

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO

**Trabalho
de Campo
Multiprofissional**

**MUNICÍPIO DE
SANTA ROSA
DE VITERBO**

— 1996 —

**RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

**ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO
1995**

**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
1995**

***"Palavras Verídicas não são magníficas
belas palavras não são verídicas
os homens bons não discutem
os que sabem não são sábios
os sábios não sabem"
LAO TSÉ***

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	GRADUAÇÃO	ÁREA TEMÁTICA
ÁQUILA MARIA LOURENÇO GOMES	Bióloga	Vigilância Sanitária
ALVARO JOSÉ CASTILHO	Veterinário	Veterinária
CLOVIS CANDIDO DA SILVA	Engenheiro	Engenharia Ambiental
EDVARD IZIDRO DOS ANJOS JUNIOR	Enfermeiro	Políticas
EUNICE DA NATIVIDADE DIZ	Psicóloga	Epidemiologia
IZÍLIA BENTA ROBERTO FAGGIANO	Pedagoga	Educação em Saúde
LAURA COVELLO	Odontóloga	Odontologia Preventiva e Social
LUCIANA MORAIS MARTINS	Engenheira	Engenharia Ambiental
MARIA ARMONIA ADAN GIL	Veterinária	Veterinária
MARIA AUXILIADORA DE B. RODAS	Química	Vigilância Sanitária
MILTON HANASHIRO	Médico	Epidemiologia

ORIENTADOR: PROF. DR. DÉLSIO NATAL

COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL:

PRESIDENTE: PROFª DRª EUNICE APARECIDA BIANCHI GALATI

**MEMBROS: PROFª DRª SANDRA MARIA OTTATI DE OLIVEIRA NITRINI
PROF. DR. ROQUE PASSOS PIVELLI
PROF. DR. CAVALCANTI DE QUEIROZ
PROF. DR. CLÁUDIO GASTÃO JUNQUEIRA DE CASTRO**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. **Délsio Natal**, cuja presença nos premiou com dedicação, amizade, conhecimento e orientação.

Ao Prefeito de Santa Rosa de Viterbo, Exmº Sr. **Omar Nagib Moussa**, por possibilitar a realização deste trabalho no Município.

Ao Diretor Administrativo, Sr. **Wagner José Rachetti**, pela colaboração dispensada na busca de informações.

Ao Diretor de Saúde, Dr. **Manoel Walter T. Rosa**, pela valorosa contribuição em fornecer subsídios para a elaboração do perfil da cidade.

Ao dirigente do Centro de Saúde III, "**Dr. Renato Palma Rocha**", Educadora **Maria Stella Cagliari** pela incessante prestimosidade em propiciar subsídios que conduziram à uma compreensão do Setor Saúde do Município de Santa Rosa de Viterbo.

Ao dirigente da Santa Casa de Misericórdia, **Dr. João André de Mello** pelos esclarecimentos prestados.

Ao motorista Sr. **Onildo José Soares** que além de sua função, foi membro integrante da nossa equipe.

Ao químico, responsável pela Estação de Água da SABESP, Sr. **Wilson Aparecido Merlo Cunha**, pelo apoio e gentileza.

A todos os funcionários do Município e Entidades que nos acolheram prontificando-se a ajudar nas diversas etapas do trabalho.

E em especial à população de Santa Rosa de Viterbo que direta ou indiretamente contribuiu na realização do nosso trabalho com sua atenção, compreensão e expectativa em relação à nossa presença no Município.

ÍNDICE

1 - Introdução	1
2 - Objetivos	2
2.1 - Objetivo Geral	2
2.2 - Objetivos Específicos	2
3 - Metodologia	3
3.1 - Etapas	3
3.2 - Desenvolvimento das Etapas	3
4 - Histórico do Sistema de Saúde no Brasil	5
4.1 - Sistema Único de Saúde	5
4.2 - Municipalização	8
5 - Caracterização do Município de Santa Rosa de Viterbo	12
5.1 - Histórico	12
5.2 - Aspectos Econômicos	13
5.3 - Aspectos Geográficos	16
5.4 - Demografia	17
5.5 - Energia Elétrica	19
5.6 - Habitação Integração	19
5.7 - Cultura e Lazer	20
5.8 - Organização Administrativa do Município	21
6 - Estrutura Organizacional da Saúde	24
6.1 - Características do Serviço de Saúde	25
6.2 - Serviços Prestados pelas Unidades	30
6.3 - Programas Desenvolvidos pela Unidade	31
6.4 - Convênios Privados	33
6.5 - Saúde Bucal	33
6.6 - Vigilância Epidemiológica	44
6.7 - Vigilância Sanitária	45
7 - Perfil Epidemiológico do Município de Santa Rosa de Viterbo	65
7.1 - Breve perfil Demográfico	65
7.2 - Indicadores de Saúde	67

8 - Saneamento	81
8.1 - Sistema de Abastecimento de Água	81
8.2 - Sistema de Esgoto Sanitário	84
8.3 - Resíduos Sólidos e Limpeza Pública	84
8.4 - Considerações e Sugestões	86
9 - Educação	86
9.1 - Creche	88
9.2 - Merenda Escolar	89
9.3 - Promoção Social	90
9.4 - Segurança	93
9.5 - Comunidade	93
9.6 - Organização Sindical	94
9.7 - Comunicação	95
9.8 - A Educação em Saúde	96
10 - Percepção da População sobre a Saúde no Município	97
11 - Saúde e Ambiente	98
12 - Conclusões e Recomendações	112
12.1 - Conclusões	112
12.2 - Recomendações	113
13 - Bibliografia	115
14 - Apêndice : Breve comentário sobre o surto de hepatite	
15 - Anexos	

1 - INTRODUÇÃO

O Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) é a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante o Curso de Especialização em Saúde Pública, oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Este trabalho tem o objetivo de avaliar o Sistema Único de Saúde do Município de Santa Rosa de Viterbo, através da análise das políticas locais de saúde, tendo em vista a municipalização preconizada pela Constituição e 8ª e 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Os aspectos econômicos, sociais e políticos, são descritos desde o surgimento do Município até o momento atual. Descreve-se o perfil epidemiológico da cidade, analisando a implantação do Sistema Municipal de Saúde dentro de sua realidade.

Enfatizam-se também as leis, diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde, dentro do contexto da implantação da Municipalização de Santa Rosa de Viterbo.

Este estudo condensa experiências de diferentes profissionais adquiridas nas seguintes áreas temáticas:

- Educação em Saúde;
- Políticas, Administração e Gerenciamento;
- Odontologia Preventiva e Social;
- Medicina Veterinária;
- Vigilância Sanitária;
- Engenharia Ambiental;
- Epidemiologia.

Diante disso, o trabalho em equipe multiprofissional reúne idéias e experiências teórico-práticas bastante enriquecedoras no sentido de aumentar a percepção global, caminhando para a construção do conhecimento na área da Saúde Pública.

2 - OBJETIVOS

2.1. - Objetivo Geral:

- Descrever e analisar o Sistema de Saúde no Município de Santa Rosa de Viterbo, considerando a municipalização dos serviços de saúde e políticas locais.

2.2. - Objetivos Específicos:

2.2.1. - Caracterizar o Município, abordando aspectos históricos, econômicos, sociais e de saúde situando o Município dentro da proposta da Norma Operacional Básica nº 1/93, das ações e serviços de saúde (M.S - D.O.U. 24/5/93). Em relação à:

- Universalidade;
- Equidade;
- Integralidade;
- Regionalização e Hierarquização;
- Resolutividade;
- Descentralização;
- Participação dos cidadãos;
- Complementariedade do Setor Privado;
- Visualizar a relação entre as diversas esferas políticas que compõem o Município.

3 - METODOLOGIA

3.1. - Etapas

O trabalho referente ao T.C.M. desenvolveu-se nas seguintes etapas:

Período	Atividades
30-31/10 e 01/11	Estudos Preliminares
06/11 a 10/11	Trabalho de Campo
13/11 a 30/11	Análise dos Dados

3.2. - Desenvolvimento das Etapas

3.2.1. - Estudos Preliminares

As atividades desenvolvidas nesta etapa se constituíram no estudo das instruções e subsídios recebidos para o planejamento no desenvolvimento do trabalho a saber:

- Estudo dos diversos documentos do Município de Santa Rosa de Viterbo contendo dados epidemiológicos, demográficos, materiais históricos, publicações formais, mapas do Município, etc.
- Reuniões com o Orientador do Grupo.
- Leituras complementares.
- Elaboração de instrumentos que foram utilizados nas tarefas em campo, como questionários, roteiros de entrevistas, etc (vide anexos).

3.2.2. - Trabalho de Campo

- Entrevistas previamente elaboradas com as autoridades das diversas instituições do Município, como a Prefeitura, Santa Casa de Misericórdia, Centros de Saúde, SABESP, Delegacia de Ensino, Creches, Casa da Agricultura, Fórum, Sindicatos, Delegacia e Asilo e em Ribeirão Preto DIR.XVIII , a SUCEN e CETESB.

- Foram entrevistados o Prefeito e Diretores: Administrativo, de Saúde, de Planejamento, de Obras e Viação, da Imprensa, bem como Serviços Municipais, Coordenadora de Saúde, Corpo técnico e Administrativo dos Centros de Saúde, Área Técnica da Promoção Social e Educação.

- Pesquisa realizada com pessoas-chave representantes da população. Esta pesquisa foi do tipo qualitativa sendo utilizada a técnica de Estimativa Rápida Participativa (ERP), com elaboração de questões abertas objetivando colher dados quanto aos aspectos de saúde existentes no Município (vide anexos).

- Coleta e consulta de dados complementares no Município, atos administrativos municipais e outras informações.

3.2.3. - Análise dos Dados

- Nesta etapa foram consolidados e analisados todos os dados obtidos e observados nas etapas anteriores. No sentido de operacionalizar as atividades, o grupo sub dividiu-se com o intuito de melhor avaliar os dados obtidos, tendo a preocupação de enfocar o processo de municipalização da saúde no Município.

4 - HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

4.1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- Breve histórico

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde não era considerada legalmente como direito de todos e dever do Estado (C.F.Art.196). Nas décadas precedentes (70 e 80) houve alguma evolução nesse sentido, mas é nos anos 80 que a defesa pela universalidade do direito à saúde ganha impulso, surgindo uma série sucessiva de propostas (PREVSAÚDE, CONASP) e programas governamentais (AIS, SUDS), sob a liderança da União, que caminhava para a incorporação desse direito, finalmente contemplado na Carta Constitucional vigente. Nessa época, somente os contribuintes da Previdência Social e seus dependentes diretos tinham direitos formalmente garantidos ao sistema compulsório de seguro social e acesso aos serviços médico-hospitalares próprios ou contratados.

Já a Constituição de 1988 trata da Saúde numa seção do capítulo da Seguridade Social, colocando-a dentre os direitos sociais (C.F.art.6º), caracterizando-a como “de relevância pública” (C.F.art.197º) e incorporando o seu conceito abrangente.

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

Considerando a afirmação de direito, dentro de um Estado Democrático de Direito (C.F.Art.1º), foram elaboradas as leis que “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde”, que ficaram conhecidas como **Lei Orgânica da Saúde** (L.O.S.); são elas as leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Com isso, o Sistema Único de Saúde é definido legalmente como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração

direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”(Lei nº 8.080 art.4º).

A L.O.S. foi editada para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Isto significa que as Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, são Leis Federais com caráter de norma geral. Portanto, a L.O.S. contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem aos povos o direito à saúde.

Como perspectiva de construção do S.U.S., e para disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, foi elaborada a Norma Operacional Básica (N.O.B.), através da Portaria de nº 545 do Ministério da Saúde, de 20 de maio de 1993 “que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do S.U.S. e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, e diretrizes para os investimentos no setor”.

Antes da NOB 01/93, houve duas NOB's anteriores, a NOB 01/91, a qual regulamentava o S.U.S., mas o INAMPS continuava no comando das ações. Há um processo de recentralização, onde o Município mantém um convênio com o INAMPS através de prestação de serviços, quebrando uma hierarquia com o Estado.

Em julho de 1991 há uma reformulação da NOB 01/91, para que em 1992 fosse elaborada a NOB 01/92.

A NOB 01/93 dispõe sobre a forma de como se dará a participação da sociedade, dentro da gestão do S.U.S e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde. Estabelece também alguns requisitos para obtenção de recursos para a formação do Fundo Nacional de Saúde (F.N.S.) e seu repasse para os Municípios, Estados e Distrito Federal. São eles: formação do Fundo de Saúde (Estadual ou Municipal), Conselho de Saúde, ter um Plano de Saúde, enviar relatórios ao Ministério da Saúde sobre o uso destes recursos, utilização dos recursos para a saúde, elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (P.C.C.S.).

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

O Município de Santa Rosa de Viterbo inicia o seu processo de municipalização oficialmente a partir de 1987, através da Lei nº 1.379 de 28 de agosto de 1987, que autoriza a celebração de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde através do Art.1º onde “fica a Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Viterbo, autorizada a celebrar Convênio e Termos Aditivos com a Secretaria de Estado da Saúde, objetivando a Municipalização dos Serviços de Saúde, nos termos do Decreto Estadual nº 27.140, de 30 de junho de 1987, publicado no Diário Oficial de 01/07/87.

O Fundo Municipal de Saúde (F.M.S.) é instituído através da Lei nº 1.728 de 29 de maio de 1991 (anexo 2), que faz saber em seu Art.1º: “fica instituído o Fundo Municipal de Saúde (F.M.S.) como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações nas áreas médica, odontológica, hospitalar, sanitária e de apoio, executadas ou coordenadas pelo Órgão Municipal de Saúde”.

Quanto aos recursos financeiros destinados ao Fundo Municipal de Saúde, o Art.8º da Lei nº 1.728 é bem claro: “os recursos financeiros destinados ao Fundo Municipal de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial na Agência local do Banco do Brasil S/A, segundo cronograma aprovado, destinado a atender aos saques previstos em programação específica”.

Quanto à formação do Conselho Municipal da Saúde, a Lei nº 1.733 de 29 de maio de 1991 (anexo 3), estabelece em seu Art.2º: O Conselho Municipal de Saúde, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, tem a seguinte composição:

- I - 2 representantes do Órgão Municipal de Saúde;
- II - 2 representantes do DIR-XVIII;
- III - 1 representante de cada prestador de serviço, conveniado ou não com o sistema de saúde;
- IV - 1 representante de cada associação de profissionais da área da saúde;
- V - representante dos usuários, que deve ser paritário em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Através da Portaria nº 905 de 05 de abril de 1993, o Exmº Sr. Prefeito Omar Nagib Moussa constitui o novo Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa de Viterbo, constituído por 16 representantes da Comunidade e 2 suplentes.

4.2. - MUNICIPALIZAÇÃO

4.2.1.- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Constitucionalmente, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a centralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde .

Com essas diretrizes constitucionais, o SUS obedece, aos seguintes princípios:

I- UNIVERSALIDADE : garantia do acesso dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Antes do SUS, o acesso dos serviços de saúde só estava garantido às pessoas que contribuíam para o Sistema de Previdência e Assistência Social. A saúde, no texto constitucional, é um direito público subjetivo, garantido pelo Estado e não mais um “seguro social” a ser satisfeito mediante contribuição especial do cidadão.

II- INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA: é o reconhecimento, na pratica, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas.

III- EQUIDADE: é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios ou barreiras. É “tratar de forma desigual os desiguais”(B).

4.2.2. - FINANCIAMENTO DO SUS

Ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição não assegura um percentual fixo, como ocorre na educação.

Segundo o Art. 2.º da Lei Municipal nº 1728, de 29 de maio de 1991, constituirão receitas do Fundo:

I - Dotações consignadas no orçamento do Município e créditos adicionais que lhe sejam destinados;

II - Recursos auferidos pela prestação de serviços ou fornecimento de bens;

III - Auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participações em convênios e ajustes.

Ainda segundo a Lei Municipal nº 1728, em seu Art.3º, “O fundo poderá receber dotações, contribuições e outras receitas para a realização de objetivos específicos”.

Estes recursos deverão estar sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde (C.M.S.) conforme item III do Art.1º do L.M.1733, que fiscalizará também o repasse das verbas.

Segundo a NOB-SUS 01/93, o financiamento das atividades ambulatoriais, públicas e privadas, que integram o SUS, serão custeados através do Sistema de Financiamento Ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais emitido exclusivamente por médico encarregado para este fim.

As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar, pelos serviços públicos e privados que integram o SUS, serão custeadas através do Sistema de Financiamento Hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

No Município de Santa Rosa de Viterbo, em entrevista com o Secretário Municipal de Saúde, atualmente, a Prefeitura arca com 70 a 80% do orçamento fiscal destinado à Saúde; este é um dos problemas para se consolidar eficaz e eficientemente o SUS no Município, pois segundo ele, “tem que crescer o valor dos procedimentos para valer a pena o SUS”.

O Município de Santa Rosa de Viterbo gastou 14,62% de sua receita orçamentária total no setor saúde, no período de janeiro a setembro de 1995, segundo o Sistema de Contabilidade Integrado, de Santa Rosa de Viterbo (Anexo).

O balancete analítico mostra que a União repassou apenas 42,28% do orçamento previsto para o auxílio CAPS-SUDS, o que equivale a 28,56% do total gasto pelo Município no setor.

Vale ressaltar que o Estado não repassou nenhuma verba prevista, tanto para o SUS, quanto para o Convênio de Municipalização em Saúde tendo o Município que arcar com 57,72% dos gastos em Saúde neste período avaliado.

4.2.3. - PARTICIPAÇÃO POPULAR

O texto constitucional de 1988 enuncia, como uma das diretrizes do SUS com a municipalização, o controle social das ações e serviços de Saúde.

Essa diretriz está pressupondo que todos os segmentos representativos da comunidade poderão participar da avaliação, controle e escolha da melhor estratégia de ação na área da saúde, atenuando os partidarismos e democratizando a ação política. Ela está prevista na Lei nº 8080/90, através de seus Art.198º."As ações e serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:...III- participação da comunidade..."

A Lei nº 8.142, Art.1º diz que "As conferências de saúde são instâncias colegiadas ...(com)... a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar e propor as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no níveis correspondentes".

Os Conselhos de Saúde são o outro mecanismo previsto do mesmo mandamento constitucional (participação da comunidade na organização do sistema). Eles têm caráter permanente e deliberativo e são órgãos colegiados integrados por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de Saúde e dos usuários.

Segundo entrevista com o Secretário Municipal de Saúde, "não havia interesse em criar um Conselho Municipal de Saúde. Eu e uma vereadora criamos o Conselho porque a Constituição pedia". Ainda segundo ele, "cinquenta por cento dos representantes são indicados pelo Prefeito e cinquenta por cento de usuários são indicados pela Câmara, para não criar atrito".

Através da Portaria nº 1083/95, de 25 de setembro de 1995, fica constituído o novo Conselho Municipal de Saúde, com gestão de 1995 a 1997, com um total de 14 representantes:

- 2 representantes da DIR XVIII - Ribeirão Preto;
- 1 representante do Setor Odontológico;
- 1 representante dos funcionários municipais;
- 1 representante do Sindicato da Saúde.

Quanto aos representantes dos usuários, o conselho é representado por:

- 1 representante da Educação;
- 1 representante do Sindicato Rural, com 1 suplente;
- 1 representante do Sindicato Rural Patronal;
- 1 representante da Associação do Bairro Nosso Teto;
- 1 Representante da Associação do Bairro Nhumirim;
- 1 Representante do Sindicato dos Aposentados;
- 1 Representante do Comércio.

Através de informações e observações coletadas no Município, a comunidade não se organiza, e vive em uma inércia política, acabando por não participar do processo decisório.

Seria interessante que as autoridades de saúde estimulassem as atividades participativas da população através de medidas educativas e informativas.

Cremos que essas medidas se tornem pouco viáveis, visto que há um descrédito no serviço público de saúde em virtude de um crescimento muito rápido da participação privada através dos Convênios de Saúde, o que, de certa forma, acaba elitizando o serviço, fugindo dos princípios básicos do SUS, principalmente no que diz respeito a participação popular.

4.2..4. - GESTÃO

Segundo informações das autoridades, e da Portaria 162, de 5 de maio de 1994 do Ministério da Saúde, publicado no Diário Oficial da União (D.O.U.) em 18 de outubro de 1994, o Município de Santa Rosa de Viterbo mantém a condição de gestão incipiente, onde a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares; incorpora ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária.

Ainda, segundo as autoridades, “estamos querendo mudar para semi-plena, mas não temos ainda o montante para assumir a saúde. Temos um Fundo de

Saúde, a Prefeitura joga um pouco de dinheiro, mas é devolvido quando chega o repasse”.

Através das informações e observações obtidas, o Município ainda mantém um perfil de prestador de serviços, onde os recursos de saúde são obtidos pelo pagamento de AIH's e de procedimentos realizados.

5 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO

5.1. - HISTÓRICO

Em meados do século passado, movimentos agropastoris já eram ativos, e por volta de 1880, a localidade de Santa Rosa de Viterbo tem acesso aos trilhos da ferrovia da Cia. Mogyana (atual FEPASA-Ferrovias Paulistas S/A), através de ramal que deveria atender a Fazenda Amália, importante empresa rural formada e parceira estreita da história da cidade.

Santa Rosa de Viterbo foi ponto de pouso de tropeiros, que se foram instalando, gradativamente, até se perceber que um pequeno núcleo de apoio aos viajantes que seguiam o trajeto já se encontrava fixado.

Seu desenvolvimento foi natural para as condições da época, transformando-se em ponto de suprimentos aos crescentes grupos de viajantes, que firmaram rota para o interior, crescendo dia a dia e fomentando nos moradores a identificação da necessidade de uma capela, para que pudessem suprir seus espíritos, sendo esta logo erguida.

No ano de 1896, foi elevada à condição de Distrito de Paz, honraria que trouxe consigo um desenvolvimento ainda maior nas suas atividades, onde se viu crescer não só a economia, como também pode permitir a chegada da cultura, fosse através da instalação de escolas ou da estruturação dos sistemas de conforto e saneamento à população, favorecendo os esquemas sanitários.

Em 21 de dezembro de 1910, foi sancionada a Lei que elevou o Distrito à posição de Município, denominando-o Ibiqara, que na linguagem indígena significa “lugar de buraco” o que mobilizou a população, resgatando-se posteriormente seu nome original “Santa Rosa de Viterbo”, o qual, à custa de

legislação ditada em 1942 foi obrigado a reformular o nome para Icaturama "água boa", gerando nova onda de protestos de seus habitantes, que conseguem à custa de moções recuperar novamente o antigo e primeiro nome, que perdura até hoje.

Santa Rosa de Viterbo pertence à 6ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, limitando-se ao norte com o Município de Cajuru; ao sul, com Santa Rita do Passa Quatro; à leste com o Município de Tambaú e à Oeste, com São Simão.

5.2. - ASPECTOS ECONÔMICOS

5.2.1.- Setor Primário

5.2.1.1.- Agricultura

A cana-indústria por possuir no Município uma usina processadora de açúcar e álcool e absorver a totalidade de produção, é a principal lavoura do Município, que agora vê o surgimento de produção de cana-forragem, cujo uso e manutenção deve-se ao rebanho bovino existente.

As frutas vêm tomando vulto na economia do Município principalmente as cítricas, como laranja, limão, tangerina, visto que o EUA, o maior produtor, vem sofrendo constante quebra em sua produção.

Segue quadro demonstrativo dos principais produtos agrícolas do Município.(vide Quadro II)

QUADRO II - PRODUÇÃO AGRÍCOLA MUNICIPAL,1992/1993/1994

PRODUTO	UNIDADE	TOTAL PRODUZIDO		
		1992	1993	1994
Amendoim	Toneladas	50	100	50
Arroz em casca	Toneladas	144	144	120
Café	Toneladas	360	360	120
Cana(indústria)	Toneladas	453.600	453.600	480.600
Cana(forragem)	Toneladas	-	-	16.000
Feijão	Toneladas	10	10	9
Laranja	mil frutos	28.150	60.000	65.000
Limas	mil frutos	5.504	5.332	3.680
Mandioca	Toneladas	2.650	2.650	3.250
Milho(em grãos)	Toneladas	1.260	1.260	1.260
Tangerina	mil frutos	4.020	3.980	800
Soja	Toneladas	90	90	90
Madeira(Pinus)	Ja cortado	-	-	100

Fonte: Produção Agrícola Municipal-IBGE 1992/1993
IEA - Instituto de Economia Agrícola da Secretaria de
Agricultura do Estado de São Paulo-1994

5.2.1.2.- PECUÁRIA

Quanto à pecuária, nota-se uma diminuição de pequena monta na parte dos rebanhos bovinos, ocorrendo o mesmo com os suínos só que em maior proporção, e a extinção segundo a falta de dados do parque avícola.

Em relação ao leite, nota-se também uma queda, enquanto o mel deixa de contar sua produção.

Estas quedas têm motivo nas dificuldades que vêm sendo enfrentadas pelos produtores rurais quanto à definição de política agrária que deveriam ser estabelecidas pelos órgãos governamentais.(vide Quadro III)

QUADRO III - PRODUÇÃO PECUÁRIA MUNICIPAL, 992/1993/1994

REBANHO	UNIDADE	TOTAL PRODUZIDO		
		1992	1993	1994
Bovinos (total)	cabeças	11.700	11.500	10.598
Bovino (corte)	cabeças	-	-	2.598
Bovinos (leite)	cabeças	-	-	8.000
Suínos	cabeças	2.050	2.000	1.000
Aves de granja	cabeças	41.440	41.300	-
Produt.	Unidade	-	-	-
Leite Total	1.000 litros	2.802	3.005	2.200
Leite Tipo C	1.000 litros	-	-	22.000
Mel	Toneladas	330	300	-
Ovos	1.000 dúzias	74	74	-

Fonte: Censo Agropecuário IBGE-1992-1993
IEA-Instituto de Economia Agrícola da
Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo.

5.2.2. - SETOR SECUNDÁRIO

5.2.2.1. - INDÚSTRIA

O setor secundário no Município dá mostra de solidificações, devido ao porte de algumas empresas existentes, além de criarem um certo grau de estabilidade no ramo industrial local, permitindo a consolidação de sua imagem de desenvolvimento na área produtiva.

Uma das características desse setor é que devido aos produtos fabricados, o suprimento de matérias primas é feito principalmente no mercado regional destacando-se o Município de Ribeirão Preto, representantes do mercado internacional como o ramo químico.

Em contra partida, o destino de comercialização de seus produtos acabados mostra-se igualmente amplo, bem como produtos do setor químico que os exportam a diversos países.

Este setor também reclama dos reflexos da política econômica vigente, alegando a essas condições o baixo poder aquisitivo da população, o que implica

um baixo volume de vendas, como também, a acirrada competição do mercado e os elevados custos financeiros, sendo resultado das taxas de juros aplicadas, o que também contribui para restringir a expansão dos negócios.

