

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

# **RELATÓRIO**

---

**DO TRABALHO DE  
CAMPO  
MULTIPROFISSIONAL**

**— 1993 —**

---

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO  
MULTIPROFISSIONAL, 1993 - MUNICÍPIO DE  
ITAPIRA**

**Relatório apresentado à comissão Organizadora do Trabalho de Campo  
Multiprofissional, para cumprir exigência do Curso de Especialização em Saúde  
Pública da Universidade de São Paulo.**

**São Paulo  
1993**

**EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

**Carla Magda A. S. Domingues**

**Laura Chiocchetti**

**Lourdes B. S.P.Alexandre**

**Maria Conceição C.G.Ribeiro**

**Maria Cristina S.S. Minari**

**Marilene Fernandes de Almeida**

**Sandra Freitas Alves**

**Selma Bruni Barbieri**

**Silvia Regina Gonçalves**

**Solange Trewikowski**

**Sociologia**

**Psicologia**

**Enfermagem**

**Odontologia**

**Medicina**

**Biologia**

**Medicina**

**Fonoaudiologia**

**Serviço social**

**Adm.hospitalar**

**Epidemiologia**

**Saúde Mental**

**Enfermagem**

**Odontologia**

**Políticas**

**Epidemiologia**

**Políticas**

**Educação**

**Educação**

**Epidemiologia**

**Orientador: Glavur Rogério Matté**

**Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional**

**Presidente:**

**Prof. Dr. Eunice Aparecida Bianchi Galati**

**Membros da banca examinadora:**

**Prof. Dr. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira**  
**Depto. de Prática de Saúde Pública da FSP/USP**

**Assistente Marie Azuma Rodrigues**  
**Depto. de Prática de Saúde Pública da FSP/USP**

**Assistente Glavur Rogério Matté**  
**Depto. de Prática de Saúde Pública da FSP/USP**  
**Orientador**

Agradecemos à:

- Prefeitura Municipal de Itapira;
- Superintendente do Serviço Municipal de Saúde, Dr. Humberto Carlos Barizon;
- Coordenador Administrativo do Serviço Municipal de Saúde, Sr. Clayton Ribeiro;
- Técnico em Comunicação Social do Serviço Municipal de Saúde, Sr. Fernando Luiz Maria Tiago de Odriozola;
- Representantes dos demais Serviços Municipais de Saúde;
- Representantes de entidades, sindicatos, instituições do Município;
- Funcionários do Serviço Municipal de Saúde;
- População do Município de Itapira;
- Funcionários desta Faculdade, em especial aos Departamentos de Práticas de Saúde e Materno Infantil;
- Professores Carlos Alberto Lisboa Vieira, Fabíola Zioni, Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira, Marie Azuma Rodrigues, Moacir Lobo da Costa Junior, Roberto Castellanos Fernandez e Roque Passos;
- Orientador Prof. Glavur Rogério Matté.

## ÍNDICE

Introdução	07
1. Objetivos	09
1.1 Objetivos Gerais	09
1.2 Objetivos Específicos	09
2. Metodologia	10
3. Caracterização Geral do Município de Itapira	14
3.1 Histórico	14
3.2 Aspectos Econômicos	16
3.3 Aspectos Geográficos	17
3.4 Aspectos Sócio-culturais	18
3.4.1 Promoção Social	18
3.4.2 Educação, Esporte, Cultura e Lazer	19
3.4.3 Sindicatos	21
3.4.4 Segurança Pública e Serviços de Emergência	21
3.5 Saneamento Básico e Obras Públicas	23
3.5.1 Sistema de Abastecimento Público de Água	23
3.5.2 Sistema de Esgoto Sanitário	27
3.5.3 Resíduos Sólidos	29
3.5.4 Obras Públicas	30
3.5.5 Poluição do Ar	31
4. Perfil Epidemiológico	32
4.1 Pirâmide Populacional	33
4.2 Razão de Dependência	35
4.3 Razão de Masculinidade	35
4.4 Coeficiente de Natalidade	36
4.5 Indicadores de Saúde	37
4.5.1 Indicadores Globais	38
4.5.1.1. Coeficiente de Mortalidade Geral	38
4.5.1.2. Coeficiente de Mortalidade Proporcional	38
4.5.2. Indicadores Específicos	39
4.5.2.1 Coeficiente de Mortalidade Infantil	39
4.5.2.2 Mortalidade Específica por Causa e Idade	43
4.5.2.3 Coeficiente de Natimortalidade	45
5. Caracterização do Sistema de Saúde do Município de Itapira	46
5.1 Municipalização	46
5.2 Financiamento	50
5.3 Participação da População e Controle Social	52
5.4 Organização e Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde	55
5.5 Modelo Assistencial	56
5.6 Sistema de Informação de Saúde	57
5.7 Recursos Humanos	57
5.8 Comentários adicionais	58

6. Caracterização de Recursos Humanos	59
6.1 Aspectos funcionais segundo as Chefias	59
6.2 Aspectos funcionais segundo Coordenador Administrativo	63
6.3 Aspectos funcionais segundo os Funcionários	66
7. Caracterização dos Programas	69
7.1 Saúde Mental	69
7.2 Saúde da Criança	71
7.3 Saúde da Mulher	71
7.4 Imunização	72
7.5 Saúde Bucal	75
7.6 Tuberculose	83
7.7 Hanseníase	83
7.8 Leishmaniose e esquistossomose	83
8. Ações de Saúde Pública	85
8.1 Vigilância Sanitária	85
8.2 Vigilância Epidemiológica	87
8.3 Controle de Zoonoses	89
9. Resultados- entrevistas realizadas no Município de Itapira	91
9.1 Resultados- entrevistas realizadas junto à população	91
9.2 Resultados- entrevistas realizadas junto aos informantes- chave	92
10. Discussão	97
10.1 Referente ao SUS	97
10.2 Referente aos Recursos Humanos	101
11. Sugestões	105
11.1 Gerais	105
11.2 Específica	107
12. Bibliografia	113

## Anexos

- Anexo 1 - Formulário de Informantes-Chave
- Anexo 2 - Formulário de Implantação do Sistema Único de Saúde
- Anexo 3 - Formulário de População
- Anexo 4 - Formulário de Chefias
- Anexo 5 - Formulário de Funcionários
- Anexo 6 - Mapa da Região Administrativa de Campinas
- Anexo 7 - Mapa de Divisão Administrativa do Estado de São Paulo
- Anexo 8 - Convênio de Municipalização
- Anexo 9 - Convênio com o SUDS
- Anexo 10 - Lei que regulamentou o Fundo Municipal de Saúde
- Anexo 11 - Decreto que regulamentou a disposição dos resíduos dos estabelecimentos de serviços de saúde
- Anexo 12 - Lei que regulamentou o Conselho Municipal de Saúde

## INTRODUÇÃO

O Estado moderno responde às necessidades tanto de reprodução do capital como da força de trabalho, com maior ou menor intensidade em função de um equilíbrio de forças, da conveniência política e das pressões que sofre.

Quanto ao setor saúde, o mesmo encontra-se em fase de transição, procurando acompanhar o momento político e econômico do país, tentando se adequar às necessidades de redefinição do Estado.

No histórico da saúde do nosso país, destaca-se a década de 1970, quando acontece progressiva expansão da cobertura de assistência médica pelo sistema previdenciário. O mesmo passa a incorporar trabalhadores não formalmente vinculados ao processo de produção.

A década de 1980 foi marcada por ações descentralizadas, atingida essa fase de expansão, o Estado passa a ter preocupação com a organização global da prestação de serviços de saúde.

Com a aprovação da Constituição Federal, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde-SUS., como instrumento de transformação institucional, que traz como proposta a mudança no paradigma assistencial hegemônico, modificando o modelo clínico vigente para um modelo epidemiológico, a fim de viabilizar um sistema de atenção à saúde. O SUS tem como objetivo central a integralidade das ações de saúde, junto com o acesso universal da população às mesmas. Dentro desse contexto, a proposta da década de 1980 é a descentralização operacionalizada pela municipalização, que consiste no princípio básico da reestruturação do setor de saúde, estratégia fundamental, no processo de reforma sanitária, a fim de que o SUS., alcance a reestruturação das práticas de saúde, garantindo a resolutividade, a continuidade e a eficácia das ações.



Com a implantação da Norma operacional básica-SUS 01/93 regulamentada pela Instrução Normativa número 01 de 09/93, são estabelecidas as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização, da gestão das ações e serviços de saúde."

A instrução normativa 01 pretende acelerar o processo de municipalização, cuja diretriz é complexa e implica em redistribuição de poder, redefinição de papéis, reorganização institucional, estabelecendo novas relações entre Estado, Município e a esfera Federal. As mudanças devem ser gradativas e necessitam de funcionamento regular e efetivo dos Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, como forma de garantir a participação e controle social.

Dentro deste painel o trabalho de campo multiprofissional pretende viabilizar a incorporação dos conhecimentos adquiridos no curso, dentro de uma abordagem que possibilite a integração multiprofissional característica da saúde pública, proporcionando ainda, uma análise da realidade e das políticas de saúde local, considerando os aspectos de regionalização e municipalização existentes, bem como, a sua inserção no contexto da política nacional de saúde.

## **1. OBJETIVO**

No Serviço de Saúde do Município de Itapira pretende-se:

### **1.1 Objetivos Gerais**

1. Analisar o processo de Municipalização da Saúde, com bases nos princípios e diretrizes, que regulam em todo território Nacional, as ações e os serviços de saúde instituídos no Sistema Único de Saúde ( SUS ).
2. Analisar a política de Recursos Humanos, conforme sua organização no Serviço de Saúde.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- 1.1 Analisar a relação existente entre o poder municipal e os serviços privados existentes no município, no que se refere a municipalização.
  - 1.2 Analisar a estrutura organizacional do Setor Saúde.
  - 1.3 Descrever o desempenho do município em relação à: Vigilância Sanitária, Saneamento Básico, Vigilância Epidemiológica e Controle de Zoonoses.
  - 1.4 Descrever a forma de financiamento do Setor Saúde.
  - 1.5 Discutir a participação popular e controle social no Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores de Serviços de Saúde e em outros foruns de Participação .
- 
- 2.1 Analisar a forma de ingresso do funcionário no Serviço de Saúde.
  - 2.2 Discutir o quadro de Recursos Humanos - R.H.

## 2. METODOLOGIA

O método utilizado foi o descritivo do tipo Estimativa Rápida, tendo como referência o material da Organização Panamericana da Saúde, de Brasília, 1993. Como complementação desses dados foram realizadas entrevistas com os principais atores da política e do Sistema de Saúde, bem como com os setores relacionados como: Educação, Promoção Social, Esportes e Cultura, Poder Judiciário e população.

Os dados secundários foram obtidos através do CIS, SEADE, IBGE, Plano Diretor, Lei Orgânica da Prefeitura, Convênio SUS, Lei que regulamenta o Fundo Municipal de Saúde.

Foram utilizados os seguintes critérios na aplicação dos formulários:

### ENTREVISTADOR :

1. Distribuição das 10 componentes da equipe, em duplas para a realização das entrevistas propostas no trabalho.
2. Apenas anotar as respostas das entrevistas sem influenciar nas mesmas.

### ENTREVISTADOS:

#### 1. Estimativa Rápida

A metodologia de estimativa Rápida foi baseada nas entrevistas com informantes-chave.

Os informantes-chave são pessoas que pelo tempo de residência numa área, pela posição e, relações sociais que têm dentro da comunidade, devem ter um conhecimento detalhado de algumas características relevantes desta.

A seleção dos informantes-chave, não pode ser estabelecida à priori, utilizando-se a técnica de construção da amostra chamada "bola de neve", segundo a qual, cada pessoa entrevistada indica outros potenciais informantes-chave, a serem contactados nas entrevistas seguintes. Os primeiros informantes-chave contactados

eram funcionários de serviços públicos com um determinada área de abrangência local; na tentativa de equilibrar o ponto de vista da instituições com a comunidade.

A amostra foi construída através da seleção gradual dos informantes chave, visando ouvir diferentes atores sociais, a fim de que se obtivesse um quadro da realidade local suficientemente amplo para cobrir adequadamente os itens que estão sendo investigados.

## 2. Estudo da Implantação do Sistema Único de Saúde

Mediante nossos objetivos optou-se para implantação do SUS, pela utilização de formulário semi-estruturados, análise documental, visita às unidades de Saúde do Município, inclusive as particulares filantrópicas e participação de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Os formulários foram aplicados junto às pessoas que detinham informações, como:

- . Superintendente do Serviço de Saúde
- . Coordenador Médico
- . Coordenador de Enfermagem
- . Coordenador de Saúde Bucal
- . Técnico de Comunicação
- . Presidente da Câmara Municipal
- . Tesoureiro do Fundo Municipal de Saúde
- . Delegados de Polícia
- . Coordenadora Pedagógica
- . Sindicatos dos Metalúrgicos, dos Papeleiros e dos trabalhadores de de hospitais e Casa de Saúde
- . Departamento de Esportes e Cultura
- . Presidente do Rotary Club de Itapira
- . Presidente da Guarda Mirim de Itapira

. Vereadores da Câmara Municipal

### 3. População

Na impossibilidade de conseguir-se o mapa com os setores censitários, com informações sobre o número de domicílios existentes, tomou-se como referência os Postos de Pronto Atendimento-PPA existentes na cidade e nas regiões onde não haviam Serviços de Saúde foram criados dois pontos imaginários. A partir dos 8 locais de referência, foram assinalados no mapa da cidade, em relação aos pontos cardeais, as distâncias de 4 e 8 quadras, com a finalidade de se aplicar o formulário na população.

Sem a pretensão de ser uma amostra significativa, o que se pretendeu neste trabalho foi levantar algumas hipóteses que possam subsidiar as informações obtidas na estimativa rápida.

Vale ressaltar que o formulário foi elaborado com o propósito de se avaliar o acesso, grau de satisfação, a utilização, proximidade da residência em relação ao Serviço de saúde do Município.

### 4. Formulário de Recursos Humanos ( sub-tema )

Realizou-se as entrevistas, utilizando o formulário semi-estruturado ao responsável pelo Recursos Humanos do Serviço de Saúde Municipal, às chefias e funcionários de nível superior, médio e básico da cada unidade de saúde, sendo tres por PPA e nove no Hospital Municipal.

### ANÁLISE:

Optou-se por uma análise qualitativa dos dados obtidos. Estas foram feitas em grupos de três pessoas e em duas fases sendo a primeira individualmente e a segunda em conjunto, com a finalidade de eliminar as distorções decorrentes das

características pessoais dos componentes da equipe, que poderiam influenciar os resultados; visando dar à análise dos dados a consistência adequada.

### 3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

#### 3.1 Histórico

Desde o início do século XVIII já existiam moradores no bairro do Macuco, primeiro nome do Município de Itapira. A figura mais importante desse período foi o comendador João Batista de Araujo Cintra que introduziu a cultura do café na região, iniciando o desenvolvimento da cidade.

No começo de 1820, os moradores e escravos iniciaram a construção da primeira igreja da cidade, em terreno cedido pelo Sr. João Gonçalves de Moraes a pedido de Manoel Pereira da Silva, cuja casa abrigava a imagem de Nossa Senhora da Penha. Por essa influência, os dois são considerados os fundadores da cidade, fato ocorrido em 24.10.1820 com o nome de Penha do Rio do Peixe, o que demonstra a importância do rio no desenvolvimento da cidade. Em 19.03.1824, foi celebrada a primeira missa nessa igreja, por um capelão vindo de Moji-Mirim.

Em 11.02.1888, em razão do assassinato de um delegado de polícia abolicionista, os moradores da cidade, tentando apagar a memória do crime e diminuir sua repercussão, mudaram o nome da cidade para Itapira, duas palavras de origem indígena que significam ITA (pedra) e PIRA(peixe, penhasco).

A formação do Município está baseado no processo de desenvolvimento de toda região de Campinas. Com a introdução da cultura cafeeira, desenvolveu-se todo um sistema de apoio para o armazenamento e escoamento da produção: usinas de beneficiamento, ferrovias e armazéns, favorecendo o aparecimento de vários núcleos urbanos. Até a década de 50 a população de Itapira era, predominantemente, rural.

Após sucessivas crises no setor cafeeiro o café foi substituído, como atividade agrária principal, nas décadas de 1920 e 30, pelo de cana de açúcar e atividade agropecuária que não requerem mão-de-obra fixa e permanente, iniciando

o processo de industrialização que se acentuou em 1930-40, ocasionando um grande deslocamento da massa de trabalhadores e seus familiares, em busca de novas oportunidades de trabalho na indústria de transformação que surgia e expandia-se rapidamente, nos centros urbanos.

A cultura canavieira trouxe do sul de Minas Gerais um contingente de famílias que se instalaram na zona norte da cidade de Itapira- a mais densamente povoada- e que trabalham como bóia-frias na época de plantio, corte e coleta da cana. Atualmente Itapira possui mais de 4 mil alqueires de cana plantados.

Em 1970, o IBGE já registrava população predominantemente urbana ( 68,1% ). O processo de urbanização acentuou-se e em 1991 a Fundação SEADE concluiu que 88,0% da população vivia na cidade (tabela 1), denotando uma ocupação súbita e desorganizada do solo, o que reflete, direta e negativamente, nas condições de saúde da população.

**TABELA 1** Distribuição da população do Município de Itapira, em número absoluto e porcentagem, no período de 1940-1991, segundo zona de localização do domicílio.

ANO	POPULAÇÃO TOTAL		POPULAÇÃO URBANA		POPULAÇÃO RURAL	
	N.ABS.	%	N.ABS.	%	N.ABS.	%
1940	28.447	100,0	7.982	28,0	20.447	82,0
1950	31.061	100,0	11.502	37,0	19.559	63,0
1960	36.357	100,0	17.660	48,5	18.697	51,5
1970	39.037	100,0	26.605	68,1	12.431	31,9
1980	47.929	100,0	37.124	77,5	10.805	22,5
1991	56.510	100,0	49.729	88,0	6.781	22,0

**Fonte:** Fundação Seade

O Município de Itapira, localiza-se na região sudoeste do Estado de São Paulo e possui, segundo o censo de 1991, uma população de 56.510 habitantes. Faz parte da Região de Governo de Campinas, cidade da qual está distante aproximadamente, 80 km., sendo, depois da região metropolitana, a região mais densamente povoada do Estado.



Em contraste com a maioria dos municípios médios do Estado com população entre 30 e 100 mil habitantes onde, no período entre 1980 e 1991, não houve decréscimo populacional prevalecendo as taxas de crescimento entre 2,00 e 4,00%, Itapira apresentou uma taxa de 1,51%, sendo 2,69 para a zona urbana e - 4,15 para a zona rural. Na década passada essa taxa havia sido 2,07%. Itapira foi a única cidade da Região de Governo de Campinas que apresentou uma característica migratória expulsiva.(tabela 2)

**Tabela 2: Distribuição dos componentes de crescimento do Município de Itapira no período de 1970/1991.**

componentes	1970/1980	1980/1991
saldo vegetativo	7.384	8.822
saldo migratório	1.509	-.241
cresc.populacional	8.893	8.581
crescimento anual(%)	2,07	1,51

Fonte: Fundação Seade

### 3.2 Aspectos econômicos

A renda per capita do município é de US\$ 25,91 mensais. A população economicamente ativa é de 35.000 habitantes.

#### 1 SETOR PRIMÁRIO

As principais produções agrícolas do Município são as culturas de cana de açúcar para produção de açúcar e álcool, cana de forragem e café.

Em relação aos rebanhos, os predominantes são de galináceos, bovinos e eqüinos.

Ocorre a extração vegetal de lenha e silvicultura de eucalipto e pinus americano.

#### 2 - SETOR SECUNDÁRIO

O Município conta com o total de 217 indústrias de pequeno, médio e grande porte, sendo as mais representativas as indústrias de: 9 de extração mineral, 12 de transformação mecânica, 5 de papel e papelão e 40 de produtos alimentícios.

### 3 - SETOR TERCIÁRIO

Segundo informações da Prefeitura Municipal, a cidade conta com o total de 842 estabelecimentos comerciais entre grande, médio e pequeno porte.

#### 3.3 Aspectos geográficos

O Município de Itapira está localizado nos paralelos 22°26' de latitude Sul, e 46°49' de longitude Oeste, dista 169 km da capital e tem uma área de 529 km<sup>2</sup>, fazendo divisa com os Municípios de Moji-Mirim, Pinhal, Amparo, Serra Negra, Lindóia, Moji-Guaçu, Águas de Lindóia, Santo Antônio da Posse e com o sul do Estado de Minas Gerais. A cidade é servida pelas rodovias SP-340, 147 e 352 e pela ferrovia FEPASA. A cidade é dividida pelo rio Moji-Guaçu.

O clima é úmido com pouco déficit de água e a temperatura média é de 26°C. Quanto ao relevo, a cidade localiza-se numa região de serras e planaltos com altitudes médias de 500 a 800 m acima do nível do mar. O solo tem grande predisposição a erosão, é de baixa fertilidade e com excesso de alumínio, topograficamente forte e ondulado, com declives acentuados e restrição à drenagem. Índice pluviométrico de 1600 a 1700 mm anuais.

A densidade populacional era, em 1991, segundo a Fundação SEADE, 106,82 hab./km<sup>2</sup>.

### 3.4 Aspectos sócio-culturais

#### 3.4.1 Promoção social

As ações sociais do Município são oferecidas pelas seguintes entidades sociais:

- Lar São Vicente de Paula que realiza atendimento a idosos, com capacidade para 100 pessoas;
- Casa de Repouso Allan Kardec que realiza atendimento a idosos, com capacidade para 100 pessoas;
- S.O.S. que fornece cestas de alimentos e roupas e dirige o Albergue noturno e Vila das Viúvas, atendendo a 100 pessoas;
- Centro Comunitário 31 de Março - atende 700 menores com alimentação e atividades recreativas, educativas e ocupacionais;
- Colméia - grupo da comunidade que há dez anos confeccionam enxovais para bebês, filhos de mães carentes, com recursos próprios;
- Centros Sociais - Grupo de Fraternidade André Luiz que fornece refeições aos sábados, atendendo 150 pessoas; e
  - Dispensário Santo Antonio que fornece cestas de alimentos, enxovais para bebês carentes e sopas atendendo a 200 famílias;
- Clubes de Serviços:
  - Rotary Clube
  - Lions Clube
  - Loja Maçonica
  - Interact Cube
  - Rotaract Clube
  - Leo Clube
- Casa Transitória - recolhe os menores abandonados de 0 a 10 anos, retirados das casas dos pais pela Promotoria;
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE

### 3.4.2 Educação, esportes, cultura e lazer

O Departamento de Educação e Cultura, através da Escola Municipal de Educação Infantil ( EMEI ), oferece vagas que atendem a demanda e utiliza o método Piaget, onde as crianças vão descobrindo a realidade que as cercam. Todos os funcionários são treinados e reciclados.

O atendimento de saúde ao escolar é feito nos Postos de Pronto Atendimento ( PPA ) e, no caso de acidente, no Hospital Municipal e Santa Casa. Nas reuniões com pais são realizadas palestras com dentistas e médicos.

A rede educacional do município é composta por:

- Creches- 3 públicas e 5 particulares, atendendo 930 crianças;
- Pré-escola em número de 86;
- Primeiro Grau, 47 estaduais sendo 13 no perímetro urbano e 34 no perímetro rural e duas particulares;
- Segundo Grau - uma estadual e duas particulares;
- Universidade - em implantação;
- Alfabetização para adultos - uma Fundação Educar;
- Escola profissionalizante - Polo Avançado SENAC.

A cidade não dispõe de teatros e possui apenas um cinema, além de clubes recreativos, associações recreativas e praças de esportes.

A Guarda Mirim Municipal aceita crianças de 12 a 14 anos, cursando a partir da 5ª. série com a finalidade de possibilitar o ingresso desses adolescentes, em atividades produtivas na cidade. As crianças devem estar estudando, permanecer estudando e, recebem apoio pedagógico .

*Existem convênios com empresas onde as crianças trabalham como aprendizes, com o objetivo de formar futuros funcionários. As empresas pagam uma*

contribuição de 80% do salário mínimo, de onde são retirados os gastos /custos da guarda e 50 a 60% do restante é repassado à criança. São fornecido uniforme e sapatos com o objetivo de facilitar a apresentação às pessoas e diminuir os gastos com o vestuário, sendo feito conserto e lavagem do uniforme, se necessário.

Internamente são realizadas as seguintes atividades:

- Orientar na localização das principais instituições da cidade;
- Teste com as quatro operações, auxiliando a resolver as dificuldades;
- Aulas de caligrafia, aula de trânsito e hinos cívicos;
- Palestras sobre drogas, fumo, álcool e AIDS, sem o pessoal de saúde;
- Ensinos de princípios de higiene;
- Atuar em conjunto com a família e a escola;
- Cuidados odontológicos realizados por dentistas particulares.

Como resultado deste trabalho voluntário verifica-se a ausência de consumo de drogas pelos adolescentes e interesse no trabalho. Há de 7 a 10 inscrições por mês existindo pouca desistência após ingresso na Guarda Mirim.

### **Departamento de Esportes**

O Departamento de Esportes oferece diversos cursos :(atletismo, xadrez, damas, futebol, ginástica olímpica, basquete, handboll, voleiboll e ginástica comunitária), para crianças de modo geral além de existir uma pista de atletismo oficial.

Esses cursos são desenvolvidos em Centros Esportivos próprios, localizados em diversos bairros. Possuem técnicos que prestam serviços junto a entidades como APAE e Educandário Nossa Sra. Aparecida. Participam ainda de programas desenvolvidos pelo Serviço de Promoção e Bem Estar Social, como o Programa de

Assistência Integral ao Adolescente (AIA), realizado com menores infratores e o Serviço de Proteção à Infância (SEPIN).

Não há incidência de uso de drogas ou outros delitos entre as crianças que participam destas atividades desenvolvidas nos centros esportivos.

Alguns professores dão orientação sobre educação sexual e doenças sexualmente transmissíveis, de maneira informal.

### **3.4.3 Sindicatos**

Na cidade de Itapira existem oito sindicatos.

Há dois anos vem sendo desenvolvido um serviço de informação para trabalhadores e patrões, com a finalidade de esclarecê-los melhor sobre a legislação que regulamenta as condições no setor metalúrgico.

As condições de trabalho ainda são insatisfatórias, embora tenham melhorado, pois as empresas já estão fornecendo equipamentos de segurança e tomando medidas nesse sentido.

O número de acidentes de trabalho é elevado, mas nem sempre notificado, o que causa o sub-registro dos mesmos. Os acidentes mais frequentes ocorrem nas prensas pesadas, ocasionando ferimentos principalmente em dedos e mãos, muitas vezes com sequelas que levam a incapacidade para o trabalho. Os acidentados são atendidos no Hospital Municipal e na Santa Casa de Misericórdia.

### **3.4.4. Segurança Pública e Serviços de Emergência**

Embora existam instituições autônomas ou ligadas à Prefeitura preocupadas com os aspectos sociais da cidade, as questões sociais assumem relevada

importância, podendo-se considerar Itapira como uma cidade com alto índice de violência em relação à sua população.

Segundo os Delegados de Polícia e da Delegacia da Mulher, os crimes mais frequentes no Município são: furto (inclusive de veículos), uso de substâncias entorpecentes e lesão corporal. Ocorrem também elevado número de acidentes de trânsito com vítimas fatais, sobretudo em rodovias, acometendo primordialmente a faixa etária de 18 a 30 anos.

Com relação aos furtos e roubos, os agentes são frequentemente "pivetes", que em alguns casos, após serem detidos e julgados são encaminhados à FEBEM (SP). Já estão surgindo "gangs" de adolescentes na cidade.

No caso do consumo de drogas, a maioria dos usuários são jovens entre 20 e 25 anos, principalmente do sexo masculino. A cidade não é considerada rota de tráfico de entorpecentes. A principal dificuldade quanto à repressão do uso e tráfico de entorpecentes é que a ação policial está tolhida nas classes sociais mais altas. O juiz é quem deve expedir o mandado de busca e apreensão e, nem sempre é possível encontrar a substância entorpecente no local, face à dificuldade de obtenção do mandado.

Existe na cidade um Conselho de Segurança que iniciará no próximo ano um Programa de Prevenção ao uso de drogas, porém, no momento, não existe nenhuma campanha preventiva.

A criminalidade é associada à baixa condição sócio-econômica da população, principalmente em razão de existir desemprego, baixos salários e empregos temporários, a exemplo dos "bóias-frias" que trabalham na usina e são empregados apenas por seis meses no ano.

Estes problemas sociais tem colaborado para o aumento do alcoolismo, da prostituição juvenil, principalmente, e do uso de entorpecentes pelos jovens, revelando-se como um problema de saúde pública.

A prostituição tem ocorrido na periferia, com maior freqüência no Bairro Tanquinho, principalmente com adolescentes.

Os estupros em crianças e adolescentes são ocasionados por familiares, pais e padrastos com mais freqüência.. É elevado o número de crianças que mantem relações sexuais ou são manipuladas, na faixa de oito a dez anos. A mãe, muitas vezes, é conivente e, em virtude da situação sócio-econômica precária, prefere que o companheiro permaneça ao seu lado, abandonando a criança.

Em Itapira os bairros mais carentes são: Vila Ilze, Vila Figueiredo e Jardim Raquel, que recebem a denominação "risca faca".

Na cidade existem dois Postos Policiais, um Serviço de Policiamento e uma Delegacia da Mulher. Não há Corpo de Bombeiros.

As delegacias tem atendido chamados médicos de urgência, porém não é um serviço que a população tem o hábito de utilizar.

### **3.5 SANEAMENTO BÁSICO, AMBIENTAL E OBRAS PÚBLICAS**

#### **3.5.1 Sistema de Abastecimento Público de Água**

A água que a população urbana de Itapira consome é proveniente do Ribeirão da Penha, afluente do Rio do Peixe. A zona rural consome também água de poços artesianos e fontes.

O tratamento de água da cidade está a cargo do Serviço Autônomo de Águas e Esgotos ( S.A.A.E. ) de Itapira. Segundo o S.A.A.E., 99,9% da população urbana é abastecida com água tratada. Segundo o DIEESE, em 1991, 89,0% das residências, 71,6% das unidades comerciais e públicas e 71,6 % das unidades comerciais



recebiam água tratada, perfazendo uma média geral de 87,8% (tabela 3).

**Tabela 3. Situação operacional do sistema de abastecimento de água no município de Itapira, classificado por tipo de unidade, 1991.**

<b>Tipo de Unidade</b>	<b>Nº de economias</b>	<b>Nº de ligações</b>	<b>%</b>
residencial	12.247	10.901	89,0
comercial	893	638	71,6
industrial	119	99	83,2
total	13.253	11.638	87,8

**Fonte: Fundação Dieese**

A cidade dispõe de sete reservatórios, sendo dois centrais e cinco distribuídos na cidade, com capacidade para aproximadamente quatro milhões de litros de água, e adutoras que garantem o abastecimento a todos os bairros da cidade. O S.A.A.E. é uma autarquia municipal. São consumidos, em média mensal, 260.838 metros cúbicos e faturados 314.875 metros cúbicos de água

O processo de tornar potável a água é feito na E.T.A.-Estação de Tratamento de Água, passando pelos seguintes processos:

Coagulação com adição de sulfato de alumínio 5%-15 minutos (35 ppm) ↓  
 pré-cloração com cloro-gás (1,0 ppm) ↓ flocculação e agitação (15 minutos) ↓  
 decantação acelerada (colméias-20 a 30 minutos) ↓ filtros rápidos de areia ↓  
 fluoretação com ácido fluorsilício 20% ( adicionado através de dosador automático)  
 ↓ cloração com cloro-gás (adicionado através de dosador automático) ↓ correção  
 do pH com cal ↓ reservatório e distribuição.

No caso dos poços dos bairros Barão e Eleutério, a água passa pelo seguinte processo:

poço ⇒ captação ⇒ reservatório ⇒ cloração ⇒ distribuição.

## CONTROLES DE QUALIDADE

### EXAME FÍSICO

**COR:** realizado de hora em hora, em todas as fases do tratamento, espera-se resultados entre 5,0 e 10,0 u.c. para água bruta e, no máximo, 5,0 u.c. para água tratada.

