

**Estudo do Processo de Municipalização, Áreas de
Atenção à Saúde e Mortalidade Perinatal
no Município de Boituva**

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

1993

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ado de Castro Bechelli	Dentista
Alexandre Domingues Grangeiro	Sociólogo
Angela Maria P. Alves Penna	Dentista
Antonia Maria Brandão Cipolla	Psicóloga
Carlos Eduardo Cardoso Martins	Médico
Carmem Silvia Guerra	Bióloga
Cassandra Hypólito da Costa Lins Cabral	Advogada
Clavdia Nicolaevna Kochergin	Enfermeira
Francisca Miti Ueno	Assistente Social
Helena Kimie Omi	Veterinária
Marisa Klemenc	Fonoaudióloga
Maria Aparecida Hashimoto	Enfermeira

ORIENTADOR

Prof. Dr. Roque Passos Pivelli

COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

Presidente: Prof^a. Dra. Eunice Aparecida Bianchi Galati

Membros: Prof. Dr. Antonio Galvão Fortuna Rosa

Prof. Cláudio Gastão Junqueira de Castro

Prof. José Cavalcante Queiroz

Prof^a. Dra. Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitri

Antonio C. Frias - Representante Titular dos Alunos

AGRADECIMENTOS

Ao Prefeito do Município de Boituva, sua equipe de Coordenadores e assessores, em especial ao coordenador de Saúde ; aos profissionais dos serviços municipais de saúde, do Hospital São Luiz e das entidades contatadas pela atenção, disponibilidade e favorecimento ao acesso aos dados.

Ao orientador, Professor Roque Passos Pivelli, do seu apoio e integração à equipe como membro atuante.

Em especial, à Maria Aparecida Mendes, secretária do T.C.M. e Daniel Marucci responsável pela sala de microcomputadores dos alunos de Pós-Graduação, pela atenção, dedicação e préstimos.

A todos os demais professores e profissionais que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho extendemos nossos agradecimentos.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública da F.M.U.S.P.,

Ana Cristina D'Andretta Tanaka

Carlos Alberto Lisboa Vieira

Chester Luiz Galvão Cesar

Maria Lucia de Moura Silva Soboll

Nilza Nunes da Silva

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Rebeca de Souza e Silva

Roberto Augusto Castellanos Fenandez

Sabina Lea Davidson Gotlieb

1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM), constitui-se numa abordagem prática de todos os temas discutidos durante o Curso de Especialização em Saúde Pública que, no ano de 1993 teve como um dos seus objetivos a "localização e análise do sistema de saúde em municípios de pequeno e médio porte do Estado de São Paulo, no contexto da Política Nacional de Saúde e da realidade local".

Este relatório apresenta um panorama histórico do Município de Boituva, caracterizando-o do ponto de vista social, político e econômico, bem como fornece dados sobre a atenção à saúde da população desde a década de 60, até o momento atual, em que assume a gestão parcial no processo de municipalização.

No cenário configurado pelas políticas setoriais, avaliou-se o momento de implantação do Sistema Único de Saúde e a atuação de autoridades locais, profissionais de saúde e usuários de serviços, nesse processo. Além disso, a observação, e a necessária participação na realidade local permitiu delimitar como sub-tema deste trabalho a análise de temas específicos: de atenção à saúde, a vigilância sanitária e epidemiológica, saúde bucal, saúde mental, saúde do trabalhador, AIDS, saneamento ambiental e mortalidade perinatal. Mereceu atenção especial, a análise da mortalidade perinatal que, além de elevada, é decorrente de causas passíveis de intervenção.

O exercício da multiprofissionalidade na equipe, que elaborou este trabalho tornou-se fundamental para a elaboração de diagnóstico, análise e sugestões, assim como para a ampliação dos conhecimentos individuais.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	2
2.1 OBJETIVO GERAL	2
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
3. METODOLOGIA	2
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	5
4.1 HISTÓRICO	5
4.2 SITUAÇÃO ADMINISTRATIVA.	6
4.3 ASPECTO GEOFÍSICO	6
4.4 ASPECTO ECONÔMICO	7
4.5 ASPECTO SÓCIO-POLÍTICO	8
4.6 ASPECTO DEMOGRÁFICO	10
4.6.1 Pirâmide populacional	12
4.6.2 Razão de masculinidade	14
4.6.3 Razão de dependência	14
4.7 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA MUNICIPAL	14
4.8 POLÍTICAS SETORIAIS	15
4.8.1 Planejamento	15

4.8.2	Finanças	16
4.8.3	Educação	19
4.8.4	Promoção social	21
4.8.5	Esporte, cultura e lazer	25
4.8.6	Habitação	26
4.8.7	Transporte	27
5.	SAÚDE	29
5.1	INDICADORES DE SAÚDE	30
5.1.1	Mortalidade	30
5.2	SISTEMA LOCAL DE SAÚDE	42
5.2.1	Histórico	42
5.2.2	Caracterização das unidades que compõem o sistema	46
5.2.3	Comentários gerais sobre a produção de serviços	59
5.2.4	Recursos humanos	63
5.2.5	Recursos financeiros	66
5.2.6	Descentralização e municipalização	70
5.2.7	Regionalização e hierarquização	72
5.2.8	Modelo assistencial	75
5.2.9	Participação popular	76
5.2.10	Sistema de informação	78
5.3	SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE ATENÇÃO	79
5.3.1	Vigilância sanitária	79
5.3.2	Vigilância epidemiológica	83

5.3.3 Saúde bucal	89
5.3.4. Saúde mental	95
5.3.5 Saúde do trabalhador	99
5.3.6 AIDS	104
5.3.7 Saneamento ambiental	113
5.3.8 Mortalidade perinatal	121
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	137
7. BIBLIOGRAFIA	142
ANEXOS	
Anexo 01- Mapa do Município de Boituva	I
Anexo 02- Organograma da Prefeitura Municipal	II
Anexo 03- Roteiros de Entrevista	III
Anexo 04- Folheto Educativo	IX

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o Sistema de Saúde no Município de Boituva em 1993, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Objetivo Específico

Caracterizar o município abordando os aspectos históricos , sócio-econômicos, demográficos e epidemiológico.

Proceder a análise das causas associadas à mortalidade perinatal ocorrida no Hospital São Luiz no período de 26\10\91 a 31\10\93.

Avaliar e propor medidas de intervenção relativas as áreas específicas do setor saúde.

3. METODOLOGIA

O presente relatório é fruto de um trabalho de pesquisa e estudo das diretrizes institucionais, em particular na área da saúde e seus reflexos na qualidade de vida da população. Assim para sua elaboração foram definidos passos e etapas a serem cumpridas, visando a busca de informações descritas a seguir:

1º Etapa : Levantamento de dados primários.

Nesta etapa foi realizado um levantamento dos dados disponíveis junto aos órgãos oficiais, como também procedeu-se a análise da documentação enviada pelo município. Foram executados os seguintes procedimentos:

-Levantamento e análise de dados oficiais fornecidos pelo Município e pela Comissão Organizadora do T.C.M. da Faculdade de Saúde Pública.

-Levantamento e análise de dados complementares junto a Fundação SEADE e IBGE

-Leitura e análise de documentos oficiais do município: Lei orgânica do Município, Plano Diretor do Município, Leis de Criação do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde.

-Entrevista com o Diretor Administrativo de Saúde e o Chefe de Gabinete do Município para complementação de dados e organização do TCM.

- Elaboração dos roteiros de entrevistas e visitas às instituições do Município.

2º Etapa: Trabalho de Campo.

Nesta etapa, visando obter o maior número de informações que pudessem ser acrescentados aos dados primários foram entrevistados os responsáveis pelos serviços municipais, profissionais de saúde, lideranças políticas, usuários dos serviços de saúde, etc. Foram também realizadas visitas às instalações dos serviços de saúde, promoção social, cultura, meio ambiente, e instituições privadas de saúde. Abaixo estão relacionadas as visitas e entrevistas realizadas:

- Visitas: Prefeitura, Casa de Cultura, CIC (Centro de Integração Comunitária), sede do Projeto CAENA, UBS-IV de Boituva, UBS III - Santa Rita de Cássia, instalações da futura UBS- Jardim Flamboyant, Hospital São Luiz, CLIMED, ERSA -37 - Tatuí , Sindicato dos Metalúrgicos, CUT, Delegacia de Polícia, SABESP, Estação de Tratamento de Água (ETA), Estações de Tratamento de Esgotos, Sistema de Deposição Final de Resíduos Sólidos, favela, conjunto habitacional, Parque Ecológico de Boituva, Centro Nacional de Paraquedismo, Estação Rodoviária, Estação Ferroviária, .

-Entrevistas: Coordenadores de Saúde, Educação, Planejamento, Administração, Promoção Social, Fundo Municipal de Solidariedade, Cultura; responsáveis pela Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Hospital São Luiz, Ambulatório da Usina Santa Clara, setor de Limpeza Pública, Sabesp; membros do Conselho Municipal de Saúde; representantes do setor privado (CLIMED), Sub-sede do Sindicato dos Metalúrgicos de Itu (filiação à CUT); profissionais das unidades municipais de Saúde; Diretora do ERSA-37-Tatuí e equipe de assessoria: Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária; Delegado e Escrivão de Polícia

Com relação a análise das causas relacionadas a mortalidade perinatal adotou-se a seguinte estratégia:

- Levantamento no livro de registro de partos (26.10.91 à 31.10.93), com o intuito de identificar os óbitos perinatais ocorridos.

- Análise dos prontuários dos casos identificados.

- Visita domiciliar para investigação de casos não esclarecidos através do prontuário.

- Investigação nas UBSs, dos prontuários das mães, visando detectar a existência e qualidade do atendimento do pré-natal, dos casos de óbito perinatal.

- Entrevistas: Coordenador de Saúde, médicos obstetras, e outros profissionais de saúde, gestantes e mães de crianças menores de 1 ano que aguardavam consulta médica nas UBS-III Sta. Rita de Cássia e UBS-IV de Boituva

3º Etapa: Elaboração do Relatório

No decorrer das etapas anteriores, e notadamente do trabalho de campo, a questão referente a mortalidade infantil, e sua relação com o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, foi alvo de maior aprofundamento e investigação, sendo eleita como sub tema do trabalho.

4 . CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

4.1 Histórico

O nome Boituva tem origem nas palavras indígenas: **BOI** - cobra , e **TUVA** - muitas, ou seja , literalmente: muitas cobras . Surgiu em 1766 quando a região foi concedida na forma de sesmaria a João Fernandes Maciel. Em 1785 muitos moradores do sul do país migraram para o povoado, fugindo da violência usada pelos vicentinos que lutavam para expulsar os invasores espanhóis. João Rodrigues Leite doou parte de um terreno onde em 1882 , a Estrada de Ferro Sorocabana construiu a estação local e suas dependências, a partir de então houve um incremento no desenvolvimento da localidade.

Boituva foi erigida à categoria de vila pela Lei nº. 1.014, de 16/10/1906, e elevada a categoria de município pela Lei nº 3.045, de 06/09/1937, ao município, foi anexado o Distrito de Iperó. (de acordo com a Lei nº 14.334, de 30/11/1944).

4.2 Situação Administrativa

O município de Boituva é unidade territorial que integra a Divisão Administrativa do Estado de São Paulo. Assim, de acordo com sua inserção em contextos geograficamente menores pertence à Região do Governo de Itapetininga e a Região Administrativa de Sorocaba. A Região de Governo, abrange uma área menor e mais homogênea do que a Região Administrativa.

Com o objetivo de definir a organização básica, a nível regional dos serviços de saúde foram criados em julho de 1986 os Escritórios Regionais de Saúde - ERSA, sendo que o município de Boituva integra o ERSA-37 com sede em Tatuí e pertence à Coordenação de Regiões de Saúde (CRS 5) que engloba nove ERSA's e 99 municípios.

4.3 Aspecto Geofísico

O município de Boituva localiza-se em terreno plano com raras elevações na região Sudeste do Estado de São Paulo. Dista aproximadamente 110 km da Capital pertencendo à Bacia do rio Sorocaba, que drena uma área de 1800 Km² e que tem 40 km de extensão. Faz limite ao norte com os municípios de Tiête e Cerquillo, ao sul com Iperó, a leste com Porto Feliz e a oeste com Tatuí. Ocupa uma área de 248 km² cuja altitude média é de 638 m acima do nível do mar e apresenta latitude S 23° 17' 45" e longitude WGR 47° 40' 20".

Seu solo é argiloso-arenoso e seco, com vegetação rasteira. O clima predominante é do tipo tropical de altitude, com verão úmido e quente, inverno brando e seco.

4.4 Aspecto Econômico

Os dados referentes a população economicamente ativa, correspondem ao volume médio anual de empregados e não aos trabalhadores contratados de acordo com as normas legais. Observa-se que, em 1990, estavam empregadas 1.267 pessoas (30,9%), no setor de prestação de serviços, 986 pessoas (24,0%) no setor de comércio e 1.840 (44,9%) no setor da indústria, um total de 4.093 pessoas empregadas.

Boitua possui 74 empresas cadastradas, sendo a maior parte de pequeno porte as quais absorvem, cerca de 54% da mão-de-obra da população masculina da faixa etária de 15 a 59. Em relação à construção civil não existem dados oficiais, porém, apesar de ser um dos setores mais sensíveis às crises econômicas, continua apresentando crescimento, sobretudo na área periférica.

Em relação ao comércio atacadista e varejista são comercializados produtos de toda espécie principalmente gêneros alimentícios e artigos de vestuário.

A atividade agropecuária tem como principal cultura a cana-de-açúcar, industrializada em duas usinas locais. Recentemente observa-se aumento no número de haras instalados na região, entretanto, sem representatividade econômica significativa para o município.

Outro indicador importante da atividade econômica é o Valor Adicionado que corresponde ao valor das saídas de mercadorias, acrescido das prestações de serviços no município, deduzido o valor das entradas de mercadorias, em cada ano civil. O Valor

Adicionado é utilizado pela Secretaria da Fazenda como um dos critérios para a definição do Índice de Participação dos Municípios no produto de arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS. Observa-se que no município de Boituva houve uma redução do Valor Adicionado de 1988 a 1990 com recuperação em 1991.

Quanto ao Índice de Participação na Arrecadação do ICMS (em %) no município, foi realizado um intenso trabalho no sentido de atualizar seus valores, de maneira que ocorreu um aumento de 0,054 % em 1989 para 0,060 % em 1990 o que correspondeu a uma elevação real da cota-parte de ICMS transferida para a Prefeitura neste período de 30 %.

A partir do cadastramento das empresas, realizado em 1993, detectou-se, distorções no recolhimento do ICMS: as duas maiores empresas efetuavam este recolhimento, no Município de São Paulo, o que uma vez corrigido, trará impacto sobre o orçamento do próximo ano.

4.5 Aspecto Sócio-Político

Objetiva-se aqui, avaliar a participação da população na administração municipal no sentido de identificar o nível de controle da sociedade no planejamento, execução e avaliação das políticas públicas municipais.

A Lei Orgânica do Município, promulgada em 05 de Abril de 1990, avançou significativamente neste aspecto, propiciando maior abertura a participação popular em todos os níveis da administração seja por meio dos Conselhos Municipais, na elaboração de Projetos de Lei, ou ainda incentivando o fortalecimento das associações comunitárias. Entretanto, não houve qualquer regulamentação por leis, de iniciativa do

Executivo, dos Conselhos Municipais de Agricultura, Meio Ambiente, Promoção Social, Educação, etc; muito embora estejam previstos prazos na própria Lei Orgânica Municipal.

O Conselho Municipal de Saúde, criado por Lei Municipal nº 712/91, teve seus membros nomeados pela Portaria nº 1324 de 01/06/93, mas ainda não está funcionando.

Quanto aos partidos políticos com representação municipal observa-se a atuação de 14 partidos . Nas eleições de 1992 esses partidos se organizaram em três grandes coligações sendo vencedora a coligação UNIÃO POR BOITUVA (PDT, PFL, PL, PMDB e PTB) que elegeu o prefeito e 08 dos 13 vereadores do município. Na ocasião o prefeito eleito era filiado ao PFL mas, atualmente, transferiu-se para o PMDB. A coligação O POVO NO PODER (PSDB, PSD, PSC, PRP, PST e PTR) elegeu 04 vereadores e a coligação UNIÃO PELA MORAL (PPR e o PDC) elegeu 01 vereador.

O Executivo Municipal tem ampla maioria na Câmara dos Vereadores e geralmente não tem dificuldades para aprovar seus projetos de lei. As Comissões Permanentes da Câmara procuram assegurar a representação proporcional dos blocos parlamentares e representam ainda, importante fórum de participação da comunidade pois, através dessas, qualquer entidade da sociedade civil poderá emitir conceitos ou opiniões, sobre os diversos assuntos inerentes às suas atribuições com ênfase nas políticas sociais de saúde, educação, assistência social e meio ambiente.

A gestão anterior da Prefeitura Municipal tentou, através da Coordenadoria de Promoção Social, a criação de Associações de Moradores, sendo que o município foi dividido em regiões para a criação dos núcleos. Porém, de acordo com o Secretário de Planejamento atual e ex-prefeito, as tentativas não surtiram efeito porque a população não

quis dar o seu "tempo" para este trabalho e as reuniões foram se esvaziando até não acontecerem mais.

Existe ainda no município um Sindicato Rural Patronal e uma sub-sede do Sindicato dos Metalúrgicos de Itú, filiado a Central Única de Trabalhadores- CUT. Há representação dos Grupos de Serviços do Rotary e Lions, porém conforme declaração de um dos membros do primeiro a participação tem diminuído intensamente e suas ações se tornaram cada vez mais restritas.

Após as últimas eleições surgiu um grupo constituído por profissionais liberais e cidadãos não filiados a partidos políticos ou membros da atual gestão, intitulado Grupo Pró Desenvolvimento de Boituva - GRUDE, que tem procurado acompanhar a atuação do Governo Municipal nos diversos setores da Administração Pública, apurando denúncias e propondo medidas que possam auxiliar o Poder Executivo no desempenho de suas funções.

4.6 Aspecto Demográfico

Em 1991, a população do Município de Boituva era composta por 22.568 habitantes, dos quais 51,2% do sexo masculino e 48,8% do sexo feminino. A população economicamente ativa (de 15 a 64 anos) representava 67,0% deste total (CIS/SEADE).

A densidade demografica era de 93,2 hab/km², sendo que 83,6% da população se encontrava na área urbana (IBGE/IGC/SEADE).

No período de 1980 a 1991, a taxa geométrica média de crescimento anual da população foi de 5,7% , tendo sido superior à do Estado de São Paulo para o mesmo período, que foi de 2,1% (IBGE/SEADE).

Observando-se o crescimento populacional neste período, verifica-se que 35,5% está relacionado ao saldo vegetativo, e o restante, 64,5% foi devido ao saldo migratório. (SEADE) .

Segundo informações obtidas em entrevista com o Prefeito, a safra agrícola de cana-de-açúcar assim como a boa infra-estrutura do município, atrai migrantes de outros Estados. Além disso, devido à saturação de algumas vias de escoamento de produção existentes no Estado, tais como o complexo Imigrantes/Anchieta e Rodovia Anhanguera, propiciou o desenvolvimento ao longo da Rodovia Castelo Branco que dá acesso a Boituva e conseqüentemente, aumento do número de indústrias na região, gerando oferta de trabalho. Fato esse que também teria atraído migrantes.

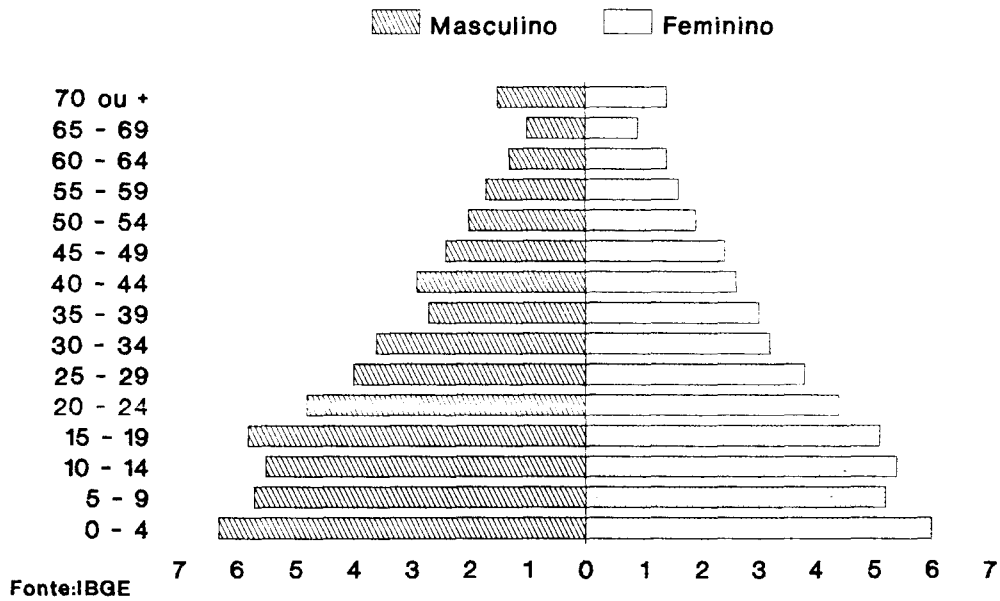
4.6.1 Pirâmide populacional

A pirâmide populacional é a representação gráfica da estrutura de uma população, segundo idade e sexo. Sua forma geral permite que se tenha idéia da tendência demográfica de uma localidade em estudo.

Comparando-se as pirâmides populacionais de Boituva, nos anos de 1980 e 1991, observa-se o estreitamento da base e alargamento das barras superiores, indicando que houve envelhecimento da população e diminuição da natalidade.

Em 1991, verifica-se o alargamento nas faixas etárias de 10 a 19 anos e 20 a 29 anos , que pode estar relacionado à migração(Tabelas 4.1 e 4.2 e figura 4.1).

Piramide Populacional Boituva, 1980



Piramide Populacional Boituva, 1991

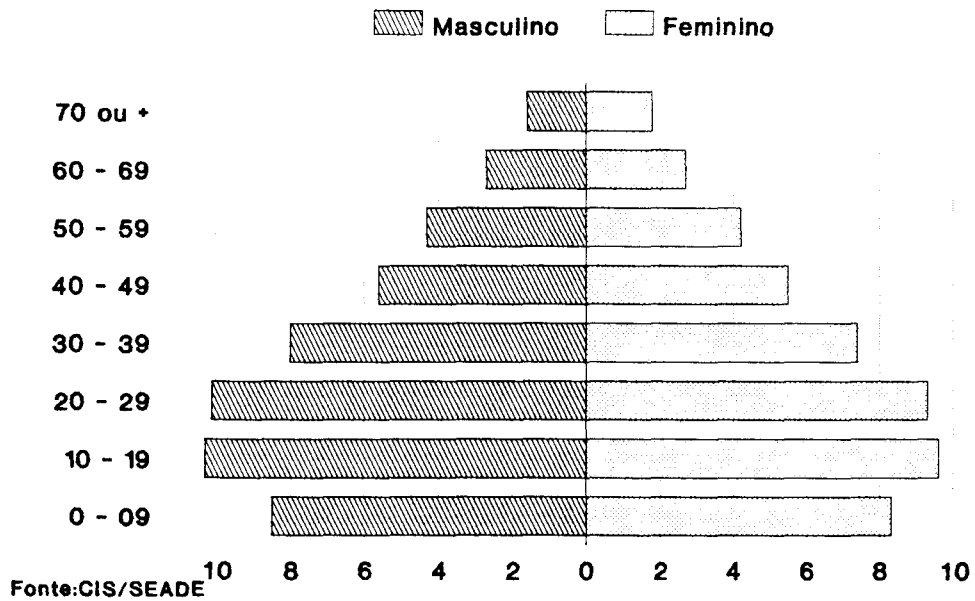


Tabela 4.1: Número e porcentagem de habitantes segundo sexo e grupo etário, Município de Boituva, 1980.

GRUPO ETARIO (ANOS)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
0 - 04	788	6,3	757	6,0	1545
05 - 09	721	5,7	650	5,2	1371
10 - 14	688	5,5	682	5,4	1370
15 - 19	731	5,8	642	5,1	1377
20 - 24	602	4,8	555	4,4	1157
25 - 29	506	4,0	479	3,8	985
30 - 34	457	3,6	408	3,2	865
35 - 39	341	2,7	378	3,0	719
40 - 44	367	2,9	329	2,6	696
45 - 49	304	2,4	301	2,4	605
50 - 54	259	2,0	241	1,9	500
55 - 59	211	1,7	209	1,6	420
60 - 64	165	1,3	179	1,4	344
65 - 69	131	1,0	117	0,9	248
70 e +	196	1,5	174	1,4	370
TOTAL	6471	51,5	6101	48,5	12572

FONTE : IBGE

Tabela 4.2: Número e porcentagem de habitantes segundo sexo e grupo etário, Município de Boituva, 1991.

	MASCULINO		FEMININO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
00 a 09	1921	8,5	1867	8,3	3788
10 a 19	2315	10,3	2168	9,6	4483
20 a 29	2289	10,2	2094	9,3	4383
30 a 39	1813	8,0	1664	7,4	3477
40 a 49	1258	5,6	1244	5,5	2502
50 a 59	965	4,3	957	4,2	1922
60 a 69	608	2,7	621	2,7	1229
70 e +	376	1,6	408	1,8	784
TOTAL	11545	51,2	11023	48,8	22568

FONTE: CIS

4.6.2 Razão de masculinidade

Permite a comparação da composição, por sexo, de diferentes populações.

A razão de masculinidade de Boituva, em 1980, era de 1061 homens/1.000 mulheres e passou a 1047 homens /1.000 mulheres em 1991.(IBGE/CIS).

4.6.3 Razão de dependência

É a relação entre os indivíduos considerados dependentes economicamente (menores de 15 anos e os de 65 anos e mais) e os considerados potencialmente ativos economicamente (de 15 a 64 anos). Quanto maior o seu valor, maior é a proporção de dependentes e, portanto, menor a capacidade de produção econômica.

A razão de dependência para o município era de 64% em 1980 e passou para 49% em 1991, indicando que houve aumento da população com idades de 15 a 64 anos , considerada economicamente ativa.(IBGE/CIS).

4.7 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA MUNICIPAL

Segundo informações fornecidas por dirigentes do Município, até 1987 não era alvo de atenção a estrutura administrativa de Boituva, sendo que as diferentes áreas funcionavam como assessoria direta do Prefeito.

Em 1988, com a mudança da administração, a estrutura passou a ser objeto de preocupação, e a partir de 1990/1991 passam a funcionar algumas Secretarias.

Em 1993 a proposta da estruturação administrativa em secretarias consolidou-se em projeto de lei, segundo organograma em anexo, e está sendo discutido na Câmara Municipal. De acordo com a proposta, passariam a existir seis Secretarias:

Planejamento, Educação, Promoção Social, Saúde, Administração, Meio Ambiente-Esporte-Turismo-Cultura.

4.8 POLÍTICAS SETORIAIS

4.8.1 Planejamento

Conforme a Lei Orgânica de Boituva e seu Plano Diretor o planejamento municipal visa promover o desenvolvimento do município, o bem estar da população e a melhoria dos serviços públicos municipais.

O planejamento das atividades é realizado por uma Coordenadoria de Planejamento com função de coordenação geral das ações de governo. Neste sentido, tem como atribuições básicas reunir informações abrangentes sobre a realidade local, manter o diálogo das organizações sociais com o Poder Público e negociar prioridades com os representantes do setor público que decidem e executam as Políticas Públicas.

Os instrumentos legais do Planejamento consistem no Plano Diretor, Plano de Governo, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Orçamento Anual e o Plano Plurianual, que devem incorporar as propostas constantes dos planos e dos programas setoriais do município, dadas as suas implicações para o desenvolvimento local.

O Plano Diretor do município foi aprovado em Lei nº 836/93 de 27 de Abril de 1993 e é um instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana. Tem por objetivo expressar as exigências fundamentais de ordenamento da cidade em caráter permanente, atendendo às peculiaridades locais e aos interesses da coletividade. Prevê, no Capítulo VIII do Sistema de Planejamento, dentre as suas atribuições, promover a participação comunitária no planejamento global e setorial através

da criação dos Conselhos Municipais Setoriais. Porém, até o momento não existe mobilização suficiente dos cidadãos no sentido de uma participação efetiva da sociedade na elaboração do orçamento municipal e dos planos setoriais, estando o planejamento das atividades do governo municipal centrado no executivo.

4.8.2 Finanças

A receita municipal total corresponde à arrecadação dos tributos municipais, da participação em tributos da União e do Estado, dos recursos resultantes do Fundo de Participação dos Municípios e da utilização de seus bens, serviços, atividades e de outros ingressos.

São tributos municipais os impostos sobre propriedade predial e territorial urbana, transmissão inter vivos, venda a varejo de combustíveis e serviços de qualquer natureza; taxas em razão do exercício do poder de polícia através da utilização de serviços públicos prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição e a contribuição de melhorias, decorrentes de obras públicas. As transferências constitucionais correspondem principalmente à cota-parte do ICMS e ao FPM.

Em Boituva a receita municipal própria, corresponde a arrecadação de IPTU, ISS, ITBI e das taxas municipais, e consiste em 40% da receita municipal total, enquanto as transferências correntes constituídas pela cota-parte do ICMS e FPM correspondem a cerca de 60% da receita.(Tabela 4.3).

Tabela 4.3: Receita do Município de Boituva de 1992.

