado (atendente de consultório dentário - ACD e técnico de higiene dental - THD). Além disso notamos cirurgiões-dentistas trabalhando de uma maneira tradicional, sem terem incorporado técnicas atuais, como os equipos simplificados para trabalho a quatro mãos onde se consegue aumentar a produtividade e, conseqüentemente, a cobertura da população, já que a mesma nos relatou muita demora para se conseguir uma vaga para atendimento.

Por outro lado, sabemos que o escolar é um alvo obrigatório a ser perseguido, já que nesta fase ocorre mudança na sua dentição. O programa incremental agindo com o trabalho em equipe (cirurgião-dentista, ACD e THD) traria inúmeros benefícios e uma cobertura bastante satisfatória. Usando os dados do levantamento epidemiológico de cárie poder-se-ia dividir esta população em risco de cárie e desta forma conseguir resultados muito positivos a curto, médio e longo prazo (onde neste último a fluoretação das águas pesaria também).

Mas sabemos que o serviço odontológico municipalizado deve ter cooperação das esferas federais e estaduais para que em esforço conjunto consigam remunerar adequadamente seus funcionários, dar-lhes condições satisfatórias de trabalho e assim exigir o retorno onde a população é a grande beneficiada.

7.2. CULTURA E LAZER

Na área do Lazer e Cultura revelam-se iniciativas do governo municipal e privados - estes, observados através da dinamização de novas instalações hoteleiras/esportivas, tais como: Águas Quentes de Piratininga - Hotel Clubes, Hotel Pousada Wayã e a antecessora Piratininga Tennis Clube. Notoriamente estes empreendimentos vieram a garantir um dimensionamento do potencial turístico do Município e na ampliação de suas atividades econômicas conseguintes a esta mudança.

Dentre as programações esportivas organizadas pelo Município insere-se a atuação do coordenador da área, com cooperação de um grupo de voluntários na criação e manutenção das escolas de futebol infantil. Na ocasião deste estudo, 200 crianças/jovens, de ambos os sexos, com idade variável de 5 a 25 anos estavam matriculados na escolinha significando boa adesão da comunidade a esta iniciativa. Há gratuidade no ingresso e os critérios de admissão baseiam-se na comprovação de matrícula escolar.

O ginásio de esportes municipal é aberto para o público em geral nos períodos que se alternam os treinamentos, manhã, tarde e noite. É tradição do município os torneios amadores inter-grupos.

A Prefeitura também organiza passeios ciclísticos, competições de Atletismo e apóia eventos da comunidade, bailes da 3ª idade, bingos e chás beneficentes ocasionais.

Na eminência de seu centenário, a cidade de Piratininga busca resgatar sua historicidade incluindo em suas comemorações: organização do coral municipal, desfile de fanfarras e bandas, torneios esportivos com expectativa de criação de uma oficina cultural infantil.

Recomenda-se, dada a inexistência de médico na área esportiva, um programa de cooperação concomitante aos profissionais do centro de saúde, para elaboração de exames médicos e outras necessidades afins que suscite vigilância à saúde.

7.2.1. Educação

Segundo informações fornecidas pela Coordenadoria da Educação, o Município conta com a seguinte rede de ensino:

Zona Urbana

EEPSG “Prof. Eduardo Velho Filho” - 883 alunos

EEPG “Profª Jacyra Motta Mendes” - 600 alunos

EEPG “Cel. Virgílio Rodrigues Alves” - 618 alunos

Zona Rural

EEPG “Milton Salvador” - Fazenda Glória - 130 alunos

EEPG “Prof. Josephina Lorenzetti” - Fazenda S. José - 125 alunos

EEPG “Maria José C. Vasques” - Brasília Paulista - 101 alunos

O total de alunos do município é de 2.822 alunos, sendo que 410 são de Escolas Municipais (EMEIS).

O número disponível de vagas oferecidas atende toda demanda de Piratininga e de cidades vizinhas como Cabrália Paulista, por exemplo.

Os motivos de maior ocorrência que justificam a evasão nas escolas, que em sua maioria estão diretamente ligados a safra

agrícola são: a utilização da mão de obra infantil, face aos aspectos sócio econômicos (contribuição na renda familiar), e sazonalidade das atividades agrícolas.

A Prefeitura é responsável pelo transporte dos alunos tanto na área urbana como na rural, garantindo o atendimento e facilitando portanto, o acesso a toda população escolar.

A Cozinha Piloto mantida pela Prefeitura, é responsável pela preparação da alimentação (macarrão, canja, pão), que é destinada as escolas e entidades ligadas à Promoção Social.

A cozinha possui uma “vaca mecânica”, reativada na atual gestão, que prepara o leite enriquecido de soja distribuído as escolas da zona rural.

É cedido um espaço na cozinha piloto, para distribuição do leite de vaca cru, que é fornecido às famílias de crianças com risco social ou biológico de desnutrição, encaminhadas pelo Centro de Saúde e Promoção Social.

7.3. PROMOÇÃO SOCIAL

Os serviços do Fundo de Assistência Social de Piratininga contam com o trabalho de 1 Diretora e 1 Assessora de Direção, ambas com formação em Serviço Social.

Estão vinculadas ao Escritório Regional de Ação Social (ERAS) da Divisão Regional Social de Bauru, representando a Secretaria Estadual da Família e Bem Estar Social.

Este órgão presta assessoria às entidades sociais de Piratininga, bem como para seis outras cidades vizinhas tais como: Cabrália Paulista, Havai, Presidente Alves, Duartina, Lucianópolis, Ubirajara.

Os serviços e equipamentos oferecidos à população, nesta área específica, estão também sob responsabilidade de Entidades Filantrópicas sem fins lucrativos, em cooperação no gerenciamento a nível municipal e reconhecidas de utilidade pública a nível Federal e Estadual.

Existe uma diversidade de Ações em Promoção Social, onde os recursos são provenientes também de campanhas, contribuições alimentares, em gêneros, bazares, etc., configurando uma característica assistencialista.

Os programas sociais desenvolvidos pelas Entidades Filantrópicas e órgãos públicos atendem clientela específica dando cobertura a distintas camadas da população crianças, adolescentes, idosos, excepcionais, migrantes andarilhos e famílias em situação de carência.

As crianças são atendidas através da creche pública municipal com atendimento a crianças de 0 a 7 anos e capacidade para 80 crianças.

Os idosos são atendidos pelos serviços asilares prestados pela Secretaria da Promoção Social e mantidos, também, por serviços voluntários da população, administrados por uma diretoria “Centro Espírita Antoninho Marmo”, “Vila Vicentina dos Velinhos Desamparados”, ambos com lotação para 20 pessoas.

Os excepcionais contam com um projeto específico ACEP

(Atendimento da Criança Excepcional de Piratininga) e, na Secretaria da Educação contam com uma “classe especial” para atendimento a “excepcionais de grau leve”, instalada na escola Jacyra Motta Mendes.

Os adolescentes são atendidos pela Legião Mirim, onde desempenham tarefas de iniciação profissional, para os quais são remunerados. São assistidos em média 180 crianças com faixa etária de 12 a 18 anos de ambos os sexos.

Os migrantes e andarilhos, recebem assistência no Albergue através de cuidados básicos como: alimentação, higiene, podendo pernoitar por no máximo 3 dias e em alguns casos específicos podendo prolongar-se por mais tempo. Utilizam deste recurso em média 100 pessoas/mês.

Além dos programas descritos anteriormente é relevante citar a atuação do Conselho de Segurança Pública (CONSEG), cujo objetivo concentra-se em ações de mobilização e organização da sociedade civil para problemas gerais da comunidade, bem como abrangendo também, outras questões de interesse geral.

Salienta-se, também, a formação do Conselho da Criança e do Adolescente, o qual possui representantes das diversas esferas da população, com reuniões mensais (já iniciadas) com o objetivo de organizar, discutir e alertar para questões referentes a crianças e adolescentes.

7.3.1. Creche e Berçário “Jamile Haddad Maluf”

A instituição foi criada em 25/3/1966, e desde então, vem funcionando no mesmo local.

Conta no seu corpo técnico com 9 funcionários:

- 4 babás
- 1 professora
- 1 cozinheira
- 2 faxineiros
- 1 lavadeira

Sendo apenas 2 concursados.

Atende crianças de 0 a 7 anos todas advindas de Piratininga da zona urbana e rural.

As famílias atendidas possuem em média uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos e as mulheres em sua maioria trabalham como lavadeiras ou faxineiras.

Tem como critério principal para admissão da criança, a renda familiar e que a mãe exerça algum tipo de ocupação.

Atende toda demanda, inclusive espontânea oscilando o número de crianças atendidas, que em média varia de 50/60/80 crianças por dia.

Possui espaço físico amplo, com área livre, parquinho (necessita reforma), sala de recepção, cozinha, pátio, refeitório, sala de aula, sala dormitório, vários banheiros.

Com o número de funcionários escasso (contando apenas com 1 professor), as crianças em idade pré-escolar utilizam as escolas da prefeitura, e depois retornam à creche, sendo o transporte fornecido pela prefeitura.

Em caso de doença, as funcionárias recebem orientação

para entrar em contato com a mãe e encaminhá-las ao Centro de Saúde.

7.3.2. Asilo Vila Vicentina dos Velhos Desamparados

Fundado em 21/11/1959, atende a demanda somente de Piratininga.

É mantido por colaboradores, doações campanhas de solidariedade e metade do INSS que os idosos recebem mensalmente.

O convênio com o Estado foi rompido.

Atendem uma faixa etária entre 70 a 80 anos de ambos os sexos, com capacidade para 20 pessoas, que não devem estar necessitando de “cuidados intensos” ou totalmente dependentes.

7.3.3. Centro Espirita Antoninho Marmo (Asilo)

Fundado em 1940, funciona acoplado ao Albergue.

É mantido por depósitos (doações) feitos ao Banco do Brasil e Caixa Estadual.

Recebe auxílio da comunidade e trabalhos voluntários. É vinculado também a outras instituições de Bauru. A Prefeitura auxilia no pagamento das contas de água e luz.

Atende a demanda de Piratininga e vizinhanças.

Possui 5 funcionários no seu corpo técnico.

Oferece 20 vagas e a idade oscila entre 60 a 115 anos.

Promove várias atividades de recreação: festa de

aniversário, final de ano, visita ao zoológico, reuniões no clube da 3ª idade e 1 vez por ano os idosos preparam o “Café Piratininga”, que é prestigiado por toda população e cidades vizinhas, com o objetivo de arrecadar fundos.

7.3.4. Albergue

Está vinculado ao Centro Espírita Antoninho Marmo coordenado pela mesma pessoa.

É considerado de utilidade pública Municipal/Estadual/Federal. Possui grupos de voluntários que dão apoio, se responsabilizando pelas atividades e funcionamento do albergue. É feito um rodízio quinzenal entre estes. Existe 1 funcionário que fica período integral.

A entidade dispõe de: 6 leitos masculinos

6 leitos femininos

2 berços

Atende na sua maioria homens, carentes, andarilhos sendo que no inverno sua demanda aumenta oscilando entre 100 pessoas por mês.

A Prefeitura fornece alimentação e a medicação.

7.3.5. Legião Mirim

A criação da legião Mirim surgiu da idéia do Sr. Amir Neves Ferreira da Silva, Delegado de Polícia, em Outubro/1963.

Tinha como objetivo recolher menores para ensinar-lhes ofícios e colocá-los nas diversas atividades possíveis da cidade: casas comerciais, repartições públicas, indústrias, escritórios, etc., tirando-os da rua e educando-os para a promoção.

É uma entidade particular subvencionada pela Prefeitura e Promoção Social.

Atendem crianças de 12 a 18 anos as quais desempenham tarefas de iniciação profissional e recebem remuneração.

O critério para admissão é estar matriculado no ensino obrigatório (1º ou 2º grau). São atendidos em média 180 crianças.

7.3.6. Projeto ACEP - Atendimento da Criança Especial de Piratininga

A instituição possui duas propostas diferentes, das quais, uma seria o atendimento da clientela excepcional e outra, propiciar atividades de lazer a comunidade de Piratininga.

Sua entidade mantenedora é a Creche “Jamile Haddad Maluf”, possuindo ainda, convênio com a Secretaria da Criança, família e Bem Estar Social do Estado e recebe uma verba da L.B.A. A Prefeitura fornece o transporte e alimentação.

No que se refere ao atendimento ao excepcional sua clientela consiste de 13 excepcionais entre adolescentes e adultos, sendo 6 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. São desenvolvidos atividades pedagógicas, com atendimento fonoaudiológico, no período matutino e psicológico quando necessário. O encaminhamento é feito principalmente através das Escolas Públicas e da própria comunidade.

No período vespertino, atende a comunidade oferecendo atividades (tapeçaria, bordado, pintura em tecido, etc...) de acordo com o interesse da mesma. Os grupos são orientados por monitores contratados temporariamente através de um acordo verbal. Foi formado 2 grupos de idosos que reúnem-se duas vezes por semana: idosos carentes e deficientes mentais, e um outro constituído por idosos da comunidade.

Acreditamos que ambas as propostas são de extrema importância, porém devem ser desenvolvidas de formas distintas pois cada qual possui um perfil de atendimento diferenciado.

Observamos que há necessidade do projeto ter maior independência, desvinculando-o da creche, para que assim tenha condições de desenvolver um trabalho específico dirigido aos excepcionais diferenciando portanto, da outra proposta dirigida a comunidade.

Partindo do pressuposto de que saúde é um “Direito de todos e um Dever do Estado”, contemplada na Constituição Federal de 1988 e, ainda no que concerne ao capítulo da saúde onde refere: “Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (definição da OMS), causou-nos estranheza a não contemplação da área de promoção Social na redação do Plano Diretor de Saúde do Município, uma vez que as ações desenvolvidas pela Promoção Social complementam o exposto na Constituição.

Ao nosso ver o Município possui uma visão fragmentada do processo saúde-doença, onde o gestor do equipamento municipal e os técnicos dos equipamentos específicos não vislumbram o conjunto, tendo em sua prática cunho meramente assistencialista.

Apesar de inúmeras dificuldades e da desmotivação dos

técnicos em função dos aspectos físicos, falta de mão de obra, falta de motivação e treinamento, e por se sentirem isolados do contexto global, já que não existe uma política em nível governamental claramente definida para o setor, percebemos um potencial latente entre os profissionais entrevistados, os quais devem ser valorizados, buscando, em última análise, a otimização dos serviços prestados por este importante equipamento social à comunidade.

7.4. SEGURANÇA

Dentre os serviços essenciais do Município de Piratininga, no âmbito da Segurança Pública, a cidade possui uma delegacia que abriga 48 detentos, sendo que a maioria pertence a Bauru.

A criminalidade é proporcional ao tamanho da cidade, ou seja, pequena.

Porém, observa-se evidências de atividades criminosas relacionadas ao alcoolismo (lesão corporal, furto, etc...). Com o intuito de diminuir o consumo de bebidas alcoólicas, o Fórum envia à delegacia uma relação de condenados que gozam do benefício de “sursis”, com nome completo, alcunha, foto e condenação, para que seja fixada nos 60 bares do Município, uma vez que são proibidos de vender bebidas alcoólicas a eles.

Outro programa desenvolvido pela delegacia possui finalidade educacional, e é de combate às drogas, realizado nas escolas.

Por ser uma cidade pequena têm-se obtido êxito nos programas de combate ao alcoolismo e às drogas.

Com relação ao direito à saúde, a população procura a delegacia para reclamar quanto à falta de médicos e ambulâncias. Muitas vezes é utilizada a viatura policial para transportar doentes à Bauru.

Os policiais militares, durante o período que passam na Acadêmica de Polícia, adquirem um treinamento especial para atendimentos de emergências relativos à saúde, como por exemplo primeiros socorros e parto.

7.5. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Segundo a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 - lei Orgânica da Saúde, Vigilância Sanitária é o conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens, prestação de serviços de saúde abrangendo:

- a) O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionam com à saúde, envolvendo todas as etapas e processos da produção ao consumo.
- b) O controle da prestação dos serviços que se relacionam direta ou indiretamente com à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Sanitária é um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, seneantes, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado à saúde.

As ações de Vigilância Sanitária são muito abrangentes. Suas responsabilidades e ações são tão amplas, que podemos estendê-las em três campos:

- I. Ações de controle de qualidade de produtos, desde à população até o uso: alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene, limpeza, água, sangue e derivados, dentre outros.
- II. Ações de controle de qualidade dos serviços de saúde: médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos, radiações, farmacêuticos, dentre outros.
- III. Ações de controle sobre o meio ambiente, quando implica em risco à saúde.

7.5.1. Vigilância Sanitária em Piratininga

No Município de Piratininga ações de Vigilância Sanitária não estão municipalizadas. Trata-se de um município pequeno e que dificilmente apresenta problemas; é um dos municípios que menos problemas apresentam, segundo um dos técnicos da equipe de Vigilância Sanitária do ERSA de Bauru. A Prefeitura de Piratininga mantém um técnico (agente de saneamento), profissional responsável pela Vigilância Sanitária no município, que responde e atende as determinações da equipe da Vigilância Sanitária do ERSA de Bauru. Tem como funções:

- atender denúncias principalmente onde há risco iminente à saúde, intervindo com medidas preventivas e corretoras;
- fiscalização de rotina em estabelecimentos comerciais, verificando as condições higiênico-sanitárias, no preparo dos alimentos,

manipuladores, equipamentos e utensílios, e permitidos pela legislação estadual - código sanitário.

- coleta de amostra de produtos alimentícios, colocados a venda no comércio local para análises de rotina - fiscal e orientação.
- encaminhar ao ERSA de Bauru, documentação necessária para obtenção de alvarás de funcionamento dos estabelecimentos comerciais novos.
- colaborar com a equipe técnica da Vigilância Sanitária de Bauru na implementação de programas estaduais na área.

Este é o único suporte técnico que dispõe a cidade, no que diz respeito às ações de Vigilância Sanitária.

Existe em Bauru, retaguarda laboratorial para às ações da Vigilância Sanitária, proporcionada pelo Laboratório regional, ligado ao Adolfo Lutz Central. Através deste Laboratório Regional e feita uma série de análises e provas, principalmente para atestar a qualidade microbiológica de alimentos, etc., atendendo denúncias e programas específicos de controle sanitário diversos.

Quanto às atividades educativas direcionadas à Vigilância Sanitária, elas existem, porém nunca em caráter permanente. Na verdade o que deveria ser permanente é infelizmente passageiro, considerando que as medidas preventivas são bem mais baratas, acessíveis e simples de se fazer.

A participação popular da comunidade de Piratininga nas ações da Vigilância Sanitária não existe e podemos concluir que isso ocorre porque não existe meios de comunicação na cidade, prejudicando dessa maneira as reivindicações que certamente existem no município.

Estas reivindicações reprimidas, só são canalizadas, uma vez ou outra, através do único agente de saneamento da cidade, profissional que em muitos dos casos nada pode fazer para atender a essas reclamações ou reivindicações.

Não foi observado e nem fomos informados de nenhum tipo de atividade ou programas direcionado à saúde do trabalhador.

Seria de grande valia na cidade, a elaboração de um programa sério de divulgação das diversas ações da vigilância sanitária, através de um órgão de comunicação como rádio, jornal local, etc, onde as reivindicações, reclamações e anseios da comunidade fossem canalizados, bem como programas específicos, alertas sanitários e condutas a serem adotadas pela população.

Através de um órgão de comunicação, surgiria uma série de programas educativos e de prevenção, onde o maior beneficiário seria a população residente e trabalhadora da região.

7.5.2. Parte Específica - Alimentos

Os produtos de origem animal (carne, leite, peixes, etc.) são produzidos na região. Existe um matadouro municipal que atende e abastece satisfatoriamente a cidade. Quanto à produção de leite, esta é feita por pequenos produtores, sitiantes localizados na zona periférica e rural da cidade. O abastecimento de leite na cidade é totalmente feito por esses pequenos produtores, que entregam o leite cru de casa em casa. Segundo o proprietário de um estabelecimento comercial na cidade, “não adianta trazer leite de saquinho (pasteurizado) de Bauru, que não vende; azeda na geladeira e não sai nada”. Afirma este comerciante que com muito custo consegue vender um pouco de leite tipo longa vida, na

caixinha, “mas é muito pouco”.

Através do programa de Suplementação Alimentar da Secretaria de Estado da Saúde, é distribuído leite “in natura” ou cru, para famílias carentes.

Devemos sempre estar atentos quanto à distribuição de leite cru, pois tratando-se de leite não pasteurizado, ou seja, com elevada carga microbiana, recomenda-se que sejam observados os seguintes itens:

- Higienização dos utensílios utilizados para distribuição do leite, como por exemplo; vasilhames, canecas, funis, etc.
- Não fumar durante a operação.
- Manter o ambiente sempre limpo, evitando moscas, etc.
- Manter as mãos limpas e unhas aparadas.
- Recomendar sistematicamente às mães que fervam o leite sempre que for servido às crianças.

Estamos certos que com estas medidas preventivas simples, poderemos evitar uma série de preocupações futuras.

Os produtos de origem vegetal são em parte produzidos no município. Existe uma horta comunitária que abastece uma parte da população.

Todos os estabelecimentos comerciais da cidade estão licenciados pela Vigilância Sanitária, para comercializar seus produtos. Não existe no Município nenhuma indústria de transformação de alimentos como por exemplo: de carnes (salsicharias, embutidos, etc.); de leite (fábricas de queijo, etc.); de vegetais (farinha de milho, mandioca, fábrica de macarrão, etc.). Uma pequena usina de

pasteurização de leite está tentando se instalar no município. Estuda-se a viabilidade econômica desta instalação. Ela pretende beneficiar o leite dos pequenos produtores, e vendê-los na cidade. Certamente estes empresários terão que enfrentar dificuldades como o preço pago aos produtores e preço final para os consumidores, além é claro, da mudança dos hábitos de consumo da população. Iniciativas como esta, deveriam receber o apoio dos órgãos e instituições responsáveis pela saúde da população, como centro de saúde, através da Vigilância Sanitária e também a Prefeitura, através da sua Coordenadoria de Saúde, etc., pois o consumo de leite cru, não pasteurizado, pode trazer sérios riscos à população, ou seja, contrair doenças como brucelose, tuberculose, doenças diarréicas, etc.

A fiscalização dos estabelecimentos comerciais da cidade está a cargo do agente de saneamento da Prefeitura.

7.5.3. Medicamentos; Saneantes e Agrotóxicos

Não existe no município nenhuma indústria farmacêutica, nem de saneantes domissanitários nem tão pouco de agrotóxicos.

As farmácias e drogarias da cidade que trabalham com medicamentos pertencentes às portarias 27 e 28 são controladas por técnicos (farmacêuticos), da equipe de Vigilância Sanitária do ERSA de Bauru. Não existe nenhuma farmácia de manipulação na cidade.

7.5.4. Controle de Zoonoses:

O Município de Piratininga não possui nenhum programa de controle de zoonoses urbanas nem controle das populações animais, com exceção da campanha anti-rábica, que é feita anualmente e

coordenada pelo Médico Veterinário da Prefeitura e também pelo Agente de Saneamento do Centro de Saúde. O controle dos artrópodes para a prevenção dos arboviroses (Dengue, Febre Amarela, etc.), Leishmaniose, Doença de Chagas, etc. é feito pela SUCEN - Superintendência de Controle de Endemias, de Bauru. A SUCEN é sempre acionada para outras emergências como captura de escorpiões, aranhas e outros animais peçonhentos.

Não existe captura de animais errantes e também não existe instalações adequadas para observação de animais agressores, suspeitos de raiva e outras doenças infecto-contagiosas. Em caso de acidentes como mordeduras, etc., o animal é observado na residência do proprietário, caso ele tenha um dono e seja localizado.