Uma outra queixa do setor é em relação à falta de cursos profissionalizantes e superiores, além de uma melhoria no sistema de saúde pública, um retorno mais dinâmico no desenvolvimento do Município; sendo que, no mais, a estrutura existente vem atendendo às necessidades do setor.

5.2.3. - SETOR TERCIÁRIO

5.2.3.1. - COMÉRCIO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Este setor do Município teve seu grande incremento na década de 70 com as transformações havidas no setor primário (com o Pró-Álcool) o qual favoreceu a economia local na alocação de recursos circulantes, refletindo em um grande aumento no número de estabelecimentos comerciais, como passou a absorver grande número de mão de obra.

Na década de 80, devido ao declínio da economia nacional e do processo inflacionário, este setor sente o golpe, vindo a diminuir as empresas existentes bem como a mão de obra ocupada.

Atualmente, nota-se que a principal dificuldade está na falta de recursos da massa de trabalhadores, embora o número de concorrentes até tenha aumentado e tornado mais aguerrido.

Uma outra dificuldade é a concorrência do centro comercial de Ribeirão Preto, que tem condições de oferecer diversificação e custos mais baixos.

5.3. - ASPECTOS GEOGRÁFICOS

O Município de Santa Rosa de Viterbo localiza-se na área Leste do Estado de São Paulo, na região conhecida como Alta Mogiana, distante da Capital cerca de 300 km, por via rodoviária.

Quanto aos programas do planejamento Estadual a cidade de Santa Rosa de Viterbo, está inserida na região Administrativa e de Governo de Ribeirão Preto, composta também pelos municípios de: Altinópolis, Barrinha, Brodosqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Jardinópolis, Luiz Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho, Batatais, e Quataparã.

Santa Rosa de Viterbo possui uma área de 284 km², apresentando uma densidade demográfica de 67,61 habitantes por km², inferior àquela encontrada na região de governo a que pertence, a qual indica 95,95 habitantes por km².

Está localizada nas coordenadas 21°29' latitude Sul e 47°22' longitude Oeste do Meridiano Greenwich, situando-se a uma altitude média de 735 metros acima do nível do mar.

Possui uma topografia levemente ondulada e em seus terrenos predominam os do tipo latossolo, banhados por uma ampla ramificação fluvial representada pelo rio Pardo e diversos afluentes de importância, dos quais destacam-se os ribeirões Águas Claras e Quebra Cuia e os córregos Caçador, Barreiro, Batata e Lagoa.

A oferta aquífera é complementada por precipitações pluviométricas que possuem um índice médio em torno de 1.200 mm/ano.

Possui características climáticas do tipo tropical, onde os invernos se apresentam frios e secos e os verões quentes e úmidos, com uma temperatura média anual na faixa de 22°C.

O Município de Santa Rosa de Viterbo delimita-se ao Norte com Cajuru, ao Sul com Santa Rita do Passa Quatro, a Leste com Tambaú, e a Oeste com São Simão (anexo 4).

5.4. - DEMOGRAFIA

Pelo Censo Demográfico de 1991, o Município de Santa Rosa de Viterbo possuía 19.195 habitantes assim distribuídos:

- Zona urbana = 17.534 hab. (91%)
- Zona rural = 1.661 hab.(9%)

A densidade demográfica era 67,61 hab/km² .

Em 1980, apresentava uma densidade demográfica de 50,83 hab/km² e em 1970, 41,69 hab/km² .

Observando-se a evolução da população urbana e rural no período de 1970 a 1991, notamos que o processo de urbanização no Município vem-se acentuando conforme quadros abaixo.(vide Quadro IV e V)

QUADRO IV - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO MUNICIPAL 1970/1980/1991 E TAXA MÉDIA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL %

	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO MUNICIPAL					
	1970	%	1980	%	1991	%
URBANA	6.868	58	11.606	80	17.534	91
RURAL	4.972	42	2.829	20	1.661	9
TOTAL	11.840	100	14.435	100	19.195	100

FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO IBGE 1970/1980/1991

QUADRO V

	TAXA MÉDIA GEOMÉTRICA DE CRESCIMENTO ANUAL	
	1970/1980	1980/1991
URBANA	5.39	3.82
RURAL	-5.48	-4.73
TOTAL	2.00	2.62

FONTE: Censo Demográfico IBGE 1970/1980/1991.

Como pode ser visto, os momentos econômicos regulam o movimento da população, o que faz a mesma, se urbanizar, tanto que este fator é utilizado para indicar se há desenvolvimento, pois a rede urbana passa a ter necessidades de

serviços tais como Saúde, Transporte, Eletricidade, Comunicação, Saneamento, Educação, Habitação, Emprego, Lazer, etc.

5.5. -ENERGIA ELÉTRICA

O serviço de energia elétrica está sob a responsabilidade da CPFL (Companhia Paulista de Força e Luz) , bem como sua operação e distribuição local. Para isso o sistema possui uma sub-estação supridora, localizada na Fazenda Amália, que abastece com uma capacidade de potência de 13,8KV, e transformador de 25.000KVA, além de 3 unidades alimentadoras. Esta fonte coloca à disposição para consumo, cerca de 4.000KW no Município, onde atende à 100% dos domicílios na rede urbana e 97% dos domicílios na zona rural.

5.6. - HABITAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Embora no decorrer das últimas décadas, os programas de habitação tenham minimizado o déficit no Município, estima-se hoje que ainda há uma carência de aproximadamente 500 unidades.

No plano de circulação interna, o Município dispõe de um total de 240Km de estradas que servem tanto ao perímetro urbano como às ligações vicinais.

O transporte público urbano é executado pela empresa de viação Helenatur e o transporte para ligação à capital é feito pela empresa Danúbio Azul e Rápido D'Oeste e para ligações com Ribeirão Preto e alguns Municípios circunvizinhos. O acesso ao Município por via rodoviária, em direção à capital, dá-se pela rodovia Bandeirantes (SP 348) ou rodovia Anhanguera (SP 330), onde, no Km 270, localiza-se a SP 253 que num trajeto de 30 Km chega ao Município de Santa Rosa de Viterbo.

5.7. - CULTURA E LAZER

O Município de Santa Rosa de Viterbo conta com uma biblioteca municipal , com acervo razoável. Tem um pequeno acervo também na Fundação Cultural de Santa Rosa, que é vinculada à Prefeitura.

A Fundação Cultural, que fica na antiga estação ferroviária, é responsável pela formação da Banda Municipal, onde o maestro que também é Assessor Cultural, incentiva seus alunos a ministrar aulas de flautas-doce, como ocorre na E.E.P.S.G. “Conde Francisco Matarazzo”.

A Fundação tem como objetivo o incentivo à cultura e apoio ao lazer. Realizam anualmente dois eventos: a FAISA - Feira Agro-Industrial Santarrosense e a SUSA - Semana Universitária Santarrosense, onde a Fundação entra com ajuda financeira e a Banda participa dos eventos.

A Fundação organiza com certa periodicidade a Manhã de Lazer com diversas atividades, como vôlei, ginástica, pintura, amarelinha, jogos lúdicos e outros.

A divulgação do trabalho e dos cursos que ministram para toda a população, como flauta-doce, teclado, violão, bateria e outros, é feita por um carro de som contratado. Oferecem também cursos de bonecas de lã, pintura em cerâmica e desidratação de plantas.

Quanto à recreação, Santa Rosa possui um clube de Campo com cerca de mil associados e Grêmio Recreativo que possui um dos maiores salões de baile da região.

Foi inaugurado o Cine Paradiso, que não apresenta uma periodicidade na apresentação de filmes. A cidade conta também com um grupo de teatro. Circo e parque de diversões vêm uma vez por ano para a cidade.

5.8. - ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO

A organização administrativa da Prefeitura do Município de Santa Rosa de Viterbo, através da Lei nº 1951/93 de 14 de dezembro de 1993, diz em seu Parágrafo Único, do Capítulo I, que trata da Ação Administrativa: O planejamento das atividades da administração municipal de que trata o presente Artigo, será processado através da elaboração e manutenção atualizada dos seguintes instrumentos:

- I. Plano Diretor;
- II. Plano Plurianual;
- III. Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- IV. Orçamentos Anuais;
- V. Cronogramas Financeiros de Desembolso.

Segundo o capítulo III, que trata da Estrutura Básica, em seu Artigo II: A estrutura administrativa da Prefeitura fica constituída pelos seguintes órgãos diretamente subordinados ao Prefeito Municipal:

- I - Órgãos Colegiados de Caráter Construtivo e/ou Deliberativo:
 - a) Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano;
 - b) Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;
 - c) Conselho de Defesa Civil;
 - d) Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural;
 - e) Conselho Municipal de Educação.
- II- Órgão de assessoramento e Apoio Direto ao Prefeito:
 - a) Gabinete do Prefeito;
 - b) Secretaria Executiva.
- III- Órgãos de Assessoramento Técnico Superior:
 - a) Assessoria de Planejamento;
 - b) Assessoria Jurídica.
- IV- Órgãos de Apoio Administrativo:
 - a) Divisão de Administração;
 - b) Divisão de Fazenda.
- V- Órgãos de Administração Específica:
 - a) Divisão de Obras e Viação;

- b) Divisão de Serviços Públicos;
- c) Divisão de Educação;
- d) Divisão de Saúde;
- e) Divisão de Esportes e Lazer.

A estrutura administrativa da municipalidade encontra-se definida graficamente através do Anexo 1 (L.M. nº 1951/93).

5.8.1 - RECURSOS HUMANOS

- Segundo dados da Central de Software Municipal, que trata da Relação de Funcionários na Administração de Pessoal, até 31 de outubro de 1995, a Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Viterbo dispunha de um total de 346 funcionários, dispostos segundo número e nome da unidade, conforme mostra o quadro. (vide quadro nº 1)

QUADRO 1 - Quadro de funcionários, segundo número e nome da unidade, Santa Rosa de Viterbo, 1995.

Nº DA UNIDADE	NOME DA UNIDADE	Nº FUNCIONÁRIOS
020100	Gabinete do Prefeito	4
020200	Secretaria Executiva	1
020300	Junta Militar	1
030100	Gabinete do Diretor	1
030200	Setor de Planejamento	3
040100	Gabinete do Diretor	1
050100	Gabinete do Diretor	1
050200	Setor de Administração	12
060100	Gabinete do Diretor	1
060200	Setor de Contabilidade	4
060300	Setor de Arrecadação/Fiscalização	8
070100	Gabinete do Diretor	1
070200	Setor de Obras Públicas	26
070300	Setor de Vias Rurais	21
070400	Setor de Trânsito	1
080200	Setor de Limpeza Pública	42
080300	Setor de Praças e Jardins	12
080400	Setor de Abastecimento	1
080500	Setor de Serviços Gerais	3
090100	Gabinete do Diretor	1
090200	Setor de Ensino Fundamental	31
090300	Setor de Ensino Pré-escolar	33
090400	Setor de Nutrição Escolar	20
090600	Setor de Creches	28
100200	Fundo Municipal de Saúde	57
100300	Setor de Desenvolvimento Social	10
110200	Setor de Esportes	6
110300	Setor de Lazer	16
TOTAL		346

FONTE: Central de Software Municipal, Santa Rosa de Viterbo, 1995

* É importante ressaltar que neste levantamento não constam do quadro total de funcionários o Sr.Prefeito, nem o seu vice.

6. - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SAÚDE

A Diretoria Municipal de Saúde está subordinado politicamente ao Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa de Viterbo, de caráter permanente e deliberativo. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde; está regulamentado segundo os requisitos estabelecidos pelo Artigo 13 da Lei 1733 de 29/05/91, necessários para o recebimento e gerenciamento dos recursos destinados pela União.

Apesar de todas as dificuldades encontradas, ressaltamos a iniciativa da instituição na elaboração do organograma vigente (anexo 8).

Esta estrutura funcional apresentada, aponta para uma falta de clareza na definição das atribuições, níveis hierárquicos e linhas de mando.

O Fundo Municipal de Saúde foi institucionalizado através da Lei 1728 de 29/05/91 como suporte financeiro para o desenvolvimento das ações nas áreas médicas, odontológica, hospitalar, sanitária e de apoio. Executadas ou coordenadas pelo órgão municipal de saúde, que é fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde.

O órgão municipal de saúde está sob o comando do Diretor de Saúde. Abaixo do mesmo estão os coordenadores: Coordenador Médico, Coordenador de Saúde e Coordenador Odontológico.

São de responsabilidade do Coordenador Médico todos os profissionais de nível universitário ligados à rede (excetuando os odontólogos). O coordenador de saúde dirige as Unidades Básicas. Por fim, o Coordenador Odontológico chefia os dentistas ligados à rede e às escolas.

O Município está subordinado à coordenadoria do DIR XVIII, localizado no Município de Ribeirão Preto.

Conforme informações e observações, o Município de Santa Rosa de Viterbo, por apresentar uma infra-estrutura administrativa não condizente com a própria lei que estabelece, não consegue como órgão gestor ter estrutura de poder político para articulação, negociação e integração intra e interinstitucionais, ficando prejudicada a competência técnica nas áreas- meio e fim.

Abordando o Planejamento de Saúde na região, observa-se que as ações de promoção e proteção à saúde, bem como as ações curativas e de reabilitação, não

são integradas, restringindo a assistência aos doentes, não levando em consideração os fatores de risco que afetam a saúde da população.

6.1. - CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

O Serviço de Saúde teve seu início com a implantação do Centro de Saúde pelo Estado, tendo como complemento a Santa Casa de Misericórdia, unidade filantrópica. Posteriormente, com a Municipalização foram criados dois Ambulatórios Médicos em bairros periféricos e o Centro de Saúde passou para a prefeitura.

Os profissionais médicos recebem por produção, após a 16ª consulta sendo que até 16ª consulta o salário é fixo. A partir da 17ª consulta é repassado o valor, não podendo exceder o dobro do salário. O mesmo acontece com os odontólogos, sendo que o repasse é feito à partir da 1ª consulta. Os demais profissionais tem um salário fixo.

Atualmente existem, portanto, três Unidades com 71 funcionários da Prefeitura e 9 Estaduais. São elas:

AMBULATÓRIO MUNICIPAL PAULO RICCI

Localizado no bairro Nosso Teto com funcionamento 24 horas, sendo que nos períodos manhã e tarde com atendimento médico, e no período noturno com auxiliar de enfermagem.

Área Física (anexo 9) :

2 Consultórios Médicos, sendo 1 Ginecológico

1 Consultório Odontológico

1 Sala de Vacina

1 Sala de Curativo

1 Sala de Coleta

1 Sala Almoxarifado/Farmácia

1 Sala Recepção/Fichário Central

1 Sala de Esterilização

- 1 Copa
- 1 Quarto para Plantonista
- 6 Banheiros.

Recursos Humanos:

- 1 Servente
- 4 Auxiliares de Enfermagem
- 1 Atendente
- 2 Pediatras
- 2 Ginecologistas
- 3 Clínicos Gerais
- 1 Psicólogo
- 3 Odontólogos

AMBULATÓRIO MUNICIPAL PASCHOAL CAGLIARI

Localizado no bairro Cohab, com funcionamento em 2 períodos (manhã e tarde)

Área física anexo 10) :

- 3 Consultórios Médicos, sendo 1 Ginecológico
- 1 Consultório Odontológico
- 1 Sala de Pré e Pós-consulta
- 1 Sala de Curativo
- 1 Sala de Vacina
- 1 Sala de Secretaria
- 1 Sala Recepção/Fichário Central
- 1 Depósito

1 Sala de Coleta

1 Copa

5 Banheiros

Recursos Humanos:

2 Odontólogos

1 Fonoaudiólogo

1 Psicóloga

2 Pediatras

3 Ginecologistas

1 Clínico

1 Auxiliar de Enfermagem

1 Atendente

1 Servente

CENTRO DE SAÚDE III “DR.RENATO PALMA ROCHA”

Localizado no centro, com funcionamento 24 horas, 7 dias da semana.

Área Física (anexo 11) :

4 Consultórios médicos, sendo 1 ginecológico

1 Consultório Odontológico

1 Sala de Observação (improvisada)

1 Sala de Esterilização

1 Sala Almoxarifado/Farmácia

1 Sala Secretaria

1 Sala Pré-Consulta

1 Sala Pós-Consulta

1 Sala Coleta de Material

- 1 Sala de Vacina
- 1 Sala Recepção/Fichário Central
- 1 Sala Curativo
- 1 Quarto Plantonista
- 1 Cozinha
- 1 Sala Diretoria/Reuniões
- 5 Banheiros

Recursos Humanos:

- 3 Pediatras
- 1 Cardiologista
- 1 Gastroenterologista
- 4 Ginecologistas
- 2 Odontólogos
- 1 Nutricionista
- 1 Psicólogo
- 3 Clínicos
- 1 Enfermeira
- 1 Agente de Saneamento
- 1 Atendente
- 6 Auxiliares de Enfermagem
- 2 Auxiliares de campo
- 3 Auxiliares de Escritório
- 1 Auxiliar de Serviços Gerais
- 1 Educador em Saúde
- 4 Serventes
- 1 Visitador Sanitário

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULA

Hospital de referência para o município, localizado no centro. O atendimento é limitado à urgência e emergência, parto normal, parto cesariano e pequenas cirurgias. Possui 28 leitos, sendo 6 de berçário. O centro cirúrgico está em condições precárias, com equipamentos sucateados. Não há banco de sangue.

É mantida por convênios, SUS, doações, e está; vinculada à Irmandade Vicentina, atualmente considerada de utilidade pública.

O Plantão noturno fica por conta da Cooperativa de Assistência Médica São Francisco, que se utiliza do espaço físico, recursos humanos e material, fornecendo o profissional médico, que atende aos seus conveniados.

Tem como referência Ribeirão Preto e contra-referência a rede básica. O corpo clínico da instituição é o mesmo que atende na rede. Estes são prestadores de serviço, não fazendo parte do quadro de funcionários da Instituição, e ganhando por produção.

Até 7 meses atrás não havia Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Área Física:

Cozinha

Lavanderia (1 máquina de lavar)

Bercário

Centro Cirúrgico

Enfermarias

1 Sala de Gesso/Urgência/Emergência/Consultório

1 Sala Administração

Recursos Humanos:

10 Atendentes

4 Auxiliares de Enfermagem

3 Auxiliares de Administração

4 Serventes

4 Cozinheiras

4 Lavadeiras/Passadeiras

1 Enfermeira

6 Médicos

Serviços:

- Endoscopia Digestiva
- RX (aparelho de baixa amperagem) de uso restrito
- Eletrocardiograma
- Inalação (aparelho portátil)

6.2. - OS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS UNIDADES:

- Saúde Infantil
- Saúde da Mulher
- Oftalmologia
- Cardiologia
- Hipertensão
- Diabetes
- Tisiologia
- Hanseníase
- Gastroenterologia
- Citologia e Cauterização
- Sutura e Imobilização
- Controle Nutricional
- Eletrocardiograma
- Odontologia
- Fonoaudiologia
- Psicologia

- Vacinação
- Vigilância Sanitária
- Vigilância Epidemiológica
- Controle de Vetores
- Aplicação de tratamento (injeção, curativo, teste de sensibilidade, medicação, inalação)

6.3. - PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELAS UNIDADES

Tem como competência a unidade básica de saúde o desenvolvimento de ações que levem à melhoria do nível de saúde da população, usando o máximo possível de cobertura, através de ações programadas de assistência doentes propriamente ditos ao lado de ações preventivas, ou promocionais de saúde, ações essas que devem ser priorizadas para assim se implantar Programas de Atenção Integral à Saúde. Dada a existência dos atendimentos individualizados e com aspecto curativo, verifica-se a ausência de Programas de Saúde Coletiva o que implica em uma estagnação do Sistema de Saúde diante da premissa do SUS. Este propõe a “reformulação do modelo assistencial, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade”. Ressalta um modelo **integral**, universalizado, equânime, regionalizado e hierarquizado, o que até o momento não foi implantado.

Os programas não estão estruturados, não há promoção de atividades educativas, preventivas, ficando o serviço com sua resolutividade comprometida, visto que há um grande fluxo de demanda para serviços em municípios vizinhos. Encaminhamentos estes, que não se restringem à procedimentos de maior complexidade.

Os pediatras se dividem entre as 3 unidades durante a semana, dando atendimento médico. De igual forma, os ginecologistas e os clínicos que também atendem hipertensão e diabetes. A nutricionista prepara uma dieta a ser seguida pelos pacientes. As demais especialidades se concentram no Centro de Saúde III onde a demanda vem encaminhada pelos Ambulatórios e pelo Hospital. Assim, o gastroenterologista consulta e quando necessário encaminha o paciente a fazer endoscopia na Santa Casa de Misericórdia onde ele mesmo atua e o reembolso desse serviço é complementado pela Prefeitura.

O cardiologista presta atendimento 2 vezes por semana e em caso de necessidade utiliza o eletrocardiograma do CSIII.

Os serviços de Tisiologia e hanseníase são acompanhados por um dos ginecologistas, que faz o tratamento.

O atendimento oftalmológico é realizado no consultório particular do profissional 1 vez por semana com no máximo 22 pacientes. O pagamento é feito pela Prefeitura.

A Psicóloga e a Fonoaudióloga também atendem nas 3 unidades do serviço, sendo responsáveis pelo agendamento pessoal.

A entrada do usuário no serviço se dá na recepção onde é aberta uma matrícula e dado um cartão que o identifique. Toda vez que necessitar retornar ao serviço deverá apresentá-lo e aguardar o atendimento. Quanto ao retorno, a consulta deve ser previamente marcada.

Os medicamentos dos programas de Tuberculose, Hanseníase, Diabetes e Hipertensão estão centralizados com a Assistente Social em local externo ao CSIII e esta é quem os dispensa às UBS.

O almoxarifado do Centro de Saúde III (CSIII) mantém todo material que será usado nas Unidades(encaminhado da Prefeitura) fazendo controle e distribuição.

Exames e encaminhamentos também tem sua central no CSIII que distribui as cotas para os outros 2 ambulatórios, autoriza AIH, encaminha para Referência (Cajuru, Ribeirão Preto). Exames feitos nos laboratórios conveniados da cidade são encaminhados diretamente pelas Unidades.

Devido à escasses de Recursos no Município muitos pacientes necessitam dos serviços em cidades próximas. Para tanto a Prefeitura fornece transporte (ônibus, kombi, ambulância). Este serviço está sob controle da Assistente Social.

O programa de Imunização é feito em todas as Unidades, seguindo o que é preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério através do DIR XVIII. São feitas todas as vacinas de rotina, sendo que a BCG só é aplicada no Centro de Saúde III.

O quadro de médicos da rede pública é o mesmo da Santa Casa, dos serviços conveniados e muitos dos profissionais atuam também em cidades próximas.

6.4. - CONVÊNIOS PRIVADOS

A Prefeitura de Santa Rosa de Viterbo conta com várias instituições privadas de saúde (convênios) que complementam as ações de saúde do Município.

Tanto o Convênio São Francisco como o Convênio Policlinicas foram firmados com o Município para prestação de assistência à saúde de todos os funcionários públicos municipais.

Estabelece-se o repasse de 60% do valor do conveniado pela prefeitura e os 40% restantes são mantidos pelos próprios funcionários.

Constatamos que os convênios referidos utilizam-se da rede Municipal, principalmente no setor de transporte, bem como dos profissionais médicos que atuam na rede.

Concluimos que existe uma rede de saúde privada paralela que se sobrepõem à rede pública pressionando a implantação efetiva do SUS no município.

SUGESTÕES

Sugerimos adotar claramente uma estratégia política, adequando os serviços à realidade juntamente com a participação da comunidade. Embora esta prática possa levantar resistência por vários segmentos conservadores frente ao processo de legitimação da consciência sanitária, institucionalizando por fim os princípios do SUS: Integralidade, Universalidade, Regionalização, Equidade, Atendimento.

6.5. - 7.1. SAÚDE BUCAL

Este trabalho tem como objetivo realizar uma análise do setor de saúde bucal da prefeitura de Santa Rosa de Viterbo, a partir de informações coletadas em campo, resultantes de entrevistas, relatórios e documentos fornecidos pela instituição em estudo.

Observando a instituição com visão externa pretende-se analisar pontos positivos e negativos, apresentando sugestões para correção de eventuais falhas que possam ser detectadas, auxiliando a gerência local a aprimorar o desempenho da instituição.

6.5.1. - HISTÓRICO

Nas visitas, entrevistas e análise da documentação que nos foram disponibilizadas, não foi possível obtermos registros precisos sobre o surgimento da Odontologia no Município de Santa Rosa de Viterbo.

Sabe-se que à princípio a Odontologia surge no Município a partir de um convênio firmado entre a Secretaria do Estado da Saúde e da Secretaria Estadual da Educação, institucionalizado através do Departamento de Assistência Escolar (DAE).

A partir de 1987, através do convênio firmado, o Município recebe 3 dentistas contratados pelo DAE para trabalharem em 2 escolas estaduais de ensino e 1 dentista para o CSIII “Dr. Renato Palma Rocha”.

Com a municipalização em 1988 foi contratado mais 1 dentista para atuar no Ambulatório Municipal Paschoal Cagliari.

Em 1989 incorporou-se o Ambulatório Paulo Ricci (COHAB) e com isso foram contratados 2 cirurgiões-dentistas.

Em 1992, um dentista foi contratado para atuar no EEPG “Virginio Meloni”.

Recentemente 2 cirurgiões-dentistas foram contratados para o EEPG “Teofilo Siqueira” e EEPSG “Conde Francisco Matarazzo”.

6.5.2. - RECURSOS HUMANOS

O quadro de funcionários no Departamento de Saúde Bucal restringe-se aos cirurgiões-dentistas.

São 11 dentistas celetistas com cargas horárias de 20 horas/semanais concursados, sendo distribuídos em 7 consultórios odontológicos.

São eles:

- Ambulatório Municipal Paulo Ricci
- Ambulatório Municipal Paschoal Cagliari
- CSIII "Dr. Renato Palma Rocha"

Em 4 Escolas Estaduais:

- EEPG " Teófilo Siqueira"
- EEPSG " Conde Francisco Matarazzo"
- EEPG "Virgílio Melloni"
- EEPG "Salustiano Lemos"

Na Coordenação do Departamento de Saúde há 1 dentista, CLT, com 20hs semanais.

Não está sendo implantado o plano de cargo, carreiras e salários segundo o plano Diretor, que se encontra em fase final de elaboração.

Os dentistas recebem seus salários através de produtividade.

O recrutamento, seleção e administração destes profissionais é através de concurso público que anteriormente era executado pela prefeitura sendo hoje realizado por uma empresa especializada.

Não existe uma estratégia de desenvolvimento de Recursos Humanos, não há treinamento de ingresso, atualização ou reciclagem. O profissional é treinado em serviço. Ressaltamos ainda que todos os dentistas que atuam na rede Municipal de Saúde também possuem clínicas particulares na cidade ou nos municípios vizinhos.

SUGESTÕES

1. Desenvolvimento de uma estratégia de recursos humanos que contemple a incorporação de mão de obra de nível elementar (atendente de consultório

dentário) e nível médio (técnico de higiene dental) para ampliar a cobertura da população alvo e reduzir a relação custo benefício do programa.