TRIBUTOS MUNICIPAIS	PARTICIPAÇÃO %
IPTU	2,76
ITBI	2,25
ISS	1,25
TAXAS	6,82
ICMS	35,12
FPM	24,82
OUTRAS RECEITAS	26,98
TOTAL	100,00

FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE - P.M. BOITUVA

Essa dependência do município de recursos provenientes de outros níveis de governo afeta o seu desempenho, pois, no caso dos recursos do FPM, existirá sempre uma vinculação com o comportamento da conjuntura macroeconômica, que determina as variações na receita do Imposto de Renda e do IPI, recolhidos pela União. No caso das transferências da cota-parte do ICMS, o repasse depende do desempenho da economia local, já que 8/10 do montante a ser rateado é proporcional ao Valor Adicionado. Daí a importância dos indicadores relativos ao desempenho dos setores produtivos predominantes na economia local para o acompanhamento e previsão dos recursos oriundos do ICMS.

A absorção, pelo município, das ações básicas de Saúde, Educação e Assistência Social exige maior esforço para melhorar os índices de arrecadação dos tributos municipais. Com esta intenção, a Prefeitura de Boituva realizou recentemente um recadastramento físico-territorial do município que pretende atualizar o valor dos imóveis através de uma nova Lei Municipal com a Planta Genérica de Valores, que deverá produzir resultados expressivos do ponto de vista da arrecadação do IPTU.

A despesa pública se reflete na utilização das dotações consignadas às despesas para execução dos programas determinados pelo orçamento municipal. O Balancete Analítico das Despesas referentes ao exercício de 1992 demonstra que as despesas com o funcionalismo correspondem a cerca de 25,20% do total da despesa orçamentária.

Os gastos nas áreas sociais, que incluem Saúde e Saneamento, Educação e Cultura, Habitação e Urbanismo e Abastecimento correspondem no orçamento de 1992 a 39,35%. Em Saúde e Saneamento o Município gastou 14,07% do orçamento e em Educação e Cultura 24,14%. Conforme o Plano Municipal de Saúde o percentual de participação do Setor Saúde no orçamento municipal de 1992 deveria ser da ordem de 10%.(Tabela 4.4).

Tabela 4.4: Orçamento do Município de Boituva de 1992

ORGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO	PARTICIPAÇÃO (%)
1 - ÁREA SOCIAL	
EDUCAÇÃO E CULTURA	24,14
SAÚDE E SANEAMENTO	14,07
HABITAÇÃO E URBAN.	0,91
ABASTECIMENTO	0,23
TOTAL DA ÁREA	39,35
2- INFRAESTRUTURA E OPERACIONAL	38,40
3- ÁREA MEIO	7,56
4 -OUTROS	14,69
TOTAL GERAL	100,00

FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE P.M. BOITUVA

4.8.3 Educação

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, em 1991 Boituva contava com 05 creches, 13 pré-escolas sendo 04 localizadas na zona rural, 14 escolas de 1ª a 4ª série das quais 09 na zona rural; 01 escola com 1º e 2º graus, 01 escola do SESI e 02 escolas particulares, sendo que uma delas oferece cursos profissionalizantes.

Até este período as creches municipais absorviam 13% das crianças da faixa etária de 0 a 4 anos. As pré-escolas e escolas de 1º grau públicas oferecem vagas para a maioria de crianças e adolescentes de 5 a 14 anos.

Segundo dados do SEADE em 1991, a rede municipal realizou 618 matrículas iniciais nas pré-escolas; no ensino de 1º grau foram realizadas 4404 matrículas iniciais sendo 3624 na rede estadual e 780 na rede particular. Quanto ao ensino de 2º grau, foram realizadas 616 matrículas iniciais, sendo 384 na rede pública e 232 na rede privada.

De acordo com a Coordenadora da Educação foram construídas recentemente duas escolas estaduais com cursos de 1º e 2º graus (magistério e colegial).

Funcionam cursos supletivos em apenas 02 escolas estaduais.

As creches atendem crianças de 06 meses a 5anos e estão sob a responsabilidade da Coordenadoria da Promoção Social.

As pré-escolas, destinadas as crianças de 05 e 06 anos (a serem completados no decorrer do ano letivo) estão sob a responsabilidade da Coordenadoria de Educação, segundo a coordenadora, todos os pré-escolares têm garantia de vaga na 1º série. As escolas de 1º e 2º graus estão sob a responsabilidade da Delegacia de Ensino da Secretaria de Estado da Educação.

A Coordenadoria de Educação possui uma Oficina de Planejamento Pedagógico que conta com dois pedagogos. A Oficina tem o papel de organizar as pré-escolas, mantendo uma "linha mestra" de ensino. São feitas reciclagens com as professoras, visando planejar, homogeneizar e avaliar o currículo e as atividades desenvolvidas. A avaliação desse processo é contínua feita por etapas para replanejamento.

Alguns estudantes frequentam cursos profissionalizantes e cursos de 3º grau em outros municípios, quando então a prefeitura subsidia o transporte. Situação essa, também oferecida às crianças moradoras em área rural, haja escolas.

Segundo a Coordenadora, está sendo organizado um Centro de Treinamento no SENAI que oferecerá cursos técnicos a partir de 1994. Cursos esses que foram eleitos a partir de pesquisa sobre a oferta do mercado de trabalho de Boituva e foram escolhidos a partir de pesquisa sobre a necessidade do mercado de trabalho de Boituva, visando diminuir a necessidade de procura de cursos em outros municípios.

Merenda escolar

Observando os dados da Fundação SEADE, com relação ao ensino público de 2º grau, constata-se a queda da taxa de evasão de 19,79% em 1990 para 8,81% em 1991; e da taxa de reprovação de 9,89% para 0,52%.

O Município é responsável pela merenda escolar que atende as creches, escolas estaduais, SESI, APAE e ao Asilo (para idosos). Contando, para tanto, conta com uma nutricionista, uma estagiária técnica em nutrição e 41 merendeiras distribuídas entre as escolas municipais e estaduais. O fornecimento de gêneros alimentícios do Estado é precário e praticamente toda a matéria prima é fornecida pelo município que conta inclusive com uma horta.

As merendeiras são treinadas através de cursos com profissionais da saúde, médico e enfermeira, com temas sobre saúde pessoal. Há ainda a contribuição de um agrônomo que discute temas sobre o aproveitamento integral. São desenvolvidos trabalhos educativos para favorecimento de hábitos adequados.

Saúde escolar

Visando atender a saúde do escolar existe uma psicóloga que realiza triagens nas Escolas Municipais de Educação Infantil-EMEIS's e faz os encaminhamentos necessários; as referências porém, são precárias principalmente na área de fonoaudiologia que demanda encaminhamento para outro município, (Tatuí)

Cada uma das escolas estaduais, conta com um dentista para o atendimento dos escolares.

Alunos com dificuldade de alfabetização frequentam uma Classe de Recursos localizadas em uma das escolas de 1º grau, orientada por pedagogas especializadas, os deficientes mentais e físicos frequentam a APAE; existe a proposta de que os deficientes leves passem a frequentar as escolas comuns utilizando as Classes de Recursos.

Os deficientes auditivos frequentam escola especializadas em Tatuí.

4.8.4.Promoção Social

A Coordenadoria da Promoção Social é voltada ao atendimento da comunidade em geral, principalmente, através de seus vários projetos.

Ligada à Coordenadoria estão o Fundo Social de Solidariedade

e o Serviço de Obras Sociais - (SOS), sendo que o segundo não é governamental recebendo, porém, subvenção do município

A Coordenadoria de promoção Social, o Fundo de Solidariedade e o SOS partilham a mesma sede, no CIC, e funcionam de forma bastante integrada; os vários projetos desenvolvidos costumam ter interfaces com as várias instâncias. Há também ações integradas com outras coordenadorias (Educação e Saúde), além do planejamento nos aspectos de habitação e transporte.

O Fundo Social não recebe verbas municipais mas sim verbas com destinação específica por projeto provenientes do Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo (FUNSSEP). O Fundo Municipal elabora o projeto que, uma vez avaliado e aprovado pelo Fundo Estadual, recebe deste uma ajuda financeira. O papel do Fundo Estadual em relação ao Município é, portanto, de estímulo e assessoria na elaboração e avaliação de projetos. Tanto o Fundo Municipal como o Serviço de Obras Sociais são presididos pela Primeira Dama do município; que já havia trabalhado, anteriormente, em ambas as instâncias, como voluntária.

Entre os projetos desenvolvidos pela Coordenadoria tem-se

I - Atendimento à criança:

- **Creches:** no total são 05 creches, que funcionam das 7:00 às 17:00 horas, atendendo aproximadamente 400 crianças na faixa etária de 03 meses à 05 anos e 11 meses. Uma das creches fica na região central e as outras quatro em bairros periféricos.

A alimentação é supervisionada por uma nutricionista da Prefeitura e elaborada em cozinhas próprias.

O critério para a matrícula da criança é que a mãe seja trabalhadora, observando-se a ordem de inscrição; há no entanto priorização nos casos em que a mãe já tenha um filho na creche. São feitas visitas domiciliares em casos específicos e são agendadas reuniões mensais destinadas aos pais, embora apenas a mãe costume comparecer.

O número de creches é insuficiente para a demanda, especialmente no que se refere às crianças menores de dois anos. A LBA mantém com a Coordenadoria de Promoção Social um convênio para cursos, cujos temas são o funcionamento da creche, observação de crianças, noções gerais de desenvolvimento, organização de brinquedoteca, etc.

-Projeto "CAENA" (Criança Agora, Energia para um Novo Amanhã): O Projeto é administrado pelo Fundo de Solidariedade, atendendo crianças de 07 a 16 anos e visa evitar o fenômeno social de crianças de rua. Acolhe crianças no período extra escolar e desenvolve, principalmente, atividades profissionalizantes como marcenaria, datilografia, artesanato; bem como atividades esportivas e reforço escolar complementar. Dos 07 aos 11 anos as atividades são de reforço escolar e recreação, passando às profissionalizantes dos 12 aos 16 anos. Não há demanda reprimida neste projeto; trabalhando com pais e crianças para a adesão às atividades.

Os cursos de marcenaria, datilografia e corte-custura são conveniados com o SENAI. O SENAI de Itu repassa verbas para a Prefeitura de Boituva e as atividades são desenvolvidas na Casa de Cultura e no Centro de Integração Comunitária (CIC). A Prefeitura construirá uma escola técnica para maiores de 16 anos que, provavelmente, será operada pelo SENAI. As empresas localizadas em Boituva vem sendo acionadas para colaborar, sendo que futuramente poderão vir a absorver os profissionais formados.

O produto das atividades profissionalizantes é vendido em feiras de artesanatos e a arrecadação é revertida ao Fundo Social para a compra de novos materiais.

O atendimento médico e odontológico das crianças, nos dois projetos - creches e CAENA- é feito nas Unidades Básicas de Saúde, para onde são encaminhadas.

II - Atendimento à Comunidade

Encontram-se em andamento no município as seguintes atividades:

- **Cursos para mulheres:** corte-costura industrial, curso de confecção de flor, curso de artesanato e curso de pintura. Como existem em Boituva pequenas confecções, a Coordenadoria de Promoção Social tem conseguido da Secretaria de Estado do Trabalho,- alguns cursos de pequena duração para formar mão de obra.

- **Projeto "Desfavelamento":** este projeto foi implantado há dois anos e consiste em oferecer lotes de terrenos, numa área urbanizada, às famílias que têm condições financeiras de construir sua casa própria; e àquelas sem condições, é oferecido em uma outra área casas pré-fabricadas, de placas de concreto.

Os terrenos medem 5 m x 25 m , as construções são pequenas, sala de 3,5 m x 6,0 m, banheiro e área com tanque, oferecendo-se à família a planta, para posterior ampliação da moradia. A Coordenadoria de Promoção Social afirma que desfavelar não é apenas oferecer casa, mas propiciar reconstrução da cidadania; observam que a auto-estima dos moradores melhora após a mudança.- **Projeto "De Mãos Dadas":** consiste no atendimento aos migrantes, oferecendo passagens de ônibus ou trem para o destino original, e na complementação das atividades desenvolvidas pelo projeto "CAENA"(vide anexo). A informação é que há um trabalho que visa incluir as crianças no projeto

CAENA, possibilitando que suas famílias passem a receber cestas básicas. Há um plantão de fim de semana acionado por telefone.

- **Projeto "NUTI":** (Núcleo da Terceira Idade). A idéia original do NUTI era trabalhar com 10 idosos que vivem isolados em um asilo filantrópico, o objetivo era tirá-los dessa condição envolvendo-os em atividades no CIC e em outros locais públicos. No entanto a diretoria da entidade opôs-se à saída dos idosos e o programa foi aberto para a comunidade contando, atualmente com 170 inscritos. Oferece à sua clientela, constituída por pessoas maiores de 50 anos atividades de arte, cultura e lazer .

O NUTI tem convênio com óticas e farmácias, para descontos especiais; até agora houve apenas dois casos em que o SOS financiou integralmente os medicamentos.

4.8.5 Esporte , cultura e lazer

A Coordenadoria da Cultura está localizada junto à Casa da Cultura, contando com um quadro de pessoal de 12 funcionários. Funcionalmente , a Casa de Cultura compõe-se de:

- **Museu Histórico**, inaugurado em 1966, tendo:

- . museu do som
- . museu de peças históricas da cidade.
- . museu de paraquedismo
- . museu de fotografia
- . museu do índio
- . museu de mineralogia

- **Biblioteca**, fundada em 1968, possui um acervo de aproximadamente 7.000 títulos, com livros dos mais variados, desde livros técnicos até revistas em quadrinhos (gibis) , tendo 4600 livros catalogados e 2000 pessoas inscritas.

- **Sala de Jogos**, xadrez e damas.

- **Salas de Aula**, onde são oferecidos cursos aos munícipes:

- . pintura
- . confecção de bonecas e abajour
- . aulas de violão
- . iniciação teatral

- **Salão exterior para eventos e alguns cursos.**

Eventos culturais e sociais
Cursos

Os intercâmbios culturais são feitos principalmente com a cidade de Salto e alguns eventos são programados com outras coordenadorias do município, tais como Saúde e Educação.

Dentre outras atividades de lazer destaca-se no mês de setembro, a festa do Boituvano em comemoração ao aniversário da cidade.

Quanto as atividades esportivas , a cidade é considerada o Centro Nacional de Paraquedismo com realização de campeonatos nessa modalidade.

Há também um Parque Ecológico de preservação ambiental e uma área destinada ao camping.

4.8.6 Habitação

De acordo com o último levantamento de dados referentes ao número de imóveis e sua caracterização, existe em Boituva registradas 11500 unidades imobiliárias, das quais 6081 são edificações e 5419 são terrenos não ocupados.

A questão habitacional está incluída entre as prioridades de investimento para 1994. Boituva é um polo de atração migratória em função especialmente da industrialização. Tal fato gerou um importante crescimento populacional, propiciando inclusive, o aparecimento de uma favela com cerca de 98 barracos. Além disso observa-se, também no município o surgimento de bairros com residências de excelente qualidade e chácaras destinadas ao lazer de seus proprietários.

A prioridade habitacional, fundamentada no artigo 218 da Lei Orgânica do município é contemplada no Projeto Desfavelamento, que se operacionaliza de duas formas:

1. às famílias que possuem condições financeiras para a construção da moradia, são doados os terrenos.

2. às famílias que não possuem condições financeiras, recebem casas de placas de concreto pré-moldadas.

Em ambos os casos, os terrenos são dotados de infra estrutura urbana.

A Coordenadoria de Promoção Social responsabiliza-se pelo cadastramento das famílias e pela supervisão do processo; procura evitar o refavelamento derrubando o barraco desocupado, cercando o terreno e entregando-o ao cuidado de um vizinho que pode utiliza-lo, por exemplo, para plantio. Até agora 34 famílias estão em suas novas moradias, pelos dois processos.

4.8.7. Transportes

O transporte coletivo do município de Boituva é operacionalizado por concessão, pela empresa de ônibus privada SANITUR (Sabesnicolosi Transportes

Urbanos e Rodoviários) , conta com 03 linhas e cerca de 40 carros. A tarifa tem aumento mensal no dia 16 de cada mês de acordo com o IGPM sendo que em novembro/93 é de CR\$ 65,00, para transporte de usuários para municípios vizinhos. Além disso há uma linha circular inter-bairros com ônibus de hora em hora.

O município é responsável pelo transporte dos estudantes, e conta para isto com uma linha especial que cobre a zona rural, há dois anos. Transporta também, estudantes para os municípios de Tatuí, Sorocaba e Itapetininga. O município oferece uma ajuda de custo de 60% ou até 30 UFM(1UFM/ novembro CR\$ 91,80) para os estudantes de 2º grau profissionalizante e 3º grau que necessitam locomover-se a outros municípios.

Utilizam-se da Estação Rodoviária, as empresas BONAVITA S.A, VALE DO TIETE, ETF(Empresa de Transporte Fioravante Ltda.) e SÃO JORGE ligando Boituva a São Paulo, Tatuí e Sorocaba.

O acesso aos município da-se pelas rodovias SP 280 (Presidente Castelo Branco), SP-129 (Vicente Palma) e diversas estradas vicinais. Por via aérea no Centro Nacional de Paraquedismo que possui pista de 800m, compactada em terra batida, e comporta o pouso de aviões de pequeno e médio porte (até 15t), sua localização é: S 23° 17' N 43° 41'

Há ainda, a linha férrea da FEPASA, que permite o acesso a todas as localidades servidas pela mesma.

5.SAÚDE

Devido a estrutura organizacional da Prefeitura do Município não há ainda, oficialmente instituída a Secretaria Municipal de Saúde (existe um projeto de organograma da Prefeitura com a criação de Secretarias, ainda não aprovado pela Câmara). Assim, as ações de saúde no âmbito do município estão sob a responsabilidade de uma Coordenadoria de Saúde vinculada diretamente ao Gabinete do Prefeito.

Sob a administração direta da Prefeitura existem os seguintes serviços de saúde:

- Unidade Básica de Saúde IV - Boituva
- Unidade Básica de Saúde III - Santa Rita de Cássia
- Laboratório de Análises Clínicas Municipal
- Serviço de Vigilância Sanitária Municipal

O único hospital da cidade, Hospital São Luiz , conveniado com o SUS , atende também aos convênios particulares - ARAMAR, INGEPROM (da Usina de Cana-de-Açúcar local), UNIMED (vinculada a Interclínicas de São Paulo) e CLIMED (da cidade de Boituva). Além de ser o único equipamento hospitalar com Pronto-Socorro e Unidade de Internação, o Hospital atende a todos os munícipes, como também os moradores da cidade de Iperó.

A administração local, procurando solucionar os problemas de acesso da população residente na região leste da cidade, está construindo uma UBS no bairro de Flamboyant.

O convênio CLIMED possui consultórios médicos atendendo a seus filiados ambulatorialmente. Por fim, o Sindicato Rural, possui um serviço de atendimento odontológico destinado a seus filiados.

5.1 Indicadores de Saúde

Para avaliação do nível de saúde de uma população, pode-se utilizar vários coeficientes e proporções, que são construídos a partir dos dados de mortalidade e morbidade.

O coeficiente é uma relação entre dois valores numéricos, (indivíduos que apresentam determinado fenômeno dividido pelo total da população exposta ao mesmo fenômeno) que estimaria uma probabilidade ou o risco que determinada população está exposta a um determinado fenômeno.

A proporção é a relação entre o número de indivíduos que apresenta determinado atributo e o total de indivíduos considerados, ou seja, é a frequência relativa de determinado atributo.

Cabe salientar que a fidedignidade das informações geradas a partir de dados depende da boa qualidade dos mesmos.

5.1.1 Mortalidade

As estatísticas de mortalidade permitem inferir sobre o estado de saúde das populações, porém, sua análise deve considerar o conjunto de informações sobre a população considerada.

Coeficiente de mortalidade geral(CMG)

O CMG é a relação entre o total de óbitos e a população de uma área, num determinado período de tempo. Estima o risco de morrer que estão sujeitas as pessoas de uma determinada área, num determinado ano. É importante ressaltar que o risco constitui-

se numa medida aplicada às populações ou ao coletivo, não sendo possível, portanto, ser considerada no nível de indivíduo.

A análise da evolução do CMG de Boituva, em comparação com os valores observados para o Estado de São Paulo, no período de 1988 a 1991, mostra que o Município apresentou coeficientes ligeiramente crescentes até 1990, superando os valores do estado que apresentou tendência decrescente no período considerado.

Os dados de 1991 são preliminares e devem ser analisados com cautela. Nesse ano, houve queda nos CGM do Estado e município, sendo que Boituva atingiu valor inferior ao Estado de São Paulo (tabela 5.1 e figura 5.1).

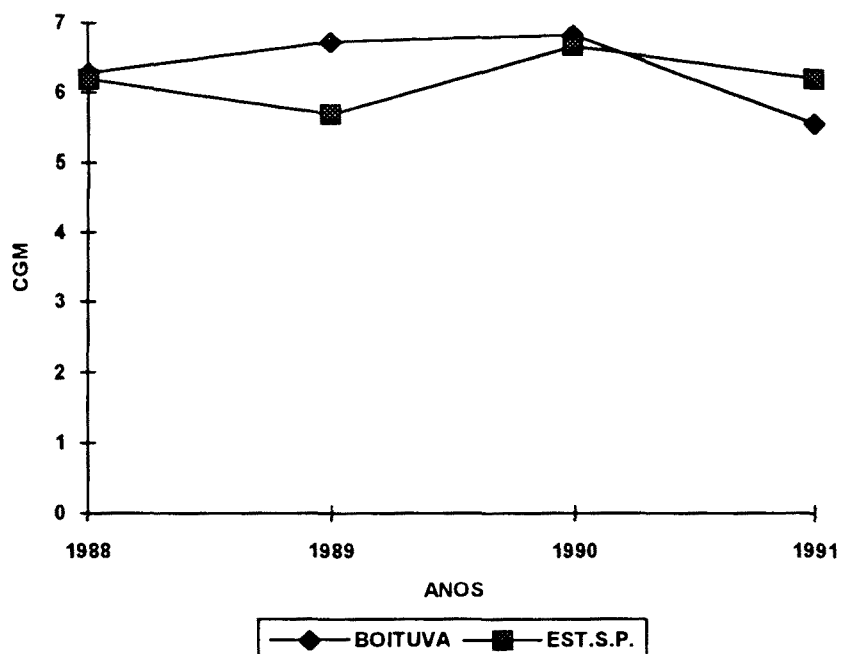
Tabela 5.1: Coeficiente de mortalidade geral (C.G.M.) por 1.000 hab, Município de Boituva, 1988 a 1991*

ANO	C.G.M.	
	BOITUVA	ESTADO DE S.P.
1988	6,27	6,74
1989	6,72	5,68
1990	6,82	6,65
1991	5,54	6,19

FONTE: SEADE

* OS DADOS DE 1991 SÃO PRELIMINARES

Figura: 5.1 Comparação entre os CGM do Município de Boituva e Estado de São Paulo , 1988 a 1991.



FONTE: SEADE

.Coeficiente de mortalidade segundo causas

Este coeficiente permite caracterizar risco, específico de mortalidade segundo causa. Comparando-se o município de Boituva ao Estado de São Paulo, em 1991, segundo esse critério, verifica-se que as três primeiras causas de óbito são as mesmas, porém o município apresenta coeficientes maiores que os do Estado. (Tabela 5.2.A e 5.2.B).

Tabela 5.2.A: Coeficientes específicos de mortalidade pelas principais causas (por 10.000 HAB.) , Município de Boituva, 1991.

CAUSAS DE ÓBITO	COEFICIENTE
TUMORES MALIGNOS	8,42
DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO	7,98
DOENÇAS CEREBROVASCULARES	7,09
TODAS AS DOENÇAS NÃO RELACIONADAS ACIMA ENTRE 140-799	4,43

Fonte: CIS/SEADE

Tabela 5.2B: Coeficientes específicos de mortalidade pelas cinco principais causas (por 10.000 hab.), Estado de São Paulo, 1991.

CAUSAS DE ÓBITO	COEFICIENTE
TUMORES MALIGNOS	7,34
DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO.	6,41
DOENÇAS CEREBROVASCULARES	5,43
OUTRAS FORMAS DE DOENÇAS DO CORAÇÃO	4,07

FONTE: CIS/SEADE

Coeficiente específico de mortalidade segundo sexo

Como o esperado em relação à mortalidade segundo sexo, observa-se que os coeficientes de mortalidade no sexo masculino são superiores aos do sexo feminino, tanto em 1980 quanto em 1991.

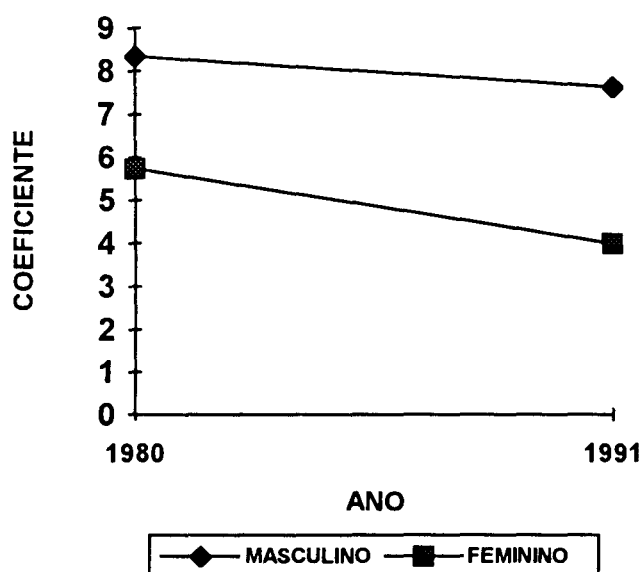
Nos dois sexos, houve diminuição dos valores dos coeficientes em 1991, porém, esta foi mais acentuada para o sexo feminino(Tabela 5.3, Figura 5.2)

Tabela 5.3: Coeficientes específicos de mortalidade por sexo (por 1.000 habitantes do sexo considerado), Município de Boituva, 1980 E 1991.

ANO	COEFICIENTE			
	MASCULINO	FEMININO	DIFERENÇA	% DE REDUÇÃO
1980	8,34	5,74	2,60	31,18
1991	7,62	3,99	3,63	47,64
Diferença	0,72	1,75		

Fonte: CIS /IBGE/SEADE

Figura 5.2: Coeficiente específico de mortalidade por sexo (p or 1.000 habitantes do sexo considerado), Município de Boituva, 1980 e 1991.



FONTE: CIS/IBGE/SEADE

Coefficiente de mortalidade segundo idade.

De acordo com o esperado, no ano de 1991 em Boituva, o coeficiente específico de mortalidade por grupo etário mostrou-se maior nos grupos etários dos extremos ou seja, em menores de um ano e maiores de 50 anos (Tabela 5.4).

Tabela 5.4: Coeficientes específicos de mortalidade (por 10.000 habitantes), segundo grupo etário, Município de Boituva, 1991.

Grupo etário (anos)	Coefficiente
< de 01	177,17
01 a 04	14,12
05 a 19	7,88
20 a 49	26,06
50 e +	226,18

Fonte: CIS/SEADE

Coefficiente de mortalidade infantil (CMI)

O CMI é bastante usado como indicador de nível de saúde e , também, como expressiva medida das condições gerais de vida das populações. Mede o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de idade. Compõe-se de duas partes: mortalidade neonatal e mortalidade infantil tardia; a primeira geralmente está associada a problemas maternos ligados a gestação e ao parto, a problemas de desenvolvimento fetal e de assistência ao recém-nascido, enquanto que, a segunda está intimamente ligada a fatores ambientais.

A análise dos coeficientes de mortalidade infantil em Boituva deve ser feita com cautela pois, dado o número reduzido de nascidos vivos, há grande variabilidade do coeficiente em decorrência de pequenas variações no número de óbitos em menores de um ano.

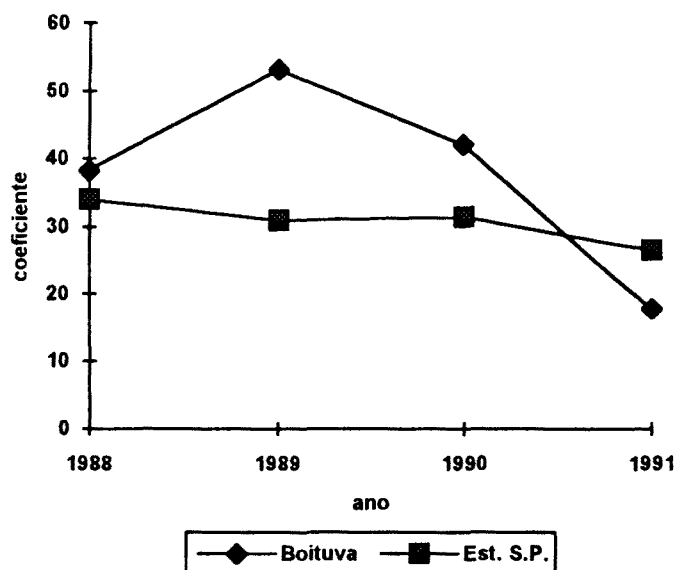
Comparando-se os coeficientes de mortalidade infantil de Boituva com os do Estado de São Paulo no período de 1988 a 1991, o município mantinha valores superiores aos do Estado, sendo que, segundo os dados preliminares de 1991, Boituva apresentou mortalidade infantil menor que a observada no Estado.(Tabela5.5, Figura 5.3).

