

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULISTA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

RELATÓRIO

**Trabalho
de Campo
Multiprofissional**

**MUNICÍPIO DE
TUPÍ PAULISTA**

995 _____

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE TUPI PAULISTA

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 constituindo publicação formal. Não é permitido seu uso para fins de citação bibliográfica sem prévia autorização da Comissão Organizadora de Trabalho de Campo Multiprofissional.

Não há exemplares para distribuição.

Equipe Multiprofissional:

Armando Manuel Timana	— Técnico de Medicina
Cynara Machado Coppola	— Fonoaudióloga
Daisy Cristina Borges da Hora	— Biomédica
Estela Fumiko Tatenó	— Dentista
Lúcia Riyoko Kobayashi de Sant'ana	— Psicóloga
Márcio Ricardo Barbosa	— Engenheiro Civil
Marilene da Silva Afonso	— Assistente Social
Marisa Batista Thomaz da Costa	— Assistente Social
Rita de Cássia Rebouças Pereira	— Enfermeira
Roseli de Carvalho Cunha	— Assistente Social
Tania Maria Barbosa	— Assistente Social

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Margarida Maria Mattos Brito de Almeida — Departamento de Epidemiologia

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho, em especial:

- ◇ à Prefeitura Municipal de Tupi Paulista, tendo como seu representante maior o Prefeito, Sr. Fuad Soubhie;
- ◇ ao Coordenador Municipal de Saúde, Dr. Onésio Francisco Guiro;
- ◇ ao Chefe de Gabinete, Sr. José Paulo Faccion;
- ◇ à Chefe de Seção do Centro de Saúde, Sr.^a Maria Eli A. Berton;
- ◇ à Coordenadora de Saúde Bucal, Sr.^a Soraya Maria Santarém Nadim de Lázaro;
- ◇ à Primeira-Dama do Município, Sr.^a Nilza Pegorari Soubhie;
- ◇ à Enfermeira encarregada do Centro de Saúde, Sr.^a Maria Luiza Rodrigues Braga;
- ◇ ao Vice-Prefeito, Sr. Jaime Laurindo de Oliveira;
- ◇ ao Veterinário responsável pelo matadouro, Sr. Adevair Fioravante Rosan;
- ◇ ao Chefe do Departamento de Águas, Sr. Jovino Martins;
- ◇ à Agente de Saneamento, Sr.^a Roseli Aparecida T. Rodrigues;
- ◇ à Assistente Social, Sr.^a Ana Lucia de Almeida Cardim;
- ◇ à Diretora da E.E.P.G. “Prof.^a Emília Diogo Amaral”, Sr.^a Silvana Montanari O. B. Polo;
- ◇ às Professoras: Sr.^a Sonia Benetti Droppa e Sr.^a Maria Aparecida Masson Freitas — Bairro Oásis — e Sr.^a Ivonete R. Santos — Bairro São Bento;
- ◇ a todos os funcionários da Prefeitura, pela atenção e prestatividade em fornecer e discutir com a equipe os aspectos mais importantes relacionados à saúde no município;
- ◇ ao Ersa-32, à Sr.^a Rosa Míltes de Godoy e demais funcionários, pela gentileza em receber a equipe e pela colaboração prestada;
- ◇ à Câmara Municipal do município e todos os Sr.^s Vereadores;

- ◇ ao Delegado titular, Sr. Nilton Santos Paschoal;
- ◇ à Santa Casa de Tupi Paulista, em especial ao Sr. Ovídio Anselmo;
- ◇ ao Cartório de Registro Civil de Tupi Paulista, em especial ao Sr. César;
- ◇ aos Alcoólicos Anônimos (A.A.), em especial ao Dr. Ilton da Costa Oliveira;
- ◇ ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tupi Paulista, em especial ao Sr. José Luiz das Chagas;
- ◇ ao jornal “O Semanário”, em especial ao Sr. Irineu Mário Menegatti;
- ◇ ao Sindicato dos Proprietários Rurais de Tupi Paulista, em especial ao Sr. Ivandir Anselmi;
- ◇ ao presidente da Cooperativa de Laticínios, Sr. Glauco Washington;
- ◇ à Sr.^a Ruth Balaceos Dourado, secretária do Serviço Social Paroquial — Albergue Noturno;
- ◇ às Sr.^{as} Alaíde de Souza e Marilde de Souza — Movimento Popular de Mulheres;
- ◇ à Sr.^a Rosa Viscaino Cavalari — Assistência aos Dependentes de Drogas;
- ◇ à Sr.^a Ruth Lopes Machado Neves — Pastoral da Saúde;
- ◇ a toda a população de Tupi Paulista, que nos recebeu e nos hospedou da forma mais hospitaleira e carinhosa possível;
- ◇ em especial à nossa orientadora, Prof.^a Dr.^a Margarida Maria Mattos Brito de Almeida — Departamento de Epidemiologia;
- ◇ à Prof.^a Marcia Luísa Vannucci Salem, por sua dedicação e atenção dispensada ao grupo;
- ◇ às nossas famílias, pelo carinho e compreensão;
- ◇ ao Corpo Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), a todos os Departamentos e funcionários, pela ajuda e orientação nas fases fundamentais da realização deste trabalho.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. OBJETIVOS	1
2. METODOLOGIA	3
3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE TUPI PAULISTA	5
3.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E DELIMITAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA	5
3.2. CLIMA, RELEVO, HIDROGRAFIA E ASPECTOS GEOFÍSICOS E AMBIENTAIS	6
3.3. HISTÓRICO	7
3.4. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E CULTURAIS	9
3.4.1. Escolas	11
3.4.2. Biblioteca	13
3.4.3. Centro Cultural	13
3.4.4. Promoção Social	13
3.4.5. Serviço Social Paroquial	15
3.4.6. Pastoral da Saúde	15
3.4.7. Assistência aos Dependentes de Drogas	16
3.4.8. Movimento Popular de Mulheres	17
3.4.9. Albergue Noturno	18
3.4.10. Alcoólicos Anônimos	19
3.4.11. Delegacia de Polícia	19
3.4.12. Sindicatos	20
3.4.13. Meios de Comunicação	21
3.5. DADOS DEMOGRÁFICOS	22
3.5.1. Distribuição do Número e Porcentagem da População Segundo Faixa Etária e Sexo	23
3.5.2. Pirâmide Populacional	24

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	26
4.1. COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE	26
4.2. COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE	28
4.3. DISTRIBUIÇÃO DE PARTOS POR FAIXA ETÁRIA	30
4.4. DISTRIBUIÇÃO POR PESO AO NASCER	30
4.5. COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE	31
4.6. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE NOS MENORES DE 1 ANO	32
4.7. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL	32
4.8. COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL E INFANTIL TARDIA	34
4.9. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA	35
4.10. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE	37
4.10.1. Faixa Etária de 1 a 4 Anos	37
4.10.2. Faixa Etária de 5 a 19 Anos	37
4.10.3. Faixa Etária de 20 a 49 Anos	38
4.10.4. Faixa Etária de 50 Anos e Mais	39
4.11. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA E FAIXA ETÁRIA	40
4.11.1. Mortalidade Proporcional por Faixa Etária	40
4.11.2. Indicador de Swaroop-Uemura, ou Razão de Mortalidade Proporcional	41
4.11.3. Curva de Nelson de Moraes	42
4.11.4. Mortalidade Proporcional por Causa e Faixa Etária	44
4.12. MORBIDADE	48
4.13. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	50
4.13.1. AIDS (SIDA)	50
4.13.2. Tuberculose Pulmonar	50
4.13.3. Hanseníase	51
4.13.4. Dengue	51
4.13.5. Rubéola	51
4.13.6. Tracoma	51
4.13.7. Meningite	51
4.13.8. Hepatite	51
4.13.9. Intoxicações por Agrotóxicos	52
4.13.10. Acidentes por Animais Peçonhentos	52

4.13.11. Parotidite (Caxumba)	52
4.13.12. Varicela	52
4.14. INTERNAÇÕES POR CAUSA E ÓBITOS HOSPITALARES	53
5. CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAUDE	55
5.1. ESTRUTURA FÍSICA	56
5.2. RECURSOS HUMANOS	58
5.3. PRODUÇÃO	61
5.4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	69
5.5. PROGRAMAS E ATENDIMENTO	71
5.5.1. Programa de Saúde Bucal	76
5.6. VIGILÂNCIA A SAUDE	78
5.6.1. Vigilância Epidemiológica	79
5.6.2. Vigilância Sanitária	80
6. SANEAMENTO BÁSICO E AMBIENTAL	84
6.1. SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA	84
6.1.1. Captação	84
6.1.2. Tratamento	84
6.1.3. Reservação	85
6.1.4. Elevatórias	85
6.1.5. Adução	85
6.1.6. Distribuição	86
6.1.7. Ligações	86
6.2. SISTEMA DE COLETA DE ESGOTO	89
6.2.1. Coleta	89
6.2.2. Elevatórias	89
6.2.3. Ligações	90
6.2.4. Tratamento	90
6.2.5. Lançamento de Efluentes	90
6.3. SISTEMA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	91
6.3.1. Varrição	91
6.3.2. Coleta	91
6.3.3. Transporte	92

6.3.4. Disposição	92
6.3.5. Tratamento	92
6.4. SISTEMA DE DRENAGENS PLUVIAIS	92
6.5. POLUIÇÃO INDUSTRIAL	93
6.6. POLUIÇÃO AGROPASTORIL	99
6.7. PLANEJAMENTO AMBIENTAL	100
6.8. INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	100
6.8.1. Água	100
6.8.2. Esgoto	102
7. PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO	107
7.1. IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	107
7.2. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA COM ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS	110
7.3. FINANCIAMENTO DO SUS	114
7.4. RECURSOS HUMANOS	116
7.5. O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO EM TUPI PAULISTA	117
7.5.1. Descentralização/Municipalização e Comando Único	118
7.5.2. Recursos Humanos	118
7.5.3. Recursos Materiais	119
7.5.4. Recursos Financeiros	120
7.5.5. Relacionamento do Poder Municipal com as Esferas Federal e Estadual e com os Serviços Privados	121
7.5.6. Financiamento	121
7.5.7. Participação Popular e Controle Social	123
7.5.8. Organização e Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde	123
7.5.9. Modelo Assistencial, Planejamento e Programação em Saúde	124
8. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	127
8.1. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DESTINADOS AOS DIRIGENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	127
8.2. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DESTINADOS AOS FUNCIONÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	131
8.3. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DESTINADOS AOS USUÁRIOS DOS	

SERVIÇOS DE SAÚDE	134
8.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	137
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	139
9.1. SERVIÇOS DE SAÚDE	139
9.2. SAÚDE BUCAL	141
9.3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	142
9.4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	142
9.5. SANEAMENTO BÁSICO	143
9.6. PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO	147
10. BIBLIOGRAFIA	152

ANEXOS

A₁ — MAPA DA CIDADE DE TUPI PAULISTA

A₂ — SUBDIVISÃO DA CIDADE POR BAIRROS

A₃ — ORGANOGRAMA MUNICIPAL DA SAÚDE — TUPI PAULISTA

A₄ — MODELO DE QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS DIRIGENTES

A₅ — MODELO DE QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS FUNCIONÁRIOS

A₆ — MODELO DE QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS USUÁRIOS

A₇ — MODELO DE QUESTIONÁRIO SOBRE SANEAMENTO

A₈ — MODELO DE QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS SINDICATOS

A₉ — MODELO DE QUESTIONÁRIO DESTINADO AO DELEGADO

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado por uma equipe multiprofissional de alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no ano de 1994, visando avaliar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, bem como a integração da equipe.

Apresenta uma análise da situação da saúde no município de Tupi Paulista, segundo os critérios de Municipalização, com o objetivo de avaliar a implantação do SUS — Sistema Único de Saúde — no município. Foi selecionado como subtema o Saneamento Básico.

A Municipalização da saúde não vem acontecendo de forma efetiva no País. Interesses políticos e econômicos impedem os avanços deste processo, condicionando resultados antagônicos às diretrizes estabelecidas pelo SUS. Buscou-se neste trabalho, subsídios que permitissem caracterizar a situação de saúde de Tupi Paulista a partir do enfoque das diretrizes do SUS.

Este trabalho não tem a pretensão de fornecer soluções ao município, mas busca contribuir para a melhoria do Sistema de Saúde de Tupi Paulista, em benefício da população local.

1.1. OBJETIVOS

- ◇ Situar o município quanto aos seus aspectos históricos, geográficos, sócio-econômicos e culturais e suas relações com o processo saúde-doença da população.
- ◇ Caracterizar os serviços, equipamentos e recursos de saúde existentes em Tupi Paulista, enfocando como subtema o Saneamento Básico.
- ◇ Avaliar o funcionamento dos serviços de saúde em Tupi Paulista.
- ◇ Identificar o acesso da população do município aos serviços de saúde de nível local.

- ◇ Caracterizar o grau de participação da população local no estabelecimento das políticas de saúde e na gestão do sistema.
- ◇ Avaliar a Municipalização e descentralização dos serviços de saúde em Tupi Paulista.
- ◇ Analisar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no município.

2. METODOLOGIA

A primeira fase do trabalho resumiu-se a:

- ◇ levantamento de informações sobre o município, com base nos dados cedidos pela Prefeitura de Tupi Paulista;
- ◇ elaboração de tabelas, gráficos e índices, baseados nos dados fornecidos pela Fundação SEADE, Fundação IBGE e pela Prefeitura de Tupi Paulista;
- ◇ elaboração de roteiros e instrumentos para entrevistas e observação no município.

A segunda fase do trabalho foi realizada no município de Tupi Paulista, consistindo de entrevistas com autoridades do local (Prefeito, Coordenador Municipal de Saúde, Chefe do Centro de Saúde), funcionários, usuários, entidades, órgãos e instituições do município.

Para a obtenção de maiores dados, foram visitados:

- ◇ Prefeitura;
- ◇ Centro de Saúde;
- ◇ Posto de Assistência Médica;
- ◇ Santa Casa;
- ◇ Pronto-Socorro;
- ◇ Ambulatório do Sindicato dos Proprietários Rurais;
- ◇ Câmara Municipal;
- ◇ Escolas nas zonas urbana e rural;
- ◇ Matadouro;
- ◇ Aterro Sanitário;
- ◇ Estação de Tratamento de Água (ETA);
- ◇ Estação de Tratamento de Esgoto (ETE);
- ◇ Centro Cultural;
- ◇ Laticínio;
- ◇ Rádio;
- ◇ Jornal;

- ◇ Alcoólicos Anônimos;
- ◇ Delegacia de Polícia;
- ◇ Cartório;
- ◇ Escritório Regional de Saúde (ERSA) 32 — Dracena;
- ◇ Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- ◇ Albergue Noturno;
- ◇ Cemitério;
- ◇ Fazenda de Produção de Leite.

Houve preocupação em verificar qual a percepção dos dirigentes e autoridades, da área de saúde ou não, dos funcionários e dos usuários dos serviços de saúde em relação ao processo de Municipalização no município.

Em campo a equipe dividiu-se em pequenos grupos, a fim de desenvolver as atividades (entrevistas, visitas, observações). Foram elaborados questionários específicos (vide anexo) para os dirigentes/autoridades, funcionários, usuários, sindicatos e Delegado. Com relação ao nosso subtema — Saneamento — também foram elaborados questionários direcionados para os dirigentes e a população (vide anexo). Além dos questionários sistematizados, buscamos, através de entrevistas abertas, obter o maior número de dados que nos dessem subsídios para avaliar o município.

Em visita ao Cartório, levantamos dados que nos propiciaram calcular alguns indicadores de saúde e compará-los com os calculados previamente, com base nos dados supra citados (SEADE, IBGE, Prefeitura).

Realizamos algumas tomadas de vídeo do município e tiramos fotografias, que fazem parte do nosso trabalho.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE TUPI PAULISTA

3.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E DELIMITAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

O município de Tupi Paulista compreende uma área territorial de 233 km². Localiza-se na Região Administrativa (RA) de Presidente Prudente e na Região de Governo (RG) de Dracena (Anexo A₁), na direção oeste de São Paulo, também chamada de Região da Nova Alta Paulista.

Pertence ao Escritório Regional de Saúde Ers-32, cuja sede fica localizada em Dracena. Fazem parte deste Ers os municípios de Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes e São João do Pau D'Alho.

Sua situação geográfica é privilegiada, pois é cortada por rodovias importantes que fazem sua ligação com vários Estados. A distância entre Tupi Paulista e a capital do Estado de São Paulo é cerca de 650 km. Dista 16 km de Dracena pela Rodovia Presidente Venceslau e 32 km do Rio Paraná, que define a divisa com o Estado de Mato Grosso do Sul.

Suas coordenadas geográficas são:

- ◇ latitude 21°23'12" oeste;
- ◇ longitude 51°34'25" sul.

Limita-se ao norte com os municípios de Nova Guataporanga e Monte Castelo, a leste com o município de Junqueirópolis, ao sul com os municípios de Ouro Verde e Dracena e a oeste com o município de Santa Mercedes.

Sua população gira em torno de 14 mil habitantes e é constituída de paulistas, nordestinos e outros, que se miscigenaram com imigrantes estrangeiros, sobretudo japoneses, italianos e espanhóis.

3.2. CLIMA, RELEVO, HIDROGRAFIA E ASPECTOS GEOFÍSICOS E AMBIENTAIS

A estrutura geológica é formada basicamente por terrenos antigos (Arqueo-Proterozóicos) possuindo as seguintes características: 80% arenoso, 10% argiloso e 10% areno-argiloso, fazendo parte do planalto meridional ocidental, com altitude média de 400 metros.

O clima da região é determinado por massas tropicais e polares, apresentando uma estação de inverno seca e uma estação de verão chuvosa, sendo ambas quentes, com médias de temperatura superiores a 22°C.

As precipitações pluviométricas oscilam entre 1.000 e 1.500 mm/ano, concentradas no verão, sendo as mais intensas por ação de massas de ar úmidas empurradas pela massa tropical atlântica.

A bacia hidrográfica é classificada no grupo de rios de planalto, mais especificamente na Bacia do Paraná, entre os Rios Paraná, Aguapeí e do Peixe, e possui vários córregos, sendo os mais importantes: Córrego Guaraciaba (que se estende até a zona urbana do município); Córrego do Galante; Córrego do Barreirinho, também conhecido como Coete; Córrego do Tabajarinha; Córrego das Antas; Ribeirão dos Marrecos; Ribeirão Iguatemi; Córrego Barro Preto; Córrego 15 de Agosto; Córrego da Água Sumida; Córrego do Ariranha; Córrego da Aguinha e Ribeirão Nova Palmeira.

3.3. HISTÓRICO

Tupi Paulista, no ato de sua fundação, chamava-se TUPI, sendo posteriormente denominada GRACIANÓPOLIS, por força da Lei n.º 233, de 24 de dezembro de 1948, promulgada pelo governador Adhemar de Barros. A mesma Lei transformou em município o Distrito de Gracianópolis, que englobava terras de Junqueirópolis, Dracena e Paulicéia. Em virtude da Lei n.º 2456, promulgada pelo então governador do Estado, Dr. Lucas de Nogueira Garcez, passou a denominar-se TUPI PAULISTA, em 30 de dezembro de 1953.

A lei n.º 234, de 7 de agosto de 1957, aprovada pela Câmara Municipal, estabelece o dia 28 de agosto como data oficial da cidade e instalação da comarca.

O município já foi governado por sete prefeitos, como segue:

- ◇ 1.º prefeito e fundador, Sr. JUVENAL CAMARGO;
- ◇ Dr. OCTÁVIO RABELLO BACELLAR;
- ◇ Sr. JOSÉ FORTES, eleito 4 vezes;
- ◇ Dr. ILTON DA COSTA OLIVEIRA;
- ◇ Sr. SÉRGIO RUBENS BENETTI, eleito 2 vezes;
- ◇ Dr. JOÃO ROQUE FRANCHESCHI;
- ◇ Sr. FUAD SOUBHIE, atual prefeito.

O texto a seguir foi retirado do Jornal “O Semanário”, de 27 de agosto de 1994.¹

“Há 53 anos, chegaram naqueles pagos homens e mulheres de ação, esperançosos de dias melhores, que não tiveram nos seus lugares de origem. São os chamados pioneiros, que aqui fincaram raízes e, pouco a pouco, foram dando forma àquela vilinha, transformando-a na cidade que é hoje.

Levas e levas de pessoas para lá migraram. A terra se dividiu em muitos sítios e milhões de cafeeiros transformaram a paisagem da região. Época de pujança, muito sorriso e felicidade, enfim, esperança de um novo porvir. (...)

¹ Antonio Mariano de SOUZA. “Repensando Tupi Paulista”. *O Semanário*, n.º 232, p. 5.

Prefeitos e vereadores se revezaram no Executivo e Legislativo. Todos, a seu tempo, uns mais, outros menos, deram o melhor de si, procurando incrementar o progresso do município.

Tupi Paulista, pela sua vocação, se firmou: ruas se abriram, residências se construíram, estabelecimentos comerciais, escolas, postos de saúde, Fórum, convento, igreja, hospitais, rádio, cooperativa, infra-estrutura básica e tudo o mais de que uma cidade necessita, aí está. Foram anos de luta, de dedicação e, acima de tudo, de determinação de homens e mulheres que, obstinadamente, acreditaram na sua terrinha querida.

Como sói, muitos pioneiros e pioneiras partiram desta para uma melhor, outros se foram para outros lugares e bem poucos deles estão em nosso meio. Assim caminha a humanidade... A cidade, por seus próprios filhos, foi remoçando e seguindo sua trajetória.

As geadas se sucedendo e a política agrícola engendrada fizeram com que os cafezais dessem seu derradeiro vagido. Paulatinamente, pé a pé foi sendo erradicado e a pastagem foi modificando a paisagem, só que, desta vez, no sentido inverso de nossos primórdios, tudo se tornou árido e triste.

O minifúndio vai cedendo lugar ao latifúndio; como consequência, muitas famílias migraram para outras localidades, preferentemente Americana (...) Bairros como São Bento, Tabajarinha, Barro Preto, Antas, Oásis, Ipiranga, Jatobá, Bandeirantes, Brotinho e outros mais, lugares de gente que acredita na força do trabalho, outrora densamente povoados, se transformaram em enormes fazendões, cedendo lugar à pecuária. (...) A zona rural acabou. O que está aí é uma ficção de zona rural, semelhante aos engenhos abandonados do Nordeste, a que o povo, sabiamente, dá o nome de 'fogo morto'.

Tupi Paulista comemorou e vai comemorar muitíssimos aniversários. Quanto a isso, ninguém duvida. Muitos feriados vão suceder-se, muitos desfiles, bailes, espetáculos

pirotécnicos, palanques com autoridades, homenagens justas, rapapés, tudo como manda o figurino vai acontecer.

Tudo passa mas Tupi fica.”

3.4. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E CULTURAIS

Em Tupi Paulista existem 475 estabelecimentos comerciais e 47 indústrias, de pequeno e médio porte. Em se tratando de indústrias destacam-se os fabricantes de bebidas, que produzem refrigerantes e aperitivos para várias regiões dos Estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul. Destaca-se ainda a produção de espumas para fabricação de móveis e colchões.

Existem quatro empresas de ônibus: Viação São Luiz, Expresso Adamantina, Expresso Reunidas e Expresso de Prata, sendo que esta última encontra-se instalada desde 1958 e faz a ligação do município com a cidade de São Paulo.

Tupi Paulista possui quatro agências de estabelecimentos bancários, que controlam seu movimento financeiro: Banco do Brasil, Bradesco, Nossa Caixa Nosso Banco e Banco do Estado de São Paulo — Banespa. Conta ainda com o Cartório de Registro Civil e Anexos, o Cartório de Protestos e Registro de Imóveis e o Cartório Eleitoral, situado no Fórum de Tupi Paulista, com 9.060 eleitores registrados.

O município tem como base de sua economia a pecuária e a agricultura, englobando a produção de café, algodão, maracujá, urucum, milho, manga tipo exportação, seringueira, leite etc. Esta economia é caracterizada pelo fim do ciclo de monocultura cafeeira, e a tentativa de superação com as novas culturas acima citadas (perenes ou anuais) carece de definição, pois não existem resultados de fixação e profissionalização no setor, causando êxodo rural e o surgimento da figura do bóia-fria.

A ocupação da população nos setores de produção divide-se da seguinte maneira: 30% trabalham na Agropecuária, 20% na Indústria e 50% no Comércio. A renda média mensal é cerca de um salário mínimo.

Quanto à habitação, a zona urbana é composta por 2.900 residências, 2 cortiços, 130 habitações precárias e 114 habitações em construção; ainda existe um déficit habitacional elevado. A zona rural conta com 991 propriedades, com a média de 25,83 ha, ou 10,67 alqueires; em sua maioria, os proprietários residem e trabalham nelas, salientado o aspecto fundiário do município. Nesta área os aglomerados com maior número de habitantes são os chamados bairros de Oásis e São Bento.

Há nove estabelecimentos de ensino público — sete de 1.º grau (incluindo duas escolas rurais) e dois de 1.º e 2.º graus — e uma escola infantil particular, com 50 professores e 3.370 alunos no total.

O município possui uma Biblioteca Municipal e um Centro Cultural.

Há duas igrejas católicas e várias não-católicas, um centro espírita e demais filosofias, como a Seicho-No-Ie. Possui um convento da congregação das Irmãs da Caridade de Ottawa.

Na área da Promoção Social, o município apresenta algumas entidades beneficentes: uma Apae, quatro creches filantrópicas, um asilo (São Vicente de Paula), Rotary Club e Lions Club.

As entidades classistas são o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, ligado à CUT, e o Sindicato dos Proprietários Rurais.

O município possui uma cadeia, com capacidade para abrigar 16 presos, e um destacamento policial, com viaturas e policiais militares. A Ciretran (125.ª Circunscrição de Trânsito) é comandada e dirigida pelo Delegado de Polícia titular do município, e desde novembro de 1968 expede Carteiras de Habilitação para motoristas.

No ramo de comunicações, existem no município os serviços da Telecomunicações do Estado de São Paulo — Telesp, um jornal de circulação semanal — “O Semanário” e uma emissora de rádio AM — Difusoras Aliadas da Alta Paulista.

A população do município conta com quatro clubes recreativos, para pessoas mais favorecidas financeiramente: Tupi Paulista Tênis Clube, Clube dos Cem, Clube dos

Japoneses e Clube dos Veteranos. Também existe um aeroclube, onde funciona uma escola de pilotagem, possibilitando o ingresso na aeronáutica civil e militar.

Os eventos realizados na cidade são:

- ◇ feira regional de artesanato (porcelana, vestidos de boneca, bordados, flores etc.), a cada dois meses, na praça;
- ◇ Clube do Rodeio;
- ◇ Bailes tradicionais, no Tênis Clube: Havai, Preto e Branco, *Cowboy*, Carnaval, Aniversário da Cidade.

3.4.1. Escolas

Os estabelecimentos de ensino público no município são os seguintes:

- ◇ 1.^a E.E.P.G. de Tupi Paulista, com 117 alunos;
- ◇ 2.^a E.E.P.G. “Prof. Leônidas R. Oliveira” e CEFAM, 640;
- ◇ 3.^a E.E.P.G. de Tupi Paulista, 260;
- ◇ E.E.P.G. “Prof.^a Emília Diogo do Amaral”, 772;
- ◇ E.E.P.G. “Prof.^a Geny B. Genovez”, 430;
- ◇ E.E.P.G.A. do Bairro São Bento (zona rural), 30;
- ◇ E.E.P.G. do Bairro Oásis (zona rural), 150;
- ◇ E.E.P.S.G. de Tupi Paulista, 371;
- ◇ E.M.P.S.G. “Marechal Humberto de Alencar Castello Branco”, 330.

Foram visitadas três escolas: uma da área urbana e as duas da zona rural.

A E.E.P.G. “Prof.^a Emília Diogo do Amaral” tem três períodos de aula: manhã (da pré-escola até a 8.^a série), tarde (da pré-escola até a 5.^a série) e noite (7.^a e 8.^a séries). A merenda escolar é servida três vezes por dia apenas para o ciclo básico, sendo servida apenas no intervalo para os outros; não é oferecida no período de férias. O material escolar é fornecido em parte. Praticamente não existe evasão escolar; em caso de falta do aluno a família é visitada e, caso a volta não aconteça depois da segunda visita, o caso é levado ao Juizado de Menores. No campo da saúde, verifica-se a acuidade visual (na 1.^a série), realizam-se trabalhos educativos sobre drogas e bebidas, e os problemas de saúde

detectados são encaminhados ao PAM (Posto de Assistência Médica). Não são realizados exames periódicos de saúde.

Na E.E.P.G.A. do Bairro São Bento, a 1.^a e a 3.^a séries estão juntas, assim como a 2.^a e a 4.^a séries. Trabalham na Escola dois professores e uma merendeira, e a visita do supervisor ocorre uma vez por mês. A merenda escolar é composta de café da manhã, lanche e almoço; é fornecida pela Prefeitura, através do repasse de verbas para compra de merenda e material escolar. Possivelmente essa Escola fechará no próximo ano, pois não tem a quantidade mínima de alunos (30 por turma) exigida pela Secretaria de Estado da Educação. A tendência natural é diminuir o número de alunos, em função do êxodo rural: os alunos, na sua maioria, são filhos de retireiros (trabalham com gado). O ambiente físico tem dois banheiros para crianças, um banheiro para professores, uma cozinha, biblioteca, uma sala desativada e uma sala com material fora de uso. No campo da saúde, são realizadas campanhas de vacinação, escovação dentária diária, visitas periódicas ao dentista e orientação sobre cuidados pessoais e higiene. Não se realizam exames periódicos, mas provavelmente há casos de verminose, pois, nas residências dos 14 alunos de uma sala, 6 possuem banheiros e 8 se utilizam de “casinha”; é comum o uso de água de poço e o banho em córregos locais. O encaminhamento para o Centro de Saúde é feito através de orientação dos professores aos pais.

A E.E.P.G. do Bairro Oásis está com quatro turmas (da 1.^a à 4.^a séries); o horário das aulas é das 7h20 às 12h40. Os alunos provêm de Barro Preto, Jatobá, Bandeirantes e Correntão. A merenda escolar é fornecida pela Prefeitura, através do repasse de verbas estaduais. Às 7h20 é servido pão com leite, às 9h40 almoço e às 12h40 pão com leite, apenas no período letivo. Praticamente não existe evasão escolar, pela rotina de busca nas residências; se houver dificuldade, o caso é levado ao Juiz de Menores — no ano passado houve quatro casos que foram solucionados. Nos períodos de seca — aproximadamente a partir de setembro — há muitas transferências, devido às constantes mudanças das famílias para outras cidades, como Americana, Dracena e São Paulo. As atividades culturais consistem de gincanas, festas juninas, campanhas de trânsito etc. No campo da saúde, são feitos exames de acuidade visual (a Prefeitura fornece os óculos), campanhas de vacinação, escovação dentária diária supervisionada, bochecho fluorado supervisionado (uma vez por semana), tratamento dentário no Centro de Saúde II (duas

vezes por semana; as crianças são levadas ao CS pelo ônibus da Prefeitura), orientação diária (pelos professores) sobre higiene (como a importância de lavar as mãos antes das refeições e após usar o banheiro e o banho diário). Não existe uma rotina de exames periódicos — as crianças são encaminhadas quando algum distúrbio é percebido; os pais são chamados e orientados para levar a criança ao Centro de Saúde.

3.4.2. Biblioteca

A Biblioteca Municipal existe há três anos e seu acervo é composto a partir de um acervo municipal anterior e de doações. Conta com videoteca (empresta fitas de vídeo para escolas), discoteca (com um aparelho de som, para fazer reproduções), gibiteca, hemeroteca e biblioteca infantil.

3.4.3. Centro Cultural

O Centro Cultural oferece oficinas de arte, teatro e música, cursos de violão, violino, violoncelo, bateria, contrabaixo e guitarra. Mantém coral (adulto), orquestra didática (com 25 componentes, incluindo jovens desde 12 anos), lutheria (fabricação de instrumentos de corda — violão e guitarra), fabricação de brinquedos de madeira para crianças normais e excepcionais (convênio com a Apae) e um pequeno museu. Organiza exposições de artes plásticas, exposições itinerantes da Secretaria de Cultura do Estado de São Paulo, o Projeto Escritor na Cidade (promovido pela Secretaria de Cultura do Estado) e a Semana Cultural (uma vez por ano, com expositores locais).

3.4.4. Promoção Social

A Promoção Social de Tupi Paulista é supervisionada pela Primeira-Dama da cidade, Sr.^a Nilza Soubhie. Em seu relato refere que o Serviço Social é basicamente paroquial e tem sede e organização própria, realizada pelo Conselho da Paróquia. Existe uma proposta de transferência deste serviço para o controle da Prefeitura.

A distribuição mensal de cestas de alimentos está sendo feita para 22 famílias, a partir de um estudo sócio-econômico realizado por visitantes voluntários. Estas cestas são distribuídas a partir de verbas doadas pelo Governo Estadual e pela Prefeitura Municipal.

Neste Serviço existem cursos de corte e costura e um clube de gestantes, onde são feitos enxovais e são oferecidas orientações sobre a gestação e o bebê. No espaço físico deste Serviço existem uma malharia e uma marcenaria arrendadas por duas famílias. O Serviço Social da Prefeitura pretende alterar esta situação.

Existem duas hortas comunitárias, em terrenos cedidos pela Prefeitura. Um destes terrenos está inserido num projeto de transformação em praça pública. Na cidade existe um trabalho realizado por senhoras carentes, onde são produzidos pães caseiros, que posteriormente são vendidos. Com parte do dinheiro arrecadado, estas senhoras compram material para produzir mais pães.

As freiras do Convento Santa Maria, dirigido pela Congregação das Irmãs de Caridade de Ottawa, auxiliam na Santa Casa e no Asilo São Vicente de Paula e atendem famílias carentes com cestas de alimentos que voluntárias preparam. O Asilo, criado em 1959, é mantido principalmente pelo Grupo de Vicentinos e recebe ainda cuidados de pessoas voluntárias. Os idosos realizam trabalhos manuais e em horta.

A Prefeitura de Tupi Paulista fornece alimentos para o Asilo, a Santa Casa, a Sociedade Casa da Criança (creche fundada em 1968, com 75 crianças, também mantida pelo Lions Club), a Creche dos Leais (formada em 1975, com 120 crianças e mantida basicamente por uma instituição religiosa espírita), a APAE e dois Centros Educacionais de Convivência Infantil (CECIs). Os CECIs funcionam em meio período para cada turma, atendendo os níveis escolares referentes ao Maternal e Jardim I, sendo acessíveis a toda a população.

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (ApaE) é mantida pelo Rotary Club e conta com verbas doadas pela Prefeitura. Atende quatorze crianças do Município, em faixas etárias a partir de 8 anos. Existem ainda doze crianças, de cidades vizinhas (Nova Guataporanga e São João do Pau D'Alho) e do próprio município, que fazem uso do serviço de fisioterapia. A equipe que coordena estas atividades é composta por uma

diretora, uma assistente social, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, dois professores, um motorista, um zelador, uma cozinheira e uma faxineira. Este trabalho é destinado a famílias carentes; para a inclusão na entidade, a criança passa por avaliação da equipe.

A Prefeitura enfatiza a educação infantil (Maternal e Jardim I, II e III) e faz uso de um prédio do Governo do Estado, contando com 21 classes especiais para tais atividades. Existem duas classes especiais na 3.^a Escola, para crianças com dificuldades de aprendizagem.

Segundo o relato, existe a necessidade da realização de um cadastro de famílias carentes, a fim de facilitar o trabalho realizado pelo setor de Promoção Social.