**TURBIDEZ:** realizado de hora em hora, em todas as fases do tratamento, com turbidímetro, espera-se resultados abaixo de 5,0 ppm até 10,0 no máximo, para a água tratada.

**pH:** realizado de hora em hora, em todas as fases do tratamento, espera-se um padrão entre 7,5 e 8,0, para a água tratada.

### ANÁLISE QUÍMICA

**CORO:** a técnica utilizada para análise é colorimétrica. A concentração é medida a cada 2 horas e espera-se 0,6 a 0,7 ppm no ponto inicial e 0,2 a 0,4 ppm nos cavaletes. A mistura é feita com dosador automático desde outubro de 1993. São feitos testes semanais em 23 pontos finais da rede.

**FLUOR:** a técnica utilizada para análise é a de Scott-Sanches, realizada a cada duas horas. A concentração esperada é de 0,6-0,8 ppm e é medida, semanalmente, em 5 pontos finais da rede. A fluoretação foi implantada em 1985 e a cerca de três meses a diluição na proporção 2:1 passou a ser realizada através de dosador automático.

### ANÁLISE BIOLÓGICA

**MATÉRIA ORGÂNICA-** Técnica colorimétrica realizada em 5 amostras, a cada duas horas e o padrão esperado é o de 2,5 ppm.

**CULTURA BACTERIANA-** Contagem de coliformes totais e pesquisa de fecais, realizada pela Cetesb em 12 pontos da rede a cada 6 meses.

## LIMPEZA

As colméias são lavadas a cada 20 ou 30 dias com esguicho, em época de maior índice pluviométrico e a cada 40 dias nas de menor.

Nos filtros rápidos a água passa através de camadas de pedra, areia e carvão e a lavagem, realizada toda noite, se processa invertendo a corrente de água nos filtros.

Os tanques de decantação são lavados a cada semana.

## RESULTADOS

Pela última análise feita pela Cetesb, em 12 poços da zona rural em 01.12.92, 10 deles apresentaram presença de coliformes totais e destes apenas o poço Barão Nogueira apresentou presença de coliformes fecais da amostra coletada da torneira. A água "in natura" apresentou presença de Coliformes fecais e  $1,2 \times 10^3/100$  ml de coliformes totais ( tabela 4 ).

**Tabela 4. Reprodução dos resultados da cultura bacteriana (contagem e pesquisa de coliformes fecais e totais) feita em 01.12.1992, em doze poços da cidade de Itapira.**

ponto de análise	col.fecais(mcmf/100ml)	col.totais(mcmf/100ml)
Barão-direto	ausente	*
Barão/Nogueira-torneira	+	*
fabr.suco laranja-direto	ausente	*
fabr.suco laranja-torneira	ausente	*
clube 200-direto	ausente	*
clube 200-torneira	ausente	*
Eleuterio-direto	ausente	*
Eleuterio-torneira	ausente	2
clube recreativo-direto	ausente	103
clube recreat-torneira	ausente	ausente
lagoa trat.esgoto	ausente	ausente
agua "in natura"	+	1,2x10 <sup>3</sup>

Fonte: CETESB

\*coliformes totais presentes-crescimento confluyente.

Com relação a dosagem de Cloro, dos vinte e três pontos analisados (cavaletes) em 24.11.93, sete apresentaram concentração de 0,15 ppm (33,0%) e sete de 0,20 ppm, os demais apresentaram concentração igual ou maior que 0,30 ppm, a maioria dentro da faixa de 0,20 a 0,50 ppm recomendada pelos padrões de potabilidade da portaria 36 de 1991, do Ministério da Saúde.

### 3.5.2.Sistema de Esgotos Sanitários

A preocupação do Município com o tratamento de esgotos é evidente e antiga, 26 anos, e faz com que haja rede coletora de esgotos espalhada por toda zona urbana do Município. Os emissários, de até 10 km. levam o esgoto até o sistema de tratamento de lagoa aerada mecanicamente seguida de lagoas de decantação.

Construída a um custo de 4 milhões de dólares com 6 aeradores flutuantes e potência total de 150 Hp. Segundo informação de um técnico responsável pela operação do sistema, a falta de mais seis aeradores, conforme previsto no projeto

inicial, reduzirá a capacidade e durabilidade do sistema, causando inclusive aumento do odor local.

O sistema de tratamento de esgoto conta com as seguintes etapas:

**GRADES:** um poço de gradeamento para retirada manual dos detritos sólidos não orgânicos, que então são encaminhados ao aterro.

**TANQUE DE REMOÇÃO DE GRAXAS/ÓLEOS E GORDURAS:** que tem lavagem mensal.

**CAIXA DE DECANTAÇÃO DE AREIA:** destinado a reter areia e outros detritos inertes e pesados, com limpeza diária e encaminhamento do material retirado ao aterro.

**LAGOA DE AERAÇÃO FORÇADA:** para oxigenação de toda massa de líquido, onde o esgoto permanece 2,7 dias. A lagoa tem solo compactado e bordas impermeabilizadas.

**LAGOA DE DECANTAÇÃO:** onde ocorre decantação de flocos constituídos essencialmente de matéria orgânica existente no líquido( bactérias, fungos e protozoários que se alimentam dos esgotos ) formando no fundo do decantador uma camada de lodo excedente. A cada três anos é prevista a desativação da lagoa para limpeza. O nível do líquido baixa até o nível de assoreamento e a lagoa fica um ano parada para secagem total do lodo, que é retirado e encaminhado ao aterro.

Esse sistema permite uma redução da demanda bioquímica de Oxigênio na ordem de 93 a 95% conforme o esquema:

14 estações de  
recalque



DECANTAÇÃO PRIMÁRIA

GRADES ⇒ TANQUE DE REMOÇÃO DE ⇒ CAIXA DE AREIA  
GRAXAS/ÓLEOS/GORDURA



ATERRO



LAGOA DE AERAÇÃO FORÇADA

2,7 DIAS

⇓ 60% DBO

MATERIAL DECANTADO ⇐ DECANTAÇÃO SECUNDÁRIA

LAGOAS DE DECANTAÇÃO

3,0 DIAS

⇓ 33 A 35% DBO

RIO

5 A 7% DBO

As usinas de cana de açúcar utilizam o vinhoto para ferti-irrigação da plantação.

Na zona rural o esgoto é tratado em fossa séptica coletiva com disposição final através de infiltração no solo.

### 3.5.3. Resíduos Sólidos

O lixo da zona urbana é coletado três vezes por semana, com caminhões de lixo. Nos bairros rurais a coleta é feita duas vezes por semana. A varreção manual e jardinagem são competências da Prefeitura. A Prefeitura se responsabiliza por limpeza de caixas de água das escolas ( anexo 1 ).

O lixo coletado é encaminhado ao aterro, distante 13 km da cidade. O aterro funciona por consórcio com mais 4 cidades da região ( Serra Negra, Amparo, Lindóia e Aguas de Lindóia ), localizando-se em um terreno cedido à Prefeitura.

No aterro, o lixo acumulado é apenas coberto com terra, sem controle da produção de gases e tratamento do chorume. Observamos a presença de catadores e possíveis vetores ( insetos e urubus ). Não tivemos acesso ao documento do consórcio para verificar as competências de cada Prefeitura.

O lixo hospitalar é descontaminado na caldeira da Santa Casa de Misericórdia.

#### **3.5.4. Obras Públicas**

A cidade de Itapira, segundo informações do Serviço Municipal de Obras Públicas, possui 95% de ruas asfaltadas, 99,0% dos esgotos urbanos tratados, praticamente toda cidade iluminada e servida com água tratada. A infra-estrutura invejável é resultado de continuidade administrativa e filosófico-partidária, que permanece há 16 anos, e de investimentos vultosos na área de saneamento básico, capaz de garantir o abastecimento de água da cidade, mesmo que esta cresça três vezes mais e o sistema de tratamento de esgotos deve ser suficiente até o ano 2.015, quando precisará de ampliação. Os recursos vem da influência do deputado federal Barros Munhoz que tem conseguido, empréstimos a fundo perdido, objetivando em última estância a implantação de um polo industrial. Neste sentido, a secretaria municipal tem duas de suas principais obras em andamento: a construção de largas avenidas fora do perímetro urbano e a construção de conjuntos habitacionais, para os quais existem duas mil famílias inscritas.

O Município não dispõe de código de obras e faltam fiscais ( no momento são dois fiscais e tres ajudantes ), ocasionando obras clandestinas, principalmente

em zona rural. Já esta aprovado pela Câmara Municipal e está em vigor, o código de posturas.

Outra obra em andamento é a construção da Faculdade de Itapira, gerida por entidade particular, onde inicialmente pretende-se que sejam ministrados os cursos de enfermagem, psicologia e serviço social, imagina-se que os profissionais devam ser absorvidos quase que imediatamente pelo sistema de saúde. Posteriormente, outros cursos como direito, letras, etc deverão ser implantados. Planeja-se também a reforma do fórum da cidade.

### **3.5.5 Poluição do Ar**

Sendo Itapira uma região de economia agrária, principalmente cana de açúcar, nas épocas de corte e coleta, as queimadas produzem resíduos que são lançados no ar, e que podem estar relacionados a grande incidência/prevalência de doenças respiratórias da região. O vinhoto, já citado, vem sendo utilizado na lavoura para ferti-irrigação.

Dois outros fatores de poluição, tidos como pouco importante, são a eliminação de poluentes pela indústria local e a queima de resíduos dos matadouros, entre legais e clandestinos.



## 4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO

### 4.1 Pirâmide Populacional

A pirâmide populacional permite a visualização da tendência demográfica de uma determinada população e a comparação da mesma no tempo ( sequência histórica ) e no espaço ( com outras populações ).

Esses dados sugerem que a expectativa de vida da população está se elevando, o que indica o início de uma mudança no perfil demográfico do Município. A população da faixa etária de 50 anos e mais que representava em 1980, 16,40% da população, em 1991, passa a representar 18,02%.

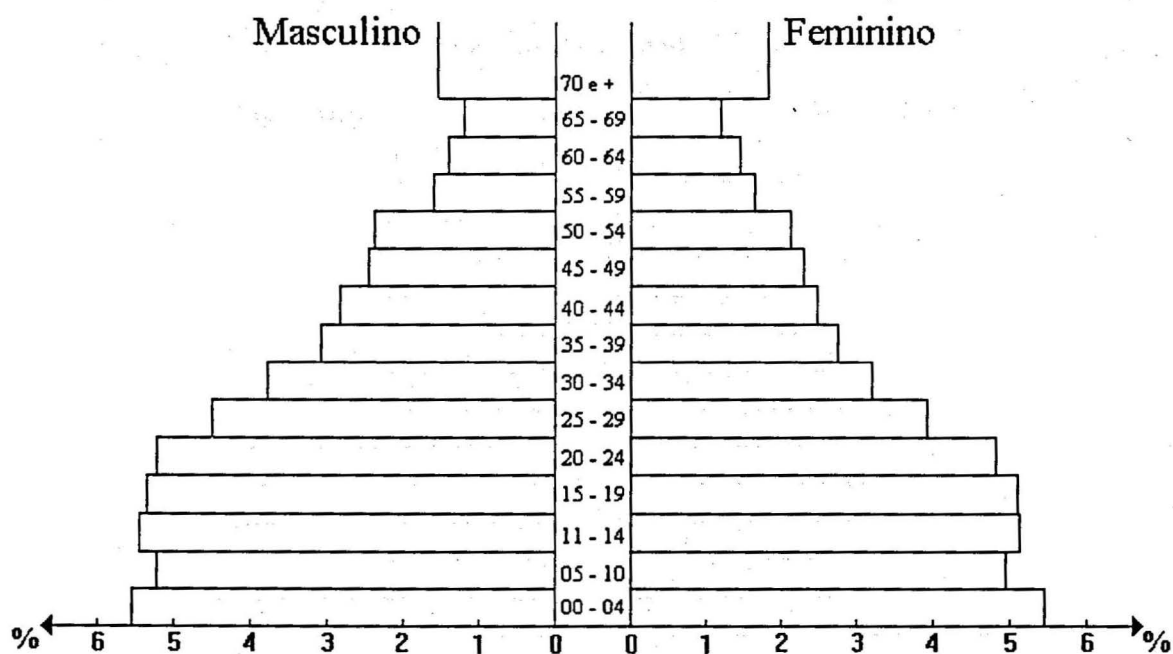
As pirâmides comparativas de 1980 e 1991( gráficos 1 e 2 ), sugerem que o Município de Itapira é uma área em transição de uma situação subdesenvolvida para uma situação próxima de localidades desenvolvidas.

**Tabela 5. Distribuição da População do Município de Itapira, segundo faixa etária e sexo, 1980.**

FAIXA ETÁRIA	(MASC.)	%	FEMIN.	%	TOTAL	%
00 -- 04	2.663	5,56	2.616	5,46	5.279	11,01
05 -- 10	2.500	5,22	2.375	4,96	4.875	10,17
11 -- 14	2.617	5,46	2.450	5,11	5.067	10,57
15 -- 19	2.566	5,35	2.446	5,10	5.012	10,46
20 -- 24	2.509	5,23	2.312	4,82	4.821	10,06
25 -- 29	2.155	4,50	1.877	3,92	4.032	8,41
30 -- 34	1.809	3,77	1.529	3,19	3.338	6,96
35 -- 39	1.474	3,08	1.324	2,76	2.798	5,84
40 -- 44	1.355	2,83	1.189	2,48	2.544	5,31
45 -- 49	1.174	2,45	1.106	2,31	2.280	4,77
50 -- 54	1.138	2,37	1.021	2,13	2.159	4,50
55 -- 59	769	1,60	795	1,66	1.564	3,26
60 -- 64	668	1,39	697	1,45	1.365	2,85
65 -- 69	578	1,21	574	1,20	1.152	2,40
70 e +	745	1,56	874	1,82	1.619	3,38
ignorados	11	0,02	13	0,03	24	0,05
<b>TOTAL</b>	<b>24.731</b>	<b>51,60</b>	<b>23.198</b>	<b>48,40</b>	<b>47.929</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE, Anuário Estatístico, 1980.

Gráfico 1. Distribuição da População de Itapira, segundo faixa etária e sexo, 1980.



Fonte: IBGE

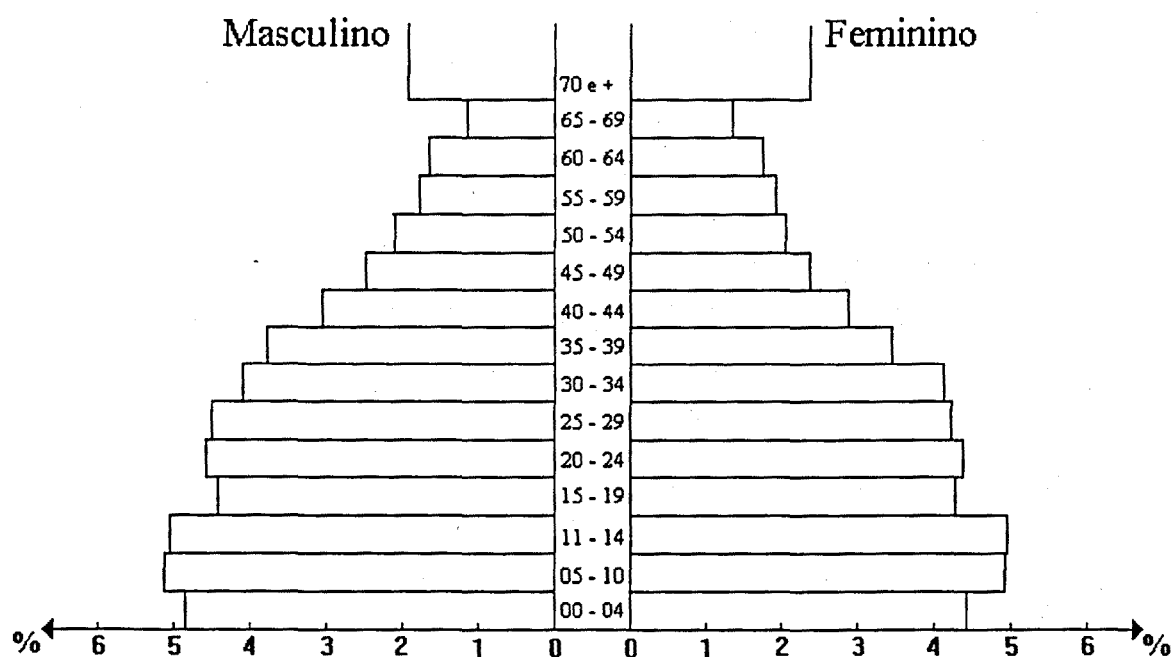
Tabela 6. Distribuição da População do Município de Itapira, segundo faixa etária e sexo, 1991.\*

FAIXA ETÁRIA	MASC.	%	FEMIN.	%	TOTAL	%
00 -- 04	2.747	4,85	2.507	4,43	5.254	9,28
05 -- 10	2.904	5,13	2.789	4,93	5.693	10,06
11 -- 14	2.866	5,06	2.796	4,94	5.662	10,00
15 -- 19	2.503	4,42	2.419	4,28	4.922	8,70
20 -- 24	2.586	4,57	2.480	4,38	5.066	8,95
25 -- 29	2.539	4,49	2.387	4,22	4.926	8,71
30 -- 34	2.328	4,11	2.331	4,12	4.659	8,23
35 -- 39	2.132	3,77	1.954	3,45	4.086	7,22
40 -- 44	1.720	3,04	1.622	2,87	3.342	5,91
45 -- 49	1.400	2,47	1.346	2,38	2.746	4,85
50 -- 54	1.187	2,10	1.162	2,05	2.349	4,15
54 -- 59	1.004	1,78	1.089	1,92	2.093	3,70
60 -- 64	932	1,65	991	1,75	1.923	3,40
65 -- 70	651	1,15	760	1,34	1.411	2,49
70 e +	1.082	1,92	1.344	2,37	2.426	4,29
ignorados	16	0,03	12	0,02	28	0,05
<b>TOTAL</b>	<b>28.597</b>	<b>50,54</b>	<b>27.989</b>	<b>49,46</b>	<b>56.586</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE

\*dados preliminares do Censo Demográfico, 1991.

Gráfico 2 Distribuição da População de Itapira, segundo faixa etária e sexo, 1991.



Fonte: IBGE

## 4.2 Razão de dependência

O valor da razão de dependência indica a relação entre os indivíduos que, teoricamente, são "dependentes" ( 0 a 14 anos e 65 e mais ) e o total de habitantes entre 15 e 64 anos ( população considerada potencialmente ativa ). Quanto maior este valor, maiores devem ser os problemas econômicos de um país.

Em Itapira, o valor encontrado em 1980 era de 60,15 %. Em 1991 era de 56,54%, mais baixo que a média nacional, 88,0% no mesmo ano.

A razão de dependência do Município mostra uma diminuição da razão de dependência total e juvenil e um aumento da razão de dependência senil, no período de 1980/1991. A razão de dependência do Município de Itapira e seus componentes se aproximam mais de países desenvolvidos como a França e o Japão do que da razão de dependência do Brasil. Este fato corrobora a observação de que Itapira está passando por um processo de transição demográfica ( tabela 7 ).

**Tabela 7. Razão de dependência para o município de Itapira, 1980 e 1991.**

ano	razão de dependência*		
	juvenil	senil	total
1980	50,82	9,25	60,15
1991	56,93	10,61	56,57

**Fonte: IBGE**

\* por 100 habitantes economicamente ativos

## 4.3 Razão de Masculinidade

A razão de masculinidade indica o número de homens por mil mulheres, de uma determinada população. Este valor idealmente, deveria ser de mil homens para mil mulheres. Como nascem mais homens do que mulheres e também morrem e

emigram mais homens do que mulheres, o valor da razão de masculinidade tende a ser menor do que mil.

A razão de masculinidade total do Município de Itapira é mais alta que o esperado, embora tendo decrescido em 1991 ( Tabela 8 ).

**Tabela 8. Razão de masculinidade para o  
Município de Itapira, 1980 e 1991.**

ano	r.masculinidade*
1980	1066
1991	1022

**Fonte: IBGE**

\* por 1000 mulheres

#### **4.4 Coeficiente de Natalidade**

A taxa de natalidade no Município está diminuindo na última década, em 1980 ( 27,26/1000 hab.) e , em 1985 ( 21,49/1000 hab.) possivelmente, em razão da queda da fecundidade, reflexo do processo de urbanização, onde as famílias cada vez mais, vem optando pelo menor número de filhos, mostrando a mesma tendência na região de governo de Campinas ( Tabela 9 ).

**Tabela 9. Taxas de Natalidade, Natimortalidade, Mortalidade Infantil e Mortalidade Geral dos Municípios da Região de Governo de Campinas, 1991.**

COEFICIENTES MUNICÍPIO	NATALID. (**)	NATIMORT. (*)	MORT.INFANTIL (***)	MORT.GERAL (**)
ITAPIRA	19,14	12,05	31,51	7,29
AMERICANA	21,28	4,60	17,47	5,53
A.NOGUEIRA	15,17	4,74	35,55	4,85
CAMPINAS	19,42	9,16	20,09	5,96
COSMOPOLIS	18,81	16,06	32,12	4,83
INDAIATUBA	22,54	6,66	27,52	5,60
JAGUARIÚNA	19,34	12,50	16,67	5,12
MOJI-GUAÇU	20,55	10,93	30,05	5,59
MOJI-MIRIM	19,99	8,53	17,33	8,01
MONTE MOR	24,36	8,12	25,97	5,34
NOVA ODESSA	21,34	13,83	20,75	4,49
PAULINIA	23,39	9,42	16,49	4,93
PEDREIRA	18,91	13,38	17,21	6,47
STA B.OESTE	18,73	7,42	23,00	4,21
STO A.POSSE	20,11	3,48	17,42	6,76
SUMARÉ	20,24	7,51	25,86	4,39
VALINHOS	16,55	14,31	15,21	5,33
VINHEDO	19,04	9,45	6,30	5,37
R.G.CAMPINAS	19,82	8,85	21,86	5,58

\* por mil nascimentos

\*\* por mil habitantes

\*\*\* por mil nascidos vivos

**Fonte: Fundação SEADE, Perfil Municipal de 1990/1991, Região Administrativa de Campinas, São Paulo, 1993.**

#### 4.5 Indicadores de Saúde

Historicamente, os indicadores de saúde são usados com a finalidade de mensurar o padrão de vida da população com a qual se está trabalhando. Quando devidamente utilizados, permitem a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde, dependendo fundamentalmente da qualidade dos dados coletados e disponíveis.

Para elaboração do diagnóstico de saúde do Município de Itapira foram coletados dados junto a Fundação SEADE, IBGE, Relatório do ERSA 28, Relatório Oficial da Superintendência Municipal de Saúde, além de entrevistas e

reuniões junto aos representantes do Sistema de Saúde, conforme já citado na metodologia.

Através desses dados, foi possível construir indicadores de saúde que permitem a obtenção de um panorama global do estado de saúde da população.

#### **4.5.1 Indicadores Globais**

##### **4.5.1.1 Coeficiente Geral de Mortalidade**

O Coeficiente Geral de Mortalidade, no ano de 1991, se comparado a outras regiões de Governo de Campinas, da qual o Município de Itapira faz parte, é o 2º pior índice ( Tabela 9 ).

##### **4.5.1.2. Coeficiente de Mortalidade Proporcional ( Indicador de Swaroop-Uemura)**

O indicador de Swaroop-Uemura, conhecido também como razão de mortalidade proporcional, é de grande uso na avaliação dos níveis de saúde de uma população.

Swaroop-Uemura, a partir de estudos feitos sobre os valores deste indicador em diversos países, obtiveram a seguinte distribuição, estabelecendo 4 níveis de saúde:

<b>Nível</b>	<b>valor do indicador(%)</b>
1º	75 a 100
2º	50 a 74
3º	25 a 49
4º	inferior a 25

Este indicador mede a porcentagem de óbitos com idade acima de 50 anos, em relação ao total de óbitos, em uma área e período determinados. O valor varia, teoricamente, de 0 a 100%, dependendo do padrão de mortalidade que a população está sujeita. Quanto maior for a proximidade deste valor aos 100%, melhor será o nível de saúde da população.

O indicador de Swaroop-Uemura mostra que em 1992, 75,34% dos óbitos ocorreram em pessoas com 50 anos e mais, sendo maior que o indicador do Estado de São Paulo, em 1986, que era de 59,74%, indicando, que o Município tem boa qualidade de vida. O valor corresponde ao padrão de nível 2, compatível com regiões que dispõem de uma organização básica de serviços de saúde e com satisfatório desenvolvimento econômico, este indicador aproxima-se bastante do nível ( Tabela10 ).

**Tabela 10. Razão de Mortalidade Proporcional,  
Município de Itapira, 1992.**

faixa etária	número de óbitos	%
menor de 1 ano	18	4,11
01 a 04 anos	05	1,15
05 a 19 anos	03	0,68
20 a 49 anos	82	18,72
50 e +	330	75,34
<b>TOTAL</b>	<b>438</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:Fundação SEADE**

#### **4.5.2 Indicadores Específicos**

##### **4.5.2.1.Coefficiente de Mortalidade Infantil (CMI)**

Este coeficiente é um dos mais importantes indicadores de saúde, dada sua sensibilidade ao padrão sócio-econômico da população considerada.



O coeficiente de mortalidade infantil de Itapira mostrou um grande declínio da década de 1970 para a década de 1980. A razão desse declínio deve-se a diminuição da mortalidade infantil tardia em decorrência da melhoria das condições sanitárias e de higiene da população. É a partir da década de 1970 que a Prefeitura Municipal de Itapira começa a investir em saneamento básico, investimento este que permanece até a atualidade.

O coeficiente de mortalidade infantil de Itapira permanece alto em decorrência do coeficiente de mortalidade neonatal manter os mesmos níveis nestas duas décadas (19,7 por mil nascidos vivos em 1991), sugerindo que vem ocorrendo problemas na assistência à gestante durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido (Gráfico 3).

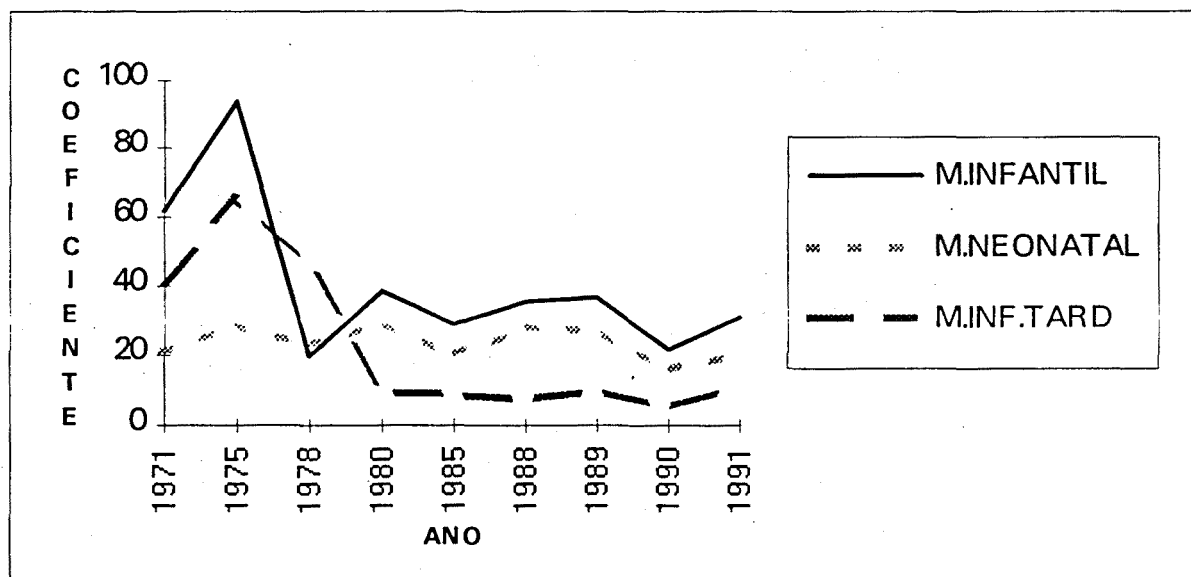
**Tabela 11. Coeficientes de Mortalidade Infantil e seus componentes de Mortalidade Neonatal e Infantil Tardia, por mil nascidos vivos, no Município de Itapira, em anos selecionados.**

COEF. \ ANO	1971	1975	1978	1980	1985	1988	1989	1990	1991
M.INFANTIL	61,6	93,7	19,7	38,4	28,8	35,3	36,6	21,5	30,9
M.NEONATAL	20,8	28,6	22,7	29,2	19,8	27,9	27,0	15,9	19,7
M.INF.TARD	40,8	65,1	46,2	9,2	9,0	7,4	9,6	5,6	11,2

**Fonte: Fundação SEADE**

Observando a distribuição dos óbitos do período perinatal, nota-se que as anomalias congênitas representam apenas 8,33% do total de óbitos até um ano de idade, conforme citado na literatura científica, enquanto que as demais causas de óbitos poderiam ser evitadas, caso houvesse uma assistência efetiva a essa população (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Coeficientes de Mortalidade Infantil e seus componentes de Mortalidade Neonatal e Infantil Tardia, por mil nascidos vivos, no Município de Itapira, em anos selecionados.**



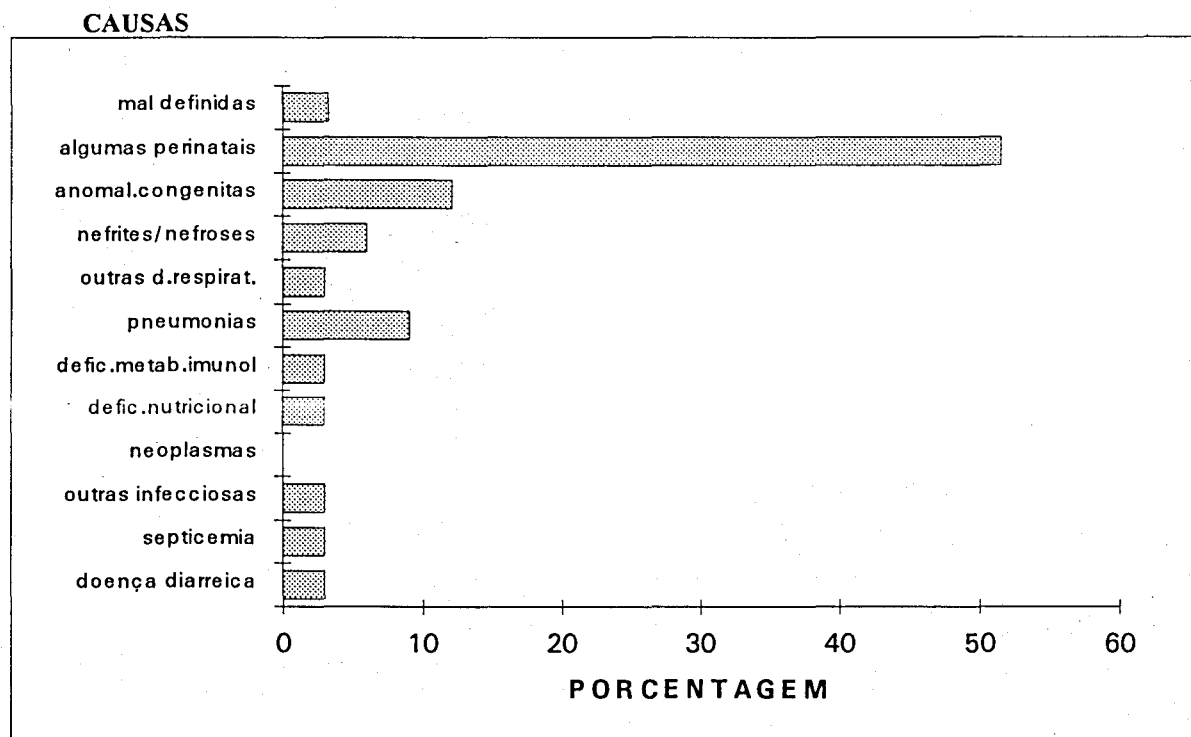
Fonte: Fundação SEADE

**Tabela 12. Distribuição dos óbitos de menores de um ano, segundo as principais causas de morte por idade, no Município de Itapira, 1992.**

faixa etária causas de morte	0-6d		7-27d		28d-11m		0d-11m	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
septicemia	-	-	-	-	01	25,00	01	5,55
out.infecciosas	01	8,33	-	-	-	-	01	5,55
neoplasmas	-	-	-	-	01	25,00	01	5,55
def.nutricional	-	-	-	-	01	25,00	01	5,55
anom.congênicas	01	8,33	01	50,00	-	-	02	11,14
alg.perinatais	10	83,34	01	50,00	-	-	11	61,11
mal definidas	-	-	-	-	01	25,00	01	5,55
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>66,67</b>	<b>02</b>	<b>11,11</b>	<b>04</b>	<b>22,22</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação SEADE

**Gráfico 5. Óbitos de menores de um ano, segundo as principais causas de morte por idade, no Município de Itapira, 1991.**



**Fonte : Fundação SEADE**

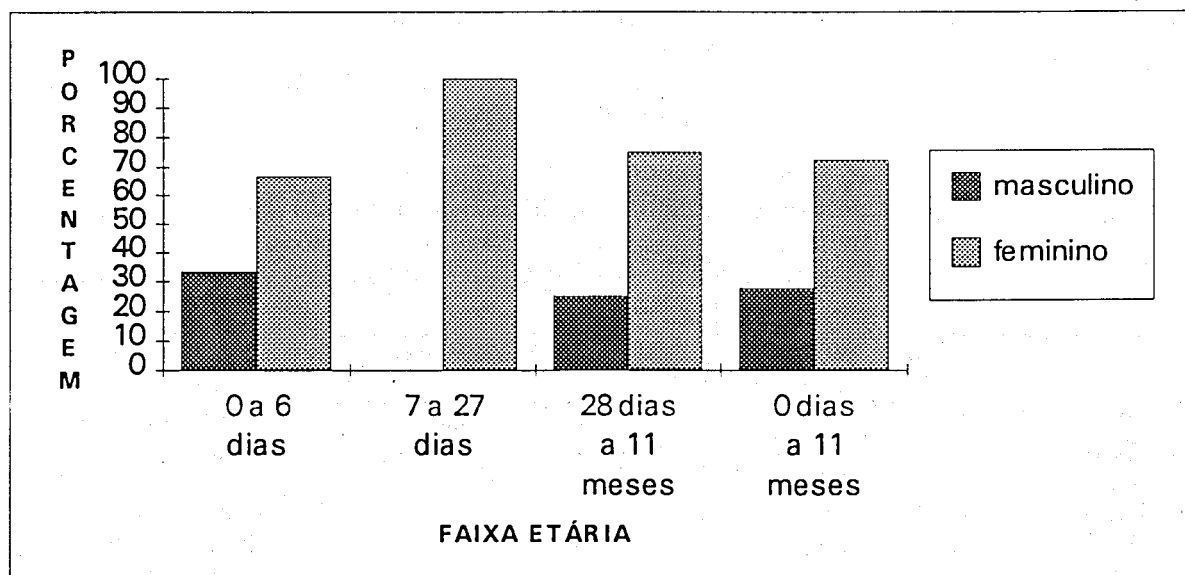
Analisando a mortalidade infantil observa-se a Tabela 13 que a maior concentração de óbitos se encontra no período perinatal ( 66,67% ).

