

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

# **RELATÓRIO**

**Trabalho  
de Campo  
Multiprofissional**

**MUNICÍPIO DE  
ADAMANTINA**

**— 1995 —**

# RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL, 1994

## ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

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

São Paulo

1994

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

## **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

ANA L. RODRIGUES DA S. SANGUINI	ODONTOLOGIA/ODONTOLOGIA
CLAUDIO FIGUEIRA DE CARVALHO	ENGENHARIA/ENGENHARIA
FATIMA MADALENA DE C. LICO	PSICOLOGIA/POLÍTICAS
HELOISA FATIMA DE A. CALDEIRA	SERV. SOCIAL/SAÚDE MENTAL
HELOISA MARIA CHAMMA	ENFERMAGEM/ENFERMAGEM
ISABELA JUDITH M. BENSENOR	MEDICINA/EPIDEMIOLOGIA
LUZ MARINA TRUJILLO	FARM. BIOQUÍMICA/VIG.SANITÁRIA
LUZENI REGINA G. LEITÃO	PSICOLOGIA/SAÚDE MENTAL
MAGDA ELENA DE CAMPOS	PEDAGOGIA/EDUCAÇÃO
MARINA VIDAL MATEUS	SERV. SOCIAL/MAT. INFANTIL
MARISA GODOY MATSUBARA	SERV. SOCIAL/EDUCAÇÃO

**ORIENTADOR:** Prof<sup>o</sup> Associado Rinaldo Niero

Departamento de Epidemiologia

### **Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional**

**Presidente:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Eunice Aparecida Bianchi Galati

**Membros**

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>. Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitrini

Prof<sup>o</sup> Dr. Antonio Galvão Fortuna Rosa

**Assistente** José Cavalcanti de Queiroz

**Assistente** Claudio Gastão Junqueira de Castro

**Secretária**

Maria Aparecida Mendes

**Alunos**

Solange Myriam Kraoglan Teixeira Coelho

Jéssica Vasques Kalil

## AGRADECIMENTOS

À Prefeitura do Município de Adamantina, na pessoa do Exmo. Sr. Prefeito  
Dr. Ivo Francisco dos Santos Junior  
Ao Secretário de Gabinete da Prefeitura do Município de Adamantina  
Dr. Zeferino Menini  
À Secretaria Municipal de Administração, na pessoa da  
Dr<sup>a</sup> Maria Cristiana Dias  
À Secretaria Municipal da Saúde, na pessoa do  
Dr. Nelson Amaral  
Ao Departamento de Saúde, em especial à Sr<sup>a</sup>. Diretora  
Dr<sup>a</sup> Maria Angélica R. M. dos Santos  
Ao Sr. Diretor do Centro de Saúde I  
Dr. Fernando S Jacinto  
À Diretora dos Postos de Assistência à Saúde I e II  
Dr<sup>a</sup> Adriana de Cássia Pittarello  
À Secretaria Municipal de Agricultura na pessoa do  
Dr. Ronaldo Sciocci  
À Sabesp nas pessoas do Sr. Edson Bellusci, Gerente da Divisão de  
Adamantina e ao Sr. Renato Luiz Rangel Mignone, Gerente do Setor  
Técnico de Operação.  
Aos Senhores Funcionários da Prefeitura do Município de Adamantina, que  
muito colaboraram no levantamento dos dados  
Sr. Anésio Camilo da Silva  
Sr. Edson Pereira da Costa  
Sr. Veríssimo Batista Fiuza  
Sr. Nelson Verato  
Sr. Odair Pinto  
Sr. Paulo César Mendes  
Sr. Valdir Ramos de Azevedo  
Às alunas da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Adamantina  
Angélica Maciel  
Carla Canola Fernandes  
Juliana  
Lúcia Júlio  
Marciana Segura  
Valnide Adeir Botasso  
À População do Município de Adamantina

# ÍNDICE

## 1. APRESENTAÇÃO.

## 2. INTRODUÇÃO.

## 3. OBJETIVOS.

### 3.1. Objetivos gerais.

### 3.2. Objetivos específicos.

## 4. METODOLOGIA.

### 4.1. Técnicas e instrumentos.

#### 4.1.1. Entrevistas abertas

#### 4.1.2. Questionários para equipe de saúde

#### 4.1.3. Formulário para usuários

#### 4.1.4. Visitas aos órgãos locais

## 5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

### 5.1. Aspectos Geográficos

### 5.2. Aspectos Políticos Administrativos

### 5.3. Aspectos Demográficos

### 5.4. Aspectos Sócio Econômicos

#### 5.4.1. Atividades Econômicas

#### 5.4.2. Habitação

### 5.5. Aspectos Culturais e de Lazer

#### 5.5.1. Educação

#### 5.5.2. Meios de Comunicação

### 5.5.3 Principais Eventos de Adamantina

## 5.6. Aspectos do Meio Ambiente e Saneamento Básico

### 5.6.1. Sistema de Abastecimento de Água

### 5.6.2. Sistema de Esgotos Sanitários

### 5.6.3. Resíduos Sólidos

### 5.6.4. Poluição Industrial

### 5.6.5. Poluição Agro Pastoril

## 6. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

### 6.1. Descentralização, Municipalização e Comando Único.

#### 6.1.1. Operacionalização dos Princípios do SUS em Adamantina

#### 6.1.2. Financiamento

#### 6.1.3. Participação da População e Controle Social.

#### 6.1.4. Sistema de Informação/Comunicação

#### 6.1.5. Recursos Humanos

### 6.2. Organização do Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde

### 6.3. Modelo Assistencial

### 6.4. Caracterização dos Serviços de Saúde

#### 6.4.1. Unidade Básica de Saúde IV

#### 6.4.2. Posto de Assistência à Saúde I

#### 6.4.3. Posto de Assistência à Saúde II

#### 6.4.4. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Adamantina

#### 6.4.5. Hospital Psiquiátrico Espírita de Adamantina

### 6.5. Programas

#### 6.5.1. Saúde da Criança

#### 6.5.2. Saúde da Mulher

#### 6.5.3. Hipertensão Arterial

#### 6.5.4. Hanseníase

- 6.5.5. Tuberculose
- 6.5.6. Saúde Ocular
- 6.5.7. Saúde Bucal
- 6.5.8. Saúde Mental
- 6.5.9. Vigilância Epidemiológica
- 6.5.10 Vigilância Sanitária

## 7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### 7.1. Distribuição da População por Faixa Etária e Sexo

- 7.1.1. Estrutura da Pirâmide Populacional
- 7.1.2. Razão de Masculinidade
- 7.1.3. Razão de Dependência

### 7.2. Indicadores de Saúde

- 7.2.1. Razão de Mortalidade Proporcional por faixa etária e (Incadores de Swaroop-Uemura)
- 7.2.2. Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes
- 7.2.3. Mortalidade Específica por causa e idade
- 7.2.4. Séries Históricas
  - 7.2.4.1. Coeficiente Geral de Mortalidade
  - 7.2.4.2. Coeficiente de Natalidade
  - 7.2.4.3. Coeficiente de Natimortalidade
  - 7.2.4.4. Coeficiente de Mortalidade Infantil

### 7.3. Morbidade Hospitalar \*

## 8. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

### 8.1. Análise geral sobre o Sistema Único de Saúde

- 8.1.1. Descentralização
- 8.1.2. Integralidade
- 8.1.3. Resolutividade



8.1.4. Hierarquização

8.1.5. Territorialidade

8.1.6. Acesso

8.1.7. Sistemas de Informação

8.1.8. Participação Popular

8.2. Análise dos Questionários - Equipe local e Específico

8.3. Análise dos Formulários - Usuários

9. DISCUSSÃO FINAL

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho realizado por uma equipe multiprofissional visa a prática do exercício didático com base nos conhecimentos adquiridos no transcorrer do Curso de Especialização em Saúde Pública.

Numa primeira etapa, o relatório discorre, sucintamente, sobre a Municipalização de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Brasileira, Lei 8080 de 1990, Lei 8142 de 1990, Norma Operacional Básica nº 1/1993 e a Instrução Normativa nº1/1993. Posteriormente, é descrita a metodologia utilizada no estudo e análise da Municipalização.

Estando os objetivos gerais do trabalho estabelecidos, são levantados os dados que caracterizam o Município segundo aspectos geográficos, político-administrativos, demográficos, sócio-econômicos, culturais e de lazer, do meio ambiente e saneamento básico; como também, aqueles que demonstram a organização dos serviços de saúde existentes e indicadores de saúde da população.

Finalmente, a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa de campo, são apresentados comentários e discussões que avaliam o processo de Municipalização no Município de Adamantina.

## 2. INTRODUÇÃO

A precariedade das condições sócio-econômicos da população brasileira nas últimas décadas gerou um quadro de desigualdade social, seguido por recessão e desemprego.

Os Serviços de Saúde não ficaram a parte deste modelo econômico de desenvolvimento do país; ou seja, sofreram de forma semelhante as consequências deste desequilíbrio.

Pela primeira vez, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 inscreveu a saúde como direito social (Tit.II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Cap.II, art.6).

Nos artigos 196 e 198 a referida Constituição define saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada" constituindo o Sistema Único de Saúde.

De acordo com o artigo 1º da Lei 8080 de 1990, está regulamentado "em todo Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado".

Sobre o Sistema Único de Saúde, essa Lei expõe em seus artigos 4º e 8º a seguinte disposição preliminar e forma de organização, direção e gestão respectivamente: "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais,

da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS -. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente e mediante participação complementar da iniciativa privada serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A descentralização das ações e serviços de saúde impõe funções distintas a cada esfera de governo (federal, estadual, municipal) e a delimitação dos papéis em relação ao conjunto de competências concorrentes. Isto decorre da idéia de que as decisões tomadas próximas ao fato terão maior probabilidade de sucesso.

A rede de serviços, organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Dentro desta perspectiva, é de responsabilidade do governo Municipal toda a abrangência do município.

Portanto desse entendimento, o presente relatório descreve a pesquisa de campo no Município de Adamantina, estudando e analisando o processo de municipalização desde sua implantação.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos gerais**

Estudar o processo de Municipalização junto às áreas de administração e gerenciamento em saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1. Investigar o entendimento da implantação do processo de Municipalização junto à equipe central de saúde, através da análise dos seguintes pontos:

- prática operacional dos princípios do Sistema Único de Saúde;
- organização e funcionamento do sistema local de saúde;
- lógica do modelo assistencial de saúde;
- fontes de financiamento;
- política de recursos humanos;
- sistema de informação;
- Conselho Municipal de Saúde e participação popular

3.2.2. Verificar o conhecimento do processo de Municipalização e sua efetividade na prática junto aos trabalhadores de nível técnico e médio das unidades básicas de saúde.

3.2.3. Caracterizar a composição, a dinâmica de funcionamento e as propostas do Conselho Municipal de Saúde.

**3.2.4. Analisar o processo de Municipalização na rotina dos serviços de saúde através da avaliação da qualidade do pré-natal, parto e puerpério das mulheres do Município de Adamantina.**

#### 4. METODOLOGIA

O primeiro contato com o Município de Adamantina foi efetuado pelo Professor Orientador, ocasião em que lhe foram entregues documentos relativos às questões de saúde e outros dados referentes ao município.

A partir disto, o grupo iniciou a leitura individual e grupal desses documentos que permitiu uma melhor compreensão e conhecimento da situação do município. Os documentos fornecidos são os seguintes: Plano Diretor elaborado em 1992, Dados populacionais e epidemiológicos, Quadro de Recursos Humanos, Dados Históricos, Mapas, Produção dos Serviços, Relação de Entidades, Perfil Municipal (1980 - 1991), Jornais, Cadastro de Recém-Nascidos, Pesquisa Municipal de 1980 sobre edificações.

A Faculdade de Saúde Pública definiu como tema do presente trabalho, o processo de Municipalização na cidade. Foi então necessária a leitura de textos básicos sobre o referido tema que fundamentaram a discussão e análise crítica dos documentos.

Dúvidas surgidas no decorrer das discussões foram esclarecidas pela equipe de saúde de Adamantina via FAX ou telefonemas através do Professor Orientador.

No decorrer da análise dos dados, o grupo identificou como problema uma maior incidência em relação à morbidade hospitalar referente à agravos na gravidez, parto e puerpério na faixa etária de 16 a 35 anos. Este fato levou o grupo a optar pelo sub-tema: avaliação da qualidade do pré-natal, parto e puerpério de mulheres do município de Adamantina. Através

deste sub-tema pretendeu-se realizar análise mais aprofundada dos princípios que regem o S.U.S. avaliando a questão da municipalização como estratégia fundamental do processo de reforma sanitária.

Com esta finalidade foram visitados todos os serviços integrantes do Sistema Único de Saúde ou seja:

UBS IV (Unidade Básica de Saúde)

PAS I (Posto de Assistência Saúde)

PAS II (Posto de Assistência Saúde)

Santa Casa de Misericórdia de Adamantina

Hospital Espírita Psiquiátrico

Ersa 16

Durante as visitas, além da observação da estrutura e dinâmica de funcionamento foram distribuídos através dos diretores das Unidades citadas questionário auto-aplicativo destinado a todos os os funcionários de cada equipamento, além de questionário auto-aplicativo, para ser respondido apenas pelos integrantes da equipe de Saúde da Mulher. (anexos)

No Hospital Espírita Psiquiátrico foi realizada entrevista informal com o Diretor Administrativo e o Diretor Clínico, já que este é o único psiquiatra do município, e sendo assim este profissional poderia abordar a questão do sistema de saúde mental em Adamantina.

Objetivando conhecer o nível de envolvimento das autoridades na municipalização das ações de saúde foi realizada uma reunião geral do grupo com o Diretor da UBS IV, Diretora dos PAS(s), e Coordenadora de Saúde Bucal; e por ocasião desta reunião foi utilizado um roteiro de entrevista sobre questões que abarcavam todos os aspectos relacionados à municipalização (anexo 3)



qualidade do pré-natal, parto e puerpério. Sendo assim foi utilizado como instrumento o formulário (anexo 5) aplicado através de visita domiciliar. Com o mesmo objetivo, e com a utilização do mesmo instrumento, foi definida também como população alvo as puérperas internadas na Santa Casa de Misericórdia de Adamantina no período de 7 a 11 de novembro de 1994.

#### **4.1 Métodos e Instrumentos:**

##### **4.1.1 Entrevistas Abertas:**

a) com Equipe Central mediante roteiro para inquérito sobre municipalização, com participação de cinco representantes da gerência da SMS já citados. O roteiro foi constituído por 19 questões enfocando os seguintes temas:

- descentralização, municipalização e comando único
- organização e funcionamento do sistema e serviço de saúde
- financiamento
- sistemas de informações de saúde
- recursos humanos
- participação popular e controle social
- modelo assistencial, planejamento e programa em saúde

Esta entrevista foi gravada mediante autorização da equipe de saúde presente, para garantir a coleta de dados para posterior análise.

b) com cinco representantes do Conselho Municipal de Saúde, utilizando-se roteiros com sete questões abertas, porém estas não foram contempladas devido à dinâmica da reunião.

c) com a Secretária da Administração, (informal) para coleta de dados a respeito da administração participativa.

d) com os coordenadores dos cinco grupos participativos (informal), conforme os seguintes enfoques: Organizacional I, Organizacional II, Relacionamento inter-pessoal motivação e comunicação, Saúde e Treinamento com o objetivo de obter informações sobre o trabalho desenvolvido pelo mesmo. Esta reunião não foi planejada com antecedência pois só tivemos conhecimento dessa estratégia de trabalho com grupos durante a apresentação de toda equipe ao assessor do Prefeito (Secretário de Gabinete) que nos recebeu no primeiro dia dos trabalhos.

e) com o Diretor Administrativo e Diretor Clínico do Hospital Espirita Psiquiátrico (informal) para conhecimento do sistema de saúde mental do município.

f) com Diretor Técnico do Ersa 16 e Diretora da Vigilância Sanitária com sede em Diamantina, (informal) a respeito do funcionamento da vigilância sanitária do município.

g) na SABESP, com o Gerente de Divisão de Adamantina e com o Gerente de Setor Técnico (informal) para conhecimento dos sistemas de esgotos sanitários e de abastecimento de água no município.

#### **4.1.2 Questionário para Equipe de Saúde**

Foram aplicados 30 questionários aos profissionais das unidades de saúde nível técnico e administrativo, contendo 33 questões abertas, fechadas. A distribuição dos mesmos foi efetuada pelos diretores

das unidades e recolhidos posteriormente, portanto de modo auto-aplicado. O preenchimento por unidade foi o seguinte:

- Unidade Básica de Saúde IV, doze questionários preenchidos
- Posto de Assistência à Saúde I, treze questionários preenchidos
- Posto de Assistência à Saúde II, oito questionários preenchidos

#### **4.1.3 Formulário destinado para usuárias.**

Foram realizadas 128 entrevistas com utilização de formulário com 25 questões fechadas através de visita domiciliar às mulheres que deram a luz no período entre 01/01 a 30/06/1994. Este levantamento foi efetuado a partir dos dados fornecidos pelo Cartório de Registro Civil, sendo apresentado o universo de 209 mulheres nesta condição.

Optamos por uma análise qualitativa definindo este universo como objeto da pesquisa, pelo fato dos dados já se encontrarem catalogados e disponíveis, não havendo tempo hábil para ampliar o período de abrangência da pesquisa.

Através do mapa do Município (anexo 6) foi efetuada a demarcação dos bairros para fins de localização dos domicílios a serem visitados.

Na Santa Casa de Misericórdia a pesquisa foi realizada através de visita diária às puérperas, sendo aplicado onze questionários às mesmas.

#### **4.1.4. Visitas aos órgãos locais:**

As visitas efetuadas objetivaram observação e conhecimento do sistema de funcionamento dos serviços sanitários. Desta forma procedeu-se à visita abaixo mencionadas:

- Usina de Compostagem de Lixo
- Matadouro Municipal
- Horta Comunitária
- SABESP

## **5 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

Adamantina é um município com 46 anos de existência, localizada geograficamente na região da Nova Alta Paulista a oeste do Estado de São Paulo. Fica a 145 Km de Marília, 100 Km de Araçatuba, 120 Km de Presidente Prudente e 100 Km de Panorama, divisa do Estado do Mato Grosso do Sul. Está distante da capital do Estado, por rodovia 592 Km e por ferrovia 598 Km. Adamantina pertence a região administrativa de Presidente Prudente.

Apresenta uma área territorial de 416 Km<sup>2</sup>, contando com 17,7 Km<sup>2</sup> de área urbana.

A cidade possui 32.067 habitantes conforme censo de 1991, destacando-se como um polo comercial, estando incluída entre as cidades da região de maior arrecadação de ICM.

O município de Adamantina é sede de região de governo e das tomadas de decisões político-administrativas.

É considerado o 11º Município em qualidade de vida do Estado de São Paulo e com indicadores de saúde positivos, como poderemos verificar na sequência deste trabalho.

### **5.1. Aspectos Geográficos**

Altitude - 433m

Latitude - 21° 41' Sul

Longitude - 51° 41'

Clima - Sub-Tropical

Precipitação pluviométrica - Média anual dos últimos 10 anos:  
1.552mm.

Solo - predomina os solos Pvd Podzólico vermelho amarelo TB, entrófico, textura arenosa/média, fase relevo suave ondulado e solos PV<sub>e</sub> podzólico vermelho amarelo TB, entrófico textura arenosa/média, abruptico fase relevo ondulado a fortemente ondulado. Também os solos Ted Ratossofo vermelho escuro distrófico ou álico a moderado, textura média, fase relevo suave ondulado.

O único rio que banha o município é o Aguapeí.

Em termos de clima a temperatura máxima é de 36,5°C e a mínima de 17,4°C.

### **Limites do Município**

Norte - Valparaíso e Bento de Abreu

Sul - Mariápolis

Leste - Lucélia

Oeste - Flórida Paulista

### **5.2. Aspectos Políticos Administrativos**

Adamantina é sede de região de governo e das tomadas de decisão político-administrativas, abrangendo 11 (onze) municípios: Adamantina, Flórida Paulista, Pacaembú, Irapuru, Sagres, Salmourão, Flora Rica, Lucélia, Inúbia Paulista, Oswaldo Cruz e Mariápolis.

A atual gestão é administrada pelo partido político do PMDB, estruturada nas diversas secretarias:

- Secretaria de Agricultura e Abastecimento
- Secretaria Municipal de Gabinete
- Secretaria Municipal de Administração
- Secretaria Municipal da Saúde
- Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento
- Secretaria Municipal de Educação e Cultura
- Secretaria Municipal da Promoção Social
- Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos
- Secretaria Municipal de Finanças
- Secretaria Municipal Esportes, Lazer e Recreação
- Secretaria Municipal de Obras e Serviços

O município conta ainda com mais 9 (nove) partidos políticos oficiais (PSDB, PL, PDT, PTB, PPR, PFL, PRN, PT, PRP).

Existe um Conselho Municipal de Saúde instituído pela Lei 2522/ de 20 de dezembro de 1993, se constituindo num órgão de colegiado máximo. É composto por representantes do movimento e entidade, trabalhadores e representantes governamentais, interessados na questão de saúde do município.

A política de gerenciamento da atual administração caracteriza-se pela descentralização decisória.

Em 27 de novembro de 1993 foi realizado um I Encontro Municipal de Planejamento sob a coordenação do Cepam - Centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal com a participação de aproximadamente 75 funcionários de todas as secretarias com o objetivo de definir um plano de ação que buscasse o aproveitamento e qualidade total do funcionalismo, tendo como base a participação direta dos funcionários nas decisões do dia-a-dia de uma administração.

Neste encontro surgiu como proposta a formação de grupos participativos, com no mínimo de 6 e no máximo de 15 componentes por grupo, com o desejo de que existisse a participação de todas as secretarias.

Após um ano da realização desse encontro estão estruturados 5 grupos:

- Grupo I - Organizacional I

- Grupo II - Organizacional II, que têm como enfoque a discussão e elaboração de propostas com relação a problemas administrativos, de recursos humanos, gerenciamento e condições de trabalho.

- Grupo III - Relacionamento Interpessoal, Motivação e Comunicação, objetivando a discussão e resolução com relação a falta de comunicação entre as diversas áreas, desenvolvimento de funcionários, cooperação entre os profissionais, divulgação de serviços, etc.

- Grupo IV - Saúde - Este grupo visa pensar a respeito das questões de saúde da população em geral e nesse momento principalmente as gestantes carentes, bem como: prédios não apropriados para o atendimento, falta de medicamentos, deslocamento de pacientes, pouco relacionamento entre equipes de enfermagem e administração, convênio médico para as funcionários, etc.

- Grupo V - Treinamentos - É um grupo constituído por integrantes dos outros quatro grupos voltado a treinamentos e desenvolvimento dos funcionários.



Integrantes desses grupos relatam que este trabalho já passou por altos e baixos e que ainda não conquistou a credibilidade da maioria dos funcionários, no entanto relatam que através desse trabalho já obtiveram muitas conquistas pois as propostas são levadas aos secretários, estes levam ao Prefeito e algumas das propostas são levadas para votação na câmara dos vereadores.

### **5.3. Aspectos Demográficos**

A população do município baseada no censo de 1991 (IBGE) com 32.067 habitantes, apresenta-se num total de 27.646 habitantes correspondendo a 86,21% localizada na zona urbana e 4.431 correspondendo a 13,79% em zona rural. Estima-se que 1000 habitantes instalados na zona urbana deslocam-se para trabalhar na zona rural.

A taxa de crescimento médio anual 1980/1991 é de 0,07 sendo o volume de emigração considerado moderado.

A taxa de natalidade em 1991, segundo dados da Fundação Seade é de 16,61% e a taxa de mortalidade geral fica em torno de 6,39%.

O crescimento urbano caracteristicamente organiza-se em uma área central em 43 bairros divididos em 4 setores de abrangência das unidades de saúde.

**TABELA: 1- População urbana estimada segundo setor residencial do Município de Adamantina, 1992**

<b>DIVISÃO SETORIAL</b>	<b>Nº DE BAIRROS POR SETOR</b>	<b>Nº DE HABITANTES POR SETOR</b>	<b>%</b>
<b>I</b>	<b>18</b>	<b>11.573</b>	<b>41,86</b>
<b>II</b>	<b>17</b>	<b>10.930</b>	<b>39,53</b>
<b>III</b>	<b>07</b>	<b>4.500</b>	<b>16,53</b>
<b>IV</b>	<b>01</b>	<b>643</b>	<b>2,33</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>27.646</b>	<b>100%</b>

Fonte: - Setor de Arquivo da Prefeitura Municipal Adamantina 1992

#### **5.4. Aspectos sócio-econômicos**

Segundo dados do Plano Diretor do Município de Adamantina elaborado em 1992.

##### **5.4.1. Atividades Econômicas**

A economia do município está baseada nas seguintes atividades:

**PECUÁRIA** - possuindo 26.000 bovinos de corte 3.000 leiteiros e 4.000 bovinos mistos com uma produção de 42.000 litros por dia e um abate de 350 bovinos/mês.

**AGRÍCOLA** - sobressaindo a cultura de cana-de-açúcar com 2.616, 43ha com uma produção de 222.236,79 toneladas. Há uma produção média de 83,4 toneladas de cana produzindo um total de 34.704.150 litros de álcool.

Outras culturas de destaque são: café com 2.500 ha respectivamente e feijão com 600ha.

COMÉRCIO - com 652 estabelecimentos prestadores de serviços e profissionais liberais 1.402.

INDÚSTRIA - entre as principais indústrias destaca-se a Banco Peres Álcool de grande porte. De médio porte a Limposo Ind. Química Ltda. e Irmãos Fratine Ltda. As indústrias somam um total de 65 nos diversos ramos de atividade.

#### 5.4.2. Habitação

TABELA 2: Número de habitações segundo a estrutura do Município de Adamantina em 1992.

Estrutura	Nº	%
MADEIRA	2.398	30,9
ALVENARIA	5.298	68,25
CONCRETO	53	0,68
METÁLICA	13	0,17
<b>TOTAL</b>	<b>7.762</b>	<b>100</b>

Fonte: - Núcleo de Informações Prefeitura Municipal Adamantina 1992

Estas edificações são divididas em uma área central de 43 bairros.

A área rural, com 29.093 ha é dividida em 885 propriedades.

## **5.5. Aspectos Culturais e de Lazer**

### **5.5.1. - Educação**

O município encontra-se dotado de escolas que atendem a clientela da faixa pré escolar até o nível Superior.

#### **1. PRÉ ESCOLAS: 12**

Estaduais: - 4

Municipais: - 6

Particulares: - 2

#### **2. ESCOLAS DE PRIMEIRO GRAU: 14**

Zona Urbana: - 7

Zona Rural: - 7

#### **3. ESCOLAS DE SEGUNDO GRAU: 3**

Zona Urbana: - 1

Zona Rural: - 2

As ETAESG Eng<sup>o</sup> Herval Bellusci e ETESG Prof<sup>o</sup>. Eudécio Luis Vicente são escolas estaduais de 2<sup>o</sup> Grau voltada para o ensino técnico, pertencentes a Ciência e Tecnologia.

#### **4. ESCOLAS DE 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> GRAUS: 5**

Estadual - Zona Urbana: - 1

Particular: - 4

CLASSE ESPECIAL de ensino público voltada para deficientes mentais com retardo leve e limítrofe: - 1

Total de alunos matriculados no 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus em 1992:

Zona Urbana: - 6.522

Zona Rural: - 511

A evasão escolar de 1991 foi de 659 estudantes cujas principais causas foram:

- Baixo índice de aprendizagem
- Baixa renda familiar
- Distância das escolas.

Segundo a Delegacia de Ensino de Adamantina

## 5 - CURSO DE NÍVEL MÉDIO

O curso de auxiliar de Enfermagem sob a coordenação do ERSA 16 tem como objetivo qualificar pessoal da equipe de enfermagem atendendo assim a legislação que rege a categoria. Serve os 11 municípios integrantes do ERSA 16 através de uma classe descentralizada vinculada ao Colégio Formador de Assis, atendendo à Hospitais e Centros de Saúde da região.

Em 1990 qualificou quarenta (40) funcionários da área da Saúde e conta com trinta (30) alunos frequentando o curso em 1994.

## 6. NÍVEL SUPERIOR

A Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Adamantina - F.A.F.I.A. entidade particular oferece cursos de Letras, Pedagogia, Ciências Biológicas, Estudos Sociais, Geografia e História com total de 622 alunos.

A Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Adamantina - F.E.O. Autarquia Municipal que contribui para a formação da mão de obra especializada com 88 enfermeiros graduados e 147 alunos.

## **7. CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO**

Especialização em Metodologia do Ensino Superior, Especialização dos serviços de Saúde - abrangendo a área de Educação, Administração e Saúde Pública.

O Município conta também com uma Biblioteca Pública Municipal, dotada de Anfiteatro e com um acervo de 12.450 livros 170 folhetos e 45 titulares de revistas, além das bibliografias próprias da F.A.F.I.A. e F.E.O. e das Escolas Estaduais.

### **5.5.2. Meios de Comunicação**

O Município conta com os seguintes meios de comunicação:

- Uma estação retransmissora dos canais de TV: Globo, Bandeirantes, Manchete, Cultura, Record, S.B.T....
- 03 Jornais particulares (semanais)
- 04 Emissoras de rádio: uma municipal e três particulares.

Os jornais e as emissoras de rádio e televisão são bastante respectivos quanto a divulgação das questões referentes a saúde.

### **5.5.3 Principais Eventos de Adamantina**

- Aniversário do Município em 13 de junho
- Festa do peão de Boiadeiro comemorada no mês de julho
- Semana do verde e exposição agropecuária realizado no mês de setembro
- Encontro de Cowboys

- Festa de confraternização da Colônia Japonesa Undo-Kai realizada no dia 1º de maio
- Torneio Liberdade - realizada também no mês de maio com trabalhadores da região.

## **5.6 Aspectos do Meio Ambiente e Saneamento Básico.**

### **5.6.1. Sistema de Abastecimento de Água**

O sistema de abastecimento de água no município de Adamantina está sob a responsabilidade da Sabesp Cia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo.

Toda a produção de água é feita através da utilização de poços tubulares profundos (atualmente 08 unidades em operação) que produzem cerca de 400m<sup>3</sup>/h, dos quais 100m<sup>3</sup>/h são aduzidos para o município vizinho de Lucélia, o que corresponde a cerca de 70% do abastecimento de água do mesmo.

A água extraída de todos estes poços é transportada através de adutores até uma ETA (Estação de Tratamento de Água) do tipo convencional, onde após receber o devido tratamento, constituído basicamente de aplicação de gás carbônico (CO<sub>2</sub>) para a correção do pH, fluoretação e desinfecção com cloro, é encaminhada para o sistema de reservação e distribuição do município.

Cabe aqui esclarecer que esta ETA destinava-se anteriormente a tratar a água que era extraída do manancial de superfície, o Córrego Taipus, através de uma captação superficial feita com o auxílio de uma barragem de nível, captação esta ora desativada por motivo de assoreamento da barragem causado pela atividade agrícola despreocupada com aspectos ambientais

ocorrida ao longo dos anos na sua bacia de drenagem, o que inviabilizou a continuidade da sua operação.

Dada a utilização de água de poço profundo e à sua qualidade, não há necessidade de utilização de seus tanques de decantação, que ora também se encontram desativados, existindo portanto a possibilidade de aproveitamento dos mesmos para fins de reservação, obviamente após as devidas obras de melhoria e adaptação, o que inclusive já faz parte dos planos da Sabesp.

Praticamente 100% da população de Adamantina recebe água tratada, através de 103.278m de rede de distribuição, dos quais 102.774m na sede do município, distribuídas em quatro setores de abastecimento, sendo 39% na rede da Zona Alta, 29% na Zona Média, 8% na Zona Baixa e 24% que recebe água pressurizada por um "booster" via rede da Zona Baixa.