3.4.5. Serviço Social Paroquial

Tupi Paulista é um município cuja economia gira em torno da atividade agropecuária. A falta de incentivo governamental, através de investimentos neste segmento produtivo, promove o êxodo rural, que por conseqüência agrava as condições de moradia, saúde e educação, relegando o trabalhador rural à condição de desempregado. Desta forma, a mão-de-obra, que no campo era especializada, torna-se, na cidade, desqualificada.

As dificuldades resultantes desta situação levam as famílias a procurar o Serviço Social Paroquial, em busca de auxílio e amparo. O objetivo deste serviço é atender as necessidades básicas das pessoas menos favorecidas, integrando-as aos diversos projetos desenvolvidos (albergue noturno, sacolas de alimentos, agasalhos, hortas, fábrica de sabão, pão caseiro, clube das gestantes e curso de corte e costura), de forma a oferecer oportunidades de melhoria do padrão de vida através de sua participação.

3.4.6. Pastoral da Saúde

A Pastoral da Saúde, na realidade, corresponde à Pastoral dos Enfermos, por dispensar maior atenção às pessoas doentes, principalmente aos idosos, de qualquer credo religioso.

O grupo é formado por 60 visitantes, na grande maioria donas de casa e aposentados, que dedicam parte de seu tempo a oferecer conforto espiritual aos doentes, fazendo-lhes companhia da forma mais discreta possível, evitando interferir em sua vida familiar.

O assunto religião nunca é abordado, a menos que o enfermo manifeste o desejo de conversar sobre isto. As visitas também ocorrem de acordo com a vontade do doente. Os visitantes procuram mais ouvir que aconselhar.

Cada bairro possui um representante desta Pastoral, que, ao tomar conhecimento da existência de alguma pessoa doente, contata a família e agenda uma visita do grupo. Se houver necessidade, auxilia na limpeza da casa e na higiene pessoal do doente, mas objetiva realizar um trabalho de conscientização sobre a importância de a família assumir estas responsabilidades.

Os visitantes não possuem nenhum vínculo institucional e não recebem qualquer tipo de ajuda financeira. Caso exista alguma família em dificuldades financeiras, informam as autoridades, a fim de que estas tomem as providências cabíveis.

Os visitantes não recebem qualquer tipo de treinamento para a execução deste trabalho e, por esta razão, sentem a necessidade da troca de informações e experiências, para o que se reúnem mensalmente na Paróquia Nossa Senhora da Glória.

3.4.7. Assistência aos Dependentes de Drogas

Existem diversas pessoas que, mesmo de maneira aparentemente isolada, desenvolvem vários tipos de trabalho na cidade.

Uma delas é a Sr.^a Rosa Viscaíno Cavalari, que, mesmo sofrendo ameaças, desenvolve há dois anos um trabalho destinado a tirar jovens da dependência de drogas. Ela não recebe qualquer ajuda financeira da Prefeitura e trabalha com recursos próprios, levando e trazendo pessoas interessadas em deixar o vício a uma fazenda na cidade de Mirassol, onde existe um trabalho para recuperação de drogados.

Ela acredita que apenas com muito amor e com ajuda espiritual estas pessoas conseguirão deixar este problema; por este motivo, realiza reuniões também com os pais destas vítimas, mostrando a eles a dura realidade e lhes pedindo que aceitem o problema e lutem juntos contra ele.

Neste pequeno período, já conseguiu recuperar mais de dez jovens, que continuam participando do grupo ajudando os outros, que ainda não conseguiram libertar-se.

A maior dificuldade encontrada pela Sr.^a Rosa para evitar o aumento do consumo de drogas é a facilidade com que elas são adquiridas. Com a ousadia crescente dos traficantes, as drogas são passadas à luz do dia e em locais públicos, como bares e lanchonetes, sem qualquer intimidação.

Devido a esta facilidade, pessoas de todas as camadas sociais e um número cada vez maior de jovens se envolvem. É digna de nota a presença de uma criança de 8 anos de idade, que já luta contra o vício.

O grupo está permanentemente aberto; tanto o ingresso quanto a permanência dependem da vontade do indivíduo.

3.4.8. Movimento Popular de Mulheres

Este movimento foi fundado em 8 de março de 1992, por mulheres que já participavam de movimentos como Pastoral da Saúde e Pastoral da Criança. O movimento surgiu a partir da necessidade das integrantes de realizar algum trabalho social. O interesse do grupo, após algumas reuniões, era levantar os problemas ligados à saúde da mulher e, na medida do possível, solucioná-los através de orientação.

Após a realização de entrevistas, em diferentes bairros da cidade, para se levantar os aspectos deste assunto, foi verificado que a saúde da mulher não era considerada como prioridade; portanto foi necessário reformular as propostas do movimento.

Este grupo reúne informação sobre assuntos emergentes no momento e abre espaço para que as mulheres discutam seus problemas, troquem informações e tomem conhecimento

de seus direitos, para que a dominação e repressão impostas pela sociedade sejam combatidas.

Outros trabalhos desenvolvidos pelo grupo são a pesquisa de ervas medicinais (que serve como referência para o município, devido à sua riqueza), a realização da Feira do Verde, a realização de missas nas zonas rural e urbana e a preparação de eventos no Dia Internacional da Mulher, além da formação da Equipe Permanente de Organização das Mulheres (EPO), que visa discutir os direitos relativos à Cidadania.

3.4.9. Albergue Noturno

O Albergue Noturno de Tupi Paulista é uma entidade filantrópica conveniada com um projeto da Secretaria da Criança, Família e Bem Estar Social. A manutenção do prédio é feita por verba trimestral fornecida por esta Secretaria e por contribuições da Prefeitura e da comunidade.

As pessoas que procuram este serviço, em sua maioria, são itinerantes em busca de emprego, oriundos de cidades vizinhas, como Dracena, Andradina, Bauru, Estado de Mato Grosso etc., oferecendo-lhes assistência básica. O albergado pode permanecer três dias no alojamento, com direito a alimentação, banho e cama, desde que tenha passado por triagem prévia na Delegacia de Polícia. Não são recebidas pessoas do município, exceto casos excepcionais. As pessoas doentes que procuram abrigo são encaminhadas ao Pronto Socorro, apresentando, geralmente, casos de bronquites e lesões sofridas em atropelamentos por automóveis e tratores.

O albergue é gerenciado por caseiros em fase de aposentadoria. Não recebem qualquer tipo de treinamento, inexistindo um trabalho de mudança de comportamento ou promoção social.

Um aspecto importante, que merece relevância, refere-se à resistência das pessoas em procurar o albergue pela obrigatoriedade em cumprir determinadas normas deste serviço, como por exemplo, tomar banho. Isto se observa na diminuição da demanda, que registrou o atendimento de 500 pessoas em 1993 e neste ano atende, em média, 5 a 12 pessoas por mês.

Não havia nenhum albergado no dia de nossa visita.

3.4.10. Alcoólicos Anônimos

O grupo Alcoólicos Anônimos (A.A.) não está ligado a nenhuma seita ou religião, movimento político, organização ou instituição. É um grupo de pessoas que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O programa é originário de Nova York (EUA). O único requisito para tornar-se membro do A.A. é o desejo de deixar a bebida. Não se paga qualquer taxa ou mensalidade.

As reuniões do A.A. no município são realizadas desde 1972, inicialmente na Santa Casa de Misericórdia, atualmente nos Centros Comunitários, todas as quintas-feiras, às 20h. Segundo o Dr. Ilton da Costa Oliveira, estima-se que mais de 500 pessoas já se recuperaram e atualmente cerca de 40 pessoas estão participando das reuniões.

3.4.11. Delegacia de Polícia

O contingente policial desta Delegacia é constituído por sete carcereiros, três escrivães e um Delegado de Polícia. A carceragem comporta 16 presos, encontrando-se atualmente 22 — 4 ainda não foram julgados e os demais aguardam transferência para a Penitenciária de Presidente Prudente ou Presidente Venceslau. Possui duas viaturas.

As ocorrências mais freqüentes são as lesões corporais dolosas (intencionais) e culposas (acidentais), alcoolismo (incidência maior no sexo masculino, faixa etária de 25 a 40 anos), toxicomania (drogas mais usadas são maconha e cocaína, faixa etária de 13 a 22 anos) e acidentes de trânsito (freqüentes entre jovens sem habilitação ou recém-habilitados); ocorrem também furtos famélicos (bezerros, porcos, outros animais, sacas de café etc., o que traduz a questão da fome e da necessidade).

O Delegado de Polícia titular, Dr. Nilton Santos Paschoal, considera que saúde é o bem-estar físico e mental, com atendimento e tratamento médico e odontológico adequados. Acredita que existem problemas de saúde que influenciam na criminalidade, e o setor de segurança pública depende muito dos pareceres médicos para poder atuar nos casos de

alcoolismo, toxicomania, psicose puerperal etc. Há também fatores sociais que interferem na agressividade, como a dificuldade de conseguir tratamento médico adequado. A respeito da Municipalização, caracteriza-a como sendo responsabilidade do município, pela área da saúde, com transferência de verbas do Estado. Registra também o fato de haver uma desproporção com relação às ocorrências registradas, visto que o município apresenta cerca de 25 inquéritos mensais e a soma das ocorrências das cidades vizinhas nunca atingiram esta média. Há excedente de alguns profissionais e escassez de outros, sendo que a centralização e a estruturação dos serviços podem promover um melhor desenvolvimento do trabalho, distribuindo equitativamente os profissionais nos serviços.

3.4.12. Sindicatos

O Sindicato dos Proprietários Rurais é uma entidade particular fundada em 9 de outubro de 1966, com o objetivo de prestar assistência, em diversos assuntos, aos proprietários rurais e suas famílias. Posteriormente, passaram a oferecer atendimento médico e odontológico aos trabalhadores rurais e suas famílias. Os profissionais que trabalham no sindicato são contratados pela própria entidade.

Após convênio com o SUS, o atendimento foi estendido a toda a população, o que dificultou o acesso do trabalhador rural aos serviços. Isto se deve ao fato da estrutura física do local e de pessoal não comportar a demanda.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tupi Paulista, por sua vez, foi fundado em 1982, com o intuito de tratar de questões trabalhistas junto aos assalariados e pequenos proprietários. Este sindicato é filiado à CUT, Fetaesp e Contag. Tem diretoria composta por 12 membros e registra 2.700 filiados; atualmente conta com apenas 1.000 associados, devido ao êxodo rural, segundo relato do presidente da entidade, Sr. José Luiz das Chagas.

Seus trabalhos incluem atender diferentes categorias de trabalhadores que não possuem sindicato próprio, restringindo entretanto suas atividades ao nível informativo e possíveis encaminhamentos.

Independentemente de denúncias, existem visitas às propriedades para efetuar a fiscalização, pois raramente são feitos relatos por parte dos trabalhadores, visto que seus empregos são colocados em risco.

A remuneração para o trabalhador rural é R\$ 2,30 por dia (dado referente ao mês de novembro) no período de 2.^a a 6.^a feira; aos sábados o trabalhador recebe o equivalente ao número de horas trabalhadas (normalmente até 11). Aos domingos e em dias de chuva não existe remuneração. No período de seca existe maior dificuldade de empregar os trabalhadores.

A relação entre este sindicato e o sindicato patronal, de acordo com o relato, se restringe a uma ou duas reuniões por ano, para a realização de acordos coletivos.

3.4.13. Meios de Comunicação

A população de Tupi Paulista tem acesso à imprensa escrita local uma vez por semana, através do jornal "O Semanário". Este acesso se dá através de assinaturas, venda em bancas e distribuição gratuita. É mantido pela gráfica da cidade, que pertence ao proprietário do jornal.

Segundo relato, este jornal tem caráter informativo, revelando à cidade apenas casos rotineiros. A Saúde possui um espaço neste jornal, também em nível informativo. As denúncias sobre qualquer assunto não são divulgadas porque, no momento do registro das mesmas, as pessoas desistem de efetivá-las.

O Conselho Municipal de Defesa do Meio Ambiente existente na cidade propõe conscientizar a população quanto ao meio ambiente e à reciclagem de materiais. Entretanto a população não demonstrou interesse, apesar da ênfase dada pela imprensa local.

O município também dispõe dos serviços da Telecomunicações do Estado de São Paulo — Telesp. Possui ainda uma emissora de rádio AM — Difusoras Aliadas da Alta Paulista, que foi inaugurada em 1950, com potência de 1.000 W, transmitindo na frequência de 1.530 kHz. Está no ar 18 horas diárias, prestando os mais diversos serviços,

como noticiários, informações, programas esportivos, musicais etc. Nosso grupo de trabalho de campo multiprofissional, representado por dois integrantes, foi convidado a informar a população, através do noticiário diário, sobre os objetivos de nosso trabalho no município. Nesta entrevista foram também abordados temas como a importância dos meios de comunicação na solução dos problemas de saúde pública e o papel do rádio com relação a este tema, possibilitando a participação popular de forma reivindicatória às autoridades locais sobre problemas relativos a saúde ou qualquer outro assunto. O objetivo destes programas, que contam com a participação popular, é contribuir com a administração municipal, no sentido de melhorar seu desempenho quanto à prestação de serviços.

3.5. DADOS DEMOGRÁFICOS

Tabela 1. Dados demográficos. Tupi Paulista, 1980 a 1991.

ANO	1980	1985	1988	1989	1990	1991
População (hab.)	16.386	15.343	14.709	14.497	14.285	14.073
População feminina (hab.)	8.041	7.575	7.288	7.191	7.094	6.987
População masculina (hab.)	8.345	7.768	7.421	7.306	7.191	7.076
População urbana (hab.)	9.628	10.190	10.445	10.517	10.582	10.610
População rural (hab.)	6.758	5.153	4.264	3.980	3.703	3.463
Razão de masculinidade	1,03	1,02	1,01	1,01	1,01	1,01
Taxa de natalidade (por 1.000 hab.)	21,18	23,14	21,14	15,59	14,70	16,84
Taxa de natimortalidade (por 1.000 hab.)	5,76	8,45	3,22	13,27	4,76	16,88
Taxa de mortalidade geral (por 1.000 hab.)	6,29	6,06	7,07	6,69	6,58	6,68
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 n.v.)	57,64	22,54	25,72	30,97	23,81	25,32

Fonte: Fundação SEADE, 1991.

3.5.1. Distribuição do Número e Porcentagem da População Segundo Faixa Etária e Sexo

Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem da população segundo faixa etária e sexo. Tupi Paulista, 1991.

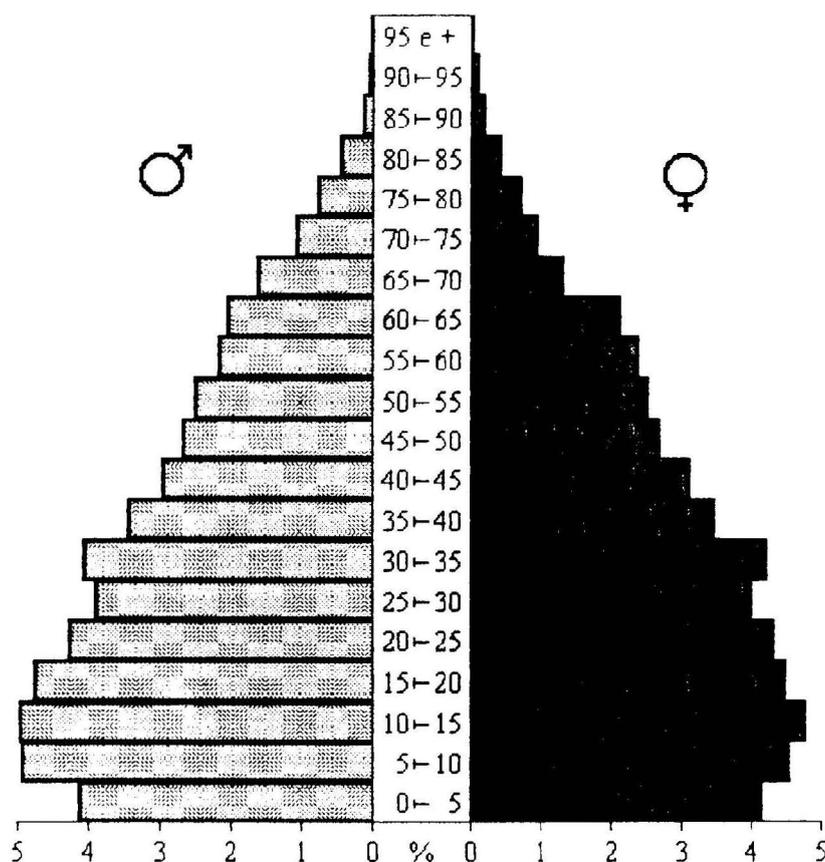
IDADE	SEXO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 — 5	574	3,9	576	4,1	1.150	8,0		
5 — 10	689	4,9	630	4,5	1.319	9,4		
10 — 15	693	4,9	665	4,8	1.358	9,7		
15 — 20	663	4,7	625	4,5	1.288	9,2		
20 — 25	596	4,2	598	4,3	1.194	8,5		
25 — 30	542	3,8	554	4,0	1.096	7,8		
30 — 35	566	4,0	582	4,2	1.148	8,2		
35 — 40	481	3,4	479	3,4	960	6,8		
40 — 45	413	2,9	430	3,1	843	6,0		
45 — 50	370	2,6	372	2,7	742	5,3		
50 — 55	346	2,4	348	2,5	694	4,9		
55 — 60	300	2,1	327	2,3	627	4,4		
60 — 65	285	2,0	293	2,1	578	4,1		
65 — 70	223	1,5	178	1,3	401	2,8		
70 — 75	147	1,0	128	1,0	275	2,0		
75 — 80	105	0,7	94	0,7	199	1,4		
80 — 85	59	0,4	57	0,4	116	0,8		
85 — 90	15	0,2	24	0,1	59	0,3		
90 — 95	5	0,1	10	0,1	15	0,2		
95 e +	1	0,1	1	0,1	2	0,2		
Ignorada	1				1			
TOTAL	7.074	49,8	6.971	50,2	14.045	100,0		

Fonte: IBGE, Censo 1991.

A pequena diferença encontrada nos dados entre as Tabelas 1 e 2 deve-se ao fato de que foram obtidos de diferentes fontes.

3.5.2. Pirâmide Populacional

Figura 1. Pirâmide populacional. Tupi Paulista, 1991.



Fonte: IBGE, Censo 1991.

Segundo a definição de Thompson, o desenho da pirâmide etária da cidade de Tupi Paulista é compatível com o tipo 5, com expectativa de vida alta, baixos índices de natalidade e mortalidade infantil.

Observamos uma diminuição da população na faixa etária de 15 a 30 anos, tanto masculina quanto feminina, donde pudemos inferir a hipótese de imigração para outras cidades, em busca de emprego ou estudo. Na faixa etária de 30 a 35 anos, observamos um aumento na população, provavelmente pelo retorno daqueles que haviam saído (faixa etária de 15 a 30 anos) ou por migração de outras populações em busca de emprego, nas atividades agropastoris ou nas indústrias.

A população de Tupi Paulista, segundo Sundberg, pode ser considerada do tipo estacionário, apresentando baixo coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de natalidade decrescente. No entanto, segundo Whipple, esta população seria considerada normal, uma vez que 50% dos seus habitantes estão entre 15 e 50 anos.

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

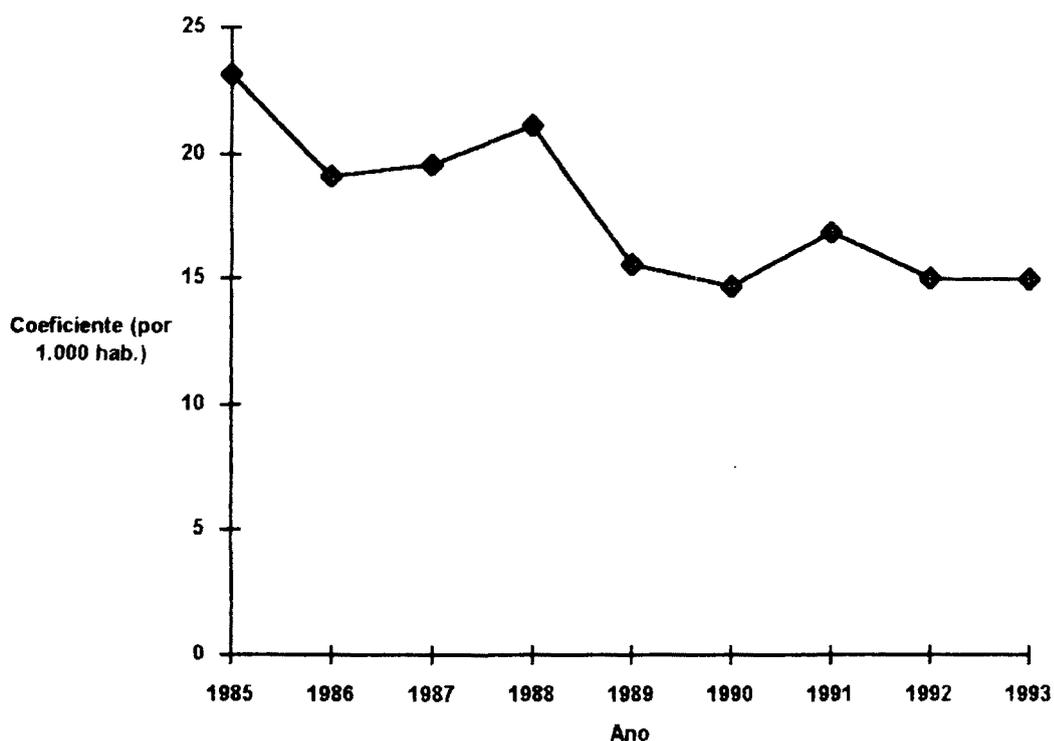
4.1. COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE

Tabela 3: Coeficiente geral de natalidade (por 1.000 habitantes). Tupi Paulista, 1980 a 1993.

ANO	COEFICIENTE (POR 1.000 HAB.)
1980	21,18
1985	23,14
1986	19,14
1987	19,60
1988	21,14
1989	15,59
1990	14,70
1991	16,84
1992	15,01
1993	14,96

Fontes: IBGE, Censo 1991; SEADE, 1992; Cartório de Reg. Civil, Tupi Paulista, 1993, Livro A-32.

Figura 2. Coeficiente geral de natalidade (por 1.000 habitantes). Tupi Paulista, 1985 a 1993.



Fontes: IBGE, Censo 1991; SEADE, 1992; Cartório de Reg. Civil, Tupi Paulista, 1993, Livro A-32.

O Cartório de Registro Civil de Tupi Paulista registrou, em 1993, 216 nascidos vivos, dos quais 113 (52,31%) eram do sexo masculino e 103 (47,68%) do sexo feminino. Deste total registrado, 93,52% nasceram no município e 6,48% em outros municípios; 95,84% foram registrados antes de 30 dias de vida e 4,16% após este período.

Em 1994 foram registrados 193 nascidos vivos, sendo 110 (56,99%) do sexo masculino e 83 (43%) do sexo feminino. Do total registrado, 92,75% nasceram em Tupi Paulista e 7,25% em outros municípios; 96,89% foram registrados antes de 30 dias de vida e 3,11% após este período.

Os dados da Tabela 3 foram extraídos em levantamento realizado no Cartório de Registro Civil de Tupi Paulista, livros A-32 e A-33, sendo os dados de 1994 considerados até o dia 7 de novembro.

Esta série histórica demonstra os indicadores de natalidade do município, onde se observa uma tendência sutil à redução dos índices de natalidade, visto ser pequena a oscilação dos dados ao longo do período.

Os coeficientes de natalidade de Tupi Paulista podem ser comparados aos dos países desenvolvidos, como por exemplo a Hungria, que já em 1965 apresentava um coeficiente de natalidade de 13,11 por 1.000 habitantes. Na Suécia, este coeficiente era de 15,88 por 1.000 habitantes e nos Estados Unidos 19,61 por 1.000 habitantes. Na segunda metade da década de 70, vários países europeus apresentavam natalidade entre 12 e 15 por 1.000 habitantes.²

4.2. COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE

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

² LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde, p. 126.

Tabela 4: Coeficiente de natimortalidade (por 1.000 nascimentos). Tupi Paulista, 1980 a 1993.

ANOS	COEFICIENTE (POR 1.000 NASC.)
1980	5,76
1985	8,45
1988	3,22
1989	13,27
1990	4,76
1991	16,88
1992	4,81
1993	4,60

Fontes: IBGE, Censo 1991; SEADE, 1992; Cartório de Reg. Cível, Tupi Paulista, 1993, Livro C -11.

Analisando os dados de natimortalidade da Tabela 4, verificamos um comportamento cíclico, apesar de não dispormos de dados referentes aos períodos de 1981 a 1984 e de 1986 a 1987. Os maiores coeficientes aconteceram em 1989 e 1991, atingindo respectivamente 13,27 e 16,88 por 1.000 nascimentos, ultrapassando a taxa de natimortalidade considerada aceitável para um bom nível de saúde (5 a 10 por 1.000 nascimentos).

4.3. DISTRIBUIÇÃO DE PARTOS POR FAIXA ETÁRIA

Tabela 5: Distribuição de número e porcentagem de partos por faixa etária. Tupi Paulista, 1993.

FAIXA ETÁRIA	N.º	%
15 — 20	33	15,94
20 — 40	173	83,58
40 — 50	1	0,48
TOTAL	207	100

Fonte: Secretaria da Saúde de São Paulo - Centro de Informações em Saúde (CIS) - SISNAC, 1993.

4.4. DISTRIBUIÇÃO POR PESO AO NASCER

Tabela 6: Distribuição de número e porcentagem de recém-nascidos segundo peso. Tupi Paulista, 1993.

PESO (g)	N.º	%
menos de 2.500	9	4,35
2.500 e mais	136	65,70
Ignorado	62	29,95
TOTAL	207	100

Fonte: Secretaria da Saúde de São Paulo - Centro de Informações em Saúde (CIS) - SISNAC, 1993.

Podemos verificar na Tabela 5 que, no município de Tupi Paulista, 83,58% dos partos ocorrem em mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, 15,94% de 15 a 19 anos e 0,48%

nas mulheres de 48 anos e mais. Na Tabela 6, dos nascidos vivos, 65,70% nascem com peso superior a 2.500 g e apenas 4,35% apresentam peso inferior.

4.5. COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE

Tabela 7: Coeficiente geral de mortalidade (por 1.000 habitantes). Tupi Paulista, 1980 a 1993.³

ANO	COEFICIENTE (POR 1.000 HAB.)
1980	6,29
1985	6,06
1986	...
1987	...
1988	7,07
1989	6,69
1990	6,58
1991	6,68
1992	6,49
1993	7,34

Fontes: IBGE, Censo 1991; SEADE, 1992; Cartório de Reg. Cível, Tupi Paulista, 1993, Livro C -11.

De acordo com a Tabela 7, não se verifica grande variação de mortalidade no tempo. Estes dados se comparam aos dos países desenvolvidos, e refletem o erro a que este coeficiente está sujeito, admitindo a hipótese de estarem subestimados ou existência de sub-registro. Há dificuldade de citar os valores nominais do coeficiente geral de mortalidade, pois dependem da composição da população. Quer nas áreas desenvolvidas,

³ Resultados preliminares. Não foi possível obter dados dos anos de 1981 a 1984, 1986 e 1987.

quer nas subdesenvolvidas, esses coeficientes podem apresentar valores iguais ou bastante próximos, como é o caso de Tupi Paulista, geralmente entre 7 e 10 por 1.000 habitantes. Áreas extremamente subdesenvolvidas, de baixo nível de saúde, podem ter coeficientes de mortalidade em torno de 14 ou 15 por 1.000 habitantes.

4.6. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE NOS MENORES DE 1 ANO

Tabela 8: Principais causas de mortalidade, faixa etária menor de 1 ano. Tupi Paulista, 1992.

CAUSA	ÓBITOS	%	COEF. (POR 1.000 N.V.)
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	2	33,3	9,62
Enterites e outras doenças diarreicas	1	16,7	4,81
Outras causas de mortalidade perinatal	3	50,0	14,92
TOTAL	6	100	

NASCIDOS VIVOS: 208

Fonte: CIS/SEADE, 1992.

4.7. COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

O coeficiente de mortalidade infantil mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade. Este coeficiente pode sofrer variações, basicamente devido a sub-registro de óbitos de menores de um ano, definições incorretas de nascidos

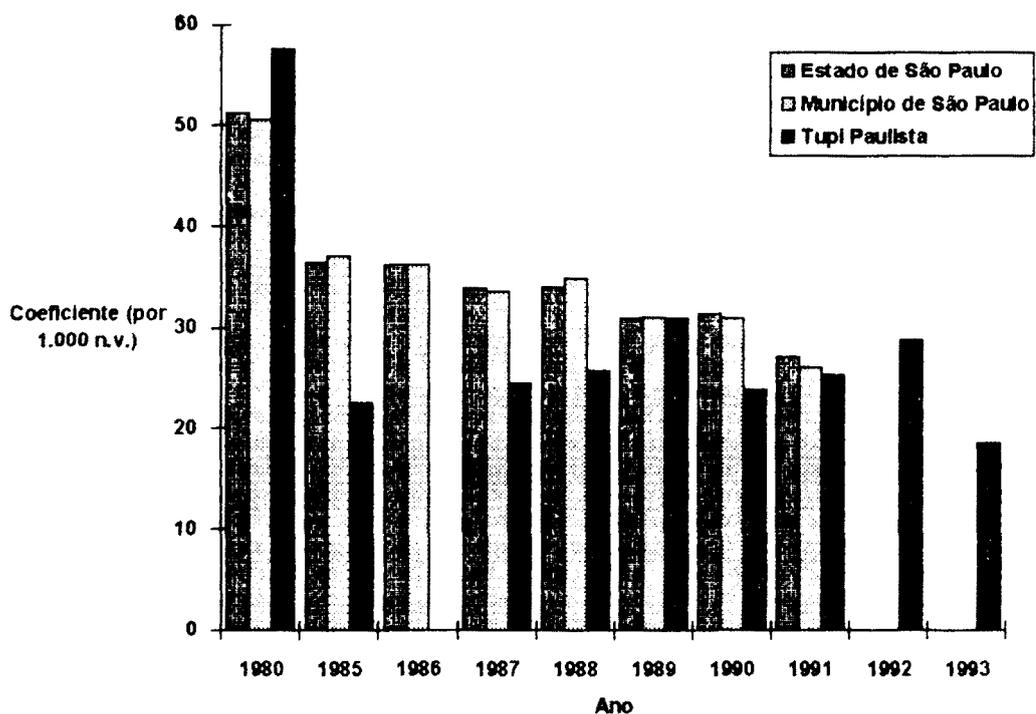
vivos e nascidos mortos, declaração errada de idade da criança e evasão ou invasão de óbito de menores de um ano.

Tabela 9. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos). Estado de São Paulo, Municípios de São Paulo e Tupi Paulista, 1980 a 1993.

ÁREA	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Estado de São Paulo	51,21	36,35	36,19	33,81	33,94	30,92	31,40	27,05
Município de São Paulo	50,62	37,03	36,17	33,53	34,77	31,02	30,90	26,03
Tupi Paulista	57,64	22,54	...	24,39	25,72	30,97	23,81	25,32	28,85	18,52

Fontes: Anuário Estatístico SEADE, 1992; IBGE; Cartório do Reg. Civil, Tupi Paulista, Livro C-11.

Figura 3. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos). Estado de São Paulo, Municípios de São Paulo e Tupi Paulista, 1980 a 1993.



Fontes: Anuário Estatístico SEADE, 1992; IBGE; Cartório do Reg. Civil, Tupi Paulista, Livro C-11.

A Tabela 9 indica que Tupi Paulista apresenta um coeficiente de mortalidade infantil semelhante ao do município e Estado de São Paulo. Estes dados sugerem que esta região do interior paulista apresenta um nível de saúde infantil razoável, provavelmente devido à atenção à saúde infantil ou à melhor distribuição de renda. Porém, comparando-se com o Japão, cujo coeficiente estava, em 1987, na marca de 5 por 1.000 nascidos vivos, e com Cuba, 11,9 por 1.000 nascidos vivos, em 1988 — dados do Demographic Yearbook, ONU, 1988 — estes índices ainda estão altos. Pode-se admitir estar o coeficiente de mortalidade infantil de Tupi Paulista subestimado ou superestimado, tendo em conta a hipótese de evasão e invasão de óbitos de menores de um ano e declarações erradas de idade.

4.8. COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL E INFANTIL TARDIA

Tabela 10. Coeficiente de mortalidade neonatal e infantil tardia. Tupi Paulista, 1985 a 1993.

ANO	COEF. MORT. NEONATAL	COEF. MORT. INF. TARDIA
1985	14,08	8,45
1986	15,72	15,72
1990	19,05	4,74
1993	23,04	0,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde — CIS, São Paulo; Cartório de Reg. Civil, Tupi Paulista, Livro C-11.

4.9. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA

Tabela 11. Mortalidade proporcional por causa e por faixa etária. Tupi Paulista, 1985 a 1989.

FAIXA ETÁRIA	PRINCIPAIS CAUSAS	ANO					TOTAL	%
		1985	1986	1987	1988	1989		
menor de 1 ano	Insuficiência respiratória e infecções	8	10	11	12	12	53	9,63
	Prematuridade							
1 — 5	insuficiência respiratória e infecções	-	1	2	-	1	4	0,73
	Traumatismo crânio encefálico							
5 — 20	Traumatismo crânio encefálico	1	4	3	4	3	15	2,73
	Insuficiência respiratória							
	Intoxicação exógena							
20 — 50	Insuficiência respiratória						80	14,54
	Tumores malignos							
	Moléstias cardiovasculares	17	11	22	19	11		
	Intoxicação exógena							
50 e mais	Moléstias cardiovasculares	66	66	102	82	82	398	72,36
	Tumores malignos							
	Senilidade							
TOTAL		92	91	140	117	109	550	100

Fonte: Ersas-32 — Dracena.

A faixa etária mais atingida é a de 50 anos e mais, representando 72,36% do total de óbitos do período, seguida pela faixa etária de 20 a 49 anos, com 14,54%. A faixa etária de menores de 1 ano esteve em terceiro lugar, com 9,63%.

Na análise da mortalidade por causa, nos anos de 1985 a 1989 (Tabela 11), verificamos que os óbitos na faixa etária menor de 1 ano (9,63% do total) ocorreram por insuficiência respiratória e prematuridade, enquanto que, na mesma região, em 1992, 50% dos óbitos foram devidos a outras causas de mortalidade perinatal; 33,33% por lesões ao nascer, partos distócicos e afecções anóxicas e hipóxicas perinatais; 16,67% foram por enterites e outras doenças diarreicas. Observamos que as causas de mortalidade na faixa etária menor de 1 ano, em 1992, mudaram em relação ao período de 1985 a 1989, o que pode indicar uma mudança na situação sócio-econômica da população, maior acessibilidade às unidades sanitárias e melhoria no registro de casos de óbito.

Na faixa etária de 50 anos e mais, nos anos de 1985 a 1989, os óbitos (72,36% do total) ocorreram por moléstias cardiovasculares, tumores malignos e senilidade, enquanto que, em 1992, 21,88% dos óbitos foram por doenças cerebrovasculares; 21,88% por tumores malignos (incluindo neoplasias do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos); 15,63% por sintomas e estados mórbidos mal definidos; 9,38% por doenças isquêmicas do coração.

Na faixa etária de 5 a 19 anos, 66,67% dos óbitos foram por acidentes com veículos automotores; 33,33% por demais acidentes.

Estes números exigem uma reflexão quanto ao planejamento de alocação de recursos no município, visto que estas causas podem atingir toda a população, merecendo prioridade das autoridades sanitárias e governamentais.

4.10. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE

4.10.1. Faixa Etária de 1 a 4 Anos

Segundo o Centro de Informações em Saúde (CIS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a principal causa de mortalidade na faixa etária de 1 a 4 anos, no município de Tupi Paulista, em 1993, foi anomalia congênita, provocando um óbito (coeficiente de mortalidade de 11,17 por 10.000 habitantes). A população na faixa é 895 habitantes.