Tabela 5.5: Coeficientes de mortalidade infantil (C.M.I.) por 1.000 nascidos vivos, Município de Boituva, 1988 a 1991.

ANO	C.M.I.	
	BOITUVA	ESTADO DE S.P.
1988	38,31	33,94
1989	53,17	30,92
1990	42,00	31,41
1991	17,75	26,51

FONTE: SEADE
 * OS DADOS DE 1991 SÃO PRELIMINARES

Figura 5.3: Coeficientes de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos),Município de Boituva e Estado de São Paulo, 1988 A 1991*.



FONTE: SEADE* OS DADOS DE 1991 SÃO PRELIMINARES

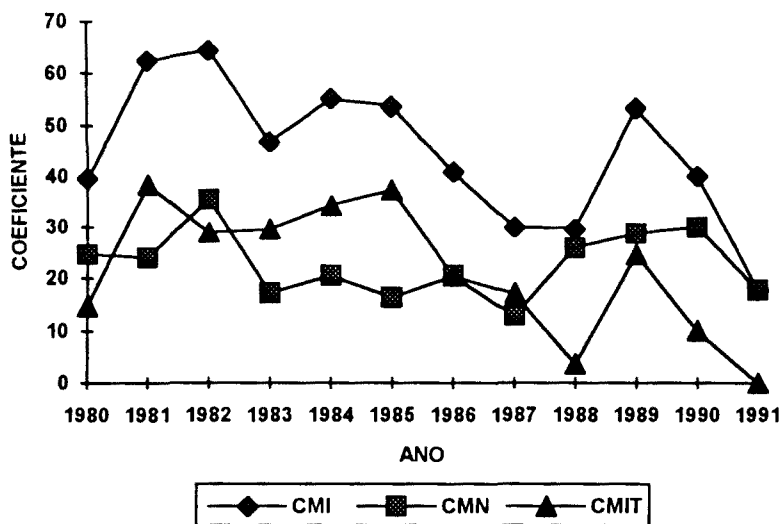
Na decomposição do CMI, a análise comparativa das três curvas referentes ao período de 1980 a 1991, mostra que o Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia (CMIT) praticamente acompanhou a tendência do CMI, enquanto que o Coeficiente de Mortalidade Neonatal (CMN) teve comportamento distinto. A partir de 1987, o CMN passou a ter maior peso na mortalidade infantil, sendo superior ao CMIT, indicando que os problemas relacionados às causas perinatais e anomalias congênitas vêm tendo maior importância que aqueles ligados a fatores ambientais (Tabela 5.6, Fig. 5.4).

Tabela 5.6: Coeficientes de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) e seus componentes, Município de Boituva, 1980 A 1991*.

ANO	CMI	CMN	CMIT
1980	39,50	24,69	14,81
1981	62,35	23,98	38,36
1982	64,44	35,55	28,88
1983	46,79	17,24	29,55
1984	54,91	20,59	34,32
1985	53,61	16,32	37,30
1986	40,82	20,41	20,41
1987	29,98	12,85	17,13
1988	29,63	25,93	3,70
1989	53,17	28,63	24,54
1990	40,00	30,00	10,00
1991	17,75	17,75	-

FONTE: CIS/SEADE
 * OS DADOS DE 1991 SÃO PRELIMINARES

Figura 5.4: Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) e seus componentes, município de Boituva, 1980 a 1991



FONTE: CIS/SEADE
 * OS DADOS DE 1991 SÃO PRELIMINARES

Quando se analisa os valores de mortalidade infantil segundo causas, constata-se que os óbitos concentram-se em causas perinatais para o ano de 1991 (Tabela 5.7).

Tabela 5.7: Número de óbitos e coeficiente específico de mortalidade (por 10.000 habitantes) em menores de um ano, segundo causas de mortes resumidas, Município de Boituva, 1991

CAUSA DE MORTE RESUMIDA	Nº	COEF.
lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	04	78,74
outras causas de morte perinatal	04	78,74
anomalias congénitas	01	19,69

FONTE: CIS/SEADE

Mortalidade proporcional segundo sexo e causas.

A mortalidade proporcional segundo sexo e causas mede, para cada sexo, a percentagem das mortes que são concernentes a determinada causa, em relação ao total de mortes. Ocorridas em uma determinada área, indica assim a importância de uma causa de morte para o sexo.

Observa-se que, em Boituva, a ordem de frequência relativa das três primeiras causas de morte em homens foram tumores malignos, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, e entre as mulheres: doenças isquêmicas do coração, todas as doenças não relacionadas acima entre C.I.D. 140-799 e doenças cerebrovasculares (Tabela 5.8).

TABELA 5.8: Mortalidade proporcional por sexo e causas, Município Boituva,1991

CAUSAS	MASC.		FEM.	
	Nº	%	Nº	%
TUMORES MALIGNOS	16	18,18	03	6,82
TUMORES BENIGNOS	03	3,41	-	-
DIABETTUS MELLITUS	-	-	02	4,54
ANEMIA	01	1,13	-	-
DOENÇAS HIPERTENSIVAS	01	1,13	01	2,27
DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO E OUTRAS FORMAS DE DOENÇA DO CORAÇÃO	14	15,90	11	25,00
DOENÇAS CEREBOVASCULARES	12	13,63	04	9,09
PNEUMONIA	07	7,95	01	2,27
BRONQUITE , ENFISEMA E ASMA	03	3,40	01	2,27
CIRROSE HEPÁTICA	02	2,27	01	2,27
NEFRITE SINDROME NEFRÓTICA E NEFROSE	01	1,13	01	2,27
ANOMALIAS CONGENITAS	-	-	01	2,27
LESÕES AO NASCER, PARTOS DISTÓCICOS E OUTRAS	03	3,40	01	2,27
OUTRAS CAUSAS DE MORTE PERINATAL	02	2,27	02	4,54
SINTOMAS E ESTADOS MÓRBIDOS MAL DEFINIDOS	05	5,68	04	9,09
TODAS AS DOENÇAS NÃO RELACIONADAS ACIMA ENTRE 140 -799	04	4,54	06	13,63
ACIDENTES DE VEÍCULOS A MOTOR	04	4,54	03	6,81
OS DEMAIS ACIDENTES	07	7,95	-	-
SUICÍDIOS E LESÕES AUTO - INFLIGIDAS	-	-	01	2,27
AS DEMAIS CAUSAS EXTERNAS	01	1,13	01	2,27
TRIPANOSSOMIASE	02	2,27	-	-
TOTAL	88		44	

FONTE: SEADE

Mortalidade proporcional segundo idade: razão de mortalidade proporcional ou indicador de Swaroop-Uemura.

O indicador de Swaroop-Uemura é a proporção de óbito de indivíduos de 50 anos ou mais, em relação aos óbitos totais. Quanto melhor o nível de vida e saúde de uma população, maior será o valor desse indicador, ou seja, maior será a concentração dos óbitos proporcionalmente ocorridos em indivíduos de 50 anos ou mais.

Para se avaliar melhor o comportamento da mortalidade em localidades que apresentam alta concentração de óbitos de indivíduos com mais de cinquenta anos usa-se a Mortalidade Proporcional de 70 anos e mais.

A razão de mortalidade proporcional em 1980, 1991 e 1992, indica que Boituva enquadra-se no segundo nível de saúde da classificação estabelecida por Swaroop-Uemura e, embora tenha havido um pequeno decréscimo em 1992, observa-se que a mortalidade proporcional de 70 anos e mais foi crescente nos mesmos anos. (Tabelas 5.9 e 5.10).

Tabela 5.9: Indicador de Swaroop Uemura, Município de Boituva, 1980, 1991 e 1992.

ANO	INDICADOR(%)
1980	62,92
1991	67,42
1992	62,68

**TABELA -5.10 MORTALIDADE PROPORCIONAL DE 70 ANOS E + ,
MUNICÍPIO BOITUVA, 1980, 1991 e 1992**

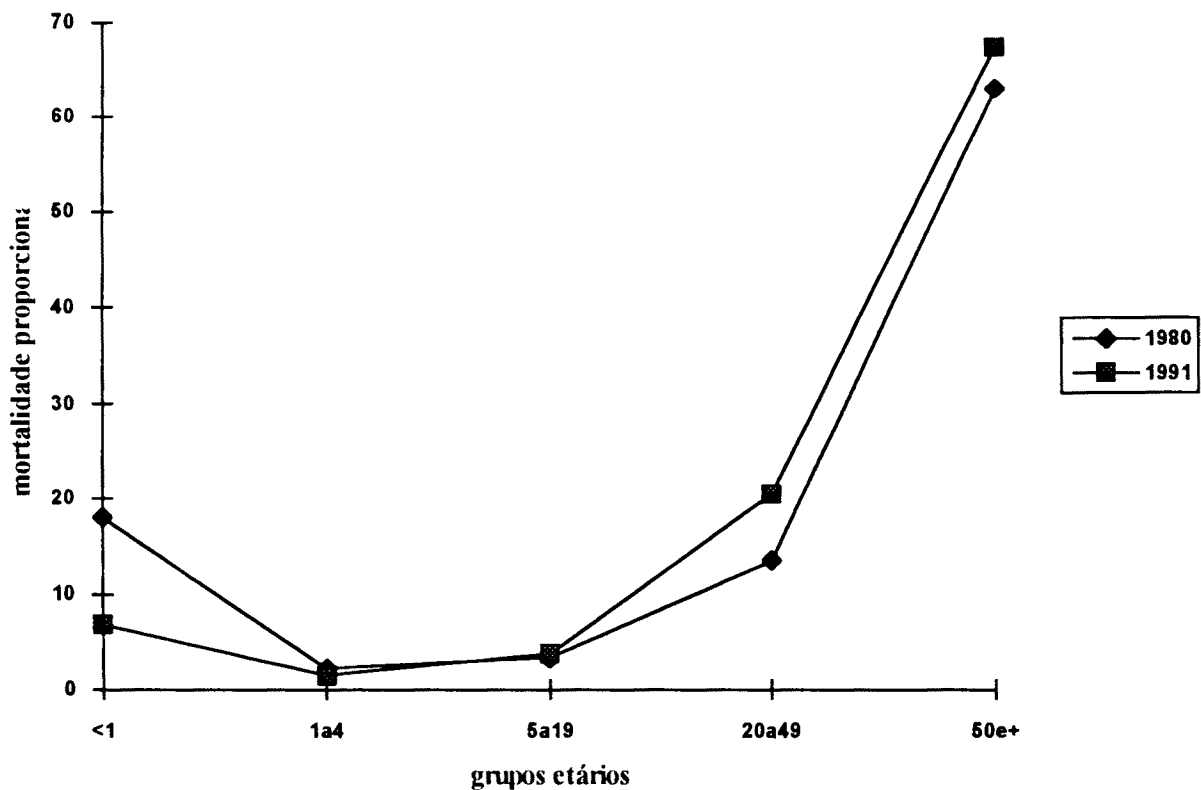
ANO	M.P. 70 E+
1980	32,58
1991	35,61
1992	38,73

Curva de mortalidade proporcional ou curva Nelson de Moraes.

É a projeção gráfica dos valores da mortalidade proporcional em grupos etários pré determinados. Essa curva permite uma visualização rápida do estado de saúde de uma população.

A comparação das curvas de mortalidade proporcional do município nos anos de 1980 e 1991, mostra que houve diminuição acentuada da mortalidade proporcional de menores de um ano, pequeno aumento da mortalidade proporcional de 50 anos e mais e um importante aumento na faixa de 20 a 49 anos. Além de fatores diretamente ligados à saúde, tais observações podem estar sendo influenciadas pela mudança na composição etária da população (Figura 5.5).

Figura nº 5.5: Mortalidade proporcional segundo grupo etário, município de Boituva, anos 1980 e 1991



FONTE: CIS/SEADE

5.2 Sistema Local de Saúde

5.2.1 Histórico

No Brasil até o início da década de 80, o setor estatal relegava a saúde a um segundo plano. O INAMPS priorizava a compra de serviços de saúde do setor privado. Em São Paulo, as transformações desta prática iniciaram-se quando o executivo estadual e o Ministério da Previdência e Assistência Social assinaram o convênio nº 7/83 que se

designou Ações Integradas de Saúde (AIS). Em razão deste convênio passou a existir um trabalho conjunto de várias instituições e, sobretudo, o repasse de recursos do INAMPS para a Secretaria de Estado da Saúde, permitindo à rede estatal ampliar e melhorar a oferta de serviços. Assim, é fundamental entender as AIS como um instrumento para fortalecimento do poder público na prestação de serviços, em vez de reduzi-las a um instrumento de repasse de recursos ao Estado.

Pouco depois também ocorreu uma reformulação no Sistema Estadual de Saúde com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA's), o que representou descentralização da decisão política pois, sua função era a administração dos recursos a nível regional e a elaboração de uma política de saúde compatível para cada região.

Com isso, ocorreu um fortalecimento do poder público municipal, que assume a responsabilidade pela prestação da assistência médica através do instrumento denominado Convênio de Integração para o Desenvolvimento de Ações de Saúde e Saneamento, cujo objetivo foi proporcionar uma maior articulação, apoio e assessoria técnica aos municípios com a finalidade de lhes dar condições de assumir a responsabilidade pela execução do atendimento básico a nível local.

No Município de Boituva, em 25/11/86 o Legislativo Municipal aprovou a Lei nº 463/86 que autorizou o Prefeito a assinar termo de adesão ao termo aditivo do convênio celebrado entre a União Federal, o Estado de São Paulo e o INAMPS, objetivando a implantação e execução do programa de Ações Integradas de Saúde no Estado de São Paulo. Assim em 01/12/86 é assinado um Termo de Adesão do Município de Boituva ao Termo Aditivo nº 02/84 do Convênio nº 07 de 26/10/83 para implantação e execução das AIS no município.

Em 21/05/87 é celebrado entre o MPAS/INAMPS e o Estado de São Paulo, com a interveniência do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação o Convênio SUDS - SP e seu respectivo Termo Aditivo Financeiro visando a implantação do SUDS - SP. O Convênio SUDS - SP/87 prevê, na Cláusula Primeira, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo, que se configura política e administrativamente pela integração dos serviços de saúde prestados direta ou indiretamente pelo INAMPS - SP, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos municípios com vistas ao processo de estadualização e crescente municipalização das ações de saúde.

Com isso, em 10/11/87 a Lei Municipal nº 494/87 autorizou o Prefeito de Boituva a celebrar convênio com o Estado de São Paulo, através da Secretaria Estadual da Saúde, com a interveniência do INAMPS para os fins especificados.

Em 29/12/87 foi assinado o Termo de Adesão do Município de Boituva ao Convênio SUDS - SP. objetivando implantar a integração dos serviços de saúde que atuam no município propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e fortalecimento do processo de municipalização.

Em 14/10/88 foi assinado o Termo de Cessão de Uso entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Prefeitura Municipal de Boituva, para a cessão do C. S. IV, em Boituva.

Com a promulgação da Constituição Federal em 05/10/88 as ações e serviços de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade.

Em seguida no dia 26/10/88 foi assinado o Termo de Reti-Ratificação e o Termo Aditivo ao Termo de Adesão ao Convênio SUDS - SP firmado entre a CIS - SP e o Município de Boituva (Convênio de Municipalização de Boituva). Em 20/01/89 foi assinado o Termo Aditivo Financeiro do Convênio de Municipalização

Em 19 de Setembro de 1990 foi promulgada a Lei nº 8080 que regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde (Lei Orgânica de Saúde) e em 28 de dezembro de 1990 a Lei nº 8142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde .

Por essas leis, os municípios deverão contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde e Plano de Saúde, para que possam receber os recursos concernentes à cobertura das ações e serviços de saúde por eles implementados.

Desta forma, em 10 de setembro de 1991, foram promulgadas no município de Boituva a Lei nº 712/91 que dispõe sobre a composição, organização e competência do Conselho Municipal de Saúde e a Lei 713/91 que instituiu o Fundo Municipal de Saúde. Em 09 de outubro de 1991 é assinado o Decreto nº 950/91 que estabelece critérios para nomeação de membros do Conselho Municipal de Saúde C.M.S., porém, somente em 01 de junho de 1993 entra em vigor a Portaria nº1324/93 que nomeia os membros para o CMS

No primeiro semestre de 1992 foi elaborado o Plano Municipal de Saúde de Boituva para período de julho de 1992 a junho de 1993.

Em 20 de maio de 1993 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 545 que estabelece Normas e Procedimentos Reguladores do Processo de Descentralização da Gestão das Ações e Serviços de Saúde através da Norma Operacional Básica

SUS 01/93. Em seguida, publicou a Instrução Normativa nº01 de 23 de setembro de 1993 que disciplinou os fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e Estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93.

Tendo em vista o cumprimento do estabelecido nestes documentos, o Prefeito de Boituva manifestou, através, de ofício nº 893/93 de 20/10/93, interesse em ter este município incluído na condição de gestão parcial até 31 de dezembro de 1993.

Em 22/10/93 a Comissão regional do ERSA/37- Tatuí, emitiu parecer que o município tem condições de assumir os quesitos exigidos, sendo portanto favorável à municipalização na condição de Gestão Parcial.

5.2.2 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES QUE COMPÕEM O SISTEMA

Os serviços de saúde de Boituva que estão municipalizados, compõem-se de duas Unidades Básicas de Saúde e outra em final de construção, com previsão de inauguração para 16/12/1993. Contam ainda com um laboratório de análises clínicas que realiza exames de menor complexidade e uma equipe de Vigilância Sanitária que é supervisionada diretamente pelos técnicos do ERSA de Tatuí.

Como retaguarda ao serviço de atendimento ambulatorial, há um hospital geral - Hospital São Luiz pertencente a Fundação João Luiz Labronici, conveniado com o SUS e em cujo quadro de pessoal há servidores municipais. Há ainda um atendimento odontológico realizado na sede do Sindicato Rural, que é conveniado com o SUS.

O gerenciamento dos equipamentos é realizado pela atual Coordenadoria de Saúde, que basicamente restringe-se à pessoa do Coordenador e do Diretor de Saúde.

UBS IV - Boituva

Até 1987, o atendimento ambulatorial à população era feito através do Centro de Saúde do Estado e do Serviço de Assistência Médica Municipal (SAM). Após este período com a mudança nas diretrizes de Saúde a nível Estadual a UBS IV - Boituva passou a ser gerida pela Prefeitura, absorvendo os serviços do SAM, e sofrendo uma ampliação em suas instalações.

A UBS IV Boituva está localizada em área central da cidade, e atende à demanda espontânea e agendada. Os pacientes agendados são aqueles matriculados nos Programas de Tuberculose , Hanseníase e Desnutridos. Atendem em média, em consultas médicas mensais, 1348 pacientes, contando com um corpo clínico de 10 médicos distribuídos pela seguintes especialidades:

- pediatria - 02
- clínica médica - 04
- cardiologia - 02
- gineco-obstetricia - 02

Possui em suas instalações:

- 04 consultórios médicos
- 01 consultório odontológico
- 01 sala de enfermagem
- 01 sala de curativo
- 01 sala de vacinas
- 01 sala de ultrassonografia
- 01 sala para pequenas cirurgias

Os médicos distribuem-se ainda em períodos e pelos quatro consultórios existentes.

O atendimento médio mensal registrado no serviço odontológico, foi de 2077 atendimentos feitos por oito dentistas, um em cada uma das 05 escolas e 03 na UBS.

O atendimento de suporte psicológico é feito por 02 psicólogos e um médico clínico com treinamento em psiquiatria .

As atividades de apoio de pré e pós consultas, triagem e conservação do equipamento é feito por:

- 05 auxiliares de enfermagem
- 02 atendentes de enfermagem
- 03 visitantes domiciliares
- 05 recepcionistas
- 03 escriturários
- 02 encarregados de setor
- 01 encarregado de serviço
- 05 serventes
- 02 auxiliares de serviços

Há na UBS 24.461 prontuários de pacientes, sendo todos de residentes no município. Para os atendimentos de residentes em outros municípios próximos, principalmente da cidade de Iperó não são abertos prontuários (não matriculados) e sim abertos uma Folha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.), considerada como ficha de atendimento eventual. Estas fichas são separadas e guardadas em uma pasta específica pelo prazo de 02 meses após o atendimento, findo o qual são destinadas ao arquivo morto. Os atendimentos de maior complexidade, que necessitam de atenção especializada, são encaminhados aos serviços de Sorocaba ou de Tatuí.

Os casos de internação são removidos em ambulância àquele hospital que cede a vaga, após contato.

A rotina de atendimento segue uma triagem efetuada pelo médico clínico, em primeira consulta, que encaminha o paciente para um especialista, quando for o caso. Se a especialidade solicitada fizer parte das clínicas existentes no município, a recepcionista faz o agendamento para a especialidade solicitada.

A farmácia da UBS é suprida por medicamentos destinados ao atendimento dos pacientes matriculados nos Programas e são fornecidos pelo ERSA, não havendo compra de medicamentos pela Prefeitura.

Para procedimentos de curativos, medicamentos de reposição ou vacinação, também são abertas FAA.

No Programa de Desnutridos, o cartão para recebimento do leite está vinculado à apresentação da Carteira de Vacinação atualizada; a renovação do cartão é feita mensalmente.

No atendimento Odontológico é usada a Folha de Atendimento Odontológico(F.A.O.) que é inserida no prontuário do paciente.

No momento, a Coordenadoria Municipal de Saúde, está instalada nas dependências da UBS, onde o atual Coordenador faz também atendimento ambulatorial na especialidade de dermatologia; a Coordenadoria utiliza o corpo administrativo da UBS.

UBS III - Santa Rita de Cássia

Esta UBS foi inaugurada em 1991, e está localizada no bairro mais populoso da cidade, atendendo à demanda espontânea e agendada.

Os pacientes agendados são aqueles matriculados no acompanhamento do pré natal.

Atendem mensalmente , cerca de 903 pacientes, com um corpo clínico composto de 05 médicos, distribuídos pelas seguintes especialidades:

- pediatria - 01
- clínica geral - 02 (sendo que um deles atende também reumatologia)
- ginecologia e obstetrícia - 02

Conta, em sua estrutura física, com:

- 02 consultórios médicos
- 01 consultório ginecológico
- 01 consultório odontológico
- 01 sala de curativos
- 01 sala de vacinação

O serviço odontológico, atendendo em média 563 pacientes/mês , é feito por dois dentistas, contando com apenas um equipo odontológico.São atendidos tanto adultos como crianças e, prioritariamente, gestantes.

A procura diária de atendimento médico nesta UBS. é de cerca de 200 pessoas, sendo atendida menos da metade delas, devido ao número de consultas previstas para cada clínica (gineco- obstetrícia:16, clínica geral:28, pediatria: 25 consultas).

As funcionárias da recepção efetuam uma pré-triagem dos pacientes excedentes, através de consulta telefônica encaminhando-os à UBS Boituva ou ao Hospital , se houver necessidade.

Um grande número de pacientes, são também matriculados na UBS Boituva , principalmente quando se refere a necessidade de especialistas. Devido a isto é fornecido ao paciente um cartão de identificação, onde consta o número do prontuário correspondente em cada Unidade. A numeração do prontuário está atualmente no número 6.693 (dado de 24.11.93).

Conta ainda, no seu quadro de pessoal, com:

- 02 auxiliares de enfermagem
- 05 escriturários
- 02 auxiliares de serviço
- 01 vigia

O fluxo dos pacientes é o mesmo adotado na UBS Boituva, em relação aos residentes no município, que são matriculados, e os não residentes, considerados como atendimento eventual.

Todo o material utilizado, desde impressos, material de consumo, medicamentos, etc., é solicitado à UBS Boituva.

Para a solicitação de exames laboratoriais complementares, os pacientes são encaminhados ao laboratório anexo às UBS Boituva.

Os dados de produção mensal, são referenciados à UBS Boituva.

Laboratório

O laboratório de Análises Clínicas funciona em prédio anexo à UBS Boituva, e efetua exames de menor complexidade.

Conta com o seguinte quadro de funcionários:

- 02 biólogos
- 02 técnicos de laboratório
- 02 auxiliares de laboratório.

A atividade de apoio administrativo, limpeza e manutenção, é feita pelos mesmos servidores da UBS Boituva.

O laboratório, conta com os seguintes instrumentos de trabalho:

- 02 microscópios (Olympus)
- 01 agitador orbital (mod. 255)
- 01 micro-lematócrito (mod. 211)
- 01 banho-maria (mod. 100)
- 02 centrífugas (mod. 206 e 206-R)
- 01 estufa (mod. 315-E)
- 01 relógio de tempo (Lencotran)
- 01 suporte (VHS)
- 01 geladeira
- 01 deionizador de água

Conforme dados fornecidos, o laboratório realizou em 1992 os seguintes exames:

- fezes - 5.384
- hematológico - 1.067
- imunológico - 1.135
- microbiológico - 1.135
- urina I - 2.343

Diariamente são realizados, em média 80 exames laboratoriais.

Devido à demanda de solicitação de exames laboratoriais complementares, é parecer da administração a necessidade da ampliação das atuais instalações, compra de equipamentos básicos e contratação de técnicos especializados.

Conquanto tal situação perdure, são utilizados os serviços laboratoriais particulares, conveniado pelo SUS, principalmente para os exames mais urgentes.

Hospital São Luiz

Conforme Estatuto Social, a Fundação Luiz João Labronici foi criada pela Agropecuária Labronici S.A., como entidade autônoma, com personalidade jurídica de direito privado e tem por objetivo o exercício da filantropia através da administração do Hospital São Luiz, fornecendo assistência médica-hospitalar gratuita, em carácter beneficente sem qualquer distinção.

O Hospital foi inaugurado oficialmente em 20/12/1964 porém só iniciou seu funcionamento efetivo a partir de 10/07/1966, devido a falta de equipamentos mínimos, os quais foram adquiridos através de doações, rifas e leilões de gado.

O Estatuto vigente é de 12/04/1988, e determina que a administração da Fundação seja formada pelos seguintes órgãos :

- Conselho de Curadores
- Diretoria Executiva
- Conselho Fiscal
- Colegiado Clínico.

Os recursos financeiros para a manutenção e funcionamento, conforme o Estatuto, tem as seguintes origens :

- legados e doações
- contribuições
- auxílios e subvenções
- rendas de serviços médicos hospitalares
- outras eventuais rendas de seus bens.

Constata-se, no entanto, pelos dados financeiros fornecidos pela administração do hospital, que as verbas para a sua manutenção atualmente, provêm principalmente do SUS (aproximadamente 83%) e de convênios e particulares (aproximadamente 15%); são 18 convênios médicos contratados. As subvenções públicas através da Prefeitura que são normalmente liberadas em situações emergenciais, são utilizadas principalmente para manutenção de viaturas, compra e reposição de peças, combustível e gêneros alimentícios.

As doações da comunidade são cada vez mais raras, existindo no entanto, um "corpo de voluntários", que atua informalmente quando acionados para doação de mantimentos ou enxovais para recém-nascidos.

O hospital atende principalmente a demanda espontânea e referenciada pelas U.B.S. locais. Há um grande contingente de pacientes da cidade de Iperó, por ser a única instituição com atendimento 24 horas.

Seu corpo clínico, constitui-se de 21 médicos, sendo 05 plantonistas, atendendo às seguintes especialidades:

- clínica geral
- pediatria
- gineco-obstetrícia
- dermatologia
- cardiologia
- reumatologia
- ortopedia

Atende em média 2.557 consultas no Pronto Socorro, por mês, contando com:

- 02 consultórios
- 02 salas de observação (04 macas)
- 01 sala de gesso
- 01 sala para pequenas cirurgias e medicação.

O Hospital não possui leito de UTI, contando com 54 leitos de internação, destinados às seguintes clínicas:

- 16 leitos de obstetrícia
- 11 leitos de pediatria
- 20 leitos de clínica médica e clínica cirúrgica
- 03 suites, ocupadas exclusivamente por pacientes particulares
- 04 apartamentos, normalmente destinados a particulares ou convênios médicos.

Quanto ao atendimento, foram registrados em 1992, cerca de 3.285 internações, sendo:

- 781 internações obstétricas
- 356 partos normais
- 425 partos cesáreas (54,4%)
- 32.740 consultas ambulatoriais.

No primeiro semestre de 1993, foram registrados 1.610 internações, sendo:

- 439 internações obstétricas
- 219 partos normais
- 220 partos cesáreas
- 8.401 consultas ambulatorias

Como equipamento auxiliar o hospital possui:

- 01 aparelho de raio X, fixo
- 01 respirador
- 01 aparelho de eletrocardiograma
- 01 desfibrilador
- 02 monitores
- 01 carrinho de anestesia
- 01 autoclave
- 02 estufas

A esterilização do material, termossensível é efetuada por uma firma contratada que utiliza o peróxido de etileno.

Há ainda, uma farmácia (sem farmacêutico) um expurgo e um centro de materiais.

Conforme dados fornecidos pelo hospital em relação ao ano de 1992, foram atendidos em média de 85 a 89 pacientes por dia: média esta que permanece até esta data.

Do total dos pacientes atendidos, 10% aproximadamente constituíram-se de casos que requereram internação. Do total das internações 23,75% foram da clínica obstétrica.

No primeiro semestre de 1993, 19,2% do total dos pacientes atendidos foram internados, e deste total, 27,3% foram da clínica obstétrica.

