

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

RELATÓRIO

**Trabalho
de Campo
Multiprofissional**

**MUNICÍPIO DE
TAPIRATIBA**

1996

TCM - 1995

Tapiratiba

Errata

As fotografias de Tapiratiba de nº 01 a 13 (anexo 13), pg. A-49 a A-55, foram encadernadas erroneamente. Deveriam estar relacionadas no final do trabalho, após o anexo 12, pg. A-48. Portanto, onde são vistas:

- foto nº 01 (pg. A-49), após a página 49 do texto;
- fotos nº 02 e 03 (pg. A-50), após a página 50 do texto;
- fotos nº 04 e 05 (pg. A-51), após a página 51 do texto;
- fotos nº 06 e 07 (pg. A-52), após a página 52 do texto;
- fotos nº 08 e 09 (pg. A-53), após a página 53 do texto;
- fotos nº 10 e 11 (pg. A-54), após a página 54 do texto;
- fotos nº 12 e 13 (pg. A-55), após a página 55 do texto;

deve-se vê-las no final do trabalho após a página A-48 e após as referências no corpo do texto.

TCM-998

φ

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL, 1995

**ESTUDO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE TAPIRATIBA**

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

São Paulo
1995

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

Ana Maria de Oliveira (Psicóloga)
Antônio Airton Veras e Silva (Engenheiro)
Cláudia dos Reis Lisboa Novaes (Nutricionista)
Cláudia Valença Montero (Enfermeira)
Dalel Haddad (Fonoaudióloga)
Gisleine Maria Tanzi (Assistente Social)
Johnny Ferreira dos Santos (Engenheiro)
Nívia Maria Rodrigues Arrais (Médica)
Ruy Carlos Chiossi Forni (Dentista)

Orientador:

Professor Doutor Péricles Alves Nogueira

Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional

Presidente:

Professora Doutora Eunice Aparecida Bianche Galati

Membros:

Professora Doutora Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitrini
Professor Doutor Roque Passos Piveli
Assistente José Cavalcante de Queiroz
Assistente Claudio Gastão Junqueira de Castro

Trabalho acadêmico não se constituindo publicação formal. Não é permitido seu uso para fins de citação bibliográfica sem prévia autorização da Comissão Organizadora de Trabalho de Campo Multiprofissional.
Não há exemplares para distribuição.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às autoridades do Município de Tapiratiba, pela acolhida que nos foi dispensada e pela colaboração na obtenção dos dados, facilitando o acesso às Instituições, aos representantes dos órgãos locais.

Agradecemos também aos representantes da DIR XX, ao extinto ERSA 55 e seus técnicos e aos representantes do COSEMS e do CRS-II, que com paciência nos forneceram dados e informações importantes.

A todos os professores que nos ofereceram suas valiosas colaborações, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho.

E em especial, à toda população do Município de Tapiratiba, com quem pudemos aprender e crescer enquanto profissionais e enquanto pessoas.

SUMÁRIO

Apresentação	
1.	Introdução 1
2.	Objetivos 3
3.	Metodologia 4
4.	Características Gerais do Município
4.1.	Histórico 10
4.2.	Localização Geográfica e Delimitação Política Administrativa 11
4.3.	Demografia 12
4.4.	Clima e Relevo 16
4.5.	Geologia 16
4.6.	Recursos Hídricos 16
4.7.	Sistema Viário 17
4.8.	Economia 18
4.9.	Habitação 22
4.10.	Educação 24
4.11.	Esporte Lazer e Cultura 27
4.12.	Promoção Social 29
4.13.	Saneamento Básico e Ambiental 30
4.13.1.	Sistema de Abastecimento de Água 30
4.13.1.1.	Características Gerais 30
4.13.1.2.	Estrutura Organizacional 32
4.13.1.3.	Projeto Técnico 32
4.13.1.4.	Mananciais Utilizados 33
4.13.1.5.	Captação 34
4.13.1.6.	Tratamento 34
4.13.1.7.	Recalque 36
4.13.1.8.	Adução 37
4.13.1.9.	Reservação 37

4.13.1.10. Rede de Distribuição	38
4.13.1.11. Ligações Domiciliares	38
4.13.1.12. Estrutura Tarifária	39
4.13.1.13. Financiamento das Ações	39
4.13.1.14. Cond. de Oper. e Indinc. da Qualid. da Água	39
4.13.1.15. Ações Planejadas	40
4.13.2. Esgotamento Sanitário	40
4.13.2.1. Características Gerais	40
4.13.2.2. Estrutura Organizacional do Serviço	41
4.13.2.3. Projeto Técnico	41
4.13.2.4. Nível de Atendimento	42
4.13.2.5. Rede Coletora	42
4.13.2.6. Tratamento e Destino Final dos Efluentes	42
4.13.2.7. Ações de Educação Sanitária e Ambiental.....	43
4.13.2.8. Ações Planejadas	43
4.13.3. Resíduos Sólidos	43
4.13.3.1. Características Gerais	43
4.13.3.2. Estrutura Organizacional	44
4.13.3.3. Fontes de Financiamento	44
4.13.3.4. Tipos de Resíduos Gerados	45
4.13.3.5. Níveis de Atendimento e Coleta.....	45
4.13.3.6. Acondicionamento na Fonte.....	45
4.13.3.7. Limpeza Pública	46
4.13.3.8. Lixo Hospitalar	47
4.13.3.9. Transporte	47
4.13.3.10. Tratamento e Destino Final	47
4.13.3.11. Aspectos de Saúde do Trabalhador	49
4.13.3.12. Ações de Educação Sanitária e Ambiental...	50
4.13.3.13. Ações Prog. e Prop. Plano Diretor	50
4.13.4. Drenagem Urbana	51

4.13.4.1.	Características Gerais	51
4.13.4.2.	Características dos Logradouros	51
4.13.4.3.	Galerias de Drenagem	51
4.13.4.4.	Áreas Passíveis de Inundação	52
4.13.5.	Poluição Agro-Pastoril	52
4.13.6.	Situações de Emergência	53
5.	Perfil Epidemiológico	54
5.1.	Mortalidade	54
5.1.1.	Coeficiente de Mortalidade Geral	55
5.1.2.	Razão de Mortalidade Proporcional	55
5.1.3.	Curva de Nelson de Moraes	57
5.1.4.	Mortalidade por Causas e Faixa Etária	58
5.1.5.	Mortalidade Infantil	60
5.1.6.	Mortalidade Materna	62
5.2.	Morbidade	63
5.2.1.	Morbidade de Doenças de Notificação Compulsória...	63
5.2.2.	Morbidade da Demanda Hospitalar	69
5.2.3.	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos	71
6.	Organização e Funcionamento de Serviços de Saúde	76
6.1.	Características da Rede de Saúde	76
6.1.1.	Características Físicas da Rede	76
6.1.2.	Recursos Humanos	79
6.1.3.	Capacidade Física Instalada	81
6.2.	O Modelo Assistencial	85
6.3.	As Ações de Saúde	88
6.3.1.	Os Programas de Saúde Desenvolvidos	88
6.3.1.1.	Programas de Hipertensão	89
6.3.1.2.	Programas de Diabéticos	89
6.3.1.3.	Programa da Mulher	89
6.3.1.4.	Programa de Planejamento Familiar	89

6.3.1.5. Programa da Criança	90
6.3.1.6. Programa de Saúde Mental	91
6.3.1.7. Programa de Tuberculose	92
6.3.1.8. Programa de Hansen.....	92
6.3.2. Saúde Bucal	92
6.3.2.1. Prog. Preventivos e Procedimentos Coletivos.	92
6.3.2.2. Assistência Odontológica	95
6.3.2.3. Sugestões	97
6.3.3. Vigilância Epidemiológica	97
6.3.4. Vigilância Sanitária	98
6.3.4.1. A Questão do Leite	103
6.3.4.2. Abastecimento de Carnes	104
6.3.4.3. Abastecimento e Comércio de Alimentos	106
6.3.4.4. Medicamentos, Saneantes e Agrotóxicos	107
6.3.4.5. Prestação de Serviços	107
6.3.4.6. Zoonoses	108
6.3.4.7. Sugestões	110
6.3.5. Saúde do Trabalhador	110
6.3.5.1. Sugestões	114
6.3.6. Saneamento Básico e Ambiental	116
7. O Processo de Implantação do Sistema Único de Saúde	123
7.1. A Municipalização	123
7.1.1. Contextualização	123
7.1.2. O Processo de Municipalização em Tapiratiba	129
7.2. A Regionalização e a Hierarquização	132
7.3. O Financiamento	137
7.4. A Participação Popular	144
7.5. O Acesso à Saúde	147
7.6. O Planejamento das Ações	153
8. Considerações Finais	157

Referências Bibliográficas	157
Anexos:	
Anexo 01: Roteiro de Entrevistas / Observações	A - 1
Anexo 02: Mapa do Oitavo Grupo de Bacias Hidrográficas do Estado de São Paulo	A-31
Anexo 03: Mapa do Município de Tapiratiba - SP	A-32
Anexo 04: Planilha Mensal do Registro Civil, de Nascidos Vivos, Casamentos, Nascidos Mortos e Óbitos do Município de Tapiratiba	A-33
Anexo 05: Mapa do Município de Tapiratiba - Zona Urbana	A-34
Anexo 06: Doenças de Notificação Compulsória	A-35
Anexo 07: Declaração de Nascido Vivo	A-36
Anexo 08: Boletim Mensal de Produção do Serviço Odontológico de Tapiratiba	A-37
Anexo 09: Quadro da Situação da Qualidade das Águas dos Sistemas Públicos e de Abastecimento, no período de 1991 a 1994, Tapiratiba, SP	A-38
Anexo 10: Relatório do Pró-Água, março, 1995	A-39
Anexo 11: Organograma da Prefeitura do Município de Tapiratiba ..	A-47
Anexo 12: Mapas do Estado de São Paulo com os Extintos ERSA e Atuais DIR, em Destaque DIR XX	A-48
Anexo 13: Fotografias de Tapiratiba (nº 01 a 13)	A-49

ÍNDICE DE TABELAS

4.1.	População residente, por grupo de idade, Tapiratiba, 1994.....	14
4.2.	Distribuição da força de trabalho, Tapiratiba, 1994	19
4.3.	Estrutura fundiária do Município, Tapiratiba, 1991	20
4.4.	Consumo de energia elétrica, segundo a categoria de consumidores, Tapiratiba, outubro, 1995.....	22
5.1.	Coefficiente de mortalidade geral por 1.000 hab., Tapiratiba, 1990 a 1994.....	55
5.2.	Mortalidade proporcional (%), Tapiratiba, 1988 a 1994.....	57
5.3.	Número e proporção (%) de óbitos em menores de 1 ano, segundo causas resumidas, Tapiratiba, 1994.....	58
5.4.	Número e proporção (%) de óbitos no grupo etário 1 a 4 anos, segundo causas resumidas, Tapiratiba, 1994.....	59
5.5.	Número e proporção (%) de óbitos no grupo etário 5 a 19 anos, segundo causas resumidas, Tapiratiba, 1994.....	59
5.6.	Número e proporção (%) de óbitos no grupo etário 20 a 49 anos, segundo causas resumidas, Tapiratiba, 1994.....	59
5.7.	Número e proporção (%) de óbitos no grupo etário de 50 anos e mais, segundo causas resumidas, Tapiratiba, 1994	60
5.8.	Coefficiente de mortalidade infantil, mortalidade neo-natal e infantil tardia (por 1.000 nascimentos), Tapiratiba, 1989 a 1994.....	62
5.9.	Taxa de natalidade (por 1.000 hab.) e taxa de natimortalidade (por 1.000 nascimentos), Tapiratiba, 1989 a 1994.....	62
5.10.	Número de casos e coeficiente (por 10.000 hab.) de doenças de notificação compulsória, Tapiratiba, 1989 a 1994	66
5.11.	Cobertura vacinal em menores de 1 ano, Tapiratiba, 1990 a 1994.	67
5.12.	Cobertura vacinal em menores de 1 ano corrigida, Tapiratiba, 1990 a 1994.....	67

5.13.	Distribuição de casos de meningites segundo agente etiológico, Tapiratiba, 1989 a 1994.....	68
5.14.	Evolução do tratamento de casos de meningites, Tapiratiba, 1989 a 1994.....	68
5.15.	Número e proporção (%) de internações por capítulo da CID, Tapiratiba, 1994.....	70
5.16.	Número e proporção (%) de nascidos vivos por sexo, Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.....	72
5.17.	Número e proporção (%) de nascidos vivos por tipo de parto, segundo duração da gestação, Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.	73
5.18.	Número e proporção(%) de nascidos vivos por duração da gestação, segundo peso ao nascer (g), Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.....	74
5.19.	Número e proporção (%) de nascidos vivos por grau de instrução da mãe segundo idade da mãe, Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.....	74
5.20.	Número e proporção (%) de nascidos vivos por Apgar 1º minuto e 5º minuto, Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.....	75
6.1.	Índices de Breteau, Municípios do extinto ERSA 55, 1994.....	109
7.1.	Receitas Municipais e percentual de acordo com os indicadores de receita e o ano do exercício financeiro de 1994 a 1996, Tapiratiba.	142

ÍNDICE DE QUADROS

4.1.	Evolução do crescimento populacional de Tapiratiba, de 1940 a 1991.....	13
6.1.	Meta potencial, referencial e demanda reprimida do CS II Sizenando Nabuco.....	84
6.2.	Meta referencial e demanda reprimida do Hospital São Lucas.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

4.1.	Pirâmides Populacionais de Tapiratiba, 1970,1980 e 1991.....	14
5.1.	Curva de Nelson de Moraes, Tapiratiba, 1994.	57

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho procurou refletir sobre o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Tapiratiba, em 1995.

Este Trabalho de Campo Multiprofissional foi um trabalho de aprendizado para a equipe, na tentativa de fazer uma ponte entre conhecimentos teóricos adquiridos durante o Curso de Especialização em Saúde Pública e Engenharia Ambiental e uma prática concreta.

A trajetória proposta para este final de curso foi de difícil caminhada. Primeiro pela escassez do tempo e segundo porque o Trabalho de Campo Multiprofissional exige de todos um esforço muito grande para se chegar a um denominador comum.

Mesmo assim, acreditou-se o tempo todo que essa experiência só traria ao grupo e ao Município frutos promissores.

Ao grupo, frutos no sentido de poder individualmente crescer enquanto profissional responsável e comprometido com as reais necessidades vividas pelo povo brasileiro e, para Tapiratiba, a esperança de que este trabalho possa contribuir para os avanços na área da saúde, através de um sistema democrático socialmente justo.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma análise do processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, no Município de Tapiratiba em 1995, através de dados coletados e informações fornecidas por instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde. Tais subsídios foram possíveis de serem observados pela permanência no Município da equipe multiprofissional de alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública e Engenharia Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Tal análise teve como discussão central os preceitos e diretrizes preconizados pelo SUS, como destaca-se a seguir:

- acesso universal e equânime à saúde;
- descentralização das ações, do planejamento e dos recursos financeiros com direção única em cada esfera do governo;
- a integralidade das ações com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e
- participação popular.

Procurou-se, então, através da análise da implantação do SUS no Município conhecer e avaliar os avanços e entraves desse processo.

Para isso, após a descrição dos objetivos do Trabalho de Campo e da metodologia, procurou-se caracterizar o Município em seus múltiplos aspectos buscando sua identidade.

O perfil epidemiológico, descrito no capítulo 5, buscou retratar e analisar as principais causas de morbi-mortalidade do Município.

No capítulo 6, apresentaram-se as características dos serviços e uma análise das ações desenvolvidas pelo Município, delineando o modelo assistencial presente na cidade.

Já no capítulo 7, foi abordado o foco do trabalho, onde foram estudados os problemas identificados no processo de implantação do SUS.

Nas considerações finais, procurou-se destacar alguns elementos que pudessem servir de subsídio para o Município refletir sobre a situação de saúde de sua população e a forma como vem sendo implantado e desenvolvido o Sistema Único de Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Conhecer e compreender o processo de implantação do SUS no Município de Tapiratiba em 1995.

2.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar o Município abordando os aspectos históricos, sócio-econômicos, demográficos, de saneamento básico e ambiental e epidemiológico.
- Conhecer a organização dos serviços de saúde disponíveis à população.
- Identificar, analisar e apontar problemas emergentes com a reorganização dos serviços e ações de saúde.
- Identificar, analisar e apontar possíveis problemas referentes à implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Tapiratiba.
- Propiciar ao Município subsídios para a reflexão e melhoria do seu processo de implantação do Sistema Único de Saúde.

3. METODOLOGIA

O Trabalho de Campo Multiprofissional - TCM - realizado no Município de Tapiratiba caracterizou-se por ser um “Estudo de Caso de um Município”, analisado por uma equipe multiprofissional, cujo objeto é uma unidade, no caso, o processo de implantação do SUS no Município. Nesse tipo de estudo, busca-se retratar a realidade de forma mais completa e profunda, revelando a multiplicidade de dimensões presentes numa variedade de fontes de informações (54). O que se procura representar com esse tipo de metodologia qualitativa são os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista numa situação social. Com isso priorizou-se o processo do trabalho muito mais do que o produto.

O TCM desenvolveu-se em três momentos:

Fase Inicial:

O Trabalho de Campo Multiprofissional iniciou-se com a formação do grupo, buscando tanto a multiprofissionalidade como a multidisciplinariedade das Áreas de Atenção do Curso. Realizaram-se algumas reuniões esporádicas para que o grupo se inteirasse dos objetivos propostos e fizesse os primeiros contatos com seu orientador. Nessa fase inicial, tomou-se conhecimento de alguns dados a respeito do Município escolhido e do cronograma estabelecido.

O Município de Tapiratiba foi escolhido pela comissão organizadora, por ser uma cidade de pequeno porte, ter mostrado interesse em desenvolver esse tipo de trabalho e aceitado as condições para a realização do mesmo.

A primeira aproximação pessoal do local do trabalho, deu-se através do orientador, que explicou mais detalhadamente os objetivos do TCM às autoridades locais, deixou agendada a entrevista inicial com o Prefeito do Município para o primeiro dia de Trabalho no Campo e trouxe alguns documentos solicitados anteriormente.

Nos três dias definidos para o planejamento do TCM, anteriores à semana do Trabalho no Campo, o grupo delimitou o problema a ser investigado e alguns dos objetivos, a partir da leitura e análise sucinta dos dados até então fornecidos e dos conhecimentos sobre o tema. Construiu-se também um roteiro preliminar do trabalho.

Estabeleceu-se, que os dados coletados seriam os seguintes:

- Fontes do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), SEADE (Sistema Estadual de Análises de Dados do Estado de São Paulo), DIR XX (Diretório Regional de Saúde - XX), CIS (Centro de Informação de Saúde), CETESB (Companhia Estadual de Tecnologia e Saneamento Ambiental), CPEE (Companhia Paulista de Energia Elétrica), Fundação Nacional de Saúde e Cartório de Registro Civil de Tapiratiba.

- Plano Diretor de Tapiratiba 91/92, atas de reuniões, documentos, leis, portarias de Tapiratiba e do Estado de São Paulo.

- Observações realizadas no campo.

- Entrevistas semi-estruturadas com representantes do nível local, regional e central (amostragem intencional).

As entrevistas foram definidas segundo temas de interesse, das características do problema em estudo, da facilidade de encontrar as pessoas, ou seja, listaram-se vários representantes que foram considerados importantes para o processo de implantação do SUS e para a caracterização do Município. A entrevista semi-estruturada pressupõe um roteiro básico que, permite ao entrevistador, promover adaptações no desenvolver da mesma, de acordo com as necessidades. (anexo 01)

Os roteiros utilizados nas entrevistas procuraram abordar de diferentes formas, dependendo do entrevistado, alguns indicadores importantes para o processo de implantação do SUS, como: municipalização, regionalização, hierarquização, participação popular, financiamento, serviços de saúde, acesso e acessibilidade, planejamento, ações de saúde, qualidade do serviço e outros. Além disso, através de alguns roteiros buscou-se a caracterização de vários locais visitados. (anexo 01)

Quanto à amostragem (intencional), não foi definido um critério numérico para garanti-la, pois, na pesquisa qualitativa, a amostragem é considerada boa quando possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (29). Além disso, o objetivo desse tipo de estudo não é a generalização, mas sim um aprofundamento da realidade estudada.

Essa multiplicidade de recursos, através da qual se lançou mão para a realização do trabalho, teve por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco do trabalho. É chamada de Técnica de Triangulação (54).

Fase de Campo:

Como o grupo ainda não havia feito uma aproximação inicial do Campo para localizar os possíveis representantes, decidiu-se iniciar essa busca a partir da entrevista inicial com o Prefeito. Um evento para o qual o grupo foi convidado no primeiro dia no Campo, um jantar com os integrantes do Rotary Club de Tapiratiba, serviu de ponte para a realização de várias entrevistas e visitas.

Montou-se um cronograma que era discutido em reuniões grupais, na hora do almoço e à noite. Essas reuniões também tinham como objetivo, a reformulação de estratégias de campo para a busca de novas informações e maiores esclarecimentos. Além das entrevistas, foram realizadas várias visitas e observações em diversos locais.

O grupo se subdividiu em duplas ou em trios para a realização das entrevistas na maioria das vezes, com exceção da entrevista com o Prefeito e com o Coordenador Municipal de Saúde, onde todos estiveram presentes. Parte das entrevistas foram gravadas a partir da autorização do entrevistado.

Houve uma situação particular onde foi realizada uma entrevista semi-estruturada grupal com os idosos do Clube da Terceira Idade e com uma família do Bairro Jardim Soledade, utilizando-se o mesmo roteiro da entrevista para a população.

As entrevistas e visitas realizadas no Campo foram:

Nível estadual:

- Representante do COSEMS (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde)
- Representante da CRS - II (Coordenadoria de Saúde do Interior - II)

Nível Regional:

- Diretora da DIR XX
- Representante da Vigilância Epidemiológica do extinto ERSA 55
- Reunião da CIR (Comissão Intergestora Regional)

Nível local:

- Prefeito
- Coordenador Municipal de Saúde (e representante do Conselho Municipal de Saúde - CMS)
- Presidente do Conselho Municipal de Saúde (e Diretor Técnico do Centro de Saúde II)
- Chefe da Divisão de Desenvolvimento Social (e representante do CMS)
- Coordenadora da Educação Municipal
- Encarregada da Merenda Escolar
- Responsável da Vigilância Sanitária
- Chefe da Divisão de Obras e Serviços (e representante do CMS)
- Encarregado da Manutenção
- Encarregado da Estação de Tratamento de Água
- Químico da Estação de Tratamento de Água
- Responsável pela Casa da Agricultura de Tapiratiba
- Provedor da Irmandade de Misericórdia
- Administrador Hospitalar (e representante do CMS)
- Diretor Clínico do Hospital

- Funcionários: Hospital - 10 (4 - nível universitário; 2 - médio e 2 - operacional)
 - Centro de Saúde - 8 (4 - nível universitário; 2 - médio e 2 - operacional)
 - Núcleo de Atendimento Integral à Saúde (NAIS) - 3
- População: Hospital - 8
 - Centro de Saúde - 11
 - Fazenda - 1
 - Família - 4 elementos
 - Idosos do Clube da Terceira Idade - cerca de 50 idosos
- Associações: Sociedade Amigos do Jd Soledade e Vilas Unidas
 - APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
 - Clube da Terceira Idade do Fundo Social de Solidariedade
 - Casa da Criança
 - Clube da Criança
 - Associação Comercial e Industrial de Tapiratiba
 - Lar Assistencial Osório Maciel (e representante do CMS)
- Sindicatos: Trabalhadores Rurais
 - Trabalhadores da Indústria Alimentícia (e representante do CMS)
- Imprensa: Tapiratiba Hoje
 - Jornal Clarão
- Comércio e Indústria: Usina Itaiquara
 - Usina de Leite Bela Vista
 - Empresa de Calcário
 - Indústria de Bola Ray-J
- Padre da Igreja Católica
- Delegado
- Fazendeiros

Outros Lugares Visitados:

- Matadouro Municipal
- Mercado Municipal
- Posto de Coleta de Leite da Parmalat

- Consultórios Odontológicos: EEPSG - Prof. Moisés Horta de Macedo
EEPG - Prof. Benedito de Moraes Camargo

Fase Pós-Campo:

Nesta fase, iniciou-se a sistematização das entrevistas e dados coletados. Alguns esclarecimentos e dados complementares ainda foram necessários, visto que o tempo de planejamento do trabalho foi muito limitado.

Essa sistematização possibilitou uma análise preliminar dos dados e como em um processo dialético, de idas e vindas e contradições, o grupo foi identificando os possíveis problemas ou pontos de estrangulamentos referentes à implantação do SUS no Município de Tapiratiba e identificando também os problemas com a reorganização dos serviços e ações de saúde.

Alguns dos dados foram coletados diretamente de fontes oficiais e os outros registros foram coletados em campo pela equipe. É de consenso do grupo que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, mas ao contrário se complementam e ampliam a compreensão do estudo.

Para uma análise mais aprofundada de certos pontos, buscou-se contextualizar as informações através de referenciais teóricos, além dos dados coletados e observações feitas, pressupondo-se que a realidade é complexa e historicamente determinada.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

4.1. Histórico

Segundo o testemunho de vários munícipes, em meados do século passado aqui chegaram, procedentes da freguesia de Caconde, Domiciano José de Souza acompanhado de sua família e Vigilato José Dias.

Domiciano José de Souza, natural de Ibituruna, do Estado de Minas Gerais, viera para esta região pelo ano de 1821 movido pela cobiça do ouro. Tendo reunido escravos, tratou imediatamente da exploração das terras e de seu desbravamento. Homem instruído, dotado de invulgar inteligência, Domiciano José de Souza distinguiu-se no cenário político da freguesia de Caconde, onde foi eleito várias vezes Juiz Municipal; foi também agraciado, com todos os méritos pelo Presidente da Província, com a patente de Capitão das Ordenanças do Termo de Mogi-Mirim da freguesia de Caconde.

Domiciano José de Souza, o futuro promissor da cultura de café, em companhia de Vigilato José Dias, embrenhou-se sertão adentro e, havendo deparado com terras promissoras na área que é hoje este Município, fundou duas fazendas: Soledade e Bica da Pedra (Fazenda Itaiquara). Após a morte dos dois desbravadores, a fazenda Soledade, ainda existente no Município, passou a pertencer ao genro de Domiciano, Thomaz José Dias, enquanto a Bica da Pedra teve como sucessor o Capitão Indalécio.

Em 1887, Thomaz José Dias, casado com Carolina de Almeida e Silva, a filha de Domiciano José de Souza, doava 20 alqueires de terra da Fazenda Soledade à Paróquia de Nossa Senhora Aparecida. Em 1898, era então construída a Capela de Nossa Senhora Aparecida (conhecida atualmente como "Igrejinha"), ainda existente no Município. A referida Capela é tida como ponto de partida da Fundação de Tapiratiba. (anexo 13 - foto nº01)

Na Fazenda Soledade, ao tempo de Thomaz José Dias, poucas eram as construções existente. Já na Fazenda Bica da Pedra, administrada por Vigilato José Dias, várias foram as construções ali erguidas: a sede da Fazenda, construção das mais sólidas; um engenho-de-serra e diversas casas de colonos.

Em 06 de dezembro de 1906, pela Lei Estadual nº 1.028, o distrito policial de Soledade passou a denominar-se "Tapiratiba". A 19 de dezembro do mesmo ano, a Lei nº 1.039, elevou a sede distrital à categoria de vila. Em 1911, na divisão administrativa do Brasil, Tapiratiba figura como pertencente ao Município de Caconde. Em 27 de dezembro de 1928, por força da Lei Estadual nº 2.238, criou-se o Município de Tapiratiba, cuja instalação verificou-se em 27 de dezembro de 1929, data em que se instalou também a primeira Câmara Municipal.

O topônimo Tapiratiba, de origem indígena, significa, etmologicamente, abundância de anta ou tapir: lugar onde há muita anta (42)

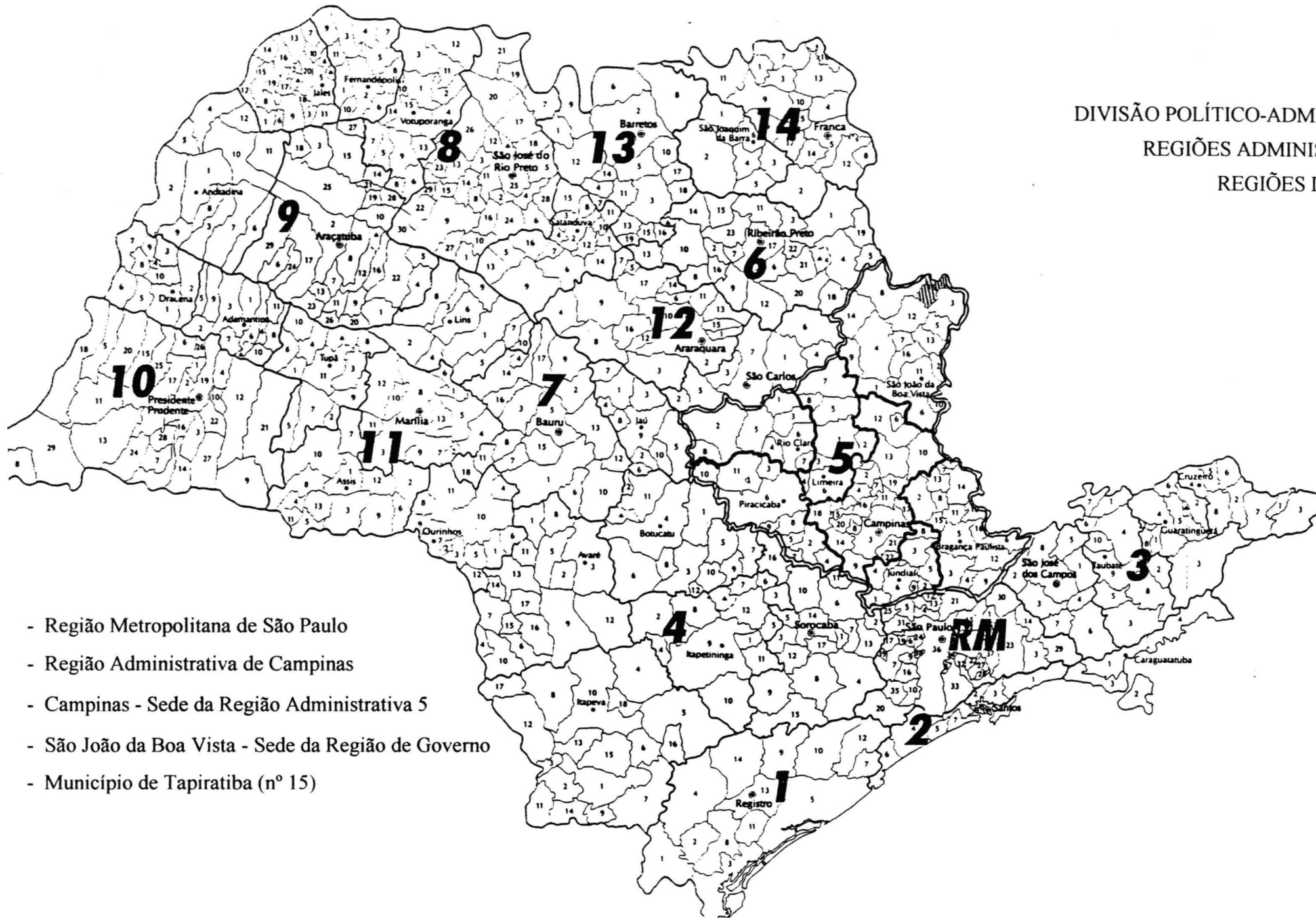
4.2. Localização Geográfica e Delimitação Político-Administrativa

O Município de Tapiratiba (anexo 13 - foto nº 02) encontra-se na região Nordeste do Estado de São Paulo, numa zona fisiográfica denominada Cristalina do Norte, nas coordenadas geográficas 21° 28' 10" Latitude Sul e 46° 45' 00" Longitude Oeste, fazendo parte da Região Administrativa nº 05 - Região Administrativa de Campinas, e Região de Governo de São João da Boa Vista, ocupa uma área de 228 km², limitando-se com os seguintes Municípios:

- Ao norte: Guaxupé (MG)
- Ao leste: Muzambinho (MG)
- Ao sul: Caconde (SP)
- A oeste: São José do Rio Pardo (SP)
- A noroeste: Mococa (SP)

A sede do Município dista 287 Km de São Paulo (Capital) e em linha reta liga-se por estradas de rodagem à capital federal Brasília, via Ribeirão Preto, com a distância de 740 Km.

DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA
REGIÕES ADMINISTRATIVAS E
REGIÕES DE GOVERNO
SÃO PAULO



- Região Metropolitana de São Paulo
- Região Administrativa de Campinas
- Campinas - Sede da Região Administrativa 5
- São João da Boa Vista - Sede da Região de Governo
- Município de Tapiratiba (nº 15)

4.3. Demografia

Segundo o Censo da Fundação IBGE, o Município de Tapiratiba contava em 1991 com 11.799 habitantes, sendo 5.967 homens e 5.832 mulheres.

A densidade demográfica, segundo o mesmo Censo, é de 51,69 hab./km², uma densidade baixa em se tratando do Estado de São Paulo. Esse Censo ainda indicou a existência de 2.789 domicílios no Município, o que conduz a uma relação habitante/domicílio igual a 4,21.

No quadro a seguir é mostrada a evolução do crescimento populacional no Município de acordo com os dados da Fundação IBGE.

Quadro 4.1- Evolução do Crescimento Populacional, Tapiratiba, 1940-1991.

Ano	Pop. Urbana(Hab.)	Pop. Rural(Hab.)	Pop. Total(Hab.)
1940			9.545
1950			9.245
1960			9.818
1970	2.338	6.940	9.278
1980	3.560	6.305	9.865
1991	6.137	5.662	11.799

Fonte: Fundação IBGE.

Estimativa realizada pela Fundação SEADE em 1994 (tab. 4.1) aponta para uma população total de 12.255 habitantes, 6.201 do sexo masculino e 6.054 do sexo feminino, sendo que cerca de 60% da população (7.353 habitantes) estão distribuídos na zona urbana e 40% (4.902 habitantes), na zona rural.

Tabela 4.1 - População residente, por grupo de idade, Tapiratiba, 1994.

Faixa etária	Homem	Mulher	Total
0 - 4	654	617	1.271
5 - 9	624	608	1.232
10 - 14	650	621	1.271
15 - 19	602	583	1.185
20 - 24	553	545	1.098
25 - 29	545	528	1.073
30 - 34	518	508	1.026
35 - 39	452	442	894
40 - 44	375	353	728
45 - 49	310	292	602
50 - 54	253	234	487
55 - 59	201	192	393
60 - 64	168	174	342
65 - 69	125	138	263
70 - 74	83	102	185
75 e +	88	117	205
Total	6.201	6.054	12.255

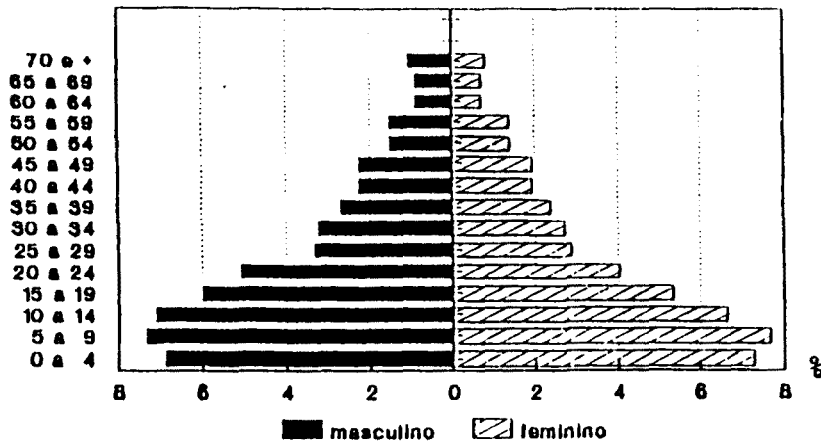
Fonte: Estimativa Populacional - Fundação SEADE.

A razão de dependência expressa a dependência dos grupos de jovens (menores de 15 anos) e idosos (maiores de 65 anos) em relação à população economicamente ativa (15 a 64 anos). Quanto maior for esta relação, maiores serão os problemas econômicos do Município.

A razão de dependência do Município foi de 52,19%, sendo o componente de dependência juvenil igual a 44,49% e dependência senil igual a 7,70%. Esta é uma razão de dependência alta, com maior peso na dependência juvenil, devendo ser pensados programas voltados para a faixa etária de menores de 15 anos.

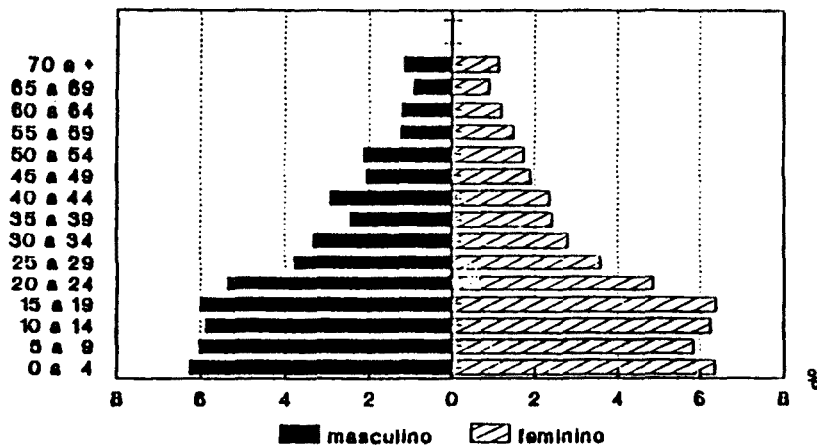
A análise das pirâmides populacionais dos últimos 24 anos (gráfico 4.1) mostra uma pirâmide de transição tardia caminhando para transição precoce. Existe uma evolução mostrando possível queda na fecundidade e natalidade, acompanhando a mudança do País e a queda na mortalidade geral apontando para um envelhecimento da população.

Pirâmide Populacional TAPIRATIBA - 1970



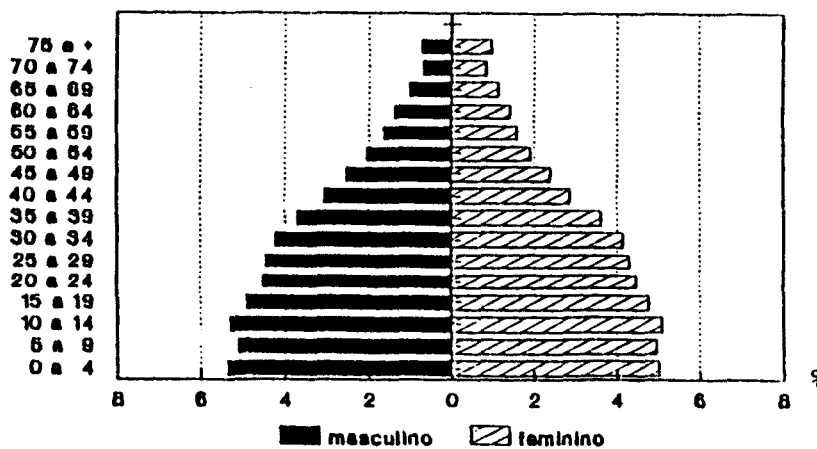
Fonte: Censo Demográfico IBGE - 1970.

Pirâmide Populacional TAPIRATIBA - 1980



Fonte: Censo Demográfico IBGE - 1980.

Pirâmide Populacional TAPIRATIBA - 1994



Fonte: Est. Populacional FSEADE - 1994.

4.4. Clima e Relevo.

A altitude média do Município é de 760 m acima do nível do mar, lotado em topografia de região Serrana Ondulada, apresentando temperaturas médias anuais de 20° C e índices pluviométricos de 1.700 mm/ano. Tais características aliadas à existência de solos de tipo Latosol-Podisolisadores favorecem o desenvolvimento de atividades rurais.

4.5. Geologia

No arcabouço geológico do Estado de São Paulo, o Município de Tapiratiba encontra-se localizado no Complexo Varginha, pertencente ao domínio do chamado Complexo Cristalino, o qual cobre cerca de 24% do território paulista.

O complexo Varginha aparece entre a falha de Jacutinga e a divisa com Minas Gerais, abrangendo principalmente os municípios de Mococa, Caconde e Tapiratiba. Constitui-se de rochas granulíticas diversas, expostas em extensos tratos, gnaisses variados, micaxistos, rochas calcossilicáticas, dolomitos, metabasitos e metaultrabasitos. Migmatização e injeção ocorrem por toda a parte, com maior intensidade na extremidade sul do complexo.

As ocorrências minerais do Complexo Varginha são de pequena relevância, resumindo-se praticamente às rochas calcárias de Caconde e Tapiratiba e à produção de brita em algumas pedreiras próximas aos maiores centros urbanos.

Em relação à incidência de ouro, é conhecida a existência do metal na região; no entanto, tal incidência não apresenta expressão econômica, sendo significativa por apontar a extensão de zona aurífera existente no lado mineiro adjacente.

4.6. Recursos Hídricos

De acordo com a Divisão Hidrográfica aprovada pelo Conselho Estadual de Recursos Hídricos em sua reunião de 25/11/1993 e Decreto nº 38.455 de 21/03/1994, bem

como discriminação contida no Inciso II, do Decreto nº 36.787, de 18/05/1993 (48), o Município de Tapiratiba está contido no oitavo grupo de Bacias Hidrográficas do estado, o qual engloba as bacias dos rios Mogi-Guaçu, Pardo, Sapucaí/Grande, Baixo Pardo/Grande, pertencendo especificamente à bacia do Rio Pardo, Unidade de Gerenciamento de Recursos Hídricos (UGRHI) Nº 04. (anexo 02)

A bacia do Rio Pardo (UGRHI Nº 04) engloba 22 municípios e apresenta uma área de 9.609 km², abrigando uma população de 833.998 habitantes, segundo o Censo de 1991. Os principais cursos d'água da Bacia são: Rio Pardo, Rio Guaxupé.

A Lei Estadual nº 7.641 estabelece a proteção ambiental das bacias dos rios Pardo, Mogi-Guaçu e Médio Grande, apresentando critérios para o uso e ocupação do solo.

Dos 22 municípios componentes da bacia, apenas quatro contam com algum sistema de tratamento de esgotos, sendo os efluentes domésticos lançados nos cursos d'água, tendo como destino o Rio Pardo.

Segundo o Relatório de Qualidade das Águas Interiores do Estado de São Paulo-1994, CETESB, o Rio Pardo ainda é um dos poucos cursos d'água preservados no estado, apresentando um índice de qualidade das águas classificado como bom (14).

O principal curso d'água que atravessa o Município de Tapiratiba é o Rio Guaxupé, cuja nascente se encontra no Estado de Minas Gerais, destacando-se ainda os Ribeirões Conceição e Soledade, os quais margeiam a sede do Município.

4.7. Sistema Viário

A situação do Município em termos de sistema viário é satisfatória. A sede municipal é cortada por duas rodovias estaduais, SP-350 e SP-253, ambas pavimentadas e em bom estado de conservação, as quais ligam diretamente Tapiratiba aos municípios vizinhos de São José do Rio Pardo, Guaxupé e Caconde (anexo 03).

Em termos de perímetro urbano, 90% das ruas são pavimentadas, em sua maioria asfalto, sendo que as ruas centrais são em paralelepípedo, apresentando excelente estado de conservação, sendo a maioria arborizadas.

O Plano Diretor 1991/1992 (43) recomenda a implantação de um anel viário externo e a adoção de transporte coletivo urbano, devido ao crescimento da área urbana e a pavimentação da estrada ligando a sede municipal à Usina Itaiquara.

Em relação à zona rural, as estradas apresentam níveis de conservação desiguais, muitos trechos em bom nível de conservação, e outros em estados precários, dificultando o acesso às propriedades em período chuvoso.

4.8. Economia

A economia do Município baseia-se principalmente na agricultura, pecuária e indústria. As principais indústrias instaladas tem suas atividades voltadas para o beneficiamento de produtos agropecuários.