7.5.5. SIM - Serviço de Inspeção Municipal

Através da Lei Municipal 1186 de 17 de junho de 1992, foi criado o Serviço de Inspeção Municipal, preconizado pela Lei Federal 7889 de 23 de novembro de 1989. No seu artigo segundo, esta lei estabelece a obrigatoriedade da prévia fiscalização, sob o ponto de vista sanitário, de todos os produtos comestíveis de origem animal e vegetal perecíveis, preparados, transformados, manipulados, recebidos, acondicionados, depositados, comercializados e em trânsito no município. Estão sujeitos à fiscalização prevista nesta lei:

- Os animais destinados à matança, seus produtos e subprodutos e matérias primas;
- O pescado e seus derivados;
- Os laticínios em geral;
- Os hortifrutis e seus derivados;
- O ovo e seus derivados;

- Os produtos panificados;
- O mel, a cera de abelha e seus derivados.

O matadouro municipal de Piratininga, pode ser considerado um mini-matadouro com capacidade operacional suficiente para abastecer cidade. Cabe lembrar que os animais ali abatidos, além de serem obrigados a passar por inspeção ante-mortem e post-mortem por Médico Veterinário responsável, presente no ato da matança, só podem ter trânsito no âmbito do município, conforme legislação federal. Para comércio entre os municípios ou intra-estadual será preciso que obtenha registro no SISP - Serviço de Inspeção São Paulo, da Secretaria de Estado da Agricultura e Abastecimento, órgão este coordenado pelo CIPOA - Centro de Inspeção de Produtos de Origem Animal.

Os matadouros municipais devem atender às normas e exigências legais mínimas para o seu funcionamento, normas estas descritas na legislação federal e estadual.

Existem programas oficiais de apoio técnico e financeira às Prefeituras, objetivando criar ou readaptar e reaparelhar os matadouros municipais. A Secretaria da Agricultura do Estado iniciou um programa para reforma de matadouros municipais, reativado e acelerado em 1992.

7.5.6. Legislação Atual Pertinente a Estabelecimentos Destinados à Matança de Animais

Resumo Histórico:

Em dezembro de 1950 a Lei nº 1.283 dispôs sobre a inspeção industrial e sanitária dos produtos de origem animal.

Em 1952 é aprovado o RIISPOA - regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal, através do Decreto 36.691 de 19/3/52. Dez (dez) anos depois o RIISPOA foi alterado pelo Decreto 1255 de 25/5/62.

O RIISPOA possui 952 artigos e conforme seu artigo 2º, São sujeitos à fiscalização prevista nesta lei:

- Os animais destinados à matança, seus produtos e subprodutos e matérias primas;
- O pescado e seus derivados;
- O leite e seus derivados;
- O ovo e seus derivados;
- O mel, e cera de abelha e seus derivados.

Em 1977 a DIPOA - Divisão de Inspeção de Produtos de Origem Animal do Ministério da Agricultura aprova a portaria número 2 que dispõe sobre as “Normas sobre condições Higiênico-Sanitárias mínimas necessárias para a aprovação dos novos estabelecimento de produtos de origem animal ou reforma dos existentes de acordo com a natureza e capacidade de produção que não se dediquem ao comércio interestadual ou internacional”.

Em junho de 1988 sai a Portaria número 85 que: “Aprova as normas relativas às condições gerais para funcionamento dos pequenos e médios matadouros para abastecimento local”.

Em 1989 a lei 7889 altera os artigos 4 e 7 da lei 1283 de dezembro de 1.950, que passa a ter a seguinte redação:

“São competentes para realizar a fiscalização de que trata esta lei:

Ministério da Agricultura: Estabelecimentos que façam comércio de produtos de origem animal (POA), interestaduais e internacionais.

Secretarias de Estado da Agricultura: Estabelecimentos que façam comércio de POA, intermunicipal, ou seja, dentro dos seus Estados.

Secretarias ou Departamentos de Agricultura dos Municípios: Estabelecimentos que façam apenas comércio de POA, municipal.”

Em dezembro de 1992, o governo do Estado de São Paulo, aprova a lei 828 que: “Dispõe sobre a prévia inspeção sanitária dos produtos de origem animal, institui taxas e dá outras providências”.

Em junho de 1993 o Governo do Estado de São Paulo regulamenta a Lei 828, através do Decreto 36.936.

Em agosto de 1994 o Governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria da Agricultura e Abastecimento, baixa a resolução SAA-24, aprovando as "Normas Técnicas Sobre às Condições Higiênico-Sanitárias mínimas necessárias para a aprovação e funcionamento e reaparelhamento dos estabelecimentos de POA. Esta norma possui 231 artigos, 3 anexos e 4 seções e dispõe sobre:

Capítulo I - Disposições Gerais;

Capítulo II - Higiene dos Estabelecimentos;

Capítulo III - Registro dos Estabelecimentos;

Capítulo IV - Obrigações das Firmas;

Capítulo V - Implantação ou Reaparelhamento dos Matadouros;

Capítulo VI - Estabelecimentos destinados à Industrialização

das Conservas de Carnes.

Capítulo VII - Estabelecimentos destinados a Leite e Produtos Lácteos;

Capítulo VIII - Estabelecimentos destinados a Pescados;

Capítulo IX - Estabelecimentos destinados a Aves e Ovos;

Capítulo X - Mel, Cera e outros produtos da colméia;

Capítulo XI - Embalagem;

Capítulo XII - Rotulagem;

Seções - I, II, III, IV;

Anexos - I, II, III.

Não podemos deixar de citar também o Decreto 35.673, de 14 de setembro de 1992 que: "Organiza o Sistema Estadual Integrado de Agricultura e Abastecimento e dá providências correlatas."

A imensa extensão territorial do nosso país, que possui peculiaridades tão distintas nos mais diversos aspectos, principalmente culturais, econômicos, climáticos e agrícolas, gera expectativas ainda mais diversas, que passou a ser quase impossível atender à todas com apenas uma única legislação. Isto culminou no conceito da descentralização e municipalização de todas as ações onde estão envolvidos os cidadãos em suas necessidades básicas.

A Lei Federal 7889 de novembro de 1989, que estabeleceu competência para realizar a inspeção sanitária e industrial dos produtos de origem animal aos Estados e Municípios, veio atender a todas essas expectativas. O município de Piratininga possui instrumental legal e adequado para realizar as atividades básicas, dirigidas à execução da prévia inspeção higiênico-sanitária e as fiscalizações de rotina dos produtos de origem animal (carne, leite, ovos, pescado, mel e outros produtos).

A criação ou a reativação dos matadouros municipais hoje é uma necessidade imposta e autorizada legalmente. Os matadouros denominados "Tipo Abastecimento e Microrregionais", são perfeitamente viáveis e visam minimizar os custos de construção e instalação, atendendo às normas de higiene, controle de qualidade do produto e saúde pública. Dentro da possibilidade de cada município e da região, pode se chegar a um critério que viabilize a escolha do matadouro que poderia ser do tipo "Abastecimento", quando o consumo do município não ultrapassar 10 abates/dia. Já os matadouros "Microrregionais", adaptados à realidade da região, podendo ser em consórcio entre dois ou mais municípios, seriam uma alternativa à centralização de recursos para a sua estruturação, desde a construção do prédio até a aquisição dos equipamentos, permitindo uma capacidade maior de abate/dia, com inspeção municipal - Médicos Veterinários credenciados por órgão do Governo do Estado -, o que daria condições e incentivaria a criação de indústrias, que aproveitariam os subprodutos como matéria-prima.

Quanto às fontes de recursos, os municípios podem recorrer a linhas de crédito federais, estaduais e a fundo perdido, cujo objetivo é também financiar os serviços públicos de natureza local e por meio de bancos de desenvolvimento como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES , pleitear financiamentos com juros mais baratos, maior tempo de carência e prazos mais longos para pagamento, compatíveis com a realidade dos municípios e com a sua capacidade de endividamento.

Alguns setores acreditam que existe um certo despreparo dos municípios brasileiros para gerir matadouros, no que se refere tanto ao abastecimento de carnes como ao abate, destinação e aproveitamento dos subprodutos. Experiências satisfatórias porém, como em alguns municípios que instalaram matadouros municipais com excelentes

resultados, demonstram a viabilidade econômico-financeira e social do projeto, bem como a preocupação das prefeituras em solucionar um “sério problema”.

7.6. SANEAMENTO BÁSICO

7.6.1. Sistema de Abastecimento de Água

O serviço de abastecimento de água no Município de Piratininga está sob a responsabilidade da SABESP desde 1977.

Na cidade Sede a SABESP possui como mananciais abastecedores dois poços profundos, poços P₆ e P₇ (Anexo 17), cujas águas são provenientes de lençóis subterrâneos, captadas na formação arenito Bauru, classificadas como especial.

Fomos informados pela SABESP da existência dos poços P₁, P₂, P₃, P₄ e P₅, desativados do sistema por condições técnicas e/ou econômicas de exploração.

O volume mensal produzido pelos mananciais poços P₆ e P₇, para o mês de outubro/94 foi de 46.380 m³ num regime de 55 horas de funcionamento, que representa uma produção média diária de 1500 m³, num regime médio de 16 horas de funcionamento por dia. O volume faturado para o mesmo mês foi de 40.72 m³.

A vazão horária extraída de cada poço é de 35 m³/hora e 56m³/hora, respectivamente poços P₆ e P₇.

Os poços P₆ e P₇ possuem sistema de adução por recalque através de bombas submersas instaladas em seus interiores. Apresentam dispositivo de proteção sanitária através de laje superficial e dispositivo

de proteção de área por cerca de arame farpado e drenagem superficial, estando os mesmos em perfeitas condições operacionais.

A adução de água bruta é feita através de única adutora, devido à proximidade entre os poços em relação à direção do recalque, com extensão de 2538, encaminhando a água bruta para o reservatório apoiado R_1 de 500 m^3 , localizado na área do escritório de atendimento comercial (Anexo 17).

O reservatório apoiado R_1 tem por finalidade acumular a água recebida dos poços e efetuar o tratamento.

O tratamento da água é composto por um sistema de desinfecção através de cloro-gás e um sistema de fluoretação através de dosador de nível constante, com a utilização de ácido fluor silícico (Anexo 17). A fluoretação da água iniciou-se em 1983. Foram consumidos em outubro/94, 47 Kg de cloro-gás e 124 Kg de ácido fluor silícico no tratamento da água, conforme dados fornecidos pela SABESP.

Após tratada, a água é recalçada para dois reservatórios elevados existentes, respectivamente T_1 de 250 m^3 e T_2 de 100 m^3 (Anexo 17), através de estações elevatórias, que abastecem a cidade em duas zonas piezométricas distintas: zona baixa e zona alta.

A zona baixa é abastecida pelo reservatório elevado T_1 de 250 m^3 , que se localiza ao lado do reservatório apoiado R_1 , recebendo a água através da estação elevatória 1, atendendo a aproximadamente 1800 ligações.

A zona alta é abastecida pelo reservatório elevado T_2 de 100 m^3 , que se localiza no Bairro Santa Maria, recebendo a água através da estação elevatória 2, atendendo à aproximadamente 450 ligações.

De acordo com os dados fornecidos pela SABESP, referentes a outubro/94, a cidade de Piratininga possui 2269 ligações de água, entre residenciais, comerciais, públicas e industriais; as quais totalizam 2358 economias, todas com hidrômetros em perfeito funcionamento, atendendo à 100% da população urbana.

A rede de abastecimento de água possui uma extensão de 22,3 Km, encontrando-se em boas condições operacionais.

A SABESP possui um programa de expansão de redes de água dentro do crescimento vegetativo, compatível para atender a demanda crescente.

O índice de perdas estimado pela SABESP é de 15% considerado de bom tamanho em nível estadual. A empresa possui um programa de controle de perdas em nível global.

As fontes alternativas de abastecimento de água existentes na cidade são do tipo poço tubular profundo e em número de seis. De forma geral, os motivos que levaram a esta decisão são específicas para auxiliar no abastecimento visando a redução do valor da conta de água emitida pela SABESP mensalmente. Todas são cadastradas na SABESP, sendo 4 fontes particulares (categoria comercial) e 2 públicas (Prefeitura Municipal).

Verificamos também que nenhuma possui sistema de desinfecção por cloro, o que pode pressupor que as fontes poderão ser focos potenciais de contaminações.

Sugerimos a ampliação do volume de reservação para a zona alta da cidade, com grande potencial de aumento da demanda.

7.6.2. Sistema de Esgotamento Sanitário

Os serviços de coleta, afastamento, tratamento e disposição final, dos esgotos no Município de Piratininga também estão sob a responsabilidade da SABESP desde 1977.

O sistema coletor existente é do tipo separador absoluto. Apresenta uma extensão de 20,6 Km e atende a um total de 2167 ligações prediais, entre residenciais, comerciais, públicas e industriais, equivalentes à 96% em relação ao atendimento com água.

Não há déficit no atendimento, sendo que a diferença em relação à água, refere-se à ligações factíveis, - com rede coletora disponível ou potenciais, sem rede coletora disponível.

A SABESP possui um programa de expansão de redes de esgoto dentro do crescimento vegetativo, compatível para atender a demanda crescente.

O sistema esgota para duas sub-bacias, compreendendo os Córregos do Veado e Anhumas; sendo uma por gravidade para o Córrego do Veado e três reversões por estações elevatórias, sendo duas, no Córrego do Veado - EE₁ e EE₃ - e uma no Córrego Anhumas - EE₂ (Anexo 17).

Todo o sistema de coleta é lançado em um emissário às margens do Córrego do Veado, numa extensão de 5911 metros com diâmetro de 400 milímetros, até o tratamento dos esgotos. Todo o esgoto urbano coletado pela rede pública é tratado.

O tratamento existente, recentemente construído (1994), é composto por uma lagoa anaeróbia, duas lagoas facultativas, uma lagoa de maturação e um leito de pedra para remoção de algas e portanto,

apresenta as fases primária, secundária e terciária de tratamento (Anexo 17).

Não obtivemos os laudos de análises do tratamento dos esgotos, porém pela inspeção realizada, podemos concluir uma alta eficiência no processo, dado à coloração das águas nas lagoas, no leito de pedra e no efluente final, bem como nas excelentes condições de operação e zelo da estação

O efluente final da estação de tratamento dos esgotos é lançado no Rio Batalha, à jusante da captação de água da cidade de Bauru.

As indústrias que lançam seus esgotos na rede pública não possuem qualquer tipo de tratamento por não terem efluentes líquidos em seus processos industriais, excessão feita à indústria Kim-Plast que apresenta um sistema de peneiras para retenção das aparas de materiais plásticos do seu processo industrial.

O corpo receptor dos esgotos de Piratininga é o Rio Batalha. A CETESB efetua o controle da qualidade das suas águas. O efluente tratado não provoca qualquer impacto ambiental no corpo receptor.

Os imóveis não esgotados pela rede pública possuem fossas sépticas individuais em condições satisfatórias.

Sugerimos o estudo futuro para eliminação das estações elevatórias EE-1 e EE-2 com o prolongamento do emissário do Córrego do Veado à montante, já iniciado pela SABESP.

7.6.3. Resíduos Sólidos e Limpeza Pública

O sistema de limpeza pública do Município de Piratininga, tem seus serviços de coleta, transporte e disposição final dos resíduos sólidos e manutenção das vias públicas executados pela garagem municipal da prefeitura, atendendo à 100% da população urbana.

Não existe um setor responsável nem tão pouco uma estrutura organizacional para a execução dos serviços.

O serviço é coordenado por única pessoa, que também exerce as funções de motorista do único veículo apropriado para a coleta do lixo domiciliar da cidade.

Os serviços são realizados por 11 (onze) pessoas, sendo 7 (sete) na equipe que atua na área central da cidade com serviço de coleta de lixo e varrição, e 4 (quatro) na equipe auxiliar que atua nas áreas periféricas da cidade, somente com serviço de coleta, feito precariamente por um caminhão basculante.

As atividades são desenvolvidas conforme descrição abaixo:

- coleta do lixo domiciliar e serviço de varrição executados diariamente (de segunda à sexta-feira) na área central da cidade.
- Coleta do lixo domiciliar, sem varrição, executados três vezes por semana (segundas, quartas e sextas-feiras) nas vilas isoladas e áreas periféricas da cidade.
- Coletas especiais tipo remoções de entulho ou remoções de podas de árvores, são definidos caso a caso.

Duas equipes realizam esse trabalho na frequência acima com uma carga média de 10 horas diárias, iniciando as 6 horas da manhã até concluir toda área coberta, com uma pequena paralização para o almoço.

Os equipamentos existentes para as atividades compreendem 1 caminhão apropriado para a coleta, tipo F6000, com aproximadamente 20 anos de uso; 1 caminhão basculante improvisado para o auxílio na coleta, eventualmente uma pá carregadeira para a cobertura de terra no lixão e ferramentas manuais tipo pá, enxada, carriolas e vassouras para o serviço de varrição.

Os maiores problemas existentes é com a avaria dos equipamentos devido à idade avançada dos mesmos, acarretando freqüentes manutenções, até com soluções improvisadas. Não há previsão de reposição e renovação da frota.

A quantidade de resíduos sólidos produzidos pelo Município diariamente é estimado em 5 toneladas, apresentando uma relação de 0,7 a 0,8 Kg de lixo produzido por habitante/dia.

Os recipientes para acondicionamento do lixo utilizado pelos moradores, são sacos plásticos e latas em sua maioria, trazendo transtornos com ferimentos nas mãos do pessoal da coleta e perda de tempo na realização dos serviços. Foi constatado que, embora disponível, o pessoal da coleta não tem costume de usar equipamentos de proteção individual. Nos locais públicos, nas praças e locais mais movimentados, há recipientes de coleta de lixo, utilizados sem muita frequência.

O sistema de coleta é manual com lançamento no caminhão, um adequado para lixo e o outro basculante, totalmente

inadequado. Não é suficiente apenas nas segundas-feira, cuja quantidade de lixo é bem maior que os outros dias devido ao acúmulo do final de semana, acarretando um maior número de viagens ao lixão com aumento do tempo para realização de toda coleta. Não é um sistema apropriado e sanitariamente não é muito adequado. O percurso diário para a coleta é estimado em 60 Km.

Não existe coleta diferenciada para resíduos de saúde. Os resíduos de saúde gerados pela Santa Casa e pelo Centro de Saúde são queimados nos próprios locais, de forma inadequada. No Centro de Saúde é queimado em tambor diariamente e suas cinzas enterradas. Na Santa Casa é queimado em vala aberta, por um período acumulado de 3 dias ficando ao acesso de pessoas, animais e vetores e suas cinzas são cobertas com terra. Há o aproveitamento da mesma vala para várias queimas.

Não existem iniciativas de coleta seletiva e reciclagem de resíduos na cidade.

Os resíduos coletados pelo serviço de coleta não sofrem qualquer tipo de tratamento.

A disposição final é feita em lixão à céu aberto (Anexo 17), com coberturas de terra feitas esporadicamente conforme vão se enchendo as valas, oriundas de erosão do solo. Não há qualquer proteção contra as águas de chuva o que acarreta o carreamento e a lixiviação do lixo para dentro das erosões que embora não constatado na investigação, deve atingir o Rio Batalha, direção do destino das erosões do local. Não há queima do lixo na disposição no lixão. O local do lixão é de propriedade particular distante aproximadamente 5 Km da cidade. É utilizado pela Prefeitura a mais de 2 anos. O local é cercado, porém sem controle e segurança. Há uma família que realiza a separação e catação

do lixo no lixão, com anuência da Prefeitura Municipal e no momento da nossa visita não foram encontrados.

No local do lixão e seus entornos é possível e viável tecnicamente a projeção e construção de aterro sanitário com controle. Dependerá de iniciativa e interesse da Prefeitura.

7.6.4. Poluição Industrial

Das indústrias existentes na cidade, notamos a existência de poluição em apenas duas:

- Matadouro Municipal

De propriedade da Prefeitura, localizado na saída da Rodovia de acesso à Bauru e bem em frente às termas de Piratininga, o Matadouro Municipal apresenta duas características básicas de geração de poluição ambiental: o mau cheiro e a proliferação de vetores (moscas) proveniente da decomposição de matéria orgânica devido à matança.

A matança ocorre praticamente em todos os dias úteis da semana, com uma frequência média de abate de 8 bois/dia, com a finalidade de atender aos açougues da cidade. Há necessidade de melhorar as condições de higiene no local.

Os efluentes líquidos gerados também contribuem para a degradação do ambiente. Os efluentes do matadouro passam por um pré-tratamento através de peneiras e grelhas para retenção da matéria sólida, porém a parte líquida não retida é lançada no Córrego do Veado sem qualquer tratamento.

Por se tratar de despejos contendo sangue a degradação das águas do córrego receptor é evidente.

A solução se concentra na necessidade de se implantar um sistema de tratamento biológico de seus efluentes líquidos com posterior lançamento na rede coletora da SABESP, com controle de operação e emissão de padrões compatíveis pelos órgãos ambientais, SABESP e CETESB.

A sua localização é outro grande fator negativo, pois encontra-se bem próximo do maior ponto turístico da cidade, Termas de Piratininga o que acarreta o desencadeamento de problemas ambientais localizados com o mau cheiro exalado e a proliferação de vetores nas imediações.

Neste caso recomendaríamos a desativação do local e escolha de nova área, devidamente planejada, para implantação do matadouro, como solução definitiva para a cidade.

- Industria de Reciclo de Plásticos - Kim Plast.

Localizada na Rua Manoel P. Carneiro s/nº na Vila Moraes, ela se dedica à atividade de recuperação de plásticos em geral.

A geração de efluentes líquidos da indústria é devido à operação de lavagem do plástico a ser recuperado, com a presença de resíduos sólidos em suspensão, sob a forma de partículas finas, os quais são encaminhados para a rede pública de esgotos por uma canaleta que retém as partículas sólidas em peneiras dispostas em seu interior, com diversas malhas.

A indústria apresenta como fonte potencial de poluição do ar a operação de armazenamento de plásticos a serem recuperados.

Dependendo da origem de tais materiais, podem ocorrer emissões de odores desagradáveis gerados pela decomposição do material orgânico impregnado nas embalagens plásticas, principalmente plásticos de armazenamento de lixo, estocados ao ar livre e expostos à chuva e calor.

A indústria ainda apresenta fontes potenciais de ruído e vibrações no processo de moagem e extrusão do material plástico. Os fatores citados evidenciam os problemas ambientais causados à população circunvizinha, por essa indústria, devido sua localização na área urbana e residencial.

A falta de leis municipais que disciplinem o uso e a ocupação do solo urbano da cidade de Piratininga, contribuem para a criação desses problemas, interferindo diretamente na qualidade de vida da população.

Tendo em vista o interesse da municipalidade em transformar a cidade em estância turística e hidromineral, há necessidade de se definir critérios e diretrizes para a implantação de indústrias.

7.6.5. Poluição Agro-Pastoril

A atividade agrícola preponderante é a bovinocultura de corte e leite.

Há ainda as atividades voltadas para o café e laranja, não significativos nos dias de hoje.

Não há atividade industrial voltada para a agro-indústria e portanto, podemos afirmar que não ocorre poluição ambiental agropastoril no município.

7.6.6. Planejamento Ambiental

Conforme citado no item 7.6.4., não existe um controle da ocupação do solo para destinação de áreas residenciais e industriais.

A Prefeitura está construindo um distrito industrial como forma de se iniciar o controle de ocupação do solo e efetuar o planejamento urbano.

Trata-se da lei Municipal nº 1241 de 23/12/93 e do Decreto municipal nº 1291 de 18/2/4 que regulamenta a referida lei, que disciplina a doação de terrenos para a instalação de empresas interessadas para ocupação no distrito industrial “Pedro José Kirillos”.

A documentação pertinente à obtenção da licença de instalação do referido distrito industrial, encontra-se em aprovações junto aos órgãos ambientais.

Com isso, é iminente e oportuno a realização de um plano diretor urbano, premiando com isso as ações que cerceiam o planejamento ambiental, trazendo benefícios diretos à qualidade de vida da população da cidade.

7.6.7. Aspectos Gerais e Sanitários do Distrito de Brasília Paulista

Brasília Paulista é uma pequena Vila do Município de Piratininga distante 15 Km da Sede.

Possui 41 edificações entre residências, igreja, comércio e escola; apresentando um total de aproximadamente 160 habitantes.

Sua economia é tipicamente de trabalhadores rurais das fazendas circunvizinhas.

Sanitariamente à primeira vista, possui um sistema de abastecimento de água precário e não possui esgotamento sanitário. Também não é atendido por coleta de lixo.