Devido à demanda, a direção do hospital está construindo uma edificação no próprio terreno, destinada ao atendimento obstétrico. Ainda em fase da construção, deverá contar com salas para:

- UTI
- Centro Cirúrgico
- Pós operatório
- Pré parto
- Parto
- Enfermarias

Cabe ressaltar, que a grande demanda para partos se deve ao fato de ser a única instituição na região, e pela existência no hospital de um grupo de 08 "parteiras", especialmente treinadas pelo antigo diretor, que durante muitos anos, foi o único médico da cidade. Segundo avaliação da direção do hospital, confirmada pela enfermeira, as "parteiras" estão perfeitamente habilitadas para assistirem partos normais, e suas atividades são atestadas como de suma importância para a qualidade dos serviços prestados.

Os exames laboratoriais são realizados por laboratórios conveniados ao SUS.

Setor Privado

Boituva conta com uma empresa de Medicina de Grupo, a Clínica Médica de Boituva S/C LTDA, (CLIMED). Funciona desde 1987 através do sistema de Pré pagamento.

Conta com um corpo clínico de 15 profissionais de saúde e 03 laboratórios credenciados.

A CLIMED atualmente presta serviços para 09 empresas locais com cerca de 900 associados e seus familiares.

A organização dos serviços conta com uma rede de consultórios credenciados. As internações são realizadas no Hospital São Luiz, sendo que giram em torno de 15 a 20 internações por mês principalmente em Clínica Obstétrica.

A empresa não possui um centro de diagnóstico. Os exames especializados, como endoscopia digestiva e ultrassonografia são realizados por profissionais de outras cidades que vão a Boituva uma vez por semana, para esta finalidade e recebem por serviço prestado.

As serviços oferecidos pela CLIMED são: cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, ginecologia obstetrícia, gastroenterologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia, reumatologia, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia.

5.2.3 Comentários gerais sobre a produção de serviços.

De acordo com a Portaria nº 3.046/82, do INAMPS vigente, que estabelece parâmetros para um planejamento assistencial municipal, relacionando-o ao número de habitantes, é possível tecer-se comentários avaliativos dos serviços prestados:

Consultas Médicas

Considerando-se que o parâmetro básico de consultas médicas é de 02 consultas/habitantes/ano, os serviços deveriam ter realizado no ano de 1991(ano base considerado), 46.221 consultas (dado esperado). Como foram realizadas 75.117 consultas, os serviços atingiram 3,25 consultas/habitantes/ano.(Tabela 5.11).

Conforme informações obtidas junto aos responsáveis pelos serviços de atendimento, este dado elevado deve-se ao fato de que não somente existe um atendimento da população de Iperó (eventual), como também de que provavelmente a população está sub-estimada no censo de 1991. Assim, nas consultas de clínica básica, foi alcançado 82% a mais do que o número esperado. Há que se considerar que o atendimento obstétrico e pediátrico são os mais procurados; e há um grande contingente da população masculina que se utiliza regularmente dos atendimentos de clínica médica.

Os atendimentos das clínicas especializadas, por sua vez, ficou 85% a menos do esperado, o que decorre do fato de que apenas os procedimentos básicos de algumas especialidades são realizados, para os casos de procedimentos específicos, os pacientes são encaminhados para Tatuí ou Sorocaba.

Quanto à urgência/emergência foram atendidas 81% além do número esperado, uma vez que o Pronto-Socorro do Hospital, é o único da região; além disto a

existência de um grande número de indústrias, plantações agrícolas e atividade pastoril, provavelmente contribuíram para esse resultado.

Tabela - 5.11 Distribuição do número e porcentagem de consultas médicas realizadas em relação ao nº de consultas esperadas pelos parâmetros da Portaria nº 3.046/82 do INAMPS, no Município de Boituva, 1991.

nº de consultas clínicas	esperado		alcançado		diferença %
	nº	%	nº	%	
clínicas básicas*	30044	65.00	54707	77.30	+82,08
clínicas especializadas	9244	20.00	7857	7.70	- 15.00
urgência/emergência	6933	15.00	12553	15.00	+81.06
TOTAL	46221	100.00	75117	100.00	

FONTE: INAMPS/ERSA-37-TATUI

* CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA, GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA E CLÍNICA GERAL

Consultas Odontológicas:

O parâmetro correspondente à consulta odontológica, é de 0,5 consulta/habitante/ano, atingindo para o município o número de 11.555 consultas. Foram realizadas 24.646 consultas, ou seja, atingindo-se o parâmetro de 1,0 consulta/ano/habitante ou 100% do esperado. Este dado por si só, não viabiliza uma avaliação do serviço, uma vez que não se tem registrado o dado sobre alta odontológica que forneceria condições de análise.

Internações :

Considerando-se que a necessidade de internação por 1.000 habitantes, é de 0,1 internações/benefício/ano, e que este dado considera uma distribuição percentual por especialidade e parâmetro de produtividade; a cidade apresentou os seguintes dados:

Seria esperado um total de 2.310 internações no ano de 1991, e foram realizadas 2.778 internações. Consta que 490 (17,6%) foram de pacientes moradores na

cidade de Iperó que conta com cerca de 10.480 habitantes e não possui qualquer unidade hospitalar. Desta forma, a nível do parâmetro geral, não há indicação de qualquer alteração.

Considerando-se no entanto o número de internações por clínicas notamos que:

-Em clínica médica, foram internados 24,68% a mais do que o esperado. As internações pediátricas estão aqui englobadas;

-Em clínica cirurgica, foram internados 29,81% a menos do esperado, advindo este dado provavelmente, pelo fato do hospital contar com um único anestésista em dois dias semanais, e que as cirurgias de médio e grande porte são encaminhadas para Sorocaba;

-Em clínica obstétrica foram internados 63,21% a mais do esperado, atestando o fato de que os partos da região são todos feitos neste hospital.(Tabela 5.12)

Tabela -5.12 Distribuição do número e porcentagem de internações hospitalares realizadas, (por 1.000 habitantes) em relação aos esperados no Hospital São Luiz no município de Boituva em 1991.

nº de internações clínicas	esperado		alcançado		diferença %
	nº	%	nº	%	
clínica médica	1155	50.00	1440	52.65	+24.68
clínica cirurgica	416	18.00	292	10.47	- 29,81
clínica psiquiática*	92	4.00	-	-	-
clinica obstétrica	647	28.00	1056	37.88	+63.21
TOTAL	2310	100.00	2788	100.00	

FONTE: INAMPS /ERSA-37-TATUI

* NÃO EXISTEM LEITOS PSIQUIÁTRICOS. OS PACIENTES SÃO ENCAMINHADOS PARA SOROCABA.

Segundo dados de 1991, a taxa de ocupação hospitalar foi de 60%.No entanto a enfermeira responsável no hospital São Luiz, declarou que a taxa é de 100% de ocupação, em novembro de 1993.

Número de Leitos.

Pelos parâmetros indicativos, o município comportaria, pela sua população aproximadamente 53.4 leitos, distribuidos pelas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e psiquiátrica. O hospital local possui 54 leitos; entende-se assim, que sua capacidade supre as necessidades de internações.(Tabela 5.13)

Pelas peculiaridades anteriormente citadas, o número de internações obstétricas é consideravelmente acentuado, e internação psiquiátrica não são efetuadas. Desta forma a uma adequação às recomendações da Portaria nº 3.046/82 do INAMPS, em relação a distribuição por clínicas, dos leitos disponíveis, sendo na situação de Boituva, destinado um número maior de leitos para a clínica obstétrica (cerca de 187,5% a mais do que o recomendado).

Tabela 5.13: Distribuição do número de leitos, por clínicas em relação aos parâmetros da portaria nº 3046/82 do INAMPS,e número de leitos disponíveis no Município de Boituva, 1991.

.nº de leitos/1000 hab/ clínicas	recomendado	previsto - Boituva	existente
clínica médica*	1,11	25,6	21*
clínica cirurgica	0,86	8,3	10
clínica obstétrica	0,35	8,0	23**
clínica psiquiatrica	0,50	11,5	-
TOTAL	-	53,4	54

FORTE: PORTARIA Nº 3046 - INAMPS - DADOS COLETADOS NO MUNICÍPIO DE BOITUVA .

* INCLUI LEITOS PEDIÁTRICOS

** INCLUI TRÊS SUITES E QUATRO APARTAMENTOS DESTINADOS A PARTICULARES

Serviços Complementares - SADT

Reportando-nos à recomendação da Portaria, de que os serviços complementares de Patologia Clínica e Radiologia, não devem ultrapassar 70% do número total de consultas esperadas, deveriam ter sido realizados 32.355 exames complementares em 1991. Foram realizados 11.178 exames complementares correspondendo a 35% aquém do limite recomendado.

Há que se considerar que o Laboratório Municipal só executa exames de menor complexidade, pela falta de equipamento e principalmente pela inexistência de profissionais habilitados, não sendo portanto executados exames bioquímicos.

Os laboratórios particulares existentes no município também têm sua capacidade limitada. Tal quadro aponta a existência de uma demanda reprimida que, provavelmente, são os casos referidos para o Laboratório Regional de Tatuí.

5.2.4 Recursos humanos

Conforme o organograma da Prefeitura apresentado, que deverá ser apreciado pela Câmara Municipal, para aprovação, a Coordenadoria de Recursos Humanos será subordinada a futura Secretaria da Administração.

A Coordenadoria é responsável pela administração dos servidores municipais desde a sua admissão até a exoneração ou demissão.

A admissão do pessoal pode ser feita através de: concurso público, nomeação por Portaria e contratação pela CLT.

De acordo com informações, não há praticamente rotatividade de pessoal, uma vez que a grande maioria dos servidores é residente na cidade.

Em 1992, foi realizado um curso de auxiliar de enfermagem para 25 pessoas, sendo que a maioria já eram funcionários do hospital os quais foram contratados na categoria de auxiliares de enfermagem.

Todos os servidores de nível universitários são nomeados por Portaria de Nomeação, em cargos em comissão, ao reduzido número de pessoas com formação universitária na cidade e quase a totalidade destes têm vínculo empregatício com a Prefeitura . Há ainda as contratações pela CLT, principalmente para pessoal de nível operacional. Atualmente, na área de saúde, o quadro é composto pelas seguintes categorias profissionais:

QUADRO DEMONSTRATIVO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - BOITUVA.

NIVEL	CATEGORIA PROFIS.	UBS IV	UBS III	HOSP. SÃO LUIZ	LAB.	VIG. SANIT
Superior	Cardiologista	02	02	01	-	-
	Ginecologista	02	02	02	-	-
	Dermatologista	01	01	01	-	-
	Pediatra	02	01	02	-	-
	Clinico Médico	04	02	-	-	-
	Clinico Geral	-	-	01	-	-
	Ortopedista	-	-	02	-	-
	Reumatologista	-	-	01	-	-
	Odontólogo	03	02	-	-	-
	Psicólogo	02	-	-	-	-
	Enfermeiro	01	-	01	-	-
	Biólogo	-	-	-	02	-
	Veterinário	-	-	-	-	01
	Arquiteto	-	-	-	-	01
	Contador	-	-	01	-	-
Administrador	-	-	01	-	-	
Técnico	Téc. Laboratório	-	-	-	02	-
	Téc. Raio X	-	-	01	-	-
	Instrumentador	-	-	01	-	-
	Aux. Enfermagem	05	02	-	-	-
	Aux. Laboratório	-	-	-	02	-
Médio	Vis. Domiciliar	01	-	-	-	-
	Secretária	-	-	01	-	-
	Faturista	-	-	01	-	-
	Enc. Farmácia	-	-	01	-	-
	Escriturário	03	05	04	-	01

	Aux. Serviços	06	02	-	-	-
	Atend. Enf.	02	-	15	-	-
	Recepcionista	05	-	01	-	-
	Motorista	07	-	03	-	-
	Enc. de Setor	02	-	-	-	-
Operac.	Enc. de Serviço	01	-	09	-	-
	Atend. Secr.	-	-	05	-	-
	Lavadeira	-	-	03	-	-
	Copeira	-	-	01	-	-
	Cozinheira	-	-	01	-	-
	Faxineira	-	-	01	-	-
	Vigia	-	01	04	-	-
TOTAL		49	20	65	06	03

5.2.5 Recursos financeiros

As ações e serviços de saúde executados a nível municipal são financiados por recursos provenientes da União, dos Estados e da Receita própria dos Municípios.

Os recursos financeiros originários do Orçamento da Seguridade Social são administrados pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde. A sistemática de transferência destes recursos para as demais esferas de governo foi estabelecida no artigo 35 da Lei nº 8.080/92 e detalhada nas Normas Operacionais Básicas-SUS de 91, 92 e 93.

Segundo a NOB-SUS 01/93 o financiamento das atividades ambulatoriais se dá através do Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA/SUS, sendo a Unidade de Cobertura Ambulatorial-UCA destinada a definir os valores a serem repassados com base

nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior.

Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA, são obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

O financiamento das atividades hospitalares é realizado pelo sistema de financiamento hospitalar tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares SIH/SUS, e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O teto quantitativo de AIH's para os municípios é equivalente a um duodécimo de 8% de sua população enquanto para os estados é de um duodécimo de 2% da população.

Os Conselhos de Saúde devem aprovar os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade, entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurando o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

Este sistema de transferência de recursos às esferas estaduais e municipais estabelece uma relação de compra e venda de serviços que fere os critérios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde pois até o presente momento, tem privilegiado apenas o critério populacional.

No Município de Boituva, em 1992, as transferências de recursos de custeio do SUS (cobertura ambulatorial) e do convênio SUDS-SP correspondiam, a 32,02% dos recursos financeiros do setor saúde, sendo o município o responsável pelos

67,8% restantes. Observa-se que de 1990 a 1992 houve um aumento significativo no percentual de participação da receita própria do município nos gastos com saúde, evoluindo de 49,5% em 1991 para, 67,8% em 1992.

Até agosto de 1993, o município recebia 132 AIHs. Como eram insuficientes, de maneira informal, o ERSA passou a liberar 186 AIHs; haja visto que o Hospital São Luiz recebe muitos pacientes de Iperó, o teto quantitativo de AIHs foi recalculado elevando-se para 270. Em novembro, porém, o hospital fez 352 internações e é provável que em dezembro este índice seja novamente ultrapassado, quando poderá ser necessário restringir-se o número de internações.

Quanto ao nível de participação do setor saúde no orçamento municipal observa-se que em 1992 o balancete analítico das despesas revela que em saúde e saneamento o município gastou 14,0% do total de sua receita orçamentária. Desde 1988 no orçamento municipal foram empenhadas e pagas despesas que representam valores percentuais superiores a 10,0%. Porém, não é possível determinar com clareza as despesas relacionadas somente com o setor saúde pois não há qualquer discriminação no orçamento. Segundo o Plano Municipal de Saúde o percentual de participação do setor saúde isoladamente, no total do orçamento, foi de 10,78% em 1991.

Em 1992 os gastos com custeio de pessoal representam 33,2% dos recursos referentes à área de saúde e saneamento, com material de consumo 35,3% e com investimentos 10,9% sendo 9,5% em obras e instalações e 1,4% em equipamentos e material permanente.

QUADRO RESUMO DOS RECURSOS FINANCEIROS EM %

FONTES	1990	1991	1992	1993*
RECEITAS PROPRIAS DO MUNICÍPIO	49,50	52,20	67,80	75,90
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	50,50	47,80	32,20	24,10

FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE - P.M. BOITUVA
* ATÉ NOVEMBRO /93

DEMONSTRATIVO DA RECEITA ORÇAMENTÁRIA TOTAL E DESPESA COM SAÚDE E SANEAMENTO NO MUNICÍPIO DE BOITUVA

EXERCÍCIO	RECEITA	DESPESA	%
1988	420.960.054,83	50.541.258,31	12,00
1989	9.888.316,85	1.034.129	10,40
1990	323.529.843,60	35.783.833,94	11,00
1991	1.614.054.108,04	215.730.713,81	13,33
1992	15.329.741.602,09	2.158.184.755,92	14,00

FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE - P.M. BOITUVA

QUADRO RESUMO DOS RECURSOS - 1992

USOS	TOTAL%
CUSTEIO	
PESSOAL	33,20
MATERIAL DE CONSUMO	35,30
OUTROS	20,60
INVESTIMENTO	
OBRAS	9,50
EQUIPAMENTOS	1,40
TOTAL	100,00

FONTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE - P.M. BOITUVA

5.2.6 Descentralização e municipalização

O processo de construção do Sistema Único de Saúde- SUS orienta-se de acordo com as diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde, com direção única em cada esfera de governo, da assistência integral, universalizada e equânime e da participação da comunidade. A Lei nº 8.080 de 19/09/90 estabelece como um dos princípios do SUS a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A descentralização deve ser entendida como um processo de redistribuição de poder entre as três esferas de governo; sua efetivação pressupõe diálogo e pactuação . Para isso requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social.

Impõe-se o reconhecimento de que a descentralização e a municipalização ainda são processos incipientes, pois mecanismos operacionais indispensáveis à sua implementação não foram criados e o Poder Público não vem assumindo integralmente suas responsabilidades em relação ao SUS.

Em Boituva, a municipalização dos serviços de saúde teve início com a assinatura do termo de "Cessão de Uso" do CS IV da Secretaria Estadual de Saúde para a Prefeitura municipal, ocorrida em 14/10/88. Desde então, a Coordenadoria de Saúde assumiu o gerenciamento da Unidade, incorporando as ações de atenção primária correspondentes.

Boituva conta ainda com a UBS III Sta. Rita de Cássia e com um Laboratório de Análises Clínicas.

O Laboratório Municipal de Boituva realiza exames de patologia clínica apresentando boa resolutividade para fezes e urina, porém com demanda reprimida para exames de bioquímica que são encaminhados para o Laboratório do ERSA de Tatuí.

A Vigilância Sanitária Municipal desenvolve atividades de complexidade mínima e trabalha em consonância ao ERSA de Tatuí ao qual se subordina tecnicamente.

Em relação aos recursos humanos, ainda existem funcionários da Secretária do Estado da Saúde e do INAMPS, no município, que permanecem recebendo seus salários das fontes pagadoras correspondentes, sem equiparação salarial. Conforme declaração dos servidores, aqueles com vínculo federal recebem melhores salários, seguidos dos servidores municipais e dos estaduais.

No que se refere aos repasses de recursos financeiros provenientes dos Termos Aditivos ao Convênio SUS-S.P., a prefeitura presta contas ao ERSA através da Ficha de Programação Físico Orçamentária - F.P.O.

A administração dos materiais permanentes e dos equipamentos passados à Prefeitura por cessão de uso é feita pelo Seção de Materiais e Patrimônio do ERSA. A descontinuidade do fornecimento dos remédios é frequente, prejudicando o desenvolvimento de programas de Hipertensão e Diabetes.

O relacionamento do Poder Municipal com o Hospital São Luiz, acontece informalmente. A Prefeitura de Boituva fornece gêneros alimentícios e materiais de consumo regularmente; e mantém ainda três funcionários municipais comissionados no hospital. A lavanderia foi construída com recursos do orçamento municipal e a manutenção das ambulâncias é de responsabilidade do setor de transporte municipal. Neste ano o hospital recebeu subvenções do Estado e da Coordenadoria de Saúde, porém, até o momento, a Coordenadoria não assumiu a responsabilidade pelo controle e avaliação

do mesmo ainda que este seja uma entidade filantrópica conveniada ao SUS. Cabe ao ERSA assessorar o setor público na busca de novas formas de parceria público-privado.

A estrutura atual da Coordenadoria de Saúde não permite que esta assuma o gerenciamento efetivo do processo de descentralização no município, por essa razão, está prevista para o ano de 1994 uma reestruturação com a criação da Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente, Boituva possui Conselho Municipal de Saúde, não atuante, e Fundo Municipal de Saúde e pretende assumir a gestão das ações e serviços de saúde na condição de gestão parcial. A comissão regional do ERSA-37 emitiu parecer favorável ao processo de habilitação do município às condições de gestão parcial até 31/12/93.

O ERSA de Tatuí desde sua implantação apresenta uma relação de cooperação técnica com o município. Possui como diretrizes as Normas Técnicas e Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde no planejamento e programação das atividades repassando-as à Coordenadoria de Saúde.

5.2.7 Regionalização e hierarquização

O Sistema Único de Saúde compõe-se do conjunto de ações e serviços de saúde mantidos pelo poder público e, em caráter complementar, dos serviços privados contratados ou conveniados. Integram uma rede regionalizada e hierarquizada que inclui a universalidade do atendimento aos usuários. Assim, o que se busca com a regionalização é garantir à população o acesso integral aos serviços de saúde.

A Constituição Federal determina que compete aos municípios prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado. Portanto, a nível municipal, o prefeito, como gestor do sistema de saúde local, deve buscar os meios necessários para que seja possível uma assistência integral.

Como no Sistema de Saúde existem equipamentos públicos e privados é necessário que sejam realizados acordos políticos e financeiros a nível loco-regional que busquem novas formas de parceria público-privado. Os contratos e convênios são mecanismos públicos que devem ser utilizados na busca da ampliação da oferta de serviços e da universalidade da assistência à população, sempre sob a aprovação do Conselho de Saúde, órgão gestor máximo do sistema.

Os serviços conveniados devem ser subordinados às diretrizes do setor público, mantendo o SUS como fonte principal de financiamento e obedecendo aos critérios de hierarquização.

A NOB-SUS/01/93 que disciplina o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde declara que a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços, e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

É preciso também regularmentar de maneira adequada qual o papel das instâncias regionais do SUS, de maneira que se garanta um planejamento racional da rede de serviços e uma cobertura assistencial que pratique a equidade e a universalidade.

Na região do ERSA-37, conforme o Plano Diretor regional, a municipalização ocorreu a partir de 1987, quando se iniciou um trabalho conjunto da diretoria do ERSA com os coordenadores municipais de saúde buscando uma integração entre os serviços conveniados e estatais do sistema. O ERSA de Tatuí tem como diretrizes as Normas Técnicas e Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde, repassadas aos municípios através de treinamentos e supervisões. Realiza o planejamento e programação das ações e serviços de saúde, tanto a nível técnico como orçamentário, e o repassa aos municípios a fim de que os diversos setores cumpram a sua programação. A falta de recursos financeiros e materiais tem prejudicado tanto o planejamento como o acompanhamento e avaliação do sistema.

O acompanhamento do desempenho e da qualidade dos setores estatal e privado é realizado através da Unidade de Avaliação e Controle - UAC, Núcleo de Informação - NI e dos Programas de Saúde, pela conferência de faturas, laudos médicos, fichas ambulatoriais, etc.. As supervisões locais são realizadas somente quando há irregularidades significativas.

O ERSA se constitui em uma Unidade de Despesa e seu orçamento é elaborado pela área de Planejamento em conjunto com as demais equipes técnicas, no momento a dotação inicial tem ficado aquém das necessidades identificadas. As Prefeituras Municipais vêm assumindo muitas despesas antes mantidas pelo ERSA e devem prestar contas de todos os recursos provenientes do convênio SUS.

Existe uma integração informal entre os setores estatal e privado pois os profissionais médicos atuam, em geral, tanto nas UBSs quanto nas entidades filantrópicas.

O sistema de hierarquização não está bem estruturado. Procura-se direcionar os pacientes para as UBSs para que, a partir delas, sejam feitos os

encaminhamentos aos consultórios de especialidades e hospitais. A falta de leitos nos hospitais de referência regional criam situações difíceis. A contra-referência é praticamente inexistente.

O acesso aos serviços de saúde mostra uma demanda reprimida que se reflete nas filas para agendamento e consultas médicas. A existência de horários em que não há médicos e a prática predominantemente medicalizadora dificultam a implantação de programas. O acesso mais fácil às consultas no hospital aumenta a demanda de atendimento nesse serviço. No entanto, nas UBSs, o número de consultas médicas e odontológicas realizadas no ano de 1991 não atingiu sequer 50% da meta referencial, o que significa que havia capacidade física ociosa.

A resolutividade do Hospital São Luiz nas diversas especialidades é baixa pois não existem equipamentos adequados. No Plano Municipal foram detalhados os equipamentos necessários para o Hospital e para as UBSs desenvolverem suas atividades que, até o momento, são consideradas de pequena complexidade.

Em decorrência disto ainda ocorrem muitas remoções de pacientes para hospitais de referência em Sorocaba, Botucatu e São Paulo.

Apesar das dificuldades mencionadas, a relação entre o ERSA e o município é identificada, em ambas as instâncias, como de cooperação.

5.2.8 Modelo assistencial

Segundo as indicações da IX Conferência Nacional de Saúde o modelo assistencial deve ser "construído sobre base epidemiológica, garantida à população acesso universal a todos os níveis, equidade, resolutividade e integração da atenção, num sistema de complexidade crescente. Boituva ainda não atende a essa recomendação. A atenção à

saúde nele praticada tem-se baseado no atendimento individual curativo da demanda espontânea.

Exceção a isso são os Programas de Tuberculose, Hanseníase e Desnutridos, diretamente gerenciados pelo ERSA - 37, que fornece os medicamentos, financia a compra do leite distribuído e avalia os resultados.

O modelo praticado permite que se atinja em termos assistenciais 80% da meta do município; no entanto, isto significa apenas 60% da meta referencial do ERSA, definida com base na implementação de ações corretivas (adequação de área física, aquisição de equipamentos, contratação e capacitação de pessoal).

No caso de Boituva pode-se acrescentar que a "ação corretiva" fundamental será proceder o levantamento do perfil epidemiológico da população e planejar o atendimento das necessidades de saúde, com maior integração entre os níveis de atenção. Observam-se embriões de programas e alguma intersectorialidade por iniciativa dos setores de promoção social e de educação os quais, a partir de seus próprios planejamentos, dirigem demandas organizadas aos serviços e profissionais de saúde.

5.2.9 Participação popular

O Conselho Municipal de Saúde de Boituva foi criado pela Lei nº 712/91 de 10/9/91; no entanto, a Portaria nº 1324/93, que nomeou os seus membros, foi publicada a 1/6/93.

A existência de um Conselho funcionante é requisito para enquadramento do município na condição de gestão parcial segundo a Norma Operacional Básica / SUS nº 1/93 publicada em 24/5/93.

Conforme o artigo segundo da lei que criou o Conselho o mesmo deveria ser composto por 12 membros; no entanto, são 18 os membros nomeados. A exceção do Presidente que, segundo a própria lei, é o Coordenador de Saúde, a portaria não menciona a entidade ou segmento social que cada membro representaria. Ainda o mesmo artigo, item VII, parágrafo 6º, prevê a renovação do Conselho coincidindo com o término do mandato do Prefeito, diferentemente do que propõe a IX Conferência Nacional de Saúde.

Segundo informações das próprias autoridades locais, o Conselho ainda não havia se reunido, embora o Plano Municipal de Saúde tenha sido elaborado para pleitear a gestão parcial. Um dos membros nomeados, entrevistado, afirmou desconhecer sua participação no Conselho e ignorar qual o papel do mesmo.

Várias autoridades do município referem-se à omissão da população ou à dificuldade de mobilizá-la, informando que são procurados apenas para reivindicações individuais; relacionam esta prática à cultura popular. As entrevistas com usuários parecem confirmar que seu papel no gerenciamento dos serviços ainda não foi percebido.

Na administração anterior, o Prefeito juntamente com a Coordenadora da Promoção Social, iniciou atividades no sentido de organizar associações por bairros. O papel das associações seria trazer à Prefeitura as necessidades da população, porém, reivindicações fora do âmbito de poder da Prefeitura, incompatibilidade de interesses entre esta e a população e entre os próprios integrantes das associações levaram ao desgaste da iniciativa.

Constatou-se então a inexistência da participação popular no município e que as tentativas de favorecer esta participação não avançaram em decorrência da visão assistencialista que as embasaram.

Um trabalho educativo junto à população poderia desenvolver comportamentos, atitudes, habilidades e práticas que levassem a uma participação ativa na busca de melhores condições de vida e saúde e maior comprometimento dos indivíduos no processo.

A ação educativa favorece também que as instâncias de poder percebam os benefícios da participação popular no gerenciamento como meio de responder adequadamente às reais necessidades sentidas pela população.

É essencial que, o quanto antes, o Conselho Municipal de Saúde passe a funcionar e que se institua os Conselhos Gestores das Unidades, como preconiza a legislação vigente e o Plano Diretor do Município.

5.2.10 Sistema de informação

A coleta dos dados de produção de serviços da Coordenadoria de Saúde, não é informatizada, sendo elaborada manualmente. Tanto as UBSs como o hospital, remetem sua produção mensal à Coordenadoria, que elabora o condensado geral, enviando-o posteriormente ao ERSA -37-Tatuí. A coleta é realizada a partir das produções ambulatoriais e odontológicas, anotadas pelo pessoal auxiliar das unidades, através dos dados fornecidos pelos profissionais que prestam o atendimento.

Não foi observada, no entanto, a preocupação de elaborar diretrizes de ação, visando a compatibilização dos dados de produção com as necessidades reais da população, assim como de uma análise sistemática das ações de saúde nas unidades, visando a melhoria da qualidade do atendimento.

Desta forma, conhecer os dados de mortalidade e seus determinantes, a morbidade da população, a demanda atendida, o impacto dos serviços sobre a população, etc., não constituem temas de discussão.

Observou-se que os registros nos prontuários encontravam-se frequentemente incompletos ou mesmo ilegíveis, o que dificulta a coleta e afeta a fidedignidade dos dados.

Não há implantada uma sistemática de coleta de dados de morbidade, como também de acompanhamento e evolução do tratamento.

A definição de um fluxo para a coleta e análise dos dados e consequente atribuição de responsabilidades, visando aprimorar a forma de gerenciamento, reverterá em melhoria da qualidade do atendimento em benefício da população.