2. Através da contratação de auxiliares e técnicos em saúde bucal é possível a delegação de atribuições, o que favorece o aumento do rendimento e da qualidade dos serviços prestados, pois atualmente os recursos humanos utilizados são só os cirurgiões-dentistas.

3. Sensibilizar os dentistas da rede quanto ao trabalho em equipe e formação adequada de pessoal auxiliar.

4. Instituir o treinamento inicial para ingressantes no serviço com o objetivo de adequação do perfil dos profissionais.

5. Reavaliar a questão da remuneração dos profissionais implantando a médio prazo um plano de cargos, carreiras e salários para que os profissionais não sejam remunerados através de produtividade, o que gera grandes distorções na avaliação qualitativa e quantitativa dos serviços prestados.

6. Instituir cursos de gerência para chefes locais com o intuito de planejamento, execução, avaliação e controle do programa odontológico.

7. Supervisão em serviço da coordenação para acompanhamento e adequação dos profissionais aos programas para avaliação da necessidade de reciclagens e/ou novos treinamentos.

8. Padronização de normas técnicas, pois nenhum procedimento realizado nos consultórios é padronizado, ou seja, cada profissional atua “livremente” de acordo com sua conduta e prática, o que dificulta o remanejamento de pessoal e impossibilita o trabalho em equipe.

6.5.3. - CAPACIDADE INSTALADA (REDE, EQUIPAMENTOS E TIPO DE AMBIENTE DE TRABALHO)

São 7 consultórios dentários, sendo 3 em Ambulatórios e 4 em Escolas Estaduais de Ensino.

Os equipamentos são tradicionais e compostos por 1 cadeira odontológica, 1 cârter, 1 refletor, 1 compressor, 1 amalgamador e 1 foto-polimerizador.

No CSIII “Dr. Renato Palma Rocha” existe um aparelho de Raio-X e um aparelho profilático.

Não existe uma padronização dos equipamentos e instrumentais. A distribuição dos mesmos é feita apenas quantitativamente e sem especificação.

SUGESTÕES

- Repensando a proposta de trabalho em equipe haverá necessidade de se adequar tanto espaço físico, como tipo de equipamento e tipo de ambiente de trabalho. Sugerimos a instalação de clínicas odontológicas simplificadas.

6.5.4. - SERVIÇO ODONTOLÓGICO

A prestação de serviço odontológico de Santa Rosa de Viterbo é fundamentada nos princípios do SUS, porém na prática diária este princípio não está sendo implantado segundo regionalização, hierarquização e universalização.

O trabalho é sustentado pelos ambulatorios e escolas estaduais.

Nos ambulatorios e no CSIII são agendados 4 a 5 pacientes no programa e 2 a 3 vagas para emergências.

A população assistida é composta de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, demanda livre; gestantes e trabalhadores rurais são atendidos no 3º turno nos Ambulatorios e CSIII.

São realizadas atividades curativas e preventivas individualmente nos pacientes, porém o enfoque é o tratamento das necessidades acumuladas, portanto não há ações programáticas que visam atuar nos setores de risco à saúde da população.

É preconizado para cada cirurgião-dentista realizar 3 atividades por hora ou seja 12 atividades por período de 4 horas.

Não existem outros indicadores de produção ou produtividade, além do indicador de atividade/hora/ cirurgião-dentista.

Ainda no CSIII existe um aparelho de Raio-X que serve de referência para as outras unidades odontológicas.

À este serviço de radiologia são encaminhados pacientes para auxiliar no diagnóstico, principalmente de patologias bucais.

Realizada a radiografia o usuário aguarda a sua revelação e retorna à unidade com a mesma.

O sistema de fichas de referência e contra-referência é realizado informalmente só através da cartela da radiografia.

Nas escolas estaduais de ensino o Modelo Assistencial empregado é o Incremental “por classe” desde 1993 pois antes o atendimento era demanda livre, atendia-se qualquer criança.

Em agosto foi realizado o 1º levantamento epidemiológico de cárie por iniciativa do serviço e também pela implantação dos procedimentos coletivos em 7 escolas estaduais.

A amostragem foi realizada com todo o grupo de crianças de 6 a 14 anos (a escolha foi aleatória, de 4 em 4 alunos) e o sorteio foi realizado só em relação a idade, não foi separado por sexo.

Não houve critérios definidos explicitamente na calibragem, apenas foi realizada uma reunião com o grupo de examinadores.

A duração dos exames foi de uma semana, com duração de 6 horas por dia, com 2 examinadores e 2 anotadores, todos cirurgiões-dentistas.

ACÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

1. A partir de 01/01/80 foi implantado no Município de Santa Rosa de Viterbo a fluoretação das águas de abastecimento público, ficando seu controle a encargo da SABESP.

2. No 2º semestre de 1995 seriam implantadas ações coletivas nas escolas da rede oficial de ensino, para 3.493 alunos da pré-escola e 1º grau.

3. Distribuição gratuita de insumos preventivos (pasta e escova dental).

4. Elaborado o 1º levantamento Epidemiológico realizado em 1995 em 7 escolas estaduais de ensino.

As ações preventivas estão sendo implantadas desde agosto de 1995 (foram cadastrados 3493 alunos da rede estadual nas idades de 7 a 14 anos, especialmente os alunos que freqüentam pré-escola, bem como os de 1ª a 4ª séries do 1º grau.

Foram cadastradas 6 Escolas em Procedimentos Coletivos II (incluídos EEPG "Fazenda Amália" e EEPG "Maurílio de Oliveira").

As ações contidas nos Procedimentos Coletivos II são realizadas pelo dentista. São elas:

- exame epidemiológico;
- escovação supervisionada e palestras trimestrais;
- bochecho fluorado semanal;
- exame clínico;
- terapêutica intensiva com flúor.

Avaliação da Eficiência do programa de Saúde Bucal no período de janeiro à dezembro de 1994, segundo dados coletados pela fatura Sia SUS da Coordenação de Saúde Municipal de Santa Rosa de Viterbo.

- Metas programadas nos consultórios odontológicos preconizadas pela Coordenação Saúde Bucal.

- Para os consultórios odontológicos é esperado 3 atividade/hora/cirurgião-dentista ou seja 12 procedimentos diários por profissional.

- São 11 dentistas com carga horária de 20 horas semanais (4 horas diárias).

- Metas atingidas nos consultórios odontológicos.

Em relação ao número de procedimentos realizados foram, 27.184 atividades realizadas ou seja 93,6% da meta programada.

Obs: Cabe ressaltar que adotamos 11 meses de atividades, considerando que as escolas de ensino público há recesso escolar. Todos os procedimentos foram analisados através da Fatura Sia SUS de 1994 (anexo 12).

SUGESTÕES:

1. Implantação de uma vigilância da fluoretação das águas de abastecimento, (hoje é realizado o controle pela SABESP), convém um hetero controle a ser implantado pelo Município.

2. Elaboração de uma manual contendo histórico do serviço, objetivos gerais e específicos a serem alcançados; composição e atribuições dos recursos

humanos; padronização e adequações , espaço físico, equipamentos e materiais; descrição das ações programáticas ou programa; padronização das normas técnicas e administrativas; serviço (rotina de trabalho, fluxo de atendimento, meta a cumprir); avaliação segundo critérios conhecidos pelos profissionais. A utilização de padronizações técnicas-administrativas resulta em queda do custo e racionalização do trabalho.

3. Atribuições bem definidas do RH bem como incorporação de auxiliares e ou técnicos favorecerá um aumento do rendimento no programa pois como só há dentistas os mesmos exercem atividades que poderiam ser delegadas a auxiliares, assim estes poderiam desenvolver mais procedimentos clínicos.

4. Uma vez que o serviço tem o objetivo de utilizar ações programáticas estas deveriam ser institucionalizadas e para tal se faz necessário metas de curto, médio e longo prazo para o planejamento , execução, avaliação e controle destas ações.

5. Uma vez adotado o trabalho em equipe para dar um rendimento e cobertura desejável ao serviço sugerimos que se adotem outros Modelos Assistencias como por exemplo o trabalho por quadrante, técnica à 4 mãos, o que resultaria na melhoria da qualidade dos serviços e aumento do rendimento.

6. Foi uma iniciativa valiosa para o serviço a realização do 1º levantamento epidemiológico de cárie realizado em agosto deste ano.

Para uma análise estatística é fundamental a comparação dos levantamentos epidemiológicos anteriores, ou seja, é necessário uma série histórica dos levantamentos de cárie para acompanhar a avaliação e controle da doença.

Sugerimos que o levantamento epidemiológico seja realizado segundo metodologia científica adequada, baseado no Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Todo profissional de equipe de saúde bucal deverá ter acesso às informações obtidas, consolidadas, processadas e avaliadas neste levantamento.

7. Quanto à implantação das ações preventivas nas escolas da rede pública consideramos que estas ações deverão ser planejadas pelo cirurgião-dentista e exercidas por auxiliares, baseando-se em dados epidemiológicos e levando-se em conta todos os princípios biológicos, econômicos e sociais.

8- Sugerimos ainda para uma adequada avaliação e controle do programa de saúde bucal a utilização de indicadores de produção e produtividade tais como:

Cobertura geral; Índice de atrição; Concentração por tratamento completado; Taxa de Absenteísmo, rendimento do instrumento, taxa de urgência; Índice de encaminhamentos; Composição da hora clínica segundo tipo de procedimento, etc.

9. É necessário o planejamento, a execução, avaliação e controle não somente das ações primárias como de nível secundário e terciário dos serviços de saúde bucal, institucionalizando um sistema de referência e contra-referência.

10. Sugerimos adotar claramente uma estratégia política adequando os serviços à realidade, embora esta prática possa levantar resistências por vários segmentos conservadores da classe odontológica frente ao processo de legitimação da consciência sanitária.

6.5.5. - ADMINISTRAÇÃO

(AQUISIÇÃO, ESTOCAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS)

AQUISIÇÃO

A aquisição de materiais permanentes e de consumo odontológico é feita pelo setor de compras da Prefeitura. Todo o processo de compras tem início com a apresentação de requisições elaboradas pelo Coordenador de Saúde Bucal.

O coordenador não é solicitado pelo processo de compras.

Nenhum dos instrumentais permanentes são padronizados, sendo adquiridos conforme pedido da coordenação.

ESTOCAGEM

Todo material do Departamento de Saúde é estocado em almoxarifado único localizado no CSIII “Dr. Renato Palmo Rocha”.

A estrutura física não é adequada, pois é pequena e com pouca ventilação.

Existem as fichas de prateleira, que são manuseadas pela almoxarife.

Quanto ao material odontológico o mesmo encontra-se armazenado em condições satisfatórias.

DISTRIBUIÇÃO

A distribuição do material odontológico a partir do almoxarifado central é realizado mediante apresentação de requisições devidamente preenchidas provenientes dos CSIII para posteriormente serem encaminhados para os demais ambulatórios e escolas estaduais.

As requisições são preenchidas em 2 vias observando a lista existente de materiais odontológicos. Uma via fica no almoxarifado e outra acompanha o material, quando da entrega nas unidades.

Cabe ressaltar que para a entrega do material odontológico não existe uma grade padronizada por unidade que leve em conta o consumo médio mensal.

Na unidade o material é entregue ao dentista pela almoxarife e o mesmo confere todos os itens constantes da requisição.

Após a conferência, todo material odontológico é acondicionado em armários situados no espaço físico das unidades odontológicas.

SUGESTÃO

1. Elaboração de uma padronização administrativa (ficha clínica, mapas diários e mensais de produção, cartão de agendamento; requisições, etc.)
2. Informatização de todo setor de compras e almoxarifado.
3. Adequação de uma grade de distribuição de material odontológico que leve em conta o consumo médio mensal das unidades.

4. Centralização em almoxarifado único nos ambulatórios de todo material odontológico que ora está acondicionado em armários situados no espaço físico das unidades odontológicas.

5. Sugerimos que se faça a análise de custo do programa, tanto o custo operacional (materiais consumo, permanente, custo RH, etc.) bem como o custo de investimentos. É de suma importância pois através do custo/benefício pode-se também avaliar o êxito do programa.

6.5.6. - SISTEMA DE INFORMAÇÃO

A base de todo o sistema de informação em saúde bucal é feita através da ficha clínica e da ficha de atendimento odontológico (F.A.O). A ficha clínica é composta pela identificação do paciente, número de matrícula, odontograma e plano de tratamento (anexo 13).

A Diretoria de Saúde de Santa Rosa de Viterbo está sendo informatizado através de sistema de informação Hygea que só contempla os procedimentos pagos pelos SUS.

Portanto, a maioria das informações da área bucal deverá ser processado fora do sistema.

Não existe uma ficha clínica ou mapa mensal padronizado que contempla todas as informações necessárias para uma avaliação adequada.

A consolidação dos dados da área odontológica esta baseado nas faturas, portanto é a Diretoria de Saúde que fornece os dados para o coordenador e este em caso de algum problema se relaciona com os dentistas (retorno informal a nível local).

Quanto aos registros de ações coletivas nada consta do que está sendo elaborado. Com relação as informações do levantamento epidemiológico realizado de 1995 há registro informal.

SUGESTÃO

A médio e longo prazo informatização de toda a rede com sistema referência e contra-refência das unidades odontológicas bem como utilização fichas, mapas

diários e mapas mensais que deverão ser padronizados que deverão ser padronizados, contemplando não somente a dados de faturas mas também facilitando a coleta de dados odontológicos para análise do Programa de Saúde Bucal.

6.5.7 - CONSIDERAÇÕES

“Para a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento concreto de um modelo de atenção à saúde bucal que incorpore os compromissos da reforma sanitária e aponte para a construção de um modelo de atenção orientando pelas propostas da universalidade do acesso da integridade e resolutividade das ações com a inclusão de especialidades segundo o perfil epidemiológico da população, tendo como pré-requisito básico a efetivação do processo de municipalização da saúde na construção do Sistema Único de Saúde”.

(II Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 1993.)

6.6. - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Segundo o Ministério da Saúde, vigilância epidemiológica é o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e adotar oportunamente as medidas indicadas que levem à prevenção e controle da doença.

No município de Santa Rosa de Viterbo o Sistema de Vigilância Epidemiológica é do tipo passivo, clássico. Trabalhando portanto, em cima das notificações que são enviadas. Por um lado é mais simples, barato, não exigindo tantos profissionais, entretanto fica submetido à vontade de outras pessoas de vinculação ao sistema. Sistema esse que deve ter como premissa a simplicidade, utilidade, flexibilidade e aceitabilidade para assim cumprir seus objetivos.

Está localizada dentro do Centro de Saúde III, até pouco tempo sob responsabilidade de uma Atendente de Enfermagem e uma Visitadora Sanitária. No momento, estão sendo substituídas por uma Enfermeira e uma Auxiliar de Enfermagem.

Têm como rotina o preenchimento das Fichas Epidemiológicas, o SVE2 e o SVE3, sendo que este último é encaminhado ao DIR XVIII aos cuidados do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Mantém também, atividades de visita domiciliar, exame de comunicante e bloqueio.

6.7 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

6.7.1- DEFINIÇÃO E FUNDAMENTO:

Segundo o Relatório Final da Conferência Nacional da Saúde do Consumidor (BSB/1986), define-se que **"VIGILÂNCIA SANITÁRIA** compreende o conjunto de ações que integram o Sistema Unitário de Saúde capaz de diminuir, eliminar ou prevenir riscos e intervir sobre os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços e da intervenção sobre o meio ambiente, objetivando a proteção da saúde do consumidor, do trabalhador e da população em geral".

A Vigilância sanitária fundamenta-se no exercício do poder de polícia que lhe é inerente, adotando medidas jurídica e social, garantindo os interesses coletivos e harmonizando as contradições sociais e econômicas. O poder é posto em prática quando interesses da população, superiores aos do indivíduo, indicam a necessidade de restrição e intervenção no campo das liberdades e direitos privados.

O Poder de Polícia Sanitária é definido de acordo com as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização segundo o seu âmbito administrativo (Município, Estado ou União) de acordo com o Art.15 da Lei nº 8080 de 19/9/90.

O Decreto 26048 de 15/10/86, que cria o Centro de Vigilância a nível estadual - SUDS-R, em seu Artigo 1º, extingue os órgãos com atuação voltada para área pulverizadas nas Coordenadorias, absorvendo de modo integrado parte de suas funções. Com a Reforma Administrativa da Secretaria de Estado de Saúde, o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e a incorporação da Divisão de Higiene e Segurança no Trabalho (DHST), resgata quase um século depois de abrangência do primeiro Código Sanitário.

Posteriormente, o Estado, através dos Escritórios Regionais de Saúde - ERSAS, passam a articular e implementar as ações da Vigilância Sanitária,

apresentando propostas às prefeituras, referentes à municipalização, incluindo repasse pelo Estado de recurso financeiros, materiais e humanos (Decreto 30072/89).

Em 05/6/95, pelo Decreto 40128, a Diretoria do Grupo de Pesquisas e Desenvolvimento Orçamentário estabelece a nova classificação institucional da Secretaria da Saúde, passando a vigorar para os antigos ERSAS, uma nova codificação da Direção Regional de Saúde- DIR (Diário Oficial nº 109 de 9/6/95).

6.7.2. - A VIGILÂNCIA SANITÁRIA DENTRO DO SUS:

As ações de vigilância sanitária no país sempre estiveram a cargo do nível estadual, não existindo por parte dos municípios experiência acumulada na execução dessas ações de modo que possa prescindir dessa esfera no que diz respeito à assessoria técnica e financeira.

A vigilância sanitária constitui parte do que se denomina de práticas de saúde coletiva, e esta última, por sua vez, está inserida no serviço das ações que integram o SUS. A necessidade de municipalizar estas ações constitui um imperativo constitucional amplamente amparado pelas discussões técnicas que orientam o pensamento sanitário.

Pode-se então estabelecer que, em termos gerais, no desenvolvimento das ações da vigilância sanitária, cabe ao Estado um papel complementar, e/ou suplementar, e ao município assumir a responsabilidade de execução dessas ações, (pensar globalmente e agir localmente), aí se originam os problemas e aí devem ser resolvidos.

No Estado de São Paulo, a Vigilância Sanitária enquanto parte integrante das ações de saúde, se desenvolve em 3 níveis:

NÍVEL CENTRAL (CVS): Sua atribuição é definir a política de vigilância sanitária, através da normatização, organização das práticas de vigilância, planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das ações executadas nos níveis regionais e /ou municipais. É o órgão de excelência técnica e de referência no Estado.

NÍVEL REGIONAL ESTADUAL (VISA's-R): Sua execução muitas vezes tem sido desarticulada, isto é, reproduzindo na prática a estrutura do nível central. Mas sua atuação deve ser mudada, assumido mediante colocação do CVS, a

coordenação, o planejamento, a capacitação de recursos humanos, a assessoria técnica, a supervisão e a avaliação das ações de vigilância sanitária a ser desenvolvidas pelos municípios de sua região.

NÍVEL MUNICIPAL (VISA's-M): A ele cabe executar ações de vigilância sanitária norteadas nas diretrizes do nível regional central, embasado num Plano Diretor, tendo como viés o menor risco epidemiológico à saúde de sua população e dentro de sua realidade.

A municipalização das ações, ao permitir uma proximidade maior com a realidade local (política, social e econômica), possibilita uma vigilância mais atenta e eficaz. Ao mesmo tempo, o contato maior com a população, principalmente em cidades pequenas, pode gerar alguns atritos, já que as ações preventivas nem sempre são compreendidas, devendo no entanto ser soberanas, evitando-se assim ao máximo interferências de qualquer natureza.

É de fundamental importância a realização de programas educativos que orientem a população sobre o serviço que está sendo realizado, para que haja colaboração e acatamento das diferentes ações da vigilância sanitária, dentro do objetivo a que se propõe, que é o de promover e recuperar a saúde da população. Uma população conscientizada do valor dessas ações passa a ser ela própria um vigilante das condições de saúde que lhe são dispensadas

6.7.3. - CAMPOS DE ABRANGÊNCIA

As ações da vigilância sanitária abrangem quatro subsistemas fundamentais:

BENS DE CONSUMO que direta ou indiretamente se relacionam à saúde, envolvendo todas as etapas e processos de produção até o consumo final, compreendendo assim: matérias-primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de produtos de interesse à saúde, tais como os alimentos, água, bebidas, medicamentos, insumos, cosméticos, saneamentos, domissanitários, produtos químicos, agrícolas, agrotóxicos, drogas veterinárias, correlatos (equipamentos médicos e odontológicos entre outros).

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde como: médico-hospitalares, de apoio diagnóstico, hemoterápicos, de hemodiálise, odontológicos e os que utilizam radiação, casas de repouso para idosos, lares abrigados, centros de conveniência, creches, bancos de órgãos e de

leite humano, práticas alternativas, casa de massagem, tatuagem, clínicas de emagrecimento, aplicadoras de produtos relacionando à saúde entre outros.

SANEAMENTO DO MEIO como formas de intervenção sobre os efeitos advindos do uso e parcelamento do solo, das edificações, do sistema de produção em geral e dos sistemas de saneamento básico coletivos e individuais, visando a promoção da saúde pública e prevenção da ocorrência desfavoráveis decorrentes das ações do homem.

SOBRE O AMBIENTE E O PROCESSO DE TRABALHO objetivando conjugar ações no sentido da proteção da saúde do trabalhador.

6.7.4. - VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO:

Santa Rosa de Viterbo é município pertencente à regional de Ribeirão Preto e, grande parte das ações de vigilância estão coordenadas e/ou executadas através da Direção Regional de Saúde - DIR XVIII. Esta é responsável técnica por cerca de 25 municípios no momento, abrangendo praticamente todas ações fiscalizadoras e estabelecendo critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano, entre outros.

A DIR XVIII de Ribeirão Preto conta com um quadro funcional composto por uma equipe multiprofissional, como se segue:

FUNÇÃO	Nº DE FUNCIONÁRIOS
Agente de Saneamento	03
Visitadora Sanitária	01
Médico do Trabalho	01
Farmacêutico	04
Dentista	11
Engenheiro de Alimentos	01
Engenheiro Civil	03
Enfermeiro	01

Segundo o Engenheiro Sanitarista Dr.Maurílio Messias de Araújo, Diretor Técnico da DIR XVIII, responsável pelas informações citadas, no seu quadro funcional sentem muito a necessidade de um médico veterinário, dados os problemas encontrados nas ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

O serviço de vigilância sanitária de Santa Rosa de Viterbo está localizado em uma sala do centro de Saúde III “Dr.Renato Palma Rocha”.

As atividades de vigilância vem sendo desenvolvidas por funcionárias concursadas pelo município, isto é, por 2 técnicas de nível médio (agentes de saneamento), subordinadas à Direção do Centro de Saúde.

Segundo informações prestadas pelas agentes de saneamento local, as suas atuações têm sido direcionadas priorizando os principais problemas enfrentados pelo município, tais quais são:

- fiscalização de produtos hortifrutigranjeiros vendidos nas feiras, destacando-se as verduras e frutas cujo fornecimento tem fonte em município vizinho e sem nenhum controle;
- fiscalização de estabelecimento comerciais e de distribuição de gêneros alimentícios como os açougues, mercearias, mercados, feiras, bares, etc., verificando as condições higiênicas e sanitárias, ambientais e instalações prediais, sempre segundo as normas técnicas (Código Sanitário);
- fiscalização de abrigos ou acampamentos, quase sempre inadequados, onde se alojam os bóias-frias, trabalhadores rurais da época da safra agrícola (principalmente de cana-de-açúcar, muito produzida na região);
- na orientação e requisição de documentação necessária à obtenção de alvarás de funcionamento de novos estabelecimentos comerciais, dada a dificuldade de entendimento dos proprietários que primeiramente dão entrada na obra para depois procurarem o serviço de vigilância. Obs. : as normas técnicas do SIM devem estar de acordo com as estaduais, respeitando-se a hierarquia, portanto a construção da obra só deverá ser iniciada após aprovação do DIR XVIII.
- a coleta de amostras de produtos alimentícios, quase sempre tem sido feita após denúncia ou reclamação por parte da população. A amostragem segue o regulamento na emissão do TCA - Termo de Colheita de Amostra, devidamente preenchida e em três vias.

O município conta com retaguarda laboratorial do Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto para a execução das análises físicas ou de orientação das amostras colhidas. Através do Laudo Analítico do laboratório oficial, constando o exame microbiológico, microscópico e físico-químico quando necessário, a vigilância, dependendo do caso, toma a necessária providência cabível.

Segundo dados fornecidos pelas agentes de saneamento do município, os estabelecimentos que comercializam gêneros alimentícios somam 179, a saber:

Bares	95
Restaurantes e lanchonetes	09
Sorveterias	09
Panificadoras	06
Mercados e supermercados	10
Mercearias	19
Açougues	11
Depósitos de bebidas	03
Comércio de hortigranjeiros	05
Outros (modalidade não especificada)	12

Nestes estabelecimentos são realizadas em média 04 visitas sanitárias ao ano, número que pode vir a ser superior, caso o estabelecimento apresente qualquer tipo de irregularidade.

Quando às atividades educativas direcionadas à população, estas não existem de uma forma sistematizada e permanente. Raramente são utilizados os meios de comunicação local, como o Rádio FM e os jornais do município, de emissão gratuita. No entanto, seria fundamental esta forma de comunicação escrita e falada nos programas educativos, bem como as reivindicações, reclamações e anseios comuns na comunidade.

A participação popular nas ações de vigilância sanitária é restrita a uma pequena parcela da população e não ocorre frequentemente. Geralmente se dá em campanhas como as da dengue, com raras exceções. Isto denota pouca informação gerada e escassez nas atividades educativas como medida preventiva que é, barata, simples e de fácil acesso à população.

A grande dificuldade encontrada a nível municipal está no que deveria ocorrer sempre, que é o entrosamento nas diferentes esferas de governo, local, municipal regional, estadual e nacional, estabelecendo com clareza seus verdadeiros papéis.

Qualquer mudança deve preservar o que já existe, não alterando ou inviabilizando o funcionamento de forma brusca. A descentralização deve promover recursos financeiros, humanos e de serviços que ajudem o sistema a funcionar. No entanto, o sistema deve ter um planejamento ascendente do nível local para o nível nacional com atribuições bem definidas.

Os serviços nas regiões com déficit devem ser ampliados, buscando um acesso equânime, com metas definidas a serem alcançadas.

Deve-se construir um sistema de informações em saúde, adequado e confiável, que permita traçar o perfil epidemiológico da população e, consequentemente, propor um modelo de assistência à saúde que inclua prevenção, cura e reabilitação, como também ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

6.7.5. - VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA

A Secretaria de Estado de Saúde - SES, instituiu a partir de 31/1/02 (Res.45), o Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano-Pró-Água.

Este Programa, criado na Reforma Administrativa, passa à Vigilância Sanitária e Epidemiológica, as ações preventivas dentro das atividades da saúde coletiva, com o objetivo da redução da morbi-mortalidade por doenças de veiculação hídrica e como meta o cadastramento dos Serviços de Abastecimento de Água - SAA, bem como a sua inspeção.