Em relação aos principais estabelecimentos industriais, instalados no Município, merecem destaque: Usina Itaiquara de Açúcar e Álcool S/A - produtora de açúcar e fermento, Fazenda São José - produtora de leite tipo A, Empresa de Calcário São Luiz, Granja do Maneco - produtora de matrizes de aves para engorda, além de outros comerciantes.

Segundo dados contidos no Plano Diretor Municipal, referentes ao ano de 1991 (43), existem no Município cerca de 215 propriedades agrícolas, 160 estabelecimentos comerciais e de serviços, e em torno de 20 estabelecimentos industriais, existindo ainda cerca de 500 autônomos.

Nos últimos anos, têm sido criadas no Município diversas fábricas de materiais esportivos, basicamente bolas, destacando a Ray-J Sportif, a qual produz em torno de 600

bolas/dia, com capacidade instalada para 1.000 un./dia. A maior parte dos estabelecimentos apresentam produção em pequena escala.

Dados contidos no Plano Diretor Municipal, referentes ao ano de 1991 (43), indicavam a existência de 5.300 pessoas com renda no Município, sendo a maioria constituída de assalariados: cerca de 3.500 pessoas. Foi detectado a existência de 880 aposentados.

Em relação à distribuição da força de trabalho nos diferentes setores, pode verificar-se, conforme tabela a seguir, o predomínio das atividades de agropecuária e indústria.

Tabela 4.2 - Distribuição da força de trabalho, Tapiratiba, 1991.

Setor	Nº de pessoas
Indústria	1.010
Comércio	315
Serviços	785
Funcionalismo	280
Agropecuária	1.450
Autônomos	510
Total	4.350

Fonte: Plano Diretor Municipal de Tapiratiba, 1991/1992.

A mesma pesquisa, feita por ocasião da elaboração do Plano Diretor Municipal (43), apontava para uma renda per capita do Município de 1.200 dólares, indicando ainda um baixo nível de desemprego.

Embora algumas pesquisas indiquem baixo nível de desemprego, a opção por atividade fica restrita praticamente à agropastoril; a falta de outras opções tem como reflexo uma massa salarial baixa.

Segundo recente pesquisa feita pela área de saúde, dentro do programa saúde da família (44), em 18 propriedades da zona rural, cerca de 90 % da população tem rendimento entre 1 e 2 salários mínimos.

Devido à pequena extensão territorial do Município e a conseqüente proximidade com os municípios circunvizinhos, empresas como a Usina Itaiquara e Fazenda São José buscam mais da metade de seus funcionários em outras cidades, inclusive no Estado de Minas Gerais. Juntas, estas duas empresas ocupam uma área de 7.000 hectares, cerca de 35% da área total do Município.

A Usina Itaiquara é responsável por mais de 90% do produto industrial do Município, empregando entre lavoura e manufatura cerca de 3.500 pessoas, sendo que apenas 30% deste total são do Município.

A zona rural do Município abriga em torno de 5.000 pessoas (40% da população) e tem uma área de aproximadamente 21.900 hectares, dos quais cerca de 9.000 cultivados, 9.000 cobertos por pastagens e cerca de 4.000 hectares cobertos com mata natural, eucaliptos e ocupados com construções rurais e industriais.

Em relação à extensão territorial, as principais propriedades do Município são: Itaiquara, São José, São Pedro, Fortalezinha, Limeira, Cachoerinha e São Francisco, juntas representam 3,2% dos proprietários e 45,4% das terras (anexo 03).

A estrutura fundiária do Município se encontra enumerada na tabela a seguir:

Tabela 4.3. - Estrutura Fundiária do Município, Tapiratiba, 1991.

Extensão (ha)	Propriedades (nº)	Total (ha)
até 1	7	4,30
1 a 10	66	495,80
11 a 50	68	1.694,30
51 a 100	36	2.874,50
101 a 500	33	7.000,90
acima de 500	7	9.840,20
Total	217	21.910,00

Fonte: Plano Diretor Municipal, 1991/1992.

Em relação à pecuária, o rebanho bovino existente, estimado em 8.500 cabeças, é voltado em sua maioria para produção de leite: cerca de 7.500 cabeças.

O Município apresenta grandes produtores de suínos, destacando, as fazenda Pedra Branca, Montovânia e Modelo, sendo que o rebanho, de acordo com os dados de 1991, apresentavam em torno 6.000 cabeças. A avicultura também é bastante desenvolvida no Município, destacando a granja do Maneco.

Em relação à agricultura, os principais produtos cultivados são: café - área cultivada de 3.600 ha e produção anual de 30.000 sacas/ano; cana de açúcar - área cultivada de 4.200 ha e produção de 336.000 ton./ano; milho - área cultivada de 1.400 ha e produção de 63.000 sacas/ano; arroz - área cultivada de 60 ha e produção de 2.100 sacas/ano e feijão - área cultivada de 80 ha e produção de 60 sacas/ano.

Segundo a pesquisa elaborada pela equipe técnica do Plano Diretor Municipal (43), os principais problemas enfrentados pela zona rural de Tapiratiba são:

- Conservação de estradas;
- Êxodo rural;
- Baixa Produtividade;
- Comercialização;
- Mau manejo da água.

No que se refere a comércio e serviços, destaca-se a área de alimentos, constituída de cerca de 70 (setenta) estabelecimentos, englobando: mercearias, mercados, açougues, quitandas, bares e lanchonetes. O setor de vestuário também é significativo, contando com cerca de 30 (trinta) estabelecimentos.

O Município conta com 04 (quatro) estabelecimentos bancários: Banco do Brasil, Nossa Caixa Nosso Banco, Banco Bamerindus e Bradesco, sendo que a maior parte do crédito é destinado à zona rural.

Dados da Fundação SEADE, referentes a 1993, indicavam um crédito rural total de R\$ 2.336.550,00, sendo praticamente todo voltado para a agricultura.

Outro indicador da importância da zona rural na economia do Município pode ser demonstrado através do consumo de energia elétrica, segundo dados da Companhia

Paulista de Energia Elétrica, empresa responsável pelo suprimento de energia na região: a zona rural é responsável por 48% do consumo de energia elétrica no Município.

Tabela 4.4 - Consumo de energia elétrica, segundo a categoria de consumidores, Tapiratiba, Outubro 1995.

Categoria	Nº de Consumidores	Consumo KWH
Residencial	1.863	356.819
Comercial	173	82.188
Rural	197	589.817
Industrial	24	126.496
Poder Público	36	68.816
Total	2.293	1.224.136

Fonte: Companhia Paulista de Energia Elétrica.

Conforme dados da Fundação SEADE referentes a 1993, o Município contava com 48,43 terminais telefônicos por 1.000 habitantes, índice baixo em relação à média do estado.

O índice de participação na arrecadação do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), no exercício de 1993, foi de 0,033%.

O Plano Diretor Municipal aponta para a tendência de êxodo rural no Município, sugerindo a implantação de um distrito industrial de forma a criar novas oportunidades de emprego, bem como alerta para a necessidade de incremento dos serviços públicos essenciais, tais como: saúde, educação, saneamento básico, entre outros.(43)

4.9. Habitação

A questão habitacional é referida como um dos principais problemas de Tapiratiba pelos atuais administradores municipais, sendo que o êxodo rural tem aumentado nos últimos anos, agravando o problema.

Segundo a Lei Municipal nº 17/80 de 09 de junho de 1980, a política habitacional do Município está a cargo da EMURTAPI- Empresa Municipal de

Urbanização de Tapiratiba. No entanto, tal empresa funciona como uma prestadora de serviço no sentido de dotar os loteamentos de infra-estrutura urbana.

Devido às dificuldades financeiras, a Prefeitura Municipal tem adotado como estratégia para a solução do problema habitacional, a parceria com o setor privado, através dos proprietários de terra, dentro do programa de lotes urbanizados. Os proprietários entram com o terreno e a Prefeitura com a infra-estrutura: água, esgoto, energia elétrica. Ao final, os proprietários recebem 50% dos lotes e a outra metade fica com a prefeitura.

Para se habilitar aos lotes, o interessado deverá ter renda superior a 3 (três) salários mínimos, ser residente e trabalhar no Município, não possuir imóvel e ser casado ou ter família. A Prefeitura fornece o lote com o alicerce executado e apoio técnico, cabendo ao interessado o término da construção.

Atualmente encontra-se em fase de implantação o loteamento Jardim Urbano Brocchi, com 480 lotes, sendo 240 da prefeitura, estando a rede de energia elétrica e sistema de esgotamento sanitário executados.

Outra iniciativa recente da Prefeitura se refere ao projeto Vila Fraternidade, onde serão construídas 50 casas, das quais 15 destinadas a idosos sem família e 15 para funcionários municipais. Até o momento foram construídas 20 casas.

Recentemente foi formado no Município o MMPT - Movimento de Moradia Popular de Tapiratiba de forma a participar do programa habitacional da Secretaria Estadual da Habitação e da CDHU- Companhia de Desenvolvimento Habitacional Urbano do Estado.

O MMPT tem como alguns de seus objetivos:

- Priorizar a aplicação de recursos públicos na construção de unidades habitacionais para as famílias de baixo poder aquisitivo.
- Otimizar a construção de moradias pelo regime de autogestão e mutirão.

- Promover o cadastramento de famílias para aquisição de lotes urbanizados e unidades habitacionais.

As condições de moradia da população urbana são satisfatórias, não existindo favelas e sub-habitações, sendo as casas em alvenaria de tijolo e a quase totalidade com cobertura de telhas cerâmicas.

A população rural vive em sua maioria em casas cedidas pelos proprietários, possuindo energia elétrica e água encanada, sendo as edificações de boa qualidade, no entanto, muitas apresentam péssimo estado de conservação.

4.10. Educação

A educação em Tapiratiba é feita pela rede pública de ensino, estadual e municipal, não existindo escolas particulares.

A rede estadual conta com 5 (cinco) estabelecimentos, sendo que 3 (três) estão localizados na zona urbana (dois de primeiro grau e um de segundo grau) e 2 (três) estabelecimentos na zona rural (ambos de primeiro grau).

A rede municipal consta de 15 EMEI - Escolas Municipais de Educação Infantil (pré-escola), sendo 11 (onze) distribuídas na zona rural e 4 (quatro) na zona urbana.

De acordo com dados fornecidos pelo Município, existe atualmente cerca de 2.870 alunos matriculados em toda a rede de ensino, sendo que 498 matriculados nas EMEI.

Dados da Fundação SEADE referentes a 1993, apontavam a existência de 3.059 matrículas no Município sendo: 429 na pré-escola, 2.433 no primeiro grau e 197 no segundo grau.

A Coordenadoria de Educação do Município é responsável pela supervisão de 25 (vinte e cinco) professores da pré-escola, sendo que 3 (três) destes são cedidos para a APAE. Esses professores estão recebendo supervisões mensais de um pedagogo, com estudos sobre o método construtivista.

A faixa etária atendida pelas EMEI compreende de 4 a 6 anos para a zona rural e 5 a 6 anos para a zona urbana.

Segundo informações dos dirigentes municipais, o Município aplica 25% do orçamento em educação.

A população escolar da zona rural conta com transporte gratuito fornecido pela Prefeitura Municipal. Ainda em relação à população da zona rural, em recente pesquisa feita pela área de saúde com aproximadamente 1.000 pessoas, detectou-se um índice de analfabetismo próximo a 15% (44).

Em relação à população total do Município, urbana e rural, pesquisa do Plano Diretor Municipal apontou para um de analfabetismo próximo de 8,50%. A mesma pesquisa mostra que de cada 10 (dez) alunos matriculados na 1ª série do primeiro grau, 2 (dois) chegam a matricular-se na 1ª série do segundo grau e somente 1 (um) conclui o segundo grau (43).

O Programa de Merenda Escolar é desenvolvido pela Coordenadoria de Educação, de acordo com o estabelecido na Lei Orgânica do Município, Cap. III, art. 202 (33). Há fornecimento de alimentação para as escolas da rede pública municipal, formada basicamente por pré-escolas, e para as estaduais, compreendendo o atendimento aos alunos de 1º grau. O serviço ainda encaminha alimentos para a creche denominada “Casa da Criança”. O Município mantém convênio com o Governo Estadual para descentralização do Programa de Merenda Escolar, recebendo através do mesmo, recursos financeiros para cobrir parte dos gastos com os alimentos.

As refeições são confeccionadas de maneira descentralizada, por uma equipe composta por cerca de 19 (dezenove) merendeiras, distribuídas nas diversas unidades.

Os alimentos que compõem o programa são basicamente os “in natura”. As refeições oferecidas seguem o cardápio:

2ª feira - Macarronada com carne moída.

3ª feira - Sopa de macarrão com carne legumes e tubérculos.

4ª feira - Arroz, feijão, frango frito e salada com ovos.

5ª feira - Sopa de macarrão com carne legumes e tubérculos.

6ª feira - Polenta com carne moída.

Os escolares da zona rural recebem ainda diariamente leite e bolachas. O leite é fornecido pelo fazendeiro e é previamente fervido. Os legumes utilizados são produzidos em uma horta mantida pela Prefeitura e localizada no asilo, que conta com a supervisão de um agrônomo.

Não há nenhum especialista que se responsabilize pela qualidade do programa, bem como pela elaboração de cardápios, cálculo do valor nutricional, programação de compras, distribuição dos alimentos, treinamentos de manipuladores de alimentos, etc. O cardápio é estabelecido pela responsável pelo programa.

Os alimentos estocáveis são enviados a cada dois meses e os perecíveis semanalmente, de acordo com o consumo da escola.

As unidades escolares enviam trimestralmente um relatório indicando o número de alunos atendidos ao dia e o tipo de refeição distribuída.

De maneira geral, a composição das refeições está adequada ao preconizado pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) para Programas de Alimentação Escolar, que recomenda a utilização de gêneros “in natura”, além do fornecimento de alimentação que atenda 15 % das necessidades diárias de nutrientes dos escolares, ou seja, 350 Kcal e 9 g de proteínas. No entanto, pode-se ressaltar que ao se utilizar preparações do tipo sopa

difícilmente se atinge o valor nutricional indicado pela FAE sendo necessário complementar a refeição com pães, frutas ou outro alimento.

Seria interessante a adoção de programas educativos direcionados para as merendeiras responsáveis pela manipulação dos alimentos, a fim de se evitar a ocorrência das doenças veiculadas por alimentos junto à comunidade escolar.

4.11. Lazer, Esportes e Cultura

Em relação às atividades de esporte, lazer e cultura no Município, as opções são bastante limitadas, sendo este, um dos principais problemas apontados pela população durante pesquisa realizada na cidade por ocasião da elaboração do Plano Diretor em 1991 (43), bem como durante algumas das entrevistas realizadas na cidade durante a coleta de dados.

A infra-estrutura disponível no Município para o desenvolvimento das atividades de esporte, lazer e cultura é formada por:

- Recanto cachoeira, às margens do Ribeirão Soledade, próximo à captação do sistema público de abastecimento de água, o qual contém lanchonete, pista de bicicross e a gruta Nossa Senhora de Lourdes.

- Centro de Lazer Paulo Jorge, contendo minicampo de futebol, quadras de futsal, bocha, malha, pista de atletismo, sala de jogos e um palco, em fase de término de construção, dotado de estrutura para realização de shows e espetáculos culturais na cidade.

- Conjunto Poliesportivo que se encontra inacabado e fechado, pois o Governo do Estado não encaminhou mais verbas para sua conclusão.

- Estádio de futebol municipal.

- Piscina pública, atualmente em reformas e fechada ao público.

- Clube 28 de dezembro que desenvolve atividades de futebol e possui ainda sede social.

- Itaiquara Futebol Clube.

- Praças municipais.
- Campos de futebol localizados em algumas fazendas.
- Bares e lanchonetes.

A maior parte da população tem como atividades de lazer a realização de passeios e a utilização de praças, além de assistir televisão e praticar esportes (43).

A Coordenadoria de Esportes, Lazer e Turismo estimula a prática do futebol através da manutenção de uma escolinha para 180 meninos, com idades entre 7 a 16 anos, que recebem aulas durante dois dias da semana de um jogador profissional. A prática da natação também é estimulada oferecendo-se cursos de iniciação e aprendizado, bem como treinamentos para aperfeiçoamento de atletas. Há vagas para 120 (cento e vinte) crianças, nas idades entre 6 e 14 anos; porém, no momento, tais atividades encontram-se suspensas devido à reforma da piscina. Cabe destacar ainda que segundo informações do Coordenador de Esportes, a piscina também é aberta ao público em geral, mediante o pagamento de taxa e a realização de exames médico no posto de saúde.

A Coordenadoria de Esportes trabalha ainda com um calendário anual de eventos na área urbana e rural. Destacam-se entre estes os torneios de bocha, domingo do truco, campeonatos de futebol, competições estudantis mesclando-se a estes alguns de caráter cultural, como Cavalhada, FIMS - Festival de Música Sertaneja, Festa do Peão de Boiadeiro, Encontro de Folia de Reis, FETAU - Festa do Tapiratibense Ausente.

O Município conta com poucos pontos turísticos, merecendo destaque a Serra do Paraíso, o Cristo Redentor, a Cachoeira do rio Guaxupé e o Recanto Cachoeira.

A cidade não conta com cinema, teatro, nem biblioteca municipal.

Em relação à imprensa, o Município conta com dois jornais: “Tapiratiba - Hoje”, editado e distribuído gratuitamente pela Prefeitura Municipal, com circulação quinzenal e tiragem média de 2.500 exemplares e “Clarão”, de periodicidade mensal e tiragem média de 3.000 exemplares.

Não existe nenhuma emissora de rádio e televisão instalada no Município, sendo que a população capta os sinais de transmissores localizados nos municípios vizinhos.

4.12. Promoção Social

As ações desenvolvidas no Município referentes à promoção social são desenvolvidas pelo Fundo Municipal de Solidariedade, “Casa da Criança”, asilo, guardamirim e APAE.

O Fundo Municipal de Solidariedade é dirigido pela responsável do Setor de Merenda Escolar e tem suas ações voltadas basicamente para a direção do Clube da Terceira Idade. O Clube existe há cerca de três anos e reúne idosos que residem na área urbana, com idades entre 53 a 87 anos. Há reuniões periódicas onde os idosos desenvolvem diversas atividades como costura, tricô, jogos, ginástica, alfabetização, passeios, festas, entre outras. O Fundo ainda oferece doação de enxoval para o grupo de gestantes.

A Casa da Criança é uma entidade sem fins lucrativos que é mantida com recursos provenientes da Casa da Amizade (esposas de rotarianos) e Governo Federal. A Prefeitura também contribui através do fornecimento de gêneros alimentícios e manutenção de uma educadora infantil diariamente por meio período. Tal entidade constitui a única creche da cidade e atende em período integral cerca de 50 (cinquenta) crianças, na faixa etária de 0 a 6 anos. A unidade conta com cozinheira, faxineira e pajem, além dos serviços voluntários de um médico pediatra que acompanha uma vez por semana o desenvolvimento, bem como o estado de saúde das crianças. O critério para inscrição da criança consiste na apresentação por parte da mãe ou responsável de comprovante de que trabalha. Soma-se a este fato a questão de não se ter com quem nem onde deixar a criança durante este período. De acordo com informações da responsável e pelo que se pôde observar, o espaço é precário e pequeno para o número de crianças que abriga, havendo necessidade ainda de mais uma educadora.

O asilo fundado em 1956 é uma instituição sem fins lucrativos e declarada de utilidade pública estadual. Sobrevive através das doações de empresas particulares, em especial da Usina Itaiquara. Atende 26 (vinte e seis) idosos em regime de internação.

A APAE também se caracteriza por ser uma entidade assistencial, porém oferece atendimento ao deficiente. A instituição recebe contribuição financeira mensal da Prefeitura local que garante parte da cobertura dos gastos, o restante é conseguido através da realização de bazares, festas, bailes e etc. Conta com o apoio dos profissionais do Centro de Saúde, entre estes, assistente social, fonoaudióloga, fisioterapeuta e dentista. As educadoras e a psicóloga constituem quadro fixo da unidade. Atualmente a instituição atende 30 (trinta) deficientes, sendo que somente 10 (dez) são da área rural, nas seguintes faixas etárias:

- 1 a 4 anos - 01 (um) caso.
- 5 a 9 anos - 05 (cinco) casos.
- 15 a 19 anos - 07 (sete) casos.
- 20 a 30 anos - 17 (dezesete) casos.

A guarda-mirim, realiza trabalhos com adolescentes e, segundo Plano Diretor de 1991/ 1992, sustenta-se com recursos provenientes dos estágios das mesmas (43).

4.13. Saneamento Básico e Ambiental

4.13.1. Sistema de Abastecimento de Água

4.13.1.1. Características Gerais

O sistema de abastecimento público de água de Tapiratiba é administrado e operado pela , sendo que a implantação do mesmo se iniciou no ano de 1950, e as obras terminaram em 1952. A iniciativa de implantação dos serviços foi da própria Prefeitura, contando para tal com um empréstimo da Caixa Econômica Estadual.

Ao longo do tempo o serviço sofreu gradativas ampliações, visando ao atendimento do aumento da demanda provocado pelo crescimento populacional, principalmente nas partes referentes à rede de distribuição e ligações domiciliares. A ampliação mais significativa ocorreu no ano de 1976, quando foi efetuado serviços na estação de tratamento e sistema de reservação.

O sistema é constituído de captação em manancial superficial, estação de tratamento convencional, conjuntos elevatórios, adutoras de água tratada, reservatórios de distribuição, rede de distribuição e ligações domiciliares, tendo um nível de cobertura de 100% dos domicílios existentes na zona urbana.

Embora o sistema atenda a toda população, a qualidade da água não é satisfatória, em termos físico-químicos e biológicos, não atendendo aos padrões de potabilidade. Estima-se que cerca de 10% da população se utiliza de sistemas alternativos, nascentes “minas” localizadas dentro da cidade (anexo 13 - foto nº 08). Tal água é utilizada para bebida e preparo de alimentos.

Os serviços implantados atendem somente a população da área urbana do Município, não existindo serviços de responsabilidade do poder público voltados para a população da zona rural, embora a mesma representa em torno de 40% da população total do Município.

Ainda em relação à população rural, a maioria se encontra organizada em forma de colônias, as quais possuem água encanada, provenientes de captação de fontes de encostas - “minas”, sendo transportadas por tubulações mediante gravidade até as unidades habitacionais, e tais serviços implantados pelos proprietários.

Segundo pesquisa desenvolvida pelo serviço de saúde do Município, dentro do programa saúde da família, com cerca de 1.000 pessoas da zona rural, em 18 propriedades do Município, as condições destes sistemas são precárias, uma vez que as tubulações são velhas, apresentando vazamentos, e a água não recebe nenhum tipo de tratamento, inclusive cloração, sendo algumas fontes desprotegidas. A mesma pesquisa revelou que

71% dos moradores utilizam a água em seu estado bruto, ao passo que somente 25 % possuem filtros nas residências e 4% ferve ou coam água para o uso alimentício e bebida (44).

A Usina Itaiquara de Açúcar e Álcool S/A concentra a maior parte da população rural do Município, cerca de 3.000 pessoas, e as condições de abastecimento de água são semelhantes as descritas acima, ou seja, água canalizada proveniente de fontes de encosta sem tratamento. Em recente análise da qualidade da água utilizada pelos colonos, efetuada pelo Equipe de Vigilância Sanitária do ERSA-55 - Casa Branca, no âmbito do Pró-Água, foi alertado sobre a má qualidade daquela água (anexo 10).

4.13.1.2. Estrutura Organizacional

Em termos de estrutura organizacional, o serviço não conta com uma estrutura própria, tais como: Departamento, Autarquia, Empresa e etc. Em relação ao organograma da Prefeitura, o mesmo se localiza em uma seção dentro da Coordenação de Manutenção, pertencente à Divisão de Obras e Serviços, sob a denominação de Encarregado da Estação de Tratamento de Água. (anexo 11)

Conta atualmente com onze funcionários, sendo: um encarregado chefe, responsável pela administração dos serviços; um químico, responsável pela operação da estação de tratamento; cinco operadores da estação de tratamento de água; um leiturista, responsável pela leitura dos aparelhos de micromedições junto aos consumidores; um caixa, responsável pelo recebimento das contas; e dois encanadores, responsáveis pelos serviços de reparos gerais no sistema, principalmente redes de distribuição e ligações domiciliares.

4.13.1.3. Projeto Técnico

Em relação a projeto técnico, consta-se que foi realizado um único projeto, por ocasião da implantação do sistema, por volta de 1950, sendo que o mesmo já não faz parte dos arquivos da prefeitura. As sucessivas ampliações têm sido realizadas aproveitando a

experiência prática dos encarregados e operadores do serviço, inclusive a ampliação das unidades de tratamento realizada em 1976.

Os serviços são executados procurando atender a demanda existente, não havendo planejamento e disciplinamento das ações. Além de implantados sem a elaboração de um projeto técnico, a maioria dos serviços não foram cadastrados, constituindo-se os funcionários mais antigos como a única memória disponível sobre o sistema existente.

4.13.1.4. Mananciais Utilizados

O manancial utilizado pelo sistema é o Ribeirão Soledade, o qual apresenta vazão suficiente para o atendimento da população, embora os técnicos locais não disponham de estudo detalhado acerca das variações de vazão do mesmo. Conforme constatação “in loco” e informações fornecidas pelos operadores dos sistemas, tal curso d’água não apresenta problemas em termos de quantidades, no entanto em termos de qualidade o mesmo já apresenta sinais de degradação, principalmente pela existência de intensa atividade agropecuária nas propriedades situadas nas margens do curso d’água a montante do ponto de captação, tendo inclusive a presença de animais (pasto) nas duas margens do Ribeirão.

Segundo relato dos operadores do serviço, há cerca de 03 anos atrás a qualidade das águas sofreu um intenso processo de degradação, devido as atividades de uma pocilga, de 2.500 cabeças, localizada na fazenda Pedra Branca, nas margens do Ribeirão, distante 15 km a montante do ponto de captação.

O problema encontra-se atualmente corrigido, uma vez que, mediante a intervenção da Prefeitura e da CETESB, a propriedade introduziu sistema de retenção dos resíduos gerados na criação dos suínos. Os sólidos são retidos em tanques de sedimentação, sendo a parte líquida aplicada na cultura de café e a parte sólida utilizada para a criação de peixes em fazendas nos municípios circunvizinhos.

Embora a operação do sistema não tenha dados sobre as características físico químicas e biológicas da água do manancial, percebe-se visualmente elevada turbidez da mesma, ou seja, características de mananciais desprotegidos, com suas águas sujeitas às intensas atividades humanas.

4.13.1.5. Captação

A captação existente é constituída de barragem de elevação de nível, em pedra, e caixa de areia. Está localizada dentro da área urbana, a poucos metros da estação de tratamento de água, sendo que a água é encaminhada, por gravidade, em tubulações até as unidades da estação.

O local é totalmente inadequado: desprovido de cerca, dentro da área urbana, com intenso fluxo de pessoas, sendo constante a presença de banhistas no local (anexo 13 - foto nº 06). No local, está instalada uma área de lazer, com pista de bicicross, quadras de esportes, lanchonetes, etc.

Embora as obras tenham sido construídas há cerca de 45 anos atrás, as mesmas apresentam bom estado de conservação. No entanto, unidades como a caixa de areia não estão funcionando adequadamente, uma vez que foram construídas para vazões com valores inferiores a 50% da vazão atual.

4.13.1.6. Tratamento

A unidade de tratamento é do tipo convencional, constituída de floculadores, decantadores e filtros rápidos por gravidade. É composta por dois conjuntos, sendo o primeiro implantado em 1952, e o segundo em 1976 (anexo 13 - foto nº 07).

Não há nenhum dispositivo de medição de vazão, não se tendo o controle quanto ao volume de água tratado diariamente.

Considerando que o sistema conta com cerca de 2.000 ligações de água, índice de perda elevado (acima dos 40 %), devido à precariedade de operação e mau estado de conservação das tubulações, sendo o período médio diário de funcionamento de 20 horas, pode-se afirmar que a vazão afluyente às unidades da estação não é inferior a 45 l/s.

Não existe unidade de mistura rápida, sendo que atualmente é utilizada a energia hidráulica da queda d'água da tubulação de água bruta para tal finalidade.

As unidades de floculação são constituídas de dois flocladores mecânicos, localizados em câmaras cilíndricas, sendo o primeiro com diâmetro de 2,10 m e profundidade de 2,80 m, e o segundo com diâmetro de 2,60 m e profundidade 2,60 m.

As unidades de decantação em número de duas são do tipo convencional, formato cilíndrico, fluxo vertical, sendo que as mesmas estão trabalhando em sobrecarga, o primeiro apresenta um volume de 45,00 m³ e área de 12,00 m² e o segundo um volume de 140,00 m³ e área de 32,00 m², totalizando 195,00 m³ de volume e 44,00 m² de área.

Considerando as características das unidades de decantação existentes, não é recomendável que as mesmas trabalhem com taxa de escoamento superficial acima de 30 m³/m² dia, levando em consideração que uma vazão de 45 l/s implica, para as referidas unidades, em uma taxa de escoamento superficial próxima a 90 m³/m² dia, conclui-se que as mesmas estão trabalhando com uma sobrecarga de 300 %.

Conforme as condições atuais de funcionamento dos decantadores, o período de detenção se encontra próximo de 0,80 horas, sendo que o recomendável seria de 2,50 horas.

As unidades de filtração, em número de duas, tipo rápido por gravidade, constituídas de leito filtrante simples de areia, com camada em torno de 1,10 m, apresentam uma área total de filtragem de 13,00 m² para as duas unidades, implicando numa taxa de filtração de 300 m³/m² dia, ao passo que a norma PNB-592/77 da ABNT, recomenda para instalações com características semelhantes as existentes, uma taxa de 120

m³/m² dia. Portanto, pode-se afirmar que as unidades de filtração estão trabalhando com uma sobrecarga de 250%.

Segundo informações da equipe de operação, os filtros são lavados a cada 3 (três) horas, mostrando as condições precárias de operação e a inadequação e subdimensionamento das unidades componentes do sistema.

A cloração é feita pela adição de hipoclorito de sódio por meio de bomba dosadora, sendo que no passado se utilizou o sistema de cloro gás.

A fluoretação é realizada desde 1986, sendo o produto utilizado o ácido fluorsilícico na concentração de 20% de íon fluoreto, na dosagem adotada de 0,7 mg/litro feita por sistema de gotejamento.

Para o processo de coagulação é utilizado sulfato de alumínio e efetuado a adição de cal após a filtragem da água, visando a correção do pH.

4.13.1.7. Recalque

O sistema conta com uma única unidade de recalque, a qual bombeia a água tratada da estação de tratamento para os reservatórios de distribuição localizados na parte mais alta da cidade, em frente ao velório municipal.

A unidade de recalque é composta de 06 (seis) conjuntos moto-bombas sendo 03 (três) de reserva, dispostos aos pares e apresentando as seguintes características:

- 02 (dois) Motores marca WEG de 30 CV de potência cada, com 3.490 rpm de rotação;
- 02 (dois) Motores marca WEG de 75 CV de potência cada, com 3.565 rpm de rotação;
- 01 (um) Motor marca Búfallo de 25 CV de potência, com 3.510 rpm de rotação;
- 01 (um) Motor marca Búfallo de 40 CV de potência, com 3.510 rpm de rotação.

Os conjuntos de 3 (três) unidades trabalham em média 20 horas por dia, permanecendo desligados normalmente no período compreendido entre às 2:00 e 6:00 horas da manhã.

4.13.1.8. - Adução

O sistema conta com duas adutoras, ambas de água tratada, interligando a estação de tratamento de água aos reservatórios de distribuição.

A primeira unidade de adução foi implantada em 1952, por ocasião da construção do sistema, em ferro fundido na extensão de 527 m com diâmetro de 150 mm.

A segunda unidade teve sua implantação no ano de 1992, em PVC com diâmetro de 150 mm na extensão de 800 m.

4.13.1.9. - Reservação

Atualmente existe 03 (três) unidades de reservação, sendo 02 (duas) semi-enterradas localizadas no ponto alto da cidade e uma terceira, apoiada no recém implantado loteamento Jardim Urbano Brocchi. Todas as unidades são em concreto armado, apoiadas, apresentando as seguintes capacidades:

- 250 m³ localizado na praça Zico Giunte , implantada em 1952;
- 680 m³ localizado na praça Zico Giunte, implantada em 1976;
- 300 m³ localizado no loteamento Urbano Brocchi, implantada em 1995.

Considerando o número de domicílios atual, cerca de 2.100, implicando num consumo máximo diário de aproximadamente 2.400 m³ de água e seguindo as recomendações técnicas, seria necessário um volume de reservação de 800 m³, sendo que o sistema conta atualmente com um volume de reservação de 930 m³, estando prevista a entrada em operação do reservatório recém construído de 300 m³, tão logo seja ocupado o loteamento recém implantado, totalizando desta forma 1.230 m³. Em termos de capacidade

as unidades atuais são satisfatórias; no entanto, em termos de manutenção da pressão mínima na rede são insatisfatórias.

Devido ao crescimento populacional ocorrido em direção à parte alta da cidade, locais dos reservatórios de distribuição, sendo várias edificações erguidas contíguas, os quais são semi-enterrados, com baixa cota piezométrica, praticamente no mesmo nível das casas, existem algumas unidades que não recebem água em seus reservatórios domiciliares, necessitando da instalação de conjuntos de recalques individuais nas residências no nível do piso.

4.13.1.10. Rede de Distribuição

Segundo estimativas, existem cerca de 45 km de rede de distribuição implantados; no entanto, a Prefeitura não dispõe de cadastros e projeto da mesma.

Conforme relato dos técnicos encarregados dos serviços, a falta de critério no dimensionamento tem provocado falta de água em alguns pontos da cidade, principalmente nos dias e horários de maior consumo. Os diâmetros insuficientes das tubulações não conseguem suprir a demanda.

De acordo com informações do responsável pela operação do serviço, os trechos mais antigos da rede foram construídos em ferro fundido, apresentando estreitamento de seção e dificuldades de escoamento do fluxo.

4.13.1.11. Ligações Domiciliares

Estimativas indicam a existência de cerca de 2.100 ligações domiciliares no Município, sendo 1.328 ligações hidrometradas, sendo que vários consumidores são isentos da tarifa.

4.13.1.12. Estrutura Tarifária

A estrutura tarifária prevê um consumo mínimo mensal de 20 m³ por domicílio, sendo o valor de 0,50% da Unidade Fiscal do Município por metro cúbico até o consumo mensal de 20 m³ e 1,0% da UFM por metro cúbico para o excedente acima do consumo mínimo fixado. Atualmente a Unidade Fiscal do Município apresenta o valor de R\$ 22,00 (vinte e dois reais).

A tarifa emitida engloba os serviços de água e esgotamento sanitário, apresentando a seguinte composição para o consumo mínimo:

- Água	R\$ 2,20
- Esgoto	R\$ 1,10
- Expediente	R\$ 1,10
- Total	R\$ 4,40

A arrecadação tarifária, incluindo esgoto, para o mês de agosto foi de R\$ 14.242,33, sendo que em setembro a mesma apresentou um valor de R\$ 12.163,72.

Somente cerca de 1.200 consumidores efetuaram pagamento no mês de setembro, cerca de 60% do total de consumidores, sendo bastante comum o pagamento com atraso.

4.13.1.13. Financiamento das Ações

Os serviços têm sido financiados basicamente com os recursos do tesouro municipal. Embora não exista estudo acerca dos custos do sistema, observa-se que a arrecadação tarifária é insuficiente para cobrir os custos de operação e manutenção, incluindo as despesas com energia elétrica.

4.13.1.14. - Condições de Operação e Indicadores da Qualidade da Água

As condições de operação do sistema são altamente precárias, sendo o corpo de funcionários desprovidos de capacitação técnica para o desenvolvimento das atividades. As

dosagens de produtos químicos são feitas de forma empírica, seguindo “bom senso” dos operadores, não existindo controle de vazões.

Não é realizado o preenchimento do boletim diário de operação, com a indicação de dosagens de produtos químicos, e controle de teor de cloro, flúor e pH e características físico-químicas da água bruta e tratada, ou seja, não há controle acerca da água servida à população.

Os aparelhos existentes no laboratório da casa de química estão abandonados, não existindo reagentes, o controle de flúor e cloro residual livre é feito uma vez por semana por método colorimétrico.

Os dados disponíveis sobre a qualidade da água referem-se às ações da Vigilância Sanitária do ERSA-55 - Casa Branca, os quais demonstram que a água servida à população não atende os principais parâmetros de potabilidade estabelecidos pela Portaria 036/90 do Ministério da Saúde.

4.13.1.15. Ações Planejadas

Atualmente não existe nenhuma ação planejada por parte da prefeitura, visando a melhoria das condições de abastecimento de água no Município, tanto para a área urbana como a rural. O Plano Diretor Municipal apontou para a necessidade de substituição de trechos da rede de distribuição, e ampliação da estação de tratamento de água ou a construção de nova unidade utilizando o Ribeirão Conceição como manancial, sendo que tais ações ainda não foram programadas.

4.13.2. Esgotamento Sanitário

4.13.2.1 Características Gerais

O sistema de esgotamento sanitário existente na sede municipal é administrado e operado pela própria Prefeitura Municipal, sendo a implantação do mesmo iniciada a partir de 1954, após a implantação do sistema de abastecimento de água.

O sistema é constituído basicamente de ligações domiciliares e rede coletora, não existindo nenhuma forma de tratamento, sendo os efluentes lançados “in natura” nos dois ribeirões que cortam a cidade.

A exemplo de abastecimento de água, o sistema de esgotamento sanitário atende somente a população da zona urbana, não existindo por parte da Prefeitura ações voltadas para a população rural.

Em relação à população rural, a maioria conta com banheiros nas casas, os dejetos são encaminhados para sumidouros, sendo absorvidos no terreno. O estado de conservação destas unidades deixa a desejar, apresentando lajes de cobertura quebradas, permitindo a infiltração de águas das chuvas; em muitas casas as águas servidas, principalmente de cozinha, são lançadas a céu aberto no quintal.

Segundo informações, algumas colônias da Fazenda Itaiquara contam com rede coletora.

4.13.2.2. Estrutura Organizacional do Serviço

O serviço não conta com nenhuma estrutura organizacional, tendo como responsável o Encarregado de Manutenção, o qual responde também pelos serviços de resíduos sólidos e drenagem urbana. As atividades de manutenção, principalmente desobstrução de rede, são executadas por 2 (dois) funcionários da prefeitura.

4.13.2.3. Projeto Técnico

Segundo informações dos responsáveis pelo serviço, o projeto técnico de implantação do sistema foi elaborado em 1954. A partir de então, várias ampliações foram executadas sem um projeto técnico criterioso, seguindo a experiência prática do pessoal encarregado da manutenção. Não existe nos arquivos o projeto técnico inicial, tampouco as ampliações efetuadas, bem como não foi realizado nenhum cadastro dos serviços executados.

4.13.2.4. Nível de Atendimento

Todos os domicílios da zona urbana do Município são servidos por rede coletora, estando conectados a mesma. Vale ressaltar que existem bairros não ocupados que já contam com a rede coletora, como é caso do Jardim Urbano Brocchi, conjunto de 480 lotes.

4.13.2.5. Rede Coletora

A rede coletora é do tipo separador absoluto em tubos cerâmicos nos diâmetros de 150, 200 e 250 mm, executadas com junta de cimento e areia, procedimento não mais recomendado.

Não existe cadastro da mesma e estima-se que a extensão seja de aproximadamente 45 km.

4.13.2.6. Tratamento e Destino Final dos Efluentes

Não existe nenhuma forma de tratamento, sendo os efluentes lançados diretamente nos Ribeirões Soledade e Conceição, os quais deságuam no Rio Guaxupé, que por sua vez deságua no Rio Pardo.

Existem 07 (sete) pontos de lançamentos de esgotos, sendo: 05 (cinco) no Ribeirão Soledade e 02 (dois) no Ribeirão Conceição. Nenhum ponto se encontra localizado à montante da captação de água da cidade.

Segundo informações da prefeitura, nenhuma das propriedades situadas à jusante da zona urbana utiliza a água dos Ribeirões para abastecimento e irrigação de hortifrutigranjeiros.

4.13.2.7. Ações de Educação Sanitária e Ambiental

Não existe nenhuma ação de educação sanitária e ambiental visando a utilização correta dos serviços, de forma a evitar entupimentos de tubulações e conservação do sistema.

4.13.2.8. Ações Planejadas

Não existe em curso nenhuma ação planejada em termos de melhoria do sistema, tais como: cadastramento da rede, execução de projeto técnico, implantação de unidades de tratamento, programas de educação ambiental.

As ações futuras referem-se somente à extensão de redes coletoras, conforme a demanda instantânea.

O Plano Diretor Municipal apontou para a necessidade de construção de uma unidade de tratamento de esgoto para a região, visando a preservação dos cursos d'água, sugerindo a formação de consórcios intermunicipais para a resolução conjunta do problema (43). No entanto, ainda não foi tomada tal iniciativa.

4.13.3. Resíduos Sólidos

4.13.3.1. Características Gerais

O sistema de limpeza pública é de responsabilidade da Prefeitura Municipal, executado por funcionários do quadro de servidores municipais. A coleta de lixo domiciliar é feita diariamente, sendo que o mesmo tem como destino final um terreno localizado no Município de Guaxupé - MG, nas margens da rodovia que liga Tapiratiba a Guaxupé.

Segundo estimativas da prefeitura, são geradas cerca de 5,0 toneladas/dia de lixo domiciliar e 3,0 toneladas/dia dos demais resíduos, exceto industrial.

Visando uma solução mais satisfatória para o problema de resíduos sólidos, principalmente no que se refere ao tratamento, a Prefeitura Municipal firmou contrato com mais cinco Município da região para a implantação, mediante consórcio intermunicipal, de uma unidade de reciclagem e compostagem.

Vale ressaltar que o serviço municipal abrange somente a área urbana, excluindo as aglomerações situadas na zona rural.

Em relação à zona rural, a maioria não conta com serviços de coleta, sendo o lixo jogado em quintais, ou queimado. Algumas propriedades estão implantando o sistema de coleta, destacando a Usina Itaiquara, onde segundo informações dos colonos a coleta é feita duas vezes por semana. Outras propriedades como as fazendas Palmeiras 2 e Modelo fazem a coleta uma vez por semana.

4.13.3.2. Estrutura Organizacional

A exemplo dos demais serviços de infra-estrutura urbana do Município, a área de resíduos sólidos não conta com estrutura própria, estando contida na Coordenação de Manutenção da Divisão de Obras e Serviços, existindo na figura do Encarregado de Manutenção (anexo 02).

O serviço conta com 13 (treze) funcionários, sendo: um encarregado, responsável pelo serviço; 06 (seis) funcionários responsável pelo lixo domiciliar, sendo 02 (dois) motoristas e 04 (quatro) garis; e 06 (seis) funcionários responsáveis pelo lixo hospitalar e limpeza pública.

4.13.3.3. Fontes de Financiamento

O poder público é responsável por praticamente todo financiamento do serviço, sendo que a população contribui através de uma taxa anual de R\$ 15,00 por domicílio, cobrada juntamente com o Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU).

4.13.3.4. Tipos de Resíduos Gerados

Os principais tipos de resíduos gerados no Município são: lixo domiciliar, lixo público, os resíduos dos serviços de saúde, os resíduos de feiras e eventos, e os resíduos industriais.

4.13.3.5. Nível de Atendimento e Coleta

O sistema de limpeza urbana do Município atende a 100% dos domicílios da área urbana.

A coleta do lixo domiciliar e lixo público é realizada diariamente em todos os bairros, exceto aos domingos, sempre no período matutino, tendo seu término no meio da tarde. Vale ressaltar que existe o planejamento das rotas de coleta.

4.13.3.6. Acondicionamento na Fonte

Os recipientes mais utilizados pela população para o acondicionamento do lixo domiciliar são os sacos plásticos, muitos destes oriundos de embalagens de compras de supermercados e mercearias. Ainda em relação a estes, estima-se que são utilizados por cerca de 60% dos domicílios. Outras formas de recipiente muito utilizadas são as caixas de papelão e as latas de folha de zinco, com capacidade para 20 litros, sendo estas, tipo retornáveis. Tais recipientes sofrem uma avaliação periódica por parte dos garis, sendo recolhidos com o lixo quando apresentam mau estado de conservação.