4.10.2. Faixa Etária de 5 a 19 Anos

Tabela 12. Principais causas de mortalidade na faixa etária de 5 a 19 anos. Tupi Paulista, 1992.

CAUSA	ÓBITOS	%	COEF. (POR 10.000 HAB.)
Acidente com veículo a motor	2	66,67	5,25
Demais acidentes	1	33,33	2,62
TOTAL	3	100	

População na faixa: 3.812.

Fonte: CIS/SEADE, 1992.

4.10.3. Faixa Etária de 20 a 49 Anos

Tabela 13. Principais causas de mortalidade na faixa etária de 20 a 49 anos. Tupi Paulista, 1992.

CAUSA	ÓBITOS	COEF. (POR 10.000 HAB.)
Acidente com veículo a motor	1	1,69
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	1	1,69
Cirrose hepática	1	1,69
Doença cerebrovascular	1	1,69
Doenças hipertensivas	1	1,69
Causas não relacionadas acima	2	3,37
TOTAL	9	

População na faixa: 5.932.

Fonte: CIS/SEADE, 1992.

4.10.4. Faixa Etária de 50 Anos e Mais

Tabela 14. Principais causas de mortalidade na faixa etária de 50 anos e mais. Tupi Paulista, 1992.

CAUSA	ÓBITOS	%	COEF. (POR 10.000 HAB.)
Doenças cerebrovasculares	14	21,88	46,50
Tumores malignos (incluindo neoplasias do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos)	14	21,88	46,50
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	10	15,63	33,21
Doenças isquêmicas do coração	6	9,38	19,93
Diabetes <i>Mellitus</i>	2	3,12	6,64
Tuberculose do aparelho respiratório	1	1,56	3,32
TOTAL	64	100	

População na faixa: 3.011.

Fonte: CIS/SEADE, 1992.

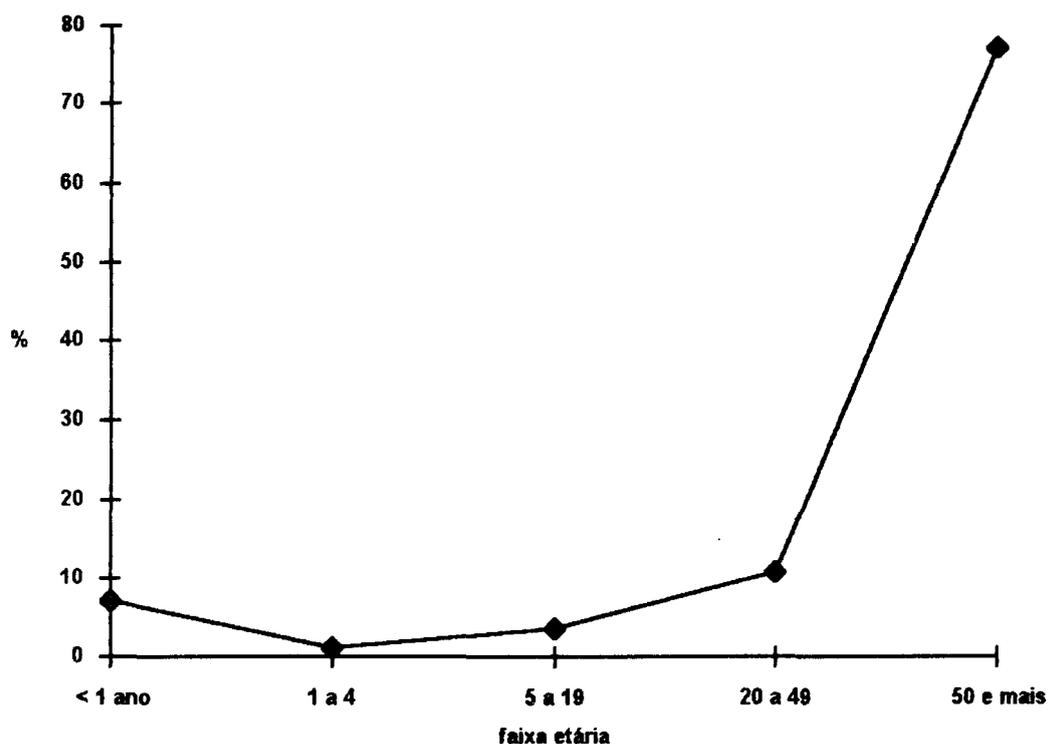
4.11. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA E FAIXA ETÁRIA

4.11.1. Mortalidade Proporcional por Faixa Etária

Tabela 15. Mortalidade proporcional por faixa etária, Tupi Paulista. 1992.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	%	COEFICIENTE
menores de 1 ano	6	7,22	28,84 (por 1.000 n.v.)
1 — 5	1	1,20	11,17 (por 10.000 hab.)
5 — 20	3	3,61	7,86 (por 10.000 hab.)
20 — 50	9	10,84	15,17 (por 10.000 hab.)
50 e mais	64	77,10	215,55 (por 10.000 hab.)
TOTAL	83	100	

Fonte: CIS/SEADE, 1992.

Figura 4. Mortalidade proporcional por faixa etária. Tupi Paulista, 1992.

Fonte: CIS/SEADE, 1992.

4.11.2. Indicador de Swaroop-Uemura, ou Razão de Mortalidade Proporcional

Este é um indicador de grande uso nas avaliações dos níveis de saúde; expressa a dependência do padrão de mortalidade a que a população considerada está sujeita. As localidades que apresentam melhores condições de saúde terão uma grande proporção de morte acima de 50 anos de idade; portanto, o valor do indicador de Swaroop-Uemura será mais elevado. Analisada em série histórica, a razão de mortalidade proporcional indicará possíveis mudanças no padrão de mortalidade da população observada.

Tabela 16. Mortalidade proporcional (porcentagem) por faixa etária. Tupi Paulista, 1985 a 1992.

FAIXA ETÁRIA	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
menor de 1 ano	8,69	10,98	7,85	10,25	11,09	5,32	8,04	7,22
1 — 5	...	1,09	1,42	...	0,91	0	1,15	1,20
5 — 20	1,08	4,39	2,14	3,41	2,75	1,06	0	3,61
20 — 50	18,47	12,08	15,71	16,23	10,09	13,83	12,64	10,34
50 e mais	71,73	72,52	72,85	70,08	75,22	78,72	78,16	77,10

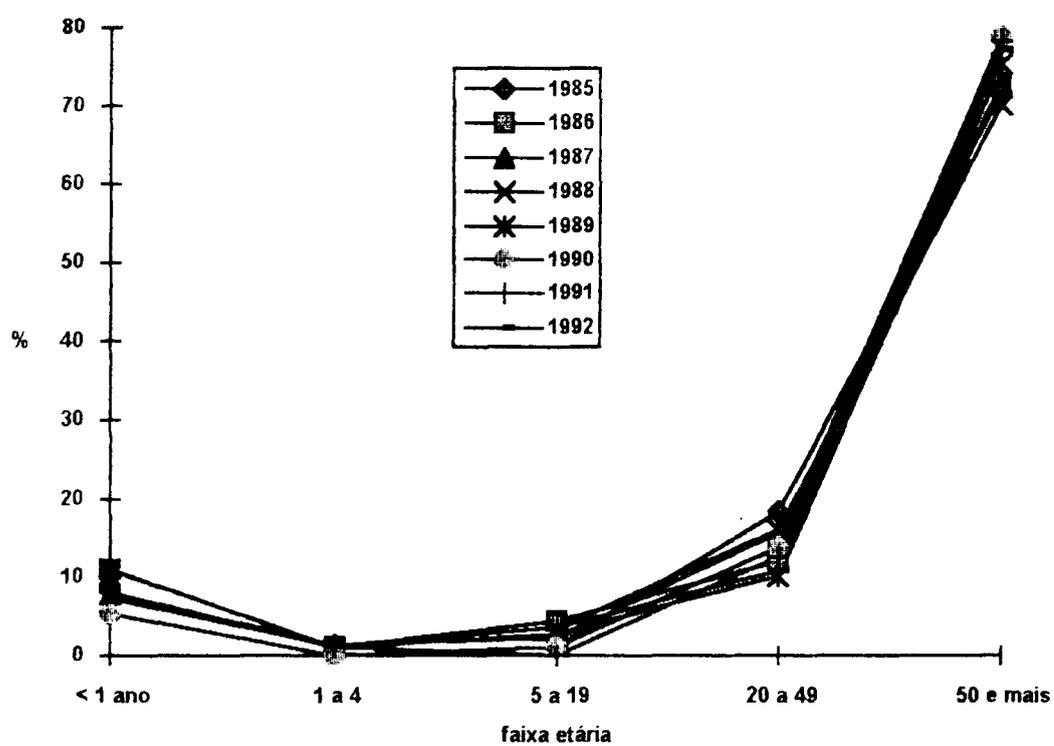
Fonte: CIS/SEADE, 1993.

A mortalidade proporcional de Tupi Paulista tendeu a aumentar nos últimos anos. Em 1985 seu valor era de 71,73 e, em 1988, caiu para 70,08. Nos anos seguintes subiu, atingindo 77,10 em 1992. Podemos inferir, através destes dados, que o nível de saúde está gradativamente se elevando.

4.11.3. Curva de Nelson de Moraes

É uma projeção gráfica dos valores da mortalidade proporcional nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4, 5 a 19, 20 a 49 e 50 e mais.

Figura 5. Curva de mortalidade proporcional por faixa etária. Tupi Paulista, 1985 a 1992.



Fonte: CIS/SEADE, 1993.

Analisando a Figura 5, podemos verificar que, de 1985 a 1992, a curva assume o formato de um "J", refletindo um bom nível de saúde no município.

4.11.4. Mortalidade Proporcional por Causa e Faixa Etária

Tabela 17. Mortalidade proporcional por causa e faixa etária. Tupi Paulista, 1990 a 1992.

CAUSAS DE MORTE	< 1 ANO		1 — 5		5 — 20		20 — 50		50 E MAIS		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Enterites e outras doenças diarreicas	2	10,53	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,74
Tuberculose do aparelho respiratório	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,97	2	0,74
Tétano	-	-	-	-	-	-	1	2,63	1	0,48	2	0,74
Tripanossomiase	-	-	-	-	-	-	1	2,63	1	0,48	2	0,74
Doenças infecciosas e parasitárias	1	5,26	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,37
Tumores malignos, neoplasias do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos	-	-	-	-	1	25,0	4	10,53	34	16,42	39	14,39
Diabetes melito	-	-	-	-	-	-	2	5,26	4	1,93	6	2,21
Anemias	-	-	-	-	-	-	1	2,63	1	0,48	2	0,74
Doenças hipertensivas	-	-	-	-	-	-	1	2,63	1	0,48	2	0,74
Doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	-	2	5,26	15	7,25	17	6,27
Outras formas de doenças do coração	2	10,53	-	-	-	-	-	-	21	10,14	23	8,49
Doenças cerebrovasculares	-	-	-	-	-	-	3	7,89	29	14,0	32	12,18
Pneumonia	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,97	2	0,74
Bronquite, enfisema e asma	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,97	2	0,74

(continua)

Tabela 17. Mortalidade proporcional por causa e faixa etária. Tupi Paulista, 1990 a 1992 (continuação).

CAUSAS DE MORTE	< 1 ANO		1 — 5		5 — 20		20 — 50		50 E MAIS		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Úlcera péptica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,48	1	0,37
Cirrose hepática	-	-	-	-	-	-	3	7,80	3	1,45	6	2,21
Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,93	4	1,48
Anomalias congênitas	2	10,53	1	100	-	-	-	-	-	-	3	1,11
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anoxicas e hipoxicas perinatais	6	31,58	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2,21
Outras causas de mortalidade perinatal	4	21,05	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,48
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	1	5,26	-	-	-	-	6	15,78	43	20,77	50	18,45
Outras causas não relacionadas (CID 140-799)	1	5,26	-	-	-	-	5	13,16	30	14,50	36	13,28
Acidentes com veículos a motor	-	-	-	-	2	50,0	4	10,53	2	0,97	8	2,95
Demais acidentes	-	-	-	-	1	25,0	1	2,63	7	3,38	9	3,33
Suicídios e lesões auto-infligidas	-	-	-	-	-	-	1	2,63	3	1,45	4	1,48
Homicídios	-	-	-	-	-	-	1	2,63	-	-	1	0,37
Demais causas externas	-	-	-	-	-	-	2	5,26	1	0,48	3	1,11
TOTAL	19	100	1	100	4	100	38	100	207	100	271	100
(ACUMULADO 3 ANOS)		7,01		0,36		1,48		14,02		76,38		100

Fonte: CIS/SEADE, 1993.

No período de 1990 a 1992, 31,58% das crianças menores de 1 ano faleceram por lesões ao nascer, partos distócicos e afecções anóxicas e hipóxicas, e 21,05% por outras causas de mortalidade perinatal. Estes óbitos podem estar relacionados com a maior eleição do parto operatório e a qualidade reduzida da atenção perinatal.

Na faixa etária de 5 a 19 anos, 50% dos óbitos ocorreram por acidentes com veículos automotores e 25% por outros acidentes.

Do total de óbitos, 18,45% ocorreram por sintomas e estados mórbidos mal definidos, o que nos leva a inferir a hipótese de haver problemas de assistência e diagnósticos não confirmados.

Os tumores malignos (incluindo as neoplasias do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos) correspondem a 14,39%, seguidos pelas outras causas não relacionadas.

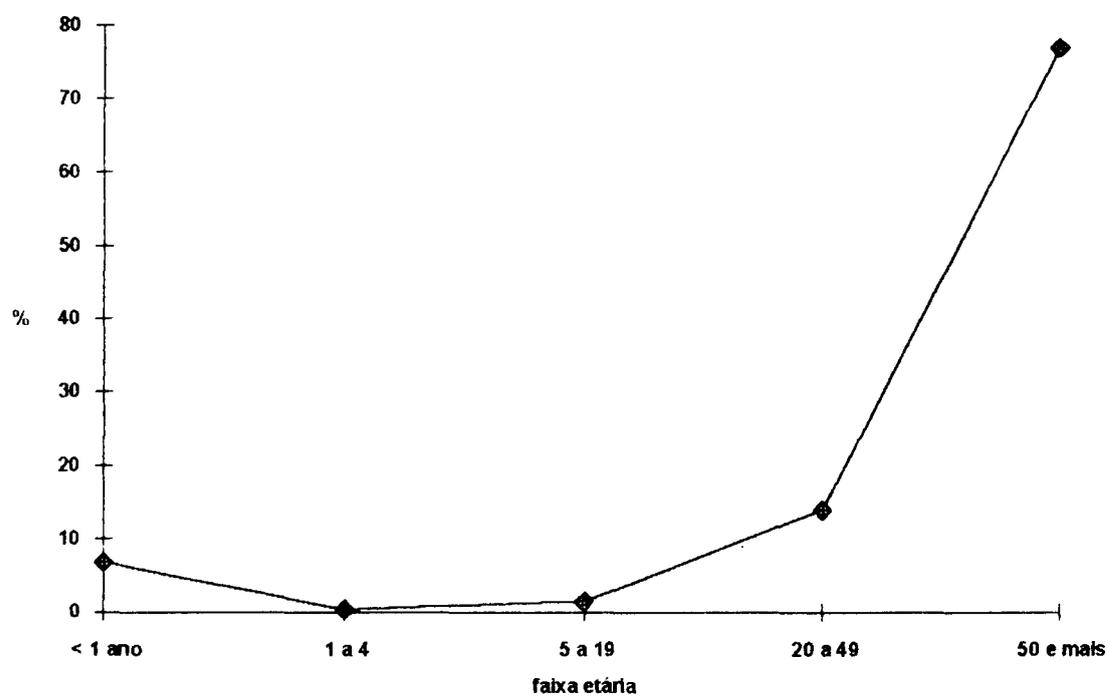
Comparando os dados do período de 1985 a 1989 com os dados do período de 1990 a 1992, verificamos que a situação praticamente não se alterou. O nível de saúde nos dois períodos estudados se mostra elevado, de acordo com a curva de mortalidade proporcional (Figura 5).

Tabela 18. Mortalidade proporcional acumulada por faixa etária. Tupi Paulista, 1990 a 1992.

FAIXA ETÁRIA	N.º	%
menor de 1 ano	19	7,01
1 — 5	1	0,36
5 — 20	4	1,48
20 — 50	38	14,02
50 e mais	207	76,36
TOTAL	271	100

Fonte: CIS/SEADE, 1993.

Figura 6. Curva de mortalidade proporcional acumulada. Tupi Paulista, 1990 a 1992.



Fonte: CIS/SEADE, 1993.

4.12. MORBIDADE

Tabela 19. Distribuição do número e porcentagem da morbidade segundo faixa etária. Tupi Paulista, 1986 a 1989.

FAIXA ETÁRIA	N.º (AC. 4 ANOS)	% NA FAIXA	% NA POPULAÇÃO
CID: 001-009			
menos de 1 ano	381	16,49	29,11
1 — 5	384	16,62	7,37
5 — 20	411	17,79	2,01
20 — 50	636	27,53	2,19
50 e mais	498	21,56	4,32
CID: 460-466			
menos de 1 ano	211	10,90	16,23
1 — 5	373	19,28	7,26
5 — 20	515	26,61	2,52
20 — 50	474	24,61	1,63
50 e mais	362	18,71	3,14
CID: 480-486			
menos de 1 ano	80	11,90	6,15
1 — 5	149	22,17	2,86
5 — 20	123	18,30	0,60
20 — 50	159	23,66	0,55
50 e mais	161	23,96	1,40

(continua)

Tabela 19. Distribuição do número e porcentagem da morbidade segundo faixa etária. Tupi Paulista, 1986 a 1989 (continuação).

FAIXA ETÁRIA	N.º (AC. 4 ANOS)	% NA FAIXA	% NA POPULAÇÃO
CID: 530-579			
menos de 1 ano	5	0,45	0,38
1 — 5	10	0,89	0,19
5 — 20	49	4,47	0,24
20 — 50	644	57,45	2,21
50 e mais	413	36,84	3,58
CID: 580-599			
menos de 1 ano	12	2,20	0,38
1 — 5	20	3,67	0,19
5 — 20	83	15,23	0,24
20 — 50	237	43,49	2,21
50 e mais	193	35,41	3,58
CID: 720-724			
menos de 1 ano	-	-	-
1 — 5	1	0,17	0,02
5 — 20	24	4,10	0,12
20 — 50	227	38,80	0,78
50 e mais	333	56,92	2,89

Fonte: Ersa-32, 1986 a 1989.

Destes dados, podemos observar que 29,11% da população são menores de 1 ano acometidos de morbidades — CID 001-009 (doenças infecciosas intestinais), ocorrem em 16,49% da faixa; 16,23% da população são menores de 1 ano com morbidades — CID 460-466 (infecções respiratórias agudas), 10,90% da faixa. Ainda verificamos que as

morbidades — CID 530-579 (doenças do aparelho digestivo), afetam 57,45% da população na faixa de 20 a 49 anos, e as morbidades — CID 720-724 (dorsopatias) acometem 56,92% da faixa de 50 anos e mais.

4.13. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

As informações prestadas a seguir foram extraídas do Livro de Registros de Notificação Compulsória, no período de janeiro a outubro de 1994.

4.13.1. AIDS (SIDA)

Não existe nenhum caso em tratamento. Havia dois casos soropositivos (um casal), mas no momento de nossa visita encontravam-se fora do município. (Pelas informações colhidas, foram viver num outro município não identificado.) Também não há relatos de casos anteriores diagnosticados de AIDS. Salientamos que sistematicamente são colhidos materiais para exame nos pacientes suspeitos e em voluntários. Esta baixa incidência de AIDS no município pode ser explicada pelas seguintes hipóteses: pequeno trânsito de turistas; melhor consciência da população pela divulgação das informações sobre a doença através dos órgãos de comunicação e das autoridades sanitárias, ou ainda, subnotificação dos casos, considerando-se o número de habitantes e a dimensão da cidade.

4.13.2. Tuberculose Pulmonar

O coeficiente de prevalência desta doença é de 1,42 por 10.000 habitantes (2 casos em tratamento) que apresentaram BK+, sendo um de reincidência e outro caso novo.

4.13.3. Hanseníase

O coeficiente de prevalência de MH em Tupi Paulista é de 17,08 por 10.000 habitantes. Estão em tratamento 24 casos, dos quais 2 são de forma clínica "T" e 22 com forma clínica "V".

4.13.4. Dengue

Em 1994 foi registrado 1 caso confirmado, importado de outra área, existindo casos suspeitos. O coeficiente de incidência era de 0,71 por 10.000 habitantes.

4.13.5. Rubéola

Foram registrados 4 casos em crianças de 5 a 10 anos, sendo 1 em janeiro, 1 em fevereiro e 2 em junho deste ano. O coeficiente de incidência era de 2,84 por 10.000 habitantes.

4.13.6. Tracoma

Foram registrados dois casos, 1 em criança e 1 em adulto, nos meses de janeiro e julho, respectivamente. O coeficiente de incidência era de 1,42 por 10.000 habitantes.

4.13.7. Meningite

Foram diagnosticados 5 casos, 3 em crianças e 2 em adultos. O coeficiente de incidência era de 3,36 por 10.000 habitantes.

4.13.8. Hepatite

Foram diagnosticados 2 casos em crianças. O coeficiente de incidência era de 1,42 por 10.000 habitantes.

4.13.9. Intoxicações por Agrotóxicos

Registrados 12 casos em adultos. O coeficiente de incidência era de 8,54 por 10.000 habitantes.

4.13.10. Acidentes por Animais Peçonhentos

Registrados 6 casos.

4.13.11. Parotidite (Caxumba)

Foi registrado 1 caso.

4.13.12. Varicela

Registrados 8 casos, em crianças.

4.14. INTERNAÇÕES POR CAUSA E ÓBITOS HOSPITALARES

Tabela 20: Internações por causa e óbitos hospitalares, agrupadas por CID, na Santa Casa. Tupi Paulista, 01-03-94 a 31-03-94.

PRINCIPAIS CAUSAS (AGRUPADAS POR CID)	CASOS		ÓBITOS	
	N. ^o	% ⁴	N. ^o	% ⁵
Lesões e envenenamentos (0807-0495)	39	4,73	1	2,56
Sintomas e afecções mal definidas (0708-0789)	34	4,13	-	-
Afecções perinatais (0765-0779)	4	0,48	-	-
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (0682-0707)	5	0,60	-	-
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (0714-0730)	21	2,55	-	-
Complicações da Gravidez, parto e puerpério (0650-0653)	75	9,11	-	-
Afecções obstétricas diretas (0640-0643)	30	3,64	-	-
Gravidez terminada em aborto (0634)	4	0,48	-	-
Doenças do aparelho geniturinário (0580-0626)	83	10,08	-	-
Doenças do aparelho digestivo (0533-0578)	116	14,09	2	1,72
Doenças do aparelho respiratório (0464-0518)	152	18,46	2	1,31
Bronquite, enfisema e asma (0492-0493)	44	5,34	-	-
Pneumonia (0482)	33	4,0	-	-
Doenças do aparelho circulatório (0390-0443)	73	8,86	-	-
Doenças cerebrovasculares (0434)	31	3,76	3	9,68
Doenças hipertensivas (0401)	54	6,56	-	-

(continua)

⁴ Porcentagem proporcional dos casos de internações.⁵ Porcentagem de letalidade por causa.

Tabela 20: Internações por causa e óbitos hospitalares, agrupadas por CID, na Santa Casa. Tupi Paulista, 01-03-94 a 31-03-94 (continuação).

PRINCIPAIS CAUSAS (AGRUPADAS POR CID)	CASOS		ÓBITOS	
	N.º	% ⁶	N.º	% ⁷
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (0345-0381)	32	3,88	1	3,12
Doenças gland. endoc. nutricionais e do metabolismo e transf. imunit. (0262-0276)	12	1,45	-	-
Diabetes melito	9	1,09	2	22,22
Neoplasias (0815-0218)	9	1,09	-	-
Neoplasia de mama (0174)	1	0,12	-	-
Neoplasias malignas do colo uterino(0180)	5	0,60	-	-
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (0281)	2	0,24	-	-
Doenças infecciosas e parasitárias (0035-0041)	20	2,43	-	-
Doenças infecciosas intestinais (0005-0009)	38	4,61	-	-
TOTAL	823	100	11	1,34

Fonte: Ersa-32 — Dracena, Núcleo de Informações, 1994

Analisando os dados da Tabela 20, verificamos que 18,46% dos pacientes internados na Santa Casa de Tupi Paulista apresentavam doenças do aparelho respiratório, com uma letalidade de 1,31%; 14,09% tinham doenças do aparelho digestivo, com 1,72% de letalidade; 10,08% tinham doenças do aparelho geniturinário. O diabetes melito apresenta a maior letalidade (22,22%), seguido das doenças cardiovasculares (9,68%) e das doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (3,12%).

⁶ Porcentagem proporcional dos casos de internações.

⁷ Porcentagem de letalidade por causa.

5. CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A área de saúde de Tupi Paulista compõe-se de um Centro de Saúde, um Posto de Assistência Médica, um Pronto Socorro, uma Santa Casa e um Ambulatório Médico, este último, localizado no Sindicato dos Proprietários Rurais. Estas unidades atendem a população rural e urbana do município, além de outras, procedentes de municípios vizinhos, como Monte Castelo, Nova Guataporanga, São João do Pau D'Alho e Santa Mercedes, por estas não possuírem unidades de atendimento em tempo integral, não contando nem mesmo com um Pronto Socorro.

O Centro de Saúde, o Pronto Socorro e a Santa Casa estão localizados na região central da cidade, facilitando o acesso da população domiciliada no município a estes serviços. O Posto de Assistência Médica é a única unidade localizada em sentido oposto aos demais serviços, dificultando o acesso de usuários deste serviço, que são obrigados a se locomover ao Centro de Saúde, para realização de procedimentos de vacinação e exame do “pezinho”.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Tupi Paulista é uma entidade filantrópica de caráter beneficente, constituindo-se na única unidade hospitalar de atendimento em internações no município. É conveniada ao SUS, com uma cota de AIHs correspondente a 483 por mês. Além do SUS, atende convênios de medicina de grupo, como Economus, Cabesp, Unimed e Cassi. Os funcionários são contratados pela própria Santa Casa e a equipe médica possui vínculo empregatício com a Prefeitura, realizando atendimento também no PS e CS. A diretoria e seus assessores são responsáveis pelo planejamento e gerenciamento de todas as atividades desenvolvidas na Santa Casa.

Com relação à política de distribuição de medicamentos do CS, PAM e PS, estes são distribuídos na própria unidade. Quando existe a falta de qualquer medicamento, o usuário passa por uma triagem sócio-econômica, realizada pela assistente social da Prefeitura, que autoriza a compra e distribuição do mesmo, respeitando a verba destinada a este fim; também realiza uma triagem quando o paciente necessita de remoção para tratamento em outros municípios, como Dracena e Marília, sendo os casos de emergência removidos automaticamente.

5.1. ESTRUTURA FÍSICA

◇ POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA — PAM (extensão do CS):

- 1 fichário;
- 1 sala para o Serviço Social;
- 4 banheiros;
- 1 sala de inalação;
- 5 consultórios;
- 1 consultório odontológico;
- 1 cozinha;
- 1 sala para tratamento fisioterápico;
- 1 sala de espera.

◇ CENTRO DE SAÚDE - CS:

- 5 consultórios;
- 1 sala de pré e pós-consulta;
- 1 consultório odontológico;
- 1 sala para coleta de material e exames ginecológicos;
- 1 sala de vacinação;
- 1 fichário central;
- 2 salas de almoxarifado;
- 1 sala para exame do “pezinho”;
- 1 farmácia (dispensário);
- 4 banheiros;
- 1 copa;
- 1 sala de chefia de enfermagem;
- 1 sala para o Coordenador de Saúde Municipal;
- 1 sala para secretaria;

1 sala para diretoria.

◇ IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPI PAULISTA:

1 sala de recepção;

2 salas para administração e secretaria;

5 consultórios;

1 sala de curativo;

1 sala para exames;

1 sala de recepção;

2 salas de pequenas cirurgias;

1 sala de gesso;

1 sala de Raio X;

1 sala de endoscopia;

2 salas de cirurgia;

1 sala de pré-parto;

1 sala de parto;

1 sala de ultrassonografia;

1 berçário;

1 Unidade de Terapia Intensiva — UTI (não credenciada pelo SUS);

1 unidade de fisioterapia;

1 laboratório;

1 unidade de isolamento;

1 cozinha;

1 lavanderia;

banheiros em cada ala e/ou setor.

A Santa Casa possui capacidade para 102 leitos, assim distribuídos:

SUS ⇒ 94 leitos

PARTICULAR ⇒ 01 leito

OUTROS CONVÊNIOS ⇒ 03 leitos

UTI ⇒ 04 leitos

EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS: raio X fixo, respirador artificial, monitores, estufas, raio X móvel, desfibrilador, microscópios, autoclaves, ultrassom, eletrocardiógrafo, endoscópio digestivo, bisturi elétrico, citoscópio, artroscópio, fotômetros de chama, nebulizadores, centrífuga, destilador, entre outros.

◇ PRONTO SOCORRO — 24 horas (instalado no prédio da Santa Casa):

- 1 sala de espera;
- 1 fichário;
- 1 sala improvisada para café dos funcionários;
- 1 sala de inalação;
- 3 consultórios;
- 1 sala para pequenas cirurgias;
- 1 sala para procedimentos de enfermagem.

◇ AMBULATÓRIO DO SINDICATO DOS PROPRIETÁRIOS RURAIS DE TUPI PAULISTA:

- 1 consultório de odontologia;
- 1 consultório para clínico geral;
- 1 consultório para pré-natal e ginecologia;
- 1 sala para pequenas cirurgias (no momento desativada, mas com planos para reativação);
- 3 consultórios em fase de montagem.

5.2. RECURSOS HUMANOS

◇ CENTRO DE SAÚDE

Funcionários Estaduais

- 1 Diretor Técnico
- 1 Coordenadora de Saúde Bucal
- 1 Enfermeira Encarregada
- 1 Chefe de Setor Administrativo

3 Clínicos Gerais (que atendem especialidades como Tisiologia, Ginecologia e Obstetrícia e Hanseníase)

1 Cirurgião Dentista

3 Visitadores Sanitários

2 Atendentes de Enfermagem

1 Auxiliar Administrativo

Funcionários Municipais

1 Enfermeira

1 Oftalmologista

5 Cirurgiões Dentistas

3 Clínicos Gerais (que atendem especialidades como Ortopedia e Cardiologia)

2 Visitadores Sanitários

1 Auxiliar de Enfermagem

2 Agentes de Saneamento

1 Auxiliar de Serviços

5 Auxiliares de Consultório Odontológico

◇ POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA:

2 Pediatras

1 Fisioterapeuta

1 Cirurgião Dentista

1 Auxiliar de Consultório Dentário

3 Auxiliares de Enfermagem

1 Auxiliar de Serviços

Todos os funcionários são contratados pela Prefeitura, não existindo funcionários da área administrativa.

Quanto aos cursos, treinamentos e reciclagem, obtivemos informações de que os mesmos são oferecidos apenas para as enfermeiras, sendo posteriormente repassados para os demais funcionários da enfermagem. O Ersa-32 também oferece cursos destinados a diversos profissionais. Atualmente está sendo realizado um curso para

formação de auxiliares de enfermagem, exigência legal que tem como público-alvo os atendentes de enfermagem (Lei N.º 7.498/86 do COFEN — Conselho Federal de Enfermagem).

◇ PRONTO SOCORRO

- 1 Diretor
- 1 Encarregada de Secretaria
- 12 Auxiliares de Enfermagem
- 2 Motoristas

◇ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

- 1 Diretor Presidente
- 1 Vice-Diretor Presidente
- 2 Secretários
- 2 Tesoureiros
- 3 Suplentes de Diretoria
- 3 funcionários na Comissão de Contas
- 1 funcionário no Departamento Jurídico
- 1 funcionário no Departamento Administrativo
- 19 Médicos
- 75 funcionários na área de Enfermagem
- 20 funcionários na área Administrativa
- 18 funcionários nos Serviços Gerais

A diretoria e seus assessores são responsáveis pelo planejamento e gerenciamento de todas as atividades desenvolvidas pela Santa Casa. No tocante à execução de cursos, treinamentos e reciclagens, existe no relatório de atividades desenvolvidas em 1993, uma programação de cursos sobre acidentes de trabalho, destinados a todos os funcionários. Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem participaram de um curso específico desta área, o qual objetivava capacitá-los para oferecer um melhor atendimento à população usuária desses serviços.

◇ SINDICATO DOS PROPRIETARIOS RURAIS

3 Clínicos Gerais (que atendem as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia)

1 Dentista

1 Diretor

2 Auxiliares Administrativos (recepção)

5.3. PRODUÇÃO

◇ CENTRO DE SAUDE

Tabela 21. Número de procedimentos e atendimentos do Centro de Saúde. Tupi Paulista, 1992 a 1994.

ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS	ANOS		
	1992	1993	1994*
Consultas Médicas	57.556	33.846	29.672
Consultas Odontológicas	12.591	9.563	11.040
Vigilância Sanitária	—	298**	1.094
Vacinação	8615	5.680	4.223
Inalação	—	—	1.478
Fisioterapia	—	—	330

* Dados computados de janeiro a outubro de 1994.

** Início das atividades no mês de outubro, sendo os dados referentes a novembro e dezembro de 1993.

Fonte: Prefeitura do Município de Tupi Paulista

Analisando os dados apresentados na Tabela 21, percebemos um declínio no número de procedimentos e consultas médicas e odontológicas, o que nos leva a sugerir duas prováveis hipóteses: o nível de saúde da população melhorou ou o acesso aos serviços está dificultado, provavelmente pelo agendamento das consultas ser realizado com antecedência, obrigando a população a procurar o Pronto Socorro ou outras alternativas, como por exemplo, as farmácias.

Tabela 22. Cobertura vacinal em menores de 1 ano*. Tupi Paulista, janeiro a setembro de 1994.

VACINAS	N.º DE DOSES	% de Cobertura Vacinal
Sabin	177	63,67
DPT	181	65,11
BCG	188	67,63
Sarampo	192	69,42
TOTAL	738	—

* População de Menores de 1 Ano em 1994 ⇒ 278

Fonte: IBGE, Censo 1991.

Tabela 23. Cobertura vacinal de SCR em crianças de 1 ano*. Tupi Paulista, janeiro a setembro de 1994.

VACINA	N.º DE DOSES	% de Cobertura Vacinal
SCR	170	61,15

* População de 1 a 4 anos dividida por 4 = 278

Fonte: IBGE, Censo 1991.

Tabela 24. Cobertura vacinal em menores de 1 ano*. Tupi Paulista, janeiro a setembro de 1994.

VACINAS	N.º DE DOSES	% de Cobertura Vacinal
Sabin (3.ª dose)	177	81,57
DPT(3.ª dose)	181	83,41
BCG	188	88,48
Sarampo (1.ª dose)	192	86,64
TOTAL	738	—

* População de Menores de 1 Ano em 1993 ⇒ 21

Fonte: Fundação SEADE, 1993.

**Tabela 25. Cobertura vacinal de SCR, em crianças de 1 ano*.
Tupi Paulista, janeiro a setembro de 1994.**

VACINA	N.º DE DOSES	% de Cobertura Vacinal
SCR	170	78,34

* População de 1 a 4 anos dividida por 4 = 217

Fonte: Fundação SEADE, 1993.

Observamos que nas Tabelas 23, 24, 25 e 26, foram utilizadas duas fontes de dados de estimativa populacional o que resultou em valores diferentes de cobertura vacinal.