A água distribuída na Distrito de Lagoa Seca recebe tratamento à parte, visto que o sistema ali existente não é interligado ao sistema central de abastecimento. O poço que abastece a área tem um residual de ferro acima do normal, por este motivo tal tratamento constitui-se além da cloração e fluoretação, de um filtro de carvão ativado para retenção de ferro precipitado devido à reação com o cloro.

O sistema de distribuição operado pela Sabesp é adequado para o município e encontra-se em bom estado de conservação.

Quanto ao sistema de reservação, sua capacidade total atual é de 3650m<sup>3</sup>, com possibilidade de ser ampliado com a inclusão dos já citados tanques de decantação da ETA e encontra-se em bom estado de conservação.



Aliás todas as áreas do sistema de abastecimento, tais como as de poços profundos, recalques, ETA e reservação são devidamente cercados e urbanizados segundo padrão da Companhia, o que propicia a devida proteção destas unidades.

Um aspecto que vem sendo motivo de especial atenção por parte da Sabesp, entre outros, é a preocupação com a redução do índice de perdas do sistema, atualmente da ordem de 33% no município. Existem programas e metas específicas para este fim a nível de Companhia.

Quanto a qualidade da água, o controle é feito semanalmente pela Divisão de Controle Sanitário da Superintendência Regional de Presidente Prudente - SP, em conformidade com a Portaria 036/GM incluindo análises físico-químico e bacteriológica. Além deste controle, a Sabesp local também realiza análise da água de hora em hora na ETA, para a verificação de parâmetros como pH, cloro e flúor, além de proceder análise da água de pontos críticos da rede de distribuição e obedecendo uma programação adequada para a verificação de residuais de cloro e flúor. Não é feita análise bacteriológica pela Sabesp local.

Os bairros Boa Vista e Tucuruvi, não operados pela Sabesp, com população de baixa renda, respectivamente distantes 8 Km e 9 Km do Centro, são atendidos por poços perfurados pelo Estado em escolas estaduais ali instaladas, das quais segundo consta, derivam tubulações de plástico e de pequeno diâmetro para abastecer algumas casas. Não foi possível fazer inspeção nestes bairros, assim como loteamento de chácaras Parque dos Lagos, também não operado, localizado na periferia e com moradores de poder aquisitivo elevado. Este, também segundo consta, tem um sistema próprio de abastecimento, com rede de distribuição de água

Também faziam parte do projeto deste tratamento, porém não foram implantados, os sistemas de recirculação do efluente dos filtros biológicos e do lodo dos decantadores secundários, bem como o sistema de cloração do efluente final.

A configuração do sistema existente é apresentada na Ilustração "A" e a Ilustração "B" apresenta o esquema da ETE existente.

Na bacia Oeste existem duas estações elevatórias de reversão de esgotos das sub-bacias W1 e W5, concentrando-os na ETE-2 que atende a bacia Oeste, para onde também converge a sub-bacia W2.

Os dois emissários existentes, na bacia Oeste, encaminham os efluentes de esgotos à ETE. Outros dois emissários existentes, da bacia Leste, despejam seus efluentes diretamente nos ribeirões Lambari e Ponderosa ou Oriente.

Os bairros que não dispõem atualmente de rede coletora são: Parque Itamaraty, Bela Vista e Mandacaru (operados pela Sabesp) e Boa Vista, Tucuruvi e Parque dos Lagos (não operados).

Possuem rede coletora parcialmente: Jardim Adamantina, que está dividido em quatro sub-bacias, das quais duas dispõem de rede e duas não, Vila Jamil de Lima, cuja rede está em fase de implantação e Parque Jardim Aviação, onde está sendo implantada a parte remanescente até não contemplada.

Existem projetos de ampliação e melhoria do sistema de esgotos sanitários de Adamantina, em fase de viabilização na Sabesp, que preveem a construção de estações elevatórias, linhas de recalque, complementação de rede coletora, ampliação e melhoria do sistema de

clorada, reservação, além de poços semi-artesianos particulares com controle individual da qualidade da água.

### **5.6.2 Sistema de Esgotos Sanitários**

O sistema de esgotos sanitários existente em Adamantina foi implantado em 1957, de acordo com o projeto de 1953.

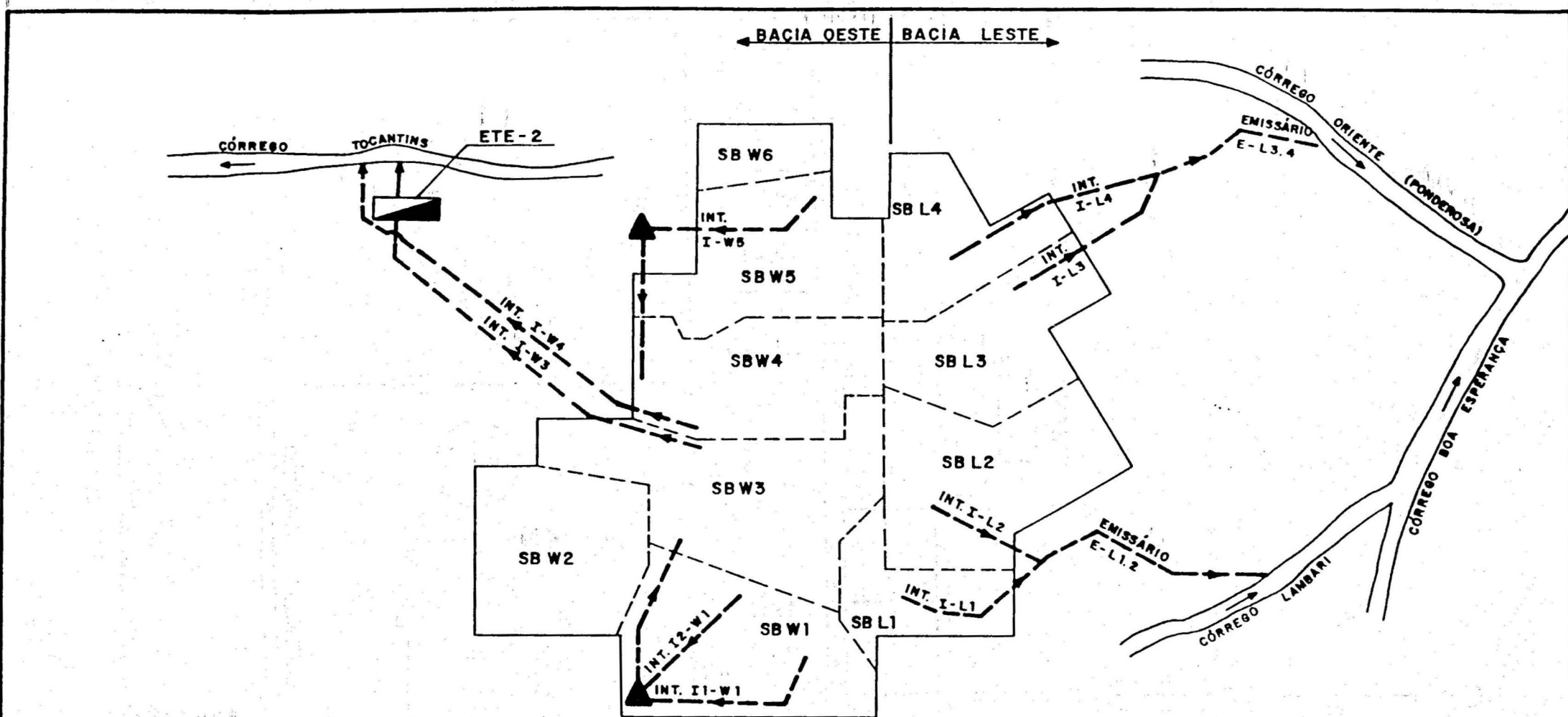
Trata-se de um sistema tipo separador absoluto, onde os esgotos sanitários oriundos dos domicílios e o esgotamento de águas pluviais (chuvas) são coletados e conduzido por tubulações independentes.

Servindo apenas à área mais central da cidade, é constituído das seguintes unidades: rede coletora, emissários, estações elevatórias e ETE (Estação de Tratamento Esgotos).

A rede coletora, após a implantação inicial, foi sendo ampliada à medida da necessidade, até atingir toda a área urbanizada situada em duas bacias de drenagem, ou seja, Leste e Oeste e cobre atualmente 80% dos domicílios de Adamantina, com uma extensão de 60374m, atendendo a 8098 economias, todas na sede do município.

Do esgoto coletado, apenas 20% é tratado na ETE, situada à margem esquerda do córrego Tocantins, por meio de um sistema constituído das seguintes unidades:

- caixa de chegada
- grade grossa
- caixa de areia
- calha de Parshall
- 04 tanques de Imhoff
- 02 filtros biológicos
- 04 decantadores secundários
- leitos de secagem



**LEGENDA**

- INTERCEPTOR/EMISSÁRIO EXISTENTE
- ▲ E.E. EXISTENTE
- ▣ ETE EXISTENTE

**ILUSTRAÇÃO A**  
**SISTEMA DE ESGOTOS SANITÁRIOS DE ADAMANTINA**

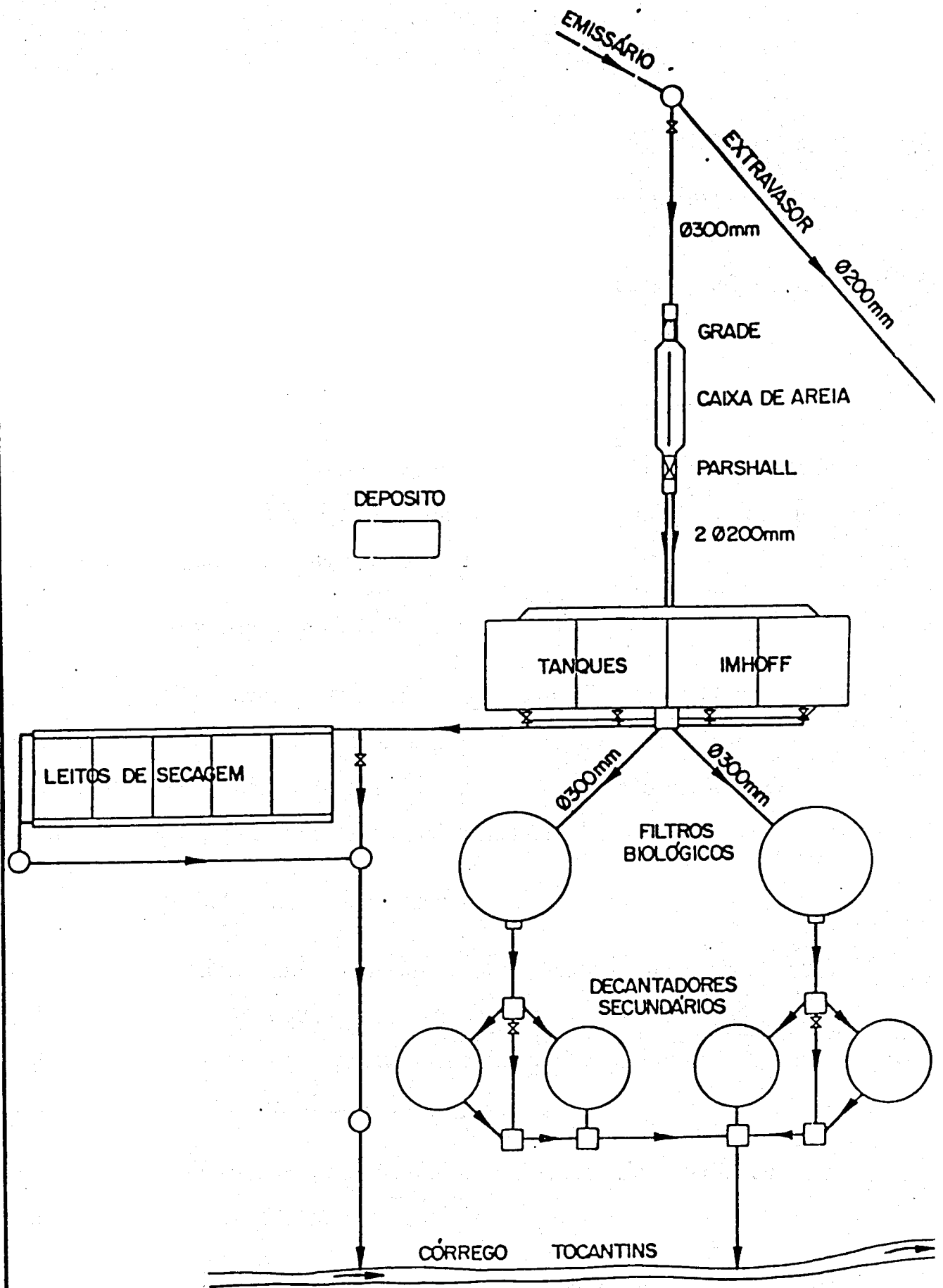


ILUSTRAÇÃO B  
 ESQUEMA DA ETE EXISTENTE DE ADAMANTINA  
 BACIA OESTE

tratamento existente bem como implantação de outro, desta feita na bacia Leste, que consistirá basicamente de uma lagoa anaeróbia seguida de uma lagoa facultativa (Sistema Australiano), que deverá tratar os esgostos ora lançados "in natura" nesta área, completando assim o atendimento de sede do município.

### **5.6.3 Resíduos sólidos**

A Prefeitura Municipal de Adamantina dispõe de um Setor de Limpeza Pública (SLP), ligado à sua Secretaria de Obras e Serviços Municipais, o qual é responsável e atua nas seguintes áreas:

#### **a) Varrição de vias públicas:**

Conta com 24 funcionários que se distribuem em 12 setores de 02 funcionários cada, com a utilização de carrinhos de mão. Este sistema demonstrou ser o mais compatível para as condições locais levando em conta as coberturas de folgas, férias, afastamentos, etc.

#### **b) Coleta e destino do lixo:**

É feita diariamente na área central a partir do meio-dia (12:00h) e seguindo uma rota que passa primeiro pelas ruas e alamedas mais periféricas, avançando progressivamente para o Centro, de modo a atingí-lo em horários menos movimentados.

Fora da área central a coleta é feita em dias alternados e no horário das 07:00 às 15:20 h.

O sistema de coleta acima cobre 100% dos domicílios urbanos do município e conta com 04 caminhões apropriados (02 Vega-Lix, novos e 02 Colecon), sendo 03 para a coleta de lixo domiciliar, comercial e de

variação de praças, cada qual com 03 funcionários (um motorista e dois coletores) e 01 para a coleta do lixo contaminado, ou seja, dos serviços de saúde (hospitais, consultórios, farmácias, etc.). Este último, fazendo a coleta sempre pela manhã, conta com apenas 02 funcionários, ou seja, um motorista e um coletor.

Todos os funcionários dos caminhões usam EPI's adequados, com exceção da máscara, à qual não se adaptam e portanto normalmente não utilizam, apesar da insistência do Setor responsável.

É intenção do Setor e existem esforços do mesmo no sentido de se viabilizar a aquisição de uma pick-up adequada para o uso na coleta do lixo hospitalar, o que além de maior e melhor mobilidade e versatilidade, liberará o caminhão utilizado atualmente em favor da coleta dos lixos domiciliar e comercial, o que certamente propiciará mais confiança ao sistema.

No mais, a frota apesar de relativamente restrita, tem-se mostrado suficiente às necessidades do município, que tem aspecto limpo, bem como não apresenta problemas sérios quanto à sua manutenção.

A coleta de entulhos é feita por firmas particulares através de caçambas colocadas nos locais necessários, ou mesmo por caminhões, caminhonetes, carretinhas ou carroças de terceiros, dependendo do caso, sendo o destino deste material determinado e fiscalizado pelo Setor de Limpeza Pública.

O material oriundo de poda de árvores é transportado por caminhões comuns da prefeitura.

Os animais encontrados mortos (cães, cavalos, etc.) também são coletados, transportados e enterrados em locais apropriados pelo mesmo Setor.

Quanto aos recipientes normalmente utilizados para o acondicionamento do lixo, temos:

- Lixo domiciliar:

\* no Centro, 70% é deixado em sacos plásticos apropriados e o restante de modo variado.

\* na periferia, basicamente em latas impróprias ou em sacos de supermercado.

- Logradouros públicos (praças e jardins):

A limpeza é feita por pessoal ligado à Secretaria da Agricultura, sendo que o material colhido de lixeiras e varredura é devidamente acondicionado e deixado em locais apropriados para serem coletados pelos caminhões do Setor de Limpeza Pública.

Quanto ao destino dos resíduos sólidos, temos:

- todo o lixo doméstico e comercial é encaminhado para uma usina de reciclagem e compostagem no próprio município (vide item "c").

- o lixo público da poda de árvores, bem como entulho, são encaminhados e dispostos pelo Setor de Limpeza Pública ou sob seu controle em locais separados e fora da usina, porém nas proximidades.

- o lixo hospitalar é encaminhado para valas abertas especialmente para este fim, próximo à usina de compostagem, onde é



aterrado com adição de cal hidratado. Melhor seria se se utilizasse cal virgem, o que mesmo assim não é um bom processo uma vez que os sacos plásticos isolam os resíduos da cal, a menos que se abram muito bem os mesmos para que haja o devido e efetivo contato cal/resíduo, o que normalmente não ocorre. O local não é protegido, o que propicia a ação de "catadores", uma vez estes resíduos somente são cobertos quando atingem muita altura, ou quando chove e o caminhão não consegue operar com segurança. O ideal seria a incineração. A situação recomenda melhorias tão logo seja possível.

c) Usina de reciclagem e compostagem:

Um dos orgulhos da cidade, a usina de reciclagem e compostagem de lixo urbano de Adamantina, foi inaugurada em 13 de Junho de 1989 e iniciou sua operação em 28 de Agosto de mesmo ano.

Localizada na Estrada ADM 30, a 2,5 Km do limite urbano, conta atualmente com 30 funcionários nas diversas atividades desenvolvidas em sua planta, todos trabalhando em regime de 08 horas diárias e recebendo adicional de insalubridade devido ao tipo de exposição a que estão sujeitos, além de terem também o direito a meio litro de leite por dia, cada um.

Com capacidade para processar de 50 a 60 ton/dia, a usina recebe atualmente cerca de 25 ton/dia, sendo 18 ton/dia da própria Adamantina e 7 ton/dia do município de Junqueirópolis.

Cabe ressaltar que tal usina foi implantada a partir de um consórcio entre os Municípios de Adamantina, Lucélia e Flórida Paulista, sendo que seis cidades, além de Adamantina já encaminharam seus lixos urbanos à usina e hoje, por motivos de ordem técnico administrativas não o estão fazendo.

Embora instalada em terreno então de propriedade da Prefeitura Municipal de Adamantina, constatou-se a posteriori que a direção dos ventos predominantes no local é favorável, ou seja, possíveis odores não são direcionados para a área urbana.

A usina compõe-se basicamente das seguintes unidades:

- prédio da administração
- usina propriamente dita:
  - \* recepção
  - \* triagem
  - \* triturador tipo moinho de martelo, que deverá ser substituído por uma peneira rotativa apropriada (homogeneização)
  - \* setor de prensagem, com 02 prensas, sendo uma para plásticos e papéis e outra para metais.
  - \* áreas para estoques de material prensado e vidros
  - \* pátio para decomposição de material triturado e homogeneização, onde o mesmo é disposto em forma de leiras para decomposição aeróbia (fermentação)
  - \* peneiramento para separação do composto orgânico acabado do rejeito.

Os materiais separados na esteira de "catação" passam por uma triagem por tipos que basicamente são:

- papéis, que são separados em três tipos diferentes
- plásticos, idem em seis tipos diferentes
- alumínio, idem em dois tipos diferentes
- outros metais, isto é, latas e chaparias
- vidros

O composto orgânico produzido tem boa aceitação e é todo consumido por agricultores da região para complementação da correção do solo. Aliás, toda a produção tem saída praticamente imediata, ou seja, a

usina não dá conta dos pedidos. O baixo custo do metro cúbico do composto certamente é um dos atrativos do produto.

Cabe lembrar que de maneira geral o composto não apresenta problemas sanitários; contudo, tendo em vista a existência de organismos patogênicos, na forma de cistos altamente resistentes, e considerando a possibilidade de falhas operacionais, não nos parece aconselhável o emprego do composto em culturas de alimentos ingeridos cru, como a alface e o morango. (Saneamento do meio - 1988)

O rejeito resultante do processo é acumulado na própria usina e de tempos em tempos levado para ser aterrado juntamente com lixo hospitalar.

A área da usina é cercada com arame farfado e portanto tem relativa proteção contra a entrada de catadores, que quando ocorre, é esporádica, mesmo porque os materiais, principalmente orgânicos, considerados "aproveitáveis", são colhidos pelos próprios funcionários, que através de uma associação criam porcos, galinhas, coelhos e peixes, além de terem uma horta comunitária, tudo dentro dos limites da usina, com o intuito de reforçar o almoço. Não obstante o aspecto o aspecto social da questão, em termos de saúde pública é discutível se obter complementação alimentar da forma como é feita, visto que exige risco de contaminação indireta.

Segundo levantamentos feitos pela Administração Local, do total de lixo que chega à usina, 82% é transformado em adubo orgânico, 10% são materiais destinados à reciclagem e apenas 8% são rejeitos do processo, contra 50% mencionado na leitura (Saneamento do meio - Oliveira, W. E., 1988), o que causou estranheza.

Uma aspiração do atual Setor de Limpeza Pública é dotar o Município de um incinerador para o lixo dos serviços de saúde. Para tanto, tem-se feito várias gestões no sentido de se viabilizar tal equipamento, o que sem dúvida seria mais uma demonstração de pioneirismo na região quanto à questão do lixo, intimamente ligada à da saúde pública.

#### **5.6.4 Poluição Industrial**

A indústria de maior porte é a usina de álcool de Adaalcool, que segundo consta lança o vinhoto resultante do processo nas próprias lavouras de cana. Não foi possível visita no local.

As demais são de menor porte (máquinas de café, envazadora de sabão e detergentes, móveis, etc.) sem emissões importantes no meio ambiente externo.

Quanto ao Matadouro Municipal, além de ter um sistema próprio para o tratamento de efluentes, licenciado pela Cetesb em dezembro de 1991 e opera atualmente bem abaixo da sua capacidade de projeto (15 bovinos/dia e mais 10 suínos/dia). Cabe salientar que o sangue gerado no processo tem sido lançado no sistema de tratamento indevidamente, o que já foi detectado e cobrado pela Cetesb.

Por outro lado a Municipalidade também "não sente" problemas de poluição na área industrial.

#### **5.6.5 Poluição Agro-Pastoril**

Tem ocorrido apenas casos esporádicos relacionados ao uso inadequado de agrotóxicos por parte de pequenos agricultores de tomate.

### **5.6.6. Planejamento Ambiental**

A Prefeitura Municipal vem desenvolvendo as seguintes atividades na área de meio ambiente:

#### **a) Educação ambiental:**

- Palestras com recursos audio-visuais (video cassete), destinadas aos jovens da rede estadual de educação (1º e 2º graus)
- Excursões a usina de reciclagem e compostagem de lixo do Município e ao viveiro de mudas, ambos mantidos pela Prefeitura, para alunos de 1º e 2º graus da rede escolar.
- Semana do verde: evento com exposição de plantas e pequenos animais com o objetivo de passar mensagem de preservação do meio ambiente vem sendo realizada a 8 anos.

#### **b) Produção de Mudanças:**

- Viveiro destinado à produção de mudas de espécies nativas e exóticas, que são distribuídas gratuitamente aos municípios, para reflorestamento, recomposição de matas ciliares, arborização urbana, implantação de pomares domésticos e ajardinamentos.

#### **c) Áreas verdes:**

- Implantação e conservação de praças e jardins na área urbana

#### **d) Recuperação e conservação do solo**

- Orientação aos agricultores quanto à utilização de suas áreas de acordo com diretrizes governamentais referentes a preservação do meio ambiente.

Quanto aos recursos hídricos, conforme visto anteriormente, a antiga captação de água para abastecimento do Município, que utilizava um manancial de superfície, o córrego Taipus, teve de ser substituída por outra alternativa, devido a efeitos negativos decorrentes do tipo e da maneira inadequada (do ponto de vista ambiental) de ocupação do solo.

Por outro lado, a que se manter os esforços no sentido de se tratar os esgotos domésticos do Município, visto que apenas uma pequena parcela tem este benefício, sendo o restante lançado "in natura" nos córregos da cidade, obviamente deteriorando a qualidade das águas dos mesmos.

## 6. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

### 6.1. Descentralização, Municipalização e Comando Único

A municipalização dos serviços de saúde do município de Adamantina teve início em final de 1987, início de 1988 e tiveram muita dificuldade na compreensão de como seria a implantação do sistema.

Acreditavam que a proposta era interessante e que traria mudanças importantes para a situação de saúde da cidade, no entanto relatam que a passagem dos serviços do estado para o município foi muito brusca "simplesmente falaram: está municipalizado e pronto, é competência do município e o dinheiro está aqui".

Por falta de conhecimento e orientação, hoje avaliam que uma boa parte dos recursos não foram gastos em função das prioridades. Tiveram momentos de grande dificuldade até meados de 93 e a partir daí houve uma retomada por parte da administração, priorizando a saúde no município.

De acordo com Norma Operacional Básica-SUS 01/1993, do Ministério da Saúde, o município encontra-se no nível de gestão incipiente, assumindo gerenciamento da rede física, contratando e autorizando o cadastramento de prestadores de serviços e exercendo a ação de vistoria física a equipamentos e tecnologia disponíveis.

Também programa e autorizam a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade.

O município não exerce ação de avaliação e controle dos serviços filantrópicos e privados.

Segundo a avaliação da coordenadora de saúde, acredita que o município poderia estar assumindo o nível de gestão parcial, porém, em função de dificuldades com relação a recursos humanos e de um sistema informatizado isto fica prejudicado.

O único equipamento municipalizado é a Unidade Básica IV, e os serviços de S.A.D.T não estão municipalizados, apesar do laboratório funcionar dentro da própria UBS IV, pertencendo ao ERSA 16 e prestando serviços diagnósticos ao município, porém ainda pertencentes ao Estado. Exames mais sofisticados são encaminhados ao Instituto Adolfo Lutz de Presidente Prudente, que é gerenciado diretamente pelo Instituto Adolfo Lutz central de São Pulo.

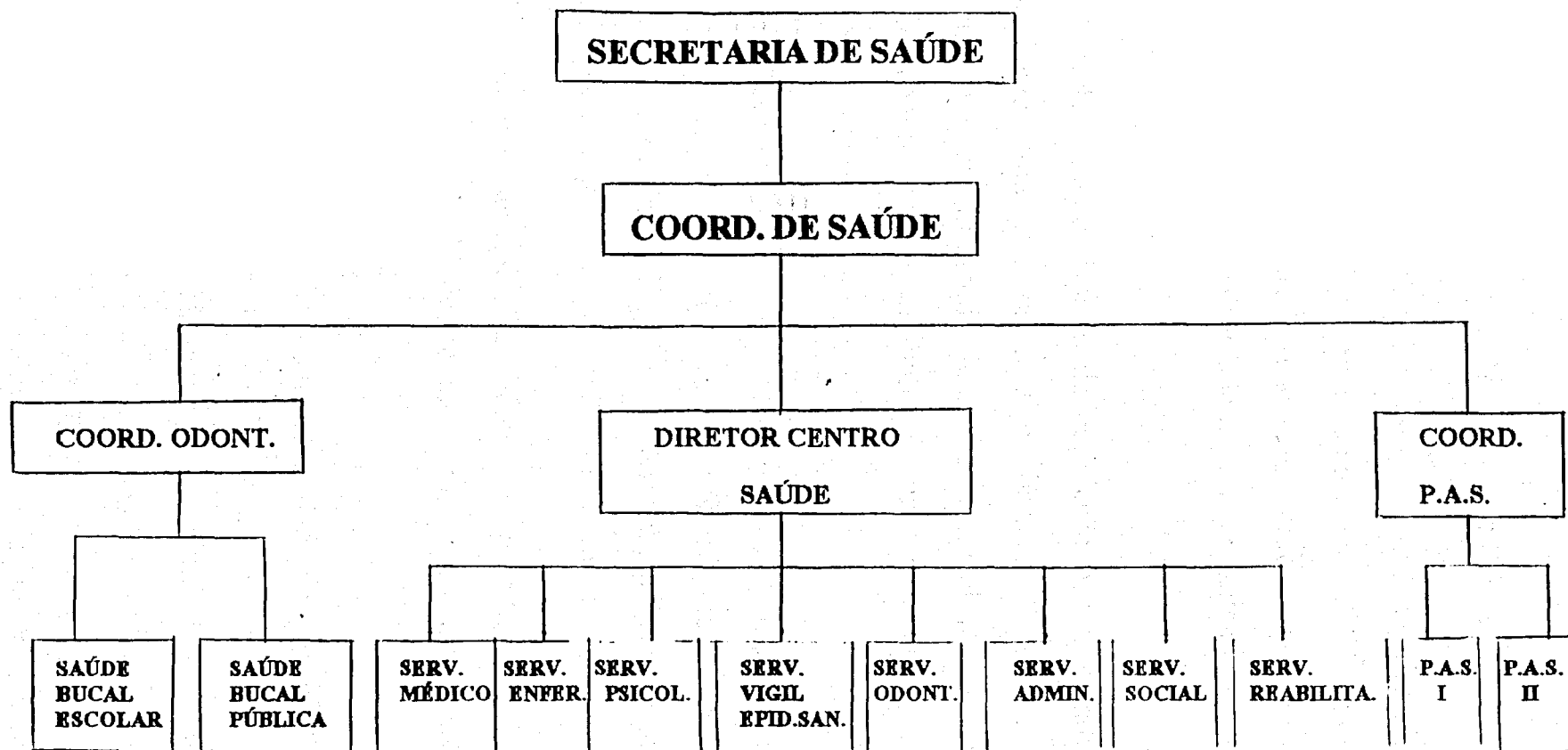
A relação atual do município com o ERSA 16 é de cooperação técnica, bem como com os serviços privados e filantrópicos, pois sempre discutem as dificuldades já que os profissionais acumulam vínculos empregatícios nas várias instâncias.

A vigilância epidemiológica é realizada pelo município, no entanto a vigilância sanitária é de responsabilidade do ERSA 16, que atende alguns municípios da região.

A Secretaria de saúde está estruturada da seguinte forma: Secretário Municipal da Saúde, Coordenador de Saúde, Diretor de Centro de Saúde, Coordenador dos Postos de Assistência à Saúde e um Coordenador de Odontologia, conforme organograma abaixo:



# ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA



### 6.1.1. Operacionalização dos Princípios do SUS em Adamantina

Segundo a coordenadora de saúde, Adamantina situa-se numa região pobre, é um município pequeno com apenas 32.000 habitantes, mas que mesmo assim serve como referência para outros municípios menores da região. Isso se constitui numa dificuldade para o município no que se refere a universalidade dos serviços.

Relata que boa parte da população dessas cidades menores, procuram Adamantina para os serviços básicos de saúde, no entanto acredita que se cada município fosse responsável por essas atividades básicas, Adamantina estaria em outro patamar a nível de integralidade, hierarquização e regionalização dos serviços.

Esses municípios procuram a cidade por falta de recursos humanos, financeiros e falta de vontade política; muitas vezes preferem investir em compra de ambulâncias para remoção para outro município do que investir nos serviços de saúde do próprio município.

No que se refere a referências para a própria população encontram muitas dificuldades como para casos mais complexos de neurologia, traumatismos, etc.