Segundo informações do encarregado do serviço, o Município não conta com uma norma ou regulamento disciplinando o comportamento da população em relação a como proceder com os resíduos sólidos.

Em virtude da inexistência de programa de coleta seletiva e reciclagem, não existe por parte da população preocupação em separação dos resíduos na fonte.

Praticamente todos os domicílios utilizam as calçadas das vias para colocação dos recipientes, no entanto algumas residências dos bairros do centro instalaram na calçada um suporte em forma de prateleiras, de modo a dificultar o acesso de roedores, animais e crianças aos recipientes.

4.13.3.7. Limpeza Pública

Os serviços de limpeza pública envolvem: limpeza de logradouros, remoção de cadáveres de animais, remoção de entulho, limpeza de lotes baldios, conservação de praças de praças e jardins, limpeza de caixas de ralo e outros.

Tais atribuições são executadas por um motorista e 6 (seis) garis, tendo como equipamento de transporte uma carreta rebocada por um trator.

A limpeza de logradouros é feita diariamente nas ruas dos bairros centrais, utilizando 4 (quatro) garis e em dias alternados nos bairros localizados na região periférica, utilizando 2 (dois) garis.

Os serviços de capina de lotes vagos e praças são realizados por meio de roçadeiras.

Em termos de recipientes para o lixo público, os mesmos são praticamente inexistentes, sendo as poucas unidades existentes localizadas em pontos de grandes aglomerações de pessoas, tais como: rodoviária, mercado municipal, velório municipal, escolas, cemitério e praças.

Os recipientes utilizados são tambores metálicos, sendo o material depositado recolhido diariamente.

O lixo proveniente da feira de ambulantes, realizada aos domingos, é recolhido tão logo sejam encerradas as atividades. Sendo a equipe de trabalho composta por 02 (dois)

garis e um motorista. São colocados 10 (dez) tambores metálicos por ocasião da realização da feira.

4.13.3.8. Lixo Hospitalar

O lixo proveniente dos estabelecimentos de saúde: centro e postos de saúde, hospital, laboratórios e farmácia recebem coleta diferenciada, ou seja, exclusiva, sendo a mesma realizada em dias alternados através da carreta utilizada na limpeza pública.

4.13.3.9. Transporte.

São utilizados como equipamentos de transporte uma carreta rebocada por um trator Massey Ferguson MF 50 X e um caminhão Chevrolet D60, dotado de sistema de compactação.

As distâncias percorridas entre os pontos de coleta e de destino final são respectivamente:

- 12 (doze) km para o lixo domiciliar;
- 03 (três) km para o lixo público;
- 01 (um) km para o lixo hospitalar.

4.13.3.10. Tratamento e Destino Final

Atualmente os resíduos sólidos gerados no Município não recebem nenhum tipo de tratamento sob o ponto de vista técnico, sendo o destino final diferenciado para cada tipo de resíduo.

O lixo domiciliar é depositado em lixão a céu aberto em terreno localizado no Município de Guaxupé - MG às margens da continuação da rodovia SP-250. O local recebe o lixo de Tapiratiba e da cidade de Guaxupé e, segundo informações, o volume depositado pela cidade de Guaxupé é cerca de 10 (dez) vezes maior do que o gerado em Tapiratiba.

O local é totalmente inadequado do ponto de vista social, de saúde pública e de meio ambiente, encontrando-se a poucos metros de um córrego, sendo o lixo depositado na parte mais alta de terreno com inclinação em direção ao curso d'água. Não existe cerca no local visando impedir o acesso de pessoas e animais, nem tampouco sinais de advertência sob os riscos sanitários do local.

Conforme constatação “in loco” (anexo 13 - foto nº 09), o lixão é marcado pela presença constante de urubus, atraídos pela presença de animais mortos e materiais em putrefação, bem como pela existência de incêndios e apresenta odor insuportável.

Existem constantemente no local cerca de 15 (quinze) catadores efetuando a retirada diária de materiais, como papelões, vidros, latas de alumínio, constituindo a venda destes produtos na principal fonte de renda destas pessoas (anexo 13 - foto nº 10). Conforme observação, foi possível identificar a presença de crianças entre os catadores.

Não houve nenhum procedimento técnico de engenharia, na escolha do local, nem tampouco na implantação e operação dos serviços, não existindo: sistema de drenagem de líquido percolado, drenagem de águas pluviais, recobrimento do lixo, etc.

O local apresenta vestígios de resíduos de estabelecimentos de saúde, tais como seringas e frascos de medicamentos, sendo atribuídos à Prefeitura de Guaxupé o transporte dos mesmos.

Atualmente a Prefeitura de Tapiratiba está efetuando o recobrimento do material com uma camada de terra, no sentido de minorar o problema.

Em relação ao lixo público, o mesmo tem como destino final uma voçoroca localizada na Fazenda Sítio do Mineiro, distante 3 (três) km do centro da cidade. O local tem recebido também parcela de lixo domiciliar. O local é inadequado e inseguro do ponto de vista ambiental podendo a contaminação atingir o Ribeirão Conceição por ocasião de precipitações intensas. Por outro lado, a colocação de lixo com o objetivo de aterramento

de área erudida não é recomendável, em virtude da pouca estabilidade do material, principalmente quando realizada sem critérios técnicos.

Em relação ao lixo hospitalar, o mesmo é depositado em terreno pertencente à Prefeitura Municipal, onde se localizada a fábrica de tubos cerâmicos, ao lado do bairro Jardim Santa Clara, em frente ao Matadouro Municipal.

O local é inadequado e inseguro em termos sanitários, uma vez que se localiza dentro da área urbana, sendo constante a presença humana no local, não existindo nenhuma placa indicativa do perigo de contaminação, existindo apenas uma cerca que delimita área total do terreno contendo a fábrica de manilha, equipamentos da Prefeitura Municipal e as covas de disposição dos resíduos.

Os resíduos são transportados para o local, colocados em tambores, adicionando óleo diesel e efetuando a queima do material para posterior enterramento.

Tal procedimento nem sempre é obedecido, sendo o lixo diretamente jogado na cova e recoberto com terra.

O lixo industrial gerado no Município é transportado pelas indústrias e depositado no lixão do Município de Guaxupé.

4.13.3.11. Aspectos de Saúde do Trabalhador

Em relação às condições de trabalho dos funcionários que realizam atividades com resíduos sólidos no Município, os mesmos não contam com uniforme, recebendo por parte da prefeitura, apenas botas, luvas e capas para os dias chuvosos. Como adição de insalubridade são pagos a cada servidor valor equivalente a 40 (quarenta) horas extras/mês.

ANEXO 13

Fotografias



**Foto nº 01: Capela Nossa Senhora Aparecida - “Igrejinha” - marco
de fundação da cidade de Tapiratiba**

4.13.3.12. Ações de Educação Sanitária e Ambiental

Em termos de ações de educação sanitária e ambiental, não existe nenhuma iniciativa por parte do serviço de limpeza urbana do Município. Nem mesmo as ações elementares são executadas, tais como: programação visual e distribuição de panfletos.

4.13.3.13. Ações Programadas e Propostas do Plano Diretor Municipal

O Plano Diretor Municipal elaborado em 1991 (43), propunha a implantação em parceria com outros municípios de uma usina de reciclagem e compostagem de lixo.

Tal procedimento se encontra em curso, tendo sido formado o consórcio intermunicipal entre os Município de São José do Rio Pardo, Tapiratiba, Caconde, Itobi, Divinolândia e São Sebastião da Gramma visando o gerenciamento conjunto da questão dos resíduos sólidos, sendo o protocolo de intenções assinado em setembro de 1993.

Em fevereiro de 1994, foi criada pelos Município consorciados a EPIR - Empresa Pública Intermunicipal de Gestão dos Resíduos S/C Ltda., com sede no Município de São José do Rio Pardo, com a finalidade de planejar, administrar e explorar os serviços de resíduos sólidos nos municípios signatários.

Em setembro de 1995 foi assinado protocolo de intenções entre a EPIR S/C Ltda. e a Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico visando a implantação da usina de reciclagem de lixo urbano orçada em US\$ 245.000,00 (Duzentos e quarenta e cinco mil dólares).

A área destinada à construção da usina já se encontra adquirida pelo consórcio, estando aprovada pela CETESB.

A expectativa do Município é que com esta unidade resolva os problemas de tratamento e disposição final dos resíduos domiciliar e público.



Foto nº 02: Tapiratiba - vista geral da cidade



Foto nº 03: Prefeitura do Município de Tapiratiba

4.13.4. Drenagem Urbana

4.13.4.1. Características Gerais

As características topográficas da cidade de Tapiratiba, com relevo inclinado em direção aos vales dos dois Ribeirões que circundam a cidade: Conceição e Soledade não favorecem a formação de pontos de águas estagnadas, nem a inundação do sistema viário devido às precipitações pluviométricas. Por outro lado, a inclinação acentuada provoca aumento da velocidade de escoamento das águas, causando danos ao sistema viário. Portanto, é de fundamental importância um sistema eficiente de drenagem superficial e galerias de drenagem de modo a evitar danos ao arruamento.

4.13.4.2. Características dos Logradouros

Cerca de 90% dos logradouros do Município contam com pavimentação constituída em sua maioria de asfalto, sendo que na região central a maior parte do pavimento foi construído em paralelepípedo.

Praticamente todas as ruas são dotadas de meio-fios e sarjetas, inclusive algumas vias não pavimentadas, sendo, portanto, dotadas dos mecanismos de drenagem superficial.

4.13.4.3. Galerias de Drenagem

A maior parte das vias conta com sistema de galerias de drenagem, constituída de tubos de concreto, construídos pela própria prefeitura.

A Prefeitura não dispõe em seu arquivo de projeto técnico e cadastro das tubulações assentados, não se tendo idéia da extensão dos trechos e diâmetro das tubulações. Segundo relato do encarregado dos serviços, as redes de drenagem são executadas sem um projeto técnico de engenharia baseando-se na experiência prática do pessoal do quadro da prefeitura.



Foto nº 04: Vista externa do Mercado Municipal



Foto nº 05: Hospital São Lucas

A rede de drenagem tem funcionado de forma satisfatória, embora construída sem critério técnico. O fato da cidade contar com um sistema eficiente de limpeza urbana contribui para tal, uma vez que os problemas de entupimento e arraste de partículas são amenizados.

Um dos problemas crônicos da maioria das cidades se constitui na ligação clandestina de esgoto doméstico nas tubulações de águas pluviais, mas praticamente não ocorre no Município. A explicação para tal talvez se deve ao fato da cidade contar com rede de esgotamento sanitário desde 1954.

4.13.4.4. Áreas Passíveis de Inundação

Atualmente a cidade não apresenta área crítica de inundação. Segundo relato do Chefe da Divisão de Obras e Serviços, no início dos anos 70 uma enchente no Ribeirão Soledade atingiu a população ribeirinha, próxima ao local onde se encontra a rodoviária, provocando inclusive mortes. Visando contornar o problema, o Governo Federal canalizou este trecho do Ribeirão, sendo a população deslocada para outro local.

4.13.5. Poluição Agro-Pastoril

Em termos de poluição agro-pastoril, os principais problemas se referem ao uso inadequado de agrotóxicos, manejo incorreto do solo e grandes criações de suínos. Embora tais problemas existam, eles não se apresentam em grandes dimensões.

Segundo informações da Casa da Agricultura de Tapiratiba, órgão da Secretaria Estadual da Agricultura, não existe um controle rígido de erosão por parte dos agricultores, limitando-se apenas ao plantio em curva de nível e o terraceamento, sendo comum adotar número de curvas inferiores aos recomendados pelos técnicos; no entanto, as erosões existentes são de pequenas proporções.

O uso intensivo do solo, tem causado a destruição da proteção vegetal das matas ciliares ao longo dos cursos d'água e a conseqüente desproteção dos mesmos.



Foto nº 06: Ribeirão Soledade - local da captação



Foto nº 07: Estação de Tratamento de Água - ETA

Recentemente a Prefeitura firmou convênio com a Fundação Florestal, órgão da Secretaria Estadual de Agricultura, no sentido de reflorestar as margens dos cursos d'água. Tal trabalho se encontra em fase inicial, sendo priorizado o Ribeirão Soledade, o qual abastece a zona urbana do Município.

No que se refere ao uso de agrotóxicos e defensivos agrícolas, não existe programa educativo por parte da prefeitura. Os produtos utilizados não apresentam grande variedade, uma vez que a região é caracterizada basicamente pela monocultura de café e cana de açúcar, sendo que os produtores recebem as orientações mediante receituário no ato da compra do produto junto aos estabelecimentos comerciais.

Segundo informações da Casa da Agricultura, há ocorrências esporádicas de intoxicações de pessoas por agrotóxicos.

Em relação à pecuária, os principais focos de poluição se referem às fazendas produtoras de suínos, destacando as fazendas Pedra Branca, Modelo e Montovânia. No entanto, algumas unidades já apresentam sistema de tratamento de efluentes e aproveitamento dos mesmos para uso agrícolas.

4.13.6. Situações de Emergência

Segundo informações dos técnicos locais a Prefeitura Municipal não conta com defesa civil estruturada, não conta com Plano de Situação de Emergência, e não participa de planos regionais e estaduais.



Foto nº 8: Sistema alternativo de abastecimento de água - nascente de encosta canalizada



Foto nº 09: Local de disposição do lixo doméstico - Município de Guaxupé - MG

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Os indicadores de saúde são utilizados para avaliação do nível de saúde de uma população. Eles são construídos a partir da mortalidade e morbidade.

É importante ressaltar que para fidedignidade destes dados depende-se da qualidade dos serviços de registros de dados vitais e dados populacionais. Além disso, deve-se lembrar que o número pequeno de eventos pode levar a interpretações equivocadas dos coeficientes.

5.1. Mortalidade

As estatísticas de mortalidade do Município deveriam servir de subsídio para as equipes de saúde no planejamento e administração dos serviços municipais a partir da detecção das necessidades de saúde destas populações.

Apesar do seu valor, a mortalidade não vem sendo trabalhada pelo Município de Tapiratiba. O Cartório de Registro Civil de Tapiratiba envia mensalmente uma planilha com os óbitos ocorridos no Município constando: idade, sexo, endereço e causa mortis (anexo 04). Através deste envio mensal o Centro de Saúde tem a possibilidade de atualizar, discutir, analisar e investigar os óbitos do Município com agilidade e rapidez.

Sendo assim, apenas os óbitos ocorridos fora do local de residência não estarão incluídos na planilha. Seria importante para o Município trabalhar estes dados através dos coeficientes e proporções fazendo com que a população conheça sua mortalidade, procurando, assim, reduzir ou minimizar as mortes consideradas “evitáveis”.



Foto nº 10: Lixão a céu aberto: presença de catadores - Município de Guaxupé - MG



Foto nº 11: Indústria de Calcário São Luiz Ltda

5.1.1. Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG)

O CMG é a relação entre o total de óbitos e a população de uma área num determinado período de tempo. Através deste coeficiente estima-se o risco de morrer que as pessoas estão sujeitas numa determinada área, este risco deve ser utilizado para populações, não devendo ser considerado a nível individual.

O CMG por si só não é um bom indicador de saúde devendo ser analisado com outros indicadores como Razão de Mortalidade Proporcional e Mortalidade por Causa para realizarmos uma melhor análise.

Na análise da tabela 5.1, verificou-se que, no período de 1990 a 1994, o Município apresentou coeficientes decrescentes até 1992, e em 1993 apresenta uma elevação e novo decréscimo em 1994. Para poder comparar estes coeficientes com outras cidades ou países deve-se levar em conta a influência da composição etária de cada localidade e realizar uma padronização.

Tabela 5.1 - Coeficiente de Mortalidade Geral por 1.000 hab., Tapiratiba, 1990 a 1994.

Ano	Óbitos	Coeficiente
1990	81	6.99
1991	75	6.38
1992	74	6.20
1993	87	7.19
1994	82	6.69

Fonte: CIS, SEADE e Cartório Civil de Tapiratiba.

5.1.2. Razão de Mortalidade Proporcional ou Indicador de Swaroop e Uemura

O índice de Swaroop e Uemura é a proporção de óbitos de indivíduos com mais de 50 anos em relação ao total de óbitos. É um excelente indicador de saúde pois dispensa dados populacionais, apresenta facilidade de comparabilidade e de disponibilidade dos dados e alto poder discriminatório.



Foto nº: 12: Matadouro Municipal: abate de suínos - esfola e evisceração



Foto nº 13: Matadouro Municipal: abate de suínos - depilação

Ao analisar a tabela 5.2 , percebe-se que durante o período de 1989 a 1993 o Município encontrava-se no 2º nível; neste nível, pode-se situar localidades que tenham atingido um satisfatório desenvolvimento econômico e que já dispõem de uma regular organização de serviços de saúde. Nos anos de 1988 e 1994, o Município apresentou índices que o colocam no 1º nível como regiões consideradas “desenvolvidas” com boa organização de saúde.

A mortalidade proporcional de menor de 1 ano sofreu muita alteração nesse período com uma proporção no ano de 1990 de quase um quarto das mortes nesta faixa, o que pode sugerir problemas no atendimento dos serviços de saúde no período do parto, puerpério e puericultura. E em 1994, a proporção foi maior do que 1988, podendo sugerir que neste período todos os investimentos feitos não conseguiram reduzir esta proporção.

A mortalidade proporcional de 1 a 4 anos apresentou várias alterações no período com acréscimos e decréscimos, sendo que em 1994 apresentou uma proporção de 0,58% em relação ao total dos óbitos. Na faixa etária de 5 a 19 anos, houve um decréscimo de sua proporção e, na faixa etária de 20 a 49 anos, nos anos de 1989, 1992 e 1993, teve uma contribuição ao redor de 20% em relação ao total.

Tabela 5.2 - Mortalidade Proporcional (%), Tapiratiba, 1988 a 1994.

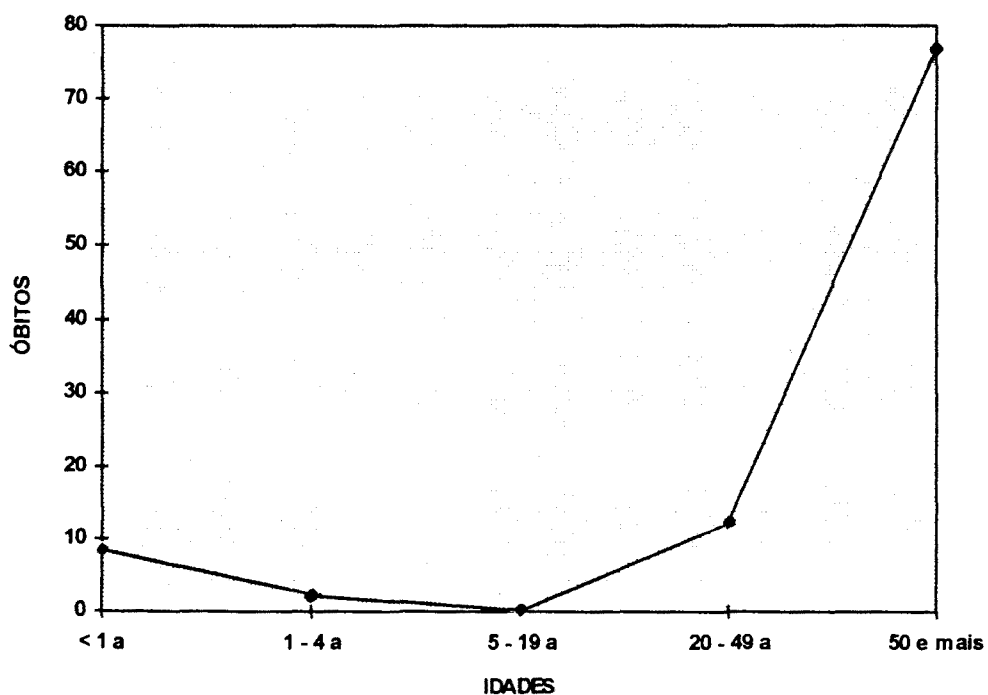
Ano	Faixa Etária				
	< 1 a	1 - 4 a	5 - 19 a	20 - 49 a	50 e mais
1988	6,67	1,33	4,00	10,67	77,33
1989	9,72	1,39	2,78	25,00	61,11
1990	22,50	0,00	1,25	15,00	61,25
1991	10,96	1,37	0,00	19,18	68,49
1992	10,81	1,35	1,35	21,62	64,87
1993	5,75	1,15	3,45	20,69	68,96
1994	8,53	2,44	0,00	12,20	76,83

Fonte: Cartório Civil de Tapiratiba e ERSA - 55 Casa Branca.

5.1.3. Curva de Nelson de Moraes

A partir da idéia de Swaroop e Uemura, Moraes (1959) propôs a elaboração de curvas de mortalidade proporcional, as quais representariam graficamente os vários índices de mortalidade proporcional segundo os mesmos grupos etários. As curvas de Moraes mostram que a situação do Município encontra-se no nível III, nível de saúde regular.

GRÁFICO 5.1 - CURVA DE NELSON MORAIS, TAPIRATIBA - 1994



FONTE: Cartório de Registro Civil, Tapiratiba, 1994

5.1.4. Mortalidade por Causas e Faixa Etária

Pelas tabelas 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 e 5.7 pode-se observar que:

- as afecções perinatais e imaturidade extrema são as principais causas dos óbitos em menores de 1 ano, sugerindo um comprometimento da assistência ao parto;

- na faixa etária de 1 a 4 anos, a doença meningocócica e o óbito por causas externas aparecem como as causas de óbitos ocorridas;

- as causas externas (acidentes) aparecem como principal causa para a faixa etária de 20 a 49 anos (somando-se afogamento, fratura de crânio e queimadura), seguidas por tumores malignos e sintomas e sinais mal definidos;

- as doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração aparecem como primeira e segunda causa respectivamente no grupo etário de mais de 50 anos e os tumores malignos aparecem como terceira causa no grupo etário de mais de 50 anos.

- sinais e sintomas mal definidos, na faixa etária de 20 a 49 anos, apresentam-se com uma porcentagem de 20%, sendo uma das 3 principais causas de óbito nessa faixa etária, o que é muito elevado. Pode-se suspeitar que estas pessoas não tiveram assistência médica ou os profissionais não foram corretamente treinados para atestar um óbito. O total de óbitos representou 7,3%.

Tabela 5.3 - Número e Proporção (%) de Óbitos em Menores de 1 Ano, Segundo Causas Resumidas, Tapiratiba, 1994.

Causas	Óbitos	%
Algumas afecções originadas no período perinatal (760 - 779)	3	42,86
Imaturidade extrema (765)	3	42,86
Pneumonia (480 - 486)	1	14,28
Total	7	100,00

Fonte: Cartório de Registro Civil de Tapiratiba.

Tabela 5.4 - Número e Proporção (%) de Óbitos no Grupo Etário 1 a 4 anos, Segundo Causas Resumidas, Tapiratiba, 1994.

Causas	Óbitos	%
Doença meningocócica (036)	1	50,00
Fratura de crânio (800 - 804)	1	50,00
Total	2	100,00

Fonte: Cartório de Registro Civil de Tapiratiba.

Tabela 5.5 - Número e Proporção (%) de Óbitos no Grupo Etário 5 a 19 anos, Segundo Causas Resumidas, Tapiratiba, 1994.

Causas	Óbitos	%
Não houveram óbitos	0	0,00

Fonte: Cartório de Registro Civil de Tapiratiba.

Tabela 5.6 - Número e Proporção (%) de Óbitos no Grupo Etário 20 a 49 anos, Segundo Causas Resumidas, Tapiratiba, 1994.

Causas	Óbitos	%
Tumores malignos (140 - 208)	2	20,00
Sintomas e sinais mal definidos (780 - 779)	2	20,00
Afogamento e submersão acidentais (E910)	2	20,00
Alcoolismo crônico (303)	1	10,00
Pneumonia (480 - 486)	1	10,00
Fratura de crânio (E800 - 804)	1	10,00
Queimadura (E940 - 949)	1	10,00
Total	10	100,00

Fonte: Cartório de Registro Civil de Tapiratiba.

Tabela 5.7 - Número e Proporção (%) de Óbitos no Grupo Etário 50 e mais, Segundo Causas Resumidas, Tapiratiba, 1994.

Causas	Óbitos	%
Doenças cérebro vasculares	11	17,46
Doenças isq. do coração (410 - 414)	8	12,70
Tumores malignos (140 - 208)	7	11,11
Outras doenças do coração (420 - 429)	7	11,11
Bronquites, enfisemas e outras doenças do ap. respiratório (480 - 569)	7	11,11
Doenças pulmonares (490 - 496)	4	6,35
Insuficiência renal aguda (584)	4	6,35
Sinais e sintomas mal definidos (780 - 779)	4	6,35
Outras causas	11	17,46
Total	63	100,00

Fonte: Cartório de Registro Civil de Tapiratiba.

5.1.5 - Mortalidade Infantil

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é obtido dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de 1 ano pelos nascidos vivos daquele ano, numa determinada área e multiplicando-se por 1.000. Este coeficiente mede o risco de morte para as crianças menores de 1 ano. É um dos coeficientes mais sujeitos a distorções devido a subregistro de óbitos e nascimentos, ao desconhecimento da definição de nascido vivo e aos erros de preenchimento da causa mortis da declaração de óbito.

A mortalidade infantil pode ser avaliada não só através dos óbitos totais, mas através de seus componentes neonatal (óbitos até 27 dias) e pós natal ou infantil tardia (óbitos do 28º dia até a criança completar 12 meses). À medida em que os países melhoram o seu nível de saúde, menor será a proporção de óbitos pós natais (óbitos por doenças infecciosas como sarampo, gastroenterocolite, etc.) e maior será a proporção de óbitos

neonatais (causas perinatais, anomalias congênita e outras). As causas neonatais são de mais difícil controle que as pós natais.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil no Município de Tapiratiba, no ano de 1990, foi de 65,78 para 1.000 nascidos vivos (tab. 5.8). Este coeficiente foi um dos mais altos do Estado de São Paulo o que levou o Município a ser ajudado com recursos para rever a sua assistência à gravidez, parto e puerpério. O componente neonatal representou a totalidade do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

Segundo a população neste ano, houve muita imigração de mulheres (que já estavam grávidas) e nascimentos de gêmeos. Pelos dados do Cartório de Registro Civil de Tapiratiba, ocorreram 16 óbitos que não correspondem aos dados do CIS -SEADE. Dos 16 (dezesesseis) óbitos, 14 (quatorze) foram neonatais e 02 (dois) foram pós natais, 04 (quatro) dos óbitos eram de mães com idade menor de 20 anos e um óbito com mãe com idade superior a 35 anos. Verificou-se que 12 (doze) dos 16 (dezesesseis) óbitos eram de mães procedentes da zona rural. Houve apenas um parto gemelar, sendo que apenas um dos gêmeos foi a óbito.

É difícil analisar somente com estes dados qual o motivo de tão brusca elevação do Coeficiente de Mortalidade Infantil naquele ano. É possível que estivesse ocorrendo alguns problemas na assistência ao pré natal, ao parto e ao puerpério, pois após este ano foi incentivado o programa de pré natal e nos anos seguintes o CMI veio caindo, tendo apenas uma pequena elevação em 1994 com o valor de 21,47/1.000 nascidos vivos (tab. 5.8), estando inferior ao do Estado de São Paulo.

Tabela 5.8 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Mortalidade Neonatal e Infantil Tardia, Tapiratiba (por 1.000 nascidos vivos), 1989 a 1994.

Ano	Mort. Infantil		Mort. N.Natal		Mort. Infantil Tardia	
	Óbitos	Coefic.	Óbitos	Coefic.	Óbitos	Coefic.
1989	7	24,39	4	13,93	3	10,45
1990	15	65,78	15	65,78	0	0,00
1991	8	28,16	6	21,12	2	7,04
1992	8	27,02	5	16,89	3	10,13
1993	5	18,38	4	14,70	1	3,67
1994	7	21,47	6	18,40	1	3,06

Fonte: CIS, SEADE e Cartório Civil de Tapiratiba.

Tabela 5.9 - Taxa de Natalidade (por 1.000 hab.) e Taxa de Natimortalidade (por 1.000 nascimentos), Tapiratiba, 1989 a 1994.

Ano	Nascidos Vivos		Nascidos Mortos	
	nº	Tx. Natal.	nº	Tx. Natmor.
1989	287	25,18	5	17,12
1990	228	19,68	5	21,46
1991	284	19,68	6	20,69
1992	296	24,81	0	0,00
1993	272	22,48	5	18,05
1994	329	26,60	6	18,07

Fonte: CIS, SEADE e Cartório Civil de Tapiratiba.

5.1.6 - Mortalidade Materna

A mortalidade materna no período de 1989 a 1994 não apresentou nenhum caso. No ano de 1994, entretanto, observou-se que houve uma morte do sexo feminino na faixa etária de 20 a 49 anos, que estava sem diagnóstico da causa básica da morte e sem

assistência médica. Portanto, esta morte seria passível de uma investigação com o objetivo de certificar se poderia ou não estar relacionada com a mortalidade materna.

5.2 - Morbidade

O conhecimento da morbidade é fundamental para uma análise epidemiológica e deveria ser fundamental para o planejamento e administração dos serviços. Apesar de sua importância, tem-se dificuldade para conseguir informações sobre a morbidade, pois o Sistema de Informação à Saúde contempla mais o faturamento do que os dados para análise epidemiológica. Sendo assim trabalhar-se-á com os dados de morbidade das Doenças de Notificação Compulsória e de morbidade Hospitalar disponíveis no Sistema de Informação.

Ao se trabalhar com os dados de morbidade, deve-se tomar cuidados para analisá-los, pois nem sempre são representativos da população em estudo. Deve-se lembrar que para uma morbidade ser representativa da população é necessário cobrir os todos serviços (laboratórios, clínicas, hospitais, unidades de saúde e farmácias), bem como cobrir todos os segmentos da população (urbana, rural, ricos, pobres, masculina, feminina, jovem, idosa e a todas raças). Deve-se levar em conta que muitas vezes a inexistência ou existência de especialidades no serviço pode ocasionar uma morbidade distorcida. Como exemplo, a falta de um profissional da área de Saúde Mental poderá levar à subestimativa desse problema numa população.

5.2.1. Morbidade de Doenças de Notificação Compulsória

No Município, a morbidade das Doenças de Notificação Compulsória é fornecida pelas informações do Sistema de Vigilância Epidemiológica que é realizado pelo Centro de Saúde para todas as Doenças de Notificação (anexo 06) para o Estado de São Paulo. As Doenças de Notificação Compulsória são doenças transmissíveis que exigem uma atenção especial para que se possa quebrar a cadeia de transmissão da doença impedindo sua continuidade o mais rápido possível.

As doenças transmissíveis preveníveis pela vacinação como: poliomielite, sarampo, difteria, coqueluche, tétano e rubéola vem apresentando coeficiente zero de incidência nos últimos seis anos; ou seja, não houve nenhum caso da doença (tab. 5.10). É claro que nestes últimos anos muitos investimentos têm sido feitos, tanto em recursos materiais como em recursos humanos (treinamentos) pela Secretaria do Estado da Saúde com ajuda do Ministério da Saúde, para que cada Município consiga controlar e se possível eliminar as doenças imunopreveníveis e isto, com certeza, reflete na ocorrência das doenças.

Mas analisando-se a série histórica de cobertura vacinal de Tapiratiba de 1990 a 1994 (tab. 5.11), verifica-se que existe várias coberturas superiores a 100%. Isto não é possível, pois indica que a população deve estar subestimada. Recalculando as coberturas pela vacina que teve o maior comparecimento de crianças (tab. 5.12), verifica-se que, a partir de 1993, a cobertura vacinal de Triviral de 12 a 23 meses e a cobertura de sarampo em menores de 1 ano apresentam-se ao redor de 90% caindo em 1994 para aproximadamente 77% o que preocupa, pois estará acumulando suscetíveis e provavelmente, se não houver intervenção nessa queda de cobertura, num curto período de tempo poderão ocorrer casos de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, o que mostra que, apesar dos coeficientes de incidência zerados, outros indicadores como a cobertura vacinal representam um sinal de alerta.

A tuberculose como uma doença secular deveria ser observada por um período maior para que se verifique uma tendência da doença, mas pelos coeficientes apresentados nestes seis anos (tab. 5.10) a doença apresenta incrementos significativos em 1990 e 1993 caindo nos anos subsequentes. Isto suscita dúvidas se é um comportamento normal da doença ou se por algum motivo existe uma melhor detecção nestes anos (como algum treinamento). É importante ressaltar que apesar do número reduzido de doentes (dois) em 1994, o Município teve uma taxa de abandono de 50%. Além disso, um doente de tuberculose que não completa o tratamento é uma fonte de infecção e possivelmente terá bacilos multi-droga resistentes o que irá dificultar o controle da doença. No corrente ano, identificou-se uma criança de 4 anos de idade com meningotuberculose no nono mês de

tratamento, sendo que não foi encontrada a sua ficha de notificação nos diversos órgãos que compreendem o Sistema de Vigilância Epidemiológica.

A hanseníase apresentou coeficiente de prevalência menor que 1/10.000 hab. (parâmetro da OMS para eliminação da doença) em cinco anos, exceção no ano de 1991, em que o coeficiente sobe para 4,3/10.000 hab. O motivo deste incremento não foi esclarecido devido à falta de dados. Pode-se inferir que houve treinamentos de profissionais, busca ativa na comunidade ou outros fatores. Seria importante verificar-se quais os motivos reais para esta mudança.

Tabela 5.10 - Número de Casos e Ceficientes (por 10.000 hab.) de Doenças de Notificação Compulsória, Tapiratiba, 1989 a 1994.

Doenças	1989		1990		1991		1992		1993		1994	
	nº	Coef.	nº	Coef.	nº	Coef.	nº	Coef.	nº	Coef.	nº	Coef.
Acidentes do Trabalho	...	...	...	...	...	...	...	...	208	171,0	317	258,0
Acidentes A. Peçonhentos	6	5,25	2	1,72	2	1,7	0	0	1	0,8	2	1,6
Aids	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
D. Meningocócica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,8
Outras meningites	4	3,5	4	3,5	4	3,4	4	3,4	3	2,5	2	1,6
Esquistossomose	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hanseníase	1	0,9	0	0,0	5	4,3	1	0,8	1	0,8	0	0,0
Hepatite	0	0,0	2	1,7	24	20,4	0	0,0	2	1,7	0	0,0
Leishmaniose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Malária	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sarampo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tuberculose	1	0,9	6	5,2	3	2,6	3	2,5	8	6,6	2	1,7
Conjuntivite*	0	0,0	2	1,7	2	1,7	32	26,8	19	15,7	18	14,8
Diarréia*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	193	159,0	37	30,5

Fonte : SVE-3 ERS 55 - Casa Branca.

Notas: * Doenças que não são de notificação obrigatória, mas merecem atenção da Vigilância Epidemiológica.

Tabela 5.11 - Cobertura Vacinal em menor de 1 ano, Tapiratiba, 1990 a 1994.

Vacinas	1990		1991		1992		1993		1994	
	doses	%	doses	%	doses	%	doses	%	doses	%
Sabin	290	99,7	273	96,1	296	100,0	271	95,4	318	116,9
Tríplice	295	101,4	281	98,9	311	105,1	280	98,6	328	120,6
Sarampo	297	102,1	293	103,2	339	114,5	278	97,9	263	96,7
BCG-ID	318	109,3	296	104,2	330	111,5	300	105,6	341	125,4
Triviral*	...	...	...	...	149	64,5	267	102,7	265	106,0

Fonte : Boletim de Produção - ERSa 55 - Casa Branca - 1990 a 1994.

Nota : * A Cobertura desta vacina é calculada na faixa etária de 12 a 23 meses.

Tabela 5.12 - Cobertura Vacinal em menor de 1 ano corrigida*, Tapiratiba, 1990 a 1994.

Vacinas	1990		1991		1992		1993		1994	
	doses	%	doses	%	doses	%	doses	%	doses	%
Sabin	290	91,2	273	92,2	296	87,3	271	90,3	318	93,3
Tríplice	295	92,8	281	95,9	311	91,7	280	93,3	328	96,2
Sarampo	297	93,4	293	99,0	339	100,0	278	92,7	263	77,1
BCG-ID	318	100,0	296	100,0	330	97,3	300	100,0	341	100,0
Triviral**	...	...	...	...	149	44,0	267	89,0	265	77,7

Fonte : Boletim de Produção - ERSa 55 - Casa Branca - 1990 a 1994

Notas : * A Cobertura foi corrigida pelo dado populacional maior em cada ano, em 1990, 1991, 1993 e 1994 pela população que recebeu a vacina BCG e em 1992 pela população que recebeu a vacina Sarampo. Isto levando-se em conta que não existe cobertura superior a 100% pois deve haver erro na população (denominador).

** A Cobertura desta vacina é calculada na faixa etária de 12 a 23 meses.

As meningites (tab. 5.13) apresentaram um declínio no ano de 1993 mantendo-se em 1994 (somando-se a D. Meningocócica e outras meningites). A faixa etária mais atingida é a menor de 5 anos e no último ano ocorreu um óbito no Município (representando uma taxa de letalidade de 50%).

Tabela 5.13 - Distribuição de Casos de Meningites segundo Agente Etiológico, Tapiratiba, 1989 a 1994.

Agente	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Meningo	0	0	0	0	1	1
Outras Bacter.	3	0	1	1	1	1
Viral	0	0	1	0	0	0
Outros agentes	0	0	0	0	0	0
NEPB	0	0	0	2	1	1
NEPV	0	4	0	0	0	0
Não Determinada	0	0	1	0	0	0
Total	3	4	3	3	3	3

Fonte : Sistema de Vigilância Epidemiológica - ERSA 55 - Casa Branca.

Tabela 5.14 - Evolução do Tratamento de Casos de Meningites, Tapiratiba, 1989 a 1994.

Evolução	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Cura	2	4	3	3	3	1
Óbito	1	0	0	0	0	1
Taxa de Letalidade**	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Total	3	4	3	3	3	2**

Fonte : Sistema de Vigilância Epidemiológica - ERSA 55 - Casa Branca

Notas: * Cálculo em porcentagem (%).

** 1 (um) caso notificado e residente em Tapiratiba foi tratado em outro Município; portanto, não está incluído nesta Tabela.

A hepatite tipo A teve um surto no ano de 1990, com um coeficiente de incidência de 20,4/10000 hab. (população geral). O surto ocorreu na Fazenda Itaiquara e recalculando-se o coeficiente pela população exposta tem-se 68,57/10.000 hab. Pelas condições da água utilizada no Município surgem dúvidas se os dados apresentados nos outros anos não estavam subnotificados.

As doenças como diarreia e conjuntivite, que não são doenças de notificação compulsória mas merecem atenção da Vigilância, apresentaram coeficientes muito superiores aos de todas doenças de notificação compulsória.

A diarreia em 1993 apresentou um coeficiente de incidência de 159/10.000 hab. e em 1994 de 30,5/10.000 hab. Estes valores mostram a importância desta doença no Município. Apesar disto não se dispõe de maiores dados sobre faixa etária e causa da diarreia, pois como não existe uma obrigatoriedade no preenchimento das informações da planilha de diarreia (proposta pelo ERSA - 55), as unidades só preenchem de acordo com o seu interesse.

A conjuntivite também apresentou coeficientes de incidência altos como 26,8/10.000 hab. em 1992 e ao redor de 15/10.000 hab. em 1993 e 1994, também não se dispõe de maiores dados sobre esta doença como faixa etária, local de ocorrência, mas isto pode instigar uma busca ativa para que se verifique se alguns destes casos poderiam ser de Tracoma (doença de notificação compulsória).

Os acidentes de trabalho são as “doenças” que apresentaram os maiores coeficientes de incidência de 171/10.000 hab. em 1993 e 258/10.000 hab. em 1994, mas calculando-se estes coeficientes para a população exposta (população economicamente ativa) tem-se um coeficiente de 265/10.000 hab. para 1993 e 405/10.000 hab. para 1994.

5.2.2. Morbidade da Demanda Hospitalar

A morbidade da demanda hospitalar do Município será apresentada por capítulo da Classificação Internacional de Doenças - CID (IX-Revisão).

As primeiras seis causas são: Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério com 17,92% (incluindo o parto normal), Doenças do Aparelho Respiratório com 14,53%, Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido com 9,20%, Sinais e Sintomas Mal Definidos com 9,03%, Doenças do Aparelho Circulatório com 8,54% e Causas Externas com 7,31%, como pode ser visto na tab. 5.15.

Tabela 5.15 - Número e Proporção (%) de Internações por Capítulo da CID, Tapiratiba, 1994.

Capítulo da CID	Internações	
	nº	%
Complicações da gravidez, parto e puerpério	407	17,92
D. Aparelho Respiratório	330	14,53
D. do Sist. Nervoso/Órgãos do Sentido	209	9,20
Sintomas e Sinais Mal Definidos	205	9,03
D. Aparelho Circulatório	194	8,54
Causas Externas	166	7,31
D. Aparelho Digestivo	160	7,05
D. das Glândulas Endócrinas, Metabolismo e Transtornos Imunitários	139	6,12
D. Infecciosa e Parasitárias	106	4,67
D. do Sistema Ósteo e Tecido Conjuntivo	83	3,65
D. da Pele e Subcutâneo	76	3,35
Neoplasmas	41	1,81
D. do Sangue e Órgãos Hematopoéticos	27	1,19
A. Infecções no P. Neonatal	13	0,57
Anomalias Congênitas	0	0,00
Transtornos Mentais	0	0,00
Ignorado	1	0,04
Total	2271	100,00

Fonte: SÍNTESE - MS/FNS/DATASUS - 1994.

Dentro dessas seis primeiras causas, a porcentagem das Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido e de Sinais e Sintomas Mal Definidos é superior ao esperado.

Dentro do capítulo das Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido, os principais motivos de internação são as patologias oculares clínicas e cirúrgicas. Será que esta morbidade reflete uma demanda para um serviço ou é um problema para a população, ou criou-se uma oferta desse tipo de serviço?

O aparecimento de Sinais e Sintomas Mal Definidos como quarta causa para a morbidade hospitalar provoca surpresa pois os profissionais no hospital deveriam investigar mais profundamente o motivo da internação definindo a causa da mesma.

As Doenças do Aparelho Respiratório não aparecem na mortalidade como uma das principais causas, mas aparecem como a primeira ou segunda causa de morbidade para grande parte de Município (tab. 5.15).

As Doenças do Aparelho Circulatório aparecem como quinta causa em morbidade, talvez pelo fato dos portadores destas doenças não valorizarem os sinais e sintomas das mesmas e procurarem os serviços tardiamente.

As lesões e envenenamentos aparecem como sexta causa. Destas os acidentes se destacam devendo ser trabalhados nos grupos de maior risco com objetivo de evitá-los ao máximo.

A primeira causa apresentada é Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (incluindo o parto normal), o que revela a importância do atendimento à saúde da mulher.

5.2.3. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC

Devido à diferença qualitativa e quantitativa de informações fornecidas pelo Registro Civil sobre os nascimentos no país e também devido à experiência internacional de vários países que adotaram documentos individualizados e padronizados para a coleta de dados sobre nascimentos, tendo como fonte de informação o hospital, foi criado pelo Ministério da Saúde o “Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos” em 1989, com implantação gradativa no país em 1990.

Na concepção deste Sistema, foi elaborado uma Declaração de Nascimento - DN que deve conter alguns dados exigidos por lei e variáveis importantes para definir o perfil epidemiológico dos nascidos vivos como: peso ao nascer, tipo de parto, paridade e outras. Esta Declaração de Nascimento (anexo 07) apresenta 3 (três) vias coloridas que deverão ser preenchidas pelo Hospital (partos hospitalares) ou pelo Cartório de Registro Civil (partos domiciliares).

Após o preenchimento da DN, a 1ª via (branca) deverá permanecer na instituição à espera de que, através de busca ativa, um órgão municipal, regional ou estadual venha recolhê-la; a 2ª via (amarela) deve ser entregue à família para fins de Registro Civil; a 3ª via (rosa) foi elaborada com a finalidade de vigilância epidemiológica, podendo ser entregue à família para que a leve junto com a criança à instituição de saúde

onde a mesma for receber o seu primeiro atendimento ou, em fluxo alternativo, ser encaminhada diretamente ao serviço de saúde local. Isto possibilita que o serviço de saúde tome conhecimento da existência dos recém nascidos de alto risco e através de visita domiciliar promova o contato da criança com a instituição.