◇ POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA – PAM

Segundo informações, a produção do PAM encontra-se inserida na produção do CS, em função do primeiro ser uma extensão do segundo.

◇ PRONTO SOCORRO

Tabela 26. Número e porcentagem de procedimentos e atendimentos do Pronto Socorro. Tupi Paulista, 1993 e 1994.

ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS	1993		1994*		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Procedimentos de Enfermagem (Inalação, Curativos, Retiradas de Pontos)	4.702	61,4	2.950	38,6	7.652	100
Consultas Médicas	15.025	56,9	11.397	43,1	26.422	100

* Dados obtidos de Janeiro a Outubro de 1994.

Fonte: Prefeitura do Município de Tupi Paulista.

Tabela 27. Distribuição do número e porcentagem de usuários atendidos no PS, segundo procedência. Tupi Paulista, outubro de 1994.

PROCEDÊNCIA/MUNICÍPIOS	N.º	%
Tupi Paulista	681	59,53
Monte Castelo	155	13,55
Nova Guataporanga	121	10,57
Santa Mercedes	94	8,22
São João do Pau D'Alho	76	6,64
Dracena	04	0,35
Pacaembu	04	0,35
Brasilândia	03	0,26
Paulicéia	03	0,26
Nova Independência	01	0,09
São Bernardo do Campo	01	0,09
São Paulo	01	0,09
TOTAL	1144	100,0

Fonte: Prefeitura Municipal de Tupi Paulista, 1994.

A Tabela 27 demonstra que 59,53% da população atendida no PS é procedente do próprio município, seguido pelos municípios de Monte Castelo, com 13,55% e Nova Guataporanga, com 10,57%. Estes dados nos levam a inferir duas hipóteses: a dificuldade de acesso aos serviços prestados pelo CS, devido ao agendamento prévio, número reduzido de vagas, demora no atendimento etc., ou pessoas em busca de soluções imediatas para seus problemas de saúde. Verificamos também que a porcentagem de atendimento do próprio município é expressiva.

Tabela 28. Distribuição do número e porcentagem de pacientes internados, segundo sexo. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

SEXO	N.º	%
Masculino	3.295	52,4
Feminino	2.992	47,6
TOTAL	6.287	100,0

Fonte: Relatório de Atividades Hospitalares da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

Tabela 29. Distribuição do número e porcentagem de internações, segundo tipo de pagamento. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

PAGAMENTO	N.º	%
SUS	4.884	77,69
Gratuitas	1.221	19,42
Convênios Particulares	182	2,89
TOTAL	6.287	100,0

Fonte: Relatório de Atividades Hospitalares da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

Tabela 30. Distribuição do número e porcentagem de cirurgias, segundo especialidade. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

CIRURGIA/ESPECIALIDADE	N.º	%
Gastroenterologia	17	2,4
Cirurgia Geral	137	19,1
Ginecológica	63	8,8
Urológica	16	2,2
Ortopédica	104	14,5
Curetagem	34	4,7
Partos Normais	85	11,8
Partos Cirúrgicos	262	36,5
TOTAL	718	100

Fonte: Relatório de Atividades Hospitalares da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

Analisando a Tabela 30, percebemos uma maior porcentagem nos partos cirúrgicos, seguidos de cirurgia geral. Com relação aos tipos de parto, 75% são cirúrgicos e apenas 25% são espontâneos. O índice de partos cirúrgicos é considerado muito elevado, pois a OMS — Organização Mundial da Saúde, considera que apenas 12% dos partos tem a necessidade real de intervenção cirúrgica, o que nos leva a supor um grande número de laqueaduras ou partos eletivos (programados).

Tabela 31. Distribuição do número e porcentagem das aplicações de fisioterapia, segundo financiamento. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

PAGAMENTO	N.º	%
SUS	7.055	75,9
Convênios Médicos	624	6,7
Particular	579	6,2
Filantropicos/Gratuitos	1.044	11,2
TOTAL	9.302	100,0

Fonte: Relatório Anual de Atividades da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993

Analisando a Tabela 31, percebemos que os procedimentos de fisioterapia são, em sua maioria (75,9%) pagos pelo SUS, o que pode ser explicado pelo custo relativamente alto deste procedimento, com a necessidade de várias sessões para o tratamento do paciente. Pode também ser considerada a hipótese de muitos convênios não cobrirem este procedimento, visto que 11,2% têm atendimento gratuito, por já haver ultrapassado a cota financiada pelo SUS.

Tabela 32. Distribuição do número e porcentagem de exames laboratoriais, segundo tipo. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

TIPO DE EXAME	N.º	%
Bioquímico	13.540	34,4
Parasitológico	3.180	8,1
Hematológico	11.864	30,1
Imunológico	3.346	8,5
Urina	4.033	10,3
Microbiologia	3.375	8,6
TOTAL	39.388	100,0

Fonte: Relatório de Atividades Hospitalares da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

Tabela 33. Distribuição do número e porcentagem de exames radiológicos, segundo tipo de raio X. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

TIPO DE EXAME	N.º	%
Raio X Contrastado	145	2,5
Tórax Membro Superior	1541	27,0
Bacia Membro Inferior	1257	21,9
Crânio e Face	339	5,9
Aparelho Digestivo	230	4,0
Órgãos do Tórax	2221	38,7
TOTAL	39.388	100,0

Fonte: Relatório de Atividades Hospitalares da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

Tabela 34. Distribuição do número e porcentagem de serviços internos e externos, segundo procedimentos e exames realizados. Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

TIPO DE EXAME	N.º	%
Inalações	5.142	50,2
Curativos	2.400	23,4
Transfusões	207	2,0
Pequenas Cirurgias	820	8,0
Ciclo Ergometria	82	0,8
Eletrocardiografia	1.304	12,7
Endoscopia	232	2,3
Citoscopia	58	0,6
TOTAL	39.388	100,0

Fonte: Relatório de Atividades Hospitalares da Santa Casa, Tupi Paulista, 1993.

É importante assinalar que dos dados disponíveis não foi possível realizar o cálculo de indicadores de rendimento hospitalar, taxa de ocupação do leito e tempo médio de internação.

5.4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A informação é elemento fundamental do processo de gestão e, no caso da saúde, a disponibilidade de dados sobre questões epidemiológicas e prestação de serviços é absolutamente indispensável para a gerência do SUS em todos os níveis, permitindo, por exemplo, a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias, epidemiológicas e de atendimento médico-hospitalar.

A Lei Orgânica da Saúde, nos artigos 39 e 47, prevê a organização de Sistema Nacional de Informações em Saúde - SIS, integrado em todo o território nacional, garantindo às

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde o acesso aos serviços de informática e bases de dados mantidos pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, que hoje são executados pelo Datasus — Departamento de Informática do SUS e Dataprev — Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, respectivamente.

Em relação à saúde, a legislação reconhece que a informação e a informática são fatores chave para o sucesso da implementação do SUS. Isto se observa em vários pontos, seja no aspecto da democratização da saúde, seja nas ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação.

Hoje, a grande concentração de Desenvolvimento e Disseminação de Tecnologia de Informação e Informática para a área da saúde está no Datasus — Departamento de Informática do SUS, que tem seu contingente concentrado no Rio de Janeiro e em Brasília e suas extensões regionais nos serviços de Informática das Coordenações Regionais da FNS — Fundação Nacional de Saúde. Como órgão de Informática de âmbito nacional, o Datasus exerce papel importante como centro de suporte técnico e normativo para a montagem e multiplicação dos sistemas de informática e informação da Saúde. Suas extensões regionais constituem linha de frente no suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através da assinatura de convênios de cooperação técnica.

A legislação do SUS estabelece, tanto na sua concepção como na sua implementação, uma nova exigência no que se refere à lógica dos sistemas de informação. Converte para a superação da lógica fragmentadora com que vem sendo disponibilizadas as informações de saúde, em proveito de uma concepção integradora, tanto na arquitetura dos sistemas e bases de dados, quanto das necessidades de informação dos diferentes níveis de execução do SUS. Neste raciocínio, o SUS não pode prescindir da participação e atuação do Datasus, que constitui um corpo técnico de profissionais de informática, oriundos da Dataprev, com conhecimento, experiência e tecnologia na área da saúde.

A importância da organização do Sistema Nacional de Informações reside fundamentalmente no tratamento que vier a ser dado às informações obtidas, ou seja, na capacidade dos órgãos dirigentes do SUS de transformar informações em conhecimentos

novos e com estes conduzir o SUS em sintonia com as necessidades da população e os objetivos de uma autêntica Reforma Sanitária.

O município de Tupi Paulista ainda não possui um serviço de tratamento informatizado de dados de saúde, sendo que os computadores que dispõe na Prefeitura, são utilizados apenas administrativamente. Seu Sistema de Informação segue a lógica do faturamento, emitindo dados quantitativos e qualitativos sobre a saúde da população, constantes das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) e FAAs (Ficha de Atendimento Ambulatorial), além dos Boletins de Produção Odontológica, os quais são enviados ao Ersas-32.

A Santa Casa de Misericórdia utiliza o sistema SIH — Sistema de Informações Hospitalares, que processa as AIHs em disquetes, de uso obrigatório. Estes disquetes são enviados ao Ersas-32, representante do nível central, que recebe os recursos financeiros do governo estadual, efetuando os pagamentos aos prestadores de serviços de saúde, credenciados pelo SUS. Este pagamento é feito mediante a emissão de faturas resultantes do processamento e consistência das AIHs e FAAs, obedecendo um prazo aproximado de 2 meses.

Os dados referentes a morbidade, mortalidade e natalidade que constam das AIHs e FAAs são trabalhados pelo Ersas-32 e semestralmente remetidos ao município. Destes dados são obtidas as seguintes informações: taxa de ocupação hospitalar, porcentagem de partos por cesariana, taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade infantil e número de nascidos vivos. Dados sobre mortalidade não são trabalhados, sendo utilizadas informações obtidas na Fundação SEADE. Utilizam também, para estes cálculos, dados enviados pelo Cartório de Registro Civil, em boletins mensais, dos quais constam todos os eventos vitais ocorridos.

5.5. PROGRAMAS E ATENDIMENTO

Segundo informações coletadas, o estabelecimento de programas, bem como outros tipos de prestação de serviços, ficam prejudicados em função da verba repassada pelo Estado ser insuficiente e a arrecadação do município não suprir todas as necessidades.

Entretanto, é fato que as dificuldades existem e provavelmente sempre existirão, principalmente financeiras. Porém, isto não deve ser empecilho para implantação e implementação de programas, cabendo uma reestruturação dos recursos disponíveis, objetivando a eliminação destas barreiras, proporcionando à população um atendimento mais completo e adequado.

Apesar destas intercorrências, os serviços de saúde local prestam os seguintes atendimentos:

◇ CENTRO DE SAÚDE - CS:

- agendamento de consultas para todas as áreas, com exceção da obstetrícia, que presta atendimento às gestantes, mesmo sem agendamento prévio;
- clínica geral com 6 médicos em horário integral;
- saúde da mulher com 1 médico (clínico geral, não é ginecologista/obstetra), em horário integral, abrangendo ginecologia, obstetrícia; a coleta para exame Papanicolau é feita por funcionário da enfermagem, mas com orientação médica;
- saúde da criança com 2 pediatras de 4 horas, abrangendo a maioria das crianças da cidade dentro do programa de recuperação nutricional (leite fluído), onde é feita avaliação mensal médica e social envolvendo a criança e a família, havendo, inclusive, orientação quanto à formação de pequenas hortas no domicílio e o valor nutricional de cada alimento. Abrange crianças na faixa etária de 06 meses a 05 anos; estender o programa à idades inferiores ou superiores fica a critério médico;
- exame do “pezinho”, realizado no período da manhã por funcionário da enfermagem em crianças recém-nascidas;
- coleta de material para exames laboratoriais;
- a imunização compreende a aplicação das vacinas de rotina (D.P.T., D.A., D.I., B.C.G., S.C.R., Sabin, Sarampo), além das vacinas anti-rábica e febre amarela. O horário de atendimento é integral e atinge a todas as faixas etárias. Quanto ao

condicionamento das vacinas, a quantidade maior fica acondicionada em geladeira de estoque; as de uso diário, em geladeira de isopor com Gelox. É utilizado mapa diário e mensal para controle das doses aplicadas sendo posteriormente remetidos ao Ersa-32. As agulhas e seringas passam por desinfecção em solução de água sanitária e depois são depositadas no lixo do Centro de Saúde. As vacinas chegam ao CS acondicionadas em isopor, com gelo e termômetro, sendo a quantidade determinada pela solicitação prévia efetuada pelo mesmo. A falta de energia ocorre com pouca frequência, utilizando-se garrafas com solução de água, sal e corante para manter a temperatura dentro da geladeira, quando ocorrer. A manutenção da geladeira fica a cargo do Ersa-32. Vale ressaltar que a sala de vacina não é de uso exclusivo, sendo utilizada também como sala de inalação e esterilização de material ginecológico;

- prestação de serviços de enfermagem como: inalação, aplicação de medicamentos, lavagem e esterilização de material etc.;

- farmácia, onde são distribuídos medicamentos mediante receituário médico, inclusive os controlados, os quais são fornecidos pelo Ersa-32 e pela Prefeitura;

- serviços de pré e pós consulta, realizados por funcionários da enfermagem, objetivando esclarecer dúvidas e orientar os pacientes com relação a encaminhamentos, retornos e utilização da medicação prescrita. O agendamento para especialidades é feito pela enfermeira através de contato telefônico com outros municípios, quando não existe o serviço na cidade;

- saúde ocular, contando com 1 oftalmologista, que atende a todas as faixas etárias, inclusive atendimento aos escolares;

- saúde bucal, contando com 4 dentistas que atendem até a idade de 14 anos, gestantes, funcionários e seus familiares. A saúde bucal ao escolar conta com atendimento em 3 escolas, cada uma com 1 dentista, englobando as zonas rural e urbana;

- atendimentos específicos para hipertensão arterial, hanseníase, diabetes e tuberculose, com acompanhamento médico periódico, não se caracterizando

programa. visto que para tanto, é necessário um enfoque muito mais abrangente que não apenas o atendimento médico e a distribuição de medicamentos. Não existe programação anual nem avaliação periódica dos resultados;

- visitas domiciliares e notificação compulsória de doenças, realizadas pelo visitador sanitário juntamente com médico e/ou enfermeira.

◇ POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA — PAM

- saúde da criança, contando com 2 pediatras que prestam pronto atendimento, além da rotina normal de agendamento. A atenção dispensada às crianças nesta unidade é uma extensão daquela prestada no Centro de Saúde;

- serviço de fisioterapia, contando com equipamentos necessários a este atendimento;

- saúde bucal, que conta com 1 dentista e prestando os mesmos serviços do Centro de Saúde;

- procedimentos de enfermagem como: inalações, tapotagem, orientações gerais etc;

- atendimento social às famílias realizado por 1 assistente social.

◇ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E PRONTO SOCORRO

- atendimento de urgências, emergências e cirurgias oferecidos à população local e às cidades vizinhas;

- leitos para internação em várias especialidades como: cardiologia, pediatria, cirurgia geral, clínica geral, ortopedia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, urologia, sendo que os três últimos são atendidos por 1 clínico geral;

- distribuição de medicamentos através da farmácia, mediante receituário médico;

- exames laboratoriais de material coletado na Santa Casa ou em outros serviços de saúde do município, sendo que exames mais complexos são realizados pelo Instituto Adolfo Lutz de Dracena ou pelo Laboratório Lilly, em São Paulo;

- atendimento aos usuários do SUS, particulares e convênios;
- atendimento e notificação compulsória de doenças, aliado ao trabalho desenvolvido pelos outros serviços de saúde do município;
- aplicação de soro anti-ofídico.

◇ AMBULATÓRIO DO SINDICATO DOS PROPRIETARIOS RURAIS DE TUPI PAULISTA

Situado na zona central da cidade, ao lado do prédio da Prefeitura, este Sindicato é uma entidade particular criado com o objetivo inicial de oferecer assistência aos proprietários rurais em várias questões (jurídicas, administrativas, trabalhistas, saúde, etc), atendendo também aos trabalhadores dos proprietários associados. Após convênio com o SUS estendeu o atendimento a toda a população, fato que dificultou o acesso do trabalhador rural que procura o serviço após jornada de trabalho, não encontrando vagas. Para evitar este problema, a direção do sindicato alterou o sistema de agendamento de consultas, reservando vagas para esta demanda. Oferecem os seguintes serviços:

- atendimento médico e odontológico;
- agendamento de acordo com a demanda do dia, tendo em média, 15 vagas para o clínico no período da manhã e 15 para o período da tarde; 6 vagas para odontologia, no período da tarde.

Não existe a distribuição de medicamentos e os exames laboratoriais são encaminhados ao Centro de Saúde, pois não são credenciados pelo SUS para este serviço. Realizam um trabalho essencialmente curativo, sendo estes registrados em prontuário; não é realizado nenhum programa ou trabalho preventivo com a população.

5.5.1. Programa de Saúde Bucal

◇ ESTRUTURA

A equipe de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Tupi Paulista possui uma coordenadora que concentra as funções de gerência e controle de pessoal, equipamentos, materiais e 7 cirurgiões dentistas distribuídos nas escolas e centros de saúde (CS e PAM).

O pessoal auxiliar é composto por 6 ACDs (Atendente de Consultório Dentário), sendo 3 com formação no curso de larga escala promovido pelo Ersa-32 e 3 treinados em serviço (auxiliar de enfermagem).

Com relação a Recursos Humanos, a contratação é realizada mediante concurso público. Está previsto para 1995 a realização de um concurso para futuras contratações. Não existe um plano de cargos, carreiras e salários, até o momento.

A carga horária dos cirurgiões dentistas está assim distribuída:

1 Cirurgião Dentista	8 horas / dia	40 horas semanais
1 Cirurgião Dentista	6 horas / dia	30 horas semanais
6 Cirurgiões Dentistas	4 horas / dia	20 horas semanais

O pessoal auxiliar realiza uma carga horária de 40 horas semanais.

◇ SISTEMA DE TRABALHO E ATENDIMENTO

A Prefeitura conta com 6 equipamentos odontológicos distribuídos da seguinte forma:

- 02 — Centro de Saúde (CS)
- 01 — Posto de Assistência Médica (PAM)*
- 03 — Escolas

* O PAM é uma extensão do CS, localiza-se em outro prédio, mas o diretor é o mesmo.

Os consultórios escolares estão instalados nas seguintes escolas:

— 3.^a E.E.P.G. de Tupi Paulista

— E.E.P.G. Professora Geny Barbosa Genovez

— E.E.P.S.G. Emília Diogo do Amaral

O município possui ao todo 7 escolas. Naquelas onde não existe consultório odontológico, as crianças são encaminhadas à escola mais próxima que o possua, para que efetuem o tratamento curativo. O sistema de atendimento nas escolas segue o Programa do Governo do Estado de São Paulo de atenção aos escolares. No momento, o município encontra-se na primeira fase (Procedimentos Coletivos I / PCI), que implica no *“conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em Saúde Bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados. Componentes: exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluorados (semanais) e higiene bucal supervisionada”*, estando implantado nas 7 escolas.

Além do PCI as crianças do município recebem tratamento curativo nos consultórios das escolas. Os procedimentos realizados são exodontias (extrações) e dentística (restaurações em resina e amálgama). Os adultos recebem atendimento no CS e no PAM, com agendamento prévio efetuado pela auxiliar, através de tratamentos curativos de exodontia e dentística, além das emergências.

Tupi Paulista não possui um centro de referência de especialidades. Quando existe a necessidade de tratamento específico, o paciente procura os consultórios particulares da cidade e, se não possuem recursos financeiros, procuram as cidades maiores e mais próximas em busca de atendimento gratuito. Também não possuem nenhum serviço de atendimento odontológico 24 horas.

Devido à implantação do PCI foi realizado um levantamento epidemiológico de cárie nas crianças em idade escolar, no mês de julho de 1992. De acordo com a classificação de prevalência de cárie dental aos 12 anos de idade, com base no índice CPO-D, segundo a OMS, pudemos considerar que a prevalência de cárie em Tupi Paulista é alta.

A manutenção dos equipamentos é feita por um técnico que presta serviços para a Prefeitura, realizando visitas para consertos, quando solicitado. A cidade não possui um técnico da região; o mais próximo localiza-se em Presidente Prudente, a uma distância de

110 km do município, fato que dificulta e atrasa o atendimento em caso de quebra do equipamento.

A aquisição dos materiais de consumo é feita pela Prefeitura, através de pedido encaminhado pela Coordenadora de Saúde Bucal, que elabora lista com as suas especificidades. O estoque do material está centralizado no CS, o qual é distribuído mediante preenchimento de requisição por parte do cirurgião dentista. Os materiais são de primeira qualidade e nunca faltam.

Quanto ao Sistema de Informações as Planilhas de Procedimentos e os Boletins de Produção Odontológica são enviados ao Ersa-32, onde são revisados, verificados e avaliados.

O município não conta, no momento, com o benefício do Flúor. Tanto a população quanto algumas autoridades e profissionais que atuam na área odontológica desconhecem os prejuízos causados pela não adição de Flúor na água.

5.6. VIGILÂNCIA À SAÚDE

A proximidade de Tupi Paulista com o Estado de Mato Grosso do Sul influencia no risco de importações de doenças como febre amarela e dengue. Portanto, o controle do *Aedes aegypti* e a vacinação contra febre amarela merece atenção especial pela saúde pública. A Prefeitura conta com 2 funcionários que percorrem todas as casas orientando a população quanto aos procedimentos a serem tomados caso se encontrem nas residências larvas e/ou o próprio mosquito.

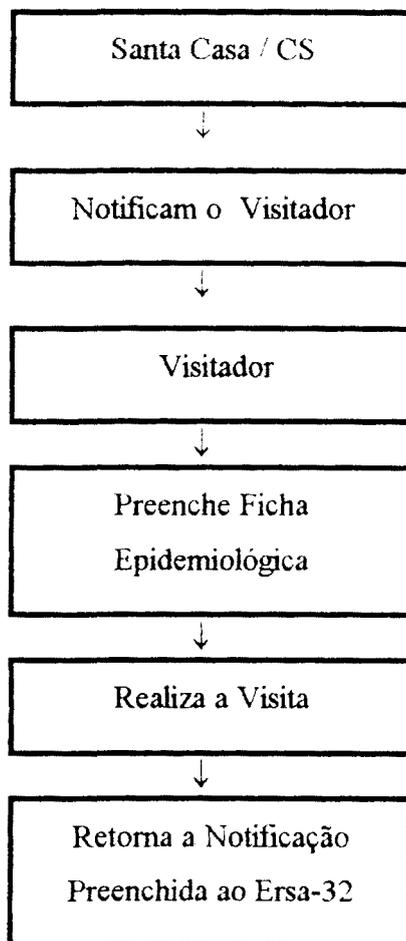
Mesmo com a realização diária deste trabalho formam registrados altos índices de Breteau (mede o grau de infestação pelo mosquito) nos meses de fevereiro, março, abril e maio, sendo promovido um “arrastão” no município, e recolhida grande quantidade de entulhos.

5.6.1. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é feita por um visitador sanitário que recebe as notificações da Santa Casa e do próprio Centro de Saúde, e realiza ações de controle. O sistema de informação para as ações de verificação compreende os seguintes impressos:

- ◇ SVE₁ — Serviço de Vigilância 1: impresso da vigilância utilizado para anotação dos dados referentes a doenças e agravos (nome, endereço, sinais e sintomas, internação, etc.), sendo inclusive um referencial para cobertura de foco e documentação;
- ◇ SVE₂ — Serviço de Vigilância 2: livro que todas as unidades possuem, onde são anotados todos os dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos;
- ◇ SVE₃ — Serviço de Vigilância 3: impresso próprio existente nas unidades e hospitais onde são feitas as notificações compulsórias das doenças e encaminhado ao nível regional e central, para serem utilizados conforme calendário da semana epidemiológica estipulada pela Secretaria de Estado da Saúde.

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



O visitador sanitário faz visitas aos casos internados de meningite bacteriana e visita domiciliar aos casos cujos comunicantes necessitem de medidas quimioproláticas.

Os casos de tuberculose e hanseníase são atendidos conforme programa preconizado pelo Estado. Os casos de esquistossomose são atendidos pela Sucen.

Em relação ao controle de zoonoses, o trabalho desenvolvido baseia-se na vacinação anti-rábica canina, incluindo os felinos, realizada anualmente no mês de agosto.

5.6.2. Vigilância Sanitária

O SUS prevê em sua legislação, ações de proteção à saúde. Dentro deste item, a Vigilância Sanitária busca garantir a qualidade dos serviços, meio ambiente de trabalho e

produtos (alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes domiciliares, agrotóxicos etc.), mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde que estejam neles presentes. Tem como objetivo a fiscalização dos serviços como: unidades de saúde, restaurantes, academias de ginástica, institutos de beleza, piscinas públicas etc.

Em relação ao meio ambiente, atua no sentido de evitar ou controlar a poluição do ar, do solo, da água, a contaminação por agrotóxicos, o uso do mercúrio nos garimpos etc.

Quanto aos produtos, além de fiscalizar os de consumo, faz inspeção sanitária e técnica das linhas de fabricação dos produtos de modo a evitar a sua comercialização em condições insatisfatórias de segurança e qualidade de uso; uma maior atenção é dada aos produtos de origem animal por serem capazes de causar diversos agravos à saúde.

Na área de saúde do trabalhador, a Vigilância Sanitária ocupa-se em assegurar condições ambientais satisfatórias quanto à iluminação, temperatura, umidade, ventilação, nível sonoro, adequação ergométrica das máquinas, equipamentos e mobiliário, além da eliminação de substâncias e produtos que podem provocar doenças ocupacionais.

Em Tupi Paulista, a municipalização dos serviços de Vigilância Sanitária ocorreu por volta de setembro de 1994, com exceção da vigilância de medicamentos e hemoderivados, que continuam de responsabilidade do Ers-32. Antes da municipalização estas ações eram de responsabilidade do Ers-32, através de ações programáticas (sistemáticas, com longos períodos sem fiscalização, realizadas por amostragem) e de denúncias (feitas pelo Centro de Saúde ou pela Prefeitura). Com a formação da equipe de vigilância sanitária do município, constituída por 2 agentes de saneamento, 2 engenheiros e 1 veterinário que trabalha no matadouro municipal, as ações passaram a ser feitas em conjunto com o Ers-32, atuando este nos casos mais complexos.

Hoje observamos um quadro atípico, visto que existem as ações de fiscalização e orientação cabíveis, mas o poder de polícia não pode ser exercido em virtude das leis municipais de vigilância sanitária, que são baseadas no Código Sanitário Estadual, só entrarem em vigor a partir de janeiro do próximo ano. Desta forma o serviço de Vigilância Sanitária do município se caracteriza apenas como prestador de serviços.

◇ MATADOURO MUNICIPAL: é um serviço oferecido pela Prefeitura, onde os proprietários levam seus animais para serem abatidos. O veterinário responsável pelo serviço realiza exame dos animais antes e depois do abate, o qual se resume à análise macroscópica dos mesmos. Apesar da precariedade deste serviço, propiciou a diminuição dos abates clandestinos, devido a isenção de impostos para realização deste serviço, além da conscientização dos donos de açougues que passaram a exigir mais qualidade na compra da carne. O matadouro abate cerca de 35 animais por semana; estes são observados por 24 horas, antes do abate, depois são colocados em um corredor único onde são atordoados (golpes de marreta) e suspensos para que ocorra a sangria e a retirada dos órgãos. Estando tudo macroscopicamente em ordem, o proprietário leva o animal abatido, caso contrário, a carcaça é condenada. Não há inspeção por parte dos órgãos federais (SIF); somente o SIM — Serviço de Inspeção do Município realiza inspeção de forma precária, sem sequer haver um carimbo que identifique as carcaças vistoriadas, facilitando o comércio de carne clandestina.

A seguir, descreveremos algumas instalações agropecuárias privadas, e as ações tomadas para garantir a qualidade final de seus produtos.

◇ LATICÍNIO: trata-se de uma cooperativa que juntamente com outras 34 dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás formam o Sistema Paulista de Laticínios. Esta Cooperativa entrou em funcionamento no ano de 1978, objetivando incentivar os produtores da região, produzindo hoje 35.000 litros de leite e de 300 a 500 peças de queijo tipo mussarela, pesando 2 kg cada uma, diariamente. Para tornar-se um cooperativado, o produtor deve apresentar documentos pessoais, mas para que o leite seja aceito, este deve passar por uma série de exames físicos, químicos e biológicos, além de testes para detectar adição de H_2O_2 , urina, aguagem etc. Detectada a irregularidade, o leite é recusado e o produtor penalizado. A Cooperativa também realiza exames rotineiros, enviando amostras para o Instituto Adolfo Lutz e ao LARA — Laboratório de Referência Animal, em Campinas, para confirmação dos resultados obtidos e realização de exames mais aprimorados. Inicialmente o leite era pasteurizado e levado em caminhões pipa para São Paulo; atualmente, apenas uma parte da produção é enviada e a outra é absorvida pela própria região.

- ◇ FAZENDA LEITEIRA: produz cerca de 1.400 litros de leite tipo B, por dia, contando com um rebanho leiteiro de 80 vacas. Os animais entram no período produtivo aos 24 meses e, devido a alimentação adequada, possuem vacas em idade avançada com pequena perda de seu potencial de produção. A ordenha é feita mecanicamente, sendo o leite despejado em um tanque de resfriamento por meio de tubulações, sem qualquer contato manual, evitando contaminações no leite devido a lesões que a ordenha manual possa produzir nos animais. Quadrimestralmente os animais são submetidos a um controle obrigatório de brucelose e tuberculose, além de vacinas e tratamentos de micoses, infecções bacterianas ou qualquer outro agravo que o animal venha a apresentar. Utilizam o método de inseminação artificial para procriação do rebanho, sendo este supervisionado pelo veterinário responsável. As fezes dos animais são utilizadas como adubo das pastagens da própria fazenda.
- ◇ GRANJA: por situar-se próxima à área urbana da cidade, foram registradas várias reclamações dos moradores devido ao mau cheiro produzido pelas aves, mas a Prefeitura nada pode fazer a respeito pela ausência de legislação pertinente. São criadas aproximadamente 10.000 galinhas, com uma produção diária de 6.000 ovos, a qual é absorvida pela própria região. A idade produtiva destas aves gira em torno de 6 meses a 2 anos, quando são vendidas para o abate. Consomem cerca de 1.200 kg de ração diariamente, sendo esta composta por milho moído, farinha de carne, farinha de ostra, calcário etc, e produzida no próprio estabelecimento. Também comercializam o esterco produzido pelas aves, recolhendo em média, 12 toneladas por mês.

Finalizando, podemos observar que são objetivos do município melhorar o atendimento à população, suprimindo necessidades e deficiências em relação à contratação e treinamento de agentes sanitários e de vigilância epidemiológica, possibilitando um controle constante e planejado dos vetores e criadouros de insetos, do uso abusivo de agrotóxicos, que causam agravos à saúde repercutindo negativamente na qualidade dos alimentos produzidos, bem como na fiscalização e controle de estabelecimentos.

6. SANEAMENTO BÁSICO E AMBIENTAL

O município de Tupi Paulista tem os seus serviços de abastecimento de água, coleta de esgoto e coleta e disposição de resíduos sólidos operados pela Prefeitura.

Podemos dizer que, quantitativamente à distribuição de água e coleta de esgoto, o município é bem atendido, uma vez que na zona urbana, onde se concentra mais de metade da população, este atendimento chega a 100% (rede de distribuição de água) e 91% (rede de coleta de esgoto).

6.1. SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

6.1.1. Captação

A captação é proveniente de três poços profundos. P1, P2 e P3, localizados respectivamente nas Ruas São Paulo (cruzamento com Paulo Bertini), Arcebispo Lemieux (em frente ao Centro Esportivo) e João Staut (cruzamento com Juvenal Camargo). O poço P1 tem vazão estimada de 2.100 m³/dia, o poço P2 de 600 m³/dia e o poço P3 de 1.296 m³/dia, totalizando 3.996 m³/dia.

6.1.2. Tratamento

Não há tratamento convencional na água distribuída à população de Tupi Paulista; apenas é feita a desinfecção sem controle, com aplicação de hipoclorito nas águas provenientes dos poços P1 e P2. Quanto à água do poço P3, é distribuída sem desinfecção. Cabe relatar que em épocas passadas já houve fluoretação, abolida atualmente.

6.1.3. Reservação

Existem no município três reservatórios, sendo um enterrado (R1), com 1.100 m³ de capacidade, um elevado em torre (T1), com 500 m³ de capacidade e um apoiado (R2), com 900 m³ de capacidade, perfazendo portanto uma reservação total de 2.500 m³.

Em função do consumo de um dia, esta reservação deveria ser de 1.600 m³, portanto, a existente está acima do recomendado.

O reservatório R1 é alimentado pelos poços P1 e P2 e ocupa uma área de 327 m². O reservatório T1 é alimentado pelo R1, através de bombas de recalque. O reservatório R2 é alimentado pelo excedente das águas do poço P3, e ocupa uma área de 113 m².

6.1.4. Elevatórias

Do reservatório R1 para o T1, a água é recalçada pela Estação Elevatória EE1, que é constituída por dois conjuntos de moto-bombas, numa construção de 1957, em alvenaria, com 5 m² de área e em razoável estado de conservação. A altura manométrica máxima é 32 m. A potência dos motores é 15 CV. Um conjunto fica em funcionamento 20 h/dia, o outro 18 h/dia, e a vazão estimada é de 30 a 50 l/s, ou 108 a 180 m³/h. A estação possui também um transformador de 200 kVA.

O reservatório R2 é alimentado pelo excedente da distribuição e pela bomba do poço P3, com motor de 50 CV e vazão de 108 m³/h, que trabalha 12 h/dia em 30 dias do mês e está em razoável estado de conservação.

6.1.5. Adução

O comprimento da adutora do reservatório R1 à torre T1, em ferro fundido, é 35 m, e seu diâmetro é 200 mm. A vazão estimada é de 108 m³/h (à velocidade de 0,43 m/s) a 180 m³/h (à velocidade de 1,77 m/s). Tem como acessórios válvula de bloqueio e retenção e outra de reforço em ferro fundido, com 40 m de comprimento, 250 mm de

diâmetro e vazão estimada de 15,2 l/s, ou 55 m³/h, à velocidade de 0,3 m/s, também com válvula de bloqueio e retenção.

6.1.6. Distribuição

A rede distribuidora é do tipo malhada num único setor piezométrico, com extensão de 54.000 m e diâmetro variando de 50 a 250 mm, em ferro fundido, PVC e fibra-cimento. Não há cadastro, ficando sua localização, relativamente à via pública, dependente dos trabalhadores que executam reparos. Não foi possível saber se existem peças acessórias.

6.1.7. Ligações

O sistema de abastecimento possui 3.594 ligações, das quais 1.445 sem hidrômetros. Também não existe cadastro técnico das ligações, apenas cadastro comercial; os quadros abaixo especificam as categorias das ligações, bem como o sistema tarifário.

Tabela 35. Cadastro comercial.

Categoria	Ligações		
	com hidrômetro	sem hidrômetro	Total
Residencial	1.912	1.145	3.057
Comercial	315		315
Pública	28		28
Industrial	23		23
Rural	81		81
Não-Especificada	90		90
Total	2.449	1.145	3.594

Tabela 36. Serviço medido.