Em alguns casos existe a necessidade de registro de boletim de ocorrência policial para garantir atendimentos ao usuário. Exames mais complexos como eletroencefalograma são realizados na própria cidade, porém a leitura e o laudo é feito em outro município, por falta de profissional especializado. A falta de especialidades na região é um entrave para a autonomia da região, onerando o município com o transporte de clientela.

◦ As unidades básicas de saúde de Adamantina têm como instituições de referência local a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Psiquiátrico Espírita e o laboratório Regional de Adamantina. Também são utilizados o Hospital de Base de Bauru e Unidade Básica de Osvaldo Cruz para cirurgias oftalmológicas.

Outros municípios utilizados como referência são: Marília, Tupã, Presidente Prudente e Jaú. As especialidades mais solicitadas na referência são: neurologia, endocrinologia, hematologia, oncologia. Os exames são: EEG ( leitura e laudo), endoscopia, mamografia, mapeamento e outros.

◦ A Santa Casa , embora esteja como referência regional, isso não ocorre na prática, pois grande parte dos equipamentos especializados não pertencem a mesma, ficando a critério dos proprietários quanto ao atendimento ou não do usuário do sistema.

O atendimento ambulatorial da Santa Casa conta com poucas ofertas em especialidades, o que tem levado os responsáveis de saúde da cidade a equipar a Unidade Básica IV com atendimentos mais complexos. Tem o objetivo de transformá-la num ambulatório de especialidades. Em função disto, Postos de Assistência à saúde têm se tornado ociosos, pois a população acaba se deslocando para o local com mais recursos e garantia de atendimento. O município está verificando a possibilidade de formação de consórcios inicialmente com 11 municípios vizinhos pertencentes ao ERSA 16 e, posteriormente, abrangendo 23 municípios com a fixação do profissional especialista na Santa Casa de Adamantina, por ser a maior daquela região.

### 6.1.2. Financiamento

As fontes de financiamento ao setor saúde são provenientes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e a parcela da dotação orçamentária municipal. Esta parcela está em torno de 5 a 7%, o que na realidade deveria ser 10%, porém, deste valor, 8% é destinado a Santa Casa e 2% ao Hospital Psiquiátrico Espírita.

O repasse é feito através das faturas dos serviços prestados pelos equipamentos de saúde. As verbas estaduais destinadas a custeio e investimento vem via Prefeitura e antes vinham direto. O que é destinado pelo município é um ponto de estrangulamento na resolubilidade dos serviços, pois referem baixo investimento em custeio, recursos humanos, materiais, medicamentos e salários.

Existe uma conta especial que se constitui no Fundo Municipal e a prestação de contas é feita mensalmente tanto para o Conselho Municipal de Saúde como para o Estado.

O plano municipal de saúde é elaborado pelos diretores de saúde, a cada dois anos, atendendo solicitação do Ersas, recebendo assessoria técnica deste, no entanto até o momento sem a participação efetiva da população. Consideram que a priorização no plano deveria ser a maior participação do município no financiamento no setor saúde.

### 6.1.3. Participação da População e Controle Social

O Conselho Municipal de Saúde de Adamantina foi instituído pela Lei nº 2522, de 20 de dezembro de 1993.

Teoricamente possui caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo. Anexo 7.

O Conselho Municipal de Saúde tem como objetivo básico atuar na formulação de estratégias, fiscalização e no controle e avaliação da execução da política municipal de saúde. De acordo com o relato da Equipe Central responsável pela saúde do município, o conselho de saúde "foi formado de forma atropelada para cumprir uma norma do Estado". sic

Na sua formação, o prefeito de Adamantina designou alguns membros e outros membros foram convidados, como a comunidade em geral, as associações de bairro e os prestadores de serviços.

O Conselho reúne-se mensalmente, e no início de sua formação a participação da comunidade era mais efetiva, hoje participam realmente do conselho, representantes da saúde da Santa Casa, do Hospital Psiquiátrico e da Unidade Básica IV. Avaliam que a falta de participação da população é de não compreensão do papel do conselho, faltando motivação e entendem que a resolutividade pequena.

Além desses fatores existe um critério de faltas, que após três consecutivas o representante é eliminado do Conselho.

Em 21 de setembro de 1991, foi realizada a 1ª Conferência Regional de Saúde dos municípios integrantes do ERSA 16. Teve como tema central "Saúde - a Municipalização é o Caminho". Anexo 8.

A principal resolução foi a formação do Conselho Municipal de Saúde, que efetivamente só foi constituído em dezembro de 1993. Existe a indicação de uma nova conferência regional para 1995.

#### **6.1.4. Sistema de Informação/Comunicação**

O sistema de comunicação é extremamente precário, pois a Unidade Básica IV conta, apenas, com uma linha telefônica para atender a área administrativa e assistencial. A comunicação com o PAS I e II é realizada através de telefone ponta-a-ponta, sem comunicação direta com outros recursos da comunidade, levando à grande dificuldade no atendimento diário de rotina, como em casos de urgência e emergência.

As informações de saúde são repassadas para o Ersa e o sistema de informação atual implantado pela Secretaria de Estado da Saúde não é eficiente no retorno de dados. As fichas de atendimento ambulatorial não são digitadas mensalmente e conseqüentemente não há registros de qualidade e morbidade, sendo somente dos dados quantitativos através da fatura mensal. O planejamento das atividades é informal e emergencial ocorrendo de acordo com o surgimento de necessidades.

### 6.1.5. Recursos Humanos

☉ O quadro geral de profissionais da Saúde conta com funcionários municipais, estaduais e federais. Há desigualdade na contratação e isto acarreta problemas gerenciais, pois funcionários da mesma categoria, desempenhando a mesma função, recebem salários diferentes, bem como benefícios obtidos pelo funcionários municipais (cestas básicas, vale transporte, etc) não extensivos aos demais funcionários.

Não existe plano de carreira, cargos e salários para os funcionários municipais e estaduais. Há alta rotatividade de profissionais nos serviços devido a baixa remuneração, principalmente para a área de enfermagem e área médica.

☉ Não existe um programa de desenvolvimento por parte da Prefeitura aos profissionais da área de saúde. Em alguns momentos cursos são pagos pelo próprio profissional ou oferecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, como por exemplo curso para formação de auxiliares de enfermagem.

Cursos para manuseio de novos aparelhos e equipamentos são realizados em Marília e a Prefeitura paga transporte e estadia.

### 6.2. Organização do Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde

A territorialização não foi realizada e não está em evolução no momento. Não foram definidas a área de abrangência das unidades, embora fosse essa a intenção quando foram montados os P.A.S.(s).

Referem que a população reagiu contrariamente a esta proposta, aconteciam brigas no balcão de agendamento "pois estão acostumados a procurar o médico que preferem".sic

Acreditam que seria necessário um trabalho educativo com a comunidade para que pudessem compreender essa distância de trabalho territorializado. A unidade mais procurada continua sendo a UBS IV, devido justamente ao maior número de médicos, especialistas e equipamentos.

Relatam que todas unidades trabalham com procura do dia, havendo agendamento somente para gestantes e menores de 01 ano. Isso ocasiona um período de espera grande, sendo que os usuários chegam às unidades para serem atendidos ainda de madrugada e mesmo assim em alguns casos não conseguem atendimento. Além dessas unidades existe como referência terciária a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Psiquiátrico Espírita, sendo que muitas vezes a população procura os hospitais para atendimento primário.

No momento está sendo realizado um trabalho educativo junto a população para que realmente utilize as unidades básicas como porta de entrada. Existe a reivindicação da direção da Santa Casa da implantação de um Pronto Socorro Municipal na própria Santa Casa, para os atendimentos de urgência no entanto a Prefeitura refere falta de recursos.

Além desses serviços para atendimento ao público existem os seguintes convênios: Unimed, Plantel, Cabesp, Economus, Faec, INPS Patronal, Cesp, Caci e Sabesprev.

### **6.3. Modelo Assistencial**

O modelo atual implementado ainda é predominantemente curativo, devido a falta de recursos humanos e materiais. As ações de caráter coletivo que vem ocorrendo são:



- Programa Saúde - criança - trabalho realizado com crianças que frequentam creches no tratamento a escabiose, pediculose, verminose e anemia.

- Programa de saúde Bucal - executados nas escolas

- Programa com gestantes carentes do Bairro Parque do Sol, realizado com a colaboração de várias secretarias através do Grupo Participativo IV - Saúde.

- Ação Educativa na detecção e prevenção da Hanseníase com a participação das alunas do curso de enfermagem.

#### 6.4 Caracterização dos Serviços de Saúde

No município de Adamantina existem três unidades ambulatoriais para fins de atenção primária à saúde, assim distribuídas: (anexo 9)

- 01 - Unidade Básica de Saúde IV, localizada num bairro próximo à região Central.

- 02 - Postos de Assistência à Saúde (P.A.S.), localizados em região periférica.

Existe, também, um hospital de localização vizinha à UBS IV que vem a ser a Santa Casa de Misericórdia e constitui o único recurso existente para atendimento de emergência e internações de pacientes residentes no município, bem como de outros próximos. Em relação à saúde mental, existe o Hospital Psiquiátrico Espírita de Adamantina, portanto, voltado ao atendimento terciário, porém, restrito à pacientes do sexo masculino, sendo referência para ERSA 16-Adamantina e ERSA 32-

Dracena abrangendo 23 municípios. O horário de atendimento das unidades básicas de saúde é das 7:00 às 17:00 hs e nos hospitais é ininterrupto.

#### 6.4.1. Unidade Básica de Saúde IV:

Quanto à estrutura física, a unidade é dotada por nove consultórios médicos (um deles é destinado à atendimento oftalmológico), sete salas para atendimento de enfermagem (vacina, curativo, coleta de materiais), uma sala para fins de atendimento odontológico, cinco salas e dois banheiros são ocupados pelo laboratório regional de Adamantina (órgão estadual); existe, ainda, área destinada para atendimento de recepção, dois sanitários para os usuários, uma sala de reunião, uma sala de espera, farmácia e uma copa. Quanto à Recursos Humanos, o quadro da unidade é de 53 funcionários, destes 24 são servidores estaduais e 29 são servidores municipais, assim distribuídos:

- equipe técnica: 11 médicos ( 7 clínicos, 01 pediatra, 02 ginecologistas/obstetras, 01 oftalmologista)

- 07 odontólogos locados em escolas, e na própria unidade, 01 Assistentes Sociais, 01 Psicólogos, 03 Enfermeiras, 06 atendentes de enfermagem, 04 auxiliares de saúde

- equipe administrativa: composta por 20 servidores ligados à área administrativa e operacional.

A coordenação e chefia da unidade é exercida pelo médico pediatra. O modelo de atendimento basicamente é assistencial, sendo que a maior parte da demanda de usuários é espontânea. São agendados previamente crianças e gestantes, incluídas no programa de pré-natal. A

demanda reprimida é agendada na própria unidade e os pacientes com problemas de saúde mais complexos são encaminhados para UBS no município de Oswaldo Cruz ou P.S.Hospital de Marília. O atendimento médico é feito no âmbito da clínica geral e das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia, pediatria, oftalmologia, dermatologia (voltado para o programa de hanseníase) e cardiologia. Os exames especializados realizados na unidade são os seguintes: eletrocardiograma, eletroencefalograma (somente mapeamento, pois o laudo é emitido em Marília), ultra-sonografia. Quanto à equipamentos para funcionamento de serviço, os mais significativos são:

- 01 sonar
- 01 colpocópio
- 01 eletrocautério
- 01 RX odontológico
- 01 aparelho compressor para inalação
- equipamento completo na área de oftalmologia
- 02 geladeiras medinic para atividades de vacinação
- 01 geladeira de estoque de vacina e soro
- 01 estufa
- 05 balanças (3 para adulto e 2 pediátrica)

Conforme levantamento estatístico efetuado de janeiro a setembro/1994, foi apontada a seguinte produção de serviços básicos:

- consultas/clínica geral =	13.773
- consultas ginecologia =	2.867
- consultas obstetrícia =	1.912
- consultas pediatria =	2.940
- consultas oftalmologia =	2.654

- atendimento programa hanseníase =	349
- atendimento odontológico=	13.373
- atendimento grupal =	21
- exame eletrocardiograma =	600
- exame eletroencefalograma=	242
- exame ultra-sonografia =	260
- exame colposcopia =	481

À proximidade da unidade de saúde com a Santa Casa local, acarreta aumento da demanda de atendimento de urgências, em prejuízo do atendimento básico.

**6.4.2 Posto de Assistência à Saúde I: foi inaugurado há 05 anos, sendo a sua estrutura física composta por 20 salas, assim distribuídas:**

- 03 consultórios médicos
- 02 salas para atendimento de enfermagem
- 01 consultório odontológico
- 01 sala de espera
- 01 sala para coleta de material
- 01 sala de esterilização e preparo de material
- 01 sala de vacina
- 01 sala para curativos, inalação e pequenas cirurgias
- 01 copa
- 04 banheiros
- 01 farmácia
- 01 despensa
- 01 secretaria
- 01 fichário

Em termos de recursos humanos, a unidade conta com 13 funcionários, sendo que destes, onze são servidores municipais e dois são servidores estaduais, que exercem as seguintes funções:

- equipe técnica: 01 clínico geral, 01 pediatra, 01 odontólogo, 01 ginecologista
- equipe de enfermagem: 03 auxiliares de enfermagem e 03 atendentes de enfermagem
- equipe administrativo/operacional: 01 escriturária, 01 servente.

O modelo de atendimento basicamente é assistencial voltada para:

- consulta médica (clínica geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia)
- consulta odontológica
- vacinação
- atendimento geral de enfermagem: curativo, inalação, injeção, coleta de material (sangue, fezes, urina), retirada de pontos, drenagem de abscesso.
- atendimento de farmácia: medicamentos são remanejados da UBS IV.

O modelo de atendimento é basicamente assistencial, sendo as consultas marcadas por ordem de chegada, o que gera fila de espera, em horário bem anterior do horário do expediente. Para atendimento odontológico, a prioridade é dada às crianças e adulto em caso de urgência. A produção de serviços básicos prestados no período de janeiro a setembro/1.994, foi a seguinte:

- consulta médica clínica geral	=	3.022
- consulta médica ginecologia	=	1.856
- consulta médica obstetrícia	=	551
- consulta médica pediatria	=	2.380
- atendimento odontológico	=	2.117

A supervisão da unidade é feita por uma enfermeira.

#### 6.4.3. Posto de Assistência à Saúde II

A unidade conta com 14 salas assim distribuídas:

- 02 consultórios médicos
- 01 consultório odontológico com estufa
- 01 farmácia/secretaria
- 04 banheiros
- 01 sala para vacina
- 01 sala para curativos, injeção, coleta de material
- 01 copa
- 01 sala para atendimento de enfermagem
- 01 sala de espera

É uma unidade menor e conta com quadro de 10 funcionários, sendo que todos vinculados ao serviço público municipal e exercem as seguintes funções:

- equipe técnica: 01 médico clínico geral, 01 médico pediatra, 01 médico obstetra, 01 odontólogo, 01 enfermeira, 03 auxiliares de saúde

- equipe administrativa: 01 escriturário, 01 auxiliar de serviço.

Os serviços oferecidos são de caráter assistencial, voltados para:

- consulta médica: pediatria, ginecologia, obstetrícia( a partir de agosto/94), clinica geral

- consulta odontológica

- farmácia

- vacinação

- atendimento geral de enfermagem: curativos, injeções, coleta de material para exame de laboratório.

O gerenciamento de pessoal está a cargo de 01 enfermeira.

Segundo o Plano Diretor de Adamantina, o número de médicos e dentista é suficiente para atendimento da demanda espontânea e as consultas são marcadas por ordem de chegada. A produção de serviços básicos da unidade, no período de janeiro a setembro/94 foi:

- consultas clínico geral	=	3.321
- consultas ginecologia	=	134
- consultas obstetrícia	=	27
- consultas pediatria	=	1.839
- consultas odontologia	=	2.617

#### 6.4.4. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Adamantina:

FINALIDADE: Sociedade filantrópica. É um hospital de referência regional dos 11 (onze) Municípios do ERSA-16.

##### Estrutura Física:

Ambulatório: possui 30 salas sendo que 11 são consultórios médicos com 04 leitos.

Urgência/Emergência: São 29 salas, 03 consultórios com 06 leitos.

Berçário: Berço recém nascido normal 09

Berço recém nascido prematuro 03

Recém nascido patológico 03

Alojamento conjunto 11

Fototerapia 01

Incubadora 03

Berço aquecido 01

U.T.I.: sete salas com cinco leitos

Lactário: 01 sala

Fisioterapia: 05 salas

Hemodiálise: 04 salas



## EDIFICAÇÃO

Área total construída: 5.035 m<sup>2</sup> em fase final de construção:

2.107,05 m<sup>2</sup>

### Atividades Gerais:

- Clínica cirúrgica
- Clínica médica
- Clínica obstétrica
- Clínica pediátrica
- Unidade de diagnóstico e terapêutica
- Urgência/emergência
- Ambulatório
- Banco de sangue
- Berçário
- Unidade de terapia intensiva

### Atividades da Unidade de diagnóstico e terapêutica:

- Laboratório de análises clínicas
- Laboratório de anátomo patológico
- Radiologia
- Endoscopia digestiva
- Eletrocardiografia - dinâmica (holter+ergometria)
- Serviço social
- Uretrocistoscopia
- Ultra-sonografia
- Mamografia
- Hemodiálise

- Atendimento Ambulatorial - Especialidades

- Urologia
- Nefrologia/Diálise
- Pediatria
- Clínica Médica
- Cirurgia Vascular
- Ginecologia
- Obstetrícia
- Ortopedia/Traumatologia
- Cirurgia Geral
- Dermatologia
- Pneumologia

CARACTERIZAÇÃO - Conforme Plano Diretor Município

1.992

Número de Leitos - Total 161

Por especialidades:

- clínica médica - 54
- clínica cirúrgica 27
- clínica obstétrica 39
- clínica pediátrica 36
- U.T.I 06

#### **6.4.5. Hospital Psiquiátrico Espírita de Adamantina**

Encontra-se em funcionamento desde 04.08.1980. Possui duas alas já concluídas e sua capacidade operacional é de 160 leitos. Realiza internação à pacientes do sexo masculino com doenças mentais, alcoolistas, psicóticos, neuróticos, distúrbios de comportamento e similares. Pacientes do sexo feminino são encaminhadas para o município de Tupã. É hospital de referência, dentro de sua especialidade, por ser o único a prestar atendimento junto ao ERSA-16 Adamantina e ERSA-32 Dracena.

O quadro de pessoal é composto por 71 funcionários sob regime CLT, nas seguintes funções:

- equipe de enfermagem : 02 enfermeiros, 07 atendentes de enfermagem, 15 auxiliares de enfermagem
- equipe técnica: 05 médicos, 02 psicólogos, 02 assistentes sociais, 02 terapeutas ocupacionais, 01 nutricionista
- equipe administrativa operacional - 35 funcionários exercendo funções diversas. O modelo de atendimento é curativo, voltado somente para casos de emergência.

#### **6.5- Programas**

##### **6.5.1. Saúde da Criança**

O programa engloba consultas médicas pediátricas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional, incentivo ao aleitamento materno, higiene e orientação alimentar. O objetivo é oferecer assistência prescritiva e curativa para garantir o desenvolvimento saudável de crianças de 0 a 10 anos e adolescentes de 11 a 14 anos

incompletos e atendimento especial às crianças de risco (prematuras, baixo peso, desnutridas).

É desenvolvido nas unidades de saúde do município e conta com 3 pediatras, auxiliares de enfermagem e enfermeira supervisora das unidades e 1 assistente social.

A criança é avaliada mensalmente até o 1º ano de vida, bimestralmente até o 2º ano e semestralmente até o 5º ano.

O programa de recuperação nutricional compreende o controle de peso mensal de crianças com baixo peso, visitas domiciliares e entrega de 1 litro de leite por dia. Adamantina recebe 155 litros de leite por dia e possui 150 crianças inscritas no programa. A triagem é feita por médico e avaliação social.

#### 6.5.2. Saúde da Mulher

O programa de saúde da mulher compreende as atividades de Ginecologia e Obstetrícia.

São realizadas por 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem e 2 enfermeiras supervisoras. As atividades tem finalidade preventiva, principalmente no que concerne à Prevenção do Câncer de Mama, Colo de Útero e Pré-Natal.

Estas ações visam manter baixos os índices de Mortalidade e Morbidade Materno-Infantil. Na rotina do atendimento Pré Natal são realizadas consultas mensais com orientações de alimentação, higiene, imunização, crescimento fetal, parto e puerpério, trabalhos em grupo, visitas domiciliares ( na UBS IV).

A gestante é atendida mensalmente na Unidade, recebendo orientações quanto a vacinação, atendimento odontológico, higiene, alimentação, cuidados com o recém nascido, aleitamento materno e o parto.

Os trabalhos em grupo estão restritos as primigestas por terem prioridade nas orientações e será estendido as múltiparas. Esse tipo de trabalho é bem aceito pelas gestantes que frequentam o grupo, apesar do pequeno número de participantes.

As visitas domiciliares realizadas para orientações e adequação dos cuidados ao seu meio são poucas pela falta de viatura no serviço e geralmente dirigem-se as gestantes de alto risco. As atividades de Prevenção de C.A ginecológico e de mama são feitos por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A baixa cobertura na atividade traduz-se por demora no retorno dos resultados, pouca divulgação, justificada pela pequena quantidade de recursos materiais e humanos e existência de outros serviços que fornecem resultados com maior rapidez.

Um outro aspecto a ser levantado é a assistência à gestante durante o parto, que não tem garantido que o profissional que a atendeu em seu pré natal será o mesmo que a atenderá em seu parto.

Na Assistência Ginecológica são realizados exames preventivos de Câncer de Mama e Ginecológico e de outras patologias.

No ano de 1994, até o mês de maio, foram realizados 473 exames preventivos, 1400 consultas médicas obstétricas e 2.700 consultas médicas ginecológicas.

### 6.5.3. Hipertensão arterial

O programa de controle de Hipertensão Arterial é desenvolvido por 1 médico cardiologista, 1 auxiliar de enfermagem e 1 enfermeira supervisora da Unidade Básica IV.

Possuem inscritos no programa 895 pacientes hipertensos e 63 pacientes diabéticos. Não há demanda reprimida. O controle é feito a cada 45 dias com avaliação médica e orientação de enfermagem.

### 6.5.4. Programa de Hanseníase

O programa de Hanseníase é centralizado na Unidade Básica de Saúde IV e é desenvolvido por uma médica dermatologista, 1 auxiliar de enfermagem e 1 enfermeira. Possui 100 pacientes inscritos sendo que 30 comparecem mensalmente para medicação supervisionada, e para os demais o controle é semestral. É realizado o controle dos comunicantes intradomiciliares anualmente e abordagem educativa individual. O programa possui o número de pacientes faltosos quase nulo e o suprimento de medicamentos atende a demanda.

### 6.5.5. Programa de Tuberculose

Este programa é centralizado na Unidade Básica de Saúde IV e é desenvolvido por 1 clínico geral, 1 auxiliar de enfermagem e supervisionado por 1 enfermeira.

Possui, atualmente, 4 pacientes inscritos. O fornecimento de medicamentos atende a demanda. O programa consiste em consultas médicas mensais, orientações e controle dos comunicantes por um período

de 06 meses. Os pacientes são encaminhados por outros setores de saúde e por demanda espontânea. Não existe busca ativa de casos novos.

#### 6.5.6. Saúde Ocular

O atendimento oftalmológico é realizado por 01 médico. O serviço é referência para os municípios de Flórida Paulista, Lucélia, Mariápolis, Pacaembu, Flora Rica. São atendidos também as crianças em idade escolar, encaminhadas após teste de acuidade visual, realizado anualmente nas escolas.

São 16 atendimentos diários. Os casos onde há necessidade de tratamento cirúrgico, são encaminhados para a UBS de Osvaldo Cruz e Hospital de Base de Bauru.

#### 6.5.7. Programa de Saúde Bucal

O atendimento odontológico do município de Adamantina é feito por 8 profissionais e 1 coordenadora. Os profissionais estão distribuído em 07 escolas e 03 unidades de saúde(UBSIV,PAS I,PAS II). Há 10 consultórios odontológicos e o atendimento consiste em extrações, restaurações, prevenção de cáries( aplicação tópica de flúor) e atendimento de urgência.

A procura por tratamento radicais (extração) é muito grande por parte dos adultos. Como o número de profissionais é pequeno, não é possível realizar o programa incremental por inteiro, pois priorizando o incremental haverá falta de atendimento de urgência.

O número de profissionais é insuficiente para atender a demanda. As escolas que não possuem consultório odontológico

encaminham as crianças de acordo com as necessidades para as escolas que atendem e Unidades Básicas de Saúde.

Os recursos destinados para a área são deficitários. Os salários são pagos no dia do vencimento, mas existe defasagem salarial. Em relação à compra de material, o sistema não é prático e é muito lento. Para as solicitações de compra com urgência, o material demora até 65 dias para chegar.

A manutenção dos equipamentos odontológicos é feita por um técnico e as despesas são pagas pela Prefeitura.

A problemática surge quando existe necessidade de reposição de peças, devido à demora supracitada.

O número de procedimentos odontológicos do ano de 1993 foi de 8.870, e no 1º semestre de 1994, este número teve um aumento significativo passando para 12.927 procedimentos.

#### **6.5.8. Saúde Mental**

Há dois anos existiu uma tentativa de composição de equipe básica, psiquiatra, psicólogo e assistente social, que centrava os atendimentos a nível secundário, com dificuldades no reagendamento para o retorno dos pacientes.

⊙ Atualmente, não existe efetivamente estruturado um programa de Saúde Mental.

A UBS IV conta com uma Assistente Social e uma psicóloga que realizam triagem, atendimento individual e familiar, acompanhamento



de casos e encaminhamento para internação ao Hospital Psiquiátrico nos casos emergenciais.

A unidade não dispõe de médico psiquiatra, sendo que os casos com necessidade de avaliação clínica buscam atendimento particular, ou encaminham-se para outras cidades e sendo do sexo masculino procuram o Hospital Psiquiátrico.

#### **6.5.9 Vigilância Epidemiológica**

☉ A vigilância epidemiológica está municipalizada e é coordenada por uma enfermeira.

Não existe no município um sub-programa de controle de Aids. Os casos são avaliados pela enfermagem com respaldo do médico chefe da unidade básica IV, por não haver profissionais treinados ou formados para tal ação. Os casos graves são encaminhados para outros municípios.

Devido a falta de recursos humanos, fica prejudicada a busca-ativa dos contatos com soro-positivos, no entanto são realizadas orientações relativas a prevenção de acordo com as possibilidades. Existe grande procura para realização do exame Elisa para HIV e esses pedidos são feitos pelo médico e encaminhados ao Instituto Adolfo Lutz de Presidente Prudente.

A UBS IV é responsável por notificar e acompanhar os casos de doença de notificação compulsória conforme necessário. As notificações provém da Santa Casa local, UBS, escolas, hospital psiquiátrico e da comunidade.

✓ Existe em Adamantina, um Programa de controle do Aede Aegypti. Contam com uma equipe para combate ao Aedes com 4 visitantes domiciliares e 01 supervisor. A equipe realiza visitas domiciliares, mutirão e arrastão de acordo com a necessidade. Também existe uma ação de combate ao culex para combater focos e criadouros.

• O programa de combate ao cólera é composto por uma comissão que abrange várias secretarias e setores.

Várias visitas domiciliares foram realizadas com o objetivo de orientar sobre:

- utilização de água armazenada
- utilização de cloro
- posição da fossa asséptica em relação aos poços de água
- irrigação de hortas
- limpeza de quintais e caixa d'água

#### **6.5.10 Vigilância Sanitária**

Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações que integram o Sistema Único de Saúde capazes de diminuir, eliminar ou prevenir riscos e intervir sobre problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços e da intervenção sobre o meio ambiente, objetivando a proteção da saúde do consumidor, do trabalhador e da população em geral.

• As ações de Vigilância Sanitária do município de Adamantina são realizadas pelo ERSA-16 que compreende os municípios de Adamantina, Flora Rica, Flórida Paulista, Inúbia Paulista, Irapuru, Lucélia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Sagres e Salmourão.

As ações e serviços não foram municipalizadas, cabendo à equipe do ERSA 16-Adamantina, a realização das mesmas. Esta equipe é formada por um farmacêutico-bioquímico (Diretora da Vigilância Sanitária), 01 engenheiro, 01 enfermeira, 01 agente de saneamento e 01 auxiliar administrativo.

As atividades basicamente desenvolvidas pelo Grupo Técnico de Vigilância Sanitária do ERSA-16-Adamantina são:

- aprovação de projetos dos municípios que não possuem delegação de competência para tal;
- fiscalização nas piscinas para controle do teor de cloro, condições do local, equipamentos de segurança, etc.
- fiscalização nas clínicas dentárias e consultórios odontológicos, principalmente os que fazem uso de Raio X, para expedição de alvará de funcionamento;
- fiscalização nas farmácias, dando ênfase às condições de aplicação de injetáveis e controle de psicotrópicos (medicamentos controlados) e, ainda, para expedição de alvará de funcionamento;
- inspeção em hospitais, laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia, etc (não de maneira sistemática).
- atendimento a reclamações da população que são originadas no Disque Saúde; nas UBSs, ou ainda solicitação de outros órgãos como: Ministério Público e Secretaria de Segurança Pública.

- fiscalização pelos agentes de saneamento nos estabelecimentos que comercializam e/ou produzem gêneros alimentícios em seus municípios de origem.

⇒ A prioridade das ações é dada à fiscalização em estabelecimentos que comercializam e/ou produzem gêneros alimentícios (principalmente os perecíveis).

A inspeção é realizada em forma de mutirão ou seja são deslocados funcionários (agentes de saneamento, supervisor de saneamento) de vários municípios para um determinado local ( município), executando o serviço em conjunto.

Outra atividade realizada de maneira sistemática pela Vigilância Sanitária é o pró-água - Programa Estadual de Vigilância da Água para Consumo Humano, tendo em vista a importância da qualidade da mesma.

O Programa tem como objetivo a avaliação sistemática da qualidade da água servida à população e certificação de sua compatibilidade com as normas e padrões de potabilidade estabelecidos pelos órgãos de Saúde Pública para prevenção de doenças de veiculação hídrica.

Este programa foi implantado em julho de 1991, e desde então, trimestralmente, vem sendo realizado coleta de vários pontos do município para análise pelo Laboratório do Instituto Adolfo Lutz de Presidente Prudente.

O resultado desta análise é sistematicamente repassado ao Prefeito do município para conhecimento e quando da detecção de problemas são solicitadas as providências cabíveis ao órgão responsável pelo controle e abastecimento da água.

Além desse, outros dois programas são desenvolvidos pelo Grupo Técnico, sob coordenação do Centro de Vigilância Sanitária, são eles: pesquisa de iodo no sal comestível e pesquisa de aflatoxina no amendoim.

Compete ao Estado e à União o papel de árbitro na existência de interesses divergentes entre os municípios, a ação normatizadora maior que dê uniformidade mínima na ação de todos os municípios, a prestação de serviços que por suas características tenham abrangência intermunicipal e, finalmente, a supervisão e controle da qualidade dos serviços municipais de saúde.

Em contrapartida ao controle do Estado e da União, cabe ao cidadão o controle da prestação de serviços municipais, estaduais e federais, que estejam colocados à sua disposição, devendo, para poder exercer este controle, ter acesso às informações que lhe permitam avaliar estes serviços e exercer a defesa de seus direitos.

Diante do exposto, fica claro a competência do município quanto à execução das atividades de vigilância sanitária. Para que tal fato se concretize, há necessidade do município:

- ter incluído em seu Plano Diretor, a execução das ações de Vigilância Sanitária;
- elaborar um Código Sanitário próprio com as exigências mínimas do Código Sanitário Estadual ou ainda adotar o Estadual;
- contratar recursos humanos para execução das atividades.