Este Sistema é de grande valia para as Estatísticas Vitais em Saúde Pública e ainda hoje não está implantado em todo o país, mas é importante que cada Município possa valorizar o Sistema e procure investigar os seus nascimentos. No Município de Tapiratiba, a DN não está sendo trabalhada e no começo deste ano o ERSA- 55 Casa Branca começou a trabalhar com a 1ª via da DN. Os dados apresentados nas tabelas 5.16 a 5.20 referem-se à coleta destas informações dos nascimentos de janeiro a junho de 1995. O Centro de Saúde do Município de Tapiratiba não está recebendo a 3ª via da DN em sua unidade e, portanto, não está realizando a vigilância do recém nascido de risco. O Hospital São Lucas está preenchendo a DN, mas não apresenta um intercâmbio com o Centro de Saúde para um trabalho conjunto das informações.

Tabela 5.16 - Número e Proporção (%) de Nascidos Vivos por Sexo ,Tapiratiba, janeiro a junho 1995.

Sexo	nº	%
Masculino	68	47,6
Feminino	75	52,4
Ignorado		
Total	143	100,0

Fonte : Declaração de Nascidos Vivos -1995 - ERSA 55 - Casa Branca.

Dentre as variáveis apresentadas na DN para identificar o recém nascido de risco, analisou-se:

- sexo - segundo a tabela 5.16, nasceram 52,4% de RN do sexo feminino a mais do que o sexo masculino, sendo o inverso do que é apresentado na literatura (2 e 22). Mas

como só se trabalhou dados de 6 meses do ano talvez essa diferença seja uma coincidência e se altere no período de 12 meses.

- tipo de parto e duração da gestação - a variável tipo de parto permite conhecer como vêm ocorrendo as práticas obstétricas no Município.

Tabela 5.17 - Número e Proporção (%) de Nascidos Vivos por Tipo de Parto segundo Duração da Gestação, Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.

Tipo de parto	Duração da gestação (semanas)								Total	
	28 - 36		37 - 41		42 e mais		ignorado		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Esponâneo	1	50,0	67	48,6	1	33,3	-	-	69	48,3
Operatório	1	50,0	71	51,4	2	66,7	-	-	74	51,7
Fórceps	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2	100,0	138	100,0	3	100,0	-	-	143	100,0

Fonte : Declaração de Nascidos Vivos - 1995 - ERSA 55 - Casa Branca.

Na tabela 5.17, o tipo de parto operatório apresentou-se mais elevado do que o espontâneo no período da 37ª a 41ª semana e no período de mais de 42 semanas. Embora essa proporção de partos operatórios seja menor do que o do Estado de São Paulo (SEADE), ainda é muito superior aos dados de países europeus onde as taxas mais elevadas não superam 12%.¹

- peso ao nascer e duração da gestação - a variável duração da gestação tem uma relação direta com a variável peso ao nascer. A OMS considera que todos os nascimentos que apresentarem peso inferior a 2500 g sejam classificados como baixo peso ao nascer, sendo considerado como um fator de risco para morbimortalidade no primeiro ano de vida.

¹ Thiery, M. e Derom, R. Reviem of Evaluation studies on sesarean section - part I - Trends in Cesarean section and perinatal mortality. In: Perinatal care and delivery systems - Description and Evolution European community countries. Oxford University Press, 1986. p.93-113

Tabela 5.18 - Número e Proporção (%) de Nascidos Vivos por Duração da Gestação segundo Peso ao Nascer (g), Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.

Duração da Gestação	Peso ao Nascer (g)								Total	
	1500-2499		2500-2999		3000-3999		4000 e mais		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22 - 27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28 - 36	2	11,1	-	-	-	-	-	-	2	1,4
37 - 41	16	88,9	36	97,3	83	97,6	3	100,0	138	96,5
42 e mais	-	-	1	2,7	2	2,4	-	-	3	2,1
Total	18	100,0	37	100,0	85	100,0	3	100,0	143	100,0

Fonte : Declaração de Nascidos Vivos - ERSA 55 - Casa Branca.

A tabela 5.18 mostra que 96,5% dos nascimentos ocorreram no período da 37ª a 41ª semanas de gestação e destes 11,5% nasceram com baixo peso ao nascer; da 28ª a 36ª semana todos os RN nascidos foram de baixo peso ao nascer. Ao observar o total de baixo peso verifica-se que estes representam 12,58%.

- grau de instrução e idade da mãe - a variável grau de instrução tem-se mostrado muito importante em Epidemiologia pois já se demonstrou uma associação desta variável com a mortalidade infantil (18). A variável idade da mãe pode ser um fator de risco para gerar RN de baixo peso e para mortalidade infantil. Os riscos maiores ocorrem em mulheres jovens com menos de 20 anos e em mulheres com mais de 35 anos.

Tabela 5.19 - Número e Proporção (%) de Nascidos Vivos por Grau de Instrução da Mãe segundo Idade da Mãe, Tapiratiba, janeiro a junho, 1995.

Grau de Instrução da mãe	Idade da Mãe								Total			
	0 - 14		15 - 19		20 - 34		35 e mais		Ignorado	Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Nenhuma	-	-	1	3,8	6	5,9	3	20	-	-	10	7,0
1º grau incom.	1	100,0	22	84,6	71	70,3	12	80	-	-	106	74,1
1º grau comp.	-	-	3	11,5	9	8,9	-	-	-	-	12	8,4
2º grau	-	-	-	-	12	11,9	-	-	-	-	12	8,4
Superior	-	-	-	-	3	3,0	-	-	-	-	3	2,1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1	100,0	26	100,0	101	100,0	15	100,0	-	-	143	100,0

Fonte : Declaração de nascidos vivos - 1995 - ERSA 55 - Casa Branca.

Segundo a tabela 5.19 cerca de 74 % das mulheres não tinham concluído o 1º grau. Acrescentando-se as que não têm escolaridade nenhuma, sobe para 82% o que é muito elevado. Aproximadamente 90% das mães, que se situavam nas faixas etárias de maior risco, apresentavam-se sem escolaridade ou com 1º grau incompleto.

- índice de Apgar - esta variável permite verificar as condições clínicas do RN no momento do parto. Este índice é obtido através de uma escala que verifica as seguintes características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e respostas a estímulos nervosos. A escala vai de 0 a 10, sendo que cada uma das cinco características varia de 0 a 2.

Tabela 5.20 - Número e Proporção (%) de Nascidos Vivos por Apgar 1º minuto e 5º minuto, Tapiratiba janeiro a junho - 1995.

Apgar 1º minuto	Apgar 5º minuto						Total	
	0 - 3		4 - 7		8 - 10		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 - 3	2	100,0	1	33,3	-	-	3	2,1
4 - 7	-	-	2	66,7	17	12,3	19	13,3
8 - 10	-	-	-	-	121	87,7	121	84,6
Total	2	100,0	3	100,0	138	100,0	143	100,0

Fonte : Declaração de Nascidos Vivos - 1995 - ERSA -55 - Casa Branca.

A tabela 5.20 mostra que 97,9% das crianças apresentaram um bom Apgar após o 5º min, enquanto apenas 2,1% estavam com o Apgar ruim ou regular após o 5º min.

O Município poderia desenvolver um monitoramento desses RN de alto risco pela vigilância epidemiológica procurando reduzir a morbimortalidade do menor de 1 ano.

6. A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1. Características da Rede de Saúde

6.1.1. Características Físicas da Rede

HOSPITAL SÃO LUCAS (anexo 13 - foto nº 05)

- Localização: urbano (Centro - anexo 05)
- Situação do prédio: cedido pela prefeitura
- Horário de atendimento: 24 horas
- Possui 44 leitos no total, assim divididos:
- Enfermaria com 02 (dois) leitos semi-intensivos: 01 (uma)
- Enfermaria para Pediatria com 10 (dez) leitos: 01 (uma)
- Enfermaria de isolamento (desativada): 01 (uma)
- Enfermarias para clínica médica e cirúrgica com 06 (seis) leitos: 04 (quatro)
- Enfermaria de clínica obstétrica com 04 leitos e 01 (um) banheiro: 01 (uma)
- Berçário com banheiro: 01 (um)
- Apartamentos (convênios e particulares): 03 (três)
- Sala dos médicos
- Sala para enfermagem
- Posto de enfermagem
- Farmácia
- Sala de esterilização
- Sala de lavagem de material
- Centro cirúrgico com 02 (duas) salas contíguas
- Vestiário do centro cirúrgico
- Lavanderia (com separação de área contaminada / limpa)
- Laboratório: 01 (uma) sala

- Banco de sangue
- Sala de RX
- Sala de ultrassom
- Consultório oftalmológico

Observação: conservação regular. Área de ampliação em construção
(paralisada)

CS II - SIZENANDO NABUCO

- Localização: urbano (anexo 05)
- Situação do prédio: próprio
- Horário de atendimento: 02 (dois) turnos
- Consultórios médicos: 03 (três)
- Consultório para ginecologia-obstetrícia com banheiro: 01 (um)
- Centro odontológico: 02 (dois) equipamentos
- Sala de curativo limpo e gesso: 01 (uma)
- Laboratório: 02(duas) salas de exames
- Sala de coleta: 01 (uma)
- Sala de espera: 01 (uma)
- Almojarifado: 01 (um)
- Sala para entrega do leite: 01 (uma)
- Sala de pré-consulta: 01 (uma)
- Sala de vacinação: 01 (uma)
- Sala de inalação (04 bicos): 01 (uma)
- Sala para farmácia: 01 (uma)
- Sala para medicação controlada: 01 (uma)
- Sala para preparo de material: 01 (uma)
- Sala de enfermagem: 01 (uma)
- Sala para reuniões: 01 (uma)
- Sala de arquivo central: 01 (uma)
- Salas administrativas: 02 (uma)

Observação: Existem ainda 02 (dois) consultórios odontológicos com estufa localizados na EEPG Prof. Benedito de Moraes Camargo e EEPSG Prof. Moisés Horta de Macedo, sob responsabilidade do CS II, em relação aos recursos humanos e materiais.

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA ITAIQUARA

- Localização: Fazenda Itaiquara (rural - anexo 03)
- Situação do prédio: cedido pelo proprietário da fazenda
- Horário de atendimento: 02 (dois) turnos
- Sala de recepção e farmácia: 01 (uma)
- Sala de espera: 01 (uma)
- Consultório médico para ginecologia-obstetrícia com banheiro: 01 (um)
- Consultório médico: 01 (um)
- Consultório odontológico com 01 equipamento e estufa: 01 (um)
- Sala de enfermagem/curativos/medicações: 01 (uma)
- Banheiros públicos: 02 (dois)
- Sala de vacinas: 01 (uma)
- Sala de pré-consulta e inalação: 01 (uma)
- Copa e banheiro de funcionários: 01 (uma)

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA SANTA MARIA

- Localização: Fazenda Santa Maria (rural - anexo 03)
- Situação do prédio: cedida pelo proprietário da fazenda
- Horário de atendimento: 02 (dois) turnos
- Sala de recepção: 01 (uma)
- Sala de curativo e sutura: 01 (uma)
- Consultório odontológico com equipamento e estufa: 01 (um)
- Consultório médico: 01 (um)
- Consultório médico para ginecologia-obstetrícia com banheiro: 01 (um)
- Sala para medicamentos e inalação: 01 (uma)
- Banheiro: 01 (um)
- Copa com pia: 01 (uma)

6.1.2. Recursos Humanos

Define-se como recursos humanos (RH) em saúde:

Todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções pertinentes ao setor (39).

Dentro do contexto de implantação do SUS, a política de RH assume grande importância uma vez que a política de valorização e da fixação do funcionário é recente, porém fundamental.

As ações de RH que incluem os processos de planejamento, administração e desenvolvimento devem dar-se de forma integrada à produção de serviços.

Em termos legais, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, artigos 27 a 30 (6) e a Lei nº 8.142 (7) de 28 de dezembro de 1990 colocam a necessidade de estruturar e organizar as ações de RH até a criação de uma comissão para a elaboração de um plano de carreira, cargos e salários como pré-requisito para o enquadramento na gestão parcial.

Em Tapiratiba, a Lei Municipal 42/85 de 17 de dezembro de 1985 organiza os recursos humanos constando na mesma o quadro de pessoal, a escala de vencimentos e salários, a jornada de trabalho e outras disposições gerais. A Constituição Municipal promulgada em 23 de abril de 1990, inclui em seu capítulo V, artigos 103 a 126 (33), as questões relacionadas aos servidores municipais onde em parágrafo único diz: *Fica estabelecido o prazo de 1 (um) ano para que o executivo elabore a lei que institui o regime jurídico único e plano de carreira.* Nas informações recolhidas e documentos não encontrou-se o referido plano de carreira.

O Plano Diretor de 1991 (43) não faz nenhuma referência sobre a questão de recursos humanos.

Para levantamento do quadro de RH utilizou-se a análise do Plano Diretor Municipal, o cadastro da SES-CIS e levantamentos realizados através de entrevistas e

visitas aos diversos setores de saúde de Tapiratiba. Nota-se algumas divergências em relação ao número de funcionários já no Plano Diretor de 1995/96 (versão preliminar) onde ora relata-se a existência de 12 (doze) médicos e ora de 13 (treze) médicos, no CS II Sizenando Nabuco.

Em visita ao local, pôde-se relacionar um quadro de 12 (doze) médicos nas seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia, neurologia, psiquiatria, dermatologia, oftalmologia e cirurgia geral. Alguns destes profissionais atuam também (parte de sua carga horária), nos Núcleos de Atendimento Integrado das Fazendas de Itaiquara e Santa Maria. Existe ainda uma médica de família que atualmente vem atuando no CS II, em virtude do não funcionamento da unidade a que foi destinada na Fazenda Limeira. Ela é funcionária do nível federal.

De acordo com o cadastro da SES de abril de 1995, a unidade contava ainda com um cardiologia e um reumatologia, o que não foi constatado em nossas observações.

Tanto no Plano Diretor quanto nas observações realizadas relaciona-se como parte do quadro de RH, 8 (oito) dentistas com atividades distribuídas no CS II, nas escolas e no NAI da Fazenda Itaiquara. Relata-se ainda a existência de 8 (oito) atendentes de consultório dentário formadas no extinto ERS - 55 de Casa Branca, que ingressaram em 1989 por concurso público.

Vale a pena ressaltar que a maioria dos profissionais não recebe qualquer tipo de treinamento quando ingressam no serviço público, raramente são reciclados, muitos não são concursados e as atribuições dos funcionários não estão documentadas.

Relaciona-se como parte integrante do funcionalismo uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, um coordenador de saúde, dois bioquímicos e um técnico de laboratório. O Plano Diretor ainda relaciona dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, 14 (quatorze) atendentes, 01 (um) visitador sanitário, 04 (quatro) auxiliares de campo, 03 (três) escrivães, 07 (sete) serventes e 01 (um) chefe de seção.

O Hospital São Lucas trabalha com médicos plantonistas remunerados pela prefeitura. Alguns profissionais são credenciados diretamente ao SUS (cardiologista, ortopedista, cirurgião geral e obstetra) e outros profissionais recebem através de repasse do hospital. A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira e 17 (dezesete) auxiliares. O setor administrativo conta com 10 (dez) funcionários e o setor de apoio com 9 (nove) funcionários.

6.1.3. Capacidade Instalada da Rede

Para caracterizar a rede de saúde do Município de Tapiratiba foram estudados os serviços municipais, filantrópicos e mistos (privados com participação do Município).

Os serviços privados do Município na área de saúde são compostos por duas clínicas médicas contendo 9 (nove) consultórios de especialidades, 6 (seis) consultórios odontológicos, 1 (um) consultório de fonoaudiologia, 1 (um) consultório de psicologia, 1 (um) consultório de acupuntura e 8 (oito) farmácias. Esses serviços não foram estudados quanto ao seu atendimento pois o objetivo é estudar os equipamentos que participam do SUS, mas devem ser citados pois complementam a rede de saúde.

O levantamento dos dados sobre: horário de funcionamento das unidades, número de salas com sua destinação, condições das instalações físicas e adequabilidade ao uso, recursos humanos (quadro de pessoal e capacitação), equipamentos e programações desenvolvidas foram levantados nas unidades com as visitas realizadas no Trabalho de Campo.

Na análise, procurou-se avaliar a Meta Potencial Física e de RH, Meta Referencial e Demanda Reprimida para consultas médicas e procedimentos de saúde bucal, aplicação de vacinas, e consultas de outros profissionais.

Os consultórios médicos, equipos odontológicos e sala de vacina foram transformados em turnos disponíveis por dia, ou seja, capacidade instalada transformada em turnos de 4 horas. Os médicos, equipe de saúde bucal e profissionais de sala de vacina

foram transformados em turnos utilizados por dia, considerando os turnos de consultórios ocupados pelos mesmos.

Para calcular a Meta Potencial (grau máximo de utilização da capacidade física e de RH existente) utilizamos os seguintes parâmetros:

a) para turnos disponíveis (capacidade física) :

- consultas médicas: 3 consultas/hora/médico

4 horas de trabalho/dia

250 dias por ano

- procedimentos de saúde bucal: 3 procedimentos/hora/cirurgião dentista

4 horas de trabalho/dia

250 dias por ano

- vacinas: 6 vacinas/hora/auxiliar de enfermagem

4 horas de trabalho/dia

250 dias por ano

b) para turnos utilizados (capacidade de RH)

- consultas médicas: 3 consultas/hora/médico

4 horas de trabalho/dia

220 dias por ano

- procedimentos de saúde bucal: 3 procedimentos/hora/cirurgião dentista

4 horas de trabalho/dia

220 dias por ano

- vacinas: 6 vacinas/hora/auxiliar de enfermagem

4 horas de trabalho/dia

220 dias por ano

Para cálculo da Meta Referencial ou necessidades da população foram utilizados os parâmetros contidos no Manual do Plano Diretor da Secretaria de Estado da Saúde e Manual do CONASP (Portaria 3046/82), com exceção do parâmetro de procedimentos odontológicos de 0,5 para cada habitante / ano o qual sugere-se um

parâmetro de 2,0 procedimentos / habitante / ano contando que 0,5 procedimento / habitante / ano seria para urgência e emergência e 1,5 procedimentos / habitante / ano seriam para atendimento programático.

O mais difícil para se calcular a meta é a definição de qual é a população SUS dependente e para quais serviços esta população procura o SUS. Como exemplo podemos citar que para ações de saúde de vigilância epidemiológica, sanitária e zoonoses a população inteira necessita exclusivamente do SUS, ao passo que para a área assistencial como consultas médicas, procedimentos odontológicos, vacinas, inalações e outros, trabalhamos com serviços de cooperativas médicas, planos de saúde e entidades filantrópicas e a população pode optar pelo serviço o que faz com que o SUS não necessite atender a toda população.

Mesmo em um município em que cerca de 80% da população ganha até 03 (três) salários mínimos como Tapiratiba encontrou-se uma cooperativa médica como UNIMED já instalada na cidade, além de um serviço de guias médicas fornecidas por empresas como Usina Itaiquara, o que faz com que a população tenha direito a outros serviços de saúde.

Devido à dificuldade de obter este dado da população SUS dependente foi trabalhado com a população total estimada pela Fundação SEADE apesar das ressalvas apresentadas.

Para o cálculo da Demanda Reprimida foi realizada uma operação de subtração da Meta Referencial e a oferta de consultas (consultas ou procedimentos produzidos em 1994). O objetivo desse cálculo é o dimensionamento da necessidade de expansão dos serviços, não esquecendo de observar se a produção realizada é compatível com a meta potencial.

Quadro 6.1 - Meta Potencial, Referencial e Demanda Reprimida do CS II Sizenando Nabuco.

Áreas (*)	Produção 1994	n° de turnos utilizados	n° de turnos disponíveis	Meta potencial		Meta Referencial	Demanda Reprimida
				Turn.Util	Turn.Disp.		
Pediatria	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Médica	-	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-
Total Cons.Médicas	21.643	8	8	21.120	24.000	24.450	2.807
Saúde Bucal	12.629	8	8	21.120	24.000	24.450	11.821
Aplicação de Vacinas	4.447	2	2	10.560	12.000	6.994	2.547

Fonte: Dados de Produção. SIA-SUS-SES, 1994.

Nota: * Nas áreas, está computado a produção do CS II Sizenando Nabuco acrescida às dos NAI Itaiquara e Santa Maria.

Quadro 6.2 - Meta Referencial e Demanda Reprimida do Hospital São Lucas.

Procedimentos	Produção 1994	Meta Referencial	Demanda Reprimida
Internações	2.271	1.345	-926
Consultas urgência	15.556	5.580	-9.976
Exames RX	1.622	2.555	933
Ultrassom	504	-*	-

Fonte: Dados de Produção. SIA-SUS-SES, 1994.

Nota: * Não foi encontrado parâmetro de cobertura.

Assim, pode-se notar nestes dois quadros que:

- primeiro existe uma produção de internações e consultas de urgência maior que a meta referencial calculada.

- em contrapartida, no CS II encontra-se uma demanda reprimida tanto em consultas médicas (total), quanto em aplicação de vacinas e principalmente na atenção à saúde bucal.

Nota-se aqui a competitividade existente entre as duas instituições no que diz respeito à assistência médica.

6.2. Modelo Assistencial

Neste século o Brasil caminhou do sanitarismo campanhista (que visava essencialmente o combate as epidemias urbanas com forte concentração de decisões) decorrente da política agro-exportadora e da necessidade de sanear os portos, para o modelo médico-assistencial privativista que, devido à industrialização, tornou necessária a manutenção e a restauração da capacidade produtiva do trabalhador, cujo objetivo era aumentar a cobertura pela prática curativista. No início dos anos 80, começa a germinar o modelo neo-liberal que resulta em uma divisão em grupos de indivíduos que recebem assistência de alta tecnologia e outros que encontram um quadro de acentuada degradação da qualidade dos serviços. É um modelo individualista, discriminatório, classista e seletivo, onde o papel de Estado se reduz e esse espaço é tomado pelo próprio mercado (privatização) (27).

Frente a esta situação de uma política neo-liberal com ênfase no modelo privativista, a Constituição Federal Brasileira de 1988, nos seus art. 196 a 200 (5) propõe a reformulação do Sistema de Saúde onde o modelo de assistência passa a abranger os conceitos de integralidade, universalidade e equidade. Este novo modelo elaborado deverá ser tecnicamente e socialmente aceito pela comunidade.

Modelos assistenciais são as formas como se organizam, em determinados espaços-populações, os serviços de saúde, incluindo diferentes unidades prestadoras de diversas complexidades tecnológicas e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas (38).

Os conceitos de regionalização e hierarquização, referência e contra-referência devem ser eixos essenciais para o modelo assistencial traduzindo-se por uma rede flexível e interligada de serviços com claras definições de responsabilidade. Esses eixos essenciais otimizam e racionalizam os recursos materiais e humanos, pois com o crescente custo e complexidade tecnológica de serviços, a oferta dos mesmos seria inviável para a grande maioria dos Municípios o que reforça a necessidade de se estabelecer relações com serviços de maior complexidade entre as regiões.

Resgata-se de uma das entrevistas realizadas a seguinte colocação:

Um dos papéis da DIR XX é mostrar a importância da regionalização e hierarquização, fazendo que cada município pare de pensar apenas em si próprio, promovendo uma reflexão na organização e interação dos serviços entre os municípios da região.

Esse processo de reflexão não está sendo feito com profundidade. É um processo demorado que mexe com autonomia, centralização e com o modelo médico assistencial.

O modelo assistencial encontrado no Município de Tapiratiba caracteriza-se pelo atendimento de uma demanda espontânea, atendendo indivíduos que procuram os serviços de saúde, e estes serviços limitam-se apenas a responder àquela demanda. É importante que se discuta uma questão: a demanda existente reflete as necessidades reais da população ou é apenas um reflexo dos serviços existentes? Essa questão é fundamental para que se rediscuta o modelo assistencial de Tapiratiba a partir de uma análise epidemiológica. Para realizar uma boa análise epidemiológica necessita-se de informações como morbidade. Essas informações, preenchidas pela rede de serviços e disponíveis no Centro de Informação à Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e no ERSA 55 - Casa Branca, não são suficientes quanto à qualidade para se realizar uma análise. No intuito de se obter a morbidade do Município, seria interessante realizar um estudo da morbidade referida pela população, além de se melhorar o preenchimento das informações no Sistema de Informação Ambulatorial e no Sistema de Informação Hospitalar. O conjunto dessas informações deverá contribuir para a identificação das reais necessidades da população.

Além do conhecimento das necessidades e de um diagnóstico situacional, a realização de planejamento é primordial para se estabelecer o novo modelo assistencial. O planejamento em saúde é decorrente do pensamento de toda uma sociedade, e faz parte dele o componente técnico-normativo para que se possa fundamentar as condições de execução de uma proposta flexível e aberta, orientada pelo compromisso do serviço público. Se este planejamento limitar-se a propostas fechadas e verticalizadas não conseguirá identificar as necessidades locais e não dará respostas às distintas realidades.

Um modelo assistencial baseado no coletivo tem suas intervenções apoiadas num modelo epidemiológico reconhecido e referendado por diversos atores sociais, cujo objetivo final é a mudança do perfil de morbimortalidade, ou melhor, é a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Já um modelo assistencial voltado ao indivíduo, tende a buscar intervenções através da prática curativista (20).

Esta visão curativista e hospitalocêntrica permeia as ações de saúde de Tapiratiba, onde especialidades e equipamentos são extremamente valorizados e o Município desempenha um papel de prestador.

É importante ressaltar que observando as diversas entrevistas realizadas, a preocupação com a crise do hospital é constante e aparece como um dos principais problemas de saúde do Município.

Em Tapiratiba o atendimento é realizado no Hospital São Lucas e no Centro de Saúde II Sizenando Nabuco, além das duas unidades rurais. O horário de atendimento é das 7:00 horas às 17:00 horas para as unidades básicas e em regime de 24 horas para o hospital. Existem 5 (cinco) ambulâncias para transporte de pacientes, sendo que uma delas vai para Campinas praticamente todos os dias levando pacientes em tratamento oncológico. A marcação de consultas no CS II é realizada às quartas-feiras pela manhã e geralmente não há grandes esperas com exceção de alguns profissionais específicos. Caso existam vagas, é possível marcar consultas em outros dias da semana.

Ao hospital cabem as urgências e emergências que segundo parâmetros estabelecidos pelo CONASP - Anexo 3046/82, não devem ultrapassar 15% do total de atendimentos (consultas). Segundo dados fornecidos pela SES-CIS (quadros 6.1 e 6.2), os atendimentos hospitalares corresponderam a 41,82% do total de atendimentos, bem acima do esperado (Essa porcentagem foi obtida através dos dados referentes à produção de consultas do CS II e do hospital de 1994).

O hospital conta ainda com 02 (dois) aparelhos de RX, 01 (um) aparelho de ultrassom e 01 (um) aparelho de artroscopia.

A Prefeitura mantém convênios com algumas especialidades como cardiologia, fonoaudiologia, fisioterapia e algumas especialidades odontológicas.

Existem 02 (dois) laboratórios no Município, sendo um no CS II que está capacitado a realizar exames básicos como hematológico, bioquímica básica, urianálise e protoparasitológico. O outro laboratório localiza-se no Hospital São Lucas e realiza os exames de urgência e dos pacientes internados e tem capacidades semelhantes ao laboratório do CS II. Os exames de cultura, anatomo-patológico e outros de maior complexidade são encaminhados para fora do Município.

6.3. As Ações de Saúde

6.3.1. Os Programas de Saúde Desenvolvidos no Centro de Saúde II

As ações de saúde desenvolvidas no CS II englobam atendimentos eventuais e ações programáticas.

Entende-se por programa a sistematização e a racionalização de uma tecnologia (intervenção conhecida) com a organização do processo de trabalho para se atingir um objetivo que pode ser individual ou coletivo, preventivo ou curativo. À medida em que não se decompõe diante de uma realidade local, todo o conhecimento que o programa traz frente a um objetivo claro, o resultado encontrado é a normatização pura e simples.

6.3.1.1. Programa de Hipertensão

Abrange atualmente 350 participantes. As atividades desenvolvidas são basicamente grupos de 20 a 30 pessoas onde são ministradas palestras mensais sob a coordenação de um médico e uma auxiliar de enfermagem, além das consultas para controle.

6.3.1.2. Programa de Diabéticos

Também funciona com palestras sob a coordenação de um médico e uma enfermeira. Existem aproximadamente 150 pessoas em acompanhamento que comparecem nas reuniões de grupo, momento em que também colhem os exames de controle. Os pacientes que estão ingressando pela primeira vez são encaminhados para um grupo. À parte para orientações e cuidados em relação à doença. Existem folhetos de orientações e explicações básicas que são distribuídos aos pacientes e também os cartões do hipertenso e do diabético.

6.3.1.3. Programa da Mulher

Conta principalmente com o sub-programa da gestante, momento em que a mesma recebe a primeira consulta e são solicitados todos os exames de rotina para posterior acompanhamento. São realizadas duas reuniões em grupo durante a gestação, sendo a primeira entre o primeiro e o quinto mês, com aproximadamente 20 (vinte) participantes quando são passadas noções básicas de fisiologia e anatomia. O segundo grupo compreende gestantes entre o sexto e nono mês onde aborda-se os tipos de parto e cuidados com o bebê, além do incentivo ao aleitamento materno. Existiram dúvidas em relação ao uso efetivo do cartão da gestante nas observações realizadas.

Existe coleta de papanicolau sendo que os exames são enviados para Campinas para leitura. A demora é de aproximadamente 30 (trinta) dias. Houve uma maior procura para coleta de papanicolau e consultas ginecológicas após o censo realizado para o trabalho de médico de família.

6.3.1.4. Programa de Planejamento Familiar

Não existe na sua total concepção. Durante a gestação, conforme já foi mencionado, procura-se trabalhar com a gestante jovem. A Prefeitura compra anticoncepcional oral para esse fim, e os preservativos são distribuídos de maneira inconstante, visando principalmente a questão da DST-AIDS.

6.3.1.5. Programa da Criança

O aleitamento materno é incentivado segundo informações, sendo já abordado no grupo de pré-natal. A criança é captada e encaminhada para a consulta no momento da vacinação BCG. Existe a pré-consulta quando as crianças são pesadas e medidas e logo após, a consulta propriamente dita que frequentemente responde a uma demanda específica, ou seja, se expressa na busca da cura de doenças daquele momento. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança não está sendo realizado dentro de uma rotina estabelecida, apesar do gráfico de crescimento e desenvolvimento mostrar-se um instrumento de inquestionável valor.

Além disso o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascido Vivo) propicia através da Declaração de Nascido Vivo a vigilância do recém-nascido de risco com busca ativa para acompanhamento diferenciado do mesmo. Isso não está sendo viabilizado em Tapiratiba.

O diagnóstico nutricional das crianças em Tapiratiba não vem sendo adequadamente trabalhado. Pode-se inferir que uma das dificuldades do diagnóstico esteja no fato de não haver acompanhamento do crescimento e desenvolvimento sistematicamente. Destacam-se informações ambíguas sobre a desnutrição:

Tem muito pouco desnutrido no programa do leite.

Um dos problemas aqui é a desnutrição. São crianças pálidas e apáticas.

O programa do leite distribui 120 litros diariamente somente para crianças da área urbana. Ressurge aqui a questão do diagnóstico nutricional, pois segundo relatos os critérios para entrada no programa são frequentemente de cunho social.

O teste de pezinho para detecção de fenilcetonúria (PKU) e hipotireoidismo congênito (T4 neonatal) é colhido no hospital no momento da alta e enviado para a APAE que realiza os exames.

Não está sendo desenvolvido o programa de Terapia de Reidratação Oral (TRO).

Não está implantado o programa de Saúde do Adolescente.

A interface com o setor de educação resume-se em atendimento dos encaminhamentos da escola para o CS II, de problemas médicos e comportamentais eventuais. São realizadas palestras nas escolas conforme solicitação das mesmas. Existe uma proposta de um trabalho de discussão e orientação sobre diversos temas numa equipe onde participarão uma médica, uma psicóloga e professores da rede de ensino do Município.

6.3.1.6. Programa de Saúde Mental

Resume-se em atendimento individual por um médico psiquiatra. Foi relatado que anteriormente havia um trabalho na forma de grupos e que há uma predisposição em se retomar essa forma de abordagem. A medicação controlada é fornecida pelo próprio CS II.

A maior demanda para a psiquiatria é em função do alcoolismo, referido em várias das entrevistas como um dos sérios problemas de Tapiratiba. Os pacientes que precisam de internação são na sua maioria encaminhados para o Hospital Psiquiátrico de Mococa, cidade vizinha, onde o psiquiatra também atua.

6.3.1.7. Programa de Tuberculose

Atualmente estão sendo acompanhados quatro pacientes com diagnóstico de tuberculose. Toda a medicação tem sido fornecida no próprio CS II, não havendo relato de falta da mesma. Existem dificuldades em relação aos exames laboratoriais, pois o exame de escarro com a pesquisa do agente (BK) não é realizado em Tapiratiba, havendo uma espera de aproximadamente 15 dias para a obtenção do resultado. As biópsias e a cultura de BK são realizadas em Campinas e há grande demora. Tanto o laboratório do hospital quanto do CS II parecem ter condições de realizarem o exame direto de escarro.

6.3.1.8. Programa de Hansen

Não existe paciente hanseniano no registro ativo até outubro de 1995. Os dois pacientes que compareceram estavam curados e vieram para acompanhamento de incapacidades. Foi relatado que existe o controle de comunicantes com exame dermatoneurológico e vacinação do BCG-ID.

Existe um profissional que está atendendo no CS II preferencialmente a população da área rural, independente de marcação de consultas. Esse profissional está destinado a iniciar o programa de médico de família, do Ministério da Saúde, porém ainda não o iniciou pois o local construído não foi equipado e atualmente encontra-se em estado de deterioração progressiva.

6.3.2. Saúde Bucal

6.3.2.1. Programas Preventivos e Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal

Para a reparação dos graves problemas de saúde bucal da população brasileira, foi proposto um novo modelo de atenção, buscando na prevenção e no trabalho em equipe a estratégia para redução dos mesmos.

Baseados nesta proposta de atuação estão os sistemas de Prevenção em Saúde Bucal Coletiva. Nestes se elaboram programações que atinjam um número maior de indivíduos com ações preventivas, para que a médio prazo, se possa reduzir os problemas e suas necessidades de tratamento. Deve-se observar que as ações curativas devem continuar ocorrendo paralelamente para tratamento das necessidades acumuladas.

A base do sistema de prevenção é a fluoretação das águas de abastecimento público, com adequado controle dos teores de flúor e extensão a toda população. Associados a esta medida devem vir outros métodos, como a implantação dos procedimentos coletivos.

Pelo que foi observado não existe programação para implantação dos procedimentos coletivos de forma definitiva no Município.

Os Procedimentos Coletivos (PC) são um conjunto de procedimentos a serem observados em grupos populacionais previamente definidos. Os participantes do grupo devem ser acompanhados durante o ciclo anual do programa, para que se tenha o controle epidemiológico do grupo.

Dividem-se em três grupos de procedimentos a serem desenvolvidos de acordo com a capacidade da unidade de saúde e do Município (11):

PC I - Conjunto de procedimentos de promoção e prevenção de saúde bucal de baixa complexidade, dispensando equipamento odontológico. Inclui:

- exame epidemiológico anual (no mínimo);
- educação em saúde (pelo menos trimestral);
- bochechos fluoretados semanais (no mínimo 25 ao ano);
- higiene bucal supervisionada no mínimo trimestral, com fornecimento de uma escova de dentes e um tubo de creme dental fluoretado a cada participante (trimestralmente).

PC II - Conjunto de procedimentos que incluem os itens do PC I, com acréscimo de :

- exame clínico mais detalhado;
- terapêutica intensiva com flúor sistematizada.

PC III - Consistem na execução dos procedimentos citados nos PC I e PC II mais os seguintes:

- raspagem e polimento dentário;
- escariação e selamento de cavidades com cimento provisório;
- aplicação de selante;
- remoção de raízes residuais;
- aplicação de carióstáticos.

Reforçamos aqui a importância do levantamento epidemiológico prévio para que se tenha conhecimento das condições de saúde bucal da população. Dessa forma, pode-se propor ações mais adequadas às necessidades e riscos detectados, além de permitir comparações futuras para medir o impacto da programação implantada.

O levantamento deve ser conduzido segundo metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde (36).

Segundo informações do coordenador de saúde bucal do Município foram efetuados cinco levantamentos epidemiológicos anuais nos escolares da cidade, seguindo a metodologia de uma apostila de orientação fornecida pelo ERSA - 55 - Casa Branca, no período de 1989 a 1993. Esses levantamentos faziam parte dos PC I efetuados no mesmo período. No ano de 1994, foi feito apenas o levantamento epidemiológico sem continuidade do PC I.

Não se conseguiu entretanto encontrar registros completos, organizados e sistematizados que permitissem uma análise significativa das reais condições de saúde bucal da população e dos resultados obtidos pela implantação dos procedimentos coletivos.

Entre os poucos dados epidemiológicos coletados estavam os índices de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D):

- em 1993, o CPO-D aos 12 anos era de 7.19 (C = 2.17, P = 0.48 e O = 4.54);
- em 1994, o CPO-D aos 12 anos era 6.61 (C = 1.43, P = 0.48 e O = 4.72).

A análise destes dados demonstra um ponto positivo, pois indica que existe assistência à população em virtude de valor elevado do componente dentes obturados.

Por outro lado, mostra que o Município deve estimular as ações preventivas para que se possa alcançar uma das metas da OMS para o ano 2000, que propõe CPO-D de 3.0 aos 12 anos de idade (34).

O coordenador de saúde bucal informou que os procedimentos coletivos foram suspensos por falta de pessoal para executá-los e por problemas com o repasse de verbas, destinadas a tais procedimentos pelo governo estadual.

Nos postos de saúde não são realizados procedimentos coletivos, nem educativos. Não existe integração de saúde bucal com outros programas, nem com outros profissionais de saúde.

Atualmente as únicas ações coletivas são as aplicações tópicas de flúor, feitas nos escolares semestralmente, palestras no início do ano letivo e distribuição de escovas e creme dental nas escolas municipais.

6.3.2.2. Assistência Odontológica

O Município possui na rede pública uma relação de um dentista para mil e quinhentos habitantes. Essa proporção é considerada satisfatória pela OMS.

No centro odontológico do CS II Sizenando Nabuco a demanda de pacientes é livre, sem prioridade a nenhum grupo populacional específico. Atende-se também os pacientes especiais encaminhados pela APAE.

Cada dentista atende por dia oito pacientes agendados, mais urgências. São oferecidos serviços básicos de dentística, periodontia clínica e cirurgia oral menor, conforme se observa no Boletim Mensal de Produção (anexo 08).

Ao término dos tratamentos são feitos procedimentos preventivos individuais.

No período da manhã, trabalha 01(um) dentista e no período da tarde 02 (dois), sendo que um deles atende as crianças da EEPG Jardim Soledade que são trazidas por uma perua da prefeitura.

Observou-se que não existe aparelho de raio X odontológico na rede pública. Quando o usuário necessita de uma radiografia ele utiliza um consultório particular e paga pelo serviço, em alguns casos a Prefeitura cobre as despesas. Não existe nenhum serviço privado contratado ou conveniado com o Município nesta área.

O Município não possui sistema de referência e contra-referência na área de saúde bucal.

Todo o material de uso odontológico do Município fica centralizado no almoxarifado do Centro de Saúde que conta com um funcionário responsável pela distribuição do mesmo e controle de estoque.

No NAI Fazenda Itaiquara trabalham 02 (dois) dentistas, um em cada período. O sistema de atendimento é igual ao do centro odontológico embora não existam normas de padronização das ações.

Nos consultórios das escolas o atendimento se restringe aos alunos. As crianças são chamadas por classe, são examinadas e agendadas até que terminem as necessidades de tratamento e as eventuais urgências são atendidas normalmente.

Na EEPG Prof. Moisés Horta de Macedo, trabalha um dentista no período da manhã e na EEPG Prof. Benedito de Moraes Camargo trabalham dois dentistas, um em

cada período. Todos os dentistas trabalham com atendentes de consultório dentário (ACD). Os ACD são responsáveis pela lavagem, desinfecção e esterilização dos instrumentos, controle e solicitação do material de consumo, agendamento e recepção dos pacientes, preenchimento de fichas e mapas de produção. São utilizados para preparo e manipulação de alguns materiais, entretanto falta capacitação técnica para trabalho a quatro mãos.

Não existe proposta para formação ou contratação de técnicos em higiene dental (THD), embora a estrutura física do centro odontológico permita a instalação de clínica modular com três equipamentos e formação de equipe de saúde bucal.

6.3.2.3. Sugestões

- instalação de aparelho de raio-x odontológico no Centro de Saúde, obedecendo as normas de segurança da legislação específica;
- melhor aproveitamento do pessoal auxiliar que está sendo sub-utilizado, principalmente nas ações preventivas coletivas;
- execução de levantamento epidemiológico em saúde bucal periódicos, utilizando-se a metodologia proposta pela OMS;
- implantação de cursos para reciclagem e reuniões periódicas com a coordenação de saúde bucal;
- integração de saúde bucal com outros programas de saúde do Município.

6.3.3. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica aparenta exercer uma atividade predominantemente burocrática através do preenchimento das fichas de investigação epidemiológica e do boletim de notificação semanal de doenças (SVE-3) e encaminhamento à DIR XX. O livro de notificação das doenças da unidade (SVE-2) não está sendo preenchido conforme preconizado, faltando dados elementares, porém significativos como idade, sexo, visitação, exames, encaminhamento dos impressos, etc. A vigilância epidemiológica está restrita a um único profissional (a enfermeira do CS II) e aparentemente não existe relação com outros profissionais.

Durante o ano de 1991, houve um aumento no número de notificações de casos de hepatite, diferenciando-se dos anos que o antecederam e o sucederam. Esse fato pode apontar para uma falta de integração da equipe que, por alterações de membros da mesma ou outras variáveis, tem o seu padrão de funcionamento alterado. Realizam-se atividades de cobertura de foco para as doenças de notificação compulsória, doenças crônico-degenerativas que já contam com programas dentro do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e que se mostram presentes na rotina desta unidade, contando com atividades dirigidas a algumas destas enfermidades.

Um outro aspecto que deve ser salientado é a possibilidade da vigilância epidemiológica estar trabalhando com o recém-nascido de risco, através de dados contidos na Declaração de Nascido Vivo.

Finalmente cabe ainda tecer alguns comentários em relação à vacinação que, segundo dados sistematizados anteriormente, apresenta uma cobertura abaixo da expectativa. Tome-se como exemplo as taxas de cobertura das vacinas de sarampo e a tríplice viral que para o ano de 1994 apresentaram cobertura de 77,1% e 77,7% respectivamente. Essas taxas são consideradas insatisfatórias, especialmente a tríplice viral pelo componente de rubéola pois ao cair a cobertura, desloca-se a ocorrência da doença para faixas etárias mais elevadas, aumentando a possibilidade de seqüelas decorrentes da infecção congênita.

6.3.4. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária foi definida pelo Ministério da Saúde, através da Lei nº 8.080 de 19/09/90 (6), como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e de intervir sobre os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços e da intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho, objetivando a proteção da saúde da população em geral. Cabe destacar que compreende o conjunto de ações que integram o SUS. Fundamentalmente as ações de vigilância sanitária abrangem quatro subsistemas (49):

- O controle de bens de consumo, considerando-se todo o processo de obtenção, desde a etapa de produção até o consumo final. Engloba-se neste subsistema: alimentos, água, bebidas, medicamentos, insumos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, saneantes, domissanitários, produtos químicos, produtos agrícolas, agrotóxicos, correlatos e outros.

- O controle da prestação de serviços médico-hospitalares, de apoio diagnóstico, hemoterápicos, hemodiálise, radiação, odontológicos, casas de repouso de idosos, lares abrigados, centros de convivência, creches, bancos de órgãos, de leite humano, práticas alternativas, casas de massagem, tatuagem, clínicas de emagrecimento e aplicadoras de produtos relacionados à saúde.

