

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

**RELATÓRIO**  
**DO**  
**TRABALHO**  
**DE CAMPO**  
**MULTIPROFISSIONAL**

TCM

1992

201-ITUVERAVA

p

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE ITUVERAVA

Relatório apresentado à Coordenação do  
Trabalho de Campo Multiprofissional em  
Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública  
da Universidade de São Paulo

São Paulo  
1992

## PARTICIPANTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Carmen de Aro Munhoz	advogada
Cecília Maria de Souza	enfermeira
Maria de Fátima Domingos	bióloga
Nilva Tiyomi Kitani	cirurgiã-dentista
Norma Sueli Ventura	médica
Regina Célia B. Grunewald	psicóloga
Rosanna Gualdieri G. Benesi	médica veterinária
Terezinha Tazuko Miyazawa	farmacêutica
Vera Lúcia Pacheco Silva	enfermeira
Vera Lúcia S. Cezaretto	publicitária
Zouraide Guerra A. Costa	médica

Coordenador

Prof. Dr. Delsio Natal

## **AGRADECIMENTOS**

Aos profissionais do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde, da CETESB e da SUCEN,

aos professores:

**Cláudio Gastão Junqueira de Castro**

**Délsio Natal**

**Edméa Rita Temporini Nastari**

**Maria Lúcia de M.S. Soboll**

**Paulo Antonio de Carvalho Fortes**

À comunidade de Ituverava e em especial aos doutores:

**Ecyr Alves Ferreira**

**Ephigênia de Paula Ribeiro**

**Euswaldo Athayde de Souza**

e a todos aqueles que colaboraram na elaboração deste Trabalho,

**expressamos nossos sinceros**

**agradecimentos**

"Já que não se consegue, no Brasil, um movimento social capaz de alterar radicalmente as estruturas de poder do INAMPS, Secretarias de Estado, Hospitais Públicos, que tal se começassemos tudo de novo, a partir da atenção primária dos municípios. Mais perto do povo, criando um novo modelo, longe dos interesses do bloco privativista. Um lugar, enfim, onde se pudesse praticar a organização racional dos serviços de saúde. O paraíso possível! Uma fuga pra frente, a partir do horizonte dos técnicos que elaboraram e difundiram este tipo de perspectiva".

*Gastão Wagner de Souza Campos*

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. METODOLOGIA.....	5
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	9
3.1 Histórico.....	9
3.2 Aspectos geográficos e topográficos.....	12
3.3 Aspectos político-administrativos.....	15
3.4 Aspectos demográficos.....	19
3.5 Indicadores de nível de vida.....	29
3.6 Indicadores de saúde.....	36
4. MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM ITUVERAVA.....	79
4.1 Sistema único de Saúde. A Constituição Brasileira de 1988. As Leis 8080/90 e 8142/90. A Municipalização das ações de saúde. Sistema Municipal de Saúde.....	79
4.2 Organização administrativa da saúde no Município.....	92
4.3 Organização dos serviços.....	102
4.4 Gestão orçamentária e financeira.....	159
4.5 Gestão de recursos materiais.....	162
4.6 Gestão de recursos humanos.....	165
4.7 Sistema de informação em saúde.....	169
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
6. BIBLIOGRAFIA.....	183
ANEXOS.....	188

## 1. INTRODUÇÃO

A partir do momento em que a sociedade passa a se conscientizar, exerce pressões sobre o Estado brasileiro no sentido de sua democratização. Do conflito de interesses dos diferentes atores sociais, resultam as políticas sociais.

Como decorrência das mudanças na relação entre Estado e Sociedade resultantes do avanço destas lutas, aparece no âmbito da Saúde Pública movimentos que tem como objetivos a satisfação de necessidades sociais mais gerais, como é o caso do Movimento da Reforma Sanitária cujo objetivo maior é superar a separação existente entre saúde pública e assistência médica. Concebe-se na Reforma a idéia do Direito Sanitário que concilia as atividades assistenciais, às ações de vigilância, controle de endemias e ações sobre o meio ambiente, dentro de um sistema único de saúde.

No cenário desta política pública em saúde, surge a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cuja participação da sociedade civil foi sem dúvida exemplo de condução democrática. Suas diretrizes serviram como referência para elaboração de uma seção específica para saúde na nova Constituição do Brasil de 1988, onde o conceito de saúde é visto sob um novo prisma, reconhecida como direito fundamental do ser humano e com uma abrangência

muito maior. Passa a ser vista como um direito público subjetivo da pessoa humana.

A saúde hoje, no Brasil, é um subsistema do sistema da seguridade social, as ações e os serviços de saúde passaram a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento público, direção única em cada esfera de governo e participação da população, sendo garantida à iniciativa privada a liberdade de realizar serviços de assistência à saúde de acordo com a lei.

A forma adequada do Estado proporcionar a assistência à saúde da população só pode ser concebida dentro da concepção da descentralização, seja administrativa, seja na gestão e arrecadação dos recursos financeiros, pois desta forma seu controle social certamente poderá se realizar a contento.

A Municipalização das ações e serviços de Saúde é o grande avanço do SUS, porque efetiva esta descentralização e, conseqüentemente, facilita o seu controle.

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tem contribuído na formação e capacitação de profissionais de Saúde na área de Saúde Pública. Dentro desta filosofia, o Curso de Especialização em Saúde Pública, tem capacitado profissionais de nível universitário para atuação na rede pública de serviços fornecendo a visão crítica sobre a política de saúde vigente no país. O Trabalho de Campo Multiprofissional é uma

Disciplina do referido curso, que visa incorporar nas atividades deste trabalho, os conhecimentos de Saúde Pública apreendidos, analisar as políticas de saúde e sua inserção em uma região específica, considerando-se o novo conceito de saúde e Sistema de Saúde preconizados na Constituição, além de possibilitar um trabalho integrado multidisciplinar.

Para o desenvolvimento do trabalho de Campo Multiprofissional de 1992 elegeu-se como tema de estudo a Municipalização dos serviços de saúde, levando-se em conta até que ponto esta foi efetivada.

O presente trabalho parte da caracterização do Município de Ituverava, do ponto de vista sócio-econômico cultural, analisa as ações de saúde locais, a implantação do Sistema Municipal de Saúde que vem ocorrendo com ritmo e feições próprias no Município, num processo árduo e complexo.

Optou-se por abordar conceitos teóricos sobre o SUS, baseados nas referências consultadas, com a finalidade de se avaliar a implantação do mesmo no Município.

## 2. METODOLOGIA

Para a execução do presente trabalho, foi feita uma avaliação do Município, a partir de informações colhidas de diferentes fontes.

Inicialmente, foram avaliados os dados constantes do Plano de Saúde do Município de Ituverava, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos (SEADE) e Lei Orgânica do referido Município. A partir desta análise, constatou-se a necessidade de maiores informações, as quais foram obtidas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), Fundação Faria Lima, Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB), Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e dados complementares solicitados previamente e que foram fornecidos pelo Município.

A partir da caracterização do Município e avaliação de seu organograma (ANEXO 1) foram selecionados setores que poderiam fornecer subsídios para a análise do Sistema de Saúde na região, visto que o estudo preliminar dos dados não permitiu a constatação da política de saúde vigente.

Optou-se por uma análise qualitativa da situação de saúde e das políticas de saúde no Município, utilizando-se entrevistas semi-estruturadas, com roteiros diferenciados que foram complementados no momento das

entrevistas à medida que isto se tornou necessário. Esses roteiros encontram-se no ANEXO 2. Um mesmo roteiro foi utilizado para mais de um entrevistado e algumas entrevistas foram improvisadas conforme se viu a necessidade de abordar algum aspecto.

Além das entrevistas foram obtidas informações em outros setores do Município.

As entrevistas foram feitas com representantes de setores previamente selecionados, utilizando-se a técnica da gravação e posterior transcrição.

Foram entrevistados e/ou obtidos dados dos seguintes componentes que direta ou indiretamente interferem no sistema de saúde local:

Prefeito

Diretor do Departamento de Saúde

Diretor do Centro de Saúde II (CSII)

Diretor do Posto de Atendimento Médico (PAM)

Diretor do Laboratório

Funcionários do Centro de Saúde e do Posto de

Assistência à Saúde (PAS)

Usuário do CSII, PAM e PAS

Representante do Serviço de Odontologia

Hospitais da região:

. Santa Casa - diretor e usuário

. Hospital e Maternidade Ituverava - diretor e usuário

. Equipe do Programa de Saúde Mental

. Componente do Conselho Municipal de Saúde  
Diretor do Departamento de Recursos Humanos  
Diretor do Departamento de Finanças  
Responsável pela Divisão de Serviços Gerais  
Diretora do Serviço Social do Município  
Médico Veterinário responsável pela inspeção do  
Matadouro  
Responsável pela Merenda Escolar  
Diretor do Departamento de Educação, Esportes,  
Cultura e Turismo  
Responsável pela Delegacia de Ensino  
Chefe da Divisão de Relações Trabalhistas  
Técnico da Casa da Agricultura  
Responsável pela Delegacia Agrícola  
Representante do Sindicato dos Trabalhadores  
Rurais  
Representante do Sindicato do Comércio  
Juiz  
Promotor  
Delegada da Delegacia da Mulher  
Delegado da Delegacia de Entorpecentes  
Delegado da Delegacia Distrital  
Representante do Serviço Autônomo de Água e Esgoto  
(SAAE)  
Representante da Associação de Defesa do Meio  
Ambiente  
Educadora de Saúde Pública

Trabalhador Rural (bóia fria)

Indivíduo responsável pelo recrutamento do

Trabalhador Rural (gato)

Morador do Bairro Bicão

Representante do Grupo MAEDA (produtor agrícola)

As entrevistas foram estruturadas, levando-se em consideração as seguintes variáveis:

Indicadores de nível de vida

Indicadores de Saúde

Municipalização da Saúde

Administração de Serviços

Participação Popular (Conselho Municipal de Saúde)

Funcionamento das Unidades de Saúde (Avaliação da Resolutividade, Regionalização, Hierarquização, Referência, Contra-Referência e outros itens)

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Funcionamento dos Hospitais

Funcionamento do Pronto-Socorro

Programas de Saúde

Vigilância Epidemiológica

Vigilância Sanitária

Serviço de Odontologia

Controle de Vetores

Saneamento Básico

Orçamento e Financiamento

Sistema de Informação da Saúde

Recursos Humanos

Serviço Social (SOS)

Serviços de Atendimento Médico privado e  
convênios.

A análise das entrevistas baseou-se na avaliação qualitativa que cada um dos entrevistados selecionados manifestou a respeito das variáveis em estudo.

Para a elaboração desta análise os roteiros de entrevista foram identificados com números e elaborada uma tabela, contemplando-se as variáveis e o número do roteiro que se referia a cada uma delas. Com isso obteve-se opiniões variadas a respeito de um mesmo tema.

A partir desta avaliação foi possível constatar como está ocorrendo o processo de Municipalização da Saúde em Ituverava.

### **3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

#### **3.1 HISTÓRICO**

Existem duas versões quanto à fundação de Ituverava (Fundação IBGE - Enciclopédia, 1957):

A primeira, conta que, em 1810, o destemido sertanejo Fabiano Alves de Freitas, atraído pela

opulência da região, desviou-se do caminho da vila de Nossa Senhora da Franca do Imperador e foi instalar-se junto ao Rio do Carmo, próximo à cascata que tanto o fascinou. Iniciou, então, a derrubada das matas, a formação de pastagens e começou a trabalhar com a terra. Católico fervoroso, em 1815 erigiu uma capela próximo à cachoeira, dedicando-a a Nossa Senhora do Carmo. Este foi o marco inicial da história de Ituverava.

A fertilidade do solo e a notícia de grandes riquezas atraíram forasteiros de outras regiões, levando o arraial a crescer rapidamente.

A segunda versão é baseada em estudos e pesquisas feitas por José Geraldo Evangelista, estudioso dos fatos históricos de Ituverava.

Segundo este historiador, a Capela Nossa Senhora do Carmo marcou o início do povoado, entretanto foi erigida pelo Alferes João Alves Figueiredo, mediante autorização do Bispo da Diocese.

Documentos que listaram os moradores em 1821 mostraram que Fabiano Alves de Freitas foi recenseado, na época e contava com sete anos de idade.

O alferes João Alves de Figueiredo, viúvo e natural de Lisboa; quando veio para a região, já era um homem rico, com quatro filhos, trinta e seis escravos e sete agregados. Instalou-se na região, cultivou milho, feijão, arroz, algodão, criou gado bovino e suínos. Foi

eleito o primeiro Juiz de Paz e suplente-escrivão do Arraial do Carmo.

Assim, portanto, considerado o verdadeiro fundador de Ituverava. A data oficial da fundação da cidade é 16 de julho de 1818.

A Lei Provincial nº 9, de 18/12/1847 elevou o povoado à categoria de distrito, com o nome de "Distrito de Paz de Nossa Senhora do Carmo da Franca do Imperador".

Em 6/5/1851 foi criada a primeira escola, que logo seria auxiliada por outras na alfabetização do povoado crescente.

A Lei Provincial nº 24, de 10/3/1885 criou o município com a denominação de "Carmo da Franca" desmembrando-o do Território de Franca. Neste mesmo ano, no dia 7 de setembro, foi instalado oficialmente o governo do município.

Através do Decreto nº 83, de 5/9/1890, o município passou a sede de comarca.

A Lei Estadual nº 664, de 6/9/1899, sancionada e assinada pelo então presidente do Estado, Coronel Fernando Prestes de Albuquerque, mudou o nome da comarca para "Ituverava", vocábulo de origem tupi-guarani, que quer dizer Salto Belo, Queda Brilhante.

A denominação local dos habitantes é "ituveravenses".

A comarca abrange os municípios de Ituverava, Igarapava, Buritizal, Aramina, Miguelópolis e Guará.

Ao município de Ituverava foram incorporados os distritos de São Benedito da Cachoeirinha (Lei nº 233, de 24/12/1948), Capivari da Mata (Lei nº 2456, de 30/12/1953) e Bairro Rural de Aparecida do Salto.

### 3.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E TOPOGRÁFICOS

#### 3.2.1 Localização Geográfica

O município de Ituverava é parte de uma vasta área fisiográfica paulista, o Planalto Ocidental, e está situado a nordeste do Estado de São Paulo, distante 410 km da capital, a ela se ligando diretamente pela via Anhanguera (SP-330).

Ocupa uma área urbana e rural de 727 Km<sup>2</sup> e encontra-se a uma altitude de 631 metros acima do nível do mar.

As coordenadas geográficas da sede municipal são as seguintes: 20° 20'30" de latitude sul e 47° 47'30" de longitude W.Gr.

Limita-se com os municípios de Jeriquara, Ribeirão Corrente, São José da Bela Vista, Guará, Ipuã, Miguelópolis, Aramina e Buritizal.

### 3.2.2 Clima

O clima é tipicamente tropical, com duas estações bem distintas, sendo uma seca, outra chuvosa. A pluviosidade anual é de 1324,5 mm.

A estação chuvosa compreende o período de novembro a março, acompanhada de forte calor proveniente da massa equatorial vinda da Amazônia. A média das temperaturas máximas do mês mais quente gira por volta de 30°C.

A estação seca, que se caracteriza pela temperatura mais baixa, vai de abril a setembro. As pastagens secam e a pecuária sofre as consequências da estiagem. Entretanto, não há frio rigoroso, a média das temperaturas mínimas no mês mais frio oscila em torno de 13°C.

### 3.2.3 Aspectos Hidrográficos

O município de Ituverava pertence à 7ª zona hidrográfica do Estado de São Paulo, que é integrada pelas bacias hidrográficas dos rios Pardo, Sapucaí, Carmo e Canoas, tributários do Rio Grande no trecho compreendido entre as usinas de Estreito e Marimbondo. O Rio do Carmo, que corta a cidade de Ituverava, é um dos principais afluentes das vertentes parciais do Rio Grande. De acordo com a legislação federal do controle de poluição das águas

(Resolução CONAMA nº 20, de 18/6/86) que classifica as águas segundo o uso preponderante que se pretenda dar às mesmas, o Rio do Carmo está na classe 4, em que as águas são destinadas à navegação, à harmonia paisagística e a usos menos exigentes. Apesar dessa classificação, a água é de boa qualidade, podendo ser utilizada para abastecimento público, como é o caso.

#### 3.2.4 Solo

O solo do município apresenta as seguintes características:

- latosol roxo, ocupando 670 km<sup>2</sup>, é um solo bom para a agricultura. Normalmente o perigo de erosão e as restrições para mecanização da lavoura são pequenos, porém as geadas provocam grande prejuízos às lavouras.

- latosol vermelho amarelo - fase arenosa, que ocupa 57 km<sup>2</sup>, é um "solo não adequado à agricultura, não havendo perigo de erosão. A mecanização da lavoura não encontra dificuldades, porém pela fertilidade natural baixa que apresenta, este tipo de solo tem melhor adaptação para o reflorestamento e às pastagens.

#### 3.2.5 Vegetação

A vegetação original era representada por dois grandes tipos de formações vegetais: cerradões e

formações florestais do tipo floresta latifoliada tropical, onde as árvores podem atingir até 30 metros de altura, e com grande número de leguminosas, como a peroba (Aspidosperma sp.), o pau d'alho (Gallesia gorazema) e a figueira branca (Ficus doliana).

Ao lado da floresta latifoliada tropical existiam os cerradões, que se apresentavam como pequena floresta, cuja composição florística está relacionada com o cerrado, embora com árvores da floresta, porém adaptadas (vicariantes). Estruturalmente, as árvores são esparsas, alcançando 15 metros; logo abaixo vêm arbustos com o máximo de 3 metros, mais denso e, finalmente, as gramíneas, mais raras.

Com o avanço da ocupação humana à procura de novas terras para o plantio do café, a região sofreu uma desenfreada devastação de suas florestas originais que, além de romper o equilíbrio bioclimático, trouxe como consequência o rápido esgotamento dos solos. Assim, à partir da década de 20, o uso do solo passou a ser caracterizado pela diversificação da agricultura, substituindo o café por outras culturas como o algodão, soja, arroz e milho.

### 3.3 ASPECTOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS

O Município de Ituverava está inserido na Região Administrativa de Franca (Ra-14) e na Região de

Governo de Franca (ANEXO 3). A RA de Franca foi criada por meio da Lei nº 3.207, de 26/10/88.

Pertence à microrregião homogênea da Alta Mogiana, segundo a Resolução CMPME nº 01, de 30/4/71, do IBGE.

O Município é sede de Comarca, de Delegacia Seccional de Polícia, de Delegacia Agrícola e de Delegacia de Ensino.

Conta com 19.263 eleitores (1990) e 15 vereadores.

O prefeito atual é Ecyr Alves Ferreira.

O governo municipal está estruturado conforme organograma anexo.

Na área da saúde, o Município faz parte do ERS 34 - Franca.

### 3.3.1 Justiça

O município de Ituverava corresponde à 60ª Zona Eleitoral.

O quadro funcional do Fórum local é formado por Juiz de Direito, Promotor Público, Assistente Social, Secretárias, Fiel, Auxiliar de Portaria, Oficial de Justiça, Escrevente e Servente.

O Fórum desenvolve ações relativas aos processos das áreas:

1. criminal: os que implicam em ações penais correspondentes a crime sujeito à pena de reclusão e detenção, tais como: infrações penais envolvendo tóxicos, queixa crime de processos relativos às leis de contravenções penais.

2. civil - anulação de casamento, separação judicial, testamento, tutela, inventário e partilhas, investigação de paternidade e ações de natureza cambial e fiscal, ação de desapropriação, ações relativas a loteamento, vendas, despejos, pedidos de busca e apreensão de menores, etc.

3. de menores - desvio de conduta, infrator, falta de habilitação, lesões corporais, tentativa de furto, sedução, maus tratos.

Na cidade de Ituverava a droga foi apontada como um dos principais problemas, há também casos de pequenos furtos. Há uma ação cível contra a Prefeitura com relação à poluição das águas do Rio do Carmo utilizado como fonte de abastecimento público. Foi apontado também o transporte inadequado do trabalhador volante, cuja solução é dificultada por envolver interesses das partes envolvidas: trabalhador rural, empreiteiro e proprietário.

### 3.3.2 Segurança Pública

No tocante à segurança pública, o município é sede de Delegacia Seccional de Polícia, 1ª e 2ª

Delegacia Distrital de Polícia, Delegacia de Investigações sobre Entorpecentes e Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher.

O contingente da Polícia Militar é de 51 elementos, dispondo de 10 viaturas.

A Polícia Civil conta com 44 elementos e 3 viaturas. A cadeia local possui 10 celas, cada uma com 4 lugares.

A Delegacia de Polícia dispõe de uma máquina escriba 2011, com a qual foi implantado o sistema TELEX, que funciona no terminal do computador abrangendo o Instituto de Identificação "Ricardo Gumbleton Daunt" (que fornece informações de antecedentes criminais) e ao terminal de consultas do DETRAN (que informa sobre veículos furtados, roubos ou estelionatos).

### 3.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

#### 3.4.1 População Residente

A população residente em Ituverava em 1980 era de 27.413 habitantes. O último censo (1991) registrou uma população de 33.001 habitantes, evidenciando um crescimento médio anual de 508 pessoas/ano.

Existe uma distribuição equilibrada entre os sexos masculino e feminino, embora com uma discreta predominância de mulheres, o que pode ser verificado também através da razão de masculinidade, conforme tabela 1.

TABELA 1 - População masculina e feminina e razão de masculinidade(\*), Ituverava, 1980 e 1991.

ANO	POPULAÇÃO			RAZÃO DE MASCULINIDADE
	HOMENS	MULHERES	TOTAL	
1980	13.516	13.897	27.413	972,6
1991	16.298	16.703	33.001	975,7

FONTE: FSEADE

(\*) por 1.000 mulheres.

Analisando a estrutura etária da população de Ituverava nos anos de 1980, 1985 e 1991 segundo três grandes grupos de idade, pode-se observar que, embora seja uma população predominantemente jovem, parece estar

havendo uma ligeira tendência ao envelhecimento, com um discreto aumento da população na terceira idade (Tabela 2).

Assim, a população de Ituverava (em 1991) pode ser classificada como "estacionária ou adulta", segundo o critério de Sundbarg, pois 31,05% dos habitantes estão na faixa etária de 0 a 15 anos, 51,39% encontram-se entre 15 e 50 anos e 17,56% da população é constituída por pessoas de 50 anos e mais.

De acordo com o critério de Whipple pode ser classificada como "acessiva", uma vez que há mais de 50% dos habitantes com idade entre 15 e 50 anos.

TABELA 2 - Distribuição em número e percentual da população segundo três grandes grupos de idade. Ituverava, 1980, 1985 e 1991.

IDADES EM ANOS COM- PLETOS	A N O S					
	1980		1985		1991	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 15	8.003	32,95	8.882	32,46	10.275	31,05
15 - 50	12.968	53,39	14.320	52,34	17.003	51,39
50 e mais	3.319	13,66	4.159	15,20	5.809	17,56
TODAS AS IDADES	24.290	100,00	27.361	100,00	33.087	100,00

FONTE: FSEADE - IBGE

## 3.4.2 Pirâmide Populacional

A pirâmide populacional de Ituverava em 1980 (tabela 3 e figura 1) enquadra-se no tipo 1 de Thompson que reflete os efeitos de altos coeficientes de natalidade e mortalidade; a base larga com diminuição acentuada das barras seguintes até o ápice é indicativa de população jovem, com idades medianas baixas e elevada razão de dependência, principalmente em função do grande contingente de jovens menores de 15 anos de idade, o qual representa 32,95% da população.

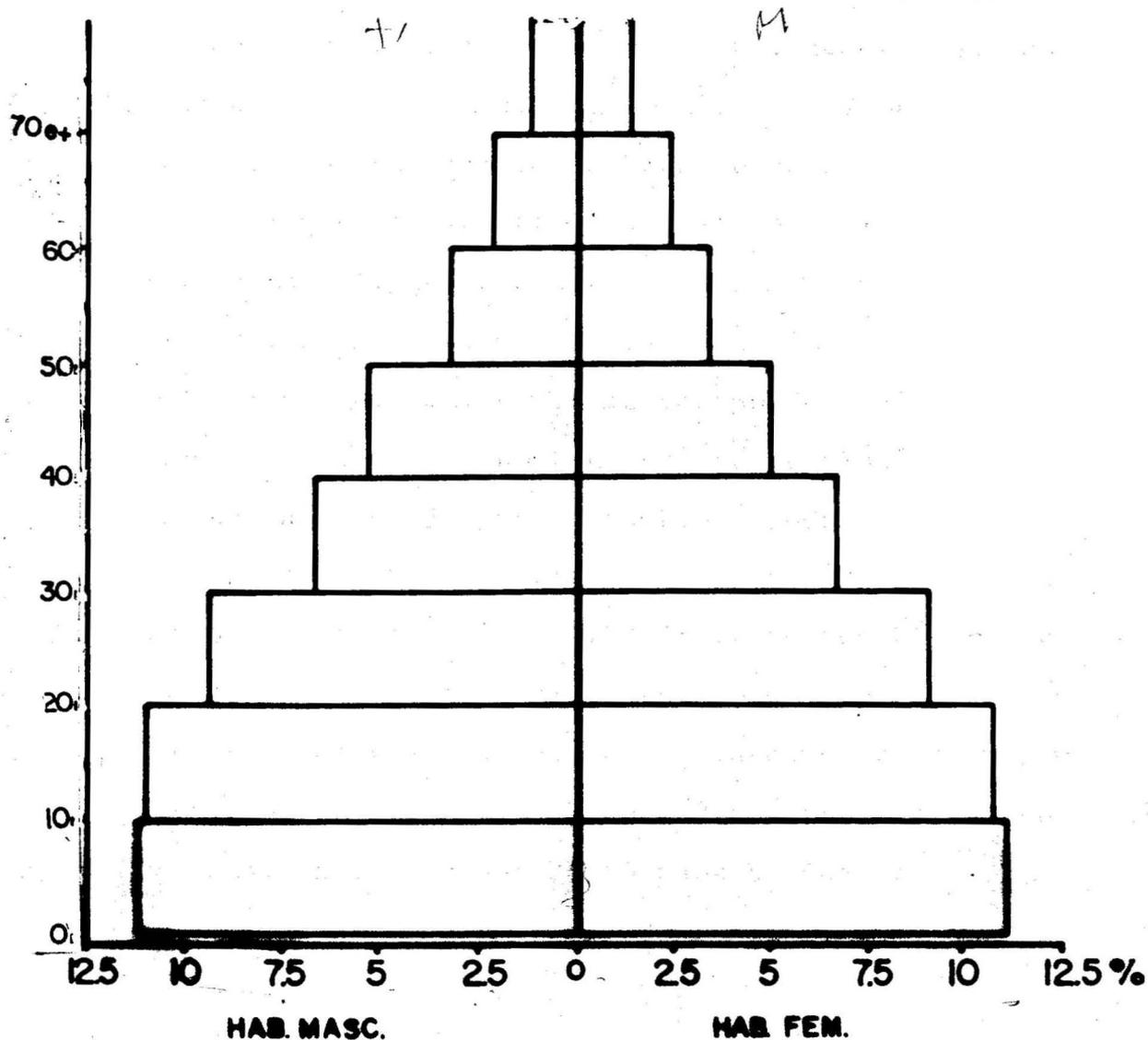
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA - ITUVERAVA, 1980

IDADE	HOMEM		MULHER	
	Nº	%	Nº	%
0 — 10	2.659	22,33	2.743	22,12
10 — 20	2.611	21,93	2.682	21,63
20 — 30	2.228	18,71	2.290	18,47
30 — 40	1.583	13,29	1.660	13,40
40 — 50	1.255	10,54	1.260	10,16
50 — 60	765	6,42	842	6,79
60 — 70	506	4,25	580	4,77
70 e +	289	2,42	337	2,71
TOTAL	11.896	100,00	12.394	100,00

FONTE: IBGE

FIGURA 1

**PIRÂMIDE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE ITUVERAVA  
PARA O ANO DE 1980.**



**Fonte: IBGE**

A pirâmide de 1991 (Tabela 4 e figura 2) apresenta uma discreta alteração da forma em relação à de 1980, mas ainda mantém uma base alargada, compatível com um coeficiente de natalidade elevado, embora um pouco menor. Nota-se que o grupo etário de 10 a 20 anos, que corresponde ao grupo de 0 a 10 anos em 1980, apresentou uma redução acentuada após 11 anos. Mesmo não se dispondo de dados sobre migração no município, e considerando que a mortalidade infantil vem diminuindo, pode-se supor que tenha ocorrido uma evasão importante nesse grupo populacional ao longo do período. As barras intermediárias são bastante homogêneas, refletindo uma maior concentração de indivíduos na faixa etária de 10 a 40 anos. Apesar da população ser constituída basicamente de jovens e adultos jovens, observa-se que a proporção de maiores de 60 anos está em torno de 10%, tendo aumentado em relação a 1980 (que era de 7%), o que dá uma configuração menos afunilada ao ápice da pirâmide, demonstrando que aumentaram as chances de sobrevivência em Ituverava. A razão de dependência ainda é alta, pois 31,05% dos habitantes é menor de 15 anos de idade.