**Tabela 13. Distribuição do número de óbitos de menores de um ano, em número absoluto e porcentagem, segundo sexo e faixa etária, no Município de Itapira, 1992.**

faixa etária	0-6d		7-27d		28d-11m		0d-11m	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
SEXO								
masculino	04	33,33	-	-	01	25,00	05	27,7
feminino	08	66,67	02	100,0	03	75,00	13	72,3
total	12	66,67	02	11,14	04	22,22	18	100,0

**Fonte: Fundação SEADE**

**Gráfico 5. Óbitos de menores de um ano, segundo sexo e faixa etária, no Município de Itapira, 1992.**



**Fonte: Fundação SEADE**

#### 4.5.2.2 Mortalidade Específica por Causa e Idade

A distribuição dos óbitos do Município de Itapira, em 1991, mostra o predomínio de doenças crônico-degenerativas ( 43,96% ), o que caracteriza uma população típica de localidades desenvolvidas, onde existe uma maior concentração de óbitos por essas causas, em contraste com as localidades subdesenvolvidas que se caracterizam pelo predomínio de doenças infecto-contagiosas, que no Município é de apenas 2,46 % ( Gráfico 6 ).

Em relação aos óbitos por causas externas ( Tabela 14 ), em 1992, observa-se que eles representam 7,30% dos óbitos gerais. Ao se analisar a representatividade desses óbitos na faixa etária de 15 a 50 anos, eles passam a representar 62,50% do total de óbitos por causas externas. Isso possivelmente indica uma mudança no estilo de vida da população, devido ao processo de urbanização ( Tabela 1 ) e conseqüentemente, aumentando o risco de exposição à violência, da faixa etária economicamente ativa .

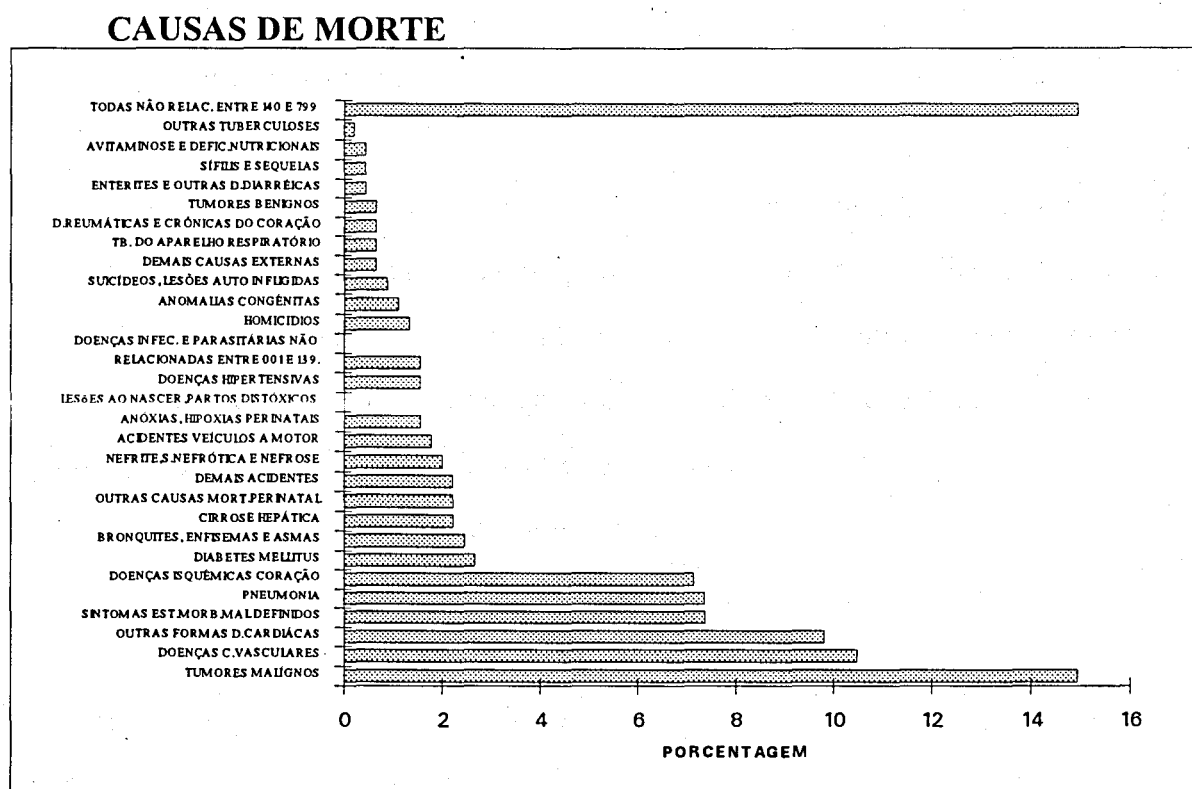
Apesar da distribuição dos óbitos retratarem a situação das condições de saúde do Município existem, ainda, 7,37% dos óbitos que são relatados como sintomas e estados mórbidos mal definidos o que pode ser indicativo de mal preenchimento do atestado de óbito.

**Tabela 14. Distribuição dos óbitos gerais, segundo as causas de morte, resumidas por grupo etário, Município de Itapira, 1991.**

grupo etário causas de morte	0-5	5-15	15-50	50-	total	%
d.infec.parasitária	02	-	03	04	09	2,01
d.infec.intestinais	01	-	-	01	02	0,45
tuberculosos	-	-	02	02	04	0,89
neoplasmas malignos	-	-	11	56	67	14,95
neoplasmas benignos	-	-	01	02	03	0,67
diabetes mellitus	-	-	-	12	12	2,68
desnutrição	01	-	-	01	02	0,45
d.reumáticas crônicas	-	-	01	02	03	0,67
d.hipertensiva	-	-	01	06	07	1,57
d.isquêmica coração	-	-	02	30	32	7,14
outras d.coração	-	-	04	40	44	9,82
d.cérebro vascular	-	-	07	40	47	10,49
pneumonia	03	-	02	28	33	7,37
bronq.,efisema,asma	-	-	-	11	11	2,45
d.cr.fígado/cirrose	-	-	04	06	10	2,23
nefrite/nefrose	02	-	01	06	09	2,01
d.congênicas	04	-	01	-	05	1,12
perinat/trauma parto	17	-	-	-	17	3,79
afecções mal definidas	01	-	09	23	33	7,37
acidentes	02	-	04	04	10	2,23
acid.veículo motor	-	-	07	01	08	1,79
suicídios	-	-	02	02	04	0,89
homicídios	-	-	05	01	06	1,34
outras c. externas	-	-	03	-	03	0,67
ñ relacion.140-799	03	-	09	55	67	14,95
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>-</b>	<b>79</b>	<b>333</b>	<b>448</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:Fundação SEADE**

**Gráfico 6. Distribuição dos Óbitos Gerais, segundo as causas de morte no Município de Itapira, 1991.**



Fonte: Fundação SEADE

#### 4.5.2.3 Coeficiente de Natimortalidade

A natimortalidade em Itapira ( Tabela 9 ) foi de 12,05 por mil nascimentos em 1991. Este coeficiente indica, principalmente, a qualidade de assistência pré-natal, a condição de saúde e de nutrição da mãe, além dos fatores fetais ( anomalias congênitas ). Nas áreas de bom nível de saúde, a natimortalidade é da ordem de 5,0 a 10,0/ mil nascimentos mostrando que o Município tem nível regular de assistência à saúde.

## 5-CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIRA

### 5.1-Municipalização

A municipalização dos serviços de saúde em Itapira foi traumática. O processo começou por iniciativa do Distrito sanitário de Moji-Mirim através das AIS (ações integradas de saúde). Embora tenha sido criada uma pequena Comissão Municipal constituída por representantes do INAMPS, Estado e Prefeitura, o modo de implantação da Municipalização não estava definido.

Várias etapas precisavam ser transpostas:

- Integração dos serviços;
- Regionalização;
- Hierarquização;
- Equacionar as divergências relativas aos Recursos Humanos.

Pretendia-se criar um Centro de especialidades, a cargo do federal/estadual/municipal sendo que as ações básicas deveriam ser desenvolvidas por PS/CS municipais, que deveriam ser criados.

Por interferência política direta, e pressão da Secretaria de Estado da Saúde, na pessoa do Secretário Dr. Pinotti, a municipalização foi forçada, suprimindo-se etapas importantes, sem discussão ou detalhamento de problemas, apenas com a transferência destes, do Estado para a Prefeitura. Como agravante havia uma pressão forte por parte dos funcionários federais contra a municipalização, que não aceitavam o gerenciamento pela prefeitura, e foram transferidos, demitidos ou demitiram-se, desestruturando programas e atividades existentes, criando dentro da Santa Casa, um "bolsão de resistência", agravando as divergências entre a prefeitura e a Santa Casa.

As dificuldades de relacionamento existentes entre a Santa Casa e a Prefeitura iniciaram há aproximadamente 16 anos, quando a Santa Casa de Misericórdia era o único hospital na cidade. Caso houvesse necessidade de internação, o paciente era encaminhado ao Serviço de Pronto Atendimento-SPA da Santa Casa de Misericórdia, onde um médico avaliava a necessidade de internação. Quando não havia internação, o atendimento no SPA era cobrado do paciente como ( consulta particular ), uma vez que o reembolso do INAMPS era apenas para internação. Além da questão ético-profissional que se formava, a população estava insatisfeita e começava a pressionar a Prefeitura no sentido de construir um hospital. A Prefeitura desapropriou um terreno da Santa Casa de Misericórdia e construiu um centro de saúde. Após a construção dessa unidade foi movida uma ação judicial contra a desapropriação, que culminou com a demolição da unidade.

Apesar dos desentendimentos que perduram até o momento, a Santa Casa de Misericórdia assinou o convênio com o SUS, vem equipando, modernizando e preparando-se para competir com o serviço público. O repasse de verbas tem sido feito diretamente à Santa Casa, sem intermediação do Município, o que tem gerado mais conflitos.

Atualmente, o setor privado não está sendo controlado e avaliado pelo Município.

Os serviços estaduais e federais existentes em Itapira estão municipalizados desde de 27.11.1987 ( Anexo 9 ), através de convênio de municipalização entre a SES, o ERSA-28 e a Prefeitura Municipal de Itapira. As unidades estaduais municipalizadas são: um centro de saúde, denominado Posto de Pronto Atendimento ( P.P.A.- Central ), uma Clínica Odontológica e uma unidade federal onde funciona o laboratório de análises clínicas.



Com relação aos Recursos Humanos, a maioria dos funcionários estaduais e federais estão alocados no PPA Central e não há complementação salarial ou plano de carreira.

Os serviços de apoio para diagnósticos ( SADT ) que eram públicos também estão sob administração do Município e são complementados através de convênios com o setor privado a exemplo dos exames anátomo-patológicos.

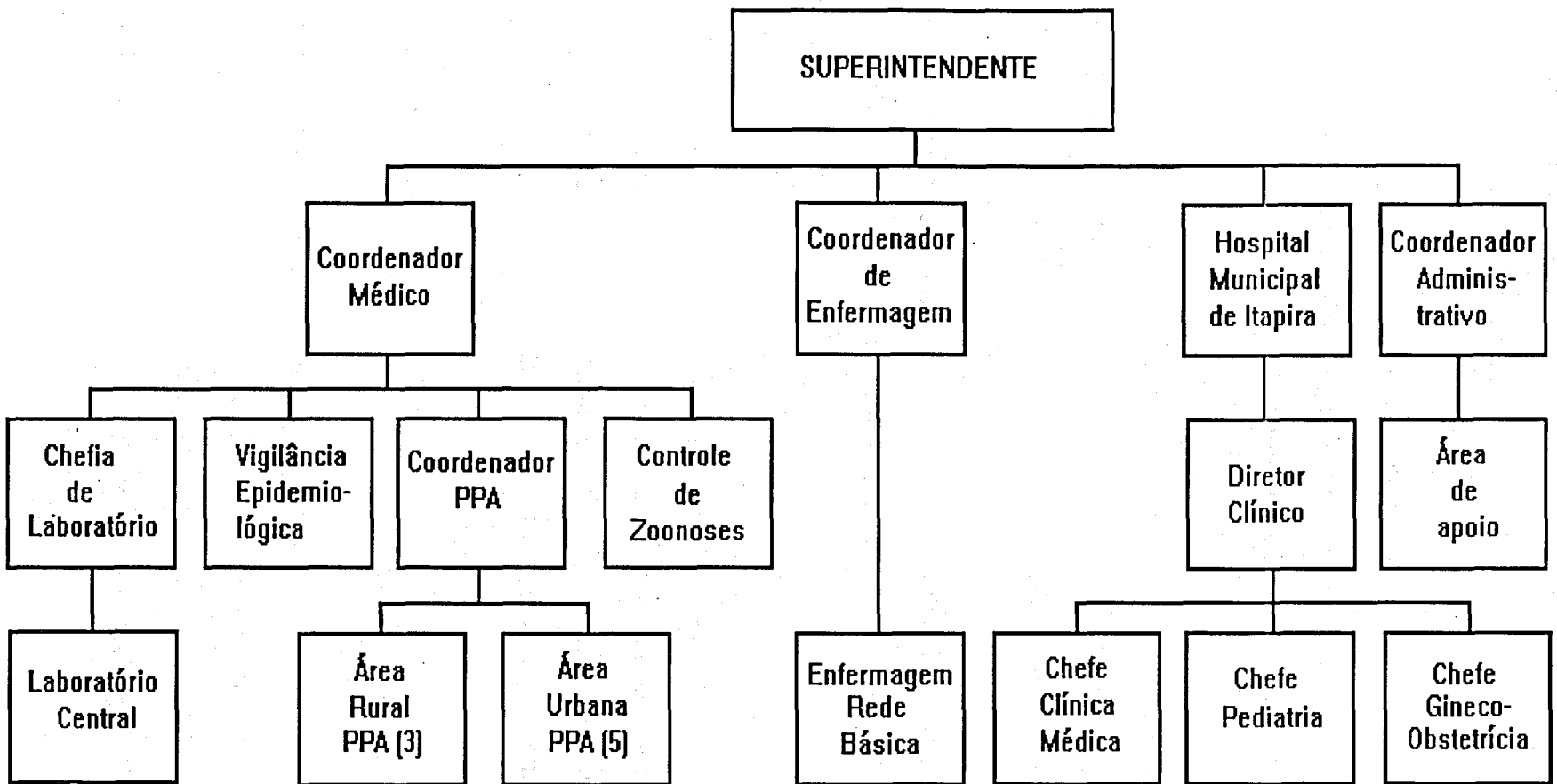
A Secretaria Estadual de Saúde fornece para a Superintendência Municipal de Saúde, vacinas, medicamentos e cede equipamentos em regime de comodato. Os equipamentos existentes na época da municipalização ficaram para uso nas unidades municipalizadas.

Atualmente o Município de Itapira possui um departamento específico para o setor saúde que é o Serviço Municipal de Saúde, vinculado à Prefeitura Municipal.

O serviço Municipal de Saúde é administrado pelo Superintendente Municipal de Saúde, que acumula a função de Diretor Clínico do Hospital Municipal. A assessoria direta é composta pelo coordenador médico, coordenador administrativo e coordenador de enfermagem.

A coordenadoria médica é responsável pelo serviço de vigilância epidemiológica, chefia do laboratório de análises clínicas, pela coordenação dos PPA e controle de Zoonoses.

O coordenador administrativo trabalha diretamente com a área de apoio ( lavanderia, manutenção e limpeza ). Existe convênio com a APAE para realização de dosagem de fenilcetonúria em recém-nascidos e com o Hemocentro da UNICAMP para fracionamento e sorologia do sangue doado no Hospital Municipal de Itapira.



A coordenadora de enfermagem é responsável pelo gerenciamento da enfermagem da rede básica (PPA).  
 Segue abaixo o organograma do Serviço Municipal de Saúde de Itapira

A relação entre o Serviço Municipal de Saúde de Itapira e a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde é boa, com cooperação técnica. A SES fornece medicamentos, vacinas e colabora com equipamentos, para o Município. Cada esfera desenvolve atividades de sua responsabilidade, sem interferir nas ações que são de competência do Município.

As atividades desenvolvidas no Município são:

-Vigilância Sanitária ainda sob gerenciamento da Secretaria Estadual de Saúde-ERSA 28. É realizada por dois funcionários da SES, municipalizados, que trabalham em Itapira.

-Vigilância Epidemiológica e o controle de zoonoses são municipalizados. Alguns programas são desenvolvidos pelo Município e outros pelo ERSA-28.

-Saneamento Básico: o tratamento de água atinge 99,9% da cidade e o tratamento de esgoto 100%. A cidade de Itapira foi a segunda da região a realizar tratamento de esgotos.

O atendimento ao escolar é composto por: atenção à saúde mental, oftalmologia e odontologia. As crianças são encaminhadas às unidades de saúde pela escola para o atendimento necessário. Há agendamento prévio e sistema de referência e contra referência bem estabelecido, proporcionando garantia de vaga.

## **5.2- Financiamento**

O financiamento do setor saúde do Município é proveniente do governo federal, referente ao pagamento dos serviços prestados nas unidades de saúde e do governo municipal, que segundo a lei orgânica, deve receber pelo menos 15% do orçamento da prefeitura. Este ano foi destinado 19% do orçamento ao setor saúde.

O Município não está recebendo suplementação de verbas provenientes do governo estadual e federal. Quando necessário, o pedido de suplementação é encaminhado à Câmara através de projeto de lei.

O orçamento é elaborado com base nas despesas dos últimos doze meses, corrigida pela previsão de inflação e do crescimento do serviço.

A Lei nº 2.271 de 04.03.91 regulamentou o Fundo Municipal de Saúde ( Anexo 10 ), que está subordinado diretamente ao Superintendente de Saúde do Município.

É mantido um modelo de estoque mínimo. Quando as unidades necessitam de medicamentos, materiais, etc, não previstos, é feita solicitação para o SMS, para apreciação do superintendente. Caso a solicitação seja aprovada é encaminhada a autorização para o setor de compras e licitações com posterior distribuição para o nível local.

Existem convênios para a manutenção de alguns equipamentos como: microscópios, aparelhos de RX e gases medicinais.

Com relação às órteses e próteses é feita a compra através de licitação, tendo como base a tabela do INAMPS.

Existe dificuldade no correto preenchimento das AIH, no que se refere ao detalhamento dos procedimentos efetuados, uma vez que não há assessoria técnica do ERSA ou do Ministério da Saúde.

Atualmente, a Superintendência Municipal de Saúde está produzindo 300 AIH por mês. Com a inserção do Município na gestão parcial, espera-se controlar a totalidade das AIH destinadas a ela.

No mês de outubro de 1993 foram efetuados pela rede básica 5.492 consultas médicas, 7.324 atendimentos básicos e 4.577 consultas no Hospital Municipal.

### 5.3 - Participação da População e Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde ( C.M.S. ) foi criado em 4.II.91, pela Lei nº 2.270 ( Anexo 8 ). Tem como objetivo básico o estabelecimento, acompanhamento e avaliação da política municipal de saúde, competindo-lhe ainda funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas.

O Conselho é presidido pelo Superintendente de Saúde do Município sendo composto de dezenove participantes, incluindo seu presidente e tem a seguinte composição :

1. um representante dos Departamentos da Prefeitura Municipal ( assistente social);
2. dois representantes de prestadores de serviços de saúde, sendo um de entidades com fins lucrativos e um de entidades filantrópicas;
3. dois representantes dos servidores municipais da área de saúde : coordenador médico e coordenador de enfermagem dos PPA;
4. um representante da Secretaria do Estado da Saúde;
5. um representante do conjunto das entidades de representação de outros profissionais da área de saúde;
6. dois vereadores da Câmara Municipal a serem indicados pelo colendo plenário ( são retirados dois voluntários em plenário );
7. nove representantes de usuários: Sindicato de trabalhadores, Sindicatos patronais, Associações de doentes e de portadores de deficiências e outras entidades da sociedade civil representativas de usuários;

Os membros do Conselho Municipal de Saúde são nomeados pelo Prefeito do Município que pode substituí-los a qualquer tempo caso julgue necessário.

Os órgãos e entidades previstas podem também solicitar substituição de seus representantes.

O Conselho deve reunir-se uma vez a cada dois meses ou com frequência maior caso haja necessidade constatada por seus membros. As decisões do Conselho serão consubstanciadas em deliberações, sendo tomadas pela maioria dos votos dos presentes. O Conselho tem caráter predominantemente consultivo, embora delibere em alguns casos. São diretrizes básicas do C.M.S.:

- a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção, recuperação e reabilitação;
- ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único que vise atendimento integral e participação da comunidade;
- política de saúde que assegure o desenvolvimento e a complementariedade entre dimensões preventivas como saneamento básico, gestão ambiental, educação sanitária, ambiental e assistencial, garantindo a universalização e o acesso igualitário a um ambiente sadio e aos serviços de saúde a todos os cidadãos do Município.

Haverá eleição de novo Conselho Municipal de Saúde no início de 1994. Não existem conselhos gestores de serviços de saúde e não foi realizada conferência municipal de saúde.

Existe um projeto para intensificar a participação popular através de reuniões comunitárias e de um programa na rádio local específico da SMS. Atualmente existe caixa de sugestões e reclamações para a população, em todas as unidades de saúde.

Existe um técnico em comunicação social trabalhando na área da saúde, desenvolvendo as seguintes funções:

1. de caráter interno:

- elaboração de um informativo interno para os funcionários ( ainda em projeto );
- promoção de eventos;
- treinamento em atendimento ao público;
- padronização das unidades de saúde.

2. de caráter externo:

- seleção de recortes sobre artigos de saúde publicados em jornais de grande circulação, que são entregues ao superintendente de saúde e afixados em locais acessíveis aos médicos, sendo posteriormente mantidos em banco de dados por assuntos;
- assessoria de comunicação com a imprensa ( não há no momento ligação direta com a imprensa );
- divulgação de folhetos e cartazes sobre saúde, bem como em coluna de jornal;
- participação em rádio local ( ainda em proposta ). Seriam 3 minutos por semana, sob supervisão do Superintendente de saúde;
- abertura de espaço para a população no rádio e jornal, respondendo cartas e perguntas ( ainda em projeto );
- coordenação do atendimento aos usuários nas unidades ( padronização do atendimento ) a fim de proporcionar conforto nos PPA;
- coordenar a avaliação de qualidade pelo usuário ( pesquisa ao usuário ) que seria feita uma vez ao ano ( ainda em projeto );
- desenvolver serviço de atendimento ao usuário ( tipo disque saúde ) para prestar informações sobre o sistema e receber denúncias ( também através de carta - ainda em projeto );
- palestras em entidades e escolas sobre o sistema de saúde e educação em saúde, com profissionais da área;
- participação em campanhas de vacinação, com programas de prevenção a AIDS, cólera, raiva e de doação de sangue.

Este profissional no momento não está inserido nos programas realizados nas unidades. Algumas atividades recebem esporadicamente patrocínio de empresas privadas.

No caso do programa de AIDS, já foram feitos anúncios no jornal local, com encartes, campanha de rádio e distribuição de cartazes e folhetos.

O Prefeito tem espaço reservado na rádio local uma vez por mês, onde faz comentários também sobre assuntos relativos à área de saúde.

Há uma proposta para a realização no próximo ano de um seminário sobre municipalização em saúde, cujo projeto aguarda aprovação pelo superintendente de saúde. Seria um seminário de um dia inteiro, composto por quatro painéis e posterior debate.

#### **5.4-Organização e Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde**

A regionalização e distritalização não foram realizadas e não estão em evolução no momento, embora exista uma rede básica com distribuição homogênea, que permite atender todos os bairros da área urbana e os vilarejos da zona rural.

Em geral a população utiliza os PPA próximos de sua residência e nos casos de urgência o PS do Hospital Municipal.

Nos PPA há agendamento de consultas e atendimento à demanda espontânea. Nos agendamentos existe uma demora de quinze dias para Clínica Médica, Pediátrica e Ginecológica e de até três meses para outras especialidades. O tempo de espera de consulta é de uma a quatro horas.

Atualmente tem ocorrido falta de medicamentos para serem distribuídos à população.



Os pacientes encaminhados para internação normalmente são internados no Hospital Municipal, mas em alguns casos a referência é a UNICAMP.

O Hospital Municipal realiza também cirurgias eletivas, internações em: Clínica Médica, Ortopédica, Clínica Cirúrgica, Pediátrica, Ginecológica e Obstétrica, Moléstias Infecto-contagiosas ( inclusive AIDS, com quatro leitos ) e a proposta da S.M.S. é que o Hospital se torne referência regional para AIDS.

Segundo o Superintendente do S.M.S. está havendo uma procura do serviço público pela classe média, inclusive por pessoas que possuem seguro-saúde e convênios com empresas de medicina de grupo.

A proposta da S.M.S. é de fazer convênios com as empresas de medicina de grupo para ocupação de 20% dos leitos do Hospital Municipal. Dessa forma, o serviço público seria remunerado pelo atendimento desse seguimento da população, garantindo a alocação dos recursos, reservando as verbas públicas para o atendimento da população com menor poder aquisitivo.

### **5.5 Modelo Assistencial.**

O modelo atual implementado é predominantemente assistencial devido a falta de profissionais.

As ações em saúde de caráter coletivo praticamente não vêm sendo desenvolvidas, pela falta de recursos humanos quer seja em qualidade e quantidade.

Não há planejamento integrado com outros setores como esporte e cultura, saneamento, promoção social, etc...Esse fato tem inviabilizado as medidas mais específicas de prevenção dos agravos à saúde da população, bem como o atendimento de suas necessidades com relação a ações educativas.

A hierarquização das ações tem sido dificultada pela necessidade de intervenção em surtos e epidemias de doenças infecto-contagiosas e pela falta de estabilidade do R.H. disponível.

O processo de planejamento, controle e avaliação dos serviços é feito a nível central.

O planejamento para a rede pública baseia-se em dados estatísticos da Fundação SEADE ( mortalidade ) e dados populacionais do IBGE.

### **5.6 Sistema de Informação de Saúde**

As Unidades Básicas não dispõe de um sistema de informação local organizado; não havendo gerenciamento do mesmo.

Não é efetuado um levantamento sistemático de dados de morbidade, exceto para as doenças de notificação compulsória. Nem são obtidos outros dados para realização de um diagnóstico local das necessidades específicas da população relativos à saúde, que permitam um planejamento local, descentralizado.

O sistema criado não está informatizado, existindo a proposta de informatização do almoxarifado e a marcação de consultas de especialidades, em curto espaço de tempo.

### **5.7 Recursos Humanos**

As ações programáticas têm sido inviabilizadas devido a um grande número de demissões provocadas pelo baixo salário, havendo dificuldade para novas contratações de médicos, auxiliares e enfermeiros.

Existe treinamento apenas para a enfermagem e quando há interesse de algum funcionário em participar de curso de reciclagem ou atualização, é permitida algumas vezes, sua liberação para participar dos mesmos.

Não existe ainda plano de cargos e carreira, que deverá ser elaborado pela Prefeitura.

### **5.8 Comentários Adicionais**

Está aprovada a inclusão do Município na gestão incipiente prevista na Norma Operacional nº 01 de 1993 do Ministério da Saúde.

Foi proposta à Comissão Bipartite Estadual que o Município assumira a gestão parcial até maio de 1994.

Com a inserção do Município na gestão parcial há a expectativa de melhorar a participação do setor filantrópico e um envolvimento maior do setor privado no S.U.S..

Com o gerenciamento do S.U.S. a nível do Município haverá uma participação maior da população, com melhores condições para fiscalização e controle do setor. Espera-se que essa proximidade com a população proporcione um melhor atendimento às suas necessidades, resgatando a confiança e a credibilidade do setor público.

Desta forma, haverá melhores condições do setor público avaliar e controlar os prestadores conveniados e otimizar os recursos, adequando a oferta às necessidades efetivas da população.

## 6. CARACTERIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

### 6.1 Aspectos Funcionais - Chefias

Esse relatório procura apresentar alguns aspectos ressaltados pelas chefias de serviço de saúde coletados através de entrevistas.

Os entrevistados apontaram a existência de defasagem de funcionários, tanto em número quanto em função. Os profissionais apontados como em defasagem à necessidade da demanda são, principalmente, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliar de consultório dentário e corpo administrativo com conhecimento de área de saúde.

Após concurso, no início das atividades, a maioria dos chefes afirmou existir algum tipo de treinamento, ressaltando porém, que no momento por falta de enfermeiras esse treinamento não tem sido feito. Com pessoal de enfermagem e auxiliares de consultório dentário, o treinamento enfocava as atividades pertinentes à função e prática supervisionada. No caso da vigilância epidemiológica ( programas de DST-AIDS, Tuberculose e Hanseníase ) existe um treinamento específico para médicos e enfermeiras ministrado pelo ERSA-28.

A maioria das chefias afirmou existirem cursos de atualização, como: imunização, saúde da mulher e AIDS, no próprio local de trabalho, reciclagem em saúde mental, além de cursos específicos para o pessoal administrativo como o de recepção ao usuário. As críticas, no que tange a esse assunto, se referiam à falta de informações sobre tais eventos e que os congressos, simpósios, etc. eram destinados apenas aos médicos.