- O controle às ações de saneamento do meio considerando-se o uso e parcelamento do solo, as edificações, os sistemas de saneamento básico.

- O controle sobre o ambiente e o processo de trabalho.

Esclarecidas as definições, os objetivos e as áreas de ações da vigilância sanitária se passará a focar a situação do Município de Tapiratiba dentro deste contexto.

A municipalização da Vigilância Sanitária (VISA) em Tapiratiba vem ocorrendo há cerca de dois meses, porém o Município não executa a totalidade das ações e serviços, priorizando no momento aquelas referentes à área de alimentos.

A Lei Municipal nº 407/95, de 22 de junho de 1995, dispõe as seguintes ações a serem executadas:

1. *Aprovação e fiscalização de projetos de cemitérios.*
2. *Aprovação e fiscalização de habitações unifamiliares isoladas, agrupadas ou geminadas.*
3. *Aprovação e fiscalização de edificações para atividades comerciais e de serviços, exceto aquelas que forem utilizadas para prestação de serviços de promoção e recuperação da saúde e/ou que comercializem produtos destinados ao mesmo fim.*
4. *Aprovação e fiscalização de piscinas de uso coletivo e restrito.*
5. *Aprovação e fiscalização de desmembramentos.*
6. *Fiscalização de ambulantes.*
7. *Fiscalização de resíduos sólidos.*
8. *Fiscalização de limpeza pública.*

9. *Fiscalização das condições sanitárias dos criadouros na zona urbana.*
10. *Fiscalização de criações de animais na zona rural.*
11. *Cadastramento, licença e fiscalização dos estabelecimentos de serviços tais como: barbearias, salões de beleza, casa de banho e sauna, congêneres, estabelecimentos esportivos, culturais, recreativos, creches e asilos.*
12. *Certificado de vistoria de veículos expedido pela Prefeitura, através de equipe responsável pela vigilância sanitária.*
13. *Emissão e expedição de alvarás de “utilização” e “funcionamento” de estabelecimentos comerciais e / ou de serviços.*
14. *Certificado de vistoria sanitária: hotéis, motéis, pensões e congêneres.*

No artigo 5, tal Lei prevê que: *as ações não especificadas continuam sob responsabilidade exclusiva do Escritório Regional de Saúde ...*

A equipe municipal que compõe a Vigilância Sanitária foi designada através da Portaria nº 10/95, de 08 de agosto de 1995. Tal portaria nomeou os seguintes membros:

- 01 (um) médico veterinário - chefe da equipe
- 01 (um) engenheiro civil
- 01 (um) engenheiro agrônomo
- 06 (seis) agentes de saneamento
- 01 (um) escriturário

A maioria destes servidores já compunham o quadro da prefeitura, e no caso daqueles em funções de nível universitário se encontram atualmente exercendo também outras atividades em outros órgãos da administração. Segundo informações do responsável pelo serviço, tem-se assumindo rotineiramente as atividades na VISA somente 04 (quatro) agentes de saneamento e 01 escriturário, além do responsável pelo serviço.

A nível regional, Tapiratiba era atendida até o mês de novembro pela Equipe Técnica de Vigilância Sanitária pertencente ao antigo Escritório Regional de Saúde - ERSA 55 - localizado no Município de Casa Branca, que compreendia também os Municípios de Caconde, Casa Branca, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, S. José Rio Pardo e Tambaú. Atualmente tal equipe está vivendo um momento de transição pois, com a

extinção do ERSA, está sendo transferida para São João da Boa Vista - DIR XX - e o atendimento será estendido para mais 23 cidades perfazendo um total de 24 municípios.

Grande parte das ações de vigilância sanitária em Tapiratiba estavam sendo executadas por tal equipe, que era composta por profissionais de nível universitário, entre eles uma bióloga e também responsável pelo serviço, 02 (dois) engenheiros civis, 01 (um) farmacêutico-bioquímico, 01 (uma) enfermeira e 01 (uma) arquiteta, além de 06 (seis) agentes de saneamento com nível médio.

Dentre estas ações deve-se destacar o desenvolvimento de recursos humanos. A VISA a nível municipal recebeu treinamento teórico e prático ministrado pela regional o que possibilitou a instrumentalização e preparo para sua atuação.

As atividades da VISA de Tapiratiba são pautadas no Código Sanitário Estadual, Decreto nº 12.342 de 27 de setembro de 1978 e na Legislação Federal, Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977. As ações são voltadas basicamente para o comércio e prestação de serviços relacionados com área de alimentos, realizando para isto atividades rotineiras de:

Inspeção Sanitária:

- emissão de alvará de utilização do estabelecimento;
- emissão de alvará de funcionamento do estabelecimento;
- certificado de vistoria.

Educação:

Consiste basicamente nas orientações fornecidas aos estabelecimentos comerciais e/ou de prestação de serviços, acerca das condições higiênico-sanitárias objetivando-se promover e proteger a saúde da população.

Tais ações foram desenvolvidas primeiramente utilizando-se dois tipos de roteiros de informação destinados a proprietários de estabelecimentos comerciais de

alimentos comunicando sobre a criação da VISA e o início das atividades de vistoria. Nos roteiros, estabeleceu-se os principais cuidados a serem observados no local no tocante às condições ambientais, de equipamentos, controle de saúde e uniformização dos funcionários, condições de armazenamento e conservação dos alimentos. O primeiro tipo de roteiro foi encaminhado aos estabelecimentos comerciais de alimentos em geral e o segundo, aos açougues.

Posteriormente, tem-se realizado as visitas de acordo com a periodicidade e especificação fornecida pela Equipe Regional de Vigilância Sanitária que agrupa os estabelecimentos e os classifica de acordo com o risco epidemiológico:

- **Risco 1** - visitas quatro vezes ao ano - tendo sido considerados neste grupo padarias e confeitarias, açougues e casa de carnes, avícolas, restaurantes, peixarias, pastelarias, sorveterias, cozinhas de creches, escolas, asilos e empresas, ambulantes de alimentos perecíveis, bombonieres e docerias, buffet e cozinha industrial.

- **Risco 2** - visitas três vezes ao ano - considerando-se neste grau supermercados, mercearias, rotisseries, lanchonetes, choperia, petiscaria, feira livre, depósito de produtos perecíveis, hotel, motel e pensão.

- **Risco 3** - visitas duas vezes ao ano - compondo este grupo tem-se mercados, quitandas, depósito de produtos alimentícios não perecíveis, depósitos de bebidas, bar, cafés, boate, clubes e outros estabelecimentos sem venda de alimentos perecíveis.

- **Risco 4** - visitas com periodicidade anual - compreendendo neste grupamento empresas transportadoras de gêneros alimentícios e veículos de estabelecimentos industriais ou comerciais de gêneros alimentícios.

Os procedimentos que dizem respeito a colheitas de amostras, bem como investigação de surtos de enfermidades veiculadas por alimentos não são executados a nível municipal e sim pela equipe regional.

A atuação da Vigilância Sanitária ocorre prioritariamente na zona urbana não sendo desenvolvido nenhum projeto de educação na área rural.

6.3.4.1. A Questão do Leite

Tapiratiba está localizada em uma região agropecuária caracterizada pela criação de gado leiteiro e conseqüentemente com alta produção de leite.

Na cidade há um posto de coleta e resfriamento da empresa Parmalat, que recebe cerca de 40.000 litros de leite ao dia de 90 produtores cadastrados na região. Após o resfriamento, o produto é encaminhado para a usina localizada no Município de Jundiaí. No local há fiscalização diária do Serviço de Inspeção Federal e realização de todas as análises de rotina especificados pela legislação, sendo as condições sanitárias apropriadas.

A Fazenda São José, localizada na zona rural do Município é considerada o maior centro de produção leiteira do Brasil, com tecnologia semelhante a do Vale de São Joaquim na Califórnia. Possui um plantel de 5.000 animais sendo 2.000 mantidos em confinamento total e responsáveis pela produção de 40.000 litros de leite - tipo A - ao dia.

Nesta fazenda há controle reprodutivo e sanitário do rebanho, realizando-se pesquisas na área de engenharia genética para obtenção de melhoramento genético. O rebanho recebe alimentação equilibrada e especialmente produzida no local.

A produção do leite segue os mais rígidos padrões sanitários, não havendo contato manual desde a ordenha até o envase do produto. São realizadas a cada quinze minutos análises físico-químicas e microbiológicas para controle de qualidade do leite. Existe na fazenda um posto do Serviço de Inspeção de Produtos de Origem Animal do Ministério da Agricultura.

Na região urbana da cidade há ainda o Laticínio Santa Rita, devidamente credenciado no Serviço de Inspeção de Produtos Animais do Estado de São Paulo (SISP), com capacidade de operação para beneficiamento de 3.000 litros de leite ao dia.

No entanto, segundo informações do responsável pela VISA local, cerca de 68% do leite comercializado na cidade ocorre na forma do produto ainda cru. Este leite é

transportado em latões nas carrocinhas ou veículos tipo pick-up e vendido durante todo o dia nas ruas da cidade. Cerca de 19 (dezenove) produtores são responsáveis pela produção e comercialização deste leite.

Durante este ano a VISA realizou reunião com tais produtores a fim de se discutir soluções para enfrentamento do problema, tendo em vista a legislação federal e sobretudo os riscos potenciais a que a população se expõe quando consome tal produto. Sugeriu-se que os mesmos se associassem em uma cooperativa, podendo dessa forma adquirir um equipamento para adequado beneficiamento do leite, por exemplo, uma micro ou mini usina, sendo que a Prefeitura poderia colaborar cedendo área para a implantação; porém, a idéia não foi aceita e a comercialização irregular do produto permanece.

Não é realizado nenhum tipo de programa educativo junto à população que consome o leite cru, nem junto aos pequenos produtores responsáveis também pela comercialização do produto.

6.3.4.2. Abastecimento de Carnes

Há na cidade um matadouro municipal que abate em média ao mês 100 cabeças de bovinos e 500 de suínos, abastecendo desta forma os açougues locais (43) e tem por objetivos o fornecimento de carne suína e bovina em bom estado higiênico-sanitário, além de evitar o abate clandestino de animais.

No entanto, o prédio é de construção antiga datada de 1931 e oferece infraestrutura precária e imprópria para a finalidade a que se destina. Ou seja, há inadequação de pisos, paredes, forro, portas e aberturas, estas últimas permitindo o acesso de pássaros e insetos no local. Os equipamentos são insuficientes e ultrapassados, consistindo em apenas uma serra elétrica e duas talhas manuais.

A limpeza, a depilação, o escalpo e a evisceração dos animais ocorre no chão (anexo 13 - foto nº 12), pois não há linha aérea nem bancada para realização desta atividade. A depilação do animal ocorre utilizando-se maçarico alimentado por gás

liqüefeito de petróleo, realizando-se a seguir manualmente raspagem com faca no corpo do animal (anexo 13 - foto nº 13). Não há separação entre áreas consideradas de alto risco de contaminação das demais, ou seja, onde ocorre a matança e a extração do intestino e das vísceras, e áreas de divisão do produto em traseiros e dianteiros, possibilitando o contato de material fecal com a carne.

Os resíduos líquidos e parte dos sólidos são lançados “in natura” no Ribeirão Soledade enquanto que a maior parte dos sólidos são recolhidos diariamente para confecção de farinhas para ração animal.

O abate é realizado pelos açougueiros locais, mediante o pagamento de uma pequena taxa, sendo que a Prefeitura dispõe de dois funcionários que realizam atividades gerais inclusive ligadas ao abate, além de um médico veterinário responsável pela inspeção e encarregado do matadouro acumulando também a chefia da VISA. Somente parte dos manipuladores utilizam bota durante as operações, e não há padronização quanto ao uso de uniformes, encontrando-se aqueles que sequer fazem uso de camisa. A conduta dos manipuladores é inadequada, vários fumam durante o processamento do produto.

A carne não é estocada no local saindo diariamente em caminhão cedido pela Prefeitura para os locais de comercialização.

Há reclamações da população quanto a localização do abatedouro, bem como notificações da Equipe Regional de Vigilância Sanitária pedindo a adoção de providências.

O responsável pelo serviço também avalia que a questão é grave necessitando de mudanças urgentes.

No Plano Diretor de 1991/92 (43), é mencionado o projeto para construção de um novo abatedouro municipal, porém até o presente momento está se aguardando o processo de desapropriação do terreno. O novo local já foi aprovado pela CETESB e o projeto de construção fornecido pela Casa da Agricultura.

A avicultura apesar de ser desenvolvida na cidade, relaciona-se apenas com a criação de animais que são comercializados para crescimento e abate em outros municípios. Dessa forma, a carne de aves que abastece a cidade é proveniente de abatedouros localizados em outros municípios e devidamente inspecionados.

6.3.4.3. Abastecimento e Comércio de Alimentos

Quanto aos alimentos de origem vegetal consumidos pela população destaca-se a produção local de arroz e feijão, e uma pequena produção de hortifrutícolas.

Tapiratiba possui, de acordo com informações fornecidas pelo responsável da VISA local, cerca de 105 (cento e cinco) estabelecimentos que operam o abastecimento de gêneros alimentícios na cidade, entre estes se pode destacar 04 (quatro) supermercados todos com açougue e 01 (um) com padaria, 07 (sete) açougues, 03 (três) padarias, 05 (cinco) sorveterias, 26 (vinte e seis) lanchonetes e /ou restaurantes, 43 (quarenta e três) estabelecimentos do tipo bar, quitanda ou comércio atacadista.

Conta ainda com um mercado municipal com capacidade para 10 (dez) boxes, mas com apenas 03 (três) permissionários sendo que um possui comércio especializado em hortifrutícolas, o outro em açougue e o último uma mercearia com lanchonete e armário. A Prefeitura dispõe de um funcionário que é responsável pela limpeza do local.

Há apenas uma feira semanal que ocorre aos domingos com cerca de 15 (quinze) feirantes cadastrados, onde a comercialização de produtos perecíveis de origem animal está sendo proibida. A VISA ofereceu prazo para que estes feirantes mudem de atividade econômica, pois produziam e comercializavam carnes de aves e suínos de maneira clandestina.

O comércio de ambulantes é restrito havendo poucos ambulantes cadastrados.

6.3.4.4. Medicamentos, Saneantes e Agrotóxicos

A cidade possui cerca de 08 (oito) farmácias e as ações nesta área são executadas pela equipe Regional de Vigilância Sanitária, devido à carência de profissionais especializados a nível local. A nível regional procura-se realizar visitas aos estabelecimentos priorizando-se aqueles que trabalham com os medicamentos de uso controlado.

O Município não possui indústria de fabricação de saneantes nem de agrotóxicos.

Segundo informações fornecidas pelo agrônomo, o comércio de agrotóxicos é realizado mediante receita agrônômica com orientações para: precauções de uso, primeiros socorros, disposição final de resíduos e cuidados com meio ambiente e utilização de equipamentos de proteção individual. As receitas são fornecidas pelo engenheiro agrônomo responsável pelo estabelecimento comercial. São efetuadas em cinco cópias que seguem para defesa agropecuária, CREA (Conselho Regional de Engenharia e Agronomia) e comprador do produto. Sendo que uma das outras duas vias permanece no estabelecimento e a outra com o agrônomo.

6.3.4.5. Prestação de Serviços

O controle da prestação de serviços públicos e privados que se relacionam diretamente e indiretamente com a saúde é executado na maior parte pela equipe regional, através de visitas aos consultórios, centros médicos, laboratórios e hospital, procurando-se conscientizar os profissionais sobre a necessidade de adoção de procedimentos corretos que diminuam os riscos potenciais à saúde da população usuária. Deve-se destacar o trabalho efetuado durante este ano junto aos consultórios odontológicos enfocando-se principalmente a questão da esterilização do instrumental utilizado.

A equipe municipal realiza o controle de salões de beleza, barbearias, cabeleireiras que totalizam cerca de 13 (treze) estabelecimentos. Faz-se inspeção dos

estabelecimentos adotando-se roteiro pré-estabelecido. A seguir adotam-se os mesmos procedimentos utilizados para os estabelecimentos de gêneros alimentícios, que já foram mencionados anteriormente.

6.3.4.6. Zoonoses

A palavra zoonoses é originária do grego, o prefixo “zoon” significa animal e o sufixo “noses”, doença, podendo ser traduzida literalmente por doença animal.

As zoonoses, mesmo atualmente com todo progresso da ciência, podem gerar os riscos mais comuns e mais temíveis à população, relacionando-se neste contexto cerca de 150 doenças, de acordo com Schwabe (28).

Avaliando-se ainda a importância das zoonoses para Saúde Pública pode-se destacar que das seis doenças em que a notificação dos casos é exigida mundialmente, duas pertencem a este grupo: a Peste e a Febre Amarela. Em relação às doenças obrigatoriamente notificáveis pelas Normas Técnicas Especiais relativas à Preservação da Saúde no Estado de São Paulo, 10 (dez) são consideradas zoonoses: Febre Amarela, Peste, Leptospirose, Raiva Humana, Carbúnculo Hemático, Tuberculose, Brucelose, Ricktesioses, Arboviroses e Doença de Chagas.

Em Tapiratiba, entre as ações de controle de zoonoses relaciona-se a campanha de vacinação anual contra a raiva. Nestas, os imunobiológicos são fornecidos pela Secretaria da Saúde através da equipe regional, que também orienta quanto aos procedimentos a serem adotados. A campanha é coordenada pela enfermeira do Centro de Saúde não ocorrendo participação do veterinário. Não existe acompanhamento dos animais agressores e errantes, nem tampouco local adequado para realização de tal ação.

Segundo informações da Equipe Regional de Vigilância Epidemiológica, há no Centro de Saúde de Tapiratiba, cerca de 03 (três) funcionários que realizam um trabalho de visita domiciliar para orientação e eliminação de possíveis criadouros de mosquitos que possam transmitir a dengue.

O índice de Breteau, utilizado para medir densidade larvária, não está sendo realizado pelo Município. As cidades vizinhas de Casa Branca, Santa Cruz das Palmeiras, São José do Rio Pardo e Tambaú apresentaram nos meses de janeiro a abril de 1994 (tabela 6.1), segundo dados fornecidos pelo ERSA - 55, índices superiores a 5,0, mostrando níveis de infestações elevadas. Nos municípios de Caconde e Mococa, o índice é superior a 2,0. Estes dados indicam a necessidade da execução do índice, pois provavelmente o Município já esteja infestado e precisando de atividades de maior controle.

A cidade está localizada em área de baixa incidência de artrópodes.

A Vigilância Sanitária local tem procurado verificar a questão da criação de animais na zona urbana e na área rural, nesta última, somente quando há interferência negativa para o meio ambiente, isto é, poluição de mananciais hídricos.

Quanto aos roedores, apesar de não ser caracterizado como um problema na cidade, não são desenvolvidas ações de controle, sendo recomendado a adoção de ações de acompanhamento.

Tabela 6.1- Índices de Breteau, Município do ERSA 55, 1994.

Municípios	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Caconde	NR	3,3	NR	4,0	NR	NR	0,0	0,5	NR	0,0	NR	0,0
Casa Branca	13,4	16,7	NR	10,6	NR	3,8	NR	0,5	NR	0,0	NR	0,0
Itobi*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mococa	3,7	7,5	NR	NR	1,6	NR	0,2	NR	0,0	0,3	NR	5,2
S.C.Palmeira	11,2	15,3	18,6	27,8	5,5	5,2	2,0	2,6	0,4	NR	3,7	NR
S.J.R.Pardo	7,4	NR	29,2	10,3	NR	4,2	NR	0,0	NR	0,0	NR	0,07
Tambaú	15,7	8,4	36,1	38,2	8,6	1,4	NR	0,6	NR	NR	NR	0,7
Tapiratiba**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ERSA 55	51,4	51,2	83,9	90,9	15,7	14,6	2,2	4,2	0,4	0,3	3,7	5,97

Fonte: Boletim Mensal SUCEM.

Notas: * Somente pesquisa de Pontos Estratégicos.

** Não faz pesquisa.

6.1.5.7. Sugestões Vigilância Sanitária

- Integração das ações de vigilância sanitária com os demais serviços de saúde, a fim de se superar o isolamento das políticas de saúde.

- Integração às ações da VISA daquelas referentes ao controle de zoonoses. Entre estas pode-se destacar a participação de especialistas nas campanhas anti-rábicas. Há necessidade ainda de se estabelecer a captura e acompanhamento dos cães errantes e/ou agressores.

- Divulgação e promoção, junto à população da zona urbana e rural, de programas de orientação em educação sanitária.

- Realização de um trabalho de educação junto ao pequeno produtor de leite, em conjunto com a Casa da Agricultura, visando a melhoria da sanidade do rebanho, bem como, a conscientização quanto aos problemas relativos à ingestão de leite cru.

- Criação de mecanismos que favoreçam a participação popular nas ações da VISA.

- Priorização para mudança e construção de um novo matadouro municipal, a fim de que se possa atender a Legislação Federal, Lei nº 1.283 de 18/12/ 1950, Decreto nº 30.691 de 29/03/1952 e Lei nº de 23/11/1989.

- Apoio laboratorial.

- Intercâmbio entre as diversas esferas e órgãos que possam desenvolver ações ligadas à VISA, entre eles Casa da Agricultura, escolas, etc.

6.3.5. Saúde do Trabalhador

A Constituição Federal (5) em seu artigo 200 da seção II, que dispõe sobre a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, estabelece que *Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições nos termos da lei: (...) Executar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como de Saúde do Trabalhador.*

A Lei nº 8.080 de 19/09/1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde, em seu parágrafo 3º estabelece:

Entende-se por saúde do trabalhador, um conjunto de atividades que se destina, através de ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação de saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

II - participação, no âmbito de competência do SUS em estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.

III - participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração e armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador.

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e à empresa, sobre riscos de acidente de trabalho, doença ocupacional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalização, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissional, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas, entre outros.

Também o Código Estadual de Saúde aprovado em março de 1995, na seção III - Da Competência do Município, item “f”, entre outras diz que: *É de competência do Município executar ações e serviços de saúde do trabalhador.* Na seção IV, dispõe sobre os locais de trabalho nos seus artigos 34 e 35 em todos os seus parágrafos.

Embora a Constituição Municipal de Tapiratiba (33), promulgada em 1990, não defina competências específicas à saúde do trabalhador, em sua seção II -Da Saúde, artigo 177, afirma que : *O Município de Tapiratiba garantirá o direito à saúde mediante: I - políticas sociais econômicas e ambientais que visem ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e a redução do risco de doenças e agravos.*

Frente a toda legislação e regulamentações indicadas, observou-se durante visitas e entrevistas realizadas que um dos maiores problemas enfrentados pelo Município é a questão relacionada à saúde do trabalhador, como descrevemos abaixo:

- A Fazenda Itaiquara, fundada em 1906, realiza atividades de plantio de cana-de-açúcar, possui uma usina de açúcar e uma fábrica de fermento, sendo a segunda maior do país. Emprega aproximadamente 1.600 funcionários nas atividades de produção de açúcar e fermento. Cerca de 1.900 funcionários no plantio, adubação e colheita da cana. Desse total, grande parte reside na fazenda, em colônias.

Na visita realizada, não se conseguiu conhecer o processo de produção da usina e da fábrica, nem mesmo verificar as condições de trabalho que os funcionários estão expostos.

Segundo informações colhidas na usina e no posto de saúde, houve um decréscimo no número de acidentes de trabalho, sendo tal fato atribuído à criação da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho.

Segundo dados oficiais, fornecidos pelo ERSA de Casa Branca e já apontados no perfil epidemiológico, foram notificados em 1993, 208 casos de acidente de trabalho, coeficiente de 171,0 por 10.000 hab. e em 1994 foram notificados 317 casos, coeficiente de 258,0 por 10.000 hab. Esses dados demonstram acréscimo no número de acidentes de trabalho. Isso pode significar não só um aumento no número de acidentes mas principalmente um acréscimo no número de notificações. Mesmo assim, esse número é significativo, revelando, em média, a ocorrência de um acidente/dia.

Segundo laudo técnico para insalubridade emitido pela Secretaria das Relações de Trabalho do Estado de São Paulo, realizado em 1988, com relação à Usina Itaiquara, os índices apresentados relativos ao calor, ruído e iluminação, ultrapassam os índices permitidos pela legislação vigente no país. Embora esse laudo tenha sido emitido há 7 anos, esta foi a única informação que conseguimos obter.

- A Empresa de Calcário São Luiz Ltda. (anexo 13 - foto nº 11) produz cerca de 60.000 toneladas de calcário por ano e 12.000 toneladas de pedra britada por ano. Emprega 25 funcionários, ocupando uma área de 28 hectares distante cerca de 5 km do centro da

área urbana. As atividades de produção são coordenados por um encarregado responsável, sem a presença de um profissional especializado, tal como engenheiro de minas.

Trata-se de uma empresa instalada há mais de 25 anos, com uma concepção de projeto ultrapassado em termos de emissão de poluentes, não existindo nenhum dispositivo de remoção dos mesmos, o que torna difícil a implantação de equipamentos de controle, sem a modificação profunda na concepção original da planta.

Com tais características a empresa é altamente poluente em termos de material particulado. Em que pese esse quadro adverso, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), não são utilizados pelos funcionários, embora existam, em bom estado de conservação, nas dependências da empresa.

Segundo relato dos próprios funcionários, não é comum a utilização de EPI, tais como capacetes, máscaras, luvas, botas, óculos, protetor auricular.

Existe no local uma oficina mecânica onde são realizados serviços de solda e reparo dos equipamentos. A exemplo das demais instalações, não se verificou a utilização de EPI.

A extração das rochas é realizada através da detonação de explosivos. Conforme verificado, o armazenamento dos mesmos é feito em paióis, procurando-se separar os diversos componentes de processo de explosão, tais como: espoletas, pólvora, dinamite e etc. Os locais são cercados precariamente, através de arames, não existindo nenhuma sinalização de advertência da existência de materiais explosivos.

- A Fábrica de Bolas Têxtil Ray J Ltda. manufatura e comercializa bolas esportivas há 3 (três) anos. Está instalada numa área de 1.900 m² e tem capacidade de produzir cerca de 1.000 unidades/ dia. Atualmente a produção diária é de 600 unidades/dia. Emprega cerca de 40 funcionários, sendo 60% do sexo feminino. O horário de trabalho é de dois turnos, das 6:00 às 14:00 hs e das 14:00 às 22:00 hs.

Parte do processo de trabalho é terceirizado: 20 (vinte) famílias ocupam-se da colagem das bolas e a costura é realizada por presidiários. Na fábrica são manufaturadas as câmaras, cuja matéria prima é o látex, borracha natural semi-vulcanizada e amônia, e lá se completa o processo de produção (montagem das bolas).

Chamou a atenção o processo de manufatura das câmaras, onde a utilização de amônia é fundamental. Neste processo as câmaras são mergulhadas no produto químico, sem a utilização, pelos funcionários, de nenhum equipamento de proteção individual. Durante o processo de fabricação, observou-se ainda a manipulação de produtos com componentes tóxicos, tais como tintas, os quais eram utilizados sem proteção, como luvas em ambientes onde há pouca ventilação.

Na visita, não foi observado a utilização de nenhum tipo de EPI pelos funcionários. Foi observado também que o ambiente é pouco iluminado, pouco ventilado, além do forte odor produzido pela amônia. O número de acidentes de trabalho, segundo o proprietário, é pequeno e de pouca gravidade, apenas cortes e queimaduras.

6.3.5.1. Sugestões

- Recomenda-se que o Município de Tapiratiba, formule um Programa de Saúde do Trabalhador, o qual deve integrar o Plano Municipal de Saúde, atendendo as diretrizes do SUS;

- No referido programa deverá ser previsto a contratação e/ou capacitação de profissionais especializados em saúde do trabalhador, como por exemplo, médico do trabalho especializado na área rural.

- Sempre que houver suspeita ou denúncia de possível exposição a risco à saúde do trabalhador e se a Prefeitura não dispuser de recurso pode/deve recorrer à Secretaria do Trabalho (SERT), à Delegacia Regional do Trabalho (DRT), ou ainda à Equipe Regional de Vigilância Sanitária e ao próprio Ministério Público.

- Existem diversas normas e outros dispositivos legais aplicáveis tanto a trabalhadores rurais, de empresas particulares ou públicas destacando-se as Normas Regulamentadoras (NR), que foram aprovadas pela Lei nº 6.514 de 22/12/77, regulamentadas pela portaria de nº 3.214 de 08/06/78, e as Normas Regulamentadoras Rurais (NRR), aprovadas pela portaria nº 3.067 de 12/04/88.

- Para o Município de Tapiratiba pode-se destacar a aplicabilidade das seguintes Normas Regulamentadoras - NR:

NR4 - Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), em locais de trabalho contendo acima de 50 funcionários.

NR5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), em locais acima de 20 (vinte) funcionários.

NR6 - A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

NR7 - Instalação de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

NR9 - Instalação de Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

NR15 - Atividades de Operações Insalubres.

NR16 - Atividades de Operações Perigosas.

NR19 - Explosivos.

E das Normas Regulamentadoras Rurais (NRR):

NRR1 - Disposições Gerais.

NRR2 - Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural (SEPATR).

NRR3 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural (CIPART).

NRR4 - Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

NRR5 - Produtos Químicos.

6.3.6. Saneamento Básico e Ambiental

O suporte legal para que o saneamento seja parte integrante do Sistema Único de Saúde está explicitado no artigo 200, inciso IV, da Constituição Federal (5), que garante ao SUS a participação na formulação da política e execução das ações de saneamento básico. Nesse mesmo sentido, é promissora a expectativa de que essas ações sejam planejadas em conjunto, uma vez que essas garantias também estão estabelecidas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como atribuições comuns aos três níveis de Governo (art. 15, inciso VII). Já a execução de ações de saneamento básico é atribuição da direção municipal do SUS (art. 18, inciso IV) (6).

Em relação ao meio ambiente o art. 200 da Constituição Federal, inciso VIII, bem como a Lei nº 8.080, art. 6º inciso V, atribui ao SUS a colaboração na proteção do mesmo, compreendendo o ambiente de trabalho, sendo competência da direção municipal do SUS, colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las.

Quanto ao processo de municipalização os serviços existentes em Tapiratiba, na área de saneamento, estão todos sob a responsabilidade do Município, que de certa forma representa um avanço para o processo de descentralização de poder e ações, bem como para a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde.

No entanto, tais serviços encontram-se totalmente desestruturados em termos técnicos e institucionais, sendo que as poucas ações planejadas e executadas são feitas sem a devida articulação com o setor saúde, não estando inseridas no sistema de saúde local.

Os servidores disponíveis para a realização destas atividades, não possuem formação técnica adequada, sendo em número reduzido, apresentando desânimo e desmotivação, não sendo orientados para o desempenho das mesmas.

Esta falta de estrutura tem refletido na ausência de serviços, bem como no baixo nível de qualidade dos existentes e oferecidos à população, conforme já caracterizado no presente trabalho, sendo que de todos, os que apresentam pior situação é o de abastecimento público de água.

Em termos de abastecimento de água, o quadro existente, no que se refere à quantidade, não apresenta maiores complicações, tanto na zona urbana como na área rural. No entanto, em termos de qualidade é altamente comprometido, devendo merecer maior atenção por parte das autoridades locais.

Na área urbana o sistema de abastecimento público, conforme caracterizado anteriormente, é ultrapassado e mal operado, sendo de péssima qualidade a água servida à população. Não existe o controle preconizado na Portaria nº 036/90 do Ministério da Saúde. O único controle existente é desenvolvido dentro do Pró-Água - Programa Estadual de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Sendo as ações desenvolvidas desde 1991, pela Equipe de Vigilância Sanitária Regional, que realiza a coleta de amostras numa periodicidade de um mês e meio a três meses, as quais são analisadas no Instituto Adolfo Lutz, de Campinas.

O resumo das análises efetuadas em amostras coletadas no período de 1991 a 1994, dentro do Pró-Água (anexo 09) mostra os seguintes resultados em termos de parâmetros bacteriológicos, físico-químicos e produtos químicos:

- Das 105 (cento e cinco) amostras analisadas, no período, visando o controle bacteriológico, 19 (dezenove) não atendem aos padrões de potabilidade, ou seja, 20 % do total.

- Sobre o aspecto físico-químico foram analisadas 25 (vinte e cinco) amostras, das quais 18 (dezoito) mostraram-se fora do recomendado, ou seja, 72 % do total.

- Quanto ao teor de flúor, verifica-se que das 23 amostras analisadas, 08 não apresentam valores na faixa do recomendado, cerca de 35 %. Vale lembrar que a flouretação de águas é o melhor método sistêmico para prevenção da cárie dental; porém,

seus benefícios só serão atingidos quando se mantiver processo contínuo com manutenção constante dos teores ótimos recomendados, os quais são definidos em função da temperatura do ar ambiente do local. A dosagem deve ser feita de maneira científica, acompanhada e avaliada de forma planejada e regular.

- Em relação à desinfecção, o quadro é semelhante, sendo analisadas 72 (setenta e duas) amostras das quais 27 (vinte e sete) se encontravam fora do padrão, ou seja, aproximadamente 40 %.

O último relatório do Pró-Água disponível no sistema (anexo 10), referente a maio/95, mostra que o quadro persiste. A água coletada na rede de distribuição (quatro amostras) não atendeu aos parâmetros bacteriológicos: número de bactérias do grupo coliforme total acima de 300 Unidades Formadoras de Colônias-UFC/100 ml, sendo que o padrão recomenda no máximo 3 UFC; e físico-químicos: cor igual a 20 Unidades de Cor - padrão é de 5 UC, turbidez igual a 5 Unidades de Turbidez - padrão de 1 UT; e teor de fluoretos em torno de 1,15 mg/l e teor de Ferro de aproximadamente 1,00 mg/l.

Um dos reflexos da má qualidade da água é sentido através das críticas e reclamações da população usuária, que inclusive procura se utilizar de sistema alternativo constituído por várias nascentes (“minas”), que a exemplo do sistema público não oferecem nenhuma segurança sanitária.

Nas análises efetuadas nas referidas nascentes (anexo 09), no período de 1991 a 1994, observa-se que das 31 (trinta e uma) amostras coletadas, 17 (dezessete) apresentaram qualidade bacteriológica insatisfatória, correspondendo a 55% do total analisado.

Embora os laudos demonstrem a qualidade imprópria destas fontes, as autoridades municipais não têm tomado as providências no sentido de coibir o uso das mesmas, ao contrário, a Prefeitura realizou obras de canalização e benfeitorias tais como, torneiras, pavimentação, etc., as quais facilitam o acesso da população.

Conforme já caracterizado no presente trabalho, a situação da zona rural também apresenta quadro semelhante, em termos de qualidade da água consumida. Praticamente todas propriedades utilizam água em seu estado bruto.

Quanto ao esgotamento sanitário, o quadro no que se refere à zona urbana pode ser considerado muito bom, em termos de coleta, principalmente se comparado com a maioria das cidades brasileiras. Embora executada sem critérios técnicos, a rede coletora apresenta bom funcionamento, atendendo toda a população. O grande problema do sistema se refere à falta de tratamento, gerando agressões ao meio ambiente, poluindo os cursos d'água.

Em relação a resíduos sólidos, a exemplo de esgotamento sanitário, o serviço de coleta é eficiente; no entanto, no que se refere a tratamento e destino final o quadro é caótico, provocando insegurança sanitária e ambiental. O problema no que se refere ao lixo doméstico deverá ser resolvido com a implantação, em regime de consórcio, da usina de reciclagem e compostagem de lixo. No entanto, devem ser adotadas providências para o destino final dos resíduos de estabelecimentos de saúde.

Visando a melhoria dos serviços de saneamento básico e ambiental no Município, sugere-se que as autoridades municipais concentrem esforços no sentido do encaminhamento de algumas ações, tais como:

- Criação de uma autarquia municipal para abrigar os serviços de saneamento: abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana, resíduos sólidos, controle ambiental. Tal entidade pertencente ao organograma da Prefeitura deverá ser dotada de autonomia, tendo orçamento próprio, pessoal exclusivo para o desempenho das atividades a que se destinam, sendo responsável pelo planejamento e execução das ações. É de fundamental importância que o seu dirigente maior faça parte do Conselho Municipal de Saúde, de modo a inserir as ações de saneamento e meio ambiente no contexto da política de saúde local, conforme preconizado nas diretrizes do SUS.

As ações deverão ser planejadas levando em consideração o quadro sanitário existente, utilizando na medida do possível o perfil epidemiológico, sendo realizadas em conjunto com os técnicos do setor saúde.

Tal estrutura deverá contar com suporte técnico de profissional competente, sendo recomendado a contratação de engenheiro especialista em engenharia sanitária, ambiental e saúde pública, de modo a coordenar as ações. Devido à escassez de profissional com este perfil, bem como o custo salarial do mesmo, recomenda-se que as autoridades locais façam parcerias com os municípios vizinhos de forma a contar com apoio técnico de tal profissional, viabilizando consorciadamente tal suporte.

Deve estabelecer programa contínuo de capacitação e aprimoramento técnico dos servidores, aproveitando os atuais, os quais deverão ser reciclados, de modo a gerar estímulos e melhor desempenho técnico das atividades.

Para o caso específico de abastecimento de água, recomenda-se a adoção de algumas medidas, tais como:

- Contratação de profissionais especialistas em engenharia sanitária e ambiental, visando a elaboração de um amplo projeto técnico de engenharia, contemplando a reformulação do atual sistema, e definição das obras e etapas para o atendimento da população futura.

- O novo projeto de engenharia deverá contemplar a adequação da rede de distribuição existente, com a introdução de condutos principais (“anéis”) de diâmetros maiores de modo a eliminar os problemas de falta d’água existente; a construção de reservatório elevado de modo a garantir pressão dinâmica mínima nos pontos mais elevados da cidade, criando zonas de pressão distinta; a reformulação da atual estação de tratamento de água, a qual devidamente operada poderá atender cerca de 50 % da população atual, construção de uma nova estação de tratamento de água de modo a atender a população futura e metade da atual população.

- Cadastramento da atual rede de distribuição.

- Estudar a possibilidade de mudança do local da atual captação.
- Estudar novas alternativas de mananciais.
- Contratação de técnico laboratorista, com experiência em operação de tratamento de água.
- Reformulação do atual laboratório da casa de química, de modo a efetuar a análise diária dos parâmetros físico-químicos da água bruta e tratada e preenchimento diário do boletim de operação da estação, montando série histórica acerca de volume diário tratado, vazão das unidades e características físico-químicas.
- Adequação da estrutura tarifária reduzindo o consumo mínimo mensal para 10 m³, bem como praticar preços mais realistas, de modo a cobrir a despesas de manutenção, inclusive os custos de energia elétrica;
- Restringir as perdas de faturamento, com o fim da isenção de tarifas, e redução do nível de inadimplência.
- Canalização das nascentes d'água para os cursos d'água, evitando o uso das mesmas pela população para a finalidade de abastecimento doméstico, uma vez que tal solução não apresenta segurança sanitária.
- Elaboração de programas educativos de forma a garantir o uso adequado da água, evitando perdas e desperdícios.
- Formação de Agentes de Saúde ou Auxiliares de Saneamento, de modo a desenvolver programas de educação sanitária junto à população rural, visando o uso adequado da água e mudanças dos hábitos higiênicos da mesma.
- Realização de inspeções rotineiras aos sistemas de abastecimento de água da zona rural, observando os pontos de captação, e fornecimento de cloro para os mesmos.

Quanto ao sistema de esgotamento sanitário recomenda-se:

- O cadastramento da rede coletora existente.

- Contratação de projeto técnico de engenharia, a ser realizado por especialistas, visando futuras ampliações no sistema, bem como a solução para o tratamento final dos efluentes.

- Verificar a possibilidade de utilização de lagoas de estabilização como solução para o tratamento de esgoto, uma vez que tal sistema é o mais simples em termos de manutenção, sendo o custo em função da área requerida. Devendo o mesmo ser implantado logo após a confluência dos Ribeirões Conceição e Soledade. A área necessária para o atendimento da população de Tapiratiba para os próximos 20 anos será de aproximadamente 3,50 hectare.

- Qualquer proposta visando ao tratamento de esgotos no Município deve ser concebida, após articulação com os outros municípios componentes da Bacia do Rio Pardo, visando à gestão integrada dos recursos hídricos, conforme recomendado na política estadual de recursos hídricos.

- Monitoramento das unidades de coleta e tratamento existentes na zona rural, fornecendo subsídios técnicos para a construção e manutenção das mesmas unidades.

Em relação a resíduos sólidos recomenda-se:

- Instalação de recipientes para lixo público nos passeios e praças.

- Desenvolvimento de programas educativos junto à população, tais como: palestras em escolas, programação visual, panfletos e outros.

- Escolha de um novo local para disposição do lixo hospitalar, fora da área urbana do Município.

Para o desenvolvimento das ações propostas é de fundamental importância que as autoridades locais se conscientizem da necessidade e importância do meio ambiente na qualidade de vida e estado de saúde de uma população, de modo a priorizar tais ações, viabilizando suporte técnico necessário para a realização de projetos, os quais são de fundamental importância para captação de recursos em outras esferas de poder.

7. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

7.1. A Municipalização

7.1.1. Contextualização

A proposta de municipalização da saúde no Brasil tem uma história de mais de trinta anos, muitas vezes confundindo-se com as lutas pela democracia, pela defesa do direito à saúde e pela conquista da cidadania plena. É um dos componentes do projeto de Reforma Sanitária cujas linhas básicas culminaram no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. (37)

Entende-se por municipalização, um processo de reestruturação interna ao aparelho do Estado em saúde, que supõe a transferência de poder (cedida ou conquistada) dos níveis centrais de governo aos níveis periféricos. É parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde. (53)

Nos princípios norteadores da Reforma Sanitária para o setor saúde, a municipalização é entendida como estratégia para

Obtenção de maior impacto possível nos principais problemas de saúde da população com vistas à melhoria do seu estado de saúde e para fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do SUS a nível local visando a democratização e o controle social sobre a produção e consumo de serviços de saúde (15).

A IX Conferência Nacional de Saúde (16) corrobora essa questão dizendo que a municipalização implica na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização, garantindo-se o controle social do processo como estratégia fundamental para impulsionar toda a descentralização. Entende-se por gestão, a capacidade plena de administrar. Inclui planejamento, contratos, auditoria e pagamento, com a transferência de recursos.

O projeto de Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais (37). Busca a superação do atual modelo de organização de saúde, articulando-se a uma totalidade de mudanças nos planos econômico, político e cultural. É anterior à VIII Conferência Nacional de Saúde, aparecendo na Nova República (governo Sarney), quando pessoas articuladas com a Reforma Sanitária assumem órgãos do governo.

Nesse sentido, pode-se dizer que um dos marcos da municipalização foi a criação do programa das AIS - Ações Integradas de Saúde, com um discurso oficial de descentralizar a assistência médica com a criação de uma rede básica de serviços de saúde, funcionando como uma porta de entrada do sistema e com a proposta de regionalização e o gerenciamento através de órgãos colegiados interinstitucionais, com a participação da comunidade usuária dos serviços (53).

Em São Paulo, o programa das AIS inicia-se em 1983 e é homogeneamente implantado no estado refletindo mais uma tomada de decisão do governo do que contemplando as particularidades locais para a estrutura do serviço de saúde (20). Mas a expansão do convênio se dá apenas no final de 1984 e início de 1985.

Na realidade, as AIS se constituíram principalmente em uma estratégia de expansão de cobertura a baixo custo, que deveria realizar-se através da recuperação da capacidade instalada ociosa, dos serviços estaduais e municipais da saúde (40). Isto foi observado no Município de Tapiratiba, como é apontado na fala abaixo:

O posto de saúde era do estado. A municipalização ocorreu em 84/85. Dobrou a capacidade física. A Prefeitura assumiu o prédio do estado (Centro de Saúde II), dobrou sua capacidade de instalação e colocou pessoal próprio. (representante do nível local)

Cabe frisar que nas últimas duas décadas (desde meados de 70), a maioria dos municípios e estados brasileiros vinham se atrofiando com uma crise econômica e política, tornando-se incapazes de enfrentar problemas básicos, como os de saúde. Essa crise nada

mais era do que reflexo da época do governo militar, caracterizado por ser centralizador e deter o poder político e econômico.