O faturamento do município pelo número de procedimentos provavelmente será incrementado, na medida em que os dados estejam todos registrados e computados.

5.3 Situação do Município em Relação às Áreas de Atenção à Saúde.

5.3.1 Vigilância Sanitária.

A municipalização da Vigilância Sanitária em Boituva deu-se em abril de 1990, porém o município não executa a totalidade das ações e serviços; embora haja interesse da prefeitura na sua efetiva municipalização, há limitação de recursos .

A equipe é composta por uma médica veterinária , que responde pelo serviço no município, uma arquiteta e um escrivão.

Boituva conta com o suporte técnico do ERSA-37 - Tatui, com o qual mantém contato direto . Além disso, o ERSA continua exercendo ações de Vigilância Sanitária no município , tais como vistorias periódicas a determinados estabelecimentos, coleta de amostras vinculadas a programas regionais e outros.

O suporte laboratorial é dado pelo Instituto Adolfo Lutz de Sorocaba, o qual realiza análises orientadoras programadas previamente, bem como análises fiscais, estas independentemente de programação antecipada.

O Município não tem Programa de Educação Sanitária, mas realiza algumas atividades de educação, como o curso para manipuladores de alimentos de estabelecimentos comerciais e a Semana da Saúde .

Em relação ao curso para Manipuladores de Alimentos, a Vigilância Sanitária constatou, de um modo geral, um impacto positivo ao retornar aos estabelecimentos participantes.

A Semana da Saúde, realizada na Casa da Cultura, teve como público alvo os alunos da pré-escola à 8ª série e abordou temas como: AIDS, Cólera, Dengue e Animais Peçonhentos. O evento contou com a colaboração da Secretaria da Educação , Vigilância Epidemiológica e SUCEM.

Os munícipes não têm participação efetiva na Vigilância Sanitária exercida pela Prefeitura , exceto por denúncias e reclamações, inclusive através de jornais.

A Vigilância Sanitária conta com um dos jornais locais para veicular informações ao munícipes.

As atividades direcionadas à Saúde do Trabalhador vem sendo desenvolvidas pelo ERSA e não estão sendo acompanhadas pelo município.

Vigilância Sanitária de Alimentos.

Os produtos de origem vegetal comercializados, são provenientes, em sua maior parte, de outros municípios, principalmente Sorocaba.

O pescado, cujo consumo local é pequeno, tem origem na pesca esportiva ou é comercializado congelado industrialmente.

Em Boituva é comercializado tanto o leite pasteurizado quanto "in natura"; a população tem o hábito de consumi-lo fervido, porém, a fervura não é a sanitariamente adequada . Foi feito um projeto de controle do leite comercializado "in natura" pela Vigilância Sanitária Municipal, mas não houve adesão de produtores locais.

A carne comercializada nos cerca de 30 açougues é de origem desconhecida e não há matadouro municipal . O projeto do Sistema de Inspeção Municipal (SIM) esta sendo analisado pela Câmara dos Vereadores, porém, o serviço não será vinculado à Vigilância Sanitária.

Os estabelecimentos comerciais de alimentos são do tipo varejista e totalizam cerca de 230 cadastrados, nos quais a Vigilância Sanitária realiza duas vistorias anuais de rotina, e outras eventuais em caso de denúncias ou mudança de proprietário.

As feiras livres são realizadas às quintas-feiras, aos sábados e domingos, e 90% dos produtos vêm de outros municípios. Não é permitido o comércio de perecíveis de origem animal nas feiras. O comércio ambulante de alimentos é restrito, havendo poucos ambulantes cadastrados.

A Legislação Sanitária adotada pelo município é o Decreto Estadual nº 12.342.

São realizadas coletas de amostras de alimentos esporadicamente para análise orientativa, ou para análise fiscal quando necessário.

Em virtude do PRÓ-ÁGUA (Programa de Controle da Água), os problemas relacionados à qualidade da água são encaminhados ao ERSA. As indústrias de alimentos permanecem sob a competência do ERSA, enquanto que as de bebidas são fiscalizadas pelo Governo Federal, sendo que o município acompanha as ações.

Medicamentos e saneantes

A Vigilância Sanitária de medicamentos e saneantes é realizada com apoio técnico do ERSA, pois o município carece de profissionais tecnicamente preparados para essas áreas específicas.

Zoonoses

A cidade dispõe de Legislação Municipal que regula o controle de zoonoses e de população de animais, porém não há equipe específica para executar o serviço. Ainda assim, algumas ações vêm sendo desenvolvidas.

Em relação ao controle da raiva, a médica veterinária da Vigilância Sanitária coordena a campanha anual de vacinação animal e acompanha os animais agressores.

A captura de animais errantes é realizada esporadicamente pela Prefeitura, mas não está subordinada a Vigilância Sanitária.

Apesar de não haver casos notificados de dengue, no município existe o *Aedes albopictus*, que pode transmiti-la e, por isso, há uma equipe de combate a dengue, constituída por 03 agentes sob a coordenação da Vigilância Sanitária . Essa equipe realiza

vistoria casa a casa, coleta larvas, orienta os munícipes e, se necessário, faz o tratamento larvário. A SUCEN apoia tecnicamente essa atividade.

Não há controle de animais peçonhentos, mas sabe-se que ocorrem muitos acidentes com os mesmos.

Considerações

Analisando a situação da Vigilância Sanitária de Boituva, conclui-se que o entrave para a efetiva municipalização das suas ações e serviços é a limitação de recursos humanos e materiais.

Tanto a equipe técnica do Município, quanto a do ERSA, tem interesse no aprimoramento dos serviços municipalizados e na implantação de outros mas, considerando a abrangência das atividade de vigilância sanitária, bem como a especificidade técnica das suas áreas de atuação, seria imprescindível ter-se um programa para que a efetiva municipalização das ações e serviços se dê progressiva e racionalmente, respeitando-se as necessidades e prioridades locais .

5.3.2 Vigilância Epidemiológica

Esquistossomose.

Os casos que surgiram de 1983 a 1993 foram provenientes da mão de obra que migrou para o município para corte da cana-de -açúcar.

Segundo a SUCEN não existe no município o hospedeiro intermediário , molusco do gênero *biomphalaria* , o que impede a transmissão da doença. Porém merece preocupação uma vez que a migração é um componente importante no crescimento populacional deste município.(Tab.5.14)

Tabela 5.14: Número de casos de esquistossomose no Município de Boituva no período de 1983 a 1992.

ANO	Nº DE CASOS
1983	-
1984	-
1985	-
1986	-
1987	1
1988	-
1989	-
1990	-
1991	-
1992	3

FONTE: ERSA-37 - TATUI

Hanseníase

Tabela 5.15 : Número de casos de Hanseníase, coeficiente de incidência e prevalência por 100.000 hab., Município de Boituva - 1986 a 1992.

ANO	N. DE CASOS	INCIDÊNCIA	PREVALÊNCIA
1986	03	19,74	2,17
1987	-	-	2,04
1988	04	24,81	1,98
1989	01	6,02	1,92
1990	04	23,37	2,39
1991	03	12,98	1,86
1992	01	4,13	1,57

FONTE: DADOS FORNECIDOS PELO ERSA-37- TATUI, COLHIDOS ATRAVÉS DA FICHA EPIDEMIOLÓGICA/ POPULAÇÃO SEADE

Segundo os parâmetros fornecidos pelo C.V.E. (1992), (tabela.5.15) podemos classificar o município como tendo um coeficiente de incidência elevado nos anos de 1986,1988, 1990, 1991 , tendo apresentando decréscimo nos anos de 1989 e 1992 . Já o coeficiente de prevalência é alto, isto é, >1 durante todo o período analisado.

Tal comportamento obedece ao apresentado no país como um todo. É importante que seja dada atenção especial para a efetividade do programa já existente no Estado.

Cabe ressaltar que existe um profissional médico que faz acompanhamento dos casos desde 1987.

Tabela 5.16: Porcentagem de doentes de Hanseníase em registro ativo com comparecimento regular, município de Boituva, 1988 - 1992

ANO	% COMPARECIMENTO DOENTES
1988	90,00
1989	87,50
1990	95,12
1991	93,02
1992	86,04

FONTE: ERSA-37-TATUI - FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA/ POP SEADE

Observa-se através da tabela 5.16 que, segundo o índice fornecido pelo C.V.E. , a proporção de doentes com hanseníase que comparecem ao serviço regularmente pode ser considerada boa, maior que 80%, em todos os anos apresentados, o que demonstra que o acompanhamento dos casos existe de forma efetiva; porém, há uma necessidade de busca ativa de casos novos da doença.

Leishmaniose mucosa-cutânea

Observa-se dentro da série histórica 1983 à 1993 o aparecimento de 01 caso em 1987, reaparecendo 03 casos em 1992 , e 03 casos até outubro de 1993 (dados fornecidos pelo C.V.E. do município). Este reaparecimento chama atenção e nos possibilita qualificar a situação como problema de saúde pública, pois a região onde se

localiza o município é considerada endêmica para Leishmaniose e nela também se encontra o vetor *Phlebotominae*; a situação, portanto, é passível de intervenção a fim de prevenir outras ocorrências.

Tuberculose

Tabela 5.17: -Número de casos de tuberculose esperado e encontrado no Município Boituva, no período de 1988 a 1992.

ANO	Nº DE CASOS ESPERADO	N. DE CASOS ENCONTRADOS	%
1988	09	03	33,33
1989	09	14	155,55
1990	09	06	66,66
1991	11	10	90,90
1992	12	03	25,00
TOTAL	50	36	72,00

FONTE: ERSA-37 Tatui

De acordo com a tabela 5.17, do total de casos esperados para o período de 1988 a 1992 (50), foram encontrados 36, o que representa 72%; isto reforça a afirmação dos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica do Município, com relação à necessidade de uma busca ativa e efetiva dos sintomáticos respiratórios, bem como um trabalho com a população para que ela se dirija espontaneamente ao serviço.

Tabela 5.18 - Número de exames (baciloscopia) programados e realizados de sintomáticos respiratórios, no Município de Boituva - período de 1989 a 1992.

ANO	PROGRAMADO	REAL	%
1989	166	14	8,43
1990	171	19	11,1
1991	231	29	12,6
1992	242	13	5,4

FONTE: ERSÁ 37

A porcentagem de exames realizados em relação ao programado é considerada insatisfatória; o melhor desempenho ocorreu em 1991: 12,6%. A busca ativa dos sintomáticos respiratórios está muito aquém da expectativa, levando a supor que até mesmo nos comunicantes dos casos de tuberculose não estão sendo realizados exames laboratoriais.(Tabela 5.18)

Tabela 5.19: Casos novos de tuberculose, coeficiente de incidência (por 100.000 hab.), segundo ano de incidência dos residentes no Município de Boituva, 1985 a 1992.

ANO	NºDE CASOS	COEF.DE INCID.
1985	05	33.88
1986	15	98.72
1987	06	38.34
1988	03	18.61
1989	13	78.26
1990	04	23.37
1991	07	31.01
1992	03	13.29

FONTE: PRODESP-SES, FORNECIDO PELO ERSÁ -37- TATUI

A incidência de tuberculose pulmonar nos anos de 1986 e 1989 foi bastante superior aos demais anos do período estudado; nestes anos pode-se considerar que a incidência coincide com a do país (51 a 100/100.000 hab).Nos demais anos o coeficiente oscila dentro da faixa de 11 a 50/ 100.000hab, colocando o município em uma posição semelhante a Colômbia , Panamá, México e Uruguai.(Tabela 5.19).

Chama atenção, no entanto, o grau de discrepância entre um e outro, o que faz supor que a menor incidência possa decorrer, não de uma melhoria da qualidade de saúde da população, mas de uma subnotificação de casos novos, decorrente da deficiência da busca ativa desses casos.

Abandono do tratamento

Não se dispõe de dados oficiais para elaborar uma análise de abandono de tratamento, porém, em entrevista realizada com os responsáveis pela Vigilância Epidemiológica no Município, foi relatada uma estimativa de 25% de doentes que abandonam o tratamento; acreditam os informantes que este abandono seja decorrente da desmotivação causada por eventual falta de medicação específica na rede de saúde.

Com base no exposto acima ressalta-se a necessidade e importância da manutenção de um programa para tuberculose que priorize o acompanhamento dos casos e que garanta o fornecimento da medicação .

A taxa de abandono do tratamento de tuberculose pulmonar no país é de 25% , taxa essa considerada alta pela OMS.

Os entrevistados referiram ainda que, dentro do programa de tuberculose, é mantida uma vigilância que detecta esses "faltosos" e são efetuadas visitas domiciliares na tentativa de reintegrá-los ao programa.

5.3.3. Saúde Bucal

O Município de Boituva conta com um sistema público de atendimento odontológico tanto na área privada quanto na área estatal. No total, conta com 19 dentistas com consultórios instalados, em sua maioria, na zona central da cidade.

O Município possui uma população de 22.568 habitantes em 1991, segundo dados da Fundação SEADE, o que representa um dentista para cada 1.188 habitantes; segundo a OMS, a relação de 01 dentista para cada 1.500 habitantes é satisfatória

Segundo relato do coordenador de saúde bucal tem havido um crescente fluxo de dentistas para esta cidade

O Município estaria numa situação adequada no que se refere ao atendimento odontológico, observando-se apenas à relação dentista/habitante; porém, devido às condições sócio-econômicas de seus cidadãos a condição bucal destes é insatisfatória, ocorrendo uma demanda reprimida.

O sistema público de atendimento odontológico iniciou-se em 1958 com a instalação do primeiro consultório odontológico no chamado "Grupão" (EEPG José Campos de Arruda Botelho). Em 1971 houve expansão do atendimento através do Sindicato Rural de Boituva e, em 1982, na U.B.S. IV Boituva.

Atualmente, conta com sete espaços de atendimento odontológico (tabela.5.20), além de atividades de cunho preventivo na APAE e no Projeto CAENA.

Tabela 5.20: Locais de atendimento em saúde bucal na Cidade de Boituva.

UBS/ESCOLA	LOCALIZAÇÃO.	EQUIPOS	TURNOS	PROFIS
BOITUVA IV	CENTRO	01	03	03
UBS ST. RITA CASSIA	INTERMEDIÁRI A	01	02	02
EEPG JOSE BOTELHO	CENTRO	01	01	01
EEPG M. VERSELINO	PERIFERIA	01	01	01
EEPG L.S. ZACARIAS	CENTRO	01	01	01
EEPG JOÃO PASTRE	INTERMEDIÁRI A	01	01	01
EEPG JOSÉ MORETI	PERIFERIA	01	01	01

Vigilância sanitária em saúde bucal

O ERSA 37 tem executado atividades de vigilância quanto ao funcionamento de consultórios, expedição de alvará de raio X, atividades de fiscalização e congêneres.

O município conta com 98% de sua população coberta por rede de água encanada, segundo dados da SABESP, que promove a fluoretação da água de abastecimento com a adição de ácido fluorsilícico que, pelas condições de temperatura média anual local, obtém uma resposta satisfatória na eficácia preventiva, na proporção de 0,7 mg/litro. (0,7 ppm); no entanto, nem o ERSA 37 nem o município fazem a vigilância de teor de flúor na água, cabendo esta tarefa apenas a SABESP.

Deve-se ressaltar a importância fundamental do heterocontrole dos teores de fluor garantindo, desta forma, eficácia máxima na prevenção da cárie dentária, através do uso endógeno do fluor.

Financiamento do setor odontológico.

Significativa parcela deste financiamento é feito pelo município, cabendo ao nível federal o repasse de verba complementar, tanto em procedimentos curativos quanto em preventivos. Este repasse, via de regra, tem sofrido atrasos tornando a parcela coberta pelo município muito superior ao repasse federal.

São procedimentos passíveis de repasse :

a) preventivos

OP I - exame clínico, fluor tópico, escovação, cariostático, bochecho com solução fluorada.

OP II - raspagem supra-gengival

OP III - raspagem sub-gengival

OP IV - curetagem sub-gengival

b) Curativos

D I - 1 ou 2 faces restauradas com liga amálgama ou compósito

C I - exodontia simples de dentes decíduos e/ou permanentes

C II - exodontia múltipla de decíduos e/ou permanentes

Acessibilidade.

Os moradores das áreas mais periféricas da cidade ou da zona rural, encontram dificuldades para o atendimento odontológico, devido à localização central dos postos de saúde; o terceiro período de atendimento não se estende além do horário de funcionamento do comércio e serviços em geral dificultando o acesso de trabalhadores urbanos e rurais ao serviço odontológico.

Programas odontológicos existentes

O modelo assistencial conta com dois programas :

1. Atendimento ambulatorial e emergencial nas UBS IV Boituva e UBS III Santa Rita de Cássia. Ambos funcionam como pronto-atendimento, no qual os usuários de qualquer faixa etária enfrentam fila para marcação de consulta. Na maioria das vezes não ocorre um atendimento programático, principalmente por absenteísmo do usuário, devido a resolução imediata da dor, impossibilidade de vindas frequentes ao posto por motivos trabalhistas, falta de motivação quanto à importância de um completo e correto atendimento odontológico, localização da unidade de saúde distante de sua residência e tratamento demorado.

Para minimizar o problema sugere-se um sistema híbrido, no qual se reduza o volume de pronto-atendimento, sem no entanto eliminá-lo e, conjuntamente, instale-se o atendimento programático. Desta forma obtem-se um maior controle das doenças bucais, sem queda do padrão de qualidade dos serviços prestados.

Recentemente criou-se programa odontológico para gestantes que fazem pré-natal nas UBSs, com atividades curativas e processos educativos em prevenção. Entende-se esta preocupação como um avanço, mas um alerta deve ser feito às autoridades municipais: nem todas as gestantes fazem pré-natal nas UBSs, devendo ser meta dos órgãos municipais que todas as gestantes venham a ter acesso ao programa.

2. Atendimento dentário escolar. Todas as 05 escolas cobertas com atividades odontológicas executam atividades curativas pelo sistema incremental em que são contempladas as crianças da faixa etária de 06 a 12 anos; o sistema encontra-se sob controle, pois existe um grupo compulsório inicial de 06 anos e os restantes estão no processo de manutenção.

Sugere-se fazer o planejamento do programa anual, no início das atividades escolares.

A aplicação tópica de fluor deve ser feita na primeira sessão de tratamento, pois assim assegurar-se-á efeito preventivo mesmo que ocorra evasão escolar, ou mesmo problemas alheios ao profissional que inviabilizem o tratamento curativo.

As creches da cidade iniciaram recentemente um programa preventivo com escovação supervisionada e bochechos com solução fluorada, sendo os cremes dentais e escovas fornecidos pela Prefeitura.

O atendimento ambulatorial em odontologia ocorre via de regra através de 10 consultas/dia por profissional, executando este um procedimento clínico por paciente. No caso, para lograr alta odontológica são necessárias várias consultas, prolongando o tratamento e possibilitando a ocorrência frequente de absenteísmo e desistência.

Epidemiologia da cárie dentária

É necessário que se conheça a distribuição desta doença na população. Para tanto utiliza-se o índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados), que permite verificar a prevalência da cárie.

O município de Boituva não detém este dado que é de importância fundamental no planejamento de saúde bucal. Sugere-se que medidas práticas sejam tomadas para pronto levantamento deste índice. O ERSA é o órgão técnico que pode auxiliar o município na execução desta tarefa .

- Procedimentos realizados em 1993:

a. Preventivos - 6722

b. Restaurações - 10412

c. Exodontias - 3100

Tem-se uma exodontia para cada 3,36 dentes restaurados e ainda uma exodontia para cada 5,52 procedimentos conservadores (restaurações +preventivos) podendo ser considerado conservador o trabalho desenvolvido, havendo preocupação com a manutenção do elemento dentário na cavidade bucal.

Tabela 5.21 : Composição da hora clínica média

	TOTAL	HORA CLINICA
EXAME CLÍNICO	3857	0,48
RETAURAÇÕES	10412	1,31
EXODONTIAS	3100	0,39
TOTAL	17369	2,18

FORNTE DADOS FORNECIDOS POR PROFISSIONAL DA UBS IV - BOITUVA.

Considerando-se a relação de 220 dias úteis por ano e jornada de trabalho de 4 horas/dia, totalizando 880 horas, suprimindo-se 10% de horas desperdiçadas em defeitos nos equipamentos, falta de água, luz , etc; restam 792 horas úteis por ano por cirurgião dentista.

Recursos humanos em odontologia.

Entre os 10 profissionais da rede pública 08 são profissionais do município e 02 profissionais pertencem ao quadro estadual, sendo que apenas um destes recebe equiparação salarial.

Um dado positivo que merece ser registrado é o profissionalismo, a boa vontade e o interesse demonstrado pelos dentistas entrevistados, em avançar a questão odontológica.

O coordenador de saúde bucal deveria ser uma função desempenhada de forma integral, para um perfeito gerenciamento, o que não ocorre atualmente pois o mesmo, além desta atividade, presta atendimento ambulatorial.

Outro dado observado é a forma de contratação desses profissionais que ocorre sem processo seletivo, sem estabilidade trabalhista ou plano de carreira, o que desencadeia uma desmotivação tanto para a apresentação de propostas, como para modificações necessárias na condução de programas inadequados.

O trabalho conjunto com pessoal auxiliar de consultório dentário (ACD) (4º nível de aplicação de Leavell e Clark) reduz custos e aumenta a eficácia tanto nos programas preventivos como nos curativos. Cabe ressaltar que a produtividade de um dentista isolado no consultório é de 03 procedimentos /hora e com pessoal auxiliar (1 ACD) é de 05 procedimentos / hora.

Cursos de Reciclagem em Saúde Pública voltados para área de odontologia são necessários para aprimorar tecnicamente e estimular os profissionais.

5.3.4. Saúde Mental

Os instrumentos para planejamento e organização de serviços de Saúde Mental de São Paulo propõem uma equipe especializada - 01 psiquiatra, 01 psicólogo e 01 assistente social - capacitada a prestar atenção primária para 50.000 habitantes. Além dessa atenção direta à população cabe à equipe, ainda, o trabalho integrado com outros

profissionais de saúde e outros setores fazendo, se necessário, supervisão e acompanhamento dos não especialistas.

Na cidade, essa ação especializada é realizada em sua principal Unidade Básica de Saúde, através de 01 clínico com treinamento em psiquiatria e duas psicólogas.

Na atuação em saúde mental de forma mais ampla, ainda temos:

- Na Coordenadoria da Educação, 01 psicóloga trabalhando junto a Classe de Recursos para crianças que apresentam dificuldades no processo de aprendizagem.

- Na Coordenadoria da Promoção Social, 01 psicóloga, 01 clínico e 02 assistentes sociais trabalhando junto aos vários projetos do CIC - Centro de Integração Comunitária.

- Na entidade filantrópica APAE -Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, 02 psicólogas e 01 clínico.

Cabe esclarecer que o clínico com treinamento em psiquiatria é o mesmo nos três serviços em que é mencionado e que as psicólogas são 04 no total, já que uma das psicólogas da UBS trabalha também na APAE e a segunda atende também a Classe de Recursos. Se isto, por um lado, facilita a comunicação informal entre os vários espaços assistenciais, por outro, reduz a disponibilidade de tempo de trabalho em cada um deles.

No que diz respeito ainda a recursos humanos, é persistentemente mencionada a falta de um neurologista e um neuropediatra.

Quanto ao trabalho desenvolvido na UBS, as psicólogas recebem crianças para avaliação, a partir de dificuldades escolares constatadas, fazendo também atendimento psicoterapêutico. O atendimento ao escolar parece ser o melhor organizado;

as duas psicólogas da UBS dividem as responsabilidades dando cobertura às escolas do município. Atendem também adultos, identificando alcoolismo, esquisofrenias e depressões como os casos mais frequentes.

Os casos de maior gravidade, que exigiam intervenções psiquiátricas e medicação eram encaminhados para o Ambulatório Regional de Saúde Mental, em Tatuí. No segundo semestre de 1991, um clínico geral e reumatologista da UBS passou por treinamento durante 03 meses, duas vezes por semana, no Ambulatório Regional. A clientela de psicóticos, alcoolistas e epiléticos para lá encaminhada anteriormente passou a ser, a partir de fevereiro de 1992, absorvida pela UBS . Alguns casos novos ainda são encaminhados para Tatuí, para confirmação diagnóstica. A demanda para casos de drogadição tem sido rara. Quando há encaminhamento para o Ambulatório Regional as consultas são marcadas com guia de referência e contra-referência, originadas da rede básica.

Vemos que as atividades em Saúde Mental da UBS são fundamentalmente de assistência direta à população, recebendo demanda espontânea e referenciada pelos outros serviços mencionados e pela UBS III de Santa Rita.

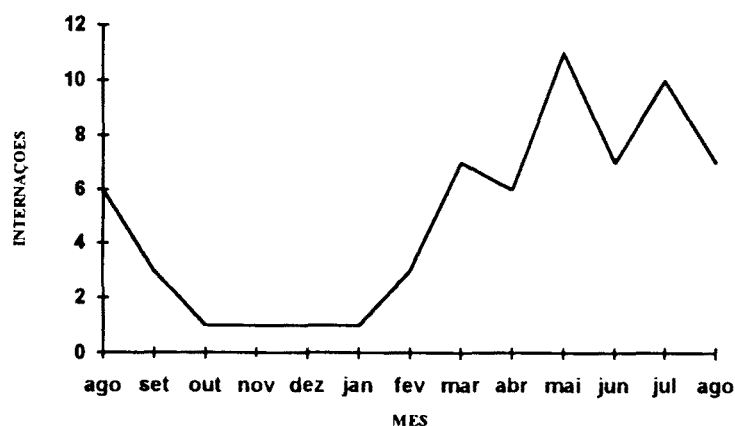
No Hospital São Luiz as intercorrências psiquiátricas são atendidas por 03 clínicos, sendo um deles o mesmo da UBS Central. Apesar de não haver leitos psiquiátricos no hospital, esporadicamente são realizados atendimentos de emergência, geralmente de alcoolista ou algum caso de psicose, evitando assim o encaminhamento a hospitais psiquiátricos.

Quando há necessidade de internação as pessoas são encaminhadas para os hospitais psiquiátricos de Sorocaba; anteriormente eram encaminhados para Itapetininga ao CONDERGI(Consórcio Intermunicipal para atenção à Saúde Mental, dispondo de 50

leitos para internação, emergência psiquiátrica e hospital-dia).referência para os municípios na abrangência dos ERSA de Itapetininga e de Tatuí. Boituva rompeu o convênio, segundo informações , por ver decrescida sua necessidade de internação depois que o clínico treinado passou a atender na UBS . Em caso de internação a vaga é providenciada por contato telefônico com a central de vagas de Sorocaba e o transporte é feito com a ambulância do município.

A central de vagas de Sorocaba dispõe dos seguintes dados referentes a internações psiquiátricas de Boituva no período de agosto/91 a agosto/92. (Figura 5.6)

Figura 5.6 : Distribuição mensal das internações psiquiátricas do Município de Boituva , agosto de 1991 a agosto de 1992.



FEVEREIRO: *início da atuação do clínico na UBS.
FONTE: CENTRAL DE VAGAS DE SOROCABA

Excluindo o mês de fevereiro, a média de internação nos seis meses anteriores foi 2,16 e nos seis meses posteriores de 8,00. Como até o momento da elaboração deste relatório não foi possível obter os dados do CONDERGI referentes a

internações de Boituva, o aumento das internações em Sorocaba pode estar relacionado ao rompimento do consórcio de Itapetininga, antes a principal referência.

A atuação em saúde mental deve ser organizada de modo sistemático através de reuniões de planejamento e organização dos trabalhos, pelo interlocutor do coordenador de saúde mental do ERSA -37 como articulador das ações; no entanto, isto não vêm ocorrendo.

Não é possível fazer uma avaliação quantitativa de produtividade pela forma como os dados são colhidos e consolidados, o que é um problema generalizado. Os parâmetros de rendimento assistencial propõem, para aliar produtividade à qualidade, 03 atendimentos/ hora para o médico e 02 atendimento/hora para o psicólogo; propõe ainda que 25% da jornada de trabalho sejam dedicados a atividades de interconsultas, reuniões de equipe, supervisões programáticas, clínicas e/ou institucionais, contatos interinstitucionais, a fim de propiciar integração entre os profissionais e entre os serviços, imprimindo qualidade e resolubilidade à assistência prestada.

5.3.5 Saúde do trabalhador

Embora a cidade venha incentivando a industrialização , não conta com nenhum serviço voltado à Saúde do Trabalhador. São inexistentes dados referentes ao atendimento de doentes ou acidentados do trabalho, nas duas UBSs do Município.

Somente o Hospital São Luiz realiza atendimento de acidentados do trabalho, que são encaminhados pelas próprias empresas.

Os casos recebidos pelo Hospital são registrados em um livro, sendo ordenados em sequência numérica constando data do acidente e nome do paciente. Só são

considerados acidentes do trabalho os casos que chegam com a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) emitida pela empresa. Não estão disponíveis dados referentes à gravidade do acidente ou à empresa. As CATs são encaminhadas ao setor de Acidentes do Trabalho do ERSA-37.

O ERSA demonstra preocupação com a situação do trabalhador na região e já propôs efetuar algumas ações neste sentido, porém a falta de recursos tem dificultado a continuidade da iniciativa.

As vistorias às empresas são feitas com muita dificuldade, por falta de trabalho integrado efetivo entre o município, a Delegacia Regional do Trabalho e o Sindicato.