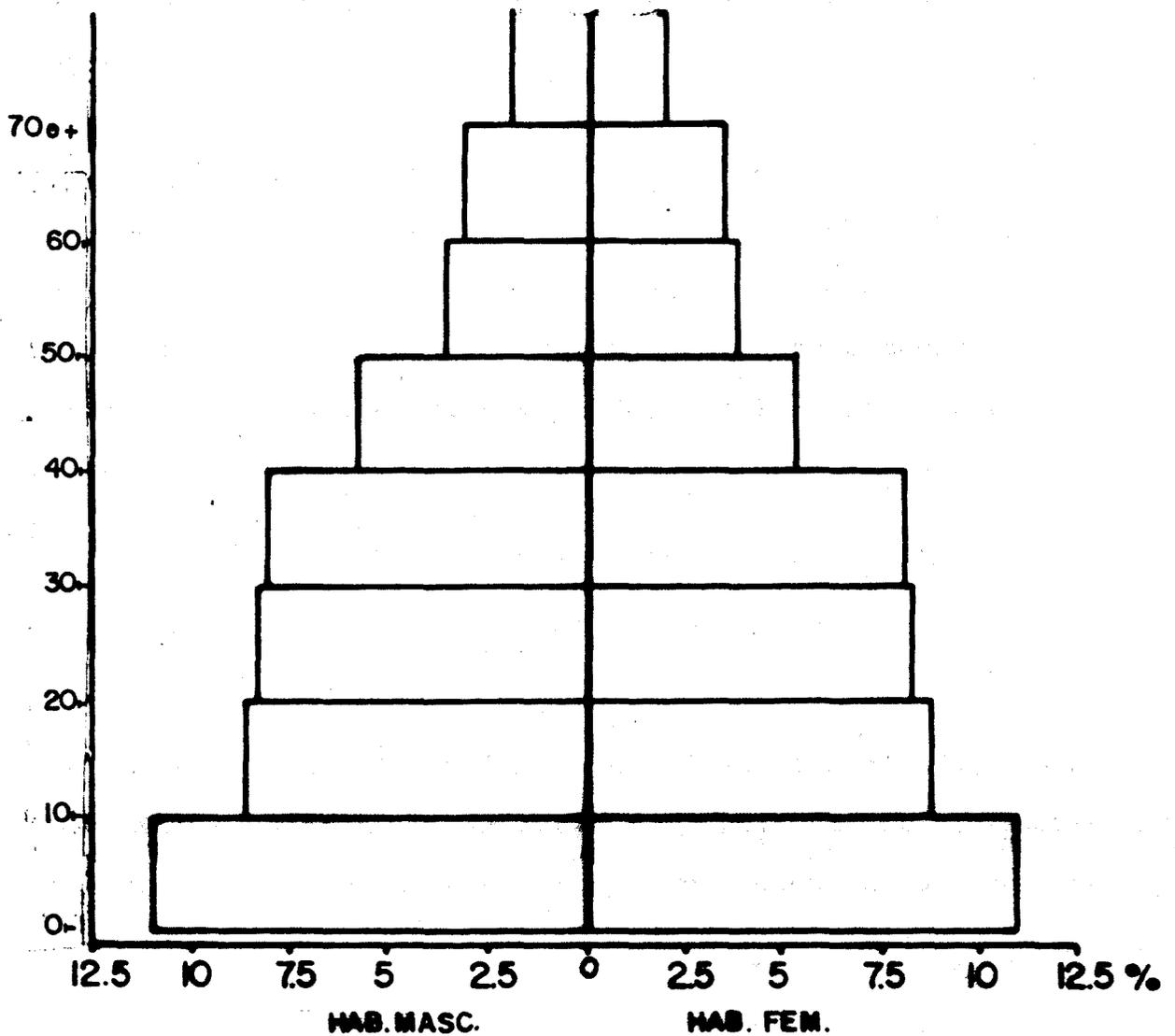
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO  
POR SEXO E FAIXA ETÁRIA - ITUVERAVA, 1991.

IDADE	HOMEM		MULHER	
	Nº	%	Nº	%
0   10	3.522	21,89	3.709	21,82
10   20	2.769	17,21	2.928	17,22
20   30	2.665	16,56	2.774	16,31
30   40	2.567	15,95	2.723	16,01
40   50	1.846	11,47	1.775	10,44
50   60	1.130	7,02	1.275	7,50
60   70	992	6,16	1.165	6,85
70 e +	598	3,71	649	3,82
TOTAL	16.089	100,00	16.998	100,00

FONTE: IBGE

FIGURA 2

**PIRÂMIDE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE ITUVERAVA  
PARA O ANO DE 1991.**



Fonte: IBGE

### 3.4.3 Densidade Demográfica e Taxa de Urbanização

A densidade demográfica do município de Ituverava em 1991 apresentou um crescimento importante em relação a 1980, passando de 37,82 hab/km<sup>2</sup> para 45,50 hab/km<sup>2</sup> (SEADE).

No Brasil a população tem uma distribuição bastante heterogênea com grandes diferenças entre as várias regiões, variando de 1,65 hab/km<sup>2</sup> na região Norte até 56,31 hab/km<sup>2</sup> na região Sudeste, a mais densamente povoada (dados de 1980). Assim, a densidade demográfica de Ituverava está compatível com a do Brasil, que se apresenta em contínuo crescimento, tendo passado de 4,88 hab/km<sup>2</sup> em 1940 para 14,07 hab/km<sup>2</sup> em 1980; entretanto deve ser considerada como baixa se comparada, por exemplo, com a da Espanha em 1980, situada entre 60 e 70 hab/km<sup>2</sup>.

A taxa de urbanização registrada em 1980 foi de 85,4% e em 1991 foi de 90,4% (Tabela 5), o que mostra uma tendência de migração da população rural para a zona urbana, a exemplo do que vem acontecendo no Brasil nos últimos anos.

TABELA 5 - Distribuição da população residente nas zonas rural e urbana, e taxa de urbanização. Ituverava, 1980 e 1981.

ANO	P O P U L A Ç Ã O			TAXA DE URBANIZAÇÃO (%)
	URBANA	RURAL	TOTAL	
1980	23.484	4.012	27.496	85,4(*)
1991	29.865	3.186	33.033	90,4

FONTE: IBGE

(\*) Dado obtido junto à SEADE

Historicamente, esse processo de urbanização já vem sendo observado na região de Ituverava desde a década de 40. Isso é reflexo da crise de 1929, que afetou o principal produto da região, o café, determinando um processo acentuado de urbanização.

A região respondeu lentamente à nova situação, embora contasse com boas condições de solo e clima, uma vez que toda a área passou por grandes modificações procurando introduzir novas culturas, como o algodão, a cana de açúcar e outras. As novas linhas de produção não constituíram estímulo suficiente para a manutenção do quadro demográfico ocupado anteriormente pela lavoura cafeeira. Verificou-se, então, um deslocamento inicial para os centros urbanos regionais.

Na década de 1940-50 o comportamento da população da região foi afetado por dois movimentos bastante

definidos: por um lado a abertura de novas fronteiras agrícolas fora da região e, por outro, o fenômeno da pecuarização que ocupou áreas de café abandonadas.

Na década seguinte (1950-60) intensificou-se a pecuarização, acompanhada pelo êxodo rural em larga escala.

Mais recentemente, na década de 1960-70, observou-se um intenso crescimento da população urbana, associado à intensificação dos setores secundários e terciários e a uma dinamização das funções urbanas em geral. A evasão da população rural contribuiu para o crescimento populacional nos centros urbanos, embora nem sempre a população que deixou as áreas rurais tenha podido se integrar às atividades urbanas, ficando na condição de trabalhadores volantes recrutados na cidade na época das safras (Tabela 6).

TABELA 6 - Taxa de crescimento da população urbana e rural, região de Ituverava, nos períodos de 1940-50, 1950-60, 1960-70.

PERÍODO	P O P U L A Ç Ã O (TAXA DE CRESCIMENTO)	
	URBANA	RURAL
1940-50	2,76	0,83
1950-60	6,01	- 1,62
1960-70	4,24	- 2,86

FONTE: Dados brutos - Censos Demográficos - IBGE

### 3.5 INDICADORES DE NÍVEL DE VIDA

#### 3.5.1 Aspectos sócio-econômicos

A economia do município de Ituverava é predominantemente agrícola, sendo desenvolvidas principalmente as culturas de soja, milho e algodão.

A cultura de cana-de-açúcar está em expansão, inclusive substituindo as áreas onde tradicionalmente eram plantadas algodão e soja.

A área agrícola é de 72.700 hectares, constituída por 705 propriedades.

O setor pecuário caracteriza-se pelo gado leiteiro, de corte e criação de equino (cavalos manga larga marchador).

O rebanho está estimado em 25.000 cabeças de gado.

O setor industrial conta com 60 indústrias de pequeno porte, assim distribuídas: metalúrgica, mecânica, madeira, mobiliário, de vela, calçado, alimento, editorial e gráfico, construção, vassoura, material de limpeza, etc.

O setor comercial é constituído por 572 estabelecimentos, destacando-se as seguintes atividades: comércio de mercadorias, instituições de crédito, comércio e administração de imóveis, serviços técnicos profissionais.

Em 1989 a estimativa de mão de obra envolvida na agricultura foi de 5.000 trabalhadores ("boia-fria" sem vínculo empregatício). O agricultor entra em contato com o empreiteiro, o "gato" (tomador de mão de obra), que arruma o pessoal e leva para a propriedade. Há "gatos" que fazem algum tipo de contrato, precavendo-se de algum eventual acidente.

Os trabalhadores com empregos temporários na zona rural, residem em torno das cidades, em núcleos periféricos e não chegam a condição de marginalidade equiparáveis às favelas.

O mercado de trabalho é instável, pois na época da safra, trabalhadores que estão empregados no comércio e na indústria pedem demissão para trabalhar na zona rural por ser mais rendoso, sendo que na época da entre-safra existe uma alta taxa de desemprego, já que o

comércio e a indústria não absorvem toda mão de obra. Neste período, segundo informações obtidas no Sindicato dos Trabalhadores Rurais: "... os desempregados vivem mendigando e a prefeitura, para contemplar a Constituição abre frentes de trabalho, fornecendo a cesta básica. A legislação não obriga o produtor rural a absorver a mão-de-obra, acabando o problema a ficar a cargo da Prefeitura".

Uma outra dificuldade é a falta de oferta de emprego para os profissionais técnicos e de nível superior, que vão buscar nos grandes centros urbanos oportunidades de trabalho.

Segundo Ribeiro (1984): "Em 1979, no Estado de São Paulo, no setor primário, de cada 100 trabalhadores, 18 eram menores". Conforme informações do Sindicato Rural "com esta crise não tem idade. Com 10 anos para cima estão na panha de algodão, então, tanto os meninos como as meninas estão subindo nos caminhões... Um garoto ou garota de 10 a 12 anos, colhe 10 arrobas de algodão a 20 contos. Se trabalha 4 dias na semana, são 80 mil, já ajuda".

O maior problema do município é o mesmo que ocorre a nível nacional: grandes extensões de terra, latifúndios na mão de poucos. Uma vez que as propriedades estão quase totalmente mecanizadas o trabalhador rural é forçado a buscar trabalho na cidade, porém, como o mercado de trabalho na indústria e comércio não absorve essa mão de obra, retorna ao campo não mais como morador, mas como volante, "boia-fria", trabalhando dia a dia sem nenhuma

garantia e na mão de empreiteiros, "gatos", que compram sua mão de obra barata.

### 3.5.2 Infra-Estrutura

O município conta com uma ferrovia que corta a cidade e liga o Estado de São Paulo à Brasília.

Com a duplicação da Via Anhanguera houve uma grande melhoria pois esta rodovia liga o município de Ituverava a vários estados.

Predominam os serviços aéreos particulares com aviões que utilizam uma pista de pouso com 1.250 metros de extensão, localizada em estrada vicinal que liga Ituverava à Ribeirão Corrente. Há uma estação rodoviária e o transporte inter-municipal e estadual é realizado por quatro empresas particulares.

O transporte inter-municipal não é suficiente para atender as necessidades da população; o transporte coletivo urbano é feito por uma empresa particular com quatro ônibus.

Ainda não há um entreposto hortifrutigranjeiro, sendo que para esta finalidade está sendo utilizado o CEASA de Ribeirão Preto.

No tocante a infra-estrutura de serviços, o Município conta com 8.101 ligações elétricas, 8.234 ligações de água, 7.980 ligações de esgoto e quanto a telefones, é atendido pela CTBC (Companhia Telefônica do

Brasil Central) e possui 5.000 telefones, instalados tanto na área rural como urbana.

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos conta com uma agência central e um posto em cada distrito.

Quanto a limpeza pública é realizada por uma empresa prestadora de serviço, sendo a coleta diária, em forma de rodízio por bairros.

Com relação aos serviços de saúde, estes serão abordados no item referente a organização dos serviços.

Em relação as farmácias há 12 particulares e 5 distribuídas nos postos de saúde.

Há dois cemitérios na cidade.

O setor de Educação conta com 11 escolas do 1º grau, 3 na zona rural, 3 escolas de 2º grau, 2 de nível superior, 3 escolas profissionalizantes.

O Município atende um total de 650 crianças diariamente nas creches em regime de externato.

Há ônibus e peruas que transportam as crianças da pré-escola, dos distritos e zona rural.

A merenda escolar do município é distribuída pela central de Alimentação Escolar. A prefeitura possui uma vaca mecânica, uma padaria e uma cozinha piloto.

A população atendida pela merenda escolar é de 8.000 crianças sendo que são distribuídas

10.000 refeições diárias tais como: café da manhã, sopa e almoço.

NA rede pública estadual, em 1989, o Município contava com 6.899 alunos de 1º e 2º graus sendo que a média e evasão escolar escolar foi de 974 (14,11%) e da reprovação escolar 847 alunos (12,28%).

No que se refere à habitação, na tentativa de se suprir a necessidade de moradia, foram construídos conjuntos habitacionais com recursos financeiros do Estado e Município.

Segundo dados de 1992 do IBGE, de um total de 8.620 domicílios ocupados, 7.804 estão na zona urbana e 816 na zona rural.

No setor de Assistência Social, o município conta com a Departamento de Ação Social e o Serviço de Obras Sociais (SOS).

Conforme informações obtidas no SOS este "é uma autarquia, onde existe o Fundo Social de Solidariedade e o Departamento Social da Prefeitura... Os fundos provem da Promoção, da Secretaria e da LBA".

Em conjunto com órgãos públicos e sociedades civis são desenvolvidos programas tais como: Campanha de Ação Preventiva à Saúde Visual, Campanhas de caráter filantrópico, assistência à família e ao menor, trabalho com idosos, crianças e gestantes. Há fornecimento de medicamentos mediante receituário.

Para os idosos há grupos de artesanato e lazer e para os menores, há cursos profissionalizantes como datilografia, atividades artesanais, reforço escolar e encaminhamento para médico e dentista.

O SOS ainda mantém postos de encaminhamento profissional como o "Projeto Curumin", que desenvolve trabalhos em oficina aonde os menores aprendem a consertar eletrodomésticos e uma horta para atividades de horticultura.

Para as gestantes inscritas no programa, há um trabalho em grupo para a confecção de enxovais com o fornecimento de tecidos e maquinários necessários.

Um dos maiores problemas enfrentados pela assistência social ocorre na época da entre-safra quando vários trabalhadores ficam desempregados, dependendo da ajuda dos órgãos públicos. A população itinerante também requer assistência. Conforme informações do SOS, passam diariamente 3 a 4 pessoas com destino a Ribeirão Preto ou Goiás. É feito um levantamento, colhendo-se dados de procedência, destino e ocupação. Daqui alguns anos o SOS poderá fornecer dados sobre migração.

### **3.5.3 Aspectos Culturais**

O município possui o Centro Cultural "Prof. Cícero Barbosa Junior" onde são desenvolvidas as seguintes atividades: teatro, música, cinema, exposição de

artes, entre outras. Neste mesmo local está instalada a biblioteca municipal. Conta também com um ginásio municipal de esportes, o Panteon J.K. e o Parque Recreio Municipal. Há também associações e clubes particulares de esporte e lazer.

As comemorações populares que mais se destacam são: Festas Juninas, carnaval e folia de reis.

### **3.6 INDICADORES DE SAÚDE**

Os indicadores de saúde, estão intimamente ligada aos indicadores do nível de vida, e sua análise é de extrema importância quando se deseja elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade.

#### **3.6.1 Mortalidade infantil**

Iniciando a análise dos indicadores de saúde pelo coeficiente de mortalidade infantil e as causas da mesma, verifica-se que vem ocorrendo uma queda significativa desde o ano de 1985 até o momento (Tabela 7 e Figura 3). Observa-se na tabela 7, que a queda foi maior no ano de 1987, podendo ser atribuída ao sub-registro ou evasão de óbitos. Uma das justificativas para o sub-registro é que alguns casos vão a óbito e são registrados em municípios vizinhos. Deve-se considerar que este é um dos coeficientes mais sensíveis, sendo passível de sofrer vieses, principalmente quando se trata de uma população pequena,

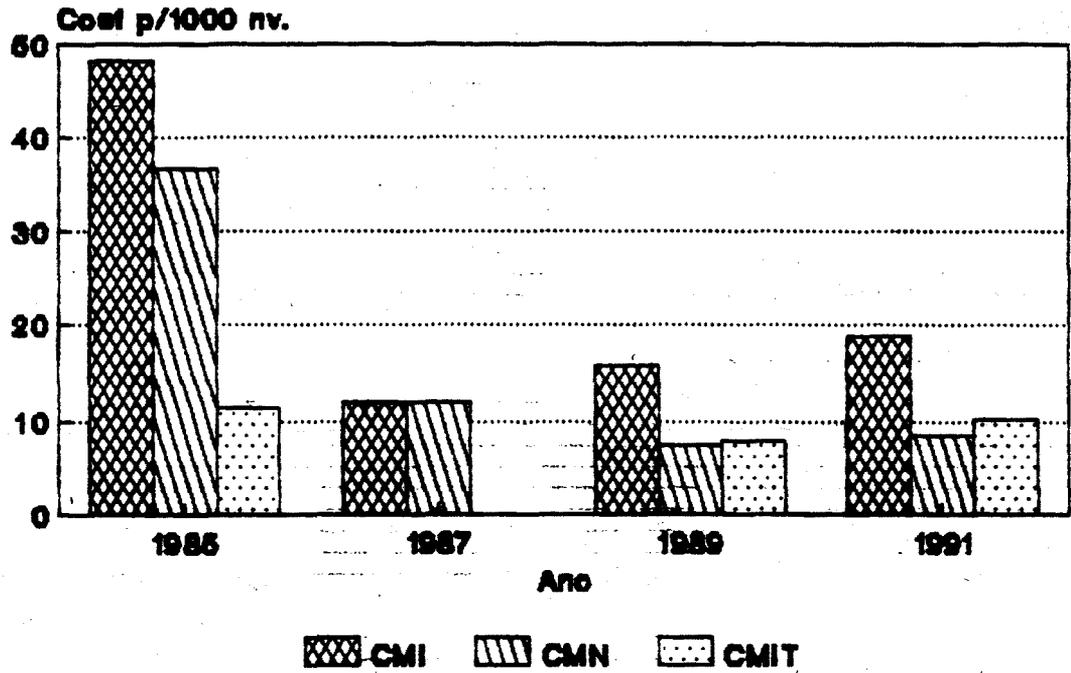
onde um pequeno aumento de óbitos reflete no coeficiente. De uma maneira geral, observa-se a queda real deste coeficiente nos últimos anos seguindo informações obtidas na F.SEADE.

TABELA 7 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) e seus componentes neonatal e infantil tardia no Município de Ituverava, em 1985, 1987, 1989 e 1991.

ANO	MORTALIDADE INFANTIL		MORTALIDADE NEONATAL		MORT. INFANTIL TARDIA	
	Nº de óbitos	Coefic.	Nº de óbitos	Coefic.	Nº de óbitos	Coefic.
1985	34	48,19	26	36,87	8	11,32
1987	8	11,87	8	11,87	0	0
1989	10	15,90	5	7,90	5	8,00
1991	11	19,02	5	8,66	6	10,36

FONTE: Fundação SEADE - CIS

FIGURA 3 - Evolução do coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e infantil tardia (por 1000 nascidos vivos) em Ituverava, 1985 a 1991.



Fonte: CIS/SEADE

Com relação às causas de morte mais frequentes, percebe-se pela tabela 8, que tanto em 1985 quanto em 1990, foram mais frequentes as lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais, o que pode refletir uma deficiência dos serviços de saúde na assistência pré-natal, ao parto e pós-parto.

TABELA 8 - Número e porcentagem de óbitos por causa mais frequentes de mortalidade infantil em menores de 1 ano, no Município de Ituverava, 1985 e 1990.

ANO	CAUSAS MAIS FREQUENTES	ÓBITOS	%
1985 ✓	. Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	17	7,72
	. Outras causas de mortalidade perinatal	5	2,27
	. Enterite e outras doenças diarréicas	3	1,36
1990	. Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	8	4,10
	. Enterite e outras doenças diarréicas	2	1,02
	. Pneumonia	2	1,02

FONTE: Fundação SEADE

### 3.6.2 MORTALIDADE PROPORCIONAL

As causas de mortalidade proporcional, enquanto indicadores de saúde, possibilitam uma análise mais apurada da situação de saúde da população, a partir da determinação por faixas etárias. No município de Ituverava, a mortalidade proporcional de maiores de 50 anos, ou seja, o Indicador de Swaroop-Uemura (Tabela 9), vem apresentando um acréscimo entre os anos de 1985 a 1990, passando de 61,81% para 71,28%. É considerado portanto de 2º nível quanto a qualidade de vida, pela OMS, por ter o seu valor compreendido entre 50 e 74%, apesar da localidade em estudo não ter atingido ainda um satisfatório desenvolvimento social.

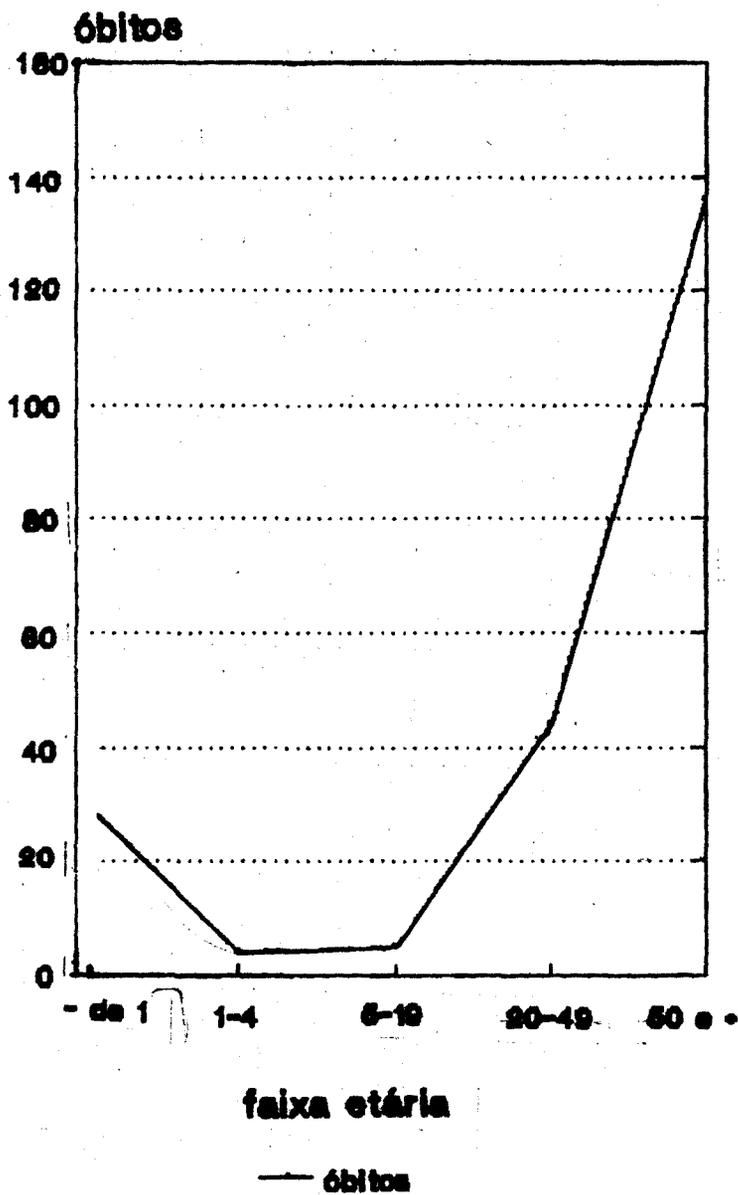
As demais faixas etárias analisadas pela curva de mortalidade proporcional de Nelson de Moraes (Figuras 4 e 5), indicam que o município de Ituverava vem mantendo entre os anos já citados, um nível de saúde elevado, quando se analisa a mortalidade.

TABELA 9 - Indicador de Swaroop-Uemura no Município de Ituverava, 1985 e 1990

ANO	SWAROOP-UEMURA
1985	61,81%
1990	71,28%

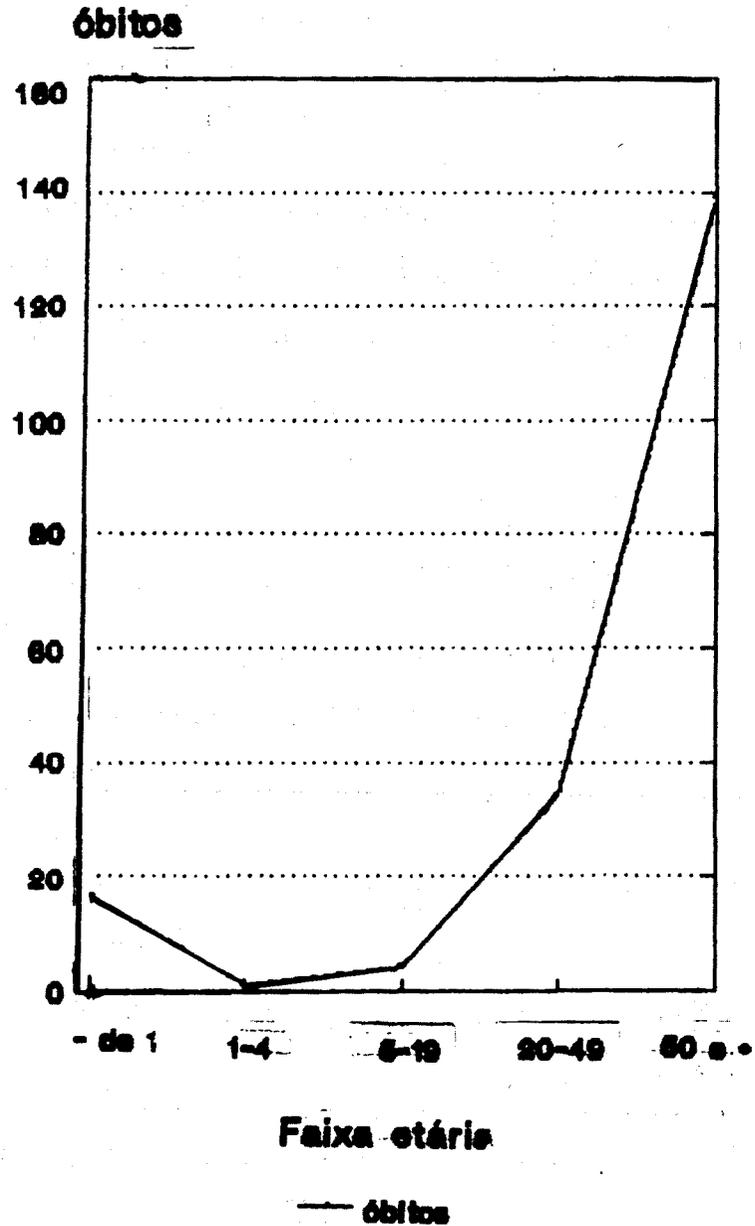
FONTE: Fundação SEADE - CIS

FIGURA 4 - Curva de Nelson de Moraes para o Município de Ituverava em 1985



Fonte: SEADE

FIGURA 5 - Curva de Nelson de Moraes para o Município de Ituverava em 1990



Fonte: SEADE

### 3.6.3 COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL

É sabido que o coeficiente de mortalidade geral, não é um bom indicador de saúde, porque sofre grande influência da estrutura populacional, é diretamente influenciado pela qualidade dos serviços, além de depender totalmente dos cartórios de Registro Civil. A sub-notificação altera diretamente o cálculo do coeficiente e interfere na análise final. No caso em estudo, nota-se uma oscilação discreta deste coeficiente entre os anos de 1980, 1985 e 1991 (Tabela 10).

TABELA 10 - Número de óbitos e coeficiente geral de mortalidade (por 1000 habitantes) no Município de Ituverava, 1980, 1985 e 1991.

ANO	Nº de óbitos	Coeficiente
1980	210	7,63
1985	224	8,19
1991	210	6,76

FONTE: Fundação SEADE - CIS

### 3.6.4 COEFICIENTE ESPECÍFICO DE MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS.

O coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias é um bom indicador de saúde, pois está vinculada às condições socio-econômico e culturais em geral, e de saúde, em especial, da população e no entanto, é outro coeficiente que apresenta sérias limitações por falhas no sistema de notificação (sub-registro). Através da tabela ii e considerando possíveis falhas no sistema de notificação, observa-se que o município de Ituverava apresentou uma queda deste coeficiente entre os anos de 1985 e 1990.

TABELA ii - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (por 100.000 habitantes), no Município de Ituverava, 1985 e 1990.

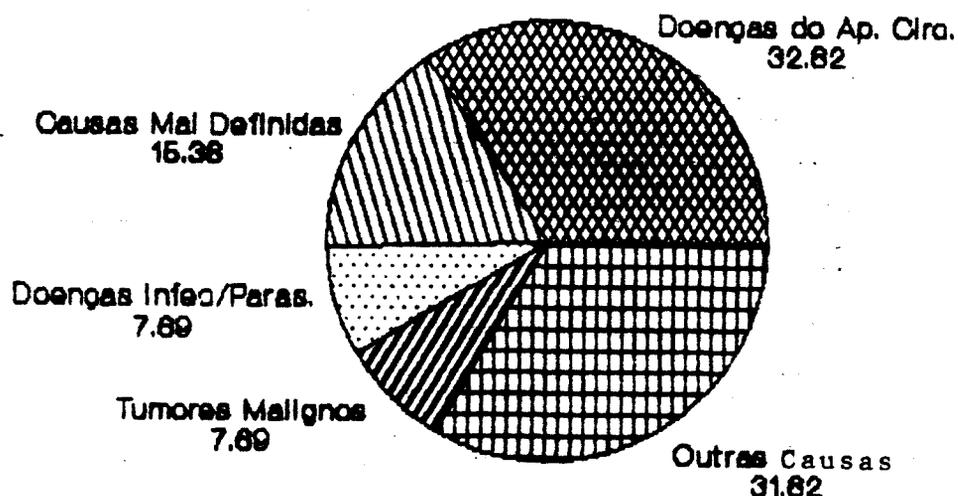
ANO	Número de óbitos	Coeficiente
1985	21	76,75
1990	15	56,53

FONTE: Fundação SEADE

### 3.6.5 COEFICIENTE ESPECÍFICO DE MORTALIDADE POR CAUSAS

A análise deste coeficiente pode auxiliar no diagnóstico das condições de saúde da população local. Observa-se através da figura 6 que o Município de Ituverava apresenta um coeficiente relativamente alto de óbitos por doenças do aparelho circulatório, seguido de tumores malignos, que é característica de um local desenvolvido, com a população em processo de envelhecimento; ao mesmo tempo mantém ainda um coeficiente também relativamente alto de óbitos por doenças parasitárias e infecciosas, característica essa de país em desenvolvimento.