Cabe ao sistema produtor (SABESP, Prefeitura) controlar a qualidade da água que distribui e, à autoridade sanitária a verificação da conformidade com o Padrão de Potabilidade e a tomada de ações necessárias no caso da água não atender a esses padrões, exercendo assim o poder de polícia.

Quando da presença de fontes de abastecimento de água alternativas, minas, poços freáticos, fontes, mantidos por particulares em loteamento, conglomerados urbanos ou rurais, em locais não atendidos pelo SAA, sem controle da qualidade

da água e sendo esta sujeita a maiores riscos de contaminações, a autoridade sanitária deverá exercer efetiva avaliação a nível local.

No Estado de São Paulo, a Vigilância Sanitária atua em cerca de 65 DIR's que compõe o SUS, sendo 15 na região metropolitana e 50 no interior. A regional de Ribeirão Preto (DIR XVIII), que compõe o Pró-Água da Região Macro 3 (Anexo 4), atende aos municípios que lhe cabem, incluindo o município de Santa Rosa de Viterbo.

Para atender ao Pró-Água, o Estado de São Paulo conta com uma rede de laboratórios subordinados diretamente ao Instituto Adolfo Lutz Central e aos DIR's, aptos a realizar os exames analíticos necessários na avaliação da qualidade da água. O IAL de Ribeirão Preto - DIR XVIII (antigo ERSA 50), é responsável por esse exame a nível regional, incluindo o município de Santa Rosa de Viterbo.

Pela análise laboratorial é verificada a qualidade da água de abastecimento que serve a cidade, em cumprimento à legislação vigente sobre o Padrão de Potabilidade da Água (Portaria 37/6 GM/90).

A análise de rotina do laboratório inclui o exame microbiológico (Bactérias Heterotróficas e Bactérias do Grupo Coliforme Total e Fecal) e o exame físico-químico (aspecto, odor, cor, turbidez, resíduo seco, perda por calcinação, resíduo fixo, pH, alcalinidade, dureza, nitrogênio amoniacal, albuminóide, nitroso e nítrico, ferro, cloretos e fluor). A determinação de cloro residual e suas formas total e livre são feitas por ocasião da coleta da amostra.

O município de Santa Rosa de Viterbo tem o seu abastecimento de água praticamente 100% operado pela SABESP, na região urbana, com todo o controle laboratorial efetuado pela mesma como rotina, ficando a fiscalização sanitária com controle periódico obedecendo a programação do Pró-Água ou quando solicitada mediante a reclamação.

Segundo dados obtidos diretamente do DIR XVIII de Ribeirão Preto, mediante os Laudos Analíticos do Instituto Adolfo Lutz, podemos afirmar que há uma efetiva avaliação da qualidade da água no município, como podemos observar na tabela abaixo:

TABELA 1 - LEVANTAMENTO DA POTABILIDADE DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO, DE 1992 A 1994

ANO	POTÁVEL	NÃO POTÁVEL	TOTAL
-----	---------	-------------	-------

	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
1992	12	(100,0)	0	(0,0)	12	(100,0)
1993	9	(81,8)	2	(18,2)	11	(100,0)
1994	12	(63,2)	7	(36,8)	19	(100,0)

Fonte: DIR XVIII de Ribeirão Preto, São Paulo.

6.7.6. - SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL - SIM

Atendendo aos objetivos do processo de municipalização foi implantado no município de Santa Rosa de Viterbo, o Serviço de Inspeção Municipal - SIM.

Responde por este serviço uma médica veterinária, concursada pelo município que recebe ajuda de um auxiliar técnico-agrícola, da Casa da Agricultura do Município.

O serviço de Inspeção Municipal foi criado pela Lei Municipal 1186 de 17/6/92, preconizado pela Lei Federal 7889 de 23/11/89. No seu artigo 2º, esta lei estabelece a obrigatoriedade da prévia fiscalização, sob o ponto de vista sanitário, de todos os produtos comestíveis de origem animal e vegetal perecíveis, preparados, transformados, manipulados, recebidos, acondicionados, depositados, comercializados e em trânsito no município. Estão sujeitos à fiscalização prevista nesta lei:

- os animais destinados à matança, seus produtos e subprodutos e matérias-primas;
- laticínios e derivados;
- o pescado e seus derivados;
- os hortifruti em geral;
- o ovo e seus derivados;
- os produtos panificados;
- o mel, a cera de abelha e seus derivados.

O SIM possui uma lei própria que obedece às normas estaduais e federais, com a adaptação ao município. Santa Rosa de Viterbo recebe apoio técnico da Casa da Agricultura de Ribeirão Preto, que segue a lei de Inspeção Sanitária no Estado de São Paulo - SISP, da Lei 8208 de 30/12/92 que dispõe sobre a prévia inspeção sanitária dos produtos de origem animal.

Segundo a veterinária, as atividades do SIM no município tem girado em torno de:

- fiscalizar o rebanho no controle das principais zoonoses (brucelose, tuberculose);
- fiscalização do fornecimento de leite na região, que é principalmente o “in-natura” integral;
- controle da produção artesanal de queijos, entre outros.

6.7.6.1. - INSPEÇÃO MUNICIPAL DE LEITE E DERIVADOS

A produção de leite no município de Santa Rosa de Viterbo é feita na sua maior parte pelos pequenos produtores e sitiantes localizados na zona periférica da cidade.

O abastecimento do leite é quase que totalmente direto do produtor ao consumidor, apesar de existirem na cidade duas micro-usinas de leite integral, a LASA e o SERRALATTE, responsáveis pela pasteurização, com uma média de produção atual de 1750 litros/dia.

A maior quantidade de leite consumido fica mesmo para o “in-natura” integral, com uma produção média atual de 1978 litros/dia, diretamente vendidos nas casas através de veículos (carrocinhas) sem nenhuma refrigeração e direto dos latões de leite.

A inspeção deste leite distribuído na cidade é feito pela médica veterinária do Serviço de Inspeção Municipal. Semanalmente são coletadas amostras de leite pasteurizado para verificação de sua qualidade e condições higiênicas. As amostras são enviadas ao Instituto Adolfo Lutz, laboratório de Ribeirão Preto, para análise. De acordo com o resultado analítico, são tomadas as devidas providências. O SIM orienta o produtor quanto às medidas necessárias de desinfecção e higienização gerais.

A médica veterinária vem realizando um trabalho de vigilância epidemiológica no rebanho local, principalmente quanto à presença de tuberculose e brucelose, endêmicas na região. Já se obteve 2,2% do rebanho positivo para a tuberculose, dado significativo pois sabemos que a simples fervura do leite não inativa a bactéria causadora da doença e, que isto só se dá mediante uma pasteurização adequada. Quanto à brucelose, o percentual girou em torno de

1,6% para os casos positivos e 1,8% para os suspeitos. Esses dados são gerais, incluindo todo o rebanho da região. Deve ser lembrado que já houve produtores que chegaram a ter cerca de 70% dos animais positivos para a tuberculose, segundo a veterinária do SIM.

O problema do consumo direto do leite “in-natura” nas cidades pequenas do interior do Estado de São Paulo tem sido uma constante, e isto tem se verificado devido principalmente, aos aspectos sociais da comunidade aliados ao econômico e político. Pela tradição, a população acredita que a qualidade do leite puro está no integral “in-natura”, além de haver facilidade de compra na porta de casa e do preço de venda ser mais acessível. Já o produtor, prefere vender diretamente, devido ao melhor preço por litro quando comparado ao de fornecimento para usinas, cooperativas ou laticínios. Isso torna o leite economicamente viável à população de baixa renda, formando um círculo vicioso de difícil controle.

Com o objetivo de minimizar o problema, o SIM está tentando cadastrar os produtores e fornecedores do leite “in-natura”, já tendo desenvolvido uma caderneta de controle por produtor. Desta forma, se vê facilitada a inspeção desde a origem do leite até a sua distribuição (anexo 14).

O SIM carece, no momento, de uma estrutura mais adequada para exercer efetivamente sua função, sendo fundamental a instalação, à nível local, de um laboratório de análise microbiológica e físico-química. Sem isso torna-se difícil a fiscalização, já que se tem como projeto fornecer uma carteirinha de identificação e cadastro do produtor. A introdução desta carteirinha permitirá ao SIM promover campanhas de educação à população com a finalidade de orientá-la a procurar comprar leite de produtores cadastrados.

O termo “qualidade do leite” abrange todas as características organológicas, físicas, químicas, microbiológicas, microscópicas e tecnológicas. A seleção e avaliação dessa qualidade pode variar de acordo com a necessidade do emprego do produto. O leite produzido sem as devidas condições higiênicas, torna o produto de qualidade inferior, mesmo que sejam dispensados posteriormente todos os cuidados necessários e melhores tratamentos.

Segundo VILLARES, citado por BUSANI, o tratamento do leite pela pasteurização não é um processo capaz de transformar o leite de qualidade inferior em alimento de qualidade elevada. No entanto, pode-se afirmar que com uma pasteurização correta, em condições ideais, são destruídas no mínimo 99% dos germes que compõe a carga bacteriana inicial. O processo de pasteurização

destrói os microorganismos patógenos o que pode explicar o motivo pelo qual estas não tem causado senão raramente dano à saúde do homem.

Os produtores e distribuidores do leite devem ser sempre alertados sobre como proceder na ordenha, filtração, conservação em utensílios adequados e limpos, resfriamento e sobre o transporte do leite, para que se evite a exposição prolongada ao sol por horas. De preferência o leite deve ser transportado em veículos apropriados, providos de toldos, a fim de se evitar as poeiras e intempéries. É proibido transportar com os latões de leite qualquer produto que lhe seja prejudicial.

O controle de qualidade do leite, desde a produção até a distribuição, pode seguir orientações como as normas da Portaria 17 de 20/10/84 da Secretaria Nacional de Defesa Agropecuária - SIPA do Ministério da Agricultura, que resolve aprovar as “Normas Higiênico-Sanitárias e Tecnológicas para a Produção e Beneficiamento do Leite tipo A”, proposta pela Divisão de Inspeção de Leite e Derivados, da Secretaria de Inspeção de Produto Animal, estendendo ao leite integral os cuidados tomados na produção do leite tipo A.

Com relação à produção de queijos de fabricação artesanal, no município, a a veterinária do SIM tem dado palestras, baseadas em apostilas cedidas pela CATI - Coordenadoria de Assistência Técnica Integral, Campinas, aos pequenos produtores interessados na comercialização do produto. A técnica prevê uma pasteurização caseira antes da fabricação do queijo.

Há ainda um projeto que pretende cadastrar estes pequenos produtores de queijos fornecendo um carimbo do SIM, para que o consumidor tenha certeza do controle de qualidade do referido produto.

6.7.6.2. - INSPEÇÃO MUNICIPAL DE CARNES

O município de Santa Rosa de Viterbo possui um matadouro, que no momento se encontra em reforma e que deverá ser reativado em breve, para que atenda a demanda local no abate de animais.

Recentemente foi criada a Associação de Açougueiros “Frigorífico Comercial de Abates de Animais Ltda”, reunindo 10 associados, todos interessados na sua reativação. Os açougueiros estão responsabilizados pela conclusão da obra que foram iniciadas pela Prefeitura Municipal, tornando-se arrendatários da mesma por um período de 10 anos.

O matadouro do município tem data de inauguração prevista para dezembro de 1995, devendo ter condições próprias para o abate de bovinos, suínos e ovinos.

Toda a reforma do matadouro está obedecendo o regulamento do Serviço de Inspeção Federal - SIF, com assessoria técnica da SABESP, nos serviços de saneamento básico. Isto porque é sabido que todos os matadouros devem atender as normas e exigências mínimas legais para seu funcionamento, normas estas descritas nas legislações estadual e federal.

A criação ou reativação dos matadouros são hoje uma necessidade imposta e autorizada legalmente. Os matadouros tipo "Abastecimento" são ideais para os municípios pequenos onde os abates não ultrapassam 10 cabeças ao dia. Estes são viáveis e visam minimizar os custos de construção e instalação, atendendo as normas sanitárias de saúde pública.

A inspeção dos serviços de matança dos animais serão realizados pelo SIM (Serviço de Inspeção Municipal), sob responsabilidade da médica veterinária.

É fundamental lembrar que os animais abatidos no matadouro estão obrigados a passar por inspeção anti-mortem e post-mortem por médico veterinário presente no ato da matança. Conforme legislação federal, o trânsito do produto só poderá ser feito no âmbito municipal. Para o comércio inter-municipal e inter-estadual será preciso que se obtenha o registro no SISP - Serviço de Inspeção de São Paulo, da Secretaria de Estado da Agricultura, órgão coordenado pelo CIPOA - Centro de Inspeção de Produtos de Origem Animal.

A Divisão de Inspeção de Produtos de Origem Animal - DIPOA, 1977, do Ministério da Agricultura, dispõe nas "Normas sobre condições higiênico-sanitárias mínimas necessárias para a aprovação de novos estabelecimentos de produtos de origem animal ou reforma dos já existentes de acordo com a natureza e capacidade de produção que não se dediquem ao comércio interestadual ou internacional".

A Portaria 85, de junho de 1988, dispõe que "Aprova as normas relativas às condições gerais para funcionamento dos pequenos e médios matadouros para abastecimento local".

O Governo do Estado de São Paulo, em agosto de 1994, através da Secretaria da Agricultura e Abastecimento, baixa a resolução SAA-24 aprovando as "Normas Técnicas sobre as condições higiênico-sanitárias dos estabelecimento de POA". Entre outros, dispõe no seu Capítulo V sobre a "Implantação ou Reaparelhamento dos Matadouros".

Atualmente o fornecimento de carnes no município provém do abate clandestino, incluindo bovinos, suínos e aves, sendo comercializados sem o controle de qualidade necessários ou qualquer tipo de inspeção veterinária.

No entanto, é através do Serviço de Inspeção que se pode checar, baseado na ciência, a seguridade da carne abatida, para uma melhor proteção da saúde pública. Deve-se lembrar também, o risco a que estão expostas as pessoas que efetuam o abate clandestino.

A estratégia de ação deverá estar dirigida à questões gerais que vão desde a origem animal até a mesa do consumidor. Isto implica na redução dos organismos patógenos que podem ser responsáveis por causar enfermidades de origem alimentar.

A partir do funcionamento do matadouro, o SIM terá condições de procurar averiguar a origem dos animais abatidos a fim de promover uma vigilância epidemiológica mais efetiva, principalmente com relação à tuberculose, brucelose e cisticercose.

6.7.7. - CONTROLE DE ZOONOSES

6.7.7.1 - RAIVA URBANA

No município de Santa Rosa de Viterbo, o controle da raiva está sob a responsabilidade da médica veterinária, funcionária do SIM, na Casa da Agricultura. Para este controle ela conta com mais 2 funcionários, deslocados do setor de controle de vetores do Centro de Saúde III “Dr. Renato Palma Rocha”.

A campanha vacinal é organizada anualmente, geralmente no mês de agosto, com duração de 30 dias se necessário. Procura-se vacinar cerca de 60% da população canina, com uma estimativa de 1 cão para cada 10 habitantes do município (Tabela 2)

TABELA 2 - COBERTURA VACINAL CONTRA RAIVA CANINA,DE 1991 A 1995 EM SANTA ROSA DE VITERBO

ANO	COBERTURA, %
1991	91,47
1992	77,00
1993	105,78
1994	102,40

Fonte: SIM de Santa Rosa de Viterbo

Cabe notar, pela tabela 2, que provavelmente está havendo subestimativa da população canina, e portanto seria aconselhável a realização de um censo para avaliação dessa população, que em alguns locais chega à proporção de 1 cão para cada 5 habitantes.

No município é grande a quantidade de animais errantes nas ruas, a maior parte dos cães tem dono, que não se preocupa em mantê-lo preso.

A captura de animais errantes é praticamente inexistente e não existe instalações próprias para o recolhimento nem mesmo de animais suspeitos de raiva ou outras doenças infecto-contagiosas.

Em caso de ocorrência de mordedura por animais, este é colocado em observação na casa do dono, isto se este for localizado, o que nem sempre acontece.

Nas campanhas de vacinação canina, o SIM utiliza os meios de comunicação local para a divulgação, que usualmente é bem aceita pela população da cidade

6.7.7.2. - RAIVA SILVESTRE E RURAL

O controle da raiva silvestre ou rural está sob a responsabilidade da Casa da Agricultura de Ribeirão Preto, que conta com 1 veterinário, coordenador da equipe de vigilância epidemiológica, composta de 2 funcionários para cobrir os 84 municípios regionais.

O serviço realiza normalmente, a captura e controle populacional de morcegos hematófagos, acionando o esquema local para a vacinação peri e multifocal a partir principalmente, de casos confirmados de raiva.

No município de Santa Rosa de Viterbo não há equipe treinada e responsável por esse tipo de vigilância, dependendo da Casa da Agricultura, que é acionada a partir de denúncias, procurando agendar a ação em um roteiro pré-estabelecido.

Segundo a Casa da Agricultura, a vigilância poderia ser auxiliada pelos produtores e principalmente pelos veterinários autônomos que atendem a região, mas muitos animais suspeitos acabam morrendo sem que haja envio de material próprio para exame, impossibilitando a confirmação diagnóstica. O último caso de raiva bovina confirmado na região foi há quatro anos.

6.7.8 - OUTRAS ZOONOSES

Além da raiva, o município de Santa Rosa de Viterbo não possui programa específico de controle de zoonoses, dependendo dos dados obtidos pela equipe de vigilância epidemiológica do Centro de Saúde III.

De acordo com esses dados, o município tem apresentado principalmente casos de Tuberculose, Esquistossomose, com raros casos de Leishmaniose cutânea (1993) e Dengue (1990 e 1991), não tendo sido registrados casos de Leptospirose.

Deve-se lembrar ainda que há casos de meningite com suspeita de causa viral, que podem estar sendo causadas por possíveis arboviroses presentes na região. Não há casos registrados de cisticercose mas é grande o número de casos neurológicos encaminhados para realização de exames em Ribeirão Preto, sendo possível que uma porcentagem desses casos seja causada pela cisticercose, o que poderia ser apurado pela equipe de vigilância epidemiológica..

Destacamos que o homem contrai a teníase pela ingestão de carne com cistos viáveis, com liberação de ovos do verme nas fezes, possibilitando o diagnóstico e tratamento do homem com vermífugos tenicidas. Seria de extrema importância a orientação sobre normas de higiene quanto ao destino de excretas (esgoto, privadas sanitárias) no preparo de alimentos. A inspeção no abate com a identificação de cistos e destino adequado de carcaças é uma medida fundamental para o controle desse Complexo Teníase Cisticercose.

O município conta ainda com o apoio da Casa da Agricultura de Ribeirão Preto que no entanto carece de melhor estrutura para realizar a vigilância epidemiológica de zoonoses na região, dependendo da notificação dessas doenças. Mais uma vez o problema é subestimado, e raramente tem havido notificação de doenças como a Leptospirose, entre outras.

6.7.9 - CONTROLE DE VETORES E ROEDORES

As atividades relacionadas ao controle de vetores e roedores no município de Santa Rosa de Viterbo estão sob a responsabilidade da SUCEN -

Superintendência de Controle de Endemias, de Ribeirão Preto, que coordena o trabalho junto ao Centro de Saúde III “Dr.Renato Palma Rocha”.

O setor de controle de vetores está localizado numa sala do Centro de Saúde III e conta com 2 funcionários responsáveis pela execução do serviço, concursados pela prefeitura municipal, responsáveis por todo o serviço com vetores, roedores e controle de animais peçonhentos.

Através de programas elaborados pela SUCEN, são realizados trabalhos de campo na busca ativa de larvas de mosquitos, sendo dada ênfase para o *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, endêmico na região.

Segundo a educadora de Saúde Pública da SUCEN de Ribeirão Preto e os funcionários do Centro de Saúde III, são tomadas medidas preventivas a partir do cálculo do Índice de Breteau, quando estiver muito alto. Neste caso são feitas a desinsetização larvicida e/ou adulticida no local.

Abaixo, na Tabela 3, se encontram os Índices de Breteau fornecidos pela SUCEN de Ribeirão Preto, para o município de Santa Rosa de Viterbo.

TABELA 3 - ÍNDICE DE BRETEAU PARA O AEDES AEGYPTI NA CIDADE DE SANTA ROSA DE VITERBO EM 1995	
MÊS	ÍNDICE DE BRETEAU
Janeiro	16,9
Junho	6,9
Outubro	6,1

Fonte: SUCEN, Ribeirão Preto

No município, independente do Índice de Breteau para a região, são realizados o arrastão duas vezes ao ano, geralmente por volta da época das chuvas (antes e depois das águas), investigando-se as residências, uma a uma, para a localização de possíveis criadouros. Normalmente os locais mais acessíveis ao mosquito são os depósitos de ferros velhos e de pneus abandonados, como também, o cemitério e locais de água parada. Quando da presença do mosquito e/ou larvas, os depósitos são removidos, destruídos e tratados quimicamente.

A SUCEN utiliza as campanhas educativas, às vezes envolvendo escolas (alunos e professores), para educar e informar a população. Isto tem dado bons resultados, pois passa a contar com a participação popular no combate à Dengue, com raras exceções.

O controle do *Aedes aegypti* acaba contribuindo para o controle de outros vetores como o *Aedes albopictus*, cuja incidência é baixa na região e dos vetores da Leishmaniose, Febre Amarela e possíveis arboviroses no município.

Além do controle dos mosquitos, a vigilância tem atendido à denúncias da presença de animais peçonhentos, principalmente os escorpiões e aranhas, havendo tem sérios problemas tanto na zona urbana como na rural.

Quanto aos roedores, a fiscalização vistoria terrenos e residências, quando a denúncia ou reclamação da população, buscando orientar na retirada de lixo e entulhos que possam servir de abrigo e alimento natural.

6.7.10. - SAÚDE DO TRABALHADOR

No município de Santa Rosa de Viterbo, não está sendo desenvolvido nenhum programa de Saúde do Trabalhador. Verificamos, no entanto ações isoladas, visando uma maior atenção a este tópico, tais como: atendimento odontológico noturno, atuação sobre os alojamentos dos “boias-frias”, realizado pelo serviço de Vigilância Sanitária local.

Este programa deveria, segundo decreto 30.517 de 02.10.89, (complementar ao decreto 26.048 de 15.10.86), estar integrado à Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho.

O decreto 30.517 traz em seu item IV, a seguinte determinação: “integrar-se com Sindicatos, órgãos e entidades relacionados com a área”. Isto porém, não está sendo observado pelos Sindicatos locais, por nós contactados.

Durante visita a uma indústria local, tivemos a oportunidade de observar a exposição ocupacional a riscos como: ruído, utilização de serras elétricas, manuseio de maçarico, manuseio de tintas, etc..., riscos estes que podem levar ao desgaste físico-emocional e à doença profissional do trabalhador. Embora a empresa, seguindo as recomendações da CIPA (Comissão Interna para Prevenção de Acidentes), forneça equipamentos de proteção individual, há grande resistência por parte dos funcionários ao seu uso.

Segundo informações de dois engenheiros da indústria, o único acidente sério até o momento foi a perda de dedos da mão, ocorrido com um funcionário ao manusear uma serra elétrica.

A empresa não dispõe de local para assistência médica, como previsto no decreto nº 12.342, de 27.09.78, capítulo IX, artigo 197.

6.7.11. - CONSIDERAÇÕES

6.7.11.1. - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De Maneira geral, o que se percebe em termos de dificuldades é uma desorganização estrutural, com uma equipe de vigilância sanitária pequena e respondendo ao diretor do centro de saúde, e uma equipe de controle de vetores ligada à SUCEN, ficando a médica veterinária do município ligada ao corpo médico quando observamos o organograma do centro de saúde. Poderia haver uma alteração nesse organograma, criando uma divisão de vigilância sanitária, da qual seria responsável a médica veterinária, que coordenaria os trabalhos da equipe de vigilância sanitária e do controle de vetores, proporcionando assim uma maior integração com o SIM..

Observam-se também dificuldades nas ações pelo acúmulo de serviço e carência de auxílio técnico, sugerindo-se então analisar a proposta do CVS ao elaborar um quadro mínimo de funcionários para uma boa vigilância sanitária de acordo com a realidade local.(anexo 15)

As ações de vigilância sanitária dependem muito da compreensão da população, sendo fundamental a criação e manutenção de campanhas educativas não só mostrando o que é feito, mas principalmente explicando suas ações, criando assim um hábito na população, que se tornaria um fator auxiliar importante para vigilância sanitária.

A fim de aprimorar a vigilância sanitária no Município sugere-se ainda:

- Implantação da emissão de carteiras de saúde, para os profissionais da área de alimentos.
- Intensificação da fiscalização aos estabelecimento comerciais.
- Elaboração de um programa de controle de qualidade da merenda escolar.
- Recadastramento dos estabelecimento comerciais existentes no município.
- Elaboração de um programa de saúde do trabalhador.

6.7.11. - ZOONOSES

Em relação ao controle de zoonoses percebe-se uma carência de recursos humanos e de estrutura de apoio, além da falta de compreensão por parte da população da gravidade do problema.

Cabe lembrar que a maioria das zoonoses pode ser controlada a partir de medidas simples, e o resultado da relação custo-benefício se torna vantajoso ao município, já que os gastos na prevenção de certas doenças é muito menor do que os gastos despendidos para o tratamento, isso sem contar os prejuízos causados pela impossibilidade de trabalho e pelas perdas econômicas na produção dos animais.

Em virtude da necessidade da criação de uma estrutura de apoio, assim como uma mão de obra mais direcionada ao controle de zoonoses, e sabendo das dificuldades de apenas um município arcar com os custos, sugerimos a criação de um consórcio entre 3 municípios vizinhos (Sta. Rosa, Cajuru, e São Simão) com a finalidade de criação de um Centro de Controle de Zoonoses, capaz de prestar esse tipo de serviço à região, com um custo menos elevado. Ressaltamos ainda que os trabalhos para implantação desse centro podem ser baseados em estudo do **CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES (CCZ) DE SÃO PAULO**, que propõe um planejamento de acordo com a realidade local. (anexo 16)

A criação do centro permitiria a prestação de serviços fundamentais para o bom controle de zoonoses, como por exemplo:

- 1 - a disponibilidade de canis apropriados para o serviço de captura de cães errantes, importante para o controle da raiva urbana.
- 2 - disponibilidade de laboratório especializado para o diagnóstico de zoonoses como brucelose, leptospirose, entre outras.
- 3 - auxílio no controle de vetores, roedores e animais peçonhentos.
- 4 - vigilância epidemiológica efetiva no rebanho da região.
- 5 - suporte técnico e laboratorial para a vigilância sanitária.

Cabe à Administração Municipal atender às determinações constitucionais e àquelas contidas em sua lei orgânica. Entretanto, em face da complexidade e escala em que as demandas se apresentam, alguns Municípios, principalmente aqueles de menor porte, se ressentem de um mecanismo que torne possível colocar em prática projetos voltados para o crescimento econômico ou para a gerência dos serviços públicos municipais.