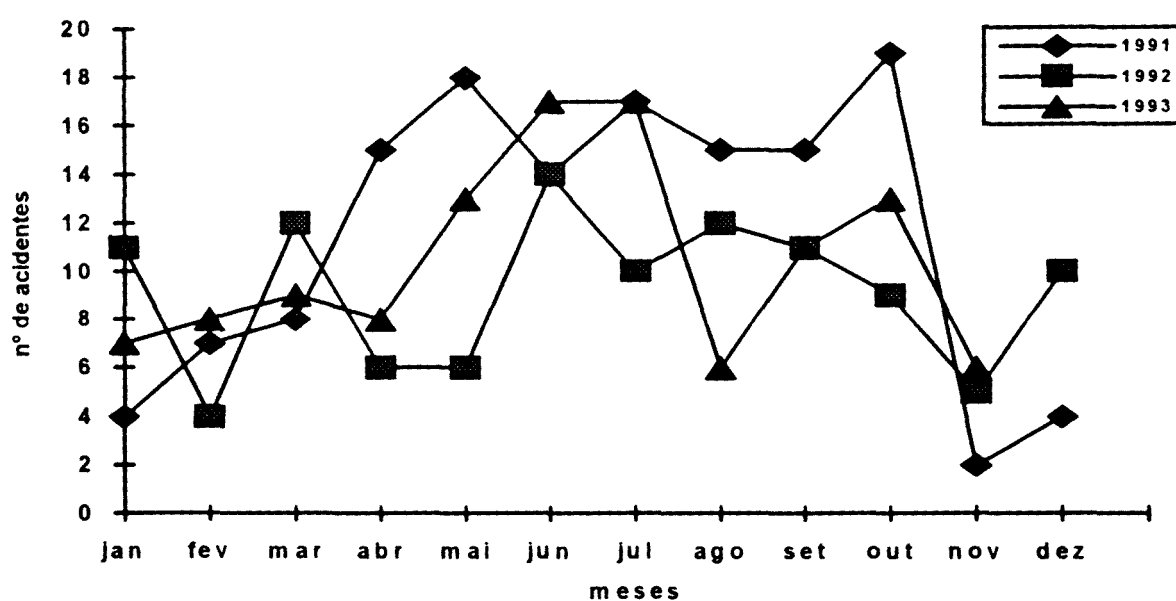
O ERSA sente necessidade de maior mobilização da sociedade civil no sentido de buscar melhorias para a saúde da população; não identifica na região nenhum sindicato atuante nas questões de Saúde do Trabalhador.

Boituva conta com uma subsede da CUT e uma subsede do Sindicato dos Metalúrgicos de Salto de Itu. Segundo representante do Sindicato, existem muitas empresas, não só do ramo metalúrgico, responsáveis por doenças e acidentes do trabalho; refere que já existem vários processos contra empresas por questões trabalhistas e de saúde. Segundo ele, por falta de serviço especializado, os doentes do trabalho são conduzidos por veículos da Prefeitura ao Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, onde recebem atendimento. O Sindicato realiza cursos sobre Saúde do Trabalhador na sede de Salto, onde contam com assessoria técnica. Com relação a vistorias, refere acompanhamento em perícias, porém o alto custo do serviço do perito reduz sua frequência. O Sindicato desconhece a atuação do ERSA.

Não se sabe qual o acréscimo dos acidentes de trabalho com o aumento das indústrias e nem qual a influência da cultura da cana-de-açúcar. Não houve acesso aos boletins de acidentes de trabalho elaborados pelo ERSA, para análise mais detalhada.

Os dados registrados no livro do hospital, são apresentados na figura 5.7.

Figura 5.7: Número de acidentes de trabalho registrados no Hospital São Luiz por mês, Município de Boituva, 1991 a 1993*



FONTE: LIVRO DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO DO HOSPITAL SÃO LUIZ
 * EXCETO DEZEMBRO/93

Analisando o gráfico acima, observa-se que houve aumento do índice de acidentes de trabalho durante os meses de maio a outubro, somando um total de 65,10% dos mesmos. Este aumento é mais evidente nos anos de 1991 e 1993 somando, respectivamente, 70,96% e 66,37%. Este fato parece estar relacionado ao período da safra da cana-de-açúcar; segundo informações obtidas, a cidade recebe migrantes de Minas Gerais nesta época e, provavelmente, a falta de preparo destes trabalhadores gera alto índice de acidentes de trabalho.

Problemas

- Falta de ações voltadas à Saúde do Trabalhador no município
- Falta de atendimento especializado em doenças e acidentes do trabalho na região.
- Vigilância Sanitária insuficiente em ambientes de trabalho.
- Falta de integração entre Município/ERSA/Sindicato nas ações de prevenção às doenças e acidentes de trabalho
- Inexistência de dados sobre os ambulatórios das empresas, complexidade dos mesmos e profissionais que neles atuam.
- Desconhecimento sobre as CIPAs das empresas.
- Falta de controle sobre realização, tipo de exames admissionais, periódicos e demissionais.
- Deficiência nos registros das características dos acidentes : gravidade, tipo de lesão, tempo de afastamento, idade do trabalhador, vínculo empregatício, etc.
- Provável sub-notificação de acidentes de trabalho, por falta de controle pelos órgãos públicos.
- Falta de dados referentes às condições de trabalho e à utilização de Equipamentos de -Proteção Individual e Coletiva, uma vez que as vistorias são praticamente inexistentes.
- Não é possível conhecer quais as empresas que representam maior risco à saúde do trabalhador.
- Inexistência de programa educativo voltado aos trabalhadores.

Sugestões

- Organização do Programa de Saúde do Trabalhador no Município através da contratação de profissionais da área, como : Educador em Saúde, Médico do Trabalho

ou Sanitarista, Psicólogo, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Engenheiro, Sociólogo, Assistente Social ou outros que tenham atuação compatível com as propostas do SUS. Dentre elas:

-Atuação conjunta do ERSA, Sindicato, Delegacia Regional do Trabalho e profissionais de saúde do Município.

-Instrumentalização dos serviços de saúde do município para que possam desenvolver ações em Saúde do Trabalhador, como:

a. identificar os trabalhadores que procuram as Unidades, registrando dados referentes à ocupação e local de trabalho;

b. identificar casos suspeitos de patologias do trabalho;

c. atender doentes do trabalho, encaminhando os casos de maior complexidade para ambulatório especializado na região;

d. registrar todos os casos suspeitos ou confirmados de acidentes ou doenças do trabalho atendidos ou encaminhados para fins de vigilância.

-Promoção do cadastramento de todas as empresas e/ou locais de trabalho com identificação do número de trabalhadores, dentre outros dados, para desenvolvimento de ações de vigilância e para que se possa colocar em vigor a legislação vigente na área:

a. conhecer os serviços de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas e número de profissionais existentes;

b. verificar a existência das CIPAs;

c. verificar a realização e qualidade de exames médicos admissionais, periódicos e demissionais.

-Desenvolvimento de ações de vigilância nos ambientes de trabalho para avaliação de riscos e favorecimento da adequação das condições de trabalho.

-Realização de ação educativa junto aos trabalhadores e profissionais da saúde para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho, visando a salubridade dos ambientes de trabalho para a promoção da Saúde do Trabalhador.

5.3.6 AIDS

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi "oficialmente" relatada em junho de 1981 pelo Centro de Controle de Doenças dos EUA (CDC)¹¹ e, desde este período, vem se constituindo como um dos principais problemas de saúde pública. Até junho deste ano a Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia recebido 611.589 notificações de casos da doença de todas as regiões do mundo. Porém, segundo a própria OMS, o número total de casos, considerando-se a subnotificação, aproximava-se, naquele período, de 2,2 milhões de indivíduos doentes de AIDS e de 13 milhões de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A América do Norte, com 40% das notificações (249.035), constituía-se a região de maior concentração dos casos, seguido pelo Sub-Saara, no continente Africano (34%), da Europa Ocidental (12%) e da América do Sul (10%)?. Por fim, a taxa de infecção pelo vírus HIV tem crescido sistemática e alarmantemente nos países em desenvolvimento, haja visto, em 1985, estes países concentravam aproximadamente a metade dos casos de infecção existentes no mundo e, no ano 2.000, esta proporção atingirá o equivalente a 80%. Além disso, e apesar da diversidade epidemiológica existente segundo as regiões do mundo, estima-se que no ano 2.000 de 75% a 80% das infecções por HIV terão ocorrido por via das relações sexuais entre homens e mulheres¹⁰.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (10/93), são conhecidos 43.455 casos da doença³, sendo que a infecção pelo HIV data de 1980⁹. A principal região em coeficiente de incidência por 100.000 habitantes é a Sudeste (75), seguida da Centro Oeste (28.5) e da Sul (19). Quanto a distribuição por formas de transmissão observa-se que a relação sexual (55.2%) e o uso de drogas injetáveis (22%) são as que se apresentam de forma mais importante.

O Estado de São Paulo, neste cenário, constitui-se a principal unidade da Federação em números absolutos de casos, reunindo cerca de 60% de todos os indivíduos que adoeceram no país no período de 1980 a outubro de 1993. Ainda, ao se observar a distribuição do número de casos segundo local de moradia notar-se-á que; .07 dos 10 municípios com maior coeficiente de incidência do país pertencem ao Estado. Estes dados revelam, também, que a epidemia caracteriza-se, no Estado, por incidir de forma mais importante nas regiões que apresentam taxas elevadas de urbanização. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde 70% dos indivíduos que adoeceram de AIDS no Estado são procedentes de apenas 06 municípios⁴. Esta associação entre os casos de AIDS e os grandes centros urbanos pode ser entendida, em parte, considerando-se as formas de transmissão mais frequentes e as situações que favorecem o maior risco de infecção, tais como; o maior anonimato nas buscas de parcerias sexuais, o uso de drogas injetáveis, etc

13.

De maneira geral, quanto a distribuição por categoria de transmissão no Estado de São Paulo, observa-se que, proporcionalmente, o número de casos entre homossexuais masculinos vem diminuindo desde meados de 1990, enquanto há um aumento significativo, deste, entre usuários de drogas injetáveis. Como consequência deste aumento da incidência entre usuários de drogas tem-se o incremento do número de casos relacionados a prática heterossexual; hoje o principal responsável pela manutenção

do crescimento acelerado de casos associados à transmissão sexual do HIV. Acompanhando esta tendência há uma alteração significativa na razão masculino/feminino durante os últimos dez anos. Em 1985 para cada mulher notificada existiam 42 homens, já em 1993 este número é de 4 homens para cada mulher doente de AIDS. É importante ressaltar que se proporcionalmente o número de homossexuais vem diminuindo desde 1990, isto não se deve a uma redução em números absolutos, já que este apresenta aumento contínuo ano a ano.

Estudos de soroprevalência realizados no Estado de São Paulo dimensionam, também, a problemática. Estudos entre homossexuais masculinos e bissexuais entre o período de 1988/89 apontavam para taxas de soropositividade entre 12,2 e 30,9%. Já, estudos entre usuários de drogas injetáveis em uma cidade do interior paulista mostrava um resultado de 58% de positividade.

Quanto ao perfil sócio-econômico dos casos de AIDS observa-se, também, uma alteração nestes últimos anos, devido, em parte, a expansão dos casos entre heterossexuais e usuários de drogas. Comparando-se, por exemplo, o nível de instrução dos casos em 1985 e 1991 verifica-se que os indivíduos de terceiro grau reduziram-se, proporcionalmente, de 20,6% para 10,6%. Além disso, segundo dados do PRO-AIM, no primeiro semestre de 1993, o principal estrato ocupacional dos indivíduos que foram a óbito devido a AIDS são os trabalhadores da produção industrial e condutores de veículos. Nos anos iniciais da epidemia o principal estrato ocupacional era o de trabalhadores técnico-científicos.

Em relação a região que se estende ao longo da Rodovia Castelo Branco, em sentido Noroeste do Estado, observa-se que a região de Sorocaba (ERSA -59), apresentava, até outubro de 1993, 493 casos de AIDS notificados, sendo que o uso de drogas injetáveis respondia por 43,6% do total destes, a transmissão sexual por 41,6% e;

transfusões de sangue e/ou uso de hemoderivados por 6.9%. A relação masculino/feminino, neste período, era de 4 homens para cada mulher notificada, semelhante a verificada para o Estado como um todo. Por fim, quanto aos municípios que compõem esta região somente o de Sorocaba reunia 71,4% dos casos conhecidos no ERSA 59, seguido do município de Itu com 8,3% e Votorantim com 4,9%.

Ainda, ao observar-se o número acumulado de casos notificados de AIDS na região de Tatuí (ERSA-37) verificar-se-á a existência de 44 casos: 40,9% devido a transmissão pelo uso de drogas injetáveis, 20,5% à prática bissexual, 13,6% à prática homossexual e 13,6% à prática heterossexual. O município de Tatuí, com 77,3%, dos casos e o de Boituva, com 11,4%, são as cidades que reúnem o maior número de casos na região (tabela 5.22). A relação masculino/feminino observada para a região é de 6:1, sendo, portanto, superior a média verificada para o Estado em geral. Esta razão M/F superior deve estar associada, provavelmente, a maior proporção de casos existentes entre indivíduos com prática bissexual, se comparado ao Estado (11,34%) e, ainda, ao "recente" surgimento dos casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região. É importante ressaltar que no Brasil, até o momento, a transmissão pelo uso de drogas injetáveis é o principal responsável pelo aumento do número de casos entre mulheres, quer seja diretamente pelo uso de drogas, quer seja indiretamente pela parceria sexual com usuários de drogas.

Tabela 5.22: Distribuição dos casos de AIDS do ERSA-37 por Município de residência. ERSA de Tatuí, janeiro de 1985 a 31 de agosto de 1993 (*).

Município de Residencia	N. Casos
Tatuí	34
Boituva	05
Capela doAlto	02
Cesário Lange	02
Cerquilha	01
TOTAL	44

*DADOS SUJEITOS A REVISÃO
FONTE: CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A AIDS no município de Boituva

O primeiro caso diagnosticado e notificado na região do ERSA-37 pertence ao município de Boituva. Este caso data de 1985 e refere-se a um indivíduo com prática bissexual de 24 anos. Segundo profissionais de saúde e de indivíduos da comunidade, entretanto, a epidemia pode ter se iniciado, na região, em anos anteriores ao que mostram os dados oficiais, na medida em que referem o conhecimento de pelo menos um caso - que fazia acompanhamento clínico em São Paulo - em anos que antecede esta data.

A questão da subnotificação no município de Boituva, aliás, parece ser importante ainda hoje. Em um episódio - ainda segundo os relatos dos profissionais de saúde e da comunidade - em 1990/1 uma mulher residente e nata da cidade faleceu num hospital paulistano com o diagnóstico de AIDS; seu filho, com idade inferior a cinco anos, também foi a óbito, neste mesmo período, por insuficiência respiratória. Nenhum destes casos estão incluídos no relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) que só refere a existência de outros cinco casos relacionados na tabela 5.23.

Tabela 5.23: Distribuição dos casos de AIDS do Município de Boituva segundo ano de diagnóstico, sexo, idade e categoria de transmissão, Boituva, janeiro de 1985 A 31/08/1993(*).

ANO DIAGN.	SEXO	IDADE	CAT. TRANS.
1985	M	24	Bi
1987	M	22	Homo
1990	M	24	U. Droga
1990	M	12	Transfusão
1991	M	38	Homo

*DADOS SUJEITOS A REVISÃO
 FONTE: CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - SES

Obviamente, a questão da subnotificação em Boituva possui causas bastante comuns a outros municípios de pequeno porte do Estado, dentre as quais pode-se revelar aspectos relativos ao anonimato; as situações de preconceito e estigma a que estão sujeitos os pacientes ou grupos sociais mais envolvidos com o risco de infecção pelo HIV; a falta de estrutura de serviços de diagnóstico e de acompanhamento clínico e a falta de programa de controle e prevenção estruturado e/ou atuante.

Porém, cabe ressaltar que a evasão dos casos e a conseqüente subnotificação trazem problemas sérios ao enfrentamento da doença no município, na medida em que propicia um desconhecimento da evolução e comportamento da epidemia, bem como dificulta a obtenção de verbas específicas ao controle da doença; - a alocação de recursos e equipamentos, tanto pela Secretaria de Estado como pelo Ministério da Saúde, segue critérios epidemiológicos, especialmente, no que se refere ao coeficiente de incidência. Recentemente, 11 municípios do Estado foram escolhidos, pelo critério epidemiológico, para receberem verbas do Banco Mundial no valor de US\$ 15 milhões. Neste sentido, a seguir far-se-á algumas sugestões para o enfrentamento da questão no município, entretanto, não restrito à implementação de um sistema de vigilância

epidemiológica mais consistente, já que sua funcionalidade esta circunscrita a outras ações programáticas.

Sugestões

As ações programáticas relacionadas a AIDS a nível mundial estão prioritariamente voltadas as estratégias de prevenção, devido, principalmente, a falta de recursos terapêuticos que reduzam as altas taxas de letalidade até hoje verificadas. Estudos realizados, por exemplo, revelam que o tempo médio entre a infecção e o surgimento da AIDS situa-se geralmente entre sete e onze anos¹². Dados da Secretaria de Estado da Saúde mostram, também, que a taxa de sobrevivência de pacientes de AIDS entre diagnóstico e óbito, no município de São Paulo, é em média 227 dias.

Assim, historicamente, as ações de prevenção com relação a AIDS assumiram duas abordagens: num primeiro momento os esforços direcionaram a prevenção da infecção pelo HIV à população como um todo, tentando com isto influenciar o comportamento das pessoas a partir de um conjunto de "informações genéricas" sobre formas de transmissão e de comportamentos seguros. Pesquisas de avaliação realizadas, tanto na população em geral, como em grupos específicos, demonstraram posteriormente que essa estratégia não surtiu o efeito desejável. De forma geral, os níveis de conhecimento obtidos não refletiam necessariamente um estímulo à mudança de comportamento.

Já, numa segunda abordagem, as estratégias de prevenção encaminharam-se no sentido de influenciar mudanças de comportamento e a adoção de práticas seguras, a partir de trabalhos desenvolvidos "corpo a corpo" com os indivíduos mais expostos ao risco de infecção. Essa estratégia passou a ser desenvolvida principalmente por

determinadas comunidades "específicas" em todo o mundo e demonstrou-se de maior eficácia, na medida em que possibilitou uma maior adequação dos instrumentos e estratégias à realidade social, cultural e econômica de cada grupo abordado. Resumidamente, a metodologia dessa estratégia de prevenção baseou-se no pressuposto de que a prática educativa se constitui como um processo de construção de conhecimento empreendido por sujeitos pressupondo, assim, a socialização de saberes.

Neste sentido, idealmente, as ações educativas devem ser desenvolvidas por indivíduos da própria comunidade, de preferência, por aqueles que possuam legitimidade dentro de seus grupos. A mudança de comportamento e atitudes, nesta perspectiva, ocorreria mais frequentemente já que a mensagem é transmitida entre indivíduos que compartilham os mesmos significados, assim como a mesma linguagem e características sociais.

Tomando-se como referência este pressuposto metodológico, bem como os dados epidemiológicos de Boituva, pode-se eleger dois grupos sociais prioritários para a intervenção: o dos indivíduos do sexo masculino que mantém relações sexuais com outros homens (homossexuais e bissexuais) e o de usuários de drogas injetáveis. As ações com esses grupos devem voltar-se para a identificação de sujeitos que estejam interessados a participarem de projetos de prevenção de AIDS, junto às suas comunidades específicas. Esses indivíduos deveriam ser, assim, capacitados tecnicamente para servirem como elo de interação entre o serviço de saúde e as suas comunidades.

No entanto, para a efetiva realização dessas ações de prevenção, torna-se necessário que o município de Boituva disponibilize infra estrutura de serviços mínimos, na medida em que qualquer intervenção junto aos grupos geraria, provavelmente, uma demanda a qual os serviços de saúde do Município não estão aptos para absorver. Seria aconselhável que profissionais de saúde do município fossem capacitados para, no

mínimo, prestarem atendimento a pacientes assintomáticos. Para o atendimento de indivíduos em outros estágio clínicos dever-se-ia estabelecer sistemas de referência e contra-referência. As cidades de Tatuí e Sorocaba poderiam ser facilmente envolvidas neste sistema, já que prestam assistência, conforme os relatos obtidos, aos pacientes de Boituva. Além disso, seria necessário um amplo programa de sensibilização dos profissionais de saúde do município, no sentido de não discriminarem indivíduos que procurem informações ou assistência médica nos serviços.

Seria, também, aconselhável viabilizar, em menor tempo possível, a realização de testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV. Segundo informações de profissionais esses testes hoje demoram meses para retornarem com resultado, o que constitui um grande desestímulo para sua realização. A testagem anônima, como forma de possibilitar acessos mais fáceis ao diagnóstico àqueles que temem atitudes de preconceito e estigma, pode, também, ser estimulada. O anonimato para a sorologia em municípios de pequeno porte pode ser obtido pela contratação de profissionais de outras regiões como, por exemplo, Iperó, no caso de Boituva. A Secretaria de Estado e o Ministério da Saúde dispõem de material sobre o tema.

Além disso, é necessário que a prefeitura do município de Boituva disponibilize, através dos serviços de saúde, os meios materiais de prevenção. Assim, é aconselhável a adoção de um amplo programa de distribuição de preservativos, bem como de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas usadas pelos usuários de drogas injetáveis. Alguns países do mundo, tal como França, EUA, Holanda e etc, mantêm, inclusive, programas de distribuição e/ou troca de agulhas e seringas entre usuários de drogas. A Secretaria de Estado e o Ministério da Saúde também aconselham esta prática.

Quanto a ações de informação e prevenção à população como um todo, poder-se-ia implantar um sistema de informação por telefone. Segundo experiências anteriores os indivíduos que prestam informações não precisam ser necessariamente profissionais específicos de atenção direta, bastando para tal cursos de capacitação e reciclagem. O primeiro serviço do tipo a funcionar no município de São Paulo era atendido pelos próprios profissionais do ambulatório sem que fossem desviados de suas funções principais. Neste sentido, a única exigência é uma linha própria para este fim, com o número amplamente divulgado, e profissionais que, sem preconceito, consigam transmitir as informações solicitadas.

Ainda, quanto às estratégias de divulgação de informação à população em geral seria aconselhável o envolvimento das instituições da sociedade civil, especialmente os ligados à comunicação.

5.3.7 - Saneamento Ambiental

A água que abastece o Município de Boituva provém do Rio Sarapuí, relativamente distante do centro da cidade, sendo que a adutora de água bruta , tubulação de 300mm de diâmetro, apresenta cerca de 6.500m de extensão. Devido ao aumento da demanda de água, esta adutora deverá ser duplicada em futuro próximo.

A água captada no rio Sarapuí é recalçada para a estação de tratamento de água que é do tipo convencional ou clássica . No início do tratamento, a água recebe a adição de cloro-gás (pré-cloração) e sulfato de alumínio e cal hidratada (coagulação). Para estas etapas é aproveitada a turbulência da água providenciada pela calha Parshall, que também tem a função de possibilitar o controle da vazão afluente à Estação de Tratamento de Água - ETA.

Após a mistura rápida, a água sofre floculação química aplicando-se adicionalmente polieletrólito, durante a mistura lenta que é realizada em três flocoadores mecânicos em série, que perfazem um tempo de retenção hidráulico total de 30 minutos. A floculação é controlada por meio de aparelho de Jar Test, disponível no laboratório da ETA.

A etapa subsequente do tratamento é a decantação da água, realizada em decantadores acelerados de fluxo ascendentes, portadores de "colméias" para aumentar a eficiência do decantador na separação dos flocos formados na etapa anterior.

Os flocos são separados nos decantadores e são removidos na etapa seguinte de filtração. Para isto utilizam-se filtros rápidos de camada dupla de areia e carvão antracito. As carreiras de filtração são da ordem de 30 horas. As águas de lavagem dos filtros bem como o lodo separado nos decantadores são descarregados em córrego.

Após estas etapas iniciais de "limpeza" da água, capazes de enquadrar os parâmetros cor e turbidez às exigências dos padrões de potabilidade estabelecidos pela portaria nº 36 do Ministério da Saúde, é realizado o "tratamento" propriamente dito.

O tratamento consiste na aplicação de cloro-gás (pós-cloração), que tem por objetivo a manutenção de um teor de cloro residual livre de 0,5mg/l nos pontos mais desfavoráveis da rede de distribuição, na aplicação de ácido fluossilícico, que tem por objetivo a manutenção de uma concentração de fluoreto na água em torno de 0,7 mg/l e na correção final de pH, mediante o emprego de cal hidratada.

A ETA dispõe de laboratório capaz de realizar as análises e exames rotineiros como cor, turbidez, pH, cloro residual e fluoreto. As análises biológicas para a determinação do índice de coliformes, totais e fecais, são realizados em laboratório central da SABESP, concessionária dos serviços de Água e Esgoto do Município. Segundo

informações do técnico operador da ETA, existem pontos de monitoramento da qualidade da água na rede de distribuição, fazendo-se determinações de cloro residual e de fluoretos . Os resultados demonstram, segundo o entrevistado, que a água distribuída a população é bastante segura.

A vazão tratada na ETA é de 76 l/s e a sua capacidade de projeto é de 40 l/s . Esta sobrecarga vem sendo suportada até o momento pelo emprego de polieletrólito na etapa de floculação, pelo emprego de decantadores acelerados e pela redução nas carreiras de filtração. Está prevista também, em futuro próximo , a duplicação da capacidade da ETA , através da construção de outro módulo idêntico ao existente. Recomenda-se complementarmente, a construção de sistema de recuperação das águas de lavagem dos filtros e de sistema de desidratação de lodos, que posteriormente deverão ser dispostos em aterros. Com estas medidas aumentar-se-á a quantidade de água produzida na ETA, bem como evitar-se-á a poluição do corpo receptor desses lodos.

A adutora de água tratada apresenta cerca de 5.900 m de extensão e também deverá ser duplicada (tubulação paralela), conforme informação da SABESP.

A reservação de água tratada se faz em dois reservatórios de 650 m³ e um elevado de 250m³. A rede de distribuição apresenta 75.588 m de extensão, tendo sido catalogadas 5.971 ligações em novembro de 1.993, correspondendo ao atendimento de 98% da população. Segundo a SABESP, não é atendido apenas o bairro Fazenda Castelo, popularmente conhecido por "VITASAY".

Embora não se tenha levantado a totalidade das informações necessárias para uma análise mais consistente, pode-se inferir em função dos dados obtidos, que o sistema de abastecimento de água é bastante satisfatório, o que pode ser percebido pelo bom relacionamento entre a concessionária e a Prefeitura Municipal, pela aceitação da

população e, principalmente, pela não incidência de doenças de veiculação hídrica em níveis que pudessem ser associados ao abastecimento de água. Além disso os dados de programa de controle de qualidade da água, realizado pelo ERSA de Tatuí, demonstram que de 40 amostras de água colhidas no município de Boituva, entre o período de junho de 1991 a junho de 1993, somente quatro não se apresentavam potáveis, devido a problemas de manutenção nos encanamentos domiciliares, bem como a limpeza das caixas de água. Desta forma, com relação à água, seria aconselhável a realização de campanhas educativas orientando sobre a importância da limpeza e desinfecção das caixas d'água nos domicílios.

Sistema de Esgotos Sanitários

Segundo informações do responsável pela SABESP no município, foram catalogadas 3.710 ligações de esgotos representando o atendimento a 63% da população (44.606 m de rede coletor e 2.239 m de interceptor). Todo o esgoto coletado é encaminhado a estações de tratamentos antes do lançamento no corpo receptor.

Cerca de 1.200 ligações de esgotos são encaminhados a uma Estação de Tratamento de Esgoto - ETE- do tipo "reator anaeróbico de fluxo ascendente e manto de lodo"- RAFA. Este sistema, embora consista em tecnologia recente, apresenta baixa eficiência na remoção da DBO dos esgotos, quando não sucedido de tratamento complementar. Além disto, apresenta problema de exalação de maus odores devido a formação de gás sulfídrico durante o tratamento, provocando sérios incômodos à população residente em áreas adjacentes à ETE, agravado pela sua pequena distância da zona urbana na cidade . Por este motivo, além da inexistência de área naquele local para a complementação do tratamento, segundo a SABESP, este sistema deverá operar por mais

algum tempo, recebendo um acréscimo de carga de 18% pela execução de novas ligações de esgotos e , posteriormente, será abandonado.

O outro sistema de tratamento de esgotos, de maior porte e que recebe cerca de 2.500 ligações, é de natureza aeróbia do tipo "valo de oxidação".

Sabe-se que este tipo de tratamento é bastante eficiente, podendo reduzir a DBO dos esgotos em cerca de 90%, mas, na ocasião em que foi visitado pela equipe, apresentou-se em más condições de funcionamento, motivadas principalmente pelas improvisações executadas na zona de decantação. Segundo informações da SABESP, este sistema também deverá operar por mais algum tempo, devendo receber carga orgânica acrescida em cerca de 2% devido à execução de novas ligações. Posteriormente o sistema deverá ser totalmente reformulado, aparecendo como alternativa de tratamento o processo de lodos ativados de batelada complementado por lagoas de estabilização. Está prevista também a construção de um sistema de lagoas de estabilização para o tratamento dos esgotos do Parque Residencial Novo Mundo.

Limpeza Pública

O serviço de limpeza pública do município é realizado diretamente pela Prefeitura Municipal, havendo um setor específico para administrar e executar esta atividade.