A fala de um dos representantes das autoridades de Tapiratiba caracteriza bem esse período de grande centralização de poder econômico:

(...) o Município tinha dinheiro. Então, depois que assumiu o governo militar, ele começou a segurar recurso na mão, porque para o governo militar não era muito interessante que os municípios fossem muito independentes, então teve aquela segura para obrigar o prefeito a pedir benção, pedir recursos. Hoje, há questão de uns 2, 3 anos atrás, nós fizemos um levantamento do que nos vem de ICM, vem 3 a 4% de ICM do que é gerado no Município, porque o ICM do Município é grande por causa do açúcar, do fermento. É gerado aqui. É feito um bolão no estado, é distribuído de acordo com a população, com eleitores, uma série de coisas. E na verdade nosso retorno é de 4% do que é gerado. Se a gente tivesse 20% com era antigamente, a gente podia mandar o governo para qualquer lugar.

As AIS não conseguiram romper com o modelo privatista da saúde. Utilizavam os mesmos parâmetros de pagamento ao setor privado, valorizando as ações individuais e curativas e descuidando completamente das ações coletivas e da qualidade do atendimento. (40).

De 1985 a 87, houve fortalecimento das AIS, mas os governos municipais continuam a ocupar papel secundário na definição da política de saúde, à medida em que cada uma das diferentes instituições públicas existentes no setor continua funcionando com dinâmica própria.

Em 1987, com a crise do governo Sarney, que gerou um clima de instabilidade e incertezas, o INAMPS começa a sentir a fragilidade das AIS e a necessidade de consolidar juridicamente a proposta de descentralização. Cria-se então, em julho de 1987, o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que se propunha a “estadualização” do INAMPS, ou seja, que as Secretarias Estaduais de saúde assumissem efetivamente todas as funções deste órgão. O poder passa agora para os Estados. Podemos verificar isso em Tapiratiba na fala de um dos representantes das autoridades, quando se

refere aos recursos recebidos do estado: *no início recebia 80% das verbas do governo estadual e 20% a Prefeitura bancava.*

Os municípios passam a aderir aos SUDS estaduais e não mais ao INAMPS.

No caso de São Paulo, o estado assumiu integralmente a estrutura do INAMPS e municipalizou grande parte de sua rede básica.

Um dos aspectos positivos do SUDS foi que cada estado deveria elaborar em conjunto com os municípios, um plano diretor, base para a orçamentação, que exigia um diagnóstico mínimo da realidade de cada município, bem como a definição de algumas prioridades para a área da saúde.

Por outro lado, faltou uma política de financiamento por parte de INAMPS capaz de atender à demanda dos estados e municípios, sendo que os repasses mensais, além de chegarem atrasados, vinham corroídos por uma inflação altíssima.

Outro problema é que muitos dos recursos para investimentos dependiam de negociações político-partidárias entre os governos estaduais e municipais, com discriminação evidente dos municípios que não eram do mesmo partido do governo do estado (40). A municipalização era intermediada pelo estado e, apesar do município ter sua rede própria, o INAMPS continuava coordenando o sistema de saúde filantrópico e o particular, continuando os municípios como prestadores de serviços.

Mesmo com essas dificuldades, houve em alguns estados extensão da cobertura com expansão para as camadas mais carentes da população e uma tentativa de implantar programas de alcance coletivo, mas a lógica mercantilista continuou tendo papel determinante dentro do sistema.

Nesse período, o governo brasileiro era marcado por um modelo econômico excludente, que provocava grandes desigualdades sociais. Para responder à crise, adotaram-se políticas de redução de gastos públicos, atingindo muito o setor saúde, com decréscimo

drástico e persistente de seus recursos financeiros. Além disso havia a má utilização dos recursos, caracterizada por ações governamentais desordenadas, marcadas pela privatização e clientelismo político-partidário.

Nesse cenário, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propõe uma nova lógica organizacional para o sistema de saúde, baseada na proposta contra-hegemônica da Reforma Sanitária, construída ao longo de quase duas décadas. Essa proposta serve de referencial para a nova Constituição do Brasil, que é aprovada em 1988, exprimindo assim importantes conquistas nas áreas sociais, como as de saúde (criação do SUS -Sistema Único de Saúde) e educação, com ênfase aos direitos do cidadão.

Os mesmos princípios e diretrizes da Constituição Federal estenderem-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, como foi o caso do Município de Tapiratiba, que em 1990 promulga sua Lei Orgânica (33), designando 7 de seus artigos à saúde.

Em 1990, entra o governo Collor e luta-se no Congresso Nacional para regulamentar o SUS através de leis que garantam a implantação das diretrizes da Constituição. E no final desse mesmo ano, com alguns vetos, o então presidente Fernando Collor homologa as leis 8080 e 8142, Leis Orgânicas da Saúde (40). Com isso as pessoas que se opuseram à proposta de municipalização do projeto da Reforma Sanitária são agora os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil, trazendo dificuldades para esse processo.

A municipalização passa a ter diversas conotações, como uma “mala preta” que carrega oculta, como a “caixa de Pandora” múltiplos sentidos (40), pois acaba dependente de interesses e projetos políticos de diferentes pessoas.

Considerando a municipalização como mero repasse de equipamentos de saúde e/ou recursos financeiros da União para os municípios, bastaria que se fizessem normas administrativas e contábeis de repasse de verbas e de prestação de contas. Foi o que aconteceu com a aprovação da Norma Operacional Básica 01 de 1991 - NOB 01/91, do

INAMPS, que detém a quase totalidade dos recursos federais e estabeleceu a nova sistemática de repasse e recursos através do pagamento por produção de serviços. Um dos aspectos positivos dessa NOB, foi a necessidade dos municípios terem Conselhos, Fundos de Saúde e planos de carreira, cargos e salários para os recursos serem repassados. Os municípios assim continuam a ser considerados meros prestadores de serviços e as ações são remuneradas de acordo com as prioridades definidas pelo próprio INAMPS.

Com isso os municípios passam a viver a “ditadura da tabela”, distorcendo a proposta de o município assumir o Sistema de Saúde Local: as ações melhor remuneradas são aquelas que envolvem alta tecnologia e são de caráter curativo e individual enquanto as ações coletivas são mal remuneradas ou mesmo não remuneradas (40).

O processo de descentralização deixa de acontecer a partir do momento em que os municípios fazem um convênio direto com o INAMPS. O nível estadual perde o seu papel. Ferem-se assim, as diretrizes do SUS, no que diz respeito principalmente à descentralização político-administrativa.

Com o início da crise do governo Collor, ocorrem diversas alterações entre elas a mudança dos Ministros. Entra no Ministério da Saúde o Ministro Adib Jatene, que convoca a tão aguardada IX Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência referenda e reforça todos os princípios do SUS, tendo como slogan: “A Municipalização é o Caminho” (16).

Em 1992, o Presidente Fernando Collor cai, assumindo o seu vice, Itamar Franco. Voltam à cena pessoas envolvidas com o Movimento Sanitário. Recupera-se a Comissão Intergestora Tripartite formada por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, e CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, que elaboram o documento: “A Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”.

Sendo assim, com base no texto constitucional, nas leis 8080 e 8142/90, que regulamentam o SUS e no documento acima referido, é aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em abril de 1993, a Norma Operacional Básica - NOB 01/93 (8), que propõe um caminho para que o SUS aconteça, através de um processo gradual em que cada estado e município caminhe para uma gestão plena em sua esfera de governo, considerando-se as particularidades da conjuntura e ritmos diferentes de implementação devido à heterogeneidade dos municípios brasileiros.

A proposta da NOB 01/93 ousa quando propõe um caminho para implantação do SUS; prevê situação de processo como saída mais adequada, um processo de gestão descentralizada, pactuada na tentativa de romper a lógica do sistema existente: de prestador passa para gestor, com a possibilidade de mudança no modelo assistencial e no modelo de financiamento.

7.1.2. O Processo de Municipalização em Tapiratiba

O Município de Tapiratiba mostrou interesse em assumir as responsabilidades e prerrogativas da condição de Gestão Incipiente, segundo a NOB/SUS/01/93, através do encaminhamento de um ofício à Comissão Intergestores Bipartite, em 29/12/93, sendo encaminhado ao ERSA 55 - Casa Branca, na mesma época, a formação do Conselho Municipal de Saúde e uma declaração da Nossa Caixa / Nosso Banco sobre a abertura de conta bancária para recebimento dos recursos. Mas até hoje a resposta ao pedido de entrada na Gestão Incipiente não saiu no Diário Oficial da União, mantendo-se ainda na situação de prestador.

Os serviços de saúde de Tapiratiba: o Centro de Saúde II, os Núcleos de Assistência Integral das Fazendas Itaiquara e Santa Maria e os serviços de SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, já tinham sido municipalizados em 1985, época das AIS. A Vigilância Sanitária foi municipalizada em lei de junho de 1995, mas só começou a funcionar em agosto.

Hoje dos 70 (setenta) funcionários da Saúde apenas 6 (seis) são do estado (recebem complementação salarial) e 1 (um) do INAMPS, de acordo com informações fornecidas

A municipalização é referida por um representante do nível local como tendo sido assinada em 87 e iniciada em 88, provavelmente época do convênio com o SUDS. Essa mesma pessoa coloca que: *a municipalização para nós foi um engodo. É muito bonita no papel.* Essa fala também é apresentada por vários dos entrevistados, ocupantes de cargos mais elevados, que ainda colocam a falta de recursos como o principal problema da municipalização no momento.

Entretanto, a municipalização é percebida diferentemente por vários representantes. No caso dos funcionários do CS II, ela é vista como algo que provocou mudanças como: o aumento do número de médicos e funcionários, o aumento do prédio, melhoras nas condições de trabalho, de materiais e outras. Já para os funcionários do hospital ou não houveram mudanças ou a percepção é de que piorou, pois para eles reduziram-se as internações e os pacientes, ou aumentou a dívida do hospital.

Já a população em geral que foi entrevistada desconhece tanto a municipalização quanto o SUS. Alguns chegam a referir-se ainda ao SUDS. Isto pode revelar o quanto as transformações de toda uma cultura institucional são lentas. A placa na entrada do posto corrobora o mesmo: ainda está escrito SUDS-SP.

Existe também no discurso da população a justificativa da falta de verbas como sendo um dos principais problemas da saúde, como no discurso dos que ocupam cargos elevados. Cabe perguntar se esse discurso é elaborado, construído a partir de uma vivência pessoal, ou é apenas uma repetição de um discurso de pessoas que se destacam na sociedade.

Já foi visto anteriormente que a municipalização é uma estratégia de implantação do SUS e implica na reestruturação e transferência de poder político, técnico e

administrativo. Como fica esse deslocamento de poder a nível estadual, regional e no Município de Tapiratiba?

De acordo com o representante do COSEMS, existem muitas DIR que estão segurando processos e estão desconcentrando e não descentralizando. Aponta que, para dar mais autonomia, mais poder aos municípios, é necessário que o Governo Estadual e Federal perca esse poder e associa-o ao dinheiro. Por outro lado, coloca que muitos municípios mantêm uma relação de tirar proveito de sua condição de gestão, favorecendo, por exemplo, a iniciativa privada.

No caso da DIR XX (região a que pertence Tapiratiba), neste momento, houve uma orientação da Secretaria do Estado da Saúde para parar com os enquadramentos, de acordo com o representante do COSEMS. Este aspecto da relação do Município com o nível regional será abordado melhor nos próximos capítulos, mas pode-se apontar que a retenção de recursos acaba sendo diretamente relacionada à manutenção do poder.

No caso de Tapiratiba, analisando em um primeiro momento seu organograma administrativo (anexo 11), pode-se fazer algumas considerações: a estrutura montada é verticalizada ficando a Coordenadoria de Saúde em um terceiro nível. Tudo o que compete à área de saúde é delegado imediatamente pelo Prefeito ao Coordenador de Saúde, que está submisso à sua política e procura trabalhar junto com o diretor técnico do CS II e o coordenador de saúde bucal. O Conselho Municipal de Saúde não aparece nessa estrutura e não tem participado de formulações de políticas de saúde, além de não estar atuando, como aparece na fala de alguns representantes.

Outro aspecto observado é a cultura paternalista vigente, justificada pela questão da cidade ser pequena e fácil o trânsito da população dentro da prefeitura, que vai diretamente às autoridades locais fazer pedidos variados ou reclamações. Essa cultura paternalista aparece em várias falas e observações realizadas como a seguinte, quando se refere à falta de iniciativa e participação das pessoas:

Isso é característica do tipo de política por causa do paternalismo. Nossa cidade por ser uma economia de açúcar e álcool (...) a Usina Itaiquara sempre foi o pai e mãe da cidade, sempre patrocinou tudo, a política, o emprego. Antes era um feudo, antes todos tinham que trabalhar na Usina...

Essa fala reflete também a história de fundação da cidade que se confunde com a história de criação da Usina Itaiquara e as relações de poder por ela determinadas. Uma outra fala amplia essa visão:

O que criou essa indústria (Usina Itaiquara) há questão de uns cem anos atrás é (...) o João Batista Lima Figueiredo (...). Era um coronel, aqueles coronéis antigos que mandavam na região inteira. O Prefeito de Tapiratiba, de São José do Rio Pardo, de Mococa e Caconde era dele. Ele tinha interesse político na região inteira, era o Coronel. Era o manda chuva da região. Tudo tinha que passar por ele. Tinha muito trânsito dentro dos governadores da época. Vira e mexe, tinha governadores visitando aqui. Era político, Totalmente político...

Observa-se, então, que essas relações de poder onde poucos os detêm e uma grande maioria é subserviente continuam se perpetuando até hoje, fazendo com que o Município e seus munícipes sejam eternos dependentes.

Sendo assim, como fica a implantação do SUS, que tem como o princípio da descentralização a questão da transferência de recursos, técnicas, procedimentos e poder de gestão dos níveis de governo federal e estadual para o municipal e deste para a sociedade, em um município que tem uma história de acúmulo de poder e de centralização?

7.2. A Regionalização e a Hierarquização

A regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde são estratégias para uma reorganização do sistema de saúde, através da construção de uma rede básica, geograficamente próxima à clientela, com a adequada tecnologia para solucionar os problemas de saúde da maioria da população, funcionando também como porta de entrada para aqueles que necessitarem de procedimentos de maior complexidade.

O Sistema Único de Saúde compõe-se de ações e serviços mantidos pelo poder público, e, em caráter complementar, dos serviços privados contratados ou conveniados.

A Norma Operacional Básica - NOB - SUS 01/93 (8) que disciplina o processo de descentralização das gestões e serviços de saúde, declara que a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração:

- características geográficas;
- fluxo de demanda;
- perfil epidemiológico;
- oferta de serviços e, acima de tudo, vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Atualmente a Equipe Técnica do Diretório Regional de Saúde - DIR XX - região da qual Tapiratiba faz parte junto com outros 23 municípios - e os Secretários (ou Coordenadores) de Saúde Municipal também vêm se reunindo no sentido de discutir, através da Comissão Intergestora Regional - CIR, o documento: "A Proposta para Distribuição de Recursos de Investimentos para Região", que visa: a redução das iniquidades no que se refere à oferta de serviços, acesso, resolutividade e qualidade do atendimento, através dos critérios já definidos pela Secretaria Estadual de Saúde, apresentados abaixo:

- diretamente proporcional a base populacional;
- inversamente proporcional a oferta de serviços;
- diretamente proporcional ao Coeficiente de Mortalidade Infantil;
- inversamente proporcional a somatória das receitas municipais de cada região por habitante.

As condições determinantes para a distribuição desses recursos:

- Plano Regional de Investimento aprovado pela CIR.
- Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal, constando a característica do investimento e sua inserção do sistema local ou loco regional, além do impacto na qualidade da assistência;

- Garantir as condições necessárias para a plena operacionalização dos objetos dos investimentos;

- Estar em dia com as prestações de conta junto aos órgãos competentes, da esfera Estadual ou Federal.

Essas discussões são frutos do novo papel da Secretaria de Estado da Saúde que, enquanto regionalização, propõe uma nova organização administrativa territorial. Até maio de 1994, existiam 65 (sessenta e cinco) Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), coordenados a nível central por 05 (cinco) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). A partir de então, a nova estrutura administrativa conta com 02 (duas) Coordenadorias de Saúde (nível central): do Interior (CRS II) e da Região Metropolitana da Grande São Paulo (CRS I), esta última com 05 (cinco) Direções Regionais de Saúde (DIR) e a do interior com 24 (vinte e quatro) DIR.

Eugênio V. Mendes e outros estudiosos (25) da Saúde Pública identificaram em 1991 uma crise de identidade nas Secretarias de Estado da Saúde decorrentes do processo de implantação dos preceitos da Reforma Sanitária e a partir de 1988 da implantação do SUS. Apontam também para a busca de um “novo papel” compatível com o atual momento de implantação do SUS.

Segundo o documento “Os desafios da Secretaria da Saúde na construção do SUS-SP - no quadriênio 1995/1999” (50):

A Secretaria de Estado da Saúde entende que seu papel deve ser voltado ao gerenciamento das ações de saúde, buscando aprimoramento e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Esta ótica incorpora também:

- *garantia da equidade na oferta de recursos e serviços aos seus cidadãos;*
- *planejamento de ação integrada à saúde no Estado, considerando sua heterogeneidade regional;*
- *a normatização das ações, dentro dos limites das definições federais;*
- *a execução das ações de nível regional ou em caráter supletivo, das ações de nível local.*

A atual SES vem com uma nova configuração e a diretoria da DIR XX aponta seu papel, na regionalização e hierarquização e alguns dos problemas enfrentados nesse processo, como pode ser observado na fala abaixo:

O nosso papel é mostrar como é que tem que ser a regionalização, a hierarquização dos serviços, porque hoje em dia cada um quer ter o seu pedaço e isso encarece demais os serviços de saúde; além disso, não resolve os problemas porque não encontra profissionais capacitados para todos os municípios. O papel do estado nesse pedaço é reorganizar o nível secundário, terciário e quaternário da assistência médica. Só que temos muita dificuldade. Os salários hoje do estado é um dos piores. Os ambulatórios têm médicos antigos do INAMPS e têm do estado. Os ambulatórios são fracos na região (...)

Se a organização de serviços for entendida como uma resposta social dada para solucionar os problemas de saúde de uma população, esta organização será expressão das próprias políticas sociais e a operacionalização destes princípios dependerá de como esta sociedade se organiza. Caso contrário, dará manutenção ao modelo da assistência médica individual de caráter curativo, este modelo tem como pressuposto a utilização da tecnologia médica e de equipamentos. (51).

No caso de Tapiratiba como está sendo organizado os seus serviços e ações de saúde?

Foi observado que os serviços existentes concentram-se na zona urbana (60% da população) com a presença muito próxima do Centro de Saúde e Hospital, grandes prestadores de serviço. Na zona rural (40% da população) há apenas dois postos de saúde. Além disso, existe uma concorrência entre o Hospital e o Centro de Saúde:

(...) no hospital não tem uma sala de pré e pós-parto. Não tem pediatria adequada. Estavam construindo um ambulatório que está parado; um elefante branco. Ia ser a maior concorrência para o Centro de Saúde. Ia ser um centro de especialidades. Esta verba veio direta para a conta deles; não passou pela Prefeitura. (...)

É também colocado que o hospital acaba fazendo ações que deveriam estar acontecendo no Centro de Saúde, como por exemplo, consultas de rotina, não encaminhando-as ao Centro de Saúde. O que poderia justificar a não procura ao posto, de acordo com as entrevistas realizadas, é o atendimento mais rápido realizado pelos médicos plantonistas do hospital.

Existe, porém, uma proposta da Prefeitura de assumir todo o hospital e transformar seu ambulatório em um posto de pronto atendimento onde os usuários seriam atendidos e triados para os programas básicos realizados no CS II, já que seu prédio pertence à Prefeitura e os plantonistas vêm sendo pagos pela mesma.

No entanto, com esta falta de entrosamento do CS II com o hospital, o mecanismo de referência e contra referência fica truncado.

Observou-se também em Tapiratiba que existe por parte dos planejadores locais uma necessidade de se acercar de várias especialidades, como neurologista, ortopedista, oftalmologista, pois queixam-se da dificuldade em conseguir encaminhamentos para outros municípios. Além disso, têm receio de fazer consórcios, pois temem que não haja repasse de verbas, caso assumam alguma especialidade. O único consórcio existente na região é o CONDERG, do Hospital de Divinolândia, que envolve 16 (dezesesseis) municípios e é responsável pela parte de oftalmologia.

Segundo Coordenador de Saúde de Tapiratiba:

O que o estado vem fazendo é só repassar problema. Quando vou com um problema, eu não tenho solução. Eles jogam o problema e tenho que me virar (...) Quando entrei como coordenador, sentava com o pessoal do ERSA para fazer o Plano Diretor, levava os problemas, via o que era prioritário, via o que precisava em termos de recursos financeiros (...) Até que a gente implantou muita coisa nessa esfera.

Na Reunião da CIR alguns municípios não puderam apresentar seus Planos Diretores de 1996, incluindo Tapiratiba. No retorno para São Paulo novamente solicitamos o Plano Diretor para orientar o trabalho de campo. Ainda não estava pronto...

Se para o desenvolvimento da proposta do SUS, atendendo os pressupostos de regionalização e hierarquização dos serviços, segundo o planejamento local e ascendente, e se considerarmos que historicamente as Secretarias de Estado da Saúde planejavam e os municípios executavam, como então encaminhar o problema de Tapiratiba?

7.3. Financiamento

Os investimentos e o custeio do SUS são feitos com recursos das três esferas do governo. Os recursos federais provêm do orçamento da Seguridade Social (30% em lei, sendo que à Saúde têm sido destinados aproximadamente 15%) e dos recursos da União previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Esses recursos, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes:

- 1 - Uma parte é retida para o investimento e custeio das ações federais.
- 2 - A outra parte é repassada às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais segundo os critérios previamente definidos em função do:
 - a) perfil demográfico da região;
 - b) perfil epidemiológico da população a ser coberta;
 - c) características qualitativa e quantitativa da rede de saúde na área;
 - d) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
 - e) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
 - f) previsão no plano quinquenal de investimento da rede;
 - g) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

Em cada estado os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos alocados pelo governo estadual (às suas receitas) e geridos pela respectiva Secretaria da Saúde através do Fundo Estadual de Saúde. Desse recurso, parte fica retida para as ações e serviços estaduais, enquanto a outra parte é repassada aos municípios, segundo critérios específicos.

Cabe aos municípios destinar parte de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população.

Os municípios deverão também contar com o Fundo Municipal de Saúde, controlado pelo Conselho Municipal de Saúde.

No Município de Tapiratiba verificou-se que apesar do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde terem sido criados, os mesmos não estão atuantes e o FMS apresenta somente a conta na Caixa Econômica do Estado de São Paulo.

Sabe-se que a questão do financiamento é um dos nós críticos para a efetiva implantação do SUS apontado em vasta literatura e mesmo na fala de muitos atores sociais entrevistados no trabalho de campo, que colocam a responsabilidade do não repasse de verbas como justificativa principal para a não implantação do SUS:

O SUS precisa sair do papel e ir para a prática com respaldo, porque saúde é caro.

O começo do caos está no veto do Collor ao artigo 35 da lei 8080, porque 85% seria do estado e 15% do Município, mas não aconteceu isso.

Sou a favor da efetiva implantação do SUS, mas que entre o artigo 35 da lei 8080, senão não vamos ter a efetividade do SUS. Não podemos ser prestadores de serviço. (representante do nível local)

Muitos referem-se a tempos anteriores em que o estado participava com uma grande porcentagem no orçamento da saúde e gostariam que voltasse a essa situação:

Fizeram uma Constituição: saúde é direito de todo o cidadão, mas não completaram a frase. O estado deveria ampará-los, mas não o fez. A Prefeitura fez contrato com o estado.

O estado pagava 85% e o Município 15% e hoje isso se inverteu. (...) O problema crucial é o financiamento, pagar melhor e pagar em dia. A parte financeira está muito a desejar, a técnica está boa (representante do hospital).

Ou então colocam que a falta de recursos faz com que a municipalização não aconteça:

O governo fala: Ah! Vamos montar o Conselho Municipal de Saúde, vamos fazer a municipalização. Vamos injetar verba, vamos fazer acontecer. O que acontece é isso. Injeta 1 ou 2 anos, depois eles tiram tudo e deixam a Prefeitura que se vire com tudo (repres. CMS).

A questão financeira também é discutida a nível central; porém buscam-se novas saídas:

Não dá para ficar só discutindo a questão financeira. Nós estamos numa crise, a Secretaria está sem recurso, o Ministério está sem recurso, o país está atravessando um momento difícil, mas não dá para ficar só discutindo a questão financeira.

Porém, a mesma pessoa, em outra fala, aponta a questão do recurso como sendo a responsabilidade básica para o momento difícil em que o SUS está atravessando:

Eu acho que o SUS está atravessando um momento muito difícil. Uma crise mesmo. Às vezes, eu tenho a sensação de que vão apagar as luzes. (...) Acho que basicamente é a questão financeira. De repente os recursos da saúde foram para a Previdência Social e a gente ficou sem (repres. CRS-II).

Para compensar a falta de recursos por parte do estado, o mesmo não cobra uma melhoria no atendimento e o Município por sua vez justifica o mal atendimento pela falta de recursos. Instala-se então um ciclo vicioso.

Porque não fazem parto (refere-se a um hospital de uma das regiões). Aí é papel do Estado cobrar. Por isso que eu disse que estamos num momento complicado.

Fica difícil cobrar de um hospital que você sabe que está com a corda no pescoço. Eu acho muito difícil fazer essa cobrança nesse momento. Se a gente tivesse conseguido dar um aumento da tabela, tivesse pagando em dia, você tem mais condição de exigir. Também tem dois

casos. Todo mundo reclama que o SUS não paga, mas também ninguém sai do sistema, fica todo mundo ali (repres. da CRS-II).

O que será que acontece que se perpetua um sistema desse tipo tão perverso?

Pode-se fazer uma tentativa para explicar essa questão a partir da fala da representante da DIR XX em que aponta a lógica do pagamento por produtividade, resquício do antigo INAMPS, como responsável pela manutenção do modelo assistencial médico e ao cortes nas verbas:

(...) A lógica da assistência médica hoje é eu comprar um equipamento caro, ofereço para o sistema, este paga e eu passo a faturar em cima disso. Ou o prefeito contrata um (cirurgião) plástico, para fazer consulta e o sistema paga. A lógica não é em cima das necessidades da população. O Município dentro da lógica anterior, não vai mais produzir, mais eu vou ter dinheiro, o Município foi perdendo suas coisas e de repente o sistema fala que o dinheiro está acabando e vai começar a cortar, o Município fica perdido. Acho errado o pagamento por Unidade de Serviço, para qualquer um e para o Município mais ainda. Acho que o Município deve ter uma relação com o Governo Estadual e Federal em cima de projetos.

A fala do representante do DIR XX aponta, então, uma das saídas para se mudar o ciclo vicioso que acaba colocando o financiamento como o responsável principal pela não implantação efetiva do SUS.

Mas a relação clientelista ainda está muito presente nas relações do Município de Tapiratiba com as instâncias de saúde regionais, estaduais e federais e está marcada, no momento, pela crise do único hospital da cidade. Este hospital, como nas outras Santas Casas do Brasil, vem passando diversas dificuldades em conseguir seu sustento apenas através das verbas SUS. Acostumados em tempos anteriores a um maior aporte de verbas, principalmente as estaduais e federais, vêem-se prejudicados com cortes financeiros feitos nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar.

Alguns representantes do nível local acham arbitrários esses cortes, e desconhecem o porquê deles. Outros concordam que as 200 AIH anteriores eram excessivas e algumas até desnecessárias, mas apontam que as 82 AIH atualmente

estabelecidas acabam sendo muito poucas, e outros ainda apontam que esse número é suficiente:

Para Tapiratiba dá tranqüilamente com 80 AIH. Aqui já internou até 180, mas se passar na peneira, 80 é suficiente para a necessidade da população. O Ministro está certíssimo.

A Prefeitura tem alocado boa parte de seu orçamento próprio para cobrir os gastos do hospital, mas esta não tem sido suficiente e a dívida chega a R\$ 90.000,00 de acordo com as autoridades locais. Com isso têm-se usadas várias campanhas para arrecadação de verbas como venda de carnês, de rifas, de frango, etc.

Além disso repetem o quadro de clientelismo em busca de recursos procurando diretamente autoridades estaduais e até mesmo influências de políticos como no passado que para alocar recursos para manutenção do hospital conseguiram um convênio com Funrural através de um deputado federal.

Essa relação de clientelismo também é apontada pelo representante do COSEMS, como presente na época em que o Dr. Pinotti era Secretário da Saúde do Estado de São Paulo e também na gestão Fleury, em que o estado não articulou com os municípios no avanço da NOB 01/93, para que eles pudessem se classificar nos diferentes tipos de gestão. Coloca ainda que o dinheiro implica em ter poder e se todos municípios assumirem algum tipo de gestão, o estado perderá poder, assim como o Ministério, que deixará de manusear uma soma grande de recursos, para fazer clientelismo político.

Essa relação de clientelismo é um reflexo da dependência dos municípios, principalmente os de pequeno porte, desde a época da ditadura militar que centralizou os recursos e os municípios passaram a *pedir benção, pedir recursos*, como já foi apontado anteriormente na fala de um dos representantes das autoridades locais.

Em um trabalho de campo realizado por uma equipe multiprofissional do Instituto de Pesquisas da SES de São Paulo, cujo objeto de investigação foi a municipalização da saúde no Estado de São Paulo (20), pode-se analisar o grau de

dependência relativa dos municípios do estudo quanto à capacidade de resolução de problemas por parte do executivo local, através de indicadores selecionados pelo SEADE como: as receitas dos municípios divididas em três e assim definidas.

- receitas próprias, que englobam todas as arrecadações de competência da própria prefeitura;

- receitas transferidas, que englobam majoritariamente as transferências estaduais e federais.

- operações de créditos que englobam recursos com prazo de resgate superior a 1 (um) ano conseguidos junto ao Sistema Financeiro.

Tomando como base esses indicadores e através das receitas fixas de Tapiratiba previstas para os anos de 1994, 1995 e 1996 pode-se verificar que o Município em estudo também apresenta uma grande dependência dos níveis federal e estadual, como apontado nos municípios de pequeno porte da referida pesquisa. (Vide Tabela abaixo).

Tabela 7.1: Previsão e percentuais de receitas fixas, de acordo com os três indicadores de saúde e ano do exercício financeiro, Tapiratiba, 1994 a 1996.

Receitas Municipais	1996		1995		1994	
	Valor*	%	Valor	%	Valor	%
Receita Municipal Própria	870.100,00	6,57	129.691,00	4,36	15.015,90	1,15
Transferências Correntes	12.113.900,00	91,43	2.638.300,00	88,62	1.280.709,00	97,33
Receitas de Capital	226.000,00	2,01	209.238,00	7,02	13.366,00	1,02
Receita Municipal Total	13.250.000,00	100,00	2.977.229,00	100,00	1.309.090,90	100,00

Fonte: Prefeitura Municipal de Tapiratiba. Leis nº 417/95, 394/94 e 352/93.

Nota: * Valores em real.

Nota-se que nos três anos em questão: 1996, 95 e 94 a receita própria municipal tem uma participação de 6,56%, 4,36% e 1,15% respectivamente. Nessa composição, a

receita total do Município depende 91,43%, 88,62% e 97,83% dos níveis federais e estaduais, respectivamente.

Romper com essa relação de dependência faz parte de um processo e ainda deve ser norteado com políticas de saúde federais, estaduais e municipais que tenham como base as diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária. Com a mudança do governo estadual e a reestruturação da Secretaria Estadual de Saúde há uma proposta de se alocarem os recursos a partir de um planejamento que envolva os níveis municipais e regionais. Retomaram-se então, as reuniões da CIR (Comissão Intergestora Regional), que estavam pouco funcionantes. De acordo com a representante da DIR XX, essas reuniões ainda estão em um movimento inicial em que os municípios vão mais para escutar o que a equipe da Regional tem a dizer, e trazer problemas pontuais principalmente os referentes às verbas, do que fazer propostas efetivas para melhoria da saúde da população. Muitos desses Secretários de Saúde estranharam os critérios técnicos estabelecidos pela DIR XX em detrimento dos políticos, para a distribuição de verbas recebidas há alguns meses atrás.

Em uma dessas reuniões assistidas pelo grupo de trabalho, uma das pautas foi justamente a apresentação de uma proposta dos critérios para alocação de recursos de investimentos, já discutida anteriormente.

Observa-se com essa proposta uma tentativa de mudar a lógica vigente, passando a priorizar os planos diretores municipais e o regional na definição da distribuição dos recursos. Cabe ressaltar, porém, que não foi uma proposta discutida no grupo de secretários, mas vinda de uma política definida pela Secretaria de Estado da Saúde.

É necessário discutir a questão do financiamento do SUS, que ainda depende de leis para fixar o orçamento estadual, municipal e mesmo dos 30% da Seguridade Social definidos na Lei de Diretrizes Orçamentárias e que a área econômica do governo não cumpre. Mas essa discussão deve ser feita dentro de uma conjuntura econômica maior, internacional, da globalização e conseqüente exclusão social, que modifica as relações

sociais e o olhar para o processo saúde-doença, determinando um modelo assistencial, como aponta a representante do COSEMS.

7.4. Participação Popular

Já foi abordado no trabalho que a implantação do SUS só poderá se efetivar, através de uma reestruturação política, técnica e administrativa em que haja a descentralização do poder dos níveis federais e estaduais para os municípios se destem para a sociedade, cabendo a esta se apropriar de seu espaço e geri-lo democraticamente nas questões relativas à saúde.

A participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde já vem sendo definida desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, mas é através da Lei nº 8142/90 (8) que é regulamentada pela formação da:

- Conferência de Saúde
- Conselho de Saúde

À Conferência de Saúde compete avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e ao Conselho de Saúde compete examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, afim de que sejam atingidos seus objetivos.

Além da importância dessa formação, regulamentada em lei, é na NOB 01/93, que o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde vão ter maior destaque, pois o repasse de verbas será efetuado em função da existência de ambos que.

O Conselho Municipal de Saúde de Tapiratiba foi criado por Lei Municipal em 08/07/91, nos termos de sua constituição. É interessante apontar que, na Lei Orgânica do Município (33), a participação da comunidade não é uma das diretrizes do Município na área da saúde como na Constituição maior, mas um dos princípios das ações na área de assistência social.

Analisando os artigos da lei que cria o Conselho Municipal de Saúde de Tapiratiba, alguns pontos podem ser ressaltados, comparando-os à resolução nº 33, de 23/12/92, do Conselho Nacional de Saúde (31) quanto às suas atribuições:

- observou-se que a maioria dos verbos e substantivos utilizados indicam ser o CMS mais de caráter consultivo do que deliberativo como: acompanhar, elaboração, organização, participação, promover, realização; ao contrário da referida resolução que emprega verbos como: atuar, estabelecer, traçar, propor, examinar e fiscalizar.

- em nenhum dos incisos é referida a fiscalização da movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou Fundo de Saúde.

Quanto à composição e à representatividade, é definida por lei que 50% dos membros sejam representantes dos segmentos do governo municipal, prestadores de serviços e profissionais da saúde e os outros 50% dos membros sejam representantes dos usuários.

No caso de Tapiratiba, é colocada como especial a participação representantes dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área da saúde e não a participação da comunidade. Essa paridade não fica claramente definida. Dos 50% que seriam representantes dos usuários, um deles é representante dos servidores municipais. Nos outros 50% o Poder Legislativo entra com dois representantes, não sendo recomendável tal situação, pois o CMS deve ser um órgão do Poder Executivo e os poderes são independentes.

Apesar do CMS ter sido criado em lei, não ocorreu eleição de seus membros e sim indicação. Após a formação do Conselho houve uma parada de dois a três anos, tendo sido retomado há quatro meses com a periodicidade de reuniões mensais.

De acordo com seu presidente há muito desinteresse e são poucos os que participam, sendo esta a mesma opinião de outros representantes.

No momento, houve votação do Regimento Interno e estão aguardando uma próxima reunião onde será apresentado o Plano Diretor de Saúde pelo Coordenador de Saúde.

O CMS é visto pela maioria que o conhece como não funcionante. Além disso é confundido como sendo uma comissão, conforme fala abaixo:

(...) agora virou mania tudo é Conselho, tudo é Comissão, isso não funciona muito não. Realmente tem um pessoal muito apático. (E quando perguntado quem preside suas reuniões) (...) É o Dr. Maurício. Presidente da Comissão de Saúde (repres. das autoridades locais).

Nas entrevistas realizadas, observou-se na fala das autoridades locais, dos funcionários e de pessoas que ocupam cargos de direção, que existe um conhecimento acerca do CMS. Por outro lado, junto à população local, o CMS é desconhecido ou no máximo seu nome não é estranho, e nestes casos não se sabe o que ele faz e quais são suas atribuições.

Além disso, na fala das pessoas acima citadas em primeiro lugar, é colocada a falta da participação popular, justificando-a pelo desinteresse e até mesmo pela facilidade de acesso da população às autoridades locais, população essa que acaba não se organizando:

(...) Sob o meu ponto de vista estes Conselhos funcionam mais onde o pessoal tem menos acesso aos chefes de departamentos, ao prefeito. Aqui você sai na rua e encontra com o padre, com o prefeito, com o delegado. Então, o pessoal tem muito acesso às autoridades da cidade.

Foi apontado em capítulos anteriores que a cultura paternalista presente na cidade, acaba impedindo a iniciativa e a participação popular, porém essa questão não é suficiente para explicar a não adesão, já que a comunidade não conhece espaços onde possa tomar parte de decisões, mas tem interesse na participação, conforme demonstram as falas a seguir:

(...) Poderia participar através de reuniões. Se fossem no horário que eu pudesse, eu participaria.

(...) Não participo pois nunca recebi convite para as reuniões.

(...) Nunca fui convidado a participar.

Outro aspecto observado é que os profissionais de saúde não se colocam como agentes propulsores para a participação. Isto serviu de reflexão para o próprio grupo, quando se vivenciou um fato no trabalho de campo, em uma das entrevistas realizadas com uma família: um dos seus elementos, ao ser interrogado sobre sua participação na comunidade, repassa posteriormente a pergunta ao entrevistador questionando também se o mesmo tem essa prática em sua cidade.

Como pode-se perceber, o processo de participação popular está intimamente ligado ao exercício da cidadania, que pressupõe a ocorrência de um processo educativo-informativo junto à população. A participação e a criação de uma consciência de cidadania constituem-se em elementos necessários para a sustentação do regime democrático (10). Cabe, então, a todos, em especial aos governantes propiciar espaços de discussões e estimular a participação popular.

7.5. O Acesso à Saúde

A sociedade capitalista tem em seu modo de produção uma contradição fundamental que explica sua existência, que é a exploração de uma classe sobre a outra. Essa contradição gera desigualdades sociais e é a base fundamental da perpetuação desse sistema.

Tal condição pode ser mais ou menos acentuada de acordo com as relações sociais que se estabelecem numa determinada sociedade, através da luta das classes antagônicas.

Do ponto de vista da classe trabalhadora, esse processo se expressa numa pauperização crescente em relação ao crescimento do capital. Não se trata necessariamente de pauperização absoluta, mas relativa à acumulação do capital, que atinge a totalidade da

vida dessa classe. A exploração se expressa nas condições de vida de modo geral como: habitação, educação, saúde, alimentação, transportes, trabalho e outros.

Desta forma, na sociedade capitalista, o Estado surge em função da divisão social das classes, cujos objetivos antagônicos levam a uma luta contraditória, expressando o modo pelo qual esses agentes se inserem no processo produtivo. O Estado caracteriza-se como um aparato de dominação que visa reproduzir a totalidade das relações sociais, segundo os interesses dominantes, uma vez que o estado capitalista serve amplamente aos interesses do capitalismo (45).

Paulantzas citado por Jacob (21) afirma que:

No contexto do capitalismo avançado, a modificação dos espaços do estado e da economia, em razão de mudanças nas relações de produção, na divisão do trabalho, na reprodução da força de trabalho e na extração de mais valia, gera um conjunto de novos domínios de atuação. Estes domínios, como é o caso da qualificação da força de trabalho, urbanismo, transporte, saúde, educação, se integram diretamente ao espaço de reprodução e valorização do capital. Neste sentido, o conjunto das funções do estado, sejam repressivas, ideológicas ou de outra natureza, não pode ser considerado isoladamente do seu novo papel econômico. As funções do Estado se incorporam na materialização institucional dos seus aparelhos e se consubstanciam nas políticas sociais que expressam as contradições inerentes às relações Estado e sociedade civil.

Diante dessas contradições e da correlação de forças que se estabeleceu no Brasil no processo de elaboração da Constituição de 88 é que se conseguiu dar um avanço significativo na questão da saúde através do SUS.

As dificuldades enfrentadas na implantação desse sistema de saúde, não são só dificuldades pontuais, como aparentemente se apresentam, são dificuldades profundas relacionadas com os interesses do capital e do modo de vida que esse sistema estabelece à sociedade brasileira.

Nesse sentido, destacou-se a questão do acesso à saúde, como um dos elementos para a análise do processo de implantação do SUS que vem ocorrendo em Tapiratiba em 1995.

Segundo Unglert (55), o acesso à saúde está relacionado às condições de vida. Dessa forma, as condições de habitação, alimentação têm relação direta com o acesso da população à saúde. A relação saúde-doença, enquanto processo socialmente determinado, é que contextualiza o acesso da população à saúde.

De acordo com Unglert (55), o acesso é um pré-requisito fundamental para garantia da eficiência na assistência à saúde. Na IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, 1978, a oferta de serviços à população não garante por si só a acessibilidade, devendo ser considerada em diversos aspectos: barreiras geográficas, a questão cultural, a econômica e a funcionalidade.

A abordagem geográfica não se caracteriza somente pela distância e pela existência de barreiras físicas apresentadas. Ela transcende esta questão, pois está intrinsecamente ligada à equidade que significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, reconhecendo-se as desigualdades existentes e propondo ações específicas (57). Inclusive Musgrove, citado por Unglert (55), afirma que o fator geográfico é um dos principais fatores que geram a iniquidade, isso observado no que se refere às áreas rurais e periféricas de grandes cidades.

A questão cultural está ligada aos hábitos e costumes das comunidades, influenciando desde a percepção acerca do seu estado de saúde e a quem ela procura, seja um médico, um curandeiro ou um farmacêutico.

A barreira econômica se fundamenta pela existência de uma política que se contrapõe com o princípio da equidade, explícita na Constituição Federal, devido à existência de vários “sistemas de saúde” em funcionamento no país.

A funcionalidade se refere à existência de serviços adequados à realidade da população usuária em termos de oportunidade, de horários e resolutividade, visando atender as necessidades reais da população. Deve-se destacar que além desses aspectos, a questão da qualidade da atenção à saúde é um dos elementos fundamentais e ao mesmo tempo de maior complexidade na implantação do SUS.

Há outros componentes que também influenciam na definição do acesso, como o social e o demográfico. O social pode por exemplo ser ilustrado em um dos seus aspectos quando analisa a questão da marginalização de determinados grupos sociais menos privilegiados. O demográfico, quando caracteriza a população em termos de natalidade, mortalidade, migração e outros.

Desta forma a acessibilidade aos serviços de saúde compreende um conjunto de fatores que facilitam e ou dificultam a utilização dos serviços por seus usuários, sendo o produto entre o acesso e a capacidade do cliente usar aquilo que se oferece.

Em Tapiratiba, observou-se que o acesso da população em todos os aspectos abordados anteriormente, é um dos entraves enfrentados pelo Município, no processo de implantação do SUS.

Destaca-se principalmente a barreira geográfica entre a área rural e urbana, além dos aspectos culturais, econômicos e funcionais que também representam dificuldades para o Município. Na área urbana, embora os serviços de saúde sejam bem localizados, também existem problemas de acesso.