A prática de formação de associações intermunicipais tem se apresentado com maior evidência ao cenário da gestão municipal em saúde. Conhecidas como

consórcios de saúde, estas modalidades tem mostrado como saídas para municípios de pequeno porte para enfrentarem problemas crônicos como a falta de recursos diagnósticos e de atendimentos especializados. De modo geral, os consórcios intermunicipais de saúde se caracterizam como sociedades civis de direito privado, voltado a hierarquias e ordenar a oferta de prestação de serviços comuns em municípios de pequeno e médio porte.

A operacionalidade na prestação de serviços visa o desenvolvimento da microrregião a partir de soluções técnicas e negociações políticas onde surge o papel de intermediação entre os municípios e as outras esferas de governo.

A adoção desta estratégia de planejamento será possível desde que haja uma relativa proximidade e facilidade de comunicação entre os Municípios vizinhos e capacidade de iniciativa, visão e espírito de cooperação dos Prefeitos no sentido de associarem os seus Municípios em busca de soluções para problemas comuns.

A prática de consorciamento representa um grande avanço na capacidade de gestão municipal da política de saúde e na definição de soluções criativas para os entraves observados no SUS. Cabe ressaltar a importância da parceria inter-gestores municipais enquanto expressão concreta de uma Rede de Cooperação Técnica no SUS, pelo que representa em termos de articulação técnica e política e de troca de experiências, insumos e recursos humanos na prática base do Sistema Único de Saúde.

7. - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO

7.1. - BREVE PERFIL DEMOGRÁFICO

A população total do Município, conforme recenseamento nacional realizado em setembro de 1991, é de 19.195 habitantes, 50,09% são do sexo masculino e 49,91 femininos.

A razão de masculinidade é de 1003,6 homens/1000 mulheres, o que demonstra quase um equilíbrio, um ideal demográfico, possivelmente a diferença se deva à imigração de homens como força de trabalho. Entretanto, a

Razão de Dependência é de 55,15%, o que demonstra uma população potencialmente ativa em desvantagem à população dependente, podendo provocar consequências sociais tais como: exploração do trabalho do menor, abandono da escola, menor capacitação para o trabalho .

A Pirâmide Populacional se apresenta em forma piramidal (vide grafico 1) com tendência à transição. Isto porque a os coeficientes de Mortalidade Infantil e natalidade vêm caindo consideravelmente (gráficos 2 e 7). Observa-se esse processo nitidamente nas três primeiras faixas etárias. A faixa 10-14 anos é maior que a de 5-10 e esta maior que a primeira. O que se assemelha com o perfil da região, assim como do Estado.

Gráfico 1:

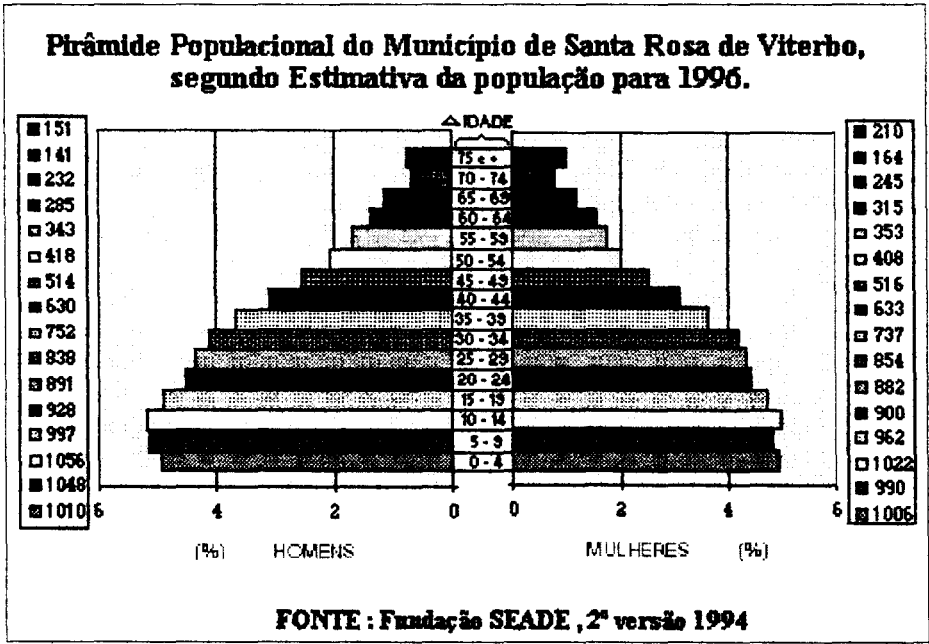
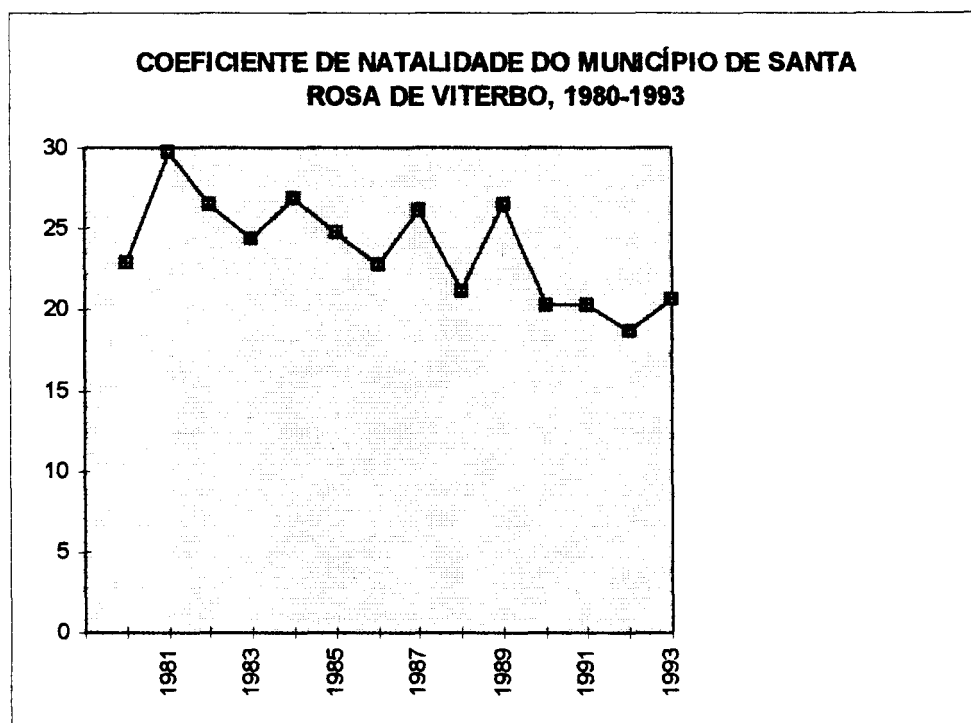


Gráfico 2



Fonte: Fundação SEADE, 1995

7.2. - INDICADORES DE SAÚDE

7.2.1. - INDICADORES GERAIS

7.2.1.1. Coeficiente de Mortalidade Geral

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), enquanto indicador de saúde, não apresenta bom poder discriminatório, pois varia de acordo com a composição etária da população. Esta mesma variação, no entanto pode nos dar uma indicação da dinâmica demográfica do local, pois o CMG tende a apresentar acréscimos à medida em que a população de idosos aumenta. O acréscimo verificado nos últimos anos indica esta tendência (tabela 1).

Considerando-se o Estado de São Paulo e mais especificamente a região de Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo vem apresentando um aumento no CMG compatível com o perfil regional, indicando que os fatores que influenciam este comportamento não são apenas locais.

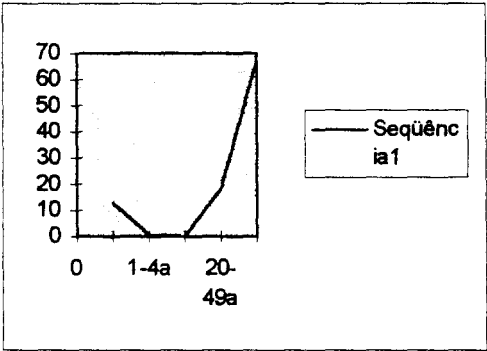
Tabela 4: Coeficiente de Mortalidade Geral por 1000 habitantes, para o Município de Santa Rosa de Viterbo e Região de Ribeirão Preto, em 1993.

Santa Rosa de Viterbo	Ribeirão Preto
7,45	6,41

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE, 1995

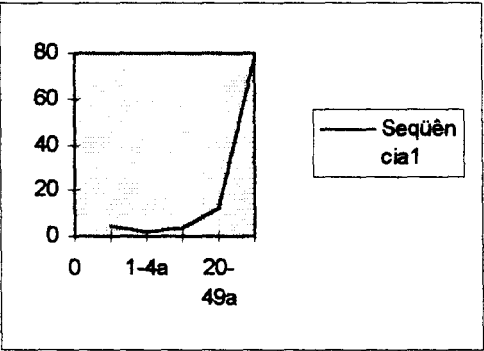
7.2.1.2. RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE.

Gráfico 3: Curva de Nelson de Moraes para S.R. de Viterbo,1984



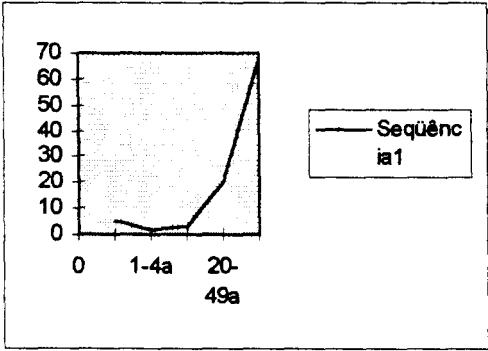
Fonte: Fundação SEADE, 1995

Gráfico 4: Curva de Nelson de Moraes para S. R. de Viterbo, 1994



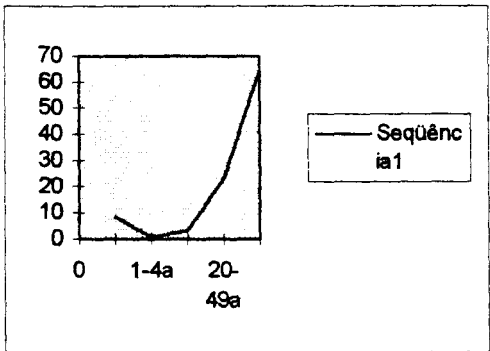
Fonte: Fundação SEADE, 1995

Gráfico 5: Curva de Nelson de Moraes para a Região de Ribeirão Preto,1993



Fonte: Fundação SEADE, 1995

Gráfico 6: Curva de Nelson de Moraes para o Estado de São Paulo, 1993



Fonte: Fundação SEADE, 1995

A razão de Mortalidade Proporcional mostra um grande predomínio da mortalidade na faixa etária de 50 anos e mais. Esta tendência tem se revelado desde meados da década passada, quando o Índice de Swaroop-Uemura (que mede a proporção de mortes de pessoas com 50 anos ou mais no total de mortes da população) já era alto, tendo havido ainda assim um incremento sensível.

Confirma-se, assim, a tendência a uma população com maior proporção de pessoas em faixa etária mais avançada.

Comparando-se a Curva de Nelson de Moraes para Santa Rosa de Viterbo e para a região de Ribeirão Preto, vê-se que são bastante semelhantes, embora a Curva de Santa Rosa de Viterbo apresente uma maior proporção de idosos.

7.2.2. - INDICADORES ESPECÍFICOS:

7.2.2.1 -COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI)

TABELA 5: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI) PARA SANTA ROSA DE VITERBO E REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO , NOS ANOS DE 1983 A 1993

ANO	C.M.I.POR LOCALIDADE (POR 1000 N.V.)	
	S.R.V.	R.R.P
1983	34,31	32,47
1984	30,16	33,22
1985	41,87	33,17
1986	28,65	26,81
1987	22,08	29,18
1988	24,15	26,74
1989	16,99	-
1990	10,50	24,28
1991	15,42	25,13
1992	16,70	22,07
1993	12,08	17,59

Fonte: Fundação SEADE, 1995

Gráfico7

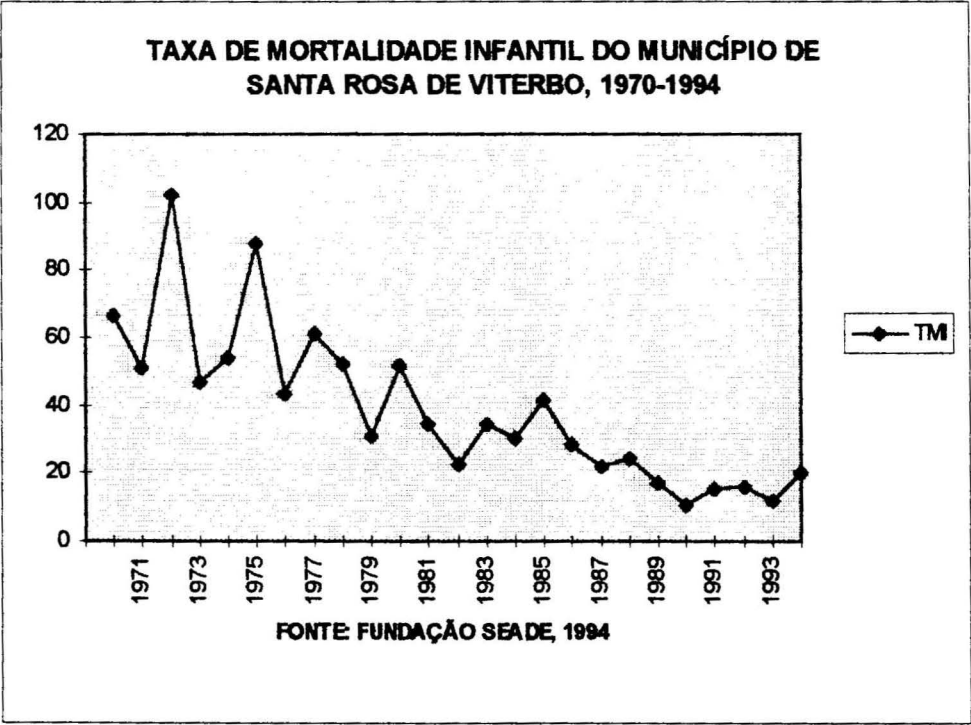


Gráfico 8

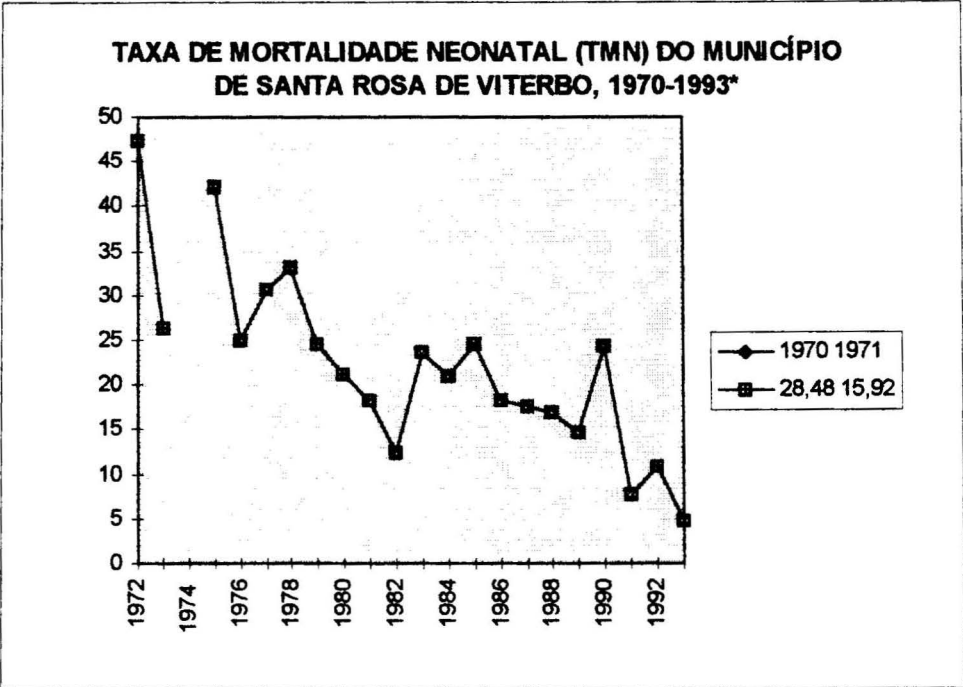
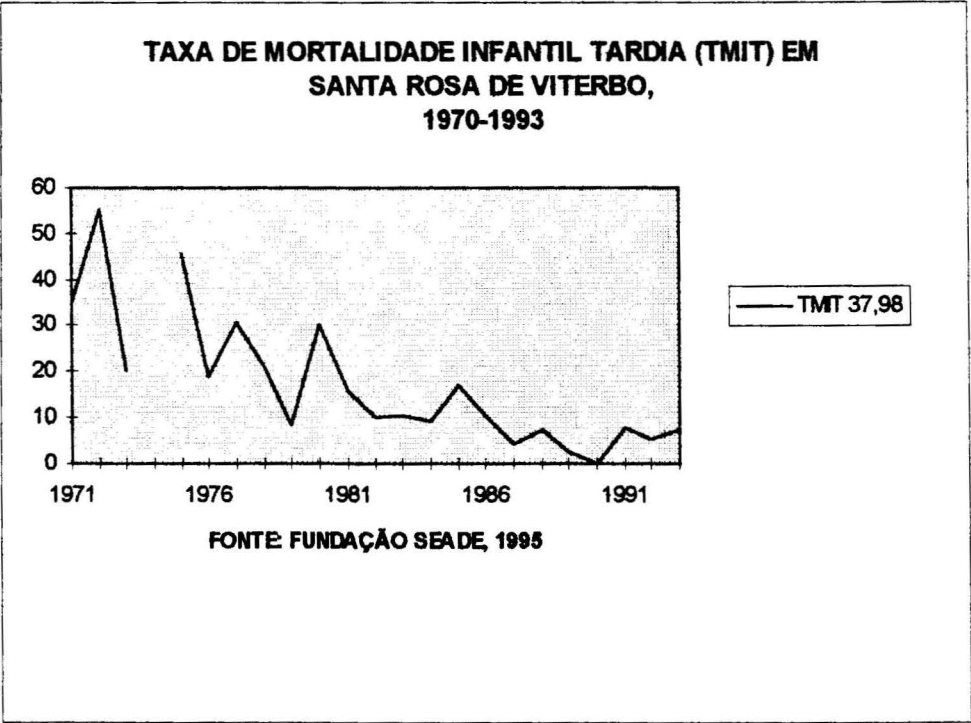


Gráfico 9:



O C.M.I. mostra evidente tendência à queda nos últimos anos. Observam-se grandes oscilações até meados da década passada, porém esses valores oscilantes são devidos sobretudo ao pequeno número de nascimentos e mortes no Município. Assim, um único caso gera uma sensível oscilação. Esta variação, no entanto, diminui de magnitude após meados dos anos 80, quando a tendência à queda mantém-se mais constante. Esta tendência é também verificada no Estado de São Paulo e na região de Ribeirão Preto, evidenciando seu caráter regional, e não apenas municipal. É interessante notar que a tendência à queda se faz mais constante após a implantação da SABESP no Município, em 1977, sugerindo a importância do fornecimento de água tratada e da rede de esgotos na saúde infantil. Esta hipótese é reforçada ao se observar os C.M.I. específicos para os períodos neonatal e pós-neonatal.

Apesar de ambas as curvas apresentarem tendência clara à queda no C.M.I., esta é mais acentuada no período pós-neonatal, após o 1º mês de vida. Este é o período mais sensível às condições ambientais, notadamente à qualidade do saneamento básico.

A mortalidade no período neonatal por sua vez é dependente dos recursos médicos disponíveis nos serviços de saúde, uma vez que a mortalidade se deve em grande parte a problemas específicos do período neonatal, e não de problemas decorrentes de fatores ambientais.

7.2.2.2 - COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE

O coeficiente de natimortalidade revela a quantidade de natimortos por 1000 nascidos vivos numa dada localidade em um ano, sendo importante indicador de qualidade de saúde materna, e portanto, do atendimento à gestante no Município. Este coeficiente tem diminuído de maneira sensível nestes últimos 10 anos, embora de maneira um tanto quanto irregular. Esta variação pode ser creditada ao pequeno número de nascimentos no Município. Outro fator importante é a evasão de gestantes para Ribeirão Preto, onde se encontram melhores condições de parto, principalmente naqueles de risco.

Esta diminuição, portanto, pode não refletir uma real condição de saúde do Município.(Tabela 6).

Ribeirão Preto, por sua vez, apresenta coeficientes também decrescentes, porém em ritmo mais lento e constante, refletindo assim uma situação mais próxima da realidade.

TABELA 6: COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE POR 1000 N.V.EM SANTA ROSA DE VITERBO E REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO DE 1983 A 1993.

ANO	CNM	
	Santa Rosa de Viterbo	Ribeirão Preto
1983	4,98	13,31
1984	23,68	12,87
1985	18,56	12,63
1986	-	12,85
1987	9,85	11,89
1988	11,04	11,92
1989	-	-
1990	4,85	10,55
1991	13,19	7,53
1992	5,14	10,14
1993	2,42	10,34

FONTE: Fundação SEADE 1993.

7.2.2.3 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Neste item foram tomados como referências os anos de 1991, 1992 e 1993, efetuando-se os cálculos baseando-se na média destes três anos. Tal recurso foi necessário devido ao pequeno número de casos em determinadas faixas etárias, notadamente nos menores de 1 ano.

TABELA 07: MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE DOENÇAS, NOS ANOS NOS DE 1991, 1992 E 1993

Grupos de Doença	%
Doenças do Aparelho Circulatório	31,47 (124 casos)
Neoplasias	8,02 (71 casos)
Causas Externas	8,88 (35 casos)
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6,60 (26 casos)
Doenças do Aparelho Respiratório	5,33 (21 casos)
Doenças do Aparelho Digestivo	2,53 (10 casos)
Sintomas mal definidos	6,09 (24 casos)
Outras doenças	7,77 (70 casos)

Fonte: Fundação SEADE, 1995.

A mortalidade proporcional revela uma predominância das doenças de caráter crônico-degenerativo (39,47%) , característica de população com grande número de pessoas em faixa etária avançada.

A tabela para a região de Ribeirão Preto revela uma perfil semelhante (tabela 8).

TABELA 8: MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE DOENÇAS, NA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO, EM 1993.

CAUSAS DE MORTE	%
Doenças do Aparelho Circulatório	33,88
Neoplasias	14,75
Doenças do Aparelho Respiratório	10,77
Causas Externas	10,34
Doenças do Aparelho Digestivo	5,25
Doenças Infecciosas e Parasitárias	4,93
Sintomas mal definidos	3,37
Outras Doenças	-

FONTE: Fundação SEADE, 1993.

As principais causas de morte para Santa Rosa de Viterbo e para a região de Ribeirão Preto são as mesmas, com alto percentual de doenças crônico-

degenerativas, evidenciando a predominância de mortalidade em faixa etária mais avançada.

**TABELA 9: ÓBITOS POR CAUSAS , EM MENORES DE 1 ANO
(MÉDIA DE 1991, 1992 E 1993), EM SANTA ROSA DE VITERBO**

Grupo de Doenças	Mortalidade Proporcional %
Afecções do período neonatal	52,9 (9 casos)
Doenças Infecciosas e Parasitárias	11,8 (2 casos)
Doenças do Aparelho Digestivo	11,8 (2 casos)
Outras doenças	23,53 (4 casos)

Fonte: Fundação SEADE, 1995

A predominância, nesta faixa etária, de afecções neonatais não indica necessariamente problemas no atendimento hospitalar (que podem estar ocorrendo, dada sua complexidade, mesmo com recursos médicos suficientes), mas sim um decréscimo nas outras causas de morte, em crianças maiores de 1 mês.

TABELA 10: Mortalidade proporcional na faixa de 1 a 4anos em 1991, 1992 e 1993, em Santa Rosa de Viterbo

Grupo de Doenças	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	66,67 (2 casos)
Doenças do Aparelho Respiratório	33,33 (1 caso)

Fonte: Fundação SEADE, 1995

As causas de óbito concentram-se em apenas 2 itens . O fato esconde, porém, o pequeno número de casos nesta faixa (apenas 3, com a predominância das doenças infecciosas).

TABELA 11: Mortalidade proporcional na faixa etária de 5 A 19 anos, nos anos de 1991,1992 e 1993

Grupo de Doenças	%
Causas externas	42,86 (3 casos)
Doenças do Aparelho Circulatório	28.58 (2 casos)
Neoplasias	14,29 (1 caso)
Outras doenças	14,29 (1 caso)

FONTE: Fundação SEADE, 1995.

Há predominância de causas externas devido à maior exposição a riscos nestes indivíduos, cuja atividade não se limita à casa, mas também atividades extra-domiciliares e no trabalho, sendo as outras causas relativamente raras. Estas percentagens, no entanto, referem-se a um único caso por doença, revelando-se 1 caso por grupo. Ressalte-se que estes 42,86% refere-se a apenas 3 casos.

TABELA 12: Mortalidade Proporcional na faixa etária de 20 a 49 anos, em 1991,1992 e 1 993.

Grupo de Doenças	%
Causas externas	26,67 (20 casos)
Doenças do Aparelho Circulatório	21,33 (16 casos)
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6,67 (5 casos)
Neoplasias	6,67 (5 casos)
Doenças do Sistema Nervoso	5,33 (4 casos)
Doenças do Aparelho Respiratório	2,67 (2 casos)
Doenças do Aparelho Digestivo	2,67 (2 casos)
Sintomas, Sinais e afecções mal definidas	12,00 (9 casos)
Outras doenças	21,33 (16 casos)

FONTE: Fundação SEADE, 1995.

Como no gráfico anterior há um predomínio nas causas externas (acidentes por veículo, homicídios e causas não discriminadas) embora aqui se note o incremento relativo em óbitos por outras doenças, como as do aparelho circulatório, doenças infecciosas e neoplasias.

TABELA 13: MORTALIDADE PROPORCIONAL NA FAIXA ETÁRIA DE 50 ANOS E MAIS, em 1991, 1992 e 1993

Grupo de Doenças	%
Doenças do Aparelho Circulatório	36,29 (46 casos)
Neoplasias	22,26 (65 casos)
Doenças do Aparelho Respiratório	6,16 (18 casos)
Doenças Infecciosas e Parasitárias	5,82 (17 casos)
Causas externas	4,11 (12 casos)
Doenças do Aparelho Digestivo	3,08 (9 casos)
Sintomas mal definidos	5,14 (15 casos)
Outras doenças	16,78 (16 casos)

FONTE: Fundação SEADE, 1995.

Aqui há um evidente predomínio das doenças crônico-degenerativas, com 58% dos óbitos com as outras causas tendo magnitude bem menor.

7.2.2.4.MORBIDADE HOSPITALAR

As principais causas de internação são aquelas relacionadas a gravidez, parto e puerpério (grupo 11 da CID), seguida da chave V, grupo que compreende crianças saudáveis nascidas destas mães internadas para o parto.