FIGURA 6 - Distribuição dos óbitos gerais segundo as principais causas de morte, no Município de Ituverava, em 1990



FONTE: FSEADE

### 3.6.6 MORBIDADE

As estatísticas de morbidade são de suma importância para o controle de doenças e de agravos, para garantir as decisões referentes aos eventos específicos de saúde e doença, para apoiar ações específicas necessárias e permitir o controle dos acontecimentos daí resultantes.

Para o cálculo dos coeficientes de morbidade é necessário que alguns requisitos básicos sejam satisfeitos, dentre eles o de que todos os indivíduos membros da população exposta definida tenham iguais chances de serem ou terem sido examinados.

Em Ituverava, os dados existentes se referem às necessidades sentidas, isto é, dos indivíduos que ficaram doentes e buscaram atendimento médico, supõe-se que deixam de ser consideradas as necessidades não sentidas, que são aqueles casos de indivíduos clinicamente doentes que, por alguma razão, não procuram os serviços de saúde, ou ainda, os casos subclínicos.

De acordo com as autoridades locais de saúde, soube-se que:

- pela demanda ambulatorial, o número de doenças pulmonares é bastante frequente, assim como as entero-infecciosas na área de pediatria;

- em 1989 foram detectadas 432 crianças com desnutrição, através do programa de avaliação

nutricional; informam que há uma alta taxa de desnutrição infantil mas não há quantificação;

- no atendimento ao adulto a predominância é de problemas cardiovasculares e pulmonares.

Consta no Plano de Saúde do Município que o programa de hipertensão e diabetes, implantado há 4 anos, levou a uma redução nas mortes por infarto e AVC (acidente vascular cerebral), porém estas ainda são as primeiras causas de morte na população de 40 anos e mais.

Ainda segundo o Plano de Saúde, nas faixas etárias de 5 a 9 anos e de 20 a 49 anos há uma maior incidência de traumatismos, principalmente, por veículos automotores.

As informações sobre causas de internação serão contempladas no item de Serviços de Saúde.

Através de entrevistas realizadas junto à população durante a permanência do Grupo em Ituverava, houve uma tentativa de se obter mais dados a respeito da morbidade. No entender dos entrevistados, as doenças mais frequentes no município são as cardiovasculares (hipertensão, AVC), as do aparelho respiratório e as enteroinfecciosas.

Nas informações obtidas sobre a contaminação por defensivos agrícolas, decorrentes de manipulação inadequada dos produtos, verificou-se que as intoxicações agudas são raras e as sub-clínicas são difíceis de caracterizar.

Segundo as autoridades locais de saúde o perfil epidemiológico tem se mantido estável com relação as causas, salvo exceção para a epidemia de dengue no ano de 1991.

### **3.6.7 DADOS SOBRE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, OUTRAS DOENÇAS E AGRAVOS**

Os dados das tabelas 12, 13 e 14, exibem uma visão geral das principais doenças de notificação compulsória que ocorrem no município. Em item específico, serão feitas considerações sobre algumas dessas doenças, devido a sua importância epidemiológica, tais como: dengue, meningite, hanseníase, tuberculose, esquistossomose, tracoma, SIDA e doença de Chagas.

TABELA 12 - Número de casos e coeficiente de incidência(1)  
de doenças notificadas no Município de  
Ituverava, SP, 1991 e 1992(2).

DOENÇA	ANO		1992	
	1991			
	No casos	Coef. de Incid.	No casos	Coef. de Incid.
Dengue	236	714,4	11	32,6
Meningite	37	112,0	14	41,8
Hepatite	14	42,4	27	80,6
Hanseníase	7	21,2	13	38,8
Tuberculose	6	18,2	6	17,9
Varicela	26	78,7	4	11,9
Conjuntivite	31	93,8	22	65,6
Parotidite	35	105,9	2	6,0
Esquistossomose	3	9,1	4	12,0
Rubéola	3	9,1	2	6,0
Tracoma	45	136,2	62(3)	185,0
Intox.agrotóxico	1	3,0	-	-
Febre tifóide	-	-	2	6,0
Leptospirose	-	-	1	3,0

FONTE: SVE-3 (Centro de Saúde II de Ituverava) e CVE/SES.

(1) por 100.000 habitantes

(2) até 14.11.92

(3) até outubro/92

TABELA 13 - Distribuição dos casos de SIDA em Ituverava e Estado de São Paulo no período de julho/80 a julho/82

LOCAL	No no Mês Julho/82	No Casos no Ano de 92	Casos acumulados desde julho/80	% em relação ao acumulado no Estado
Ituverava	-	1	2	0,011
São Paulo	102	2.372	18.967	99,926

FONTES: SUDS-SP - Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Núcleo de Informação de Vigilância Epidemiológica (NIVE)

TABELA 14 - Casos detectados de hanseníase e coeficiente de detecção(1) em Ituverava e Estado de São Paulo, 1987 a 1991.

ANO	ITUVERAVA		EST. DE SÃO PAULO	
	No	Coef. detecção	No	Coef. detecção
1987	7	25,90	2.688	8,43
1988	8	29,84	3.342	10,60
1989	13	48,75	3.117	9,63
1990	20	75,38	3.303	9,93
1991	20	75,38	3.267	10,41

FONTES: CVE  
(1) por 100.000 habitantes

Apreciando as tabelas 12 e 14 observa-se, em relação a hanseníase, que o número de casos coletados no SVE-3 do Município difere daquele registrado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica. Ao buscar uma justificativa para o fato junto ao CVE, foi esclarecido que muitos pacientes procuram o tratamento em outros municípios por se sentirem segregados pelo estigma da doença. Presume-se que todos os casos atendidos pelos serviços de saúde sejam notificados ao CVE, que os registra segundo o local de residência. Desta forma, no cômputo geral, o número real de casos detectados é maior do que aquele notificado pelo próprio Município, o qual só toma conhecimento disto quando o CVE divulga o boletim epidemiológico.

### 3.6.8 Dados sobre Vigilância Sanitária

O Serviço de Vigilância Sanitária no Município de Ituverava, está vinculado ao Centro de Saúde II (CS-II), sob a supervisão da Diretora Técnica.

Este serviço dispõe de três agentes de saneamento, os quais não contam com uma supervisão direta, o que dificulta e restringe a atuação. As atividades se limitam à fiscalização de alimentos e estabelecimentos que os comercializam, tais como: padarias, açougues, supermercados, além de atendimento de denúncias.

O Município possui um Matadouro Municipal, que está ligado aos Serviços Gerais do Departamento Administrativo e abate cerca de 100 cabeças de bovinos e suínos semanalmente, abastecendo toda a população do município. Este estabelecimento conta com quatro funcionários da prefeitura e um médico veterinário que foi contratado no corrente ano, no intuito de oferecer à população, produtos com melhores condições higiênico-sanitárias.

O Matadouro possui condições físicas precárias e equipamentos deficientes. Os dejetos e sangue dos animais são despejados diretamente no Rio do Carmo, sem prévio tratamento. A Prefeitura dispõe de um projeto de construção para a captação e tratamento desses dejetos, elaborado pela CETESB que não foi implantado por falta de recursos financeiros.

Quando um abate clandestino é detectado, os produtos são apreendidos, pelos agentes sanitários ou pela própria diretoria, que atua e segue demais procedimentos do Código Sanitário do Estado de São Paulo.

Além do Matadouro, há uma piscigranja, ligada aos Serviços Gerais, onde são criados frangos, peixes e suínos, abastecendo a merenda escolar do município, sob a supervisão técnica do médico veterinário do Matadouro.

Há relatos de casos de cisticercose por parte do Técnico da Casa da Agricultura, tornando-se imprescindível um programa de educação sanitária da comunidade.

Quanto ao abastecimento de leite o município não possui usina de laticínios, sendo abastecido por municípios vizinhos, e conforme informação obtida, não há nenhum controle sanitário adequado, além de não ter fiscalização sanitária tanto por parte da Delegacia Agrícola (Secretaria de Agricultura do Estado de São Paulo), como por parte do Município. Diante deste quadro, deve haver preocupação com a incidência de tuberculose e brucelose.

A Prefeitura do Município de Ituverava, mantém uma cozinha piloto, que está ligada ao Departamento de Educação. É um sistema de cozinha centralizada, que prepara cerca de 10.000 refeições diárias, para serem distribuídas nas creches e escolas da rede municipal e estadual.

Quanto ao controle de qualidade dos alimentos desta cozinha, é feito apenas pelos caracteres organolépticos, pois não há um laboratório de apoio para realização de análise de qualidade de alimentos. Periodicamente, é feito o controle bacteriológico da água pelo laboratório clínico do Posto de Saúde da Prefeitura. Apesar de ser uma atividade de alto risco, não existe nenhuma relação ou mesmo apoio técnico da Vigilância Sanitária do CS-II.

Quanto ao abastecimento de alimentos, o Município conta com:

2 peixarias

6 supermercados

27 açougues

80 mercadinhos

1 Matadouro

A Casa da Agricultura local, desenvolve três programas de abastecimento: uma feira do Produtor, Hortas Comunitárias e uma piscigranja; é responsável pela implantação, fiscalização e acompanhamento destes programas, desenvolvendo também programas institucionais além de orientar e defender o consumidor.

A feira do produtor, com três meses de existência, tem um volume de comercialização de 5 toneladas/semana, conta com seis produtores locais de hortifrutigranjeiros. No local funciona um mercadão que

mantém um box de secos e molhados, de açougue, um box de peixaria, dois de avícolas e um de laticínios.

Com relação ao Controle de Zoonoses, o controle da raiva é feito pelo veterinário que controla o Matadouro Municipal que, pelo organograma estrutural como já referido anteriormente, está vinculado ao setor de serviços do Departamento de Administração e limita-se apenas à campanha de raiva, que é feita uma vez ao ano, não havendo apreensão de cães errantes, cujo número é elevado na cidade.

Sendo o cão o principal reservatório da raiva urbana, torna-se necessário além da campanha de imunização, a captura de cães errantes, pois a grande densidade de cães e a alta taxa de reprodução anual dos mesmos são fatores importantes na epidemiologia da doença.

O controle da raiva deve levar também em consideração medidas de controle da raiva silvestre, que se mantém na natureza sendo transmitida principalmente por quirópteros. O controle deste tipo de raiva consiste na vacinação do gado em áreas expostas e na redução da população de morcegos.

Devido a ocorrência de focos de escorpiões é desenvolvido um trabalho para controle dos mesmos no CSII. Apesar do grande número de espécimes que são capturados nas residências, a notificação de casos de acidentes por esses animais é quase nula. Vale ressaltar que em fevereiro/92 os acidentes por animais peçonhentos foram

incluídos oficialmente na relação de doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo.

Em 1989 Ituverava foi incluída entre os 246 municípios do Estado de São Paulo considerados "pontos estratégicos" para prestar assistência aos acidentes ocasionados por serpentes, aranhas e escorpiões. Neste sentido, a Santa Casa de Misericórdia é o Hospital de referência para atender esses casos, tendo recebido da "Comissão Permanente de Coordenação para o controle dos acidentes por animais peçonhentos", que controla o programa, todos os soros específicos necessários ao atendimento dos doentes.

Não existe um programa específico para o controle de roedores, apesar do local apresentar condições favoráveis para a proliferação dos mesmos.

### **3.6.9 SANEAMENTO DO MEIO**

#### **Esgotos**

A extensão total da rede coletora de esgoto é de 330 Km, o que significa mais de 90% de ligações, cobrindo, praticamente, toda a cidade de Ituverava e, também, os distritos de Capivari da Mata, São Benedito e Aparecida do Salto, sendo que neste último a rede coletora acaba de ser implantada. No entanto, os despejos domésticos são lançados "in natura" no Rio do Carmo, uma vez que não há qualquer sistema de tratamento dos esgotos.

Encontra-se em fase de estudo a construção da Estação de Tratamento de Esgotos - ETE, para a cidade de Ituverava e, também, para o distrito de Capivari da Mata.

### Resíduos Sólidos

Ituverava produz em torno de 12 t/dia de lixo, que é totalmente coletado, em dias alternados, pela empresa privada Lixotec. É depositado à céu aberto em área municipal, distante da cidade cerca de 7Km. Nos distritos o lixo é disposto da mesma forma, com o agravante de estar mais próximo do núcleo urbano, além de não ter coleta regular do lixo.

Tanto os resíduos sólidos domésticos, como os hospitalares são dispostos num mesmo local. No momento, estão sendo usadas 2(duas) valas bem próximas uma da outra, distantes da margem do Rio do Carmo mais ou menos 1 km. Em visita ao local pela quantidade de lixo encontrado, pode-se constatar que não é jogada uma camada de terra em cima dos resíduos ao final de cada dia; tampouco há qualquer sistema de drenagem nas valas, podendo ser considerado um lixão, que propicia a proliferação de ratos, moscas, baratas, mosquitos e urubus, além de odor desagradável.

A área total do lixão está em torno de 3(três) alqueires; apesar do lixo doméstico e hospitalar

estarem concentrados num mesmo local, existem alguns pontos espalhados pelo terreno com pequenos montes de lixo.

Distantes cerca de 800 m das 2(duas) valas estão dispostos os animais mortos e entulhos da cidade, sendo esta coleta e transporte feitos pela própria prefeitura. Segundo informações obtidas no local, os animais são jogados a céu aberto e a cada 2 ou 3 dias a máquina cobre com terra. Acredita-se que isto seja real, devido ao grande número de urubus encontrados ali.

Não existem residências próximas ao lixão, mas algumas pessoas vivem do lixo.

Existe projeto para construção de um incinerador para lixo hospitalar, que depende de aprovação dos órgãos competentes.

#### **Água para Consumo Humano**

A água usada para abastecimento público na cidade de Ituverava é superficial e captada do Rio do Carmo, que é classificado como classe 4, segundo a Resolução CONAMA nº 20, de 18/6/86, tendo a CETESB considerado a água analisada de boa qualidade.

Nos distritos de Capivari da Mata, Aparecida do Salto e São Benedito a água para abastecimento vem de poços artesianos.

O SAAE - Serviço Autônomo de Água e Esgoto faz a captação, o controle e a distribuição da água

em Ituverava. É utilizado como sistema de tratamento: floculação, decantação, filtração, desinfecção, cloração e fluoretação.

O controle de qualidade da água é feito a cada 2(duas) horas na própria ETA - Estação de Tratamento de Água, com os seguintes parâmetros: pH, turbidez e cloro; as demais análises, físico-químicas e bacteriológicas, são feitas mensalmente pela CETESB - Distrito de Franca.

O sistema de tratamento é antigo, e vem sendo trocado lentamente, sendo seu funcionamento não muito adequado, devido aos equipamentos. Presume-se que a água oferecida à população seja de boa qualidade, devido a dedicação com que os funcionários trabalham no ETA. Há 2(dois) meses que a água da cidade não é fluoretada, porque o fluor está em falta. Nos distritos a fluoretação não é realizada.

### **Energia Elétrica**

Existem 8.101 bicos de luz na cidade, portanto a rede de energia elétrica atende a demanda da população local.

## Poluição Ambiental

### Água

A poluição das águas do Rio do Carmo de origem industrial não deve ser significativa, pois as indústrias instaladas em Ituverava são de micro ou pequeno porte.

A maior carga orgânica que vai dar no rio é de origem doméstica (esgotos) e só da cidade de Ituverava, visto que nenhuma outra cidade utiliza o Rio do Carmo para despejar os seus esgotos.

O lixo no local onde são jogados os animais mortos, poderá constituir-se num problema, pois quando chove, os detritos podem ir para o rio, em função da declividade do terreno. Devido a frequência e intensidade das chuvas, o Rio do Carmo está cheio de material carreado de suas margens e do lixo (latas, garrafas, galhos, etc.), chegando a derrubar pontes e casas.

Imagina-se que o problema mais sério tenha origem na agricultura, com a utilização de agrotóxicos. Algumas culturas são feitas nas margens do rio, além de que, alguns agricultores, após a utilização do veneno, lavam os equipamentos usados no rio. Segundo informação do SAAE a CETESB fez uma análise de toxicidade e não constatou, na época, nenhum problema, de acordo com as normas vigentes.

## Ar

O problema mais sério da poluição de ar é ocasionado pela queima da cana de açúcar na hora da colheita. Apesar de não haver usinas na cidade, existe área de plantio, e a fuligem produzida pela queima da cana toma conta do ar, podendo gerar problemas respiratórios, principalmente, em crianças.

Dentre as micro e pequenas indústrias instaladas em Ituverava existem as têxteis, alimentícias, metalúrgicas, etc., que produzem material particulado. De maneira geral as indústrias possuem algum tipo de controle e a carga remanescente não chega a incomodar a população, mesmo porque a maior parte das indústrias está localizada na área industrial.

## Sonora

Não se tem notícia de reclamação de moradores quanto a poluição sonora, provavelmente devido às indústrias estarem localizadas distantes da área urbana.

### 3.6.10 SERVIÇOS DE SAÚDE

A rede pública e conveniada, conta com 5(cinco) postos de atendimento à saúde (PAS) - municipais; 1(um) centro de saúde II - Unidade do Estado que foi municipalizada; 1(um) ambulatório de especialidades (UMERR-

PAM) - que é estadualizado, porém, não municipalizado; 2(dois) hospitais gerais conveniados; 1(hum) pronto socorro (num dos hospitais conveniados); 1(um) laboratório municipal de análises clínicas.

Farmácia (com distribuição gratuita de medicamentos) no CSII, PAM, PAS. O SOS (Serviço de Obras Sociais) também distribui medicamentos a partir de triagem e critérios próprios.

Atendimento Odontológico - O Serviço na rede pública é realizado por profissionais que dão atendimento aos escolares, havendo equipamento em todas as escolas, serviço volante e unidades de saúde.

O atendimento a adultos é feito, nas emergências, nas unidades de saúde que possuem o serviço odontológico, sendo que o CSII prioriza o atendimento de adultos, ficando o atendimento a crianças e adolescentes para as demais unidades de saúde e escolas.

Serviço de Ambulância (6) - SOS (Serviço de Obras Sociais) é responsável pelo serviço (2 ambulâncias são da Santa Casa para atendimento das emergências).

Hospital Especializado - não há em Ituverava, quando é necessário internação em especialidades, são encaminhados a Franca (inclusive internação de Psiquiatria).

Produção de 1991

Consultas Médicas (CM)

Parâmetro: OMS - 2 CM/hab/ano

total de consultas médicas = 85.804;

população 31.040 - 2,76 CM/hab/ano;

0 - 1 ano de idade - pop. 833 - CM =  
4.998 - 6 CM/hab 1 ano/ano;

1 - 5 anos de idade - pop. 2.587 - CM  
1.810 - 0,7 CM/hab 1 5 anos/ano;

5 - 19 anos de idade - pop. 9.723 - CM =  
19.446 - 2 CM/hab 5 19 anos/ano;

Pediatria: total de atendimento médico  
das idades de zero a 19 anos

CM = 21.875

0,83 CM/hab.ano

Pop. = 26.254

Taxa de cobertura = 83,32%

Laboratório

CM = 85.804 1,88 exames

Exames de labo- laboratório

ratório = 45.416 p/cons.médica

### **Caracterização dos Serviços de Saúde**

1. Posto de Atendimento à Saúde (PAS) Alto da Estação -  
Municipal

Pessoal - 1 médico pediatra; 1 clínico  
geral; 1 otorrino; 1 psiquiatra; 6 cirurgiões dentistas (2  
no PAS, 1 Escola, 1 volante trailer, 2 gabinetes

municipais); 1 psicólogo; 2 fonoaudiólogos; 6 atendentes; 1 escriturário; 1 auxiliar de serviço.

Capacidade Física - 3 consultórios médico; 1 consultório odontológico; 1 sala/farmácia.

Produção:

Consultas Médicas

Clínica Geral - 3.229 em 1990 e 3.511 em 1991;

Pediatria - 2.146 em 1990 e 5.937 em 1991;

Otorrino - 1.887 em 1990 e 2.163 em 1991;

Psiquiatria - 1.175 em 1990 e 947 em 1991;

Total - 8.437 em 1990 e 12.558 em 1991;

Atendimento de psicologia - 1.064 em 1990 e 1.680 em 1991

Atendimento de fonoaudiologia - 656 em 1990 e 1.619 em 1991

Atendimento de odontologia - 18.057 em 1990 (foi incluída a produção das escolas e PAS São Benedito) e 17.489 em 1991

Atendimento de Serviço Social - 765 em 1990 e 1.743 em 1991.

### Características da Unidade

- de acesso fácil à população do bairro a que serve
- necessita instalar vacinação
- realiza programa de saúde mental
- não há coleta de material para exames laboratoriais

- é neste prédio que funciona o Departamento Municipal de Saúde que é composto por 1 diretor, 2 assessores (dentistas), 1 escriturário, 1 contador.

### 2. Posto de Atendimento à Saúde (PAS) "Dr. Augusto Marques de Lima" - (COHAB) - Municipal

Pessoal - 1 médico pediatra; 1 clínico geral; 1 médico gineco-obstetra; 2 cirurgiões dentistas; 1 enfermeiro; 6 atendentes; 1 auxiliar de serviços

Capacidade Física - 2 consultórios médicos; 1 consultório odontológico; 1 sala de vacinação; 1 sala/farmácia.

### Produção

#### Consultas médicas

clínica geral - 3.018 em 1990 e 2.938 em 1991

pediatria - 1.999 em 1990 e 2.875 em 1991

ginecologia e obstetrícia - 1.440 em 1990 e 1.941 em 1991

Total - 6.457 em 1990 e 7.754 em 1991

Atendimento Odontológico - 3.839 em 1990 e 4.454 em 1991

Atendimento de Enfermagem - 170 em 1991

Vacinação - 1.661 em 1990 e 1.360 em 1991

Exame preventivo de câncer de colo uterino - 231 em 1990 e 193 em 1991

Características da Unidade

- unidade de fácil acesso à população dos bairros a que serve

- está integrando o SISVAN que é o programa de vigilância nutricional

- não há coleta de material para exames laboratoriais

- realiza o programa de saúde da mulher.

### 3. Posto de Atendimento à saúde (PAS) São Benedito da Cachoeirinha - Municipal

Pessoal - 1 pediatra; 1 clínico geral; 1 cirurgião dentista; 2 atendentes; 1 auxiliar de serviços.

Capacidade Física - 1 consultório médico; 1 consultório odontológico; 1 sala de vacinas; 1 sala/farmácia

### Produção

#### Consultas médicas

Clínica Geral - 2.543 em 1990 e 3.671 em 1991

Pediatria - 2.209 em 1990 e 2.689 em 1991

Total - 4.752 em 1990 e 6.560 em 1991

Atendimento Odontológico - a produção de 1990 foi computada junto com a contagem da produção do PAS Alto da Estação e 1.581 em 1991

Vacinação - 777 em 1990 e 573 em 1991

#### Características da Unidade

- unidade localizada num Distrito de Paz distante 15 Km da sede do Município

- é de fácil acesso à população a que serve

- realiza o programa de vigilância nutricional (SISVAN)

- não há coleta de material para exames laboratoriais.

#### 4. Posto de Atendimento (PAS) Aparecida do Salto - Municipal

Pessoal - 1 médico (4 dias por semana);  
1 dentista; 2 atendentes; 1 auxiliar de serviço.

Capacidade Física - 1 consultório médico; 1 consultório odontológico; 1 sala/farmácia

#### Produção

Iniciou atendimento em dezembro de 1991

Consultas médicas

Clínica Geral - 106 em 1991

Pediatria - 121 em 1991

Total - 229 em 1991

Atendimento Odontológico - Não está computada a produção.

#### Características da Unidade

- unidade localizada em bairro rural, distante 35 Km da sede do Município. População em torno de 1.000 habitantes no núcleo principal mais moradores de fazendas vizinhas.

- é fácil o acesso para a população do núcleo

- não está implantada a vacinação

- suas atividades se iniciaram em 1991

- realiza atendimento de inalação

- não há coleta de material para exames laboratoriais

5. Posto de Atendimento à Saúde (PAS) Capivari da Mata -  
Municipal

Pessoal - 1 médico (um dia por semana);  
1 dentista (2 dias por semana); 1 atendente (1 dia por  
semana); 1 auxiliar de serviços.

Capacidade Física - 1 consultório  
médico; 1 consultório odontológico

Produção

Não há dados disponíveis

Características da Unidade

- unidade localizada num Distrito de  
Paz, com população de aproximadamente 500 pessoas.

- atendimento de pediatria e clínica - 1  
vez por semana

- atendimento de odontologia básica - 2  
vezes por semana

- é feito inalação

- não há vacinação

- não há coleta de material para exames  
laboratoriais

6. Centro de Saúde II - unidade estadual que foi  
municipalizada

Pessoal - conta com funcionários  
estaduais e municipais em seu quadro: 1 médico radiologista;  
1 pediatra (8 horas/dia); 1 clínico geral (6 horas/dia) e 3

clínicos gerais (4 horas/dia); 1 médico fisiologista; 2 médicos ginecologista; 1 médico dermatologista; 1 médico sanitarista (8 horas/dia) que desenvolve também o programa de hanseníase; 1 médico sanitarista (administração - 8 horas/dia); 2 cirurgiões dentistas (8 horas/dia), 5 cirurgiões dentistas (6 horas/dia) e 3 cirurgiões dentistas (4 horas/dia); 1 enfermeiro (8 horas/dia); 1 educador em saúde pública (8 horas/dia); 10 atendentes; 1 operador de Raio X; 3 visitantes; 2 agentes de saneamento; 1 supervisor de saneamento; 1 chefe de seção administrativo; 3 escriturários; 4 auxiliares de serviço; 1 vigia; 2 motoristas; 1 visitador (SUCEN); 4 auxiliares de campo (SUCEN).

Capacidade Física: 6 consultórios médicos; 1 consultório odontológico; 1 sala de exame ginecológico; 1 sala de vacinação/anexo esterilização; 1 sala de inalação; 1 sala de curativos; 3 salas de atendimento de enfermagem; 1 sala de reidratação oral; 1 sala de eletrocardiograma; 1 conjunto Raio X; 1 sala de vigilância sanitária; 1 sala de reunião/trabalho de campo; 1 sala/farmácia.

#### Produção

##### Consultas Médicas

Clínica geral - 8.896 em 1990 e 8.420 em 1991

Pediatria - 6.365 em 1990 e 10.253 em 1991

Ginecologia - 3.226 em 1990 e 2.770 em 1991

Obstetrícia - 1.661 em 1990 e 2.134 em 1991

Pneumologia e Tisiologia - 613 em 1990 e 310 em 1991

Hanseníase - 454 em 1990 e 571 em 1991

Dermatologia - 2.266 em 1990 e 2.497 em 1991

Total - 23.703 em 1990 e 29.955 em 1991

Atendimento de Enfermagem - 526 em 1991

Atendimento de Educadora Sanitária - 289 em 1991

Atendimento Odontológico - 11.148 em 1990 e 14.012 em 1991

Vacinação - 21.445 em 1990 (foi incluída a campanha de vacinação) e 9.236 em 1991

Coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino - 710 em 1990 e 633 em 1991

Raio X - 1650 em 1990 e 1454 em 1991

ECG - 1226 em 1990 e 1799 em 1991

EEG - 117 em 1990 e 431 em 1991

Características da Unidade

- Situada na sede do Município, localização de fácil acesso à População do centro e bairros próximos;

- há necessidade de mais um pediatra, pelo menos;
- realiza os programas: vigilância nutricional (SISVAN), hipertensão arterial, controle de vetores (Dengue), tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, educação sanitária;
- sede da vigilância sanitária e epidemiológica;
- é onde se concentram as informações sobre saúde;
- não há coleta de material para exame laboratorial;
- realiza inalação, coleta de PKU-T4 neonatal, vacinação, coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino (papanicolaou);
- possui três turnos de atendimento - das 7 às 22 horas;
- realiza: RX, ECG, EEG.

7. Ambulatório de especialidades - UNERR (PAM) - está estadualizado, não está municipalizado

Pessoal - há pessoal contratado pelo município prestando serviços na unidade.

1 cardiologista; 1 cirurgião; 1 urologista; 2 ortopedistas; 2 clínicos gerais; 3 gineco-

obstetras; 1 neurologista (funcionário municipal); 1 oftalmologista (funcionário municipal); 1 médico para ultrassom (funcionário municipal); 3 médicos na parte burocrática; 1 enfermeira; 6 auxiliares de atendimento; 2 agentes administrativos e farmácia); 8 agentes administrativos (burocráticos); 1 administrador; 1 otorrino; 1 pediatra.

Capacidade Física: foram fornecidos poucos dados

5 consultórios; 1 sala/gesso; 1 farmácia  
Produção

#### Consultas Médicas

pediatria - 2.972 em 1990

clínica geral - 5.356 em 1990 e 4.680 em 1991

ginecologia e obstetrícia - 4.008 em 1990 e 8.562 em 1991

cirurgia - 3.309 em 1990 e 3.072 em 1991

cardiologia - 1.853 em 1990 e 1.963 em 1991

ortopedia - 6.638 em 1990 e 6.467 em 1991

urologia - 2.835 em 1990 e 2.658 em 1991

otorrino - 867 em 1991

neurologia - 228 em 1990 e 1.186 em 1991

oftalmologia - 1.953 em 1990 e 2.093 em 1991

Total - 29.152 em 1990 e 31.748 em 1991

Atendimento de enfermagem - 1.903 em  
1991

Coleta de exame preventivo do câncer de  
colo uterino - 554 em 1990 e 550 em 1991 (em 1991 o primeiro  
trimestre não foi computado)

ultrassom - 565 em 1991

Características da Unidade

basicamente é ambulatório de  
especialidades;

situado centralmente, próximo ao CSII e  
ao laboratório Municipal;

integrado parcialmente à rede;

é referência dos municípios de  
Igarapava, Miguelópolis, Guará, Aramina, Buritizal;

alguns profissionais não trabalham todos  
os dias da semana na unidade;

realiza programa de saúde da mulher,  
controle de diabetes e hipertensão arterial (em cooperação  
com o CSII);

não há coleta de exames laboratoriais;

realiza ultrassom.