O Grupo Técnico de Vigilância Sanitária do ERSA 16-Adamantina, tem um relacionamento satisfatório com a Prefeitura do município, no que diz respeito às ações e serviços.

Porém, para atender a demanda da vigilância sanitária no município de Adamantina e dar continuidade aos programas de saúde, faz-se necessário maior implementação de recursos humanos e materiais, considerando a complexidade dos procedimentos.

## ☞ 7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Com o objetivo de avaliar as condições de saúde do Município de Adamantina, achou-se oportuno estudar sob uma abordagem epidemiológica, aspectos relacionados à distribuição da população e de alguns indicadores de saúde.

### **7.1. Distribuição da População por Faixa Etária e Sexo.**

Segue abaixo nas tabelas nº 3, 4 e 5 a distribuição da população do Município de Adamantina por sexo e por faixa etária nos anos de 1980, 1991 e 1994.

**TABELA 3: Distribuição em número e porcentagem da população residente, segundo sexo e faixa etária, Município de Adamantina, 1980.**

SEXO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAIXA ETÁRIA						
00-09	3533	11,03	3337	10,41	6870	21,44
10-19	3951	12,33	3681	12,05	7812	24,39
20-29	2685	8,38	2682	8,37	5367	16,75
30-39	1834	5,72	1983	6,19	3817	11,91
40-49	1670	5,21	1750	5,46	3420	10,67
50-59	1227	3,83	1119	3,49	2346	7,32
60-69	756	2,36	717	2,24	1473	4,60
70 e +	486	1,52	450	1,40	936	2,92
<b>TOTAL</b>	<b>16142</b>	<b>50,38</b>	<b>15899</b>	<b>49,62</b>	<b>32041</b>	<b>100,0</b>

Fonte: - Censo Demográfico - IBGE ano 1980



**TABELA 4 : Distribuição em número e porcentagem da população residente, segundo sexo e faixa etária Município de Adamantina 1991.**

SEXO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa Etária						
0-4	1439	4,49	1457	4,55	2896	9,04
5-9	1576	4,91	1510	4,70	3086	9,61
10-14	1620	5,04	1580	4,92	3200	9,96
15-19	1506	4,70	1486	4,63	2992	9,33
20-24	1359	4,23	1410	4,40	2769	8,63
25-29	1322	4,12	1365	4,25	2687	8,37
30-34	1199	3,73	1252	3,90	2451	7,63
35-39	1068	3,32	1131	3,52	2199	6,84
40-44	890	2,77	910	2,83	1800	5,60
45-49	763	2,38	864	2,70	1627	5,08
50-54	697	2,18	776	2,41	1473	4,59
55-59	697	2,18	775	2,41	1472	4,59
60-64	566	1,76	577	1,80	1143	3,56
65-69	445	1,39	447	1,40	892	2,79
70-74	306	0,96	300	0,93	606	1,89
75 e +	376	1,18	422	1,31	798	2,49
<b>TOTAL</b>	<b>15.826</b>	<b>49,34</b>	<b>16.260</b>	<b>50,66</b>	<b>32.086</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Censo demográfico - IBGE ano 1991.

**TABELA: 5 Distribuição em número e porcentagem da população residente, segundo sexo e faixa etária Município de Adamantina, 1994.**

FAIXA ETÁRIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
00-04	1504	4,75	1506	4,90	3010	9,65
05-09	1525	4,80	1504	4,75	3029	9,55
10-14	1598	5,04	1538	5,00	3181	10,04
15-19	1526	4,81	1533	4,83	3059	9,64
20-24	1373	4,33	1423	4,49	2796	8,82
25-29	1352	4,27	1379	4,34	2731	8,61
30-34	1267	4,00	1327	4,18	2594	8,18
35-39	1142	3,60	1198	3,78	2340	7,38
40-44	961	3,03	998	3,14	1959	6,17
45-49	797	2,51	851	2,68	1648	5,19
50-54	644	2,03	697	2,20	1341	4,23
55-59	566	1,79	618	1,94	1184	3,73
60-64	452	1,42	497	1,56	949	2,98
65-69	357	1,12	404	1,27	761	2,39
70-74	242	0,77	276	0,87	521	1,64
75 e +	261	0,82	343	1,08	604	1,90
<b>TOTAL</b>	<b>15567</b>	<b>49,09</b>	<b>16140</b>	<b>51,01</b>	<b>31707</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fundação Seade

### **7.1.1 Estrutura da Pirâmide Populacional**

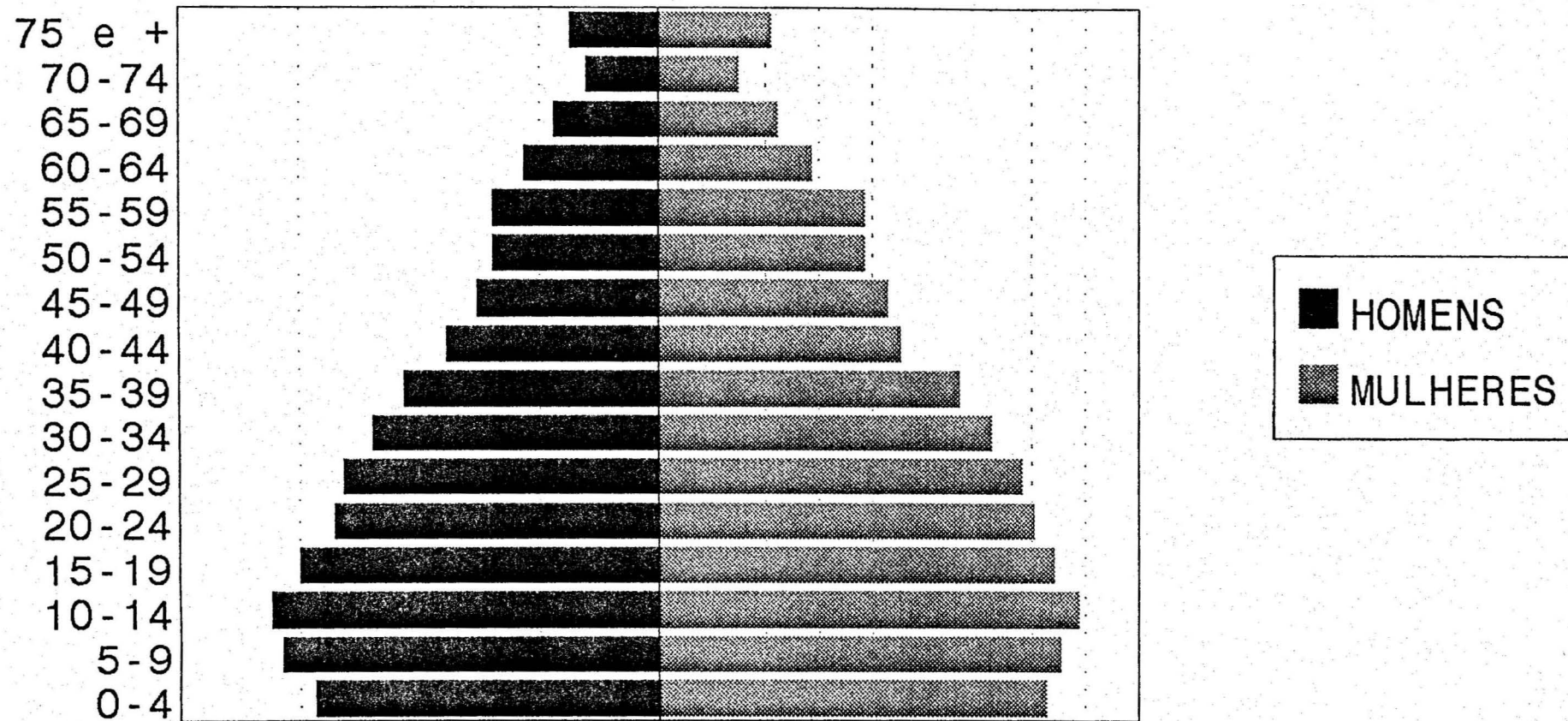
#### **\* Análise da Pirâmide populacional 1991**

A análise da Pirâmide Populacional do Município de Adamantina, ano de 1991, aproxima-se muito do tipo 5, ou seja, representa uma população que está experimentando uma rápida diminuição do coeficiente de natalidade, já tendo baixo coeficiente de mortalidade. É considerado um tipo de pirâmide de transição.

# PIRAMIDE POPULACIONAL

ADAMANTINA

1991



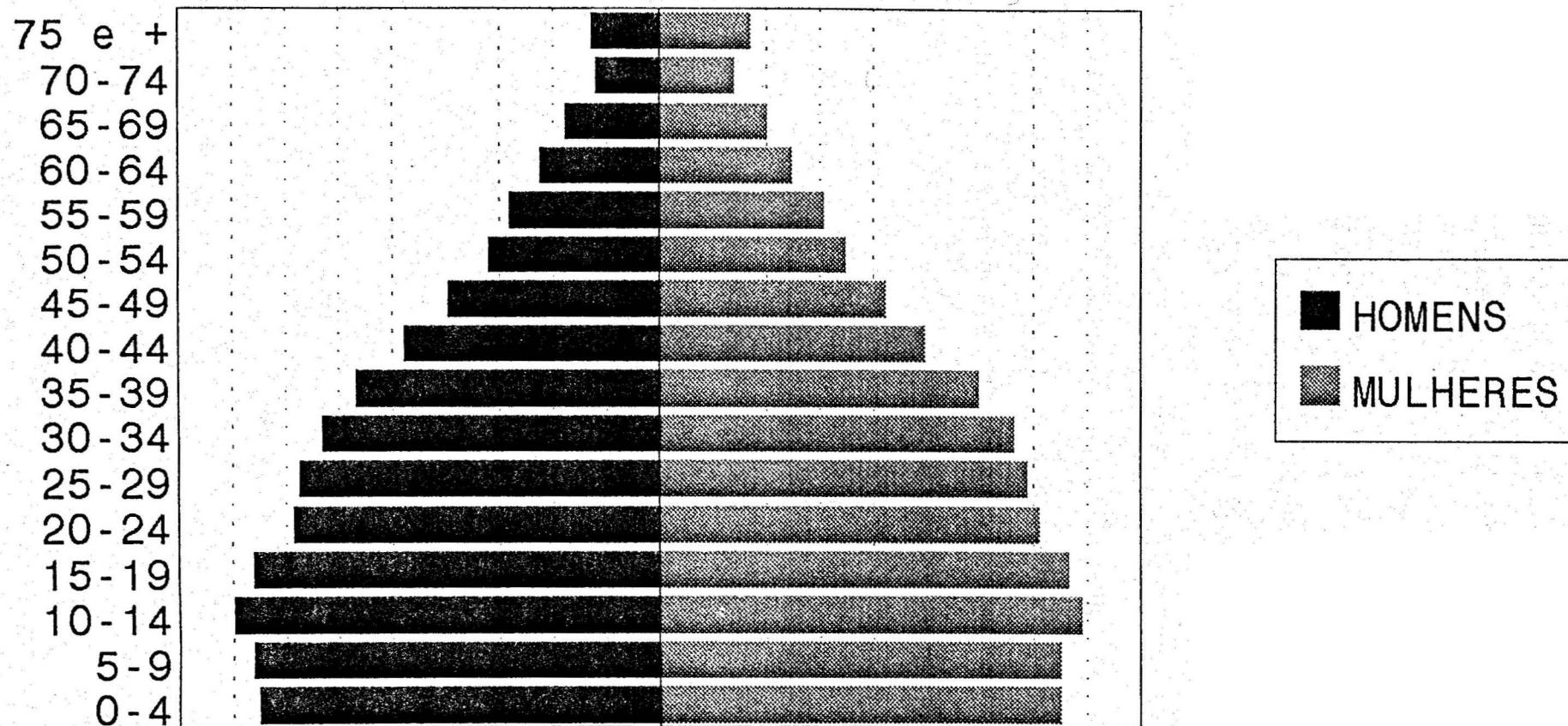
## ☞ **Análise da Pirâmide Populacional, 1994**

A análise da Pirâmide Populacional do Município de Adamantina ano 1994, mostra o mesmo padrão observado na Pirâmide do ano de 1991, ou seja, coeficiente de natalidade em queda e coeficiente de mortalidade baixo.

# PIRAMIDE POPULACIONAL

ADAMANTINA

1994



## **Análise da Pirâmide Populacional, 1980.**

Em 1980, a Pirâmide Populacional já apresentava um padrão tipo 5, notando-se entretanto, grande diminuição no número de habitantes na faixa etária de 20-29 anos, indicando talvez a migração da população jovem de ambos os sexos em busca de oportunidades de trabalho em outros locais.

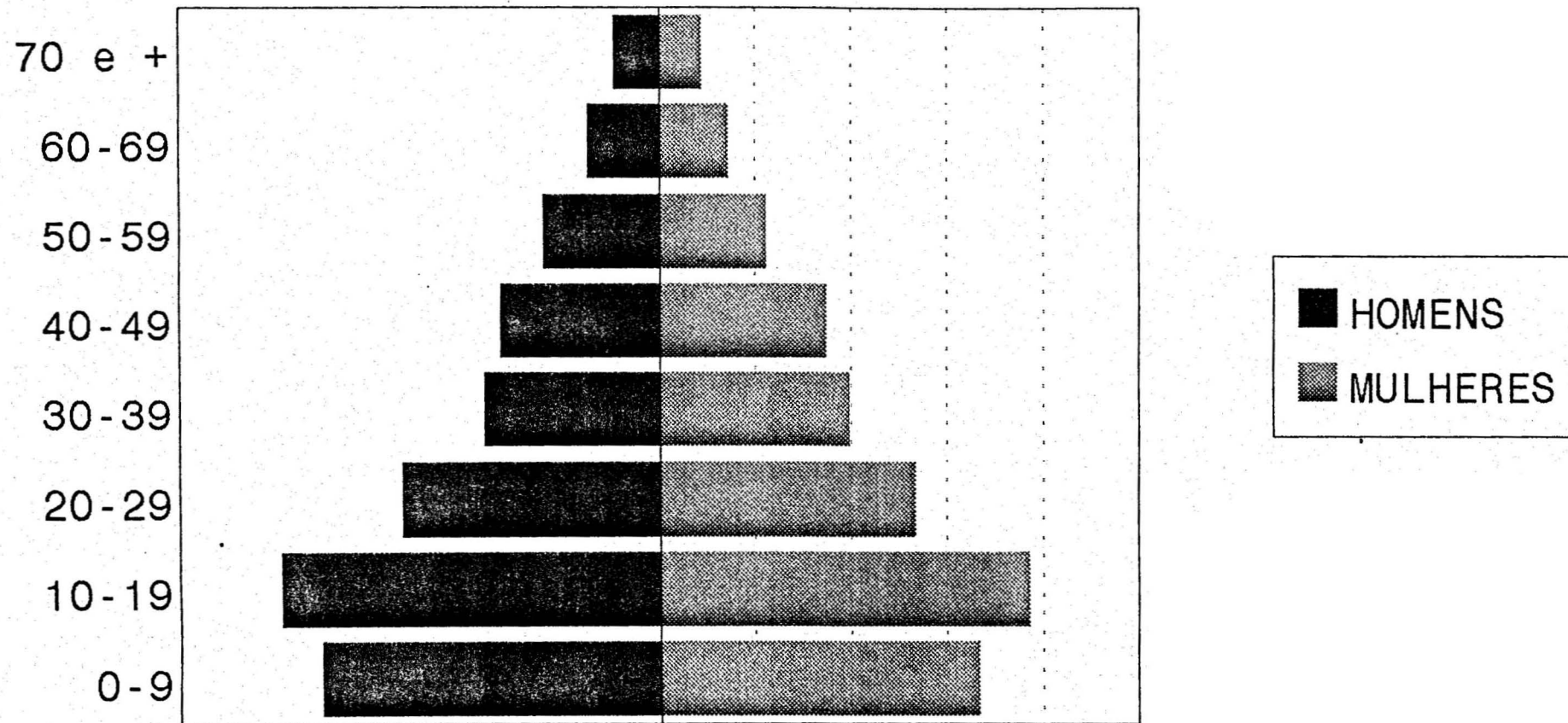
Comparativamente, nas pirâmides de 1991 e 1994, tal redução abrupta na faixa etária de 20-29 anos não é observada, coincidindo talvez com a abertura de cursos de nível superior no Município, que se iniciaram no fim da década de 80.

Comparando-se ainda a pirâmide de 1980, com as mais recentes, observamos grande aumento do número de habitantes nas várias faixas etárias mais avançadas, traduzindo o envelhecimento da população.

# PIRAMIDE POPULACIONAL

ADAMANTINA

1980



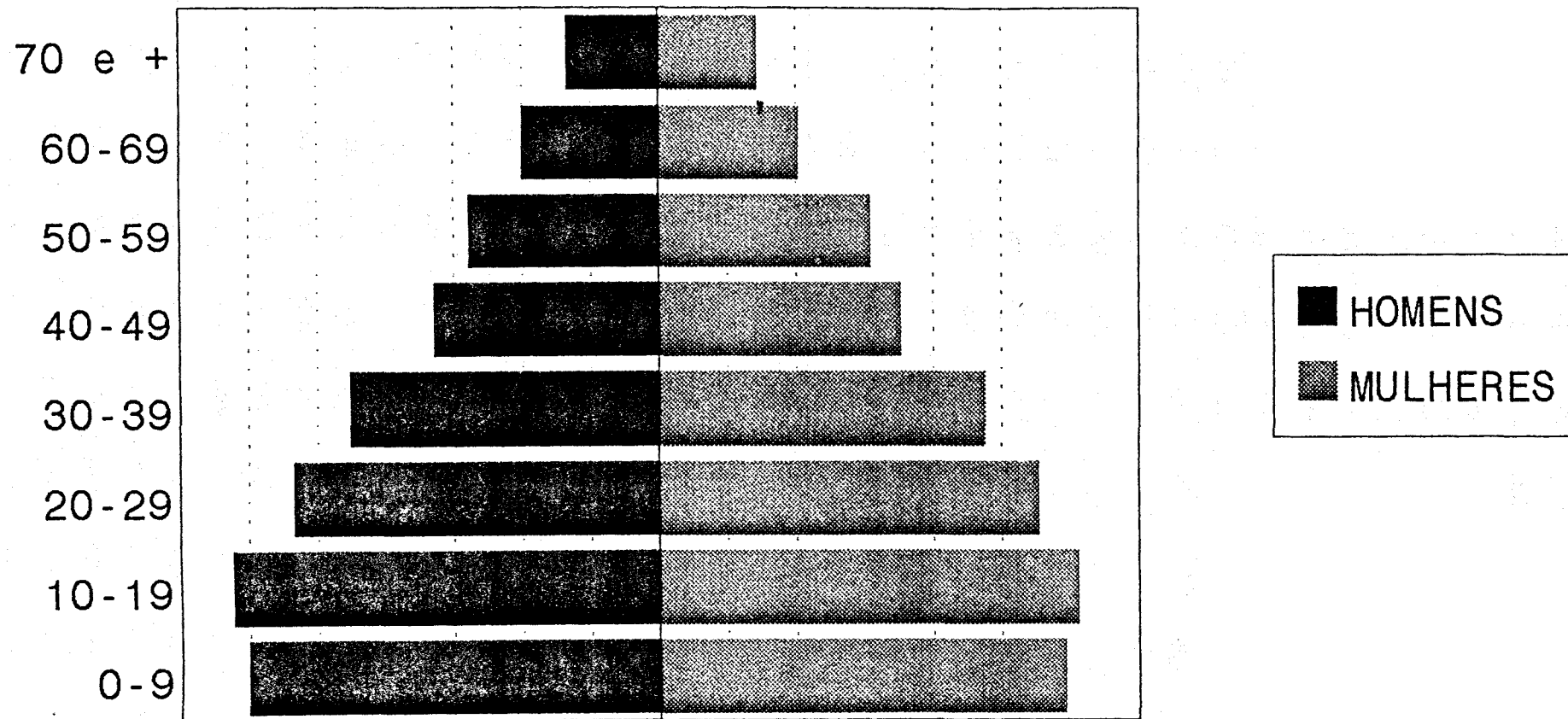
CENSO DEMOGRAFICO IBGE - 1980



# PIRAMIDE POPULACIONAL

ADAMANTINA

1991



### 7.1.2. Razão de Masculinidade

A razão de masculinidade é definida como o número de homens de uma população por mil mulheres da mesma população.

Ela permite uma comparação direta da composição por sexo de populações diferentes, independente dos seus respectivos tamanhos.

É um número bastante estável na população humana. Em países com bons indicadores de saúde há uma proporção de 5 a 6% a mais de homens em relação às mulheres ao nascimento.

No decorrer da vida, morrem mais homens do que mulheres. O equilíbrio entre homens e mulheres seria alcançado na idade adulta e a partir de então haveria um predomínio da população feminina em relação a masculina.

**TABELA: 6 Razão de masculinidade no Município de Adamantina, 1991.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Razão de Masculinidade</b>
< 1 ano	958
1 a 14 anos	1019
15 a 49 anos	963
50 anos e +	935
População Total	973

Fonte: Cálculos feitos a partir do Censo demográfico 1991, IBGE.

No Município de Adamantina a razão de masculinidade em menores de 1 ano apontou o valor de 958 homens para 1000 mulheres, retratando talvez uma alta mortalidade infantil.

Nas faixas etárias seguintes o comportamento da razão de masculinidade foi o esperado em sua queda progressiva com o avançar da idade.

### ◦ 7.1.3. Razão de Dependência

Define-se como população potencialmente ativa e portanto mais aptos a participar da força de trabalho, aquela na faixa de 15 a 64 anos. Os indivíduos menores de 15 anos e os de 65, ou mais, são considerados dependentes.

A razão de dependência, portanto representa a relação entre a soma do número de habitantes com menos de 15 anos e número de pessoas com 65 ou mais, e o total de habitantes entre 15 e 64 anos.

**TABELA 7: Razão de dependência juvenil e senil, do Município de Adamantina nos anos de 1991 e 1994**

	1991	1994
Razão de dependência	55,6%	54,1%
Razão Juvenil	44,5%	44,9%
Razão Senil	11,1%	9,1%

Fonte: Cálculo feitos a partir de dados do censo 1991, IBGE e Fundação Seade

No Município de Adamantina a razão de dependência mostra um predomínio do componente juvenil em relação ao senil.

No Município de Adamantina a razão de masculinidade em menores de 1 ano apontou o valor de 958 homens para 1000 mulheres, retratando talvez uma alta mortalidade infantil.

Nas faixas etárias seguintes o comportamento da razão de masculinidade foi o esperado em sua queda progressiva com o avançar da idade.

### 7.1.3. Razão de Dependência

Define-se como população potencialmente ativa e portanto mais aptos a participar da força de trabalho, aquela na faixa de 15 a 64 anos. Os indivíduos menores de 15 anos e os de 65, ou mais, são considerados dependentes.

A razão de dependência, portanto representa a relação entre a soma do número de habitantes com menos de 15 anos e número de pessoas com 65 ou mais, e o total de habitantes entre 15 e 64 anos.

**TABELA 7: Razão de dependência juvenil e senil, do Município de Adamantina nos anos de 1991 e 1994**

	1991	1994
Razão de dependência	55,6%	54,1%
Razão Juvenil	44,5%	44,9%
Razão Senil	11,1%	9,1%

Fonte: Cálculo feitos a partir de dados do censo 1991, IBGE e Fundação Seade

No Município de Adamantina a razão de dependência mostra um predomínio do componente juvenil em relação ao senil.

## 7.2 Indicadores de Saúde

Apesar das dificuldades existentes para se mensurar o nível de saúde de uma população alguns indicadores são historicamente utilizados e serão reproduzidos aqui para o município de Adamantina na tentativa de se estabelecer as condições de saúde locais.

### 7.2.1. Razão de Mortalidade Proporcional por faixa etária incluindo o Indicador de Swaroop Uemura

Esse indicador mede a proporção de óbitos de 50 anos e mais, em relação ao total de óbitos de uma determinada área, em um determinado período.

**TABELA 8: Mortalidade proporcional por faixa etária no Município de Adamantina nos anos de 1990 e 1991**

	Mortalidade proporcional (%)				Indicador de Swaroop Uemura	Total
	< 1 ano	1-4 a	5-19a	20-49a	> 50	
1990	4,8	0	1,9	13,5	79,8	100
1991	2,5	0,5	3,5	11	82,5	100

O Indicador de Swaroop-Uemura para o Município de Adamantina mostra um valor no ano de 1991 de 82,5%, que é considerado de 1º nível (de 75 a 100%) traduzindo um bom padrão de saúde para o município.

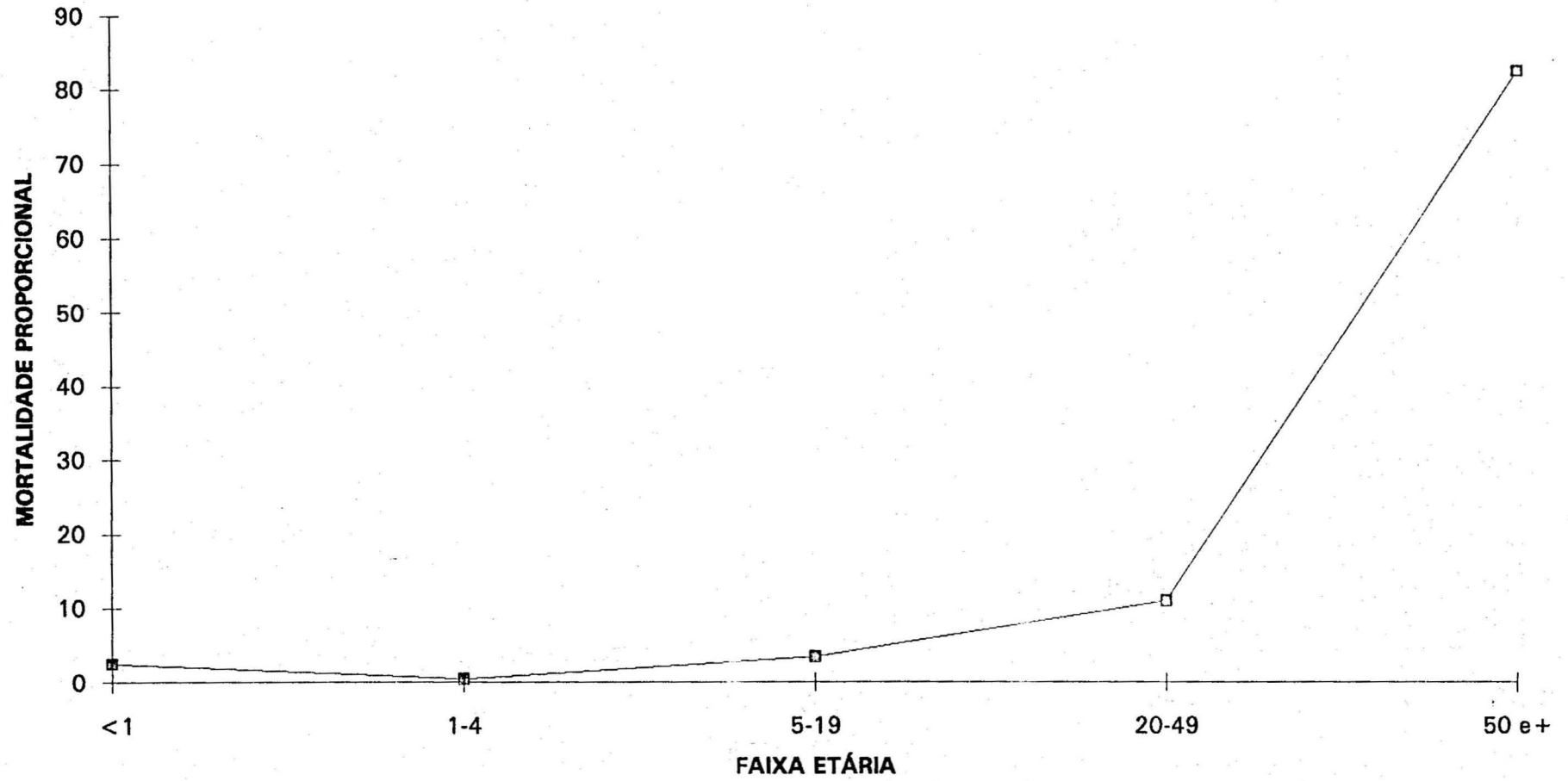
### ◦ 7.2.2 Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes

Nelson de Moraes propôs um indicador que pode ser considerado uma variante do trabalho proposto por Swaroop-Uemura que recebeu o nome de Curva de Mortalidade Proporcional.

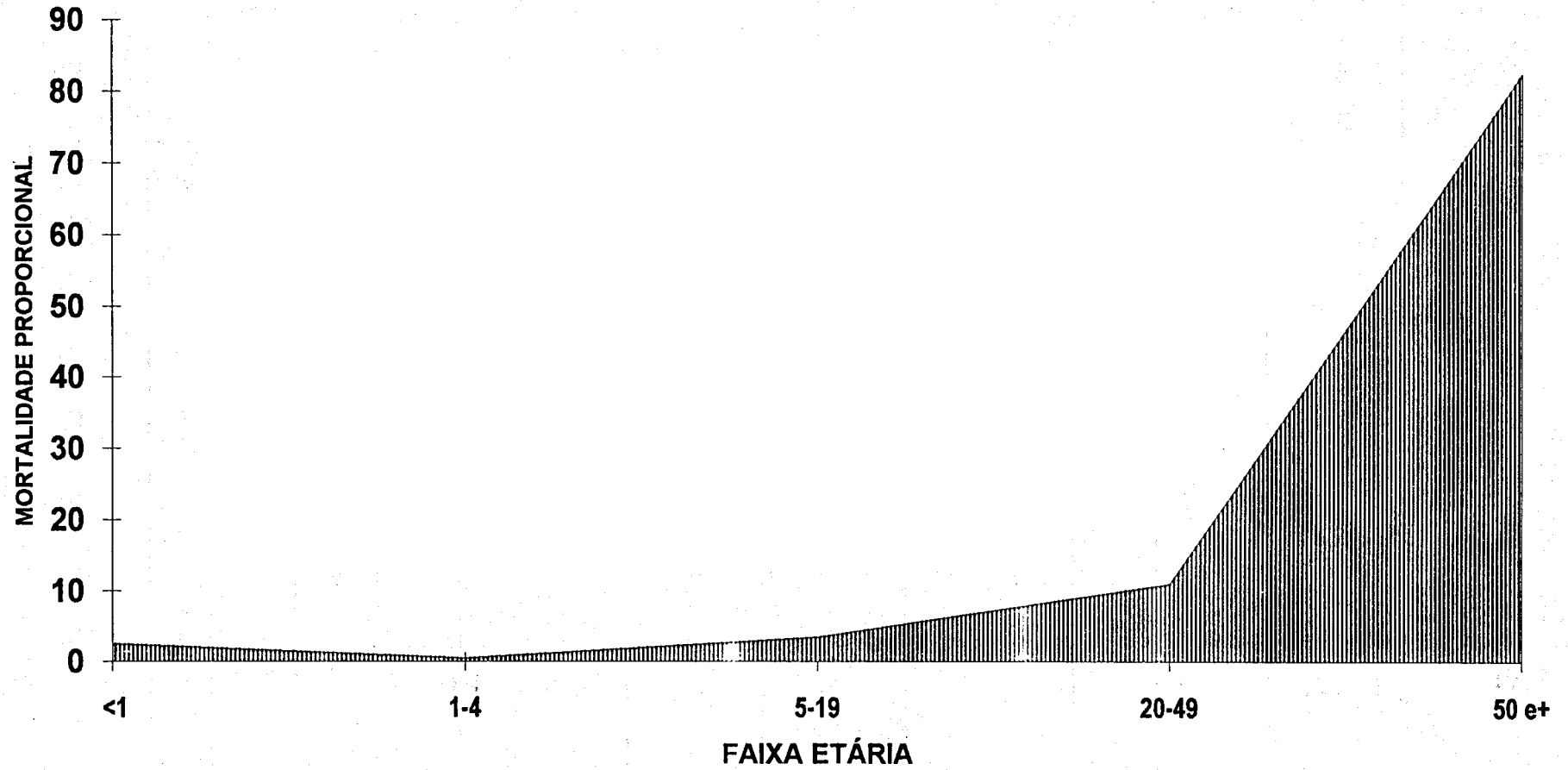
Esse indicador permite uma avaliação rápida das condições de saúde local, destacando a participação de cada grupo etário no total de óbitos.