Seus habitantes vivem em condições precárias, em condições de sub-empregos e sem infra-estrutura para novas conquistas, levados ao isolamento, pois a prefeitura dispõe de transporte coletivo gratuito para a Sede somente às segundas e sextas-feira.

O sistema de água existente é precário desde a captação até a distribuição. Há falta de água continuamente. Quando ela é disponível, é de qualidade duvidosa e com grande potencial de veiculação de doenças gastro-intestinais, não possuindo qualquer tipo de tratamento.

O sistema está praticamente abandonado, aguardando a interligação do novo sistema, em fase de construção pela SABESP, para início de operação previsto para os próximos meses.

O novo sistema apresenta um poço profundo perfurado com vazão de 8,0 m³/h, uma adutora de 540 m ligando o poço ao reservatório, um reservatório de 50 m³ de capacidade com sistema de cloração e fluoretação, 1654 m de rede de água e 41 ligações domiciliares.

Apresentando um doloroso aspecto de abandono, os habitantes contactados pedem para a Prefeitura melhorar o transporte

coletivo para a sede, iniciar a distribuição de água pelo novo sistema e zelar pela limpeza e urbanização da Vila.

7.7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Centro de Saúde conta com um pequeno depósito de medicamentos e uma única funcionária (não farmacêutica) que faz a entrega dos medicamentos aos usuários. Esta, ao entregar o medicamento, fornece informações quanto à posologia do mesmo.

Para que um usuário tenha direito a receber o medicamento receitado pelo médico, é preciso antes passar por uma avaliação sócio-econômico com a Assistente Social do Centro de Saúde. Como os medicamentos não são suficientes para atender a demanda necessária é preciso selecionar antes quem é que vai recebê-lo. Só depois é que o usuário se dirige a farmácia para retirar o seu “prêmio”.

Não existe uma lista padronizada dos medicamentos constantes da farmácia. Na verdade, esta relação vai sendo incrementada por este ou aquele médico que passa pelo Centro de Saúde e sugere que tal medicamento passe a ser adquirido pela Unidade. A funcionária, responsável pela dispensação de medicamentos acrescenta-o à sua lista que mensalmente é enviada ao Assessor do prefeito para que providencie a compra, através de uma licitação.

Foi solicitado a funcionária que elaborasse uma lista contendo todos os medicamentos que são distribuídos pela farmácia.

Esta lista foi estudada de modo a conhecer cada especialidade segundo o seu grau de segurança e eficácia farmacológica

conhecida e comprovado para uso em saúde pública, utilizando-se como padrão de referência, a 7ª Lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde.

O objetivo principal para realização desta lista pela OMS foi o de introduzir perante as sociedades, a adoção de uma política de medicamentos cuja seleção dos mesmos admitissem critérios de eficácia e segurança comprovados, ensaios clínicos efetuados com resultados científicos adequados, e qualidade assegurada, incluindo estabilidade e biodisponibilidade comprovadas mediante ensaio ou cumprimento de regulamentação.

De posse desse parâmetro adotado, construiu-se uma relação que consta no Anexo 17, dos medicamentos pertencentes à farmácia do Centro de Saúde, especificando, quando possível, a forma farmacêutica e concentração adotado pela Unidade, e sua presença na 7ª Lista da OMS bem como um questionamento se o mesmo se encontra em desacordo a OMS e que critérios a mesma adota para sua utilização adequada. Deve-se salientar, que hora as especialidades farmacêuticas se apresentam em nome genérico hora em nome de marca, embora, neste último, traga o(s) princípio(s) ativo(s) especificado. Isso se deve ao fato de que a relação dos medicamentos deveria ser trabalhada exatamente como fora passada pela funcionária do C.S., na maioria das vezes sem especificar a forma farmacêutica, concentração ou ambas. A fim de melhor visualizar um produto quando o mesmo se encontrava sob o nome da marca, buscou-se, com o auxílio do DEF94/95 conhecer seus componentes.

De posse deste estudo pode-se concluir que há muito trabalho a ser feito sobre medicamentos no Centro de Saúde. Em média, 44% dos medicamentos não se encontram na 7ª lista da OMS. É preciso

olhar este dado com cautela e dedicar atenção especial para cada medicamento, pois para alguns pode haver uma simples necessidade em substituí-lo por outros (de mesma ação farmacológica) que se enquadrem nos critérios adotados pela OMS, já para outros, pode ser o caso de eliminá-los definitivamente como prova de eficácia discutível, duvidosa e inútil.

Para aqueles que se encontram em desacordo com a OMS, seria interessante adequá-los às suas exigências em termos de forma farmacêutica e concentração apropriadas.

Para que tais medidas possam ser tomadas, sugere-se a presença de um farmacêutico para assessorar o serviço de medicamentos, acompanhado de um esforço concomitante na difusão de informação com educação e treinamento para os profissionais da saúde, população e demais usuários do Centro de Saúde, no uso adequado e racional dos medicamentos. Esta assessoria é necessária para elaboração de uma nova relação de medicamentos a serem adotados considerando as mudanças nas condições epidemiológicas dos usuários de um modo geral; nos critérios adotados pela 7ª lista da OMS; nas prioridades das ações de saúde pública bem como nos progressos do conhecimento farmacológico e farmacêutico. Sua importância também se faz presente na elaboração e participação de uma comissão para um edital de compras de medicamentos, visto que alguns cuidados devem ser tomados, em especial, quanto a descrição de cada produto, que deve ser a mais detalhada possível. Se a descrição omitir informações sobre características fundamentais do produto, a compra pode ser prejudicada, com conseqüências que vão desde a anulação da sua compra até a aquisição de outro que não satisfaça as necessidades do serviço. A descrição, porém, não pode ser feita de modo a limitar a compra de um item a determinada Marca ou Fabricante.

É de fundamental importância que num edital de licitação para compra de medicamentos haja:

1) Descrição do produto o mais detalhada possível, não especificando Marca ou fabricante;

Exigindo-se que os concorrentes a Licitação apresentem:

2) Nas embalagens individuais, a frase, “proibida a venda pelo comércio”.

3) Validade de no mínimo 12 (doze) meses à partir da data de entrega;

4) Apresentar bula ou literatura com identificação do responsável técnico pelo produto e seu registro no respectivo conselho que regulamenta o exercício profissional;

5) Indicar o número de registro no Ministério da Saúde;

6) declarar Marca ou fabricante.

A tomada destes cuidados resultam em maior segurança e confiabilidade em relação aos medicamentos que serão adquiridos com menor risco de se comprar produtos de origem não confiável e ilegal.

E, por tudo o que foi observado, comentado e sugerido neste subitem “Assistência Farmacêutica”, concluí-se, pois, que a mesma inexistente nos serviços de saúde oferecidos pelo Município, em especial, no Centro de Saúde. Este difere da Santa Casa de Misericórdia apenas no que tange à presença de uma farmacêutica, que ocupa a posição de responsável técnica pela farmácia hospitalar e pelo Laboratório de Análises Clínicas, mas permanecendo apenas no Laboratório, deixando a farmácia por conta de uma funcionária que também exerce o cargo de faturista em paralelo.

8. PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO ACERCA DO SISTEMA DE SAÚDE

No estudo preliminar para o Trabalho de Campo Multiprofissional, o grupo planejou visitas e pesquisas às instituições: Prefeitura, Creche, Promoção Social, Asilos, Albergues, Escolas, Centros de Saúde e Santa Casa. Já na cidade, após realização das visitas e algumas discussões, o grupo teve interesse em desenvolver uma pesquisa de campo com a população, abrangendo a área urbana e rural. Não se planejou a utilização de técnica, o processo da entrevista foi por acessibilidade, tendo-se como instrumento um questionário. Segundo o último censo do IBGE/91, a Cidade de Piratininga tem 9.656 habitantes. Deste universo, entrevistou-se 114 moradores, correspondendo a 1% da população. Apesar de não ser representativo, face ao tempo que se dispunha, pode-se vislumbrar inclusive pela coincidência das respostas, e pensamento da população, sobre o que é o Sistema de Saúde e que problemas este representa para a cidade.

A população entrevistada constitui-se de 114 pessoas, sendo que 99 da área urbana e 15 da área rural.

Tabela 12: Distribuição do número de indivíduos entrevistados segundo serviços de saúde procurados e, local de moradia, Município de Piratininga, 1994.

Locais	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Santa Casa e/ou C.S. de Piratininga	71	71,8	11	73,3	82	71,9
Médico particular da Cidade de Piratininga	3	3,0	1	6,7	4	3,5
Farmácia	1	1,0			1	0,9
Hospital de Base de Bauru	21	21,2	1	6,7	22	19,3
Convênio Médico Particular	3	3,0	2	13,3	5	4,4
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Para as pessoas da área urbana que necessitam dos recursos de saúde, o primeiro local a ser procurado é o Centro de Saúde por ser de fácil acesso. Porém, nem sempre é possível responder as necessidades da demanda, segundo os entrevistados faltam profissionais médicos de especialidades, medicamentos, demora nos agendamentos, número de vagas restrito. Para a população da área rural, os problemas são semelhantes, agravados pela falta de transporte, o que dá uma média de 10 Km e/ou 3 horas de caminhada. Mesmo assim a população se desloca à procura do recurso. Para ambos, o pronto Atendimento da Santa Casa deixa a desejar quanto aos plantões em finais de semana e feriados, havendo queixas inclusive por falta de pediatras. A referência, via SUS, em Bauru (Hospital de Base), é utilizada no caso de especialidades.

Tabela 13: Distribuição do número de indivíduos entrevistados quanto a opinião em relação a Qualidade do Sistema de Saúde e Local de Moradia, Município de Piratininga, 1994.

Qualificação (Opinião)	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Eficiente	20	20,2	7	46,7	27	23,7
Razoável	24	24,2	1	6,6	25	21,9
Precário	55	55,6	7	46,7	62	54,4
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Tanto a população urbana como a rural que utiliza o sistema de saúde da cidade aponta a precariedade do mesmo.

Tabela 14: Distribuição de indivíduos entrevistados segundo Propostas para Melhoria do Sistema de Saúde e Local de Moradia, Município de Piratininga, 1994.

Propostas	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mais investimentos de recursos (Verbas	11	11,1	1	6,6	12	10,5
Melhoria da Infra-estrutura (Recursos Materiais)	70	70,4	12	80,0	82	71,9
Humanização do Atendimento	9	9,1	1	6,7	10	8,8
Maior participação da comunidade na gestão dos serviços	1	1,0			1	0,9
Não apresentou proposta	8	8,1	1	6,7	9	7,9
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Foram apontados como infra-estrutura básica os seguintes itens: aumento do número de funcionários e médicos em diferentes especialidades; ampliação dos plantões nos finais de semana na Santa Casa, falta de medicamentos e ampliação e manutenção dos equipamentos.

Tabela 15: Distribuição de indivíduos entrevistados segundo grau de conhecimento em relação a Municipalização do Sistema de Saúde e Local de Moradia, Município de Piratininga, 1994.

Grau de Conhecimento	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Informado total ou Parcialmente	28	28,3	1	6,7	29	25,4
Desinformado	57	57,6	10	66,7	67	58,8
N/Respondeu	14	14,1	4	26,6	18	15,8
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Fica evidenciado que a população desconhece o processo de Municipalização da Saúde. É prioritário que a população participe. A participação popular é primordial na concretização do sistema.

Tabela 16: Distribuição do número de indivíduos entrevistados segundo a sua participação em associações e outros órgãos, Município de Piratininga, 1994.

Grau de Participação	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Participa	22	22,2			17	14,9
Não Participa	60	60,6	15	100,0	75	65,8
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Piratininga caracteriza-se como uma cidade carente de lazer. O clube de campo existente e o Hotel Clube Águas Quentes de Piratininga são as únicas opções, sendo, contudo privativos dos associados da administração pública.

Na zona rural (Vila São José), o único meio de lazer é o campo de futebol, que possui quatro times, sendo um feminino. Esse esporte tem atraído muitas pessoas ao vilarejo nos finais de semana.

Tabela 17: Distribuição do número de indivíduos entrevistados segundo ocupação e local de moradia, Município de Piratininga, 1994

Ocupação nos Setores	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primário	9	9,9	2	13,33	11	9,65
Secundário	90	90,99	13	86,67	13	90,35
Terciário	-	-	-	-	-	-
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Piratininga é uma cidade dormitório, não há indústrias e o comércio é pequeno. A grande maioria da população se desloca até Bauru para trabalhar, permanecem na cidade as donas de casas, trabalhadoras domésticas, comerciantes e aposentados. Houve êxodo na área rural e na própria cidade, quando da retirada dos trilhos da Fepasa. Na área rural, além da dificuldade de trabalho, há a precariedade de transporte. Há locais em que um ônibus fretado pela Prefeitura passa apenas duas vezes por semana.

Tabela 18: Distribuição de indivíduos entrevistados segundo nível de escolaridade e local de moradia, Município de Piratininga, 1994.

Escolaridade	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não alfabetizado	5	5,1	1	6,7	5	5,3
1º Grau incompleto	37	37,4	10	66,6	47	41,2
1º Grau completo	9	9,1	2	13,3	11	9,7
2º Grau incompleto	3	3,0	-	-	3	2,6
2º Grau completo	8	8,1	-	-	8	7,0
Magistério	4	4,0	1	6,7	5	4,4
Superior incompleto	5	5,0	-	-	5	4,4
Superior completo	9	9,1	-	-	9	7,9
Não questionado	17	17,2	-	-	17	14,9
Não respondeu	2	2,0	1	6,7	3	2,6
Total	99	100,0	15	100,0	114	100,0

Quanto ao nível de escolaridade da população urbana e rural de Piratininga, observa-se uma predominância do nível primário de ensino, representando-se principalmente na área rural.

Tabela 19: Distribuição de indivíduos entrevistados segundo problemas apontados e local de moradia, Município de Piratininga, 1994.

Problemas	Zona urbana		Zona Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Emprego	29	22,3	3	12,5	32	20,8
Habitação	5	4,6	1	4,2	7	4,6
Transporte	3	2,3	10	41,7	13	8,4
Sistema de Saúde	50	38,5	3	12,5	53	34,4
Administração Pública	42	32,3	7	29,1	49	31,8
Total	130	100,0	24	100,0	154	100,0

A população elencou diversos problemas, chamando atenção ara três aspectos principais como: falta de emprego, precariedade do sistema de saúde e má utilização dos recursos pela administração pública.

O total de respostas mencionadas (130) incide nas opiniões formuladas e não no número de entrevistados.

9. CONCLUSÃO

Ao se falar em saúde pública, o grande divisor de águas a nível mundial se remete à 1978, com a declaração de Alma-Ata na União Soviética. Esta conferência procurou analisar a situação sanitária dos países que dela participaram, procurando fixar prioridades para que suas populações atingissem um nível de saúde que possibilitasse uma vida produtiva.

Partindo da aceitação de que um bom nível de saúde das populações é condição para manter-se a produtividade individual e, conseqüentemente a nacional, e de que essa produtividade é indispensável à manutenção da paz mundial, reconhece-se que esse objetivo só será alcançado com a participação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde específico, uma vez que as forças que impedem o completo bem estar físico, mental e social e causam doença são também encontrados nos outros setores.

A VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde definiram as atividades mínimas que devem compor o conceito de cuidados primários enumerando a educação sanitária, a assistência nutricional, o saneamento básico, a assistência materno-infantil, a assistência curativa para problemas comuns, enfatizando antes a exigência da participação comunitária e individual na organização dos cuidados primários de saúde, acrescentando que ela deverá promover a maior utilização possível dos recursos disponíveis. Os recursos devem ser coordenados no nível local e as organizações deverão possuir Sistemas de Referências hierarquizados e integrados.

Em relação ao município por nós pesquisado, tivemos uma excelente acolhida por toda a população local e dos poderes constituídos (Prefeitura, gestores da saúde, Câmara dos Vereadores,

etc). No que concerne ao nosso objeto de avaliação, constatamos que Piratininga, embora tenha sob sua gerência os equipamentos de saúde da cidade, excetuando-se a Santa Casa, onde somente o Pronto Atendimento é feito pela Prefeitura através de convênio, não melhorou os serviços prestados à população, pois falta vontade política para que de fato o convênio celebrado com o Ministério da Saúde, se materialize na prática. Devemos salientar que esta situação se reproduz na maioria dos municípios brasileiros, principalmente entre os chamados pequenos (reduzido número de habitantes), os quais se vêem à mercê das políticas públicas de outras esferas de governo.

Como relatado anteriormente, Piratininga passa por sérias dificuldades na implementação da municipalização dos serviços de saúde, devido aos repasses de verbas serem efetivados com a intermediação do Ersá de Bauru.

A entrevista de parte do grupo com o diretor do ERSA, foi bastante profícua. Pudemos identificar o grande poder decisório que possui, sendo que sua função primordial enquanto representante de uma Instituição, é auditar as contas dos serviços prestados pelos municípios que estão sob seu comando, auferindo de acordo com critérios pré estabelecidos (capacidade operacional instalada, população e perfil de demanda), o percentual que cada um receberá da União. Referiu ainda que aos critérios supra mencionados, existe ainda um teto máximo de cobertura e repasse orçamentario, ficando portanto os municípios reféns deste teto, pois caso seja ultrapassado, o mesmo deverá arcar com o ônus do excedente contratual. Ao ser argüido sobre a forma como os municípios poderão aumentar o teto para o recebimento dos serviços prestados, pois particularmente em Piratininga este fica aquém das suas necessidades, não obtivemos resposta satisfatória. Ainda relatou que o Ersá pode aumentar ou diminuir o repasse de verba de acordo com outros

critérios - não especificou. Pelas colocações do mesmo, evidenciou-se que possui considerável autonomia, e por conseguinte pode na nossa opinião, utilizar clientelisticamente este poder para beneficiar este ou aquele município.

Como se pode perceber, face a esta intermediação do Ersa, e devido ao custo operacional não coberto pela municipalização, devido a limitação, o município de Bauru que possui uma rede considerável de serviços, se vê como referência para casos de atenção primária, casos estes que poderiam ser resolvidos no próprio município, onerando todo o sistema, pois as prefeituras utilizam parte de seu orçamento com custos variáveis de transporte, gasolina, salário de motoristas, etc, no envio de seus doentes para Bauru.

Em relação à avaliação dos serviços, pudemos verificar “in-loco” a desestruturação administrativa local, e a falta de interação entre os agentes institucionais, onde as ações individuais prevalecem sobre as coletivas. Um exemplo claro desta afirmação diz respeito ao trabalho desenvolvido pelo C.S. III , e a Promoção Social. Embora tenha como objetivo a promoção à saúde, os dois equipamentos sociais não desenvolvem ações conjuntas , se limitando ao encaminhamento para avaliação quando existe alguma patologia específica. Evidentemente existem entraves institucionais, pontuados na avaliação diagnóstica dos equipamentos. Porém, o processo saúde/doença, vai além da medicação, é promoção e como tal deve ser entendido no seu contexto macro social (habitação, saneamento básico, alimentação, etc), portanto depende de ações conjuntas de todos os seguimentos envolvidos buscando o crescimento, através da conscientização, entendimento e participação no processo, otimizando os recursos disponíveis.

No que diz respeito à questão política entre a correlação de forças no município, pudemos através de entrevistas com o Prefeito e

Vereadores, observar que existe um embate, claramente identificável no que concerne ao gerenciamento local. O conflito se dá face aos papéis institucionais não estarem claramente definidos. Enfim, como relata Sueli Gandolfi Dallari, “municipalizar os serviços de saúde não tem somente implicações políticas, mas também econômicas. Isso porque não basta politicamente que se decida atribuir a responsabilidade de coordenação das atividades sanitárias nele desenvolvidas ao município. É indispensável que exista autonomia municipal verdadeira para que ele aja com independência “. E só haverá verdadeira autonomia quando não houver dependência financeira, isto é, enquanto o município necessitar de ajuda econômica para desempenhar suas funções, ele estará, senão ineficiente, ao menos moralmente vinculado ao seu gerenciador, o que limitará sua liberdade política. Autonomia significa autogoverno, o governo com seus próprios meios. Só haverá município autônomo quando este dispuser dos meios para que se auto governe, devendo portanto, gozar de independência política, administrativa, legislativa e financeira. O município brasileiro, de acordo com o já observado, possui constitucionalmente todos os requisitos para a autonomia, pois lhe é reconhecida capacidade política, administrativa, legislativa e financeira.

Entretanto, a realidade contemporânea, mostra como sobrevivem a maioria dos municípios, principalmente no que concerne as suas fontes de receitas, as quais são incapazes de atender as necessidades geradas pelo processo de desenvolvimento.

A superação destas desigualdades poderá determinar de fato a autonomia municipal. Examinando-se tanto os aspectos legais como os dados da realidade, conclui-se que, apesar da impressão de extrema dificuldade, geradas pelas distorções ora existentes, é possível a implantação do SUS, o qual tem como base o Município.

10. SUGESTÕES

Conforme apontamos no decorrer desse trabalho, existem algumas incongruências no processo de Municipalização, que poderiam ser melhor avaliadas visando uma maior qualidade nos serviços prestados à população a saber:

- Contratação de médicos, dentistas para a Santa Casa, Centro de Saúde, os quais não possuem vínculo empregatício, pois legalmente podem acionar a cidade visando futuras indenizações trabalhistas.

Como alternativa, sugerimos que se faça uma contratação via C.L.T. ou por Contratação de Emergência, ambas amparadas pelas leis trabalhistas em vigor.

- Otimização do trabalho desenvolvido pelo Centro de Saúde e promoção Social, buscando atuar conjuntamente, via ações, que contemplem uma abordagem integrada e não fragmentada do ser humano.
- Viabilizar o funcionamento pleno de toda rede pública municipalizada, com alocação de recursos humanos necessários para preencher o quadro de lotação de toda a rede, com responsabilidade de repasses por parte do Governo Federal e Estadual na municipalização.
- Contratação de uma equipe mínima para o Programa de Saúde mental (psiquiatra, psicólogo, assistente social).
- Reestruturação do Conselho Municipal de Saúde visando resgatar a participação popular de fato, através de

plenários onde haja representatividade popular na indicação dos elementos que compõe o Conselho, e com reuniões sistematizadas e periódicas, buscando-se socializar todo o processo.

- Criação de Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde e Promoção Social, onde através da participação paritária das pessoas envolvidas (funcionários, diretores e população) buscar-se-ia as resoluções que fossem factíveis para as problemáticas apresentadas nos referidos equipamentos sociais.
- Fortalecer os canais de comunicação permanente com a sociedade, intensificando o uso das diversas formas de comunicação (periódicos institucionais, reuniões gerais, cartazes, etc.) no intuito de informar, orientar e estimular a participação da população e dos trabalhadores da Saúde.
- Respeitar a autonomia dos movimentos populares, tanto em sua organização própria quanto a indicação dos seguimentos dos representantes, para comporem o Conselho.

O poder público não pode indicar, nem vetar, estes representantes a não ser, os da própria administração.

- Garantia de acesso aos Conselhos à todas as fontes de dados e informações gerais da administração da saúde e, em especial, sobre a questão financeira.
- Partindo-se do pressuposto de que a qualidade dos serviços prestados dependem diretamente do

desempenho e motivação profissional, faz-se necessário uma política de desenvolvimento e recursos humanos, voltados para a qualificação funcional adequados às condições de trabalho.

- Criação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários que englobe todos os trabalhadores do SUS, definindo-se como carreira única da saúde.
- Assegurar a evolução permanente na carreira. A progressão poderá se dar por critérios que combinem: tempo de serviço e de formado, qualificação e mérito.
- Fim dos desvios de função, com enquadramento adequado, considerando-se o tempo e a experiência dos mesmo, além de formação específica para alguns cargos.
- Ampliação das consultas médicas na Santa Casa, nas diversas especialidades.
- Maior entrosamento do Centro de Saúde com a Santa Casa, para aumentar os encaminhamentos da demanda.
- Estimular a realização de parto normal, já que este oferece menor risco à mãe e à criança.
- Implantação do programa do idoso.
- Programas de divulgação e atividades educativas direcionadas à vigilância sanitária.
- Presença de um farmacêutico para assessorar o serviço de medicamentos, acompanhado de um esforço concomitante na difusão de informação com educação e

treinamento para os profissionais da saúde, população e demais usuários do Centro de Saúde, no uso adequado e racional dos medicamentos.