## 8. Atendimento Hospitalar e de Pronto Socorro

Há dois hospitais conveniados:

- Santa Casa de Misericórdia de Ituverava - filantrópico - 156 leitos disponíveis.
- Hospital e Maternidade de Ituverava Ltda - conveniado - 64 leitos disponíveis.

Atendem a população de Ituverava e os Municípios vizinhos: Guará, Miguelópolis, Igarapava, Buritizal, Aramina e Jeriquara.

Os casos de maior complexidade são encaminhados para Franca e Ribeirão Preto.

Os casos de oncologia são encaminhados para Barretos e as internações de psiquiatria para Franca.

O serviço de emergência é realizado pelo Pronto Socorro da Santa Casa.

Franca é a referência, mas há dificuldades de transporte de pacientes devido à distância, falta de horários de ônibus compatíveis com os horários de atendimento e também dificuldade de conseguir exames de alto custo.

#### **Alguns dados sobre a internação hospitalar em 1991**

A Santa Casa de Misericórdia de Ituverava teve 6.530 internações gerais sendo 1.398 delas procedentes de outras cidades (21,4% das internações). Dessas internações 1.197 foram devidas a doenças respiratórias (18,33% do total de internações) e 458 por

entero-infecção (7,01% do total de internações). Possui alta taxa de cesárias: do total de partos (412), 280 são cesárias (67,96% do total de partos) e 132 são normais (32,03% do total de partos).

O Hospital e Maternidade de Ituverava Ltda. teve 3.495 internações sendo 992 as internações oriundas de outras cidades (26,38% do total de internações). Dentro as internações computadas, 695 foram devidas a doenças respiratórias (19,88 % do total de internações) e 451 devido a entero-infecções (12,90% do total de internações). Nota-se que neste hospital também a taxa de cesária é alta, pois, do total de partos realizados (423), 308 foram cesárias (72,81% do total) e normais 115 (27,18% do total de partos realizados).

No Município as principais causas de internações são: pneumonia e broncopneumonias; infecções intestinais, problemas cardiológicos. Um levantamento feito de 1988 a 1991 mostrou que doenças respiratórias são responsáveis por 30% das internações e as entero-infecções por 28% das internações.

#### 9. Laboratório Municipal de Análises Clínicas

Pessoal - 3 biólogos; 3 técnicos de laboratório; 1 auxiliar de laboratório; 2 escriturários; 2 auxiliares de serviço.

Há pessoal contratado do Estado e do Município.

#### Produção de Procedimentos

bioquímica - 8040 em 1990 e 13.194 em 1991

hematologia - 12.503 em 1990 e 14.836 em 1991

imunologia - 604 em 1990 e 2.793 em 1991  
 parasitologia - 4.924 em 1990 e 6.125 em 1991

urina - 4.486 em 1990 e 7.456 em 1991

bacteriologia geral - 835 em 1991

Bacilo de Hansen - 140 em 1990 e 101 em 1991

Bacilo de Koch - 58 em 1990 e 76 em 1991

Total - 30.755 em 1990 e 45.416 em 1991

OBS: Não há especificação sobre o tipo de exame que é realizado

#### Características da Unidade

unidade instalada em prédio construído pelo Município, atendendo à micro-região de Ituverava;

localização central próxima ao CSII e ao PAM;

são colhidos os exames no laboratório da rede ambulatorial pública do município e os que a unidade não tenha capacidade para realizar são enviados a Franca, ou, eventualmente, Ribeirão Preto;

também realiza exame para o CSII de Buritizal;

#### **4. MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM ITUVERAVA**

##### **4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. A CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988. AS LEIS 8080/90 E 8142/90 - MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE**

###### **4.1.1 O Sistema Único de Saúde.**

###### **A Constituição Brasileira de 1988.**

O processo de discussão da 8a. Conferência Nacional de Saúde resultou num relatório aprovado na sua plenária final, na qual o conceito de saúde passou a ter um enfoque mais abrangente em que a saúde é resultante também das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde e não apenas ausência de doença.

Este conceito amplo, vinculado a todos estes fatores, fez com que a discussão de saúde passasse do campo setorial que não daria conta de problemas tão variáveis e complexos para o das políticas governamentais.

A Constituição de 1988, trata da Saúde numa seção do capítulo da seguridade social, colocando-a dentre os direitos sociais (art. 6º), caracterizando-a como de "relevância pública" (art. 197º) e incorporando o seu conceito abrangente.

Do ponto de vista jurídico, a saúde, a partir de 1988, passa a ser reconhecida como um direito fundamental do ser humano e, dentro da conceituação mais abrangente, deixa de significar apenas assistência médico-hospitalar curativa ou preventiva e contra-prestação de serviços, passando a ser um direito público subjetivo do indivíduo (Carvalho & Santos, 1992).

Estabelece que todos têm direito a acesso, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis e a responsabilidade que tem o governo em garantir que isso se cumpra. Cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que constitui rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com gerenciamento único em cada esfera de governo, financiamento público, controle da sociedade na sua efetivação e participação do setor privado de forma complementar. É assim uma nova formulação político-organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

Os princípios doutrinários do SUS, baseados nos preceitos constitucionais, são:

**Universalidade** - garantia de acesso, a toda e qualquer pessoa, a todos os serviços de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

**Equidade** - Acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira.

Assim, como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

**Integralidade** - Refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada um se constitui numa totalidade.

A organização do SUS está baseada em:

**Regionalização e Hierarquização** - Os serviços de saúde, devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Deve ser oferecido, a uma determinada população, todas as modalidades de assistência. O acesso da população à rede será feito através dos serviços de nível primário, devendo ser referenciado a serviços de maior complexidade se for necessário.

**Resolutividade** - O serviço da região deverá estar capacitado para enfrentar os problemas que surgirem e resolvê-los, dentro de sua competência.

**Descentralização** - Redistribuição do poder decisório, dos recursos e da competência quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com nítido reforço do Poder Municipal, ou seja, a Municipalização da saúde. Ao Município fica a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde.

### ***Participação da Comunidade*** - A

população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo. As formas de participação, deverão se dar através de Conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde. Para que isto ocorra, deve-se garantir as informações e conhecimentos necessários sobre questões da saúde.

### ***Complementariedade do setor privado*** -

Cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, a seguir, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização, universalização, estabelecendo normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados. Entre os serviços privados, devem ter preferência os sem fins lucrativos.

Dentro deste conceito de descentralização, a gestão dos serviços, passa a se colocar mais próxima dos fatos, permitindo um melhor grau de consciência do cidadão e facilitando sua participação junto ao governo, determinando o tão desejado controle social das ações do Poder Público.

Esta descentralização político administrativo se fará através de ênfase nas atividades dos serviços do Município, deixando clara a responsabilidade deste dentro da efetivação e consolidação do SUS. O Município passa a assumir a gestão dos serviços de saúde.

Há competência comum das várias esferas de governo para tratar da saúde e a competência concorrente para legislar sobre saúde: União (normatização geral), Estados (legislação suplementar, particularizante) e Municípios (legislação casuística, atendendo a interesse predominante local e suplementando a legislação federal e estadual).

#### **4.1.2 As Leis 8080/90 e 8142/90**

Na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS), são detalhados os aspectos sobre a instalação do Sistema Único de Saúde, do ponto de vista das ações e serviços, determinando a forma como estes estarão coordenados na obtenção do seu objetivo primordial que é garantir a saúde como direito fundamental do ser humano. Dispõe ainda sobre os objetivos e atribuições do SUS, seus princípios e diretrizes, organização, direção, gestão, competência e atribuições; e como se dará a gerência dos recursos humanos, do financiamento e seu planejamento. E também contemplada a ação do serviço privado na assistência à saúde, dentro da política do SUS.

A Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, também considerada integrante da Lei Orgânica de Saúde, foi editada, devido aos vetos que a Lei 8080/90 recebeu,

principalmente com relação à participação da comunidade e ao repasse direto de recursos.

Dispõe sobre a forma como se dará a participação da sociedade, dentro da gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área de saúde.

Estabelece a necessidade de se realizar as Conferências de Saúde a cada 4 anos com a representação de vários segmentos da sociedade, com vistas a avaliar o processo da atenção à saúde e propor as mudanças necessárias.

Deverão ser organizados, também, os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cuja atribuição será atuar no planejamento das ações e controle da execução da política de saúde, em todos os seus aspectos administrativos.

Regulamenta a forma como se dará a obtenção de recursos para a formação do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e seu repasse para os Municípios, Estados e Distrito Federal, estabelecendo alguns requisitos para que Municípios, Estados e Distrito Federal possam receber os recursos do FNS, que são: formação do Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, ter um plano de saúde, envio de relatórios ao Ministério da Saúde sobre o uso destes recursos, utilização dos recursos para a saúde, elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

#### 4.1.3 Municipalização das Ações de Saúde

A forma como essa municipalização se dará é motivo de muita discussão e de conflitos de interesses. Dada a sua heterogeneidade, o Brasil, possui Municípios que nem sempre possuirão recursos técnicos necessários à solução de problemas cuja complexidade é muito variável, daí a Constituição estabelecer que as ações de saúde serão exercidas com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados. Todos os níveis de governo têm atribuições e, por conseguinte, responsabilidades diante do SUS.

De acordo com Mendes (1992), distingue-se três formas de efetivação da municipalização:

1º - *Prestação de Serviços* - Nesse caso não há transferência da gestão ao Município, não ocorre mudança no modelo assistencial.

é a forma de municipalização que se iniciou com as AIS (Ações Integradas de Saúde), ampliou-se com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e vem se consolidando com o SUS - é a forma mais comum de municipalização no Brasil.

O SUS definiu novos critérios de repasse de recursos e determinou condições para a municipalização. Há o pagamento por produção de atos médicos e se estabelece convênios diretos entre o Município e o Ministério da Saúde,

Muitas vezes, unidades de saúde que eram federais ou estaduais são municipalizadas.

Essa forma de municipalização não cumpre os princípios do Sistema Único de Saúde definidos na Constituição Federal, ao contrário, o município, como um prestador de serviços, estabelece-se como mais uma modalidade assistencial destinada, normalmente, ao atendimento de determinados grupos sociais, convivendo, portanto, com outras modalidades assistenciais existentes, seja no Sistema Público, seja no Sistema de Atenção Médica Supletiva (Medicina de Grupo, seguro saúde, cooperativas médicas, planos administrados e autogestão).

Essa forma de municipalização, ainda de acordo com Mendes (1992): "cria uma assistência turbulenta entre subculturas institucionais distintas, de difícil governabilidade, que tem contribuído para uma contínua desorganização dos serviços, especialmente aqueles ditos de saúde pública".

**2º Inampização** - Há uma transferência de gestão ao Município, através de convênio, mas sem mudança do modelo de assistência.

É consolidado o modelo clínico de atenção médica e persiste a privatização do Estado.

São raros os casos de "Municipalização-inampizada" no Brasil.

É muito reivindicada por Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde porque acaba por determinar maior poder local.

3º - *Distritalização* - Há transferência de gestão com mando único municipal e uma mudança do modelo assistencial sob o paradigma epidemiológico e não mais pelo clínico.

Visa mudar o modelo assistencial hegemônico, subordinando-o ao modelo epidemiológico de atenção à saúde.

É a única forma de municipalização coerente com o projeto de Reforma Sanitária que deu ao Sistema Único de Saúde estabelecido pela Constituição.

É importante ter consciência que o processo de municipalização não deve se restringir a um processo de "prefeiturização", onde há apropriação do comando pelo governo municipal, não permitindo a participação da população do município, ou seja, o controle social tão necessário à consolidação da atenção à saúde segundo os critérios do SUS. Por esta razão, é necessário buscar, um entendimento mais claro do que seja um Sistema Municipal de Saúde, baseado neste novo paradigma.

#### 4.1.4 Sistema Municipal de Saúde

Dada a diversidade de situações que se pode encontrar nos diferentes municípios do país, não se pode conceber um sistema único para todos, mas linhas gerais de sua configuração que serão comuns a todos.

Um Sistema Municipal de Saúde deverá conter: um conjunto de leis que formam o arcabouço jurídico do SUS; políticas e diretrizes fixadas para o setor no âmbito municipal; órgão da administração central que cuida da saúde no Município e seus dirigentes; rede física de unidades de saúde; recursos humanos, materiais, financeiros e técnicos; participação dos usuários.

O Sistema Municipal de Saúde não será, portanto, meramente uma subdivisão territorial arbitrária, mas sim uma forma de organização que reconhece no Município o poder político adequado para a implementação da descentralização das ações de saúde preconizadas pelo SUS. Do ponto de vista político significa a democratização do processo decisório e o respeito à autonomia municipal. Do ponto de vista gerencial, significa uma opção estratégica para a reforma do setor saúde no Brasil e não a sua reorganização apenas.

O distrito sanitário, que consta da Lei 8080/90, seria um espaço local delimitado, com uma população definida, onde, sob gestão democrática e comando municipal

único, se estabelecem relações entre instituições de saúde, públicas e privadas, conveniadas e contratadas, de acordo com o novo paradigma assistencial, que é o epidemiológico, preconizado no SUS.

Cada município deverá dispor de uma legislação específica, integrante de sua própria Lei Orgânica, no que diz respeito à saúde. Deverá constituir um Conselho Municipal de Saúde e realizar periodicamente as Conferências Municipais de Saúde para fixação de diretrizes e políticas setoriais, seu acompanhamento e avaliação. Deverá haver um plano municipal de saúde aprovado e acompanhado pelo Conselho Municipal.

A rede de assistência deverá ser estruturada de forma hierarquizada; nem sempre o Município precisará de todos os níveis de complexidade para a atenção médica, mas todos precisarão estar preparados para as ações a que se propõe e contar com mecanismos eficazes como a referência de pacientes para atendimento fora de seu alcance imediato, realização de consórcios intermunicipais para a criação de novos recursos assistenciais, treinamento e/ou reciclagem de pessoal periodicamente.

Em se tratando do controle de doenças, particularmente as doenças transmissíveis, todos os Municípios deverão estar preparados para sua prevenção, por exemplo, contando com um esquema de vacinação adequada no caso das doenças preveníveis por vacinação.

É fundamental que o Município esteja preparado para as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária. A Vigilância Sanitária exerce nos dias de hoje papel essencial, pela sua dimensão abrangente, uma vez que grande número de agressões à saúde individual ou coletiva têm ligação com o processo produtivo. Dentre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população estão os produtos industrializados, agrotóxicos, efluentes industriais, entre outros, daí a importância do Município estar preparado para exercer atividades de controle de alimentos, de estabelecimentos que os manipulam e comercializam, como matadouros, açougues, restaurantes, bem como hospitais, clínicas, bancos de sangue, etc.

Os entraves para a consolidação da Municipalização nos moldes preconizados pela constituição, estão basicamente em três campos: o político, o gerencial e o técnico (Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1991).

Do ponto de vista político, os maiores obstáculos são: falta de definição ou condução inadequada dos repasses financeiros do governo federal para estados e municípios ou dos estados para os municípios; resistência à nova situação de cooperação técnica e assessoria por parte da administração Federal e Estadual; falta de decisão política para sua viabilização; diminuição dos recursos próprios para a saúde nos orçamentos municipais e estaduais; controle do setor privado, pois os contratos ainda vêm sendo

realizados no nível federal, sem que os Municípios sejam sequer ouvidas; transferência para o Poder Executivo Municipal da responsabilidade pela gestão da rede pública e privada (prefeiturização), sem que sejam criados os mecanismos de participação e controle social.

Quanto às questões gerenciais, destacam-se como problemas: falta de tecnologia gerencial (pessoal e recursos) para operar as situações novas decorrentes da mudança do modelo assistencial; falta de apoio do governo Federal e dos Estados para o desenvolvimento de recursos humanos para seu gerenciamento.

Quanto aos recursos técnicos: dimensionamento, organização e instalações inadequadas da Administração Central e da rede; falta de material e equipamentos; inadequação dos recursos humanos em número, função e capacitação para as atividades requeridas pelo novo modelo assistencial e falta de política de remuneração justa.

Após esta discussão sobre o SUS e o que ele representa deve-se compreender que, ainda que esse conjunto de idéias não possa ser implantado automaticamente e de imediato, a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde do País, rompendo com um passado de descompromisso social e irracionalidade técnico-administrativa (Hésio, C. 1990).

#### 4.2 ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Com base nos princípios constitucionais a organização administrativa da saúde deve estar pautada no comando único em cada esfera de governo, com uma Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde dotado de amplo poder político e qualificação técnica, capaz de assumir não só o gerenciamento do sistema local, como também assegurar a qualidade dos serviços a nível das unidades assistenciais.

Conforme informações e observações, o Município de Ituverava tem um Departamento de Saúde, que provavelmente por apresentar uma infra-estrutura administrativa insuficiente (falta de recursos humanos) não consegue, como órgão gestor ter estrutura de poder político para articulação, negociação e a integração em termos intra e interinstitucionais, ficando prejudicada a competência técnica nas áreas - meio - (administração, planejamento) e fim (epidemiologia, controle de doenças, organização e prestação de ações e serviços).

Analisando o organograma da Saúde no Município (ANEXO 4), presente no Plano de Saúde, verifica-se que ao Departamento está vinculado uma Divisão de Postos de Saúde, ao qual estariam subordinados os postos de assistência médica do Município, porém, na prática o que ocorre é uma relação direta de subordinação entre estes mesmos postos e o Departamento, não existindo esta Divisão de Postos de Saúde. Também observa-se uma relação de

subordinação direta entre o Departamento e o serviço de laboratório (que é Municipal) e o serviço de convênio.

O Centro de Saúde II, apesar da Municipalização, não está contemplado no organograma; o mesmo se verifica em relação ao Posto de Assistência Médica (INAMPS) que inicialmente foi organizado, para ser um posto de atendimento regional e, tendo sido estadualizado, porém não municipalizado, não tendo uma relação de subordinação direta ao Departamento de Saúde, embora participe do sistema, cooperando com suas atividades.

A Santa Casa de Misericórdia e o Hospital e Maternidade Ituverava Ltda., integram a rede pública de serviços, em caráter complementar, mediante convênio firmado previamente à Municipalização da Saúde, conseqüentemente seu controle ainda é feito pelo Escritório Regional de Saúde.

Abordando o Planejamento de Saúde na região observa-se que as ações de promoção e proteção à saúde (educação em saúde, saneamento básico, meio ambiente, ações legislativas) bem como as de tratamento e reabilitação, não são integradas, restringindo-se à assistência aos doentes, não priorizando os fatores de risco que afetam a saúde da população. Verifica-se o desenvolvimento de alguns programas de saúde (provenientes do Escritório Regional 34) em algumas unidades, porém na prática esses programas não foram assimilados pelo Departamento de Saúde, com a Municipalização.

Na realidade no planejamento em Saúde no Município, não se consegue identificar a associação do conhecimento do perfil epidemiológico da população, com a análise dos fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais e culturais que condicionam e determinam a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Segundo os preceitos estabelecidos pelo SUS, cabe ao Município, não apenas gerir uma rede de serviços, mas também implementar e desenvolver um novo modelo assistencial, com bases políticas, gerenciais e técnicas.

No nível político, o gestor municipal desenvolverá as experiências de articulação com a sociedade, através de suas diferentes formas de organização e representação, a fim de garantir participação e legitimidade. Terá que articular-se com os demais níveis da organização Municipal a fim de influenciar nas decisões de outros setores, cujas ações tenham efeitos sobre a saúde da população, como educação, transporte, obras, saneamento e meio ambiente.

No plano técnico gerencial, cabe ao Município as funções de planejamento, organização, direção e controle do Sistema. Planejar é elaborar um plano de ação com base em prioridades definidas e em recursos disponíveis, ou a serem conseguidos. Organizar significa definir obrigações e responsabilidades; estruturar os órgãos da administração, seu funcionamento e a equipe de trabalho. A

função de direção é o dia-a-dia da administração e deve ser uma função compartilhada em seus diferentes níveis. Finalmente, controle significa a avaliação dos resultados e também do processo e do desempenho do Sistema como um todo em relação aos objetivos definidos.

O Planejamento em Saúde no âmbito do Município deve ser parte integrante do processo de planejamento Municipal.

O ato de planejar requer o conhecimento mais detalhado possível da realidade na qual se vai intervir, pois a situação da saúde e dos serviços não é estática e apresenta uma dinâmica própria que é preciso conhecer.

Não se pode falar de planejamento, sem conceber as atividades de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde, como um instrumento fundamental, facilitador de mudanças pretendidas que, incorporado sistematicamente ao nível do sistema local, revelará se as atividades desenvolvidas no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.

### **Controle Social e Participação Popular**

A democracia está em processo de construção, amadurecimento, não é um processo acabado; combina avanços e retrocesso; não é uma dádiva, é conquista,

é o resultado entre confronto e resistência, e tal construção só pode se efetivar com o controle social.

Para Carvalho(1982), "o controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral".

Campos (1987) afirma que: "a cidadania organizada pode influenciar não apenas no processo de identificação de necessidades e canalização de demandas, como também cobrar desempenho do serviço público".

A Constituição de 1988 no seu artigo 198º, III, dispõe que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um Sistema Único de Saúde organizado de acordo com diretrizes, dentre as quais: a Participação Popular.

A municipalização como estratégia para alcançar o SUS não se dá sem a participação da população, e o que se vê no texto constitucional foi conquistado por esta mesma população que é a cada momento chamada a assumir seu papel histórico, a continuar o processo de democratização, a fazer sair do papel "a lei" e torná-la viva na conquista do Direito à vida.

A Lei 8.142 de 28.12.90 regulamenta esta participação criando as instâncias colegiadas do SUS: as conferências e o Conselho de Saúde.

Abre à população, participantes do Conselho, a possibilidade de decisão sobre a formalização da política de saúde, em cada esfera do governo.

No conselho de saúde vários segmentos da sociedade estão representados: usuários, prestadores de serviços de saúde e os trabalhadores da área, além do Poder Público. A participação do usuário é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação no Conselho. Qualquer cidadão poderá através de seus representantes, democraticamente eleitos, no conselho de saúde, acompanhar, fiscalizar, inclusive sob o aspecto econômico e financeiro, os serviços de saúde públicos e privados, representando contra qualquer ato que julgue atentatório ao seu direito à saúde.

Apesar de significar grande avanço, os conselhos não têm poder deliberativo ilimitado, podendo sofrer vetos do poder executivo.

A Conferência de Saúde é um instrumento de participação de maior amplitude e atuação esporádica. Sua função principal é a definição das diretrizes gerais da política de saúde, de prestação de contas do poder público no campo da saúde, de avaliação da situação sanitária e definição de critérios para composição do conselho.

No processo de organização deve-se garantir o pluralismo partidário, estabelecendo critérios de participação proporcional através de delegados que realmente representem a sociedade civil organizada ou não.

## **Avaliação da Participação Popular no Sistema Local de Saúde de Ituverava**

A Lei orgânica do Município de Ituverava determina no seu artigo 144º: "A saúde é um direito de todos e dever do Poder Público, com o objetivo de redução de doenças e agravos e seus riscos, garantindo o acesso universal e igualitário e suas ações e serviços que integram a rede regionalizada e hierarquizada constituindo sistema único, nos termos da Constituição Federal".

X No artigo 145º estabelece: "Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, sendo sua composição, organização e competência fixados em lei".

O Conselho Municipal de Saúde de Ituverava está estruturado da seguinte forma:

- . Diretor do Departamento de Saúde;  
Presidente do Conselho;
- . 2 representantes do Escritório Regional de Saúde - 34
- . 1 representante do Posto de Atendimento Médico, antigo INAMPS;
- . 1 representante do Hospital e Maternidade Ituverava, Hospital Conveniado;
- . 1 representante da Santa Casa de Misericórdia, hospital conveniado;
- . 1 representante das enfermeiras;
- . 1 representante dos médicos;

- . 1 representante dos dentistas;
- . 1 representante da Associação  
Comercial e Industrial de Ituverava;
- . 1 representante do Sindicato Patronal;
- . 1 representante do Sindicato dos  
Trabalhadores Rurais;
- . 1 representante do centro professoral;
- . 1 representante do Lions Club;
- . 4 representantes da Associação de  
Amigos de Bairro.

Contando com um secretário para escrituração, o qual não faz parte da composição do conselho.

Foi criado por Lei Municipal e referenda a paridade. Não se teve acesso ao seu regimento interno o que, de certa forma poderá prejudicar a avaliação.

Observa-se, na sua estrutura um grande peso das cooperações de trabalhadores de nível superior, não aparecendo representados os trabalhadores de nível primário e secundário, sendo que no município é a maior parcela de servidores.

Para a avaliação, utilizou-se entrevistas com alguns atores sociais, para um aprofundamento quanto a constituição, diretrizes e caracterização da participação popular no Conselho Municipal.

Quanto a participação popular, esta não se deu de forma compacta e organizada; é muito mais por indicação ou convite deste ou daquele membro que se "destaca" numa associação.

X Na realidade não se tem informação nas entrevistas realizadas, de nenhum processo de discussão mais amplo e democrático, como numa Conferência Regional ou Municipal, constatando-se uma forma muito fluida de participação e controle social nas discussões e metas da política de saúde do município.

No entanto, constatou-se em documento fornecido pelo ERSA de Franca, que nos dias 26 e 27 de fevereiro de 1991 aconteceu no Município de Franca a 1ª Conferência de Saúde dos Municípios de Alta Mojiana para discutir e avaliar a política de saúde da região, havendo a participação da comunidade em geral e em especial dos trabalhadores de entidades e prestadores de serviços da área de saúde. Segundo este documento Ituverava esteve representado.

X Foi informado pelo relator que o Conselho não apresenta uma periodicidade de reuniões, mas acontece esporadicamente.

Em relação as deliberações do Conselho sobre a orçamentação, conforme entrevista, isto não faz parte de suas atribuições, como se nota na fala: "Não, isto é mais da parte do Diretor do Departamento de Saúde".

Algumas colocações, atribuem ao Conselho característica de inoperância, apesar de estar em contradição com outros relatos.

Com relação as atividades que vêm desenvolvendo, foi citado: "É dar educação a população mais carente, a maneira como procedia com uma internação, atendimento médico... orientação... Acho que o povo precisa é educação na área da saúde, do contrário não tem jeito, por exemplo, o remédio custa caro, o pessoal vai lá no Departamento pega o remédio e toma uma vez, no outro dia está na lata do lixo..."

Pergunta-se: Será que é falta de educação? Ou por outro lado a cultura deste povo que não esta sendo levado em consideração, além do que joga-se o remédio na lata do lixo como forma de demonstrar resistência à medicalização da sociedade?

X Pode-se ver que o conhecimento da população sobre o conselho e o fato das informações chegarem à população é extremamente contraditória, como se observa nas entrevistas realizadas, conforme as respostas: "A comunidade sabe que existe o conselho? "Sabe, isto é divulgado em jornal, rádio, imprensa escrita e falada, folheto, tudo...", "Esta parte está um pouco em falta", "Eu acho que é nulo, francamente. Às vezes pode até tá acontecendo, só que nós do Centro de Saúde não estamos vendo... Porque acho que muitas coisas é tomada assim... fazem as coisas e não participam pros funcionários..."

Apesar de considerarem importante como se constata nas entrevistas desconhecem a existênciaa de qualquer mecanismo de participação formal ou informal.

#### 4.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os princípios organizativos dos serviços de saúde contidos na política do SUS e a epidemiologia com seu modo abrangente de pensar os problemas de saúde vão levar a distintas formas de se implementar a política de saúde na municipalização. Poderão, dessa forma, ocorrer diversos modelos de atenção em saúde.

Se considerarmos o modelo de atenção cujo ponto principal é o indivíduo, centrado na cura da doença. O principal objeto de intervenção é a doença e todas as práticas em saúde estarão voltadas para a cura do indivíduo ou controle e erradicação de doenças.

Nesta prática há o privilégio do desenvolvimento do Capital em detrimento do Trabalho e todo o investimento visa ampliar a produção de serviços de saúde, de forma a obter maior concentração de renda. A saúde é transformada em mercadoria e será consumida conforme a classe social a que se pertence. Há grande influência de grupos econômicos, caracteriza-se pelo modelo autocrático de governar, mantendo a hegemonia do poder político das elites.

Na organização, portanto, dos serviços de saúde ocorre o que cita Heimann et al: "a regionalização, a hierarquização e a participação - podem então ser assim apreendidos: a regionalização e a hierarquização seguem o critério da ocupação do espaço de acordo com os padrões de acumulação, ampliação e reprodução do capital. A rede de serviços públicos de saúde se expande segundo a lógica de mercado, sobrepondo-se a tantas outras redes de circulação de bens de consumo como alimentação, transporte, lazer, moradia, entre outros.

A ação estatal é reguladora nesse mercado em que os seus serviços, de complexidade tecnológica diferenciada como ambulatório de especialidades, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, são complementares à rede de serviços de saúde privados, atendendo a diferentes padrões de consumo".

Há maior preocupação, num primeiro momento, com a integração interinstitucional dos serviços do que com a integração da ação curativa e preventiva devido à imposição de uma maior eficiência e eficácia no sistema público.

Há uma desconcentração e não descentralização do poder quando se fala da transferência de recursos financeiros, técnicos e gerência do nível federal e estadual para o municipal.

Pensando um modelo de atenção voltado para o coletivo, o objeto de intervenção é a utilização do

modelo epidemiológico nos serviços de saúde. Este modelo será definido à partir das necessidades dos indivíduos manifestas à partir de uma ação dos diversos integrantes da sociedade que determinarão os problemas que deverão ser solucionados. A meta é a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ou seja, todas as ações de saúde estarão voltadas para a mudança no perfil de morbimortalidade.

Nesta prática de saúde há o privilégio do Trabalho em detrimento do Capital, transformando a saúde no direito inalienável do homem. Há o modelo democrático de governar onde o Estado e a Sociedade juntos determinarão a estrutura do sistema de saúde.