Tais observações puderam ser feitas, através de entrevistas realizadas a diversos segmentos da comunidade. Pretende-se elucidar com algumas frases, aspectos relacionados ao acesso dos serviços de saúde. Destaca-se que as frases, a respeito da funcionalidade, não são homogêneas e expressam a percepção dos entrevistados quanto à dinâmica dos serviços prestados.

Há falta de emprego, principalmente para jovens. Na área urbana não tem emprego, há muito desemprego e subemprego (bóias-frias).

Somado a esta percepção, verificou-se que a condição de habitação é favorável, mesmo em bairros mais carentes. O problema apresentado é a falta de habitação.

Quanto ao lazer chama atenção a seguinte colocação: *Alcoolismo entre jovens de 13 a 14 anos, há falta de lazer, o lazer aqui é o bar!*

A respeito da barreira funcional, destaca-se alguma falas:

Não há resolutividade. As pessoas saem do CS II, vão para o Hospital em busca de solução para seus problemas. Sai muita gente para atendimento fora da cidade. Sem contar as ambulâncias gastam muito. Não é falha só do prefeito, é preciso hierarquizar o atendimento.

Na área urbana, as pessoas entrevistadas utilizam os serviços com maior facilidade, inclusive para participar dos programas desenvolvidos no CS II.

Referem-se, que o agendamento é realizado uma vez por semana às quartas feiras, e que a espera para uma consulta é de aproximadamente de 8 (oito) dias.

Na medida do possível as pessoas não ficam sem atendimento.

Já foi melhor (problema atual com pagamentos dos médicos). Para os mais pobres acha que atendimento é bom,

Tem muita gente para atender, hoje estou esperando há 3 horas e meia.

Às vezes a espera para atendimento é grande, mesmo com pouca gente.

Na área rural, os moradores enfrentam grandes dificuldades, pois não há sistema de transporte funcionando no Município. Os usuários da área rural, chegam através de ônibus de estudante, carona, bicicleta, ônibus particular de Guaxupé, às vezes de carro de aluguel que custa em torno de R\$ 20,00 (vinte) a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) e, por fim, carro da fazenda quando a questão é urgente.

Isto pôde ser verificado através das seguintes colocações:

Sou contra o agendamento porque quando vem aqui no Centro de Saúde as pessoas estão precisando de atendimento. Principalmente a área rural, de Limeira que não tem condução nenhuma para vir à cidade. Pessoa carente. Tem posto, nunca funcionou por falta de verba. Para as pessoas da cidade é fácil chegar porque vem a pé. Na área rural falta transporte.

Há muita pobreza na área rural principalmente na região de Limeira, Vila Flor (...) as pessoas comem em média dez dias por mês.

O pessoal da área rural também vem aqui no pré-natal aqui no Posto de Saúde. Vem com o ônibus escolar. Eu autorizo a vir para aqui. Eu

dou um papel autorizando. Se vem para outra coisa, para beber, aí eu não dou o papel.

Estas frases expressam a dificuldade sentida pela população da área rural bem como aspectos que impedem a mesma de utilizar os serviços de saúde da cidade.

Cabe ressaltar inclusive que no relatório de cadastramento realizado pela médica da família no Município em 1995 (44), que objetivou caracterizar a região:

Muitos não sabem informar as doenças que possam ter ou não, porque não vão ao médico. Aham muito difícil vir até o Centro de Saúde de Tapiratiba por não haver condução. Quando o estado de saúde se agrava muito 50 % da população da área específica, onde foi realizado o estudo, preferem ir a Guaxupé pela facilidade de ter ônibus circular 3 vezes ao dia. Em Guaxupé consultam-se em farmácias.

Outro destaque presente no mesmo relatório é que pelo problema da condução e para não voltarem para casa sem o atendimento médico os colonos sugerem:

- mais médicos para atendê-los;
- não ter que voltar para marcar consultas;
- o médico começar a atender mais cedo;
- mais vagas para atendimento de urgência no período da manhã;
- o médico atender mais rápido para não perder o dia todo no posto e a condução de volta;
- quem passa mal ser atendido antes dos outros;
- serem mais bem atendidos, no fichário estarem as informações mais corretamente;
- não serem discriminados por serem da roça. Não fazerem discriminação entre roça *versus* cidade, roça *versus* Itaiquara.

O que pode ser observado é que o Município de Tapiratiba apresenta duas realidades distintas em relação ao acesso da população aos serviços de saúde. Ambas apresentam barreiras no que dizem respeito à funcionalidade, à barreira econômica, cultural, e à social. A barreira geográfica constitui a principal dificuldade enfrentada pela população da área rural.

Baseando-se nos conceitos apresentados por Unglert, podemos afirmar que o Município necessita refletir sobre o seu modelo assistencial, priorizando a lógica do SUS, que estabelece em seus preceitos a garantia da equidade, da qualidade e resolutividade.

7.6. O Planejamento das Ações

O planejamento em saúde até 1975 era *Desenvolvimentista*, planejamento coadjuvante do processo econômico orientado ao crescimento e redistribuição.

Este planejamento apresenta as seguintes características: exclusão de conflitos, economicismo, falta de raciocínio estratégico e rigidez que enfatiza a coordenação da ação e o estabelecimento de medidas eficientes no sentido de alcançar objetivos pré definidos (3).

À partir de 1988 apresenta-se um novo conceito de planejamento denominado planejamento estratégico situacional que utiliza a estratégia como forma de implementação de uma política, utilizando adequadamente recursos humanos, físicos e financeiros.

Com este pensamento, ocorre uma mudança na dinâmica das inter-relações e a população passa a ser um personagem central no processo existindo um deslocamento de poder para o nível local.

O planejamento estratégico dispõe de um instrumento que é a territorialização em saúde definida como:

Um processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção.(58)

Neste contexto ressalta-se a importância de se planejar a partir de uma realidade local, considerando áreas homogêneas de risco e com a efetiva participação da população.

Para a diretora da DIR XX este planejamento deve ser seguido e destaca-se a seguinte fala: *o estado deve fazer seu planejamento regional, sem com isso interferir ou planejar diretamente para o Município, pois o mesmo é autônomo e gestor.*

No Município não foi identificado a utilização deste planejamento, nem a importância do planejamento como um instrumento fundamental como assistência à saúde.

O Município tem trabalhado com o planejamento técnico normativo como uma condição para receber recursos sem perceber a sua importância para a assistência à saúde.

Esse conceito de planejamento utilizado pelo Município foi observado no Plano Diretor de 1991, nota-se que sua descrição inicia-se com a questão financeira-orçamentária e com ênfase no modelo assistencial curativista.

As propostas de ações preventivas e de promoção à saúde basearam-se especialmente em atividades campanhistas e de caráter apenas informativo. Destacam-se os seguintes trechos (43):

(...) Destacar a possibilidade da presença de mais uma enfermeira padrão, mais um pediatra e mais um clínico geral;

O Município deve ter agentes de saúde que atuem em conjunto com o setor de assistência social da Prefeitura, para transmitir noções e conhecimentos sobre seguro, puericultura, etc.;

Elaboração de campanhas, pelo prazo mínimo de um ano, informando a população sobre o funcionamento do sistema municipal;

Instituir mini campanhas de medicina preventiva.

Para a realização deste Plano Diretor de 1991, que serviria de base para a atual gestão, não se observa um relato de participação efetiva das unidades básicas e da população através de suas lideranças e representações.

Existe uma referência ao Conselho Municipal de Saúde recém criado na época, como responsável pela formulação do planejamento e participação de sua execução.

Apesar desta referência, na prática em nenhuma das falas dos vários segmentos da população entrevistados observa-se consciência no Conselho para executar atribuições como as de planejamento.

Observa-se ainda que algumas propostas do Plano Diretor não foram concretizadas até hoje, como por exemplo:

- o NAI da Fazenda Limeira que, apesar da inquestionável necessidade e citado como área de extrema carência de recursos sociais e econômicos pela coordenadora de promoção social e da educação e médica da família, ainda continua fechado. Isto acarreta dificuldades para a população obter assistência pois continua obrigando um deslocamento de 15 km para chegar a cidade, utilizando-se do ônibus escolar da Prefeitura ou táxi ou caronas ou até mesmo a pé.

- o PPA Jardim Soledade não foi inaugurado e cedeu o seu lugar para o Clube da Criança.

Apesar de não se ter conseguido concretizar estas obras necessárias para a sua rede de saúde, iniciou-se no Município a construção de um novo prédio no Hospital São Lucas, apesar das dificuldades financeiras no repasse das verbas do SUS.

É uma contradição ampliar um equipamento que já opera com um número de internações e atendimentos de urgência/emergência superiores ao recomendado pela Secretaria de Estado da Saúde (CONASP - Anexo 3046/82).

Segundo o provedor e o administrador do hospital esta obra é necessária dentro de uma nova filosofia de diminuição dos leitos para o SUS e aumento de leitos para convênios e planos de saúde, incluindo o plano de saúde do próprio hospital a ser lançado nos próximos meses.

Os desperdícios de recursos ocorrem mesmo em situações de escassez pois não se planeja adequadamente e é interessante salientar que embora o hospital não seja um equipamento municipal, a Prefeitura é dona do terreno, do prédio e realiza o pagamento de todos os plantões médicos.

O Município devia não só gerar recursos para o hospital como participar do planejamento de suas atividades discutindo até a necessidade da nova obra.

Segundo o próprio administrador a Prefeitura deveria assumir o hospital, esta abertura possibilita uma ampla discussão e análise da crise e do papel deste importante equipamento dentro da sua rede de saúde.

Não se deve esquecer que o planejamento deve ter um caráter prático com a definição clara de objetivos e metas, realizando avaliações contínuas dentro de um processo democrático.

Se houver uma efetiva participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do planejamento, o Município deve caminhar no sentido de deixar de ser um prestador para ser um gestor de serviços.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se durante a realização deste Trabalho de Campo que não bastam preceitos legais e constitucionais para a efetiva implantação e funcionalidade desse sistema.

Assim como Tapiratiba, diversos outros municípios enfrentam dificuldades na implantação do Sistema Único de Saúde. Essas dificuldades estão relacionadas com o processo de democratização que caminha a passos lentos na sociedade brasileira.

Esse Sistema foi idealizado num período importante da vida política nacional. Momento este, em que os movimentos sociais, após longo período de silêncio, começam a retomar seu papel, em busca do resgate da cidadania por um país mais democrático e menos desigual.

Tendo como pano de fundo este panorama social, é que o SUS deita seus preceitos e diretrizes no sentido de garantir o direito fundamental que é o direito à saúde para todo o cidadão brasileiro.

As características do Sistema Único de Tapiratiba, apesar do Município já ter assumido algumas responsabilidades referentes à gestão incipiente, conferem ao mesmo a condição de prestador de serviços, ou seja, recebe somente em função de sua produtividade tornando-o dependente financeiramente.

Esse é apenas o início de um processo longo, pois para que o Município caminhe em direção a outras gestões terá que inverter sua ordem técnica, política e social.

O caminhar para outras gestões irá proporcionar-lhe a efetiva apropriação desse direito, tornando-o cada vez mais independente.

Portanto, a questão do financiamento, tão citada durante a permanência na cidade, na verdade está relacionado a um modelo médico curativista que, para efetivação desse Sistema, deverá ser superado.

Atualmente, as ações de saúde se constituem de ações individualizadas de caráter curativo, ao passo que as ações estão restritas a programas que não atingem a totalidade da população.

Outro elemento de destaque é a participação e o controle social da população sobre o planejamento e ações de saúde. Acredita-se que esse mecanismo garante o exercício da cidadania iniciando um processo contínuo de avaliação e definição de prioridades cada vez mais próximas da população do Município.

No entanto, sugere-se ao Município a discussão e construção do seu modelo assistencial adequado às suas condições e realidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO NETTO, J.M. et al. *Técnica de abastecimento e tratamento de água: vol. 2*. São Paulo, CETESB, 1987.
2. BALDIJÃO, M.F.A. et al. Sistema de informações sobre nascimentos - SINASC: sua importância para o aprimoramento das estatísticas vitais. [Apresentado no I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 1990].
3. BAPTISTA, M.V. O planejamento estratégico na prática profissional cotidiana. *Rev. Serv. Soc.* (47), abr., 1995.
4. BERNARDO, L.D. *Métodos e técnicas de tratamento de água*. Rio de Janeiro, ABES, 1993. 2v.
5. BRASIL. Constituição 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988: Seção II - da Saúde.
6. BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. São Paulo, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 1990. (Publicações Técnicas, 2)
7. BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. São Paulo, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 1990. (Publicações Técnicas, 2)
8. BRASIL. Leis, etc. Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 93: Norma Operacional básica SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 maio 1993.
9. BUSS, P.M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: Buss, P.M. & Lavra, M.E. org. *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo, Hucitec, 1995.
10. CALDERÓN, A.J. Gestão municipal, cidadania e participação popular. *Serviço Social e Sociedade*, (40): 5-26, 1992.

11. CALVO, M.C.M. Projeto inovações no ensino básico. Manual básico de orientação para operacionalização de procedimentos coletivos em saúde bucal. São Paulo, FUNDAP, 1995.
12. CARVALHO, G. de C.M. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde e Soc.*, 2 (1): 9-24, 1993.
13. CHAVES, M.M. *Odontologia social*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Labor do Brasil, 1977.
14. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL (CETESB). *Relatório de qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo - 1994*. São Paulo, CETESB, 1995.
15. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII, Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1987.
16. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, IX, Brasília, 1992. *Relatório final - municipalização é o caminho: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
17. DEMO, P. Participação e planejamento: arranjo preliminar. *Rev. Adm. Públ.*, 25 (3): 31-54, 1991.
18. FERREIRA, C.E.C. Mortalidade infantil e desigualdade social em São Paulo. São Paulo, 1990. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
19. GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, 7: 26-44, 1991.
20. HEIMANN, L.S. et al. *O município e a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
21. JACOB, P. *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo, Cortez, 1989. p. 3-20: Estado capitalista: transformação na dinâmica de intervenção e papel das burocracias.
22. JORGE, M.H. et al. *O sistema de informação sobre nascidos vivos - SINASC*. São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1992. (Série Divulgação, 7)
23. LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. São Paulo, EPU/ EDUSP, 1985.

24. LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 1 (1): 77-96, 1991.
25. MENDES, E.V. org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do SUS*. 3ª ed. São Paulo, Hucitec, 1995.
26. MENDES, E.V. O consenso do discurso e a dissensão da prática: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. *Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília, Cultura, 1992a. p. 13-6.
27. MENDES, E.V. *O processo de construção do SUS: reflexões sobre uma agente mínima para a Reforma Sanitária*. Brasília, set. 1992b. [Apostila utilizada no Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP].
28. MIGUEL, O. A vigilância sanitária e o controle das principais zoonoses. São Paulo, 1995. [Apostila utilizada no Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde pública da USP].
29. MINAYO, M.C. de S. org. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 3ª ed. Petrópolis, Vozes, 1994. (Coleção Temas Sociais)
30. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. *Regulamento da inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal*. Brasília, 1980.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conselho de saúde: guia de referência para sua criação e organização*. Brasília, 1993.
32. MOURÃO, F.M. *Descentralização da gestão dos serviços de saneamento*. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 1994.
33. MUNICÍPIO DE TAPIRATIBA - SP. *Constituição municipal*. Tapiratiba, 1990.
34. NARVAI, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo, Hucitec, 1994.
35. OLIVEIRA, F.B. et al. A saúde dos anos noventa: os recursos federais e a descentralização. *Cadernos da Nona*. Brasília, 1992. p. 119-24.
36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal: manual de instruções*. São Paulo, Livraria Santos, 1991.

37. PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde e Soc.*, 1 (2): 29-48, 1992.
38. PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2º, Belo Horizonte, 1992. *Anais*. Belo Horizonte, Coopmed/Ed. Abrasco, 1993. p. 189-198.
39. PAIM, J.S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, FSP/USP, 1994. (Ad Saúde Série Temática, 1)
40. PIMENTA, A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde e Soc.*, 2 (1): 25-40, 1993.
41. PINTO, V.G. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. 3ª ed. São Paulo, Livraria Santos, 1994.
42. PREFEITURA MUNICIPAL DE TAPIRATIBA - SP. *Lista telefônica*. Tapiratiba, 1994/95.
43. PREFEITURA MUNICIPAL DE TAPIRATIBA - SP. Plano Diretor Municipal de Tapiratiba, 1991/92. Tapiratiba-SP.
44. PREFEITURA MUNICIPAL DE TAPIRATIBA - SP. Relatório de Cadastramento: Programa de Saúde da Família, Tapiratiba, 1995.
45. RAICHELIS, R. *Legitimidade popular e poder público*. São Paulo, Cortez, 1988.
46. RIVERA, F. J. U. org., et al. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1992.
47. ROCCA, A.C.C. et al. *Resíduos sólidos industriais*. São Paulo, CETESB, 1993.
48. SECRETARIA DE RECURSOS HÍDRICOS, SANEAMENTO E OBRAS. Departamento de Águas e Energia Elétrica - DAEE. Legislação sobre recursos hídricos. São Paulo, 1994.

49. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de vigilância Sanitária. Núcleo Técnico de Planejamento. Vigilância sanitária no Estado de São Paulo: uma proposta para debate. São Paulo, 1995a.
50. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Os desafios da Secretaria da Saúde na construção do SUS de São Paulo no quadriênio 1995/1999. São Paulo, 1995b.
51. TANAKA, O.Y. A porta de entrada do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS. *Saúde em Debate*, (28): 38-40, 1990.
52. TANAKA, O.Y. et al. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, (33): 73-9, 1991.
53. TEIXEIRA, C.F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, (33): 27-33, 1991.
54. TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1987.
55. UNGLERT, C.V.S. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, 21: 439-46, 1987.
56. UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 24 (6): 445-52, 1990.
57. UNGLERT, C.V.S. O processo de territorialização na implantação do Sistema Único de Saúde. [Resumo da apresentação realizada na Reunião Técnica sobre Distritos Sanitários, Ipatinga-MG, 1991].
58. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em saúde. a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente, São Paulo, 1995. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

ANEXO 01-a

Roteiro de Entrevista - Prefeito

- Data __/__/__
- Nome do entrevistador:
- Apresentação do grupo e objetivos do trabalho.
- Desde de quando é Prefeito de Tapiratiba (gestão atual ou anterior)?
- Quais as metas e as prioridades dessa gestão?
- Como está sendo o processo de desenvolvimento da cidade e como está inserido no contexto da região?
- Quais os principais problemas da cidade?
- Solicitar a estrutura da Prefeitura (Organograma) e sucintamente o que compete a cada setor. (Inclusive do Fundo Social de Solidariedade)
- Quais as fontes de renda da prefeitura e como o orçamento é distribuído para cada setor?
- Onde a Saúde está inserida na estrutura da Prefeitura?
- Quais as interfaces da Saúde com os outros setores (coordenadorias)?
- Quais os principais problemas da Saúde?
- Quais as metas traçadas para a Saúde no início da gestão e o que já foi atingido?
- O município de Tapiratiba entrou no processo de municipalização, estando na gestão incipiente. Como se deu e como está sendo este processo? Existem dificuldades? Quais?
- Quem vem fazendo a articulação do processo de municipalização com o nível regional, estadual e federal?
- Existe proposta de consórcios ou parcerias? Se sim, como está sendo feito?

ANEXO 01-b

Roteiro de Entrevista - Coordenador Municipal de Saúde

- Data: __/__/__
- Entrevistador:
- Entrevistado:
- Profissão: _____ Função: _____
- Quais os principais problemas do município?
- Há quanto tempo está nesta função?
- Quais são suas atribuições?
- Tapiratiba entrou no processo de municipalização e pelo que nos foi informado está na Gestão Incipiente. Quando isto ocorreu ? Foi apresentado relatório à CIB? Gostaríamos de ter acesso a ele. Como foi a interlocução?
- Qual sua opinião sobre a municipalização?
- Qual sua opinião sobre o SUS?
- O que mudou com o processo de municipalização?
- Quais os serviços que foram municipalizados? Como e quando isto foi feito? Como ficou a questão dos equipamentos, dos materiais, de RH?
- Como está a relação do Município com o DIR XX? Que tipo de suporte, de cooperação estão dando? Há necessidade de recorrer a outros mecanismos para suporte técnico-administrativo?
- Quais as fontes de financiamento do setor Saúde no município? - Município, Estado, SUS (Federal)
- Existem dificuldades no repasse das verbas?
- Existem consórcios/parcerias da saúde nessa região? O município faz parte?
- Existe Fundo Municipal de Saúde?
- Como o Sr. vê a participação social na Saúde no município?
- Quem o Sr. identifica como liderança na participação social na saúde do município?
- Como é feito o planejamento das ações de saúde?
- Quem participa da sua elaboração ? (Pop. / Reuniões)
- O planejamento das atividades se baseia no diagnóstico epidemiológico da população? Se sim, quem, quando e porque faz?
- Que sistema de informação utilizam?
- Como está o registro de : NV, Mortalidade, DNC, Estabelecimentos e Produtos?
- Quem, quando e como é trabalhado o SI?
- Existe Sistema de avaliação e controle?
- Existe processo de territorialização com definição de áreas de abrangência/influência para as US?

- Como nasce a população ?
- De que adocece a população ?
- De que morre a população ? e Onde ?
- Quais as ações de saúde desenvolvidas no município? (Verificar também as ações básicas)
- Quais os serviços oferecidos? (Programas desenvolvidos)
- Onde são feitos os serviços de Apoio p/ Diagnóstico e Terapêutica (SADT)? Foram municipalizados (quando e como)?
- Qual a relação da Coordenadoria Municipal com o hospital?
- Quais os serviços do hospital conveniados com o SUS?
- Quem é o responsável pelas AIH?
- Existem outros convênios da Coordenadoria de Saúde?
- Quem são os usuários dos serviços de Saúde?
- Como os usuários da zona rural e da urbana chegam aos serviços de Saúde?
- Existe evasão para outras cidades? Por quê?
- Tapiratiba atende pacientes de outros municípios? Como é a integração entre os serviços de Saúde?
- Existe mecanismo de referência e contra-referência?

Recursos Humanos

- Número de funcionários.
- Como entraram na rede?
- Aonde são capacitados? São realizadas reciclagens?
- Problemas que vêm enfrentando com o quadro de RH.
- Principais queixas dos funcionários.
- Sr. tem dificuldade em fixar os funcionários nas NAI?
- Como está se desenvolvendo o Projeto Médico de Família?

ANEXO 01-c

Roteiro de Entrevista - Representante da CRS - II

- Data __/__/__
- Nome do entrevistador:
- Nome do entrevistado:
- Local:
- Qual o papel da SES na implantação do SUS?
- Quais os principais problemas encontrados na Macroregião do Interior?
- Quais as estratégias da SES para enfrentá-los?
- Qual a política estadual de saúde?
- Qual o papel da SES na descentralização?
- Qual é a mortalidade e morbidade na DIR XX?
- Existem projetos de assessoria técnica?
- Diretrizes para a implantação de tecnologia.
- Quais são as maiores dificuldades enfrentadas pelos municípios percebidas pela SES?
- Qual a sua opinião sobre a municipalização?
- Qual a sua opinião sobre o SUS?
- Qual o papel da SES na regionalização?
- Qual o papel da SES na municipalização
- Sobre a gestão dos municípios da região da DIR XX.

ANEXO 01-d

Roteiro de Entrevista - Diretora do DIR XX

- Data: __/__/__
- Entrevistador:
- Local
- Como está a relação do DIR XX com Tapiratiba?
- Como vem acontecendo o processo de municipalização de Tapiratiba?
- Quais as diretrizes da DIR XX em relação à regionalização?
- Quem é o interlocutor da DIR XX na regionalização?
- Quais as necessidades de Tapiratiba que são percebidas pela DIR XX?
- Como está a hierarquização? (Referência e contra referência)
- Existe proposta de consórcios/parcerias na região?
- A DIR XX assumiu ações de maior complexidade do município?
- Com a nova estruturação da Secretaria Estadual de Saúde haverá benefício para a região em relação à saúde e a municipalização?
- Como foi definida a FPO de Tapiratiba?
- Qual a atual resolutividade dos serviços de Tapiratiba?
- Como é trabalhado o Sistema de Informação na região?

ANEXO 01-e

Roteiro de Entrevista - Usuários

- Data: __/__/__
- Entrevistador:
- Entrevistado:
- Local:
- Há quanto tempo você mora na cidade?(Procedência)
- Do que adoecem e morrem as pessoas na cidade?
- Você usa os serviços de saúde da cidade? Quais?
- Você utiliza serviço de saúde fora do município? Quais?
- Sua família usa o Centro de Saúde/Hospital? Quando foi a última vez e para quê?
- Quais destes serviços você usa no C.Saúde?
 - () médico () dentista () vacinas
 - () exames () outros
- É fácil ser atendida neste C.Saúde/Hospital? É fácil o acesso(chegar)?
- Você se sente satisfeita quando usa este serviço?
- Na sua opinião o serviço tem melhorado ou piorado? Quais as suas sugestões?
- Você acha importante a população acompanhar e discutir as questões de saúde no seu município? Você participa de alguma forma?
- Você já ouviu falar no Conselho Municipal de Saúde? Conhece alguém que participa?
- Você já ouviu falar no SUS? O que sabe sobre?
- Você já ouviu falar na municipalização? O que sabe sobre?

ANEXO 01-f

Roteiro de Entrevista - Funcionários

- Data: __/__/__
- Entrevistador:
- Entrevistado:
- Local :
- Há quanto tempo você mora na cidade?(Procedência)
- Do que adoecem e morrem as pessoas na cidade?
- Há quanto tempo você trabalha aqui? Por quê escolheu este trabalho?
- Você recebeu algum treinamento inicial para trabalhar neste serviço? São feitas reciclagens? Suas atribuições estão descritas em algum manual?
- Você acredita que contribui com seu trabalho para a melhoria do quadro de saúde da população?
- Como funciona o atendimento nesta unidade?(abranger consultas, exames, vacinas, outros).
- Você acha que a população esta sendo bem atendida aqui? Este serviço resolve os problemas da população?
- Qual o tipo de usuário que procura a unidade? De onde eles vem (bairros) e como chegam?
- Você participa do planejamento das ações de saúde desta unidade?
- O que você sabe sobre a municipalização?
- Houve mudança na unidade após a municipalização?
- Você já ouviu falar no SUS? O que sabe sobre?
- Você já ouviu falar na municipalização? O que sabe sobre?

ANEXO 01-g

Roteiro de Entrevista - Conselho Municipal de Saúde

✎

- Data: __/__/__
- Entrevistador:
- Entrevistado:
- Local:
- Há quanto tempo você mora na cidade?(Procedência)
- Do que adoecem e morrem as pessoas aqui?
- Quando e como foi criado o CMS em Tapiratiba?
- Como foi definida a composição do CMS? Esta adequada ou falta alguma representação?
- Na sua opinião a população e os funcionários da Saúde conhecem e utilizam o CMS?
- Quais são as funções desempenhadas atualmente pelo CMS?
- Essas funções estão de acordo com o regimento interno e com a Lei Municipal?
- Como você toma conhecimento dos problemas dos seus pares (população) para poder encaminhar ao CMS?
- Já foi procurado pôr funcionários ou usuários para reivindicar ou denunciar problemas?
- O que representa e como funciona o FMS?
- O CMS tem acesso ao orçamento do FMS e acompanhar a aplicação dos recursos?

ANEXO 01-h

Roteiro de Entrevista - Administrador Hospitalar e Provedor do Hospital

- Data __/__/__
- Nome do entrevistador:
- Nome do entrevistado:
- Função:
- Quais os principais problemas do município?
- Quando foi fundado o hospital? Qual a história da Irmandade de Misericórdia?
- Como é a estrutura do hospital?
- Qual a relação do hospital com o município ? E com o SUS?
- Quais os serviços conveniados com o SUS? (Ambulatoriais, leitos)
- Como é feito o pagamento?
- Existem outros convênios?
- Quais os serviços oferecidos? (Especialidades, Leitos, Apoio e Diagnóstico, RX, tomografia, exames)
- Há referência e contra-referência com as US?
- Existe Comissão de Infecção Hospitalar ? E Comissão de Ética?
- Qual sua opinião sobre a municipalização?
- Qual o papel que o hospital deveria desempenhar em um Sistema de Saúde?
- Qual o papel que o hospital está desempenhando?
- Em sua opinião, como nasce a população de Tapiratiba? De que adoece? De que morre?
- O que o Sr. entende por SUS?

ANEXO 01-i

N

Roteiro de Entrevista - Igrejas

- Data ___/___/___
- Nome do entrevistador:
- Nome do entrevistado
- Local:
- Como surgiu, há quanto tempo e como vem atuando neste município?
- Conhece somente os problemas das pessoas que freqüentam a igreja, ou pode também informar sobre a população em geral?
- Qual a relação que a instituição estabelece com a área urbana e com a rural?
- Como se dá a relação da instituição com as autoridades públicas?
- Desenvolvem ações de promoção à saúde da comunidade? O quê? Onde? Como? Há quanto tempo?
- Conhece o processo de municipalização da Saúde no seu município? Tem participado deste processo? Como?
- Tem algum tipo de atuação no Conselho Municipal de Saúde?
- Conhece as principais doenças que atinge a população?
- Na sua opinião, do que as pessoas morrem?
- Na sua opinião, quem vem desenvolvendo trabalho de liderança junto com a Instituição e que poderia contribuir para melhorar nosso conhecimento sobre o município?

ANEXO 01-j

Roteiro de Entrevista - Sindicatos e Associações

λ

- Data __/__/__
 - Nome do Entrevistador
 - Nome do Entrevistado
 - Nome da Entidade
 - Características da Entidade:
 - No. de Associados
 - Área que Abrange
 - Tipo de Assistência
 - É Gratuita: () sim () não
 - Como surgiu a instituição, há quanto tempo vem atuando e de que forma se constituiu ?
 - Quais as conquistas que vocês já conseguiram atingir?
 - Atendem à toda demanda que procura a instituição? Existe demanda reprimida ?
 - Quais os principais problemas que vocês mais identificam aqui em Tapiratiba?
 - Como essa instituição se relaciona com as autoridades públicas da cidade?
 - Essa instituição tem alguma atuação na área de saúde? () sim () não. Quais?
 - Já ouviu falar no processo de municipalização? Conhece ? O que ?
 - Conhece o CMS?
 - Acha importante participar do processo de decisão no campo da saúde? De que forma pode se dar essa participação?
 - Conhece as principais causas de doenças que atingem a população ? Quais ?
 - Conhece as principais causas de morte da cidade ? Quais ?
- (Somente para sindicatos)**
- Qual a maior causa de acidentes de trabalho?
 - Que tipo de acidentes de trabalho ocorrem?

ANEXO 01-I

Roteiro de Entrevista - Imprensa

X

- Data __/__/__
- Nome do entrevistador:
- Nome do entrevistado
- Nome do órgão
- Profissão:
- Tiragem:
- Circulação
- Há quanto tempo mora na cidade? Você a conhece bem?
- Você tem contatos freqüentes com quais pessoas? Por quais motivos?
- Quais os principais problemas que enfrenta a cidade de Tapiratiba?
- Como se dá a participação popular na cidade? Você conhece algum movimento específico? Sabe dizer como surgiu e como se organizam?
- O que você sabe sobre a organização do sistema de saúde na cidade?
- Na sua opinião quais são as doenças mais freqüentes na cidade
- Você sabe qual a maior causa de morte da cidade
- Observações

ANEXO 01-m

Roteiro de Entrevista - Comércio e Indústria

- Data ___/___/___
- Nome do entrevistado:
- Nome do estabelecimento:
- Área/ local:
- Tempo de funcionamento :
- Função: _____ Tempo que trabalha na função:
- Capacidade de produção: _____/Dia ou Hora
- Tem planta física aprovada : () sim () não
- Área total em m². (observar suficiência/ higiene e conservação)
- Quais os tipos de equipamento utilizados?
- Sistema de água: () público () poço artesiano () outros.
- A água recebe algum tipo de tratamento?.
- Como se dá a disposição dos resíduos sólidos?.
- Existe alguma fonte geradora de energia?.
- Como é feito o controle de qualidade?.
- Como é feito controle de saúde animal?.
- Como é feita a conservação e distribuição dos alimentos?.
- São feitas análises periódicas? De que tipo? Qual o número total de funcionários?.
- Por sexo: masc _____ fem _____
- Qual a carga horária?
- Sabe dizer o grau de escolaridade de seus funcionários? (ou seu grau de escolaridade)
- Como é realizado o transporte para o trabalho?.
- É fornecido uniforme? () sim () não Que tipo?
- É fornecido EPI? () sim () não Que tipo? .
- Como e onde ocorre o atendimento médico?.
- Quais os exames realizados ? () admissionais () demissionais
() periódicos. Qual periodicidade.
- Quais os profissionais envolvidos nesse atendimento?
- Tem acidente de trabalho? Quais as causas?
- Como você vê o sistema de saúde da cidade? É utilizado pelos funcionários?
- Do que se adocece na cidade? Quais as doenças mais comuns?
- Qual a maior causa de morte da cidade? Como você vê o sistema de saúde público, filantrópico e privado?

(Cont. de Comércio e Indústria) Apenas para Observação:

– Instalações (Conservação e Higiene)

	Bom	Ruim	Observação
Instalações			
Piso			
Parede			
Janela			
Forro			
Ventilação			

- Instalações sanitárias: () masculino () feminino Quantidade: _____
- Vestiários: () sim () não () masc. Quantidade _____
() fem. Quantidade _____
- Bebedouros: () sim () não Quantidade _____
- Refeitório: () sim () não () suficiente () insuficiente
- Condições refeitório (higiene, conservação, instalações): () boas () ruins
- Ruídos: () sim () não () suportável () insuportável
- Calor: () sim () não () suportável () insuportável
- Iluminação: () sim () não () suficiente () insuficiente
- EPI: () sim () não. São utilizados? () sim () não
- Uniforme (utilização): () sim () não. Que tipo:.

ANEXO 01-n

Roteiro de Entrevista - Unidade de Saúde

10

- Data ___/___/___
- Nome do entrevistador:
- Nome do entrevistado
- Local:
- Quais os principais problemas do município?
- Sua unidade foi municipalizada ou já era municipal?
- O que acha da municipalização?
- Existe Conselho Local de Saúde? Como é constituído? Quais suas atribuições?
- Como é feito o planejamento das ações de saúde? Quais as ações desta US? Ações básicas?
- Quem participa do planejamento?
- Como o paciente chega à unidade?
- Qual o tempo de espera do paciente?
- Quais os problemas de saúde mais encontrados? Como nasce? De que adoece? Do que morrem?
- Quem é o responsável pelo suprimento de material de consumo?
- No caso de encaminhamento de pacientes, como é feito?
- Quais e quanto são os funcionários?
- Existem problemas com funcionários ? Quais?
- Ele são capacitados? Como? São feitas reciclagens?

ANEXO 01-o

Roteiro para a Educação

2

Estrutura Organizacional

Organograma

Nº de estabelecimentos

Nº de funcionários

Forma de prestação de serviços existentes

Público: federal, estadual, municipal

Privado

Serviços que não estão sob a gestão municipal

Grau de interação e possibilidade de intervenção do poder municipal nesses serviços

Currículo básico

Existência de programas de educação sanitária e ambiental no currículo básico

Articulação com a área de saúde pública

Nível de articulação entre o setor saúde e educação

Programas de saúde no âmbito da educação: merenda escolar, atendimento odontológico.

Nível de atendimento

Nº de matrículas

Grau de evasão escolar

Grau de analfabetismo

Conselho Municipal de Educação

Estrutura

Membros

Atribuições

Características da rede física

Existente: localização, conservação, nº de unidades

Planejada

Outros

Orçamento

Campanhas (conscientização sobre a necessidade de escolas para as crianças)

ANEXO 01-p

Roteiro para habitação

Estrutura organizacional dos serviços

Organograma

Nº de funcionários

Dados gerais

Programa de habitação popular

Financiamento das ações

Código de obras e ocupação do solo

Incentivos federais e estaduais

Déficit habitacional no município

Reivindicação da população com relação à moradia

Articulação com o setor saúde

ANEXO 01-q

Roteiro para Promoção Social

Estrutura organizacional dos serviços

Organograma

Nº de funcionários

Forma de prestação dos serviços

Entidades públicas

Entidades privadas

Convênios existentes

Rede física e programas

Equipamentos sociais existentes

Programas em desenvolvimento

Ações programadas

Nº de pessoas beneficiadas

Gerais

Principais Problemas

Principal problema social

Nível de participação popular

Articulação com o setor saúde

Ações integradas com a saúde

Financiamento das ações

ANEXO 01-r

Roteiro Utilizado nas Ações de Saneamento Ambiental

RESÍDUOS SÓLIDOS

Estrutura organizacional

Organograma

Responsabilidade dos serviços (público ou privatizado)

Vínculo administrativo (ligada a que secretaria ou departamento)

Nº de funcionários.

Fonte de recursos (taxas, tarifas, financiamento)

Consórcios intermunicipais

Forma de acondicionamento

Regulamentação (norma específica do município)

Tipos de recipientes utilizados (tipo, retornável ou descartável)

Características dos recipientes (próprios ou impróprios)

Estado de conservação dos recipientes

Utilização de recipientes especiais (Serv. de Saúde e Containers)

Utilização de prateleiras ou base para o recipiente

Conservação higiênica dos locais de acondicionamento

Separação dos tipos de resíduos na fonte

Tipos de resíduos

Resíduos domiciliares,

Resíduos de serviços de saúde,

Resíduos comerciais,

Resíduos industriais,

Varrição das ruas,

Remoção de entulhos,

Poda de árvores e jardins,

Remoção de animais mortos.

Resíduos agrícolas

Resíduos de eventos (feiras, atividades culturais e esportivas)

Limpeza de galerias e bueiros

Limpeza de margens de drenagens

Remoção de cartazes e pichações

Limpeza de lotes vagos

Características de resíduos

Quantidade de resíduos (ton./dia)

Composição média (visual)

Geração de odor

Peso específico do lixo gerado

Sistema de coleta

Frequência de coletas

Horários de coletas

Rotas de coletas.

Coleta diferenciada

Pessoal e guarnição

Varrição

Coleta

Capinação

Ações de educação sanitária e ambiental

Programação visual e planfetos

Palestras em escolas

Campanhas e feiras de ciências

Importância da reciclagem e coleta seletiva

Iniciativa de coleta seletiva(Escolas, Praças, Clubes e etc.)

Transporte

Equipamentos e veículos utilizados

Distância percorrida

Manutenção dos equipamentos

Tratamento.

Formas de tratamento existente

Tratamentos propostos

Destino Final

Tipo de destinação (tipo, adequada ou inadequada)

Local de destinação final (posição, adequado ou inadequado)

Segurança sanitária e ambiental (cercas, drenagem, vetores)

Implicações sobre a saúde e meio ambiente (poluição, contamin.)

Implicações sociais (catadores de lixo)

Lixo hospitalar

Saúde ocupacional

Condições de trabalho dos funcionários

Equipamentos de proteção individual utilizados

Adicionais de insalubridade

Nível de atendimento

Percentual da população atendida

Pontos críticos do sistema

Conceito do serviço junto à população

População não atendida pelo serviço público.

Soluções adotadas

Propostas

Plano diretor

Comunidade

Observações e conclusões

Sistema existente

Propostas

DRENAGEM URBANA

Drenagem superficial

Características dos logradouros

Existência de sarjetas, meio fios

Galerias de drenagens

Extensão e diâmetros dos trechos

Existência de projeto técnico

Caixas de ralos- condições de operação e funcionamento

Estruturas e pontos de lançamentos

Ligações clandestinas de esgoto sanitário.

Áreas passíveis de inundação

Período crítico de inundação

Extensão das áreas atingidas

Áreas sujeitas a erosão

Estágio das erosões

Extensão das áreas

SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Estrutura organizacional

Organograma

Responsabilidade dos serviços(público ou privatizado)

Vínculo administrativo (ligada a que secretaria ou departamento)

Nº de funcionários.

Fonte de recursos (taxas, tarifas, financiamento)

Características do serviço

Data de elaboração do projeto técnico

Data de implantação das obras

Período de alcance do projeto

População de início de plano

População de final de plano

Partes constituintes do sistema

Nível de atendimento

Percentual da população atendida (ligada à rede)

Percentual da população atendida por sistemas alternativos

Percentual da população excluída do sistema público

Opinião da população sobre o serviço

Qualidade da água

Custo do serviço

Eficiência no atendimento

Falta d'água

Aspectos comerciais

Receita tarifária

Despesas operacionais

Estrutura tarifária

Índice de micro-medição

Índice de perdas

Manancial

Mananciais utilizados (nome, tipo e bacia de drenagem)

Vazões fornecidas

Proteção sanitária em relação a focos de poluição

Características físico-químicas da água bruta

pH

Cor

Turbidez

outros

Captação

- Tipo de captação (poço, barragem, canal)
- Condições de funcionamento (contínua, intermitente)
- Distância da sede
- Condições de acesso

Adução

- Sistema de adução existente
- Material das tubulações
- Peças especiais
- Diâmetro e extensão

Sistema de recalque

- Características dos equipamentos
- Condições de operação e manutenção
- Período de funcionamento
- Consumo de energia

Tratamento

- Sistema de tratamento utilizado (ETA convencional)
- Capacidade das unidades (vazão limite)
- Condições de operação (contínua, intermitente, sobrecarga)
- Produtos químicos (cloro, cal, coagulante, flúor, dosagens)
- Nível de capacitação dos recursos humanos (superior, médio)
- Volume diário tratado (vazão atual)
- Sistema de cloração (tipo, líquido, gás)
- Sistema de fluoretação (tipo, ácido fluorsilícico ou fluorsilicato)
- Alcance da atual unidade (período previsto de saturação)
- Número de funcionários

Reservação

- Nº de unidades
- Capacidade (volume armazenado)

Localização

Tipo (apoiado, elevado ou enterrado)

Rede de distribuição

Extensão e diâmetro

Materiais utilizados

Condições de pressão

Atualização do cadastro da rede

Ligações domiciliares

Materiais utilizados

Tempo de execução dos serviços

Número de ligações existentes

Indicadores da qualidade da água

Características do laboratório de controle

Controle da dosagem de cloro: Estação, rede e domicílios

Controle da dosagem de flúor

Controle do número de coliformes: Totais e fecais

Nº de coleta de amostras e frequência de coleta

Atendimento a Portaria 036/90 Ministério da Saúde

Financiamento das ações

Contribuição tarifária

Tesouro municipal

Outras fontes

Expansão dos serviços

Planos de expansão

Crerios de expansão (epidemiológico, econômico)

Articulação com os setores de Habitação e Saúde

Execução das ações (administração direta, contratação)

Serviços com previsão de expansão

Educação Sanitária

Programas contra o desperdício

Programas de utilização correta da água

Programas de proteção de mananciais

Saúde ocupacional

Equipamentos de proteção individual

Condições de trabalho (aspectos sanitários e de segurança)

SISTEMA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

Estrutura organizacional do serviço

Órgão responsável pelo serviço

Organograma

Nº de funcionários e composição por cargo.