- Elaboração de uma nova relação de medicamentos com base nos critérios adotados pela 7ª lista da Organização Mundial da Saúde;
- Levantamento Epidemiológico de cáries, seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde, para definição dos grupos de risco: risco de C.P.O. acima da média;
- Contratação ou formação de pessoal auxiliar de Odontologia.
- Calibração dos cirurgiões dentistas.
- Programa de cooperação entre o Centro de Saúde e o Ginário Municipal de Esportes para elaboração de exames médicos e outras atividades de vigilância à saúde.
- Controle das populações animais no município.
- Reforma , reaparelhamento e localização das instalações do matadouro municipal em local adequado, preferencialmente em consórcio com os municípios vizinhos e equidistantes destes, bem como tratamento dos efluentes gerados.
- Aproveitamento dos sub-produtos dos animais destinados ao abate.

- Avaliação de desempenho profissional/institucional ordenada em cruzamento, com a participação de instituição (administração), e o coletivo dos funcionários.
- Garantir supervisão multiprofissional aos técnicos e pessoal de apoio das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações coletivas.
- Construção de aterro sanitário com controle, para destinação do lixo doméstico, utilizando as áreas dos entornos disponíveis no lixão existente.
- Elaboração de um Plano Diretor de Desenvolvimento urbano, como forma de disciplinar o uso e ocupação do solo, promover e direcionar o crescimento urbano com controle ambiental.
- O município deve se preocupar em cumprir as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente, regulamentando e fortalecendo os Conselhos Municipais e Conselhos Tutelares.
- Elaborar diagnóstico e acompanhamento por equipe multiprofissional (saúde-educação), para atendimento das crianças e adolescentes com necessidades diferenciadas.
- O Projeto ACEP (Trabalho com Excepcionais) ter maior autonomia para desenvolver o trabalho, desvinculando-se da creche.
- Incluir a área de Promoção Social, nas prioridades do

Plano Diretor do Município.

- Otimização dos serviços prestados na área de Promoção Social.

Todas estas sugestões só serão viabilizadas a médio e longo prazo, se houver de fato, investimento no Sistema de Saúde da cidade.

13. BIBLIOGRAFIA

- BOLETIM SOBRAVIME, São Paulo, SOBRAVIME (12) Jan-Mar, 1994.
- BRASIL, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo, IMESP, 1988.
- CAMPOS, G.W.S. A saúde pública e a defesa da vida, São Paulo, HUCITEC, 1989.
- CAMPOS, G.W.S. et al. Planejamento sem normas, São Paulo, HUCITEC, 1989.
- CAMPOS, G.W.S. Reflexões sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 9, Brasília, 1992, Cadernos da Nona, Brasília, UNB, 1992.
- CEBES/ABRASCO. Saúde e qualidade de vida. Saúde em debate, 1992.
- CHAVES, M.M. Odontologia social, São Paulo, Artes Médicas, 1986.
- DALLARI, S.G. Municipalização dos serviços de saúde, São Paulo, Brasiliense, 1985.
- DICIONÁRIO de Especialidades Farmacêuticas, 23ª ed., Editora das Publicações Científicas Ltda. Rio de Janeiro, 94/95.
- FUNDAÇÃO SEADE. óbitos gerais segundo as causas de morte resumidas por idade e sexo na cidade de Piratininga, SP - 1990 a 1992. São Paulo, 1993.
- FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal, São Paulo, 1993.

LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde, São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1987.

LEI nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990.

LEI nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 29 de dezembro de 1990.

MENDES, E.V. As políticas de saúde do Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a constituição da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo, 1994 (Texto do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. Regulamento da inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal, Brasília, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional básica. SUS - 01/1993. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de maio de 1993.

PHILIPPI, Jr., A. Org. Saneamento do Meio, São Paulo, Fundacentro, faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Ambiental, 1992.

PIRATININGA 99 anos. Piratininga, Banco do Brasil, 1994.

PIRATININGA (SP), Leis, etc. Lei nº 1141 de 14 de junho de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.

PIRATININGA (SP), Leis etc. Lei nº 1142 de 24 de junho de 1991: dispõe sobre a composição, organização e competência do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências correlatas.

PIRATININGA (SP), Leis etc. Lei nº 1186 de 17 de junho de 1992: cria o Serviço de Inspeção Municipal e dá outras providências.

PIRATININGA (SP), Leis etc. lei nº 1256 de 23 de junho de 1994: institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

SUNG, J. M. A Idolatria do Capital e a Morte dos pobres, São Paulo, Ed. Paulinas, 1989.

A N E X O S

ANEXO 1

A1

ROTEIRO DE PERGUNTAS : CHEFIA E SEÇÃO ADMINISTRATIVA

1. Os funcionários são contratados pelo município via concurso público?
Sim () Não (). Por que meios ?

2. Quando houve o último concurso ?

3. Como funciona a internação de pacientes?

4. Quantos leitos existem?

5. Qual o número de funcionários do corpo técnico e sua formação acadêmica?

1º grau completo ()	1º grau incompleto ()
2º grau completo ()	2º grau incompleto ()
superior completo ()	superior incompleto ()
Outros ()	

6. Quais especialidades existem ?

7. Como se dá o financiamento, quem paga as despesas, quem mantém a instituição ?

8. Da verba recebida como se gasta? Esta verba é suficiente?

9. Quem fornece a medicação ?

10. Quantos pacientes, em média, são atendidos por dia ?

11. Há atendimento particular? Algum tipo de convênio?

12. Como se dá o convênio Prefeitura/Santa Casa ?

13. Qual o tempo médio de permanência do paciente internado?

14. Quais as doenças que mais acometem a população ?

15. Quais casos são encaminhados? Para onde ?

16. Como é feito o encaminhamento?

17. Existe relatório de atividades? Quem o faz? Com que frequência ? A quem é destinado?

18. Quais programas são desenvolvidos ?

19. Qual a cobertura? Quem os desenvolve?

20. Como é o agendamento de pacientes? Há lista de espera? É de livre demanda?

21. Qual a queixa principal dos pacientes que procuram atendimento?

22. O que você entende por municipalização?

ANEXO 2

A3

ROTEIRO DE PERGUNTAS : NÍVEL LOCAL - CORPO TÉCNICO

1. O salário é:

BOM ()
REGULAR ()
RUIM ()
PESSIMO ()

2. Quais as principais dificuldades encontradas na execução do trabalho?

3. Há falta de equipamentos ?

Medicamentos?

Outros (especificar)

4. Você atende, em média, quantos pacientes por dia?

5. Como funciona o desenvolvimento de programas?

6. Como é o relacionamento com a chefia?

excelente ()
bom ()
regular ()
distante ()
difícil ()

7. Existem reuniões com todos os setores? Com que frequência?

8. Vocês têm a oportunidade de opinar a respeito de determinadas situações ou mudanças? São atendidos ?

9. O que você entende por municipalização?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O(A) DIRETOR(A)/ ESCOLA

1. O número de vagas disponíveis na escola atende a demanda? (Quantas vagas?).
2. De onde provém esta demanda?
3. Qual o índice de analfabetismo (a partir de 10 anos)?
4. Existe alto índice de evasão escolar? Tem relação com períodos de safra-agrícola?
5. Há participação da comunidade nas decisões da escola (APM atuante, conselho de pais, etc.)?
6. Há contato com o conselho municipal de educação?
7. O(A) Sr.(a) já ouviu falar sobre Conselho municipal de Saúde?
8. O quê o(a) Sr.(a) entende por municipalização dos serviços de saúde?
9. São desenvolvidos programas conjuntos com a área da saúde?
10. Existe algum tipo de "classe especial" para atendimento da população excepcional?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETOR(A) DA CRECHE

1. Qual a população atendida? faixa etária, nível sócio econômico/cultural, etc.
2. O número de vagas disponíveis atende a demanda? (demanda maior do que a oferta?)
3. De onde provém esta demanda?(somente de Piratininga?)
4. Quais os critérios para admissão/matricula?
5. Todas as mães das crianças matriculadas trabalham?
6. Quem fornece a alimentação/medicação?
7. Para onde são encaminhadas em caso de doença?
8. O atendimento às crianças excepcionais é um projeto isolado/ separado da creche?
9. Qual a proposta do projeto?
10. Critérios para admissão dos recursos humanos (efetivos/ admitidos, etc.)
11. Critérios para admissão das crianças?
12. Recursos humanos disponíveis(p/ creche, p/ escola)
13. Há participação da população nas políticas de gerenciamento ou decisões?
14. O(A) Sr(a) já ouviu falar do conselho Municipal de Saúde?
15. O quê o(a) Sr(a) entende por municipalização?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COORDENADOR ALBERGUE

1. Recursos humanos disponíveis (efetivos, contratados, admitidos). Recursos financeiros (De onde?)
2. Possui qual função social? (reintegração, educativo, etc)
3. Quais os critérios para admissão?
4. Número de vagas disponíveis?
5. Atende toda a demanda? Qual a demanda/mês? Recebe imigrantes?
6. Nível sócio-econômico e cultural dos usuários?
7. A demanda é eleitoreira, de onde provém?
8. Há fornecimento de alimentação/medicação? Qual a entidade fornecedora ou mantenedora?
9. Em caso de problemas de saúde, para onde são encaminhados os usuários?
10. O quê você entende por Conselho Nacional de Saúde?
11. O quê você entende por municipalização dos serviços de saúde?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O COORDENADOR ASILO

1. Recursos humanos disponíveis (efetivos, contratados, admitidos). Recursos financeiros.
2. Número de vagas? Atende a demanda?
3. Número de idosos por sexo, faixa etária.
4. Critérios para admissão?
5. Atende somente a idosos do município? Nível sócio-econômico dos usuários e familiares.
6. Quem fornece a alimentação/medicação?
7. Em caso de doenças onde são encaminhados?
8. São desenvolvidos programas conjuntos com área da saúde?
9. Há participação da população na formulação das políticas de gerenciamento?
10. Há Terapeuta Ocupacional ou qualquer outro tipo de profissional com os idosos?
11. Há recreação?
12. você já ouviu falar de Conselho municipal da Saúde?
13. O quê você entende por municipalização dos serviços de saúde?

ANEXO 7

A8

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA IGREJA

1. Como é a situação social do município e as condições de habitação?

2. Há dados sobre migrações?

3. Como é o trabalho da igreja nas questões sociais da cidade?

4. A igreja assume obras sociais? Quais? É convênio? Voluntariado?

5. A igreja atua nas pastorais? Quais? Criança, saúde , outras?

6. Qual o vínculo da igreja com o centro de saúde?

7. O Sr. já ouviu falar sobre Conselho Municipal de Saúde?

8. O quê o Sr. entende por municipalização?

ROTEIRO DE PERGUNTAS REALIZADAS PARA DELEGACIA

1. Quais os principais problemas de segurança no município ?
2. Qual o índice de criminalidade ?
3. O tráfico de drogas, alcoolismo, briga de cônjuges, menor infrator, furto, chega a ser um problema na região ?
4. As verbas disponíveis para segurança atende as atividades ?
5. Existem mecanismos que garantam a eficácia do direito à saúde no município ? A quem recorre a população para reclamar seus direitos ?
6. O senhor já ouviu falar do Conselho Municipal de Saúde ?
7. Dentro de sua área de atuação o senhor acha que poderia contribuir para eficácia do direito da população participar do serviço de saúde ?
8. A Delegacia dá retaguarda ou funciona como suporte para atendimento de urgência (psiquiatria e outros) ao sistema de saúde ?
9. Como o senhor avalia o serviço de saúde do Município ?
10. Qual o perfil da população atendida e qual o índice de ocorrências (caracterização/tipo) ?

ANEXO 9 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Parte Geral

1. As ações e serviços da Vigilância Sanitária estão municipalizadas? Se não; há interesse político em que essa municipalização seja feita?
2. Existe uma equipe multiprofissional atuando na Vigilância Sanitária?
3. Qual o suporte técnico que dispõe a equipe de Vigilância Sanitária?
4. Existe retaguarda no município ou região para atender às ações da Vigilância Sanitária?
5. Existe alguma atividade educativa direcionada para a Vigilância Sanitária?
6. Existe algum tipo de participação popular da comunidade em relação às ações de Vigilância Sanitária?
7. Existe algum canal de comunicação (rádio, jornal, etc...) onde a população do município possa colocar suas reivindicações em relação às ações de V.S.?
8. Existe algum tipo de atividade direcionada à saúde do trabalhador?

Parte Específica

1. Os produtos de origem animal (carnes, leite, peixes, etc...) são produzidos na região ou são recebidos de outros municípios; quais e em que quantidade?
2. IDEM para os produtos de origem vegetal?
3. Os produtos de origem animal são inspecionados na fonte. Esta inspeção está a cargo do nível federal, estadual ou municipal?
4. Existe matadouro no município? Se existe, qual a sua capacidade operacional de abate; existe inspeção permanente durante o abate?
5. O comércio de alimentos no município é realizado por estabelecimentos cadastrados e licenciados, (Atacadistas, varejistas, ambulantes, etc...)?
6. Existe no município indústria de transformação? Ex.: de carnes (salsicharias, embutidos outros, etc...), de leite (fábricas de queijos, usina de pasteurização, etc...), de vegetais (farinha de milho, mandioca, fábrica de macarrão, etc...)
7. Há fiscalização na área de alimentos? Em que nível ela se dá?
8. Existe legislação ou posturas municipais referentes às atividades de comércio de alimentos? Obs.: Se existe, anexar ao relatório.

Medicamentos, Saneantes e Agrotóxicos

1. Existe no município ou região alguma indústria farmacêutica? Quais os produtos fabricados?

2. As farmácias, drogarias e distribuidoras trabalham com medicamentos pertencentes às portarias 27 e 28?
3. Existe alguma farmácia de manipulação?
4. Existe alguma indústria de saneantes domissanitários (produtos de limpeza em geral como água sanitária, detergentes, desinfetantes, sabão, e afins)? As empresas estão licenciadas e seus produtos devidamente registrados no ministério da saúde?
5. Existe alguma indústria de agrotóxico no município ou região?

Controle de Zoonoses

1. Existe no município, algum serviço de controle de zoonoses urbanas (raiva, arboviroses, leishmaniose, doença de chagas, etc.)?
2. Existe captura de animais errantes (cães, gatos, cavalos, etc...)?
3. Existe combate à artrópodes?
4. Existe instalações adequadas para observação de animais agressores, suspeitos de raiva e outras doenças infecto-contagiosas?

Tema Central

1. Qual a atividade agrícola mais importante no município e região?
2. Que tipo de serviços a Casa da Agricultura presta aos agricultores?
3. Existe algum problema de fomento para outras atividades agrícolas?

Quais

4. Na sua opinião quais os maiores problemas enfrentados pelos agricultores da região?
5. Existe matadouro no município? Qual sua capacidade operacional?
6. Existe agro-indústria no município? Que tipo?
7. Sabe de casos de zoonoses na região, como raiva animal, aftosa, brucelose, etc?
8. Existe algum levantamento ou trabalho tentando averiguar as doenças infecto-contagiosas, transmitidas por animais?
9. Existe campanhas de vacinação anti-rábica no município ou região?

ROTEIRO DE PERGUNTAS : USUÁRIOS

Dados pessoais:

Idade: Profissão:

Residente local:

1. Você procura sempre este local? Porquê?
2. É encaminhado a este serviço ou é porque é de fácil acesso?
3. Os seus problemas de saúde são resolvidos pelos serviços de saúde deste município?
4. Você acha importante ter um espaço para opinar a respeito do sistema de saúde da sua cidade? Tem sugestões? Críticas?
5. Você já ouviu falar do Conselho Municipal de Saúde?
6. O quê você entende por municipalização?

ROTEIRO DE PERGUNTAS FEITAS A POPULAÇÃO

1. Quando você tem algum problema de saúde, para onde você vai?
2. Você utiliza o Sistema de Saúde da cidade? Por quê?
3. Qual sua opinião sobre o Sistema de Saúde da cidade ?
4. O que você acha que melhoraria o Sistema de Saúde da sua cidade ?
5. O que você entende sobre Municipalização do Sistema de Saúde?
6. Você participa de alguma associação da cidade? (Beneficiária, Sindicato, de bairro, etc)
7. Qual a sua:

ocupação?

escolaridade?
8. O que você considera como sendo o maior problema da sua cidade?

ANEXO 12 -

PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO DE PIRATININGA

O Plano Diretor é um projeto que engloba todos os setores do município sendo necessário para que a cidade receba os recursos financeiros provenientes das esferas estaduais e federais para que assim consiga gerenciar a sua municipalização.

Segundo o art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990, o não atendimento pelos municípios dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicarão na não administração destes recursos pelo município, mas sim pelo Estado ou pela União.

O Plano Diretor do Município de Piratininga foi nos enviado tardiamente, comprometendo assim, nossas discussões preliminares e nosso planejamento.

A decisão de inserir o Plano Diretor como corpo do trabalho foi decorrente da constatação de uma situação diferente do planejado.

Sendo assim, segue-se a descrição do Plano Diretor propriamente dito e da realidade que Piratininga vivencia atualmente.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRATININGA

OFÍCIO No. 107/92

Piratininga, 21 de maio de 1992.

Senhor Diretor:

Vimos por meio deste, apresentar à Vossa Senhoria o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 91/92, visto ter sido o mesmo aprovado pelos membros do Conselho Municipal de Saúde.

Esperando contar com a especial atenção de Vossa Senhoria, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

ODAIL FALQUEIRO

Prefeito Municipal

A Sua Senhoria o Senhor

DOUTOR LUIS FERNANDO RIBEIRO

DD. Diretor do Escritório Regional de Saúde de Bauru - ERSA/23

BAURU/SP

1a. Parte": DIAGNÓSTICO ADMINISTRATIVO

DIAGNÓSTICO - MUNICÍPIO DE PIRATININGA

I - CARACTERÍSTICA DA ÁREA E ABRANGÊNCIA DO MUNICÍPIO

a) Localização: A cidade de Piratininga está localizada a 22° 33' 00" de latitude Sul e 49° 08' 30" de longitude Oeste de Gren Wich. Limita-se dos municípios de Bauru, Duartina, Cabrália Paulista e Agudos. Acha-se situado aos 497 metros de altitude. A extensão territorial é de 388 km² com a densidade demográfica de 25,91 hab./km.

b) A população:

CRIANÇAS	MENORES DE 1 ANO	232
	DE 1 A 4 ANOS	796
	DE 5 A 14 ANOS	2.382
ADULTOS	MENORES DE 15 ANOS	3.410
	MAIORES DE 15 ANOS	6.220
MULHERES	DE 10 A 14 ANOS	601
	DE 15 A 49 ANOS	2.118
	MAIORES DE 15 ANOS	3.073
	DE 25 A 60 ANOS	1.609
	ACIMA DE 50 ANOS	954
IDOSOS	ACIMA DE 60 ANOS	1.114
TOTAL DE HOMENS		4.752
TOTAL DE MULHERES		4.878
POPULAÇÃO TOTAL		9.630

IBGE/91

1 - Taxa de Urbanização

No ano de 1980 o nível de urbanização do município foi de 58,02% (fonte SEADE). Entretanto esta taxa aumentou em relação à década passada, principalmente em virtude do êxodo rural, no entanto encontra-se abaixo da média do Estado de São Paulo (88,64%) e da região do governo de Bauru (82,69%).

2 - Taxa de Crescimento Médio Anual

A taxa geométrica de crescimento anual da população na década de 1980 foi de 0,17% e a taxa geométrica estimada de crescimento anual para década de 1980/90 é a de 0,24% verificando-se assim um pequeno aumento populacional em relação a década passada.

3 - Natalidade

ANO	TAXA DE NATALIDADE
1985	22,77%
1986	22,03%
1987	21,78
1988	20,36%
1989	21,46%
1990	17,51%

1985 a 1987 - Dados oficiais (SEADE)

1988 a 1990 - Dados provisórios (ERSA 23)

4 - Taxa de Migração

O movimento migratório no município caracteriza-se por um êxodo rural que vem ocorrendo há diversas décadas, por uma evasão

da população jovem em direção a centros maiores em busca de mercado de trabalho e condições para o desenvolvimento dos estudos. Um outro movimento populacional que ocorre no município é o da migração pendular, isto é, um grande número de pessoas que se deslocam todos os dias para outros municípios para trabalhar, principalmente à cidade de Bauru.

c) Aspecto Ambiental:

1 - A População Economicamente Ativa

A população economicamente ativa de 1985 é de 9.716 habitantes e de 1989 é de 10.322 habitantes, havendo uma taxa de 0,06% de crescimento nesses 5 anos.

Ressalta-se que o IBGE, através do censo de 1991 constatou que a população do município de Piratininga é de 9.630 habitantes, daí não dispormos do dado exato da população economicamente ativa.

Composição Médio Familiar

O número médio de componentes das famílias do município segundo dados do censo de 1980 é de 3.94% conforme demonstra o quadro que segue.

Pessoas de 10 anos ou + por sexo e Setor de Atividade-1980			
Setor de Atividade	Homens	Mulheres	Total
Agropec. Ext. Veg. Pesca	1630	419	2049
Atividade Industrial	604	128	732
Comércio	230	105	335
Prestação de Serviços	183	436	619
Transporte/Comunicação	155	22	177
Atividades Sociais	54	207	261
Administração Pública	136	08	144
Outras Atividades	62	36	98
Procurando Trabalho	-	-	99
TOTAL			4514

FONTE: IBGE/80

Basicamente a economia do município se refere à produção agro-pecuária, empregando quase a metade da população ativa. O setor industrial é pouco desenvolvido e composto principalmente de indústrias de transformação com certo destaque para a agro-indústria. Possui um comércio pouco desenvolvido devido a proximidade da cidade de Bauru.

2- Renda Familiar em Salários Mínimos

Conforme tabela abaixo. 2.721 pessoas (35,40%) do município não possuem renda mensal, sendo que 1.117 pessoas, cerca de 14,53% da população recebem de 1/2 a 1 salário mínimo e somente 1,54% recebeu mais de 20 salários mínimos.

NÍVEL DE RENDA

SALÁRIO	TOTAL	%
sem renda	2721	35,40
até ¼	196	2,55
de ¼ a ½	588	7,65
de ½ a 1	1294	16,83
de 1 a 1 e ½	1117	14,53
de 1 e ½ a 2	437	5,68
de 2 a 3	511	6,65
de 3 a 5	445	5,79
de 5 a 10	250	3,25
de 10 a 20	118	1,54
+ de 20	10	1,54
TOTAL	7687	100%

O nível de emprego no município com já dissemos, dada a proximidade da cidade de Bauru é precário.

A cidade de Piratininga conta com 23 estabelecimentos comerciais, tendo também, 29 bares e 05 lanchonetes e 2347 imóveis cadastrados. (fonte PMP 12/05/92).

3 - Educação

Conforme os dados da tabela abaixo o nível de instruções da população não é dos melhores, verificando-se um acentuado índice de analfabetismo devido a uma faixa significativa da população trabalhar de "bóias frias" na zona rural.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO

PESSOAS DE 7 ANOS OU MAIS - (IBGE/SEADE)

	PESSOAS	PERCENTUAL
ANALFABETAS	1709	20,05
ALFABETIZADAS	6627	70,5
TOTAL	8340	100%

A cidade dispõe de 03 escolas públicas de I e II graus, 03 escolas agrupadas de I grau na zona rural e 1 pré-escola municipal - EMEI, funcionando atualmente na EEPSTG Prof. Eduardo Velho Filho.

4 - Habitação

A maioria das famílias possuem casa própria (87%) sendo as demais, aproximadamente 10% de residências alugadas e cerca de 1% cedidas. A cidade possui 05 núcleos habitacionais perfazendo um total

de 554 residências, tendo ainda mais um núcleo em fase final de construção com 100 casas.

5 - Abastecimento De Água

O abastecimento de água é feito pela SABESP, que serve água tratada (clorada e fluoretada) à 1.800 residências aproximadamente, atingindo a uma população de 8.600 pessoas do município.