A curva de Nelson de Moraes no Município de Adamantina ano 1991, corresponde a do tipo 4 mostrando um nível de saúde elevado, em total acordo com os indicadores já apresentados.

**CURVA DE NELSON DE MORAES ADAMANTINA 1991**



CURVA DE NELSON DE MORAES ADAMANTINA 1991





### 7.2.3. Mortalidade específica por causa e idade

**TABELA 9: Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente específico de mortalidade por causa (p/10.000 hab), Município de Adamantina, 1990\***

<b>Grupos de causa</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mort. Prop %</b>	<b>Coeficiente mortalidade específica por causa (10.000 hab)</b>
Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	8	3,97	2,49
Neoplasias (140-208, 210-239)	29	14,35	9,03
Doenças cardiovasculares (400-438)	76	37,62	23,68
Doenças respiratórias (480-493)	18	8,91	5,60
Doenças do Aparelho digestivo (531-571)	5	2,47	1,55
Doenças Renais (580-589)	3	1,49	0,93
Doenças endócrinas, met e nutricionais (250-285)	4	1,99	1,24
Complicações da gravidez, do parto e puerpério (640-648, 650-659, 660-669, 670-676)	2	0,99	0,62
Outras doenças não rel. acima (140-799)	27	13,36	8,41
Causas externas (E 800-959)	9	4,45	2,80
Sintomas e sinais mal definidos (780-789)	21	10,40	6,54
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>100%</b>	<b>62,95</b>

**FONTE: - CIS/SEADE**

\* Excluídos os menores de 1 ano

**TABELA10: Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente específico de mortalidade por causa (por 10.000 hab) Município de Adamantina, 1991\***

Grupos de causas	Nº de óbitos	Mortalidade Proporcional %	Coefficiente de de mortalidade específica p/causa-p/10.000 hab
Doenças infecciosas e parasitárias	04	2,05	1,24
Anomalias congênitas	01	0,51	0,31
Neoplasias (140-208, 210-239)	33	16,92	10,28
Doenças cardiovasculares (400-438)	82	42,05	25,55
Doenças respiratórias (480-493)	15	7,70	4,67
Doenças do aparelho digestivos (531-571)	03	1,53	0,93
Doenças renais (580-589)	01	0,51	0,31
Doenças endócrinas, met. e nutricionais (250-285)	01	0,51	0,31
Complicações da gravidez, do parto e puerpério (640-648, 650-659, 660-669, 670-676)	0	0	0
Outras doenças não relacionadas acima (140-799)	22	11,29	6,85
Causas externas E (800-953)	11	5,64	3,42
Sintomas e sinais mal definidos (780-789)	22	11,29	6,85
<b>TOTAL</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>60,76</b>

**Fonte:** CIS/SEADE

\* Excluídos os menores de 1 ano

**Tabela 11: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade específico por causa (por 10.000 hab) Município de Adamantina, 1992\*.**

<b>Grupos de causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional %</b>	<b>Coeficiente de mortalidade específica por causa (10000hab)</b>
Doenças infecciosas parasitárias (001-139)	1	0,56	0,31
Neoplasias (140-208, 210-239)	24	13,26	7,47
Doenças reumáticas crônicas do coração(393-398)	2	1,10	0,62
Doenças cardiovasculares (400-438)	55	30,39	17,13
Doenças respiratórias (480-493)	22	12,16	6,58
Doenças Ap.digestivo (531-571)	4	2,21	1,24
Doenças renais (580-589)	1	0,56	0,31
Doenças endócrinas, met e nutricionais (250-285)	4	2,21	1,24
Complicações da gravidez do parto e puerpério (640-648, 650-659, 660-669, 670-676)	0	0	0
Outras doenças não relacionadas acima (140-799)	23	12,70	7,16
Causas externas (E - 800-959)	16	8,83	4,98
Sintomas e sinais mal definidos (780-789)	29	16,02	9,03
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>56,40</b>

**Fonte: CIS/SEADE**

**\* Excluídos os menores de 1 ano**

**Tabela 12: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade infantil específica por causa (por 1000 nascidos vivos) em menores de 1 ano, Município de Adamantina, 1990.**

<b>Grupos de causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional %</b>	<b>CMI por causa 1000 NV</b>
Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	1	10	1,424
Doenças cardiovasculares (400-438)	1	10	1,424
Doenças respiratórias (480-486)	1	10	1,424
Anomalias congênicas (740-759)	1	10	1,424
Lesões ao nascer, parto distócico, outras afecções anóxias (767-770)	2	20	2,849
Outras causas de mortalidade perinatal (760-766, 771-779)	2	20	2,849
Todas as doenças não relacionadas acima (140-799)	1	10	1,424
Causas externas (E 800-949)	1	10	1,424
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>14,245</b>

**Fonte: - CIS/SEADE**

**Tabela 13: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade infantil específica por causa (por 1000 nascidos vivos) em menores de 1 ano, Município de Adamantina, 1991.**

<b>Grupos de causa causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional %</b>	<b>CMI por 1000 NV</b>
Doenças infecciosas parasitárias (001-139)	1	20	1,77
Doenças endócrinos, metabólicos e nutricionais (250-285)	1	20	1,77
Lesões ao nascer, parto distócitos e outras afecções anóxicas e hipóxicas (767-770)	2	40	3,54
Doenças não relacionadas acima (140-799)	1	20	1,77
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8,86</b>

**Fonte: - CIS/SEADE**

Analisando-se as tabelas de mortalidade proporcional e coeficiente específico de mortalidade por causa no Município de Adamantina nos anos de 1990, 1991 e 1992 observa-se que há um predomínio dos óbitos devidos a causas cardiovasculares seguido pelas neoplasias, ou seja, um claro predomínio das doenças crônico-degenerativas que se adequa ao padrão de envelhecimento da população.

Dentre as doenças cardiovasculares predominam as cerebrovasculares sobre as doenças isquêmicas coronarianas padrão que difere do restante do Estado onde há um predomínio da doença isquêmica coronariana sobre a doença cerebrovascular.

Como terceira causa de mortalidade mais frequente no Município destacam-se as doenças respiratórias às vezes se igualando às neoplasias.

A mortalidade por causas externas não é expressiva e é causada na sua grande maioria por acidentes, mas cabe ressaltar que ela vem aumentando progressivamente.

Nos anos 90, houve dois casos de mortalidade associado a complicação da gravidez, parto e puerpério, fato que não se repetiu nos anos seguintes.

A porcentagem de sintomas e sinais mal definidos é elevada mantendo-se sempre acima dos 10% nos anos observados.

**Tabela 14: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade infantil específica por causa (por 1000 nascidos vivos) em menores de 1 ano, Município de Adamantina, 1993.**

<b>Grupos de causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional %</b>	<b>CMI por causa por 1000 NV</b>
Doenças respiratórias (480-486)	1	11,1	1,35
Anomalias congênitas	1	11,1	1,35
Lesões ao nascer parto distócico, outras afecções anóxicas (767-770)	4	44,5	5,42
Outras causas de mortalidade perinatal (760-766, 771-779)	2	22,2	2,71
Sintomas estados mórbidos mal definidos	1	11,1	1,35
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>12,19</b>

**Fonte:** - Fundação Seade

Nas tabelas de mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade infantil específica por causas em menores de 1 ano observa-se um predomínio das causas perinatais e associados do parto do ano de 1990.

No ano de 1991 o número muito pequeno de óbitos (5) sendo um não especificado, dificulta o processo de análise.

No ano de 1993 houve um predomínio das causas associadas ao parto e à mortalidade perinatal.

**Tabela 15: Coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes neonatal precoce e infantil tardio, Município de Adamantina, 1993.**

	1993
Coeficiente mortalidade infantil	12,19
Coeficiente mortalidade neonatal	10,84
Coeficiente mortalidade infantil	1,35

Fonte: - Fundação Seade

Sabe-se que os componentes neonatal e infantil tardio tem comportamentos distintos. Em países com boas condições de saúde, onde a mortalidade infantil é baixa, esta é representada na sua maior parte pela mortalidade neonatal. Em países onde as condições de saúde não são boas predomina o componente infantil tardio da mortalidade infantil que traduz más condições de saneamento básico.

A análise dos componentes do coeficiente de mortalidade infantil no ano de 1993 mostra um total predomínio do componente neonatal traduzindo as boas condições de saúde do Município, incluindo saneamento básico.



**TABELA 16: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade específica por causa e faixa etária (5-19 a) (por 10.000 hab), Município de Adamantina, 1991.**

<b>Grupo de causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional %</b>	<b>Coeficiente de mortalidade específica por causa (por 10.000 hab)</b>
Pneumonia (480-486)	1	14,29	1,07
Doenças renais (580-589)	1	14,29	1,07
Anomalias congênitas (740-759)	1	14,29	1,07
Sintomas e estados mórbido mal definidos (780-799)	1	14,29	1,07
Causas externas (E 800 - E 949)	3	42,84	3,23
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>7,54</b>

Fonte:- CIS/SEADE

Na faixa etária de 5-19 anos houve um predomínio da mortalidade por causas externas, fato esperado nesse seguimento.

**Tabela 17: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade específico por causa e faixa etária (20-49 a) (por 10.000 hab), Município de Adamantina, 1991.**

<b>Grupos de causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional</b> %	<b>Coeficiente de Mortalidade específica por causa (por 10.000 hab)</b>
Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	1	4,54	0,73
Neoplasias (140-208, 210-239)	5	22,73	3,69
Doenças cardiovasculares (400-438)	5	22,73	3,69
Doenças não relacionadas acima (140-799)	4	18,19	2,95
Causas externas	7	31,81	5,17
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>16,25</b>

**Fonte:** - CIS/SEADE

Como primeira causa de morte nesta faixa observamos também as causas externas, englobando acidentes, homicídios e suicídios, seguidas pelas doenças cardiovasculares e pelas neoplasias.

Observa-se entretanto que somando-se as doenças cardiovasculares e as neoplasias já se nota um predomínio da mortalidade devido a doenças crônicas degenerativas.

**TABELA 18: Número de óbitos, mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade específico por causas e faixa etária (> de 50 anos) (por 10.000 hab), Município de Adamantina, 1991.**

<b>Grupo de causas</b>	<b>Nº de óbitos</b>	<b>Mortalidade Proporcional</b> %	<b>Coeficiente de mortalidade específico por causa (por 10.000 hab)</b>
Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	3	1,81	4,70
Neoplasias (140-208, 210-239)	28	16,97	43,89
Doenças endócrinas met. e nutricionais (250-285)	1	0,61	1,56
Doenças cardiovasculares (400-438)	77	46,67	120,70
Doenças respiratórias (480-493)	14	8,49	21,94
Doenças digestivas (531- )	3	1,81	4,70
Sintomas e estados mal definidos (780-799)	21	12,73	32,92
Causas externas	1	0,61	1,56
Doenças não relacionadas acima (140-799)	17	10,30	26,64
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>258,66</b>

Fonte: - CIS/SEADE

Na faixa etária acima dos 50 anos, observa-se um predomínio das doenças cardiovasculares seguida pelas neoplasias, fato esperado nessa faixa e em concordância com o restante do Estado.

Como terceira causa de óbito aparecem os sintomas e sinais mal definidos traduzindo o mal preenchimento do atestado de óbito.

## **7.2.4. SÉRIES HISTÓRICAS**

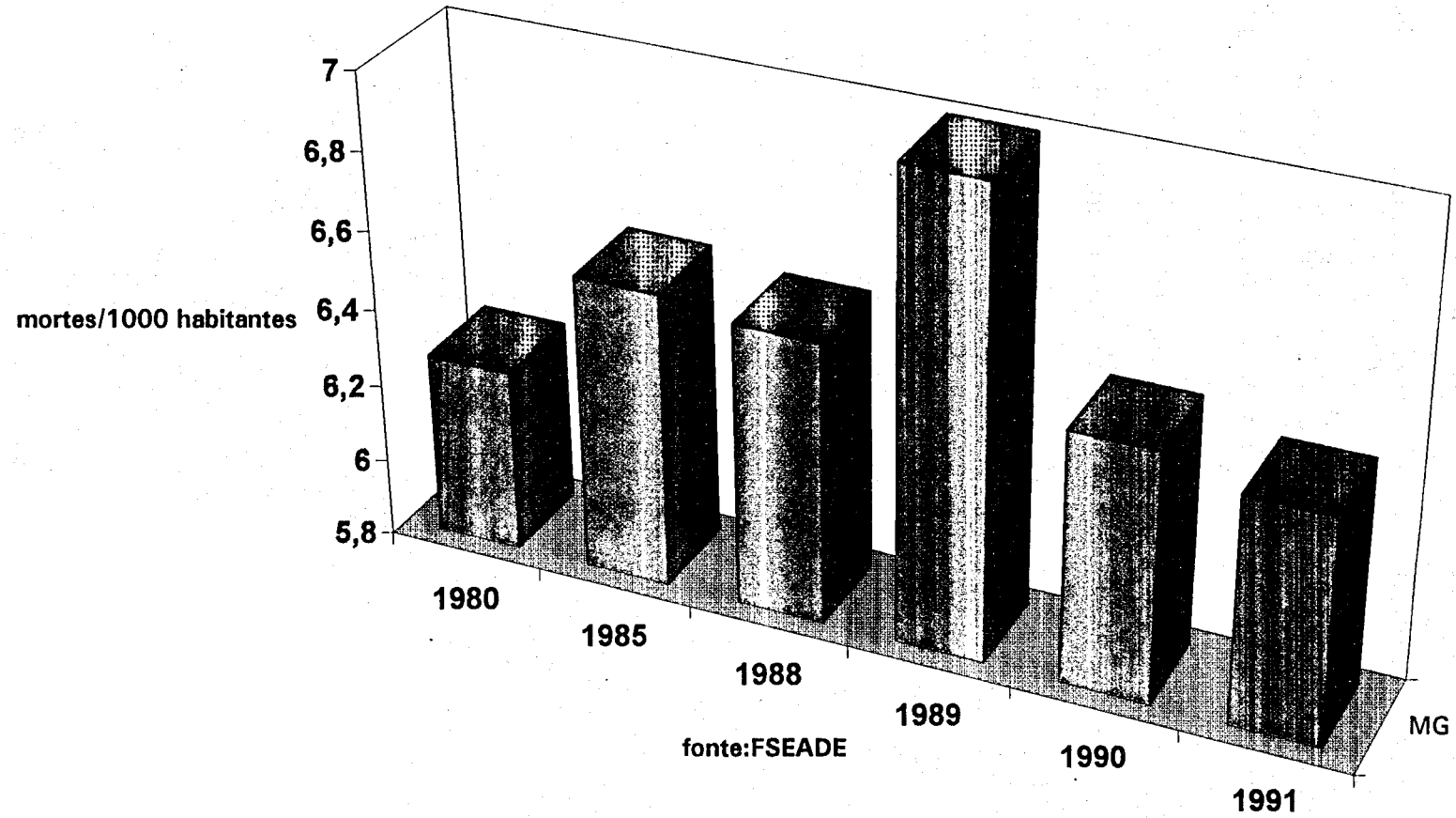
### **7.2.4.1.- Coeficiente geral de mortalidade**

Em Estatísticas de Saúde, são usados vários coeficientes de mortalidade e entre eles o coeficiente geral de mortalidade.

Ele é obtido através da relação entre o total de óbitos e a população de uma determinada área, num período de tempo definido, sendo um coeficiente geral, os seus valores dependem muito da composição da população, fundamentalmente da idade.

A série histórica do coeficiente geral de mortalidade do Município de Adamantina, no período de 1980 a 1991 mostra-se estável, oscilando entre 6,3 e 6,9 por 1.000 hab.

### TAXA DE MORTALIDADE GERAL NO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA 1980-1991



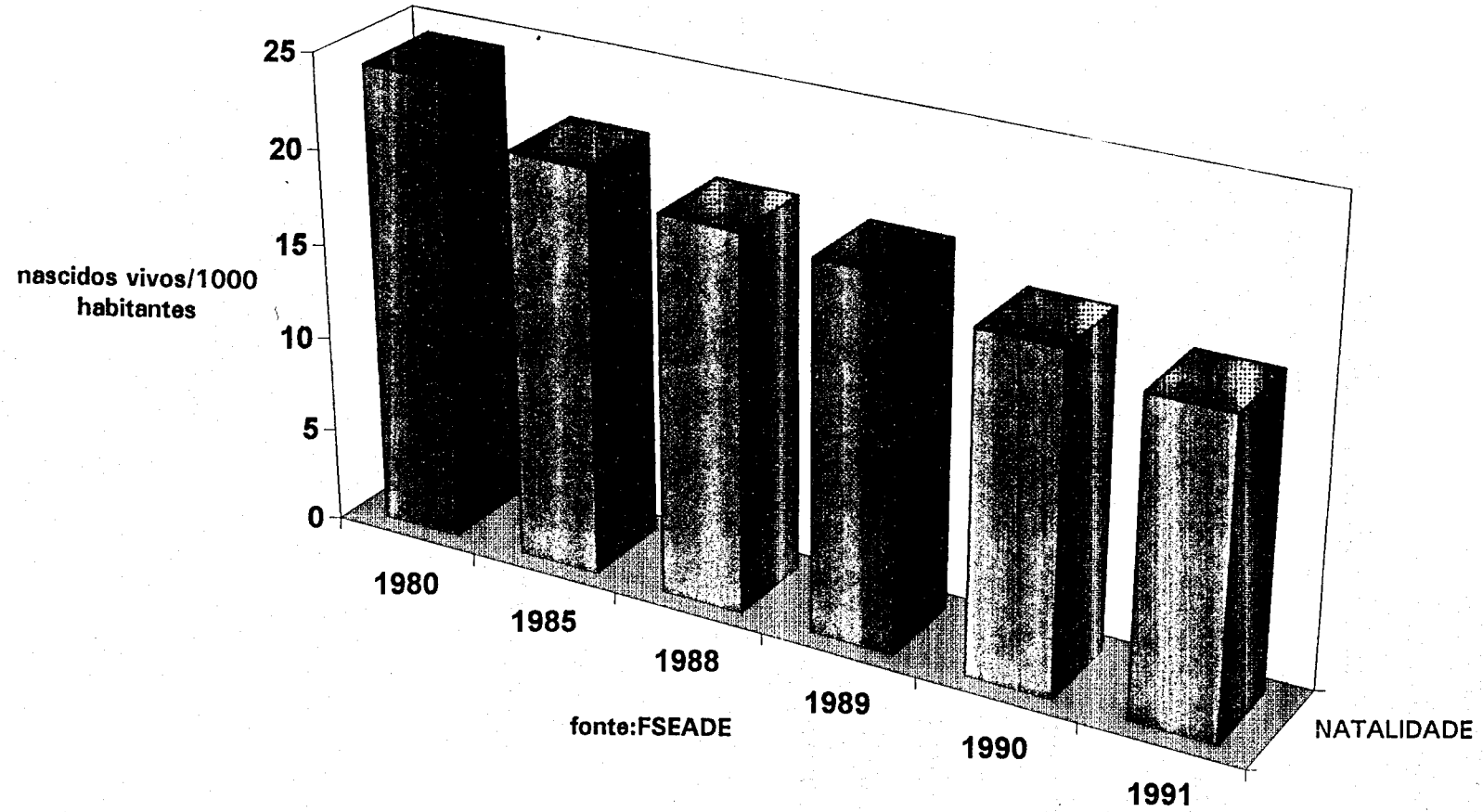
#### **7.2.4.2. Coeficiente de Natalidade**

O coeficiente geral de natalidade é definido pela relação entre o número de nascidos vivos de uma determinada área, num período de tempo definido, pela população dessa área no meio do período de tempo.

O Estado de São Paulo sempre apresentou coeficientes de natalidade baixo em relação ao restante do Brasil.

A série histórica do coeficiente geral de natalidade no Município de Adamantina, no período de 1980 a 1991, mostra uma tendência decrescente progressiva, decaindo de 24,35 por 1000 hab em 1980, para 16,61 por 1000 hab em 1991.

### TAXA DE NATALIDADE DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA





### 7.2.4.3. Coeficiente de Natimortalidade

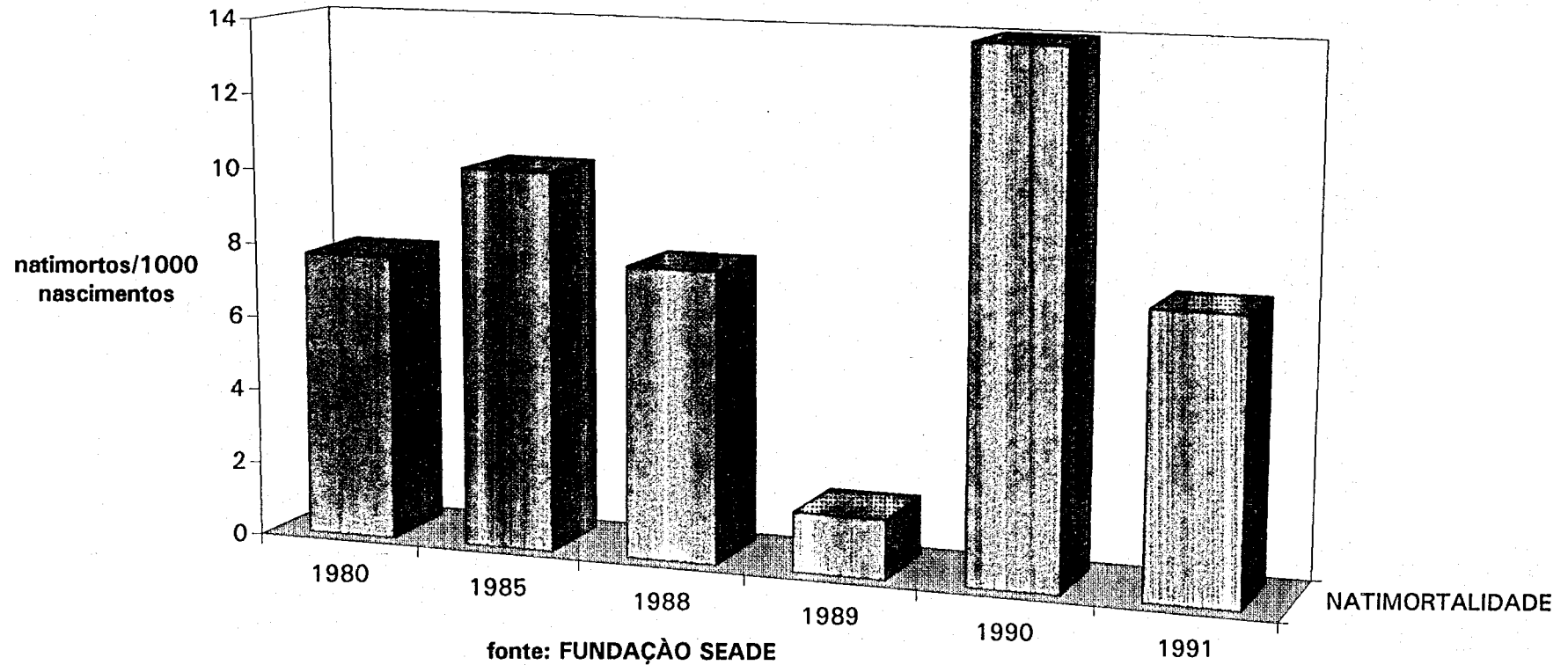
O coeficiente de natimortalidade é definido como a relação entre o número de perdas fetais tardias, numa determinada área, num período de tempo definido pela soma do número de nascidos vivos com o número de perdas fetais tardias numa determinada área num período de tempo definido por 1000 nascidos vivos.

No Estado de São Paulo, a natimortalidade vem declinando desde 1970.

A série histórica no Município de Adamantina no período de 1980 a 1991, do coeficiente de natimortalidade é de difícil análise, devido à grande oscilação dos valores com o índice mínimo de 1,60 por 1000 nascidos vivos em 1989, e o índice máximo de 13,96 por 1000 nascidos vivos em 1990. Tal oscilação pode ser explicada pelos pequenos números que estão sendo trabalhados.

### TAXA DE NATIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA 1991

1980-

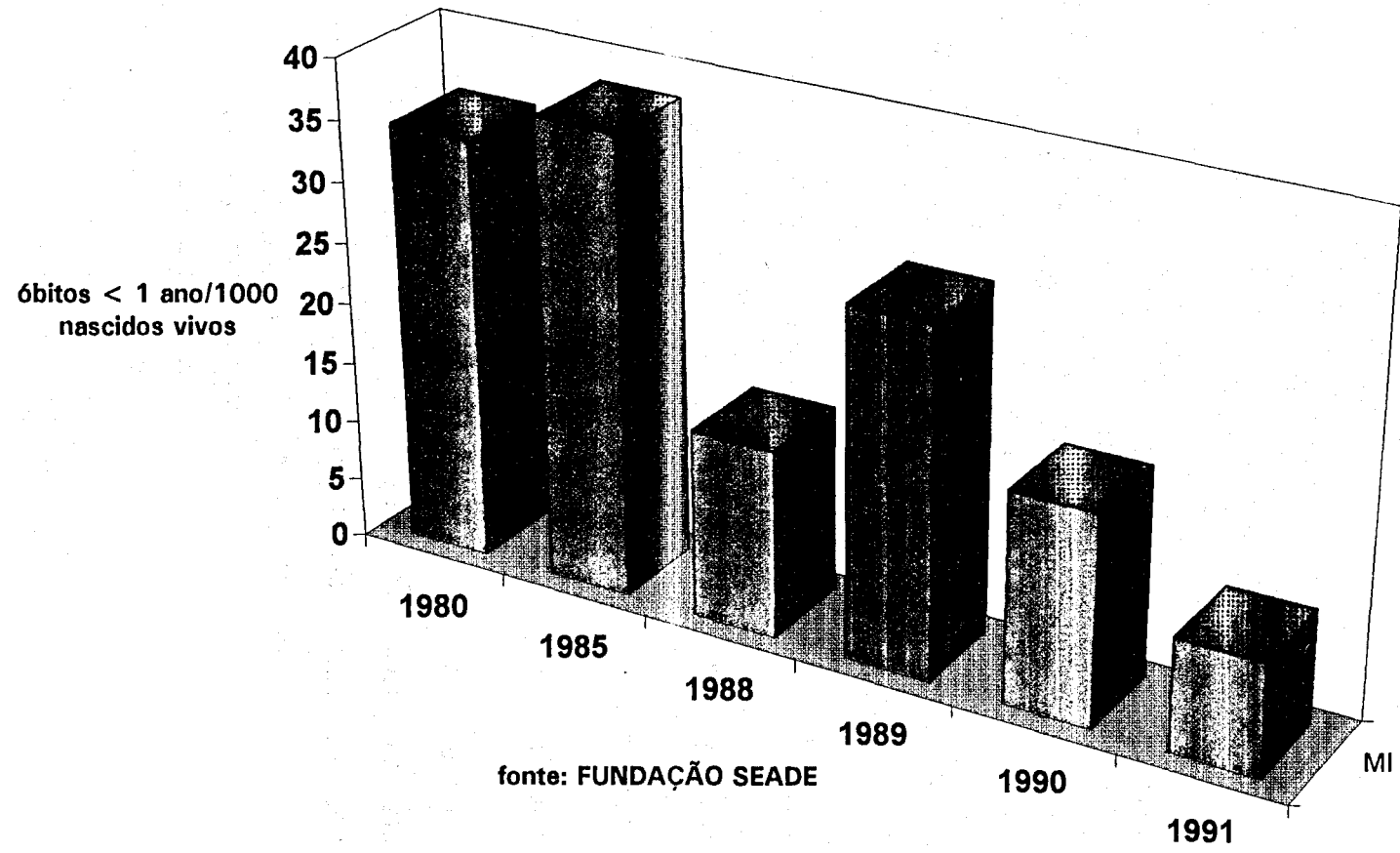


#### **7.2.4.4.- Coeficiente de Mortalidade Infantil**

O coeficiente de mortalidade infantil obtido pela relação entre o número de óbitos de menores de 1 ano, numa determinada área e período de tempo definidos, pelo número de nascidos vivos na mesma área e no mesmo tempo, por 1000 nascidos vivos é um dos indicadores de saúde mais utilizados, devido a sua grande sensibilidade.

A análise da série histórica no Município de Adamantina no período de 1980 à 1991, mostra uma tendência de progressiva diminuição, atingindo no ano de 1991, 9,38 por 1000 nascidos vivos o que é considerado um bom indicador.

### TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA 1980-1991



**TABELA 19: INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE DOENÇAS E FAIXA ETÁRIA EM HOSPITAIS GERAIS, SUDS-16 - ADAMANTINA, MAIO A DEZEMBRO DE 1993.**

	<1a		1 —5		5 —20		20 —50		≥50		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas	87	14,65	119	20,03	87	14,65	155	26,10	146	24,57	594	100
Neoplasias	1	0,58	0	0	4	2,32	59	34,30	108	60,80	172	100
Doenças endócrinas nutricionais e transtornos imunitários	3	1,66	1	0,56	21	11,60	56	30,93	100	55,25	181	100
Transtornos mentais	0	0	0	0	2	6,26	25	78,12	5	15,62	32	100
Doenças sangue e órgãos hematopoiéticos	2	9,52	2	9,52	5	23,81	7	33,34	5	23,81	21	100
Doenças sistema nervoso e órgãos dos sentidos	12	6,60	10	5,49	14	7,70	67	36,81	79	43,40	182	100
Doenças cardiovasculares	3	0,25	2	0,17	8	0,68	209	17,63	963	81,27	1185	100
Doenças aparelho respiratório	102	7,22	166	11,77	206	14,60	288	20,41	649	46,0	1411	100
Doenças aparelho digestivo	3	0,65	9	1,96	45	9,80	171	37,26	231	50,33	459	100
Doenças aparelho genitourinário	3	0,47	6	0,95	58	9,18	368	58,22	197	31,18	632	100
Complicações da gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	181	19,82	731	80,07	1	0,11	913*	100
Doença pele e tecido celular subcutâneo	5	7,14	5	7,14	9	12,85	24	34,28	27	38,59	70	100
Doenças sist. ostioarticular e tec. conj.	2	0,66	1	0,33	20	6,61	138	47,50	141	46,70	302	100
Anomalias congênitas e afecções perin.	37	97,36	1	2,64	0	0	0	0	0	0	38	100
Sintomas e sinais mal def.	6	3,03	11	5,56	45	22,72	94	47,48	42	21,21	198	100
Intoxicações e Envenen.	3	0,89	18	5,31	88	25,96	134	39,53	96	28,31	339	100
Fat. outros de atend.	0	0	9	8,41	22	20,57	63	58,88	93	12,14	107	100
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>3,93</b>	<b>360</b>	<b>5,27</b>	<b>815</b>	<b>11,92</b>	<b>2589</b>	<b>38,88</b>	<b>2803</b>	<b>41,00</b>	<b>6836</b>	<b>100</b>

\* Somente mulheres

FONTE: CIS/SEADE

### 7.3 Morbidade Hospitalar

Analisando-se as internações hospitalares na Santa Casa do Município de Adamantina no período de maio a dezembro de 1993, observa-se como principais causas de internação as doenças do aparelho respiratório, seguida pelas doenças cardiovasculares e depois pelas complicações da gravidez, parto e puerpério.