As doenças dos aparelhos respiratório, circulatório, digestivo e genito-urinário também aparecem de forma constante entre as causas de maior prevalência.

TABELA 14: MORBIDADE HOSPITALAR, POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO EM PORCENTAGEM, NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO, NOS ANOS 1991, 1992 E 1993

GRUPO DE DIAGNÓSTICO	ANO	1991	1992	1993	x
11		20,42	19,74	20,78	20,30
Chave V		13,45	14,26	15,01	14,23
8		12,16	11,47	14,64	12,75
7		11,56	11,39	11,61	11,52
9		7,77	7,64	7,17	7,53
10		5,43	5,23	5,18	6,17
1		6,10	6,28	6,14	5,05
17		5,20	4,27	4,19	4,83
3		3,38	3,44	3,81	3,49
2		3,26	3,24	2,32	2,98

FONTE: Fundação SEADE, 1995

Grupo 1= Doenças Infecciosas e Parasitárias

Grupo 2= Neoplasmas

Grupo 3= Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários

Grupo 7= Doenças do Aparelho Circulatório

Grupo 8= Doenças do Aparelho Respiratório

Grupo 9= Doenças do Aparelho Digestivo

Grupo 10= Doenças do Aparelho Genito-urinário

Grupo 11= Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério

Grupo 17= Causas externas

Chave V= Indivíduos que entram em contato com os serviços de saúde em circunstâncias outras que não uma doença ou lesão classificável nas categorias 001-999, a parte principal da Classificação Internacional de Doenças ou na classificação suplementar, e sejam registradas como “problemas”ou “diagnósticos”.

Conclusão:

A análise dos dados demográficos revela nítida tendência a diminuição dos coeficientes de natalidade, com um aumento na proporção de idosos na população. A repercussão deste fato nos indicadores de saúde é evidente, como foi observado:

- O coeficiente de mortalidade geral aumenta à medida que a população se torna mais longeva.
- A razão de mortalidade proporcional para maiores de 50 anos tem aumentado sensivelmente.
- O coeficiente de mortalidade infantil tem caído de maneira constante e consistente.
- A mortalidade hospitalar predomina nas faixas etárias mais avançadas e as causas predominantes são as doenças crônico-degenerativo, característico de uma população mais idosa.

Este perfil sugere que essa população tem vivenciado uma melhoria na qualidade de vida, através de um maior cuidado em relação ao ambiente em que vivem, a saber: fornecimento de água tratada, saneamento do meio e alimentação regular .

8. SANEAMENTO

8.1. SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O serviço de abastecimento de água no Município de Santa Rosa de Viterbo está sob a responsabilidade da SABESP desde outubro de 1977.

A água para abastecimento é coletada através de captação superficial no ribeirão Quebra Cuia retirando uma contribuição de 90 l/s.

No local de captação foi construída uma barragem com vertedouro, onde se forma uma pequena represa que alimenta a casa de bombas e que também funciona como caixa de areia.

Na casa das bombas existem dois conjuntos moto-bombas com potência de 250 cv cada, destinada a recalcar água para a ETA (Estação de Tratamento de Água) através de uma tubulação de 300 mm de diâmetro, funcionando em média 20h/dia. Existe um desnível de 180 m do local de captação até a E.T.A. e uma distância de 6 km aproximadamente. Em razão destas características, chegam à E.T.A. cerca de 70 l/s de água para ser tratada.

O tratamento desta água é convencional composto pelas seguintes etapas:

- **Medição:** composto por um medidor de vazão. Após a medição, a água passa pela Calha Parshall, onde é feita pré-cloração para ajudar na desinfecção da água bruta. Em seguida é adicionado sulfato de alumínio na garganta da Calha Parshall, onde é aproveitado o turbilhonamento natural, para melhor assimilação do sulfato de alumínio e, conseqüentemente, o processo de coagulação.

- **Floculação:** composto por duas câmaras que funcionam com fluxo horizontal, onde acontece a floculação para propiciar uma boa sedimentação.

- **Decantação:** composto por quatro câmaras de decantação, onde acontece a sedimentação dos flocos.

- **Filtração:** composto por quatro filtros convencionais com carvão ativado e de fluxo descendente, onde é completado o processo de decantação da água.

- **Desinfecção:** processo no qual o tratamento da água bruta se completa através de uma nova cloração, correção de pH com adição de cal e fluoretação.

No final do processo de tratamento, a água é encaminhada para um reservatório de acumulação de 1000m³ de capacidade na própria E.T.A., de onde é distribuído, por gravidade para mais dois reservatórios na cidade, sendo um de 1000m³ e outro de 600m³ de onde é distribuída a água para toda a cidade.

O Município tem uma cobertura de abastecimento de água em 100% na sua zona urbana e na zona rural o abastecimento é efetuado através de outras fontes, como poços. Na Fazenda Amália o abastecimento de água é feito de modo isolado, através de captação em poços próprios com cerca de 90 ligações.

A distribuição dos domicílios atendidos no Município tem a seguinte composição: 5569 domicílios servidos na parte central da cidade e 106 domicílios servidos no bairro de Nhumirim, perfazendo um total de 5674 domicílio servidos.

O volume mensal de água gira em torno de 130.000m³ e, segundo informações, o índice de perdas gira em torno de 25% do volume de água tratado.

O controle da qualidade da água é feito através de dois programas: um na E.T.A e outro através da Divisão de Controle com sede em Franca.

MONITORAMENTO DA E.T.A.:

A estação possui um sistema de coleta de amostras para análise da qualidade da água e do tratamento, antes, durante e depois do mesmo, onde são controlados cor, turbidez, pH, cloro-residual, coliformes fecais, flúor e controle bacteriológico, bem como a quantidade de produtos químicos utilizados como cloro, flúor, cal-hidratada e sulfato de alumínio.

MONITORAMENTO NA REDE DISTRIBUIDORA:

Onde também são coletadas amostras para controle da água distribuída e analisados os itens tais como cor, turbidez, pH, cloro-residual, coliformes fecais, flúor e controle bacteriológico.

Estas mesmas análises são efetuadas, de maneira alternada, através da rede da SABESP em Franca, com a finalidade de emitir o IPQA (Índice de Potabilidade e Qualidade da Água).

8.2. - SISTEMA DE ESGOTO SANITÁRIO

O sistema de coleta, afastamento, tratamento e disposição final no Município de Santa Rosa de Viterbo está sob responsabilidade da SABESP desde outubro de 1977.

O sistema coletor de esgoto atende 97,0% dos domicílios existentes no Município, perfazendo um total de 5493 ligações prediais para coleta de esgoto doméstico, sendo 5420 na parte central da cidade e 73 no bairro de Nhumirim que fica localizado aproximadamente a 6 km da cidade. Esse sistema é do tipo separador absoluto com uma extensão de 69.747 m de rede coletora e de 10.796m de emissário.

Os 3% de esgoto restante pertencentes à Vila Ranzane, Jardim do Sol e Vila dos Aquários são destinados a uma escada de aeração e posteriormente lançado no Córrego das Pedras.

O déficit que há no atendimento deve-se ao fato de existirem residências onde não há viabilidade técnica de coleta e onde existem, normalmente, fossas.

O esgoto é levado até a estação de tratamento através de redes coletoras e emissários, sendo que no bairro da COHAB existe uma estação elevatória.

O sistema de tratamento de esgoto utilizado no Município é o de lagoa de estabilização, com a seguinte composição:

- No bairro de “Nhumirim”, uma lagoa facultativa;
- No bairro “Nosso Teto”, uma lagoa facultativa;
- Para o restante da cidade, a Lagoa Santa Constância, com duas lagoas facultativas, sendo uma anaeróbia e outra aeróbia.

Existe plano de expansão por parte da SABESP para a Lagoa Santa Constância, no sentido de construir os 3º e 4º módulos, bem como torná-la aerada mecanicamente. Prevê-se também a construção de uma estação elevatória para os bairros Vila Ranzane, Jardim do Sol e Vila dos Aquários.

8.3. - RESÍDUOS SÓLIDOS E LIMPEZA PÚBLICA

8.3.1 - Resíduos Sólidos Urbanos

O sistema de limpeza pública do Município de Santa Rosa de Viterbo está a cargo de uma empresa terceirizada de nome TRANSCAVA, a qual está sob a supervisão da Prefeitura. Essa empresa é responsável pelos serviços de coleta, transporte e disposição final dos resíduos sólidos domésticos e de varrição e limpeza pública.

O município é dividido em 2 setores de coleta, sendo que no setor 1 a coleta é efetuada segundas, quartas e sextas, e no setor 2 terças quintas e sábados.

Para os serviços de coleta a empresa possui um caminhão VEGALIX de 6 ton de capacidade, composto por uma equipe de 1 motorista e 4 coletores.

Existe também um caminhão de apoio, composto de 1 motorista e 4 coletores.

São coletados aproximadamente 16 ton de lixo doméstico por dia que é disposto num aterro controlado localizado a 2 km do perímetro urbano da cidade.

O local onde o lixo é disposto é uma vala feita no antigo leito da estrada de ferro existente no local. Esta vala teria todas as condições para funcionar como um aterro sanitário, que devido a falta de equipamento, como trator de esteira para compactação, o mesmo está sendo usado como aterro controlado.

A parte de lixo inerte, como entulho e varrição, é disposta em três pontos da cidade, sendo que o principal está situado num vale próximo à Vila dos Aquários.

8.3.2 - RESÍDUOS DE SAÚDE

O sistema de coleta e disposição final dos resíduos de saúde está a cargo da TRANSCAVA.

A coleta é feita nas terças e sextas através de um veículo específico, que passa em 33 pontos de coleta, dentre eles hospitais, farmácias, consultórios e

outros sendo posteriormente encaminhados ao incinerador localizado no Município de Ribeirão Preto.

Na época do trabalho de campo, o incinerador de Ribeirão Preto estava parado para manutenção e os resíduos de saúde estavam sendo dispostos e incinerados próximo ao destino final do lixo doméstico.

8.4. - CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Sugerimos que para a Lagoa Facultativa do Bairro Nosso Teto, a mesma seja equipada com uma caixa de areia, para evitar o acúmulo de areia na ad da lagoa, bem como verificar a possibilidade de estar havendo curto circuito, ou seja, caminhos preferenciais devido às suas dimensões quadradas.

A possibilidade de ser construída uma Estação Elevatória de Esgoto na Vila Ranzane, o que completaria a coleta e tratamento das águas residuárias da cidade.

Quanto à disposição dos resíduos sólidos, deve-se estudar um novo local para disposição, uma vez que o lugar hoje utilizado trará problemas ambientais no futuro, quando da ocupação do entorno.

9. - EDUCAÇÃO

Ao se entender o processo saúde-doença de forma mais ampla, que extrapole a questão da doença em si, e contemple as condições de vida como fatores pré-disponentes, permite-se a inclusão da educação como uma das variáveis que permeia este processo, pois pode ser passível de análise da inserção da comunidade em seus bens e serviços, bem como das condições de vida que a caracteriza.

O município conta com uma seguinte rede Estadual de ensino :

ZONA URBANA:

Nº ALUNOS

E.E.P.S.G. “Conde Francisco Matarazzo”	930
E.E.P.G. “Teófilo Siqueira”	683
E.E.P.G. “Virgílio Melloni”	986
E.E.P.G. “Professor Maurílio de Oliveira”	598
E.E.P.G. “Salustiano Lemos”	1.388
<u>ZONA RURAL:</u>	<u>Nº ALUNOS</u>
E.E.P.G. “Fazenda Amália”	99

O número disponível de vagas oferecidas atende toda a demanda de Santa Rosa de Viterbo (anexos 5 e 6).

Não consta informação acerca da percentagem estimada de analfabetos e de crianças em idade escolar sem acesso a educação formal, mas um dos motivos de maior ocorrência que justificam a evasão nas escolas (anexo 7), está na sua maioria, diretamente ligados ao fato das mães trabalharem na lavoura e deixarem os filhos em casa, sem nenhum acompanhamento.

A Prefeitura é responsável pelo transporte dos alunos, garantindo o atendimento e facilitando, o acesso à toda população escolar dos bairros mais afastados.

Ligadas à Rede Estadual de Ensino, existe uma escola em Nhumirim, vinculada à E.E.P.G “Teófilo Siqueira” e pré-escolas vinculadas à Delegacia de Ensino local, funcionando junto à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

O Município ainda conta com a Escola de Primeiro e Segundo Grau e de Ensino Supletivo “Antônio Guimarães”, que oferece curso técnico em Contabilidade.

Foi também inaugurado neste semestre o curso profissionalizante Auxiliar de Enfermagem, oferecendo nova opção aos jovens da cidade.

ESCOLAS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

- E.M.E.I. “Bosque Municipal”
atende 200 crianças
- E.M.E.I. “Maria Helena Salim Sorte”

atende 240 crianças

- E.M.E.I. “Parque Infantil”

atende 230 crianças.

As crianças destas Escolas Municipais estão divididas em 2 períodos com equilíbrio de número de alunos por classe. A faixa etária é de 3 anos e meio até 6 anos completos.

Dados obtidos na Secretaria de Educação do Município, onde também nos informaram, que os professores fizeram curso de reciclagem - PROEPE, recentemente com equipe da UNICAMP.

9.1. - CRECHE

A Creche Municipal “Nagib Moussa” conta com 217 matriculados.

A Creche Municipal, além da assistência às crianças carentes do bairro, na faixa etária de 0 a 7 anos suprimindo todas as suas necessidades, tanto social quanto educacional, desenvolve programas junto à comunidade:

- a) Programa de Suplementação Alimentar I;
- b) Programa de Suplementação Alimentar II;
- c) Programa do Leite - Caso I e III;
- d) Programa de Férias;
- e) Programa Social;
- f) Programa de Prevenção;
- g) Programa Pedagógico;
- h) Programa de Interação entre Funcionários.

Nestes programas é fornecido aos idosos, doentes e famílias carentes uma cesta contendo frutas, legumes, verduras e leite, em quantidade de acordo com as necessidades da família.

No Programa Pedagógico é desenvolvido um planejamento mensal, por faixa etária dos alunos, com atividades que possibilitam a educação e a formação das crianças.

São feitas reuniões com os funcionários para discutir problemas do setor e festas de confraternizações.

Quadro Administrativo da Creche:

- 02 Coordenadores - que dividem o trabalho dos Programas e as Atividades da Creche;
- 08 Monitores: 1 Professor e 7 Estagiários;
- 06 Pagens;
- 02 Cozinheiras;
- 02 Faxineiras;
- 01 Ajudante.

(Dados obtidos “in-loco”)

9.2. - MERENDA ESCOLAR

Foi constituída em 1987 a Central de Alimentação Escolar.

A nutricionista atua na área de saúde, elaborando cardápio para diabéticos, hipertensos e merenda escolar.

Quanto à atuação no preparo da merenda escolar, os cardápios são elaborados de acordo com o PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar). Atualmente há um convênio com a FAE (Fundação Assistência Escolar), firmado em 1994.

É elaborado cardápio completo (desde a entrada até a saída da criança) para as creches. O cardápio oferecido na pré-escola é do tipo II, que atende 30 a 40% das necessidades calóricas do pré-escolar.

Após o início do trabalho realizado pela nutricionista, já foram colhidos bons resultados, como diminuição do número de casos de anemia nas creches e casos de desnutrição, comentários favoráveis das mães.

A Técnica em Nutrição vistoria as escolas e creches, verificando utilização dos alimentos, estoque e preparo da merenda. No Bairro Nosso Teto, o consumo de merenda escolar é superior aos outros bairros.

9.3. - PROMOÇÃO SOCIAL

Existe uma diversidade de Ações em Promoção Social, configurando uma característica assistencialista.

Os programas sociais desenvolvidos atendem clientela específica, dando cobertura a distintas camadas da população: crianças, adolescentes, idosos, excepcionais, migrantes andarilhos e famílias em situação de carência.

Desenvolvem programas de Suplementação Alimentar, tanto para crianças desnutridas quanto para idosos, oferecendo cesta básica, com legumes, frutas, leite e medicamentos.

Ajudam a arrumar a documentação, tanto dos jovens como adultos: Carteira Profissional, Identidade, assim como Registros de crianças para que possam tirar carteirinha de vacinação.

9.3.1 - PROGRAMA RECRIANÇA

A Prefeitura Municipal de Santa Rosa de Viterbo está desenvolvendo o Programa Recriança. É um programa de esportes e orientação pré-profissionalizante para crianças e jovens, na faixa etária de 7 a 15 anos.

Este programa visa estimular o desenvolvimento físico, mental e social das crianças em complementação recebida na escola, tirando desta forma as crianças da rua.

O Programa Recriança funciona no Centro Comunitário atendendo cerca de 400 crianças em horários alternados e por faixa etária.

Foi criado dentro do Programa Recriança um questionário médico para se ter conhecimento da saúde da criança, que é respondido pelos pais, e caso tenha algum problema, o Programa encaminha para as devidas providências.

9.3.2 - JOVENS

A Prefeitura encaminha os adolescentes para desempenharem tarefas de iniciação profissional, na empresas da região, para os quais são remunerados.

9.3.3 - CONSELHO TUTELAR

Salienta-se a formação do Conselho Tutelar da Infância e da Juventude, que possui representantes da população com reuniões mensais com o objetivo de organizar, discutir e alertar para questões referentes à crianças e adolescentes.

Este Conselho é formado por:

1 - Presidente, 1- Secretário e 3 conselheiros, compondo 5 membros.

Este Conselho foi criado pelo Promotor Público, no primeiro semestre de 1995, tendo como base a Lei nº 8069/90, Artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Existem voluntários que atuam no Conselho, representados por uma psicóloga e uma assistente social, que fazem atendimento na sala do Serviço Social do Município.

Não existe nenhum Programa de Orientação aos Adolescentes quanto a Educação em saúde e/ou prevenção no que se refere a drogas, AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis (D.S.T) e outros como Alcoolismo, Tabagismo, elevando portanto os casos de adolescentes usuários de drogas e menores grávidas.

9.3.4 - APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais)

A APAE de Santa Rosa de Viterbo, entidade sem fins lucrativos, mantenedora do “Núcleo de Apoio Pedagógico Especializado”, tem por finalidade o atendimento com qualidade para o desenvolvimento de potencialidades dos educandos, com vistas à integração e normalização de seus 27 matriculados em 4 Programas:

- a) Estimulação e Prontidão
- b) Pré-escolaridade
- c) Pré-oficina
- d) Atendimento Domiciliar

Com total gratuidade aos alunos e se mantendo com recursos da comunidade e eventos, sem nenhum convênio com o Estado, encontra-se impossibilitada de dar continuidade às obras iniciadas.

O Município de Santa Rosa de Viterbo possui um total de 277 deficientes.

A APAE conta com 3 professores (2 com pedagogia e 1 com magistério).

O transporte, merenda escolar, espaço físico com pessoal de limpeza, manutenção e uma professora, são pagos pela Prefeitura.

As outras duas professoras, equipamentos pedagógicos, material de consumo escolar e de oficina, medicamentos, ajuda extra às famílias das crianças, pagamento de profissionais tipo “free-lance” (para emergência tipo psicóloga-especialista), ocorre por conta da APAE.

A clientela da APAE tem idade entre 5 e 34 anos.

No caso de fisioterapia, utilizam a AIDESA, via Assistência Social da Prefeitura, que mantém uma fisioterapeuta clínica para 4 alunos e faz aconselhamento para o restante.

Para o serviço de fonoaudiologia, utilizam a Assessoria da Diretora de Educação do Município para aconselhamento, pois a fonoaudióloga não realiza a parte clínica.

Para o serviço dentário, utilizam o SUS, através do ambulatório que está próximo da Escola.

A psicóloga é contratada por “empreitada” periodicamente.

O serviço de psiquiatria é encaminhado para a Associação Amigos dos Autistas (AMA) de Ribeirão Preto, quando necessário.

O serviço médico utilizado é o que estiver mais “à mão”, ou seja, SUS, convênio, HC de Ribeirão Preto, etc.

A APAE instalou o serviço de “exame do pezinho”, para fenilcetonúria e hipotireoidismo, em Santa Rosa em 1991, e só conseguiram ajuda da Prefeitura em março de 1994. Antes desse apoio, os exames eram realizados pela APAE-SP ou só faziam aqueles que podiam pagar.

9.3.5 - ASILO

Santa Rosa de Viterbo conta com um asilo que atende 38 pessoas, sendo 28 homens e 10 mulheres.

Cada um contribui com uma porcentagem da sua aposentadoria, ajudando desta forma suas despesas.

9.4 - SEGURANÇA

O Município de Santa Rosa de Viterbo conta com uma Delegacia de Polícia de 3ª classe, e tem como recursos materiais, além das instalações, apenas uma viatura, em condições razoáveis de uso. Além do Delegado, trabalham na Delegacia, 04 escrivães, 3 carcereiros, 3 investigadores, 03 funcionários de trânsito, sendo que um deles apresenta carreira policial e os outros dois são funcionários municipais.

Segundo entrevista com a autoridade da segurança, não existe um Corpo de Bombeiros. Quando necessário, é utilizado o caminhão de Bombeiros da Usina Santa Rita ou é enviado um caminhão pipa da prefeitura.

De janeiro a setembro de 1995, foram elaborados 693 Boletins de Ocorrência, sendo que o maior número deles é caracterizado por furto simples (120 casos), seguido de lesão corporal dolosa (110 casos).

Dentre os casos de lesão corporal dolosa, a maioria delas é devida a briga, e as principais vítimas são as mulheres. Como não há um atendimento especial às mulheres na questão da violência, estas ficam à mercê da Delegacia Comum, que apenas elabora o Boletim de Ocorrência, e instaura no máximo um inquérito policial, não dando continuidade a um trabalho de orientação e proteção às mulheres.

Ainda segundo o Delegado, o tráfico de drogas é um problema crescente na região, visto que sua localização geográfica fica próximo à Ribeirão Preto, que constitui rota de tráfico de entorpecentes.

Cabe a Polícia Civil, representada pela Delegacia, o policiamento ostensivo, enquanto a Polícia Militar atua no policiamento preventivo, através do Batalhão da PM na região central do Município.

9.5 - COMUNIDADE

O centro comunitário teve início há 12 anos, quando surgiu o bairro Nosso Teto, houve necessidades a serem reivindicadas para melhorias quanto à iluminação, buraco de rua, cupim nas casas, etc.

Faziam reuniões debaixo de árvores até que foi construído pela Companhia de Desenvolvimento e Habitação Urbana (C.D.H.U.) e pela Prefeitura um local onde pudessem trabalhar, surgindo daí o Centro Comunitário, com sede própria.

Desenvolvem programas de lazer nos finais de semana: jogos de dama, ping-pongue, jogos na quadra entre outros.

Para adultos, tem curso de pintura em tecido, tricô, crochê e ginástica, que é ministrado à noite.

A comunidade conta com graves problemas de usuários de drogas, menores grávidas e alcoolismo.

O centro comunitário é procurado por famílias carentes para que solucionem seus problemas quanto à pagamento de luz, alimentação e na medida das possibilidades atendem e fazem visitas à estas famílias.

Não há nenhum Programa de Educação à Saúde no Centro Comunitário, desenvolvendo somente atividades de lazer e apoio às famílias carentes.

9.6 - ORGANIZAÇÃO SINDICAL

A classe sindical é representada por:

- Sindicato Patronal Rural;
- Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação, abrangendo os Municípios de Cajuru, São Simão e Tambaú;
- Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas e Farmacêutica de Santa Rosa de Viterbo;
- Associação dos Servidores Municipais.

O Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Santa Rosa de Viterbo é um dos mais organizados na região; possui cerca de 1000

associados, com sede própria, além de fornecerem assistência médica/odontológica/ laboratorial.

O Sindicato Patronal Rural possui cerca de 70 filiados, constituídos por agricultores, pecuaristas e produtores de cana da região. Dá como benefícios para seus associados assessoria administrativa e contábil, sendo as questões jurídicas encaminhadas para a FAESP. O Presidente deste Sindicato é representante no Conselho Municipal de Saúde.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais possui uma média de 1200 associados, tendo como principal benefício, a “assistência no campo”, no qual verificam e controlam: o preço da cana, a metragem e pesagem da cana cortada. Tem como principais acidentes de trabalho o corte com “folhão”, que é causada pela foice, a qual o trabalhador usa diariamente. Esses casos são atendidos na própria assistência Médica da Usina, que tenta colocar o trabalhador o mais rápido possível no campo novamente. Além disso, possuem 02 representantes no Conselho Municipal de Saúde.

Os funcionários da Prefeitura Municipal estão organizados através da Associação dos Servidores Municipais, com 350 filiados.

O Município de Santa Rosa possui 20 empresas na área rural que contratam mão-de-obra para o corte de cana formada principalmente por imigrantes do Norte de Minas e do Nordeste. Essa população flutuante tem trazido vários problemas ao Município, no que se refere à saúde, habitação e violência na região.

A organização sindical e sua atuação no Município se dá de maneira pouco expressiva em relação às questões municipais, pois devido à sua pouca representatividade e atuação política, não conseguem mobilizar a população, ficando assim restrita às questões trabalhistas, mas de uma forma assistencialista.

9.7. - COMUNICAÇÃO

A Cidade de Santa Rosa de Viterbo conta com 2 jornais:

- O Jornalzão que está no seu primeiro ano, é gratuito e com distribuição semanal.

- O Santa Rosa está com 5 anos de existência e sua distribuição também é gratuita e quinzenal.

Foi inaugurado recentemente a rádio jornal FM 98,9 mhz.

Usam um carro de som para fazer anúncios de promoções de lojas, e também de prestação de serviços públicos.

Contam com 01 escritório regional da Telesp e também Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

9.8 - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A competência do Educador de Saúde abrange o Ambiente Clínico, Ambiente Comunitário, Ambiente Escolar e Ambiente de Trabalho.

Dentro destes quatro ambientes ele terá 7 áreas de responsabilidade, a saber:

1) Levantamento das necessidades Educativas do Indivíduo e da Comunidade.

2) Planejamento de programas de Educação em Saúde.

3) Desenvolvimento de programas de Educação em Saúde.

4) Avaliação da Eficácia de Programas de Educação em Saúde.

5) Coordenando a Provisão de Educação em Saúde.

6) Atuação como Recursos em Educação em Saúde.

7) Comunicando Necessidades, Problemas e Recursos de Saúde e Educação em Saúde.

Mas, para que o desempenho seja aceitável, o educador de saúde depende da existência de instrumentos institucionais, que o respaldará na tomada de decisão oficial, em nível da política de ação destas autoridades, com vistas a evitar desvios de função e enviezamento dos papéis do profissional educador em saúde.

É isto que, ao nosso ver, tem contribuído para prejudicar esta complexa área da prática da saúde pública em Santa Rosa de Viterbo.

“ Educação em Saúde é um processo que elimina a lacuna entre informação de saúde e prática de saúde. A Educação em Saúde motiva o indivíduo para receber informações e fazer alguma coisa com elas, mantendo-se mais saudável, evitando ações nocivas e adquirindo hábitos benéficos”.