A existência de uma avaliação de desempenho foi referida pela maioria dos chefes, menos um, porém os critérios de avaliação são diferentes para cada área:

- odontólogos, através de produtividade;
- médicos, através de reuniões periódicas;
- enfermagem, informal, anual, indireto, possibilitando remanejamento.

Todos os entrevistados negaram a existência de algum tipo de incentivo ao bom desempenho dos funcionários, porém relataram as medidas tomadas frente ao mal desempenho do funcionário: advertência verbal, advertência escrita, suspensão e transferência.

#### **6.1.1. Equipamentos e Materiais**

A maioria dos entrevistados relatou perceber a falta de equipamentos e ou materiais necessários para o exercício de suas atividades na sua unidade de trabalho, relacionando alguns fatores como responsáveis por essa falta, como a falta de agilidade na aquisição ( burocracia ) e a inconstância na compra.

A maioria das queixas nesse ítem se referem a medicamentos, materiais anticonceptivos e viaturas.

Quanto a manutenção, somente o serviço odontológico a realiza de forma preventiva. O restante dos equipamentos tem manutenção de reparo havendo demora na execução, ora por falta de verba, ora porque outra chefia é que determina como e quando a manutenção será feita. Há mais dificuldades para a realização da manutenção nos equipamentos da rede básica.

#### **6.1.2. Área Física**

Quanto a este ítem, a maioria das chefias declarou que suas unidades precisam de reforma e ou ampliação. O PPA Central parece ser a unidade que tem mais problemas com a área física, mas também foram feitas referências ao PPA Pé no Chão, Figueiredo e Hospital Municipal.

### 6.1.3. Planejamento e Gerenciamento

Neste ítem, algumas chefias declararam haver planejamento a nível central para as ações de saúde, outras declararam não haver planejamento algum, pois o plano diretor é emergencial. A maioria concordou quanto a inexistência de planejamento local. Apenas uma chefia declarou fazer esse tipo de planejamento através de dados como o número de consultas, atividades desenvolvidas, censo populacional, mortalidade, etc e referiu a participação dos funcionários na elaboração do planejamento. Quando as chefias foram questionadas se a participação dos funcionários seria oportuna, a maioria considerou que sim, uma das alegações usadas é a de que os funcionários por morarem nas redondezas, guardam muitas informações úteis sobre a clientela. Neste ítem duas chefias se abstiveram de responder.

Quando questionados sobre a participação da população, a maioria considerou que seria importante, porém essa participação nunca se efetiva. Neste ítem três chefias se abstiveram de responder.

Todas as chefias relataram haver reuniões periódicas com os funcionários para discussão de assuntos da unidade e consideraram essas produtivas.

Todas as unidades tem agendamento de consultas, no entanto o tempo médio declarado, de espera, entre o agendamento e a consulta varia muito, podendo demorar de 3 a 4 meses, dependendo da especialidade. O tempo de espera para os programas ( odontologia ) é de uma semana e de quatro dias para o RX.

O tempo médio de espera para atendimento no dia da consulta é de uma a quatro horas, pois pode haver atraso do médico, em razão de que a maioria trabalha tanto no Hospital Municipal, como nos PPA havendo coincidência de escala de plantões e atendimento ambulatorial.

Existem vagas disponíveis, dentro do agendamento, para emergências.

#### **6.1.4. Participação popular**

A participação popular parece ter como maior canal as caixas de sugestões existentes em todas as unidades e relatadas por todas as chefias. No entanto as chefias não tem retorno das informações e opiniões nelas contidas, uma vez que as caixas são abertas a nível central.

Como exemplo da participação do usuário foi citada a colocação de cadeiras e janelas em salas de espera; mudança do horário de funcionamento e troca de profissionais, mudanças implantadas à partir de sugestões de usuários.

#### **6.1.5. Sistema de Referência e Contra-Referência**

O sistema de referência e contra-referência se faz principalmente para as entidades públicas. Há especialistas disponíveis para consultas no PPA Central e PPA Vila Ilze e internação no Hospital Municipal. Algumas especialidades, como oftalmologia e cirurgias vasculares são encaminhadas para a UNICAMP, onde normalmente é obtido resposta.

O prontuário é enviado ao local de referência, preenchido e devolvido; sendo levados e recolhidos por viaturas. A maioria dos chefes classifica o sistema como satisfatório.

#### **6.1.6. Programas**

Os programas desenvolvidos nas unidades foram pontuados pelas chefias: odontológico, AIDS, DST, hanseníase, tuberculose, hipertensão, saúde da criança, saúde do adulto, saúde da mulher, saúde mental e imunização.

Uma chefia fez a colocação de que na unidade não existe programa algum funcionando, a não ser odontológico. É adotado o modelo assistencial. Nenhuma chefia disse ter conhecimento da existência de coordenadores desses programas.

As chefias desconhecem a existência de avaliação dos programas com relação ao seu impacto havendo, inclusive, a alegação de que não dispõem de mecanismo para isso. Somente no PPA Central utilizam-se e verificam-se os dados epidemiológicos como forma de avaliação dos programas.

#### **6.1.7. Percepção da Chefia em Relação ao Usuário do Serviço**

As diversas entrevistas situaram a população atendida como proveniente de diversas classes econômicas, com predomínio de uma população mais carente, porém as chefias tem observado que uma população mais exigente, de maior poder econômico tem migrado para o serviço a procura de atendimento. Nenhuma colocação, no entanto, situou o usuário como um cidadão que quando procura assistência médica está fazendo uso de um direito constitucional.

#### **6.2 Aspectos Funcionais - Coordenador Administrativo**

Segundo o Coordenador Administrativo da Serviço Municipal de Saúde de Itapira, trabalham atualmente nos serviços de saúde , 429 funcionários, sendo que 105 são de nível universitário, 27 de nível médio e 297 de nível operacional.

O recrutamento do pessoal é feito através de concurso público, promovido conjuntamente com o Departamento de Educação da Prefeitura, utilizando provas do ERSA e provas montadas pelos profissionais da rede.

Os funcionários são todos estatutários, sendo 99% concursados e 1% comissionados ( cargos de confiança ).



O treinamento existe principalmente na área de enfermagem sendo teórico e prático. Já os funcionários administrativos aprendem o serviço no dia a dia, com os mais antigos.

Os funcionários do hospital tem treinamento no próprio local de trabalho.

O PPA Central funciona como um centro de especialidades e local para treinamento dos demais funcionários.

O funcionário, quando admitido, recebe orientação quanto aos seus direitos e deveres. A instituição não tem plano de cargos e salários e a hierarquia segue um "esboço" de organograma.

Não existe educação continuada e capacitação pedagógica. Existe a possibilidade de fazer cursos quando é do interesse da rede, não como atividade programada, dependendo muito do interesse do funcionário.

Entre os funcionários, 95% são municipais e 5% estaduais e federais. O pessoal do nível federal é o que causa maior insatisfação em relação aos demais funcionários, por cumprirem uma jornada menor e receberem maior remuneração.

Os médicos e dentistas são beneficiados por lei municipal que assegura dupla remuneração e um adicional de 25%, para carga horária de 40 horas.

Existe um repasse do valor das AIH de 70%, para médicos com especialidade em bucomaxilo.

Não existe a figura do supervisor e sim a do chefe. A nomeação segue critério político, na maior parte das vezes e, ocorrendo também o critério de antiguidade e dedicação em alguns casos.

Para cada ano de serviço prestado existe um "anuênio" de 2,5 % do salário. Como benefício indireto os funcionários recebem a cesta básica.

Sempre há necessidade de se realizar concursos públicos, principalmente na área de enfermagem, uma vez que existe dificuldades de suprir as vagas existentes, devido à defazagem salarial, em relação aos hospitais psiquiátricos da região.

Existem reuniões periódicas com os funcionários burocráticos do setor de relações humanas e a opinião do funcionário em relação ao serviço que está desempenhando é levada em consideração.

Não foi possível ter acesso ao cadastro de funcionários, mas o administrador informou que esta atualizado.

A folha de pagamento está informatizada.

Existe associação de funcionários, mas não está em atividade.

A distribuição dos recursos humanos entre programas e regiões de abrangência é homogênea.

Não existe nenhum setor específico de saúde ocupacional. O superintendente de saúde é que avalia o grau de insalubridade e aplica o gabarito do Estado.

*Uma das expectativas para o próximo ano é a implantação do cartão magnético como controle de frequência e horário, para todos os funcionários da rede.*

### 6.3 Aspectos Funcionais - Funcionários

Foram entrevistados 33 funcionários da rede de saúde do Município de Itapira, distribuídos, segundo nível de escolaridade em universitários, técnicos e operacionais. As perguntas eram direcionadas à percepção do funcionário, em relação aos recursos humanos.

Os funcionários questionados, na sua maioria, consideram que não existem funcionários em número e em função adequados ao atendimento da demanda. Reconheceram a existência de treinamento inicial na forma de estágio na unidade ou aprendizado com colegas do setor. Quando perguntados sobre a existência de cursos de atualização, a maioria informou ter realizado, citando como exemplo algum curso feitos nos últimos doze meses como palestras na unidade em relação à AIDS, saúde da mulher, vacinação, hipertensão arterial, congressos, etc.

Os funcionários se mostraram divididos quanto a existência de uma avaliação de desempenho, parte dizendo que não existe e outros alegando não saber responder a esta questão.

Foram quase unânimes os funcionários que alegaram não existir nenhum incentivo ao bom desempenho dos funcionários. Os funcionários reconheceram como medida frente ao mal desempenho, a advertência verbal e a transferência do local de trabalho.

Metade dos funcionários alegam não existir desvio de função e a outra metade se divide entre não saber responder e o reconhecimento da existência do desvio de função.

A maioria não tem emprego paralelo e não se sente satisfeito em trabalhar no sistema de saúde público alegando razões salariais.

A coordenadora de enfermagem é a profissional que a maior parte dos entrevistados procuram quando tem problemas no exercício de suas atividades.

Quando perguntados sobre sua visão pessoal do usuário, a maioria dos entrevistados definiu o usuário como pessoas carentes financeiramente e emocionalmente, que não sabem utilizar o serviço.

No que se refere a falta de equipamento e materiais para o exercício de suas atividades, a maioria concordou que existe falta, citando como os mais necessários: medicamentos, aparelho de pressão, luvas descartáveis, carro de anestesia, ambulância e materiais de limpeza.

Para a maioria dos funcionários a área física é adequada.

A maioria dos funcionários disse não haver planejamento nas ações de saúde e quando a resposta foi afirmativa, alegaram não participar, embora considerem que essa participação seja importante.

Existem reuniões periódicas e estas são consideradas relevantes para a maioria dos entrevistados.

Quando solicitados a dar sugestões que pudessem melhorar as condições do seu trabalho, os funcionários apresentaram as sugestões abaixo:

- melhoria salarial;
- maior número de médicos;
- material de uso diário;
- política salarial;
- cursos de reciclagem;
- palestras de informação à população;

- valorização do funcionário;
- entrosamento entre equipes;
- pagamento em dia;
- adequação da área física das unidades;
- maior número de profissionais de saúde;
- reativação de programas.

## **7. CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS**

Levando-se em conta a existência de grupos populacionais, por exemplo, menores de um ano, gestantes, idosos, trabalhadores urbanos e rurais sob certas condições de trabalho, que estão mais expostos a riscos, na sua saúde, evidenciados pelos registros disponíveis de morbimortalidade, variáveis segundo cada região e microrregião, faz-se necessário normatização dos procedimentos, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação geral da saúde.

Dai, origina-se o conceito e prática dos programas de saúde, que são parte das medidas de prevenção desenvolvidas pelas instituições, unidades e profissionais da área.

Os programas de saúde são eficientes quando as normas estaduais são adequadas às condições sociais, epidemiológicas, institucionais e culturais existentes regionalmente, sendo adaptados às condições locais. Desse modo, as ações desenvolvidas nos programas poderão atingir os objetivos a que se destinam, melhorando as condições de saúde da população local.

### **7.1 Saúde Mental**

O programa de Saúde Mental de Itapira funciona no PPA Central. Atualmente conta com um psiquiatra, um psicólogo infantil e duas fonoaudiólogas.

O atendimento psicológico é feito individualmente. As crianças são encaminhadas pelos professores ou em demanda espontânea, recebendo avaliação e terapia.

Não há psicólogo para adultos e, quando necessário, o atendimento é feito no Hospital Municipal, pelo psiquiatra. Se houver necessidade de internação é feita solicitação de vaga no Hospital Psiquiátrico conveniado ao SUS.

Um dos serviços que tem dado suporte à Saúde Mental é a Fonoaudiologia.

A mesma foi inserida na Saúde Pública de Itapira em 1987, após a apresentação de um projeto realizado por uma fonoaudióloga. Até 1990 estava no Departamento de Educação.

O trabalho que vem sendo realizado tem uma visão mais clínica, com atendimento em grupo, de casos neurológicos de adultos (10%) e de crianças (90%), basicamente escolares, dando também assessoria às pajens e professoras.

O serviço possui 2 salas, uma de audiometria onde está o Impedanciômetro AZ7, audiômetro SD25 e cabine acústica, e outra para atendimento clínico.

O trabalho realizado até o momento é de atendimento clínico, programa escolar e audiologia. Também foi realizado um trabalho junto aos pediatras para melhor encaminhamento às audiometrias.

Em relação a esse serviço verificou-se escassez de material básico e até específico da área para a realização de atendimento clínico, além de grande fila de espera .

A cidade conta ainda com três hospitais psiquiátricos, sendo o Instituto Bairral o maior e mais conhecido, considerado o maior hospital psiquiátrico da América Latina. Dos 800 leitos que possui, cerca de 500 são destinados ao SUS.

O atendimento tanto na ala particular como na conveniada com o SUS, somente é possível para adultos, entretanto, adolescentes a partir de 16 anos podem ser aceitos dependendo do diagnóstico e se tiverem porte físico.

## **7.2 Saúde da Criança**

No Município de Itapira as ações desenvolvidas referentes a saúde da criança não podem ser consideradas como programas, pois as mesmas tem caráter individual, não sendo avaliadas, posteriormente quanto ao impacto na comunidade, sua efetividade, ampla divulgação e motivação da população.

As atividades desenvolvidas são:

- incentivo ao aleitamento materno;
- vigilância do crescimento e desenvolvimento;
- iminização e vigilância epidemiológica;
- suplementação alimentar e leite fluído;
- detecção de doenças gastro-intestinais na infância e terapia de reidratação oral (TRO);
- detecção de doenças respiratórias na infância.

## **7.3 Saúde da Mulher**

Atualmente o programa de planejamento familiar está prejudicado, pois faltam vários materiais como: anticoncepcionais, DIU, diafragma, condon, para a distribuição às usuárias.

O controle de câncer cérvico-uterino não vem sendo realizado em todos os PPAs e nos que podem realizar isto não é prática sistematizada para todas as mulheres.

O pré-natal não é realizado, em todas as unidades, por falta de profissionais especializados, em número suficiente.



Em relação à saúde da mulher não foi identificado um atendimento integral como se preconiza.

#### 7.4 Imunização

Em Itapira, a Vigilância Epidemiológica foi municipalizada, e a única tarefa que ainda cabe ao ERSA-28 é o fornecimento de vacinas do Programa Nacional de Imunizações (SABIN, DPT, BCG, dupla adulto e infantil, TT e a TRIMOVAX), bem como todas as outras que porventura forem ocasionalmente necessárias (raiva) ou acrescentadas (febre amarela). Todas as demais atividades pertinentes são de responsabilidade do Município: recepção, acondicionamento, manutenção e supervisão da cadeia de frio, aplicação, fornecimento e descarte deste material, anotação, convocação de faltosos e cobertura vacinal. Nestas atividades, pudemos observar que há problemas da seguinte ordem:

1. Acondicionamento - há, na sala da Vigilância Epidemiológica, no PPA Central, junto a mesas de trabalho e estantes abarrotadas de papéis, duas geladeiras e um freezer para acondicionamento de vacinas de todo o Município e onde estão guardados o Gelox. Os isopores, termômetros e etc., também estão dispostos nesta sala;

Nesta sala não há pia nem local apropriado para separação e manuseio das vacinas. Uma das geladeiras está quebrada e todas as vacinas estão em uma única geladeira.

Observamos que alguns frascos foram colocados na porta da geladeira. Nas unidades verificamos que há colocação de medicamentos, além das vacinas, no mesmo compartimento.

Dentre os PPA, os de maior fluxo, necessitam de geladeira de uso diário, para manter com mais eficiência a cadeia de frio. Atualmente, é preconizado que as

vacinas não devem ser acondicionadas em isopores, exceto em campanhas. É importante lembrar que Itapira apresenta temperaturas elevadas na maior parte do ano.

Na geladeira que fica na Vigilância Epidemiológica é realizada a identificação e depósito das vacinas em recipientes perfurados, o que permite a passagem adequada de frio, entretanto pela disposição incorreta dos recipientes (muito próximos), o sistema fica prejudicado. Nas outras geladeiras a disposição é adequada.

2. Controle de temperatura - é feito controle de temperatura, com termômetro de máxima e mínima duas vezes ao dia. A temperatura encontrava-se, pelo que pudemos observar no gráfico do presente mês, dentro dos padrões necessários;

3. Aplicação, fornecimento e descarte de material - observamos que os frascos de vacina abertos são manuseados inadequadamente, há agulhas espetadas nos frascos e os mesmos não são protegidos e não têm marcação de data. O descarte de materiais é impróprio, pois são jogados em caixas de papelão simples, o que favorece a ocorrências de acidentes pérfuro-cortantes com funcionários;

4. Anotações e convocação de faltosos - a anotação é adequada, mas a convocação de faltosos não o é, uma vez que é feita apenas anualmente, por aerograma;

5. Cobertura vacinal - em contato com o ERSA-28 nos foram fornecidos os dados, uma vez que, em Itapira, não são feitas as mensurações de cobertura, tanto seja a administrativa, quanto a real.

Os dados obtidos de cobertura vacinal administrativa em menores de um ano foram:

1991

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO CONTRA	cobertura (%)
poliomielite	71,90
tríplice	76,30
sarampo	78,50
BCG	81,70

1992

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO CONTRA	cobertura (%)
poliomielite	77,00
tríplice	77,00
sarampo	79,00
BCG	78,00

JUNHO 1993

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO CONTRA	cobertura (%)
poliomielite	42,20
tríplice	40,25
sarampo	35,06
BCG	42,40

Analisando dados e através de avaliações realizadas, sabe-se que a cobertura vacinal administrativa é falha e superdimensionada, pois baseia-se em número de doses e estimativas de população.

Os dados fornecidos pelo ERSA-28, apesar da ressalva acima citada, mostram que a cobertura vacinal é insuficiente e se somadas às eventuais ineficácias devidas a quebra da cadeia de frio, acredita-se que está em formação

um grupo de susceptíveis, o que poderá desencadear uma série de epidemias das diversas doenças imunopreviníveis.

### **7.5 Saúde Bucal**

Em maio de 1985, o Serviço Municipal de Saúde de Itapira passou a atuar na área odontológica ao escolar (CAOE), que se instalou no PPA Vila Ilze.

Trabalhando de forma a articular as áreas preventivas e curativas e visando controlar, principalmente as cáries e as doenças gengivais, o Serviço Odontológico expandiu-se acompanhando os Postos de Saúde e os demais serviços.

O Centro Odontológico do PPA Vila Ilze, possui quatro equipes e uma sala de escovação. Os demais postos de saúde têm apenas um equipo.

Além do atendimento programático dirigido aos escolares de 1º a 8º séries das escolas estaduais, o serviço odontológico organizou-se para atender casos de urgência nos PPA.

Visitando o CAOE, entrevistamos a Coordenadora de Saúde Bucal que nos forneceu as informações abaixo.

Os recursos humanos na área se constituem de dezesseis cirurgiões dentistas, dos quais três estão envolvidos no Programa de Prevenção, dez auxiliares de enfermagem e um técnico para serviços de manutenção. Nenhum dentista trabalha sozinho.

Existe falta de recursos humanos e espera-se para o ano de 1994, a contratação de quatro ou cinco dentistas e auxiliares odontológicos.

Não existem modelos. Há uma sala com três equipes, três cirurgiões dentistas e três auxiliares, mas não seguem a filosofia modular de trabalho integrado junto com TDH (Técnico de higiene bucal).

Todos os consultórios que existiam nas escolas foram desativados.

Com respeito aos Programas, ficaram de ser enviados por fax, mas não chegou nenhuma documentação a tempo de ser avaliada.

Quem coordena os Programas é a própria Coordenadora de Saúde Bucal.

Basicamente existem dois programas de prevenção:

1 - Bochechos semanais com soluções de flúor a 0,2%. Preparada no CAOÉ, colocado em recipiente de plástico hermético e enviado junto com copinhos para as escolas, onde o responsável pelo bochecho é o inspetor de alunos que também anota nas fichas para posterior avaliação. Oitenta por cento dos escolares estão envolvidos no Programa. A população alvo são os alunos do pré-primário de 5,5 anos a 6 anos das EMEIS de Itapira e os alunos das escolas estaduais até a 4ª série do 1º grau do Município. Algumas escolas pediram e estão recebendo o Programa até a 8ª série. O Programa existe também na zona rural.

2 - PCI I - Programa de evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com dentífrico. Vem sendo aplicado em toda a rede .

- PCI II - Está sendo desenvolvido, atualmente, de forma experimental, no Educandário, por um voluntário.

Na cidade de Itapira existem os três tipos de atendimento: o tratamento curativo atinge as crianças da rede escolar até a 8ª série do 1º grau; o tratamento de

urgência para casos envolvendo abcessos, extrações, para as demais pessoas e o tratamento preventivo, já citado anteriormente.

Com relação a parte educativa, é realizada através de projeção de slides e reuniões com as crianças antes do atendimento, para esclarecimentos quanto à escovação, alimentação, etc. A partir de 1994, haverá também projeções de filmes em vídeo cassete.

Toda criança que vem para a 1ª consulta recebe uma evidenciação de placa bacteriana e, posterior orientação de escovação. A Prefeitura fornece as escovas e as pastas de dente; foram solicitados 21.000 escovas de dentes, neste ano.

### **Levantamento Epidemiológico**

A Prefeitura Municipal de Itapira, dentro de seu plano de saúde, no ano de 1985, implantou em sua rede de abastecimento público de águas, o sistema de fluoretação, com o intuito de reduzir a incidência de cárie dental, na população. A quantidade ótima de flúor para Itapira é 0,07 ppm de flúor. Até hoje não foi observado nenhum caso de fluorose.

Após 6 anos de fluoretação, em junho de 1991, foi realizado um levantamento epidemiológico de cárie dental associado a problemática da fluoretação, na rede de abastecimento público de águas, para uma avaliação da redução de incidência de cárie, na população.

O tipo de levantamento realizado foi imediato, aquele em que uma população ou amostra representativa da mesma, é examinada num mesmo dia ou num período curto de tempo. As finalidades do levantamento epidemiológico foram:

- informar sobre a quantidade existente de necessidades de tratamento;

- distribuir as necessidades, segundo as variáveis como: idade, sexo e distribuição geográfica;
- analisar quais os fatores responsáveis por essa quantidade;
- estudar os problemas imediatos e especiais, na área de saúde bucal;
- medir a eficácia do Programa de Prevenção e Controle.

Por falta de dados preliminares, os dados obtidos pelo levantamento foram comparados com os dados dos levantamentos epidemiológicos das cidades de São José do Rio Pardo, Cosmópolis, Salto, Monte Moá e Votorantim.

A equipe responsável pelo levantamento foi composta de dois cirurgiões dentistas da Prefeitura Municipal de Itapira, três docentes cirurgiões dentistas e setenta acadêmicos de Odontologia da PUCAMP e onze cirurgiões dentistas das cidades vizinhas.

A população estudada foi estudantes das escolas estaduais do Município de Itapira que completaram 7 a 12 anos até 06/06/91.

Só foram examinados crianças que nasceram e/ou vivem em Itapira há mais de 05 anos e que se servem da rede de abastecimento público de água. Esta amostra corresponde a 30% do número total de crianças.

**Relatório consolidado de levantamento epidemiológico de cárie dental, realizado em Itapira.**

IDADE	CRIANÇAS EXAMINADAS	TOTAL 1+4	CPO-D MEDIO
07 anos	224	253	1.04
08 anos	258	346	1.34
09 anos	253	364	1.44
10 anos	233	419	1.80
11 anos	104	252	2.42
12 anos	67	240	3.58
<b>TOTAL</b>	<b>1159</b>	<b>1874</b>	<b>1.62</b>

Fonte: Núcleo de Informações-ERSA-28

**Relatório CPO-D, realizado em Itapira, para crianças do sexo masculino.**

IDADE	CRIANÇAS EXAMINADAS	TOTAL 1+4	CPO-D MEDIO
07 anos	117	105	0.90
08 anos	123	142	1.15
09 anos	136	192	1.41
10 anos	121	203	1.68
11 anos	49	121	2.47
12 anos	43	151	3.51
<b>TOTAL</b>	<b>589</b>	<b>914</b>	<b>1.55</b>

Fonte:Núcleo de Informações-ERSA-28

**Relatório CPO-D, realizado em Itapira, para crianças do sexo feminino.**

IDADE	CRIANÇAS EXAMINADAS	TOTAL 1+4	CPO-D MEDIO
07 anos	127	148	1.17
08 anos	135	204	1.51
09 anos	117	172	1.47
10 anos	112	216	1.93
11 anos	55	131	2.38
12 anos	24	89	3.71
<b>TOTAL</b>	<b>570</b>	<b>960</b>	<b>1.68</b>

Fonte:Núcleo de Informações-ERSA-28

Com relação ao material de consumo, a padronização e especificação está sob responsabilidade da Coordenadora de Saúde Bucal.

A armazenagem é feita no CAO E e a distribuição é realizada através de pedidos dos cirurgiões dentistas.

Os equipamentos datam de 1985 e estão em bom estado.

A manutenção é feita por um técnico contratado pela Prefeitura que cobre todos os consultórios para reparos.

A esterilização é feita em estufas e as luvas, na autoclave do Hospital Municipal.



Quanto à demanda, atualmente, não existe atendimento à gestante, por não ser considerado um grupo populacional que mereça uma atenção diferenciada. Não existe referenciamento dos pacientes adultos para outros serviços.

Já existiu uma possibilidade de tratamento para alguns casos através de contratação de serviços de um cirurgião dentista da rede, e o tratamento era realizado no consultório particular deste. Os casos eram avaliados por uma assistente social e, eventualmente pagos pela Prefeitura. Até hoje este procedimento ocorre, mas numa escala bem menor.

Os funcionários recebem treinamento inicial. Para os cirurgiões dentistas o treinamento sobre esterilização é feito junto com a equipe de enfermagem. Os cursos de atualização são feitos por conta dos funcionários; apenas as auxiliares de consultório dentário recebem cursos de atualização, quando necessário.

A avaliação de desempenho dos funcionários é feita através de produtividade. O incentivo ao bom desempenho se traduz na dispensa para cursos, entretanto, a necessidade do curso é avaliada, uma vez que o serviço não pode ficar descoberto. O mal desempenho será advertido verbalmente, por escrito, por transferência de PPA até que o mesmo se demita.

O instrumental e o material estão adequados, mas os equipamentos estão ficando velhos. A manutenção está adequada à necessidade do serviço.

A área física não é adequada à demanda, sendo que o CAOÉ necessita de ampliação.

O planejamento a nível local está centralizado na Coordenadoria de Saúde Bucal e é feito nos meses de dezembro a fevereiro, para ser colocado em prática, a partir de março. Os dados utilizados são os obtidos no ano anterior, que passam por

avaliação, onde vai se decidir pela sua continuidade, aumento, redução ou modificação. Três cirurgiões dentistas participam do planejamento no CAOE, que não conta com a participação da população.

São feitas reuniões periódicas, que são consideradas produtoras.

Os usuários geralmente pedem atendimento para o adulto e distribuição de dentaduras, mas nenhuma sugestão foi implantada, como também não existe mecanismo de participação do usuário.

As consultas são agendadas e o tempo médio entre o agendamento e a consulta é de uma semana. O número de consultas de emergência não é pré-determinado e todas são atendidas.

Os Programas e as ações em saúde não são avaliados quanto ao impacto na comunidade.

Os usuários, na visão da Coordenadora de Saúde Bucal, tem direito igual a tratamento, mas principalmente à prevenção.

## **Discussão**

Pela visita feita às Unidades pudemos observar que pelo menos as duas unidades da zona rural, PPA Ponte Nova e PPA Barão, respectivamente, possuem uma grande carência de horários disponíveis ao atendimento.

No PPA Ponte Nova o cirurgião dentista trabalha dois períodos e no PPA Barão apenas um período. Com a crescente demanda e altos custos para montar um consultório, achamos que este é um ponto a merecer uma rápida avaliação com a finalidade de otimizar o recurso.

No PPA Prados o consultório está localizado no porão e necessitaria uma ampliação de área física.

O levantamento epidemiológico da cárie não conseguiu atingir o objetivo de conhecer a realidade epidemiológica do Município de Itapira, sendo desaconselhada sua utilização para o planejamento de programas referentes à Odontologia Pública pois a amostra deste levantamento só serviria para inferir as condições das crianças residentes no município até 6 anos e que pertencem a rede escolar estadual da cidade. Os dados considerados como CPO-D médio, na realidade, refletem a necessidade média de tratamento (dentes cariados mais dentes com extração indicada), não sendo considerados os dentes restaurados e extraídos, o que no caso elevaria, sensivelmente, a média. A única opção onde o CPO-D médio seria traduzido pelo valor indicado é se admitirmos que nenhuma criança, das examinadas, tivesse sido atendida pelo CAOÉ em 6 anos, o que nos parece improvável.

Assim sendo, qualquer programa baseado neste levantamento estará subestimando as reais necessidades das crianças do Município. Embora tenhamos observado um grande número de consultórios particulares, pelo próprio agravamento da situação econômica do país, existe em Itapira a necessidade de oferecer atendimento odontológico para a população adulta, pois isto já é um anseio presente na comunidade.

Toda avaliação do desempenho dos profissionais está baseada na produção e são raras as ações desenvolvidas em equipe. O serviço de saúde bucal tem dificuldades de incorporar as diretrizes do SUS, especialmente no que se refere à universalidade e integralidade.

O programa de atendimento ao escolar é louvável, mas não pode ser a única estratégia de atendimento, pois acabará tendo uma clientela cativa e individualizada.

## 7.6 Tuberculose

A tuberculose compõe um quadro preocupante em Itapira. Em 1993 foram notificados 38 casos. É realizado acompanhamento dos comunicantes, porém não é feito um controle efetivo dos mesmos, devido a pouca disponibilidade de tempo da visitadora sanitária, para o programa, em virtude de ser apenas uma na rede de saúde, além da falta de informação e falta de esclarecimento do comunicante quanto à necessidade desse acompanhamento..

## 7.7 Hanseníase

A Superintendência Municipal de Saúde considera Hanseníase como uma doença que apresenta alta endemicidade, de acordo com os parâmetros da O.M.S. que estabelece como alta, prevalência maior ou igual a 1/1000 habitantes. A prevalência da doença, em Itapira, é de 1,8/1000 habitantes.

Foram confirmados no ano de 1991, 23 novos casos, sendo que cinco são da forma I, onze da forma T e sete da forma V+D, perfazendo um coeficiente anual de detecção de casos de 40,7/1000 habitantes. No período de 1993, foram notificados 15 novos casos que geralmente chegam ao serviço como demanda espontânea.

É considerada um problema de saúde prioritário para o Município. Após a introdução da poliquimioterapia o índice de abandono diminuiu.

## 7.8 Leishmaniose e esquistossomose

A migração de trabalhadores rurais, principalmente do sul da Bahia e de Minas, para o Município de Itapira, traz problemas como a leishmaniose e esquistossomose. De janeiro a novembro de 1993, 30 novos casos de esquistossomose já haviam sido notificados, sendo que 14 casos foram de moradores da zona rural, de uma mesma fazenda.