Segundo Heimann et al: "os princípios organizativos do sistema de saúde - a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a integração, a universalização e a participação - podem então, ser assim apreendidos: a regionalização e a hierarquização seguem o critério de construção do espaço (social) onde a rede de serviços se expande de acordo com as necessidades e complexidades tecnológicas identificadas para enfrentamento dos problemas de saúde. Dessa forma, a delimitação da área, que será a base territorial para intervenção dos serviços, não pode ser rígida, mas flexível, de acordo com a dimensão do problema e a capacidade de respostas que podem ser dadas num momento histórico".

A imposição de uma maior eficiência e eficácia do sistema determina a integração de serviços

públicos, seja a nível interinstitucional seja a nível de ações curativas e preventivas, dentro da divisão técnica do trabalho.

Na transferência de recursos técnicos, procedimentos e gerência dos níveis de governo federal e estadual para o municipal e deste para a sociedade é feita pelo princípio da descentralização.

O Parágrafo 2º do artigo 10º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) trata da organização do SUS, no nível municipal, em distritos sanitários, como forma de integrar e articular recursos, técnicas e práticas que se voltem para cobertura total das ações de saúde. Combinando este artigo com o artigo 7º, VII que fala da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e orientação programática e o artigo 16º, XVIII que cita o planejamento estratégico, percebe-se uma nova forma de atuação na área de saúde, um processo de mudança do atual modelo de assistência.

Sendo o SUS dirigido, em cada esfera de governo, pelo órgão político-administrativo responsável pelo setor de saúde, deve ser operado segundo os interesses próprios de cada uma das entidades e nos termos da autonomia política e administrativa e da competência que a cada uma é atribuída por lei.

Cada uma das esferas de governo é, portanto, autônoma, dentro do limite de seu território, para

organizar e executar ação dos serviços de saúde. Essa autonomia se expressa, na prática do seguinte modo:

1. com liberdade para estruturar e colocar em funcionamento o seu sistema de saúde sem subordinação a qualquer outra esfera do SUS;

2. possui responsabilidade total pela execução das ações e dos serviços de sua competência, nos limites de seu território;

3. tem a obrigatoriedade de observar os princípios e diretrizes do SUS.

Deve-se estar atento para quando se diz que a direção é única pois isto significa que em nenhuma das três esferas gestoras do sistema de saúde poderá haver mais de um órgão, setor ou departamento responsável pelo SUS.

Se houver na mesma esfera de governo autarquias, fundações ou outros órgãos executando ações e serviços de saúde, todos estarão vinculados à direção do SUS.

O planejamento de saúde é, portanto, responsabilidade do departamento de saúde municipal e este deverá elaborar plano de saúde com a proposta orçamentária correspondente periodicamente. Este plano de saúde deverá ser dinâmico, ajustável às necessidades de política de saúde e com aporte de recursos suficientes para torná-lo viável.

O plano de saúde é apenas o ponto de partida para melhorar o gerenciamento de saúde no Município,

pois além dele concebe-se de importância a obediência a todos os princípios e diretrizes determinadas pelo SUS.

Dentro desse planejamento de saúde é importante se identificar quais são os principais problemas de saúde da região, quais os grupos de alto risco, acesso e cobertura por programas de saúde e a organização e gerenciamento destes programas.

Geralmente há recursos insuficientes para o Município, sendo importante que o departamento de saúde defina prioridades para desenvolver as ações de saúde. Neste ponto se verifica, mais uma vez, a importância de uma avaliação epidemiológica adequada. Dentre estas prioridades deve-se levar em conta aquelas listadas no plano nacional de saúde pelo Ministério da Saúde e, também, as prioridades locais definidas pelo próprio Município.

Deve ser levado em consideração a necessidade de manter um equilíbrio entre os seguintes componentes:

- atividades que visem a prevenção e a promoção da saúde;

- controle de doenças através de prevenção, por meio de programas específicos de controle de doenças transmissíveis (como tuberculose, hanseníase, SIDA), assim como para doenças não transmissíveis (como hipertensão, diabetes ou acidentes);

- serviços terapêuticos para pessoas doentes (baseadas em unidades básicas de saúde ou de referência e/ou hospitais);

- garantir acesso aos serviços de saúde;
- desenvolvimento de recursos humanos (programas de treinamento, reciclagem).

Identificar grupos de alto risco é avaliar os grupos de pessoas que deveriam receber prioridade no Município. A informação epidemiológica é essencial para classificar tais grupos de alto risco, que são, fundamentalmente: mulheres entre 15 e 44 anos de idade; crianças de até 5 anos de idade; alguns grupos de trabalhadores (no caso Ituverava se coloca de importância o grupo dos trabalhadores rurais); pessoas idosas; pessoas que estão em contato com portadores de doenças infecciosas; pessoas vivendo longe de serviços de saúde e que portanto apresentam alto risco de não receber atenção dos serviços de saúde.

O atendimento emergencial é de competência comum às esferas estatais do SUS. É determinado à direção do SUS, em cada esfera de governo, que fomente, coordene e execute programas de atendimento emergencial, portanto cabe ao Município estar equacionando formas para estar prestando este tipo de atendimento a contento.

A organização de consórcio administrativo intermunicipal está contemplada na Lei Orgânica de Saúde e constitui, fundamentalmente, num acordo

entre entidades da mesma espécie (acordo entre Municípios no caso específico) o que o difere do convênio que pode congrega pessoas jurídicas de espécie diferente. Este acordo entre Municípios surge da necessidade de realização de objetivos de interesse comum, na tentativa de juntar esforços para a solução de um problema que isoladamente nenhum dos consorciados teria condições de resolver de modo satisfatório e em tempo oportuno. Sem dúvida é uma das formas possíveis de estar se estruturando na organização de seus serviços.

Cabe lembrar que faz parte, também, da organização de serviços a articulação de meios para realização de comissões intersetoriais que abrangerá prioritariamente ou de modo especial, as seguintes atividades: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmaco-epidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador.

Há que se manter, também, comissões permanentes de integração do SUS com instituições de Ensino, seja na capacitação e formação de recursos humanos seja nas atividades conjuntas dentro das programações de saúde que forem consideradas prioritárias na comunidade.

É dessa forma, desenvolvendo atividades coordenadas em diversos setores, que a participação se dará possibilitando um exercício efetivo de cidadania construindo um sistema de saúde mais justo e democrático.

#### 4.3.1 Organização dos Serviços de Saúde em Ituverava

Os aspectos sobre a estrutura administrativa do Departamento de Saúde de Ituverava, bem como seu organograma foram discutidos no item anterior. Cabe ressaltar que a municipalização nos moldes do que é preconizado no SUS ainda não ocorreu, pois a descentralização administrativa, colocando o poder gerencial em mãos do Departamento de Saúde ainda não se completou.

O modelo assistencial é o que prioriza a assistência individual curativa, atendendo à demanda espontânea, seguindo para isso o planejamento de saúde determinado pelo Escritório Regional de Saúde (ANEXO 5). Determinados programas são desenvolvidos em algumas unidades de saúde, porém, não há uma prática sanitária que contemple uma assistência voltada para ações coletivas de saúde. Portanto, o que se verifica na prática é a não participação, seja dos trabalhadores de saúde, seja da comunidade na determinação das prioridades de saúde. Embora o Plano Municipal de Saúde conte com a participação formal do Conselho Municipal de Saúde o que se verifica na realidade é uma proposta normativa de planejamento que não considera os determinantes sociais do processo saúde-doença, deixando de priorizar grupos de risco e detectar situações que constituem nós críticos do sistema.

A rede de serviços é organizada obedecendo a uma lógica mínima de hierarquização mesmo porque não são todos os órgãos públicos que estão sob a gerência do Departamento de Saúde do Município. Conseqüentemente o sistema de referência e contra-referência fica comprometido, ficando os encaminhamentos de maneira informal sem uma sistemática de controle. Neste processo de organização não se verifica uma delimitação da área de abrangência dos serviços e definição da população alvo.

Segundo Vaughan e Morrow (1992): "deve-se dar prioridade para que uma grande parte da população tenha acesso razoável a um agente de saúde comunitário, ou a um posto ou centro de saúde. Estes devem estar a uma distância de até 5 Km ou 10 Km das suas casas, o que equivale a entre 1 e 2 horas de caminhada. Em áreas rurais a distância usualmente é empregada para indicar acesso, por causa das más comunicações e transporte deficiente". A partir desse critério de acessibilidade verifica-se que apesar de ter havido na região, nos últimos anos, a criação de novas unidades básicas de saúde situadas em áreas que facilitam o acesso da população da região rural e dos distritos que se localizam distantes da região central do Município, observa-se no entanto, que há dificuldade de acesso para essa população quando há necessidade de ser referenciada a serviços de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ou mesmo internação hospitalar, pois estes serviços se localizam na região central do

Município e há problemas de transporte na região (ANEXOS 6 e 7).

Considerando a resolutividade (que é a capacidade que tem o serviço de resolver as necessidades de saúde do indivíduo ou da coletividade até o nível de sua competência) verifica-se que há demanda reprimida em todos os serviços, sendo que o problema das filas de espera é sentido pelos usuários como o maior problema nos serviços de saúde da região. Há espera para atendimento e não há agendamento de consultas mesmo para aqueles indivíduos que teriam retorno médico, o que certamente dificulta a aderência do indivíduo ao tratamento (ANEXO 8).

Os exames laboratoriais e os outros exames de apoio diagnóstico e terapêutico não são agendados previamente. Há filas para coleta dos exames laboratoriais pois só há um laboratório para esses exames e a coleta é centralizada nesse local (não há coleta de exames nas unidades de saúde).

As internações gerais são realizadas nos dois hospitais conveniados do Município e, segundo informações colhidas junto à população usuária e pessoal do serviço de saúde, não tem havido problemas. O mesmo ocorre com o atendimento de emergência que o Pronto Socorro da Santa Casa supre. Internações especializadas são, em geral, encaminhadas para Franca com entendimento prévio feito por alguém responsável pela própria unidade que está

encaminhando ou pelo S.O.S. (Serviço de Obras Sociais), que não está vinculado ao Departamento de Saúde.

O fornecimento de medicamento é feito por todas as unidades de saúde da rede pública porém, encontram-se sérias dificuldades na manutenção de seu estoque. Muitas vezes o S.O.S. fornece medicamentos por estar em falta nas unidades de saúde. No geral, o problema de falta de medicamento costuma se dar com certa frequência.

A vacinação foi citada por se constituir problema na região, pois verifica-se que algumas unidades de saúde não possuem este serviço. Há, porém, a preocupação com essa falta de cobertura da vacinação pois é citado como problema pelas entidades de saúde da região.

### 4.3.2 Programas de Saúde

Programas de Saúde é um conjunto de ações individuais e coletivas de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos moradores de determinada localidade.

Para se fazer um planejamento de programas adequado à cada região, deve-se levar em conta as características epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais da população local e atender às necessidades sentidas e não sentidas desta população.

Deve-se considerar quem vai executar os programas e a comunidade que vai se utilizar deles em que condições. Para tanto, as pessoas envolvidas em cada programa deve participar de sua elaboração, o que levará a um maior compromisso, não só do profissional como da comunidade com as ações a serem desenvolvidas.

Convém mencionar, ainda, a necessidade do componente educativo em todos os programas, visto que a transformação de determinada realidade implica em mudança voluntária de comportamento.

A Lei 8080/90, artigo 6º Inclui no campo de atuação do SUS, em seu inciso I: "a execução de ações de: vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica".

A Lei Orgânica do Município em seu artigo 146º, Inciso II, determina que é de competência do SUS, além de outras atribuições: "a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes a: vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; saúde do idoso; saúde da mulher; saúde da criança e do adolescente; e saúde dos portadores de deficiência".

Isto significa que para o cumprimento da Lei do SUS e da Lei Orgânica do Município de Ituverava, será necessário o desenvolvimento sistematizado de vários programas de saúde, considerando-se as peculiaridades regionais.

Serão relacionadas a seguir, os programas considerados mais importantes:

1 - Saúde da Mulher

Neste programa se incluem todas as mulheres adultas, desenvolvendo-se as seguintes ações:

- assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, controle do estado nutricional e de anemias carenciais, ações educativas de estímulo ao parto natural, aleitamento materno;

- acompanhamento ginecológico, prevenção periódica de câncer de útero e de mama, com orientação para utilização de auto exame;

- acompanhamento de vítimas de violência sexual;

- planejamento familiar com garantia do direito do homem, da mulher ou do casal de procriação ou não; orientação sobre anticoncepcionais, utilização de tecnologias apropriadas para garantir a fertilidade.

Segundo fontes técnicas, há no Município um "programa de gestantes" desenvolvido no Centro de Saúde (CS-II), juntamente com o Serviço de Obras Sociais (S.O.S.) que se constitui em orientações sobre aleitamento, cuidados com o bebê, alimentação, etc, as quais são dadas por médicos e educadora.

No que se refere a planejamento familiar, há distribuição de preservativos (camisinhas) e anticoncepcionais.

## 2. Saúde da Criança e do Adolescente

Este programa abrange a faixa etária que vai desde o recém-nascido até os dezoito anos.

Devendo ser desenvolvidas as seguintes ações:

- identificação do recém-nascido de alto risco;

- tratamento precoce de anomalias do metabolismo;

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neo-psico-motor; assistência à morbidade

prevalente, prevenção e tratamento de diarréias, inclusive desidratação, de doenças respiratórias; vacinação; assistência nutricional e suplementação alimentar;

- orientação educativa sobre hábitos de higiene, aleitamento, desmame, etc.

- na idade pré-escolar até a adolescência, as ações devem ser conjuntas com a área de educação, realizando acompanhamento médico, dentário e oftalmológico para identificação precoce de problemas de saúde, assim como orientação sexual, riscos de gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, malefícios do uso das drogas, etc.

No momento, diversas ações estão em prática no Município, destacando-se o Sistema de Vigilância de Alimentação e Nutrição (SISVAN) e o Programa da Merenda que tem fornecido alimentação de ótima qualidade. Sugere-se que sejam mais integrados às ações de saúde, visando estabelecimento da relação causa-efeito. Outras atividades vem sendo realizadas, como por exemplo, a visita de oftalmologista às creches, pré-escolas e escolas, identificando casos de doenças transmissíveis como tracoma e outros agravos à saúde.

Segundo informações obtidas é grande o número de gravidez na adolescência principalmente no Distrito de São Benedito da Cachoeirinha, na faixa etária de 13 a 14 anos, mas ainda não foi possível se organizar um programa específico para o adolescente.

### 3 - Saúde do Idoso

O alvo deste programa é a população com idade acima de 60 anos tendo como objetivo o prolongamento da vida ativa de forma saudável (bem estar físico e psicossocial). Para tanto, deve desenvolver as seguintes ações:

- facilitar o acesso aos serviços de saúde;
- atendimento médico especializado: geriátrico e multiprofissional (terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, etc.);
- criar mecanismos de referência e contra referência;
- estimular a formação de grupos de convivência e lazer;

Ainda não há no Departamento de Saúde, programa específico neste sentido. Esta população está inserida principalmente no programa de hipertensão arterial.

### 4. Saúde do Deficiente

Neste programa são incluídos todos os deficientes, os que nasceram com o problema ou adquiriram no decorrer da vida. As ações deverão constar de:

- Atendimento integral visando habilitação e reabilitação com fornecimento de equipamentos necessários, visando desenvolver ao máximo sua potencialidade e integração social.

O SOS desenvolve várias ações. Em algumas escolas de 1º grau são reservados salas destinadas a deficientes mentais, porém é necessário que essas ações não sejam apenas de caráter filantrópico, mas que façam parte de um conjunto de atividades a serem desenvolvidas pelo Departamento de Saúde e integrando-se aos demais serviços com referência e contra referência, haja visto o destaque dado ao deficiente na Lei Orgânica de Ituverava.

#### 5. Hipertensão Arterial

A população alvo deste programa deve ser o adulto com propensão a apresentar pressão arterial elevada e as ações desenvolvidas devem ser:

- identificar a predisposição de hipertensão na comunidade;
- promover medidas preventivas e terapêuticas para controle de peso e complicações envolvendo outros agravos (hábitos alimentares, consumo de álcool, fumo e fatores psico-sociais);
- acompanhar regularmente o hipertenso;
- aparelhar as unidade e capacitar recursos humanos para diagnóstico, tratamento e controle.

No CS-II do Município é desenvolvido este programa. É um trabalho de equipe com médicos e uma educadora, que conta com retaguarda de laboratório clínico e eletrocardiograma. Desenvolve principalmente a parte

educativa para mudança de hábitos, auxiliando o paciente a aceitar a doença e a mudar a dieta alimentar.

Há cerca de 800 pessoas inscritas no programa, as quais são encaminhadas pelo clínico. Quando o indivíduo não é propriamente hipertenso crônico ele participa do programa por 4 semanas e passa por um controle a cada 6 meses.

Quando neste grupo é detectado portador de problema cardíaco, é encaminhado para ERSA-34 de Franca para se submeter a uma sorologia para doença de Chagas.

#### 6. O Diabetes Mellitus

Neste programa serão atendidos as pessoas acima de 40 anos, desde que diabéticos tipo II ou casos suspeitos. O programa é muito importante visto se tratar de uma doença crônico-degenerativa, haja visto que a população idosa está crescendo na região, como se pode observar através da pirâmide populacional.

Ações a serem desenvolvidas:

- identificação de diabéticos II;
- identificação de casos suspeitos, que apresentem sintomas sugestivos, infecção urinária e/ou vulvovaginites de repetição, história de diabetes em família, obesidade, etc.
- tratamento à base de hipoglicemiantes e insulina, desde que apresentem controle metabólico estável.

No Município, o Programa é desenvolvido no Posto de Assistência Médica (PAM) em trabalho conjunto com o CSII. O paciente hipertenso do CSII que apresenta diabetes é encaminhado ao PAM e vice-versa.

#### 7. Saúde Mental

Neste programa atende-se toda a comunidade priorizando-se àquele que tenha sofrimento mental. As ações a serem desenvolvidas são:

- . Atenção ao Psicótico e Egressos Hospitalares em modelos alternativos de assistência, tais como: Hospital-dia, Hospital-noite, Lares Abrigados, Oficinas Protegidas e uma rede ambulatorial de assistência;

- realibertação da população cronificada;

- implantação de centrais de vagas nas instâncias públicas como medida de controle e avaliação dos serviços próprios e contratados;

- atenção sistemática regionalizada assessorando estratégias de municipalização.

Em Ituverava é feita a priorização para atendimento individual e em grupo a pacientes psicóticos, neuróticos e alcoolistas, não havendo planejamento local e nem tampouco levando-se em conta o perfil epidemiológico da demanda. A equipe não está organizada e integrada entre si e no processo de ações coletivas. Daí a importância da

construção de um modelo alternativo de assistência que buscará a construção da cidadania.

## 8 - Saúde do Trabalhador

Neste programa deve ser atendido o trabalhador rural e urbano.

As ações para atender este programa constituem-se em:

- atendimento de saúde com garantia de acesso e utilização de tecnologia disponível;
- atenção hierarquizada e especializada individual e coletiva ao trabalhador, procurando na medida do possível estabelecer a relação de causa-efeito;
- garantir o diagnóstico e tratamento de doenças ocupacionais na rede municipal conveniada;
- assistência integral aos acidentes de trabalho;
- orientação educativa de prevenção e controle de doenças profissionais e acidentes de trabalho.

Conforme foi observado no Município, há grande número de trabalhadores rurais, incluindo-se o volante (boia-fria). Segundo dados obtidos em entrevistas, os acidentes de trabalho mais frequentes são: intoxicação por agrotóxicos, problemas de coluna vertebral, problemas renais e acidentes mecânicos. Nas grandes fazendas, há equipamentos de segurança e serviços de ambulância, porém não são adequadamente utilizados.

A fonte econômica do município é tipicamente agrícola desenvolvendo o plantio de soja, algodão, o milho (culturas brancas) e, também do plantio de cana de açúcar, em fase de expansão.

Nas culturas brancas é comum aplicar-se defensivos químicos que são eficientes ao combate às pragas e no controle das doenças e das ervas daninhas. Essas substâncias apresentam alto grau de toxicidade. É frequente o uso indiscriminado e, sem utilização de equipamentos de proteção, o que gera agravos à saúde dos trabalhadores rurais, além da contaminação do meio ambiente.

Existem casos, embora raros, de intoxicação aguda dos trabalhadores rurais devido principalmente a ignorância e descrédito quanto à toxicidade do produto manipulado.

Desconhece-se a que nível chega a intoxicação crônica, pois a pulverização é feita por meio de máquinas ou de aviões. Esse processo de aplicação atinge toda área agrícola. Neste caso os sintomas de intoxicação aparecem após longos períodos de exposição a pequenas doses, o que dificulta a caracterização de intoxicação por agrotóxicos, uma vez que os sinais e sintomas muitas vezes não são típicos, podendo levar a falso diagnóstico. Criam-se, assim, sérios problemas aos trabalhadores rurais, pois quando procuram os seus direitos trabalhistas na maioria das vezes, não conseguem a indenização, tratamento de saúde e nem a aposentadoria por invalidez. Somente com medidas

preventivas é que os trabalhadores rurais poderão tomar ciência de intoxicações incipientes através dos exames laboratoriais específicos. Mesmo assim, tanto o sindicato dos trabalhadores como dos patronais, não se movimentam no sentido de promover a vigilância e proteção da saúde dos trabalhadores rurais.

De acordo com os dados obtidos através das entrevistas realizadas observa-se que no Município de Ituverava não se tem registrado casos de intoxicação nos últimos 5(cinco) anos, provavelmente, devido a nova legislação sanitária que exige receituário para aquisição do produto, restrição do uso de certos produtos, potencialmente tóxicos e a própria dificuldade em se diagnosticar o agravo.

Existem ainda outros problemas decorrentes da atividade rural, quais sejam, o tratorista que sofre acidentes mecânicos, problemas de deformações da coluna decorrente da posição, distúrbios estomacais por vibrações do motor, perda parcial ou total de audição devido ao ruído da máquina, fadiga por esforço físico e exposição de calor e perda gradativa da visão por ofuscamento do farol do trator durante atividade noturna.

Quanto à saúde dos trabalhadores volantes, ou seja, os "boias-frias", estes correm riscos de acidentes de trânsito, devido ao transporte ser feito de forma insegura e sem conforto. Os veículos estão em péssimo estado de conservação, sem assento, sem cobertura e excesso

de lotação. O transporte é feito por caminhões, ônibus, peruas e até por tratores.

Existe legislação que regulamenta este transporte, mas não é obedecida pois o próprio trabalhador volante aceita estas condições precárias para não perder o dia de serviço.

A forma do Sindicato minimizar estes acidentes tem sido negociar com os proprietários da terra, conscientizando-os quanto a responsabilidade que tem em casos de acidente e a melhor forma de evitá-los.

Existem, ainda, os acidentes com o manuseio do facão na colheita de cana de açúcar, devido a utilização de ferramenta cortante, além do ritmo acelerado com que se trabalha, uma vez que se ganha por metro cortado. O boia-fria, além disto, apresenta estado precário de nutrição. Como os referidos problemas eram mais comuns em menores de 16 anos, a legislação trabalhista hoje não permite que os empregue nesta atividade e algumas usinas levam em conta, inclusive, a estrutura física do indivíduo.

#### 9 - Saúde Bucal

Neste programa atende-se toda a comunidade, priorizando-se algumas faixas etárias.

As ações a serem desenvolvidas são:

- coletivas

bochechos com solução fluoretada

orientações educativas

escovação supervisionada

levantamento epidemiológico

- assistência individual

Atenção primária:

I- atendimento não programático

(urgências e livre demanda)

II- atendimento programático (tratamento

completado)

Atenção secundária:

assistência em nível de especialidades

Atenção terciária

assistência em nível hospitalar

O setor odontológico no Município está vinculado ao Departamento de Saúde mas sem estrutura formal.

Os Cirurgiões-Dentistas (CDs) que eram do Estado, com a municipalização, passaram para o quadro da Prefeitura. Há no departamento dois inspetores odontológicos decorrente deste processo mas sem funções muito definidas, não participam da compra de materiais e equipamentos odontológicos. É feita a solicitação ao Departamento de Saúde que toma as providências cabíveis.

Os CDs trabalham nas escolas e não dispõem de auxiliares. Apenas três Postos de Saúde contam com pessoal auxiliar (atendentes de enfermagem).

Há no quadro do Município CDs que eram do Estado e CDs do próprio Município.

O programa das escolas é diferente do atendimento realizado nos Postos de Saúde. Os consultórios das escolas são do Estado, os Postos de Saúde e os Postos de Assistência a Saúde das zonas rurais são da Prefeitura Municipal. Há um serviço de trailer com um CD e uma auxiliar que atualmente está em uma escola fazendo a parte curativa.

Há 10 anos atrás, realizava-se nas escolas o "Sistema Incremental" e atualmente é seguido o programa do Estado.

Nas escolas são atendidas todas as crianças e é realizado bochecho semanal com solução fluoretada.

No CS-II não há limite de idade e as vagas para consultas são dadas no dia, não há agendamento para retorno. É atendida a livre demanda.

No PAM (Alto da Estação) a população é atendida sob agendamento e também não há limite de idade.

Nas zonas rurais também não há limite de idade mas há agendamento com retorno semanal.

A média de consultas, no geral, é de 8 a 10 atendimentos por jornada de 4 horas.

Há um projeto de se criar uma "Policlínica Central" para oferecer atendimento o dia todo. A expectativa é de se aumentar o rendimento em três vezes mais. As pessoas seriam agendadas, haveria serviço de Endodontia e um laboratório de prótese.

Ainda falta espaço físico. A idéia é de se instalar junto à Escola Profissionalizante.

Foi realizado um levantamento epidemiológico da cárie em uma escola por iniciativa local. Examinou-se todas as crianças e o CPD-D não deu muito alto porque nesta escola há CD e é desenvolvido a parte preventiva com aplicação de selante.

Segundo informações do setor odontológico, pretende-se realizar o levantamento epidemiológico em todas as escolas no início do ano para se planejar conforme as reais necessidades.

Os relatórios mensais de produção são enviados para o CS-II para consolidação dos dados.

A rede conta com três aparelhos de RX centralizados no PAM Alto da Estação.

Atualmente, as próteses são fornecidas através do SOS que contrata serviços de particulares.

A água de abastecimento público é fluoretada pelo SAAE que também controla sua qualidade.

Nas zonas rurais o abastecimento de água é proveniente de poços artesianos, portanto, é desenvolvida a suplementação de Flúor (em cápsula) e Cálcio para a faixa de idade escolar.

Existe na atualidade a possibilidade histórica do Município vir a definir uma mudança nacional das políticas de saúde bucal, determinando também a construção do Sistema Único de Saúde Estadual e dentro do

mesmo, de um sistema integrado de saúde bucal, com orçamento definido, com metas traçadas enquanto a possíveis resultados de suma melhoria das condições da população com o conhecimento científico sobre as reais necessidades de recursos humanos, físico, equipamentos e materiais, com consciência sobre as reais necessidades dos diferentes níveis e sabendo das fontes de cooperação técnica e financeira" (Cordon, 1991).

Em Ituverava, foi observada a universalidade do atendimento mas ainda há dificuldades na integralidade das ações.

É importante a participação popular para se estabelecer prioridades já que sabemos que a demanda é muito grande e está sendo difícil se obter resolutividade. Faltam centros de referência.

Com a municipalização de saúde era previsto a unificação dos três níveis administrativos. Os profissionais já foram incorporados ao quadro do Município mais ainda sob regimes jurídicos, jornadas de trabalho e salários diferenciados.

Para uma efetiva incorporação do pessoal é necessário que o Município tenha garantia de sustentação financeira para estes novos encargos.

Com relação ao pessoal auxiliar, a inserção de ACDs e THDs (ainda não disponível) aumentariam o rendimento do profissional e a cobertura dos serviços. Nas associações de bairro poderiam se formar "agentes de saúde

bucal" que dariam após um treinamento, orientações educativas na sua realidade e área de abrangência.

Oportunidades de cursos e reciclagens influem no bom andamento dos serviços.

Como no Município há um programa de merenda escolar bem estruturado, seria interessante haver um trabalho conjunto com este serviço no que se refere à orientação quanto a dieta. O controle e vigilância sanitária da fluoretação de água de abastecimento público pelo setor também seria muito importante, visto que a efetividade e eficácia deste método preventivo depende da rigorosa observância dos teores ótimos de flúor, sem interrupções ou subdosagens.

Para que tudo ocorra de forma planejada, organizada e integrada é imprescindível que haja uma coordenação e participação na orçamentação e avaliação dos resultados. Após a consolidação dos dados, é importante que se crie mecanismos de divulgação. Enfim, na elaboração do Plano Municipal de Saúde é fundamental incluir um Plano de Saúde Bucal uma vez que além da assistência às necessidades odontológicas da população é imprescindível que se pense a reversão do quadro epidemiológico.

### 4.3.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica foi introduzida no Brasil como atividade dos serviços gerais de saúde, durante a Campanha de Erradicação da Varíola no início da década de 70, com a organização das Unidades de Vigilância Epidemiológica "UVE".

A função das UVE era a organização de um sistema eficiente de notificação semanal abrangendo todos os municípios de cada Estado e a imediata investigação dos casos notificados visando a aplicação das medidas de controle.

Em 1975, a Lei no. 6259 de 30/10/75 implantou o Sistema de Vigilância Epidemiológica e estabeleceu normas relativas à notificação compulsória das doenças. Deu competência ao Ministério da Saúde para "definir a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação da Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e coordenação" (Art. 2o. parágrafo. 1o.).

#### A Vigilância Epidemiológica na Municipalização

A Lei nº 8080 de 19/09/90, que definiu o SUS, em seu artigo 6º inc. XI, parágrafo 2º, define vigilância epidemiológica como "um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes

de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos".

Essa lei não altera de modo significativo os conceitos de vigilância epidemiológica introduzidos no Brasil em 1975.

No campo político-jurídico, a Lei 8080 estabelece a importância da epidemiologia nas três instâncias de competência e atribuição do SUS.

Para o Município, em seu artigo 18º, estabelece: "À direção municipal do SUS compete:

I- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II- participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;

III- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV- executar serviços de vigilância epidemiológica".

Segundo análise de Goldbaum (1992) o próprio objeto da epidemiologia chega a confundir-se com os objetivos do SUS, como se pode observar no art. 5º do capítulo I, o qual determina que um dos objetivos do SUS é

"a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde".