(Conferência em Educação em Saúde, Brasília, 1983)

10- PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE A SAÚDE NO MUNICÍPIO

Foi utilizado o modelo de Técnica de Estimativa Rápida para obtenção de informações junto à população sobre os componentes referentes ao processo de Saúde , cujo procedimentos descrevemos a seguir:

TÉCNICA ESTIMATIVA RÁPIDA, o trabalho de campo caracteriza-se como um processo não-linear, cujo objetivo é a divisão do território em micro áreas homogêneas quanto a condições de vida da população levantando as necessidades básicas local com ênfase na saúde.

Elementos fundamentais para sucessão da estimativa rápida são a apropriada seleção dos informantes - chave, a sistematização na gestão do processo circular de análise dos dados (planejamento do trabalho de campo, coleta de dados).

É preciso efetuar um senso e uma primeira sistematização da informação já existente.

A preparação do questionário - roteiro para Estimativa Rápida Participativa ERP é feita paralelamente a busca das informações secundárias. É basicamente um roteiro, para direcionar o diálogo entre entrevistador e entrevistado e um instrumento onde registrar as informações, geralmente qualitativas, proporcionadas pelo entrevistado.

As informações coletadas não se referem às características individual do entrevistado ou de sua família, mas as características da área na qual ele mora. Por isso trabalha-se com informantes-chave, ou seja, com pessoas que, supõem-se, tenham um conhecimento detalhado das características da área que está sendo pesquisada.

CONCLUSÃO DA ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA

Em relação às respostas obtidas no conjunto que envolve a saúde, no Município, a população possui uma imagem negativa, tendo em vista fatores como: acessibilidade, territorialidade, integralidade, regionalização, hierarquização, complementariedade, resolutividade, descentralização, democratização, financia-

mento, desenvolvimento científico e tecnológico, recursos humanos; estão comprometidos, pois há carência de serviço especializado local; com necessidade de deslocamento à grandes centros, atendimento de má qualidade; falta de recursos materiais, etc.

Embora em áreas que complementam a saúde, tais como : saneamento, habitação, controle de vetores, educação básica e segurança, a população possua serviços satisfatórios, não sendo percebidos por esta, pela falta de informação ou desinteresse, pontos estes que deveriam ser explorados pela administração local para reverter a imagem negativa e promover o desenvolvimento de diretrizes e procedimentos.

11 - SAÚDE-AMBIENTE

A crise econômica da última década, caracterizou-se pelo endividamento externo dos países em desenvolvimento. Como consequência, sucederam-se crises fiscais e multiplicaram-se planos de ajustes com o objetivo de equacionar a questão da inflação e do déficit público .

Esse quadro econômico, ocorre num contexto de redemocratização, em medidas e velocidades distintas. Essa redemocratização traz mudanças aceleradas nos direitos da cidadania, que se ampliam progressivamente do âmbito estritamente político e civil para a esfera econômica e social, inclusive no que diz respeito a saúde e ambiente.

Ganha importância nesse contexto a proposta de desenvolvimento sustentável, entendido como o equacionamento das necessidades básicas das presentes gerações frente as necessidades de preservação e conservação dos patrimônios naturais para benefício das gerações futuras, como também das presentes.

Destaca-se o propósito equitativo dessa nova visão, a qual exige intervenções integradas do poder público, bem como mudanças na mentalidade e no comportamento das pessoas e suas organizações sociais.

Assim sendo, saúde e ambiente se constituem em ótimos exemplos da necessidade e da oportunidade de integração setorial e disciplinar no rumo da construção de uma sociedade e uma base local sustentável.

Em vista do que foi observado no Município é que deixamos uma coletânea de tópicos para que sejam refletidos sobre planejamento de políticas e direcionamento futuro, do plano ao qual o Brasil é participante elaborado pela Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Meio Ambiente no Desenvolvimento Sustentável (COPASAD), realizado em Washington em outubro de 1995, e o quanto saúde e ambiente, bem como outras áreas que lhe dão apoio, estão intimamente interligadas necessitando de ações conjuntas.

Em consequência da Conferência da Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD) realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992, o Conselho Diretor da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) aprovou em Setembro de 1992 a organização da Conferência Pan Americana sobre Saúde e Meio Ambiente Sustentável (COPASAD). Esta Conferência foi realizada em Washington no mês de Outubro de 1995, teve como objetivo a elaboração de um plano regional de ação que integra a temática ambiental à da saúde, no contexto do desenvolvimento sustentável.

No Brasil o Ministério da Saúde, considerando a importância do tema e entendendo por imprescindível a incorporação dos demais organismos envolvidos com a questão, propôs a constituição de um grupo de trabalho Inter-Setorial (GTI) para a organização da etapa nacional. O GTI, coordenado pela Assessoria Internacional daquele Ministério em conjunto com a Divisão de Ecologia Humana da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e a Fundação Nacional de Saúde (todos do Ministério da Saúde), conta também com representantes da OPAS e dos seguintes ministérios: Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal (MMA), Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), Ministério do Trabalho (MTb), Ministério das Relações Exteriores (MRE), Ministério das Minas e Energia (MME) e Ministério da Educação (MEC).

Financeiramente contribuíram para a realização dos Seminários e a elaboração e revisão do documento a OPAS, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Caixa Econômica Federal (CEF).

O Instituto Sociedade, População e Natureza (ISPN) e a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES) foram contratadas para fazerem o relatório dos Seminários e elaborar a minuta do plano, a qual transcrevemos alguns tópicos no que se refere às áreas diretamente envolvidas (saúde, ambiente, saneamento e recursos hídricos) e as políticas transversais (recursos humanos, sistema de informação, educação e comunicação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico).

ÁREAS DIRETAMENTE ENVOLVIDAS:

SAÚDE

- Os princípios gerais que orientam as ações de Saúde no Brasil são os da universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis, integralidade das ações, equidade no atendimento e solidariedade no financiamento.

- A base para implementação da atenção à saúde, entendida enquanto direito de cidadania, é o Sistema Único de Saúde (SUS), que corresponde ao conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, e, de modo complementar, pela iniciativa privada, mediante contrato de direito público.

- Os princípios gerais que norteiam a constituição e a gestão do SUS deverão ser assegurados através da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, da municipalização, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, da integração intra-setorial das ações de saúde, meio ambiente, recursos hídricos e saneamento básico, da possibilidade de acesso à informação e de modo ágil e adequado, e da participação dos usuários nas decisões.

- No campo de atuação do SUS, de forma integrada com as instituições responsáveis pelas ações sobre o meio ambiente, destacam-se a Vigilância da Saúde, que inclui os procedimentos da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e as de Saúde do Trabalhador.

- Algumas das ações voltadas para a saúde do trabalhador são também de competência concorrente do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência e Ação Social devendo ser buscadas alternativas para superação da duplicação e superposição de esforços.

- Apesar do princípio legal da integralidade das ações de saúde, observa-se na prática uma compartimentalização segundo a dicotomia preventivo-curativa, que se reflete, inclusive, na organização das instituições de saúde, em todos os níveis: federal, estadual e municipal.

- O setor público, em geral, e o da saúde, em particular, tem sofrido processo de fragilização e esvaziamento, decorrente de políticas inadequadas de recursos humanos, principalmente no que se refere aos planos de carreira, cargos e salários, e às aposentadorias precoces.

- Os acordos internacionais estabelecidos durante a Conferência do Rio de Janeiro em 1992 são ainda pouco conhecidos pela comunidade técnico-científica e política que atua nos setores de saúde, meio ambiente e saneamento, e, menos ainda, pela sociedade em geral.

- Os órgãos colegiados que contam com a participação da sociedade em seu processo decisório (Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Meio Ambiente e Recursos Hídricos), têm sofrido interferências indevidas, demonstrando fragilidade e a pouca maturidade das práticas de organização e participação da sociedade civil.

- Na área da saúde do trabalhador, apesar dos avanços observados na participação e controle social das ações de saúde desenvolvidas pelas instituições públicas e a nível privado, pelo empregador, através dos sindicatos de categorias de trabalhadores mais organizados, as iniciativas podem ser consideradas isoladas e, na maioria das vezes, descontínuas, sem a eficácia que seria desejável.

- Os indicadores de saúde utilizados pelos sistemas de informações existentes não têm sido sensíveis o suficiente para detectar a ocorrência de certos agravos à saúde, provocado por fatores de deterioração ambiental, decorrentes da atividade humana, inclusive os impactos e danos para a saúde dos trabalhadores.

- Os sistemas de informação e monitoramento em saúde e ambiente disponíveis, não têm contemplado satisfatoriamente as dimensões coletivas e menos ainda os aspectos ambientais no sentido amplo envolvendo o ambiente de trabalho, a moradia e aspectos sócio-culturais.

- No quadro de problemas e dificuldades de saúde e ambiente, podem ser observadas iniciativas inovadoras, além do resgate de práticas tradicionais, a nível local, que necessitam ser melhor conhecidas, divulgadas e apuradas, já que representam importante fonte de conhecimento de práticas a serem socializadas.

- O Ministério Público tem apontado importante contribuição para a garantia das condições de saúde, particularmente na área de saúde do trabalhador e da integridade do ambiente, sem que haja, no entanto, a divulgação adequada e necessária dessas ações.

AMBIENTE

- Embora exista uma legislação apropriada sobre o licenciamento ambiental e a elaboração de estudos de impacto ambiental de projeto potencialmente impactantes, inclusive sobre a saúde humana, têm-se verificados problemas no seu emprego, oriundos especialmente da fragilidade dos órgãos ambientais encarregados de sua análise e acompanhamento.

- No campo da saúde, os estudos ambientais constituem-se em instrumentos potenciais para predição, mitigação e aferição dos impactos, por meio de adequadas abordagens epidemiológicas. Porém, na maioria dos casos, esses estudos têm apresentado um enfoque pouco consistente sob esse aspecto.

- A ineficiência dos estudos ambientais, enquanto ferramenta integradoras da saúde e do meio ambiente no planejamento do desenvolvimento, vem ocorrendo notadamente pela sua limitação como instrumento para empreendimentos isolados e não para programas e políticas de âmbito regional ou nacional.

SANEAMENTO

O saneamento integral abrange o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, a coleta de lixo, a drenagem pluvial e o controle de vetores.

Durante a década de 80, devido ao Plano Nacional de Saneamento verificou-se substancial crescimento na oferta de serviços, mais evidenciado no caso do abastecimento de água; que alcançou uma abrangência de atendimento de cerca de 80% da população urbana até 1986. Entretanto, muitas localidades, principalmente as pequenas, não foram beneficiadas com esse serviço, muito menos com o esgotamento sanitário, sendo que os resíduos sólidos (lixo) e drenagem pluvial não foram contemplados pelo PLANASA.

- Atualmente, calcula-se que um terço da população não tem acesso ao sistema público de abastecimento de água e aproximadamente três quarto não recebem serviços adequados de esgotamento sanitário, ainda sendo insignificante a parcela de esgotos coletados que recebe algum tratamento. Carências ainda

maiores são observadas na coleta e destinação final do lixo, bem como nos serviços de drenagem pluvial.

- A despeito da reivindicação dos diversos segmentos do setor pela criação de conselhos de saneamento, nos níveis federal, estadual e municipal, como instância de controle social, verificam-se dificuldades para a implantação desses colegiados.

RECURSOS HÍDRICOS

- A área de Recursos promove atualmente sua estruturação no Brasil com vistas a assegurar uma gestão integrada a nível de bacia hidrográfica.

- Essa área pode se constituir num importante aliado para implementação de ações na área de saúde e ambiente, haja vista o papel dos cursos d'água na veiculação de inúmeras enfermidades de natureza biológica, tais como esquistossomose, malária, febre amarela, cólera, hepatite e filariose. Além disso, intervenções no campo dos aproveitamentos hidráulicos, como barragens, hidrovias, aduções e mesmo os projetos de irrigação, acarretam riscos de incremento na incidência de algumas doenças.

- A gestão de recursos hídricos por bacia hidrográfica facilita a descentralização das ações e permite que os diversos usuários organizem suas ações em concordância com uma estratégia de desenvolvimento social e econômico sustentável.

- A implementação mais ampla dessa modalidade de gestão acha-se, no entanto, na dependência de definições legais e institucionais.

- O Brasil já dispõe de capacidade técnica para ampliar essas experiências para um número maior de bacias hidrográficas.

ÁREAS TRANSVERSAIS:

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE E AMBIENTE

- A capacitação profissional em suas diferentes modalidades, tem-se efetuado de maneira estanque, de acordo com moldes compartimentalizados existentes nas instituições de ensino e nos órgãos de saúde, meio ambiente e saneamento.

- A compartimentalização na formação acadêmica dos profissionais que atuam nas áreas de saúde, meio ambiente e saneamento, acarreta uma dificuldade destes profissionais uma vez inseridos dentro de instituições governamentais e mesmo dentro do meio universitário, em incorporar uma visão holística e integradora no tratamento das políticas setoriais no contexto do desenvolvimento sustentável.

- A falta de uma política de recursos humanos adequada, com carências que se refletem em plano de cargos e salários, programas de capacitações, tem sido responsável pela baixa motivação dos profissionais, provocando constante evasão de profissionais dos órgãos públicos para a iniciativa privada.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE E AMBIENTE

- Os sistemas de informação existentes nos diversos setores relacionados às áreas de Saúde, meio ambiente e saneamento refletem a segmentação setorial, resultando em dificuldades de acesso pelas diversas agências envolvidas e a falta de uma base lógica e conceitual, que possibilite a utilização das informações geradas setorialmente por qualquer um dos outros setores envolvidos.

- No plano federal, estadual e municipal existem sistemas de informação com grandes carências.

- Os sistemas de informação e monitoramento em saúde e ambiente carecem de abrangência epidemiológica.

- As categorias agregadoras adotadas não refletem a dimensão coletiva, envolvendo espaço, conjuntura, gênero e trabalho. Os indicadores utilizados restringem-se somente ao âmbito da clínica que é eminentemente individual, traduzindo, na maioria das vezes, apenas a natureza biológica de doenças e agravos.

- Os dados identificados pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEP) e publicados no informe Epidemiológico do SUS, apresentam dados de mortalidade infantil e doenças infecciosas e parasitárias de notificação obrigatória. No

entanto, há a necessidade de informações de mortalidade infantil desagregadas, assim como dados de incidência de outras enfermidades, não incluídas entre os de notificação obrigatória, mas fortemente relacionadas com o meio ambiente.

- Destaca-se, ainda, que a falta de incentivos econômico-financeiros, bem como a carência de recursos humanos e a baixa incorporação das informações sobre saúde e ambiente no processo de planejamento, são fatores responsáveis pelo atraso na coleta dessas informações.

- Não há sistema integrado de dados em saneamento. A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desenvolveu em 1989 a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, experiência de grande importância para o setor, com levantamentos específicos junto às prefeituras sobre sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos urbanos. Entretanto, após o processamento, desenvolvido ao longo de quatro anos, apenas alguns dados foram publicados. Há carência de informações sobre os sistemas, havendo também perda de atualidade, não estando também prevista periodicidade.

- A inclusão de dados de saneamento no questionário aplicado em caráter universal no Censo Demográfico de 1991 possibilitou, pela primeira vez, a informação desagregada a nível de setor censitário. Entretanto, esses dados buscam retratar com fidelidade apenas a situação intradomiciliar.

- Alguns estados e municípios estão visando ao Sistemas de Informação Geográfica (SIG) para gestão urbana, metodologia que oferece potencial para reunir numa única base, informações sobre meio ambiente e riscos para saúde.

- O percentual de cobertura de rede pública de água tratada, por exemplo, não leva em consideração fatores como a intermitência no fornecimento, a qual pode resultar em danos à saúde pública em proporções comparáveis à não existência de rede pública de abastecimento.

- Há uma total carência de indicadores de produção contínua que possam avaliar o cotidiano da política ambiental e seus impactos na saúde. Faz se necessário e urgente o desenvolvimento de indicadores mensais de qualidade de vida que permitam, através da ponderação de variáveis como qualidade do ar, da água, nível de ruído, existência de áreas verdes, condições de lazer, etc., alertar a população sobre as condições de vida a que estão expostos no cotidiano.

EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

- A educação em saúde e a educação ambiental constituem-se em poderosos meios de alcançar a plena cidadania com qualidade de vida, gerando-se resultados em curto, médio e longo prazos.

- Contribui para a participação mediante fórmulação de reivindicações da sociedade sobre saúde e ambiente e a potencialização do cidadão, aumentando seu poder de barganha política.

- O conhecimento ambiental e sanitário pode também contribuir para o desenvolvimento sustentável na medida em que diminui a desigualdade na capacidade de lidar com riscos e prepara tomadores de decisão, induzindo, conseqüentemente, relações mais equilibradas entre os seres humanos e o meio ambiente.

- Mesmo em condições sanitárias e ambientais adversas, os indivíduos e as famílias podem se defender contra muitos dos riscos à saúde, mediante a adoção de comportamentos de higiene, alimentação e gestão do ambiente doméstico e à sua volta, o que exige informação adequada sobre velhos e novos riscos, bem como estratégias viáveis de auto-proteção.

- A participação efetiva do cidadão e da sociedade civil nas decisões políticas, pelos diversos canais (eleições, manifestações de opinião, conselhos, audiências públicas e outros) requer melhoria na quantidade e na qualidade do conhecimento e de informação aos quais tem acesso.

- A integração entre saúde e ambiente é relativamente nova, fora um círculo restrito, o conceito de desenvolvimento sustentável, como também documentos internacionais importantes tais como a Agenda 21, continuam pouco conhecidos.

- Embora a educação em saúde e a educação ambiental encontram-se amplamente difundidas no sistema escolar, persistem elevados índices de evasão, o ensino se dá de forma setorializada, os professores raramente contam com preparação adequada e o material didático caracteriza-se por diversas diferenças.

PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

- A prática da interdisciplinaridade e a pesquisa de tecnologias apropriadas às condições do país constituem os grandes desafios da ciência e da tecnologia no Brasil. Além disso, importantes aspectos ainda a serem melhor discutidos e

equacionados envolvem, por exemplo, a prática do consumismo tecnológico, na qual a absorção de tecnologias geradas nos países desenvolvidos se processam de forma pouco crítica.

- A primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em outubro de 1994, definiu os seguintes temas de ciência e tecnologia em saúde : políticas e sistemas de atenção à saúde, quadro sanitário ou estudos epidemiológicos, sócios culturais e ambientais, tecnologias e insumos básicos em saúde, ciência de apoio, políticas de recursos humanos, fortalecimento institucional, avaliação tecnológica , informação e da disseminação de conhecimentos e tecnologias.

- Há necessidade de se estimularem a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área ambiental, ainda carente de uma formulação mais sólidas das prioridades de investigação em face das necessidades.

FINANCIAMENTO

- As ações na área de saúde e ambiente são normalmente financiadas através de impostos e contribuições sociais, com repasses aos orçamentos públicos das diferentes instâncias administrativas. Há, também, financiamento de ações via tarifas, a partir de dotações de agentes financeiros nacionais, por pagamentos por serviços prestados através de doações ou empréstimos externos.

- Os recursos internos e externos são cada vez mais escassos, sendo que os recursos disponíveis nem sempre estão sendo bem empregados. As administrações, em todos os níveis, enfrentam enormes dificuldades para atendimento das necessidades existentes. Por outro lado, a sonegação fiscal importante, envolvendo taxas, tributos e contribuições sociais que financiam, direta ou indiretamente, as ações na área de saúde e ambiente.

- Muitas vezes, observa-se o repasse de recursos sem critérios explícitos, o que cria a necessidade de fiscalização suplementar, em um círculo vicioso de desperdícios. Ocorrem, também, diferentes tipos de distorções nos sistemas de financiamento, tais como paralelismo de programas e projetos.

- A existência de um sistema privado de prestação de serviço na área da saúde, contribuem para explicar a ocorrência de dois patamares de atendimento aos usuários. Essa situação beneficia aqueles que tem acesso por renda ou por

influência. O acesso aos serviços de saneamento e de uso da água é, também, ditado muitas vezes por critério de renda.

- Considerando-se a escassez de recursos e frequente aplicação inadequada de boa parte dos recursos públicos e, considerando-se ainda as perspectivas de estabilização da economia, deve-se redirecionar as políticas públicas, consequentemente, redefinir a alocação de recursos para as áreas de saúde e meio ambiente, através de alterações no conjunto dos orçamentos públicos ou do estabelecimento de novas formas de financiamento.

Depois de mostrarmos algumas características das áreas diretamente envolvidas e as políticas transversais, verificamos que muitas delas são comuns em todas as áreas e requerem ações integradas e não mais setorializadas como vem sendo realizadas.

Dessas características podemos destacar algumas para traçar objetivos de planejamento em Saúde e Ambiente inclusive algumas situações encontradas no próprio município:

- Uma grande urbanização.
- Aumento da esperança de vida da população.
- Uma transição epidemiológica em que revela a co-existência das morbidades e causas de óbito infecto-parasitárias e crônico-degenerativas (doenças circulatórias e neoplasias). Doenças essas relacionadas ao meio ambiente, as primeiras, por meio de vetores e veiculações hídricas e as últimas, por meio da poluição atmosférica, qualidade dos alimentos, agrotóxicos e estresse. Aumentando, também, a proporção de óbitos devido as causas externas, relacionadas a acidentes, violência, doenças ocupacionais e acidente de trabalho.
- Significativo impacto ambiental das atividades agropastoris extensivas e intensivas necessárias para produzir alimentos, energia e exportação com uso inadequado de técnicas agrícolas. As atividades agropastoris extensivas implicaram desmatamento, perda de biodiversidade. As atividades intensivas, por sua vez implicaram perda de fertilidade, compactação do solo, erosão e poluição com agrotóxicos e dejetos.
- Impactos ambientais industriais, que dizem respeito à poluição do ar, da água e do solo.
- Problemas ambientais urbanos, que são os que mais afetam a população brasileira hoje, visto que três quartos dessa população residem em áreas urbanas.

- A saúde da população, depende de sua inserção enquanto consumidores, trabalhadores ou moradores no ambiente, o que significa que a saúde como a política ambiental teriam que ser completamente associada a outras políticas como saneamento, energia, recursos hídricos, habitação, indústria, agricultura e educação.

- Escassez nos recursos destinados ao atendimento das demandas sociais e ambientais além de surgirem novas demandas.

- Além das restrições financeiras, um dos maiores problemas relacionados as políticas econômicas e sociais é a descontinuidade administrativa, na medida em que governos e administradores mudam.

- Políticas públicas voltadas ao atendimento da área social acabaram se restringindo a iniciativas sociais compensatórias que, embora imprescindíveis para atender situações emergenciais, melhoram apenas simbolicamente os impactos negativos das políticas econômicas, sem alterar as causas.

- A nova política industrial inspirada na competitividade em mercados globais, ao invés de substituição de importações, compromete meio ambiente e a saúde. Observa-se uma tendência de transferência de indústrias poluentes e de uso intensivo em recursos naturais e energia das regiões centrais para regiões periféricas, que estabelecem exigências menores em termos de saúde e de meio ambiente.

- Embora a cobertura escolar tenha aumentado em décadas recentes, a política educacional não tem resolvido os problemas de evasão escolar no nível fundamental e secundário e de qualidade do ensino. Embora saiba ler, ao menos tarefas simples, boa parte da população não recebe formação suficiente, geral ou específica, para que possa analisar e gerenciar de forma adequada sua saúde e seu ambiente.

- Além da baixa formação da população, falta informação para que a gestão da saúde e ambiente, ao nível individual e familiar.

- Não incorporações de cláusulas ambientais e sociais nos financiamentos realizados através de instituições públicas e privadas, no sentido de garantir a observância dos princípios e das determinações consignadas na Constituição e na legislação específica de saúde ambiente.

- Assegurar que a pressão pela redução dos gastos sociais, proposta para aumentar a competitividade internacional do Brasil, não prejudique a saúde ou a

qualidade ambiental e nem venha se transformar em obstáculo para a conquista de novos e melhores padrões de serviços à população.

- O exame do referencial institucional mostra que, apesar dos marcos legais ou conceituais favoráveis, a organização do Estado para o enfrentamento da problemática saúde-ambiente é caracterizada pela fragmentação e setorialização. Normalmente, os setores trabalham de forma desarticulada, inclusive entre os níveis federal, estadual e municipal. Ocorre falta de integração não apenas entre setores, como também dentro deles.

- As estruturas tanto dos sistemas nacionais de saúde quanto do sistema nacional de meio ambiente, prevêem a participação da sociedade em quase todos os conselhos em todos os níveis. Contudo, persiste a fragilidade do controle social sobre as decisões do setor público.

- Como resultado da descentralização promovida nos sistemas de saúde e de meio ambiente, as secretarias estaduais e municipais assumem importância crescente, com ênfase para o nível estadual no setor de meio ambiente e para o nível municipal no setor de saúde.

ATRAVÉS DESSAS CARACTERÍSTICAS PODERIAM SER ESTABELECIDAS AÇÕES TAIS COMO:

- Adotar, na prática, o conceito de desenvolvimento sustentável, obedecendo as particularidades locais, com vistas a alcançar resultados concretos que impliquem maior equidade na distribuição dos benefícios entre as presentes gerações, sem comprometer as futuras.

- Fazer valer os direitos do cidadão em termos de saúde e ambiente, por meio da aplicação adequada dos princípios constitucionais e da legislação específica, através do Controle Social, Conselhos etc.

- Promover a utilização racional e democrática dos recursos naturais, com otimização do aproveitamento dos insumos e menor degradação, por meio de modificações de processos agrícolas e industriais além da reciclagem.

- Estimular mudanças comportamentais junto aos diferentes setores da sociedade no sentido da eliminação dos desperdícios, contribuindo para o uso racional da base de recursos naturais, hídricos e energéticos.

- Estimular a divulgação de informações sobre as áreas de saúde e ambiente, de forma a dar acesso e contribuir para a efetiva participação da população no processo decisório de suas áreas.

- Restabelecer o papel do planejamento no sentido de intermediação entre o conhecimento e a ação e ampliar a participação da sociedade a nível local no processo de planejamento.

- Estabelecer o papel do município na coordenação e difusão de informações sobre saúde e ambiente para que o planejamento e a participação social reflitam o efetivo conhecimento da realidade socio-ambiental e sanitária do país.

- Incorporar considerações de saúde e ambiente, na formulação, execução e avaliação do conjunto das políticas públicas.

- Adoção de novos parâmetros para a formulação dos orçamentos, que reflitam o planejamento do desenvolvimento no contexto da sustentabilidade. Dar clareza e publicidade de modo a permitir a participação da sociedade no processo de discussão e decisão, favorecendo o processo popular e o atendimento de suas necessidades.

- Imprimir às diversas ações que influem na saúde e no meio ambiente uma filosofia de abordagem integral, por meio de promoção de condições de salubridade ambiental que minimizem o contato com poluentes e o surgimento de doenças degenerativas e mentais e impeçam a proliferação de doenças transmissíveis.