Segundo as informações do SVE 2, Itapira registrou casos de esquistossomose autóctone. Há suspeita de que a possível transmissão ocorreu através de caramujos encontrados em um córrego existente no centro da cidade.

A leishmaniose cutânea teve 08 casos notificados, em 1993.

É recomendável o estabelecimento de medidas de controle para ambas as doenças, uma vez que há a possibilidade de ocorrer uma epidemia das mesmas.

## 8. AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

### 8.1 Vigilância Sanitária

O Município de Itapira não implantou, até o momento, o setor de Vigilância Sanitária. Existem, para fazer a fiscalização na cidade, dois agentes de saneamento estaduais municipalizados.

Esses profissionais trabalham em vistorias de rotina, ou seja, em estabelecimentos comerciais ligados à alimentação, quintais das residências e reclamações da população em relação a problemas de saúde.

O Município possui 300 estabelecimentos, aproximadamente, que recebem vistoria inicial e de rotina. Para abertura dos estabelecimentos, é exigido dos funcionários, carteira de saúde com exame de PPD, utilizando a técnica de Mantoux.

As clínicas odontológicas, salões de beleza, salas de reabilitação, escolas, refeitórios das usinas e hospitais recebem apenas a vistoria inicial, as de rotina não são feitas. Já o banco de sangue, farmácias, hospitais e laboratórios ficam sob responsabilidade do ERSA .

A maioria das reclamações da população referem-se a águas servidas e animais como: porcos, galinhas e cavalos. O matadouro da cidade recebe fiscalização anual do SIF ou quando houver necessidade.

Com a municipalização, o agente de saneamento perdeu o poder de autuação. Todo trabalho é feito através de orientação verbal.

A vigilância sanitária é um dos setores necessários na sustentação da garantia de qualidade de vida da comunidade, através dela é possível desenvolver-se um trabalho voltado ao bem estar físico e social da população.

Muitas e variadas podem ser as causas de doenças, mas pode-se referir que grande parte delas ocorrem por falta de um trabalho efetivo em saneamento.

A vigilância sanitária não se resume em fiscalização de estabelecimentos. Deve-se ter claro que ela pode atuar também em ações relacionadas ao meio ambiente, nos produtos comercializados e com profissionais. Suas ações são feitas nos programas de saneamento do meio, educativos e etc. Nesse contexto, conclui-se que o Município deve criar uma estrutura adequada, de forma a atender as necessidades existentes nesse setor.

A formação de uma equipe multidisciplinar de vigilância sanitária, aproveitando os profissionais de diversas áreas, já existentes no Município, (médicos, engenheiros, dentistas, enfermeiras, veterinários, representantes do SAAE e outros), seria uma alternativa possível não se estrutura uma equipe específica para atuação nessa área.

A inexistência de uma equipe de Vigilância Sanitária desfavorece o controle de atividades como:

- saúde do trabalhador;
- controle de produção de alimentos, ( exemplo: hortaliças, gelo, sorvetes );
- situações de risco, exemplo reutilização de materiais descartáveis, controle das receitas de medicamentos.

As clínicas, farmácias, refeitórios e demais locais passariam a ser fiscalizadas pela equipe.

É essencial para a solução dos problemas da Vigilância Sanitária, um trabalho em consonância com a Vigilância Epidemiológica, para que se desenvolva um trabalho adequado à realidade local.

Um exemplo de atuação conjunta e imediata seria a contribuição para a redução do número de casos de gastroenterocolites que ocorrem, com frequência, em todo município.

Enquanto não se municipaliza o serviço, o Município poderia adotar a Legislação Estadual vigente e, através de publicação em Diário Oficial do Município, tornar público o nome dos membros da equipe de vigilância, devolvendo-lhes o poder de atuação.

## **8.2 Vigilância Epidemiológica**

O Serviço de Vigilância Epidemiológica de Itapira é feito no PPA Central e no Hospital Municipal contando com uma equipe de seis pessoas: três médicos, um auxiliar de enfermagem e um médico veterinário

Os programas de controle feitos pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica são Tuberculose, Imunização, Raiva, Hepatite C, DST-AIDS, Hanseníase e Exantemas. O controle da Dengue é feito pelo ERSA-28. As doenças de notificação são referenciadas para o PPA Central.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica não tem o apoio laboratorial necessário tendo que recorrer aos serviços prestados pelo Instituto Adolfo Lutz para cultura de escarro, à Unicamp para sorologia de HIV e ao laboratório do ERSA em, Moji Mirim, para sorologia dos exantemas, o que implica em demora de diagnóstico definitivo havendo casos de espera de três meses para retorno dos exames.



Não é realizada a vacinação de bloqueio para exantemas, fazendo-a apenas para difteria.

Não existem programas de apoio e orientação para pacientes com HIVpositivo, AIDS e para os grupos de risco.

A convocação de pacientes e comunicantes era feita por formulário próprio, enviado pelo correio. Atualmente, a visitadora sanitária faz as convocações nas residências. Apenas a convocação dos faltosos para vacina continua sendo enviada pelo correio, no mês de dezembro, sendo realizada por todos os PPA da rede e a convocação dos faltosos do programa de vacinas da zona rural, é feita pelo rádio.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica apresenta falta de pessoal para desenvolver suas atividades.

### **Gastroenterocolites Agudas**

Ao serem analisados os dados registrados no SVE-2 percebeu-se um grande número de notificações de Gastroenterocolites Agudas-GECA. Este fato merece atenção, uma vez que o sistema de abastecimento de água atinge 87,8%, segundo o DIEESE em 1991 e, segundo informações do SAAE, a rede, atualmente, alcança 100,0% das residências da zona urbana.

Foram notificados no ano de 1993, 711 casos distribuídos em todas as faixas etárias. Para detectar a distribuição da doença na cidade optou-se por dividi-la em cinco regiões, segundo proximidade com os PPA, da zona urbana, na tentativa de localizar a existência ou não de alguma área de concentração da doença (Tabela 15)

**Tabela 15. Distribuição dos casos de Gastroenterocolites Agudas (GECA), conforme registradas pelo S.V.E., segundo proximidade do domicílio em relação aos PPA, período de janeiro a novembro de 1993, no Município de Itapira.**

Região do P. Pronto Atendimento	n. de casos	%
Vila Ilze	248	34,89
Pé no Chão	158	22,22
Central	64	9,00
Prados	58	8,16
sem endereço*	42	5,91
zona rural	40	5,62
não localizados**	20	2,81
outros serviços de saúde	10	1,41
<b>TOTAL</b>	<b>711</b>	<b>1,41</b>

FONTE:SVE 2

\* não constam endereços nas notificações.

\*\* endereços não localizados, de acordo com a classificação proposta.

Ao analisar a distribuição, percebeu-se que os casos estão presentes em todo o Município, concentrando-se na zona urbana, especialmente nas áreas de abrangência do PPA da Vila Ilze e Pé no Chão, com 57,11% dos casos. Na zona rural, foram notificados 40 casos, representando 5,62% do total, 42 (5,91%) dos casos, não apresentaram endereço o que impossibilita a atuação da Vigilância Epidemiológica. 20 endereços dos casos não foram localizados no mapa da cidade.

### 8.3 Controle de Zoonoses

#### RAIVA

O Município de Itapira apresentou um surto epidêmico de raiva entre 1989 e 1991, com ápice de 65 casos, inclusive um humano, em 1990. Embora em 1991 e 1993 não tenha sido registrado nenhum caso de raiva animal em Itapira, a cidade é limitada geograficamente por cidades endêmicas (Tabela 16)

**Tabela 16. Distribuição do número de diagnósticos positivos para raiva, no período de 1991 a 1993, das cidades de Moji Mirim, Moji Guaçu e Leme.**

Ano	Moji Mirim	Moji Guaçu	Leme
1991	04	08	07
1992	04	21	103
1993*	-	17	12
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>46</b>	<b>122</b>

Fonte: Instituto Pasteur de São Paulo  
e Centro da Centrole de Zoonoses da P.M.S.P..

\*dados parciais até 11/93

Este fato demonstra a importância de um serviço ativo de Vigilância Epidemiológica de raiva em Itapira. A cidade tem canil mas não faz captura de cães errantes, só realiza busca ativa nos bairros com casos de diagnóstico positivo.

O tratamento antirábico seria feito apenas quando não se conseguisse observar o animal ou em casos de animais silvestres, evitando ao máximo o risco de acidente vacinal.

Os exames laboratoriais são feitos pelo Instituto Pasteur de São Paulo ou pelo Centro de Controle de Zoonoses da Prefeitura do Município de São Paulo.

### **ANIMAIS PEÇONHENTOS**

A cidade de Itapira tem registrado nos últimos anos casos de agressões por animais peçonhentos, especialmente escorpiões e aranhas. Em 1993, até o mês de novembro já haviam sido registrados 20 casos.

O serviço de Controle de Zoonoses atua no controle do número destes animais em conjunto com os PPA que apresentam palestras para sua clientela sobre a prevenção.

## 9. RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE ITAPIRA, NA SEMANA DE 22 A 26 DE NOVEMBRO DE 1993.

### 9.1 Resultados obtidos em entrevistas realizadas junto à população

O perfil médio dos entrevistados foi:

- mulher, com idade entre 30 e 60 anos, casada, com renda familiar entre 01 a 03 salários mínimos, obtidos na área industrial;

- são moradores do bairro há mais de quinze anos, exceto no Jardim Santa Marta, onde os entrevistados residem há menos de um ano;

- a maioria, ( 93,40% ) dos entrevistados, utiliza o serviço público de saúde do próprio Município, dos quais 80,30% utilizaram o serviço público e 71,00% utilizaram o serviço público municipal, exclusivamente. Em geral, vão à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, principalmente aos PPA do bairro e geralmente vão a pé;

- mais da metade ( 60,30% ) referem que são atendidos quando procuram a unidade de saúde local, os demais, às vezes não conseguem atendimento. É importante declarar que nenhum dos entrevistados referiu nunca ter conseguido atendimento;

- a grande maioria sente-se satisfeito com o atendimento nos serviços de saúde, considerando-o de boa qualidade. Uma parcela menor, às vezes não fica satisfeita, classificando o atendimento como regular. Poucas pessoas referiram total insatisfação e consideraram-no ruim;

- a maior frequência de utilização dos serviços foi a de cinco vezes nos últimos doze meses;

- entre as especialidades básicas, a mais procurada foi a Clínica Médica, seguida pela Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria respectivamente. Quanto às demais especialidades, a Ortopedia foi a com maior demanda;

- com relação aos usuários de serviços particulares, os principais motivos da não utilização do serviço público foram:

- o atendimento é moroso;
- possuem convênio médico; e
- presença de médicos no próprio local de trabalho.

Os outros motivos alegados com menor frequência, foram:

- preferem utilizar um serviço tradicional como a Santa Casa;
- faltam alguns especialistas no serviço público;
- dificuldades no atendimento noturno; e
- amizade e confiança no médico particular.

## **9.2 Resultados obtidos em entrevistas realizadas junto aos informantes-chave**

Foram realizadas entrevistas com dezesseis informantes-chave da população, abrangendo os bairros da área urbana e os três vilarejos de zona rural, utilizando a técnica de estimativa rápida. Os informantes pertencem às seguintes regiões ( 1 ):

Região	Nº Informantes
1. Zona Urbana	10
Centro	01
Santa Cruz	02
Vila Boa Esperança	01
Penha do Rio do Peixe	02
Vila Basame	01
Vila Ilze	01
Cubatão	01
Prados	01
2. Zona Rural	06
Ponte Nova	01
Barão	02
Eleutério	03

1. Como no Município de Itapira não houve o processo de territorialização, não existe divisão em área de abrangência e com o tempo disponível não seria possível defini-las, a divisão espacial adotada foi adaptada às condições locais e teve como referência a região dos PPA .

Deste modo visou-se obter a percepção subjetiva e opinião da população com relação à morbidade sentida, causas de morte, acesso e qualidade dos serviços de saúde vinculados ao SUS, o saneamento básico, as necessidades e os problemas existentes, bem como as sugestões para resolvê-los.

As informações foram classificadas de acordo com o número de vezes que foram referidas.

**Lista, em ordem de frequência, dos principais agravos à saúde relatados:**

<b>Agravo relatado</b>	<b>Porcentagem *</b>
1. doenças cardíaco-vasculares	27,70
a. hipertensão arterial	19,90
b. infarto agudo do miocárdio	2,10
c. outros agravos	6,40
2. doenças do aparelho respiratório	21,30
a. infecção de vias aéreas superiores	12,80
b. bronquites e asma brônquica	2,10
3. doenças diarreicas, principalmente em crianças	10,70
4. acidentes de trânsito com veículos a motor	8,50
5. alcoolismo relacionado a cirrose hepática	4,20
6. alcoolismo	4,20

\* porcentagem sobre o total de doenças citadas

**Lista, em ordem de frequência, das principais causas de morte referidas ( \* )**

<b>Causa de Morte Referida</b>	<b>Porcentagem*</b>
1. doenças cardíaco-vasculares	52,40
a. infarto agudo do miocárdio	14,30
b. outros agravos	38,10
2. acidentes de trânsito com veículos a motor	14,30
3. câncer	14,30
4. alcoolismo relacionado a cirrose hepática	14,30
5. óbito fetal	4,80

\* sete entre os dezesseis entrevistados ( 43,75% ) não sabiam referir as principais causas de morte da população

Com relação à qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, a maioria dos entrevistados ( 68,75% ) afirmaram que os serviços são bons, alguns ( 12,50% ) consideram o atendimento regular e 12,50% não souberam definir.

As maiores dificuldades de acesso devem-se:

- à demora para o agendamento de consultas com especialistas, que em alguns casos têm espera de até três meses;
- o tempo de permanência do usuário, no dia da consulta, ficando várias horas esperando pelo atendimento;
- nos postos de zona rural, o atendimento não é feito todos os dias da semana;
- o número de horas que a unidade permanece aberta é insuficiente, o que é motivo de queixa constante da população.

Existe saneamento básico com sistema de tratamento e abastecimento coletivo de água e esgoto, coleta de lixo regular: três vezes por semana na zona urbana e duas na rural. Nos vilarejos a água é canalizada, obtida em poços artesianos e a rede de esgotos é constituídas de fossas coletivas.

Nas propriedades rurais o abastecimento de água é feito com poços convencionais e se utilizam de fossa negra para esgotos. No vilarejo da Ponte Nova, existem fossas sépticas particulares e esgoto a céu aberto.

Lista em ordem de frequência, das sugestões para melhorar as condições de saúde da população do Município de Itapira.

1. aumentar o número de horas e os dias de funcionamento das unidades PPA;
2. aumentar e melhorar o fornecimento de medicamentos;



3. aumentar o número de funcionários e médicos nas unidades de saúde;
- 4.a. melhorar as condições sócio-econômicas da população;
  - b. ampliar a odontologia, atendendo adultos;
- 5.a. proceder a limpeza de riachos, terrenos com entulhos e etc.;
- b. aumentar os recursos financeiros para o setor saúde;
- 6.a. ampliar o espaço para atuação das lideranças populares nos bairros;
  - b. mais recreação;
  - c. melhorar as condições de higiene das pessoas, com medidas educativas;
  - d. vacinar todas as crianças;
  - e. agilizar o atendimento e diminuir a burocracia das unidades;
  - f. ambulâncias nas unidades rurais;
  - g. telefone público nos bairros mais afastados e zona rural.

## 10. DISCUSSÃO

### 10.1 Referente ao S.U.S.

O Município de Itapira conta com a seguinte estrutura organizacional em saúde: um Hospital Municipal com 46 leitos gerais, oito Postos de Pronto Atendimento (PPA), sendo cinco em zona urbana e três em zona rural. Além da Santa Casa de Misericórdia que conta com 142 leitos gerais e três hospitais psiquiátricos com 1810 leitos, sendo o maior deles o Instituto de Neuropsiquiatria Bairral que conta com 500 leitos conveniados ao S.U.S.

Considerando uma população de 57.000 habitantes (IBGE Censo 1991), com a estrutura mencionada, existe no Município 3,3 leitos/mil habitantes, que pode ser interpretado, segundo o Plano CONASP, como excessivo ocasionando ociosidade de leitos hospitalares.

Quanto aos PPA existe a proporção de um para cada 7.100 habitantes, que pode ser considerado, pela metodologia CENDES-OPS três vezes maior que o necessário.

Baseando-se nos dados de produção ambulatorial o número de consultas pode ser considerada adequada ao número de habitantes.

De acordo com as visitas realizadas verificamos que o Hospital Municipal possui um projeto arquitetônico arrojado, está tecnicamente bem equipado. A Santa Casa de Misericórdia por ser um prédio muito antigo vem passando por reformas e adaptações, nem sempre adequadas, mas há uma preocupação evidente com a melhoria da qualidade e eficiência do serviço oferecido.

Com exceção do PPA Central, que necessitaria de reforma e ampliação, por conta do atendimento ambulatorial especializado, todos os outros possuem uma rede física adequada .

Apesar da estrutura da rede de serviços ser adequada, os indicadores de saúde demonstram que as ações de saúde oferecidas não alcançam o impacto necessário para melhorar o nível de saúde da população.

Analisando-se, por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes de mortalidade neonatal e infantil tardia observa-se que o coeficiente de mortalidade neonatal manteve-se estável e alto, nas últimas duas décadas, sugerindo problemas de assistência à gestante no pré-natal e parto e ao recém-nascido. Essa observação fica mais explícita quando se analisa o período perinatal onde se concentram a maior parte dos óbitos. Observando-se as causas de morte neste período conclui-se que a maior parte delas poderia ser evitada com a melhoria no atendimento à gestante.

A resolatividade e eficácia do serviço não é satisfatória. Não existe sistema de referência e contra-referência bem estabelecidos. O modo de produção das ações é inadequado, considerando-se que existe demora no agendamento de consultas especializadas e o atendimento nos PPA é moroso.

O planejamento das ações é centralizado e realizado em função da produtividade e da oferta de serviços, causando incoerência entre a oferta dos mesmos e o impacto no nível de saúde da população.

A prática sanitária moderna prevê o planejamento descentralizado e regionalizado.

Seria necessário a criação de um sistema local de informações que permita realizar a territorialização e definição das áreas de abrangência e a hierarquização e regionalização dos serviços. Desta forma, pode-se identificar as micro-áreas de risco e planejar as ações com discriminação positiva, priorizando as intervenções. Além disso, o sistema local de informações permite avaliação e controle mais fidedígnos e dinâmicos das ações que podem ser adaptadas e viabilizadas de acordo com as necessidades do momento.

Baseando-se nas sugestões dos informantes-chave, identifica-se a percepção subjetiva da população quanto à intersectorialidade da saúde, o que demonstra a consistência do saber empírico da população.

Os dados obtidos, em sua maior parte, são confirmados pelos sistemas formais de informação; além disso, permitem apurar dados específicos que não são detectados pelos sistemas formais, de modo a traçar um perfil mais preciso da realidade local.

Por outro lado, o fato de os usuários classificarem os serviços como bons, não significa que os mesmos tenham uma boa resolutividade, o que demonstra a necessidade da associação do conhecimento técnico com o da população, para o planejamento das ações.

O modelo assistencial adotado no município é predominantemente curativo, carecendo de ações de promoção à saúde que visem intervir nos fatores condicionantes e determinantes das demandas em saúde.

O Município de Itapira está inserido na gestão incipiente, entretanto até o momento não desempenha todas as atividades correspondentes para esta condição de gestão, previstas na norma operacional 01/93.

Ainda não assume a função de programar e autorizar a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade. Não controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos e, não desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.

As divergências entre o setor público e o privado, especialmente no que se refere à Santa Casa de Misericórdia de Itapira, impedem a integração e cooperação entre os serviços, dificultando a efetiva implantação do SUS, em prejuízo da população.

Com relação a proposta do S.M.S. de um convênio de cooperação com as empresas de medicina de grupo, para que o serviço público seja remunerado pelos serviços prestados aos conveniados, requer uma discussão mais ampla para que a sociedade local se manifeste a esse respeito.

Com base na lei que regulamentou o Conselho Municipal de Saúde (C.M.S.), em entrevistas realizadas com os seus membros e na observação participante de uma das reuniões do mesmo, fez-se uma análise do C.M.S. e chegou-se às seguintes conclusões:

- embora tenha uma constituição paritária, o mesmo não tem sua representatividade popular garantida, uma vez que seus membros são nomeados pelo prefeito. Particularmente, em relação à participação dos dois vereadores, considera-se a mesma não pertinente, uma vez que a vereança é um locus específico de representatividade da Câmara Municipal;

- considerando-se que o C.M.S. deveria ser um forum permanente, deliberativo atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde. O mesmo tem pouco poder deliberativo assumindo um

caráter predominantemente consultivo, sem discussões mais aprofundadas sobre as diretrizes da Saúde do Município. Seguem algumas falas sobre este assunto:

"às vezes é consultivo, às vezes é deliberativo".

"primeiro é consultivo, depois deliberativo".

"não está bem claro para mim o que seja isso";

- há falta de conscientização de seus membros sobre o significado e princípio do SUS, bem como do próprio C.M.S.. Os conselheiros não souberam conceituar a municipalização e nem visualizar sua importância na reforma sanitária;

- apesar da inserção do Município na gestão incipiente, passando a parcial, ter sido deliberada em reunião do Conselho, a maioria não soube esclarecer quais as implicações destas condições de gestão, como na fala que se segue:

"passamos da incipiente (instalações dos PPA), agora estamos parcialmente, confirma o Hospital Municipal de Itapira, pelo seu grande porte e pelos PPA existente. Considero parcial evoluído";

Mediante estas distorções o C.M.S. corre o risco de atuar exclusivamente como uma estrutura colegiada de referendo das propostas do executivo, deixando de ser uma instância de participação popular.

## **10.2 Referente aos Recursos Humanos**

A eleição do sub-tema deste Trabalho de Campo Multiprofissional surgiu após leitura do Plano Diretor do Município para o biênio 1992/1993. Alguns fatos nos pareceram pouco claros:

1. Quais funções existiam dentro do quadro funcional da saúde? ;
2. Porque não haviam atendentes de enfermagem, apenas auxiliares?;

3. Faltava no organograma uma estrutura formalizada que tratasse do gerenciamento de R.H.;
4. A carga horária era adequada à função?;
5. A ênfase constante da necessidade de contratação.

A partir daí foram elaborados três instrumentos, roteiro de entrevista, para ser aplicado a funcionários dos três níveis de escolaridade (superior, médio e elementar), chefias de unidade e Coordenador de Recursos Humanos, para que se pudesse conhecer o funcionamento e a realidade desta área. Pressupôs-se que a falta de recursos humanos desenvolvidos e devidamente estruturados, inviabiliza a plena implantação do S.U.S., já que esses recursos devem ser adequados, no sentido mais amplo, às necessidades da população.

## **CONTRATAÇÃO**

Apesar do ingresso dos funcionários, no serviço de saúde, ser através de concurso público, não está sendo respeitada a qualificação para o auxiliar de enfermagem, conforme exigência de lei, que regulamenta o nível de escolaridade mínimo e formação específica.

## **NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS X DEMANDA**

Em relação ao número de funcionários e sua adequação à demanda percebe-se uma discordância entre a visão de quem gerencia e de quem exerce as atividades de saúde.

Nota-se uma concentração de funcionários de nível superior e uma defasagem em relação aos funcionários de nível médio, principalmente, e operacionais, refletindo o desconhecimento da real necessidade dos recursos humanos, nos serviços de saúde do Município.

## **TREINAMENTO**

O treinamento inicial e emergencial só ocorreu enquanto haviam enfermeiros em número suficiente na rede de saúde e, mesmo assim, se restringia apenas aos funcionários da área de enfermagem, sempre no local de trabalho durante o exercício das atividades. Atualmente esse aprendizado se dá de maneira informal, com colegas de trabalho, tanto na área de enfermagem quanto na área administrativa. O único programa de treinamento existente é proporcionado pelo ERSA 28 direcionado para a vigilância epidemiológica.

Embora todos os funcionários sejam estatutários, em decorrência da ausência desse treinamento inicial eles desconhecem os seus direitos e deveres, embora a administração afirme o contrário. Não existe estatuto de funcionário público municipal.

## **CURSOS DE ATUALIZAÇÃO**

Os cursos embora existam, não seguem um programa sistematizado de educação continuada, sendo oferecidos, na maioria das vezes, aos profissionais médicos, pelo nível regional, nem sempre atendendo à necessidade de capacitação do recurso humano à realidade local.

## **PARTICIPAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS NA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE**

As reuniões periódicas são utilizadas, principalmente, para tratar dos trâmites administrativos. Este espaço poderia estar sendo aproveitado para melhorar a comunicação entre chefias e funcionários, além de possibilitar a readequação das ações de acordo com o funcionamento diário da unidade e maior participação do funcionário no planejamento do seu serviço.



## **AValiação DE DESEMPENHO**

A avaliação de desempenho, não obedece a critérios pré estabelecidos e, quando existe, não segue critérios homogêneos. Os funcionários não têm conhecimento da existência da avaliação e não têm acesso ao seu resultado.

## **PLANO DE CARGOS/CARREIRA E SALÁRIOS**

A inexistência de um plano de cargos/carreira e salários não permite que o sistema de saúde possa ser organizado adequadamente, refletindo de forma negativa no desempenho dos funcionários. Outro motivo apontado para a insatisfação no trabalho é a baixa remuneração sendo uma das razões para a grande evasão de pessoal do serviço público. Os auxiliares de enfermagem formados através do serviço público, migram para os serviços de saúde particulares em busca de melhor remuneração, o que ocasiona um custo expressivo na captação de novos profissionais e na formação destes.

## **DESVIO/ACUMULO DE FUNÇÃO**

Foi detectado em alguns setores como o de enfermagem e serviços administrativos, em alguns PPA e no Hospital Municipal, funcionários que estão exercendo funções diferentes daquelas para as quais foram contratados e também acumulando funções. Isso pode acarretar, muitas vezes, a ocorrência de erros técnicos, podendo surgir problemas legais e jurídicos para a Prefeitura.

## 11. SUGESTÕES

### 11.1 Gerais

Espera-se com este trabalho fornecer subsídios que auxiliem em uma melhor "leitura da realidade", proporcionando não só o levantamento de necessidades, como pontuar aspectos de identificação de espaço geográfico, perfil demográfico e epidemiológico, de recursos humanos, tecnológicos, político e social:

- realizar a Conferência Municipal de Saúde com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre os princípios e o significado do Sistema Único de Saúde e da municipalização, caracterizando sua importância na Reforma Sanitária;

- promover operações comunicacionais educativas (fóruns de debates, palestras, seminários), com a ampla participação da sociedade, para aumentar a consciência sanitária da população;

- ampliar a representatividade do Conselho Municipal de Saúde;

- criar um sistema de informação local;

- realizar o processo de territorialização, definindo as áreas de abrangência existentes e utilizar o planejamento local com participação popular;

- um aperfeiçoamento nos sistemas de referência e contra-referência e hierarquização das ações entre os serviços vinculados ao S.U.S.. Sugere-se a transformação do modelo assistencial, enfatizando a promoção à saúde com modificação na estrutura da organização e do modo de produção das ações, adequando-as às necessidades da população;

- favorecer a integração intersetorial, viabilizando as ações de prevenção e promoção à saúde;
- realizar uma ampla campanha educativa e ações preventivas para atuar sobre a drogadição;
- para a implantação efetiva do S.U.S. é necessário um entrosamento entre os setores de saúde público e privado, mais claramente, entre a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Municipal de Itapira;
- otimizar os recursos existentes;
- reavaliar rotinas de trabalho como: descarte de material perfuro-cortante; procedimentos de lavagem, desinfecção e posterior armazenamento de material esterilizado em locais distintos;
- utilizar luvas de procedimentos descartáveis;
- melhorar o ambiente de trabalho na lavanderia e ampliar o horário de funcionamento da mesma;
- revisar o atual organograma do Serviço Municipal de Saúde.

## **RELAÇÕES HUMANAS**

Como forma de garantir a correta aplicação dos princípios que regem o S.U.S., é indispensável a criação de um setor que seja responsável direto por todas as atividades inerentes ao suprimento, aplicação, manutenção, desenvolvimento e

controle de recursos humanos. Para tanto, é necessária a formação de uma equipe habilitada e experiente para tratar de assuntos relativos a esse setor.

O profissional de saúde deve corresponder a um perfil que só pode ser alcançado através de uma ampla discussão dos princípios e diretrizes do S.U.S., propiciada por um setor de recursos humanos atuante.

A equipe de saúde só se forma, através de um contínuo trabalho de treinamento, capacitação e educação continuada, com uma visão real das necessidades da coletividade da qual faz parte e atende.

Essa visão da realidade local só é obtida através da participação popular e da informação e integração dos funcionários ao processo de implantação do S.U.S.. Neste contexto é possível planejar as ações de saúde a partir da integração da percepção da comunidade e dos funcionários do serviço de saúde, das necessidades locais.

## **11.2 ESPECÍFICAS**

### **PROGRAMAS**

- verificar junto à comunidade as suas necessidades e carências educativas, respeitando o seu nível de compreensão e a realidade local para a formulação e aplicação dos programas;

- realizar avaliações periódicas para mensurar o impacto dos mesmos;

- adequar o Programa de Saúde da Mulher, melhorando a assistência ao pré-natal e ao parto, com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil perinatal;

- prover os P.P.A. de recursos materiais necessários para viabilizar os programas.

### **CONTROLE DE LEISHMANIOSE E ESQUISTOSSOMOSE**

- Vigilância Epidemiológica ativa, para a detecção precoce de novos casos e tratamento dos doentes;

- controle do **Biomphalaria**, que sabidamente existe na região;

- trabalho efetivo da SUCEN e da vigilância sanitária nos córregos e lagoas, no controle dos artrópodes vetores;

- criar um programa de educação sanitária de prevenção dessas doenças.

### **SAÚDE BUCAL**

Na nossa opinião, a primeira atitude a ser tomada seria um novo levantamento epidemiológico da cárie, baseado nos critérios da OMS, ampliando a amostra para os alunos das escolas estaduais de Itapira por idade de 07 a 12 anos, independente, do número de anos que residam no Município.

A partir dos resultados obtidos, continuar com os programas preventivos e curativos destes escolares. As outras crianças do Município, que não estão neste programa, poderiam receber atendimento nos demais PPA.

Em outra vertente, o Serviço Organizado de Saúde Bucal do Município em conjunto com os seguimentos organizados da sociedade, definirão propostas de atendimento a partir das necessidades percebidas pela comunidade, ampliando, gradativamente o atendimento para setores que atualmente estão desassistidos.

### **IMUNIZAÇÃO**

- mudança do local da sala de acondicionamento das vacinas para outra que comporte toda a infraestrutura necessária;
- capacitação em imunizações para todos que trabalham com vacinação;
- compra de geladeiras próprias para uso diário para as unidades de maior fluxo;
- conserto e manutenção constante das geladeiras freezer;
- convocação mensal dos faltosos, por telefone ou visita ao domicílio;
- cálculo da cobertura vacinal administrativa no Município, mensalmente e anualmente, preferentemente, trabalhar com pesquisa por amostragem, conforme critério da OMS a cada 5 anos;
- desencadear campanhas de vacinação, dirigidas principalmente ao escolar conforme critério da OMS a cada 5 anos;

## SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental em Itapira ficou muito prejudicada com o elevado número de demissões de profissionais da área. Para que se tenha um programa de saúde mental é fundamental uma equipe multiprofissional com um trabalho integrado com planejamento e certa autonomia na tomada de decisões. Dentro da realidade atual do Município, sugere-se:

- descentralização do serviço, isto é, alguns programas poderiam ser feitos em outros PPA;
- criar programas que poderiam ter a participação de outros serviços tais como: (Esporte e Cultura, Bem Estar Social, etc.) ocupando até os espaços físicos que estes serviços possam oferecer;
- promover uma maior interação com o Departamento de Educação, criando programas específicos para crianças e adolescentes;
- criar programas para dependentes de álcool, bem como para seus familiares (sensibilização para encaminhamento ao Alcoólicos Anônimos (A.A.));

- identificar e atuar preventivamente em situações de risco.