O abastecimento de água é feito através de captação subterrânea em dois poços profundos.

Extensão da rede de água: 19.184 metros

Extensão da adutora: 5.652 metros

Projetos de extensão da rede: de acordo com o crescimento do município.

6 - Destinos dos Excretos

O sistema de eliminação se faz através das redes coletoras de esgotos, emissários e por fim lançamento "in natureza" no rio Batalha.

Extensão da rede de esgotos - 17.124 metros

Emissário - 5.449 metros

Ligações de esgotos - 1.584 unidades

Proporção da população servida - 8.015 pessoas

Existe projeto para execução da lagoa de tratamento e estabilização de esgotos.

7 - Controle dos Alimentos

O controle dos alimentos e de sua qualidade, junto aos locais de produção e venda; condições de higiene, projetos de construção e outros é realizado por funcionários da UBS e agentes qualificados sob a responsabilidade do Grupo de Vigilância Epidemiológica da Saúde do ERSA/23 - Bauru.

8 - Lixo

A coleta do lixo é feita diariamente, sendo o mesmo depositado em aterros sanitários.

9 - Indústrias

A utilização do solo é feita basicamente por residências, sendo cerca de 85% de prédios residenciais horizontais e 0,10% de residências verticais. O comércio utiliza cerca de 0,50% desse solo, aproximadamente 0,20% é utilizado por prestadores de serviços, 0,02% serve para outros e cerca de 0,05% por indústrias a saber.

1. Ind. de sucatas e plásticos
2. Olaria Irmãos Fabri
3. Piratininga Agro Industrial Ltda.

4. Olaria Paulo Roberto Marot
5. José Mansanaro Artefatos de Cimento
6. Têxtil Piratininga Ltda.
7. Marot Agro Industrial Ltda.
8. Olaria Maria Luiza Marot
9. Industria e Comércio de Confecções-Lauro
10. BN Ind. Com. Móveis e Madeira
11. Ind. Com. de Cerâmica Artística Amado
12. Industria e Com. de Blocos e Artefatos de Cimento.
13. GIRRET - Confecções
14. Olaria Seki Ltda.
15. Fimbra Fibras e Manufaturados Ltda.
16. L.P.C. Laticínios Poços de Caldas (DANONE)
17. Gráficas dos Estudantes
18. Planserv Serv. Empresariais S/C Ltda.
19. Eucampinas Com. Metais
20. ADRIALE - Confecções

Industrias Predominante: Olarias

De maneira geral as condições de higiene do trabalho das industrias acima citadas são regulares, entretanto oferecem riscos ao trabalhador.

II Eixo Epidemiológico

1 - Mortalidade Geral

ANO	MORTALIDADE GERAL
1985	70,70%
1986	68,50%
1987	69,36%
1988	37,00%
1989	69,92%
1990	30,96%

Fonte: 1985 a 1987 - Dados oficiais - SEADE

1988 a 1990 - ERSA/23

Ressaltamos aqui o grande problema enfrentando pela município que é o funcionamento deficitário e atendimento inadequado da Santa Casa de Misericórdia, cujos casos graves são encaminhados para outros hospitais tais como Bauru e região.

O índice de mortalidade é acentuado no grupo etário - 20 a 49 anos (SEADE/89).

1 - Mortalidade Geral

ANO	MORTALIDADE GERAL
1985	70,70%
1986	68,50%
1987	69,36%
1988	37,00%
1989	69,92%
1990	30,96%

Fonte: 1985 a 1987 - Dados oficiais - SEADE

1988 a 1990 - ERSA/23

Ressaltamos aqui o grande problema enfrentando pela município que é o funcionamento deficitário e atendimento inadequado da Santa Casa de Misericórdia, cujos casos graves são encaminhados para outros hospitais tais como Bauru e região.

O índice de mortalidade é acentuado no grupo etário - 20 a 49 anos (SEADE/89).

CAUSAS - ÓBITOS	ÓBITOS	%	COEFICIENTE
Acidentes de veículos motorizados	3	18,75	7,38
Tumores malignos incluindo neoplasmas	2	12,50	4,92
Doenças Hipertensivas	2	12,50	4,92
Demais acidentes	2	12,50	4,92
Avitaminoses/outras deficientes nut.	1	6,25	2,46
Doenças cerebrovasculares	1	6,25	2,46
Sintomas mórbidos mal definidos	1	6,25	2,46
Outras doenças não relacionadas	2	12,50	4,92
Homicídios	1	6,25	2,46
Demais causas externas	1	6,25	2,46

Na faixa etária de 50 anos ou mais destacam-se as seguintes principais causas óbitos

CAUSAS - ÓBITOS	ÓBITOS	%	COEFICIENTE
Todas as doenças não relacionadas acima	10	19,23	51,41
Doenças cerebrovasculares	07	13,46	35,99
Tumores malignos	06	11,54	30,85
Doenças isquêmicas do coração	5	9,62	25,71
Doenças Hipertensivas	04	7,69	20,57
Sintomas mórbidos mal definidos	04	7,69	20,57

Total de óbitos: 52 - faixa etária: 1945

De uma maneira geral a população de Piratininga após ser atendida pela unidade básica, dependendo da patologia é encaminhada à Santa Casa local, cujo atendimento de urgência e emergência encaminha-

os para assistência. Se a doença não requerer atendimento mais complicado a Santa Casa tem condições de atender em sua ala inaugurada recentemente, inclusive partos.

Para ilustração do aspecto da Mortalidade Geral segue o Quadro das principais causas de óbitos em toda a população

CAUSAS - ÓBITOS	ÓBITOS	%	COEFICIENTE
Doenças não relacionadas acima	13	18,06	12,63
Tumores malignos	08	11,11	7,77
Doenças cerebrovasculares	08	11,11	7,77
Doenças Hipertensivas	06	8,33	5,83
Doenças isquêmicas do coração	05	6,94	4,86
Sintomas mórbidos mal definidos	05	6,94	4,86
Acidentes de veículos motorizados	04	5,56	3,88
Demais acidentes	04	5,56	3,88

2 - Morbidade Infantil

Devem ser destacadas as causas de internação de menores de 01 ano e de 01 a 05 anos, com predominância nos casos de doenças infecciosas e intestinais, parasitárias, doenças do aparelho respiratório em geral e algumas afecções originadas no período perinatal.

Geralmente essas patologias são preveníveis à nível de programas realizados na Unidade Básica de Saúde.

Dada a ausência de atendimento por programas DRI e

TRO, como todos os demais programas de atendimento básico de saúde na unidade, devido ao alto índice de demanda diária, sentimos que o aspecto da Morbidade Infantil torna-se mais difícil de ser trabalhado.

A mortalidade infantil, nos faz defrontar com quadros patológicos como:

- avitaminoses e outras deficiências nutricionais e demais acidentes dentro da faixa etária 1 a 4 anos, constando 2 óbitos numa população de 984 crianças;
- na faixa etária de 1 ano, os óbitos tem como causas principais: lesões ao nascer afecções anóxicas e hipóxicas perinatais e outras doenças não relacionadas.

Encontramos 2 óbitos no ano de 1989 entre 1.000 nascidos vivos (fonte SIS-SEADE).

Para ilustração da mortalidade infantil segue quadro com dados encaminhados pelo Núcleo de informações do ERSA e SEADE.

ANOS	MORTALIDADE INFANTIL
1985	34,48
1986	26,67
1987	26,91
1988	23,92
1989	18,10
1990	0,0

III - Eixo Organizacional

O serviço de atendimento à saúde na comunidade de Piratininga, vem realizando-se através de dois prestadores de serviços da saúde que são: Centro de Saúde e Santa Casa de Misericórdia de Piratininga.

A Unidade Básica de Saúde atende ao usuário em três turnos das 7 às 21 horas.

O pronto atendimento é realizado na Santa Casa, através de plantões médicos (12 horas).

Esse sistema de atendimento de saúde ininterrupto, só foi concretizado após o convênio SUDS/PREFEITURA. Gradativamente o sistema foi-se aprimorando, com implantação efetiva dos programas básicos, de saúde, junto à crianças, adultos e mulheres; contratação de médicos, atendimento da população na zona rural através do trailer médico odontológico; maior cobertura vacinal; implantação de novos programas como de prótese e endodontia na área odontológica, otimização de outros programas como o de combate ao câncer intra uterino, distribuição gratuita de medicamentos e outros.

Todo esse trabalho vem sendo realizado com algumas dificuldades, sendo que o problema financeiro é o maior, pois os repasses além de defasados vem sofrendo atrasos acentuados, forçando desta forma o governo municipal adotar atitudes como de suspender o atendimento realizado pelo trailer na zona rural, dispensar pessoal técnico, contenção na distribuição de medicamentos suspensão de implantação de novos programas.

Contudo ressaltamos que os índices de janeiro/88 (implantação do convênio SUDS) a dezembro/90, vem aumentando e superando as expectativas. Na área de pediatria atingimos um índice de 30%, de ginecologia 140% e clínica médica 250%. O atendimento de enfermagem atingiu 610% neste período enquanto que os exames de papanicolau que não eram realizados em 90/91, atingiram um índice de 17,6% em exames elaborados. Na área odontológica o tratamento preventivo atingiu 89% da população atendida.

A produção na área médica no ano de 1991 foi de, exatamente 34.335 consultas e na área odontológica de 16.837 procedimentos odontológicos, sendo que no 1º trimestre/92 já foram realizadas 2.536 consultas.

A Unidade de Saúde de Piratininga é a porta de entrada da saúde do município. Possui 8 médicos (3 pediatras, 1 ginecologista e 4 clínicos gerais), e 8 dentistas suficientes para atender a demanda e as necessidades da saúde bucal, sistematicamente nas escolas, na unidade e na trailer. Possui ainda enfermeira com uma equipe de auxiliares de enfermagem e atendentes que desenvolvem uma média de 88.329 atendimentos básicos (ano de 1991).

Atuam também no aspecto preventivo com vacinações e campanhas, atingindo 3.345 pessoas vacinadas e 493 coletas de papanicolau no ano de 1991 e outras ações no sentido de aumentar o índice de prevenção da saúde.

Independente de funcionar das 7 às 21 horas na UBS, possuímos também o atendimento de urgência e emergência na Santa Casa que após a inauguração de sua nova ala, em 08/12/91, ampliou o seu atendimento clínico para 39 leitos, assumindo cirurgias, parto e outros atendimentos que eram realizados em hospitais da região.

No campo das especialidades a Santa Casa conta com: cardiologia, gastroenterologia, urologia, ortopedia, fisioterapia, etc. Possui convênios com a Unimed, Cesp e Banco do Brasil.

No momento são encaminhados para outros municípios como Bauru, Jaú, Marília, Botucatu, apenas os pacientes da área de saúde mental, os alcoólatras e portadores de doenças graves como o câncer, encaminhamento esse feito pelo Serviço de promoção Social da unidade.

No que tange a saúde coletiva, especificamente na Vigilância Sanitária, contamos com 1 agente de saneamento, necessário ao controle da proliferação do Aedes Aegypti, que atinge altos índices do município, justificando desta forma a contratação de outro profissional da área para o acompanhamento eficiente da higienização dos açougues, lanchonetes e outros estabelecimentos comerciais do município.

O Centro de Saúde conta também com 1 psicóloga, em jornada de trabalho de 8 horas diárias, para atendimento de pessoas da comunidade que procuram a terapia psicológica por sentirem necessidades próprias ou por encaminhamentos médicos ou de fonoaudiólogos e de escolas.

Realiza em conjunto com enfermeira e assistente social orientações em grupos de planejamento familiar e demais trabalhos de caráter educativo.

Na unidade o trabalho foi iniciado em maio/89 perfazendo um total de 824 atividades até dezembro/89.

Na área de fonoaudiologia a clientela atendida é provinda de escolas, encaminhamentos de psicólogos, médicos, projeto ACEP e outras instituições, cujas patologias apresentadas se caracterizam por

problemas de fala, escrita, voz e audição. Foram realizadas 215 atividades nesta área em 1989.

Na unidade o usuário conta ainda com os trabalhos, de 1 assistente social e 1 estagiária que cursa o 5º ano de Serviço Social, para atender os casos necessários.

Através do convênio de municipalização da saúde, o Município de Piratininga vem atendendo uma faixa de baixa e média de renda, de forma mais eficiente do que anteriormente, visto que a Prefeitura assumiu a prestação de serviços na rede básica de saúde tornando-se mais acessíveis à população, que usufrui dos mesmo em seu próprio benefício.

Quanto aos programa ao nosso ver é o maior ponto de estrangulamento de todo o processo do SUS, visto que não conseguimos articulá-los conforme demonstram os quadros de cobertura vacinal de 1991.

VACINA	1 ANO	1 A 4 ANOS
Tríplice	89,10	117,87
Sabin	81,52	119,81
Sarampo	87,20	-0-
BCG ID	82,46	-0-

FONTE: N.I. SUDS

Os demais programas dada ao grande número de atendimentos de atenção primária da unidade, também são deficientes. Segue abaixo quadro dos programas do ano de 1991.

PROGRAMAS	TOTAL/ATENDIMENTOS
Consultas médicas-criança	6915
Consultas médicas-mulher	2022
Consultas-mulher-ginecol.	4320
Tuberculose	68
Hanseníase	84
Hanseníase Comunicantes	84
Consultas-Hanseníase	160
Hipertensão	2219
Total adultos	12090

FONTE: N.I. SUDS

Entendemos que o sistema de saúde implantado precisa ter continuidade, e para tanto estabelecemos metas que são essenciais a população como:

- municipalização da vigilância sanitária
- incentivar o aumento da cobertura vacinal
- treinamento e reciclagem de pessoal
- trabalhos com grupos na comunidade
- otimização dos programas básicos e implantação de novos
- distribuição gratuita de medicamentos
- aquisição de material de consumo e permanente
- funcionamento efetivo do trailer na zona rural
- funcionamento efetivo da Santa Casa local, para atendimento do usuário do sistema de saúde, nas consultas de especialidades para melhor resolutividade e

menor dependência dos municípios vizinhos.

IV - Eixo Gerencial

O gerenciamento na área da saúde em Piratininga é realizado por uma coordenadoria de saúde, juntamente com uma equipe técnica formada por outros profissionais que respondem por chefias administrativas e técnicas.

As atividades da saúde são resolvidas à nível de Conselho Municipal, que tem procurado reunir-se mensalmente para planejamento e programação; acompanhamento e avaliação e outras ações inerentes às funções do referido Conselho Municipal de Saúde.

Recursos Humanos

Quanto a quantidade de pessoal, achamos suficiente para o atendimento da saúde, assim como sua distribuição. Após a Municipalização da Saúde foram contratados uma média de 8 médicos plantonistas na Santa Casa de Misericórdia de Piratininga, 9 médicos para a Unidade Básica de Saúde (3 pediatras, 1 ginecologista e 5 clínicos gerais), 3 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira, 1 agente de saúde, 7 dentistas, 3 auxiliares odontológicos, 3 motoristas de ambulância e 1 servente.

O Plano de Cargos e Salários, encontra-se em fase de discussão por uma equipe nomeada em Portaria pelo prefeito Municipal.

Recursos Financeiros

No ano de 1991 o município aplicou em saúde o montante de CR\$ 53.038.345,11, mais CR\$ 54.305.212,32 que recebeu pelo convênio/SUDS. O primeiro valor acima citado correspondente à 13% do total do orçamento/91.

A previsão de aplicação municipal em saúde para o ano de 1992 é a mesma que a de 1991, ou seja 13%.

SUS-SP

MATRIZ DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS

(Diagnóstico Situacional)

ERSA COD.: 23 | NOME: BAURU |

TIPO DE PRESTADOR : 11

MUNICÍPIO Cód. | 4332 | NOME: Centro de Saúde III - Piratininga-Serviço Social |

ANO : | 1 | 9 | 9 | 2 |

Nº de Ordem	PROBLEMA	EXPLICAÇÃO	OPERAÇÃO	RECURSOS FINANCEIRO
01	Falta de espaço físico	Inexistência de uma sala apropriada para atendimento.	Construção de uma sala	
02	Contratação de mais um profissional	Demanda muito grande prejudicando o bom desempenho do trabalho		
03	Falta de recursos financeiros	Para melhor atender usuários carentes na aquisição de medicamentos, óculos e outros aparelhos.		
04	Falta de conscientização da população quanto a área social da UBS.	Falta de divulgação das atividades do profissional de Serviço Social.	Realização de um boletim informativo	
05	Baixa remuneração			
06	Atualização profissional	Oportunidade p/reciclagens.		

SUS-SP

MATRIZ DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS

(Diagnóstico Situacional)

ERSA COD.: 23 | NOME: | BAURU |

TIPO DE PRESTADOR : 11

MUNICÍPIO Cód. | 4332 | NOME: | Centro de Saúde III - Piratininga-

ANO : | 1 | 9 | 9 | 2 |

Nº de Ordem	PROBLEMA	EXPLICAÇÃO	OPERAÇÃO	RECURSOS FINANCEIRO
01	Alto índice de demanda /dificultando o desenvolvimento dos Programas /Básicos de saúde	Baixa resolutividade Ausência prolongada dos médicos na Unidades. Falta de priorização para agendamento dos Programas.	melhor gerenciamento do sistema de saúde municipal.	
02	Falta de espaço físico	Melhor definição das áreas para execução das atividades de enfermagem	Reforma do prédio	
03	Ausência de uma política de recursos humanos na área de saúde.	Falta de ação preventiva p/otimização dos programas. Falta de interesse da população em obedecer as datas		
04	Sobrecargas de serviços p/ os funcionários	Desmotivação para o trabalho.	Contratação de aux. De enfermagem	
05	Baixos salários	Desmotivação dos funcionários		

SUS-SP

MATRIZ DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS

(Diagnóstico Situacional)

ERSA COD.: 23 | NOME: | BAURU |

TIPO DE PRESTADOR : 11

MUNICÍPIO Cód. | 4332 | NOME: | Centro de Saúde III - Piratininga-Saneamento |

ANO : | 1 | 9 | 9 | 2 |

Nº de Ordem	PROBLEMA	EXPLICAÇÃO	OPERAÇÃO	RECURSOS FINANCEIRO
01	Inexistência do setor de vigilância sanitária	Falta de funcionário para atuar nesta área dependendo tudo de Bauru para realizar multas e autos de infração	Municipalização do CVS.	
02	Falta de recurso humano	P/cobertura dos trabalhos de combate ao Aedes	Contratação de mais um agente.	
03	Baixo salário	Desmotivação p/o trabalho	Maiores recursos financeiros p/ remuneração do funcionário	
04	Cursos p/ reciclagem técnica	Melhor informação e divulgação nas campanhas	Atualização de informações.	

SUS-SP

PLANILHA DE PRIORIZAÇÃO DAS AÇÕES CORRETIVAS

DESPESAS: De Capital Setor Público Municipal Setor Privado Correntes

(Não Lucrativo)

MUNICÍPIO CÓD. | 4332 | NOME: | BAURU

ANO : | 1 | 9 | 9 | 2 |

Ordem Prior.	PRINCÍPIO/UNIDADE	DESCRIÇÃO	CUSTO TOTAL
01	Unidade Básica de Saúde	AMPLIAÇÃO ESPAÇO FÍSICO 2 (salas) na UBS, propiciando aos profissionais da saúde exercerem toda a sua atividade em um mesmo local	\$ 10.412.000,00
02	Unidade Básica de Saúde EEPG "Cel. Virgílio Rodrigues Alves"	REPOSIÇÃO de equipamento Odontológico completo, - para aperfeiçoamento do atendimento Odontológico - da População.	\$ 33.880.000,00
03	Unidade Básica de Saúde	CONTRATAÇÃO funcionários para melhor prestação de serviços, no atendimento da Saúde na UBS.	\$ 1.042.817,00
04	Unidade Básica de Saúde	CURSOS de reciclagem para treinamento de funcionários de nível, universitário e nível básico	\$ 458.960,00
05	Município Piratininga	FUNCIONAMENTO efetivo dos serviços de saúde através da construção do SUS - realizada pelo funcionamento regular do conselho, Fundo e Planos Municipais de Saúde, e demais requisitos necessários.	-
06	Município de Piratininga	PROPORCIONAR a participação da comunidade no conselho, através de Entidades Representativas.	-
07	Município de Piratininga	DAR prioridade às atividades de caráter preventivo, planejando e executando ações inter-setoriais que possam interferir direta ou indiretamente na saúde da população. Essas ações devem ser desenvolvidas levando-se em conta a identificação das doenças que mais ocorrem e que mais afetam a saúde da população local, assim como de suas causas, e incluem atividades de vigilância epidemiológicas	
Total			

SUS-SP PLANILHA DE PRIORIZAÇÃO DAS AÇÕES CORRETIVAS			
DESPESAS: <input type="checkbox"/> De Capital		<input type="checkbox"/> Setor Público Municipal	<input type="checkbox"/> Setor Privado
<input type="checkbox"/> Correntes		<input type="checkbox"/>	(Não Lucrativo)
MUNICÍPIO CÓD. 4332 NOME: BAURU			ANO : 1 9 9 2
Ordem Prior.	PRINCÍPIO/UNIDADE	DESCRIÇÃO	CUSTO TOTAL
07	Município de Piratininga	Vigilância sanitária, saneamento básico, controle de vetores, educação em saúde/higiene, entre outras.	
08	Município de Piratininga	COMPLEMENTAR os esforços preventivos coletivos com ações de prevenção individual, proporcionando condições para o cidadão evitar ou minimizar os fatores de risco à saúde, através da imunização, distribuição de preservativos para prevenir a AIDS - etc.	
09		ESTABELECER a hierarquização das atividades de saúde, compatibilizando os diferentes níveis (primário, secundário e terciário) com as características do município e sua região. Essa medida possibilita um atendimento mais ágil e de melhor qualidade, reduzindo as filas e o número de internações, além de proporcionar uma melhor solução do problema de saúde dos pacientes;	
10	Município de Piratininga	PROMOVER o atendimento saúde-nutricional para a gestante e para o recém-nato, até o primeiro ano - de idade, realizada no posto de saúde mais próximo de sua casa;	
11	Município de Piratininga	APERFEIÇOAR o atendimento ambulatorial e hospitalar para idosos, estabelecendo locais específicos para o seu atendimento.	
Total			

ANEXO 13

160
A49

DECRETO N.º 27.140, DE 30 DE JUNHO DE 1987

Autoriza a celebração de convênios e termos aditivos com os Municípios, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no Município, e dá providências correlatas

ANEXO DO DECRETO N.º DE CONVENIO DE MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

"Convênio celebrado entre o Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado de Saúde, e o Município de [] com intervenção do Inamps, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no Município, propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento do processo de municipalização

ORESTES QUÉRCIA, Governador do Estado de São Paulo, no uso das atribuições previstas no artigo 34, incisos VI e XXV, e no artigo 136 da Constituição do Estado, considerando ser imprescindível a elevação do nível de produtividade dos serviços de saúde prestados à população; considerando que a obtenção do máximo rendimento dos gastos públicos é um dos compromissos fundamentais da Administração; considerando, ainda, que sendo a população destinatária (também financiadora do sistema de saúde, a ela cabe, igualmente, o controle dos resultados do sistema; e considerando, finalmente, a necessidade de se estabelecerem, nos convênios com os Municípios, normas básicas para a execução dos serviços de saúde, tendo em vista o fortalecimento do processo de municipalização desses serviços,

O Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Saúde, doravante denominada "Secretaria", neste ato representada por seu titular, Doutor [], devidamente autorizado pelo Governador do Estado nos termos do Decreto n.º [], de [] de [] de 1987, e o Município de [], doravante denominado "Município", representado pelo Prefeito Municipal, Senhor [], autorizado pela Lei Municipal n.º [], de [] de [] com a intervenção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), neste ato representado por [], firmam o presente "Convênio de Municipalização dos Serviços de Saúde", que se rege por as cláusulas e condições seguintes:

Decreta:

Artigo 1.º - Fica o Secretário da Saúde autorizado a celebrar, com os Municípios, convênios e termos aditivos que objetivem implementar a integração dos serviços de saúde localizados no Município, propiciando a extensão do seu atendimento e a elevação de sua qualidade, tendo em vista o fortalecimento do processo de municipalização desses serviços, bem como definitivamente resolver e rescindir os convênios e termos aditivos firmados.