Essas internações distribuem-se de modo diferentes nas várias faixas etárias e nos dois sexos.

Assim a porcentagem de pacientes internados com doença respiratória aumenta junto com o avançar da idade atingindo o seu maior valor na faixa de mais de 50 anos.

O mesmo acontece com as doenças cardiovasculares só que especificamente concentradas na faixa acima de 50 anos (81,27% das internações).

No tocante às complicações da gravidez, parto e puerpério é importante lembrar que é a principal causa de internação nas mulheres de 20 a 50 anos, o que corresponde a idade fértil.

Surgem ainda como causas de internação por ordem de importância as doenças do aparelho genitário e as doenças infecciosas.

## **8. RESULTADOS E COMENTÁRIOS**

### **8.1. Análise Geral sobre o Sistema Único de Saúde**

O processo de municipalização apesar de iniciado em 1987 enfrenta muitas dificuldades, pois não havia clareza da equipe central do significado da municipalização.

Avanços graduais vem ocorrendo apesar de uma série de obstáculos, como falta de recursos financeiros, humanos e materiais. No entanto percebe-se que a saúde passou a ser objeto de preocupação política da Prefeitura de Adamantina.

#### **8.1.1. Descentralização**

As ações básicas de saúde, algumas especialidades e a vigilância epidemiológica estão sob gerência do município, porém as atividades de vigilância sanitária, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as atividades de saneamento do meio permanecem sob a gerência do Ersa 16.

O município não exerce avaliação e controle desses serviços, nem mesmo controle sobre os serviços prestados pelas entidades filantrópicas.

O nível decisório é extremamente centralizado pois os mesmos membros que participam da coordenação da saúde do município, gerenciam seus serviços, conforme organograma apresentado anteriormente.

As unidades de saúde não compõem o organograma, mostrando com isso que não possuem estrutura própria, unicidade e autonomia para algumas decisões.

### 8.1.2. Integralidade

Nota-se preocupação por parte da equipe de gerência em saúde em garantir assistência integral, nas ações desenvolvidas por parte do município, visto a iniciativa de trabalho com grupos participativos, apesar da restrição aos funcionários públicos municipais; e programas existentes como saúde-criança.

Embora exista boa relação entre Estado, Município e serviços filantrópicos, bem como os vários setores da administração municipal percebe-se dificuldade na efetivação de propostas conjuntas que busquem ações integrais e avancem na municipalização.

Predomina o modelo assistencial eminentemente curativo em detrimento do caráter preventivo, observado pela não regularidade no agendamento, dando ênfase maior as procuras do dia, não havendo um critério com relação ao fator gravidade ou critérios de risco.

Esta modalidade de atenção se por um lado facilita o acesso, por outro lado a longo prazo onera o sistema de saúde, obrigando a um número maior de consultas por usuário sem obter a desejada resolutividade e racionalidade nos serviços.

Percebe-se uma ausência de articulação de ações e serviços preventivos e curativos a nível regional, o que afeta os pacientes referenciados para serviços de atenção terciária no município e fora deste. Havendo dificuldades em garantir atendimento e a contra-referência.

Outro fator que prejudica a integralidade é a precariedade de recursos humanos, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto em diversidade, somado ao gerenciamento centralizado, falta de isonomia de salários e benefícios, que não favorece a formação prática de equipes



multidisciplinares, fundamental para o avanço da visão integral dos problemas de saúde.

Mesmo na unidade Básica IV que conta com uma maior diversidade de profissionais não se percebe atuação em equipe.

### 8.1.3. Resolutividade

De acordo com o mencionado anteriormente este modelo (curativo) além de não trabalhar com a questão da integralidade do indivíduo e da multicausalidade das doenças, necessita de organização para que possa responder às demandas a ele definidas.

A grande procura pelos serviços da UBS IV em detrimento dos PAS<sub>s</sub>, tornado-os ociosos, bem como a procura de atendimento básico na Santa Casa, demonstra uma falta de organização e planejamento dos serviços.

Os PAS<sub>s</sub> estão estruturados, teoricamente para atender à demanda de clínica médica, pediatria e ginecologia, porém devido a falta de recursos como já citados, não conseguem resolver os problemas de assistência médica da população de sua área, o que ocasiona uma peregrinação da população em busca desses serviços no Centro da cidade.

Embora a maioria dos usuários entrevistados declarem satisfação com a qualidade dos serviços prestados, nas críticas e sugestões quanto a qualidade dos serviços prestados colocam:

- Demora no atendimento	08
- Agressividade no atendimento na recepção	05
- Falta de orientação	03

- Dificuldade para conseguir entrar no programa - PN 03
- Equipe de Enfermagem não dá atenção a mulher que submeteu-se à cesária 03

Com relação ao sistema de referência e contra-referência, este não é realizado de maneira formal, por demonstrar as dificuldades encontradas nos encaminhamentos de pacientes. Exemplo: abertura de um boletim de ocorrência policial em cidade vizinha para garantir atendimento.

#### **8.1.4. Hierarquização**

O encaminhamento de pacientes para nível secundário e terciário dentro e fora do município indica uma precária hierarquização dos serviços.

Grande número de pacientes acessam a rede secundária e terciária por conta própria. Esse livre acesso redundando num estrangulamento tanto no atendimento da UBS IV como na Santa Casa e na inexistência da contra-referência em prejuízo da continuidade do atendimento e do retorno da informação.

Constatamos que a inexistência da regionalização prejudica a redistribuição das demandas de forma hierarquizada e regionalizada descaracterizando o atendimento por grau de complexidade.

#### **8.1.5. Territorialidade**

A concepção de território implica no conceito de "responsabilidade" sobre uma determinada cletividade. Implica portanto, na necessidade de conhecer seus aspectos sociais, culturais e suas necessidades

de saúde e, a partir daí dos problemas prioritários identificados, elaborar estratégias de intervenção.

O município pretende concretizar este princípio no momento em que a UBS IV se transformar em ambulatório de especialidades e realizarem um trabalho educativo com a população.

#### **8.1.6. Acesso**

Para a população da zona urbana o acesso físico aos serviços do próprio município é considerado bom. No entanto, para a população que reside na zona rural, o acesso fica prejudicado. Necessitam caminhar muito para chegar às unidades.

Como não existe agendamento prévio de consultas, isso obriga os usuários a permanecerem várias horas antes da abertura das unidades, deslocando-se mais cedo de suas residências, sendo o critério para o atendimento o da ordem de chegada e não o critério da gravidade ou risco do caso.

Apesar de permanecerem abertas basicamente no período das 7 às 17h de segundas à sextas-feiras, na prática a permanência dos profissionais médicos e dentistas é bem mais restrita, não só por serem contratados para andarem em períodos limitados em cada serviço, como também por cumprirem horário bem menor do que o contratado.

Não existe um registro de demanda reprimida, como o número de consultas registradas no dia, o que impede um diagnóstico para alteração deste quadro.

O agendamento prévio ocorre somente para gestantes de retorno em todas as unidades e crianças menores de um ano, somente na UBS IV.

#### **8.1.7. Sistema de Informação**

Os dados da vigilância epidemiológica são registrados pelas unidades de saúde e encaminhadas para o Ersa 16.

A equipe de saúde local constata a falta de agilidade no retorno dos dados compilados pelo Ersa 16, comprometendo o planejamento conjunto das ações da vigilância.

Desta forma, o planejamento é emergencial de acordo com as necessidades imediatas e não de maneira estratégica com o enfoque de risco como esperado.

A equipe local avalia como de suma importância a informatização dos serviços.

#### **8.1.8. Participação Popular**

Na reunião do Conselho Municipal de Saúde com a equipe multiprofissional pôde ser observada a falta de clareza sobre a importância da participação popular e o papel que cada membro desempenha no cumprimento dos objetivos do conselho.

Outro aspecto observado é a pouca compreensão sobre a operacionalização dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde

Observou-se também que a municipalização é vista como ônus para o Município já que trouxe muitos encargos à Prefeitura sem que houvesse o necessário repasse de recursos para a extensão desses encargos.

## 8.2. Análise dos Questionários Equipe Local e Específico

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS IV, PAS I e II) foram entregues aos funcionários os seguintes questionários: - Equipes Locais e específicos para Ginecologia/Obstetria (vide anexo 1 e 2, respectivamente).

A principal finalidade para aplicação destes questionários foi tentar averiguar o grau de entendimento da Municipalização dos Serviços apresentados pelos profissionais envolvidos e como estão sendo efetuadas as ações que englobam Assistência ao Pré-Natal do ponto de vista técnico.

A avaliação das questões dos questionários foi realizada qualitativamente, por que para fins quantitativos de análise os dados foram prejudicados pelo fato de não termos o retorno de todos os funcionários atendidos nas Unidades.

Do total de questionários entregues tem-se o seguinte resultado quanto ao retorno dos mesmos, demonstrado no quadro abaixo:

UNIDADES	QUESTIONARIOS	
	Equipes Locais	Específicos para ginecologia/obstetria
UBS IV	8	4
PAS I	10	3
PAS II	7	1

Quanto a implantação do processo de Municipalização nos serviços de saúde, os funcionários das três Unidades Básicas entendem parcialmente os princípios e diretrizes que norteiam as ações definidas pelo Sistema Único de Saúde. De uma forma geral, este entendimento baseia-se nos seguintes pontos:

- Descentralizar os Serviços de Saúde
- O Município deve gerenciar os Serviços de Saúde
- A União e o Estado devem repassar verba ao Município.

Entretanto os Conceitos de territorialização, área de abrangência, referência e contra-referência como outros não são compreendidos na totalidade, comprometendo a efetividade da Municipalização nos Serviços de Saúde.

Em relação a Assistência ao Pré-Natal, os profissionais específicos das áreas de Ginecologia/Obstetrícia (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem), foram questionados sob os seguintes principais aspectos:

- Pré-Natal
- Programas desenvolvidos
- Avaliação do seu trabalho.

Os resultados obtidos a partir da aplicação desses questionários indicam que nas três Unidades Básicas (UBS IV, PAS I e II) a Assistência ao Pré-Natal preconiza os seguintes pontos:

- Pré-Natal para todas as gestantes com prioridade de consulta nas Unidades (agendamento prévio)
- Início do pré-natal no 1º trimestre de gestação, com o número mínimo de consultas igual a seis (6).
- Principais exames realizados - Urina I, Hemograma Completo, Proto Parasitológico de Fezes (PPF)
- Vacinação anti-tetânica das gestantes (3 doses), salvo aquelas que apresentam esquema completo
- Orientação de todas as gestantes sobre a importância do aleitamento
- Programa de Prevenção de Cancer ginecológico realizado na própria Unidade, sendo a coleta do material de exame executada por qualquer pessoa da equipe, no periodicidade predominante de 6 a 12 meses.
- Seguimento das gestantes de alto risco na própria Unidade.
- A avaliação pessoal do profissional da equipe às gestantes nas Unidades Básicas é vista como satisfatória aos seus propósitos.

Cabe salientar que programas como planejamento familiar, suplementação nutricional ou mesmo grupo de orientação para gestantes não estão sendo desenvolvidos nas Unidades.

### 8.3 Análises dos Formulários - Usuárias

A fim de efetuar o levantamento relacionado ao enfoque dado ao trabalho, ou seja, avaliação da qualidade do pré-natal das mulheres que deram a luz no Município de janeiro a junho/1994, foi elaborado pelo grupo um formulário contendo 25 questões que foram consideradas relevantes tendo em vista a finalidade proposta. Sendo assim, procedeu-se a entrevista através de visita domiciliar, sendo que a receptividade foi boa parte das entrevistadas, não havendo recusa em respondê-lo. Um fato que colaborou para esta boa aceitação, foi a prévia divulgação desta pesquisa através da emissora de rádio local.

A pesquisa foi dirigida à 209 mulheres totalizando a população alvo que deveria ser atingida. Contudo foram realizados efetivamente 128 entrevistas e portanto constitui o universo da pesquisa. Deixaram de ser entrevistadas 81 mulheres sendo esta a perda da pesquisa, quando a mesma não era localizada mesmo após duas tentativas.

As razões pela não localização eram as seguintes: mudança de endereço, trabalho fora de casa, saídas esporádicas.

Os resultados mais significativos da pesquisa foram os seguintes:



- Idade

**TABELA 20: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz, por faixa etária no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
15  — 20	25	19,53
20  — 25	40	31,25
25  — 30	33	25,78
30  — 35	18	14,06
35  — 40	11	8,60
40  — 45	01	0,78
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista domiciliar Município de Adamantina Nov/94

A maior incidência foi de mulheres na faixa de 20 a 25 anos de idade (31,25%) e de 25 a 30 anos de idade (25,78%).

Na primeira faixa etária, ou seja, 15 a 20 anos de idade concentra-se 19,53% sendo este grupo portanto mais jovem, e por outro lado numa idade mais avançada, ou seja, 35 a 40 anos concentra-se 8,6% das entrevistadas.

#### - Escolaridade

**TABELA 21: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz com, segundo grau de escolaridade no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

GRAU DE ESCOLARI- DADE	NUM.	COMPLETO %	NUM.	INCOMP.	TOTAL	%
Primeiro grau	11	8,59	62	48,44	73	57,03
Segundo grau	27	21,09	17	13,28	44	34,30
Superior	06	4,69	05	3,91	11	8,59

**Fonte:** Entrevista Domiciliar Município Adamantina Nov/94.

Em relação à escolaridade a concentração maior foi de 1º grau incompleto (48,44%) seguido de 2º grau completo (21,09%) e apenas 4,69% das entrevistas possuem o curso superior completo.

#### - Trabalho Remunerado

Constatou-se que 70,3% das mulheres entrevistadas não exercem qualquer atividade remunerada e em contrapartida 29,7% trabalham para aumentar a renda familiar, principalmente no ramo comercial, e na função de empregada doméstica.

- Pré-Natal e Número de Gestantes

**TABELA 22: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994 e fizeram pré-natal**

Pré-Natal	Número	%
Sim	127	99,20
Não	1	0,80
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Fonte: Entrevista Domiciliar Município Adamantina Nov/1994

**TABELA 23: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz que começaram o pré-natal atrasadas, segundo o motivo do atraso\* no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Motivo do atraso	Número	%
Não sabia da gravidez	10	47,62
Não achava importante	1	4,76
Não conseguiu vaga	--	----
Outro motivo**	10	47,62
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

\* Foi considerado atraso, as gestantes que começaram o pré-natal a partir de 2º trimestre de gestação

\*\* No ítem outro motivo foram considerados mudança de endereço distância do posto e não liberação do trabalho para as consultas

Fonte: Entrevista domiciliar Município de Adamantina Nov/1994.

Constatou-se que 99,2% das entrevistadas realizaram pré-natal iniciando o mesmo durante o primeiro trimestre de gestação. Deste total, 14,8% iniciou o pré-natal no segundo e terceiro trimestres em função do desconhecimento da gestação. (47,62%) e por outro motivos (47,62%).

**TABELA 24: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz segundo número de gestações no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Número de gestações	Número	%
Primigesta	65	50,8
Segundigesta	40	31,8
Multigesta	23	18,0
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Entrevista domiciliar Município de Adamantina Nov/1994

Quanto ao número de gestações, a maior parte das entrevistadas eram primigestas (50,8%) e 18% eram multigestas; em relação à ocorrência de aborto este dado ficou prejudicado pela não inclusão deste item no questionário.

**TABELA 25: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram aluz segundo local de realização do pré-natal no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Local	Número	%
UBS IV	76	59,37
PAS I	15	11,72
PAS II	05	3,91
PARTICULAR	32	25,00
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município Adamantina Nov/1994.

No que tange ao local de realização do pré-natal, a maior parte das entrevistadas recorreu à UBS IV (59,37%) provavelmente por constituir a unidade de saúde melhor equipada, por ser de fácil acesso e vizinha da Santa Casa de Misericórdia. Em segundo lugar foi apontado atendimento particular (25,00%) seguindo em menor número o PAS I (11,72%) e PAS II (3,91%) ambos provavelmente menos utilizados por estarem localizados na região mais periférica e por contarem com recursos e equipamentos mais limitados.

**TABELA 26: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz, segundo exames realizados no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Exames	Sangue		Urina		Fezes		Papanicolau	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	125	98,0	122	95,0	98	76,0	31	24,0
Não	03	2,0	06	5,0	30	24,0	97	76,0
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município Adamantina Nov/1994

Com relação aos exames laboratoriais, estes foram agrupados em: sangue, urina, protoparasitológico de fezes, papanicolau, devido ao desconhecimento das entrevistadas quanto à sua especificação, como VDRL, tipagem sanguínea, constatando com isso a falha no acesso as informações por parte das usuárias.

**TABELA 27: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz, e foram submetidas a exame ginecológico no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Exame	Número	%
Sim	63	49,21
Não	65	50,78
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município de Adamantina Nov/1994.

Observa-se que há incidências semelhante, como pequena prevalência (50,78%) das mulheres que não realizaram exame ginecológico.

Sabe-se que a maioria das mulheres que não realizaram exame ginecológico durante a gestação, o fizeram na consulta por ocasião do puerpério.

**TABELA 28:** Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz segundo uso de vacina antitetânica na gestação no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.

Uso de vacina	Número	%
Sim	68	53,13
Não	19	14,84
Não (já imunizada)	41	32,03
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município Adamantina Nov/1994

Foi também abordada a questão da aplicação da vacina anti-tetânica obtendo-se o seguinte resultado: foram imunizadas 53,13% das entrevistadas durante o pré-natal e 32,03% não receberam a vacina porque já haviam recebido a mesma anteriormente.

Restou 14,84% de mulheres sem cobertura vacinal.

- Participação em Atividade Grupal/Aleitamento Materno

TABELA 29: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz receberam orientações sobre aleitamento durante a gravidez no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.

Receberam orientação	Número	%
Sim	84	65,63
Não	44	34,37
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevistas domiciliar Município de Adamantina Nov/1994.

TABELA 30: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz participaram de atividades em grupo (grupos de pré-natal) durante a gravidez no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.

	Número	%
Sim	16	12,50
Não	112	87,50
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município de Adamantina Nov/1994.



A maior parte das entrevistadas não participou de nenhuma programação em grupo (87,50%), ou porque não tiveram acesso ou pelo fato de não disporem de tempo.

Contudo a maioria recebeu orientação à respeito de aleitamento materno (65,3%) sendo esta efetuada geralmente de forma individual pela equipe de enfermagem principalmente por ocasião da internação para fins de parto.

#### **- Problema de Saúde durante a gestação**

Verificou-se que 33% das entrevistadas tiveram problemas de saúde durante a gestação tais como: infecção urinária, hipertensão, anemia mais voltadas à gestante do que em relação ao feto.

#### **- Tipos de Parto/Complicações após o parto**

**TABELA 31: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz segundo o tipo de parto no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

<b>Tipo de Parto</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Normal	39	31,0
Cesariana	89	69,0
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista domiciliar Município de Adamantina Nov/1994.

**TABELA 32: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz segundo complicação no parto no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Complicação Parto	Número	%
Presente	21	16,40
Ausente	107	83,60
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município Adamantina Nov/1994.

Foi verificado que incidência maior foi de parto cesárea (69%) seguido de parto normal (31%). Quanto à variável referente à complicações após o parto, foi inexistente em 83,60% das entrevistadas.

**Avaliação da usuária: pré-natal e parto.**

**TABELA 33: Distribuição em número e porcentagem das mulheres que deram a luz segundo opinião sobre pré-natal e parto no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Opinião	Pré-Natal		Parto	
	Número	%	Número	%
Gostou	127	99,2	119	93,0
Não Gostou	01	0,8	09	7,0
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Entrevista domiciliar Município Adamantina Nov/1994.

A maior parte das entrevistadas, ou seja, 99,2% avaliou o atendimento durante o pré-natal como bom, enquanto em relação ao

atendimento prestado durante o período de internação 93% avaliou-o da mesma forma. Portanto inclui-se que o grau de satisfação em relação a ambos os aspectos foi elevado, embora tenha sido um pouco inferior em relação ao atendimento prestado por ocasião da internação.

**Motivo do descontentamento: atenção ao pré-natal e parto.**

**TABELA: 34 Distribuição em número e porcentagem de motivos de descontentamento, citado por dez mulheres quanto ao atendimento prestado no pré-natal e parto no Município de Adamantina de janeiro a junho/1994.**

Motivo	Número	%
Demora no atendimento	09	30,01
Agressividade na recepção	05	16,66
Falta atenção equipe enfermagem	05	16,66
Dificuldade para matrícula pré-natal	04	13,33
Falta atenção da equipe médica	04	13,33
Falta de orientação	03	10,01
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista domiciliar Município Adamantina Nov/1994.

Observa-se que a incidência maior diz respeito à demora no atendimento, o que vai de encontro à citação quanto ao fato das gestantes serem agendadas todas no mesmo horário e esperarem por até 4 (quatro) horas para a consulta médica.

Outro motivo de descontentamento importante foi a dificuldade de se incluir no programa de pré-natal e de ser atendida de

emergência, tendo, muitas vezes, que enfrentar longas filas durante a madrugada.

#### **Sugestões das entrevistadas para melhorar o atendimento:**

As sugestões apresentadas estão mais relacionadas ao atendimento hospitalar, sendo citadas com duas incidências:

- Relevância do pré-natal
- Maior atenção por parte da equipe de enfermagem no hospital
- Maior atenção às pacientes submetidas à cesárea

Foi apontado com única incidência as seguintes sugestões:

- Ampliar o horário de visita
- Isolamento da ala da maternidade
- Maior ordem e limpeza
- Ampliar o horário de visita
- Permitir a presença do marido ao lado da parturiente
- Laqueadura gratuita, já que as mais carentes não podem pagar
- Ausência da discriminação entre internações pelo SUS/particular na Santa Casa em termos de atendimento, alimentação, etc.

## 9. DISCUSSÃO FINAL

Os indicadores de saúde demonstram uma boa qualidade de vida da população do Município de Adamantina, devido, principalmente, à aspectos sócio-econômicos favoráveis. O indicador de Swaroop-Uemura mostra uma mortalidade proporcional de 82,5% na faixa etária de maiores de 50 anos, com predomínio dos óbitos por doenças crônico-degenerativas como as cardiovasculares e neoplasias. O coeficiente de mortalidade infantil é baixo, com predomínio do componente neonatal.

No entanto, é importante salientar que apesar desses indicadores de saúde favoráveis indicarem que o município poderia ser comparado a países de primeiro mundo, constatamos que algumas ações como o programa de hipertensão arterial, saúde da criança, saúde mental, vigilância epidemiológica e saúde da mulher poderiam ser aperfeiçoadas no sentido de captar a população de risco através de propostas de atendimento mais estruturadas. Pelo que preconiza a Organização Mundial de Saúde, existem proporcionalmente à população um número adequado de profissionais médicos contratados que poderiam prestar assistência no município, de maneira adequada. Somente deveriam ser acrescentadas algumas especialidades como a psiquiatria, já que é gravíssima a falta de atendimento ambulatorial à população que necessita de atendimento em Saúde Mental, e outros profissionais que poderiam colaborar na visão da saúde integral como, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos habilitados em equipamentos especializados, etc.

Na pesquisa realizada observa-se um grande número de mães adolescentes, o que deveria ser objeto de preocupação por parte da saúde no sentido de oferecer programas destinados a orientação e acesso a informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, AIDS,

planejamento familiar, e este no sentido de proporcionar à população o direito de escolha consciente e obtenção do método contraceptivo mais apropriado para a mulher ou sua família.

Atualmente, com o processo de municipalização, a Saúde é objeto de preocupação por parte das autoridades. Entretanto, devido a uma série de dificuldades, o SUS não se concretizou em sua totalidade.

Como obstáculo percebe-se a diferenciação no atendimento entre o público e o privado dificultando a universalização, integralidade e equidade no Sistema Único de Saúde.

Para comprovar este fato pode-se citar a utilização do espaço público da Santa Casa de Misericórdia para atividades lucrativas individuais de certas categorias profissionais, baseado na lógica do profissional.

Na medida em que existe um privilégio do atendimento privado, isto impossibilita o entendimento entre os dirigentes públicos para atingir os propósitos da saúde da população.

O município, encontrando-se na gestão incipiente, não possui autonomia para decidir sobre investimentos necessários em cada seguimento da saúde, impedindo o planejamento a médio e longo prazo.

Um grande avanço observado foi a criação do Conselho Municipal de Saúde, há aproximadamente um ano, porém, a representação popular é precária e deficiente, fazendo-se necessária a sensibilização dos membros integrantes quanto ao seu papel.

Outro aspecto positivo foi a criação de grupos participativos nas várias instâncias da administração pública, objetivando a elaboração de plano de ação com vistas à qualidade total.

O Município enfrenta problemas em relação à referência e, contra referência e também, na fixação de pessoal técnico especializado. Na tentativa de resolver essas questões, buscou-se a idéia de consórcios entre os municípios vizinhos.

Por falta de um trabalho educativo junto à população, não se realizou o processo de territorialização com definição das áreas de abrangência das unidades. Desta forma, há sobrecarga na demanda na UBS IV e a Santa Casa passa a ser porta de entrada para o atendimento primário.

O gerenciamento é centralizado não havendo responsável técnico em cada unidade, levando a um acúmulo de atividades sobre alguns profissionais, impossibilitando o desenvolvimento de programas mais elaborados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERQUÓ, E.S. et al. Bioestatística - 1ª ed. rev. E. E. U. São Paulo, 1981
- X BRASIL. Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília. Senado Federal, 1988.
- X BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1991.
- X BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1991.
- X BRASIL. Portaria nº 545, de 20 maio de 1993: estabelece norma e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da norma Operacional Básica S.U.S. 01/93 Diário Oficial da União, Brasília, 24 de maio. 1993. Seção I, nº 96, p. 6961-65.
- CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. v 1, p. 39-42.
- ERSA 16 - ADAMANTINA. Grupo técnico de vigilância sanitária do ERSA 16. Propostas para municipalização das atividades de vigilância sanitária. Adamantina, 1994.
- FARIA, N. M. X. Silos. Uma visão da linha de frente do sistema. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. v 1. p. 97-8.



× FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico: região de governo de Adamantina. Adamantina, 1991.

× FUNDAÇÃO SEADE. Conjuntura demográfica. São Paulo, 1993. nº 22, p.95-120

INTERNAÇÕES hospitalares, por grupo de doença e faixa etária, em hospitais gerais. ERSA - 16. Adamantina, 1993.

× LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. 2ª ed, São Paulo E.P.U. 1987.

MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social - notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. v.1, p. 13-6.

MERHY, E.E. et al. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as Conferências de Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. v.1, p. 91-6.

MORBIDADE hospitalar. ERSA - 16. Adamantina, 1993.

ÓBITOS gerais, segundo as causas de morte resumidas por idade e sexo. FUNDAÇÃO SEADE: movimento do registro civil. Adamantina, 1990, 1991, 1992 e 1993.

OLIVEIRA, F.B. & MEDICI, A.C. Financiamento - A saúde dos anos noventa: Os recursos federais e a descentralização. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. v.2, p. 119-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual da classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbitos. <sup>10ª</sup> 9ª revisão, 1975/1993 São Paulo, 1978: Centro da OMS para classificação das doenças em português.

PHILIPPI JUNIOR, A. Saneamento do meio. São Paulo, Fundacentro/Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1982.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA. Dados relativos à região, ao município e descrição da área apresentada. Adamantina, 1994.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA. Programa integrado de desenvolvimento sócio-econômico. Diagnóstico do município de Adamantina. Adamantina, 1994.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA. Regiões administrativas de Araçatuba e Presidente Prudente, 1993.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ADAMANTINA - Plano de operacionalização de municipalização dos serviços de saúde de Adamantina - 1992/1993.

SALDANHA, R.F. Adamantina - São Paulo. 2ª ed. Rio de Janeiro, Serviço Gráfico da Fundação IBGE, 1973. (Coleção de monografias nº 559).

Questionário  
Equipes Locais

- 1-Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- 2-Local de trabalho: \_\_\_\_\_
- 3-Idade: \_\_\_\_\_.
- 4-Sexo: M( ) F( ).
- 5-Profissão: \_\_\_\_\_
- 6-Função: \_\_\_\_\_
- 7-Tipo de vínculo público:  
Municipal( ) Estadual( ) Federal( ) Outro( )Especifique: \_\_\_\_\_
- 8-Regime de contratação:  
CLT( ) Efetivo( ) Outros( )Especifique: \_\_\_\_\_
- 9-Na sua Unidade foi discutido o processo de territorialização?  
Sim( ) Não( )
- 10-A área de abrangência da Unidade é definida?  
Sim( ) Não( )
- 11-Só são atendidos os pacientes que pertencem a área de abrangência da Unidade?  
Sim( ) Não( )
- 12-Os pacientes que são atendidos na Unidade são cadastrados por programas?  
Sim( ) Não( )
- 13-Quantos pacientes são atendidos por período?  
Número= \_\_\_\_\_
- 14-Como é feito o agendamento de consultas na sua especialidade?  
Somente com agendamento prévio( )  
Somente procura do dia( )  
Ambos os anteriores( )  
Quantifique as proporções: \_\_\_\_\_
- 15-O que o usuário precisa fazer para marcar consulta na Unidade?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 16-Qual o tempo de espera entre a marcação da consulta e a própria consulta?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 17-Qual o tempo de espera entre a consulta e o resultado dos exames?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 18-Há demanda reprimida na sua especialidade?  
Sim( ) Não( )
- 19-Os recursos humanos são suficientes na sua especialidade?  
Sim( ) Não( )

20-Quais programas são desenvolvidos na sua especialidade?

- Saúde bucal( )
- Hipertensão Arterial( )
- Diabetes Mellitus( )
- Tuberculose( )
- Hanseníase( )
- Crescimento e Desenvolvimento( )
- Doença Respiratória da Infância( )
- Pré-Natal( )
- Prevenção de Câncer Ginecológico( )
- Saúde Mental( )
- Outros( )Especifique quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21-Há convocação de faltosos nas atividades programáticas?

- Sim( )
- Não( )

22-Há facilidade de encaminhamento para outros recursos quando necessário?

- Sim( )
- Não( )

23-Em caso de resposta positiva na questão anterior, especifique que recursos são geralmente utilizados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24-Há trabalho multiprofissional na sua área?

- Sim( )
- Não( )

Em caso de resposta positiva, especifique o tipo de trabalho multiprofissional desenvolvido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25-Existe planejamento prévio dos programas da sua área nesta Unidade?

- Sim( )
- Não( )

26-O Sr(a). participa desse planejamento?

- Sim( )
- Não( )

27-Quem mais na sua opinião participa desse planejamento?

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28-Existem atividades de treinamento e reciclagem profissional na sua área?

- Sim( )
- Não( )

29-O que o Sr(a). Entende por Municipalização?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30-O Sr(a). Conhece o Plano Municipal de saúde?

- Sim( )
- Não( )

31-O Sr(a). sentiu mudanças no seu trabalho após o início da implantação do processo de municipalização?

Sim( ) Não( )

Em caso de resposta positiva, especifique quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32-Há retorno das informações enviadas da sua Unidade para níveis mais centrais?

Sim( ) Não( )

Em caso positivo, especifique que tipo de retorno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33-O Sr(a) gosta de trabalhar nessa Unidade?