Na área central da cidade, a coleta de lixo é realizada diariamente enquanto que nos bairros mais afastados é feita apenas semanalmente, exceto no bairro Fazenda Castelo (VITASAY) onde a coleta é realizada duas vezes por semana.

A Prefeitura dispõe de três caminhões para o serviço de limpeza pública, sendo dois compactadores e um tipo caçamba. A rota de coleta é pré-estabelecida e tem como principal divisor a via férrea que atravessa o centro da cidade. Assim, um dos caminhões coleta o lixo das edificações localizadas "acima" da linha férrea e outro atende a região "abaixo", além de um bairro um pouco mais distante do centro. O terceiro caminhão se destina à coleta de lixo de varrição de ruas e dos resíduos industriais.

Com relação aos recursos humanos, são disponíveis três motoristas e quatro coletores, que trabalham uniformizados, com luvas de couro e botas de borracha.

A varrição restringe-se às ruas asfaltadas. As ruas centrais são varridas diariamente, enquanto que as de bairros três vezes por semana. O lixo recolhido é acondicionado em sacos plásticos e transportado ao aterro pelo caminhão reservado para o serviço de varrição. Este serviço é executado atualmente por quinze mulheres.

São coletadas diariamente cerca de 24 toneladas de lixo, que são transportadas para o aterro que dista cerca de 4,5 km do centro através de via não pavimentada. O terreno onde se localiza o aterro, situa-se em área adjacente à plantação de cana e não habitada em seus arredores próximos, exceto por uma única família residente em área imediatamente anexa à área de depósito do lixo.

A profundidade útil do aterro é de apenas 3 m, devido a baixa estabilidade do solo. A abertura das valas são realizadas por uma retro-escavadeira imediatamente antes da chegada dos caminhões, que permanece no local para o recobrimento do lixo imediatamente após o seu depósito, dificultando a ação de catadores e a proliferação de vetores. Ainda assim foi observada a presença de catadores, diga-se, os próprios moradores da residência anexa ao aterro, que comercializam papelão, metais e outros materiais com um proprietário de depósito de sucatas (ferro-velho). A área do aterro não é

cercada, não existe sistemas de drenagem de águas pluviais e de gases provenientes da decomposição do lixo, nem impermeabilização do fundo e nem sistemas de coleta e tratamento de líquido percolado (chorume). Esta situação não permite caracterizar-se o aterro como sanitariamente correto. No entanto, devido a sua pequena extensão e à ocupação de mais de 50% de sua área, pode-se avaliar que seu esgotamento está próximo, devendo-se centralizar os esforços no estudo de alternativas para a construção de novo sistema de tratamento/disposição final, tornando-se pouco interessantes os projetos de remediação do aterro existente.

Há ainda na cidade o serviço de coleta de entulhos. Também são dispostos na área central tambores metálicos para a coleta adicional de lixo.

De acordo com o responsável pelo setor, a coleta de lixo é dificultada pelo hábito de parcela da população de acondicionar o lixo domiciliar em latas e não em sacos plásticos. Devido ao crescimento acelerado do município presume-se que haverá a necessidade em breve do aumento da frota, bem como dos recursos humanos para os serviços de coleta de lixo e de varrição de ruas.

Um dos problemas mais preocupantes neste setor, refere-se à inexistência de sistema de tratamento/disposição final dos resíduos sólidos dos serviços de saúde. Embora exista o serviço de coleta específica através de veículo tipo furgão, estes resíduos são queimados no próprio aterro de lixo doméstico, mediante a adição de óleo diesel. É meta da Prefeitura a instalação de um incinerador no município, ou o estabelecimento de um consórcio com municípios vizinhos visando a ação conjunta para esta finalidade.

Também não existe no município aterro destinado à disposição de resíduos industriais contaminados quimicamente (resíduos classe 1). Também seria interessante a

realização de um consórcio com indústrias de outros municípios para a solução conjunta de tal problema.

Quanto ao problema do tratamento/disposição final do lixo doméstico/comercial, o caminho mais simples é o desenvolvimento de novo projeto de aterro sanitário, iniciando-se desde a pesquisa de área tecnicamente mais favorável e concluindo-se com a utilização de todos os recursos que devem ser previstos em um aterro para evitar danos a saúde pública ou ao ambiente. Ideal seria o empreendimento de projeto de coleta seletiva e reciclagem de resíduos acompanhado de programas educacionais o que, no mínimo, promove uma redução do volume de lixo a ser disposto em aterro. Melhor ainda será a construção de usinas de compostagem do lixo orgânico, embora se compreenda as dificuldades operacionais e econômicas para o empreendimento de tais atividades. O retorno para o município é, no entanto, muito grande, destacando-o ambientalmente e tornando-o modelo para outros municípios do país.

Poluição Ambiental

Apesar dos problemas apresentados pelo Município na área de saneamento básico, que não são graves nem difíceis de serem resolvidos, e nem tampouco têm passado despercebidos pelas autoridades locais, o ambiente é bastante sadio. A cidade é limpa e não são observados quaisquer resquícios de poluição atmosférica. As duas usinas de cana-de-açúcar encontram-se afastadas do perímetro urbano. As mais de 70 indústrias instaladas no município são predominantemente não poluidoras; aliás, este critério é fundamental para o aceite de novas indústrias por parte do município, uma vez que a região tem sido intensamente procurada para atividades de lazer de fins de semanas; nota-se a progressiva instalação de chácaras e sítios, motivada também pela distância relativamente pequena da capital e pela excelente via de acesso.

Não houve, neste trabalho, oportunidade para visitas às unidades industriais objetivando a identificação de poluentes e das tecnologias de controle empregadas. Esta atividade fiscalizadora é atribuição da CETESB, mas caso a Prefeitura deseje pode estabelecer mecanismos de controle próprios. No entanto, observou-se bom relacionamento entre a Prefeitura e as indústrias locais, e não puderam ser identificados movimentos populares motivados por questões ambientais.

Acrescenta-se que existe no município um parque ecológico.

5.3.8 Mortalidade Perinatal

A investigação e análise dos óbitos ocorridos em crianças menores de 1 ano é tarefa importante no trabalho de redução da mortalidade infantil

É a partir desta análise que se pode identificar alguns dos principais problemas relacionados aos cuidados prestados a essas crianças, seja no âmbito familiar ou nos serviços de saúde (unidades de atendimento e hospitais).

Em 1991 observou-se um total de 09 óbitos em menores de um ano, assim distribuídos: 04 devido a lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxias perinatais, 4 por outras causas de morte perinatal e 01 caso de anomalia congênita .

Em entrevistas com o Coordenador de Saúde, profissionais médicos e auxiliares de enfermagem, foram relatados problemas relacionados com a mortalidade infantil, em especial mortalidade neonatal e natimortalidade, associadas a prática de cesáreas precoces, bem como indução de parto normal com terapêutica medicamentosa (uso de ocitocina sintética).

Tais dados apontam a atenção à concentração dos óbitos na categoria perinatal (a soma da natimortalidade com a mortalidade neonatal precoce)⁷.

O Município de Boituva possui 02 UBSs que realizam serviço de atenção ao pré-natal, bem como 01 hospital-maternidade onde estima-se que aproximadamente 40% das pacientes são provenientes de outros municípios, constituindo em polo de atração para parto. Desta forma a pesquisa da mortalidade perinatal foi realizada no próprio hospital, no período de 26.10.91 a 31.10.93. Os dados foram colhidos no livro de registro de partos mantido pela administração do hospital, e considerados "caso" aqueles registros onde apontavam, como condições de alta, natimortalidade, óbito e aqueles com registro incompleto.

Foram levantados os dados dos prontuários desses casos, com o intuito de esclarecer a falta de informação, verificar a categoria natimortalidade e óbito neonatal.

Procurou-se averiguar:

- Quais são as crianças que morrem.
- Em que condições associadas ao parto ocorre a mortalidade.
- Qual a relação existente entre os óbitos.
- Qual a relação existente entre os óbitos e a atenção pré-natal, oferecida pelo município.
- Das causas de óbito quais seriam passíveis de intervenção no pré-natal, parto e assistência pós-parto.
- Quais as mães das crianças que estão morrendo.

A partir do levantamento realizado no livro de registro de partos encontramos os seguintes dados:(tabela 5.24)

Tabela 5.24: Número e porcentagem de partos por tipo de parto, ocorrido no Hospital São Luiz, Município de Boituva, no período de 26/10/1991 a 31/10/1993.

TIPO DE PARTO/ANO	1991 *		1992		1993 **		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PARTO NORMAL	56	40,88	348	44,78	359	48,39	763	46,1
PARTO CESÁREA	81	59,12	421	54,18	382	51,48	884	53,4
PARTO NORMAL C/ FORCEPS	-		02	0,26	--		02	0,2
SEM INFORMAÇÃO	-		06	0,77	01	0,13	007	0,4
TOTAL	137	100,00	777	100,00	742	100,00	1656	100,00

* 1991 - DADOS REFERENTES 26/10/91 A 31/12/91

** 1993 - DADOS REFERENTES 01/01/93 A 31/10/93

Percebe-se uma porcentagem elevada de partos por cesáreas (53.4%), embora tenha decrescido ligeiramente no último ano.

O coeficiente de mortalidade perinatal sofreu aumento significativo, de 10.3 /1000 nascimentos em 1992 para 24.7/1000 nascimentos em 1993; este coeficiente é bastante aproximado ao encontrado para o Brasil, de 24.9/1000 nascimentos em 1991. Para o período analisado o coeficiente encontrado é de 16.9/1000 nascimentos.

Cabe ressaltar que o Brasil é um dos países que possuem tal coeficiente em níveis elevados, apresentando pior situação do que o- Chile (13,16/1000 nasc.), Romênia (12,23/1000 nasc.); EUA (12,64/1000 nasc.); Japão (5,71/1000 nasc.), Reino Unido(8,13/1000 nascimentos).(2)

Frente ao dado apresentado anteriormente, de aumento significativo do coeficiente de mortalidade perinatal no ano de 1993, faz-se necessário investigar as causas relacionadas a este acréscimo.

Na pesquisa de prontuário dos 39 casos de óbitos (os óbitos se referem às perdas fetais, precoce, natimorto e óbito neonatal), foi possível analisar 35 prontuários;

04 não estavam acessíveis pois 02 deles estão anexados a um processo judicial e os demais não foram localizados.

A qualidade do preenchimento do prontuário deixa muito a desejar faltam, além de dados de identificação, evoluções clínicas, anotações de enfermagem e assinaturas. Os impressos não estão arquivados em ordem cronológica, encontram-se rasuras. Esses aspectos comprometem o sistema de informação e, conseqüentemente, a avaliação da assistência prestada pela instituição.

Os 35 casos de óbitos foram analisados em termos de: idade materna; tempo de gestação; paridade materna; procedência; peso ao nascer; patologia materna ou ocorrência relacionada ao parto; tipo de parto realizado.

Os óbitos ocorridos obedeceram à seguinte distribuição: 08 perdas fetais precoces ; 18 natimortos e 09 óbitos neonatais (Tabela 5.25), distribuição essa que obedece a uma tendência mundial; dado que um coeficiente menor de mortalidade neonatal reflete uma melhor qualidade da assistência à saúde, uma vez que existem várias medidas de intervenção para preveni-la enquanto que, na natimortalidade, poucas situações são passíveis de intervenção.

Tabela - 5.25 Número e coeficiente de óbitos perinatais por 1000 nascimentos, ocorridos no Hospital São Luiz, Boituva, período 26/10/91 a 31/10/93

CATEGORIA DE OBITO	Nº	COEF.
P.F.P.I.*	08	4,2
NATIMORTO	18	11,5
NEONATAL	09	5,4
TOTAL	35	16,9

* PERDA FETAL PRECOCE E INTERMEDIÁRIA

Perfil dos casos de óbito

Variável Peso - 22.80% tinham peso inferior a 999g, incompatível com a vida; 45.70%; com peso entre 1000 e 2499g; 31.42% entre 2500 e 5050g. Estabelecendo-se a proporcionalidade em relação aos nascimentos ocorridos, verifica-se que, de menos de 1000g 100% foram a óbito; entre aqueles de 1000g e 2499g 12.7% foram a óbito, grupo esse de maior risco devido ao baixo peso, porém em situação compatível com a vida e merecedor de atenção e cuidados de maior complexidade; de 2.500g em diante encontra-se uma proporção de 0.7% que chama a atenção pois, a princípio, o risco associado ao peso é muito pequeno e nenhuma morte seria esperada.(Tabela 5.26).

Tabela 5.26: Número e porcentagem de óbitos dos nascimentos ocorridos em relação ao peso ao nascer, no Hospital São Luiz Município de Boituva, no período de 26/10/91 a 31/10/93.

Peso (g)		Total nascidos	Óbitos*	%
500	1000	1	1	100.0
1000	2500	126	16	12.7
2500	5050	1487	11	0.7
Sem infor.		35	--	--
TOTAL		1649	28	

* NÃO FORAM CONSIDERADAS AS PERDAS PRECOCES E INTERMEDIÁRIAS.

Em relação a idade gestacional, a referência deveria ter sido feita preferencialmente em semanas de gestação; no entanto, não foi possível fazê-lo pois nos

prontuários as referências foram feitas em meses. Selecionou-se os casos com tempo de gestação maior ou igual a 06 meses, como pode observar-se na tabela 5.27.

Tabela 5.27: Número de crianças com idade gestacional maior de 06 meses, por peso ao nascer (gramas), Hospital São Luiz, Município de Boituva período de 26.10.91 à 31.10.93.

PESO AO NASCER / IDADE (MESES)	6M	7M	8M	9M Inc	9M	TOTAL
500 1000	1	-	-	-	1	2
1000 2500	3	1	1	1	8	14
2500 5050	-	-	2	3	7	12
TOTAL	4	1	3	4	16	28

É preocupante o fato dos óbitos neonatais estarem concentrados em crianças com idade gestacional de 9 meses completos, 77.8%; 1 criança com 8 meses completos e 1 criança com 9 meses incompletos, 11.1% (Tabela 5.28).

Verifica-se ainda que 27 crianças possuíam peso e/ou idade gestacional compatíveis com a vida.

Tabela 5.28: Número de natimortos e óbitos neonatais em relação à idade gestacional, Hospital São Luís, Município de Boituva período de 26.10.91 a 31.10.93..

Idade gestacional	Natimorto	Neonatal	TOTAL
6M	3	-	3
7M	1	-	1
8M	2	1	3
9M Inc	3	1	4
9M C	9	7	16
TOTAL	18	9	27

Passou-se então à verificação dos óbitos perinatais e das possíveis patologias associadas; destas, foi possível enumerar seis situações patológicas associadas ao parto e um parto domiciliar, que ficaram distribuídas conforme tabela abaixo:

Tabela 5.29 :Número de abortos, natimortos e óbitos neonatais, por patologia associada ocorridos no Hospital São Luiz , Município de Boituva, no período de 26.10.91 a 30.10.93.

Patologia	Aborto	Natim.	Neonatal	TOTAL
Anencefalia	-	2	-	2
Diabetes	1	-	-	1
DPP	-	2	1	3
Eclampsia	-	1	-	1
Pré-Eclampsia	-	-	1	1
Parto Domiciliar	-	-	1	1
TOTAL	1	5	3	9

Dos óbitos em neonatos observa-se 01 caso com DPP (descolamento prematuro de placenta) complicação essa que leva a óbito na grande maioria de ocorrência; 01 caso de pré-eclampsia, passível de intervenção no pré-natal e 01 caso de parto domiciliar onde a mãe refere que a criança nasceu viva (chorou), mas foi constatado óbito quando chegou ao hospital.(Tabela 5.29)

Quanto a idade das mães, foi constatada a distribuição conforme tabela 5.30

Tabela 5.30 Número de abortos, natimortos e óbitos neonatais pela idade materna ocorridos no Hospital São Luiz, Município de Boituva, período de 26.10.912 a 31.10.93.

IDADE MATERNA	ÓBITO			TOTAL
	Aborto	Natimorto	Neonatal	
13 --- 16	2	2	2	6
17 --- 19	1	3	1	5
20 --- 30	3	11	6	20
31 --- 40	1	3	---	4
TOTAL	7	19	9	35

Em relação a idade materna foi encontrada uma maioria absoluta na faixa etária de 20 a 30 anos, o que é esperado uma vez que nesta faixa etária se encontra o período reprodutivo por excelência.

Quanto à procedência, na sua grande maioria as mães procedem do Município de Boituva (62,9%), enquanto os 37,1% são procedentes de outros municípios da região; indicando que o Hospital São Luiz não só atende a demanda do seu município, como também recebe parturientes de outros, em uma porcentagem bastante elevada.(Tabela 5.31).

Tabela 5.31 Número de abortos, natimortos e óbitos neonatais pelo município de procedência materna ocorridos no Hospital São Luiz, Município de Boituva no período de 26.10.91 a 31.10.93.

Município	Aborto	Natimorto	Neonatal	TOTAL
Boituva	5	12	5	22
Cesário Lange	-	2	1	3
Iperó	2	3	3	8
Porto Feliz	-	1	-	1
Tatuí	-	1	-	1
TOTAL	7	19	9	35

Em entrevistas realizadas com gestantes que aguardavam consultas médicas na UBS IVBoiutuva e UBSIIISanta Rita, foi referido que "muitas mulheres vem aqui ter filho pois querem fazer laqueadura"; este argumento talvez possa servir de subsídio para explicar a procura dos serviços oferecidos pela cidade por gestantes não residentes no município, visto que as mesmas relataram que o valor pago pela cirurgia em Boituva é inferior ao cobrado pelos obstetras das cidades vizinhas.

Frente aos 22 casos procedentes de Boituva e considerando informações colhidas em entrevista com o Coordenador de Saúde do Município, segundo o qual a rede

básica de saúde atende a demanda do pré-natal em no mínimo 90%, partiu-se à busca dos prontuários referentes a esses casos.

Foram localizados apenas 13 prontuários, ou seja 65% do esperado, os quais foram analisados a fim de se verificar o acompanhamento pré-natal e o número de consultas realizadas. Foram encontrados problemas semelhantes aos prontuários do hospital, tais como: letra ilegível, ausência de datas e assinaturas, falta de descrição clínica, anotação de enfermagem restrita ao peso e à altura da usuária; desordem cronológica dos impressos; etc.

Dos 13 prontuários encontrados, apenas 10 tiveram acompanhamento pré-natal. Quanto à frequência de consultas realizadas para cada uma das gestantes que fizeram pré-natal foi encontrado e relacionado na tabela 5.32

Tabela 5.32 Número de gestantes por quantidade de consultas médicas no pré-natal, das UBS do Município de Boituva, no período de 26/10/91 a 31/10/93.

Nº de consultas médicas	Nº de gest.
1	02
2	02
3	01
4	03
5	01
6	-
7	-
8	01
TOTAL	10

Segundo orientação da Secretaria de Estado da Saúde considera-se aceitável um mínimo de quatro consultas médicas no pré-natal¹⁴. Verifica-se então que em cinco casos esse numero é atingido, isto é, num universo de vinte pré-natais esperados

encontram-se somente 25% realizados adequadamente, pelo menos no que se refere à quantidade de consultas.

Existem trabalhos de avaliação de serviços que mostram que "-o que não está registrado não está feito"¹⁵, portanto, seguramente podemos caracterizar o atendimento pré-natal oferecido como ritualista prestando-se, ao que tudo indica, para assegurar que o médico que tenha feito o pré-natal faça também o parto, uma vez que segundo "normas" informalmente estabelecidas no município o médico que acompanha o pré-natal é quem executa o procedimento "parto".

Em entrevistas feitas com o Coordenador de Saúde e três obstetras do Município, foi ressaltado o aspecto em questão; as verbalizações procuram reforçar o aspecto positivo dessa prática - acompanhar o pré-natal e realizar o parto - uma vez que propicia à cliente segurança quanto ao conhecimento prévio por parte do médico das complicações que poderiam advir de alguma anormalidade detectada no pré-natal, bem como da segurança de saber para onde dirigir-se quando dos sinais de parto eminente ou da suspeita de algum tipo de complicação.

Incluído em todas as entrevistas está o discurso que a usuária pode escolher o médico que a acompanhará durante o pré-natal. Óbvia é a vantagem da possibilidade de escolha do profissional, porém, dentro desta prática também pode haver distorções; é de se esperar que no relacionamento profissional/cliente haja segurança e respeito entre as partes, no entanto deve-se objetivar a credibilidade no sistema e não apenas nos profissionais, individualmente.

Uma aparente "atenção integral a saúde" pode encobrir uma desqualificação da assistência prestada; no caso isto se traduz pela alta mortalidade

perinatal resultante de casos de óbitos evitáveis como, por exemplo, crianças de mães com eclampsia e pré-eclampsia, diabetes e partos domiciliares sem assistência.

Outro fator frequentemente mencionado e relacionado à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido refere-se a deficiência de recursos materiais e humanos existentes tanto no hospital como das UBSs.

A deficiência dos recursos materiais pôde ser identificada durante as visitas realizadas nas instituições mencionadas, descritas a seguir:

- **UBSs:** não contam com apoio diagnóstico; há demora na realização dos exames laboratoriais; não existe disponibilidade para uso da ultrassonografia; (quando essa se faz necessária é preciso solicitar em outro município, o que faz com que as gestantes ou não a realizem, ou o façam com demora), não é assegurado às gestantes o fornecimento das medicações que eventualmente se tornem necessárias.

- **Hospital:** dispõe de um berçário que possui como equipamentos:

10 berços comuns

01 berço de fototerapia

01 isolete

01 material de intubação endotraqueal (laringoscópio infantil e cânulas proporcionais)

01 balança

01 tereza (régua para medir RN)

01 fonte de oxigênio

Sistema vácuo para aspiração

Não é observado a existência de:

- respiradores infantis
- berços aquecidos
- bomba de infusão
- local reservado para o RN de risco e alto risco

O profissional responsável pelos cuidados de enfermagem direto ao paciente é um auxiliar de enfermagem rodiziando em turnos de 12 horas.

Há apenas uma sala para partos normais e uma mesma sala para cirurgias e cesárias.

A sala para partos normais conta com o mobiliário básico:

- 01 mesa cirúrgica
- 02 mesas auxiliares
- 01 berço aquecido'
- 01 sistema de aspiração
- medicamentos

A sala para cirurgia conta, além do mobiliário básico e medicação, também com um carrinho para anestesia geral inalatória, com material de intubação endotraqueal.

Chama a atenção a falta de material para desfibrilação cardíaca.

Contudo, apesar de que a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, possa estar relacionada a deficiência de materiais, equipamentos e recursos humanos, a prática dos profissionais envolvidos com os eventos em questão pode também estar contribuindo com o quadro que se apresenta.

Assistência ao parto

O procedimento parto é executado pelo obstetra dentro do seguinte fluxo:

- a paciente é recebida e avaliada pelas auxiliares de enfermagem de plantão (a avaliação é feita no sentido de verificar se realmente está na hora do parto), que chamam (via telefone) o médico que a paciente refere ser o "seu" médico; porém, se a avaliação for de que o trabalho de parto ainda está no início, o médico não é chamado, cabendo à auxiliar controlar o período de trabalho de parto.

O parto normal é assistido pelo obstetra e pelo pediatra; nas cesáreas a composição é a mesma com o agravante de que a anestesia é executada pelo obstetra (não existe anestesiológico no Município).

Nas situações em que não há tempo para chamar o pediatra o obstetra se responsabiliza pela anestesia, pela parturiente e pelo recém-nascido; essas situações aumentam muito o risco de complicações, tanto para as mães quanto para o recém-nascido.

Mortalidade -materna

Não foi possível realizar o levantamento dos registros oficiais a respeito da mortalidade materna. Os dados colhidos são relativos a entrevistas feitas com médicos que trabalham no município desde 1987 e com auxiliares de enfermagem. Todos se referiram a dois óbitos maternos ocorridos nos últimos sete anos; um deles ocorrido no hospital, que apresentou parada cardio-respiratória na "mesa cirúrgica", e outro que apresentou complicações que não foram seguramente descritas, e foi transferida para outro município, indo a óbito.

Considerando-se que a média de nascimentos ocorridos no hospital nos últimos dois anos foi de 834 nascimentos/anos, teríamos 5834 nascimentos em sete anos. Desta forma o coeficiente de mortalidade materna seria na ordem de 34,3 por 100.000 nascimentos; corrigindo-se o coeficiente, com a utilização do índice de sub-informação encontrado por LAURENTI et al⁸ para o município de São Paulo (2,24) o coeficiente de mortalidade materna em Boituva deve ter girado em torno de 76,8 óbitos por 100.000 nascimentos, semelhante ao município de São Paulo, porém, distante se comparado a países como Canadá que é de 4 óbitos por 100.000 nascimentos, ou EUA 9.6 por 100.000 nascimentos.

A atenção devida a este coeficiente auxilia na avaliação da qualidade da assistência materna que se possa oferecer.

Considerações

Embora tenha sido frequentemente mencionado por profissionais de saúde que as unidades básicas desenvolvem um programa de atenção às gestantes cuja abrangência chega a ser de 90%, é fundamental que se avalie esse programa pois, ao que tudo indica, ele não atende à grande maioria das gestantes do Município.

A questão da mortalidade perinatal e a mortalidade materna deve ser, também, encarada com maior rigor pois, embora os coeficientes sejam semelhantes ao do país e, em números absolutos não chamarem muito a atenção, são incompatíveis com os ideais de melhoria da qualidade de vida propostas pela atual administração em saúde, uma vez que tais índices são superiores a outros países onde o nível de vida é considerado satisfatório.

Cabe, ainda, lembrar que dos nove casos de óbito em neonatos apenas quatro podem ser associados a patologia materna, sendo que nos demais não há nenhuma circunstância que justificasse o óbito, o que é de extrema gravidade. Esses índices são significativos e devem ser considerados como parâmetros para avaliar a qualidade da assistência prestada à gestante, recém-nascido e puérpera, bem como subsidiar um planejamento mais condizente com a necessidade local.

Nesse contexto é fundamental que a Coordenadoria de Saúde desenvolva um programa que possibilite a avaliação e controle das atividades executadas na atenção às gestantes, bem como possibilite uma investigação mais apurada dos óbitos perinatais e maternos ocorridos no município. Para tanto, faz-se necessário que se implemente um sistema de informações capaz de detectar problemas que se refletem, atualmente, na mortalidade em questão.

Neste sentido, sugere-se que haja uma normalização quanto ao registro de informações dos procedimentos realizados no acompanhamento das gestantes, tanto nas unidades básicas como no hospital. Não se deve admitir prontuários incompletos, tanto em relação a dados, como à conduta médica, já que isso impossibilita avaliações das práticas dessas instituições e de seus profissionais. A falta de registro no prontuário fragiliza a própria instituição, pois sugere que as condutas apropriadas não tenham sido realizadas ou, ainda, evidencia negligência na assistência prestada.

Outro aspecto relevante para melhoria da qualidade da atenção às gestantes, recém-nascidos e puéperas é o envolvimento dos profissionais de saúde no planejamento e gerenciamento das ações programáticas, a fim de propiciar que assumam a responsabilidade e a importância de seus próprios papéis na qualidade da saúde da população atendida. É necessário também um amplo programa de capacitação e reciclagem de todos os profissionais envolvidos na questão.

É necessário que se avalie a adequação dos recursos humanos, materiais e técnicos em relação à demanda existente, como também a otimização de equipamentos de apoio diagnóstico existentes, tal como o ultrassom que não está em uso por falta de profissional qualificado para operá-lo.

Por fim, ressalta-se a necessidade da estruturação de um programa de atenção a saúde da mulher, com ênfase, na saúde reprodutiva, visto que há um número representativo de gravidez em adolescentes, bem como - (segundo as entrevistas realizadas com as gestantes -) um alto índice de esterilização cirúrgica (laqueadura) como método contraceptivo, método esse que é oferecido nos consultórios médicos sendo inclusive, passível de remuneração. A realização arbitrária desse procedimento, traz graves consequências a saúde física e psicológica da mulher, constituindo-se, portanto, um ato de violência e uma prática anti-ética.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.

A importância da eleição do processo de construção do Sistema Único de Saúde a nível local como tema de estudo para o desenvolvimento do TCM/ 93, decorre das diferentes formas como seus princípios e diretrizes têm sido implantados nos municípios brasileiros.

Daí a relevância de se analisar a realidade de saúde do Município de Boituva através do diagnóstico de sua condição sócio-econômica, da situação epidemiológica da área, da organização do sistema de saúde e modalidades de serviços e da descrição e comentários sobre a responsabilidade do município quanto ao processo de descentralização da gestão, regionalização e hierarquização da rede, participação da população e controle social, modelo assistencial e sistema de informações.

A partir desta análise, torna-se possível a elaboração de sugestões pontuais que possam contribuir para o aprimoramento da gestão do sistema de saúde no Município.

A análise das políticas sociais existentes em Boituva revela que são formuladas e implementadas de forma centralizadora pelo poder executivo municipal através das Coordenadorias de Educação, Saúde e Promoção Social. Desta forma, as políticas públicas não contam com a contribuição efetiva de organizações populares. Ainda assim, a distribuição dos recursos existentes indica que nos setores sociais a administração pública tem conseguido resultados satisfatórios. No entanto, é necessário que se aponte a fragilidade deste tipo de atuação, pois se não há participação popular as conquistas sociais ficam ao sabor da iniciativa de partidos ou indivíduos favoráveis às mesmas, não havendo a garantia de sua manutenção.