Características do serviço

Data de elaboração do projeto técnico

Data de implantação das obras

Período de alcance do projeto

População de início de plano

População de final de plano

Partes constituintes do sistema

Nível de atendimento

Percentual da população atendida com rede coletora

Percentual da população sem rede coletora

Percentual da população com sistema individual

Opinião da população (custo do serviço/atendimento)

Bairros não atendidos e proposta de atendimento

Rede coletora

Extensão

Diâmetros

Material

Sistema de elevatórias

Características dos equipamentos

Tempo de funcionamento

Interceptores

Extensão

Diâmetros

Emissários

Extensão

Diâmetros

Aspectos comerciais

Estrutura tarifária

Receita tarifária

Despesas operacionais

Destino dos efluentes

Tratamento

Pontos de lançamento

Tratamento

Tecnologia de tratamento empregada

Eficiência do tratamento

Percentual tratado (em relação ao volume total gerado)

Saúde ocupacional

Equipamentos de proteção individual

Condições de trabalho (aspectos sanitários e de segurança)

Educação Sanitária

Programas de utilização correta dos serviços

Campanhas de conscientização (evitar galerias pluviais)

Expansão dos serviços

Planos de expansão

Critérios de expansão (epidemiológico ou econômico)

Articulação com os setores de Habitação e Saúde

Execução das ações (administração direta, contratação)

Serviços com previsão de expansão

Meio ambiente e Saúde Pública

Possíveis impactos sobre a saúde pública e ao meio ambiente

POLUIÇÃO DO AR

Fontes Industriais

Principais focos

Principais poluente gerados

Equipamentos de controle adotados

Agrícolas

Queimadas

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Defesa civil

Estruturação

Composição

Plano de situação de emergência

Características

POLUIÇÃO AGRO-PASTORIL

Matadouros

Pocilgas

Currais

Agrotóxicos

POLUIÇÃO INDUSTRIAL

Principais fontes poluidoras

Efluentes líquidos

Resíduos sólidos

Poluição do ar

RECURSOS HÍDRICOS

Bacia hidrográfica

Principais corpos d'água

Classificação segundo resolução N° 20 CONAMA

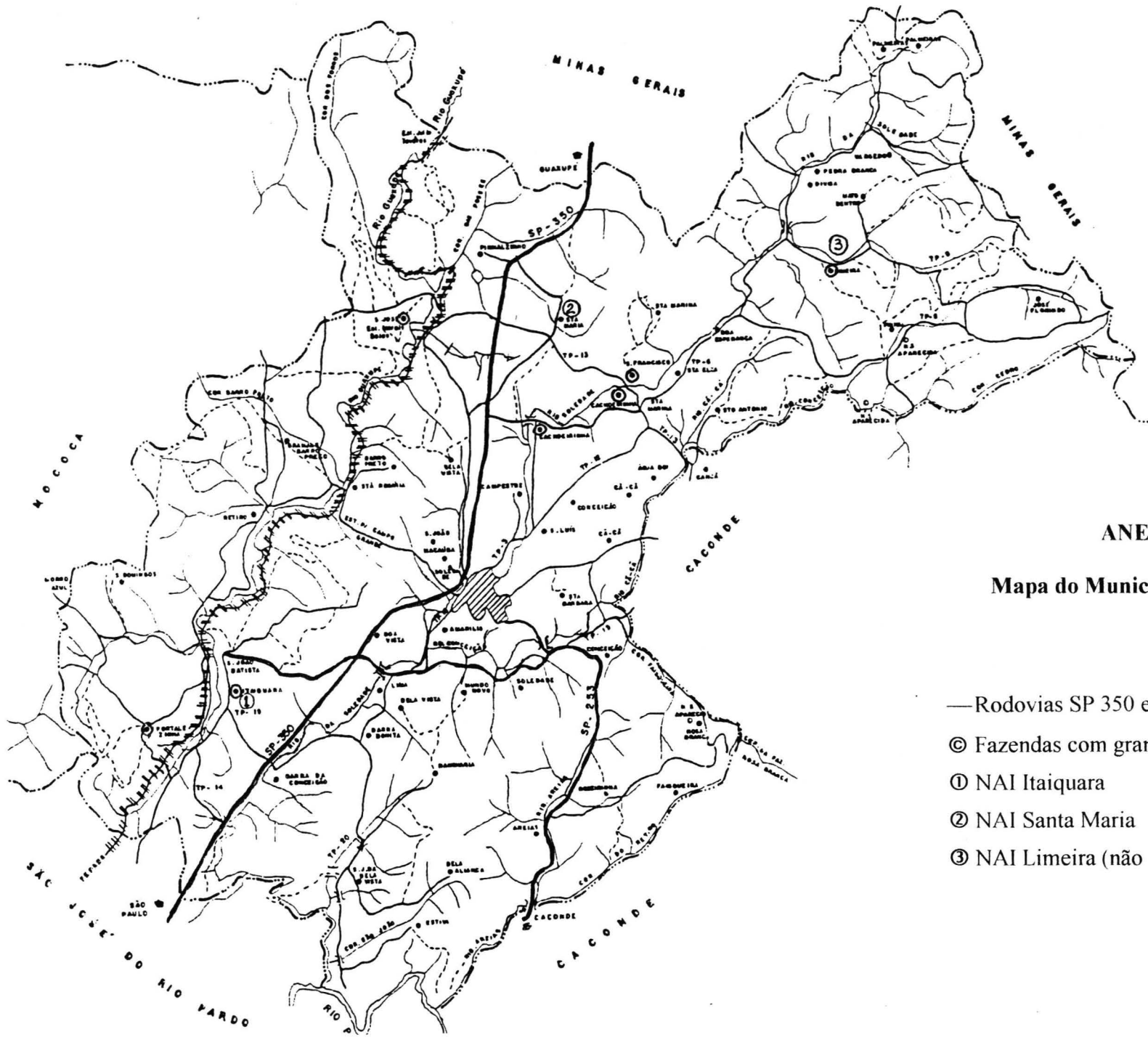
Proposta de cronograma de atividades para as ações de saneamento ambiental

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã 7:30 hs	9:00 hs Reunião com o Prefeito e equipe local.	Visita a captação de água, sistema adutora e aos pontos de lançamento do sistema de esgoto	Visita as instalações do sistema de resíduos sólidos, Sistema de coleta de lixo, limpeza pública e serviços de drenagem urbana	Visitas aos locais de poluição industrial e agropastoril	Complem. da coleta de dados e complementação da visita dos serviços conforme necessidades
Tarde 13:00 hs	Visita a sede do serviço de água e a estação de tratamento de água	Visita ao sistema de rede de distribuição de água, reservação, rede coletora de esgoto	Visita aos locais de disposição final de resíduos sólidos	Visita aos locais de poluição industrial e agropastoril	Reunião com o prefeito e técnicos locais
Noite	Reunião Geral com o grupo relato e avaliação das atividades	Reunião Geral com o grupo relato e avaliação das atividades	Reunião Geral com o grupo relato e avaliação das atividades	Reunião Geral com o grupo relato e avaliação das atividades	Aberto

ANEXO 02

Mapa do Oitavo Grupo de Bacias Hidrográficas do Estado de São Paulo





ANEXO 03

Mapa do Município de Tapiratiba - SP

- Rodovias SP 350 e SP 253
- ⊙ Fazendas com grande extensão territorial
- ① NAI Itaipava
- ② NAI Santa Maria
- ③ NAI Limeira (não funcionate)

Planilha Mensal do Registro Civil de Nascidos Vivos, Casamentos, Nascidos Mortos e Óbitos, do Município de Tapiratiba

ENTRO DE SAÚDE II

TAPIRATIBA - SP

SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

DIVISÃO DO SERVIÇO DO INTERIOR

CENTRO DE SAÚDE DE: Tapiratiba

Relação dos Nascidos Vivos, Casamentos, Nascidos Mortos e Óbitos Registrados no Cartão de Paz do Distrito de Tapiratiba Durante o mês de Setembro de 1995 (Município de Tapiratiba)

1) N.º DE NASCIDOS VIVOS | Masculino 08 | Feminino 07 | 2) N.º de CASAMENTOS 04 | 3) N.º de NASCIDOS MORTOS | Masculino — | Feminino — | 4) N.º de ÓBITOS 07 | O Oficial do Registro Civil (wlv)

NOTA: Os questionários: 1 (NASC. VIVOS), 2 (CASAMENTOS), 3 (NASC. MORTOS) e 4 (N.º de ÓBITOS) devem ser sempre preenchidos quando nada houver a registrar, as linhas devem ser inutilizadas por um ZÉRO ou um TRAÇO (—).

Número de Declarações	N.º DE ÓBITOS	
	Masc. _____	Menores de um ano _____
	Fem. _____	Maiores de um ano _____
Total _____	Total _____	

DATA DO ÓBITO		NOME DO FALECIDO	LOCAL ONDE OCORREU O ÓBITO (Rua e Número)	PROCEDÊNCIA (Município)	SEXO	IDADE	COR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	BRASILEIRO	ESTRANGEIRO	CAUSA DA MORTE		NOME DO MÉDICO QUE ATESTOU	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL	OBSERVAÇÕES	N.º
DIA	MÊS									De que Estado?	De que País?	Causa inicial ou básica (item 1) de atestado	Causas secundárias (item 1b) e 1c) de atestado				
01	Setembro	Mário Sérgio Casadio	Hospital local	Tapiratiba	mas	34ans	branca	func. público municipal	casado	São Paulo	—	AVC Isquêmica. Hipertensão arterial.	Dr. Maurício Matos Pastor			1	
09	Setembro	Maria Mariana Brasil	Hospital local	Tapiratiba	fem.	74ans	branca	apos. estado	viúva	São Paulo	—	Insuficiência supratentorial. Hemorragia bilateral do tálamo, metilado CA metastático hepático CA reto. Arteriosclerose generalizada.	Dr. Mauro José Campos			2	
11	Setembro	Maria Baptista	Hospital local	Tapiratiba	mas	66ans	branca	apos. estado	casado	São Paulo	—	Insuficiência cardíaca congestiva.	Dr. Hudson Luiz Pena			3	
13	Setembro	Margareta Xavier Queiroz	Hospital local	Tapiratiba	fem.	99ans	branca	apos. estado	viúva	São Paulo	—	Insuficiência cardíaca congestiva.	Dr. Hudson Luiz Pena			4	
13	Setembro	Donatário Lherdero	Hospital local	Massara	mas	33ans	branca	carreirista (comerciante)	solteiro	São Paulo	—	Insuficiência cardíaca congestiva. Paralisia cerebral.	Dr. Hudson Luiz Pena			5	
13	Setembro	Benjamin de Oliveira	Hospital local	Quissupé	mas	55ans	branca	comerciante	casado	Itanhaém	—	Insuficiência cardíaca congestiva. Insuficiência renal crônica.	Dr. Duncan Ribeiro			6	
25	Setembro	Cristina Domais Batista Lou	Hospital local	Tapiratiba	mas.	02mes	branca	(mum.)	solteiro	São Paulo	—	Pneumonia crônica respiratória.	Dr. Marcos Vinícius Freitas			7	
																	8
																	9
																	10
																	11
																	12
																	13
																	14
																	15
																	16
																	17
																	18
																	19
																	20
																	21
																	22
																	23
																	24
																	25
																	26
																	27
																	28
																	29

Tapiratiba, 16 de outubro de 1995



OBS. — O MÉDICO SANITARISTA, responsável pela saúde sanitária, ao analisar a "CAUSA DE MORTE" para a classificação do óbito, encontrando diagnóstico falho deve completar os dados, com as exigências contidas nas NORMAS E INSTRUÇÕES DA SEÇÃO DE ESTATÍSTICA DA DSI.

Verificado e classificado na UNIDADE SANITÁRIA, por: _____ Nome (B01V1)

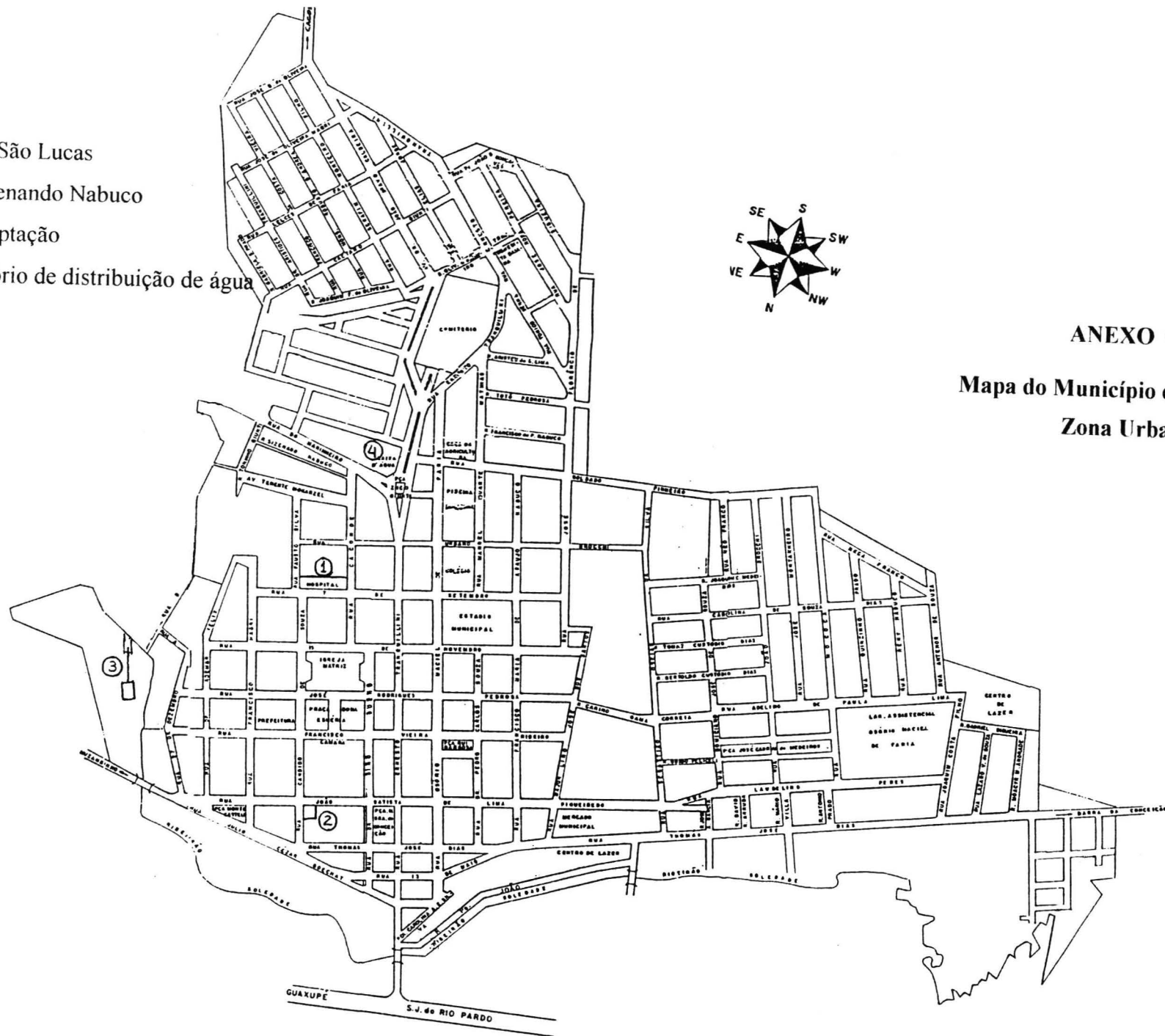
REVISADO NA DELEGACIA DE SAÚDE, por: _____ Nome (B01V1)

CONFERIDO NA SEÇÃO DE ESTATÍSTICA DA DSI, por: _____ Nome (B01V1)

- ① Hospital São Lucas
- ② CS II Sizenando Nabuco
- ③ ETA e captação
- ④ Reservatório de distribuição de água



ANEXO 05
Mapa do Município de Tapiratiba
Zona Urbana



ANEXO 06

Doenças de Notificação Compulsória

Segundo as resoluções SS 60, de 17/02/92, e a SS 234, de 31/07/92, atualmente são de notificação obrigatória, no Estado de São Paulo, as seguintes doenças:


- Acidentes do Trabalho, Doenças Profissionais e do Trabalho;
- Acidentes por Animais Peçonhentos;
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
- Cólera (*) (**);
- Coqueluche;
- Dengue (**);
- Difteria (**);
- Doenças de Chagas (forma aguda);
- Doença Meningocócica (**) e outras meningites;
- Efeitos Adversos à Vacinação;
- Encefalite por Arbovírus;
- Esquistossomose;
- Febre Amarela (*) (**);
- Febre Purpúrica do Brasil (**);
- Febre Tifóide;
- Hanseníase;
- Leishmaniose Cutânea-Mucosa;
- Leishmaniose Visceral;
- Leptospirose (**);
- Peste (*) (**);
- Paralisias e Paresias Agudas e Flácidas de qualquer etiologia em menores de 15 anos;
- Poliomielite (**);
- Raiva Humana (**);
- Rubéola;
- Síndrome da Rubéola Congênita;
- Sarampo - ambulatorial e hospitalar;
- Sífilis Congênita;
- Tétano;
- Tracoma;
- Tuberculose;
- Variola (*) (**);
- Agravos Inusitados à Saúde (Surtos de Hepatite, Conjuntivite, etc.)

(*) Doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional. Pelas implicações de ordem internacional que acarretam, casos ou óbitos (suspeitos ou confirmados) por qualquer destas doenças deverão ser imediatamente notificados, pelo meio mais rápido possível, ao Centro de Vigilância Epidemiológica (via ERSA), que repassará a notificação ao Ministério da Saúde que, por sua vez, fará a notificação internacional.

(**) Doenças de notificação imediata ao ERSA, pela urgência na adoção de medidas de controle.

ANEXO 07

Declaração de Nascido Vivo

01 - DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº 5999988																																						
 <p>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE 1ª V/A ORGAO DE PROCESSAMENTO</p>	<p>CARTÓRIO</p> <p>02 - CARTÓRIO EM _____</p> <p>03 - Nº DO REGISTRO _____ 04 - DATA DO REGISTRO _____</p> <p>05 - MUNICÍPIO _____</p> <p>06 - UF _____ 07 - CÓDIGO _____</p>																																					
<p>08 - INDICAR COM UM "X" NO QUADRO</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>HOSPITAL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>OUTRO ESTAB DE SAÚDE</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>DOMICÍLIO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>OUTRO LOCAL</td></tr> </table> <p>SE OCORRIDO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> 1	HOSPITAL	<input type="checkbox"/> 2	OUTRO ESTAB DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> 3	DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> 4	OUTRO LOCAL	<p>09 - ENDEREÇO _____</p> <p>10 - MUNICÍPIO _____</p> <p>11 - UF _____ 12 - CÓDIGO _____</p> <p>13 - NOME DO ESTABELECIMENTO _____</p> <p>14 - CÓDIGO _____</p>																													
<input type="checkbox"/> 1	HOSPITAL																																					
<input type="checkbox"/> 2	OUTRO ESTAB DE SAÚDE																																					
<input type="checkbox"/> 3	DOMICÍLIO																																					
<input type="checkbox"/> 4	OUTRO LOCAL																																					
<p>15 - NASCIMENTO</p> <table style="width: 100%;"> <tr><th colspan="3">DATA</th><th>HORA</th><th>MIN</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DATA			HORA	MIN											<p>16 - SEXO (MARCAR COM "X" NO QUADRO)</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>MASCULINO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>FEMININO</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	MASCULINO	<input type="checkbox"/> 2	FEMININO	<p>17 - PESO AO NASCER (ATÉ A 5ª HORA)</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									<p>18 - ÍNDICE DE APGAR</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td><td>1º MINUTO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td>5º MINUTO</td></tr> </table>			1º MINUTO			5º MINUTO		
DATA			HORA	MIN																																		
<input type="checkbox"/> 1	MASCULINO																																					
<input type="checkbox"/> 2	FEMININO																																					
		1º MINUTO																																				
		5º MINUTO																																				
<p>19 - DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) (INDICAR COM "X" NO QUADRO)</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>0 - 21</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>37 - 41</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>22 - 27</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td>42 E MAIS</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>28 - 36</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td>IGNORADA</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	0 - 21	<input type="checkbox"/> 4	37 - 41	<input type="checkbox"/> 2	22 - 27	<input type="checkbox"/> 5	42 E MAIS	<input type="checkbox"/> 3	28 - 36	<input type="checkbox"/> 6	IGNORADA	<p>20 - TIPO DE GRAVIDEZ (INDICAR COM "X" NO QUADRO)</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>UNICA</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>MAIS DE 3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>DUPLA</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td>IGNORADO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>TRÍPLICE</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	UNICA	<input type="checkbox"/> 4	MAIS DE 3	<input type="checkbox"/> 2	DUPLA	<input type="checkbox"/> 5	IGNORADO	<input type="checkbox"/> 3	TRÍPLICE			<p>21 - TIPO DE PARTO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>ESPONTÂNEO</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>GUITA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>OPERATÓRIO</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td>IGNORADO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>FORCEPS</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	ESPONTÂNEO	<input type="checkbox"/> 4	GUITA	<input type="checkbox"/> 2	OPERATÓRIO	<input type="checkbox"/> 5	IGNORADO	<input type="checkbox"/> 3	FORCEPS		
<input type="checkbox"/> 1	0 - 21	<input type="checkbox"/> 4	37 - 41																																			
<input type="checkbox"/> 2	22 - 27	<input type="checkbox"/> 5	42 E MAIS																																			
<input type="checkbox"/> 3	28 - 36	<input type="checkbox"/> 6	IGNORADA																																			
<input type="checkbox"/> 1	UNICA	<input type="checkbox"/> 4	MAIS DE 3																																			
<input type="checkbox"/> 2	DUPLA	<input type="checkbox"/> 5	IGNORADO																																			
<input type="checkbox"/> 3	TRÍPLICE																																					
<input type="checkbox"/> 1	ESPONTÂNEO	<input type="checkbox"/> 4	GUITA																																			
<input type="checkbox"/> 2	OPERATÓRIO	<input type="checkbox"/> 5	IGNORADO																																			
<input type="checkbox"/> 3	FORCEPS																																					
<p>22 - NOME _____</p>	<p>23 - IDADE _____</p>																																					
<p>24 - GRAU DE INSTRUÇÃO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>NENHUMA</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td>2º GRAU</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>1º GRAU INCOMPLETO</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td>SUPERIOR</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>1º GRAU COMPLETO</td><td><input type="checkbox"/> 6</td><td>IGNORADO</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1	NENHUMA	<input type="checkbox"/> 4	2º GRAU	<input type="checkbox"/> 2	1º GRAU INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> 5	SUPERIOR	<input type="checkbox"/> 3	1º GRAU COMPLETO	<input type="checkbox"/> 6	IGNORADO	<p>RESIDÊNCIA HABITUAL</p> <p>25 - ENDEREÇO _____</p> <p>26 - BAIRRO _____</p> <p>27 - MUNICÍPIO _____</p> <p>28 - UF _____ 29 - CÓDIGO _____</p>	<p>30 - FILHOS TIDOS (INDICAR QUANTOS) NÃO INCLUIR ESTA GESTAÇÃO</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td>NASC VIVOS</td></tr> <tr><td> </td><td>NASC MORTOS</td></tr> <tr><td> </td><td>TOTAL</td></tr> </table>		NASC VIVOS		NASC MORTOS		TOTAL																		
<input type="checkbox"/> 1	NENHUMA	<input type="checkbox"/> 4	2º GRAU																																			
<input type="checkbox"/> 2	1º GRAU INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> 5	SUPERIOR																																			
<input type="checkbox"/> 3	1º GRAU COMPLETO	<input type="checkbox"/> 6	IGNORADO																																			
	NASC VIVOS																																					
	NASC MORTOS																																					
	TOTAL																																					
<p>31 - NOME _____</p>	<p>32 - NOME _____</p>	<p>33 - FUNÇÃO _____</p>																																				
<p>RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO</p>																																						

PARA REGISTRAR ESTA CRIANÇA (OBRIGATÓRIO POR LEI), O PAI OU RESPONSÁVEL DEVERÁ LEVAR ESTE DOCUMENTO AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL.
ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ANEXO 09

Quadro da Situação da Qualidade das Águas dos Sistemas Públicos e de Abastecimento Referente aos Padrões Bacteriológicos, Físico-Químicos, Fluor e Cloro Residual Livre no Período de 1991 a 1994, Tapiratiba-SP

Ano	Anal. Bact.			Anal. Fis. Quim.			Fluor			CRL			Obsrvações
	Tot.	NA	%	Tot.	NA	%	Tot.	NA	%	Tot.	NA	%	
1991	10	2	20,00	2	-	-	2	2	100,0	5	3	60,00	As análise de água de 1991 compreendem apenas o período de outubro a dezembro Mina c/anal.Bac. OK - 1 Mina c/anal.Bac. NA - 2
1992	29	7	24,13	6	5	83,33	4	2	50,00	23	5	21,74	Mina c/anal.Bac. OK - 1 Mina c/anal.Bac. NA - 5
1993	36	9	25,00	9	7	19,44	9	2	22,22	18	8	44,44	Mina c/anal.Bac. OK - 9 Mina c/anal.Bac. NA - 9
1994	30	1	3,33	8	6	75,00	8	2	18,75	26	11	42,30	Mina c/anal.Bac. OK - 3 Mina c/anal.Bac. NA - 1

LEGENDA: NA - Não atende aos padrões da Portaria 36/GM e Resolução SS/MA-4

FONTE: Perfil Epidemiológico - Água - DIR XX

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ"

Laboratório I Campinas

O INSTITUTO "ADOLFO LUTZ" Certifica que foi o seguinte o resultado da

ANALISE

n.º 169/95

TL.

A. INFORMAÇÕES GERAIS

F. QUÍMICA

BACTERIOLOGICA

AMOSTRA Nº 0903

Local da colheita: CA

Endereço: PCA D. CAROLINA A.E. SILVA (POSTO ESSO)

Município: TAPIRATIBA

Origem da Água: RP - PUB - T

Proprietário: P.M.

Coletor: JOSE Menezello Neto

Data da Colheita: 08-03-95

Horário: 12:15

Cloro residual total 08 mg/l. de cloro

FLUORETOS: SIM

Cloro residual combinado 05 mg/l. de cloro

PH: 7,1

Cloro residual livre 03 mg/l. de cloro

Análise solicitada por: ERS 55 - CASA BRANCA

Em o 01.º de nº 52/95-VS de 08 de 03 de 1995

Entrada na TL-BQ em de de 1995. Rubrica

Observações: TEMP. AMBI > 30°C

TEMP. ÁGUA = 26°C

Assinatura coletor:

B. EXAME BACTERIOLOGICO DE AGUA

Pesquisa de bactérias do grupo coliforme e coliforme fecal:

FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme em 100 ml da amostra analisada (Acima de 300 UFC).

NÃO FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme de Origem FÉCAL em 100 ml da amostra analisada (UFC).

Contagem padrão em placas: 35º C/ 24 h : UFC/100 ml

20º C/ 48 h : UFC/100 ml

Observações:

C. EXAME FÍSICO-QUÍMICO DE ÁGUA

1) Aspecto	transparente	
2) Odor	normal	
3) Cor	20,0	
4) Turbidez	5,5	
5) Resíduo Seco	128,0	(mg/l)
6) Perda de calcinação	-	(mg/l)
7) Resíduo fixo	-	(mg/l)
1) pH	6,5	
2) Alcalinidade de hidróxidos	-	(mg/litro em C
3) Alcalinidade de carbonatos	-	(mg/litro em C
4) Alcalinidade de bicarbonatos	-	(mg/litro em C
5) Dureza de não carbonatos	-	(mg/litro em C
6) Dureza de carbonatos	-	(mg/litro em C
7) Dureza total	39,6	(mg/litro em C
8) Gás carbônico	-	(mg/l
1) Oxigênio consumido	-	(mg/litro de oxig
2) Nitrogênio amoniacal	-	(mg/litro de nitrog
3) Nitrogênio albuminóide	-	(mg/litro de nitrog
4) Nitrogênio nitroso	-	(mg/litro de nitrog
5) Nitrogênio nítrico	0,44	(mg/litro de nitrog
1) Ferro	0,98	(mg/l
2) Cloretos	1,0	(mg/litro de c
1) Fluoretos	1,15	(mg/litro de f
2) Eventuais sulfatos	abaixo de 100	(mg/litro de sul

1) Observações: E.O.D - Congelada

Amostra em desacordo com os padrões fixados pela Portaria nº 36 de 11.1.90 do Ministério da Saúde por conter 1100 coliformes e feras acima dos valores permitidos de 100 coliformes e 100 feras do teor exigido

PONTO AMOSTRAL NÃO POTÁVEL de ACORDO com o ITEM 12.1 da PORTARIA 36 de 19 de JANEIRO de 1990 do CABINETE MINISTRIAL SAÚDE POR CONTER ACIMA de 03 COLIFORMES/100ML.

"A Amostra Analizada está em Desacordo com a Resolução Conjunta-S6/SMA n.º 1 de 27/5/92"

Campinas, 30 de Março de 1992

Nilva AP. R. Pedro
 NILVA AP. R. PEDRO
 CRQ 18.871 - RG 6.173.625
 Pesq. Científico

Analítico
 Analítico-Chefe
 Maria P. Silva Freitas

Beatriz F. Silva
 BEATRIZ F. SILVA
 RG 6.119.619 - Científica
 Pesq. Científica
 Diretora
 P/ Christina L. Silva

ANEXO 10-b - Relatório do Pró-Água, março, 1995
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

ERSA 55/Prot n. 61084
Entrada 13/03/95
Ass. [assinatura]

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ"

Laboratório I Campinas

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ" Certifica que foi o seguinte o resultado da

ANÁLISE

170/95

TL.

A. INFORMAÇÕES GERAIS

F. QUÍMICA

BACTERIOLOGICA

LISTRA Nº 0904

Local da colheita: CA
Endereço: R. THOMAS J. DIAS 521 - ESCOLA
Município: TAPIRATIBA
Fonte da Água: RP - PUB - T
Prestador: PREF. MUNICIPAL
Coletor: JOÃO MENERELLO NETO
Data da Colheita: 08/03/95 Horário: 12:30
Resíduo residual total 05 mg/l. de cloro FLUORETOS: SIM
Resíduo residual combinado 03 mg/l. de cloro PH: 7.4
Resíduo residual livre 02 mg/l. de cloro
Análise solicitada por: ERSA 55 - CASA BRANCA
Protocolo nº 05 de nº 52/95-VS de 08 de 03 de 1995
Realizada na TL-BQ em _____ de _____ de 199____. Rubrica _____
Observações: TEMP. AMB > 30°C
TEMP. AGUA = 27°C

Assinatura coletor: [assinatura]

B. EXAME BACTERIOLOGICO DE AGUA

Busca de bactérias do grupo coliforme e coliforme fecal:

FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme em 100 ml da amostra analisada (Acima de 300 UFC).
NÃO FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme de Origem FECAL em 100 ml da amostra analisada (_____ UFC).
Contagem padrão em placas: 35°C / 48 h : 2,0 x 10² UFC/ml
20°C / 48 h : _____ UFC/ml

OBSERVAÇÕES:

C. EXAME FISICO-QUIMICO DE AGUA

1) Aspecto	opalescente	
2) Odor	nenhum	
3) Cor	20,0	
4) Turbidez	5,0	(FTU)
5) Resíduo Seco	105,0	(mg/litro)
6) Perda de calcinação	-	(mg/litro)
7) Resíduo fixo	-	(mg/litro)
8) pH	6,5	
9) Alcalinidade de hidróxidos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
10) Alcalinidade de carbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
11) Alcalinidade de bicarbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
12) Dureza de não carbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
13) Dureza de carbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
14) Dureza total	37,7	(mg/litro em CaCO ₃)
15) Gás carbônico	-	(mg/litro)
16) Oxigênio consumido	-	(mg/litro de oxigênio)
17) Nitrogênio amoniacal	-	(mg/litro de nitrogênio)
18) Nitrogênio albuminóide	-	(mg/litro de nitrogênio)
19) Nitrogênio nitroso	-	(mg/litro de nitrogênio)
20) Nitrogênio nítrico	0,49	(mg/litro de nitrogênio)
21) Ferro	1,24	(mg/litro)
22) Cloretos	2,1	(mg/litro de cloro)
23) Fluoretos	1,14	(mg/litro de flúor)
24) Eventuais	sulfatos abaixo de 10	mg/litro de sulfato

1) Observações

D. CONCLUSÃO

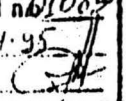
Ponto amostral não retinal de acordo com o item 1.2.3 da Portaria 36/64 de 19.3.60 do Ministério da Saúde por conter uma de 3 coliformes/100 ml e por conter menos de 100 turbidez e por a maioria dos valores permitidos e less ou flúor, sendo que o valor exigido

"A Amostra Analisada está em Desacordo com a Resolução Conjunta SS/SMA n.º 1 de 27/5/92."

Campinas, 30 de maio de 1995

Nilva AP. R. Pedro
NILVA AP. R. PEDRO
 CRQ 18.871 - RG 6 173 625
 Pesq. Científico
 Técnico-Chefe
 Líria P. Silva Freitas

Beatriz P. Sani
BEATRIZ P. SANI
 RG 6 187 100 000 000
 Pesq. Científico
 Diretora
 Christina L. e Silva

ERSA 55/Prot nº 0108/95
Entrada 13.04.95
Ass. 

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ"

Laboratório I Campinas

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ" Certifica que foi o seguinte o resultado da

ANÁLISE
de 13/1/95

TL.

A. INFORMAÇÕES GERAIS

F. QUÍMICA

BACTERIOLOGICA

MOSTRA Nº 0905

Local da colheita: CA

Endereço: R. JOH FLORENCIO SIQUEIRA 710

Município: TAPIRATIBA

Região da Água: RD - PUB

Proprietário: P. M.

Coletor: Jose Menezello Neto

Data da Colheita: 08/03/95 Horário: 12:30 HS

Cloro residual total 08 mg/l. de cloro FLUORETOS: —

Cloro residual combinado 05 mg/l. de cloro PH: 7.4

Cloro residual livre 03 mg/l. de cloro

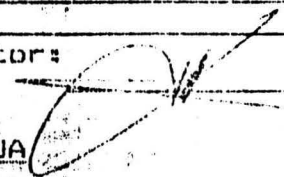
Análise solicitada por: ERSA 55 - CASA BRANCA

Em o 08 de nº 52/95-VS de 08 de 03 de 1995

Entrada na TL-BQ em 08 de 1995 Rubrica

Observações: TEMP. AMB > 30°C

TEMP. AGUA = 35°C

Assinatura coletor: 

B. EXAME BACTERIOLOGICO DE AGUA

pesquisa de bactérias do grupo coliforme e coliforme fecal:

FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme em 100 ml da amostra analisada (— auma de 300 UFC).

NÃO FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme de Origem FECAL em 100 ml da amostra analisada (— UFC).

Contagem padrão em placas: 35º C/ 24 h : — UFC/ml

20º C/ 48 h : — UFC/ml

Observações:

C. EXAME FISICO-QUIMICO DE AGUA

- 1) Aspecto _____
- 2) Odor _____
- 3) Cor _____
- 4) Turbidez _____ (FTU)
- 1) Residuo Seco _____ (mg/litro)
- 2) Perda de calcinação _____ (mg/litro)
- 3) Residuo fixo _____ (mg/litro)
- 1) pH _____
- 2) Alcalinidade de hidróxidos _____ (mg/litro em CaCO₃)
- 3) Alcalinidade de carbonatos _____ (mg/litro em CaCO₃)
- 4) Alcalinidade de bicarbonatos _____ (mg/litro em CaCO₃)
- 5) Dureza de não carbonatos _____ (mg/litro em CaCO₃)
- 6) Dureza de carbonatos _____ (mg/litro em CaCO₃)
- 7) Dureza total _____ (mg/litro em CaCO₃)
- 8) Gás carbônico _____ (mg/litro)
- 1) Oxigênio consumido _____ (mg/litro de oxigênio)
- 2) Nitrogênio amoniacal _____ (mg/litro de nitrogênio)
- 3) Nitrogênio albuminóide _____ (mg/litro de nitrogênio)
- 4) Nitrogênio nitroso _____ (mg/litro de nitrogênio)
- 5) Nitrogênio nítrico _____ (mg/litro de nitrogênio)
- 1) Ferro _____ (mg/litro)
- 2) Cloretos _____ (mg/litro de cloro)
- 1) Fluoretos _____ (mg/litro de flúor)
- 2) Eventuais _____

1) Observações _____

D. CONCLUSÃO

PONTO AMOSTRAL NÃO POTÁVEL de ACORDO COM O ITEM 1.2.3
 DA PORTARIA 36 de 19 de JANEIRO de 1990 DO GABINETE MINISTERIAL
 DA SAÚDE POR CONTER ACIMA de 03 COLIFORMES/100ml

"A Amostra Analisada está em Desacordo
 com a Resolução Conjunta SS/SMA n.º 4
 de 27/5/92."

Campinas, 30 de MARÇO de 1995

CECÍLIA PISANI
 IG 6.119.012 - CRM 0281
 Per. Científica

Químico
 Químico-Chefe
 Sílvia P. Silva Freitas

Christina L. e Silva
 PI

ANEXO 10-d - Relatório do Pró-Água, março, 1995
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

ERSA 55/1995
Entrada
Ass.

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ"

Laboratório I Campinas

INSTITUTO "ADOLFO LUTZ" Certifica que foi o seguinte o resultado da

ANÁLISE
132/95

TL.

A. INFORMAÇÕES GERAIS

F. QUÍMICA

BACTERIOLOGICA

Mostra nº 0906

Local da colheita: CA

Endereço: HOSPITAL SAO LUCAS

Município: TAPIRATIÁ

Origem da Água: RP-PUB-T

Proprietário: P.M.

Coletor: José Menezello Neto

Data da Colheita: 08/03/95 Horário: 12:50

Cloro residual total 05 mg/l. de cloro FLUORETO SIM

Cloro residual combinado 03 mg/l. de cloro PH: 7.4

Cloro residual livre 02 mg/l. de cloro

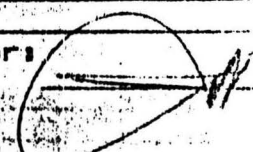
Análise solicitada por: ERSA 55 - CASA BRANCA

Nº de amostra: 02 de nº 52/95-VS de 08 de 03 de 1995

Trabalhada na TL-BQ em _____ de _____ de 199____ Rubrica

Servações: TEMP. AMBI > 30°C

TEMP. AGUA = 23°C

Assinatura coletor: 

B. EXAME BACTERIOLOGICO DE AGUA

Exame de pesquisa de bactérias do grupo coliforme e coliforme fecal:

FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme em 100 ml da amostra analisada (Acima de 300 UFC).

NÃO FORAM isoladas bactérias do grupo coliforme de Origem FECAL em 100 ml de amostra analisada (_____ UFC).

Contagem padrão em placas: 35°C / 24 h : _____ UFC/ml

20°C / 48 h : _____ UFC/ml

Servações: _____

C. EXAME FÍSICO-QUÍMICO DE ÁGUA

1) Aspecto	<u>opalescente</u>	
2) Odor	<u>normal</u>	
3) Cor	<u>20,0</u>	
4) Turbidez	<u>1,5</u>	(FTU)
5) Resíduo Seco	<u>128,0</u>	(mg/litro)
6) Perda de calcinação	-	(mg/litro)
7) Resíduo fixo	-	(mg/litro)
8) pH	<u>6,5</u>	
9) Alcalinidade de hidróxidos	<u>0</u>	(mg/litro em CaCO ₃)
10) Alcalinidade de carbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
11) Alcalinidade de bicarbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
12) Dureza de não carbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
13) Dureza de carbonatos	-	(mg/litro em CaCO ₃)
14) Dureza total	<u>33,6</u>	(mg/litro em CaCO ₃)
15) Gás carbônico	-	(mg/litro)
16) Oxigênio consumido	-	(mg/litro de oxigênio)
17) Nitrogênio amoniacal	-	(mg/litro de nitrogênio)
18) Nitrogênio albuminóide	-	(mg/litro de nitrogênio)
19) Nitrogênio nitroso	-	(mg/litro de nitrogênio)
20) Nitrogênio nítrico	<u>0,45</u>	(mg/litro de nitrogênio)
21) Ferro	<u>0,90</u>	(mg/litro)
22) Cloretos	<u>2,6</u>	(mg/litro de cloro)
23) Fluoretos	<u>0,60</u>	(mg/litro de flúor)
24) Eventuais	<u>sulfatos</u>	<u>abaixo de 10</u> (mg/litro de sulfato)

Observações

D. CONCLUSÃO

AUTO-AMOSTRAL NÃO POTÁVEL de ACORDO com o ITEM 2.3 da PORTARIA 36 de 13 de JANEIRO de 1990 do GABINETE MINISTRIAL de SAÚDE POR CONTER ACIMA de 03 COLIFORMES/100ml e outros de cor turbida e de ferro acima dos valores permitidos

"A Amostra Analizada está em Desacordo com a Resolução Conjunta S/S/MS n.º 1 de 27/5/92."

Campinas, 30 de março de 1995

Nilva AP. R. Pedro

NILVA AP. R. PEDRO
CRQ 18.871 - RG 6.173.625
Pesq. Científico

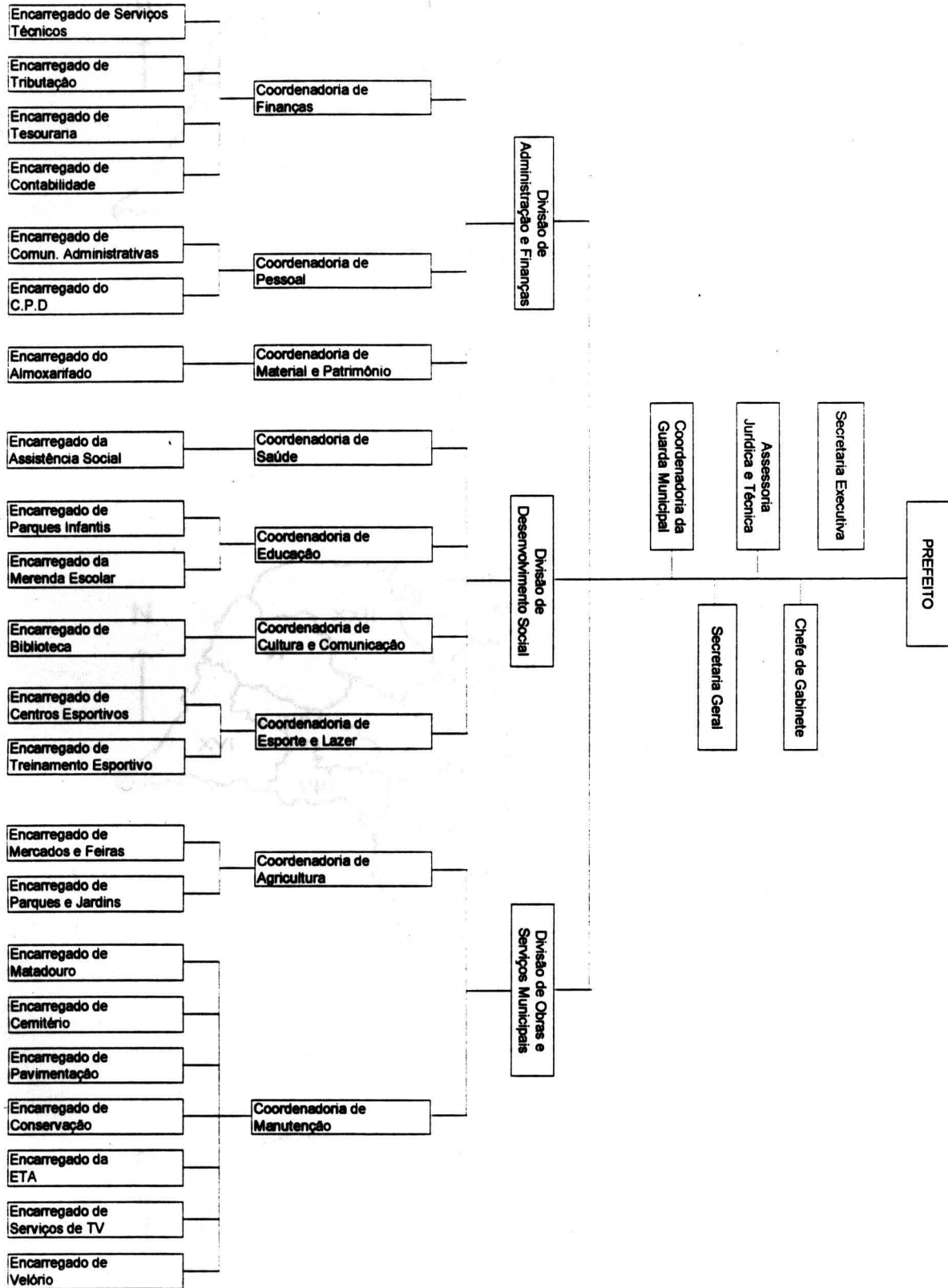
Analítico
Analítico-Chefe
Lúcia P. Silva Freitas

Beatriz Pizani
BEATRIZ PIZANI
RG 6.119.912 - OAB 0281
Pesq. Científica

Christina de Silva
Christina de Silva

ANEXO 11

Organograma da Prefeitura de Tapiratiba



ANEXO 12

Mapas do Estado de São Paulo com os extintos ERSA e atuais DIR, em destaque DIR XX