CLÁUSULA I

Do Objeto

Este convênio tem por objeto imediato estabelecer as normas dos serviços de saúde no Município, com observância da política e das diretrizes e normas das Ações Integradas de Saúde - AIS, em especial do Convênio 07/83 e seus Termos Aditivos e Termos de Adesão, bem como das disposições do Compromisso Interinstitucional celebrado em 21-5-87, entre o MPAS - Inamps e o Estado de São Paulo - Secretaria de Saúde, com a intervenção do Ministério da Saúde, e cujos textos, por cópia, fazem parte integrante deste convênio.

Decorrentemente, constitui objeto mediano do convênio o afastamento de servidores estaduais junto ao Município, exclusivamente para prestarem serviços na área de saúde objeto do acordo, e a permissão de uso de bens móveis e imóveis do Estado para os mesmos fins, a se proceder na forma do art.º 22, inciso I, da Lei Complementar n.º 478, de 18 de julho de 1986.

O convênio visa assegurar:

1. O aprofundamento da integração dos serviços e instituições de saúde no Município;
2. O aumento da eficácia e resolutividade da produção dos serviços de saúde;
3. A obtenção do máximo rendimento dos gastos públicos com saúde e a adequada avaliação dos resultados;
4. A integração da ação primária do sistema unificado de saúde dentro dos princípios básicos de regionalização de referência e contra-referência e implementação de ações de distinta complexidade, em diferentes níveis do sistema;
5. O oferecimento de melhores condições de controle do sistema pela população;
6. A melhoria geral dos padrões de saúde do Município;
7. A implementação ampla e eficiente dos programas prioritários da Secretaria adequados às realidades epidemiológicas de cada Município e região;
8. A descentralização da execução de atividades;
9. A integração da medicina curativa, preventiva e funcional;
10. A configuração da unidade político-funcional do sistema, através de Planos Municipais de Operacionalização, conceitualmente únicos e dinâmicos.

CLÁUSULA II

Das Obrigações dos Partícipes

Para alcançar os objetivos acima propostos, a Secretaria e o Município assumirão as seguintes obrigações:

A. Obrigações Comuns

1. Garantir a população do Município o direito à saúde, com padrões adequados de qualidade e eficiência dos serviços e fácil acesso a eles;

§ 1.º - A integração dos serviços de saúde será consubstanciada em Plano de Operacionalização apresentado pelo Município e que satisfaça aos requisitos constantes de resolução Secretarial.

§ 2.º - O convênio do Estado com o Município observará, necessariamente, os preceitos das Ações Integradas de Saúde e as disposições do Compromisso Interinstitucional celebrado, em 21 de maio de 1987, entre o Ministério da Previdência e Assistência Social - INAMPS e o Estado de São Paulo - Secretaria de Saúde, com a intervenção do Ministério da Saúde.

§ 3.º - O termo de convênio obedecerá ao modelo constante do anexo deste decreto, observadas as peculiaridades de cada Município.

§ 4.º - Os termos aditivos e alterações que impliquem aumento de despesa, dependerão de prévia autorização do Governador do Estado.

Artigo 2.º - O Município que celebrar convênio com o Estado, nos termos do artigo 1.º, contribuirá com uma contrapartida correspondente a percentual das despesas globais previstas no Plano de Operacionalização integrante do convênio.

Artigo 3.º - A Secretaria de Saúde estabelecerá mecanismo de avaliação de desempenho para aferir a adequada execução das atividades previstas no convênio.

Artigo 4.º - Poderão ser afastados funcionários e servidores públicos estaduais para prestação no Município, de serviços relacionados exclusivamente com o objeto do convênio celebrado, sem prejuízo de todos os direitos e vantagens previstos na legislação específica.

Parágrafo Único - Os afastamentos de que trata este artigo serão autorizados, em cada convênio, pelo Secretário da Saúde.

Artigo 5.º - As despesas decorrentes dos convênios de que trata este decreto correrão à conta de dotações consignadas em Orçamento, suplementadas nos termos da legislação em vigor.

Artigo 6.º - O prazo de vigência do convênio com o Município não poderá exceder o limite de 5 (cinco) anos, contados da lavratura do respectivo instrumento.

Artigo 7.º - O Secretário de Saúde baixará normas complementares para execução deste decreto.

Artigo 8.º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Governantes, 30 de junho de 1987.

ORESTES QUÉRCIA

Governador do Estado de São Paulo

Ass. Aristodemo Pinotti, Secretário da Saúde

Ass. Carlos Mesquita, Secretário do Governo

Publicado na Secretaria de Estado do Governo, aos 30 de junho de 1987.

ANEXO 14

LEI Nº 988, DE 20 DE NOVEMBRO DE 1987

Autoriza a Prefeitura Municipal de Piratininga a celebrar convênio com o Governo do Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, objetivando a Municipalização dos Serviços de Saúde e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de Piratininga, Estado de São Paulo,

Faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ela sanciona a seguinte lei:

Artigo 1º - Fica a Prefeitura Municipal de Piratininga autorizada a celebrar convênio com o Governo do Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, objetivando a Municipalização dos Serviços de Saúde.

Artigo 2º - Para atender à despesa com a presente lei, fica aberto um crédito suplementar de até Cr\$ 2.000.000,00 (dois milhões de cruzeiros), na seguinte dotação orçamentária:

GRUPO: 09-CHEFIA DO EXECUTIVO

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 09-SAÚDE

FUNCIÓNAL PROGRAMÁTICA

0934282,20 - Manutenção de Assistência Médica

CATEGORIA ECONÔMICA

09) 3120 - Material de consumo Cr\$ 1.000.000,00

09) 3132 - Outros serviços e encargos Cr\$ 1.000.000,00

Parágrafo Único - O crédito autorizado neste artigo, será satisfeito com os recursos provenientes do excesso de arrecadação do corrente exercício.

Artigo 3º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

[Handwritten signature]
2.-

Piratinunga, 20 de novembro de 1987 . -



[Handwritten signature]
Osvaldo Pereira da Silva
Prefeito Municipal

Expediente na Secretária de Prefeitura Municipal, em
20 de novembro de 1987 . -

[Large handwritten signature]

Antonio Domingos Neto
Secretário



3120 - Material de
3132 - Outros materiais

Vertical text on the left margin, partially obscured by a thick black line.

Large handwritten scribbles or lines on the right side of the page.

ANEXO 15



Prefeitura Municipal de Piratininga

Praca Dr. Mário Ribeiro da Silva, 14 - Caixa Postal, 50 - Fones, (DDD 0142) 65-1011 e 65-1012
CEP 17490 - CGC(MF) 46.137.451/0001-76 - Estado de São Paulo

[Handwritten signature]

OFÍCIO Nº 162/87

Piratininga, 20 de novembro de 1987.-

Senhor Secretário:

Sirvo-me do presente para solicitar assinatura de convênio com essa Secretaria de Estado, objetivando a Municipalização dos Serviços de Saúde, juntando para isto os documentos exigidos.

Sem outro particular, aproveito a oportunidade para reiterar os protestos de estima e consideração.

[Handwritten signature]
Geraldo Pereira da Silva
Prefeito Municipal

A Sua Excelência o Senhor
Doutor JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI
DD. Secretário de Saúde
SÃO PAULO/CAPITAL.-

ANEXO 16

- D.O.E.: Sec. I, São Paulo, 100 (213), quarta-feira, 21 nov. 1990

Termo Aditivo 02/90 ao Termo de Adesão ao Convênio SUDS
celebrado entre a CEM/SP e o Município de PIRATUNINGA
Autorização: Decreto 28.410/88 - SUSA-23
Objeto: transferência de recursos financeiros
Valor do Estado Cr\$ 6.827.778,00 sendo 03 parcelas de:
Cr\$ 2.275.926,00 CPF 13.75.428.2.436
Código Local 09.02.006 Elemento 3233-30
Do Município Cr\$ 1.969.128,00 sendo 03 parcelas de:
Cr\$ 656.376,00
Assinatura: 07/11/90 Vigência: até 31/12/90.

ANEXO 17

Relação das Especialidades Farmacêuticas adquiridas pelo Centro de Saúde de Piratininga, especificando sua forma farmacêutica, concentração, presença na 7ª Lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde, e recomendações de como deve ser caso esteja em desacordo com a mesma.

Obs:

Os números entre parênteses após algumas especificações significa o seguinte:

(7) efeitos adversos diminuem a relação risco/benefício

(8) indicações limitadas ou espectros reduzidos de atividade

lacunas com ----- significa sem dados

lacunas em branco significa incapacidade de responder

Abreviaturas usadas : comp. - comprimido ; cáp. - cápsula ; fr. - frasco ; amp. - ampola ;
sol. - solução ; inj. - injeção ; injet. - injetável ; p/ - para

* O DEF 94/95 não especifica todos os componentes presentes

Medicamentos do Centro de Saúde	Forma farmacêutica	Concentração	Presença na 7ª Lista da OMS	Em desacordo?	Como deve ser segundo a 7ª Lista da OMS
ác. acetilsalicílico	comp.	100 mg	Sim	Não	
ác. acetilsalicílico	comp.	500 mg	Sim	Não	
ác. fólico	comp.	5mg	Sim	Não	
aminofilina	comp.	100 mg	Sim	Não	
aminofilina	injet.	-----	Sim		injet.25mg/ml-amp.10ml
aminofilina	comp.	200 mg	Sim	Não	
Ancoron (amiodarona)	injet.	-----	Não		
amoxicilina	susp.	250 mg	Sim	Sim	pó p/ susp. 125mg/5ml
amoxicilina	comp.	500 mg	Sim	Não	
ampicilina	comp.	500 mg	Sim	Sim	pó p/ inj.500mg(como sal sódico) -fr.
ampicilina	comp.	250 mg	Sim	Sim	pó p/ inj.500mg(como sal sódico) -fr.
adrenalina	-----	-----	Não		

albendazol	comp.	-----	Sim	Sim	comp. mastigável 200 mg
benzilpenicilina procaína	-----	100.000	Sim	Sim	pó p/ inj. 1g(=1milhãoUI), 3g(=3milhões UI)
benzilpenicilina benzatina	-----	1.200.000	Sim	Sim	pó p/ inj. 2,4 milhões de UI - fr.5 ml
benzoato de benzila	-----	-----	Sim		loção 25%
Berotec (bromidrato de fenoterol)	gotas	-----	Não		
Buscopan composto (brometo de n- butilescopolamina + dipirona)	comp.	-----	Não		
Buscopan composto (brometo de n- butilescopolamina + dipirona)	injet.	-----	Não		
Benadryl (cloridrato de difenidramina, cloreto de amônio, citrato de sódio, mentol, etc.)*	xarope	-----	Não		
Brycanil (sulfato de terbutalina)	injet.	0,5mg-amp 1ml	Não		
cefalexina	-----	200 mg	Não		
cimetidina	comp.	200 mg	Sim	Não	
cimetidina	injet.	300 mg	Sim	Sim	inj. 200mg - amp. 2 ml
cinarizina	-----	75 mg	Não		
cloranfenicol	colírio	-----	Não		
cloranfenicol	comp.	250 mg	Sim	Não	OBS: (7)
cloreto de potássio	injet.	19,1 %	Sim	Sim	solução a 11,2 % - amp. 20 ml (equivalente a 1,5mmol/ml de K e 1,5 mmol/ml de Cl)
cloreto de potássio	susp. oral	-----	Sim		pó p/ solução

cloreto de sódio	injet.	20 %	Sim	Sim	sol. injet. 0,9 % isotônica (equivalente a 154mmol/L de Na e 154mmol/L de Cl)
clorpropamida	comp	250 mg	Não		
condon	-----	-----	Sim		condons com ou sem espermicidas
cloreto de benzalcônio	-----	-----	Não		
Colpistatin(assoc. de metronidazol + nistatina + cloreto de benzalcônio)	creme	-----	Não		
Celestone Soluspan (assoc. de acetato de betametasona + fosfato de betametasona)	injet.	-----	Não		
Celestone (fosfato dissódico de betametasona)	injet.	4 mg	Não		
Cedilanide (deslanosido)	injet.	-----	Não		
dexametasona	pomada	-----	Não	Sim	Obs: não se encontra nesta forma farmacêutica
dexametasona	injet.	4 mg	Sim		inj. 4 mg (como fosfato de sódio) - amp. 1 ml
dexclufeniramina	solução	-----	Não		
digoxina	comp.	0,25 mg	Sim	Não	
Dilacorón 80 (cloridrato de verapamil)	comp.	80 mg	Sim	Não	OBS: (8)
dimeticona	gotas	-----	Não		
dipiridamol	-----	75 mg	Não		
dipirona	gotas	-----	Não		
Dipirona	injet.	500 mg	Não		
diclofenaco resinato	gotas	-----	Não		
diclofenaco resinato	comp.	-----	Não		
Dicinone (etansilatol)	injet.	-----	Não		

Dexagil (fosfato de dexametasona + Vits. B1,B6,B12,etc.) *	injet.	----	Não		OBS: associação não aceita pela OMS
Decadron (dexametasona)	comp.	0,5 mg	Sim	Não	
Decadron (dexametasona)	injet.	2 mg	Sim	Sim	inj. 4mg (como fosfato sódico) - amp. 1 ml
Dilacoron (cloridrato de verapamil)	injet.	-----	Sim		inj. 2.5 mg/ml(como cloridrato) - amp. 2ml (8)
eritromicina	susp.	250 mg	Sim	Sim	pó p/ susp. oral 125mg (como estearato ou etilsuccinato)
eritromicina	comp.	250 mg	Sim		cáp. ou comp. 250 mg (como estearato ou etilsuccinato)
Efortil (cloridrato de etilfedrina)	injet.	-----	Não		
Endofolin (ác. fólico + ác. ascórbico)	xarope	-----	Não		OBS: associação não aceita pela OMS
Endofolin (ác. fólico + ác. ascórbico)	gotas	-----	Não		OBS: associação não aceita pela OMS
Exit (cinarizina + piracetam)	comp.	-----	Não		
Frademicina (cloridrato de lincomicina)	-----	300 mg	Não		
Frademicina (cloridrato de lincomicina)	-----	600 mg	Não		
Furacin (nitrofurazona)	pomada	----	Não		
furosemida	injet.	10 mg	Sim	Não	
furosemida	comp.	40 mg	Sim	Não	
Fenergan (cloridrato de prometazina)	pomada	----	Não	Sim	OBS: não se encontra nesta forma farmacêutica
Fenergan (cloridrato de prometazina)	injet.	-----	Sim		inj. 25mg/ml (como cloridrato) - amp.2 ml

Flebocortid (succinato de hidrocortisona)	injet.	100 mg	Sim	Não	
glibenclamida	----	-----	Não		
glicose	----	25 %	Sim		sol. injet. 5 % isotônica, 50 % hipertônica
glicose	----	50 %	Sim		sol. injet. 5 % isotônica. 50 % hipertônica
Gaduol (vitaminas A e D)	gotas	----	Não		Obs: associação não aceita pela OMS
Glitisol (tianfenicol)	comp.	500 mg	Não		
hidroclortiazida	comp.	50 mg	Sim	Sim	comp. 25 mg
hidrocortisona	----	500 mg	Sim		como pó p/ inj. 100 mg (como succinato de sódio)- fr.; suposit. 25mg(como acetato); pomada ou creme a 1% (como acetato)
hidróxido de alumínio	----	-----	Sim		como comp. 500 mg ; susp. oral 320mg/ 5ml
hioscina	comp.	10 mg	Não		
hioscina	injet.	----	Não		
hipoclorito de sódio	-----	2,5%	Não		hipoclorito de cálcio (1ª escolha) - pó p/ solução (70% de cloro ativo)
insulina NPH 100	----	----	Sim		inj. 40 UI/ml - fr.10 ml inj. 80 UI/ml - fr.10ml inj.100 UI/ml - fr.10 ml
isoniazida	comp.	100 mg	Sim	Não	
isoniazida + rifampicina	comp.	----	Sim		comp. 150mg + 100mg ; 300mg + 150mg
Yatropan (nada encontrado)	gotas	----			
lidocaína	injet.	2 %	Sim		inj. 2% (cloridrato) - fr. ; inj. 2% (cloridrato) + epinefrina 1:200.000-fr ; tubete odontológico a 2% (cloridrato) + epinefrina 1:80.000
mebendazol	susp.	----	Não	Sim	Obs: não se encontra nesta forma farmacêutica

mebendazol	comp.	-----	Sim		comp. mastigável 100 mg
metildopa	comp.	500 mg	Sim	Sim	comp. 250 mg (7)
metoclopramida	gotas	-----	Não	Sim	Obs: não se encontra nesta forma farmacêutica
metoclopramida	injet.	-----	Sim		inj. 5 mg (cloridrato) amp. -2ml
metronidazol	susp.	-----	Sim		susp. 200mg/5ml (como benzoato)
metronidazol	comp.	250 mg	Sim	Não	
metronidazol + nistatina	creme	-----	Não		Obs: associação não aceita pela OMS
Mucodestrol (carboximetilcisteína)	-----	-----	Não		
Moduretic (cloridrato de amilodarina + hidroclortiazida)	-----	-----	Não		Obs: associação não aceita pela OMS
neomicina	pomada	-----	Não		Obs: em associação com bacitracina
nifedipino	comp.	10 mg	Sim	Não	
nifedipino	comp.	20 mg	Sim	Sim	apenas como comp. 10 mg
nistatina	creme vaginal	-----	Sim		100.000 UI/g
nistatina	susp. oral	-----	Não	Sim	Obs: não se encontra nesta forma farmacêutica
Otodol (neomicina + fludrocortisona, etc.)*	gotas	-----	Não		
Omcilom am (neomicina + acetoniitriamcinolona + gramicidina + nistatina)	pomada	-----	Não		
permanganato de potássio	-----	-----	Não		

pílula de baixa dosagem	-----	-----	Sim		etinilestradiol + levonorgestrel comp. com 0,03mg + 0,25mg ; 0,03 mg + 0,15mg . noretisterona comp.0,35mg
pirazinamida	comp.	500 mg	Sim	Não	
propranolol	comp.	40 mg	Sim	Não	
polivitamínico (não encontrado no DEF 94/95 p/ descrição dos componentes)	xarope	-----			Obs: associação polivitamínica não é aceita pela OMS
Pofenid (cetoprofeno)	injet.	100mg- amp.2 ml	Não		
Profenid (cetorprofeno)	cáp.	50 mg	Não		
Persantin (dipiridamol)	injet.	-----	Não		
Pridecil (bromoprida)	gotas	-----	Não		
Pyridium (cloridrato de fempiridina)	drágeas	100 mg	Não		
Pipram (ác. pipemídico)	cápsulas	400mg	Não		
Vitamina A + D	pomada	-----	Não		Obs: associação não aceita pela OMS
rifampicina	susp. oral	2 %	Não	Sim	Obs:não se encontra nesta forma farmacêutica
rifampicina	comp.	300 mg	Sim	Não	
sais para reidratação	-----	-----	Sim		sais de reidratação oral (p/ sol. glicoeletrolítica) - pó = 27,9 g/l componentes : g/l cloreto de sódio = 3,5 citrato trissódico = 2,9 (dihidratado) cloreto de potássio=1,5 glicose = 20,0
salbutamol	xarope	-----	Sim		xp. 2mg/5ml(como sulfato)

sulfametoxazol + trimetoprima	susp.	-----	Sim		susp. 200mg + 40mg /5ml
sulfametoxazol + trimetoprima	comp.	-----	Sim		comp. 100mg + 20 mg ; comp. 400mg + 80 mg
sulfato ferroso	comp.	-----	Sim		comp. equivalente a 60 mg de ferro
sulfato ferroso	gotas	-----	Sim		equivalente a 25mg/ml (como sulfato)
Sobrepin (sobrerol)	injet.	-----	Não		
Sedalene (dipirona + papaverina + adifenina + metilbrometo de homatropina)	injet.	-----	Não		
Sustrate (propatilnitrato)	comp.	10 mg	Não		
Surfactil (cloridrato de ambroxol)	xarope	-----	Não		
Sinemet (cardidopa + levodopa)	comp.	-----	Sim		comp. 100 mg + 10 mg ; comp. 250 mg + 25 mg
tetraciclina	comp.	500 mg	Sim	Sim	cáp. ou comp. 250 mg
ác. ascórbico	injet	-----	Não	Sim	Obs: não se encontra nesta forma farmacêutica apenas como comp. 50mg
Vit. complexo B	injet.	-----	Não		Obs: associação não aceita pela OMS
Vit. complexo B	comp.	-----	Não		Obs: associação não aceita pela OMS
Voltarem (diclofenaco sódico)	comp.	50 mg	Não		
Voltarem (diclofenaco sódico)	injet.	-----	Não		
xilocaina	pomada	-----	Não		
xilocaina	-----	2 %	Não		

ANEXO 18

SÉRIES FOTOGRÁFICAS DA ÁREA DE SANEAMENTO BÁSICO E AMBIENTAL

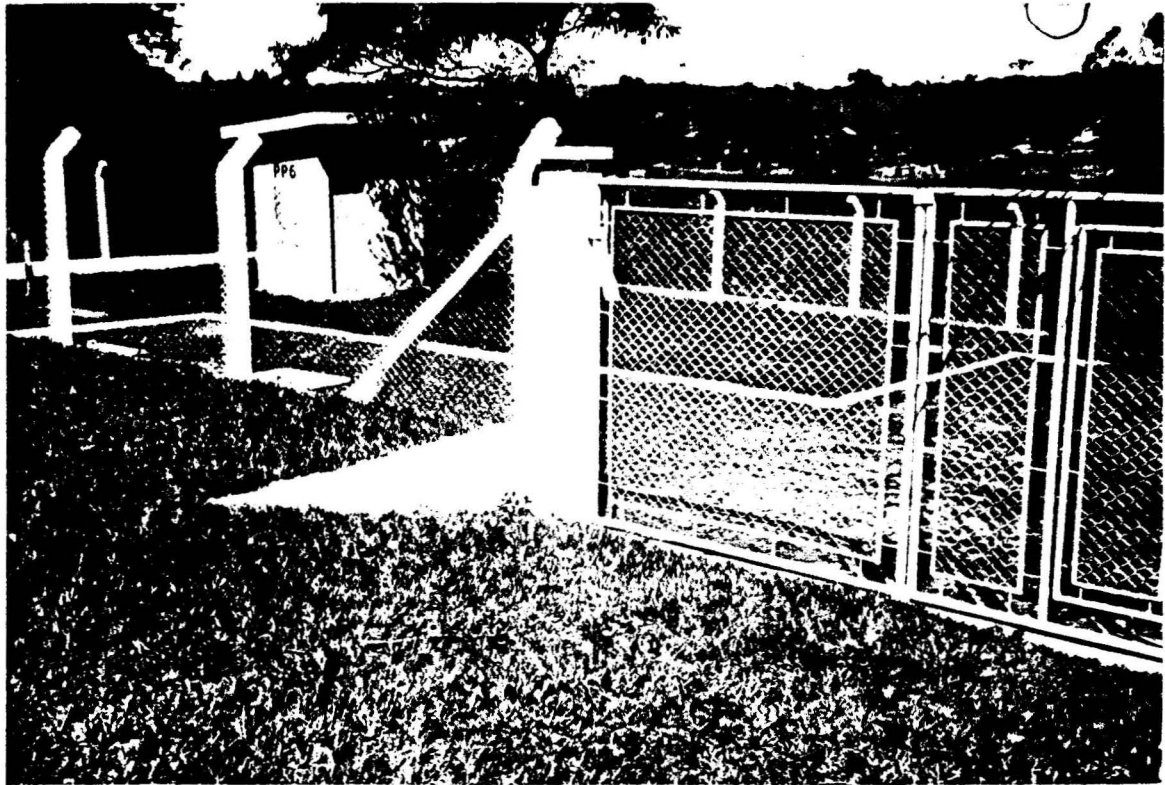


FOTO Nº 1 - VISTA GERAL DA ÁREA DE CAPTAÇÃO DO POÇO
TUBULAR PROFUNDO Nº 6

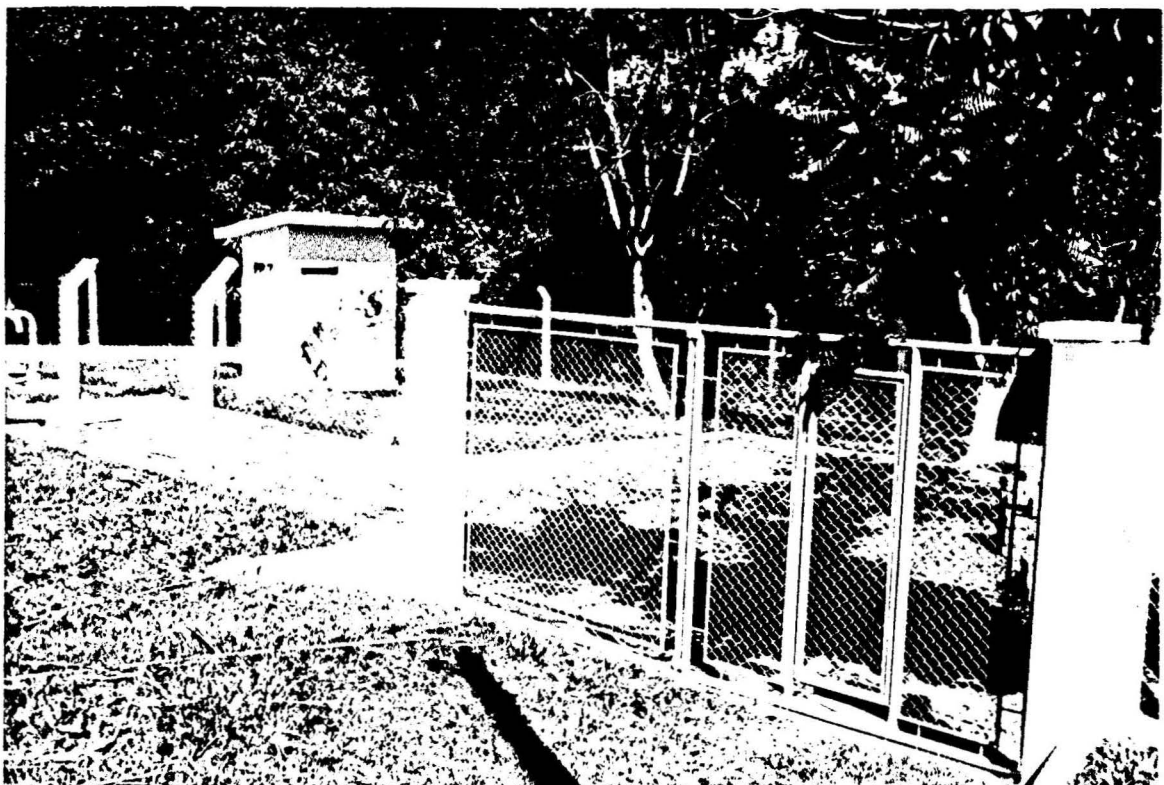


FOTO Nº 2 - VISTA GERAL DA ÁREA DE CAPTAÇÃO DO POÇO
TUBULAR PROFUNDO Nº 7



FOTO Nº 3 - ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO COMERCIAL DA
SABESP



FOTO Nº 4 - VISTA DOS RESERVATÓRIOS APOIADO R₁ - 500 M³ E
DO ELEVADP T₁ - 250 M³.