Ao determinar sobre os princípios e diretrizes, em seu artigo 7º, a lei é bastante direta quando estabelece como um dos princípios a "utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática".

A vigilância epidemiológica constitui o substrato dos planos de saúde (art. 37º). É fundamentado nas características epidemiológicas e na organização dos serviços que o Conselho Nacional de Saúde irá traçar as diretrizes a serem observadas nos planos de saúde.

Ainda de acordo com a Lei 8080/90, a vigilância epidemiológica constitui a base do sistema nacional de informações a ser organizado pelo Ministério da Saúde, o qual abrangerá questões epidemiológicas e de prestação de serviços e que deverá ser integrado em todo o país (Art. 47º). Este aspecto será enfatizado em item específico neste trabalho.

### **Objetivos da Vigilância Epidemiológica**

Como prática de saúde pública a Vigilância Epidemiológica abrange um campo muito vasto. Waldman (1991) ressaltou como objetivos centrais, os seguintes:

- identificar novos problemas de saúde pública;

- detectar epidemias;

- documentar a disseminação de doenças;

- estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos;

- identificar fatores de risco envolvendo a ocorrência de doenças;

- recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.

- avaliar o impacto de medidas de intervenção por meio de dados epidemiológicos;

- revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com objetivo de discutir prioridades em saúde pública e propor novos instrumentos metodológicos".

É do conhecimento geral a ampla gama de documentos técnicos que reconhecem a epidemiologia como instrumento de relevância para a identificação e divulgação dos "fatores condicionantes e determinantes da saúde individual e coletiva".

Nesta perspectiva, fortalecer e aprimorar a epidemiologia significa processo da política do SUS.

## Vigilância Epidemiológica em Ituverava

As ações de Vigilância Epidemiológica em Ituverava são coordenadas pelo CS-II.

Dentro das limitações impostas pela disponibilidade de recursos, o sistema de vigilância utiliza uma combinação do método ativo com o passivo para a coleta de dados, da seguinte forma:

1. Desenvolve a vigilância passiva, uma vez que se baseia na notificação espontânea por parte dos dois hospitais da cidade, do PAM, dos PAS e do próprio CS-II.

Como se sabe, a participação dos médicos, dentistas e demais profissionais da saúde é um ponto crítico na notificação das doenças. É comum a resistência ao preenchimento da ficha de notificação, mesmo com relação àquelas doenças para as quais existe uma obrigação legal. Muitos até desconhecem sua importância e outros não notificam porque não esperam que medidas sejam tomadas. Isso leva à subnotificação, à falta de representatividade, de sensibilidade e de especificidade dos dados.

Além disso, coloca-se uma questão de caráter técnico para o aprimoramento da qualidade da informação: a dificuldade em padronizar para todos os notificantes a definição de caso, o que também contribui para a subnotificação.

Vale lembrar ainda a possibilidade de erros no diagnóstico laboratorial, um outro fator que leva à subnotificação. Assim, corre-se o risco de diminuir a eficácia das ações de controle das doenças.

2. Desenvolve a vigilância ativa de coleta de informações nos seguintes aspectos:

- realizando visitas domiciliares aos pacientes acometidos das doenças notificadas, e às suas famílias, visando identificar novos casos. Este trabalho é feito pela visitadora sanitária e, raramente, pela enfermeira;

- realizando "contra-prova" (sic) de exames laboratoriais em alguns casos;

- fazendo contacto telefónico com os hospitais notificantes, sempre que necessário.

Essa rotina é preconizada para as doenças de notificação compulsória e para outras doenças e agravos que exijam a adoção de medidas de controle.

Nas visitas domiciliares é feito o preenchimento da ficha epidemiológica. Os casos de dúvidas são esclarecidos junto ao ERSA de Franca. Muitas visitas são dificultadas e/ou deixam de ser realizadas por falta de viaturas.

Também por não dispor de viaturas suficientes para o bom desempenho das atividades, frequentemente é enviado material para exames laboratoriais

de dengue e meningite diretamente para Ribeirão Preto em vez do ERSA de Franca.

Mensalmente é feito um levantamento das informações coletadas, por iniciativa da responsável pela Vigilância Epidemiológica. E a cada três meses essas informações são condensadas e analisadas para fins de planejamento, cuja elaboração está a cargo do próprio CS-II, mediante delegação concedida pelo Departamento de Saúde.

Entre as doenças de notificação compulsória destacam-se as seguintes:

#### Tracoma

Dentro da rotina de trabalho do PAM é realizado atendimento oftalmológico aos escolares, o que ocorre no segundo semestre de cada ano. Esse atendimento é estendido também aos internos das entidades filantrópicas, tais como o Abrigo dos Velhos e a Casa do Menor.

A detecção de alguns casos de tracoma em crianças escolares despertou para a necessidade de se capacitar médicos oftalmologistas para o diagnóstico da doença. Em decorrência disto, no segundo semestre de 1991 foi realizado, pelo CVE, um treinamento a nível regional no município de Guará, do qual participou o oftalmologista do PAM. Uma vez capacitado, passou a diagnosticar e a notificar vários casos da doença através de busca ativa nas escolas e creches, procurando inserir essas ações no contexto do

Programa de Controle de Tracoma, desenvolvido pela Secretaria de Saúde.

A prevalência do tracoma no Município exige um alerta permanente dos profissionais de saúde pública por várias razões:

- foi considerado erradicado do Estado de São Paulo desde a década de 60, não constituindo, a partir de então objeto de preocupação dos epidemiologistas. Vinte anos depois, com a detecção de um elevado número de casos no município de Bebedouro, a Secretaria da Saúde, através do GEPRO (Grupo de Estudos e Programas) de Oftalmologia, começou a se programar para enfrentar o "novo-velho" problema, começando por realizar treinamento de profissionais que atuariam no controle da doença. A criação de um Centro de Referência de Tracoma (1990) no município de Olímpia gerou multiplicadores capacitados para o diagnóstico da doença, os quais passaram a atuar em vários municípios. Assim, a cada ano vem aumentando a notificação de casos em diversos municípios, inclusive na capital;

- é uma doença cuja transmissão está fortemente ligada a precárias condições de higiene, aglomeração, baixo nível socio-econômico, enfim, condições de vida próprias do Terceiro Mundo que caracterizam o empobrecimento de uma parcela da população;

- é uma doença que, se não tratada tem uma evolução longa e pode durar toda a vida, levando a

sequelas com diminuição progressiva da acuidade visual e cegueira;

- é uma doença que afeta principalmente as crianças até 15 anos, portanto, se não receberem tratamento adequado serão adultos com capacidades limitadas para o estabelecimento de suas relações sociais.

Diante deste quadro, não devem ser medidos esforços no sentido de diminuir a prevalência do tracoma no Município. É necessário atuar na cadeia natural da doença, enfatizando:

- tratamento adequado;
- ações educativas nas escolas e na comunidade sobre a necessidade de cuidados com a higiene pessoal, ressaltando o risco de contágio no uso promíscuo de objetos de uso pessoal, como lenços, toalhas etc.;
- medidas destinadas a melhorar as condições sanitárias do meio ambiente;
- investigação epidemiológica para determinar os fatores específicos que têm importância na ocorrência da doença no Município;
- busca ativa de casos e dos contatos (membros da família, companheiros e colegas de classe).

#### SIDA (AIDS)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida representa um dos mais importantes problemas de saúde

pública, e em nosso meio o número de casos está em expansão atingindo faixas etárias cada vez mais jovens, causando um expressivo número de mortes de pessoas em idade produtiva, além de acarretar uma forte pressão sobre os serviços públicos de saúde para o atendimento dos pacientes infectados e os doentes. Diante deste quadro, torna-se de grande importância que todas as esferas responsáveis pela saúde cumpram o seu papel, e especialmente o nível municipal, que atende e detecta os casos, deve estar estruturado para desenvolver as atividades de vigilância epidemiológica, assistência ambulatorial e hospitalar dos doentes e infectados, bem como realizar ações educativas visando a prevenção da doença.

#### Esquistossomose

Dentre as grandes endemias brasileiras em expansão, encontra-se a esquistossomose. Considerando a significativa população de migrantes nesse Estado, oriunda de regiões endêmicas como o Nordeste e Minas Gerais, deve-se estar atento para se capacitar os profissionais de saúde para a detecção e tratamento dos casos, visando a recuperação da saúde e a diminuição das fontes de infecção.

## Tuberculose

A incidência da tuberculose (todas as formas) no Estado de São Paulo para os anos de 1990 e 1991 é próxima de 50/100.000 hab. (47,9/100.000 hab. em 1990 e 48,2/100.000 hab. em 1991), enquanto o município de Ituverava no mesmo período apresenta taxas de 43,8/100.000 hab. e 18,2/100.000 hab. respectivamente. Entretanto existem grandes variações do coeficiente de incidência nas diversas regiões do Estado, que são justificadas principalmente pela epidemiologia da doença e distintas intensidades de busca de casos.

## Doença de Chagas

Para São Paulo, a transmissão natural da doença de Chagas foi tida como interrompida na década de 1970, mas os períodos anteriores produziram grande número de infectados, que ao longo dos anos desenvolveram as diversas formas da doença. Torna-se importante sensibilizar e capacitar pessoal para a detecção de casos, uma vez que uma significativa parcela desses encontra-se num estágio em que é possível o seu acompanhamento através do serviço de saúde, o que possibilita a prevenção e o tratamento de complicações futuras.

### Meningites

Ao se avaliar os casos de meningites, segundo a etiologia, registrados pelo CVE no Município nos anos de 1990 e 1991, verifica-se que 62,5% e 60,0% respectivamente, não foram determinados. Esses dados apontam para a necessidade da implantação de uma retaguarda laboratorial que supra essa deficiência, proporcionando a identificação dos agentes etiológicos que circulam no local, bem como a administração da terapia e quimioprofilaxia adequadas e em tempo hábil.

### Hanseníase

Ao considerar os dados de hanseníase no período de 1987 a 1991, notificados ao CVE, observa-se que o número de casos detectados no Município vem aumentando, e uma das justificativas deve ser o aprimoramento da busca e detecção de casos. Tal procedimento é muito significativo nesse tipo de enfermidade, pois a introdução da terapêutica e quando necessário das medidas de reabilitação, previnem as incapacidades e muitos casos podem atingir a cura.

## Dengue

O início da década de 90 marcou o Estado de São Paulo com uma epidemia de dengue que atingiu grande parte dos municípios paulistas. Os primeiros casos foram registrados em Ribeirão Preto, em 28/11/90, expandindo-se progressivamente por toda a região norte, nordeste e oeste do Estado, facilitada pelo grande fluxo de pessoas que circulam naquela região.

O momento histórico reunia todas as condições necessárias para a deflagração de uma epidemia: alta infestação do mosquito vetor, *Aedes aegypti* e fontes de infecção presentes na região.

Ituverava registrou os primeiros casos da doença no início de dezembro de 1990, notificando só naquele mês, 464 casos suspeitos.

O pico da epidemia no Município se deu nos meses de dezembro de 1990 e janeiro de 1991, vindo a declinar possivelmente em função das medidas de controle do vetor adotadas pelos órgãos competentes (SUCEN e Departamento Municipal de Saúde) e a intensificação da Vigilância Epidemiológica dos casos.

No decorrer da epidemia que durou cerca de quatro meses (dezembro de 1990 a abril de 1991), o CS-II registrou 845 casos suspeitos. O CVE tem a notificação de 673 casos suspeitos, sendo 610 autóctones do Município. Dentre os casos autóctones, 318 foram confirmados

laboratorialmente (52,13% de índice de positividade): 314 através do teste sorológico de Mc ELISA e 4 através da técnica de isolamento de vírus (foi isolado o sorotipo 1).

A distribuição dos casos segundo a faixa etária apresentou os seguintes resultados (tabela 15):

- o grupo etário mais atingido foi o de 20-40 anos, com 118 casos confirmados (37,11%), seguido do grupo de 50-99 anos no qual houve confirmação laboratorial de 71 casos (22,33%);

- houve baixa incidência em menores de 10 anos (apenas 11 casos confirmados, representando 3,46% do total).

Na distribuição por sexo, o índice de positividade foi maior no sexo feminino, 62,6%, correspondendo a 199 casos. No sexo masculino este índice foi de 37,4%, que corresponde a 119 casos positivos.

TABELA 15 Número e porcentagem de casos confirmados de dengue segundo o sexo e faixa etária. Ituverava, dezembro de 1990 a abril de 1991.

Faixa etária (anos)	Sexo				Total	
	Fem		Masc		nº.	%
	nº.	%	nº.	%		
< 1	-	-	-	-	-	-
1-5	-	-	1	0,31	1	0,31
5-10	3	0,94	7	2,21	10	3,15
10-15	12	3,77	9	2,83	21	6,60
15-20	18	5,66	10	3,15	28	8,81
20-40	75	23,59	43	13,52	118	37,11
40-50	40	12,58	21	6,60	61	19,18
50-99	44	13,84	27	8,49	71	22,33
> 99	7	2,20	1	0,31	8	2,51
Total	199	62,58	119	37,42	318	100,00

FONTES: CVE - Divisão de Zoonoses

## Municipalização das Atividades de Vigilância e Controle dos Vetores da Febre Amarela e Dengue

A municipalização das atividades de vigilância e controle dos vetores ocorreu entre 1988 e 1989; houve a contratação pela Prefeitura Municipal de seis auxiliares de campo e uma visitadora sanitária, aquisição de equipamentos e treinamento de pessoal realizado pela SUCEN. As atividades a serem desenvolvidas constam no "Programa de Controle dos Vetores da Febre Amarela e da Dengue no Estado de São Paulo".

Além das atividades de rotina o Município continua realizando o arrastão de limpeza (remoção, destruição e tratamento químico de criadouros por equipes treinadas pela ação conjunta da Prefeitura Municipal e SUCEN), e as atividades educativas voltadas principalmente para os escolares.

Atualmente a equipe municipal é constituída por quatro auxiliares de campo, uma visitadora sanitária, sendo coordenados pela educadora de saúde pública do CS-II. Ao avaliar o registro das atividades realizadas pela equipe, verifica-se que o rendimento é baixo, o que compromete o objetivo do programa, que é controlar a dispersão e manter em baixo nível as densidades do vetor.

No que diz respeito ao pessoal que operacionaliza as atividades, há diversos fatores que têm impedido um desempenho adequado, sendo os principais:

- falta de um encarregado de turma para acompanhar e coordenar a equipe no campo;

- o perfil do pessoal contratado não corresponde ao do auxiliar de campo. As pessoas têm escolaridade de nível superior e as funcionárias apresentam dificuldade em operar a bomba de aplicação de inseticida, bem como em manusear este produto químico;

- falta de uma viatura para conduzir a equipe.

Medidas de readequação de pessoal tornam-se importantes para superar as dificuldades e atingir o objetivo do programa. Ações contínuas de educação também devem ser incrementadas, principalmente nos períodos entre os verões, para se chegar em épocas quentes e chuvosas com reduzida oferta de criadouros para os vetores.

Os registros dos índices de Breteau fornecidos pela SUCEN, mostram importante infestação do vetor em 1990, que praticamente foi anulada no ano seguinte, devido às medidas de controle em consequência da epidemia de dengue, mas em 1992 uma nova infestação do mosquito foi constatada. Este último dado é preocupante, pois se houver a introdução de um sorotipo diferente do da última epidemia, pode significar um importante fator de risco para a

transmissão de dengue hemorrágico, uma vez que parte da população está sensibilizada pelo sorotipo 1.

### **Sugestões**

Para que o Sistema de Vigilância Epidemiológica em Ituverava funcione de modo efetivo é preciso que seja considerado prioritário, com o objetivo de melhorar a informação sobre o comportamento das doenças. Para isso, deve receber recursos suficientes para o desempenho de suas atividades.

Sugere-se, então:

- Reciclagem dos médicos dos dois hospitais, médicos de clínicas privadas, dentistas e outros profissionais da saúde a respeito da importância da notificação de doenças e eventos adversos à saúde, seja ela compulsória ou não, com o intuito de diminuir a subnotificação.

- Estimular a notificação de doenças pela população em geral, escolas, sindicatos, associações e outras entidades, em conformidade com a Lei nº-6259/75.

- Acompanhar sistematicamente as informações pertinentes a específicos agravos à saúde, bem como aos respectivos programas de controle objetivando recomendar as medidas de controle. Analisar estatisticamente os casos notificados visando identificar grupos da população

expostos ao maior risco. Implementar a monitorização no âmbito dos serviços de saúde com o intuito de detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde da comunidade.

- Elaborar fluxograma para os sistemas de vigilância das doenças e agravos à saúde, implementando a criação de um banco de dados.

- Divulgar amplamente as informações a todos os notificantes e aos que delas necessitam tomar conhecimento, através de boletins epidemiológicos e da imprensa local. Dessa forma estará motivando os notificantes e assegurando a credibilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica.

- Treinar e reciclar periodicamente, pessoal técnico e auxiliar para executar a investigação epidemiológica.

#### **4.3.4- Vigilância Sanitária**

Com o SUS, os Estados e Municípios passam a ter hoje poderes específicos, inscritos na Lei Orgânica da Saúde, para organizar o SUS no seu território e suplementar a legislação sobre normas gerais baixadas pela União.

A Lei Orgânica da Saúde, define a Vigilância Sanitária no seu artigo 6º., como sendo um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários

decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I- O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e ;

II- O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Com relação às competências atribuídas a cada uma das esferas de governo: União, Estados, DF e Municípios em matéria de Vigilância Sanitária, o artigo 15 da Lei Orgânica dispõe:

1- Cabe à União expedir normas gerais sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, definindo-o e coordenando-o em todo o território nacional.

2- Os Estados devem coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, suplementando, nesses setores, a legislação sobre normas gerais expedidas pela União.

3- Os Municípios podem, na medida dos interesses predominantemente locais, suplementar a legislação federal e estadual no que se refere à aplicação e execução de ações e serviços de vigilância sanitária.

Dentro desta repartição de competências, deve-se considerar, segundo Carvalho & Santos (1992), na prática de vigilância sanitária no SUS, os seguintes pontos:

1- Cada esfera de governo do SUS pode editar seu "código de proteção sanitária", dentro de sua competência;

2- As normas técnicas e os regulamentos sanitários nacionais, estaduais e eventualmente municipais, conviverão harmonicamente, desde que as normas técnicas e os regulamentos sanitários sejam editados na observância dos limites da competência da União, Estado e Município, conferida pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde.

3- Existindo o código estadual de proteção sanitária, nos limites de competência do Estado, o Município tem que observá-lo e cumprí-lo, aplicando as sanções impostas pelo código estadual, sendo que o produto das penas pecuniárias aplicadas, será recolhido aos cofres municipais, pois o exercício da vigilância sanitária é executado pelo Município.

4- O Município não pode aumentar ou abrandar uma pena ou sanção imposta pelo código estadual, pois a competência da normatização é do Estado; entretanto uma vez que ao Município compete complementar a legislação federal e estadual no que couber e legislar sobre assuntos de interesse local, há casos em que o Município pode criar outras penas ou sanções distintas, desde que

referentes a fatos não previstos no código sanitário estadual.

5- Não se justifica que o Município "copie" ou adote como sua, a legislação sanitária estadual, baixando-a como lei municipal; mas o Município pode e deve incorporar no elenco de sua ordenação sanitária local as normas (federais ou estaduais) que hoje pertencem à sua alçada de competência em face do critério da predominância do interesse.

A Lei 8080/90 ainda no tópico das competências no seu artigo 17º dispõe que o Estado entre outras atividades deverá promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os Municípios. Dentro deste princípio, as ações de Vigilância Sanitária também deverão ser descentralizadas.

No Município de Ituverava, as ações de Vigilância Sanitária estão fragmentadas e algumas não estão vinculadas à Saúde, como é o caso de serviços de mercados, feiras e matadouro que estão vinculados ao setor de serviços do Departamento de Administração. A fiscalização de estabelecimentos que comercializam gêneros alimentícios, está vinculada ao CS-II, que por sua vez está ligado ao Departamento de Saúde Municipal. Na prática, apesar dos serviços do CS-II, incluindo-se a Vigilância Sanitária, terem sido municipalizados, falta a estruturação da Vigilância Sanitária dentro do seu contexto mais abrangente e não somente o controle de alimentos e dos estabelecimentos

que os comercializam, mas envolvendo também o controle de serviços de saúde (serviços médico-hospitalares, terapêuticos, odontológicos, quimioterápicos, bancos de sangue e todos os outros serviços da área da saúde), de produtos consumidos pela população como alimentos, dietéticos, medicamentos e correlatos; do meio ambiente, dos agrotóxicos, pesticidas, produtos veterinários, etc., além da saúde do trabalhador, que pela sua magnitude tende a ser uma área específica onde seriam vistos os aspectos de acidentes do trabalho, doenças profissionais dentre outros.

Para estruturar um Sistema com tal amplitude é necessário dispor de viaturas; recursos humanos, incluindo programas de treinamento e capacitação destes, no sentido de poder fornecer formação compatível com o caráter abrangente da Vigilância Sanitária; laboratório de apoio diagnóstico; sistema de informação em Vigilância Sanitária que será incorporado ao Sistema de Informação em Saúde; setor de informação ao consumidor, que esclareça e informe a coletividade de forma organizada e acessível a respeito de interdições e ocorrências relevantes da Vigilância Sanitária. Sugere-se ainda, articulação do Departamento de Saúde com o Departamento de Educação do Município no sentido de se introduzir no ensino de 1º. grau, disciplina ou mesmo "palestras" no âmbito da defesa do consumidor, abarcando a ampla abrangência da Vigilância Sanitária e dos outros aspectos vinculados à qualidade de vida.

O adequado funcionamento das Vigilâncias Sanitárias a nível federal, estadual e municipal, permitirá que se conquiste a melhoria das condições sanitárias, o que se refletirá na Saúde, um direito de todos e dever do Estado.

### **Saneamento Básico**

O presente trabalho não visa apresentar soluções acabadas em termos de saneamento do meio, mas apresentar algumas sugestões que não envolvem tecnologias sofisticadas e tampouco grandes despesas. Além da promoção de serviços estruturais devem ser desenvolvidas atividades educativas de forma participativa, adequada aos valores sociais e culturais, respeitando o saber da comunidade.

São relatados abaixo os problemas encontrados e a solução para cada um deles.

#### **1- Preservação do Rio do Carmo**

Como foi mencionado anteriormente, o Rio do Carmo atravessa a cidade de Ituverava e abastece a população com sua água, portanto, é de grande importância que a mesma seja de boa qualidade.

O Rio do Carmo é classificado como classe 4, segundo a Legislação de Controle de Poluição das Águas- Resolução CONAMA no. 20/86. Isto significa que "suas águas são destinadas à navegação, à harmonia paisagística e a usos menos exigentes. É importante frisar que com esta

classificação atual, o Rio do Carmo está completamente desprotegido, podendo ser utilizado para qualquer fim, possibilitando, inclusive, a instalação de indústrias potencialmente poluidoras, colocando em risco a qualidade da água para consumo humano.

Sugere-se, portanto, que a Prefeitura de Ituverava, solicite à CETESB, um estudo para reenquadramento do Rio do Carmo, alterando-o de classe 4, para classe Especial, no trecho à montante da captação de água, isto é, da nascente até a Cachoeira Salto Belo.

O trecho à jusante da Cachoeira pode ser mantido na classe 4, porque a qualidade da água a partir deste trecho já está comprometida, por ser corpo receptor dos esgotos da cidade.

A Classe Especial da Resolução CONAMA nº. 20/86 reúne as características da classe 1 da Lei Estadual nº. 10.755/77, ou seja, "as águas destinadas ao abastecimento doméstico após tratamento simplificado; à proteção das comunidades aquáticas; à recreação de contato primário (natação, esqui aquático e mergulho); à irrigação de hortaliças que são ingeridas cruas e frutas que se desenvolvam rente ao solo e que sejam ingeridas cruas sem remoções de película; e à criação natural e/ou intensiva (aquicultura) de espécies destinadas à alimentação humana". Portanto, a classe Especial é a melhor classificação para o trecho à montante da Cachoeira Salto Belo.

## 2 - Água para Consumo Humano

A água tratada disponível à população Ituveravense, aparentemente, é de boa qualidade, apesar das condições um tanto precárias de algumas fases do tratamento, necessitando de filtros novos, além de alteração no sistema de floculação.

Deve-se, ainda, cuidar do estoque de produtos usados no tratamento de água, visto que a água potável oferecida à comunidade não é fluoretada há dois meses, por falta do produto.

### **Destino Final dos Resíduos Sólidos**

É importante que todo o lixo coletado no Município tenha um único destino final, evitando-se, assim, o comprometimento de várias áreas com lixo, porque o terreno uma vez utilizado para esse fim, pode apenas ser usado para lazer e culturas de raízes não profundas.

É prioritário que se faça a coleta domiciliar do lixo nos 3 (três) distritos, ainda que feita em apenas 2 (dois) dias na semana, porém que seja regular e pré-determinada.

Para fazer a disposição final do lixo produzido por Ituverava, que gira em torno de 12 t/dia, pode-se utilizar o sistema de valas, desde que seguidas algumas recomendações, quais sejam:

Utilizar local próximo de onde estão sendo depositados hoje, os resíduos domésticos e hospitalares, visto que ele atende alguns pré-requisitos, tais como: distância de moradias, fácil acesso dos caminhões de coleta, área não alagadiça e distante mais de 200 m do Rio do Carmo.

Para a escavação da vala deve-se levar em conta os seguintes detalhes:

- tamanho da vala, planejado para ser utilizado por mais ou menos 30 (trinta) dias;

- profundidade da vala deve ser verificada com cuidado para não colocar em risco o lençol freático, o ideal seria estar 3 (três) metros acima dele;

- fazer drenos superficiais circundando a vala, para evitar o escoamento de água das chuvas para dentro da vala e produzir chorume;

- em uma das laterais da vala colocar tronco de árvore que servirá de proteção quando o caminhão descarregar o lixo;

- o último caminhão a depositar o lixo, no final de cada dia, deve jogar uma camada de terra, cobrindo o lixo, manualmente;

- 70% da terra retirada da vala pode ser aproveitado em outro lugar, os 30% restantes devem ficar na lateral da vala, sempre do lado oposto àquela usado pelo caminhão de coleta;

- periodicamente o trator de esteira deve fazer a compactação dos resíduos na vala;

- quando a vala estiver quase cheia deve-se abrir a outra, imediatamente ao lado da primeira;

- a cobertura final da vala deve ter em torno de 50 cm de terra;

- fazer a cobertura acima do nível da região, para que após o recalque, que normalmente ocorre, o local atinja a altura ideal;

- o local deve ser gramado;

- a área deve ser cercada para evitar a presença de catadores, animais, etc.

Para maiores informações sobre a disposição de lixo em vala consultar o Manual da Cetesb para Operação de Resíduos Sólidos (ANEXO 9).

Enquanto o incinerador hospitalar não é instalado sugere-se as seguintes medidas provisórias:

- que a coleta e disposição do lixo hospitalar (hospitais, postos de saúde, farmácias, clínicas veterinárias, etc.) seja realizada de forma diferenciada, nunca com os resíduos domiciliares;

- a vala para resíduos hospitalares deverá ser nos mesmos moldes daquela destinada ao lixo doméstico, porém de menor tamanho e relativamente próximas entre si;

- revestir o fundo da vala de resíduos hospitalares com cal hidratada, repetindo a operação depois

da última disposição do lixo de cada dia, sendo a cal seguida de uma camada de terra, ambas feitas manualmente.

Construir uma vala para animais mortos seguindo os mesmos procedimentos da vala de resíduos hospitalares e, também, próxima às demais.

Fazer mapeamento da área de disposição de resíduos sólidos já utilizada nos distritos e na cidade e, ainda, daquelas que estão em uso e manter na Prefeitura, para que as futuras administrações e a própria população tenham conhecimento e saibam como usar essas áreas.

O custo com as medidas propostas acima é pequeno, é mais uma questão de sistematizar o processo como um todo. E sem dúvida o benefício será grande, visto que terá uma diminuição nas doenças de veiculação hídrica, transmissões por vetores e roedores, contaminação do solo, etc. Cabendo ressaltar que todas estas medidas deverão ser acompanhadas de ações educativas junto à população local.

#### **4.4 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA**

Ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS) a Constituição não assegura um percentual fixo, como ocorre na educação. Conforme o artigo 198º, coloca a saúde como um componente da seguridade social (que compreende também previdência e assistência social). Segundo o artigo 195º, a saúde será financiada com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito

Federal e dos municípios, além de outras fontes. Anualmente, na elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO será definida a parcela de recursos que o orçamento da Seguridade Social destinará ao SUS, bem como as da previdência e assistência social. Está prevista também uma contribuição do tesouro e outras fontes do funcionamento do SUS. Estes recursos deverão compor o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que administrará, sob a fiscalização do Conselho Nacional de Saúde, o repasse das verbas a Estados e Municípios. O repasse de recursos ocorrerá conforme os critérios estabelecidos na Lei 8080 de 19.9.90. Conforme a Lei 8142 de 28.12.90, dos recursos do FNS, setenta por cento será destinado ao município e o repasse será automático utilizando o critério populacional.

X Na verdade o que se observa no Município de Ituverava é a alocação de recursos feita por pagamento da produção de serviços, enfatizando um modelo assistencial curativo, com enfoque no ato médico e assistência hospitalar.

Na gestão dos Recursos de Saúde, está previsto no arcabouço constitucional a criação de fundos especiais de saúde nas três esferas de governo, União, Estados e Municípios.

X Segundo informações obtidas a nível do Município de Ituverava, há uma conta especial no Banco do Brasil, através da qual são administrados os recursos destinados ao SUS. Atualmente na administração destes

recursos foram relatados algumas dificuldades como: atraso de recursos provenientes de outras esferas de governo, repasse de verbas apenas para investimentos e quando previamente solicitada; o recurso advindo da União representa apenas pagamento por prestação de serviços, sendo ainda insuficiente para assumir compromissos, pagar serviços e encargos.

X "Na elaboração do orçamento é importante a participação democrática da população, através de suas entidades representativas, permitindo a aplicação mais adequada dos recursos públicos e melhor distribuição de benefícios. A instalação dos conselhos municipais de saúde atende a essa finalidade (entre outras atribuições), por reunir ampla representação de interesses diretamente vinculados à saúde (usuários, prestadores de serviços públicos e privados, trabalhadores de saúde)" (Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1991).