Faixa de Consumo	Categoria	Tarifa (R\$)
até 15,0 m ³	Residencial	1,44
	Não-Especificada	2,69
	Rural	2,69
	Comercial, Industrial e Público	3,11
acima de 15,0 m ³	Residencial	0,11/m ³
	Não-Especificada	0,18/m ³
	Rural	0,18/m ³
	Comercial, Industrial e Público	0,19/m ³

Serviço Não Medido

I - Por ligação domiciliar, por mês ou fração, na cidade, vilas ou povoados:

categoria A -	3,57
categoria B -	2,69
categoria C -	2,40
categoria D -	2,10

II - Comercial:

categoria A -	38,71
categoria B -	33,50
categoria C -	26,96
categoria D -	16,41
categoria E -	10,67
categoria F -	4,21

III - Bares e Restaurantes:

categoria A -	44,57
categoria B -	34,00
categoria C -	26,96
categoria D -	16,41

IV - Hotéis e Pensões:

categoria A -	58,58
categoria B -	44,45
categoria C -	33,91
categoria D -	26,59

V - Serviços Públicos, Rurais e Não-Especificados:

categoria A (Estabelecimentos de Ensino) -	84,45
categoria B (Delegacia de Polícia e Cadeia Pública) -	68,94
categoria C (Não-Especificada e Rural) -	44,57
categoria D (Não-Especificada e Rural) -	16,41
categoria E (Não-Especificada e Rural) -	10,67
categoria F (Não-Especificada e Rural) -	4,21

VI - Industrial e Postos de Gasolina:

categoria A -	208,93
categoria B -	152,87
categoria C -	98,27
categoria D -	66,24

Cobra-se também mensalmente a importância de R\$ 0,23, para manutenção dos hidrômetros.

Na utilização dos serviços de esgoto sanitário, cobra-se o equivalente a 50% do valor do consumo de água.

6.2. SISTEMA DE COLETA DE ESGOTO

6.2.1. Coleta

A rede coletora abrange quase que a totalidade da área urbana, compreendendo uma extensão total de 49 km de tubulações de 150 mm de diâmetro, em manilha de barro vidrada, e coletores-troncos em 200 mm, 250 mm e 300 mm de diâmetro, em manilha de barro vidrada e fibrocimento.

A topografia local impõe três bacias de esgotamento, sendo os esgotos dessas bacias elevadas a um único ponto por três elevatórias, onde se acha a estação de tratamento. Não há cadastro disponível da rede coletora, ficando sua localização na dependência do pessoal que executa as manutenções. Não há conhecimento do número de poços de visita existentes, bem como da distância entre eles.

6.2.2. Elevatórias

A Estação Elevatória EE1, que se localiza junto à ETE, tem uma área construída de 25 m² e um poço de sucção de 12 m³, com gradeamento e desarenação, sendo o conjunto de recalque em eixo horizontal, com três conjuntos de moto-bombas, um operando e dois de reserva. Não se dispõe de informações da altura manométrica e das vazões das bombas. Sabe-se porém que suas potências são 10 CV cada e que são alimentadas por um transformador de 30 kVA. Sua finalidade é elevar os esgotos de toda a área urbana para a estação de tratamento.

A Estação Elevatória EE2, que se localiza na rua Armando Salles (Vila Staut) tem uma área de 80 m² e um poço de sucção, cuja capacidade não foi informada, possuindo gradeamento e desarenador, com 2 conjuntos de moto-bombas, um operando e 1 de reserva. Não se dispõe de maiores informações sobre as características dos equipamentos; sabe-se porém que suas potências são de 15 CV.

Quanto à Estação Elevatória EE3, que se localiza próximo ao jardim Petrópolis (em área não povoada), tem uma área de 80 m², com casa de quadro de comando de 6 m² e um

poço de sucção, cuja capacidade não foi informada, possuindo gradeamento e desarenador, com dois conjuntos de moto-bombas, um operando e um de reserva. Não se dispõe de maiores informações sobre as características dos equipamentos; sabe-se porém que suas potências são 15 CV, alimentados por um transformador cuja potência não nos foi informada.

6.2.3. Ligações

O município tem 3.496 ligações de esgoto em toda a área urbana. Não há cadastro técnico; só comercial, baseado nas ligações de água. Não existe também a distribuição destas ligações pelas categorias econômicas.

6.2.4. Tratamento

A estação de tratamento não está em operação há mais de dez anos. Sua capacidade nominal é 32,5 l/s ou 117 m³/h, sendo suas unidades integrantes as seguintes: caixa de areia e calha Parshall, dois tanques Imhoff, dois filtros biológicos, dois decantadores secundários, seis leitos de secagem do lado e uma lagoa de estabilização.

Para a estação de tratamento de esgoto existe um estudo, elaborado em 1992, para reaproveitamento do sistema existente, com mudança do processo de tratamento de filtros biológicos para lodo, ativado por batelada, o qual consideramos de difícil operação, podendo obter resultados abaixo dos valores esperados, caso não seja operado adequadamente, frustrando técnicos e autoridades.

6.2.5. Lançamento de Efluentes

Os esgotos de Tupi Paulista são lançados *in natura* no córrego Galante, próximo ao almoxarifado da Prefeitura na Vila Sampedro, percorrendo aproximadamente 20 km até desaguar no rio Aguapeí. Não existe qualquer meio de divulgação para alertar o povo quanto à contaminação do córrego pelo lançamento dos esgotos em seu leito.

6.3. SISTEMA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Os serviços de coleta de lixo domiciliar e dos serviços de saúde, varrição de ruas e logradouros públicos, lavagem de ruas e conservação de praças e jardins públicos, bem como o transporte e disposição final, são operados pela Prefeitura. Não existe equipe específica para as diversas atividades desenvolvidas, com exceção dos serviços de coleta.

6.3.1. Varrição

Os serviços de varrição são feitos sem frequência, ou quando a população reclama, existindo recipientes de coleta pública apenas na Av. Nove de Julho.

6.3.2. Coleta

A única atividade que tem frequência regular é a coleta, até o período deste levantamento feita às segundas, terças, quartas, quintas e sextas feiras; seria implantada uma nova frequência, passando para as segundas, quartas e sextas feiras. Não existe também uma rotina pré-determinada para a coleta do lixo de todas as ruas nos dias de frequência.

O horário para a coleta é das 7 às 17 horas, não havendo coleta no período noturno.

São três as equipes de coleta, constando de um motorista e três coletores/ajudantes (1.^a e 2.^a equipes) e um motorista e dois coletores/ajudantes (3.^a equipe), perfazendo um total de três motoristas e oito coletores.

O acondicionamento é feito em latas, existindo apenas uma separação no lixo dos serviços de saúde, entre os itens contaminados e os demais.

Não existe iniciativa de coleta seletiva e/ou reciclagem, por iniciativa da prefeitura ou da população, ou de qualquer outro segmento da sociedade de Tupi Paulista.

6.3.3. Transporte

Os veículos para a coleta são três, sendo um apropriado (caçamba com comportas laterais) e os outros dois do tipo carroceria basculante: quando há um aumento do volume, os veículos são reforçados com outros basculantes.

6.3.4. Disposição

Todo o lixo coletado é disposto num terreno, a aproximadamente 7 km de distância da área urbana, que tem apenas uma cerca de arame farpado isolando-o das áreas vizinhas: em sua vizinhança mora uma família que trata porcos e cabras, deixando-os livremente no "lixão".

6.3.5. Tratamento

O lixo depositado permanece no terreno supra citado por um período até se formar um volume para ser queimado a céu aberto, recebendo antes uma quantidade de óleo para dar início à queima; depois é recoberto por uma camada de terra.

6.4. SISTEMA DE DRENAGEM DE ÁGUAS PLUVIAIS

Somente 10% da área urbana possui rede de coleta de águas pluviais, não havendo cadastro da quantidade de bocas de lobo, poços de visita e bacias de contribuição.

◊ CEMITERIO

O cemitério é um dos equipamentos do município que merecem atenção, pelo seu poder de contaminação do solo.

No estudo da viabilidade de uma área destinada a cemitério devem ser considerados aspectos geológicos regionais e locais, hidrogeológicos regionais e locais, geossanitários, geoambientais e monitoramento hidrogeológico.

No aspecto geoambiental, cabe ressaltar que todos os resíduos sólidos gerados na operação do cemitério, como flores, restos de jardinagem, velas, restos de caixões etc., devem ser incinerados de maneira apropriada.

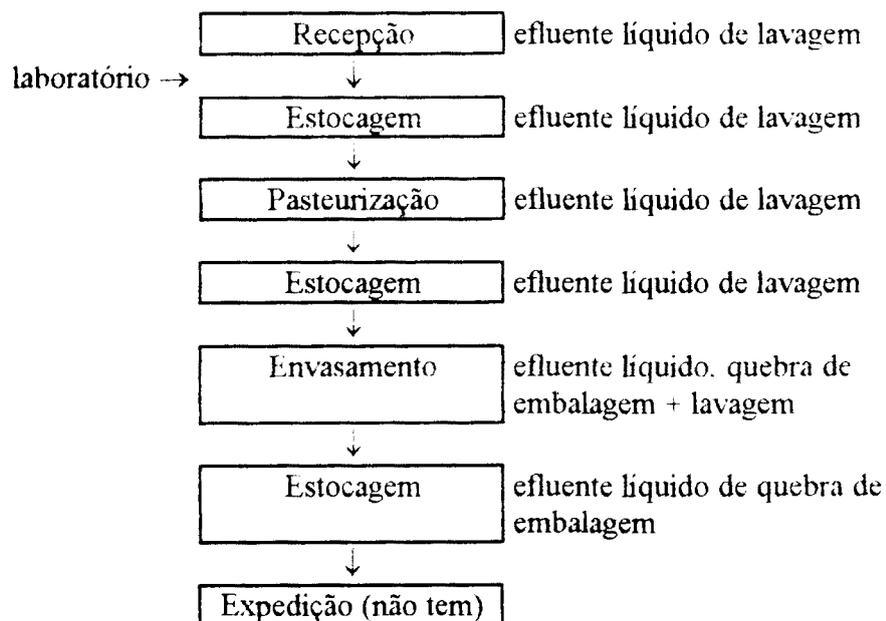
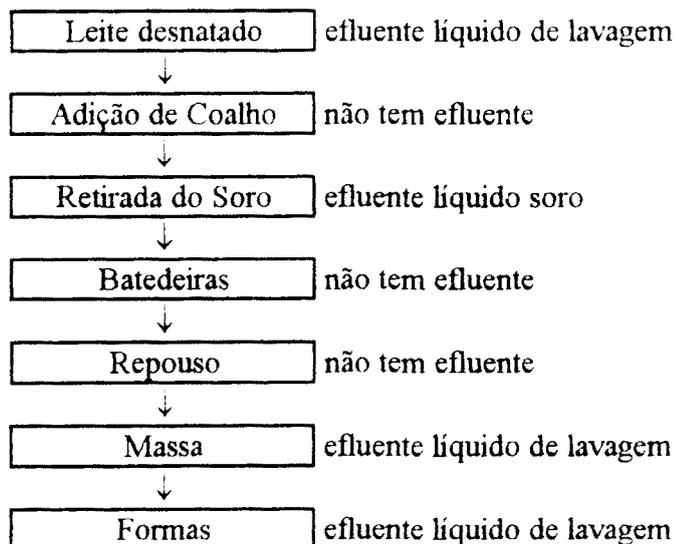
No aspecto hidrogeológico o sistema de controle do lençol freático deve constar de uma rede de poços de monitoramento, construídos e operados de acordo com as normas da Cetesb. O objetivo principal do monitoramento é verificar ou acompanhar a evolução hidroquímica do lençol freático e a superimposição eventual de poluição química (nitrogênio, fósforo, cálcio e magnésio) ou a contaminação patogênica (bactérias, vibriões, vírus etc).

Em Tupi Paulista, no que tange ao aspecto geoambiental, os resíduos sólidos gerados estão sendo afastados; quanto ao aspecto hidrogeológico, não estão sendo seguidas as recomendações.

6.5. POLUIÇÃO INDUSTRIAL

Apesar de existirem no município aproximadamente quarenta indústrias, como informa a Prefeitura, para avaliar a poluição industrial podemos considerar quatro: Laticínio, Matadouro Municipal, Fábrica de Colchões de Espuma e Fábrica de Refrigerantes.

◇ LATICÍNIO CACRETIPI

Fluxograma de Operação de Produção de Leite**Fluxograma de Operação de Produção de Queijo**

O laticínio da Cooperativa Agrária e de Cafeicultores da Região de Tupi Paulista iniciou suas atividades em 1978. Está localizado a aproximadamente 1 km de distância do centro da área urbana, na Avenida Nove de Julho. Suas atividades diárias concentram-se na

pasteurização e acondicionamento, em sacos plásticos, de 3.500 l de leite, além da produção de 300 a 500 peças de queijo do tipo mussarela, pesando cerca de 2 kg cada uma.

Para a sua operação consome, em média, 1.100 m³ de água por mês, fornecida pela Prefeitura. Esta água é consumida para a lavagem dos recipientes nas diversas etapas de operação, para produção de leite e queijo.

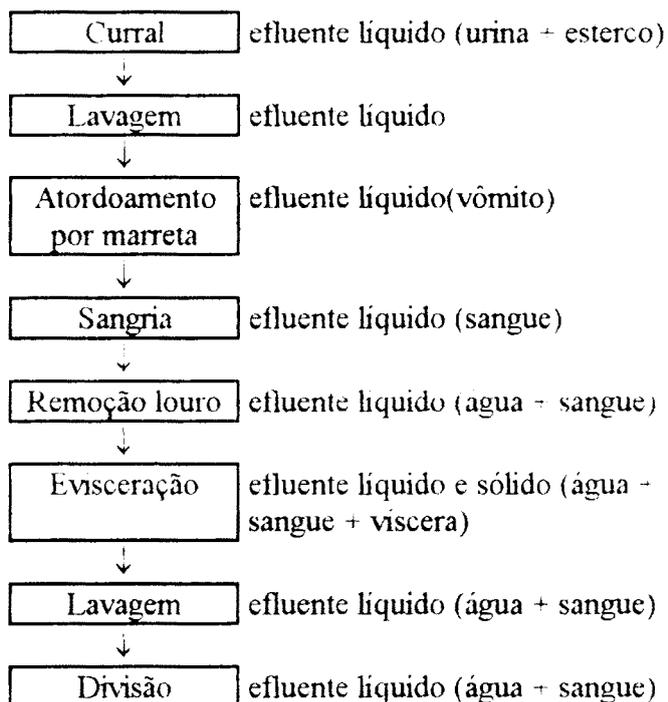
O processo de lavagem é criterioso, uma vez que qualquer impureza que fique nos recipientes pode contaminar a produção seguinte, consistindo em:

- ◇ lavagem com água quente;
- ◇ lavagem com água e detergente;
- ◇ lavagem com cloro.

Todos os efluentes citados nos fluxogramas são encaminhados para o córrego do Galante, sendo lançados próximo à estação de tratamento, sem qualquer tratamento ou controle prévios. Os resíduos sólidos gerados não são perigosos, por isso são reaproveitados ou queimados.

◇ MATADOURO MUNICIPAL

Fluxograma de Abate

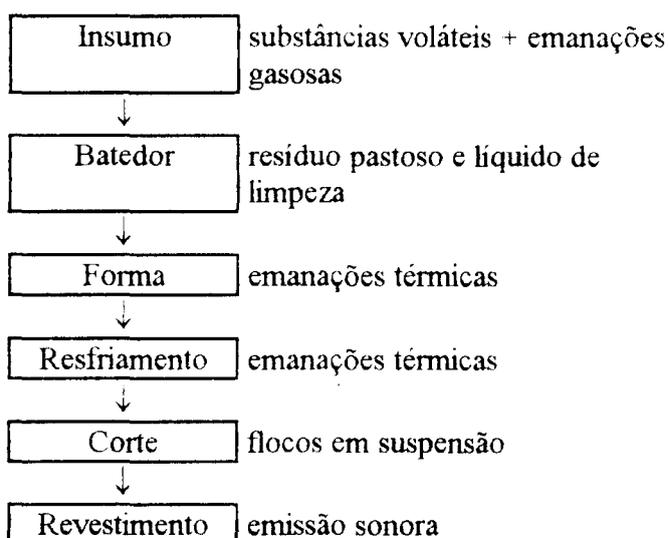


O abatedouro municipal tem por finalidade evitar o abate de gado em abatedouros clandestinos, visando melhorar a qualidade da carne consumida no município. Localiza-se na área urbana, na Vila Sampedro.

Abate em média 35 animais por semana, num total aproximado de 140 animais por mês. Das vísceras, somente o fígado, rins e coração são aproveitados; o restante é descartado.

Todo o efluente resultante do abate é lançado sem tratamento no córrego do Galante.

◇ FÁBRICA DE COLCHÕES DE ESPUMA

Fluxograma de Fabricação

A fábrica de colchões está localizada na Rua Antônio Portolez, esquina com a Rua Oswaldo Cruz, região central da área urbana. Sua produção é de aproximadamente 2.000 colchões por mês, consumindo para isso, os seguintes insumos: cloreto de metileno, Polioliol (conhecido por Voranol), TDI, silicone, octoato de estanho e amina peudo. O TDI é o mais consumido (média de 90 tambores de 200 l por mês); dos demais são consumidos apenas alguns litros.

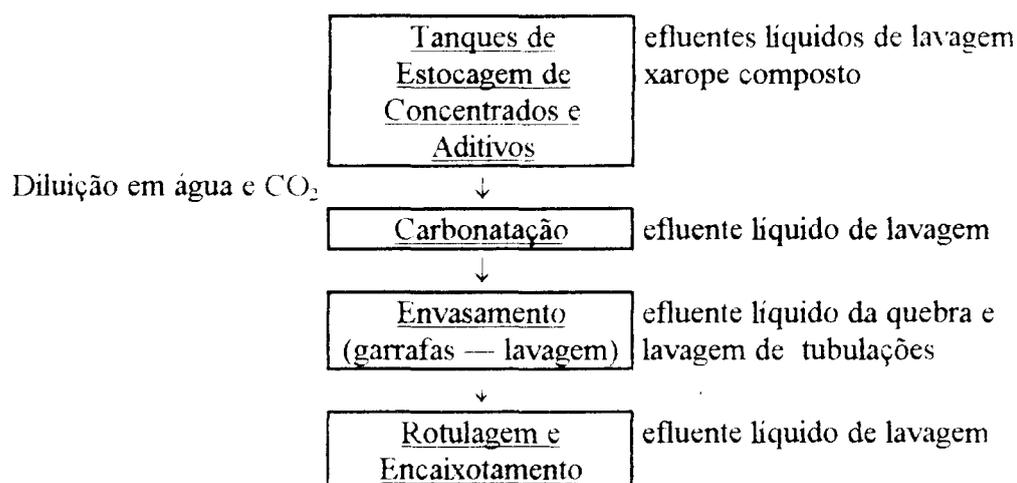
Ocupa uma área de 500 m², em três níveis, com uma construção do tipo galpão, com cobertura de telha metálica, com 5 m de pé-direito.

Na área de fabricação dos blocos de espuma existe um exaustor para expulsar as emanações térmicas da formatação, com uma chaminé de 2,5 m de altura acima do telhado. Existe também uma máquina para flocar alguma sobra das outras fases, para confecção de travesseiros.

Trabalham no local sete pessoas, incluindo um químico.

❖ FABRICA DE REFRIGERANTES

Fluxograma de Operação de Produção de Refrigerante



A fábrica de refrigerantes localiza-se na Rua Presidente Roosevelt, cruzamento com a Rua Duque de Caxias, na região central da área urbana.

Sua produção é de 21.600 l de refrigerantes por mês. O consumo de água é de 1100 m³ por mês. Os insumos têm as seguintes médias mensais de consumo: 3.600 l de xarope, 21.600 l de água e 120 kg de CO₂.

A fábrica ocupa uma área de 600 m², no mesmo nível, com construção do tipo galpão, com cobertura de telha metálica, com 5 m de pé direito.

Na área existe um exaustor, que afasta os gases resultantes da produção através de chaminés de nove metros de altura. São gerados na fábrica os seguintes resíduos sólidos: rótulos de garrafas (originados na lavagem das garrafas); garrafas, latas e tampas metálicas danificadas; resíduos com características domésticas (cozinhas, escritórios, etc.).

Todos estes resíduos são gerados em pequenas quantidades e são classificados como não perigosos, sendo recolhidos pela Prefeitura e depositados no "lixão".

Quanto aos resíduos do processo de produção, ou seja, as águas de lavagem ou mesmo os produtos das quebras de embalagens, estes são lançados na rede coletora de esgoto, a qual deságua no córrego do Galante.

Trinta pessoas trabalham entre produção e administração.

Não há emissão de poluentes significativos para o ar.

6.6. POLUIÇÃO AGROPASTORIL

O município de Tupi Paulista tem como base da economia a pecuária e a agricultura, predominando café, algodão, uva, maracujá, urucum, manga, laticínios e granjeiros.

A área rural tem aproximadamente 24% da população do município e ocupa 94% de sua área, ou 218,5 km².

A estrutura fundiária do Município revela uma situação diferenciada de muitas cidades brasileiras: a maioria das propriedades agrícolas é de médio e pequeno porte, variando de 5 a 50 alqueires.

O município possui aproximadamente mil propriedades rurais.

A população rural está dividida em três tipos: pequenos proprietários que moram e cultivam a terra, os trabalhadores que são conhecidos como “bóias-frias” e os meeiros, que moram em casas precárias sem saneamento básico, na terra que cultivam.

Existem dois bairros na zona rural:

- ◇ Oásis, que tem um pequeno aglomerado de casas de padrão baixo, uma igreja, uma escola de 1.º grau e alguns bares e mercearias; a água é de poço e os esgotos são lançados em fossa séptica;
- ◇ São Bento não chegou a ser um aglomerado de casas; podemos dizer que são algumas casas ao longo da estrada de terra municipal (para escoamento de leite e produção agrícola); há também uma escola.

Não há coleta de lixo na área rural, sendo os resíduos domésticos e agrícolas enterrados no solo ou queimados ao ar livre.

6.7. PLANEJAMENTO AMBIENTAL

No que se refere ao planejamento ambiental, devemos citar e elogiar o arranjo físico territorial do município. Tupi Paulista possui ruas largas, bem arborizadas, quadras bem definidas e residências bem construídas, em sua grande maioria de médio e alto padrão.

Quanto à organização espacial, por não existirem leis que regulamentem o uso e a ocupação do solo, existem indústrias na área urbana.

Na área rural este arranjo físico das moradias não é tão louvável. As instalações pecuárias, em algumas propriedades, são as mais modernas.

O município não se envolve em questões ambientais, o que se evidenciou na pesquisa realizada com moradores das ruas onde houve contaminação da água distribuída. O instrumento utilizado teve a intenção de aferir o interesse e o nível de exigência da população nas questões de Saneamento Básico e Ambiental.

6.8. INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

6.8.1. Água

- ◇ Extensão da rede: 54 km
- ◇ Ligações residenciais: 3.057 unidades
- ◇ Domicílios: 3.300 residências
- ◇ Área do município: 233 km²
- ◇ Área urbanizada: 14,5 km² (6%)
- ◇ População do município: 14.045 habitantes

- ◇ População urbana: 10.619 habitantes
- ◇ Densidade demográfica urbana: 732,35 habitantes/km²
- ◇ Densidade demográfica rural: 60,28 habitantes/km²
- ◇ Habitantes por ligação: 3,474
- ◇ Habitantes por domicílio: 3,218
- ◇ 17,66 m de rede/ligação
- ◇ ligações com hidrômetro: 3.504
- ◇ ligações sem hidrômetro: 1.145
- ◇ consumo medido: 71.533 m³ (mês de outubro)
- ◇ Índice de perda: não há informação
- ◇ Percentual de micromedição: 75,37%
- ◇ Consumo *per capita* da população urbana: 224 l/dia
- ◇ Capacidade de produção: 600 m³/dia (P1), 1.200 m³/dia (P2), 2.100m³/dia (P3)
- ◇ Capacidade total de produção: 3.900 m³/dia
- ◇ Volume medido: 2.384 m³/dia
- ◇ Perda por falta de medição: 779,06 m³/dia.
- ◇ Porcentagem utilizada: 2384/3900 = 61%
- ◇ Dosagem de cloro: não informado
- ◇ Vazão de distribuição:
 - ◇ pelo volume produzido: 45,14 l/s
 - ◇ pelo volume medido: 27,59 l/s
 - ◇ pelo volume não medido: 9,02 l/s
- ◇ Consumo presumível de cloro (consumo por litro: 2,6 mg/l):
 - ◇ pelo volume produzido: 45,14 l/s × 2,6mg = 117,36 mg/s = 422.510,4 mg/h = 0,4225 kg/h = 10,14 kg/dia = 304,20kg/mês
 - ◇ pelo volume medido: 27,59 l/s × 2,6mg/l=71.73mg/s = 258.242mg/h = 0,2582 kg/h = 6,1978 kg/dia = 185,94 kg/mês
 - ◇ pelo volume não medido: 9,02 l/s × 2,6 mg/l = 23,45 mg/s = 84427.2mg/h = 0,084kg/h = 2,026kg/dia = 60,78 kg/mês
- ◇ Cilindro utilizado: 860 kg de capacidade; 700 kg de tara

◇ Tara: 700kg

◇ Consumo total de cloro, considerando volume medido e não medido por mês: $(304,20 + 185,94 + 60,78)$ kg/mês = 550.92 kg/mês = 1 cilindro a cada 40 dias.

Como sugestão, estamos informando abaixo o consumo presumível de flúor para a fluoretação da água (consumo por litro: 0,7 mg/l):

◇ pelo volume produzido: $45.14 \text{ l/s} \times 0,7 \text{ mg/l} = 31.60 \text{ mg/s} = 113.760 \text{ mg/h} = 0.114 \text{ kg/h} = 2.7 \text{ kg/dia} = 82 \text{ kg/mês}$

◇ pelo volume (medido e não medido): $(27.59 + 9.02) \text{ l/s} = 36.61 \text{ l/s} \times 0,7 \text{ mg/l} = 25.63 \text{ mg/s} = 92268 \text{ mg/h} = 0.093 \text{ kg/h} = 2.23 \text{ kg/dia} = 66.9 \text{ kg/mês}$

Tabela 37. Característica dos compostos de flúor.

Compostos	fluossilicato de sódio (Na_2SiF_6)	fluoreto de sódio (NaF)	fluoreto de cálcio (CaF_2)	ácido fluossilícico (H_2SiF_6)
Características				
forma	pó	pó	pó	líquido
peso molecular	188,05	42	78,08	144,08
pureza comercial (%)	98,5	90 a 98	85 a 98	22 a 30
densidade (kg/m^3)	881 a 113	1.041 a 1.442	1.618	1,25 kg/l
pH da solução saturada	3,5	7,6	6,7	1,2 (pol. 1%)

Fonte: AZEVEDO NETTO, José M. de et al. Técnicas de Abastecimento e Tratamento de Água, 3.ª ed. São Paulo, 1987.

◇ Estamos recomendando a utilização de ácido fluossilícico com 22% de pureza, sendo o seu consumo estimado em 66.9 kg/mês. Como o ácido tem densidade de 1.25 kg/l, para 66.9 kg teremos 53.52 l. A utilização com pureza de 100% requer que sejam retiradas as impurezas do produto utilizado, que no caso é de 78%. Portanto, o volume a consumir para se obter uma concentração de 0.7 mg/l é de $53.52 / 0.22 = 243.3 \text{ l}$ de ácido fluossilícico.

6.8.2. Esgoto

◇ Extensão da rede coletora: 49 km

- ◇ Ligações residenciais: 3.057 unidades
- ◇ Domicílios: 3.300 residências
- ◇ Área do município: 233 km²
- ◇ Área urbanizada: 14,5 km² (6%)
- ◇ População do município: 14.045 habitantes
- ◇ População urbana: 10.619 habitantes
- ◇ Densidade demográfica urbana: 732,35 habitantes/km²
- ◇ Densidade demográfica rural: 60,28 habitantes/km²
- ◇ Habitantes por ligação: 3,474
- ◇ Habitantes por domicílio: 3,218
- ◇ 16,03 m de rede/ligação
- ◇ Volume esgotado:
 - ◇ volume consumido medido: 71.533 m³/mês
 - ◇ coeficiente de retorno: 0,80
 - ◇ infiltração: deixaremos de considerar
 - ◇ volume esgotado: $0,8 \times 71.533 \text{ m}^3/\text{mês} = 57.226 \text{ m}^3/\text{mês}$
 - ◇ considerando mês de 30 dias: 1.907,54 m³/dia
- ◇ Vazão esgotada - 22,078 l/s
- ◇ Carga orgânica — contribuições para a rede e córrego:
 - ◇ contribuição *per capita* de DBO = 54 g/hab-dia
 - ◇ população a esgotar = 10.619
 - ◇ carga total = 573.42 kg/dia
 - ◇ Não há emissão significativa para o ar.
- ◇ Carga do laticínio:
 - ◇ Para determinarmos a carga poluidora dos efluentes do laticínio, deveríamos fazer a sua caracterização, mas, por falta de condições, utilizaremos dados práticos obtidos da média de vários laticínios.
 - ◇ produção: 35.000 l de leite por dia (ou 35.0 m³/dia)
 - ◇ efluente: média 3 l de efluente por litro de leite por dia
 - ◇ vazão de efluente: $35.000 \times 3 = 105.000 \text{ l de efluente por dia}$

- ◇ DBO (leite - 1.000 a 1.500 mg/l; queijo - 3.000 mg/l): 1,8 kg DBO/m³ de leite
- ◇ Carga orgânica: $1,8 \times 35 = 63$ kg DBO/dia
- ◇ Não há emissão significativa para o ar.
- ◇ Carga do matadouro de gado:
 - ◇ considerar: 3,6 kg de DBO/boi — média de 5 bois abatidos por dia
 - DBO total = $3,6 \times 5 = 18$ kg de DBO/dia
 - ◇ Não há emissão significativa para o ar.
- ◇ Carga na fábrica de colchões de espuma:

Como no laticínio, deveríamos fazer a caracterização da carga poluidora dos efluentes líquidos lançados na rede coletora. Com relação à emissão para o ar, temos a considerar os insumos, dos quais o cloro de metileno tem emissões iguais ou maiores que 50 ppm. Tem levantado suspeita de provocar câncer? Conforme folheto do Biological Exposure Indices do American Conference of Governmental Industrial Hygienists, páginas 25 e 38, constatamos que há suspeita de se tratar de produto carcinogênico.

- ◇ Carga na fábrica de refrigerantes
 - ◇ Os desejos de fabricação de refrigerantes se caracterizam pela elevada carga orgânica e pH predominantemente alcalino
 - ◇ A carga específica a considerar é 4,8 kg DBO/m³ de refrigerante
 - ◇ A carga da fábrica é 21,6 m³ de refrigerante/mês \times 4,8 kg DBO/m³ de refrigerante
 - ◇ Carga orgânica total: 103,68 kg DBO/mês
 - Considerando 22 dias por mês, teremos 4,72 kg de DBO/dia.

Tabela 38. Cargas orgânicas que afluem à estação de tratamento dos esgotos domésticos, laticínio, matadouro e fábrica de refrigerantes.

Unidade	kg de DBO/dia
Esgoto doméstico	573.42
Laticínio	63.0
Matadouro	18.0
Fábrica de Refrigerantes	4.72
TOTAL	659.14

A título de recomendação, estamos elaborando um pré-dimensionamento para o tratamento dos esgotos, utilizando um sistema australiano:

- ◇ população a esgotar: 10.619 hab.
- ◇ contribuição *per capita*: 54 kg DBO/hab. × dia
Vazão: 10.619 hab. × 0,18 m³/dia × hab.
573.4 kg DBO/dia
1.911 m³/dia

a) lagoa anaeróbia

- ◇ tempo de detenção: 4 dias
- ◇ volume da lagoa: 1.911 m³ × 4 dias = 7.644 m³ (volume útil)
- ◇ profundidade: 4 m
- ◇ área da lagoa: 7.644 / 4 = 1.911 m² = 0.19 ha

b) lagoa facultativa

$$\diamond \text{ kg DBO/dia} = \text{esgoto doméstico} + \text{industrial} = 573.4 \text{ kg DBO/dia} + 85.7 = 659.1 \text{ kg DBO/dia.}$$

Considerando a redução de 50% da carga de DBO na lagoa anaeróbia, teremos:

$$\diamond \text{ carga de DBO por dia na lagoa facultativa: } 659.1 / 2 = 329.55 \text{ kg DBO/dia.}$$

\diamond para uma taxa de aplicação de esgoto de 200 kg DBO/ha \times dia, e profundidade de 1.5 m, teremos uma área necessária para a lagoa facultativa de:

$$329.55 \text{ kg de DBO/dia} / 200.0 \text{ kg de DBO/ha} \times \text{dia}$$

$$\diamond \text{ área necessária} = 1.65 \text{ ha}$$

Observação: como estamos incluindo o esgoto industrial, é necessário a caracterização dos efluentes.

7. PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO

7.1. IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Numa visão geral acerca do histórico da saúde no Brasil, observamos o inegável avanço na luta pela melhoria das condições de vida da população, em detrimento de resistências opostas dos setores privilegiados e retrógrados.

Torna-se evidente o progresso na área da saúde, onde foi superada a concepção estreita e individualista que reduzia os cuidados à saúde à oferta de serviços médico-hospitalares, que os mais ricos poderiam comprar e os menos ricos receberiam como um favor do Estado, na dependência de sobras orçamentárias, ou seja, oferecidos muito precariamente.

Este avanço torna-se legitimado pela Constituição Federal de 1988, a qual, em seu artigo 196, garantiu o direito à saúde como direito fundamental da pessoa humana, um direito de cidadania. Desta forma o conceito de saúde evolui para "*o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*"; como definiu a OMS — Organização Mundial de Saúde. Também instituiu o Sistema Único de Saúde — SUS, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de serviços, com direção única em cada esfera de governo e sob o controle social de seus usuários. É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

O SUS possui algumas características e princípios doutrinários.

- ◊ UNICIDADE: segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional sob a responsabilidade das três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Logo, o SUS é um sistema que engloba um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum, que se refere a atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

- ◇ UNIVERSALIDADE: garante a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, passando este a ter acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles contratados pelo poder público.
- ◇ EQUIDADE: assegura ações e serviços de todos os níveis, conforme a complexidade que cada caso apresente, independentemente de onde resida o cidadão, sem privilégios ou barreiras. Para o SUS, todos os cidadãos são iguais e serão atendidos conforme suas necessidades, até o limite que o sistema possa oferecer.
- ◇ INTEGRALIDADE: compreende o reconhecimento de que, ao mesmo tempo em que uma pessoa é um todo indivisível, ela é parte de uma comunidade: as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também são um todo indivisível, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviços, em seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e assim deve ser atendido por um sistema integral que vise promover, proteger e recuperar a saúde.

São diretrizes do SUS:

- ◇ REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO: implica organizar os serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, numa área geográfica delimitada, com população a atender definida, o que implica capacidade dos serviços de oferecer à população-alvo todas as modalidades de assistência e acesso a todo tipo de tecnologia disponível, com um alto grau de resolubilidade. O acesso da população à rede deve ser através dos serviços de atenção primária, que devem estar qualificados para atender a demanda dos principais problemas de saúde. Os que não forem atendidos devem ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Assim, a rede de serviços deve garantir um sistema de referência e contra-referência eficiente e eficaz, que vise equacionar os problemas relativos ao atendimento das necessidades apresentadas pelos usuários do sistema. Esta forma de organização dos serviços favorece ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle de vetores, educação em saúde, além da atenção ambulatorial e hospitalar nos diversos níveis de complexidade.