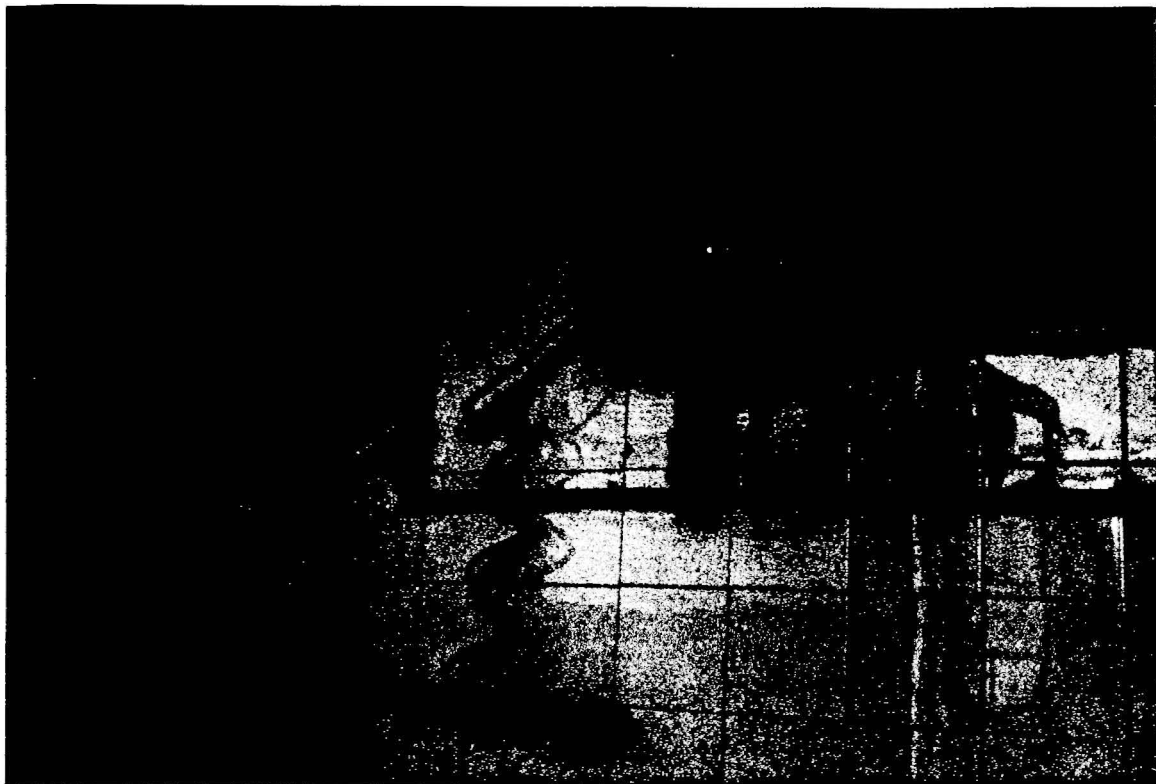


FOTO Nº 5 - DETALHE DO SISTEMA DE CLORAÇÃO DA ÁGUA
DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DA CIDADE -
CLORADOR GASOSO

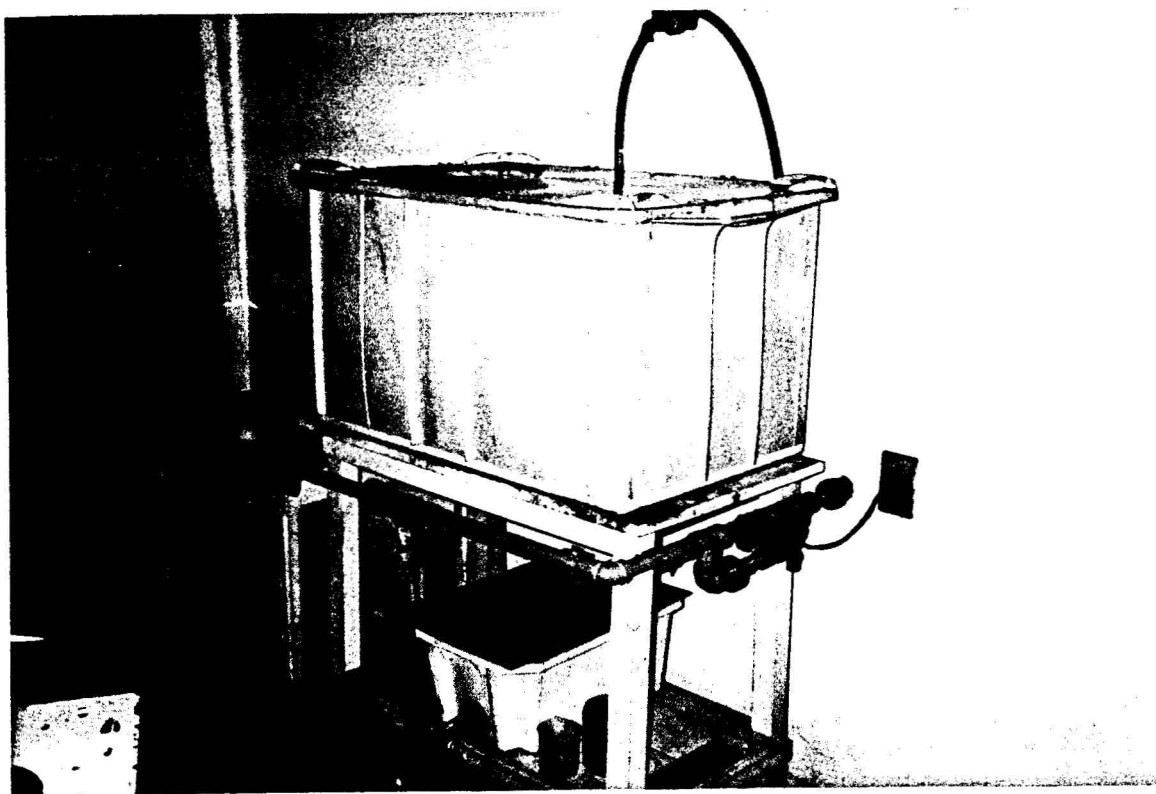


FOTO Nº 6 - DETALHE DO SISTEMA DE FLUORETAÇÃO DA
ÁGUA DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DA
CIDADE - DOSADOR DE NÍVEL CONSTANTE

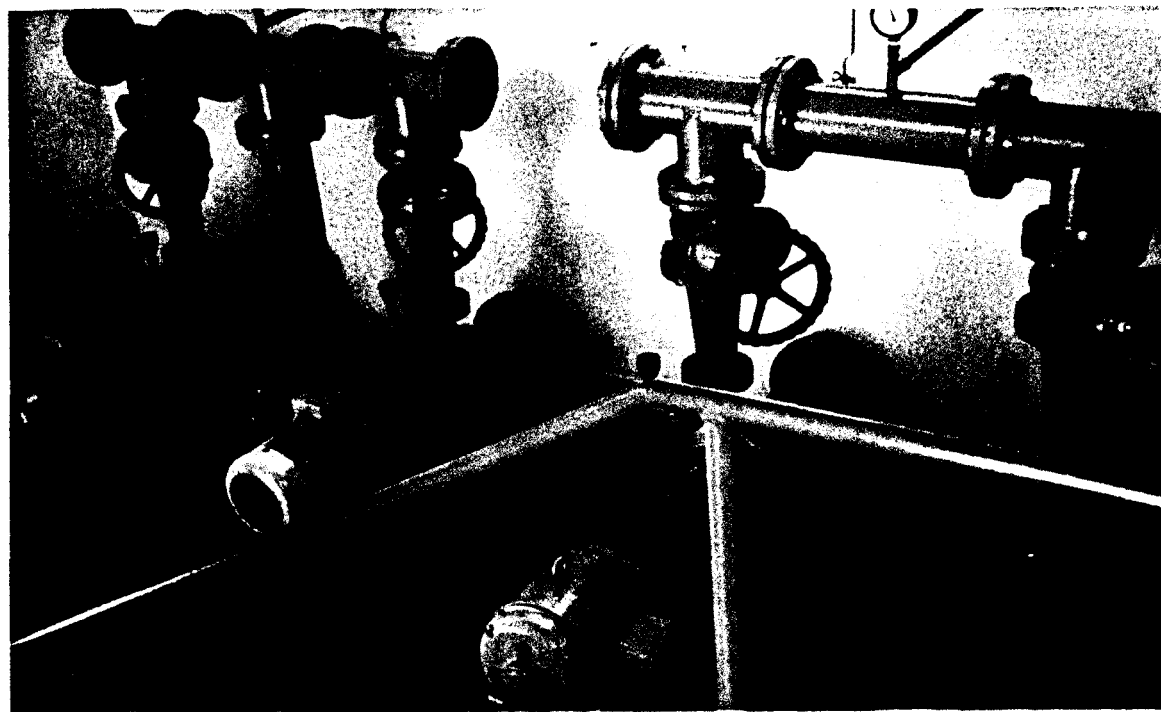


FOTO Nº 7 - DETALHE DOS CONJUNTOS ELEVATÓRIOS DAS
ESTAÇÕES DE RECALQUE 1 E 2

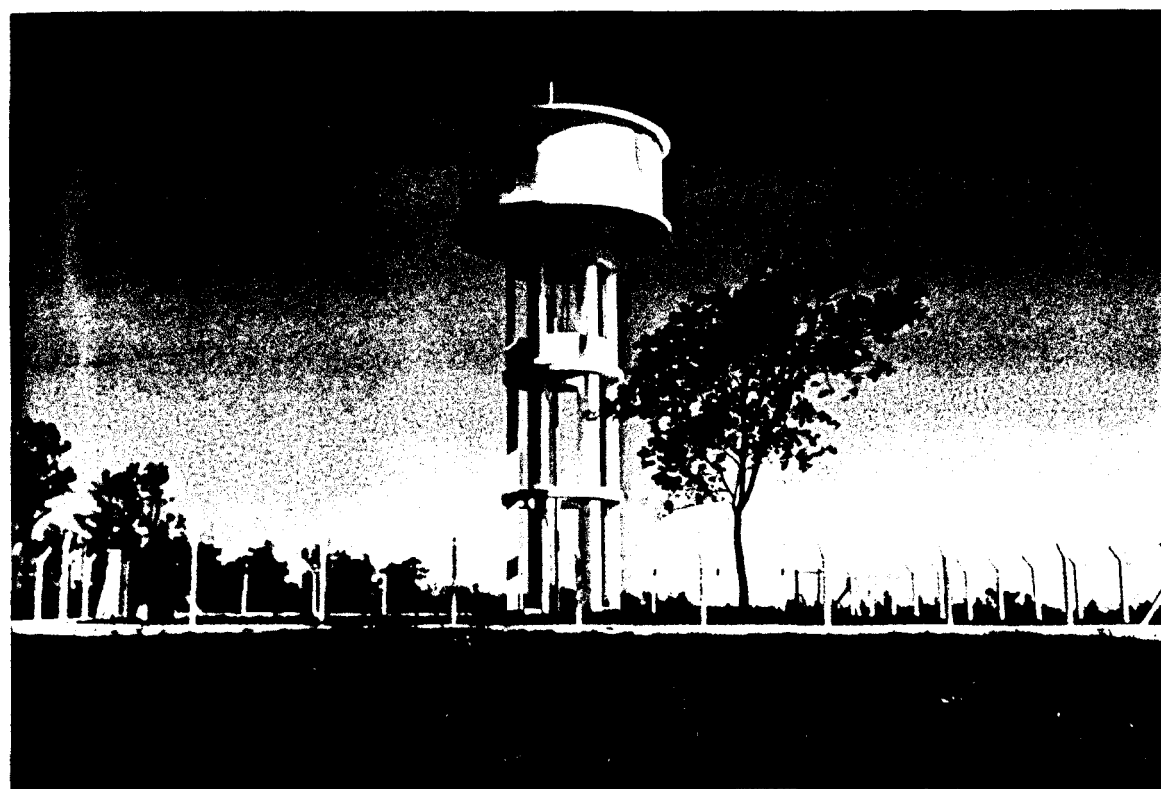


FOTO Nº 8 - VISTA GERAL DO RESERVATÓRIO ELEVADO T₂ -
100 M³

ESTAÇÕES ELEVATÓRIAS DE ESGOTO

VISTAS GERAIS



FOTO Nº 1 - EEE I.

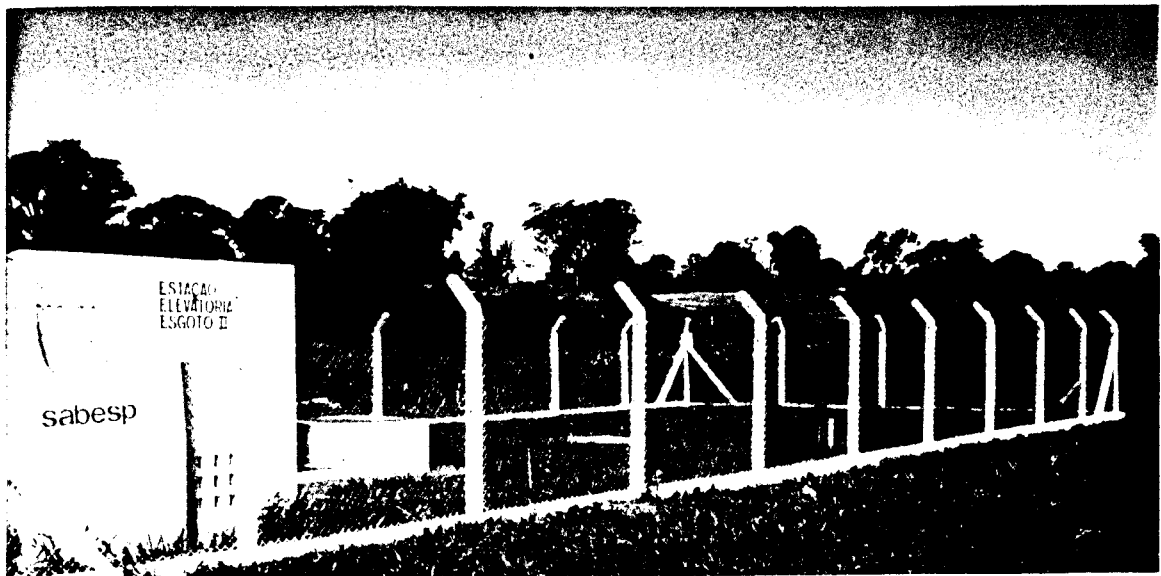


FOTO Nº 2 - EEE II



FOTO Nº 3 - EEE III

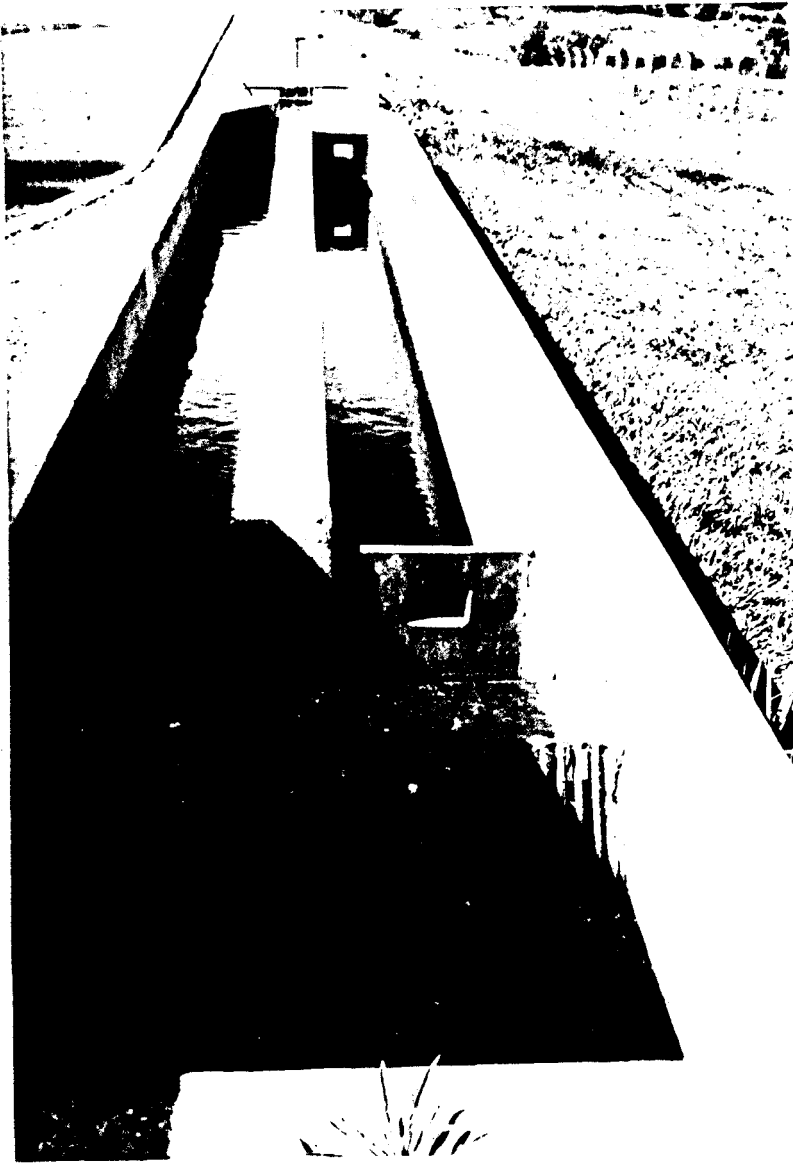


FOTO Nº 4 - DETALHE DO PI
TRATAMENTO DAS LAGOA
DE ESTABILIZAÇÃO:
GRADEAMENTO
CAIXA DE AREIA
CALHA PARSHALL



FOTO Nº 5 - VISTA PARCIAL DA LAGOA ANAERÓBIA E
DETALHE DA ENTRADA DO ESGOTO NA LAGOA
VISTA DO ABRIGO PADRÃO/LABORATÓRIO

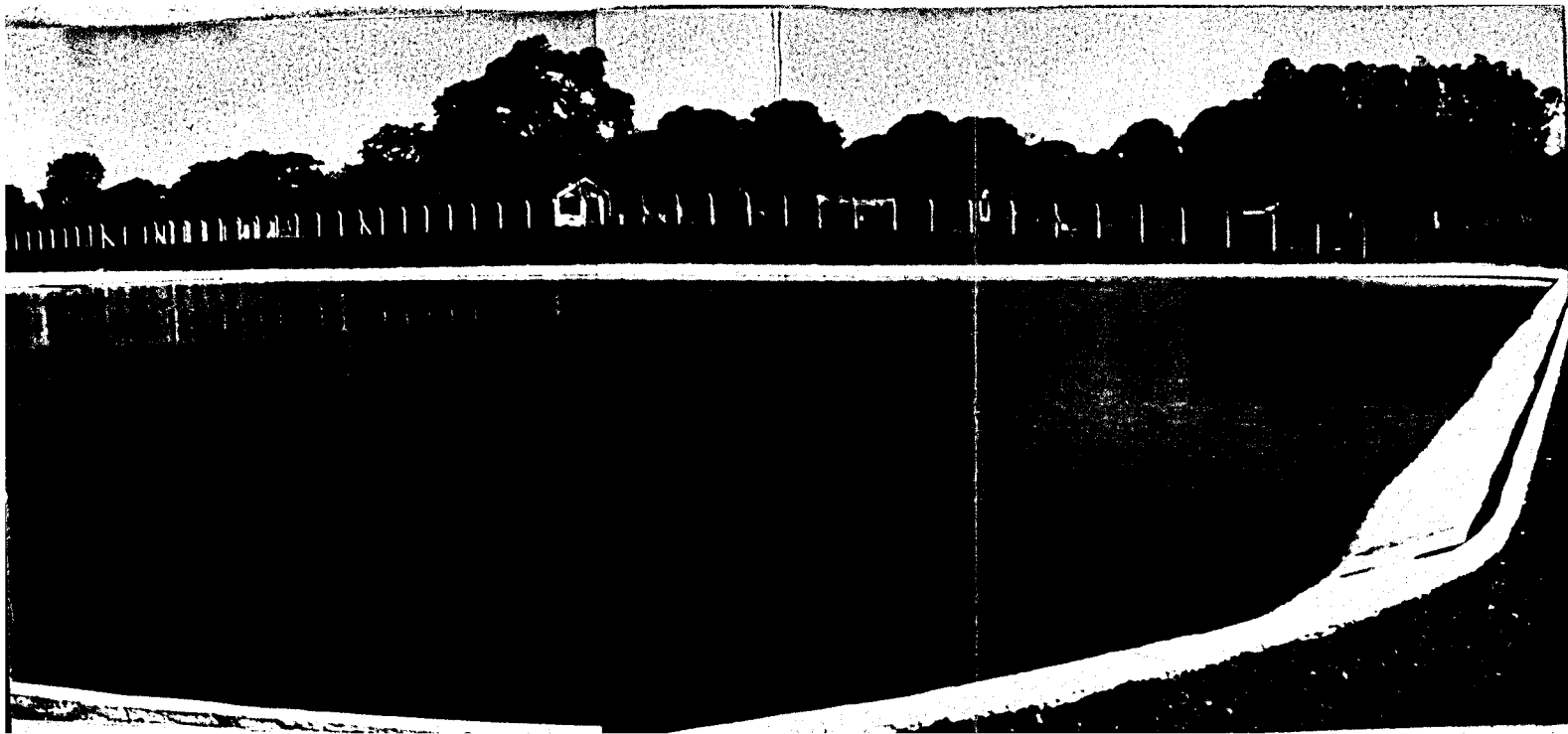




FOTO Nº 6 - VISTA GERAL DA ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DOS
ESGOTOS DA CIDADE
LAGOAS DE ESTABILIZAÇÃO