Sim( ) Não( )

Por que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Questionário  
Equipes locais- específico para Ginecologia/Obstetria

- 1-São realizadas atividades de pré-natal nesta Unidade?  
Sim( ) Não( )
- 2-Há priorização das gestantes nesta Unidade, em relação à demanda de Ginecologia?  
Sim( ) Não( )
- 3-Qual o número médio de consultas por grávida durante a gestação?  
1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) mais de 6( )
- 4-Há demora entre a marcação da consulta e a própria consulta?  
Sim( ) Não( )  
Em caso de resposta positiva de quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 5-Em que trimestre da gravidez as gestantes costumam chegar para o pré-natal?  
Primeiro trimestre( ) Segundo trimestre( ) Terceiro trimestre( )  
Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6-Há pré-consulta da gestante?  
Sim( ) Não( )
- 7-Há pós-consulta da gestante?  
Sim( ) Não( )
- 8-Há consultas de enfermagem intercaladas com a consulta médica durante o pré-natal?  
Sim( ) Não( )
- 9-São realizados grupos de gestantes nesta Unidade?  
Sim( ) Não( )  
Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10-Há participação da equipe multiprofissional nesses grupos?  
Sim( ) Não( )  
Especifique quais profissionais estão envolvidos nesse trabalho: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11-Durante o pré-natal, é enfatizado para a gestante a importância do aleitamento materno?  
Sim( ) Não( )
- 12-Há seguimento de gestantes de alto risco nesta Unidade?  
Sim( ) Não( )
- 13-Em caso de resposta anterior negativa, para onde são encaminhadas essas gestantes?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 14-Há auxílio por parte da Unidade nesse encaminhamento (por exemplo, no transporte)?  
Sim( ) Não( )
- 15-Nos casos de transferência, há retorno das informações para a Unidade?  
Sim( ) Não( )
- 16-Há algum programa de suplementação nutricional para as gestantes?  
Sim( ) Não( )

17-Qual a rotina laboratorial colhida de cada gestante?

Urina I( )

Hemoglobina e Hematócrito( )

Hemograma Completo( )

Tipagem ABO/Rh( )

Glicemia( )

VDRL no início da gestação( )

VDRL no início e no final da gestação( )

Papanicolau( )

PPF( )

18-É feita de rotina a vacinação antitetânica das gestantes?

Sim (1 dose)-( )

Sim (2 doses)-( )

Sim (3 doses)-( )

Não( )

19-Qual a sua avaliação pessoal do atendimento às gestantes nesta Unidade?

---

---

20-Há programa de Planejamento Familiar na Unidade?

Sim( )

Não( )

21-Todas as gestantes são encaminhadas ao programa de Planejamento Familiar?

Sim( )

Não( )

22-São realizados grupos de Planejamento Familiar na Unidade?

Sim?

Não( )

23-Que profissionais participam?

---

---

24-Há programa de prevenção de câncer ginecológico na Unidade?

Sim( )

Não( )

25-Quem faz a coleta do Papanicolau na Unidade?

Médico( )

Enfermeira( )

Auxiliar de Enfermagem( )

Outro profissional( ).Especifique:\_\_\_\_\_

26-Com que periodicidade é feita a coleta de Papanicolau?

---

Questionário  
Equipe Central

- 1- Como e quando ocorreu o processo de Municipalização em Adamantina?
- 2- Em que tipo de gestão está inserido o Município de acordo com a norma 01/93?
- 3- Na prática como são operacionalizados os "Princípios do SUS"?   
 Universalização/Equidade/Integralidade/Regionalização  
 Hierarquização/Resolutividade/Descentralização/  
 Participação Popular?
- 4- Quais os serviços Federais e Estaduais que estão Municipalizados?
- 5- Quais os serviços conveniados, contratados e privados?
- Existem consórcios com outros Municípios? Como se avalia essa questão?
- 6- Quais as fontes de financiamento à saúde do Município? Qual a porcentagem vinda da Prefeitura? Como é elaborado o orçamento municipal anual? Existe um Fundo Municipal? Quando foi criado? Qual o seu fluxo?
- 7- Como se dá o controle da assistência prestada à população tanto pelo setor público quanto pelo setor privado?
- 8- As atividades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, assim como o Saneamento Básico estão municipalizados?
- 9- Como é composto o Conselho Municipal de Saúde e qual a sua função? Qual a periodicidade das reuniões?
- 10- Quando é elaborado o Plano Municipal de Saúde? Como ele é elaborado? Quem participa da sua elaboração?
- 11- Foi realizada alguma Conferência Municipal de Saúde no Município? Quando? Quais as propostas encaminhadas?
- 12- Como está o processo de territorialização no Município? Foram definidas áreas de abrangência e influência?
- 13- Como se dá a política de recursos humanos depois da Municipalização? Número de profissionais, regimes de contratação, política de desenvolvimento de pessoal, cargos e salários?
- 14- Qual relação a Saúde estabelece com as outras Secretarias no que tange às questões de saúde? Existem programas conjuntos?
- 15- Existe um Sistema de Informações definido? Como é o seu funcionamento? Quem gerencia (AIHs, UCAs e Número de Consultas)?
- 16- Qual a relação existente com o ERSÁ após a Municipalização?
- 17- Como se dá o mecanismo de Referência e Contra-Referência local e fora do Município?
- 18- Como se estabelece a hierarquização das ações de saúde?
- 19- Qual a lógica do modelo assistencial de saúde (preventivo, curativo, hospitalocêntrico)?



Questionário  
Conselho Municipal de Saúde

- 1-Gostaríamos de ter um pequeno histórico do Conselho Municipal de Saúde de Adamantina.
  - 2-Qual a sua função? Tem poder deliberativo e consultivo?
  - 3-Qual a sua composição? Como se dá a designação dos seus membros?
  - 4-Com que frequência se dão os encontros?
  - 5-Como o Conselho realiza a avaliação e o controle das ações em saúde?
  - 6-Como é visto pelo Conselho o processo de Municipalização?
  - 7-Quais as propostas do Conselho Municipal de Saúde no processo de Municipalização?
- Cada membro do Conselho se apresenta e faz um pequeno relato sobre como vê o Conselho Municipal de Saúde.

## QUESTIONÁRIO

Avaliação das usuárias das UBSs de Adamantina  
que deram a luz de janeiro a novembro de 1994

- 1-Idade: \_\_\_\_\_
- 2-Estado civil: com companheiro( ) sem companheiro( ).
- 3-Bairro onde mora: \_\_\_\_\_
- 4-Religião: \_\_\_\_\_
- 5-Escolaridade: analfabeto( )  
primeiro grau incompleto( ) primeiro grau completo( )  
segundo grau incompleto( ) segundo grau completo( )  
superior incompleto( ) superior completo( )
- 6-Profissão: \_\_\_\_\_
- 7-Trabalha: Sim( ) Não( ).
- 8-Número de gestações anteriores: \_\_\_\_\_
- 9-Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_
- 10-Idade do último filho: \_\_\_\_\_
- 11-A Sra fez pré-natal na última gravidez? Sim( ) Não( ) Por que? \_\_\_\_\_
- 12-Onde foi feito o pré-natal?  
PAS1( ) PAS2( ) CS1( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 13-Quando a Sra iniciou o pré-natal?  
Primeiro trimestre( ) Segundo trimestre( ) Terceiro trimestre( ).
- 14-Por que a Sra começou o pré-natal atrasada?  
Não sabia sobre a gravidez( )  
Não achava importante( )  
Não conseguiu vaga antes( )  
Outro motivo: \_\_\_\_\_
- 15-Quantas consultas a Sra realizou durante a gravidez? \_\_\_\_\_
- 16-Quais destes exames a Sra realizou durante a gravidez?  
Urina I( )  
Hb/Htc( )  
Hemograma completo( )  
Glicemia( )  
Tipagem ABO/Rh( )  
VDRL 1 vez( )  
VDRL 2 vezes( )  
Papanicolau( )  
PPF( )
- 17-Foi constatado algum problema durante a gravidez?  
Sim( ) Não( ) Qual? \_\_\_\_\_
- 18-Durante a consulta de pré-natal, o médico:  
mediu a sua pressão( )  
mediu o tamanho da sua barriga( )  
escutou o bebê( )  
verificou o seu peso( )  
fez o exame ginecológico( )

19-A Sra participou de alguma outra atividade além da consulta durante o pré-natal na Unidade:  
Sim( ) Não( ) Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20-A Sra recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno durante a gravidez?  
Sim( ) Não( )

21-A Sra recebeu vacinação antitetânica durante a gravidez?

Sim-1 vez( ) Sim-2 vezes( ) Sim-3 vezes( )

Não( ) Por que? \_\_\_\_\_

22-Que tipo de parto foi o seu?

Normal( ) Fórceps( ) Cesária( )

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23-A Sra teve alguma complicação durante ou após o parto?

Sim( ) Não( ) Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24-A Sra gostou do atendimento durante o período pré-natal?

Sim( ) Não( ) Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25-A Sra gostou do atendimento durante o parto?

Sim( ) Não( ) Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA**  
----- ESTADO DE SÃO PAULO -----

**REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ADAMANTINA**

**ANEXO 7**

**CAPÍTULO I**

**DA INSTITUIÇÃO**

**Artigo 1º** - O presente Regimento Interno regula as atividades e atribuições do Conselho Municipal de Saúde do Município de Adamantina, Estado de São Paulo (CMS/A), instituído pela Lei nº de 2.522 de 20/12/93.

**CAPÍTULO II**

**DOS OBJETIVOS**

**Artigo 2º** - O CMS/A com funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, tem como objetivo básico atuar na formulação de estratégias, fiscalização e no controle e avaliação da execução da política municipal de saúde, de conformidade com a Lei nº 2.522, de 20/12/93, constituindo-se no órgão colegiado máximo.

**CAPÍTULO III**

**DA CONSTITUIÇÃO**

**Artigo 3º** - O CMS/A será composto de representantes de movimentos e entidades, trabalhadores e representantes governamentais, interessados na questão de saúde do Município.

**Artigo 4º** - O CMS/A terá o Presidente como responsável máximo pela gerência da entidade e conselheiros, que executarão e implementarão o Sistema Único de Saúde do Município.

**CAPÍTULO IV**

**DAS DIRETRIZES BÁSICAS DE ATUAÇÃO**

**Artigo 5º** - O CMS/A observará, no exercício de suas atribuições, as seguintes diretrizes básicas e prioritárias:

a) A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

----- ESTADO DE SÃO PAULO -----

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais com destaque para o atendimento de urgência;

III - participação da comunidade;

b) A integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, instituindo-se um sistema de referência e contra-referência, com eficiência e eficácia conforme as características epidemiológicas de cada região do Município.

c) A efetivação de uma política de Recursos Humanos para o setor de saúde que contemple a admissão somente por concurso público, plano de carreira em cargo, capacitação e reciclagem para funções específicas.

## CAPITULO V

### DA COMPOSIÇÃO

**Artigo 69** - O Conselho Municipal de Saúde, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, se compõe pelos seguintes membros:

#### I - DO GOVERNO MUNICIPAL:

a) da Secretaria de Saúde (o Secretário Municipal de Saúde e um membro indicado) - 02 (dois) representantes;

b) da Secretaria de Finanças - 01 (um) representante;

c) da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (Órgão de Meio Ambiente) - 01 (um) representante;

d) da Secretaria de Promoção Social - 01 (um) representante;

e) da Secretaria de Administração - 01 (um) representante;

#### II - DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS:

a) do SUS no âmbito Estadual, - 01 (um) representante;

b) dos prestadores filantrópicos contratados pelo SUS - 03 (três) representantes.

c) das Unidades Básicas de Saúde - 02 (dois) representantes.

#### III - DOS TRABALHADORES DO SUS:

a) dos trabalhadores no SUS do Município - 01 (um) representante.

#### IV - DOS CENTROS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE:

a) da faculdade, sediada no Município - 01 (um) representante.

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

----- ESTADO DE SÃO PAULO -----

## V - DOS USUÁRIOS:

- a) dos clubes de serviços e das associações comunitárias - 07 (sete) representantes;
- b) dos sindicatos e entidades patronais - 01 (um) representante;
- c) dos sindicatos de trabalhadores - 02 (dois) representantes;
- d) das associações filantrópicas - 03 (três) representantes.
- e) representante do Movimento Municipal de Defesa dos Direitos da População Feminina - 01 (uma) mulher.

## CAPÍTULO VI

### DO FUNCIONAMENTO

**Artigo 7º** - O caráter das posições assumidas pelo CMS/A são as seguintes:

**Parágrafo 1º** - O CMS/A com seus 28 membros titulares, tem caráter deliberativo nas questões gerais de política de saúde e uma frequência de reuniões de, no mínimo 01 por mês.

**Parágrafo 2º** - O Presidente do CMS/A pode em situações excepcionais de natureza emergencial tomar as decisões de caráter deliberativo "ad referendum" do CMS/A.

**Artigo 8º** - O CMS/A reunir-se-á em dependências que lhe forem destinadas, em reuniões ordinárias, por convocação de seu Presidente, e extraordinariamente, quando convocada na forma regimental.

**Parágrafo Único** - As reuniões deverão ser convocadas com 8 dias de antecedência, com pauta específica.

**Artigo 9º** - O CMS/A reunir-se-á extraordinariamente para tratar de matérias especiais ou urgentes, com antecedência de no mínimo 02 dias quando houver:

- Convocação formal do seu Presidente.
- Convocação formal da maioria dos seus membros titulares.

**Artigo 10** - O CMS/A reunir-se-á ordinariamente com a periodicidade de, no mínimo, 01 vez ao mês com a presença da maioria simples de seus membros em 1ª convocação, considerando-se os suplentes que estiverem substituindo os titulares. Em 2ª convocação com qualquer número após 15 minutos do horário previsto. As atividades serão dirigidas pelo seu Presidente, devendo os participantes assinarem folha de presença por ordem de chegada. Na ausência do presidente, presidirá as reuniões o membro do CMS/A representante da Secretaria Municipal de Saúde.

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

----- ESTADO DE SÃO PAULO -----

**Artigo 11** - O CMS/A deliberará por maioria simples dos conselheiros presentes, considerando suplentes que estiverem em exercício, desde que o respectivo titular esteja ausente.

**Artigo 12** - Fica assegurado a cada um dos membros participantes das reuniões do CMS/A, o direito de manifestar sobre o assunto em discussão, porém, uma vez encaminhado para votação, tal assunto não poderá voltar a ser discutido no seu mérito.

**Artigo 13** - Os assuntos tratados e as deliberações tomadas em cada reunião, serão registradas em ata, a qual será lida e aprovada na reunião subsequente.

**Artigo 14** - Os membros representantes (titulares e suplentes institucionais), sociedade civil organizada no CMS/A, deverão ser indicados expressamente mediante correspondência específica dirigida ao Prefeito do Município, pelo titular da instituição pública ou presidência da entidade respectiva, sendo empossados automaticamente.

**Parágrafo 1º** - As substituições e afastamentos do(s) membro(s) titular(es) ou suplente(s), sempre que entendido necessário pela instituição ou entidade representada, também se processará nos termos do caput deste artigo.

**Parágrafo 2º** - No caso de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, automaticamente assumirá o suplente, com direito a voto.

**Parágrafo 3º** - Os membros suplentes, quando presentes às reuniões plenárias do CMS/A, terão assegurado o direito de voz, mesmo na presença dos titulares.

**Parágrafo 4º** - Todas as manifestações verbais, dos Conselheiros Titulares ou Suplentes, deverão obedecer ao tempo máximo de explanação equivalente a 05 minutos para cada expositor.

**Parágrafo 5º** - As pessoas presentes poderão se manifestar, no final de cada item de pauta, por 05 minutos, após a devida autorização do Presidente.

**Parágrafo 6º** - Os membros que faltarem em 03 (Três) reuniões consecutivas ficarão automaticamente eliminados do Conselho Municipal de Saúde de Adamantina, admitindo-se imediatamente os respectivos suplentes para preenchimento das vagas. Nesses casos as entidades responsáveis deverão indicar com urgência seus novos representantes para compor as correspondentes suplências.

# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ADAMANTINA

----- ESTADO DE SÃO PAULO -----  
CAPÍTULO VII

## DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 15 - São atribuições do CMS/A:

- a) Estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde do município;
- b) Garantir a participação e o controle popular através da sociedade civil organizada nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde;
- c) Deliberar, analisar, fiscalizar e apreciar em todo território do município, o funcionamento do Sistema de Saúde;
- d) Possibilitar amplo conhecimento do Conselho Municipal de Saúde à população e às instalações públicas e privadas;
- e) Estabelecer instruções e diretrizes gerais para formação das comissões de nível local, municipal e regional;
- f) Definir, controlar, acompanhar e avaliar o Plano de Saúde do Município;
- g) Apreciar e deliberar a prestação de contas a nível municipal, encaminhada pelo Fundo Municipal de Saúde;
- h) Apreciar e deliberar a incorporação ou exclusão ao Sistema de Saúde, de serviços privados e/ou pessoas físicas, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária, a partir de parecer informativo da Secretaria Municipal de Saúde;
- i) Tomar conhecimento, das demonstrações mensais de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde;
- j) Fiscalizar a alocação dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e de recursos humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Municipal de Saúde, para que assim possam melhor exercitar suas atividades e atender eficientemente as necessidades populacionais na área;
- k) Manter audiências com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Municipal de Saúde, sempre que entender necessário, para debater encaminhamento de assuntos de interesse coletivo e relacionados diretamente às suas atividades específicas;
- l) Analisar e divulgar amplamente dados e estatísticas, relacionados com a saúde;
- m) Articular a soma de esforços das diversas instituições, entidades privadas e organizações afins, com o intuito de evitar-se a diluição de recursos e atividades nas áreas de saúde;
- n) Exercer ampla fiscalização nos órgãos prestadores de serviços na área de saúde, no sentido de que suas ações proporcionem desempenho efetivo e com alto grau de resolutividade ao Sistema Municipal de Saúde;
- o) Promover contatos com as várias instituições, entidades privadas e organizações afins, responsáveis pelas ações ligadas às necessidades de saúde da população para atuação conjunta.
- p) Estabelecer orientações gerais de controle e avaliação do Sistema de Saúde, com base em parâmetros



# PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ADAMANTINA

----- ESTADO DE SÃO PAULO -----

de cobertura, cumprimento das metas estabelecidas, produtividade, recomendando mecanismo claramente definidos para correção das distorções, tendo em vista o atendimento pleno das necessidades da população;

q) Incentivar e participar da realização de estudos, promover investigações e pesquisas sobre as causas, prevenções e controle de Saúde;

r) Solicitar aos órgãos integrantes do Sistema Municipal de Saúde, a colaboração de seus servidores, de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, no esclarecimento de dúvidas, para proferirem palestras técnicas ou ainda prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem.

s) Sugerir alterações no Regimento Interno, bem como apreciar quaisquer outros assuntos que lhe forem subordinados.

**Artigo 16** - O CMS/A quando entender oportuno, poderá, através de seus órgãos integrantes, convidar para participar de suas reuniões e atividades, técnico ou representante de instituições ou da sociedade civil organizada, desde que diretamente envolvida no(s) assunto(s) que estiver(em) sendo tratado(s).

**Artigo 17** - O CMS/A, através do seu presidente, convocará uma vez a cada ano, uma Conferência Municipal de Saúde para avaliação e propostas para a Política Municipal de Saúde.

## CAPITULO VIII

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

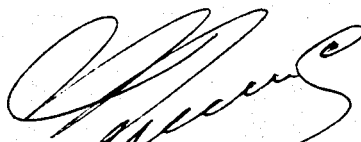
**Artigo 18** - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, parcial ou totalmente, através de proposta expressa de qualquer um dos membros do Conselho, encaminhada por escrito, com antecedência de 10 (Dez) dias de reunião extraordinária.

**Artigo 19** - As propostas deverão obedecer este Regimento Interno e serão apreciadas em reunião extraordinária do CMS/A, devendo ser aprovada pela maioria de seus membros.

**Parágrafo Unico** - As alterações apresentadas serão remetidas ao Prefeito Municipal para homologação.

**Artigo 20** - Os casos omissos deste Regimento Interno serão resolvidos pelo CMS/A, ouvidos os Conselheiros.

Adamantina, 14 de Abril de 1994.



DR. NELSON DO AMARAL  
Secretário Municipal de Saúde

Art. 10.º - Compete ao Presidente da Comissão Coordenadora: Promover, coordenar e dirigir todas as atividades necessárias à realização da Conferência.

Art. 11.º - Compete ao Vice-Presidente: Auxiliar o Presidente em todas as suas atribuições, e substituí-lo em seus impedimentos.

Art. 12.º - Compete ao Secretário: Auxiliar o Presidente da Comissão Coordenadora no planejamento das atividades e na programação da Conferência.

Art. 13.º - Compete ao Tesoureiro: Receber os recursos destinados à Conferência, efetuar pagamentos e providenciar a liquidação das despesas da Conferência.

Art. 14.º - Compete ao Relator Geral:

- a) Elaborar as tarefas necessárias a edição de textos finais da Conferência.
- b) Elaborar a ata Geral da Conferência.

#### CAPÍTULO V DOS RECURSOS:

Art. 15.º - Os recursos para realização da 1.ª C.R.S. serão oriundos das Prefeituras Municipais participantes e do patrocínio de Empresas.

#### CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 16.º - A reunião plenária final terá como objetivo:

- a) Apreciar a síntese dos debates sobre os temas apresentados.
- b) Apreciar as Moções.
- c) Homologar os nomes dos Delegados à Conferência Estadual de Saúde.

§ Único - Os Conselhos Municipais de Saúde deverão apresentar à mesa diretora, antes do início da plenária final, os nomes dos Delegados indicados pelos municípios participantes.

Art. 17.º - Será facultado a qualquer participante da Conferência, de forma isolada a apresentação de sugestões escritas sobre os temas apresentados.

Art. 18.º - Os casos omissos serão resolvidos pela mesa coordenadora dos trabalhos e sob nenhuma hipótese caberá recursos contra a decisão de sua residência.

Adamantina, 21 de setembro de 1991



# 1ª CONFERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

#### PARTICIPANTES:

ADAMANTINA  
FLORA RICA  
FLÓRIDA PAULISTA  
INÚBIA PAULISTA  
IRAPURU  
LUCILIA  
MARIAPOLIS  
OSVALDO CRUZ  
PACAPAMBU  
SAGRES  
SALMOURÃO

ERSA 16

Data: 21/09/91 - Horário: 7:00 às 18:00 hs.  
Local: IPE CLUBE - ADAMANTINA - SP

# REGULAMENTO DA 1.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS INTEGRANTES DO ERSA 16.

## CAPÍTULO I DAS FINALIDADES:

Art. 1.<sup>o</sup> - A Conferência Regional Municipal é o foro dos debates dos problemas da Saúde, aberto aos Municípios dela integrantes, através de seus conselhos ou representações dos seguimentos sociais locais, com a seguinte finalidade:

I - Contribuir para a formulação de política Sanitária do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Município e no âmbito regional.

II - Homologar os nomes dos Delegados para a etapa Estadual e fornecer subsídios para as etapas Estadual, Nacional e IX Conferência Nacional da Saúde;

§ 1.<sup>o</sup> - A Conferência Regional será realizada na cidade de Adamantina no dia 21 de setembro de 1.991, sob os auspícios do Município anfitrião e colaboração dos municípios membros do ERSA 16.

## CAPÍTULO II DOS MEMBROS:

Art. 2.<sup>o</sup> - São membros da 1.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, as pessoas inscritas nas condições de:

- a) Delegados
- b) Participantes
- c) Convidados
- d) Observadores

§ - Os membros inscritos como Delegados terão direito a voz e voto. Os participantes e convidados terão direitos a voz e os observadores não terão direito a voz e voto.

Art. 3.<sup>o</sup> - Participarão como Delegados os próprios Prefeitos Municipais ou seus representantes ou prepostos por eles indicados, e os membros dos Conselhos Municipais de Saúde dos Municípios participantes.

## CAPÍTULO III DO TEMARIO:

Art. 4.<sup>o</sup> - A Conferência terá como tema central: "SAÚDE - A MUNICIPALIZAÇÃO É O CAMINHO", subdividido em:

- I - Sociedade, Governo e Saúde.
- II - Implantação do S. U. S.
  - a) Municipalização

b) Financiamento

c) Gerenciamento do Sistema e Política de Recursos Humanos.

III - Contrato Social.

Art. 5.<sup>o</sup> - A abordagem dos temas escolhidos ficará a cargo de conferencistas seguida de debates.

Art. 6.<sup>o</sup> - A qualquer membro da Conferência, a qualquer do Povo, mediante prévia inscrição junto da Mesa Diretora, é facultado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante os debates, através de perguntas de observações atinentes ao tema.

§ Único - Ao Presidente ou Mediador caberá dirigir os debates, assegurando a liberdade dos oradores, disciplinando os exágeros, admitindo ou não os apartes, uma vez consultado o orador.

Art. 7.<sup>o</sup> - A mesa dos trabalhos será composta por expositores ou Conferencistas, por debatedores e convidados da Presidência dirigida por Membro, previamente designado pela Comissão Organizadora.

## CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO:

Art. 8.<sup>o</sup> - A Conferência contará com uma Comissão Coordenadora constituída de:

- I - Presidente
- II - Vice Presidente
- III - Secretário Geral
- IV - Tesoureiro
- V - Relator Geral
- VI - Membros

§ Único - Serão membros da Comissão Coordenadora, os representantes credenciados dos Conselhos Municipais de Saúde, dos Municípios partícipes.

Art. 9.<sup>o</sup> - São atribuições da Comissão Coordenadora:

I - Elaborar e aprovar o regulamento da 1.<sup>a</sup> Conferência Regional de Saúde.

II - Promover a realização do evento cuidando de todos os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros.

III - Convidar os Conferencistas oficiais da 1.<sup>a</sup> C.R.S. bem como deliberar sobre os documentos técnicos oficiais.

IV - Elaborar os anais da Conferência.

V - Recepcionar os convidados oficiais.

VI - Credenciar Delegados e inscrever participantes.

VII - Responsabilizar-se pela programação oficial da Conferência.

VIII - Fornecer certificado aos Conferencistas.



**CONFERÊNCIA  
REGIONAL  
DE  
SAÚDE**

**PARTICIPANTES:**

ADAMANTINA  
FLORA RICA  
FLÓRIDA PAULISTA  
INÚBIA PAULISTA  
IRAPURU  
LUCÉLIA  
MARIÁPOLIS  
OSVALDO CRUZ  
PACAEMBU  
SAGRES  
SALMOURÃO

**ERSA 16**

Data : 21/09/91 — Horário: 7:00 às 18:00 hs.  
Local: IPÊ CLUBE — ADAMANTINA - SP

## 1.a CONFERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

### PROGRAMA

- 07:30 h - INSCRIÇÕES
- 09:00 h - CERIMONIAL DE ABERTURA
- 09:30 h - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (S.U.S.) - CONFERÊNCIAS MUNICIPAL, ESTADUAL E NACIONAL
- Conferencista: DR. JOSE ENIO SERVILHA DUARTE
- \* Diretor Técnico de Departamento do ERSA 45;
  - Ex Secretário Adjunto da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo;
  - Ex Chefe de Divisão do Departamento Nacional de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - Ministério da Saúde.
- 10:30 h - INTERVALO
- 10:45 h - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (S.U.S.) - MUNICIPALIZAÇÃO
- Conferencista: DR. ROBERTO MAURO BORGES
- \* Vice Presidente da Associação "Dr. Sebastião Moraes" de Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.
- 12:00 h - ALMOÇO
- 14:00 h - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (S.U.S.) - FINANCIAMENTO
- Conferencista: Sr. SINOEL BATISTA
- \* DD. Prefeito do Município de Penápolis.
- 15:00 h - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (S.U.S.) - GERENCIAMENTO DO SISTEMA E POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.
- Conferencista: DRA. MARIA CECILIA DELATORRE
- \* Diretora Geral dos Hospitais de Clínica e Municipal da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília.
- 16:00 h - INTERVALO
- 16:15 h - PROGRAMAS DE SAÚDE
- Conferencista: DR. JOSE ENIO SERVILHA DUARTE
- \* Diretor Técnico de Departamento do ERSA 45.
- 17:15 h - PLENARIA DE ENCERRAMENTO.

### COORDENADORES

#### ERSA 16

Diretor Técnico - Luis Alberto Martins

#### ADAMANTINA

Prefeito - Luis Hilson Lucianetti

Secretário de Saúde - Joamyr Castro

Diretora de Saúde - Maria Angélica Rosin Moreira Santos

#### FLORA RICA

Prefeito - Edson Buzinaro

Secretário de Saúde - Mauri Buzinaro

#### FLÓRIDA PAULISTA

Prefeito - Eder Prando

Secretário de Saúde - Dr. Ruy Mitsunaga

#### INÚBIA PAULISTA

Prefeito - Wagner Lindquist

Secretário de Saúde - Euclides Delai

#### IRAPURU

Prefeito - José Angelo da Silva

Secretário de Saúde - Paulo Roberto Coelho

#### LUCÉLIA

Prefeito - Jorge Abdo Sader

Secretário de Saúde - Maria Odete Bazzoli Sader

#### MARIÁPOLIS

Prefeito - Dair Natal de Freitas

Secretário de Saúde - José Ferreira Rocha Filho

#### OSVALDO CRUZ

Prefeito - Wilson Aparecido Pigozzi

Secretário de Saúde - Antonio Benoni Giansante Jr.

Depto. Munic. Saúde - Margarida Inês Bronharo

#### PACAEMBU

Prefeito - Clideto Toda

Secretário de Saúde - José Francisco Ferreira

#### SAGRES

Prefeito - Brandio José Pereira

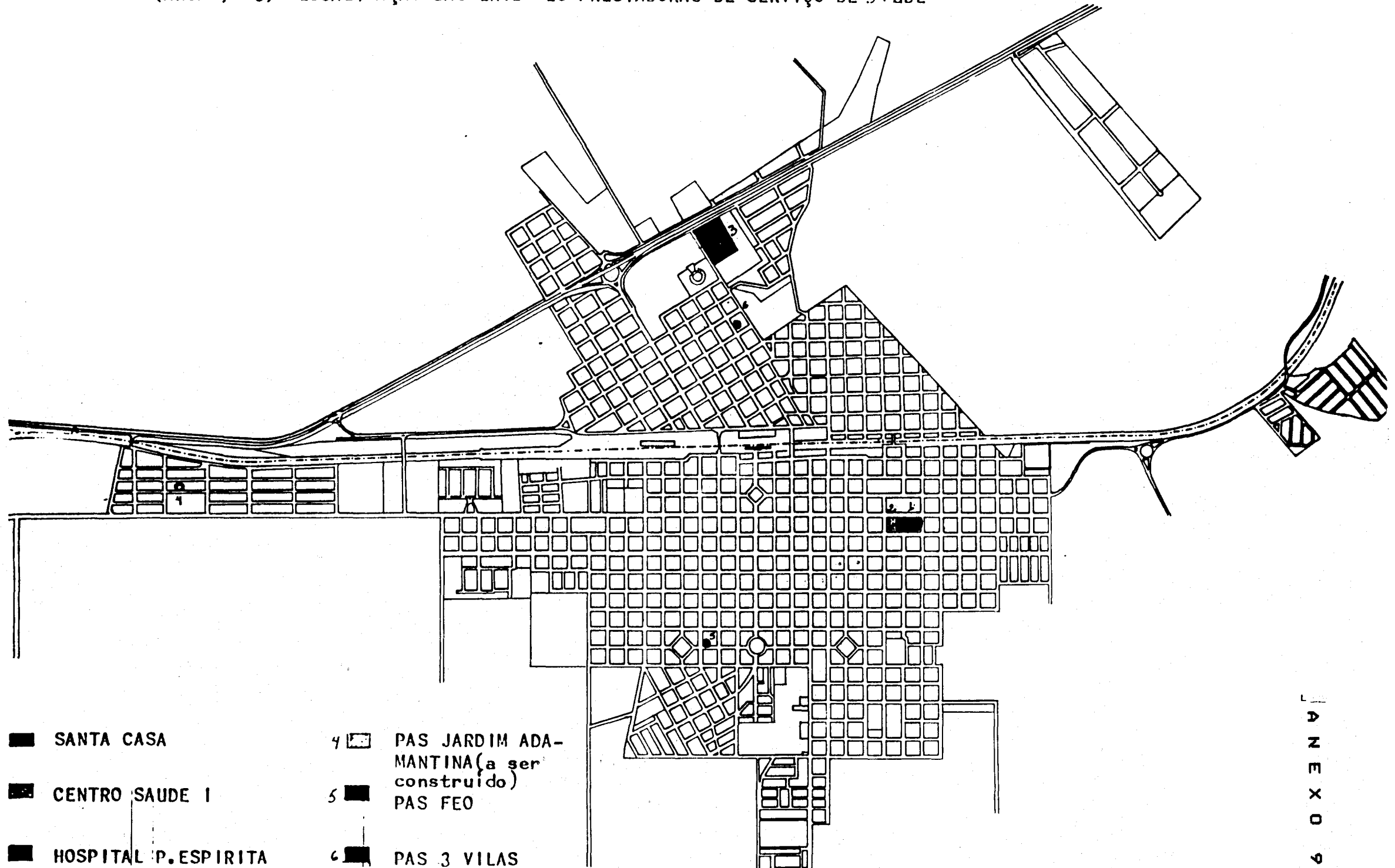
Coordenadora de Saúde - Cícera Sueli Oliveira

#### SALMOURÃO

Prefeito - José Pravato

Secretário de Saúde - José Luis Rocha Peres

(Anexo) 03) LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO DE SAÚDE



**ANEXO FOTOGRAFICO**

## 1 - USINA DE RECICLAGEM E COMPOSTAGEM DE LIXO



Foto 1.1: Da direita para a esquerda: recepção de lixo, triagem de material reciclável e moinho tipo martelo.