- ◊ RESOLUBILIDADE: é a garantia de que, ao procurar o serviço de saúde, o indivíduo ou a população (no caso de impacto coletivo), o serviço esteja capacitado para enfrentar o problema e resolvê-lo até o nível de sua competência.
- ◊ DESCENTRALIZAÇÃO: implica redistribuir as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre as três esferas de governo, com base na idéia de que quanto mais próxima do fato a decisão for tomada, maior a possibilidade de acerto. Então, o que for de abrangência municipal, deve ser de responsabilidade do município; o que for de abrangência estadual, deve ser de responsabilidade do Estado, e o que for de abrangência federal, deve ficar a cargo da União. Ao município cabe a maior responsabilidade na promoção de ações de saúde diretamente voltadas a seus cidadãos; portanto, deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, centrando principalmente o poder municipal sobre a saúde. *Este é o processo de Municipalização.*
- ◊ PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS: a Constituição garante à população, através de suas entidades representativas, a participação no processo de formulação das políticas de saúde e no controle de sua execução, nos três níveis de governo. Esta participação se dá através dos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, e das Conferências de Saúde, que ocorrem periodicamente para definição de prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Segundo a Lei n.º 8142/90, o Conselho Municipal de Saúde deve ser representado por 50% de usuários; os outros 50% devem ser representados pelos demais segmentos da sociedade, sendo 25% de trabalhadores da área da saúde e 25% de prestadores públicos e privados de serviços de saúde. O Conselho Municipal de Saúde deve respeitar a autonomia dos movimentos popular e sindical e todos os segmentos que o compõem. O poder público não pode indicar nem vetar esses representantes, a não ser os seus próprios. Os Conselhos devem ter acesso a todas as fontes de dados e informações gerais da administração do SUS e, em especial, sobre a questão financeira. As reuniões são abertas ao público com pauta e data divulgadas previamente. O poder público deve garantir todas as condições necessárias para o funcionamento dos Conselhos, inclusive infra-estrutura, assistência técnica, jurídica,

formação e informação de recursos humanos, bem como o cumprimento da Lei no que diz respeito à implantação dos Conselhos Gestores em todos os níveis de atuação.

- ❖ COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO: segundo a Constituição Federal, quando houver insuficiência do setor público, a contratação de serviços privados deve se dar a nível complementar, sob as seguintes condições:
 - a) o contrato deve ser celebrado segundo as normas de direito público, onde o interesse público permanece sobre o particular;
 - b) a instituição privada deve seguir os princípios básicos do SUS, como se fora pública, visto que, contratada, atua em nome deste;
 - c) a integração dos serviços privados deverá também seguir a lógica organizativa do SUS, no sentido de rede regionalizada e hierarquizada de serviços, o que equivale a dizer que cada região deve ter estabelecido, considerando os serviços públicos e privados contratados, quais as atribuições de cada um.

7.2. A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA COM ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS

A descentralização é um processo de organização e execução de atividades. No caso das ações e serviços de saúde, tornou-se a *espinha dorsal* do Sistema Único de Saúde.

Na área da saúde, a descentralização se vem realizando através do processo de Municipalização destas ações e serviços, que, antes, estavam quase totalmente centralizadas na União, em parcela reduzida nos Estados e minimamente nos Municípios.

Desta forma se justifica a confusão entre descentralização e Municipalização, principalmente no SUS, talvez pelo consenso em enfatizar a necessidade da existência de um sistema de saúde que apresente resultados favoráveis ao indivíduo e à comunidade.

A Municipalização se remete a um processo político-estratégico, não apenas de transferência legal e material de serviços de saúde para os municípios, até então executados pela União e pelos Estados, como também a diretriz de manter sempre próximos do fato e do público a capacidade de oferecer solução aos problemas, o poder de decidir e os meios indispensáveis para efetivar a decisão.

Assim, a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de junho de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), dispõe em seu artigo 10 que "*os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde que lhes correspondam*". Portanto, a Municipalização é uma estratégia, dentro do processo de descentralização, que visa a reestruturação das práticas de saúde, de forma a garantir a resolubilidade, a continuidade e a eficácia das ações de saúde.

Hoje, o processo de Municipalização vem ocorrendo de forma fragmentada e por vezes isolada, através da transferência de postos e centros de saúde para o município, apoio financeiro a projetos das entidades filantrópicas ou transferência de atribuições de gestão de rede assistencial. Na verdade o que vem ocorrendo é a *desconcentração* apenas das responsabilidades, visto que os recursos continuam centralizados.

A Municipalização não deve ser entendida apenas pelo cumprimento dos critérios constantes da Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (para que haja o repasse de recursos financeiros), mas *principalmente* pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, dividindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros.

A administração do SUS consiste de:

- ◇ PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: é a base das atividades e programação da Secretaria Municipal de Saúde; deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelo Prefeito; seu financiamento é previsto na proposta orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde;
- ◇ GESTORES DO SUS: são entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente; os gestores municipais são as Secretarias

Municipais de Saúde ou as Prefeituras Municipais (às quais cabe programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que implica em ser o município o grande responsável pelo planejamento, execução e controle das ações na sua área de abrangência); os estaduais são as Secretarias Estaduais de Saúde (às quais cabe a coordenação das ações de saúde de seu Estado, corrigindo distorções existentes e induzindo os municípios ao desenvolvimento das ações, planejando e controlando o SUS em seu Estado e executando apenas as ações que os municípios não forem capazes de executar) e o federal, o Ministério da Saúde (ao qual cabe liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões, para a melhoria da qualidade de vida da população); é relevante assinalar a necessidade de articulação, em cada esfera de governo, com os demais setores da comunidade que, direta ou indiretamente, interferem na área da saúde, aumentando sua integração e participação no processo;

- ◇ RELATORIOS DE GESTÃO: possibilitam o acompanhamento pelo Ministério da Saúde, através de seu sistema de auditoria, da programação aprovada em relação a aplicação dos recursos repassados ao município; devem conter as metas ou objetivos pretendidos e a programação e execução orçamentária, além da demonstração financeira;
- ◇ NÍVEIS DE GESTÃO: considerando os diferentes estágios em que se encontram os municípios, Estados e a própria União, em relação à descentralização, a Norma Operacional Básica — SUS 01/93, estabelece as seguintes modalidades de gestão para os municípios:
 - ◇ **Gestão Incipiente:** de acordo com suas condições técnico-operacionais, a Secretaria Municipal de Saúde assume, de forma imediata ou progressiva, em cronograma negociado com as Comissões Intergestoras Bipartites (formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde de cada Estado), a responsabilidade sobre a contratação e cadastramento de prestadores, programação e autorização da utilização dos quantitativos de AIH — Autorização de Internação Hospitalar — e dos procedimentos ambulatoriais, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; demonstra também a disposição e

condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, incorpora a rede de serviços e ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho;

- ◊ **Gestão Parcial:** nesta modalidade a Secretaria Municipal de Saúde assume as mesmas obrigações e responsabilidades da gestão incipiente; o que diferencia esta da anterior é que o município recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença (resíduo) entre o que foi faturado e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais existentes no município;
- ◊ **Gestão Semi-Plena:** a Secretaria Municipal de Saúde assume completa responsabilidade sobre a gestão da prestação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual, assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território; nesta modalidade não existe mais fatura, ou seja, o repasse é feito baseado em informações prestadas pelo município e este pode distribuir os recursos recebidos de acordo com suas prioridades.

Para cada uma destas modalidades, a Norma Operacional Básica — SUS 01/93 estabelece requisitos a serem cumpridos pelo município. Toda a documentação comprobatória do município deve ser encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde, que, após deliberar sobre a adequação e regularidade da documentação apresentada, a encaminha ao Ministério da Saúde para elaboração do Convênio (Municipalização) e repasse regular dos recursos financeiros.

7.3. FINANCIAMENTO DO SUS

Inegavelmente, o financiamento do Sistema Único de Saúde, paralelamente à questão dos recursos humanos, é o mais debatido e polêmico tema do SUS. Isto tem gerado inúmeras discussões e propostas, sem conseguir se chegar a um consenso que viabilize o sistema de saúde na forma prevista pela Constituição.

A Constituição garantiu a universalidade do acesso aos serviços de saúde e, para assegurar o seu financiamento, a União, os Estados e municípios devem contribuir com recursos próprios, nas bases por ela fixadas, principalmente no que tange ao acesso gratuito e igualitário para todos. Apesar disto, tal participação não se vem dando de forma eficiente. A estrutura financeira da Seguridade Social está longe de prover o financiamento de suas três áreas: saúde, previdência social e assistência social. A descentralização das ações e serviços públicos de saúde, sem uma mudança no sistema de arrecadação ou criação de um sistema de divisão dos recursos como determina a lei, dificilmente se concretizará, por razões históricas. O centralismo federal marca as relações públicas e, se não houver uma organização institucional da Administração Pública no sentido da descentralização, esta tendência centralizadora sempre irá imperar.

Outros fatores, fora as questões estruturais, vêm contribuindo para o agravamento da questão do financiamento: a não-descentralização política das ações e serviços de saúde e assistência social, o acesso universalizado sem o repasse financeiro, o empobrecimento crescente da sociedade (que eleva a demanda sem contudo elevar a capacidade da rede em ofertar serviços), a política recessiva (que diminui a arrecadação de tributos e contribuições sociais) e a retração da União na sua contribuição para o financiamento da saúde.

Segundo a Constituição, a seguridade social será financiada “por toda a sociedade de forma indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados e Municípios e da contribuição social dos empregadores, dos trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos”.

É desta forma que a sociedade, indiretamente, contribui para o financiamento da seguridade social. Deste total arrecadado, no mínimo 30% do orçamento da seguridade social (excluído o seguro-desemprego) deve ser repassado à saúde, o que, na verdade, não ocorre.

Verifica-se que este sistema de financiamento padece dos mesmos defeitos do sistema anterior. Ao misturar recursos para o pagamento de benefícios e para a assistência à saúde num mesmo fundo – Fundo de Previdência e Assistência Social – corre-se o risco de que os recursos voltados para a saúde sejam absorvidos pelos compromissos com o pagamento de benefícios. Os recursos para o pagamento do seguro social deveriam seguir a lógica de formação de estoque de capital, para cumprir exigências a longo prazo. Sendo assim, não se deveriam misturar aos recursos para a Saúde, pois estes constituem objeto de utilização numa política de curto prazo.

O objetivo do financiamento deve ser melhorar as condições de saúde produzindo maior impacto sobre os serviços. Se este impacto puder ser produzido gastando-se menos, melhor.

Em função do último relatório do Banco Mundial, que afirma que *não há recursos para tudo e os países precisam definir as prioridades dos serviços*, está-se apresentando uma proposta de reestruturação do sistema de saúde vigente.

Inicialmente se deve definir um Plano Básico de Saúde para o Brasil, ou seja, definir uma *cesta básica* de serviços e ações de saúde que devem ser cobertos pela rede pública e privada contratada pelo SUS. Todo financiador, seja ele público ou privado, deve cobrir este Plano Básico. Se houver o interesse de cobrir ações que não constam do Plano Básico, o serviço deve, obrigatoriamente, cumprir o determinado no Plano Básico.

Os serviços privados contratados serão melhor fiscalizados, uma vez que a legislação vigente (Leis Federais n.ºs 8.080/90 e 8.142/90) nada dizem a respeito dos contratos com estes serviços, a não ser o caráter de complementariedade.

Este Plano Básico abre a possibilidade de extensão da rede. O reembolso feito pelo SUS baseia-se no cruzamento dos n.ºs do PIS/PASEP, constantes das AIHs, e posterior transferência para a conta da empresa de convênio médico.

A rede privada não tem interesse em cobrir todos os problemas de saúde, não atendendo à saúde coletiva e tratamentos de alto custo. A medicina privada compra os serviços mais especializados do SUS e este os menos especializados da rede privada. Na prática, o papel do SUS é de um ressegurador das medicinas privadas, porque estas repassam àquele os serviços mais especializados, visto que concentram sua atividade nas ações curativas. Assim, as financiadoras terão que pagar um resseguro ao SUS pelo que não está sendo coberto mas está previsto pelo Plano Básico. Este pagamento será tanto maior quanto menor o número de pessoas seguradas pela financiadora além do Plano Básico. As pessoas que não podem comprar o convênio terão seu atendimento garantido pelo SUS. Quando um conveniado for atendido pelo SUS, o convênio será cobrado pelo SUS de acordo com o valor que ele cobra do conveniado, e não como ocorre hoje, pela tabela de AIH, cujo valor é menor.

Desta forma, busca-se alcançar a universalidade do atendimento, a opção de escolha pelos indivíduos, e melhorar a qualidade dos serviços, pois o refinanciamento estimula esta melhoria.

Para que tudo isto possa ocorrer, é urgente redesenhar a forma de financiamento do SUS, principalmente a nível local, melhorando a estrutura de impostos e arrecadação dos municípios e criando mecanismos que gerem recursos e não apenas negociação política.

7.4. RECURSOS HUMANOS

Segundo Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos, *"por mais bem estruturado que venha a ser o Sistema Único de Saúde, por mais abrangente e pormenorizada que venha a ser a legislação ordenadora do SUS, por mais recursos financeiros e materiais de que disponha o sistema, e por mais avançados que sejam os enunciados da política de*

saúde e os objetivos fixados na Lei Orgânica da Saúde, o SUS não funcionará como se espera e seus ideais estarão fadados ao fracasso se não dispuser de recursos humanos qualificados e, obviamente valorizados sempre”.⁶

É necessário que haja uma reformulação na política de recursos humanos existente, em nível federal, estadual e municipal, de forma a garantir que estes sejam idôneos, envolvidos de corpo e alma nos objetivos do SUS, suficientemente formados, regularmente aperfeiçoados, permanentemente incentivados, adequadamente remunerados e coerentemente exigidos no cumprimento de seus deveres.

7.5. O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO EM TUPI PAULISTA

As informações prestadas a seguir foram obtidas em entrevistas realizadas com o Coordenador de Saúde do Município, Dr. Onésio Francisco Guiro, e através de documentos fornecidos pela prefeitura.

O processo de Municipalização em Tupi Paulista está ainda em sua fase inicial. Em 1.º de setembro de 1988, a prefeitura assinou o Termo de Adesão ao Convênio SUS, no qual foram municipalizados o Centro de Saúde (CS), o Posto de Assistência Médica (PAM) e o Pronto Socorro.

Apesar da assinatura deste contrato, os serviços não se encontram, de fato, municipalizados. Estão sendo realizadas reuniões periódicas com a Comissão Intergestora Bipartite, composta paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde, representados pelo Ersa-32, e por secretários municipais de saúde da região.

Estas reuniões objetivam preparar os municípios para a Municipalização dos serviços e ações de saúde, conforme regula a Lei Orgânica da Saúde.

Existe grande dificuldade em reunir todos os representantes dos municípios nestas reuniões, o que retarda ainda mais o processo. Todos os municípios demonstram receio

⁶ Guido Ivan de CARVALHO e Lenir SANTOS. Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), p. 187.

em assumir a Municipalização, principalmente por existirem dúvidas acerca deste processo, em especial à questão do financiamento.

7.5.1. Descentralização/Municipalização e Comando Único

Pelas razões referidas acima, o processo de Municipalização em Tupi Paulista está começando a se estruturar, sendo objetivo do município atingir o nível de gestão semi-plena, onde este passaria a gerir os recursos repassados pelo SUS de acordo com suas prioridades.

Para que o município possa assumir o primeiro nível de gestão previsto na NOB — SUS 01/93 — gestão incipiente — deve ser provido de requisitos básicos como o Fundo Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (item 4.1.1, letras b, b₂ e b₃). Sem estes requisitos básicos o município se caracteriza como **prestador de serviços**.

7.5.2. Recursos Humanos

O maior problema enfrentado por Tupi Paulista, com relação a recursos humanos, é a falta de profissionais especializados, principalmente médicos e auxiliares de enfermagem.

A quantidade de funcionários de que a prefeitura dispõe possibilita a realização do trabalho mínimo necessário, dentro do que se propõe. Existem funcionários contratados sem concurso público, em regime de urgência.

Com a Municipalização, os recursos humanos estaduais e federais também passam a ser geridos pela prefeitura. Surge, então, outro problema a ser considerado: a questão da isonomia salarial. É notável o descontentamento dos profissionais de saúde com relação aos salários e, neste sentido, a prefeitura realizou estudos sobre a isonomia salarial, mas o processo se interrompeu por ter sido considerado ilegal pelo Departamento Jurídico.

Atualmente estão sendo oferecidos treinamentos e reciclagens apenas às enfermeiras, que se tornam multiplicadores, repassando as informações recebidas aos demais funcionários de enfermagem. Também existe o curso para formação de auxiliares de enfermagem, que é uma exigência legal, destinado aos atendentes de enfermagem. O grande problema

reside no fato de que a maioria dos cursos são oferecidos pelo Ersa-32 e, por vezes, realizados em São Paulo, dificultando a participação dos profissionais, por falta de disponibilidade para se locomover a grandes distâncias por um determinado período de tempo

7.5.3. Recursos Materiais

Os recursos referentes a materiais de consumo e equipamentos são insuficientes para cobrir a demanda. O município passa por grandes dificuldades, principalmente no que tange a medicamentos.

A Prefeitura procura manter o mínimo necessário na farmácia do Pronto Socorro. O SUS ainda repassa os medicamentos utilizados nos programas de Hanseníase (MH) e Tuberculose (TBc). Os demais medicamentos não são enviados pelo Estado, o que obriga à aquisição dos mesmos pela Prefeitura, utilizando seus próprios recursos.

Existe uma farmácia na própria Prefeitura, onde os pacientes que não têm condições de adquirir os medicamentos são encaminhados e, mediante avaliação sócio-econômica realizada pela Assistência Social, recebem o que for necessário.

A cada 3 ou 4 meses, a Prefeitura realiza a compra de medicamentos básicos, visando principalmente a cobertura da demanda do Centro de Saúde, nas especialidades de hipertensão, clínica médica, ginecologia e obstetrícia.

O SUS não dispõe de laboratório de análises clínicas e microbiológicas em Tupi Paulista. Estes serviços são realizados precariamente pela Santa Casa de Misericórdia; exames mais especializados, como sorologia e taxas hormonais, são encaminhados a outros municípios.⁷ Exames microbiológicos são realizados no mesmo espaço físico em que são feitos exames de outras naturezas, colocando em risco tanto as culturas, que podem ser contaminadas, quanto os profissionais, devido ao fato de não haver equipamentos de proteção coletiva.

⁷ Vide Sistema de Referência e Contra-Referência (7.5.9).

Este laboratório possui alguns equipamentos sofisticados, mas a grande maioria necessita de manutenção e modernização.

O Centro de Saúde dispõe de um bom equipamento para acondicionar vacinas. Entretanto, as vacinas de uso diário ficam comprometidas, pois ficam acondicionadas em geladeira de isopor com Gelox e, pela própria instabilidade da mesma, pelo ato de abrir e fechar constantemente e pela sua precária vedação, deixa a desejar. As condições ideais (cadeia de frio) nas quais devem ficar as vacinas estão longe de ser atingidas. Para tal sugerimos a aquisição de uma geladeira horizontal (Medinic), para uma melhor conservação das vacinas de uso diário.

Equipamentos odontológicos, de fisioterapia e oftalmologia são adequados aos padrões básicos necessários para o desempenho das atividades. Existe a dificuldade em realizar exames radiológicos, pois o município recebe cotas insuficientes para a cobertura da demanda. Outro problema é a dificuldade em realizar exames de tomografia computadorizada e ultrassonografia através do SUS, por não haver disponibilidade de equipamentos e não estar definida a referência para estes exames.

7.5.4. Recursos Financeiros

As verbas destinadas à saúde são oriundas dos fundos de participação e do ICMS, cuja arrecadação vem diminuindo a cada mês. A Secretaria Estadual de Saúde envia, via Ersas-32, algumas verbas suplementares, sem datas definidas. A União repassa recursos através das faturas de pagamento de serviços hospitalares e ambulatoriais (AIH e FAA) com, no mínimo, dois meses de atraso, além do que é comum existirem glosas nas mesmas, o que diminui o valor esperado pelo município. Esta questão será mais detalhada no item 7.5.5 (Financiamento).

7.5.5. Relacionamento do Poder Municipal com as Esferas Federal e Estadual e com os Serviços Privados

O município não mantém um relacionamento direto com o Ministério da Saúde. Encontra-se diretamente ligado à Secretaria de Estado da Saúde, reportando-se ao Ersa-32, que oferece cooperação técnica e financeira ao município.

Quanto aos serviços privados, a Santa Casa de Misericórdia de Tupi Paulista, que é uma entidade filantrópica, mantém convênio com o SUS, estando diretamente ligado à Prefeitura. Todos os serviços da Santa Casa são credenciados pelo SUS, à exceção da UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), que não possui os requisitos básicos para credenciamento (não possuem aparelho de análises gasométricas, nem um enfermeiro por período). Também o Sindicato dos Proprietários Rurais é conveniado ao SUS, por manter em sua sede um ambulatório médico que também atende à população. Não possuem credenciamento para SADT (Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia); quando existe a necessidade, o usuário é encaminhado ao Centro de Saúde. Os demais serviços particulares não mantém convênio com o SUS. Vale registrar que a maioria destes serviços privados são executados pelos mesmos médicos que prestam serviços na rede pública e na Santa Casa.

O município não realiza qualquer forma de controle ou avaliação destes serviços privados.

7.5.6. Financiamento

As fontes de financiamento para o setor saúde advém das esferas federal, estadual e do próprio município.

Tupi Paulista não dispõe de Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, exigência mínima prevista na NOB — SUS 01/93 para que o município assumira o nível de gestão incipiente dentro do processo de Municipalização.

A Prefeitura elaborou uma lei que regulamenta o Fundo Municipal de Saúde, sendo esta rejeitada pela Câmara Municipal, o que retardou o início do processo. Quanto ao Conselho Municipal de Saúde, sua implantação, apesar de prevista na Lei Orgânica do Município, está sendo estudada.

ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO: conforme informações prestadas pelo Sr. José Paulo Faccion, Chefe de Gabinete da Prefeitura, o Orçamento Municipal para 1994 estimou um montante de R\$ 1,275 milhão, do qual, em média, 8% é destinado à saúde. Mensalmente, os gastos com saúde estimados pelo município variam entre 6 e 12% do previsto pelo Orçamento para o mês.

A verba que compõe este Orçamento é oriunda dos seguintes impostos:

- ◇ município: ISS (Imposto sobre Serviços); IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano); IVV (Imposto sobre Combustíveis); Taxa de TV (cobrada para manutenção da torre de repetição de imagens, segundo Lei Municipal aprovada pela Câmara, que atualmente corresponde a R\$ 0,21, cobrados mensalmente na conta de abastecimento de água); Taxa de Limpeza e Iluminação Públicas.
- ◇ Estado: basicamente ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), que, do total arrecadado pelo Estado, o município recebe cerca de 0,19%, e IPVA (Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores). O município mantém um controle sobre o repasse das verbas enviadas pelo Estado, o qual é feito via Ersas-32, com quem mantém contato mais direto.
- ◇ União: tributos (impostos e taxas), IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) e IR (Imposto de Renda). Não há clareza sobre os critérios utilizados pela União para o repasse dos recursos, não existindo um controle sobre os mesmos, no que se refere a que parcela estão recebendo ou a que mês. Existe apenas um aviso bancário do Banco do Brasil, sem qualquer discriminação dos pagamentos. Principalmente neste ano, este repasse tem sido feito de forma bastante irregular, dificultando ainda mais qualquer tipo de controle.

7.5.7. Participação Popular e Controle Social

Como já foi mencionado anteriormente, os municípios devem dispor, dentre outros requisitos, de um Conselho Municipal de Saúde, conforme a Lei Orgânica da Saúde determina.

Embora previsto na Lei Orgânica do Município, sua implantação ainda não se efetivou. Observamos, em entrevistas com usuários dos serviços de saúde, que estes desconhecem a existência do Conselho, não sabendo a que se refere; os funcionários dos serviços de saúde sabem da existência do mesmo, mas colocam que ele ainda não está implantado.

7.5.8. Organização e Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde

UNIVERSALIDADE DE ACESSO: os usuários dos serviços de saúde de Tupi Paulista dispõem de PAM (Posto de Atendimento Médico), um CS (Centro de Saúde), uma Santa Casa de Misericórdia e um PS (Pronto Socorro), atendendo 24 horas por dia. Segundo informações de dirigentes destes serviços, ocorre uma demanda de usuários ao Pronto Socorro, que deveriam ser atendidos no CS. Isto se deve ao fato de que, quando o usuário procura o CS ou o PAM sem agendamento prévio, provavelmente não será atendido, a menos que existam desistências na agenda daquele dia, o que o leva a procurar o PS, como garantia de atendimento imediato. Os usuários não encontram barreira cultural, geográfica ou econômica com relação ao atendimento médico, visto que Tupi Paulista acaba tomando-se referência para outras cidades da região. Não existe qualquer tipo de cobrança para o atendimento dispensado ao usuário do SUS, à exceção da Santa Casa que efetua cobrança de material (agulhas, por exemplo) para determinados procedimentos; o reembolso é feito mediante apresentação das faturas de atendimento hospitalar e ambulatorial. A população também faz uso dos seguros-saúde e da medicina privada (Unimed, por exemplo), além de contar, também, com ambulatório disponível no Sindicato dos Proprietários Rurais.

7.5.9. Modelo Assistencial, Planejamento e Programação em Saúde

Anualmente, geralmente nos meses de março e abril, o município elabora seu Planejamento, ou Plano Diretor, onde são descritas todas as atividades a ser desenvolvidas no decorrer do ano, dentre elas as ações e o planejamento de investimentos para aplicação e reforma na rede de saúde.

Para sua elaboração, o Plano Diretor conta com a participação do Prefeito, Coordenador de Saúde, representante dos vereadores, representante da Santa Casa, representante da área de saúde (CS), Sindicatos Patronal e de Trabalhadores Rurais, representante da Igreja e um representante da sociedade.

Segundo informações, o município encontra grande dificuldade em reunir todas estas pessoas para discussão acerca do Plano Diretor e, por esta razão, foram orientados pelo Ersa-32 a utilizarem o mesmo Plano Diretor realizado em 1992.

◇ ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE: podemos constatar o interesse do município em participar do processo de regionalização/distritalização dos serviços de saúde da região de Tupi Paulista. Participam da Comissão Intergestora Bipartite, formada pelo Ersa-32 e todos os municípios abrangidos por este. Segundo informações, existe o desinteresse por parte dos demais municípios que não enviam seus representantes às reuniões, dificultando o andamento do processo. Esta Comissão tem por objetivo, entre outros, definir a área de abrangência dos municípios e a macro-região de saúde, formada pelos Ersas de Dracena (32), Andradina e Adamantina, a fim de estabelecer um sistema de referência e contra-referência para os municípios que não possuem determinadas especialidades, sendo que os exames e tratamentos especializados ainda não disponíveis nesta macro-região terão como referência a cidade de Marília. Desta forma se definiria a questão da regionalização, sendo esta uma alternativa para os problemas de Tupi Paulista, no que se refere ao atendimento a outras cidades da região.

- ◇ RESOLUBILIDADE: existe uma demanda reprimida com relação a especialidades não disponíveis no município, acarretando demora no atendimento ao usuário, que acaba sendo encaminhado a outras cidades, em busca de atendimento. Até o momento o município está conseguindo absorver a demanda dos serviços de que dispõe, mas a procura de atendimento por usuários das cidades vizinhas (São João do Pau D'Alho, Nova Guataporanga, Santa Mercedes, Monte Castelo etc.), pode acarretar uma demanda reprimida também nas especialidades de que o município dispõe. Quanto à política de medicamentos, a Prefeitura recebe do Estado aqueles destinados a cobrir os programas de tuberculose e hanseníase; os demais são mantidos pela Prefeitura, na farmácia localizada em sua sede, e a distribuição dos mesmos é feita mediante apresentação de receituário médico. Nos casos em que não existe o medicamento, o usuário passa por uma triagem sócio-econômica, para posterior aquisição pela Prefeitura, em farmácias particulares.
- ◇ SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: discutido nas reuniões da Comissão Intergestora, mas sem nenhuma definição até o momento. Até que este sistema se defina, o município tem como referência as seguintes cidades:

Dermatologia	Dracena
Nefrologia	Presidente Wenceslau
Saúde Mental	Dracena
Oncologia	Jau
Tomografia	não existe referência nas cidades vizinhas; havendo necessidade o paciente é encaminhado a São Paulo
Outros Exames Especializados	Dracena, geralmente
Exames Laboratoriais (T ₃ , T ₄ , por exemplo)	Instituto Adolfo Lutz de Presidente Prudente, via Ersá-32

O Município dispõe de serviços de cardiologia, ortopedia, fisioterapia, gastrologia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia e pronto socorro (24 horas). Verifica-se invasão de outros municípios, que não possuem estas especialidades ou que não suportam sua própria demanda, buscando principalmente os serviços de Pronto Socorro. Neste sentido, a Prefeitura buscou a celebração de um consórcio com estes

municípios, de forma a obter ajuda financeira e material, mas até o momento ainda não se concretizou. Segundo o Coordenador de Saúde, a solução para este problema está na regionalização dos serviços. Quanto ao sistema de contra-referência, quando existe, é através do próprio paciente, que presta informações sobre o tratamento que está sendo (ou foi) realizado. Do contrário não há qualquer troca de informações entre os serviços sobre o paciente encaminhado.

- ◊ INTEGRALIDADE: a situação de saúde de Tupi Paulista oscila pouco, segundo o Coordenador de Saúde; não existem endemias ou epidemias, sendo o planejamento das ações de prevenção realizado de acordo com a necessidade. Como exemplo podemos citar o caso do dengue, que, ao se registrar o aumento no índice de Breteau, é combatido pela Prefeitura, em conjunto com a Sucen, através da realização de “arrastões” pela cidade, objetivando eliminar os vetores. Existe uma boa integração entre os serviços de saúde públicos e particulares. As prioridades são levantadas através de estudos, que posteriormente são enviados ao Ersa-32 e, após, à Secretaria de Estado da Saúde, para avaliação quanto à factibilidade da execução. À exceção do programa odontológico, não existe nenhum programa que se caracterize como de promoção à saúde. As ações desenvolvidas são, em essência, curativas e imediatistas.

8. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para a obtenção das informações que serão analisadas a seguir, utilizamos como instrumento um questionário pré-estabelecido. A utilização deste instrumento nos proporcionará visualizar as perspectivas dos dirigentes, funcionários e usuários quanto aos serviços de saúde e à Municipalização.

Salientamos que não houve quaisquer interferências e/ou manipulações das informações coletadas pelos entrevistadores, sendo o conteúdo de cada questão descrito em consonância como o que foi relatado.

8.1. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DESTINADOS AOS DIRIGENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No desenvolvimento de nosso trabalho em Tupi Paulista, foram coletadas informações junto ao Coordenador de Saúde, Dirigentes do Centro de Saúde e do Posto de Assistência Médica, do Pronto Socorro e da Santa Casa de Misericórdia, além do próprio Prefeito e seus assessores. Apresentamos abaixo a síntese das informações obtidas.

◇ Questões Relativas à Descentralização e Municipalização

Os serviços de saúde do município, apesar de teoricamente estarem municipalizados a partir da assinatura do Convênio SUS (ocorrida em 1988), na prática não apresentam a Municipalização concretizada. Existem grandes dúvidas acerca dos repasses feitos pelas demais esferas de governo, principalmente quanto a recursos humanos e financeiros. É objetivo do município atingir o nível de gestão semi-plena.

Com relação a recursos humanos, o município enfrenta a falta de profissionais especializados (médicos e auxiliares de enfermagem, principalmente). O quadro de funcionários não é suficiente para a manutenção dos serviços. Outra questão importante abordada em todas as entrevistas é a isonomia salarial entre os funcionários das três

esferas, estando em estudo uma forma legal que vise diminuir estas distorções. Quanto a reciclagens e treinamentos, a maioria dos cursos é ministrada via Ersa-32, havendo dificuldade de locomoção dos funcionários para participação nestes, visto que grande parte deles é realizada em São Paulo.

Quanto a recursos materiais de consumo e equipamentos, estes são insuficientes para cobrir a demanda. O município passa por dificuldades com relação a medicamentos. A Prefeitura procura manter o mínimo necessário, efetuando compras trimestrais ou quadrimestrais (com recursos próprios) dos medicamentos mais utilizados. Para os programas de hanseníase (MH) e tuberculose (Tbc) ainda existe repasse pelo SUS.

Os recursos financeiros são oriundos de impostos cobrados nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), recebendo ainda verbas suplementares, enviadas via Ersa-32. O município não dispõe de Fundo Municipal de Saúde e controla apenas os repasses feitos a nível estadual. Os repasses do nível federal não sofrem controle, devido à forma irregular com que são feitos. Não se tem clareza dos critérios utilizados pela União para estes repasses. Do Orçamento Anual da Prefeitura, que para este ano estimou um montante de R\$ 1.275.000,00, em média 8% se destina à saúde, sendo que os gastos mensais com este setor variam entre 6 e 12% da verba total mensal.

O município não mantém um relacionamento direto com o Ministério da Saúde. Está diretamente ligado à Secretaria Estadual de Saúde, através do Ersa-32, de onde recebe cooperação técnica e financeira. Não realiza qualquer controle ou avaliação sobre os serviços de saúde privados existentes no município.

◉ Participação Popular

Na opinião dos dirigentes, existe o Conselho Municipal de Saúde, sendo seu funcionamento irregular, contando com grandes dificuldades de ordem financeira. Alguns ignoram a sua composição, mas a maioria deles cita o Coordenador de Saúde, um médico, um representante do sindicato, um da Prefeitura, um cidadão comum e um vereador como componentes do Conselho.

◊ Organização e Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde

Os entrevistados citaram como forma de regionalização o Ersa-32, do qual o município faz parte.

O município possui um Pronto Socorro, funcionando 24 horas por dia, que atende, além dos usuários de Tupi Paulista, também usuários de outros municípios, como Nova Guataporanga, Monte Castelo, Santa Mercedes, Paulicéia e São João do Pau D'Alho. Esta situação torna ainda mais escassos os poucos recursos disponíveis, visto que estes municípios não oferecem qualquer tipo de auxílio. Não possui autonomia total, apenas técnica, para a realização de alguns procedimentos. A estrutura do nível regional é conhecida, mas, segundo os entrevistados, não funciona. A população não se mostra esclarecida com relação à área de abrangência e níveis de atenção, talvez por não terem ainda sido definidos.

A integração entre o setor público e o privado se dá apenas com relação ao atendimento de algumas especialidades disponíveis na Santa Casa (exames laboratoriais, por exemplo). Havendo a necessidade de encaminhamentos a outras referências, fora do município, estes ocorrem mediante contato prévio, via telefone, para confirmar existência de vaga. Feito o encaminhamento, não existe um sistema de contra-referência, ou seja, o paciente deixa de ser acompanhado pelo serviço de saúde do município, naquela especialidade. Estes encaminhamentos são feitos por ambulância da Prefeitura ou pela Polícia Militar, quando o usuário não tem condições próprias para se locomover.

◊ Acessibilidade

A porta de entrada dos usuários para os serviços de saúde não é o Centro de Saúde, mas sim o Pronto Socorro e a Santa Casa.

As consultas para o Centro de Saúde são agendadas previamente. Segundo os entrevistados, esta pode ser a razão da grande procura pelo Pronto Socorro por casos típicos de Centro de Saúde, pois lá os usuários tem a garantia de atendimento no mesmo dia.

Segundo informações, os usuários não enfrentam qualquer tipo de barreira cultural, econômica ou geográfica quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Existem outras formas de assistência, como os convênios de medicina privada (Unimed, Banco do Brasil, Bradesco etc.).

◇ Resolubilidade

Segundo os entrevistados, existe uma demanda reprimida nas consultas odontológicas e nas especialidades médicas, principalmente as não disponíveis no município. Para as consultas médicas, a demanda reprimida é baixa. O tempo de espera para as consultas, em geral, é uma semana; casos de urgência são atendidos de imediato. Para exames laboratoriais realizados na Santa Casa, a demora é de dois dias. Para os exames feitos fora do município, a demora é de duas semanas.

Os medicamentos não são suficientes e a distribuição é feita mediante receituário médico. Na falta destes, o usuário é encaminhado à Prefeitura, para avaliação sócio-econômica pela assistente social, que autoriza ou não a compra dos mesmos em farmácias particulares, sendo a receita custeada pelo município.