O perfil demográfico da região revela uma estrutura populacional com envelhecimento da população e diminuição da natalidade; a razão de dependência indica aumento da população economicamente ativa e a taxa de crescimento anual é elevada.

O perfil epidemiológico aponta indicadores de saúde razoáveis, como o indicador Swaroop Uemura de 62,68% em 1992; uma mortalidade infantil de 17,75 por 1.000 nascidos vivos, menor que a do Estado de São Paulo, com a mortalidade neonatal representando o componente principal, o que indica problemas relacionados às causas perinatais .

As características da rede de saúde na área revelam que, em virtude da ociosidade da capacidade instalada no município, a meta referencial do ERSA não foi atingida no que se refere às consultas médicas, procedimentos odontológicos e realização de SADT. É preciso que a Coordenadoria de Saúde assuma efetivamente a gestão das ações e serviços de saúde no município incorporando os princípios da universalidade e integralidade da assistência.

A Vigilância Sanitária Municipal precisa estabelecer um programa integrado com o ERSA para que ocorra a municipalização progressiva e racional de suas ações.

A Vigilância Epidemiológica, que tem informações importantes sobre doenças de notificação compulsória (esquistossomose, hanseníase, tuberculose, leishmaniose muco-cutânea e AIDS), precisa ampliar sua atuação nas demais doenças que afetam diretamente a saúde da população.

A Saúde Bucal no Município conta com serviços públicos que realizam atendimento ambulatorial emergencial na forma de pronto atendimento e nas atividades curativas pelo sistema incremental em escolares na faixa etária de 06 a 12 anos. A

epidemiologia da cárie dentária não é avaliada pelo índice CPOD, o que dificulta o planejamento das ações em saúde bucal. É necessário ainda priorizar um atendimento híbrido, com diminuição das consultas de pronto atendimento e elevação das atividades programáticas e realizar a vigilância municipal de fluor na água .

Na área de Saúde Mental, o Município conta com uma equipe composta de: um clínico com treinamento em psiquiatria, quatro psicólogas e duas assistentes sociais que atuam de modo integrado porém informal na UBS-IV, na Secretaria da Educação, no CIC e na APAE .É necessário, porém, que se faça uma organização sistemática da atuação em saúde mental, havendo necessidade de que um dos profissionais atue como articulador das ações no Município a fim de planejar e organizar o trabalho segundo parâmetros de rendimento assistencial.

Em Saúde do Trabalhador observa-se que apenas o Hospital São Luiz atende acidentados do trabalho. O ERSA-37 não consegue efetuar ações de vigilância na área por falta de recursos. Sendo assim, propõe-se a organização do Programa de Saúde do Trabalhador a nível municipal com atuação conjunta do ERSA, Sindicato, Delegacia Regional do Trabalho e profissionais de saúde; instrumentalizar os serviços de saúde para que desenvolvam ações de Saúde do Trabalhador; promover o cadastramento das empresas e locais de trabalho para desenvolvimento de ações de vigilância e efetivar ações educativas junto aos trabalhadores e profissionais de saúde para prevenção de acidentes e doenças do trabalho.

O Saneamento Básico no Município é de responsabilidade da SABESP . O sistema de abastecimento de água é bastante satisfatório e atende 80% dos domicílios urbanos Não há incidência de doenças de veiculação hídrica, porém o ERSA já identificou problemas de manutenção nos encanamentos domiciliares e na limpeza de caixas d'água . Porisso, é aconselhável a realização de campanhas educativas neste sentido. A rede

coletora de esgoto sanitário atende 63% da população e o sistema de tratamento deverá ser totalmente reformulado pois o atual vem apresentando baixa eficiência.

A Limpeza Pública é realizada diretamente pela Prefeitura. O aterro não é sanitariamente correto; os resíduos sólidos dos serviços de saúde são queimados no próprio aterro de lixo doméstico. O Município não possui aterro destinado à disposição de resíduos industriais contaminados quimicamente. Quanto ao tratamento e disposição final do lixo o mais indicado é um novo aterro sanitário para evitar danos à saúde pública e ao meio ambiente . O projeto de coleta seletiva de lixo e reciclagem dos resíduos, acompanhado de programas educativos e a construção de usina de compostagem de lixo orgânico seriam as soluções ideais.

A implantação do SUS no Município vem ocorrendo desde 1987, porém de forma lenta e gradativa.

A descentralização das ações e serviços deverá ser efetivamente implantada com sua habilitação à condição de gestão parcial da NOB - SUS/01/93 e com o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde como forma real de controle da sociedade sobre o sistema de saúde.

A regionalização deve garantir à população o acesso integral aos serviços de saúde públicos e conveniados e o estabelecimento de cooperação a nível regional na busca incansável da ampliação da oferta de serviços e da universalidade da assistência.

Até o momento, a participação da sociedade no controle do SUS tem sido muito incipiente. O Conselho Municipal de Saúde é inoperante, não existem organizações populares e as tentativas de estimular a participação não tem avançado devido a visão assistencialista que as fundamentam.

O modelo assistencial hoje existente está centrado no atendimento individual e curativo da demanda espontânea; é necessário preceder a um levantamento do perfil epidemiológico da população que permita o atendimento das necessidades de saúde com maior integração dos níveis de atenção.

O sistema de coleta de informações de saúde, restringe-se a dados de produção dos serviços; no entanto, este sistema, adequadamente organizado, deve permitir que se faça o planejamento e avaliação dos serviços e garantir o acesso do usuário às informações sobre a situação de saúde do seu município.

O estudo dos sistemas de saúde locais é bem mais instigante do que se pode perceber a princípio, pois envolve uma reflexão sobre as peculiaridades da descentralização político-administrativa e da participação popular.

A Constituição Federal de 1988 fortaleceu os municípios transferindo-lhes a responsabilidade de executar ações antes realizadas pela União. Com isso, pretendeu-se a transferência do processo decisório para o nível local que passaria a ter maior autonomia na gestão dos serviços públicos. Porém, atrelada à descentralização, é fundamental que ocorra a democratização da gestão municipal pela efetiva participação dos cidadãos nos programas de governo, desde sua elaboração, passando pela co-gestão até o controle permanente da coisa pública.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 01- ALMEIDA, F.º.N. de & ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 1º ed. Rio de Janeiro, Abrasco, 1990.
- 02- BARBIERE, D.D. et al. Mudanças no perfil da AIDS no município de São Paulo. **Revista de informações interdisciplinares em AIDS**. 1(2):6-7, 1992.
- 03- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS. Brasília, Ministério da Saúde (9). 1993.
- 04- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. (10), 1993.
- 05- GIANA, M.C. et al. HIV seroprevalence in malaria out break delected do IVDU. In: Conferência Internaciaonal de AIDS, 7ª, Florença, 1991. **Resumo**. Florença, 1986.
- 07- LAURENTI,R ET AL. Estatísticas de saúde. 2ºed.rev.São Paulo,E.P.U,1987.06-INAMPS. Parâmetros para planejamento assistencial. **Portaria nº 3046/82**. (anexo), Brasília, 1992.
- 08-LAURENTI, R. **Mortalidade perinatal**. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1978. [mimeografado] .
- 09- MATTOS, A.L.R. Anatomia Patológica da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. São Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado. Faculdade Paulista de Medicina].
- 10- PANOS INSTITUTE/SOCIEDADE PARA MULHERES E AIDS NA AFRICA, Londres, 1993. **Dossiê passos: Mulheres a tripla ameaça**. (1º estudo global sobre mulheres e AIDS).

- 11- PNEUMOCYSTIS pneumonia. **Morbidity and Mortality Weekly Report** 5 (30):250-52, 1981.
- 12- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Comissão de AIDS. **AIDS - quinze informações para a comunidade ou técnico-científicas para profissionais da área de saúde.** São Paulo, 1993. (Quarta coletânea).
- 13 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/CRT-AIDS, São Paulo, 1990. **O impacto social da AIDS: uma avaliação na cidade de São Paulo.**
- 14- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE . Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação, São Paulo, 1992. **Uso das informações de mortalidade em nível municipal.** (Caderno de Seminário realizado em 20/11/92).
- 15- TANAKA, A.C.A.d'. Situação de Saúde Materno e Perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, 23(1):67-75, 1989.

BIBLIOGRAFIA DE APOIO

- BOITUVA. Leis, etc. Decreto nº 950, de 09 de outubro de 1991: estabelece critérios para nomeação de membros para o Conselho Municipal de Saúde. **Diário de Boituva**, Boituva, out. 1991. p.4.
- BOITUVA. Leis, etc. Lei nº 712, de 10 de setembro de 1991: dispõe sobre a composição, organização e competências do Conselho Municipal de Saúde e da Providências Correlatas. **Folha de Boituva**, Boituva, 21 set. 1991. (supl.).

BOITUVA. Leis, etc. Lei nº 713, de 10 de setembro de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. **Folha de Boituva**, Boituva, 21 set. 1991. p.3.

BOITUVA. Leis, etc. Lei nº 836, de 27 de abril de 1993: aprova o plano diretor e dá outras providências. **Folha de Boituva**, Boituva, 08 mai. 1993. p.5-7.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988: Seção II. Da Saúde.

BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e dá outras providências. **1ª Conferência Estadual de Saúde**, São Paulo, out. 1991:

BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8142, de 28 de setembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e da outras providências. **1ª Conferência Estadual de Saúde**, São Paulo, out. 1991.

CÂMARA MUNICIPAL DE BOITUVA. **Lei Orgânica do Município de Boituva**, de 5 de abril de 1990. Boituva, abr. 1990.

CARVALHO, G.I. de & SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica de Saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.

EDUARDO, M.B.P. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Rev. Adm. Publ.**, Rio de Janeiro, 24(4):70-7, 1990.

ENCICLOPÉDIA dos municípios brasileiros: São Paulo. Rio de Janeiro, IBGE, 1957. 28v.

FORATTINI, O.P. **Epidemiologia geral**. São Paulo, Ed. Artes Médicas, 1986.

- FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico: resultados preliminares: São Paulo. Rio de Janeiro, 1991. v.1,t.3,n.4 (10º Recenseamento Geral do Brasil, 1991).
- FUNDAÇÃO IBGE. **Censo Demográfico: São Paulo**, Rio de Janeiro, 1980. v.1,t.4,n.19. (9º Recenseamento Geral do Brasil).
- FUNDAÇÃO SEADE. **A reforma tributária de 1988 e os municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1993. (Coleção Estudos Municipais, 1).
- FUNDAÇÃO SEADE. **O novo retrato de São Paulo**. São Paulo, 1992.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil Municipal: 1980-91**. São Paulo, 1993. v3.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Projeções demográficas**. São Paulo, 1985.
- IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Relatório Final, Brasília, 1992.
- LESER, W. et al. **Elementos de epidemiologia geral**. São Paulo, Livraria Atheneu, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Modelo para Projetos de intervenção em populações específicas**. Brasília, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da N.O.B.-SUS. 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de maio de 1993. Seção I, p.6961.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**. Genebra, 1991.
- PINTO, V.G. **Odontologia social**. 3º ed. São Paulo. São Paulo, Ed. Artes Médicas, 1986.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOITUVA. Plano Diretor: 1993.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOITUVA. Portaria nº 1324, de 14 de abril de 1989: nomeia membros para o Conselho Municipal de Saúde. **Folha de Boituva**, Boituva, jun. 1993. p.1

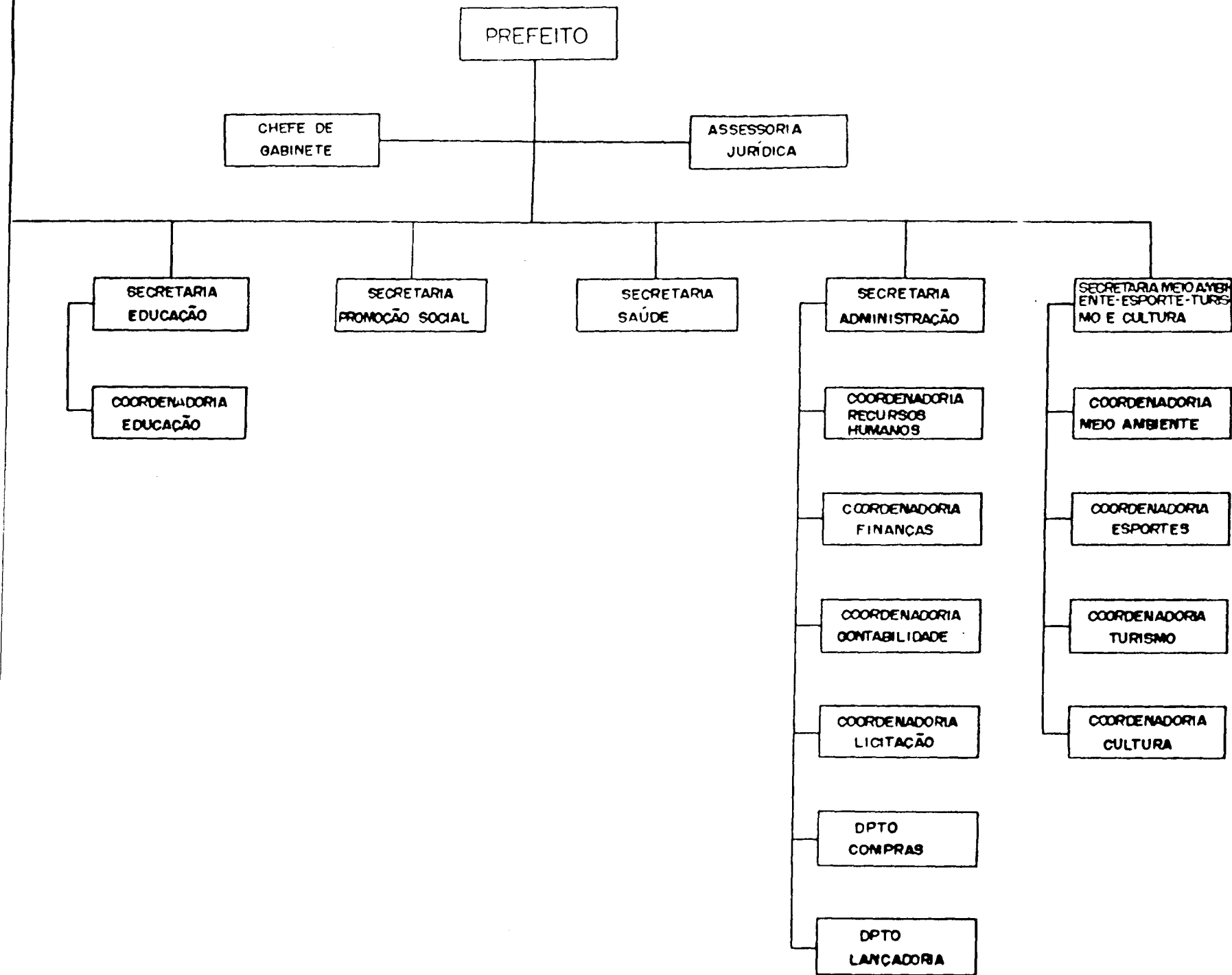
SÃO PAULO (Estado). Constituição 1989. **Constituição do Estado de São Paulo**: Seção II. Da Saúde.

SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA.. **Censo Cultural de São Paulo, Interior e Litoral**. São Paulo, 1990.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Apoio e Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde - CADAIS, **Saúde Mental - Planejamento e Organização de Serviços** (subsídio para o planejamento municipal e regional), São Paulo, 1991.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Fundação do Desenvolvimento Administrativo-FUNDAP. **Concepção, organização e funcionamento**. São Paulo, 1987.

ORGANOGRAMA



ANEXO 03 - ROTEIROS DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PREFEITO.

- 01 - Como vê, hoje, o município de Boituva ?
- 02 - Quais as principais atividades econômicas desenvolvidas no município ?
- 03 - Ao assumir o governo quais eram, em sua opinião, os principais problemas do município?
- 04 - A partir disso, quais suas propostas para trabalhar esses problemas ?
- 05 - Quais, então, são as prioridades para aplicação dos recursos financeiros ?
- 06 - Quais os problemas sociais hoje existentes ?
- 07 - Quais suas metas até o final do mandato ?
- 08 - Conhece o início da prestação de serviços públicos de saúde ?
- 09 - Como evoluiu historicamente a prestação desses serviços ?
- 10 - Em que ano teve início o processo de municipalização ? (contexto político)
- 11 - Como está, atualmente, o processo de municipalização ? (condições dos serviços, R.H, R.M, etc)
- 12 - Como é o relacionamento do município com a esfera estadual (ERSA 37/ Tatui)? (cooperação, assessoria, financiamento, controle ?)
- 13 - Como é o relacionamento com a esfera federal (Ministério da Saúde) ? (cooperação, assessoria, financiamento, controle ?)
- 14 - Como é o relacionamento com o setor privado ? (contratação de serviços, co-gestão, concessões, etc)
- 15 - Como é financiado o sistema de saúde do município ? (governo federal, estadual, municipal e outros)
- 16 - No processo de municipalização da saúde, como se dá a participação popular ?
- 17 - A população participa de outras instâncias do governo ? Quais e como ?
- 18 - Qual a composição político-partidária do município ?
- 19 - Qual a sua história política ?
- 20 - Qual será (está sendo) a política salarial para o pessoal da saúde ?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO

- 01 - Há, no município, crianças fora do sistema escolar ? Quantas ? Quem são ?
- 02 - Qual a taxa de analfabetismo ?
- 03 - Há trabalho de alfabetização de adultos ?
- 04 - Qual a participação do município na cobertura escolar ?
- 05 - Há atividades educacionais relativas à saúde ?
- 06 - Há ações conjuntas Educação/Saúde ? Quais ?

- 07 - Como considera a relação com os serviços odontológicos ? E outros serviços de saúde ?
- 08 - Há ações conjuntas Educação/outras secretarias ? Quais ?
- 09 - Qual a porcentagem de alunos que se beneficiam da merenda ?
- 10- Qual a origem dos produtos utilizados ? (comprados, horta municipal, padaria municipal, ?)
- 11- Há associação de pais e mestres ? Como funcionam ?
- 12- Há outras formas de trabalho com a comunidade ?
- 13 Há transporte para os escolares ? Como funciona ?
- 14- Há informações sobre trabalho de escolares menores ? Quais ?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR DE SAÚDE.

- 01 - Como iniciou o serviço de saúde em Boituva ? (primeira unidade, quais os serviços profissionais, a que esfera de governo pertenciam ?)
- 02 - Como foi a evolução histórica do serviço de saúde ? (do início até hoje)
- 03 - Como é o vínculo empregatício dos profissionais de saúde ?
- 04 - Quando as pessoas apresentam problemas de saúde, como chegam ao serviço ?
- 05 - Como é feita a distribuição de remédios para a comunidade ?
- 06 - Boituva adota o tipo de atendimento por programa ? Quais os programas em andamento
- 07 - A que o Sr. atribue a queda da taxa de mortalidade infantil ? E porque apesar da queda, foi incluída no Plano Diretor ?
- 08 - Apesar da queda na mortalidade infantil, observa-se um aumento na mortalidade perinatal. Ao que o Sr. atribue este aumento ?
- 09 - Existe ou está em curso o processo de Regionalização, Distritalização, Territorialização ?
- 10 - Existem características distritais entre os bairros de Boituva ?
- 11 - Em virtude disto, existem diferenças entre os segmentos de população que procuram os serviços e as causas de procura dos serviços ?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELO FUNDO DE ASSISTÊNCIA.

- 01 - Quais os projetos prioritários da área de Promoção Social ?
- 02 - Existem outros projetos ?
- 03 - Quais as atividades desenvolvidas ?
- 04 - Qual a verba da qual dispõe para manter o próprio funcionamento e para destinação a projetos e outras atividades ?

- 05 - Qual é a relação com o Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo?
- 06 - Qual é a relação com as Secretarias Municipais ?
- 07 - Qual é a relação com outros órgãos do governo ? Quais são eles ?
- 08 - Qual é a relação com os movimentos sociais / Quais são eles ?
- 09 - Há migração em Boituva? Como o fenômeno afeta as atividades do Fundo de Assistência ?
- 10 - Gostaria de apresentar dados adicionais ?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTANTES.

- 01 - Esta é sua primeira gravidez ?
- 02 - Como, quando e porque procurou o serviço de saúde ?
- 03 - De quanto em quanto tempo tem sido as consultas ?
- 04 - Como está sendo esta gravidez ?
- 05 - Que tipo de parto prefere ? Porque ?
- 06 - Quem é o seu médico ?
- 07 - Tem conversado com seu médico sobre o tipo de parto ?
- 08 - Onde vai ter seu bebê ?
- 09 - O que acha do atendimento ?
- 10 - Como faz para chegar à Unidade Básica de Saúde ?
- 11 - A que horas costuma chegar ?
- 12 - Qual o tempo de espera ?
- 13 - No caso de mãe multípara :
 - Quanto filhos ?
 - Idade e Sexo.
 - Fez pré-natal e onde ?
 - Onde teve o bebê e o tipo de parto ?
 - Condições peri-natais e atuais da criança.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Parte Geral :

- 01 - As ações e serviços da Vigilância Sanitária estão municipalizadas ?
 - Se não; há interesse político em que essa municipalização seja efetuada ?
 - Quais os fatores itinerantes (entraves) do processo ?
- 02 - Existe uma equipe multiprofissional atuando na Vigilância Sanitária ?
- 03 - Como a Vigilância Sanitária está inserida no contexto organizacional do município ?

- 04 - O município dispõe de suporte técnico na área de Vigilância Sanitária?
- 05 - Qual a retaguarda laboratorial necessária a Vigilância Sanitária, disponível para o município ?
- 06 - Existe alguma atividade educativa direcionada para a Vigilância Sanitária ?
- 07 - Existe algum tipo de participação popular da comunidade em relação às ações de Vigilância Sanitária ?
- 08 - Existe algum canal de comunicação (rádio, jornal, etc) onde a população do município possa colocar suas reivindicações em relação às ações de V.S. ?
- 09 - Existe algum tipo de atividade direcionada à saúde do trabalhador ?

Parte Específica :

Alimentos :

1 - Informar a origem dos alimentos consumidos no município :

- a - produtos vegetais consumidos são cultivados no próprio município ou são comprados de outras áreas
- b - produtos de origem animal (carnes, aves, ou peixes) são produtos do local ou recebem de outros municípios; quais e em que quantidade
- c - os produtos de origem animal são inspecionados na fonte e a inspeção é a nível federal, estadual ou municipal
- d - há matadouro no município e qual a capacidade operacional

2 - O comércio de alimentos no município é realizado por estabelecimentos dos seguintes tipos:

- a - atacado ou varejo
- b - varejo com transformação (estabelecimentos que vendem e processam essa matéria-prima no mesmo local)
- c - consumo (restaurantes, lanchonetes, pastelarias, sorveterias, bares, etc.)
- d - logradouros e vias públicas (feiras e ambulantes)

3 - Há no município indústria de transformação ?

- a - de carnes - matadouro, salsicharias, etc.
- b - de leite - fábrica de queijo, usina de pasteurização
- c - vegetais - farinha de mandioca ou milho, fábrica de macarrão, padarias.
- d - outras - doces, etc.

4 - Há fiscalização da área de alimentos ?

- a - em que nível se processa essa fiscalização ? Federal, Estadual ou Municipal ?

- b - existe legislação ou posturas municipais referentes às atividades de comércio de alimentos, se possível agregar ao relatório, com comentários.
- c - qual a unidade administrativa que responde por essa atividade de fiscalização e vigilância sanitária de alimentos no município ?
- d - quantos funcionários trabalham nessa área, qual sua formação técnica ?
- e - existe registro do produto no Ministério da Saúde ou da Agricultura ou Serviço de Inspeção Federal ?

5 - Qual o número de estabelecimentos comerciais de alimentos e como se qualificam :

- a - armazens de estocagem para produtos alimentícios perecíveis e não perecíveis
- b - estabelecimentos que comercializam gêneros alimentícios em nível de atacado
- c - estabelecimentos que comercializam alimentos no varejo
- d - estabelecimentos que manipulam alimentos para consumo local
- e - comércio ambulante em vias e logradouros públicos

6 - Medicamentos, Saneantes e Agrotóxicos:

- a - existe no município, alguma indústria farmacêutica ? Quais os produtos fabricados ?
- b - as farmácias, drogarias e distribuidoras trabalham com medicamentos pertencentes às portarias 27 e 28 ?
- c - existe alguma farmácia de manipulação ? Prepara algum medicamento específico ?
- d - existe alguma distribuidora de medicamentos com retalhamento (estabelecimento atacadista que compra algum tipo de medicamento em embalagem grande e divide em embalagens menores para comercializar) Como é feito o controle sanitário desse estabelecimento (através de um programa, visitas periódicas ou através de denúncias ?)
- e - existe alguma indústria de saneantes domissanitários (produtos de limpeza tais como água sanitária), detergente, desinfetante, sabão e afins ? A empresa e os produtos estão registrados no Ministério da Saúde ?
- f - existe alguma indústria de agrotóxico ? A empresa e os produtos estão registrados no Ministério da Saúde ?

Controle de Zoonoses :

- a - Existe algum serviço no município, que se responsabiliza pelo controle de doenças de caráter zoonótico (raiva, leptospirose, dengue, arboviroses, leishmaniose, doença de chagas, etc ?)
- b - Existe captura de animais errantes (cães, gatos, cavalos, gado, vacum etc)
- c - Existe algum programa legal de vacinação anti-rábica animal ?
- d - Existe um programa de controle de roedores ?
- e - Existe combate à artrópodes ?
- f - Existe algum programa de controle da população de morcegos ?

g - Se há instalações adequadas para a observação de animais suspeitos de doenças infecto-contagiosas ?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.

- 01 - Desde quando existe o conselho Municipal de Saúde ?
- 02 - Quais os critérios para indicação para compô-lo ?
- 03 - Quem são os representantes dos usuários ? Como foram indicados ?
- 04 - Há proporcionalidade nas representações ?
- 05 - Que atividades tem desenvolvido ?
- 06 - Tem tido caráter deliberativo e fiscalizador ? Existe Fundo Municipal de Saúde ?
- 07 - Qual o grau de autonomia dos membros do Conselho em relação ao Poder Executivo?
- 08 - Qual a participação do Conselho na elaboração do Plano Municipal de Saúde?
- 09 - Quais os critérios utilizados na destinação das verbas, para os diferentes nível de atenção e para o setor de saneament ?
- 10 - O Conselho tem participado de campanhas de Educação e Saúde ?
- 11 - Como tem sido as relações entre as organizações comunitárias e ou Serviços de Saúde ? (diálogo, indiferença, conflitos ?)
- 12 - O Conselho dispõe de alguma assessoria externa ?
- 13 - A IX Conferência Nacional de Saúde sugere que o mandato dos conselheiros seja independente do mandato do Prefeito: pela Lei Municipal 712/91 os mandatos coincidem. Por que?
- 13 - Há atas disponíveis ou as reuniões têm sido informais ?
- 14 - Quais as prioridades atuais do Conselho ?

ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DA PLANEJAMENTO.

- 01 - Como vê a situação de Boituva no momento em que assume a Secretaria do Planejamento ?
 - 02 - Como caracteriza a situação sócio-econômica do Município ?
 - 03 - A Secretaria dispõe de dados sobre emprego e desemprego ? E renda percapita?
 - 04 - Qual a organização sócio-política do município ?
 - 05 - Como se compõe a Câmara Municipal ?
 - 06 - Qual a estrutura e organização da Secretaria do Planejamento ?
 - 07 - Quais os projetos prioritários ?
- Obs: Sabedores que o atual Secretário do Planejamento é ex-Prefeito do Município e que, durante sua gestão, trabalhou na organização de comissões e associações populares, acrescentamos:
- 08 - Quais as estratégias para viabilização da participação popular ?
 - 09 - Quais as dificuldades para essa viabilização ?

ANEXO 04 - FOLHETO EDUCATIVO



PROJETO «DE MÃOS DADAS»

DE MÃOS DADAS,
PARA AMPARAR
NOSSAS CRIANÇAS

Dar esmola a uma criança na rua pode deixá-lo em paz com sua consciência, mas não vai resolver o problema do abandono e da marginalização infantil.

A esmola, na verdade, funciona como um estímulo à marginalização, fazendo com que a criança ou o adolescente permaneça nas ruas, pois sabem que podem contar com a caridade das pessoas.

O correto nesta situação é orientar, encaminhar a criança. Mas encaminhar para onde?

A resposta a essa pergunta já existe. Trata-se do projeto "De Mãos Dadas", que virá a completar o importante trabalho desenvolvido pelo projeto municipal Caena (Criança Agora, Energia para um Novo Amanhã), que hoje atende 350 crianças.

O projeto "De Mãos Dadas" buscará, entre outras coisas, manter um plantão permanente (inclusive nos fins de semana) para atendimento às crianças e suas famílias. Seu objetivo básico será um trabalho preventivo contra a marginalização, envolvendo toda a comunidade.

Por isso, o projeto "De Mãos Dadas" conta com a sua ajuda. E a sua ajuda não virá em forma de esmola aos pedintes. Virá através do encaminhamento ao nosso plantão de triagem e atendimento. Contamos com você. De mãos dadas, vamos retirar as crianças das ruas e reintegrá-las à sociedade.

Fundo Social de Solidariedade Municipal
Serviço de Obras Sociais
Prefeitura do Município de Boituva

Plantão: CIC (Centro de Integração Comunitária)
Rua: João Marcon, 283
Telefone: 63-1411 — Ramal 50

Finais de semana e Feriados - Telefone 63-1411