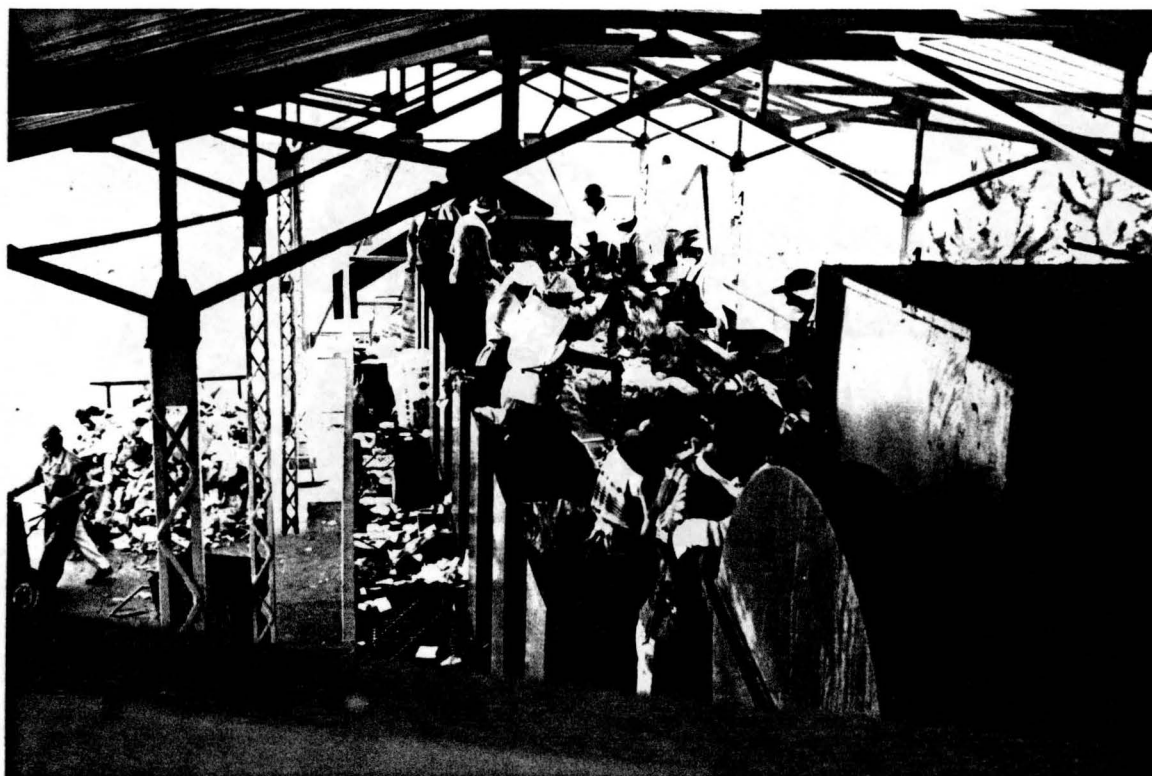
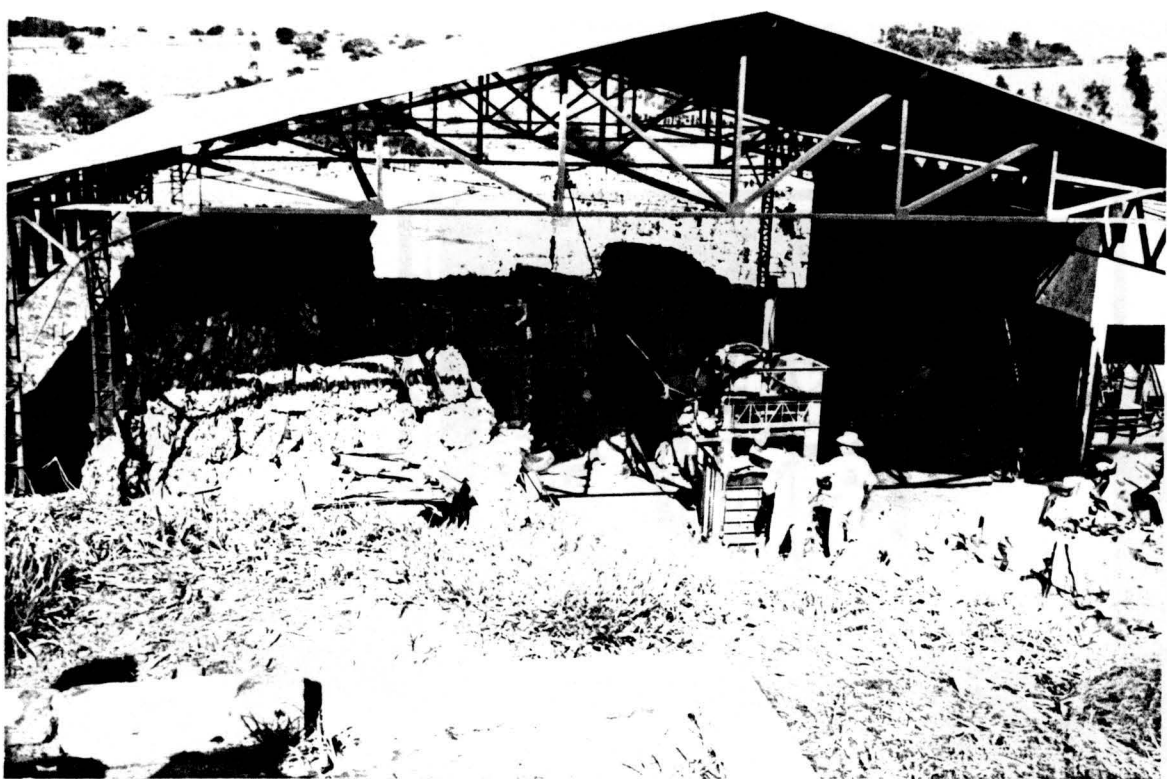


Foto 1.2: Detalhe da área de triagem de lixo.

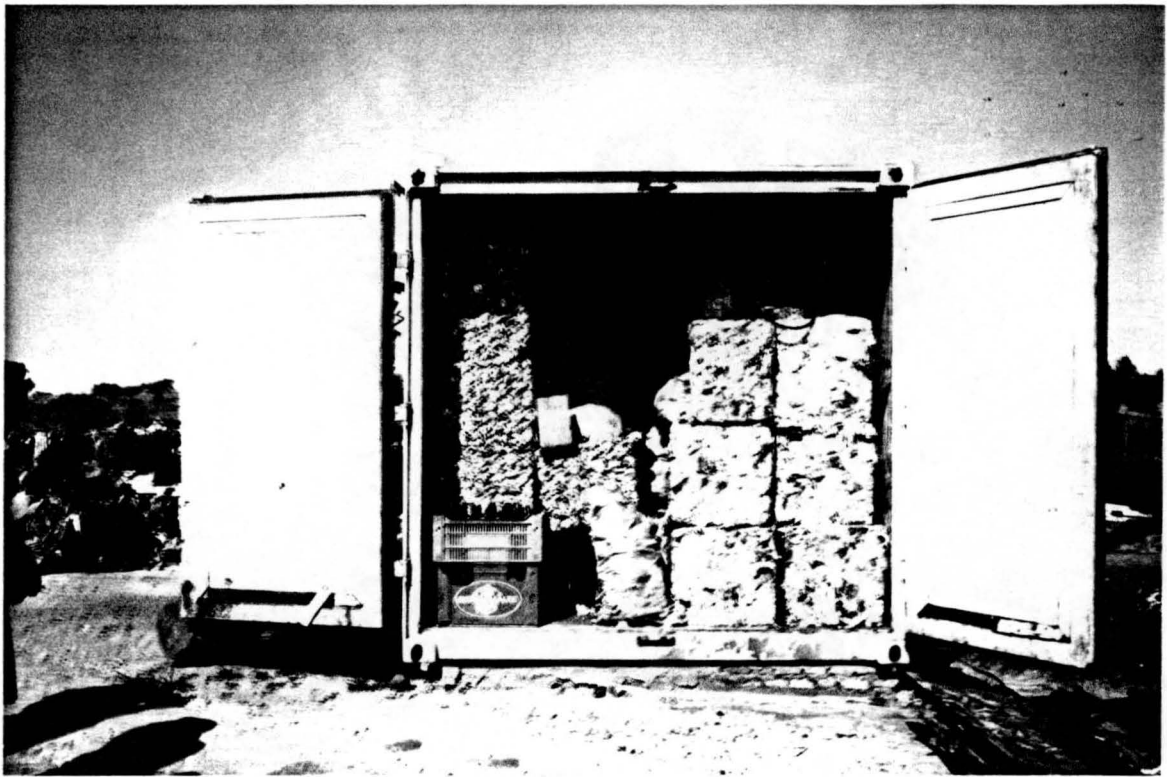




**Foto 1.3: Área de prensagem, enfardamento e estoque de papel enfardado.**



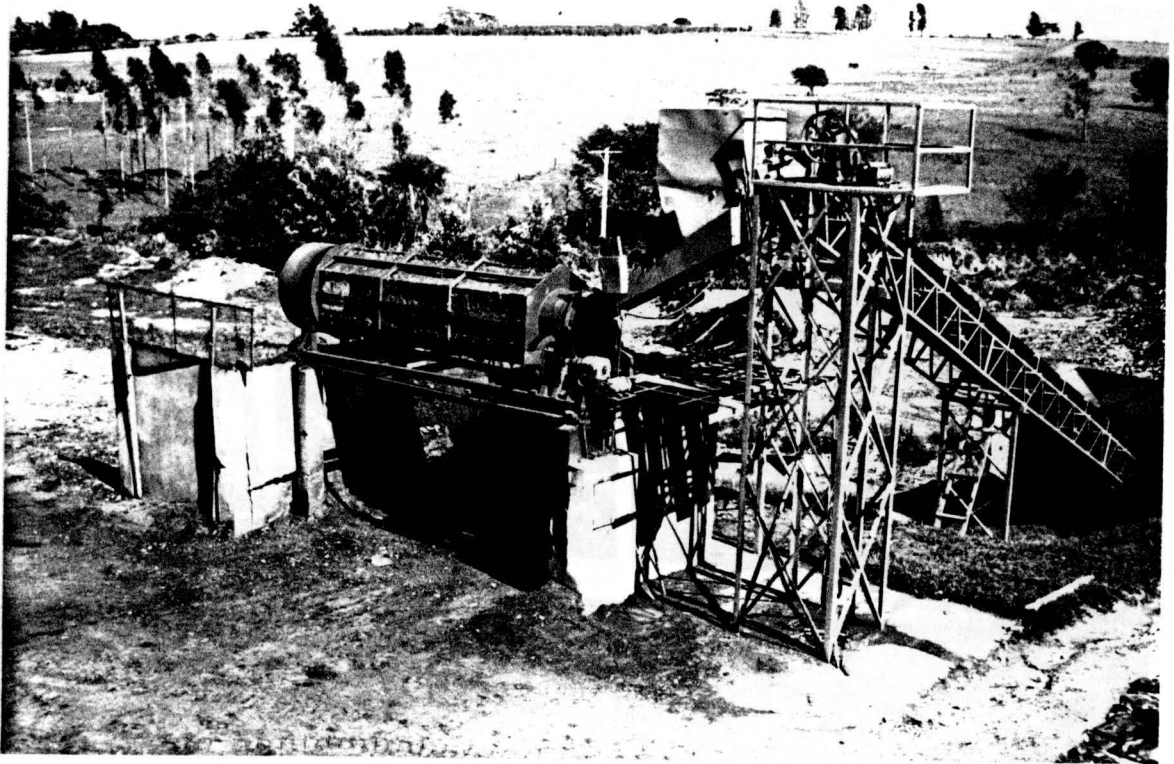
**Foto 1.4: Estoque de metal prensado e plástico enfardado.**



**Foto 1.5: Estoque de alumínio prensado e guardado em container.**



**Foto 1.6: Leiras de compostagem.**



**Foto 1.7: Da direita para a esquerda: moega para recepção de composto bruto, estelra e peneira.**

## 2 - MATADOURO MUNICIPAL

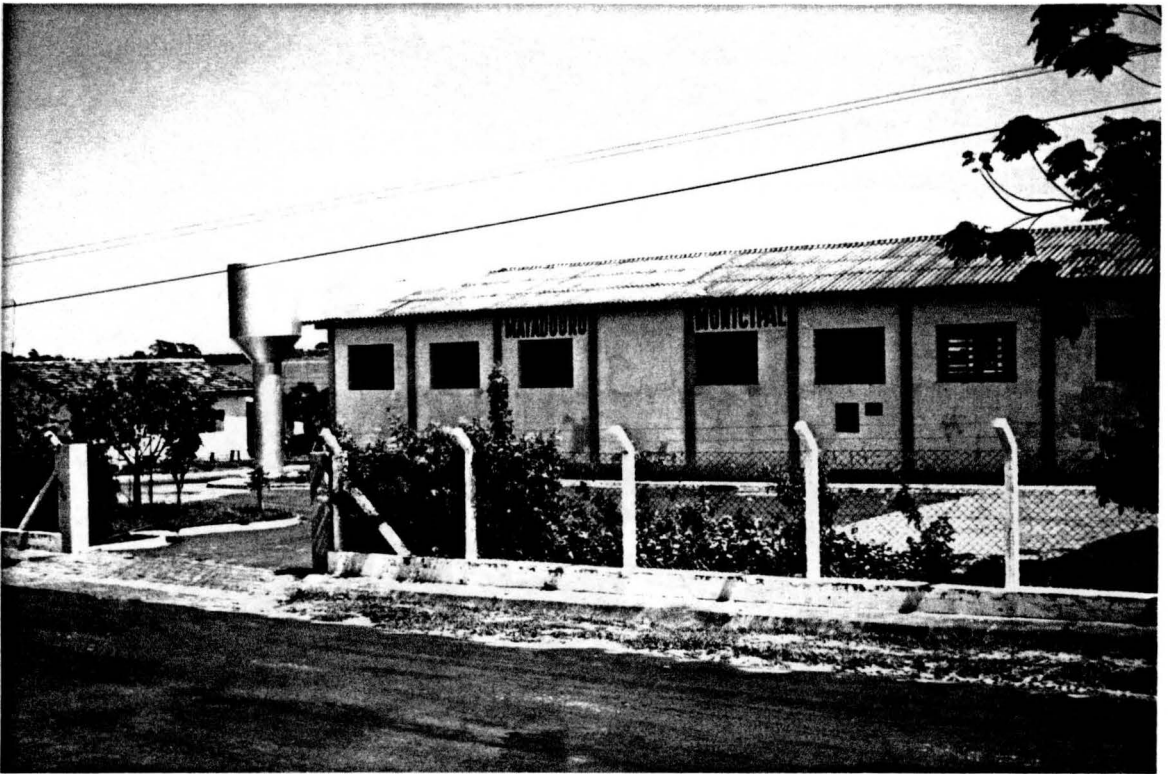


Foto 2.1: Vista frontal do Matadouro Municipal.



Foto 2.2: Matadouro Municipal: tanques de deposição do conteúdo do bucho do boi (1º plano), lagoa de decantação para tratamento de efluentes (2º plano). Ao fundo, leiras de compostagem da respectiva usina.



Foto 2.3: Detalhe da lagoa de decantação.



Foto 2.4: Lagoa de decantação (1º plano) e leiras de compostagem (2º plano).

### 3 - SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

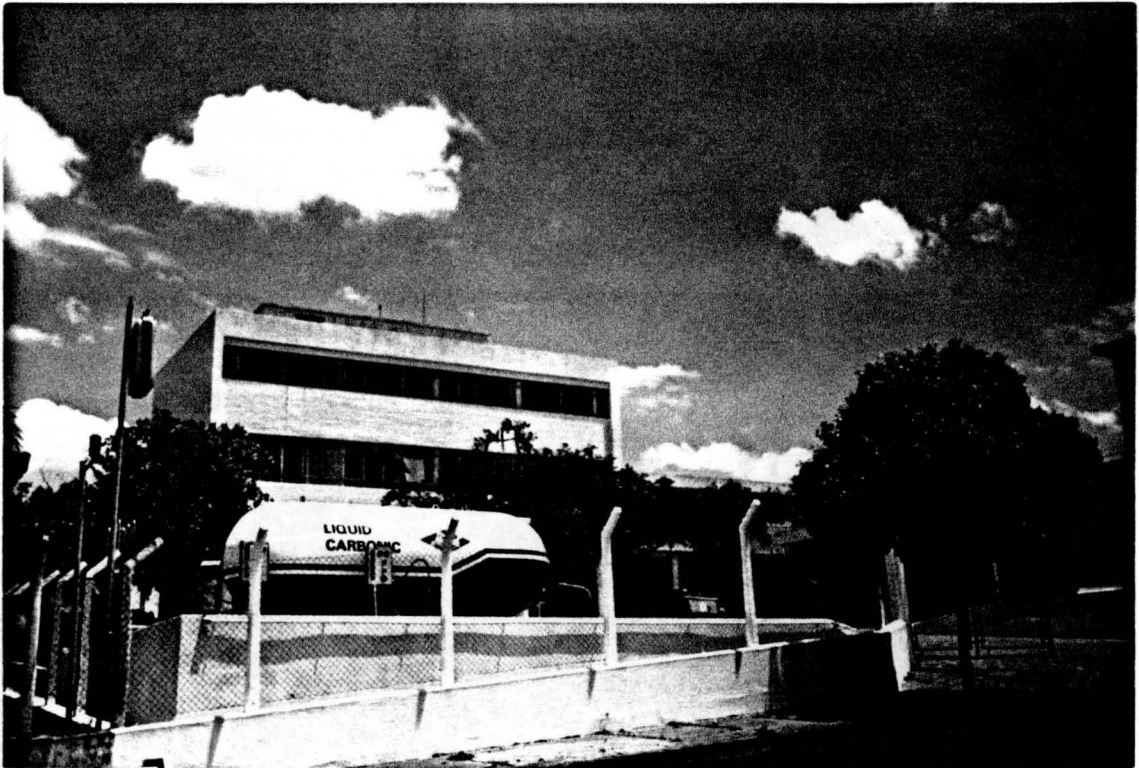


Foto 3.1: Estação de Tratamento de Água (ETA) de Adamantina.

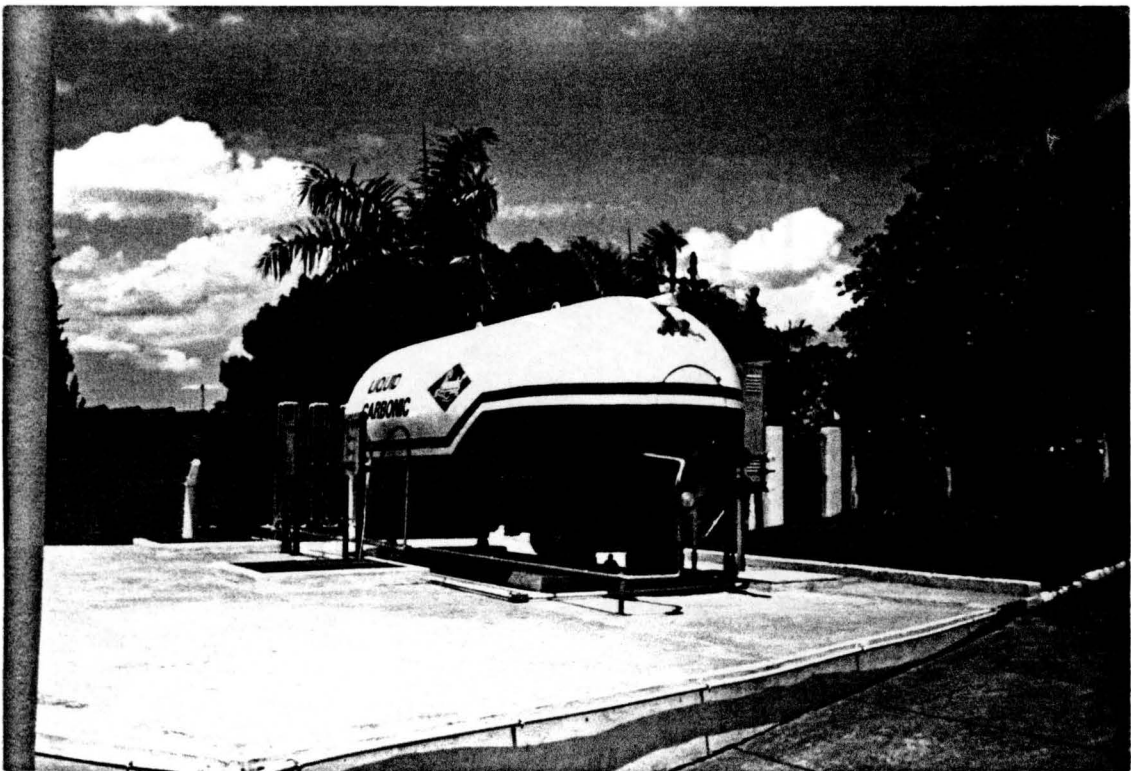
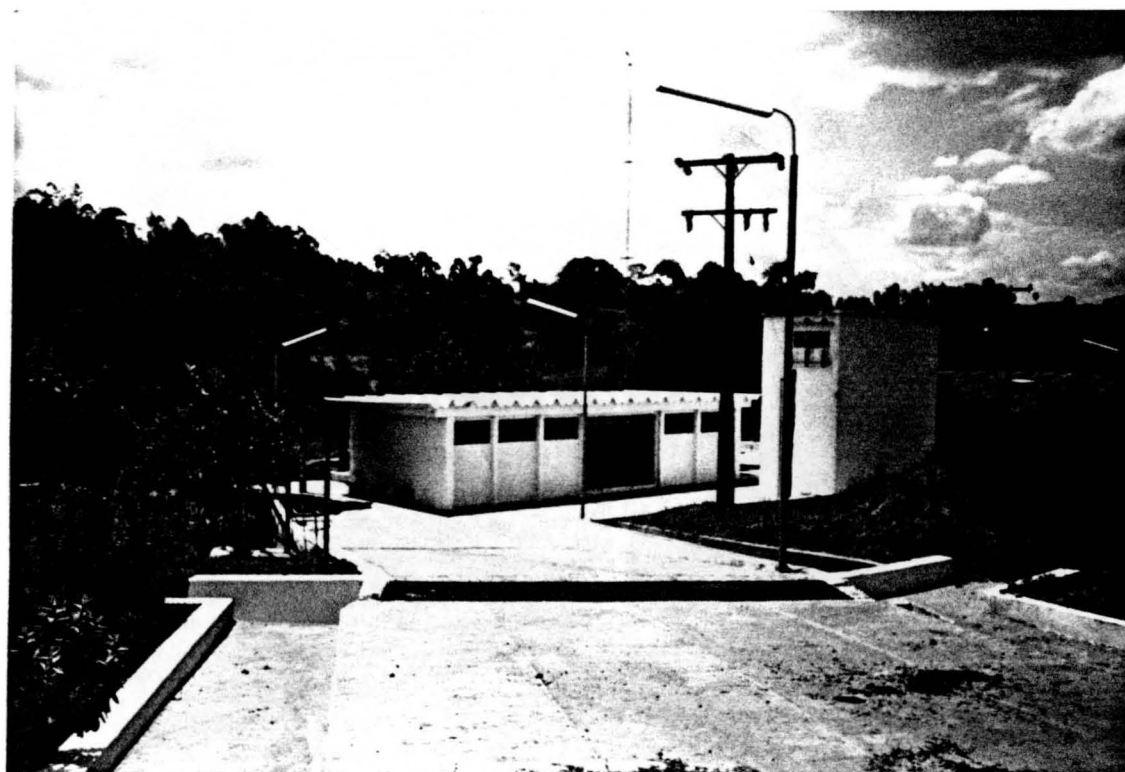


Foto 3.2: Detalhe do sistema de adição de gás carbônico (na ETA).



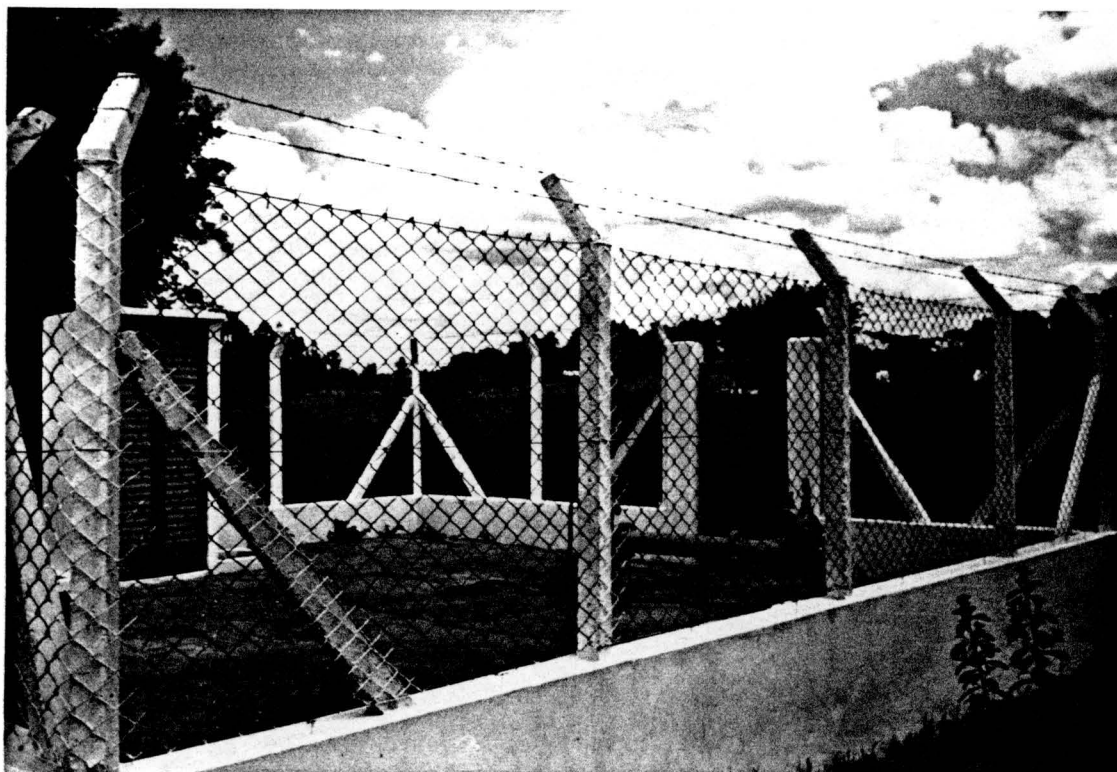
**Foto 3.3: Captação de Água Bruta do Taipus**



**Foto 3.4: Estação Elevatória de Água Bruta (Taipus).**



**Foto 3.5: Vista da área do Poço Tubular Profundo nº 18.**



**Foto 3.6: Detalhe da área do Poço Tubular Profundo nº 18.**



#### 4 - SISTEMA DE ESGOTOS SANITÁRIOS

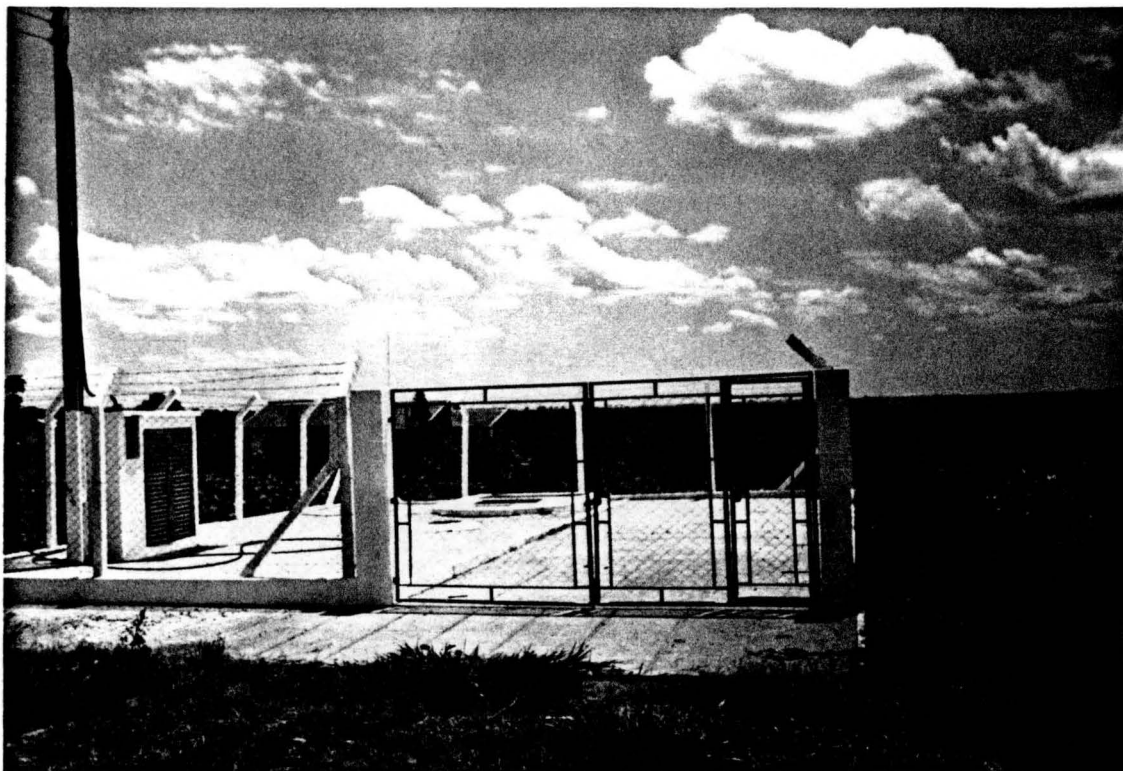


Foto 4.1: Área da Estação Elevatória de Esgotos do Jardim Paulista.



Foto 4.2: Tratamento de esgotos - Tanques Imhoff.



**Foto 4.3: Tratamento de esgotos - Filtro Biológico.**