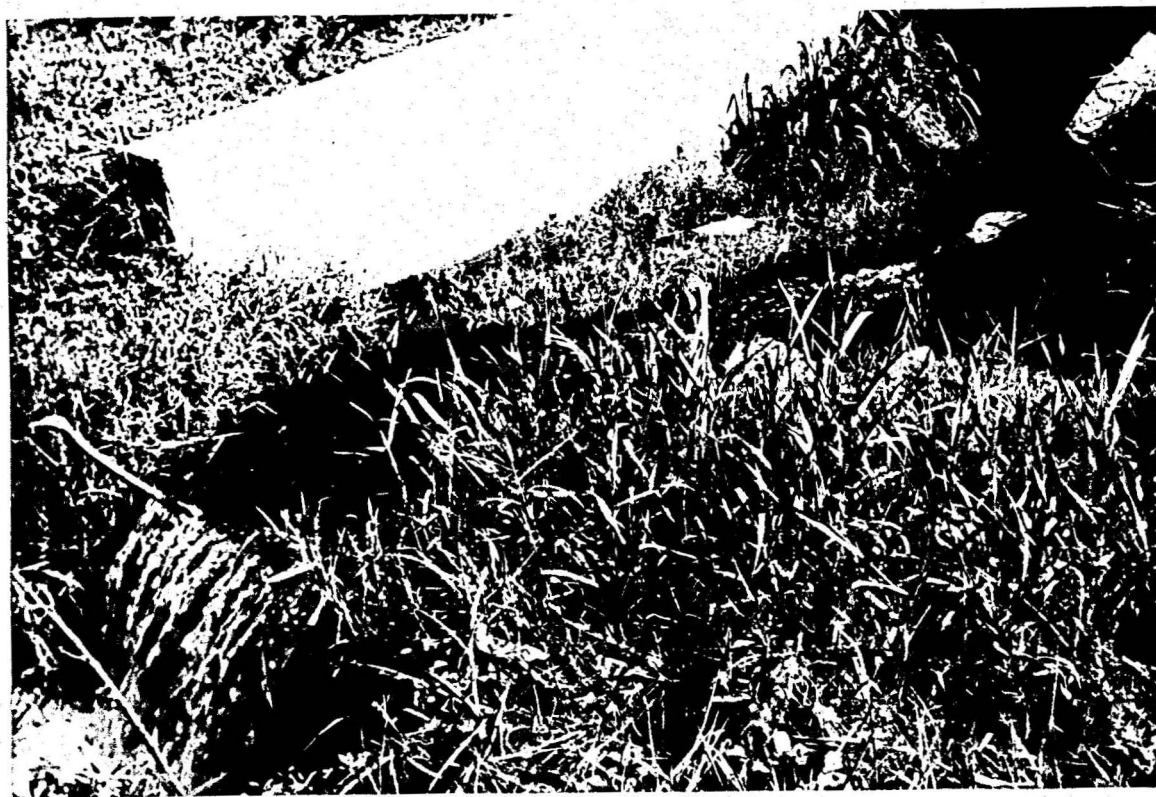


FOTO Nº 7 - DETALHE DO EFLUENTE DE ESGOTO APÓS TRATAMENTO

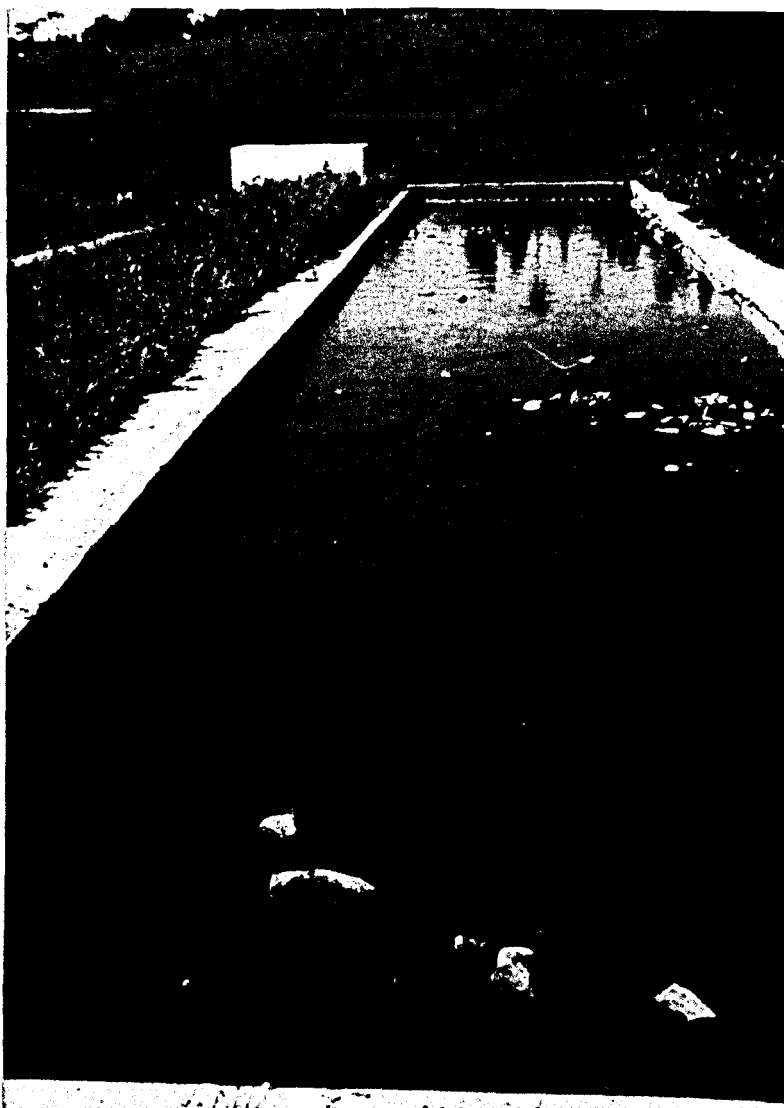


FOTO Nº 8 - DETALHE DO
LEITO DE PEDRAS PARA
REMOÇÃO DE ALGAS E
ENTRADA DOS ESGOTOS N
LEITO À MONTANTE

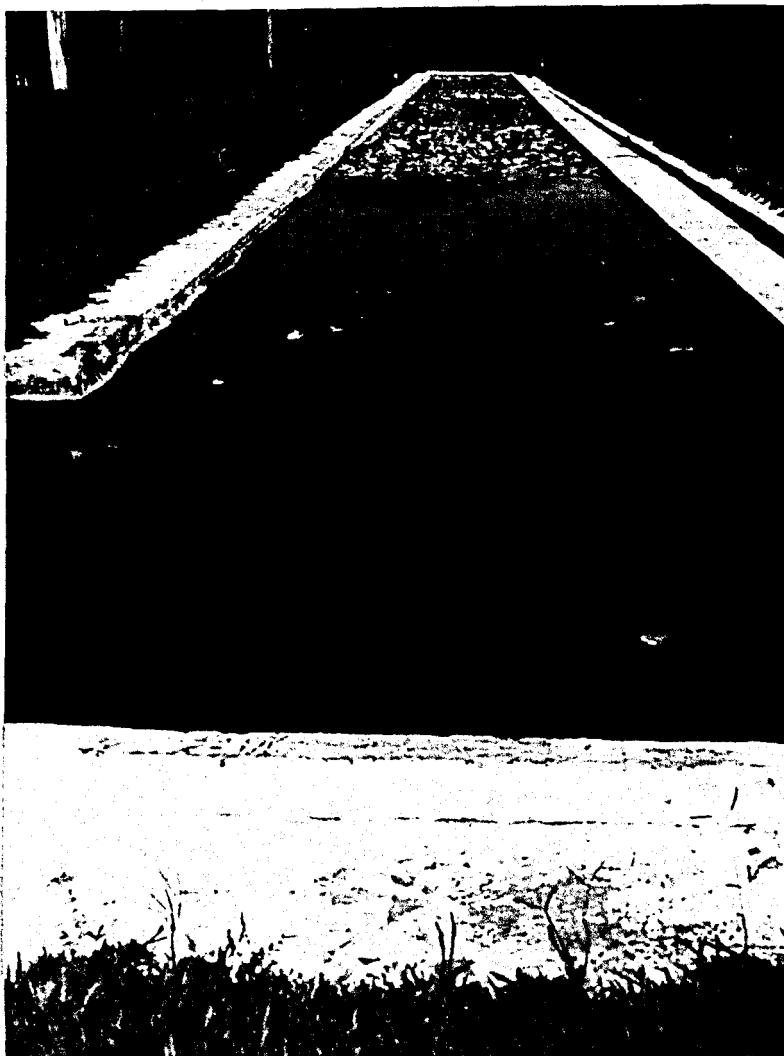


FOTO Nº 9 - DETALHE D
LEITO DE PEDRAS PARA
REMOÇÃO DE ALGAS À
JUZANTE



FOTO Nº 1 - DETALHE DO CAMINHÃO DE COLETA DE LIXO DA
CIDADE



FOTO Nº 2 - DETALHE DO CAMINHÃO DE COLETA DE LIXO DA
CIDADE



FOTO Nº 3 - VISTA PARCIAL DO "LIXÃO" DA CIDADE



FOTO Nº 4 - DETALHE
DAS CAMADAS DE
LANÇAMENTO DO
"LIXÃO".



FOTO Nº 5 - DETALHE DA DISPOSIÇÃO FINAL DO LIXO DO
“LIXÃO”
CABECEIRA DE UMA ENORME EROSÃO



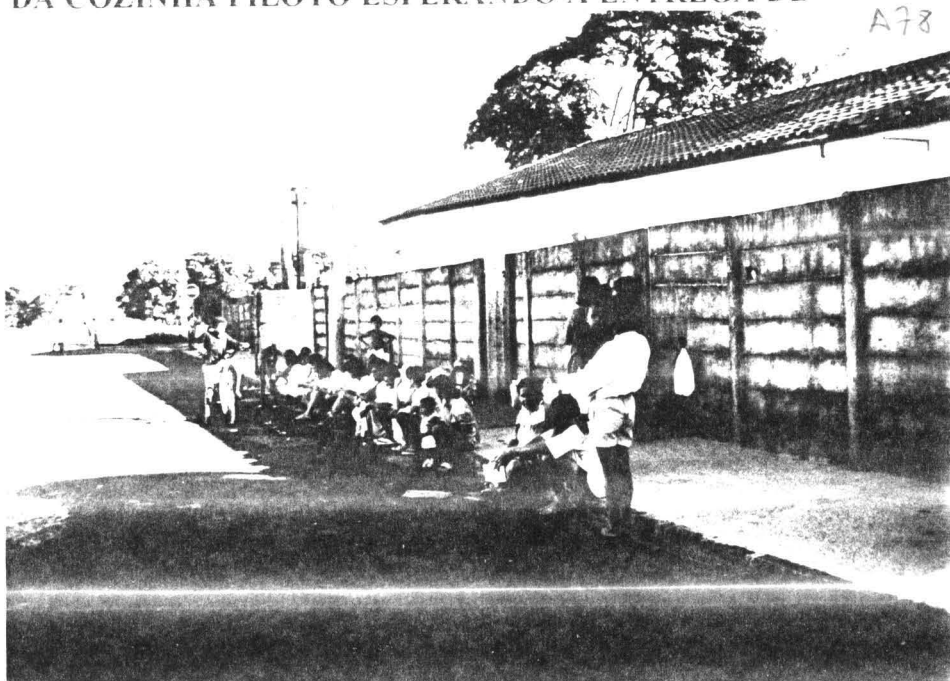
FOTO Nº 6 - DETALHE DAS CAMADAS DE DISPOSIÇÃO DO
LIXO NO “LIXÃO”
CABECEIRA DE UMA ENORME EROSÃO

ANEXO 13

SÉRIES FOTOGRÁFICAS DE ALGUMAS INSTITUIÇÕES

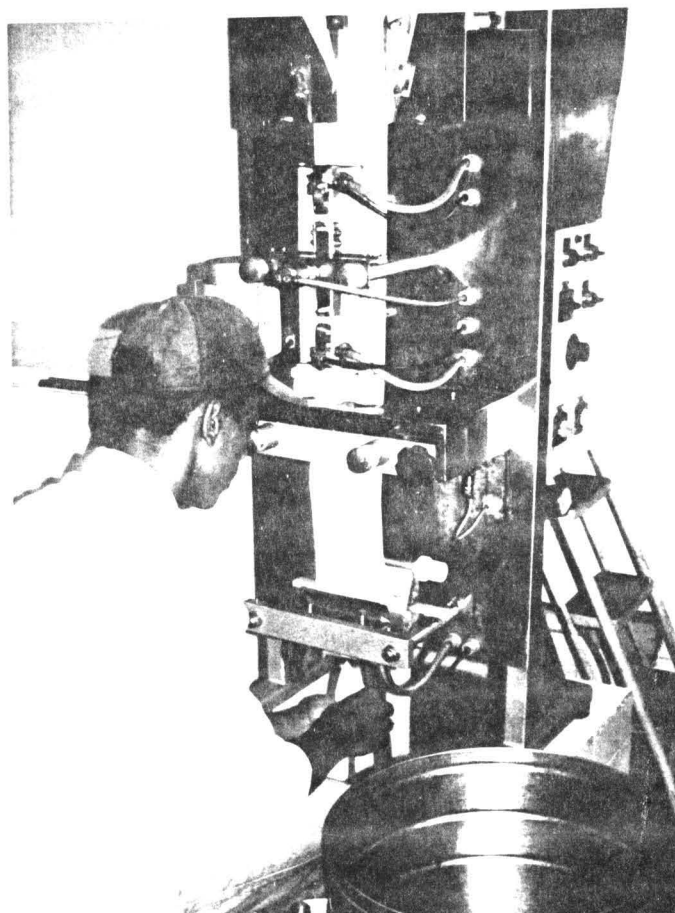
1. POPULAÇÃO À FRENTE DA COZINHA PILOTO ESPERANDO A ENTREGA DE LEITE

AZE
A78



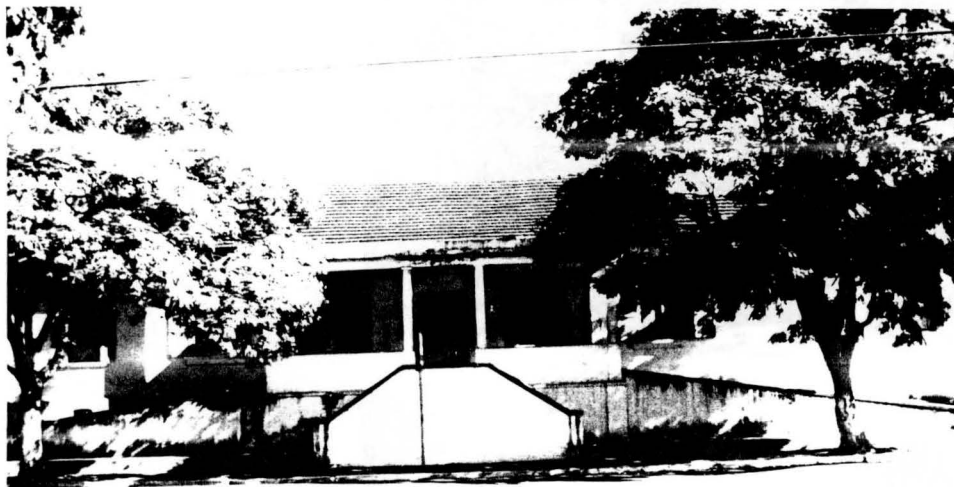
2. RECIPIENTE UTILIZADO PARA DISTRIBUIÇÃO DO LEITE À POPULAÇÃO (À ESQ.)

3. DETALHE DO APARELHO "VACA MECÂNICA" NO ENSACAMENTO DO LEITE DE SOJA (À DIREITA)



4. VISTA EXTERNA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

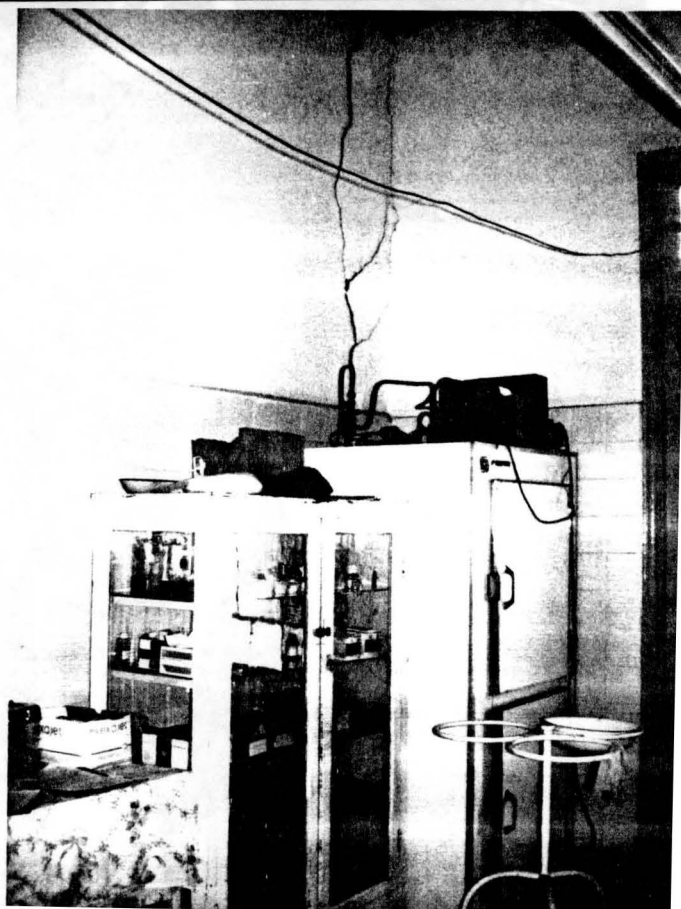
A79



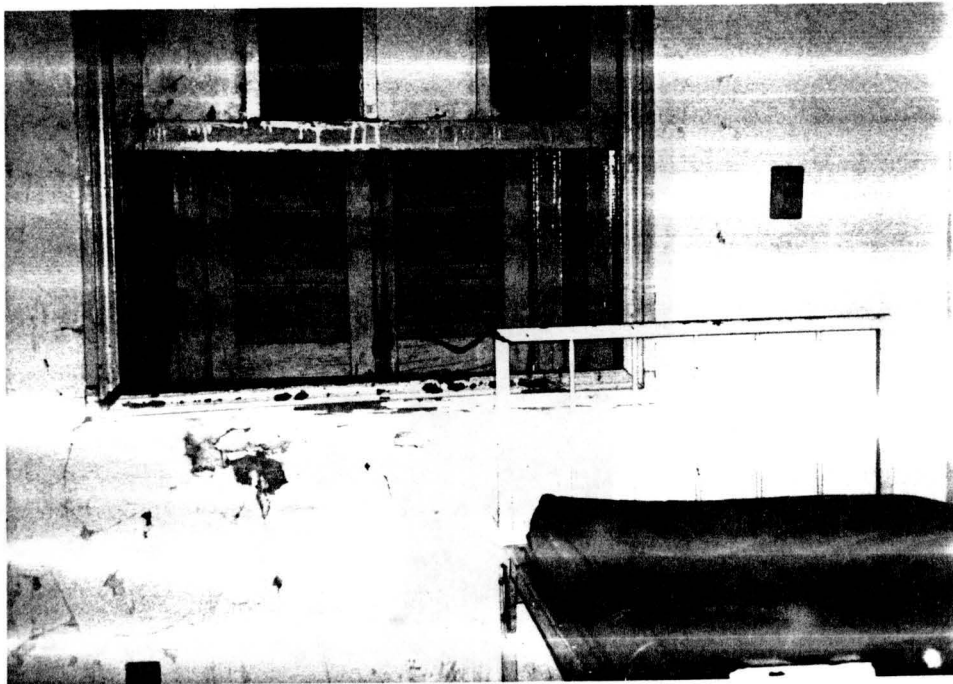
**5. LIXO DA SALA
DE CURATIVOS
DO PRONTO
ATENDIMENTO
DA SANTA CASA**



**6. DETALHE DA SALA
DE CURATIVOS
DO PRONTO ATENDIMENTO
DA SANTA CASA**



7. SALA DE
OBSERVAÇÃO
DO PRONTO
ATENDIMENTO
DA SANTA CASA

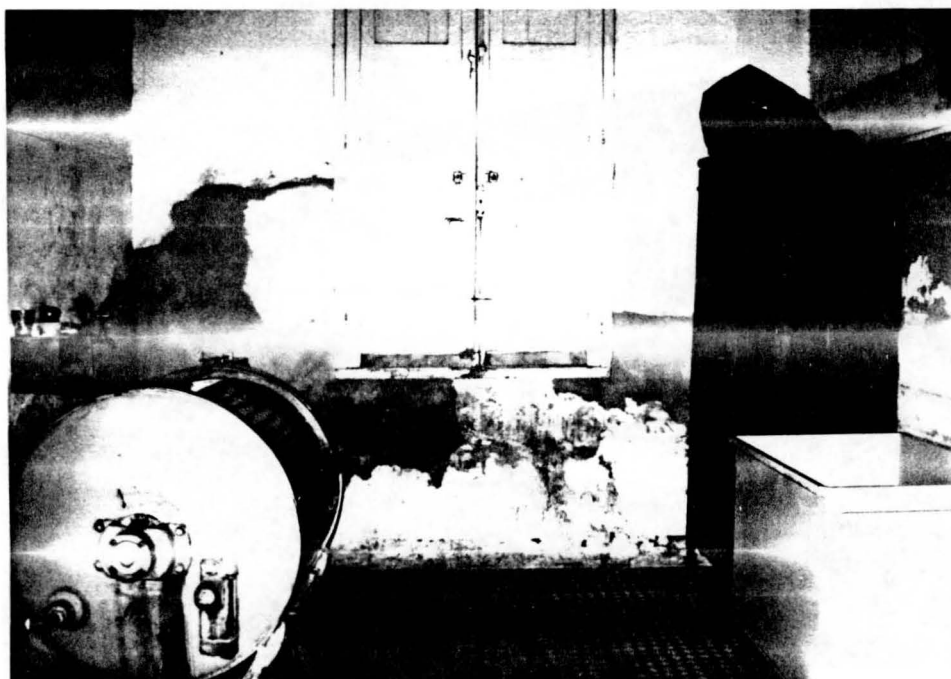


8. SALA DE OBSERVAÇÃO
DO PRONTO ATENDIMENTO
DA SANTA CASA (À DIREITA)



9. DETALHE DE CONSERVAÇÃO
DO CORREDOR DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA (ABAIXO)



10. VISTA GERAL DA LAVANDERIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA**11. VISTA GERAL DA COZINHA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA****12. VISTA DA "FOSSA" PARA QUEIMA DO LIXO HOSPITALAR (SANTA CASA)**

13. VISTA DO CENTRO DE SAÚDE "DR. ANTENOR NOGUEIRA DE ABREU"

A82



14. VISTA DO ASILO DO CENTRO ESPÍRITA "ANTONINHO MARMO"



15. VISTA DO ASILO "VILA VICENTINA DOS VELHINHOS DESAMPARADOS"