O serviço de urgência e emergência funciona dentro das possibilidades. Existem problemas com relação à referência de especialidades de que o município não dispõe, sendo esta uma preocupação da Prefeitura, discutida nas reuniões da Comissão Intergestora, das quais participam o Ers-32 e os municípios que dele fazem parte.

◇ Integralidade

Segundo informações, a integralidade da assistência (promoção, proteção e recuperação da saúde), sob o ponto de vista da gestão e do processo de planejamento, só existe em caráter curativo. As unidades dispõem de condições razoáveis para a solução dos problemas de saúde, com exceção daqueles onde ainda não se definiu a referência.

◇ Modelo Assistencial — Planejamento e Programação em Saúde

As ações são planejadas pelo Coordenador de Saúde, juntamente com o Ersa-32, sendo as prioridades levantadas de acordo com as necessidades. O planejamento de investimentos na área da saúde é previsto no Plano Diretor do Município, elaborado em 1992, com dados de 1988, sendo este repetido todos os anos.

Segundo os entrevistados, existe relação entre o que foi planejado e o que é executado, mas a avaliação do mesmo é difícil de ser realizada.

◇ Sistema de Informações em Saúde

Segundo informações, o município não dispõe de nenhum sistema de informações computadorizado. Apenas a Santa Casa utiliza o sistema de informações de AIH em disquete. O município envia os boletins de produção odontológica, procedimentos ambulatoriais e hospitalares, etc. ao Ersa-32, que trabalha os dados remetidos pelos municípios.

8.2. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DESTINADOS AOS FUNCIONÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As declarações a seguir foram emitidas pelos funcionários dos serviços de saúde.

- ◇ Questão n.º 1: segundo os entrevistados, os maiores problemas apresentados pelos serviços de saúde do município são a falta de medicamentos e de médicos em geral, a falta de verbas e a demora no atendimento (atraso dos médicos), contribuindo para a precariedade dos serviços oferecidos pela população.
- ◇ Questão n.º 2: todos os entrevistados já ouviram falar sobre a Municipalização, sabendo que é prevista em lei, visando a descentralização dos serviços, ocorrendo um tipo de convênio entre Estado e município, com repasses de verbas para a Prefeitura.

- ◇ **Questão n.º 3:** quanto à contribuição do município para a melhoria dos serviços de saúde, os relatos variaram, sendo que alguns acham que o atendimento no geral melhorou — com a inauguração da outra unidade (PAM), houve a compra de equipamentos e a contratação de funcionários — e outros acham que a qualidade dos serviços piorou, em função da falta de medicamentos e da dificuldade em conseguir um atendimento especializado.
- ◇ **Questão n.º 4:** a maioria dos entrevistados mencionou que a participação do Governo Estadual e Federal, na área de saúde do município, deveria ocorrer no sentido de haver um maior repasse de verbas e um suprimento adequado de medicamentos para a população, além da normatização das atividades e da fiscalização dos serviços.
- ◇ **Questão n.º 5:** segundo os relatos, a população atendida nos serviços de saúde é proveniente do próprio município, abarcando as zonas rural e urbana, e de cidades vizinhas, como Monte Castelo, Santa Mercedes, Nova Guataporanga etc. As justificativas para a procura pela unidade referem-se à proximidade, prestação de serviços especializados e atendimento a toda a população que procura os serviços de saúde.
- ◇ **Questão n.º 6:** alguns funcionários relataram que existem muitas dificuldades de acesso aos serviços, devido à falta de especialidades médicas, remédios, médicos, número limitado de consultas e distância.
- ◇ **Questão n.º 7:** a maioria dos funcionários entrevistados afirmaram que não existe nenhum tipo de treinamento de reciclagem; alguns responderam que existe apenas para enfermeiras e auxiliares de enfermagem.
- ◇ **Questão n.º 8:** quanto à demora do atendimento, informaram que, em geral, a espera é de uma semana, existindo agendamento prévio e atendimento da demanda do dia. Este quadro se altera quando a procura é para as especialidades, neste caso a espera é de 10 a 15 dias; atendem 10 casos de clínica geral e 2 casos de especialidades, sendo esta redução feita pelos próprios médicos.

- ◇ **Questão n.º 9:** a referência para exames complementares, além do próprio Centro de Saúde, é a Santa Casa e o Pronto Socorro, além de outros municípios como Dracena, Presidente Prudente, Marília, Presidente Venceslau.
- ◇ **Questão n.º 10:** para os atendimentos de urgência e/ou emergência foram citados o Pronto Socorro e a Santa Casa.
- ◇ **Questão n.º 11:** quanto às decisões sobre planejamento, organização e direção dos serviços, a maioria é tomada na Prefeitura, pelo Prefeito e Coordenador de Saúde e, dependendo do enfoque, a participação do Ersa-32 e de outros profissionais específicos se faz necessária.
- ◇ **Questão n.º 12:** no que se refere à participação popular, as declarações se dividiram entre aqueles que dizem não existir qualquer tipo de movimento ou forma de participação e outros que desconhecem a existência destes.
- ◇ **Questão n.º 13:** a maioria dos funcionários já ouviram falar em Conselho Municipal de Saúde, porém desconhecem a existência do mesmo na cidade. Acreditam que o Conselho tem como atribuição colaborar no planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde, melhorando as condições de atendimento à população.
- ◇ **Questão n.º 14:** os encaminhamentos a outras especialidades que o município não dispõe se dá através de impresso próprio, marcação de consultas via telefone e as ambulâncias são destinadas à remoção de usuários sem condições físicas e financeiras.
- ◇ **Questão n.º 15:** quanto ao retorno das informações sobre o paciente encaminhado a outros serviços, alguns afirmaram que, em caso de retorno, os usuários apresentam um relatório médico, no entanto, um número significativo de funcionários não soube responder esta questão.
- ◇ **Questão n.º 16:** segundo os relatos, as informações quanto ao estado de saúde do paciente ficam a critério médico; entretanto, para fins de inclusão no programa de hanseníase e tuberculose, estes pacientes são esclarecidos sobre suas condições de saúde.

- ◇ **Questão n.º 17:** foram dadas muitas sugestões com relação à unidade, como: melhores salários, valorização do trabalho, reciclagem para os funcionários, aquisição de mais medicamentos, contratação de mais médicos em período integral, mais ambulâncias nos serviços, melhores condições de trabalho, repasse de informações gerais e/ou específicas para os funcionários e ações educativas nos serviços.
- ◇ **Questão n.º 18:** quanto ao significado de saúde, a maioria dos entrevistados concebem a idéia de que é o bem estar bio-psico-social, aliado à ausência de doença.

8.3. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DESTINADOS AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Realizamos entrevistas com os usuários do Centro de Saúde, Posto de Assistência Médica e Pronto Socorro.

- ◇ **Questão n.º 1:** existe dificuldade em definir saúde, apesar de ser considerada importante: em geral é definida como a ausência de dor e de doença, atribuindo-se grande valor à Assistência Médica; alguns referiram saúde como o bem estar físico e psicológico.
- ◇ **Questão n.º 2:** a grande maioria dos entrevistados desconhece o processo de Municipalização dos serviços de saúde.
- ◇ **Questão n.º 3:** em relação à contribuição do município para a melhoria dos serviços de saúde, as opiniões se dividem: alguns acreditam que não houve nenhum tipo de investimento no setor; outros consideram como contribuição a reforma e construção dos postos de saúde, entrega de medicamentos e a contratação de pessoal.
- ◇ **Questão n.º 4:** os entrevistados esperam que a Prefeitura forneça mais remédios e contrate mais médicos, a fim de aumentar o número de consultas, diminuindo assim o

tempo de espera; em relação aos médicos, os entrevistados referiram a necessidade de maior atenção durante o atendimento, no sentido de um maior envolvimento afetivo.

- ◇ **Questão n.º 5:** a busca pelo atendimento em determinada unidade de saúde é direcionada pelo tipo de atendimento de que o usuário necessita, em virtude da descentralização dos serviços.
- ◇ **Questão n.º 6:** os usuários desconhecem a diferença entre programas e atendimento à demanda.
- ◇ **Questão n.º 7:** os tipos de atendimento oferecidos pelos serviços são conhecidos pela população: foram citados com maior frequência o serviço odontológico, clínica geral, ginecologia e obstetrícia.
- ◇ **Questão n.º 8:** os usuários referem ter encontrado dificuldades para o atendimento nos serviços de saúde local, principalmente pelo número reduzido de vagas, falta de médicos, atrasos no atendimento e falta de medicamentos.
- ◇ **Questão n.º 9:** para matrícula na unidade, o usuário deve apresentar cédula de identidade e/ou certidão de nascimento/casamento.
- ◇ **Questão n.º 10:** o tempo de espera é, em média, 7 dias para o atendimento no Centro de Saúde; no Posto de Assistência Médica, geralmente, o atendimento é no mesmo dia; o Pronto Socorro presta o atendimento no mesmo dia, mas foi considerado demorado.
- ◇ **Questão n.º 11:** quando os usuários não conseguem atendimento no Centro de Saúde ou no PAM, de acordo com a gravidade do caso, retornam às suas casas ou são encaminhados ao Pronto Socorro, Santa Casa ou outros serviços em cidades vizinhas.
- ◇ **Questão n.º 12:** não existe nenhum tipo de pagamento pelas consultas médicas, mas na Santa Casa, para realização de alguns procedimentos, os materiais descartáveis são cobrados (agulhas, por exemplo).

- ◇ **Questão n.º 13:** em situações de emergência, os usuários sabem que devem dirigir-se ao Pronto Socorro ou à Santa Casa.
- ◇ **Questão n.º 14:** a maioria dos entrevistados desconhece quem determina as decisões de como será o atendimento nas unidades de saúde; alguns entrevistados no Centro de Saúde atribuem esta responsabilidade ao chefe da unidade.
- ◇ **Questão n.º 15:** os usuários resolvem seus problemas de saúde individualmente, normalmente recorrendo aos serviços da Prefeitura; quanto ao lixo, a maioria é atendida pela coleta regular do mesmo.
- ◇ **Questão n.º 16:** segundo a maioria dos entrevistados, não conhecem ou não participam de movimentos populares; os poucos existentes não direcionam seus trabalhos ao setor saúde.
- ◇ **Questão n.º 17:** os entrevistados, em sua maioria, desconhecem o Conselho Municipal de Saúde e sua função.
- ◇ **Questão n.º 18:** as sugestões mais freqüentes são diminuir o tempo de espera pelo médico, aumentar o número de médicos, melhorar o atendimento à população (por parte de médicos e recepção) e aquisição de mais medicamentos e equipamentos.
- ◇ **Questão n.º 18:** as unidades de referência ao usuários do Centro de Saúde e PAM são Santa Casa, Pronto Socorro e cidades, como Dracena, Marília, Presidente Prudente, São José do Rio Preto, Andradina e São Paulo.
- ◇ **Questão n.º 20:** o sistema de contra-referência foi citado poucas vezes; quando existe é feito através do próprio paciente ou por contato telefônico.
- ◇ **Questão n.º 21:** os usuários, em geral, são informados sobre suas condições de saúde, entretanto este esclarecimento é considerado superficial.
- ◇ **Questão n.º 22:** não foi utilizada.

- ◇ Questão n.º 23: a população considera o tempo de consulta insuficiente para atender suas necessidades.
- ◇ Questão n.º 24: os usuários, em sua maioria, já utilizaram os serviços de saúde em média 7 vezes durante este ano, sendo a maior frequência dada pelo acompanhamento de gestantes.
- ◇ Questão n.º 25: quando fica doente, a maioria dos entrevistados costuma se automedicar, seja com remédios caseiros ou procurando as farmácias; não obtendo resultados satisfatórios procuram os serviços de saúde.

8.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Face as respostas obtidas nas entrevistas, podemos concluir que há uma divergência de opiniões entre dirigentes, funcionários e usuários dos serviços de saúde quanto à melhoria da qualidade dos serviços, mas as opiniões convergem para pontos como a falta de medicamentos, de funcionários especializados (médicos, principalmente) e de equipamentos.

O fato de os especialistas atenderem também a clínica geral acarreta uma espera maior pelo atendimento especializado, em virtude do pequeno número de vagas colocadas à disposição dos usuários. A redução do número de consultas (10 para clínico geral e 2 para especialidades) contribui também para a demora no atendimento; na verdade este número deveria ser de 16 consultas por 4 horas de trabalho.

A falta de reciclagem periódica de pessoal do setor saúde é outro problema comum colocado pelos entrevistados, pois sempre surgem novas técnicas e mudanças de procedimentos, sendo necessária a atualização e reciclagem constantes destes profissionais, visando sempre a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Outra necessidade apresentada, principalmente pelos funcionários, é o intercâmbio de informações inerentes aos serviços, de forma que todos saibam das rotinas e procedimentos a tomar nas diversas situações.

À exceção dos dirigentes, a visão dos entrevistados quanto à Municipalização se restringe ao repasse de verbas do Estado para o município, não havendo clareza quanto aos aspectos de organização dos serviços, dos Conselhos Municipais de Saúde como importante forma de participação popular nas decisões sobre o setor saúde. Esta visão se justifica pela ausência de divulgação e discussão por parte das autoridades acerca deste processo.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Finalizando nosso estudo sobre o processo de Municipalização em Tupi Paulista e suas implicações no contexto político, social e econômico, não foi nossa intenção tecer críticas aos serviços de saúde do município ou a seus profissionais e dirigentes. Nossa preocupação esteve centrada na contribuição para melhoria da qualidade dos serviços, no que se refere a recursos humanos, materiais e financeiros, discutindo a Municipalização.

Pela própria condição de envolvimento em que se encontram dirigentes, funcionários e população, os problemas tendem a se mascarar diante da realidade, tornando difícil sua percepção em toda a sua amplitude. É necessário, portanto, que outros que estão fora desta realidade, numa visão mais clara e imparcial, contribuam com sugestões para superação dos problemas, visando o bem estar daqueles que utilizam ou trabalham nestes serviços. Para tanto, temos a sugerir o que segue.

9.1. SERVIÇOS DE SAÚDE

A concepção popular sobre o processo saúde-doença é o resultado de uma visão essencialmente curativa, entendendo saúde como a ausência de dor, centrada no atendimento médico. Poucos relacionam a saúde com suas condições de moradia, saneamento, lazer, trabalho, educação, transporte etc.

Os usuários buscam resolver seus problemas individualmente, demonstrando a não percepção da força das ações coletivas. Neste sentido os movimentos populares seriam uma forma de organização destes usuários e da população como um todo, contribuindo para a tomada de decisão na solução de seus problemas, nos diversos setores.

Os principais nós críticos existentes são:

- ◇ a demanda de pacientes em relação ao número de profissionais médicos disponíveis, o que acarreta a insatisfação quanto ao atendimento das necessidades dos usuários e diminuição da qualidade dos serviços;

- ◇ o fato de o município não possuir serviços de maior complexidade, que leva a população a procurar outras cidades em busca de soluções adequadas a seus problemas; apesar deste fato, Tupi Paulista é referência para as cidades vizinhas quanto aos serviços de saúde de que dispõe;
- ◇ a falta de treinamento e reciclagem dos funcionários, o que afeta na qualidade dos serviços prestados, à medida que não há uma reavaliação e atualização das condutas e procedimentos;
- ◇ a retenção de informações inerentes ao serviço, acarretando o desconhecimento sobre que atitudes tomar diante de novas intercorrências.

É fato que os funcionários são parte integrante e imprescindível para a realização do trabalho, além do que o convívio mais direto com a população torna-os mais cômicos das necessidades que permeiam o cotidiano destes usuários. Para que os serviços de saúde sejam repensados e melhorados, visando o bem estar de seus usuários, sugerimos:

- ◇ inserir os funcionários ou representantes destes no planejamento e organização dos serviços e programas a serem desenvolvidos nas unidades, em função do conhecimento mais direto da realidade e das necessidades da população;
- ◇ promoção de reuniões periódicas com o envolvimento de todos os funcionários, propiciando a troca de informações, esclarecimento de dúvidas, criando um consenso sobre os procedimentos a serem seguidos;
- ◇ atendimento completo à criança tanto no PAM quanto no CS, o que é o ideal, mas talvez inviável, pela própria realidade local, ficando então como sugestão a centralização no PAM ou no CS de todo atendimento à criança e à gestante, incluindo exame do “pezinho” e vacinação;
- ◇ instalação de uma sala exclusiva para vacinação, visto que a atual divide o espaço físico que ocupa com inalação e esterilização, implicando aumento da temperatura da sala, comprometendo o funcionamento da geladeira e, conseqüentemente, a conservação das vacinas, além de favorecer a proliferação de germes e contaminação

pela circulação de pessoas com problemas respiratórios e manuseio de material de ginecologia e inalação;

- ◇ implementação dos programas no tocante à prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo a saúde do trabalhador, que julgamos relevante devido ao contingente de trabalhadores rurais, estabelecimentos comerciais e industriais;
- ◇ reciclagem periódica extensiva a todos os funcionários, visando a atualização dos procedimentos inerentes aos serviços, através do Ersa-32 ou mesmo da Prefeitura, utilizando seu próprio pessoal técnico (médicos, enfermeiras etc);
- ◇ contratação de médicos em geral, enfermeiros e pessoal auxiliar, propiciando cobertura adequada dos serviços, evitando a sobrecarga laborativa e o prejuízo dos usuários por eventuais ausências ou afastamentos.

9.2. SAÚDE BUCAL

A estrutura da Odontologia, em termos de capacidade física, equipamento e recursos humanos, está relativamente adequada. A formação dos 3 ACDs, com capacitação pelo curso de larga escala, é de grande valia, e seria interessante que todos os demais ACDs o fizessem, contribuindo bastante no aumento da produtividade e qualidade dos procedimentos.

Para que haja um maior entrosamento entre profissionais e coordenação sobre assuntos que dizem respeito ao desenvolvimento dos programas e atividades, seria interessante que fossem realizadas reuniões mensais, cursos de atualização e de reciclagem profissionais.

A adição de flúor na água deveria ser reimplantada, devido aos grandes benefícios que esta medida traz à saúde bucal. Sua eficiência e eficácia na redução da incidência de cárie são comprovadas em estudos científicos. Seu custo de manutenção é baixo (cerca de US\$ 0,50 *per capita/ano*), sendo necessário apenas um funcionário especializado que faça o controle de qualidade da água.

9.3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A implantação da vigilância sanitária em Tupi Paulista ainda não se efetivou, devido à falta de respaldo legal, visto que estas leis entrarão em vigor apenas no próximo ano, segundo informações da Prefeitura.

Mesmo sem dispor deste serviço, a Prefeitura tomou a louvável iniciativa de instalar um matadouro para diminuir o número de abates clandestinos, garantindo, mesmo que de maneira precária, uma melhor qualidade da carne consumida pela população. Para que este nível de qualidade assuma padrões elevados, faz-se necessário uma infra-estrutura que permita a realização de análises mais aprimoradas, como exames microscópicos e microbiológicos. Sugerimos que estes melhoramentos, assim como a capacitação do pessoal envolvido, sejam feitos antes de as leis municipais entrarem em vigor, pois assim este serviço se tornaria eficiente e eficaz no menor tempo possível.

No tocante à inspeção de estabelecimentos comerciais, a capacitação de pessoal também se faz necessária, no sentido do conhecimento do Código Sanitário Estadual, visto que as leis municipais se basearão nele, além do treinamento quanto à abordagem e orientação dos produtores e comerciantes de produtos alimentícios.

Sugerimos também a realização de cursos e palestras para os envolvidos na produção e comércio de alimentos, enfatizando a importância da higiene na preparação e manuseio destes produtos.

A integração entre comerciantes, consumidores e profissionais de vigilância sanitária torna-se necessária, contribuindo para a melhoria da qualidade do serviço, onde todos saibam exigir o que de melhor as partes tenham a oferecer, pois o importante é a sensibilização através da orientação educativa, sendo a punição a última instância, sem permitir que os envolvidos possam alegar desconhecimento de causa.

9.4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Partindo do princípio de que *“informação é poder”*, gostaríamos de sugerir ao município a solicitação dos produtos desenvolvidos pelo Datasus, que dispõe de sistemas de

gerenciamento de serviços e atividades referentes à saúde, os quais são oferecidos aos municípios a custo zero, incluindo treinamento de pessoal, implantação e manutenção dos *softwares*, ficando a cargo destes apenas a aquisição dos equipamentos necessários. Desta forma, o município disporia, a qualquer tempo, de dados confiáveis e atualizados sobre sua rede de serviços de saúde, facilitando muito o seu gerenciamento e auxiliando na tomada de decisão.

9.5. SANEAMENTO BÁSICO

Este trabalho não tem a intenção de ser considerado como conclusivo ou de ter esgotado toda a análise crítica dos aspectos ambientais e de Saneamento Básico. Vários são os problemas relevantes no município, portanto, não devemos atribuir prioridades para uma tomada de ação que vise solucioná-los.

Não há dúvida de que quatro problemas devem ser equacionados imediatamente, quais sejam:

1. o lançamento dos esgotos sem tratamento prévio no Córrego do Galante;
2. o controle da cloração e do cloro residual na rede de distribuição;
3. fluoretação da água distribuída;
4. o acondicionamento, coleta e disposição final do lixo.

Quanto ao lançamento dos esgotos no Córrego do Galante, algumas considerações devem ser feitas:

- ◇ com relação à poluição do córrego, podemos afirmar que, pela carga orgânica recebida em relação à sua vazão, não se pode esperar que a autodepuração possa reverter o quadro que hoje se apresenta;
- ◇ com relação à recuperação da estação de tratamento de esgoto, recomendamos que se faça um novo estudo de concepção, considerando ou não os equipamentos existentes e que não são utilizados;

- ◇ com relação à divulgação para a população das condições sanitárias do córrego, deve-se implantar, junto aos órgãos de divulgação, programas para se evitar a sua utilização a qualquer fim, até descontaminá-lo.

Sugerimos que o tratamento dos esgotos deva ser equacionado de imediato, trazendo assim segurança, às autoridades e aos proprietários de terras que margeiam o córrego, de que o mesmo está despoluído, não necessitando de maiores cuidados com os animais que criam, ou mesmo à população que costuma utilizá-lo em recreação.

Ainda com relação aos esgotos, devemos considerar a inexistência de indicadores operacionais, o que torna o sistema pouco confiável. Entre eles podemos citar a falta de cadastro do sistema coletor e equipamentos acessórios, falta do cadastro preciso de ligações por categoria de edificações, controle e execução de manutenção corretiva, consumo de energia por unidade e controle dos efluentes da indústria de refrigerantes e do laticínio. Sugerimos a adoção de medidas que busquem a implantação e manutenção de indicadores operacionais.

Com relação ao controle da cloração e do cloro livre na rede de distribuição de água, devemos considerar que a utilização do cloro na água tem como função básica a sua desinfecção, entendendo por desinfecção a destruição ou inativação de organismos patogênicos capazes de produzir doenças, ou outros organismos indesejáveis.

São vários os fatores que influem na eficiência da desinfecção; por isso, e pela sua importância, devemos dispender atenção especial a esta atividade. Sabe-se que mais de 50 doenças utilizam a água para sua disseminação, e por isso são conhecidas como doenças de veiculação hídrica. O cloro residual no sistema de distribuição se faz necessário, face a possibilidade de haver infiltração de água do lençol freático. É importante registrar o fato de que a água distribuída à população pelo poço P3 não é clorada, o que reduz a eficiência da água clorada dos demais poços. Recomendamos a cloração da água do poço P3 e a adoção de controles periódicos e sistemáticos da cloração da água para abastecimento da população, através do preenchimento de boletins, para que se evite o consumo de água de baixa qualidade e, por conseqüência, a transmissão de doenças à população.

Ainda com referência à água para consumo da população, devemos citar o fato de não mais ser fluoretada, o que era feito anteriormente, tendo como justificativa, por parte do responsável pelo serviço do município, o alto custo para a sua aquisição. Face o baixo custo do flúor e o grande benefício que a sua aplicação traz à saúde bucal, sugerimos a replantação da fluoretação da água, tendo antes o cuidado de fazer um estudo do teor existente na água do manancial, a fim de que não seja dosado em excesso, evitando riscos à população. Como sugestão apresentamos nos indicadores o consumo presumível de flúor, recomendando sempre o cuidado com o teor a ser aplicado, além de um bom equipamento de fluoretação. Devemos considerar ainda a inexistência de indicadores operacionais, entre os quais podemos citar falta de cadastro da rede e acessórios, falta do cadastro de ligações por categoria de edificações, controle de consumo de energia por unidade, controle de produção, macromedição, índice de perdas, número de ligações por domicílio, micromedição, faturamento etc., dificultando um gerenciamento mais eficaz dos serviços. É importante padronizar o tempo de funcionamento das bombas de recalque e instalar mais uma bomba de reserva na elevatória R₁ para T₁. Recomendamos também a instalação de hidrômetros nas ligações em que estes não existem, em razão da perda de água e de faturamento, além da reestruturação da política tarifária, pois não se pode distribuir água de boa qualidade com tarifas tão irrealis.

Com relação ao lixo, nos aspectos coleta e disposição final, vamos considerar dois tipos distintos, que são o doméstico e os contaminados dos serviços de saúde.

Os problemas referentes ao lixo já foram amplamente citados no relatório de levantamento, porém queremos reforçar a questão da queima do mesmo a céu aberto, que pela legislação estadual é proibido (Artigo 26, Seção II — Das Proibições e Exigências Gerais, Título III — Da Poluição do Ar, Decreto-Lei N.º 8.468, de 8 de setembro de 1976).

Sugerimos recomendar à população que acondicione o lixo em sacos plásticos, evitando, desta forma, a proliferação de insetos como se verifica atualmente. Outras recomendações: incentivo à reciclagem de papel, plástico e outros resíduos não perigosos; varrição e limpeza de logradouros públicos num sistema de rotina, se possível diária; criar equipes específicas de varrição e coleta do lixo, adequando os veículos para estas tarefas e, por fim, recobrir todo lixo depositado no “lixão” com terra, criando sistemas de coleta

e transporte de águas pluviais, além do controle do chorume, haja vista existir nas proximidades um córrego, que pode estar servindo de manancial para alguma fazenda a jusante do “lixão”.

Recomendamos que o “lixão” seja transformado em “lixão” controlado, através da construção de cercas adequadas para impedir a entrada de animais: compactação e cobertura periódicas a cada três dias ou, no mínimo, uma vez por semana; construção de uma canaleta no pé do talude do aterro para a coleta do chorume superficial e algum que se infiltre no solo; diminuir a área de descarga para melhor controlar a cobertura evitando-se assim a proliferação de moscas, o que se verifica hoje.

Quanto ao lixo contaminado dos serviços de saúde, recomendamos a obrigatoriedade do uso de sacos plásticos de cor branca, a fim de serem evitados equívocos, já que hoje não há diferenciação.

Outro problema do lixo hospitalar é a sua queima, e não incineração, como recomendam as organizações de saúde; portanto deverão ser incinerados.

Com relação à coleta seletiva, recomendamos que seja realizado um estudo do programa nas escolas, instituições de classe, instituições religiosas, etc, a fim de viabilizar sua implantação efetiva.

Com relação à poluição industrial, não existe emissão de material particulado na atmosfera em quantidade que possa provocar ou agravar doenças do aparelho respiratório, porém deve ser investigada a utilização do cloreto de metila pela fábrica de colchões, pois, em consulta ao manual *Threshold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices* American Conference of Governmental Industrial Hygienists, pp. 25 e 38, constatamos que há suspeita de se tratar de produto carcinogênico.

Quanto aos lançamentos dos efluentes líquidos industriais, tanto diretamente no córrego do Galante quanto na rede coletora, é importante frisar que este procedimento é proibido pelo Decreto Estadual N.º 8.468, artigo 18 (lançamento nos rios) e o artigo 19 (rede coletora).

A área rural deve merecer atenção, não só relativamente à poluição que provoca ao solo como pela possibilidade de causar contaminação aos trabalhadores que manipulam os produtos químicos tóxicos, além da falta de orientação aos moradores dessa área com relação às precárias condições de higiene e de saneamento do meio em que vivem.

Dentre os problemas de higiene que encontramos na área rural podemos citar limpeza e organização das moradias e abrigo e guarda adequada dos utensílios domésticos e alimentos, os quais poderiam ser solucionados através de programas educativos.

Com relação ao saneamento do meio, citamos a existência de poços de água com distância inferior à recomendada dos locais de disposição de excretas, apesar de obedecidas as recomendações quanto à localização, em relação ao nível do terreno, existência de pocilgas e galinheiros próximos ao local de despejos de excretas, etc.

Sugerimos que não se permita que os trabalhadores e moradores da área rural sejam expostos a tais condições, sem auxílio das autoridades ou dos técnicos.

A qualidade do Meio Ambiente, implica qualidade de vida. Um dos principais instrumentos para a obtenção dessa qualidade é o planejamento territorial, que ordena, articula e equipa racionalmente o espaço, destinando suas partes e o todo às diversas atividades da vida, criando condições de valorização dos diversos ambientes. O processo de planejamento territorial envolve três fases: eclosão (que visa criar um clima propício entre a população, apresentando as vantagens do planejamento), projeto e execução.

O município de Tupi Paulista encontra-se na fase de eclosão nas questões ambientais, sendo nossa sugestão às autoridades que se engajem nesta tarefa, dando condições e apoio para o crescimento desta idéia.

9.6. PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO

Diante das informações obtidas, verificamos que o município assume um papel paternalista e a população uma postura passiva, por desconhecer seu papel reivindicatório, encontrando-se adormecida em relação a movimentos de participação popular, fundamentalmente, do Conselho Municipal de Saúde. O Serviço Social da

Prefeitura pode assumir o papel de esclarecer e educar a população a este respeito, deixando de lado seu papel puramente assistencialista, que é importante, mas devendo exercer também seu papel de canal facilitador para o exercício da cidadania.

Existe um desconhecimento sobre o processo de Municipalização no que tange a seus princípios e diretrizes, os quais envolvem, a nível municipal, a participação conjunta de funcionários, usuários e dirigentes no processo de descentralização, além das esferas estadual e federal.

Para modificar esta situação é necessário um trabalho educativo junto à comunidade (aqui representada por usuários e funcionários do setor saúde), a fim de esclarecê-la e envolvê-la no processo de Municipalização, através da participação no Conselho Municipal de Saúde e, conseqüentemente, no processo decisório com relação à saúde, exercendo o controle social e seu papel de cidadão, conforme determina a Lei Orgânica da Saúde. Este trabalho de conscientização é processual e sua principal característica é a sensibilização das pessoas para a percepção e solução de seus próprios problemas. É importante também que a população perceba que necessidades individuais podem estar inscritas em objetivos coletivos que devem ser considerados.

◇ CONTROLE SOCIAL

Previsto na Lei n.º 8.142/90 em virtude dos vetos que a participação popular recebeu na Lei n.º 8.080/90, o controle social está sendo restabelecido através da criação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde (Art. 1.º). É a expressão viva da participação da comunidade nas decisões tomadas a nível governamental, de interesse geral. A presença de usuários nos Conselhos de Saúde implica numa conquista do SUS, considerando que estes atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Art. 2.º). É de suma importância que Tupi Paulista tenha o seu Conselho Municipal de Saúde, que deve abarcar os vários segmentos da sociedade: usuários, prestadores de serviços de saúde e os trabalhadores da área, além do poder público municipal. Sua criação já está prevista na Lei Orgânica do Município, de 1990 (Título III, Capítulo IX, Art. 118, 119 e 120 e Título VI, Capítulo II, Seção II, Art. 173), (Anexo A₁₈). Segundo Guido Ivan de

Carvalho e Lenir Santos⁸, quanto à organização e funcionamento dos Conselhos, pode o Prefeito baixar decreto sobre isto, haja vista não estar especificado se sua criação será feita ou não por lei ordinária. É importante também verificar se a Lei Orgânica Municipal se mantém em consonância com a Constituição Federal e Estadual, bem como com a Lei Orgânica da Saúde. Todos os nomes dos eleitos ou indicados para o compor devem ser reconhecidos pelo poder público municipal, na pessoa do Prefeito ou do Coordenador de Saúde, através de um decreto, portaria ou resolução. É fundamental, para tanto, que os procedimentos para eleição ou indicação dos representantes sejam explícitos, já prevendo eventuais imprevistos. O papel do Conselho é auxiliar tanto a Câmara Municipal na elaboração das leis como o Prefeito na execução das mesmas, e a ambos, especialmente o dirigente municipal do SUS, no caso o Coordenador de Saúde, na condução dos assuntos de saúde do município. A regulamentação do Conselho Municipal de Saúde é essencial, mas a demora na efetivação da lei que o regulamente não pode prejudicar o funcionamento do SUS, nem entrar a participação da comunidade, sobretudo dos usuários, na condução do SUS; temporariamente esta lacuna poderá ser suprimida por um decreto de caráter *praeter legem* (decreto criado independente de lei específica que o autorize, antes ou depois da criação desta).

◇ FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

É uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica, de natureza financeira e contábil. No que diz respeito à Municipalização, o Fundo Municipal de Saúde deve ser um instrumento de direção do SUS na esfera municipal. Embora seja uma conta especial (Art. 33, “caput”, da Lei N.º 8.080/90), deve ser designado como fundo (Art. 4.º da Lei N.º 8.142/90). Deve ser gerido pelo Coordenador de Saúde, que no município é o responsável pela direção do SUS, sob a fiscalização do respectivo Conselho Municipal de Saúde. Sugerimos que sua criação seja efetivada o mais breve possível, visto ser ele uma modalidade de gestão dos recursos, criado por lei e revestido de certas formalidades, com o fim de ser o único receptor de todos os recursos destinados à saúde, para custeio de ações e serviços públicos de saúde, bem como os repasses efetuados pelas esferas federal e estadual. Desta forma, o município pode estabelecer um controle sobre os recursos financeiros recebidos, facilitando sua gestão. Se os recursos do

⁸Op. cit., p. 254

SUS não estiverem unificados em um só caixa, sua dispersão tornará difícil a fiscalização pelo Conselho Municipal de Saúde (Art. 33 da Lei N.º 8.142/90).

◊ RECURSOS HUMANOS

Tendo em vista a unicidade do SUS e a co-responsabilidade institucional das três esferas de governo na condução e execução de serviços e ações de saúde, é claro que o município, não dispondo de recursos para custear diferenças de remuneração entre os funcionários, deva receber do SUS a suplementação necessária a este fim. Ao se fixar os critérios ou fatores determinantes da distribuição de recursos para o município, este deve prever e solicitar à Direção Nacional do SUS (Conselho Nacional de Saúde) os encargos decorrentes da absorção de serviços anteriormente sob responsabilidade do Estado ou da União, de modo a garantir os repasses necessários para suprir esta lacuna, sob pena de o processo de Municipalização não progredir, ou caminhar sem produzir o que se espera e sem a qualidade desejada. Também ficam pendentes questões como o próprio andamento dos serviços, a subordinação funcional, frequência, férias, gratificações etc. A solução para estes casos, segundo Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos⁹, *“está num protocolo ou convênio que as partes interessadas celebrariam, visando regular aspectos fundamentais da relação de emprego ou do vínculo estatutário, como subordinação funcional, contagem de tempo de serviço anterior, diferença de vencimentos, concessão de vantagens, continuidade da carreira etc. Equacionando conjuntamente o problema, se cuidaria depois de algum provimento legislativo para sua solução definitiva”*. É preciso garantir todos os direitos aos servidores, de modo que estes não sejam prejudicados com este processo, garantindo-lhes o direito de opção pela nova situação. É importante deixar claro que, para que os serviços mantenham padrões de qualidade aceitáveis, sugerimos a criação de uma política de recursos humanos voltada para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, incentivando-os sempre, fornecendo-lhes uma remuneração adequada e exigindo de forma coerente o cumprimento de seus deveres.