Apesar de constar no arcabouço constitucional e de todo o aparato legislativo que o processo de planejamento e orçamento do SUS deverá ser ascendente, do nível local até o federal, com a participação de seus órgãos deliberativos, e que os repasses de recursos destinados ao SUS deve ocorrer de forma regular e automática, o que se observa na prática é a centralização de recursos à nível Federal, transformando os Municípios em prestadores de serviços, descaracterizando todo o sistema. Esta situação sugere que a descentralização das ações e dos

serviços públicos de saúde, dificilmente se concretizará sem uma mudança no Sistema de arrecadação dos recursos da seguridade social destinados à financiar a saúde (descentralização de arrecadação ou criação de um sistema de divisão dos recursos nos moldes do "fundo de participação dos Estados e Municípios").

Na verdade o que dificulta ainda o repasse de recursos destinados ao SUS é a ausência até agora, da regulamentação dos critérios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde 8080 de 19.9.90.

#### **4.5 GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS**

A constituição do Sistema Único de Saúde impõe a necessidade das ações que se configuram como funções da gestão de material, tais como: compra, armazenamento e distribuição, estarem sendo descentralizadas a nível de município, de forma que esta descentralização, no todo ou em algumas fases, seja também, estendida para o Departamento de Saúde e serviços de saúde, especialmente aqueles serviços de várias complexidades de demanda. Estes serviços de saúde utilizam tecnologias variadas, sob a denominação de recursos materiais, que incluem vacinas, medicamentos, máquinas, equipamentos, alimentos e outros "insumos de saúde", além de material de consumo em geral. Neste momento, é imprescindível haver uma concepção sistêmica de gerência de materiais de forma a correlacionar

os resultados do abastecimento com os resultados da assistência, tendo uma preocupação em estabelecer juntamente com a política de assistência médica, odontológica e farmacêutica, uma política industrial que facilite à aquisição de matéria prima, equipamento e um parque industrial produtivo para atender o sistema de saúde.

Na realidade o que acontece a nível do Município de Ituverava é que na divisão de trabalho, a função de gerência dos recursos materiais fica centralizada no Departamento de Administração, fora da alçada do Departameneto de Saúde. Esta situação é um reflexo do que acontece com o Município em relação ao Governo Federal, que através do Decreto-Lei nº 2.300/86 (base de todo o Sistema de licitações públicas) interfere na normatização e controle da aquisição de insumos e compras de materiais.. Segundo observações, o quadro atual apresenta as seguintes dificuldades:

- excesso de burocratização da função de compra;
- inadequação dos procedimentos às necessidades dos serviços de saúde;
- limitação da ação do profissional de saúde ou até do próprio serviço, ao pedido de material;
- inexistência de programação sistemática.

Cabe ao Departamento de Saúde se organizar para desenvolver as seguintes ações sugeridas (Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1992):

- estabelecimento de mecanismos e critérios para a aquisição e distribuição de material.

- elaboração de mecanismos de supervisão e adequação na elaboração dos pedidos ou lista de material de consumo;

- constituição de comissões nas áreas que demandam equipamentos complexos;

- promoção de levantamentos regulares dos materiais existentes, provável vida útil ou condições de uso, bem como necessidade de ampliação, remanejamento, substituição e alienação;

- padronização do material com o objetivo de facilitar a manutenção;

- elaboração de manuais de rotina e procedimentos técnico-administrativos;

- treinamento do pessoal administrativo envolvido no processo de gerenciamento e operação.

O sistema de compra e armazenamento deverá ser concebido no bojo de uma visão sistêmica. Este será estruturado e organizado em função do objetivo da assistência ao usuário, correlacionando abastecimento com o resultado da assistência prestada. Ao ser organizado, o sistema deve considerar:

- adequação do material comprado às reais necessidades de saúde da população;
- condições adequadas de infra-estrutura para receber novos equipamentos;
- capacitação do pessoal responsável pelo manuseio do equipamento;
- garantia de manutenção do equipamento.

#### 4.6 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Segundo o artigo 27º da Lei 8080 de 19.9.90, a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, procurando garantir a organização de um sistema de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Desta forma a descentralização impõe a necessidade de as ações de Recursos Humanos estarem sendo estruturadas e organizadas à nível das secretarias municipais, modificando assim, nestas secretarias, as atividades desenvolvidas pelo Departamento Pessoal, contemplando o processo de planejamento, administração e desenvolvimento de Recursos Humanos. Essas ações que tradicionalmente se configuram em ação político-administrativa nas três funções clássicas de formação, administração e desenvolvimento de RH, devem estar

integradas e qualquer intervenção no aparato de formação profissional e de produção de serviços devem estar associados de forma que o planejamento e gestão levem em conta a interdependência do processo de formação e utilização de RH, e que o interesse coletivo se sobreponha ao interesse corporativo.

De acordo com informações e observações, o que se identifica na estrutura organizacional do Município de Ituverava, é a existência de um Departamento de Administração Municipal, com um Departamento Pessoal, onde é feito o controle de frequência, férias, seleção, contratação e redistribuição. Este Departamento não tem uma ação político-administrativa com vistas a integrar: administração, formação e desenvolvimento de RH, com a preocupação de elaborar um sistema de RH em todos os níveis de ensino. Na prática o que acontece são algumas ações pontuais, contribuição na formação de profissionais de nível médio, como o curso para auxiliar de enfermagem, realizado a pouco tempo.

X As determinações jurídico-legais emanadas da Constituição e da Lei 8080 de 19.9.90 são claras quanto à descentralização, para os municípios, dos serviços de saúde e a administração dos Recursos Humanos. Na prática verifica-se que o Município dispõe de um quadro de pessoal com funcionários cujo vínculo é do Estado, INAMPS e do próprio Município, portanto funcionários com carga horária, direitos, deveres, vantagens e salários diferentes. Esses

funcionários possuem regimes jurídicos diferentes e continuam tendo suas relações de contrato de trabalho com departamento pessoal específico do órgão de origem, Estado ou INAMPS. Esta situação acarreta na gestão de Recursos Humanos muitos problemas, pelo fato de não haver uma padronização de procedimentos administrativos no tocante a estes funcionários municipalizados (funcionários da gestão federal ou estadual que foram cedidos a gestão municipal) permanecendo assim, várias questões pendentes: o próprio andamento dos serviços, a subordinação funcional, frequência, férias, salários, gratificação e isonomia, etc.

Segundo o artigo 4º da Lei - 8.142 de 28.12.90, para receberem os recursos de que trata o artigo 3º desta mesma lei, os municípios deverão contar com uma comissão de elaboração de Plano de Cargos Carreiras e salários, com um prazo de dois anos para implantação. X

A Constituição no artigo 39º, estabeleceu regime jurídico único e plano de carreiras para os servidores públicos. Na realidade foi elaborado um plano que reestrutura a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Ituverava e servidores autônomos de água e esgoto, definindo organogramas, quadro de pessoal e carreiras respectivas, porém este plano não contempla os funcionários estaduais e federais.

## Sugestões

- Elaboração de um sistema de informações adequado de forma a conhecer, quantificar e qualificar o pessoal de saúde e verificar sua atribuição, dentro das instituições de saúde no Município;

- utilização do sistema de informações para subsidiar a reordenação e estruturação de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários para os servidores das unidades que fazem parte do Sistema Municipal de Saúde;

- criação na secretaria Municipal de uma estrutura formal de gerência e administração de RH que contemple atividades de planejamento, administração e desenvolvimento de Recursos Humanos (RH);

- elaboração de padronização de procedimentos administrativos referentes a deveres, direitos e vantagens dos servidores cedidos (órgãos estaduais e federais);

- criação de mecanismos que possibilite a formação de Recursos Humanos para a saúde (consórcios entre municípios e convênios entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação e Prefeitura Municipal);

- a avaliação de um desempenho deve fazer oparte de uma política de Recursos Humanos, para efeito de atribuição de vantagens ou incentivos;

- elaboração de convênios do Município com o Estado e o INAMPS visando regular aspectos

fundamentais de relação de emprego ou do vínculo estatutário dos servidores, como: subordinação funcional, contagem de tempo de serviço anterior, diferença de vencimentos, concessão de vantagens, continuidade de carreira, etc.

Observa-se que na gestão de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde fica evidente alguns limites e contradições na operacionalização do sistema, tais como: novas bases da relação do Estado com o poder local, eficaz compromisso público dos trabalhadores com a prestação de serviços de saúde e uma adequada política de recursos humanos que vise privilegiar a carreira profissional e sua melhor adequação ao Sistema.

É importante considerar que por mais bem estruturado que venha a ser o Sistema Único de Saúde, por mais recursos financeiros e materiais que disponha o sistema, e por mais avançados que sejam os enunciados da política de saúde e os objetivos fixados na Lei Orgânica da Saúde, o Sistema Único de Saúde não funcionará a contento, se não dispuser de Recursos Humanos qualificados e valorizados, sempre.

#### **4.7 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

X O Departamento de Saúde do Município de Ituverava não aponta um Sistema de Informação em Saúde (SIS) organizado. Não há uma coleta e análise de dados ocorrendo de forma sistemática a não ser os dados de produção de

serviços ambulatoriais e informes de internação hospitalar que são obrigatórios dentro do esquema atual de serviço que é o de pagamento por prestação de serviços. Dados como os de mortalidade, doenças de notificação compulsória são coletados mas muitas vezes analisado com certa demora. Não há periodicidade na coleta de dados sobre indicadores de nível de vida e dos outros indicadores de saúde que só são feitos eventualmente.

Conhece-se pouco sobre o fluxo dos informes normalmente coletados. Há pouca preocupação com o retorno da informação aqueles que foram responsáveis pela sua coleta e quando isso ocorre é um processo lento.

A Vigilância Epidemiológica e Sanitária encontram sérias dificuldades em sua estruturação e isso provoca dificuldades também na sistematização de informes dentro do próprio serviço.

X Não há a preocupação com o repasse das informações para os serviços de saúde seja aos trabalhadores de saúde, seja aos usuários dos serviços. Menos ainda há a preocupação com o informe à população em geral sobre as atividades dos serviços de saúde, bem como indicadores de nível de vida e saúde, informações estas tão necessárias para a obtenção de uma consciência da realidade sanitária do ambiente em que vivem e possibilita a real participação dentro da gerência das atividades de saúde do Município. Os informes à população em geral, quando ocorrem, se restringem às voltadas para problemas específicos e esporádicos, não há

sistematização nestes informes seja quanto à periodicidade, seja quanto ao conteúdo.

Na organização do Plano de Saúde se verifica o uso dos indicadores para a qualificação do município, porém, não se percebe, no planejamento das ações de saúde, a preocupação com a caracterização epidemiológica do Município ou mesmo dos setores servidos pelas unidades de saúde, visto que as ações de saúde seguem as determinações do Escritório Regional de Saúde que se situa em Franca, e, portanto, em situação epidemiológica diversa da do Município de Ituverava.

Quanto à informatização só se verifica no departamento de Administração no setor de finanças. O departamento de saúde não conta com este meio, porém, não se pode considerar prioritária a informatização quando não se tem claro ainda uma sistemática adequada na coleta, análise e repasse das informações em saúde. Moderno é possibilitar um Sistema de Informação em Saúde adequado e não simplesmente aquisição de tecnologia que permita a informatização do serviço.

A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, assinala a importância e pertinência da Epidemiologia em diversos capítulos. Assim, no Título II, o capítulo dos objetivos e atribuições no seu artigo 5º, determina que um dos objetivos do SUS é a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

O artigo 7º do capítulo II refere-se no desenvolvimento de ações e serviços de saúde a "utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática".

O Capítulo IV - na sua seção I - das atribuições comuns - mostra que dentre as atribuições da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal estão:

- "acompanhamento, avaliação e divulgação no nível de saúde da população e das condições ambientais";

- "organização e coordenação do sistema de informação em saúde";

- "elaboração das normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador".

Ainda no capítulo II do Título IV - da gestão financeira, o artigo 35 refere-se aos critérios para estabelecer a transferência de valores, dentre os quais:

- "perfil epidemiológico";

- "perfil epidemiológico da população a ser coberta".

As descrições acima referidas que constam do texto da Lei 8080/90, demonstram a importância que a epidemiologia tem a nível das diversas competências e atribuições do SUS.

A Lei 8080/90 é clara com respeito ao Direito à informação em saúde. No seu artigo 7º, inciso V refere-se ao direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e VI à divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.

O direito à informação no campo da saúde implicam em transparência da administração hospitalar em fornecer dados e informações contidas no prontuário médico, assim como utilização por parte dos profissionais de saúde de expressões claras e não técnicas de conteúdo inteligível para o paciente, fazendo com que o indivíduo conheça o que se passa com seu próprio corpo e mente.

X A questão da Divulgação de Informações, diz respeito a esclarecer a população a quem recorrer, em caso de necessidade, e como utilizar-se dos serviços de saúde postos à disposição da população. Cabe portanto ao Poder Público divulgar no meio da comunidade todas as informações a respeito dos serviços disponíveis: modalidades, horário de atendimento, número de leitos, etc.

Com relação ao acesso aos serviços de informática, o Parágrafo 8º do artigo 39º-, trata do acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgão congêneres. Este artigo deve ser combinado com o artigo 47º que prevê a organização, no prazo de dois anos, de um

Sistema Nacional de Informações em Saúde integrado em todo o território nacional. Já foi mencionado anteriormente a importância da disponibilidade de dados epidemiológicos e de prestação de serviços para o exercício da gerência do SUS em todos os níveis.

No plano político as informações epidemiológicas visam a orientação e planejamento estratégicos da saúde. Goldbaum (1992), enfatiza que para dar conta do papel de monitoramento da situação de saúde como previsto na Lei, urge organizar um banco de dados com o seguinte conjunto de dados:

1. Dados gerados no Setor Saúde:

1.1 Dados de Mortalidade

1.2 Dados de Morbidade-Mortalidade, incluindo aqui os dados gerados pelos programas e pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica

1.3 Dados de Morbidade e Mortalidade Hospitalar

1.4 Dados de Morbidade ambulatorial

1.5 Dados sobre saneamento e condições ambientais

1.6 Financiamento do setor

1.7 Oferta de serviços de saúde, compreendendo a capacidade física instalada e equipamentos de saúde

1.8 Composição da força de Trabalho em Saúde

2. Dados gerados por outros setores:

2.1 dados demográficos

2.2 dados sobre produção e comportamento da economia

2.3 produção agrícola

2.4 caracterização social, incluindo informações sobre habitação, transportes, educação, trabalho, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais

As atividades acima referidas, face à falta de pessoal qualificado para natureza do trabalho a ser desenvolvido, podem ser efetivados por pesquisadores e estudiosos em epidemiologia. Os serviços de saúde, podem estabelecer mecanismos ágeis e dinâmicos de interação entre serviços, universidades e instituições de pesquisa.

No plano gerencial, a avaliação dos serviços, programas e tecnologias tem desconsiderado o impacto gerado sobre o nível de saúde das populações.

Identificam-se neste campo, a necessidade de trabalhar especificamente:

1. Dados de produção dos serviços, evidentemente revistos na sua forma de constituição enquanto informação.

2. Dados produzidos na atuação programática, incluindo os de vigilância epidemiológica;

3. Acompanhamento direto da implantação e utilização de novas tecnologias;

4. Revisão ampla das funções e responsabilidades de cada nível de atuação.

A atuação a nível central deve não mais incorporar operação de programas mas sim seu acompanhamento e avaliação, provendo os elementos para sua adequada condução.

O novo paradigma de assistência médica do SUS, que se encontra baseado essencialmente na valorização dos aspectos epidemiológicos para a estruturação das atividades de saúde, determina que se reestruture o conceito de informação em saúde, bem como a sua formação e atividade. Surge disso a necessidade de se determinar políticas de informação de saúde, que reforcem esta nova estrutura e possibilitem uma definição adequada do papel que a informação vai ter dentro do conceito de municipalização e sua necessária articulação entre as diferentes esferas do governo.

A informação se forma de importância a partir do momento em que o SUS determina a municipalização das atividades de saúde, pois disso advém a necessidade de informação sobre recursos financeiros e sua utilização, produtividade, resolutividade dos serviços e determinação do impacto das ações de saúde na população para que o gerenciamento dos serviços de saúde seja facilitado.

SIS não é uma nova área de conhecimento e sim um trabalho interdisciplinar e intersetorial cuja definição nasce a partir do estabelecimento de uma política de informações em saúde adequada que leva em conta os diversos aspectos abordados pela Epidemiologia.

Os conhecimentos gerados pela Epidemiologia, são importantes para orientar estratégias na definição e implementação de políticas de saúde, bem como no processo de acompanhamento e avaliação destas. As possibilidades e perspectivas de utilização da epidemiologia em serviços de saúde podem ser classificado de acordo com Goldbaum (1992) em 4 grupos de usos: estudos da situação de saúde, vigilância epidemiológica; estudos causais e avaliação de serviços, programas e tecnologias.

Os estudos da situação de saúde são pouco desenvolvidos e quando realizado, restringem-se a diagnósticos de saúde de caráter genérico predominantemente descritivos sem uma análise crítica. Recentemente, vem se renovando este campo, procurando-se entender a situação de saúde das populações, através das suas condições de vida, dando assim um caráter histórico e contextual a estes diagnósticos.

Com relação à Vigilância Epidemiológica, verifica-se que esta atividade se resume na coleta de dados notificados ou a algumas investigações isoladas, e em ambos os casos voltados para as doenças transmissíveis, ignorando o seu potencial para o conjunto dos quadros morbidos predominantes.

Os estudos de investigação causal, próprios para explicar a etiologia das doenças tem tido pouca utilização em serviços e deveriam merecer mais atenção

particularmente se são utilizadas em situações peculiares e especialmente delimitadas.

É necessário que os dados gerados pelos serviços de saúde sejam avaliados adequadamente e a organização do registro a nível local é essencial para que as informações seja confiáveis e haja maior capacidade para a auto-avaliação dos serviços e melhoria da qualidade da prestação de serviços a nível local.

Deverá ser garantido o acesso à população e aos profissionais de saúde à informação sobre as condições de saúde, seus determinantes e condicionantes, assim como a dados sobre o funcionamento dos serviços de saúde.

O sistema de informação precisa ser unificado, incluindo também instituições fora do setor saúde. É possível incorporar ao SIS dados sobre poluição ambiental, acidentes de trânsito, uso de agrotóxicos e riscos ocupacionais, dados estatísticos, de interesse à saúde, dados de órgãos das áreas de saneamento e trabalho e obtenção de informações em nível populacional através de inquérito periódicos que permitam traçar perfis e acompanhar tendências de hábitos e exposições relevantes.

A informação é um instrumento para se obter a gerência democrática de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), portanto deve se estabelecer o acesso a esta informação, de forma democrática, a todos os setores da sociedade. Popularizar os indicadores de saúde para que a

comunidade se mobilize na vigilância a sua saúde e na garantia de seus direitos.

Há que se abordar, de forma mais profunda a informação e sua participação fornecendo subsídios para a inserção de uma consciência da situação de saúde da comunidade que facilita o controle social que se constitui tão importante quando se determina a gestão democrática do SUS. Esse fato irá trazer bases para um adequado exercício da cidadania.

Criar canais de comunicação entre a instituição e a população no sentido de participarem em conjunto da promoção e preservação da saúde, subsidiando a própria instituição para uma tomada mais correta de decisão e até na criação de práticas inovadoras.

A informação representa um componente de qualidade de vida dos cidadãos na medida que a oferta de serviços e atividades determina uma transparência da administração pública e a possibilidade de aproveitamento do potencial dos cidadãos no processo decisório, assim como de democratizar ao máximo o controle da gestão do aparato público. À medida em que determine uma aproximação das equipes de saúde à população com a permanente divulgação e conhecimento dos problemas e das ações de saúde, os funcionários da saúde poderão resgatar a consciência da importância dos seus trabalhos superando o corporativismo e ampliando seu conhecimento da situação de saúde

contribuindo, dessa forma, para uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão.

Com a informação sobre as condições epidemiológicas e seus determinantes sociais se tornará possível a criação de uma consciência sanitária organizada que possibilitará aos cidadãos determinarem uma nova direção nas políticas de saúde, ficando assim, possibilitado o controle social adequado do sistema de saúde e, muito mais do que isso haverá uma tomada de consciência da cidadania de um povo que até hoje foi tão relegado a um plano secundário.

X Moraes (1991) assinala que: "o direito de todos à informação é tão prioritário quanto o direito à alimentação, à saúde, à educação, à moradia, ao lazer... Entretanto, o direito à informação tem caído no "rancing" das prioridades humanas dos brasileiros, superado pelos impactos que representam a fome, o analfabetismo, a violência e a miséria". Dentro desta realidade, urge resgatarmos nossa cidadania e para chegarmos a ela, a informação é fundamental. Precisamos conhecer para podermos avaliar, a analisar e decidir o que é melhor para nós, o que é melhor para a nossa vida enquanto cidadão.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Constituição de 1988 o Município passa a ter amplos poderes na sua auto-organização, sendo-lhe facultado a elaboração e aprovação de sua própria Lei Orgânica, com isto foi possível contemplar, na forma da lei, a atenção à saúde preconizada pelo SUS. Apesar disso o SUS não se verificou na prática em todo o seu potencial, constituindo ainda um grande desafio a ser enfrentado.

O que viabilizará o SUS será o efetivo controle social, contemplado na Lei Orgânica de Saúde (LOS). Sem a participação popular não há a organização democrática dos serviços de saúde.

A descentralização das atividades de saúde assegura à população maior proximidade do poder local, tornando-o mais vulnerável às pressões populares. Neste enfoque concebe-se a Municipalização das ações de saúde como forma de efetivar novos mecanismos mais democráticos de interlocução do Município com a comunidade que conduza à priorização das políticas sociais, contribuindo para o fortalecimento da sociedade.

Na análise do processo de Municipalização em Ituverava identificam-se fatores condicionantes de uma dificuldade na articulação política da implantação do SUS. À semelhança do que ocorre em outros Municípios, o processo de municipalização das ações de saúde

em Ituverava não atende ao novo sistema. É um desafio a ser vencido e que não será alcançado apenas por decreto, mas se dará num processo complexo, árduo com ritmo e características próprias, de acordo com a realidade local.

A elaboração deste trabalho pretende ser uma pequena contribuição no sentido de somar esforços para vencer as dificuldades impostas no caminho da municipalização das ações de saúde em Ituverava.

Na verdade, faz parte de uma obra muito maior, na qual estão envolvidos todos os cidadãos: a construção da política de saúde do Brasil.

"E essa luta começa com a cidadania. O grande direito é o da vida com dignidade. O grande dever é o da preservação da vida" (Edmundo Juarez)(\*).

---

(\*) Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- ACURCIO, F.A. et al. Avaliação de qualidade de Serviços de Saúde. Saúde em Debate, 33(12): 50-3, 1991.
- CARVALHO, F.E. Perfil epidemiológico e a IX Conferência Nacional de Saúde. Saúde em Debate, 33(12): 43-4, 1991.
- CARVALHO, I.C. & SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90 e B142/90). São Paulo, Hucitec, 1992.
- CETESB Diagnóstico de poluição ambiental: interior do Estado de São Paulo. São Paulo, CETESB, 1992.
- CETESB Manual CETESB para operação de resíduos sólidos desposição do lixo em vala. São Paulo, s.d.
- CETESB Programa de assistência técnica e transferência de tecnologia aos municípios do Estado de São Paulo: água, esgoto, resíduos sólidos. São Paulo, CETESB, 1984.
- CETESB Qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo, 1987. São Paulo, IMESP, 1988.
- CETESB Vigilância da qualidade da água para consumo no Estado de São Paulo. São Paulo, s.d.
- CORDON, J.R. A saúde bucal e a municipalização da saúde. Saúde em Debate, 33(6): 60-6, 1991.
- DALLARI, S.G. A saúde do brasileiro. São Paulo, Ed. Moderna, 1987.
- FISCHER, F.M. et al. Tópicos de saúde de trabalho. São Paulo, Hucitec, 1989.

- FUNDAÇÃO IBGE Enciclopédia dos municípios brasileiros.  
Rio de Janeiro, 1957, v. 28.
- FUNDAÇÃO SEADE Análise demográfica regional: região de  
Ribeirão Preto. São Paulo, 1982.
- FUNDAÇÃO SEADE Anuário estatístico do Estado de São Paulo:  
1990. São Paulo, 1992.
- FUNDAÇÃO SEADE Conjuntura demográfica. São Paulo, (13),  
out/dez, 1990.
- GOMES, L.A. Saneamento básico: levantamento das condições  
sanitárias na área do Polo noroeste de Mato Grosso.  
Brasília, Assessoria Editorial de Divulgação Científica,  
1989.
- HEIMANN, S.L. et al. O município e a saúde. São Paulo,  
Hucitec, 1992.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL A saúde do  
município: organização e gestão. Rio de Janeiro,  
IBAM/UNICEF, 1991.
- ITUVERAVA (cidade) Lei Orgânica do Município de Ituveravam  
20 de junho de 1991. Ituverava, SP, 1991.
- LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. 2ª ed. São  
Paulo, EPU/EDUSP, 1987.
- MENDES, V.E. O consenso no discurso e o dissenso da  
prática social; notas sobre a municipalização da saúde no  
Brasil. Cadernos da UnB, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria Nacional de Assistência à  
Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília,  
1992.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE Plano quinquenal de saúde 1990-1995: a saúde do Brasil Novo. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1991.
- MIDON JR., D. Hipertensão: aspectos práticos. Sociedade Brasileira de Nefrologia, São Paulo, 1988.
- MORAES, S.M.I. Sistemas de informações em saúde. Reflexões sobre a prática fragmentada. Rio de Janeiro, 1991. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ]
- MORAES, S.M.I. et al. Informação em saúde e gestão democrática. In: Conferência Nacional de Saúde, 9, Brasília, 1992. Caderno da nona. Brasília, UnB, 1992, V.2
- NOGUEIRA, A.B. Do saneamento à saúde. Saúde em Debate, 33(12): 40-3, 1991.
- OFICINA DE TRABALHO Diretrizes gerais para política e estratégias de medicamentos no SUS. In: Conferência Nacional de Saúde, 9, Brasília, 1992. Caderno da nona, Brasília, 1992.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidade. Ginebra, 1986 (Serie de Informes Técnicos, 732).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Hipertensión arterial. Ginebra, 1978 (Serie de Informes técnicos, 732).
- PELEGRINO, A. Segurança e higiene do trabalho rural. Tupã, SP. ALS Editora, 1988.

- PHILLIPPI Jr, A. Saneamento do meio. São Paulo, FUNDACENTRO, 1988.
- RIBEIRO, M.P. et al. De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo, DIESAT, 1984.
- ROUQUAYROL, M.Z. Caderno de epidemiologia. Stylus Comunicações, Fortaleza, 1990.
- SANTANA, J.P. et al. Recursos humanos em saúde: relatos atuais. In: Conferência Nacional de Saúde, 9. Brasília, 1992. Cadernos da nona. Brasília, UnB, 1992, V.1.
- SANTINI, L.A. Gestão orçamentária e financeira dos Recursos de Saúde. In: Instituto Brasileiro de Administração Municipal. A saúde no município: organização e gestão. Rio de Janeiro, IBAM/UNICEF, 1991, p. 79-104.
- SANTINI, L.A. et al. A saúde no município: organização e gestão. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Administração/UNICEF, 1992.
- SANTOS, J.E.F. et al. Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo, IAQ, 1980.
- SÃO PAULO (cidade) Código de saúde do município de São Paulo. São Paulo, 1991. [Projeto]
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Plano diretor: resumo da área de saúde bucal. São Paulo, 1992.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Grupo de Vigilância Epidemiológica. Vigilância Epidemiológica em AIDS no Estado de São Paulo. São Paulo, 1990. [Mimeografado]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO      Programa de  
prevenção e controle das DST/AIDS - Proposta de  
implantação das atividades de controle da AIDS no âmbito  
da Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, s.d.  
[Mimeografado]

SUCEN Programa de controle dos vetores da febre amarela e  
da dengue no Estado de São Paulo. São Paulo, 1992.

SILVA, Y.A. Caminhando para ordenar a formação de recursos  
humanos para a saúde. Boletim Informativo Recursos  
Humanos para o SUS. São Paulo, (Ago): 2, 1992.

VAUGHAN, P.J. et al. Epidemiologia para os municípios.  
São Paulo, Hucitec, 1992.

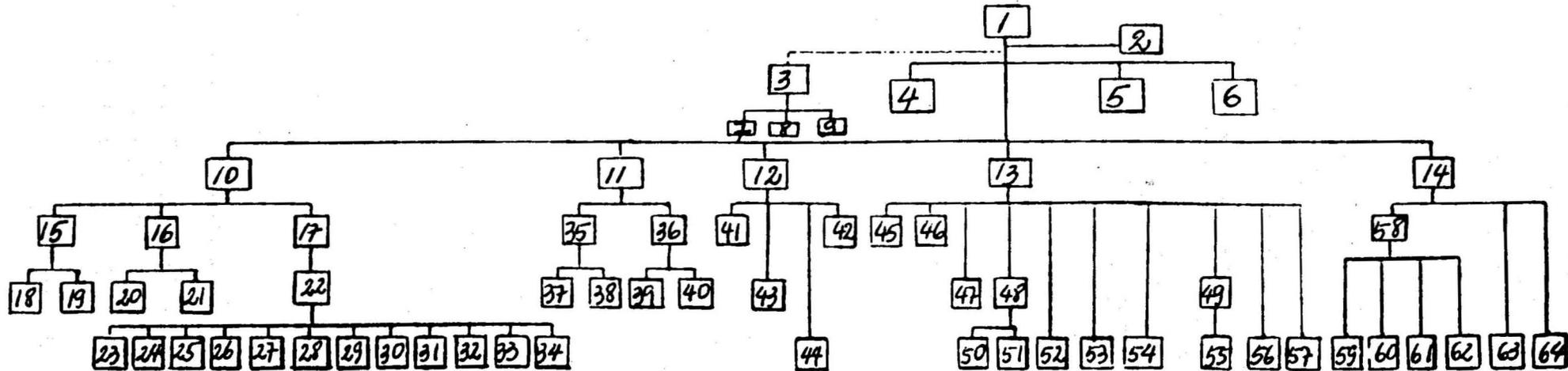
WALDMAN, E.A. Vigilância epidemiológica como prática de  
saúde pública. São Paulo, 1991. [Tese de Doutorado -  
Faculdade de Saúde Pública da USP]

WESTPHAL, M.F. Participação popular e políticas municipais  
de saúde. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado -  
Faculdade de Saúde Pública da USP]

YPIRANGA, L. Formação superior em saúde: Uma questão a ser  
enfrentada. Boletim Informativo Recursos Humanos para o  
SUS. São Paulo, (ago): 3, 1992.