Com relação ao serviço de fonoaudiologia, sugere-se:

- estender os serviços deste profissional à outros serviços como por exemplo à Otorrinolaringologia;
- organizar programas com a participação dos profissionais que atuam na rede, para que se possa fazer um trabalho mais amplo, extensivo à maior parte da população, principalmente preventivo para a faixa etária de 0 a 7 anos;
- reservar um dia e horário fixo da semana para triagem rápida de casos novos, sem prévio agendamento, com no máximo seis casos. Após esta triagem, se necessário, o paciente passaria a receber orientação periódica, sempre acompanhado de um familiar;
- manter revisão anual dos equipamentos, a fim de garantir a qualidade de respostas obtidas;
- instalar caixas acústicas dentro da cabine para audiometria em campo, importante exame com crianças pequenas, bem como, o fone de ouvido adequado para este atendimento.

## **RAIVA**

Por se tratar de uma cidade de porte populacional médio, o serviço de isolamento em canil poderia se deter apenas aos casos de cães vadios e agressões graves. Nos demais casos, de animais domésticos, poderia se optar por observação na residência do proprietário do animal, no 5o e 10o dia após a agressão. Observação efetuada por pessoal operacional ou de nível médio treinado, a exemplo do serviço realizado em Araraquara.

## SUGESTÕES DE SANEAMENTO BÁSICO:

- melhorar o controle de qualidade da água tratada realizando monitoramento frequente de Coliformes fecais e totais e dosagem de cloro, no cavalete e na torneira, uma vez por semana, distribuídos nos pontos de amostragem contemplando as áreas de maior incidência de gastroenterocolite aguda (GECA), até que seja comprovado que a incidência de gastroenterocolite aguda não se deve ao abastecimento de água;

- um monitoramento da Vigilância Sanitária na ETA da Usina Nossa Sra. Aparecida, com avaliação microbiológica frequente, uma vez que esse reservatório atende grande número de pessoas;

- um programa de Educação Sanitária, com orientação aos usuários da rede sobre a importância da lavagem periódica das caixas de água, manipulação correta de poços, lançamento indevido de resíduos sólidos no esgoto, acondicionamento correto do lixo esclarecendo a relação higiene/limpeza com o eventual surgimento de doenças, principalmente infantis;

- o aterro existente deve obedecer normas rigorosas para ser considerado aterro sanitário, que é um método de disposição final do lixo no solo que não causa danos ao ambiente e nem prejuízos à saúde pública. A cobertura rápida com camadas de terra, a compactação do lixo e a cobertura e fechamento de rachaduras que podem aparecer sobre a superfície são meios de controlar vetores (principalmente insetos presentes no local), odores e a penetração da água da chuva. Além desses cuidados sugerimos uma delimitação efetiva entre a plantação de cana dos terrenos circunvizinhos e o terreno do aterro. Principalmente, faz-se necessário, tomar precauções com relação aos gases produzidos, especialmente o gás metano por ser inflamável e explosivo, drenando e queimando o gás ou ainda procurando diminuir sua produção através de valas que diminuam a penetração de água no aterro. Impedir a presença de catadores;

- mudança no sistema de tratamento de esgoto da zona rural para o sistema de fossa séptica seguida de filtros anaeróbios;



- acionar a CETESB para fiscalização do sistema de esgoto da zona rural;
- atentar para eventuais descartes de excesso de vinhoto nos mananciais;
- nos tanques de decantação de tratamento de água "os jacarés", mal instalados, permitem a entrada de água "por baixo", ocasionando formação de flocos que podem entupir os filtros e baixar a eficiência dos mesmos.

### **VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

- formação de uma equipe provisória, constituída por profissionais multidisciplinares e multiinstitucionais, para desenvolver um trabalho efetivo de Vigilância Sanitária;
- promover um concurso público para admissão de profissionais multidisciplinares e assim formar uma equipe específica de Vigilância Sanitária;
- favorecer que o trabalho da equipe de Vigilância Sanitária esteja em consonância com o da Vigilância Epidemiológica, servindo como base para um trabalho educativo de conscientização junto a população.

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1ª., São Paulo, 1991. **Dos direitos à saúde:** Constituição Federal (extratos); Constituição Estadual (extratos); Lei nº 8080. Lei nº 8142. São Paulo, 1991.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1ª, Santos, 1990, **Construção do Sistema Único de Saúde de Santos.** Secretaria de Higiene e Saúde, 1990.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª, Brasília, 1992. **Relatório final.** Brasília, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA SAÚDE, 2ª, Brasília, 1993. **Boletim Informativo de Recursos Humanos para o SUS.** Ministério da Saúde, 1993.
- FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal, 1980-91. São Paulo, 1993.
- GEVAERD, S. A Saúde bucal na vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E.V., org. A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília, OPAS, 1993, p.63-69(Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10).
- ITAPIRA.. **Lei Orgânica do Município 1990.** Itapira, Prefeitura Municipal, 1990.
- ITAPIRA.. **Levantamento do Perfil do Município.** Itapira, Prefeitura Municipal, 1992.
- LAURENTI, R; JORGE, M.H.P.M.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. **Estatística de Saúde,** São Paulo, E.P.U.,1987.
- MARQUES, R. M. O financiamento da saúde e a lei do custeio da seguridade social. **Saúde em Debate,** 37:20-5, 1992.

- MÉDICI, A. C. A regulação do trabalho no âmbito da saúde. São Paulo, IESP/FUNDAP, 1993.
- MENDES, E.V. A construção social da Vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: A vigilância à saúde no Distrito Sanitário (Série desenvolvimento de serviços de saúde nº 10). Brasília, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrução Normativa nº 01, de 23/09/93: disciplina os fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07/10/93.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília, 1983.
- OLIVEIRA Jr., M. Um obstáculo à Municipalização dos serviços de saúde? **Saúde em Debate** 28:41-5, 1991.
- PHILIPPI Jr., A. **Saneamento do meio**. São Paulo, FUNDACENTRO, 1988.
- PLANO DIRETOR DO 1º E 2º SEMESTRE DE 1992 E DO 1º SEMESTRE DE 1993. Itapira, Prefeitura Municipal, 1993.
- DI VILLAROSA, F.N. A Estimativa Rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário. Brasília, OPAS, 1993 (Série desenvolvimento de serviços de saúde nº 11).

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

**Formulário para Informantes-chave e Representantes Institucionais**

Número:

Data:

1. Do que as pessoas adoecem no seu bairro?
2. Do que as pessoas morrem?
3. As pessoas sempre são atendidas quando procuram a unidade de saúde do bairro?
4. Como é a qualidade do serviço no PPA local? Classifique-o.
5. As pessoas ficam satisfeitas com o atendimento que recebem?
6. Como é o abastecimento de água no bairro?
7. Como é o sistema de esgotos?
8. Como é feita a coleta de lixo?
9. Você tem alguma sugestão que auxilie na resolução dos problemas de saúde do município?

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

**Formulário de Implantação do Sistema Único de Saúde**

Número:

Data:

I- Avaliação sobre processo de Municipalização, descentralização e comando único do Sistema Único de Saúde no Município.

1- Os serviços estaduais e os federais existentes no município estão municipalizados  
Quais são ?

2- Como e quando ocorreu o processo de Municipalização?

3- Como está equacionada a questão dos recursos humanos, equipamentos e materiais de consumo?

4- Os Serviços de Apoio para Diagnóstico e Terapêutica ( SADT ) estão municipalizados?

5- Relacione os serviços e a data da Municipalização.

6- Qual a relação do poder público municipal com os serviços privados existentes no município? Quais são os contratos e convênios realizados com o setor privado?

7- O setor público exerce controle e avaliação sobre os serviços do setor privado? Como o faz?

8- Qual a estrutura organizacional da Superintendência Municipal de Saúde e o Organograma correspondente?

9- Qual a relação estabelecida, atualmente, com a Secretaria Estadual da Saúde e com o Ministério da Saúde?

10- Há cooperação técnica, financeira e para as atividades afins?

11- Há relação de mando ou subordinação entre os três níveis?

12- A Vigilância Sanitária está municipalizada? Como funciona atualmente?

13- A Vigilância Epidemiológica é municipalizada? Como é feito o controle de doenças de notificação compulsória?

14- Como é o funcionamento do serviço de controle de zoonoses?

15- Como é organizado o atendimento ao Escolar? Como é realizado o atendimento odontológico, oftalmológico e a atenção à saúde mental?

16- Existem outras atribuições exercidas pelo Serviço de Saúde Municipal? Quais são?

17- Quais são as fontes de financiamento do setor saúde no município?

18- Qual é a estrutura e como funciona o sistema operacional do Serviço Municipal de Saúde no processo de orçamentação e determinação das despesas?

19- Existe Fundo Municipal de Saúde? Se existe como funciona e qual o fluxo das verbas do mesmo?

20- Como são definidas as prioridades para a alocação dos recursos financeiros?

21- Existe Conselho Municipal de Saúde? Existindo, como e quando foi criado?

22- Qual a composição do Conselho Municipal de Saúde?

23- Quais as funções que exerce? Têm caráter consultivo ou deliberativo ? Qual a frequência das reuniões do Conselho Municipal de Saúde ?

24- O município tem uma proposta definida para a sua inserção dentro de um dos tipos de gestão previsto pela Norma Operacional 01 de 1993 do Ministério da Saúde? Qual é a proposta elaborada ?

25- Existe ou está em curso o processo de regionalização e distritalização ?

26- Foi realizado o processo de territorialização, com definição de áreas de abrangência e influência das unidades de saúde ?

27- Como é realizado o processo de supervisão avaliação e controle dos serviços de saúde e das ações desenvolvidas, tanto para o setor público quanto para o privado? Quais a participação do nível local nesse processo ?

28- Qual o grau de integração entre os serviços de saúde existente ?

29- Como são os mecanismos de referência e contra- referência ? Existe consórcio estabelecido com outros municípios ? Citá- los.

30- Como são hierarquizadas as ações em saúde ?

31- Qual a lógica predominante no modelos assistencial ? Justifique o modelo adotado.

32- Como se dá o acesso da população aos serviços e ações em saúde ?

33- Como é realizado o atendimento às necessidades da população de caráter coletivos, relativos a saúde ? Como se dá a integração com os demais setores envolvidos como o saneamento do meio, educação, bem estar social, cultura e esporte, etc ?

34- Como é o sistema de informação utilizado no Serviço Municipal de Saúde tanto a nível central quanto local? Citar as informações sistematizadas e as de caráter eventual.

35- Como o sistema de informação é utilizado no processo de planejamento, avaliação e controle do setor ?

36- O sistema está informatizado ?

37- Qual a expectativa existente em relação a inserção do município dentro da categorização da Norma Operacional número 01/ 93. Na sua opinião quais as principais modificações que ocorrerão, melhorando a implantação do Sistema Único de Saúde ?

## MUNICÍPIO DE ITAPIRA

Formulário para população.

questionário:            data:            bairro:

IDENTIFICACAO		
01	SEXO: 01-masculino 02-feminino	
02	IDADE: (em anos completos)	
03	TEMPO DE RESIDENCIA NO BAIRRO	
04	TIPO DE INFORMANTE 01-população 02-lider de entidade 03-funcionário de serviço da área 04-religiosos 05-comerciante 06-outros	
05	ESTADO CIVIL 01-casado 02-solteiro 03-viúvo 04-separado 05-outros 09-NS/NR	
06	NIVEL DE INSTRUÇÃO 01-analfabeto 02-1. grau completo 03-1. grau incompleto 04-2. grau completo 05-2. grau incompleto 06-universitário completo 07-universitário incompleto 08-outros 09-NS/NR	
07	RENDA FAMILIAR(em cruzeiros reais) 01-até 15.000,00 02-de 15.000,00 até 45.000,00 03-de 45.000,00 até 75.000,00 04-de 75.000,00 até 150.000,00 05-mais de 150.000,00 09-NS/NR	



08	A PRINCIPAL RENDA DA FAMÍLIA É OBTIDA EM QUE ÁREA? 01-agricultura 02-comércio 03-industria 04-autonomo 05-funcionário público 06-outros.Qual?	
09	V.UTILIZA ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? 01-sim 02-não 09-NS/NR	
10	COMO VOCÊ VAI AO SERVIÇO DE SAÚDE? 01-a pé 02-de ônibus 03-de carro particular 04-mais de um meio de transporte 05-outros.Qual? 09-NS/NR	
11	QUAIS OS LOCAIS DE ATENDIMENTO DE SAÚDE QUE VOCÊ UTILIZA? 01-centro de saúde - PPA 02-hospital municipal 03-Santa Casa 04-clínica particular 05-hospital particular 09-NS/NR	
<b>USUÁRIO DO SERVIÇO PÚBLICO</b>		
12	O C.S./HOSPITAL QUE VOCE UTILIZA É O MAIS PRÓXIMO DE SUA CASA? 01-sim 02-não.Por que? 09-NS/NR	
13	QUANDO PRECISA DO SERVIÇO DE SAÚDE DE SEU BAIRRO: 01-é sempre atendido 02-às vezes não é atendido 03-não é atendido	

14	QUANDO É ATENDIDO NO SERVIÇO QUE PROCURA, SENTE-SE SATISFEITO? 01-todas as vezes 02-às vezes 03-nenhuma vez	
15	COMO É O ATENDIMENTO NO LOCAL QUE PROCUROU? 01-bom 02-regular 03-ruim 09-NS/NR	
16	NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, QUANTAS VEZES VOCÊ USOU O SERVIÇO DE SAÚDE?	
17	COM QUE FINALIDADE UTILIZOU ESTE CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL? 01-clínica médica 02-clínica pediátrica 03-clínica ginecológica/obstétrica 04-clínica odontológica 05-outros.Quais?	
18	ALÉM DE VOCÊ OUTRAS PESSOAS DE SUA FAMÍLIA VÃO AO CS/HOSPITAL? 01-sim 02-não 09-NS/NR	
19	COM QUE FINALIDADE A FAMÍLIA USOU O CS/HOSPITAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES? 01-clínica médica 02-clínica pediátrica 03-clínica ginecológica/obstétrica 04-clínica odontológica 05-outros.Quais?	
USUÁRIO DO SERVIÇO PARTICULAR		
20	QUAL O MOTIVO DE NÃO UTILIZAR O SERVIÇO PÚBLICO	



10- Existe algum tipo de incentivo ao bom desempenho do funcionário?  
SIM( ) NÃO( )

Se existe, que tipo de incentivo?

---

---

11-Quais as medidas tomadas frente ao mal desempenho de funcionários?

---

---

---

12- Em sua unidade percebe a falta de algum equipamento ou material?  
SIM( ) NÃO( )

Em caso positivo, o que de mais importante julga estar faltando?

---

---

---

13- Existe serviço de manutenção periódica dos equipamentos?  
SIM( ) NÃO( )

14-Existe serviço de manutenção de reparo?  
SIM( ) NÃO( )

15-Esse serviço está adequado à necessidade da unidade?  
SIM( ) NÃO( )

16-A área física é adequada à demanda?  
SIM( ) NÃO( )

17-Em caso negativo, a unidade necessita de:  
REFORMA( ) AMPLIAÇÃO( ) AMBOS( ) NENHUMA( )

18-Existe planejamento para as ações de saúde ?  
SIM( ) NÃO( )

19-Existe planejamento a nível local?  
SIM( ) NÃO( )

20-Que dados são utilizados para o planejamento?

---

---

---

---

---

21-Os funcionários participam, de alguma maneira, no planejamento das atividades desta unidade?

TODOS( ) NENHUM( ) ALGUNS( )

22-Considera essa participação oportuna?  
SIM( ) NÃO( )

23-A população participa, de alguma maneira, no planejamento das atividades dessa unidade?  
SIM( ) NÃO( )

24-Considera essa participação importante?  
SIM( ) NÃO( )

25-Em caso de planejamento local a chefia dessa unidade é convidada a participar dos planejamentos?  
SIM( ) NÃO( )

26-Em caso negativo, considera essa participação importante?  
SIM( ) NÃO( )

27-São feitas reuniões periódicas com os funcionários para tratar de assuntos da unidade?  
SIM( ) NÃO( )

28-Considera essas reuniões produtivas?  
SIM( ) NÃO( )

29-Alguma sugestão de usuário já foi implantada?  
SIM( ) NÃO( )

Qual(is)?

---

---

---

30- Existe agendamento de consultas?  
SIM( ) NÃO( )

31- Qual o tempo médio de espera entre agendamento e consulta?

---

32- Qual o tempo médio de espera para atendimento no dia da consulta?

---

33- Existem vagas disponíveis para consultas de emergência?  
SIM( ) NÃO( )

34- Existe algum mecanismo de participação do usuário?  
CAIXA DE SUGESTÕES ( ) LIVRO DE RECLAMAÇÕES ( )  
OUTRAS( )

QUAIS?

---

---

35- Como é feita a referência-contra referência de casos atendidos nessa unidade?

---

---

---

36- Quais programas são desenvolvidos nesta unidade?

---

---

---

37- Os programas tem coordenador?

SIM( ) NÃO( )

38- Os programas e ações em saúde são avaliados quanto ao impacto na comunidade?

SIM( ) NÃO( )

Como:

---

---

39- Quais dados epidemiológicos são levantados?

NENHUM( ) MORTALIDADE( ) MORBIDADE( )

OUTROS ( ) Quais ?

40- Como o Sr. vê o usuário dos serviços dessa unidade?

---

---

---

---

---

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

**Formulário de funcionários**

Número:

Data:

1- Os funcionários são em número e função adequados à demanda?

1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

2- Os funcionários recebem algum tipo de treinamento inicial?

1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

3- Como é esse treinamento?

---

---

---

4- Os funcionários recebem cursos de atualização?

1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

5 - Em caso afirmativo, quais os cursos realizados no último ano?

---

---

---

6 - A quem se destinam esses cursos?

---

---

7 - É feita avaliação de desempenho dos funcionários?

1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

8 - Como é feita essa avaliação?

---

---

---

9 - Existe algum tipo de incentivo ao bom desempenho do funcionário?

1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

Se existe, que tipo de incentivo?

---

---

10 - Quais as medidas tomadas frente ao mal desempenho do funcionário?

---

---

11 - Dentro de sua atividade percebe a falta de algum equipamento ou material?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, o que de mais importante julga estar faltando?

\_\_\_\_\_

12 - A área física é adequada para atender a demanda?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

13 - Existe planejamento para as ações de saúde?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

14 - Os funcionários participam, de alguma maneira desse planejamento?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

15 - São feitas reuniões periódicas com os funcionários para tratar de assuntos da unidade?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

16 - Considera essas reuniões importantes?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

17 - Existem funcionários que estão exercendo atividades diferentes daquelas para as quais foram contratados?(desvio de função)  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

18 - Você trabalha exclusivamente nessa unidade ou tem outro emprego?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

19 - Você está satisfeito trabalhando na rede de saúde?  
1-SIM 2-NÃO 3-NÃO SABE/NÃO RESPONDEU \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

20 - Quando você tem algum problema no exercício das suas atividades, a quem se dirige?

\_\_\_\_\_

21 - Como você vê o usuário dos serviços dessa unidade?

\_\_\_\_\_

22 - Você tem alguma sugestão para melhorar as condições do seu trabalho?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

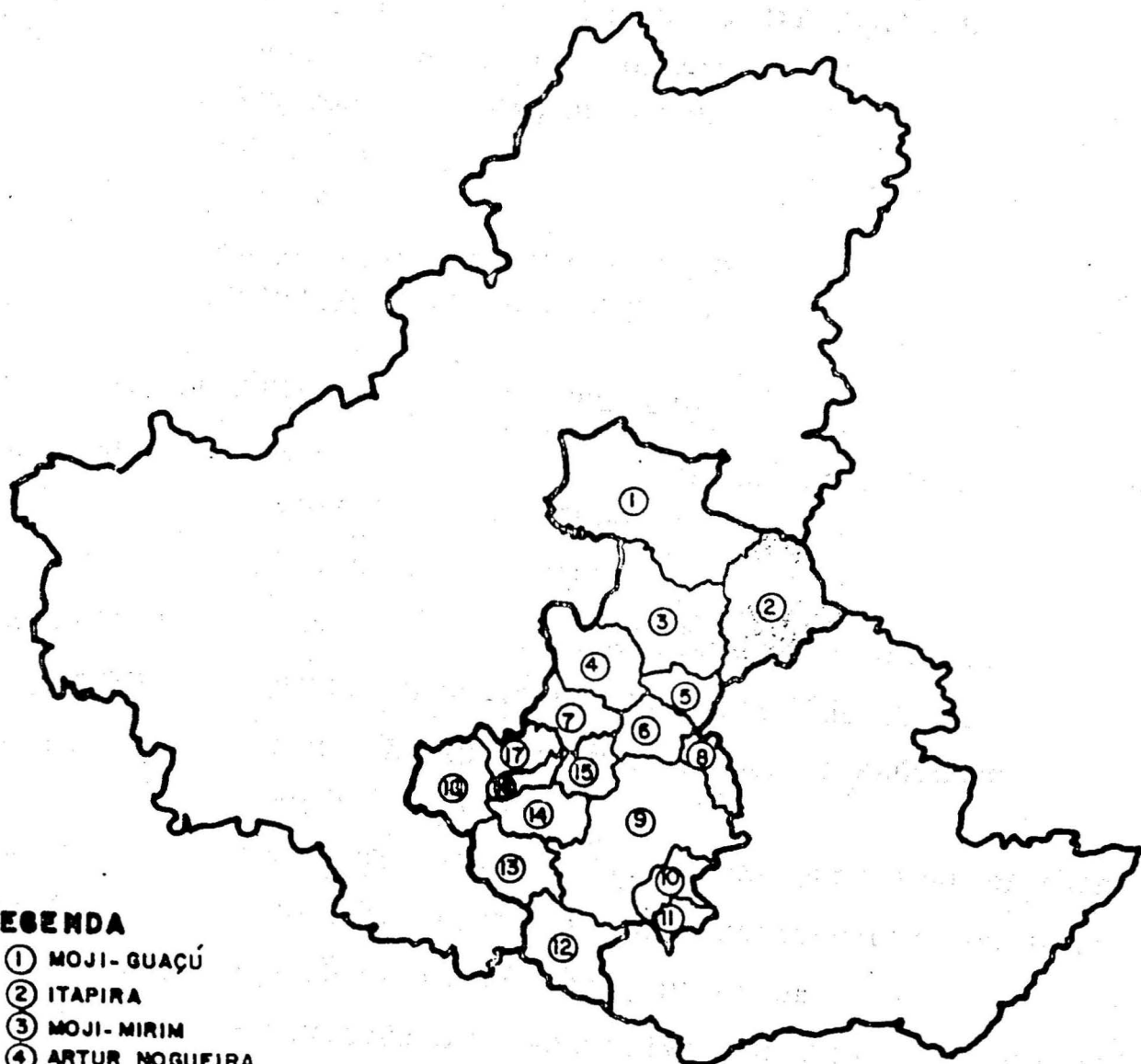


# DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (\*)



(\*) REGIÕES ADMINISTRATIVAS CRIADAS SEGUNDO DECRETO ESTADUAL Nº 32.141 DE 14/08/1990

# REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CAMPINAS - DIVISÃO TERRITORIAL



## LEGENDA

- ① MOJI-GUAÇÚ
- ② ITAPIRA
- ③ MOJI-MIRIM
- ④ ARTUR NOGUEIRA
- ⑤ SANTO ANTONIO DA POSSE
- ⑥ JAGUARIUNA
- ⑦ COSMÓPOLIS
- ⑧ PEDREIRA
- ⑨ CAMPINAS
- ⑩ VALINHOS
- ⑪ VINHEDO
- ⑫ INDAIATUBA
- ⑬ MONTE-MOR
- ⑭ SUMARÉ
- ⑮ PAULÍNIA
- ⑯ NOVA ODESSA
- ⑰ AMERICANA
- ⑱ SANTA BARBARA D'OESTE

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REGIÕES DE SAÚDE - 4  
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE - 28  
ERSA- 28

TERMO DE RETI-RATIFICAÇÃO DO  
CONVÊNIO DE MUNICIPALIZAÇÃO

Abreviaturas usadas neste instrumento:

<u>SUDS-SP</u>	= SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
<u>ESTADO</u>	= ESTADO DE SÃO PAULO
<u>MUNICÍPIO</u>	= MUNICÍPIO DE <u>ITAPIRA</u>
<u>PREFEITO</u>	= PREFEITO MUNICIPAL DE <u>ITAPIRA</u>
<u>CIS-SP</u>	= COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
<u>CIMS</u>	= COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL MUNICIPAL DE SAÚDE
<u>CRIS</u>	= COMISSÃO REGIONAL INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE
<u>SECRETARIA</u>	= SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
<u>MPAS</u>	= MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
<u>INAMPS</u>	= INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
<u>PLANO</u>	= PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
<u>POI</u>	= PROGRAMAÇÃO - ORÇAMENTAÇÃO INTEGRADA
<u>FUNDES</u>	= FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE
<u>AIS</u>	= AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REGIÕES DE SAÚDE - 4

Anexo 8-B

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE - 28

ERSA- 28

Pelo presente instrumento, o ESTADO DE SÃO PAULO, pela Secretaria de Estado da Saúde; representada neste ato pelo Secretário de Estado da Saúde Professor JOSÉ ARISTOTELHO PINOTTI, doravante designada SECRETARIA e o MUNICÍPIO DE ITAPIRA representado pelo Prefeito Municipal DAVID MORE FILHO, doravante denominado MUNICÍPIO, tendo em vista o que determina o Decreto nº 28.410, de 20/05/88,

CONSIDERANDO que o MUNICÍPIO brasileiro é entidade estatal, constitucionalmente reconhecida como integrante da Federação, e por isso detetor de autonomia político-administrativa;

CONSIDERANDO que a primeira das três bases institucionais fixadas no Compromisso Interinstitucional de 22.05.87 é a "municipalização da rede básica de saúde";

CONSIDERANDO que o objeto do Convênio SUDS-SP/87 é a "execução, pelo Estado de São Paulo, dos serviços de saúde a cargo do INAMPS em São Paulo, para efeito de integração desses serviços com os da Secretaria de Estado da Saúde e os dos Municípios no SUDS-SP, em consonância com as diretrizes e bases do mencionado Compromisso Interinstitucional";

CONSIDERANDO que dentre as obrigações da União e do Estado estabelecidas no Convênio SUDS-SP/87 (Cláusula Segunda, Inciso IV) figura a de "estimular e propiciar condições aos Municípios do Estado para adesão e integração no SUDS", reiterada no Convênio SUDS 1/88 (Cláusula Terceira); e

CONSIDERANDO a competência constitucional do MUNICÍPIO para a administração própria do que se refere ao seu peculiar interesse, especialmente quanto à organização dos servi



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REGIÕES DE SAÚDE - 4  
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE - 28  
ERSA- 28

Anexo 8-6

ços públicos locais, o que inclui competência normativa (leis e atos administrativos), desde que respeitada a normatividade originária da União e a supletiva do Estado para legislar sobre promoção, proteção e recuperação da saúde,

RESOLVEM estabelecer entre si o presente Termo de Reti-Ratificação do Convênio celebrado entre os Partícipes em 27/11/87 (Decreto nº 27.140, de 30/06/87), mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO - O presente Termo de Retificação e Ratificação objetiva cumprir o que determina o artigo 2º e seu § 1º do Decreto nº 27.140, de 20/06/87, transformando todos os Convênios de Municipalização em adesão ao Convênio SUDS-SP, com vistas a integrar o MUNICÍPIO no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo para gerir, coordenar, controlar e avaliar as ações de saúde no seu território, bem como para executar diretamente serviços de saúde de abrangência municipal, sob a supervisão dos órgãos gestores do SUDS-SP.

CLÁUSULA SEGUNDA - Em consequência da presente adesão, são as seguintes as condições do MUNICÍPIO no SUDS-SP:

I - a integração será efetivada de acordo com as atividades previstas no PLANO, de característica plurianual, e no seu instrumento operacional, a POI.

II - o PLANO, referendado pelos órgãos de deliberação colegiada do SUDS-SP (CIMS e CRIS) e aprovado pela CIS-SP, preservará os objetivos e interesses específicos do SUDS-SP, estabelecidos em Convênios SUDS-SP, no Compromisso Interinstitucional, de 22/05/87, na Exposição de Motivos Interministerial nº 031, de 10-07-87, aprovada pelo Presidente da República, nas



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Anexo 38-D  
CORDENAÇÃO DE REGIÕES DE SAÚDE - 4  
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE - 28  
ERSA- 28

decisões da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS-SP), nas Resoluções Secretariais pertinentes e no Decreto Estadual número 28.410 de 20-05-88.

PARÁGRAFO ÚNICO - O PLANO, que obedecerá às instruções da CIS-SP preverá, especificamente, quando for o caso e dentre outras modalidades de apoio:

I - A transferência da gestão de unidades assistenciais do INAMPS e de serviços de saúde do ESTADO localizados no MUNICÍPIO.

II - Acesso de uso de bens móveis e equipamentos pertencentes ao ESTADO, bem como aqueles pertencentes ao INAMPS, desde que obedecida a legislação estadual e federal pertinentes.

III - Transferência de recursos financeiros.

IV - Afastamento de pessoal pertencente ao ESTADO e ao INAMPS para prestar serviços de saúde em próprios do MUNICÍPIO, na forma especificada nos Convênios SUDS-SP e legislação pertinente.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO - A adesão é celebrada por prazo indeterminado, respeitada a vigência dos Convênios SUDS-SP celebrados entre a UNIÃO e o ESTADO.

CLÁUSULA QUARTA - DOS LIMITES DE ADESÃO - Ressalvadas as atribuições decorrentes da competência legal do MUNICÍPIO, a assinatura do Termo de Adesão ao Convênio SUDS-SP não confere ao MUNICÍPIO os direitos e prerrogativas que o Convênio SUDS-SP atribui exclusivamente à UNIÃO e ao ESTADO, estendendo os seus efeitos ao cumprimento, pelo MUNICÍPIO, das condições e dos objetivos consubstanciados no PLANO, referendado pela CIMS e CRIS e aprovado pela CIS, parte in-

tegrante deste Termo de Adesão.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS - Os recursos financeiros, de programação anual, serão estipulados com base no PLANO e na POI.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A programação anual dos recursos financeiros será objeto de Termo Aditivo Financeiro.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os recursos financeiros para aplicação em obras serão liberados por medição.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os recursos para investimentos poderão ter seu desembolso regulado por cronograma específico, comprovado o efetivo comprometimento da despesa e observado o disposto no § 2º.

PARÁGRAFO QUARTO - Os recursos financeiros serão transferidos em duodécimos, através da SECRETARIA, obedecidos os mecanismos de controle físico-financeiro que regulamentam as liberações dos repasses, observado o disposto nos §§ 2º e 3º.

PARÁGRAFO QUINTO - Os recursos financeiros repassados ao MUNICÍPIO, e de execução direta, serão depositados na Agência local do Banco do Estado de São Paulo, em conta especial do Convênio SUDS-SP e aplicados exclusivamente para os fins previstos no PLANO e na POI.

PARÁGRAFO SEXTO - Em exercício futuros correrá a despesa à conta das dotações próprias dos respectivos organismos.



PARÁGRAFO SÉTIMO - A SECRETARIA e o MUNICÍPIO poderão, dentro de suas possibilidades e de acordo com as exigências do PLANO e da POI, suplementar a verba alocada, após manifestação da CIS-SP.

CLÁUSULA SEXTA - Os recursos alocados pelo MUNICÍPIO para o setor saúde devem representar, no mínimo, o mesmo percentual do seu orçamento atual, comprometendo-se o MUNICÍPIO a reservar, em seu orçamento para os exercícios subsequentes, os recursos necessários para atender às despesas decorrentes do PLANO e integrá-los na POI.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO CRITÉRIO DE REAJUSTE - Os valores dos repasses ao MUNICÍPIO, para custeio, serão alterados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo MPAS e INAMPS aos repasses por conta do Convênio SUDS-SP.

CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS - A prestação de contas dos recursos financeiros recebidos por conta deste Termo de Adesão será feita trimestralmente pelo MUNICÍPIO à SECRETARIA, observado o disposto na Portaria MPAS nº 4236 de 12/05/88 (Anexo A) e, anualmente, ao Tribunal de Contas do Estado, na forma da legislação vigente.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O MUNICÍPIO se compromete a recolher ao FUNDES as importâncias não empenhadas até o final do exercício e que tenham sido destinadas pela SECRETARIA ao MUNICÍPIO.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A falta de cumprimento de obrigações relati -





vas à prestação de contas, por parte do MUNICÍPIO, implicará responsabilidade, na forma do Decreto-Lei 201/67 e legislação complementar, independente de outras medidas que a CIS-SP venha determinar.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Verificada a existência de saldo financeiro a cada trimestre, o mesmo será objeto de compensação por ocasião do repasse subsequente e o saldo porventura existente, no final do exercício, será recolhido pela SECRETARIA, nos termos do § 1º.

CLÁUSULA NONA - DOS BENS REMANESCENTES - Cessando, por qualquer motivo, os efeitos da adesão, os bens patrimoniais que eventualmente tiverem sido destinados ao MUNICÍPIO, com recursos do Convênio SUDS-SP, poderão ser doados ao MUNICÍPIO, a critério do Governo do Estado de São Paulo e do Ministro da Previdência e Assistência Social, na forma da legislação pertinente.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os bens que por cessão de uso tenham sido entregues ao MUNICÍPIO também serão restituídos, incontinenti, nos casos de denúncia, vencimento do prazo avençado ou rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA - CONVÊNIOS ANTERIORES - A presente adesão fará cessar a vigência dos convênios existentes entre o ESTADO (SECRETARIA), o INAMPS e o MUNICÍPIO para ações de saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO - A contratação de pessoal com recursos do Convênio AIS será discutida entre a SECRETARIA e o MUNICÍPIO.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PROIBIÇÃO DE OBRIGAÇÕES COLIGADAS -

Fica vedado ao MUNICÍPIO firmar acordo ajuste, contrato, convênio ou qualquer obrigação coligada ao presente convênio não prevista no PLANO ou na POI.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO CONTROLE E AVALIAÇÃO - O controle e a avaliação serão efetuados de acordo com o que determina o Convênio SUDS-SP, as Resoluções secretariais e as Resoluções CIS-SP.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO EXECUTOR - O MUNICÍPIO, pelo seu Prefeito, indica como responsável pela execução deste Convênio a entidade (ou órgão) DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES - Qualquer alteração ou modificação à presente adesão será objeto de termo aditivo, ouvida a CIS-SP.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA DENÚNCIA/RESCISÃO - A adesão pode ser denunciada pelo MUNICÍPIO ou pela SECRETARIA, por motivos próprios de cada um ou por infração legal ou convencional, ouvidas, em ambos os casos, as instâncias deliberativas do SUDS-SP, com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, respeitando-se, entretanto, as atividades em andamento cuja interrupção ou paralisação possa prejudicar as metas do Sistema, e responsabilizando-se o denunciante, ou o que der causa à rescisão, pela continuidade da prestação de serviços à população.



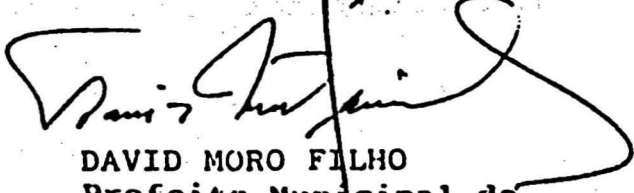
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA MARCA SÍMBOLO - O MUNICÍPIO se compromete a afixar, nas unidades integradas no Sistema, aviso de sua condição de entidade integrante do SUDS-SP, contendo a marca símbolo do SUDS-SP, (Resolução CIS-SP nº 2/88).

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - As cláusulas I a X e XII do Convênio de Municipalização ficam retificadas pelas Cláusulas Primeira a Décima Sétima, ficando ratificada a Cláusula XI aqui transcrita como Cláusula Décima Nona.

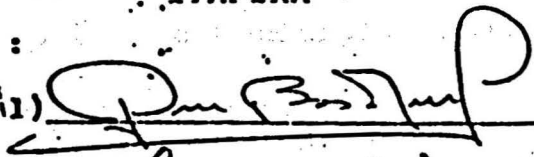

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO - Fica eleito o Foro da Capital de São Paulo para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo que não puderem ser decididas pela CIS-SP.

São Paulo, 1º de Outubro de 1.988.

**JOSÉ ARISTONEMO PINOTTI**  
 Secretário de Estado da Saúde e  
 Presidente da CIS-SP

  
**DAVID MORO FILHO**  
 Prefeito Municipal de  
 ITAPIRA

TESTEMUNHAS:

- 1) 
- 2) 

TERMO DE ADESÃO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPIRA AO TERMO ADITIVO Nº 03/83, DO CONVÊNIO Nº 07/83, CELEBRADO ENTRE O MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, ATRAVÉS DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, O MINISTÉRIO DA SAÚDE, O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, O ESTADO DE SÃO PAULO, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E A PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA, COM O OBJETIVO DE IMPLANTAR E EXECUTAR AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAPIRA, COM ÊNFASE NO DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.

TERMO DE ADESÃO Nº 07

O MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS, através do INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS, representado por seu Superintendente Regional em São Paulo, Dr. ROBERTO LAGO;

O MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, representado pelo Delegado Federal de Saúde em São Paulo, Dr. FERNANDO JOSÉ DE NÓBREGA;

O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - ME, através de seu representante na COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE - CIS, Dr. MAGID IUNES;

O ESTADO DE SÃO PAULO, através da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, representada por seu Secretário, Dr. JOÃO YUNES; e,

A PREFEITURA DE ITAPIRA, representada pelo Prefeito Municipal, Sr. DAVI MAURO FILHO e pelo Secretário de Saúde do Município de Itapira, firmam o presente TERMO DE ADESÃO ao TERMO ADITIVO nº 03/83 do Convênio nº 07, de 27/10/83, para implantação e execução das Ações Integradas de Saúde - AIS no município de Itapira, doravante denominado PREFEITURA:

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente TERMO DE ADESÃO tem por objeto estabelecer mecanismos necessários à implantação e execução das Ações Integradas de Saúde no Município de Itapira.

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES CONVENIENTES

CLÁUSULA SEGUNDA - Para atingir os objetivos das Ações Integradas de Saúde, a PREFEITURA signatária deste TERMO DE ADESÃO, aceita todas as Cláusulas e Subcláusulas do Convênio nº 07/83 e de seu TERMO ADITIVO nº 03/83, mencionados no "caput", bem como seus anexos.

## DA COORDENAÇÃO E GESTÃO

CLÁUSULA TERCEIRA - A coordenação e a gestão das AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE no Município de Itapira serão exercidas pela COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL MUNICIPAL DE SAÚDE - CIMS, cujos membros são: um representante da Superintendência Regional do INAMPS, um da Secretaria Estadual de Saúde e um da PREFEITURA.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - As decisões e deliberações da CIMS serão implementadas por uma Secretaria Técnica, por ela designada, e deverão seguir os mecanismos e critérios gerais estabelecidos pela COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - De comum acordo com a CIS e respectiva CRIS, a CIMS deverá desenvolver mecanismos que garantam a participação de entidades representativas da população no processo decisório, de acompanhamento e avaliação das AIS.

## DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA QUARTA - Os recursos financeiros serão transferidos à PREFEITURA, mensalmente, de acordo com o cronograma de desembolso, obedecidos os mecanismos de controle físico-financeiros que regulam as liberações dos repasses e de acordo com a CLÁUSULA SEXTA do TERMO ADITIVO nº 03/83 e suas SUBCLÁUSULAS.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Os recursos financeiros oriundos do MPAS/INAMPS que serão repassados à PREFEITURA serão creditados em conta vinculada às AIS.

## DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA QUINTA - Para liberação e repasse dos recursos financeiros oriundos do MPAS/INAMPS, à PREFEITURA, os mesmos serão calculados com base no volume de produção de serviços, informados mensalmente por Unidade Assistencial, e de acordo com as Portarias MPAS/SSM-314 e 316/85, ou atos que venham substituí-las.

## DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

CLÁUSULA SEXTA - Os recursos financeiros oriundos da participação dos convenientes serão aplicados exclusivamente nas AIS, de conformidade com o seu plano de aplicação e cronograma de execução, aprovados pela CIS.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Para a execução do presente TERMO DE ADESÃO fica inicialmente estabelecida a aplicação dos seguintes valores, assim distribuídos:

I - Para o MPAS, através do INAMPS:

No exercício de 1985, o valor mensal de Cr\$ 43.013.000 (quarenta e três milhões e treze mil cruzeiros), no período de agosto a dezem-

bro, à conta dos recursos alocados na atividade 2035.5149.313.20 - Reorientação e Racionalização da Assistência Médica - Ações Integradas para Atendimento Médico - Transferência a Municípios, constante do orçamento aprovado para o INAMPS - Nota de Empenho Orçamentária nº 03 - Unidade Orçamentária nº 521.064.01, no valor total de Cr\$ 215.065.000 (duzentos e quinze milhões e sessenta e cinco mil cruzeiros).

## II - Para a PREFEITURA:

A Prefeitura, através de suas dotações orçamentárias, responsabilizar-se-á pelos vencimentos, salários e outras despesas de custeio para o pleno funcionamento da sua rede própria posta à disposição das AIS.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Para os anos subsequentes os recursos financeiros de cada instituição envolvida nas Ações Integradas de Saúde, deverão estar presentes nos respectivos orçamentos.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - Os recursos alocados pela PREFEITURA para o Setor Saúde devem manter, no mínimo, o percentual que atualmente lhes cabem no orçamento anual.

## DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

CLÁUSULA SÉTIMA - A prestação de contas das aplicações dos recursos financeiros de que trata este TERMO DE ADESÃO, referente à execução das AIS, será realizada pela CIMS à CRIS, mensalmente, e esta à CIS que encaminhará às partes convenientes, na forma do que estabelecem as legislações federal, estadual e municipal específicas.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - A falta de cumprimento das obrigações convencionadas, implicará a imediata intervenção no processo de liberação dos recursos e averiguação, por parte da CIS, a qual diligenciará as providências adequadas.

## DO CONTROLE E AVALIAÇÃO

CLÁUSULA OITAVA - O controle e avaliação serão efetuados de acordo com o previsto na Cláusula Nona do Convênio.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - A nível Municipal, as instituições convenientes fornecerão à CIMS os dados consolidados referentes aos seus respectivos orçamentos.

## DAS NORMAS COMPLEMENTARES

CLÁUSULA NONA - As partes convenientes poderão propor normas complementares para execução das AIS, objetivando o cumprimento das Cláusulas deste TERMO DE ADESÃO e do TERMO ADITIVO nº 03/83 ao Convênio nº 07/83 e seus anexos, as quais serão submetidas à CIS.

## DOS CONVÊNIOS EXISTENTES

CLÁUSULA DÉCIMA - A partir da vigência deste TERMO DE ADESÃO, as partes signatárias rescindirão os convênios anteriormente firmados entre si, de modo a por termo a serviços paralelos abrangidos pelas AIS, comprometendo-se a não celebrar, isoladamente, qualquer outro instrumento, com o objetivo idêntico ou semelhante, para as áreas definidas neste TERMO DE ADESÃO.

## DA RESCISÃO E ALTERAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - De acordo com a Cláusula Décima-Terceira deste TERMO DE ADESÃO, ocorrida a rescisão no que se refere às AIS, cabe à CIMS, sob a supervisão da CIS, na forma do assentado no instrumento de rescisão, promover:

- a) o levantamento dos recursos postos à disposição das AIS de que trata este TERMO DE ADESÃO;
- b) a restituição, à origem, do pessoal colocado à disposição das AIS;
- c) a liberação das bases físicas e dos equipamentos postos à disposição das AIS pelas partes convenientes; e,
- d) o encerramento das atividades das AIS e a prestação de contas da liquidação.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - A proposta de rescisão deverá ser expressa e dirigida a todas as partes convenientes.

## PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - O presente TERMO DE ADESÃO será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União em cumprimento ao disposto no Decreto nº 78.382, de 08/09/76 e no Boletim de Serviços da Direção Geral do INAMPS.

## DA VIGÊNCIA

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - O presente TERMO DE ADESÃO vigorará pelo prazo de 02 (dois) anos, a partir de sua assinatura e renovar-se-á automática e sucessivamente por iguais períodos, podendo ser rescindido pelo descumprimento das obrigações ou pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne, formal ou materialmente inexecutável, ou ainda, por ato unilateral, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

## DO FORO

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA - O FORO para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas da execução deste TERMO DE ADESÃO, ou de


sua interpretação, será o TRIBUNAL FEDERAL DE RECURSOS. Os casos omissos serão resolvidos de comum acordo pelas convenientes.

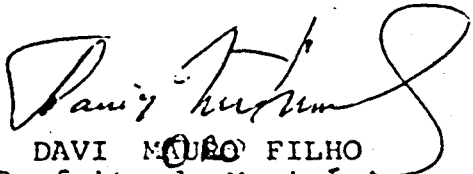
E, por estarem assim justos e conveniados, firmam o presente em 05 (cinco) vias de igual teor, para um só efeito legal, com as testemunhas abaixo assinadas.

São Paulo, 02 de agosto de 1985

ROBERTO LAGO  
Superintendente Regional do  
INAMPS no Estado de São Paulo

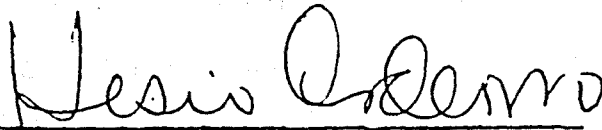
MAGID IUNES  
Representante do ME na CIS

  
JOÃO YUNES  
Secretário de Estado  
da Saúde de São Paulo

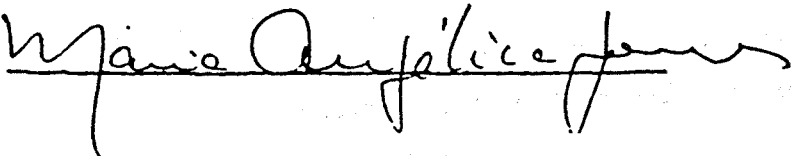
  
DAVI MOURÃO FILHO  
Prefeito do Município  
de Itapira

FERNANDO JOSÉ DE NÓBREGA  
Delegado Federal do MS  
no Estado de São Paulo

TESTEMUNHAS: 1)

  
\_\_\_\_\_

2)

  
\_\_\_\_\_



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

Processo nº 428-01753/87

"Convênio celebrado entre o Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, e o Município de ITAPIRÁ com interveniência do INAMPS objetivando implantar a integração dos serviços de saúde que atuam no Município propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e o fortalecimento do processo de municipalização".

O Estado de São Paulo, por sua Secretaria da Saúde, doravante denominada "SECRETARIA", neste ato representada por seu Titular, Doutor JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, devidamente autorizado pelo Governo do Estado, nos termos do Decreto nº 27.140, de 30 de junho de 1.987, e o Município de ITAPIRÁ, doravante denominado "MUNICÍPIO", representado pelo Senhor Prefeito Municipal, Senhor DAVID MORO FILHO autorizado pela Lei Municipal nº 1.945/87, com interveniência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), neste ato representado por seu Superintendente Regional firmam o presente "Convênio de Municipalização dos serviços de Saúde", que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO - Este convênio tem por objeto imediato estabelecer as normas dos serviços de saúde no Município, com observância da política e das diretrizes e normas das Ações Integradas de Saúde - AIS, em especial do convênio 07/83 e seus termos aditivos e termos de



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA

SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 2 -

adesão, bem como das disposições do compromisso interinstitucional celebrado em 21-05-87, entre o MPAS-INAMPS e o Estado de São Paulo, com a interveniência do Ministério da Saúde, e cujos textos, por cópia fazem parte integrante deste convênio.

Decorrentemente, constitui objeto mediato do convênio o afastamento de servidores estaduais junto ao Município, exclusivamente para prestarem serviços na área da saúde objeto do acordo, e a permissão de uso de bens móveis e imóveis do Estado para os mesmos fins, a se proceder na forma do Artigo 22, inciso I, da Lei Complementar nº 478, de 18 de julho de 1986.

O Convênio visa assegurar:

- 1 - O aprofundamento da integração dos serviços e instituições de saúde no Município;
- 2 - O aumento da eficácia e a resolutividade da produção dos serviços de saúde;
- 3 - A obtenção do máximo rendimento dos gastos públicos com saúde e a adequada avaliação dos resultados;
- 4 - A integração da ação primária do sistema unificado de saúde dentro dos princípios básicos da regionalização de referência e contra-referência e implementação de ações de distinta complexidade, em diferentes níveis do sistema;
- 5 - O oferecimento de melhores condições de controle do sistema pela população;
- 6 - A melhoria geral dos padrões de saúde do Município;



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 3 -

7 - A implementação ampla e eficiente aos programas prioritários da Secretaria adequada às realidades epidemiológicas de cada Município e Região;

8 - A descentralização da execução de atividades;

9 - A integração da medicina curativa, preventiva e funcional;

10 - A configuração da unidade político-funcional do sistema, através de Planos Municipais de Operacionalização, conceitualmente único e dinâmico.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES - Para alcançar os objetivos acima propostos, a Secretaria e o Município assumirão as seguintes obrigações:

A - OBRIGAÇÕES COMUNS:

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

2 - Garantir atenção integral à saúde, consistente na oferta integrada de cuidados preventivos e curativos;

3 - Assegurar a participação efetiva da Secretaria e do Município nas instâncias dos órgãos colegiados das Ações Integradas de Saúde;

4 - Garantir insumos básicos, principalmente imunobiológicos e medicamentos básicos em toda a rede de serviços;



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA

SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

- 4 -

5 - Proporcionar, reciprocamente, facilidade para:

- adequada execução do convênio;

- fluxo de dados e informações;

- apoio dos partícipes na utilização recíproca de recursos físicos, financeiros, humanos e materiais disponíveis;

- melhoria e integração do processo de planejamento dos serviços de saúde;

- concepção e implantação de programas de desenvolvimento de recursos humanos (capacitação, treinamento, aperfeiçoamento, critérios de seleção, quadro de pessoal, carreira, equiparação salarial, etc.);

6 - Acompanhar, supervisionar e avaliar a execução do convênio;

7 - Realizar estudos visando à uniformização dos conteúdos ocupacionais e das denominações das funções, bem como o estabelecimento de perfis ocupacionais compatíveis com o setor saúde e as especificidades que o informam;

8 - Garantir as contrapartidas financeiras federais estaduais e municipais, necessárias à ampliação da rede física e sua plena ocupação com equipamentos e medicamentos básicos padronizados e módulos de pessoal mínimo, em função de metas de cobertura, concentração e resolutividade definidas de partícipes, conforme explicitado no Plano de Operacionalização referido na Cláusula III.

## B - OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA:

9 - Permitir ao Município o uso de imóveis, instalações e equipamentos das unidades de serviços de saúde, pelo prazo de duração do convênio, ressalvado o disposto na cláusula VIII, responsabilizando-se, quando for o caso, pelo pagamento de a-

# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 5 -

luguéis, contratos de manutenção de equipamentos, inclusive reposições e outros encargos existentes.

10 - Colocar à disposição do Município, mediante afastamento junto à Prefeitura Municipal e pelo prazo de duração do convênio, ressalvado o disposto na cláusula VIII, os funcionários servidores em exercício nas unidades locais na forma que vier a ser acordada entre os partícipes, respeitando-se todos os direitos e vantagens a eles assegurados na legislação estadual específica e na C.L.T. e reservando-se ao Município o direito, quando ratificado pela CIMS, de não se interessar por servidor do Estado, seja no ato da assinatura do convênio ou no decorrer de sua execução;

11 - Assegurar recursos orçamentários e financeiros para reposição do pessoal colocado à disposição do Município;

12 - Assegurar apoio técnico e administrativo das Unidades competentes da Secretária às atividades referentes aos sistemas de administração financeira, de pessoal, de material e demais serviços administrativos;

13 - Destinar, segundo cronograma de desembolso estabelecido, os recursos financeiros previstos no Plano de Operacionalização referido na cláusula III;

14 - Reservar, em seu orçamento, para os exercícios subsequentes, os recursos para atender às despesas decorrentes deste convênio;

15 - Garantir o apoio técnico do Escritório Regional de Saúde a todas as ações de saúde, incluindo as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento do meio,

# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 6 -

controle de endemias e treinamento de pessoal, que vierem a ser desenvolvidas pelo Município;

16 - Elaborar diretrizes, normas técnicas e procedimentos para as ações de saúde, de acordo com os programas prioritários da Secretaria e as características do Município, em conjunto com o órgão municipal de saúde;

17 - Gerenciar o sistema estadual de informações de saúde;

18 - Garantir ao Município a transferência dos recursos previstos no Plano de Operacionalização, provenientes do convênio 07/83 - AIS, seus termos aditivos ou termos de adesão, ou instrumentos sucessores;

19 - Tendo em conta as resoluções pertinentes da CIPLAN e o compromisso interinstitucional MPAS-ESTADO DE SÃO PAULO, celebrado em 21-05-87, atribuir às CRIS e CIMS, nos limites definidos pela CIS, competência para:


a) atualizar permanentemente o diagnóstico da oferta de serviços de saúde e a adequação do Plano de Operacionalização às prioridades da demanda, ditadas pelo perfil regional e local da morbi-mortalidade;

b) promover mecanismos efetivos de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços;

c) promover os remanejamentos necessários de pessoal, materiais e equipamentos, em função da integração e racionalização da oferta de serviços de saúde à população;

d) avaliar o desempenho da execução dos convênios públicos de prestação de serviços de saúde.

C - OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO:



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA

SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 7 -

20 - Definir o órgão municipal de saúde responsável pela execução do convênio;

21 - Administrar, de acordo com o Plano de Operacionalização, a rede de serviços de saúde, no Município, segundo orientação técnica referida na cláusula II, item 16;

22 - Proceder à reposição de pessoal de que trata o item 11;

23 - Garantir pessoal mediante novas admissões, observadas as disposições legais e regulamentares pertinentes;

24 - Responsabilizar-se pela manutenção das unidades, bem como pelas despesas de custeio nos limites do Plano de Operacionalização;

25 - Criar os instrumentos legais e regulamentares necessários à execução deste convênio;

26 - Treinar pessoal em conjunto com o ERSB, de acordo com programas prioritários da SECRETARIA;

27 - Aplicar, no âmbito de suas atribuições, os recursos estaduais e municipais alocados para execução deste convênio, de conformidade com o Plano de Operacionalização;

28 - Destinar os recursos financeiros previstos no Pla-



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 8 -

no de Operacionalização, segundo o cronograma de desembolso estabelecido;

29 - Reservar, em seu orçamento, para os exercícios subsequentes, os recursos necessários para atender às despesas decorrentes deste convênio;

30 - Rever, de comum acordo com a SECRETARIA, a transferência dos recursos provenientes do Convênio 07/83 - AIS referidos no item 18 sempre que o serviço de saúde Municipalizado contar com pessoal contratado pela SECRETARIA em regime CLT-AIS;

31 - Recolher, ao Tesouro do Estado, as importâncias não empenhadas até o final do exercício, destinadas pela SECRETARIA a este convênio;

32 - Prestar contas, à SECRETARIA DA SAÚDE, dos serviços e atividades e despesas realizadas, observado o disposto na cláusula V, nº 3 § 3º;

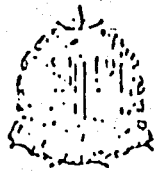
33 - Restituir ao Estado, incontinenti, nos casos de denúncia, vencimento do prazo avençado, rescisão ou resolução, os bens que, por permissão de uso, lhes tenha sido entregues, sob pena de reintegração liminar, sem prejuízos da composição por perdas e danos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO - O convênio será executado em estrita obediência ao Plano de Operacionalização, que o integra e constitui o instrumento único de programação e Orçamentação Integrada no Município, aprovado pelo IMS, e CRIS, e às normas baixadas pelo Secretário da Saúde, nos termos do artigo 7º do Decreto 27.140 de 30 de junho de 1987.

CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

1 - Serão destinados para execução do presente convênio recursos financeiros no valor anual de Cr\$ 178.643.750,00 (CENTO E OITENTA E OITO MILHÕES, OITOS MIL, SEIS CENTOS E CINQUENTA GRUPO...)





# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA

SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 9 -

- Do orçamento do Estado a despesa anual importa em Cz\$ 40.000,00 (quarenta e dois milhões de cruzados), com base em Cz\$ 3.500.000,00 (tres milhões e quinhentos mil cruzados) e Cz\$ 3.500.000,00 (tres milhões e quinhentos mil cruzados) registrados no exercício de 1987, onerarão o Código Local 09.03.33 da Estrutura Funcional Programática 13.75.428.2.075, na Classificação Econômica 4.3.2.3.00.

1. Independentemente do valor constante no item 2, a Secretaria passará ao município a importância de Cz\$ 78.316.008,00 (setenta e oito milhões, trezentos e dezesseis mil e oito cruzados) onerando o Código Local 09.03.33 da Estrutura Funcional Programática 13.75.428.2.075, Classificação Econômica 4.3.2.3.00, sendo onerado o Município em Cz\$ 10.000,00 (dez mil cruzados) no exercício de 1987.

- Os recursos do Município, no valor anual de Cz\$.....,00 (cento e trinta e seis milhões, oitocentos e quarenta e um, setecentos e cinquenta cruzados), sendo Cz\$.....,00 (um milhão, quinhentos e sessenta e dois mil, oitocentos e trinta centavos) no exercício de 1987 onerarão o Programa Municipal.

1º - Os recursos do Estado e do Município serão de execução da Prefeitura Municipal de Itápirá em favor da Prefeitura Municipal. Deverão, todavia, ser depositados na Agência do Banco do Estado de São Paulo S/A - BANESPA, em conta de convênio.

2º - Em exercícios futuros correrá a despesa à conta própria dos respectivos orçamentos.

3º - A prestação de contas dos recursos financeiros decorrerá nos moldes exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

- 10 -

PARÁGRAFO QUARTO - A Secretaria e o Município poderão, dentro de suas possibilidades e de acordo com as necessidades do Plano de Operacionalização suplementar a verba adotada.

CLÁUSULA QUINTA - DO CRITÉRIO DE REAJUSTE - O valor do convênio, no que se refere a repasses ao Município para custeio; será alterado na mesma proporção, índices e época dos reajustes concedidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS/INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS aos repasses para o Fundes.


CLÁUSULA SEXTA - DA PROIBIÇÃO DE OBRIGAÇÕES COLIGADAS - Fica vedado ao Município firmar acordos, ajustes, contratos, convênios ou quaisquer obrigações coligadas ao presente convênio, não previstas no Projeto de Operacionalização e neste instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS ALTERAÇÕES - O presente convênio poderá ser alterado mediante termos aditivos, tendo em vista a conveniência e o interesse dos participantes.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os termos aditivos e alterações que impliquem aumento de despesa dependerão de prévia autorização do Governo do Estado.

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA, DENÚNCIA, RESCISÃO E RESOLUÇÃO

1 - O presente convênio vigorará pelo prazo de 1(um) ano



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA  
SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 11 -

a partir de 1º/Dezembro/1987, prorrogável, automática e sucessivamente, por igual período, até o limite de 05 (cinco) anos.

2 - O convênio poderá ser desfeito, durante o prazo de vigência, por mútuo consentimento dos partícipes ou denúncia de quaisquer deles, por desinteresses, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

3 - O convênio poderá ser rescindido, por infração legal ou convencional, respondendo, pelas perdas e danos, o partícipe que lhe der causa.

4 - O Secretário da Saúde e o Prefeito Municipal são autoridades competentes para denunciar, resolver ou rescindir este convênio.

CLÁUSULA NONA - DOS CONVENIOS EM VIGOR - A partir desta data, cessam os efeitos do(s) convênio(s) existente(s) entre a SECRETARIA e o MUNICÍPIO de Itapira, celebrado(s) em 02/Agosto/85.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO - O presente convênio será publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO - Fica eleito o Foro da Capital de São Paulo para dirimir as dúvidas oriundas deste convênio e que não forem resolvidas de comum acordo dos partícipes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÃO FINAL - O convênio será firmado também por um agente local do Governo, designando pelo Governo do Estado.



# Secretaria de Estado da Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA

SEÇÃO DE CONTRATOS E CONVENIOS

- 12 -

E, por estarem de acordo, firmam o presente convênio em (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

São Paulo, 27 de novembro de 1987

JOSE ARISTODEMO PINOTTI  
Secretário de Estado da Saúde e  
Superintendente Regional do INAMPS

DAVID MORO FILHO  
Prefeito Municipal de Itapira

TESTEMUNHAS:

1)

2)

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 10-A

Lei nº 2.271-fls.2

Art. 32 - São atribuições do Superintendente de Saúde:

I - Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação dos seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde;

II - acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde;

III - submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias;

IV - submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de Receita e Despesa do Fundo;

V - encaminhar à Contabilidade Geral do Município as demonstrações mencionadas no inciso anterior;

VI - subdelegar competências aos responsáveis pelos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que integram a Rede Municipal;

VII - assinar cheques com o responsável pela Tesouraria, quando for o caso;

VIII - ordenar empenhos e pagamentos das despesas do fundo;

IX - firmar convênios e contratos, inclusive de empréstimos, juntamente com o Prefeito, referentes a recursos que serão administrados pelo Fundo.

## SEÇÃO IV

### DA COORDENAÇÃO DO FUNDO

Art. 42 - São atribuições do Coordenador do Fundo:

I - Preparar as demonstrações mensais da Receita e Despesa a serem encaminhadas ao Superintendente de Saúde do Município;

II - Manter os controles necessários à execução orçamentária do Fundo referentes a empenhos, liquidação e pagamento

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 2.271

"Regulamenta o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências".

A CÂMARA MUNICIPAL DE ITAPIRA aprovou e eu promulgo a seguinte lei:

## CAPÍTULO I

### SEÇÃO I

#### DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Fica regulamentado o Fundo Municipal de Saúde, a que alude o artigo 157 e seu Parágrafo Único da Lei Orgânica do Município de Itapira, que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Superintendência Municipal de Saúde, que compreendem:

I - O atendimento à saúde universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado;

II - a vigilância sanitária;

III - a vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes;

IV - o controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com os organizadores competentes das esferas federal estadual.

### SEÇÃO II

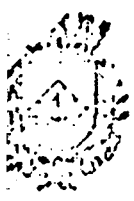
#### DA SUBORDINAÇÃO DO FUNDO

Art. 2º - O Fundo Municipal de Saúde ficará

subordinado diretamente ao Superintendente de Saúde do Município.

### SEÇÃO III

#### DAS ATRIBUIÇÕES DO SUPERINTENDENTE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



si nº 2.271-fls.2

ente de Saúde:

estabelecer políticas de apl  
unicipal de Saúde;

realização das ações prev

e o plano de aplicação a  
e Saúde e com a Lei de Di

e as demonstrações mensal

icipio as demonstrações r

eis pelos estabelecimento  
de Municipal;

Tesouraria, quando for o caso;

esas do fundo;

de empréstimos, juntamen  
administrados pelo Fund

1. 3º - São atribuições do Superintende

- Gerir o Fundo Municipal de Saúde e es-  
seus recursos em conjunto com o Conselho

II - acompanhar, avaliar e decidir sobre a  
ano Municipal de Saúde;

III - submeter ao Conselho Municipal de Saú-  
endo, em consonância com o Plano Municipal  
ançamentárias;

IV - submeter ao Conselho Municipal de Saú-  
e Despesa do Fundo;

V - encaminhar à Contabilidade Geral do Mu-  
do inciso anterior;

VI - subdelegar competências aos responsá-  
ção de serviços de saúde que integram a

VII - assinar cheques com o responsável pre-

VIII - ordenar empenhos e pagamentos das des

IX - firmar convênios e contratos, inclusive  
de-faulto, referentes a recursos que serão

**ARTIGO IV**

**FUNDO DO FUNDO**

4º - São atribuições do Coordenador do

Fundo:

receita e Despesa a ser  
pio;

ção orçamentária do Fun

Preparar as demonstrações mensais da Re-  
das ao Superintendente de Saúde do Municí

Manter os controles necessários à execu-  
ção de empenhos, liquidação e pagamento

*J. Almeida*

segue fls.3

Lei nº 2.271-fla.3

das despesas e aos recebimentos das Receitas do Fundo;

III - manter, em coordenação com o setor de patrimônio da Prefeitura Municipal, os controles necessários sobre os bens patrimoniais com carga ao Fundo;

IV - Encaminhar à Contabilidade Geral do Município:

a) Mensalmente, as demonstrações de Receitas e despesas;

b) Trimestralmente, os inventários de estoques de Medicamentos e de instrumentos médicos;

c) Anualmente, o inventário dos bens móveis e imóveis e o balanço geral do Fundo.