O processo de Municipalização é essencialmente político e administrativo e, por este caráter, suas diretrizes devem sempre revestir e orientar as práticas no âmbito do SUS, no

⁹ *Op. cit.*, p. 192.

que diz respeito à sua interação com outras instâncias governamentais e com a própria sociedade.

A sociedade deve ter garantida a sua participação no processo, através dos Conselhos Municipais de Saúde, pois será ela a responsável pelo controle e fiscalização dos recursos repassados ao município, quando este atingir o nível de gestão semi-plena de forma que as ações converjam para interesses comuns. Esta é a razão pela qual este ponto foi exaustivamente discutido neste trabalho.

A saúde no Brasil atingiu níveis desesperadores; para que esta situação se modifique é necessário o envolvimento e o comprometimento de toda a sociedade. O SUS é uma tentativa de reverter este quadro e cabe a nós agirmos para que ele se concretize, retirando a saúde do estado de inação e ineficiência em que se encontra.

10. BIBLIOGRAFIA

- 1) ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO: 1985 a 1992. São Paulo, Fundação IBGE, v. 1 e 2, 1986 a 1993.
- 2) ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE TUPI PAULISTA. Tupi Paulista hoje. Tupi Paulista, 1989.
- 3) BRASIL. Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- 4) BRASIL. Leis, etc. Lei Orgânica da Saúde n.º 8080, de 19 de Setembro de 1990. In: Conferência Estadual de Saúde, 1.ª, São Paulo, 1991.
- 5) BRASIL. Leis, etc. Lei Orgânica da Saúde n.º 8142, de 28 de Dezembro de 1990. In: Conferência Estadual de Saúde, 1.ª, São Paulo, 1991.
- 6) CARVALHO, G.I. & SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei N.º 8.080/90 e Lei N.º 8.142/90). São Paulo. HUCITEC, 1992.
- 7) CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final. 8.ª, Brasília, Ministério da Saúde, 1986. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- 8) CONJUNTURA DEMOGRÁFICA. São Paulo, Fundação SEADE, jan/mar, 1993.
- 9) FUNDAÇÃO SEADE. Perfil municipal de Tupi Paulista. São Paulo, 1993. v.8.
- 10) FUNDAP. Perspectivas institucionais da democratização na saúde. São Paulo, 1988.
- 11) LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. 2.ª ed. São Paulo, EPU, 1987.
- 12) MENDES, E.V.O. Planejamento da saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. OPS, 1988.
- 13) MENDES E.V.O. (org.) et al. Distrito sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1991.

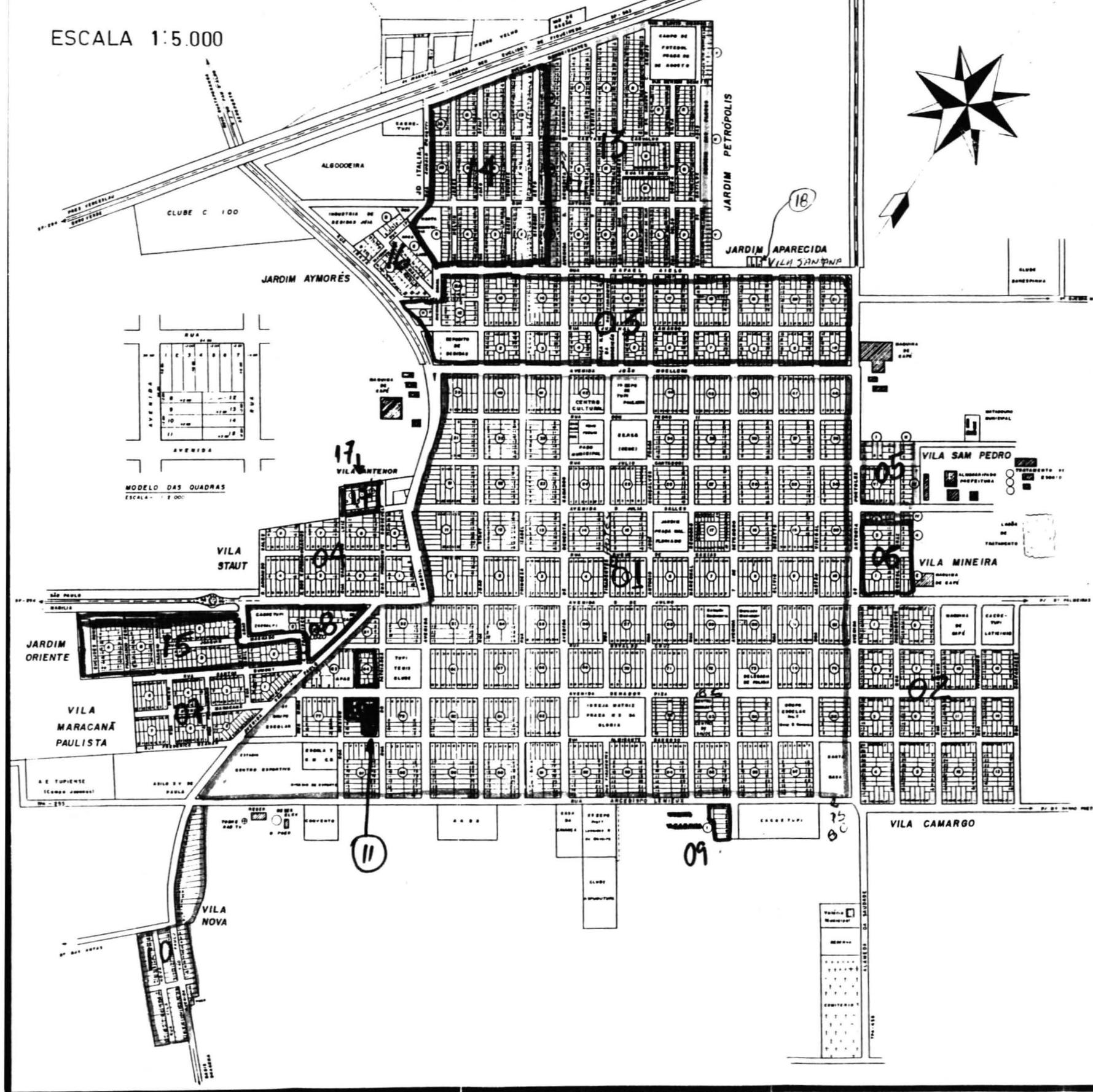
- 14) MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.
- 15) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para formulação de políticas de recursos humanos. Brasília, 1989.
- 16) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional básica — SUS. Brasília, 1993.
- 17) PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPI PAULISTA. Diagnóstico de Tupi Paulista. Tupi Paulista, 1992.
- 18) PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPI PAULISTA. Plano Diretor — 1992. Tupi Paulista, 1992.
- 19) SOUZA, A. M. de. Repensando Tupi Paulista. O Semanário. Tupi Paulista, 27 ago 1994, p. 5.
- 20) TUPI PAULISTA (SP) Leis, etc. Lei orgânica de Tupi Paulista. Tupi Paulista, 1990.

ANEXOS

CIDADE DE TUPI PAULISTA



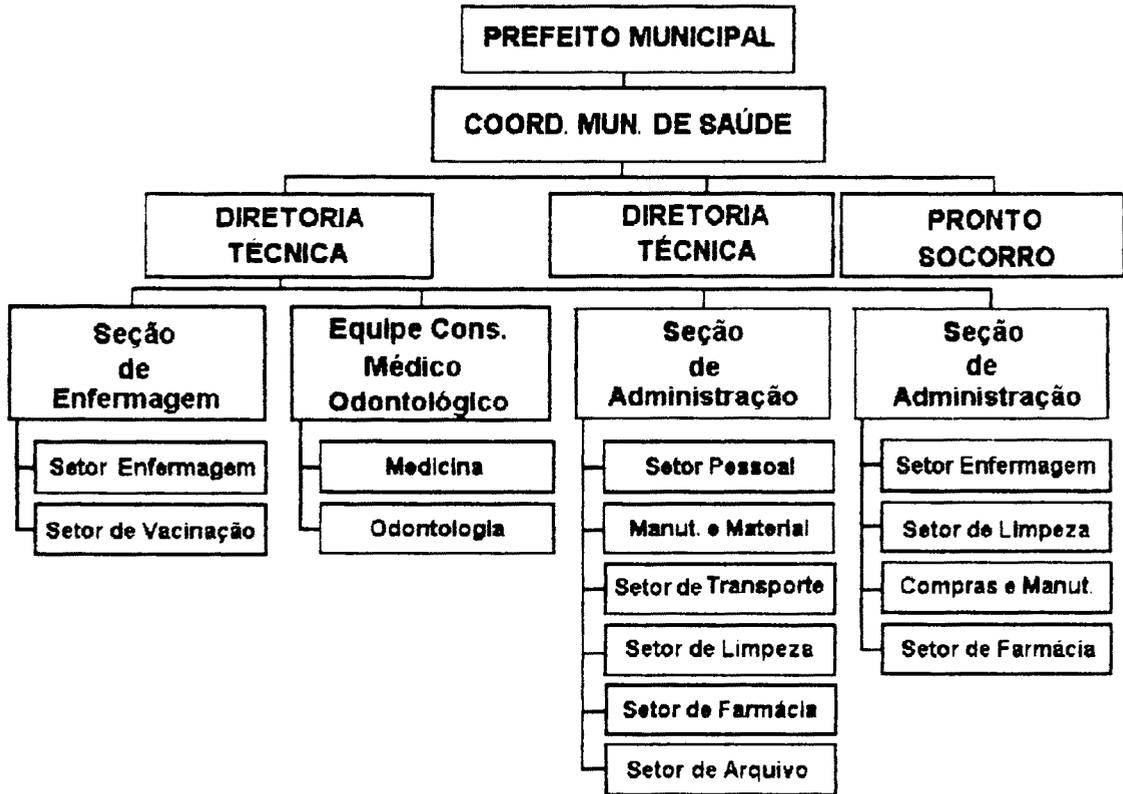
ESCALA 1:5.000



DIVISÃO DO MUNICÍPIO DE TUPI PAULISTA

- 01 — Centro
- 02 — Vila Camargo
- 03 — Jardim Aparecida
- 04 — Vila Staut
- 05 — Vila Sampedro
- 06 — Vila Mineira
- 07 — Vila Maracanã
- 08 — Vila Luzo
- 09 — Vila Scarpin
- 10 — Vila Nova
- 11 — Vila Chiroca
- 12 — Chácaras
- 13 — Jardim Petrópolis
- 14 — Jardim Itália
- 15 — Jardim Oriente
- 16 — Jardim Aymorés
- 17 — Vila Antenor
- 18 — Vila Santana

ORGANOGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE



Questionário Destinado aos Dirigentes

Nome da Unidade ou Instituição:

Nome do Entrevistado:

Cargo ou Função:

Data: ____/____/____ Horário: _____

Nome do(s) Entrevistador(es):

Descentralização e Municipalização

1. Os serviços de saúde estaduais e/ou federais existentes no Município foram municipalizados?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, indicar quando.

2. Qual a situação:

a) Recursos Humanos

b) Recursos Materiais (consumo e equipamentos)

3. Os serviços de apoio para diagnóstico e terapêutica foram municipalizados?

Sim Não

4. Qual o relacionamento do poder municipal com os serviços privados existentes no Município?

.contratação:

.convênios:

.controle:

.avaliação

5. Tem conhecimento sobre a estrutura do Poder Executivo Municipal para o setor Saúde? Existe organograma?

6. Que relações existem atualmente entre Município, a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde?

. comando:

. cooperação técnica

. cooperação financeira

Financiamento

1. Quais as fontes de financiamento do setor saúde no Município?

2. Qual é a evolução histórica dos orçamentos nos últimos 10(dez) anos?

3. Qual é a estimativa do orçamento do Município em 1994?

4. Como são feitos os repasses (federal, estadual e municipal)?

5. Que tipos de estrangulamentos existem no processo?

6. Existe algum Fundo Municipal de Saúde?

Sim Não

7. Como este Fundo é composto e quem é o seu gestor?

Participação Popular

1. Existe Conselho Municipal de Saúde?

Sim Não

2. Em caso afirmativo, como funciona? (é atuante? Consultivo ou Deliberativo)

3. Qual é a sua composição?

4. Existem outras formas de participação? (Conselhos Populares, Comissões de Saúde, etc)

Organização e Funcionamento do Sistema e Serviços de Saúde

1. Existe ou está em curso algum processo de Regionalização/Distritalização? (descrever o processo)

2. Caso afirmativo, qual é a competência do nível regional e distrital?

3. Qual é o grau de autonomia administrativa, financeira e técnica do nível municipal?

4. Conhece a estrutura do nível regional? (organograma)

5. Existe processo de territorialização, com definição de área de abrangência e de influência para as UBS's?

() Sim () Não

6. Qual é o grau de integração entre os serviços ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico entre o setor público e o privado? (existe cooperação mútua?)

7. Como se faz a referência e contra-referência? Qual é a hierarquização das ações?

Acessibilidade

1. Qual é a porta de entrada do usuário? Qual é o horário de funcionamento dos serviços?

2. Existe algum tipo de barreira cultural, geográfica e econômica?

3. Como é a cobrança do atendimento para o usuário?

Total Parcial Gratuita

4. Existem outras modalidades assistenciais além do SUS?
(cooperativas, convênios, seguro saúde, etc)

Resolutividade

1. Existe demanda reprimida?

2. Após agendamento de consultas, qual o tempo de espera para ser atendido?
Quando há solicitação de exames, qual o tempo de espera para ser atendido?

3. Como é a distribuição de medicamentos? É suficiente?

4. Qual o critério utilizado na distribuição?

5. Quem fornece os medicamentos? (órgãos)

6. Como funciona o serviço de urgência e emergência?

7. Qual o grau de resolutividade?

Integralidade

1. Como acontece a integralidade da assistência (promoção, proteção e recuperação da saúde) sob o ponto de vista da gestão e do processo de planejamento?

2. As unidades têm condições (recursos humanos, materiais, programas, orçamento, planejamento) de atender estas diretrizes?

Modelo Assistencial - Planejamento e Programação em Saúde

1. Existe articulação intersetorial? Como ela acontece?

2. Onde são planejadas as ações de saúde do Município?

3. Qual é a participação das UBS's no processo? Como ela se dá? Existe participação popular nesta instância?

4. Onde e quem faz o planejamento de investimentos (aplicações, reformas) da rede de saúde?

5. Existe Plano Municipal de Saúde?

() Sim () Não

Caso afirmativo, qual a relação entre o planejado e o executado?

6. Em que nível se dá a eleição de prioridades na alocação dos recursos, ou seja, como é a sistemática de planejamento?

Sistema de Informação de Saúde

1. Quais são os dados estatísticos coletados?

2. Qual é a fonte destes dados?

3. Onde é feita a análise destes dados?

4. Quais os fluxos seguidos pelos dados?

5. Qual é a utilização da informação estatística disponível a nível local?

6. Existe algum sistema de informação informatizado?

Recursos Humanos

1. Qual a política de recursos humanos referente a capacitação, reciclagem e plano de cargos e salários?

2. O quadro de recursos humanos é suficiente?

Sim Não

3. Existem pontos de estrangulamento no processo?

Sim Não

Caso afirmativo, quais?

Questionário para Funcionários

Nome da Unidade ou Instituição:

Nome do Entrevistado:

Cargo ou Função:

Data: ___/___/___

Horário: _____

Nome do(s) entrevistador(es):

1. Na sua opinião, como se encontra o serviço de saúde do município?

2. Você já ouviu falar em municipalização dos serviços de saúde?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, o que sabe a respeito?

3. Na sua opinião, como o município vem contribuindo para melhorar os serviços de saúde?

4. Qual deve ser a participação do Governo Estadual e Federal na área de saúde do município?

5. Qual é a procedência da população que chega a esta unidade? Porque procura esta unidade?

6. Na sua opinião , a população encontra alguma dificuldade para ser atendido na serviço de saúde local?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, quais?

7. Existe reciclagem a treinamento para funcionários? Ocorre de quanto em quanto tempo?

8. Depois que o paciente marca a consulta, quanto tempo leva para ser atendido?

9. Após a consulta, caso necessite de exames complementares; qual o sistema de referência disponível?

10. Numa situação de emergência e ou urgência, qual ou quais locais a população é atendida?

11. Você sabe onde se tomam as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde?

Sim Não

Em caso afirmativo, de que forma é feito?

12. Existe algum movimento ou outra forma de participação para conseguir o atendimento das suas necessidades? Se existe, você já participou de algum? Quem participa?(composição)

13. Você já ouviu falar em Conselho Municipal de Saúde?

Sim Não

Em caso afirmativo, o que faz?

14. Como esta unidade faz o encaminhamento dos pacientes para outras especialidades que não existem aqui?

15. O profissional ou a Unidade para onde o paciente está sendo encaminhado retorna a informação com relação ao atendimento que foi submetido para a sua Unidade de origem?

16. O doente é informado sobre suas condições de saúde?

17. Há alguma sugestão que você gostaria de fazer em relação a esta Unidade?

18. Para você, o que significa saúde?

Questionário Destinado aos Usuários

Nome da Unidade ou Instituição:

Nome do Entrevistado:

Cargo ou Função:

Data: ____/____/____ Horário: _____

Nome do(s) Entrevistador(es):

1. O que você entende por saúde?

2. Você já ouviu falar de Municipalização dos Serviços de Saúde?

Sim Não

No caso afirmativo, o que sabe a respeito?

3. Na sua opinião, como o município vem contribuindo para melhorar o serviço de saúde?

4. Qual deve ser a participação dos médicos e da prefeitura na área de saúde do município?

5. Esta Unidade de Saúde é a mais próxima da sua casa?

Sim Não

Por que você a procurou?

6. Você conhece algum programa de atendimento à saúde desta Unidade? (saúde da criança, do adulto, bucal, etc.)?

Sim Não

Qual sua opinião sobre eles?



7. Você conhece os tipos de atendimento que os serviços de saúde da cidade podem lhe oferecer?

() Sim () Não

No caso afirmativo, quais?

Qual sua opinião sobre eles?



8. Na sua opinião, a população encontra alguma dificuldade para ser atendida no serviço de saúde local?

() Sim () Não

No caso afirmativo, quais?

9. O que você deve fazer para se matricular nesta Unidade?

Na sua opinião, esta forma de se matricular na Unidade é:



10. Depois de marcada a sua consulta, quanto tempo você gasta para ser atendido?

Na sua opinião este atendimento é:



11. Quando você não consegue ser atendido, para onde você é encaminhado?

12. Quando você é atendido, existe algum tipo de pagamento pela consulta ou exames complementares?

13. Numa situação de emergência, onde você pode ser atendido?

O atendimento de emergência, na sua opinião é:



14. Você sabe quem determina as decisões de como será o atendimento nesta Unidade de Saúde?

15. Como a população procura resolver seus problemas de saúde (moradia, água, esgoto, trabalho, etc.)? Onde jogam o lixo?

16. Existe algum movimento ou outra forma de participação popular para conseguir atendimento destas necessidades?

Sim Não

No caso afirmativo, você já participou de algum? Quem participa (composição)?

17. Você já ouviu falar em Conselho Municipal de Saúde?

Sim Não

No caso afirmativo, você sabe o que ele faz?

18. Há alguma sugestão que você deseja fazer em relação a esta Unidade?

19. Quando você é encaminhado para outros atendimentos que não existem nesta Unidade, para onde vai? Quais os documentos que você leva?

20. O profissional ou Unidade para a qual você foi encaminhado comunica a sua Unidade de origem sobre o seu tratamento?

Sim Não

No caso afirmativo, como?

21. Quando você é atendido, você é informado sobre suas condições de saúde?

22. Na sua opinião, o que significa saúde?

23. O tempo de consulta é suficiente?

Sim Não

24. Quantas vezes você fez uso dos serviços de saúde este ano?

25. Quando você fica doente, o que você faz?

Legenda:

Bom Regular   
Ruim

Questionário para Sindicatos

Nome do Sindicato:

Nome do Entrevistado:

Cargo ou Função:

Data: ___/___/___

Horário: _____

Nome do(s) entrevistador(es):

1. Existe um esquema de fiscalização e/ou vigilância das empresas, independente de denúncias? Como é feito?

2. O sindicato desenvolve algum trabalho voltado à saúde do trabalhador?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

3. Como se dá a relação sindicato/empregador/empregado?

4. Como é vista a municipalização do setor saúde e a política trabalhista local pelo sindicato?

5. As empresas do município possuem CIPA? Como elas atuam?

6. O sindicato participa de algum Conselho ou grupo onde questões trabalhistas são discutidas objetivando melhores condições de trabalho?

Sim Não

Em caso afirmativo, quais?

7. Existe uma participação efetiva do trabalhador nas resoluções do sindicato?

8. Como o sindicato vê o processo saúde/doença?

9. O que significa saúde para você?

10. O sindicato já buscou junto às autoridades competentes a implantação de um programa específico à saúde do trabalhador nas UBS's?

11. O trabalhador conhece seus direitos, sabe quando e como reivindicá-los? Como o sindicato vê esta questão?

12. Por que um serviço de assistência médica no Sindicato? Como ele funciona?

Questionário para Delegado

Nome do Entrevistado:

Cargo ou Função:

Data: ___/___/___

Horário: _____

Nome do(s) entrevistador(es):

1. O que você entende por saúde?

2. Para você existe relação entre a área da saúde e a área da segurança?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, qual?

3. Você já ouviu falar sobre a municipalização no setor saúde?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, o que?

4. Quais as ocorrências mais frequentes? A que você as atribui?

5. Qual o contingente policial disponível nesta Delegacia? É suficiente?



Nº 01	TRABALHADORES ZONA RURAL
(BAIRRO OÁSIS)	
NOV / 94	



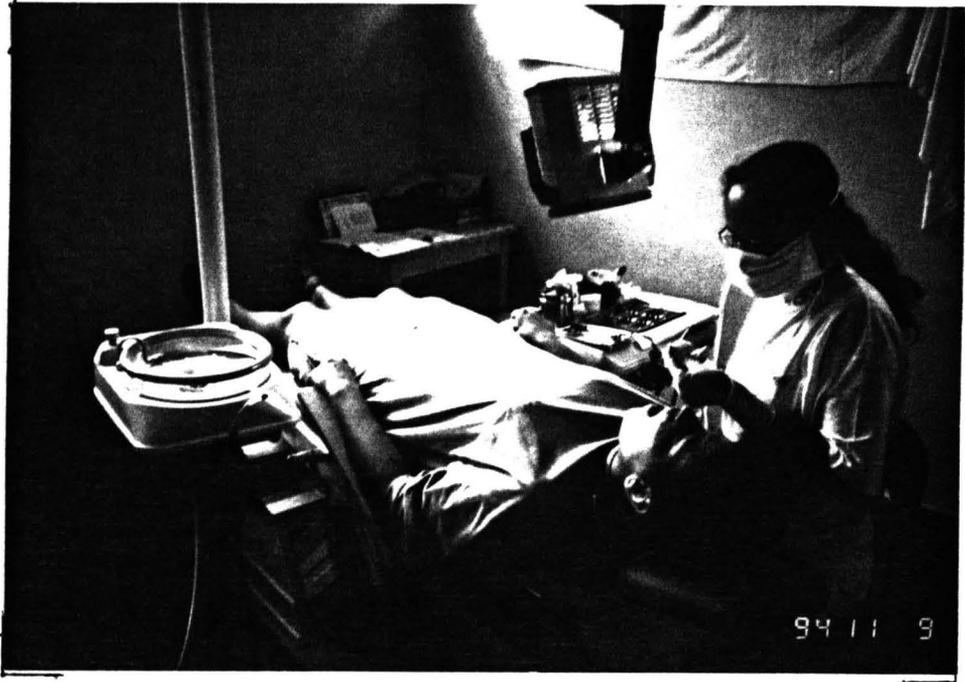
Nº 02	ESCOLA ZONA RURAL (BAIRRO OÁSIS)
NOV / 94	



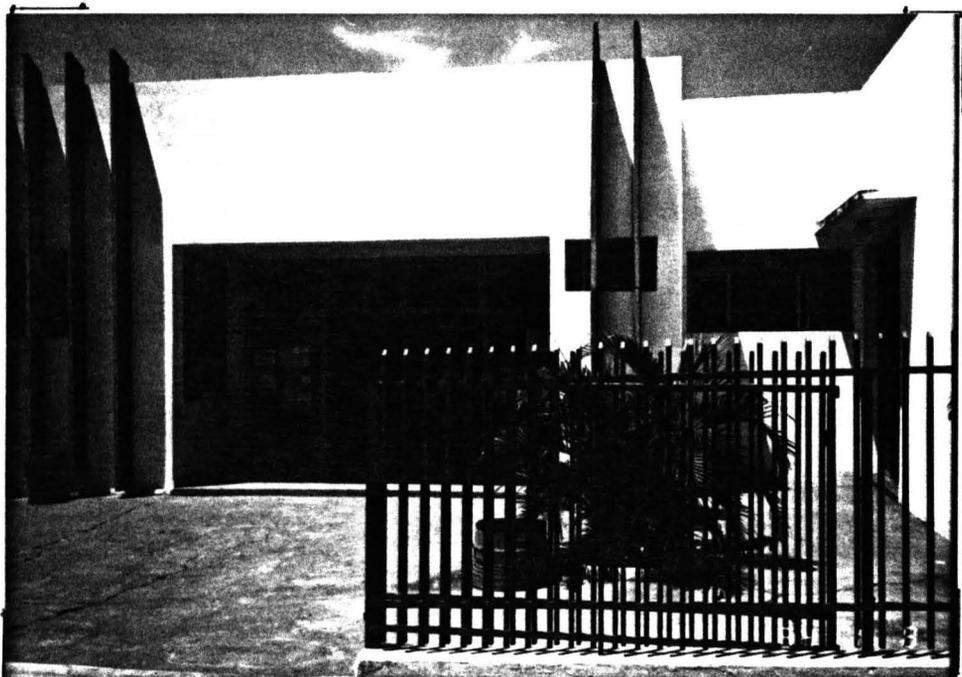
Nº03	PROGRAMA SAÚDE BUCAL
BOCHECHO COM FLUOR	
NOV/84	



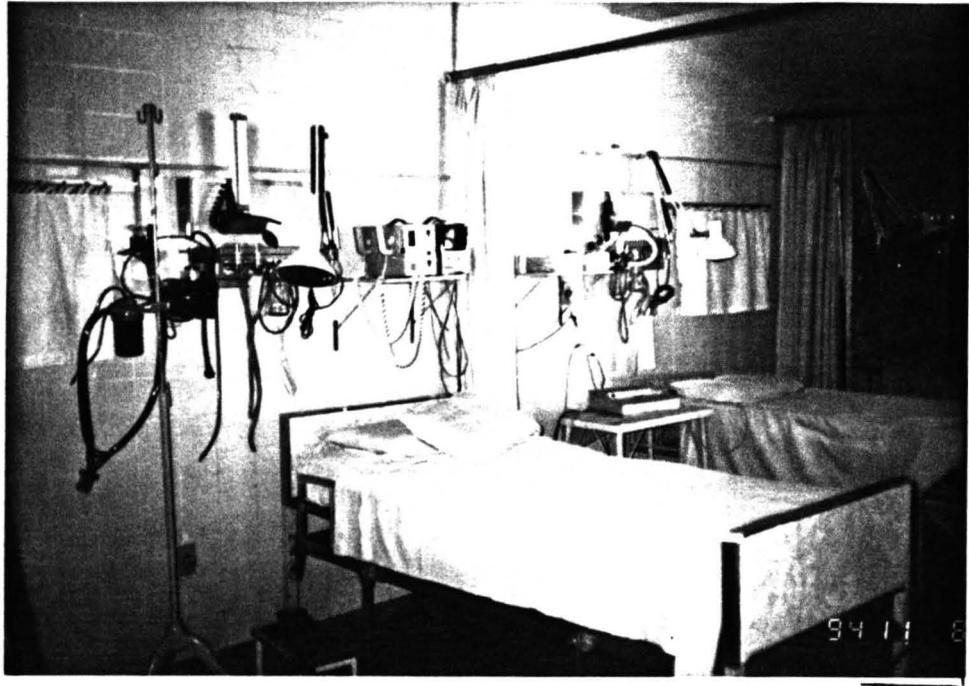
Nº04	PROGRAMA SAÚDE BUCAL
ESCOVA CÃO SUPERVISIONADA	
NOV/84	



Nº05	SERVICO ODONTOLÓGICO
ATENDIMENTO À ADULTO	
NOV/94	



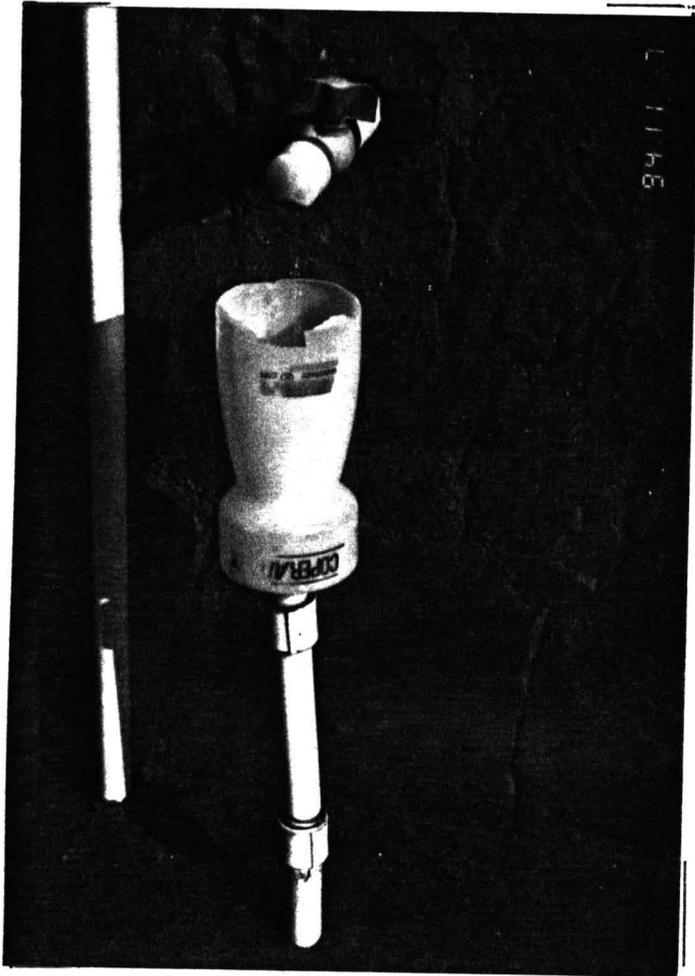
Nº06	POSTO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA (TUPI PAULISTA)	
NOV/94	



Nº07	U.T.I SANTA CASA (TUPI PAULISTA)
NOV/84	

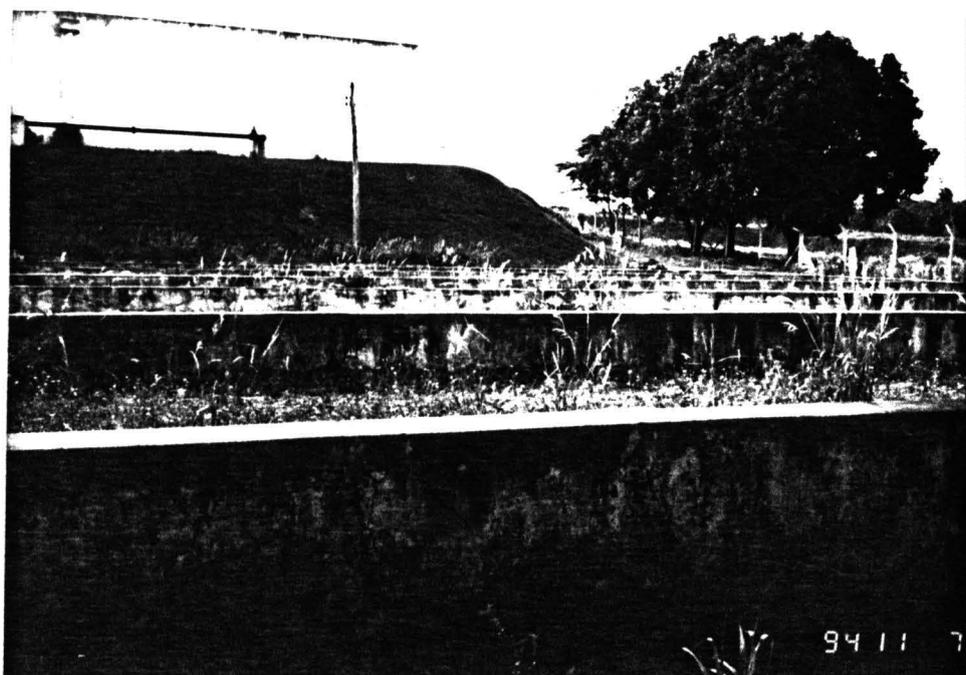


Nº08	LATICÍNIO TUPI PAULISTA
NOV/84	



Nº 09	
SISTEMA DE	
CLORACÃO	
(TUPI PAULISTA)	
NOV/94	

Nº 09 - A	
LEITOS DE SECAGEM	
(ESTAÇÃO TRATAMENTO	
DE ESGOTO / DESATIVADO)	

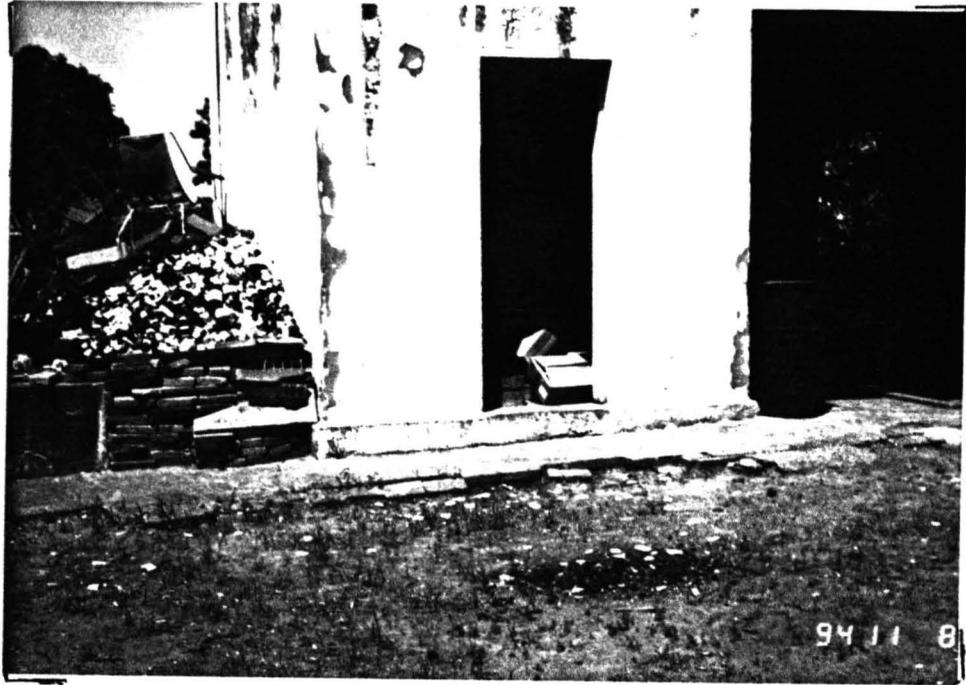




Nº 10	CÓRREGO DO GALANTÉ
(PRÓXIMO A E.T.E)	TUPI PAULISTA
	NOV/94



Nº 11	ATERRO SANITÁRIO
	NOV/94



Nº 12	DEPÓSITO PRÓXIMO AO INCINERADOR
(SANTA CASA)	TUPI PAULISTA
NOV/94	



Nº 18	RECIPIENTE DE COLETA DE
LIXO	
NOV/94	