**ANEXOS**

ANEXO 1 - ORGANIGRAMA DA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE ITUVERAVA

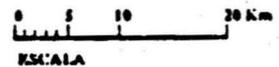


LEGENDA

1. Gabinete do Prefeito
2. Assessoria
3. SAAE
4. Encargos Gerais
5. Assistente Social
6. Secretaria
7. Departamento de Contabilidade
8. Departamento de Água
9. Departamento de Esgoto
10. Departamento Administrativa
11. Departamento de Finanças
12. Departamento de Obras
13. Departamento Educação, Cultura, Esporte e Turismo
14. Departamento de Saúde
15. Departamento de Recursos Humanos
16. Divisão de Compras e Material
17. Divisão de Serviços
18. Setor de Pessoal
19. Setor de Administração do Fundo Securitário
20. Setor de Compras e Patrimônio
21. Setor de Material
22. Setor de Serviços Gerais
23. Serviço de Parques e Jardins
24. Serviço Funerário
25. Serviço de Mercados e Feiras
26. Serviço de Vigilância e Fiscalização
27. Serviço de Matadouro
28. Serviço de Garagem
29. Serviço de Protocolo
30. Serviço de Arquivo
31. Serviço de Telefonia, Reprografia e Recepção
32. Serviço de Copa e Cozinha

33. Serviço de Conservação de Estradas
34. Serviço de Limpeza e manutenção de Vias Urbanas
35. Divisão de Contabilidade
36. Divisão de Tributação
37. Setor de Tesouraria
38. Setor de Processamento de Dados
39. Setor de Cadastro Imobiliário
40. Setor de Fiscalização
41. Divisão de Obras Particulares
42. Divisão de Projetos e Obras Públicas
43. Setor de Topografia e Fiscalização
44. Serviço de Execução de Obras Públicas
45. Divisão de Escola Profissionalizante
46. Divisão de Pré-Escola
47. Setor de Creches
48. Setor de Merenda e Cozinha Piloto
49. Setor de Centro Cultural
50. Serviço de Transporte
51. Serviço de Piscicultura
52. Serviço de Convênios
53. Serviço de Transporte de Alunos
54. Serviço de Museu
55. Serviço de Biblioteca
56. Serviço de Ginásio de Esportes
57. Serviço de Parque Recreio
58. Divisão do Posto de Saúde
59. Serviço de Posto de Saúde CHOHAB
60. Serviço de Posto de Saúde de São Benedito
61. Serviço de Posto de Saúde de Aparecida do Salt
62. Serviço de Posto de Saúde do Alto da Estação
63. Serviço de Laboratório
64. Serviço de Convênios

ANEXO 3 - DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA



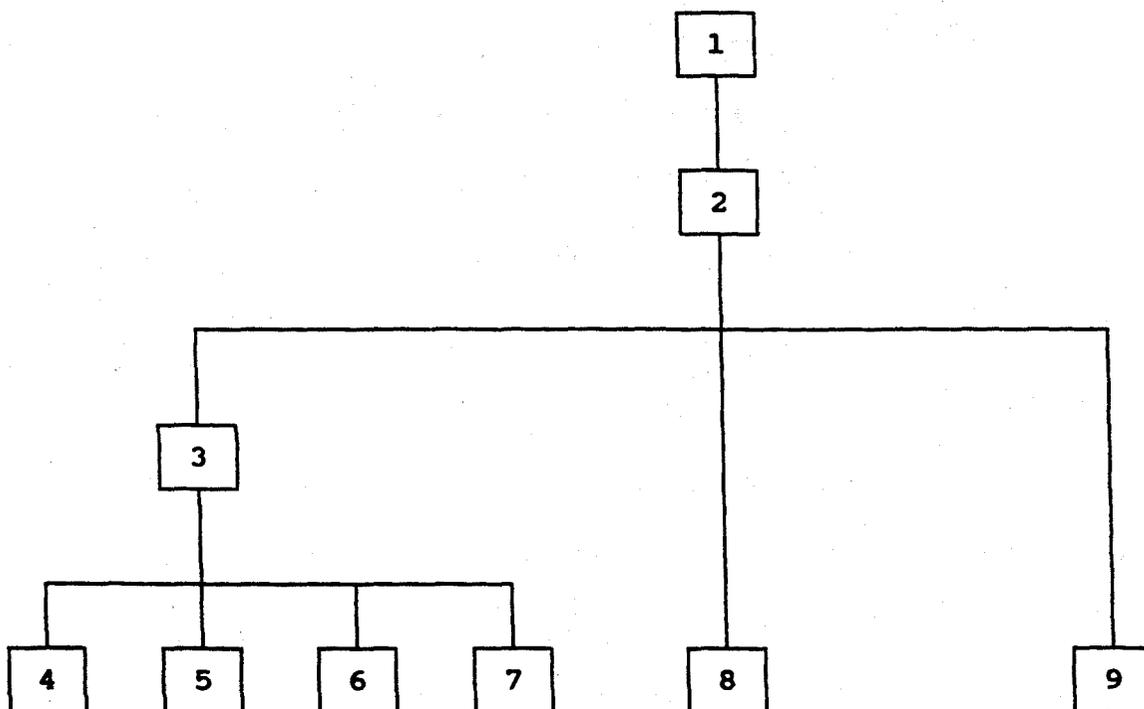
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO  
COORDENADORIA DE AÇÃO REGIONAL

REGIÃO DE GOVERNO DE FRANCA



ANEXO

**ORGANOGRAMA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITUVERAVA**



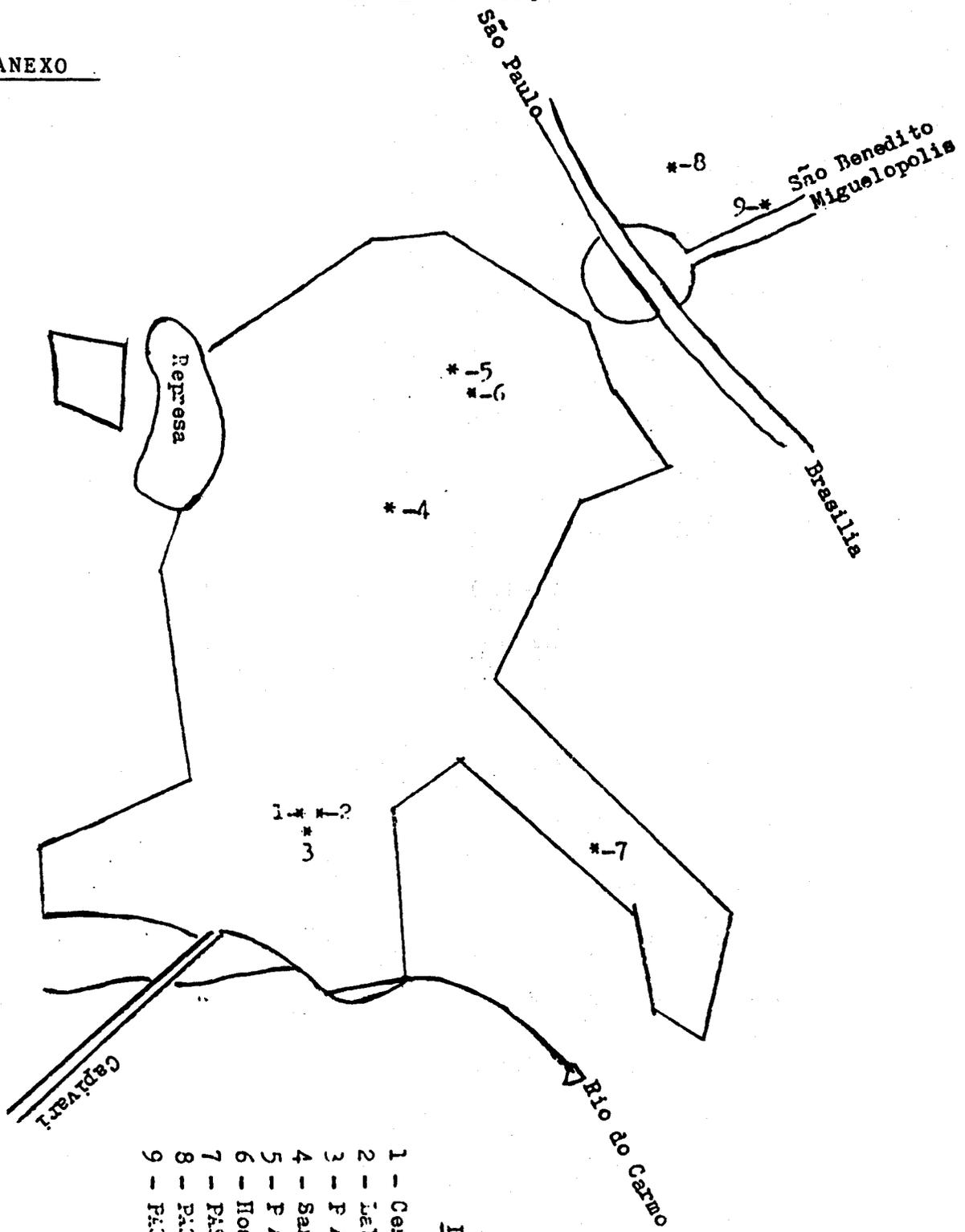
**LEGENDA**

1. Gabinete do Prefeito
2. Departamento de Saúde
3. Divisão de Posto de Saúde "José Ferreira Teles"
4. Posto de Saúde COHAB
5. Posto de Saúde São Benedito
6. Posto de Saúde Aparecida do Salto
7. Posto de Saúde Alto da Estação
8. Serviço de Laboratório
9. Serviço de Convênios



LOCALIZAÇÃO ESPECIAL DAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
ITUVERAVA - SP.

ANEXO



- LEGENDA:
- 1 - Centro de Saúde II
  - 2 - Laboratório Municipal
  - 3 - F.A.M.
  - 4 - Santa Casa
  - 5 - P.A.S. Estação
  - 6 - Hospital São Jorge
  - 7 - PMS Augusto M. Lima
  - 8 - PMS Ap. do Salto
  - 9 - PMS São Benedito

**ANEXO 2 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS  
REALIZADAS COM DIVERSAS  
AUTORIDADES E VÁRIOS  
SEGMENTOS DA SOCIEDADE NO  
MUNICÍPIO DE ITUVERAVA**

## ENTREVISTA COM O PREFEITO

1. Como tem ocorrido a municipalização da saúde em Ituverava?
2. Como o Sr. vê a Municipalização dentro dos princípios do SUS: a questão da universalização, descentralização e a hierarquização?
3. Como a nova prática de saúde foi contemplada na Lei Orgânica de Ituverava?
4. Como tem sido a participação do Estado e da União?
5. Quais os serviços de saúde que foram municipalizados?
6. Como tem se dado o financiamento?
7. Como é que está o Fundo Municipal de saúde?
8. Existe uma porcentagem de verbas destinadas à Saúde?
9. Há consórcio com outros municípios?
10. Como o Sr. vê a participação popular dentro do processo de Municipalização? Como está esta participação na atual gestão?
11. Quando se deu a instalação deste Conselho Municipal de Saúde?

## ENTREVISTA COM O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

1. Como está organizado e estruturado o Serviço de Saúde na região?
2. Está organizado um Sistema de Referência e Contra-Referência na região?
3. Foi feito Consórcio entre municípios para possibilitar a troca de recursos e complementariedade?
4. O Departamento de Saúde tem autonomia nas decisões?
5. Como é realizado o repasse de verbas do Departamento de Finanças para o Departamento de Saúde? Qual o critério estabelecido para investimento e custeio da rede de serviços de saúde? (manutenção de equipamentos)
6. Qual o modelo assistencial? (atendimento à demanda espontânea, programas de saúde, enfrentamento de problemas de dimensão coletiva)
7. Como estão organizados os serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica?
8. Como estão articuladas o Conselho Municipal de Saúde e o Departamento de Saúde? Como o Sr. vê a participação do mesmo na gestão dos serviços de saúde? Existe ou não Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde? Como o Sr. vê a participação dos Conselhos Gestores?
9. Como está organizado o Sistema de Informação em Saúde e como se dá o acesso da população, dos funcionários a essas informações?

10. Quais os mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle de ações de saúde? (Serviços públicos e privados)
11. Qual a política de Recursos Humanos? O que mudou após a Municipalização?
12. A demanda é atendida ou não? (cobertura). Há critério de avaliação da satisfação do cliente?
13. Como está estruturada e organizada a Saúde Bucal? (organograma)

## ENTREVISTA COM A DIRETORA DO CS-II

1. Como a Sra. caracterizaria o Município, segundo os aspectos epidemiológicos?
2. Como está organizado o Serviço de Saúde e quais os programas desenvolvidos na unidade? (Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, Hipertensão, Diabetes, etc...)
3. Como é o atendimento? (Horário de funcionamento de CSII; tempo de espera de consultas; marcação e realização de exames. Há ou não demanda reprimida?)
4. Como se dá o Sistema de Informação em Saúde? (funcionários e população)
5. Quais as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e como se articulam aos serviços gerais? Há integração da Vigilância Sanitária com a Merenda Escolar?
6. Qual o Código Sanitário utilizado?
7. Dengue:
  - Quando a Prefeitura iniciou a Vigilância?
  - Qual o número de elementos da equipe?
  - Como está sendo contornado o problema da viatura e a falta do encarregado?
  - Quais as atividades desenvolvidas pela Prefeitura?
  - Como está sendo a Municipalização das atividades do controle do vetor?
  - Quais as características locais que facilitam ou dificultam estas ações da vigilância?

- Dados epidemiológicos.
- Qual foi a reação da população diante da epidemia?
- Onde é realizado diagnóstico laboratorial?
  - Qual o impacto das medidas de controle sobre a incidência?

8. Doença de Chagas:

- Há algum Sistema de Vigilância específico?
- Há dados de prevalência de soropositivos?
- Há registro dos últimos casos por transmissão natural?
  - Como é tratado o soropositivo assintomático? E o sintomático? Há perspectivas de aprimoramento?
- Em relação ao banco de sangue, há registros de doenças contraídas por transfusão?

9. Em que se fundamentam as ações de saúde desenvolvidas no Município e como é avaliado o impacto epidemiológico?

## ENTREVISTA COM A DIRETORA DO CS-II

1. Como é feita a fiscalização do Matadouro?
2. Como funciona a Vigilância Sanitária? Quantos funcionários trabalham na vigilância sanitária?
3. A cozinha piloto da merenda, está ou não relacionada com a Vigilância Sanitária?
4. Há problemas de tuberculose no gado bovino?
5. Os dados de Vigilância Sanitária ficam centralizados aqui?

## ENTREVISTA COM O DIRETOR DO PAM

1. Qual a sua opinião e expectativa sobre a Municipalização?
2. Como está organizado o Serviço de Saúde (demanda espontânea, programas ou enfrentamento de programas de dimensão coletiva)
3. Dentro da Municipalização como está o quadro de funcionários (União e Município) e o comando?
4. Como é o atendimento (horário de funcionamento do PAM, tempo de espera de consultas, marcação e realização de exames)?
5. Existe demanda reprimida?

## ENTREVISTA COM O DIRETOR DO LABORATÓRIO

1. Qual é a demanda atendida por este laboratório?
2. Qual a referência para apoio técnico?
3. Qual a sua participação a nível de vigilância epidemiológica?
4. Quais os principais problemas enfrentados?
5. De onde vêm os recursos financeiros e recursos materiais?

ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIO DA SAÚDE (CS-II, PAS)

1. O que você sabe sobre a Municipalização da saúde?
2. O que você acha que mudou com a Municipalização? (Como era antes)?
3. O que você espera que venha a acontecer com o processo de Municipalização?
4. Como você vê a participação do usuário no conselho gestor?
5. Na sua opinião qual o maior problema de saúde em Ituverava?

ENTREVISTA COM USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (PAM, Centro de Saúde, Hospitais)

1. O Sr(a) usa sempre este local (hospital, PAM, C.S.)?
2. Por que? É encaminhada ou devido a proximidade da residência?
3. Os seus problemas de saúde são resolvidos sempre que o(a) Sr(a) procura o serviço de saúde?
4. O(a) Sr(a) já ouviu falar sobre Conselho Municipal de Saúde?
5. Acha importante que a população acompanhe as atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde?
6. Na sua opinião de que as pessoas adoecem mais em Ituverava?

## ENTREVISTA COM OS DIRETORES DOS HOSPITAIS

1. Como funciona a procura por atendimento? (encaminhamento, demanda espontânea)?
2. Em que casos há encaminhamento?
3. Há atendimento ambulatorial?
4. Quais as especialidades ambulatoriais?
5. Há contra-referência para as Unidades Básicas?
6. Como estão organizados e estruturados os serviços? (em relação ao nível de complexidade tecnológica, das clínicas, exames laboratoriais e banco de sangue)?
7. Como está organizada a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica (doenças de notificação compulsória), Comissão de ética Médica?
8. É feito acompanhamento, avaliação e controle da assistência (indicadores de qualidade)?
9. A respeito dos convênios: com que órgão da Administração Pública foi estabelecido convênio para os serviços prestados?
10. Quais são estes serviços?
11. Como é feito o pagamento?
12. Como o Sr. vê a Municipalização da Saúde em Ituverava e o papel do Hospital conveniado dentro deste processo? O fato de ser filantrópico ou particular faz diferença?

ENTREVISTA COM O REPRESENTANTE DO DEPARTAMENTO DE RECURSOS  
HUMANOS

1. Como se dá o processo de recrutamento e seleção de pessoal?
2. Como tem sido o processo de treinamento e reciclagem de pessoal?
3. Qual o quadro de pessoal na saúde? Como é feito o cadastro de pessoal?
4. No plano de carreiras, cargos e salários - como está contemplado o Departamento de Saúde (Detalhes sobre o processo de promoção e progressão na carreira, incluindo o pessoal da união e do Estado? Como está sendo feito o gerenciamento do pessoal da União e do Estado?
5. Como é feito a avaliação de desempenho?
6. Fale sobre a prevalência do funcionário municipal e sobre o atendimento aos agravos à saúde desses servidores?

## ENTREVISTA COM O DELEGADO DE POLÍCIA

1. Quais os principais problemas de segurança no município?
2. Qual o índice de criminalidade?
3. O tráfico de droga chega a ser problema na região?
4. As verbas disponíveis para segurança entende as atividades?
5. Existem mecanismos que garantam a eficácia do Direito à Saúde no Município?
6. O Sr. já ouviu falar do Conselho Municipal de Saúde?
7. Dentro de sua área de atuação, o Sr. acha que poderia contribuir para a eficácia do direito da população de participar do serviço de saúde?

## ENTREVISTA COM A DELEGADA DE EDUCAÇÃO

1. O número de vagas disponíveis nas escolas atende a demanda?
2. Qual o índice de analfabetismo a partir de 10 anos?
3. A evasão escolar tem relação com os períodos de safra agrícola?
4. São desenvolvidos programas conjuntos com a área de saúde?
5. Quais as atividades realizadas pela Escola durante a epidemia de dengue?
6. A Sra. já ouviu falar sobre Conselho Municipal de Saúde?
7. Acha importante que a população acompanhe as atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde?
8. Na sua opinião, de que as pessoas adoecem mais em Ituverava?

ENTREVISTA COM O DIRETOR DO SERVIÇO DE ABSTECIMENTO DE ÁGUA  
E ESGOTO

1. De onde vem a água de abastecimento?
2. Qual o local de captação (jusante ou montante dos despejos de esgoto)?
3. Todas as residências têm ligação de água? A água é suficiente para todos?
4. Como é feito o armazenamento e a distribuição da água?
5. Qual a qualidade da água distribuída e qual o tratamento realizado?
6. Existem ações educativas para melhor utilização da água?
7. A rede coletora de esgoto cobre todo o Município?
8. Qual o corpo receptor que recebe os esgotos?
9. Existe sistema de tratamento dos despejos antes de serem lançados ao rio? Qual?
10. Alguma outra cidade, além de Ituverava, joga os seus dejetos no Rio do Carmo?
11. Quais as análises feitas na água rotineiramente?
12. É feita análise de toxicidade?
13. É dado algum tipo de orientação quanto a utilização de agrotóxico nas proximidades do rio?
14. O Sr. tem notícia de algum episódio de contaminação por agrotóxico na água?

## ENTREVISTA COM O DELEGADO DA DELEGACIA AGRÍCOLA

1. Como é o organograma da Delegacia Agrícola?
2. Qual é a competência da Delegacia Agrícola?
3. Quais são as atividades da Casa de Agricultura?
4. Qual(is) a(s) principal(is) cultura(s) do Município?
5. Qual dessas culturas acarreta maiores problemas de ordem social, ocupacional e ambiental?
6. A cana de açúcar está ocupando a área do café?
7. Economicamente a agricultura é mais representativa que a pecuária?
8. Quais os problemas sociais que acarretam para o Município o fato dos trabalhadores rurais estarem morando no Município?
9. Os trabalhadores volantes, boias-frias, têm registro em carteira?
10. O "gato" também não tem vínculo empregatício?
11. Há registro de acidentes com os trabalhadores volantes?
12. No que diz respeito ao agrotóxico qual é a competência da Delegacia?
13. Existe alguma penalidade ou multa para quem utiliza agrotóxico inadequadamente?
14. O Sr tem conhecimento de intoxicação por agrotóxico?
15. Os aplicadores de agrotóxicos usam algum tipo de equipamento?
16. Em termo econômicos o que caracteriza o Município?

## ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Como se deu a indicação dos membros do CMS?
2. Com que frequência o Conselho se reúne?
3. Qual a função de cada membro?
4. Quais as atividades desenvolvidas pelo CMS?
5. Qual a prioridade atual do Conselho?
6. Como se dá a relação entre a comunidade e os seus representantes no CMS?
7. Como o Conselho participa nas decisões sobre políticas de saúde?
8. A destinação das verbas para serviços de saúde é discutida no CMS?
9. Quais os critérios utilizados para a destinação de verbas para o saneamento básico e demais ações que envolvem a saúde?
10. Na sua opinião de que as pessoas adoecem mais em Ituverava?

ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO DO MEIO AMBIENTE  
E DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO

1. Quais os principais problemas ambientais da cidade?
2. Onde é colocado o lixo?
3. Existe algum tipo de tratamento?
4. Só é jogado?
5. é coberto com terra?
6. Existe máquina para compactar?
7. Qual é o destino e como é tratado o lixo hospitalar?
8. Existem catadores de lixo aqui?
9. Eles são orientados sobre o risco de contato com o lixo hospitalar?
10. Como eles exploram o lixão?
11. Para quem eles vendem os porcos que são alimentados no lixão?
12. Existem quantos pontos de lixão?
13. A que distância fica do Rio do Carmo?
14. O lixão contamina o rio?
15. Está sendo feito algum trabalho de despoluição do rio?
16. Como é o sistema de esgoto?
17. A captação da água é feita do Rio do Carmo?
18. O despejo do esgoto é próximo da captação da água para consumo?
19. Existe controle de agrotóxicos?
20. Existe indústria de porte que, de alguma forma, incomoda a população?

21. A zona industrial está sendo utilizada corretamente?
22. É feito controle da poluição?
23. Quais são os problemas relacionados com a agricultura?
24. Como funciona a Casa da Agricultura?
25. Você tem conhecimento sobre problemas de saúde por agrotóxicos com o trabalhador rural?
26. Como é o envolvimento da população com os problemas do meio ambiente?
27. A participação mudou após a epidemia de dengue?
28. Como foi formada a Associação?
29. É desenvolvido algum programa pela Associação?

ENTREVISTA COM O REPRESENTANTE DO SINDICATO DOS  
TRABALHADORES RURAIS

1. Quais os critérios adotados para a sindicalização?
2. Quantos filiados tem o Sindicato?
3. O trabalhador rural participa das atividades do Sindicato?
4. O Sindicato oferece algum benefício para o sindicalizado?
5. Quantas pessoas trabalham na área rural? Qual a faixa etária?
6. O número de trabalhadores aumenta nos períodos de safra?
7. De onde vêm esses trabalhadores? Vêm sozinhos ou com a família?
8. Como vocês estão trabalhando com os problemas sociais acarretados pelo desemprego?
9. Como é a qualidade do transporte dos boias-frias até o campo?
10. Há registro de acidentes?
11. Existe algum tipo de fiscalização dos veículos que transportam os boias-frias?
12. A utilização de agrotóxico chega a ser um problema de saúde entre os trabalhadores rurais?
13. Como é feito o atendimento dos trabalhadores que sofrem intoxicação por agrotóxico?
14. Como se deu a indicação de um sindicalista para compor o Conselho Municipal de Saúde?
15. A população sabe que existe o Conselho Municipal de Saúde?

16. Na sua opinião, de que as pessoas mais adoecem em  
Ituverava?

ENTREVISTA COM O REPRESENTANTE DOS SERVIÇOS GERAIS DO  
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

1. Quais as principais competências e atribuições deste serviço?
2. Qual a relação da Vigilância Sanitária desenvolvida pelo CSII com este setor?
3. Como é o sistema de coleta de lixo urbano, lembrando o aspecto: periodicidade, transporte, tratamento e o destino final?
4. Qual a taxa de cobertura?
5. Qual o tratamento dispensado ao lixo hospitalar?
6. Como é feita a vigilância e fiscalização sanitária?
7. A aplicação de multa é baseado no Código Sanitário do Município ou do Estado?

ENTREVISTA COM O REPRESENTANTE DE ENCARGOS GERAIS E  
FINANCIAMENTO

1. Orçamento do Município. Como tem sido ao longo dos anos e como ficou planejado o orçamento para 92?
2. Como foi planejado para 93 e como está contemplada a saúde para 93?
3. Quais as fontes de financiamento do setor saúde?
4. Qual a contribuição do Estado e da União?
5. Como é feito o repasse de verbas da União e Estado para o Município?
6. Como está estruturado e operacionalizado o Fundo Municipal de Saúde?
7. Na ausência deste como está se dando o repasse de verbas para o Departamento de Saúde?
8. Com relação a verba destinada à saúde quais os critérios adotados na sua distribuição para investimento e custeio na rede de serviços?
9. Quais as dificuldades encontradas?
10. Há mais dificuldades pelo fato de não existir um Setor de Finanças na Saúde?
11. O Sr. tem mais alguma consideração a fazer com respeito ao financiamento da saúde?

## ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DO SERVIÇO DE OBRAS SOCIAIS

1. Como é o trabalho no Serviço de Obras Sociais?
2. Quais os tipos de programas desenvolvidos no Serviço de Obras Sociais?
3. Qual é o vínculo do Serviço de Obras Sociais com o Departamento de Saúde?
4. De onde é proveniente a verba para medicamentos? Quais os critérios para a distribuição?
5. Há dados sobre migração?
6. Como é a situação social do Município?
7. E as condições de habitações?
8. Como foi o trabalho na epidemia de Dengue?
9. Com a Municipalização da saúde, como o Serviço de Obras Sociais está se integrando?
10. Há contato com o Conselho Municipal de Saúde?

## ENTREVISTA COM O SUPERVISOR DA SAÚDE BUCAL

1. Como está estruturada e organizada a odontologia na Prefeitura? Há assessoria, coordenação específica?
2. Os custos odontológicos das escolas estão subordinados a que Departamento?
3. Em relação à Recursos Humanos, existe pessoal auxiliar? Há algum curso específico? E reciclagem de pessoal?
4. Qual ou quais os programas desenvolvidos?
5. Como foi realizado o levantamento epidemiológico da cárie?
6. Como é feito o controle do teor de fluor na água de abastecimento público?
7. Como é o atendimento realizado em trailer?
8. Considerações gerais.

## ENTREVISTA COM O EMPREITEIRO OU "GATO"

1. O Sr. é trabalhador volante?
2. Que tipo de responsabilidade o Sr. tem com as pessoas que arruma para trabalhar?
3. De quem é a responsabilidade em caso de acontecer algum acidente no caminhão ou na lavoura?
4. O Sr. também vai para lavoura ou só leva o pessoal?
5. Quem paga o transporte dos volantes?
6. O Sr. sabe se tem casos de contaminação com veneno?
7. O Sr. já trabalhou na coleta da cana-de-açúcar?
8. Quem faz o pagamento do trabalhador diarista?

## ENTREVISTA COM O MORADOR DO BAIRRO BICÃO

1. Há quanto tempo o Sr. mora aqui?
2. No bairro existe rede de água e esgoto?
3. Tem problema de marginalidade aqui no bairro?
4. Quais são os principais problemas de saúde do bairro?
5. Quando as pessoas têm algum problema de saúde aonde elas vão?

ENTREVISTA COM A SUPERVISORA DA COZINHA CENTRAL - MERENDA ESCOLAR

1. Como é feito o controle de qualidade da merenda?
2. Já teve algum problema de doença veiculada por alimento na escola?
3. No Departamento de Saúde, tem a vigilância sanitária. Eles fazem a fiscalização de estabelecimentos comerciais e varejo. Vocês têm articulação com eles?
4. Parece que na região tem problema de desnutrição. É feita uma dieta balanceada?

ANEXO 5 - MODELO ASSISTENCIAL

	Demanda Espontânea	Programas	Vigilância à Saúde
PAS Alto da Estação	sim	Saúde Mental	não
PAS COHAB	sim	SISVAN Vigilância Nutricional Saúde da mulher	não
PAS São Benedito	sim	SISVAN	não
PAS Aparecida do Salto	sim	não	não
PAS Capivari da Mata	sim	não	não
Centro de Saúde II	sim	SISVAN-Saúde da Mulher Hipertensão Tuberculose Hanseníase	controle de vetores Vigilância epidemiológica - Vigilância sanitária
PAM	sim	Saúde da Mulher Hipertensão Controle de diabetes	não
S.O.S.		Prática Assistencial: idoso, deficiente, gestante, migrante.	-