V - Firmar, com o responsável pelos controles da execução orçamentária, as demonstrações mencionadas anteriormente;

VI - Preparar os relatórios de acompanhamento da realização das ações de saúde para serem submetidos ao Superintendente de Saúde do Município;

VII - Providenciar, junto à Contabilidade Geral do Município, as demonstrações que indiquem a situação econômica financeira geral do Fundo Municipal de Saúde;

VIII - Apresentar ao Superintendente de Saúde do Município, a análise e a avaliação da situação econômico-financeira do Fundo Municipal de Saúde detectada nas demonstrações mencionadas;

IX - Manter os controles necessários sobre os convênios ou contratos de prestação de serviços pelo setor privado e dos empréstimos feitos para a saúde;

X - Encaminhar mensalmente, ao Superintendente de Saúde do Município, relatórios de acompanhamento e avaliação da produção de serviços prestados pelo setor privado na forma mencionada no inciso anterior.

XI - Manter o controle e a avaliação da produção das unidades integrantes da Rede Municipal de Saúde.

XII - Encaminhar mensalmente, ao Superintendente de Saúde do Município, relatórios de acompanhamento e avaliação de produção de serviços prestados pela rede municipal de saúde.

*J. J. J.*



**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

no 10-E  
**RA**

271-512.6

**SEÇÃO V**

**DOS RECURSOS DO FUNDO**

**SUBSEÇÃO I**

**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**Art. 5º - São Receitas do Fundo:**

**I - As transferências oriundas da**  
e social, como decorrência de que dispõe o artigo 30,  
deral.

**II - Os rendimentos e os juros p**  
s financeiras.

**III - O produto de convênios fin**  
financeiras.

**IV - As parcelas do produto da**  
receitas próprias oriundas das atividades econômicas,  
e de outras transferências que o Município tenha direito  
de lei e de convênios em vigor.

**V - Doações em espécie feitas d**  
to.

**§ 1º - As Receitas descritas nos**  
sitadas obrigatoriamente em conta especial a ser abert  
da de estabelecimento oficial de crédito.

**§ 2º - A aplicação dos recursos**  
a dependerá:

**I - da existência de disponibili**  
mento de programação;

**II - da prévia aprovação do Sup**  
Município.

**SUBSEÇÃO II**

**DOS ATIVOS DO FUNDO**

**Art. 6º - Constituem ativos do**  
Município:

1º

**I - As disponibilidades monetárias e**  
ocial oriundas das receitas específicas.

**II - Os bens que porventura vier**  
adquirir;

**REFEITURA MUNICIPAL DE IT**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

Lei                    fls.5

- III - bens móveis e imóveis que forem de saúde do Município;
- IV - bens móveis e imóveis doados, com exceção dos bens do sistema de saúde;
- V - bens móveis e imóveis destinados ao sistema de saúde do Município.
- Parágrafo único - Anualmente se fará inventário dos bens e direitos vinculados ao fundo.

**SUBSEÇÃO III**

**DOS PASSIVOS DO FUNDO**

Art. 72 - Constituem passivo do Fundo Municipal as obrigações de qualquer natureza que porventura a Municipalidade tiver contraídas para a manutenção e o funcionamento do sistema municipal de saúde.

**SEÇÃO III**

**DO ORÇAMENTO E DA CONTABILIDADE**

**SUBSEÇÃO I**

**DO ORÇAMENTO**

Art. 82 - O Orçamento do Fundo Municipal de Saúde será elaborado de acordo com as diretrizes da política de saúde pública e o programa de trabalho governamental plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias, e os princípios de equilíbrio orçamentário e de equilíbrio financeiro.

§ 1º - O Orçamento do Fundo Municipal de Saúde será elaborado de acordo com o Orçamento do Município, em obediência ao princípio da unidade orçamentária.

§ 2º - Na elaboração e na sua execução, os padrões e normas estabelecidos pelo Conselho Municipal de Saúde serão observados.

**SUBSEÇÃO II**

**DA CONTABILIDADE**

Art. 83 - A Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde terá por objetivo evidenciar a situação financeira, patrimonial e operacional do sistema municipal de saúde, observados os padrões e normas estabelecidos pela legislação pertinente.

segue fls.6

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIICA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

Lei nº 2.271-fls.6

Art. 10 - A Contabilidade será organizada de forma a permitir o exercício das suas funções de controle prévio, concomitante e subsequente e de informar, inclusive de apropriar e apurar custos dos serviços, e, conseqüentemente, de concretizar o seu objetivo, bem como interpretar e analisar os resultados obtidos.

Art. 11 - A escrituração contábil será feita pelo método das partidas dobradas.

§ 1º - A Contabilidade emitirá relatórios mensais de gestão, inclusive dos custos dos serviços.

§ 2º - Entende-se por relatórios de gestão os balancetes mensais de Receita e de Despesa do Fundo Municipal de Saúde e demais demonstrações exigidas pela Administração e pela Legislação pertinente.

§ 3º - As demonstrações e os relatórios produzidos passarão a integrar a Contabilidade Geral do Município.

Art. 12 - Imediatamente após a promulgação da Lei de Orçamento o Superintendente de Saúde do Município aprovará o quadro de cotas trimestrais, que serão distribuídos entre as unidades executoras do Sistema Municipal de Saúde.

Parágrafo Único - As cotas trimestrais poderão ser alteradas durante o exercício, observados o limite fixado no orçamento e o comportamento da sua execução.

Art. 13 - Nenhuma despesa será realizada sem a necessária autorização orçamentária.

Parágrafo Único - Para os casos de insuficiências e omissões orçamentárias poderão ser utilizados os créditos adicionais suplementares e especiais, autorizados por lei e abertos por decreto do Executivo.

Art. 14 - As despesas do Fundo Municipal de Saúde se constituirão de:

I - financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde desenvolvidos pela Superintendência ou com ela conveniados;

II - pagamento de vencimentos, salários, gratificações ao pessoal dos órgãos ou entidades de administração direta ou indireta que participem da execução das ações previstas no art. 10 da presente Lei.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 10-H

Lei nº 2.271-116.7

Lei.

III - pagamento pela prestação de serviços a entidades de direito privado para execução de programas ou projetos específicos do setor de saúde, observado o disposto no § 12, do art. 119 da Constituição Federal.

IV - aquisição de material permanente e de consumo e de outros insumos necessários ao desenvolvimento dos programas;

V - construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação de serviços de saúde.

VI - desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações de saúde.

VII - desenvolvimento de programas de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde.

VIII - atendimento de despesas diversas, de caráter urgente e inadiável, necessárias à execução das ações e serviços de saúde mencionados no art. 12 da presente lei:

## SUBSEÇÃO II

### DAS RECEITAS

Art. 15 - A execução orçamentária das receitas se processará através da obtenção do seu produto nas fontes determinadas por Lei.

Art. 16 - O Fundo Municipal de Saúde terá vigência ilimitada.

Art. 17 - Fica o Poder Executivo autorizado a abrir crédito adicional especial no valor de Cr\$ 5.000.000,00 (Cinco milhões de cruzeiros) para cobrir despesas com a implantação do Fundo de que trata a presente lei.

Parágrafo Único - A cobertura do crédito adicional especial a que se refere este artigo se fará através da anulação parcial da seguinte verba do orçamento vigente:

08 - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

03 - Hospital Municipal

segue fls.8

*Manuel*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRÁ**

**ESTADO DE SÃO PAULO**

Lei nº 2.271-fls.8

4120 - Equipamentos e Material Permanente

15754281.01 - Funcional Programática.....

Art.,18 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Itapira, em 04 de março de 1991.

  
JOSÉ ROBERTO BARROS GUSOZ

PREFEITO MUNICIPAL

Registrada no Gabinete do Prefeito na data supra.

PAULO AFONSO PEREIRA ULBRICHT

CHEFE DE GABINETE



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DE SÃO PAULO

## DECRETO Nº

O Prefeito Municipal de Itapira, Estado de São Paulo, usando de atribuição legal.

DECRETA:

Art. 1º - Fica aprovado a Norma de Seleção, Acondicionamento, disposição para coleta e disposição final de resíduos por estabelecimentos de serviços de saúde.

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Itapira, Estado de São Paulo, ' 43

em

O Prefeito Municipal de Itapira, no exercício de suas atribuições e considerando que:

No cenário epidemiológico atual, a doença microbiana é tida como um fenômeno multifatorial decorrente da interação simultânea da presença de agente infeccioso em número suficiente, via de transmissão adequada porta de entrada e hospedeiro em estado de suscetibilidade.

A frequência das doenças microbianas provocadas por patógenos primários (doenças infecto-contagiosas) varia entre 6 à 9 por cento do total dos internamentos hospitalares, o que demonstra que atualmente, 90 por cento das doenças tratadas em hospitais não são transmissíveis.

Os agentes microbianos encontrados no lixo pertencem à microbiota normal humana, à microbiota do solo em que pese constatar-se ainda raros patógenos primários (agentes de doenças infecto-contagiosas) sendo que estes últimos não conseguem sobreviver em um meio como o aterro de lixo por mais de dez dias.

A única via potencial de transmissão de micro organismos existentes no lixo para o ser humano é por lesão cutânea, conseqüentemente os cuidados para se evitar o contato com lesões cutâneas são os mesmos para o lixo de serviços de saúde e lixo doméstico.

Há necessidade de busca de soluções seguras e realistas para o destino a ser dado á estes resíduos.

RESOLVE INSTITUIR a presente

NORMA MUNICIPAL PARA SELEÇÃO, ACONDICIONAMENTO,



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

## SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO

DISPOSIÇÃO PARA A COLETA, COLETA E DISPOSIÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS GERADOS POR ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

### CAPÍTULO PRIMEIRO - INTRODUÇÃO

- Art. 1º - A presente norma refere-se à regulamentação das etapas de geração, separação, acondicionamento, transporte e destinação final dos resíduos sólidos gerados por estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.
- Art. 2º - Deverão enquadrar-se no previsto nesta norma, a partir de sua vigência, os seguintes estabelecimentos localizados no Município de Itapira-SP e que estejam funcionando de acordo com a legislação específica federal, estadual e municipal vigentes:
- a.- Unidades de Saúde
  - b.- Centro Regional de Especialidades
  - c.- Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica
  - d.- Hospitais Gerais e/ou Especializados
  - e.- Clínicas Médicas, Odontológicas e Veterinárias
  - f.- Ambulatórios
  - g.- Farmácias e Drogarias

- §1º -- Os procedimentos fixados por esta Norma não são válidos para quantidades de materiais além dos gerados pelos procedimentos cotidianos dos estabelecimentos aqui relacionados.
- §2º -- Estoques de materiais em quantidades acima da geração normal, são atendidos como resíduos industriais e devem ser devolvidos aos respectivos fabricantes.
- §3º -- Na hipótese de não ser possível esta devolução, os estoques deverão ser relatados à prefeitura Municipal de Itapira, que após competente vistoria, indicará os procedimentos para destinação final.

### CAPÍTULO SEGUNDO - CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS POR SERVIÇOS DE SAÚDE

- Art. 3º - Para efeito de cumprimento desta Norma Municipal, os resíduos gerados por estabelecimentos de serviços de saúde serão classificados pelos critérios abaixo:
- I - Líquidos/Pastosos
    - a.- Biológicos  
Sangue, fezes, pus, líquido ou outros líquidos orgânicos.
    - b.- Químicos  
solventes orgânicos, sais inorgânicos e outros produtos químicos não utilizados como medicamentos.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRÁ

SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DE SÃO PAULO

c.- Radioativos

d.- Terapêuticos

Sobras de Medicamentos, medicamentos com prazos de validade dos.

## II - Sólidos

a.- Cortantes e/ou Perfurantes

Lâminas (de bisturis, de escanhoar e outras), agulhas, ampou-  
tros de soluções parentais com ponta, intracat, fragmentos de  
dros, etc.

b.- Não Cortantes e/ou Não Perfurantes

1.- Resíduos de diagnósticos e tratamento (RDT).

Gase, algodão, compressas, ataduras, absorventes higiêni-  
paradrapos, frascos coletores descartáveis para líquidos  
gicos, bolsas de colostomia, bolsas de sangue, drenos,  
tubos descartáveis ou placas de petri, contendo culturas  
cro organismos ou células e outros materiais Inaproveitá-  
jos de sangue, fezes, pus, urina, líquido ou outros líquid-  
gânicos.

2.- Peças Anatômicas.

Fêtos, placentas, membros, órgãos, tecidos orgânicos, car-  
de animais de experimentação.

3.- Medicamentos sólidos com prazos de validade vencidos.

## III - Resíduos Comuns

Todos os resíduos que, a olho nu, não estejam sujos de sangue, fe-  
pus, urina e outros líquidos orgânicos.

a.- Inertes

Papel, papelão, frascos, latas, plásticos.

b.- Orgânicos

Restos de comida.

## CAPÍTULO TERCEIRO - ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS

Art. 4º - É de responsabilidade dos estabelecimentos de serviços de saúde, a  
criminação dos tipos de resíduos por eles gerados, selecionando-os  
acordo com a classificação, Capítulo 2º desta Norma e o acondicio-  
to conveniente e seguro dos diversos materiais classificados, obs-  
do os seguintes critérios:

### I - Líquido/Pastosos

a.- Devem ser recolhidos em recipiente compatível, diluídos em água





# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

## SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DE SÃO PAULO

despejados em vaso sanitário, acionando-se imediatamente a válvula de descarga.

- b.- Este procedimento de descarga de materiais em vaso sanitário é indicado por Itapira ter 100% de esgoto tratado, na área urbana.

### II - Biológicos

- a.- Devem ser recolhidos com técnica asséptica e despejados em vaso sanitário, acionando-se imediatamente a válvula de descarga.
- b.- Quando recicláveis ou descartáveis, os recipientes que os contêm, deverão ser autoclavados.

### III - Químicos

- a.- Deverão ser descarregados em vaso sanitário.
- b.- Seus recipientes, deverão ser considerados inertes, para efeito de acondicionamento e disposição para coleta.

### IV - Terapêuticos

- a.- Deverão ser descarregados em vaso sanitário.
- b.- Seus recipientes deverão ser considerados resíduos comuns, inertes para efeito de acondicionamento e disposição para coleta.

### V - Radioativos

Os critérios gerais e cuidados relativos ao emprego de materiais radioativos, devem ser estabelecidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, através da Resolução 19/85, publicada em Diário Oficial da União de 17 de dezembro de 1985.

### VI - Sólidos

#### a.- Cortantes e/ou Perfurantes

- 1.- O preparo destes materiais para embalagem e disposição final deverá objetivar torná-los incapazes de produzir lesões.
- 2.- Estes materiais deverão ser acondicionados em latas com tampas, latas de biscoitos, leite em pó e outras.
- 3.- Os materiais deverão ser separados em duas classificações, sendo uma de metais e plásticos e outra de vidros, utilizando-se portanto de uma lata para cada tipo de material. Uma vez completado o volume das latas, as mesmas serão fechadas, lacradas com fita crepe ou esparadrapo, ou outro material colante e identificadas com os dizeres:

**MATERIAL CORTANTE/PERFURANTE - METAIS E PLÁSTICOS**

**MATERIAL CORTANTE/PERFURANTE - VIDROS**

- 4.- Estas latas, uma vez fechadas, não deverão ser colocadas em sa-



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

## SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

### ESTADO DE SÃO PAULO

cos plásticos para a coleta.

5.- As mesmas serão colocadas em locais específicos de disposição - lixeiras dos hospitais, separadas dos demais recipientes de resíduos, de forma a poderem ser facilmente identificadas e apinhadas para a coleta.

b.- Não cortantes e/ou não perfurantes

1.- Resíduos de diagnósticos e Tratamento (RDTs)

1.1.- Estes materiais deverão ser acondicionados em sacos plásticos resistentes de coloração branco-leitosa.

1.2.- Completados seus volumes até 2/3 do limite que permita o perfeito fechamento dos sacos, através de amarração de suas pontas, os mesmos serão encaminhados a um local específico como o previsto no capítulo 4º desta Norma.

1.3.- Estabelecimentos que internam doenças infecto-contagiosas e ambulatorios que atendem estas doenças, poderão autoclavar os resíduos de tratamentos e diagnósticos, mesmo havendo comprovação de que os mesmos possam ser infectantes.

1.4.- Placas de petri, tubos ou frascos de culturas antes de serem embalados, deverão ser esterilizados.

2.- Peças anatômicas

2.1.- As peças anatômicas deverão ser sepultadas, de acordo com a legislação vigente.

2.2.- As peças anatômicas de origem cirúrgica ou traumática, deverão ser acondicionadas em sacos plásticos, idênticos aos utilizados para acondicionamento de resíduos de diagnósticos e tratamentos e encaminhadas ao Serviço Legal, para registro e sepultamento.

2.3.- As peças anatômicas oriundas de necrópsia, deverão ser colocadas dentro dos cadáveres respectivos e assim encaminhadas ao sepultamento.

As carcaças de animais de experimentação, frequentes nos Resíduos de institutos de pesquisas biológicas e farmacêuticas, deverão ser enterradas.

3.- Medicamentos sólidos com prazos de validade vencidos.

3.1.- Deverão ser retirados dos recipientes que os contém, misturados e despejados em vaso sanitário acionando-se em seguida a descarga, observadas as quantidades não superiores às de geração normal do estabelecimento.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DE SÃO PAULO

## c.- Resíduos comuns

1.- Dado ao trabalho de reciclagem destes materiais a serem desenvolvidos em aterro de lixo, os resíduos comuns deverão ser acondicionados em sacos plásticos da seguinte maneira:

1.1.- Resíduos comuns inertes em sacos plásticos, segundo a NBR 0001, do tipo 1ª, de tonalidade cinza e de volume compatível com os volumes gerados no estabelecimento.

1.2.- Resíduos comuns orgânicos em sacos plásticos, segundo a NBR 9091 do tipo 1ª, de tonalidade azul clara e de volume compatível com os volumes gerados no estabelecimento.

2.- Dado ao peso proporcionado pela presença frequente de líquidos nestes materiais, deverá ser considerada a conveniência de utilização de sobre-embalagem, com o uso de mais de um saco plástico.

## CAPÍTULO QUARTO. - DISPOSIÇÃO PARA A COLETA

Art. 5º - Uma vez acondicionados, conforme o previsto no Capítulo 3º desta Norma, os resíduos sólidos deverão ser encaminhados a um só local especificamente destinado à finalidade de estocá-los e dispô-los para a execução dos serviços municipais de coleta.

Art. 6º - Para o cumprimento deste ítem considera-se que:

I - Estabelecimentos geradores de pequenos volumes.

§1º -- Entende-se por pequenos volumes, aqueles que podem ser manuseados por uma só pessoa em condições de segurança plena.

§2º -- Esta pessoa será encarregada de encaminhar os resíduos embalados, de forma a não descaracterizar as embalagens seletivas, desde o estabelecimento prestador de serviço de saúde até o ponto de coleta especial, previamente estabelecido pela Autoridade Municipal, que dará divulgação específica ao estabelecimento em questão.

II - Estabelecimentos geradores de grandes volumes.

Parágrafo único - Entende-se por grandes volumes, aqueles que se demonstram inviáveis para serem mobilizados por uma só pessoa e portanto serão estocados e dispostos para a coleta em recipientes contenedores, tambores ou caçambas específicas, estacionados em locais apropriados.

Art. 7º - Os locais para disposição para a coleta dos resíduos sólidos, previamente acondicionados, serão tambores, contenedores ou caçambas, utilizando-se dos mesmos de forma seletiva, visando a manutenção do trabalho de acondicionamento da seguinte forma:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

## SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DE SÃO PAULO

- I - Recipientes em número e capacidade volumétrica para receber:
- a.- Latas contendo resíduos cortantes ou perfurantes.
  - b.- Sacos plásticos branco-leitosos contendo resíduos de diagnósticos e tratamentos.
  - c.- Sacos plásticos de cor cinza, contendo resíduos comuns inertes.
  - d.- Sacos plásticos contendo plásticos de cor azul clara contendo resíduos comuns orgânicos.

II - Os recipientes deverão ser estacionados ordenadamente de forma a proporcionar boa visualização de seus conteúdos.

III - Os locais onde serão estacionados os recipientes deverão ser:

- a.- Cobertos, cercados com tela e identificados.
- b.- Com piso lavável, antiderrapante, suficientemente resistente para suportar o peso dos equipamentos.
- c.- Dotados de ponto de água para permitir a lavagem do local.
- d.- De fácil acesso para o pessoal e para equipamentos de coleta.

Parágrafo único - Estes locais não poderão ser utilizados para outras finalidades.

Art. 8º - Fica vedada a disposição das embalagens em vias e logradouros públicos.

Art. 9º - Os estabelecimentos deverão manter pessoa encarregada da abertura do local para o Serviço de coleta e manutenção de sua limpeza.

### CAPÍTULO QUINTO - DA COLETA

Art.10º - A Prefeitura Municipal de Itapira, a fim de facilitar as operações de triagem e reciclagem dos materiais, proporcionará aos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, um serviço especial de coleta.

### CAPÍTULO SEXTO - DA DISPOSIÇÃO FINAL

Art.11º - A disposição final dos resíduos será executada segundo os critérios:

- I - Latas contendo materiais cortantes e/ou perfurantes.
  - a.- Serão dispostos em depósito próprio e tratados visando sua reciclagem.
- II - Sacos plásticos contendo resíduos de diagnósticos e tratamentos.
  - a.- Serão dispostos no aterro de rejeitos, seguindo as normas e procedimentos para destinação de rejeitos.
- III - Sacos plásticos contendo resíduos comuns inertes.
  - a.- Serão dispostos em local próprio para reciclagem, incorporando-se aos demais artefatos operacionalizados.
- IV - Sacos plásticos contendo resíduos comuns orgânicos.
  - a.- Serão dispostos em local próprio (aterro de lixo).

### CAPÍTULO SÉTIMO - DO CUMPRIMENTO DA NORMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DE SÃO PAULO

- Art.12º - É obrigatório o cumprimento desta Norma pelos estabelecimentos de serviços de saúde localizados no Município de Itapira.
- Art.13º - Os infratores destas Normas estarão sujeitos aos princípios legais estabelecidos na lei Orgânica do Município.

Itapira, em março de 1993.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 12-A

= LEI Nº 2.270 =

"Regulamenta o Conselho Municipal de \*  
Saúde e dá outras providências".

A CÂMARA MUNICIPAL DE ITAPIRA aprovou e  
eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica regulamentado o Conselho  
Municipal de Saúde a que alude o artigo 156 da Lei Orgânica do Município de  
Itapira, que, como órgão colegiado, será o responsável pela coordenação do  
Sistema Único de Saúde a nível do Município de Itapira.

Parágrafo 1º - O Conselho terá como obje-  
tivo básico o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Políti-  
ca Municipal de Saúde, competendo-lhe, ainda, funções deliberativas, normati-  
vas e fiscalizadoras e consultivas.

Parágrafo 2º - O Conselho Municipal de  
Saúde, presidido pelo Superintendente de Saúde do Município, tem a seguinte  
composição:

I - 02 representantes dos Servidores da  
Área de Saúde;

II - 01 - representante da Secretaria de  
Estado da Saúde;

III - 01 representante dos demais Departam-  
entos Municipais;

IV - 02 representantes de prestadores de  
serviços de saúde, sendo um de entidades filantrópicas e um de entidades com  
fins lucrativos;

V - 01 representante do conjunto das enti-  
dades de representação de outros profissionais de Área de Saúde;

VI - 02 representantes dos usuários, indi-  
cados pelos Sindicatos de trabalhadores, Sindicatos patronais, associações e  
conselhos comunitários, associações de doentes e de portadores de deficiência  
e outras entidades da sociedade civil representativas de usuários;

VII - 02 Vereadores à Câmara Municipal, a  
serem indicados pelo Colégio Plenário.

*M. M. M. M.*  
segue fls.2



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 12-B

Lei nº 2.270 - fls.2

Parágrafo 3º - Os órgãos e entidades previstas neste artigo poderão a qualquer tempo, solicitar a substituição dos respectivos representantes.

Parágrafo 4º - As funções dos membros do C.M.S. não serão remuneradas, cujo exercício será considerado serviço relevante.

Parágrafo 5º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde -C.M.S. serão nomeados pelo Prefeito do Município, excetuando-se aqueles mencionados no Inc. VII, do § 2º, do art. 1º.

Art. 2º - O Conselho Municipal de Saúde contará <sup>com</sup> um Diretor Executivo, a ele subordinado, designado pelo Superintendente de Saúde, com atribuições técnicas operacionais de execução e implementação do Sistema Único de Saúde do Município de Itapira.

Parágrafo Único - O Diretor Executivo terá as atribuições disciplinadas no respectivo Regimento Interno.

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde observará no exercício de suas atribuições, as seguintes diretrizes básicas e prioritárias:

I.- A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

II - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com os seguintes parâmetros:

a) atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, destacando-se o atendimento de urgência;

b) participação da comunidade através de suas entidades de classe legalmente constituídas;

III - Uma política de saúde pública que assegure o desenvolvimento e a complementariedade entre as dimensões preventivas, como saneamento básico, gestão ambiental, educação sanitária e ambiental, e assistencial, garantindo a universalização e o acesso igualitário a um ambiente sadio e aos serviços de saúde a todos os cidadãos do Município de Itapira.

segue fls.3

*M. U. U. U.*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 12-C

Lei nº 2.270-fls.3

IV - O aprofundamento da integralidade e melhoria na qualidade ambiental e dos cuidados com a saúde pública no âmbito coletivo e individual.

V - A efetivação de uma política de recursos humanos para o setor de saúde que contemple a admissão somente por concurso público, ressalvados os casos previstos em lei, plano de carreira com empregos, salários e vencimentos, capacitação e reciclagem para as funções, isonomia salarial e dedicação exclusiva para o setor público.

Art. 4º - São atribuições do Conselho Municipal de Saúde:

I - estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a política municipal de Saúde;

II - desenvolver propostas e ações dentro do quadro de diretrizes básicas e prioritárias previstas em lei, que venham em auxílio da implementação e consolidação do Sistema Municipal de Saúde;

III - incentivar a participação das entidades de classe;

IV - deliberar, analisar, fiscalizar e apreciar, a nível municipal, o funcionamento e a qualidade do Sistema de Saúde;

V - possibilitar o amplo conhecimento do Sistema Municipal de Saúde às instituições públicas e privadas;

VI - definir o plano diretor de saúde do Município;

VII - apreciar e deliberar sobre a prestação de contas encaminhada pela Diretoria Executiva;

VIII - apreciar e deliberar sobre os serviços privados prestados ao Sistema de Saúde de acordo com as necessidades da população e da disponibilidade orçamentária;

IX - coligir e divulgar, amplamente, dados e características relacionados com a Saúde;

X - articular a soma de esforços das diversas instituições, entidades privadas e organizações afins, com o intuito de evitar-se a diluição de recursos e atividades nas áreas de saúde;

XI - promover contatos com as várias instituições e organizações afins, responsáveis pelas ações ligadas às necessida-

segue fls.4





# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 12-D

Lei nº 2:270-fls.4

des de saúde da população, para atuação conjunta, quando possível;

XII - incentivar e participar da realização de estudos, promover investigações, pesquisas sobre as causas, prevenção e controle de saúde;

XIII - alterar o regimento interno, adaptando-o às necessidades impostas pela conjuntura, para melhor controle das atividades;

XIV - apreciar quaisquer outros assuntos que lhe forem submetidos.

Art. 5º - O Conselho reunir-se-á, ordinariamente uma vez a cada dois meses e extraordinariamente quando convocado pelo Prefeito ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - As reuniões do C.M.S. dar-se-ão com a presença da maioria de seus membros e as decisões serão tomadas pela maioria dos votos dos presentes, tendo o Presidente, além do voto comum, também o de qualidade.

Parágrafo 2º - As decisões do C.M.S. serão consubstanciadas em deliberações.

Art. 6º - O Presidente do Conselho designará um Secretário de sua livre escolha para lavratura dos atos referentes às decisões.

Art. 7º - Compete à Superintendência de Saúde do Município adotar as medidas administrativas necessárias à efetivação das decisões do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 8º - A presente lei será regulamentada dentro de 30(trinta)dias contadas de sua publicação, através de elaboração de seu Regimento Interno, aprovado por Decreto do Executivo.

Art. 9º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 - Revogam-se as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Itapira, em 04 de março de 1991.

  
JOSÉ ROBERTO BARROS MUNHOZ

PREFEITO MUNICIPAL

Registrada no Gabinete do Prefeito na data supra.

PAULO AFONSO PEREIRA ULBRICHT



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Anexo 12-E

=LEI Nº 2.343=

"Altera a Lei nº 2.270, que regulamenta o Conselho Municipal de Saúde".

A CÂMARA MUNICIPAL DE ITAPIRA aprovou e promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - O item VI do Parágrafo 2º, do Art. 3º da Lei nº 2.270, de 04 de março de 1991, passa a ter a seguinte redação:

"VI - 09 representantes dos usuários, indicados pelo: Sindicatos de Trabalhadores, Sindicatos Patronais, Associações e Conselhos comunitários, Associações de Doentes e de Portadores de Deficiência e outras entidades da sociedade representativa de usuários".

Art. 2º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Itapira, em 18 de Outubro de 1991.

  
JOSE ROBERTO BARROS MUNHOZ  
PREFEITO MUNICIPAL

Registrada no Gabinete do Prefeito na data supra.

PAULO AFONSO PEREIRA ULBRICHT  
CHEFE DE GABINETE



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

PORTARIA Nº 067/93

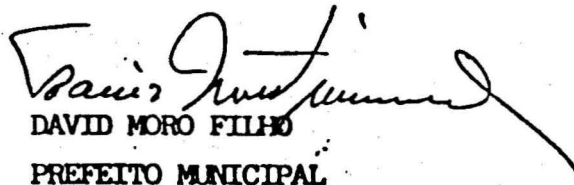
DAVID MORO FILHO, Prefeito Municipal de Itapira, no uso de suas atribuições legais:

R E S O L V E:

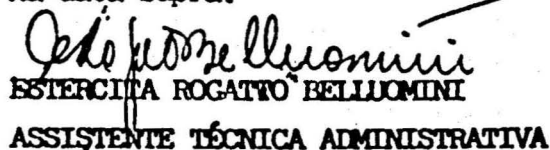
DESIGNAR os membros abaixo, representantes das entidades que especifica, para sob a presidência do primeiro, compor o CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIRA:

- I - Superintendente de Saúde do Município - Dr. Humberto Carlos Barizon ✓
- II - Representantes dos Servidores Municipais da área de saúde: Celene AP. ✓  
Ferrari Audi, Dr. Isamu Ito. ✓
- III - Representante da Secretaria de Estado da Saúde: Dra. Janete dos Reis ✓  
Fernandes.
- IV - Representante dos Departamentos da Prefeitura Municipal: Ass. Social ✓  
Divanira Salles R. Arruda.
- V - Representantes de Prestadores de Serviços: José Giovelli, João Maria ✓  
Stevanato.
- VI - Representante de Profissionais da Área de Saúde: Cristina Ap. Trigo ✓  
Martins Moro.
- VII - Representantes de Usuários: Antonio Walter Biccigo, Sebastião Riboldi ✓  
Guerreiro, Almir Coraça, Gilberto Anacleto Pereira, Nelson Caporalli, Luiz Martinho Stringuetti, Sergio Porcelli, Salvador ✓  
Gilberto de Lima e Paulino Antonio.
- VIII - Vereadores à Câmara Municipal: José Francisco Martins, Izaltino Martins.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA, em 24 de fevereiro de 1993.

  
DAVID MORO FILHO  
PREFEITO MUNICIPAL

Registrada no gabinete do Prefeito na data supra.

  
ESTERLITA ROGATTO BELLUOMINI  
ASSISTENTE TÉCNICA ADMINISTRATIVA