- Incentivar e procurar meios de tornar a participação da sociedade nos Conselhos mais efetiva, informada, representativa e legítima, com benefício para a comunidade.

- Realizar planejamentos estratégicos que levam em conta os custos e benefícios sociais e ambientais, com rediscussão dos serviços prestados e dos tipos de unidades que prestam esses serviços.

- Estabelecimento de critérios para definir as circunstâncias em que projetos específicos e políticas públicas, devem ser submetidos não só aos Conselhos de Saúde, como também aos Conselhos de Meio Ambiente e outros.

- Estímulo para que os responsáveis pelos Serviços de Saúde, em particular os de Vigilância Sanitária, se articulem com os órgãos ambientais quando detectarem problemas cujas soluções implicam ações daqueles órgãos.

- Estabelecimento de programas multi- institucionais na área de saúde e ambiente, com participação da sociedade civil, para promover a integração inter-setorial e assegurar maior continuidade dos compromissos e ações de governo.

- Incorporação do método epidemiológico no planejamento e na ação em saúde e ambiente.

- Promoção da institucionalização de sistemas de informações que reunam bases envolvendo as áreas de saúde, ambiente, saneamento e recursos hídricos.

- Os municípios precisam estar mais bem preparados, para consolidarem o processo de descentralização de saúde, devendo reivindicar ao poder central o fornecimento de apoio, pois a descentralização não deve restringir apenas ao repasse de responsabilidades, mas obriga-se também o repasse de recursos e o fornecimento de assessoria, ou em casos mais específicos a criação de consórcios intermunicipais e comitês de bacias hidrográficas, de acordo com realidade regional.

- Promover a utilização adequada de normas ambientais voluntárias do tipo ISO 14000.

- Adotar um modelo prevencionista, não apenas corretivo ou defensivo como norteador das políticas locais de meio ambiente.

- Estabelecer métodos de avaliação crítica do funcionamento do sistema de financiamento da saúde e formulação de novas propostas.

12 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

12.1 - CONCLUSÕES

- Um dos grandes problemas que, tanto o SUS, quanto o Município de Santa Rosa de Viterbo tem a resolver é o Sistema de Informações, de grande importância no processo gerencial.

- Os Recursos Humanos no Setor de Saúde são escassos, concentrando-se no CS III, na região central da cidade, contrariando os princípios do SUS.

- Nota-se uma centralização de profissionais médicos e dentistas, não tendo como meta a formação de equipes multiprofissionais, fugindo do conceito de saúde proposto pelo SUS.

- Não há iniciativa dos órgãos competentes no sentido de esclarecer e/ou informar a população sobre questões de saúde.

- Não há uma efetiva participação da comunidade dentro do Conselho Municipal de Saúde, bem como nos órgãos de classe existentes no município.

- Não há uma integração política entre os Sindicatos dos Trabalhadores e os Patronais, o que torna suas ações (atuações) apenas jurídico-trabalhistas, e não política.

- Inexistência de Programas específicos nas áreas de Saúde Ocular, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Terceira Idade.

- Carência no abastecimento de Medicamentos e mau armazenamento dos já existentes, havendo maior centralização desses recursos na Casa da Assistência Social.

- Observamos e fomos informados sobre o aumento de incidência de drogas, alcoolismo, e gravidez entre os adolescentes do município.

- A situação política no município vive um momento de estagnação, visto que a comunidade, como um todo, foi condicionada ao conformismo e paternalismo de gestões anteriores.

12.2 - RECOMENDAÇÕES

- Maior utilização do Sistema de Informações da Secretaria de Estado da Saúde, para melhor planejamento de suas ações, conforme os recursos materiais, humanos e financeiros existentes.

- Levar ao conhecimento da comunidade essas informações em saúde, visando problematizar e discutir as prioridades no setor para o município, usando os meios de comunicação da cidade (rádio, jornais, carro-de-som) para melhor viabilizar a chegada das informações à população.

- Incentivar a participação popular, quer no Conselho Municipal de Saúde, quer nos Conselhos Gestores dos Centros de Saúde ou nos Comissões de Bairro e Comunidade, garantindo à população um fórum para suas reivindicações, garantindo o direito à cidadania e um efetivo controle social.

- Criação de um local para atender às mulheres vítimas de situações de violência.

- Adotar uma política de Recursos Humanos, visando sua melhor distribuição, além de criar novas vagas para adequar o quadro de funcionários.
 - Criação de um serviço de atendimento aos alcoólatras e usuários de drogas.
 - Trabalho de integração entre Serviços de Saúde e rede de ensino público, visando reforçar hábitos higiênicos.
 - Maior integração entre as diversas Diretorias (Cultura, Educação, Esporte, Planejamento, etc.) e SABESP com o setor Saúde.
 - Criação de um consórcio entre os Municípios de Santa Rosa de Viterbo, São Simão e Cajuru a fim de implantar um Centro de Controle de Zoonoses Regional.
 - Descentralização no armazenamento e distribuição dos medicamentos, nos ambulatórios existentes no município.
 - Viabilizar e incentivar a criação de equipes multiprofissionais, para melhor atender aos preceitos do SUS.
- Maior atuação dos sindicatos e das entidades de classe nas questões políticas e de Saúde do Município.
- Adotar uma estratégia política adequada à realidade da população baseado na construção do SUS que traduz no processo de municipalização, consoante aos princípios da reforma sanitária ou seja, Saúde como direito de cidadania e Saúde no processo do SUS.
 - Buscar um maior impacto político e social da Odontologia enquanto profissão e ciência da área de saúde, bem como propiciar a integração com as demais áreas como: Educação, Promoção Social, Meios de Comunicação, Esportes, Lazer, etc.
 - Participação efetiva não só do Conselho Municipal de Saúde bem como da própria Comunidade no planejamento, execução, avaliação e controle da Política de Atenção à Saúde adotada pelo Município.

13 - BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, N.F. & ROUQUAYROL, M.Z.** Introdução à Epidemiologia Moderna. 2º.ed., B.Horizonte/Salvador/R.Janeiro, Coopmed Ed., 1992.
- BERQUÓ, E.S. et al.** Bioestatística. São Paulo, E.P.V., 1981.
- BOTAZZO, C.** Saúde Bucal Coletiva: Um conceito em Permanente Construção. Rev.Saúde Atual, São Paulo, Ano I-nº 1 : 14-23, julho 1992.
- BRANCO, S.M.** Hidrobiologia Aplicada à Engenharia Sanitária. 1a.. ed., São Paulo, CETESB, 1978.
- CANDEIAS, N.M.F. et al.** Delineamento do Papel Profissional dos Especialistas em Educação em Saúde: Uma Proposta Técnica. Rev.Saúde Pública, São Paulo, 25 : 289-98, 1991.

- CARVALHO, G.I. de & SANTOS, L.** Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90). São Paulo, Hucitec Ed., 1992.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.** Avaliação da Qualidade da Água para o Consumo Humano no Estado de São Paulo de 1991 a 1993 - (Pró-Água). Documento Técnico de Divulgação - 1, São Paulo, 1994.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.** A Municipalização das Ações de Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo: um modelo para discussão. São Paulo, out.1989/1990.
- CHAVES, M.M.** Odontologia Social. 2ª ed. São Paulo, Ed.Santos, 1976.
- CÓDIGO SANITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO.** 5a. ed., São Paulo, IMESP, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 7a. , Brasília. DF, 1980. Relatório final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8ª, Brasília, DF, 1986. Relatório final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**, 1ª, Brasília, DF, 1986. Relatório final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**, 2ª, Brasília, DF, 1983. Relatório final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Seção II. Da Saúde. Brasília, 1988.
- DALARI, S.G..** A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde. Aspectos Legais do SUS, São Paulo, 1994.
- FONTES, A.** Consórcios Intermunicipais: um instrumento para o planejamento local. Rev. Administração Municipal, 38 (198): 45-46, 1991.
- FUNDAÇÃO SEADE.** Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. São Paulo, Ed.Brasiliense, 1993.
- HARRISON et al** Text Book of Internal Medicine. 12ª ed. New York, Mac Graw - Hill, 1990.
- LAURENTI, R. et al** Estatística de Saúde. 2ª ed. São Paulo, E.P.V. Ed., 1987.

- LIMA, L.R.**.. Análise Higiênico - Sanitária dos Resultados Microbiológicos e Físico-Químicos do Leite Pasteurizado Consumido no Estado de São Paulo, no Período de Janeiro a Junho de 1990. [Trabalho apresentado no Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasília, 1990].
- MINISTÉRIO DA AGRICULTURA.** Secretaria Nacional de Defesa Agropecuária. Divisão de Inspeção de Leite e Derivados. Portaria SIPA no. 17 de 29.10.84 (D.O.U. de 31.11.84).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Guia de Vigilância Epidemiológica . Brasília, DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.
- NARVAI, P.C.**.. Saúde Bucal: Assistência ou Atenção. [Documento elaborado para subsidiar a Oficina de Trabalho do Grupo de Trabalho de Saúde Bucal, Silos da Rede (CEDROS), mimeografado, São Paulo, setembro 1992].
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.** Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal. Manual de Instruções . 3ª ed., OMS, São Paulo, Santos Ed., 1991.
- PINTO, V.G.**.. Saúde Bucal : Odontologia Social e Preventiva. São Paulo, Santos, Ed., 1989.
- PIRES, O.M.D.A. & COVELLO, L.**.. Comparação do Sistema Incremental com o Sistema de Ações de Natureza Coletiva no Programa de Saúde Bucal no Município de Embu. Divulgação 6 (Rev.8º ENATESPO): 44-53, 1991.
- RIBEIRO, A.P.B. & RIBEIRO, M.C.B.**.. Salve Santa Rosa de Viterbo, 1910-1995. O Jornalão. Santa Rosa de Viterbo, Ed.Especial de Aniversário, Ano I, nº 40, 07/09/95.
- RIBEIRO, J.M.** Os Consórcios Intermunicipais no SUS. Parceria e Cooperação Técnica. Espaço Saúde , 3 (3): 41-42, 1994.
- SERVIÇO DE INSPECCIÓN Y SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS**
- Mejoras a la seguridad de la carne y de las aves de corral. Rev.La Indústria Cárnica Latino-Americana, nº 100,41-5, Jarvis-Argentina, 1995.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.** Superintendência do Controle de Endemias. Manual de Diretrizes para Atividades de Controle de Escorpiões. São Paulo, 1994.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Superintendência do Controle de Endemias. Manual de Atividades para controle de Vetores da Dengue e Febre Amarela. São Paulo, 1994.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Vigilância Sanitária. Documento do Centro de Vigilância Sanitária da S.E.S.: Uma Proposta para Debate. São Paulo, 1995.

VERONESI, R. Doenças Infecciosas. 8ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1991.

VILLAROSA, F.N.DI. A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário. OPAS/OMS. Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº.11, Brasília, 1993

APÊNDICE

COMENTÁRIO SOBRE O SURTO DE HEPATITE NO MUNICÍPIO

1. INTRODUÇÃO:

Têm-se observado, nos últimos três anos, um aumento da incidência de hepatite no Município de Santa Rosa de Viterbo. Em 1991 registrou-se um surto de moderada magnitude, que não se propagou nos dois anos subsequentes. Iniciou-se outro surto em 1993, o qual manteve-se até o presente ano, com a mesma incidência média mensal. Apresentamos aqui um breve relato do ponto de vista epidemiológico sobre este surto, sem quaisquer pretensões de se chegar a conclusões definitivas, dada a brevidade da pesquisa realizada na cidade, necessitando-se de dados com maior elaboração e refinamento.

2. ETIOLOGIA:

A Hepatite A é doença causada por vírus RNA (HAV) da família picornaviridae, classificado como enterovírus tipo 72. O período de incubação é de aproximadamente 4 semanas, e no fim deste intervalo o vírus pode ser encontrado no fígado, na bile, fezes e sangue, até a fase pré-ictérica. Após o surgimento da icterícia a eliminação do vírus diminui rapidamente, e consequentemente, a transmissibilidade da doença.

O vírus, eliminado nos excretas dos doentes, tem grande capacidade de resistência, podendo persistir no meio ambiente por vários meses, sendo encontrado até mesmo em lençóis de água contaminados por depósitos de detritos. É, assim, potencial contaminante ambiental, tornando-o particularmente eficaz na propagação de surtos de hepatite.

3. EPIDEMIOLOGIA:

Os modos de transmissão são vários e uma distinção entre os diferentes tipos de hepatite viral não pode ser feita apenas com bases clínicas ou características epidemiológicas. Os modos mais acurados de distinção envolvem testes sorológicos específicos.

O agente da hepatite A é transmitido quase exclusivamente pela via fecal-oral. A disseminação do vírus da hepatite A (HAV) aumenta com a falta de higiene pessoal, excessiva concentração de pessoas. Surtos e casos esporádicos tem sido relacionados a alimentos contaminados, água, leite e frutos do mar, sendo comum a disseminação intra-familiar e intra institucional. Em zonas temperadas ondas epidêmicas tem surgido a cada 5 a 20 anos, à medida em que novos segmentos de susceptíveis aparecem. A perpetuação do vírus na natureza depende de infecções subclínicas.

Na população geral o anticorpo anti- HAV aumenta em prevalência com o aumento da idade e diminuição do status sócio-econômico. Em países subdesenvolvidos exposição, infecção e imunidade são universais na infância. A medida em que diminui a proporção de infecções subclínicas em crianças surge uma nova coorte de adultos susceptíveis.

4. ASPECTOS CLÍNICOS

Os sintomas prodrômicos da hepatite aguda são sistêmicos e bastante variáveis. Sintomas como anorexia, náusea ou vômitos, fadiga, mal-estar, artralgias, mialgias, cefaléia, fotofobia, faringite, tosse e coriza podem preceder o início da icterícia por 1 a 2 semanas. Febre baixa (38°-39°C) é freqüente na hepatite A, colúria e acolia fecal podem ser percebidos pelo paciente de 1 a 5 dias antes do início da icterícia clínica.

Com o início da icterícia o pródrômo comumente regride, mas em alguns pacientes pode ocorrer perda de peso. O fígado torna-se aumentado e flácido, podendo ser associado a dor e desconforto no quadrante superior direito.

Anticorpos podem ser detectados durante a fase aguda, sendo inicialmente às custas da classe IGM, persistindo por vários meses. Durante a convalescença torna-se predominante o anticorpo classe IgG, que persiste indefinidamente, conferindo proteção ao paciente.

Durante a fase de recuperação os sintomas desaparecem, mas um fígado aumentado e exames laboratoriais alterados ainda são evidentes. A duração da fase pós-ictérica é variável, de 2 a 12 semanas. Recuperação completa clínica e bioquímica são esperados 1 a 2 meses após, para a hepatite A.

5. ASPECTOS DESCRITIVOS

5.1 Metodologia

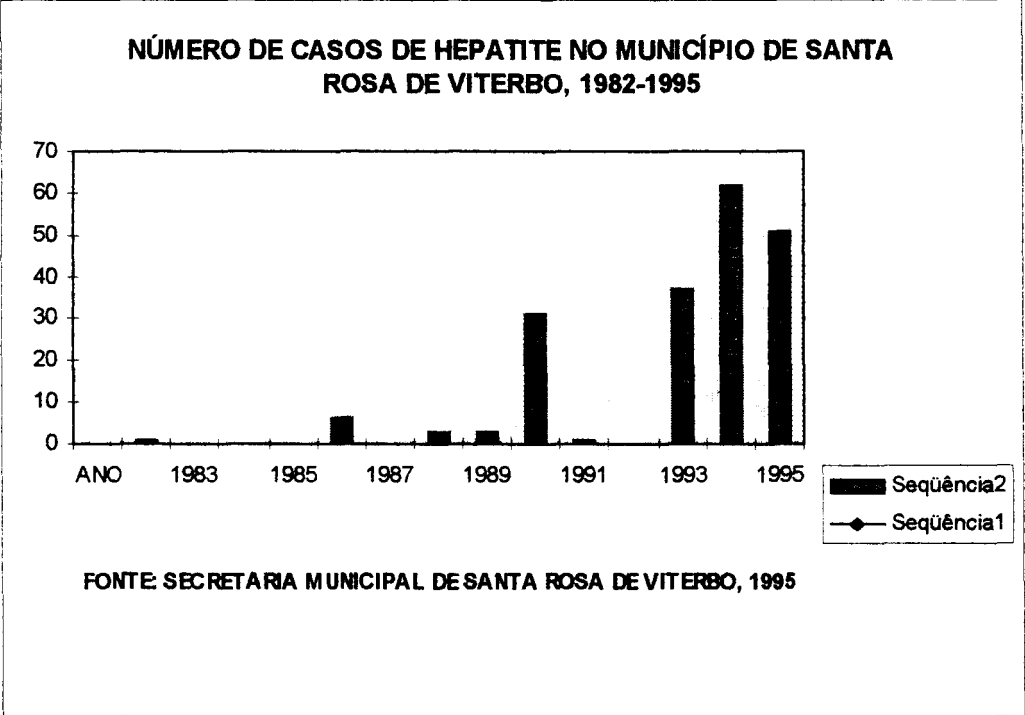
Tomou-se como fonte de dados as fichas epidemiológicas, junto ao serviço de vigilância epidemiológica do Município.

5.2 Resultados

5.2.1 População Acometida

A incidência média de casos de hepatite em Santa Rosa de Viterbo de 1980 até 1990 era de aproximadamente 2 casos novos por 10000 habitantes ao ano, passando, a partir de 1993 até 1995, a uma média de 25 casos novos/ 10000 habitantes ao ano.

Gráfico 10



A faixa etária com maior número de casos é a de 5 a 9 anos (40,80%), seguida pela de 10 a 14 anos, (25,40%), que sofreu incrementos sucessivos nestes três anos. Ocorre um pequeno número de casos em adultos jovens e mais idosos, com 6,19% dos casos.

TABELA 15: CASOS DE HEPATITE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, NOS ANOS DE 1991, 1992 E 1993

FAIXA ETÁRIA	ANO						TOTAL	
	1993	%	1994	%	1995	%		
0 - 4	8	21,60	5	8,06	10	19,61	23	17,69
5 - 9	17	45,96	40	64,51	16	31,37	73	48,67
10-14	6	16,22	10	16,12	17	33,33	33	25,38
15-19	4	10,81	5	8,06	4	7,84	13	10,00
20 e +	2	5,40	2	3,22	4	7,80	8	6,15
TOTAL	37		62		51		130	

FONTE: Secretaria de Saúde Municipal de Santa Rosa de Viterbo,1995.

Com os dados fornecidos não foi possível definir um perfil sócio-econômico da população atingida, porém sabe-se que no primeiro ano de surto

(1993) a maior parte dos casos provinha de bairro de casas populares, com infra-estrutura básica razoável (saneamento básico, eletricidade, lixo, etc.)

Quanto à ocupação, verifica-se uma predominância de estudantes (70%), devido a própria composição etária dos doentes (tabela 16 e 19).

TABELA 16: CASOS DE HEPATITE POR OCUPAÇÃO PARA OS ANOS DE 1993,1994 E 1995

OCUPAÇÃO	NÚMERO	%
Estudante	05	70,00
Administrador	1	0,67
Dentista	1	0,67
Doméstica	2	1,33
Analista de Sistema	1	0,67
Servente	1	0,67
Açougueiro	1	0,67
Lavoura	1	0,67
Sem ocupação	37	24,67
TOTAL	150	100,00

Fonte: Secretaria de Saúde Municipal de Santa Rosa de Viterbo, 1995

A incidência em ambos os sexos é aproximadamente a mesma, sem diferenças significativas (tabela 17).

TABELA 17: CASO DE HEPATITE SEGUNDO SEXO, 1991, 1992 E 1993

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	84	56,00
Feminino	66	44,00
TOTAL	150	100%

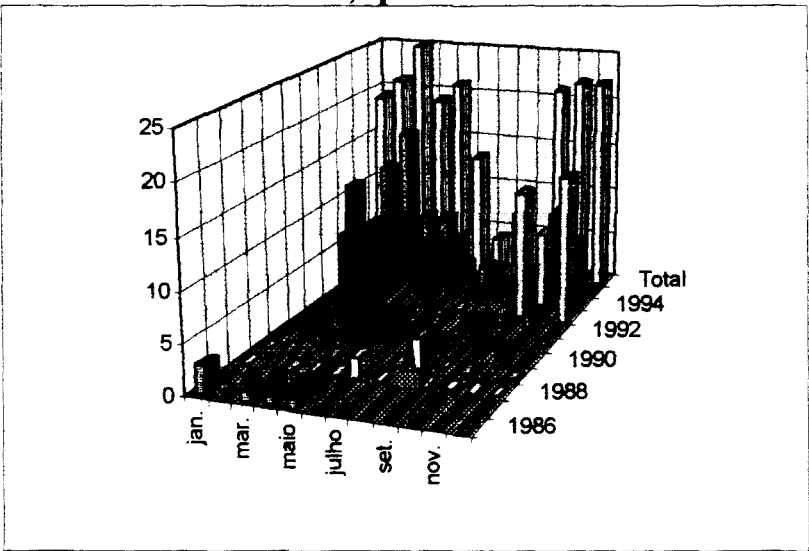
Fonte: Secretaria de Saúde Municipal de Santa Rosa de Viterbo, 1995

5.2.2 Distribuição Temporal

Observa-se que até 1989 a incidência manteve-se em níveis endêmicos, sendo que em 1990 ocorreu um surto (de 3 casos em 1989 para 37 casos em 1990). Em 1991 e 1992 não foram registrados casos em número significativo (não condizente com a configuração do surto). A partir de 1993 até hoje (1995) houve um novo aumento do número de caso, com mesmos níveis de 1990 (gráfico 10).

Observa-se um aumento da incidência na primavera e no verão, com menor número de casos no outono e inverno (gráfico 11)

Gráfico 11: Distribuição de casos novos de hapatite, segundo os meses de ocorrência, para os anos de 1987 a 1994.

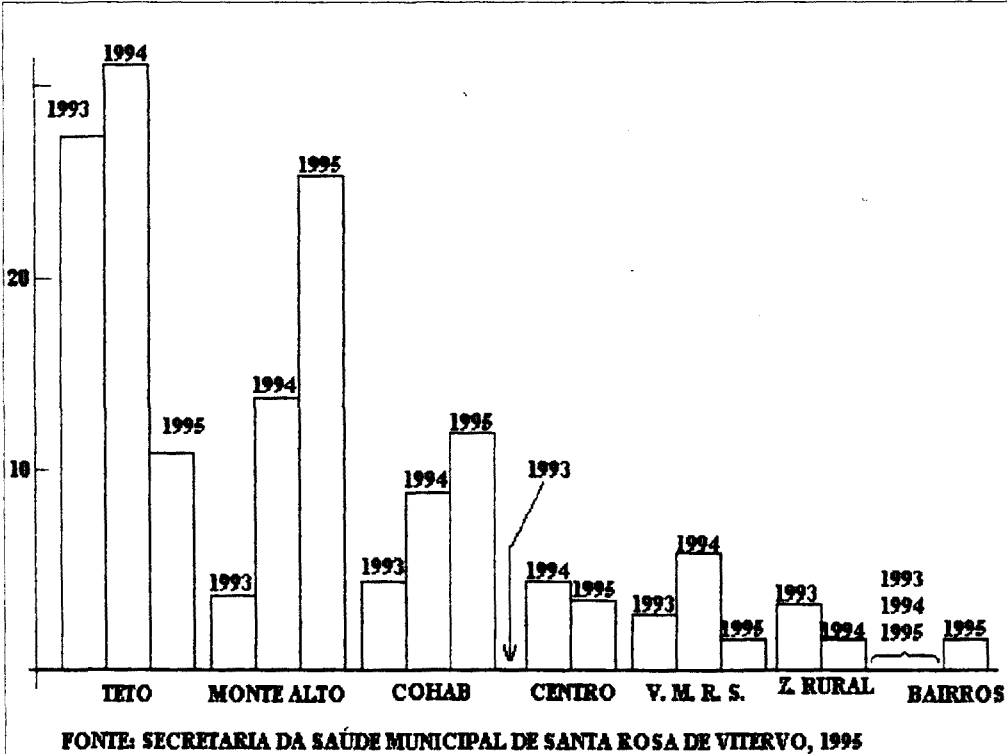


Fonte: Fichas Epidemiológicas do CS III, 1995

5.2.3 Distribuição Espacial

A epidemia concentra-se em dois bairros : Nosso Teto e Monte Alto, vizinhos entre si. Em 1993 e 1994 a concentração de casos foi maior no Nosso Teto, e em 1995 atingiu principalmente o Monte Alto (Gráfico 12).

Gráfico 12: Concentração de casos de hepatite, segundo os bairros de Santa Rosa de Viterbo, em 1993, 1994 e 1995.



6. FATORES AMBIENTAIS

1 - Abastecimento

Embora haja abastecimento de água tratada em 100% dos domicílios do Município, há indícios de que alguns domicílios utilizam água de outras fontes (poço, mina etc.) de qualidade duvidosa.

2 - Esgoto

Existe rede coletora de esgoto urbano para 97% dos domicílios do Município, sendo que os 3% do esgoto não coletado pertencem à Vila Ranzani, Jardim do Sol e Vila Aquários que curiosamente não apresentaram número significativo de casos em comparação com outros bairros com rede coletora.

3 - Alimentos

O consumo de verduras e legumes é feito sem conhecer a procedência do produto e da fonte de irrigação, podendo esta estar sendo feita com água contaminada.

O leite é consumido “ in natura” por boa parte da população, constituindo-se uma provável fonte de infecção, uma vez que se desconhece as formas de manuseio, acondicionamento e transporte; bem como a maneira de preparo pelo consumidor.

4 - Águas recreacionais (lagos, córregos, minas etc)

Constitui outro fator de risco se estiver contaminada por dejetos lançados no corpo d'água.

7. CONSIDERAÇÕES:

Os dados anteriormente citados evidenciam alguns fatos:

- Há predominância dentre os casos de hepatite, da faixa etária de 5 a 14 anos, compreendendo 66% do total. Outras faixas etárias têm incidência relativamente menor, decrescendo à medida que se afastam da faixa predominante.

- Há uma evidente concentração de casos em dois bairros: Nosso Teto e Monte Alto, o primeiro concentrando os casos em 1993 e 1994 e o segundo predominando em 1995. Os dois bairros são bastante próximos, ligados por terrenos de agropecuária e de recreação.(vide anexo 38)

- Os casos ocorrem em sua maioria em meses de verão e primavera, com poucos casos nos meses de inverno e outono.

- Não há , aparentemente, uma predominância de casos em um nível sócio econômico.

Outros fatores possivelmente relacionados:

- Grande parte dos casos consumiu leite não pasteurizado (69%); esse dado porém, deve ser considerado com reservas, pois seria necessário um estudo tipo caso-controle para determinar sua influência no surto. O leite, entretanto, é um excelente meio de cultura, e exames qualitativos deste indicam uma manipulação inadequada.

- Embora haja distribuição em 100% dos domicílios de água tratada, algumas utilizam água de poço, proveniente de lençol freático com qualidade duvidosa. Algumas amostras de água de uso público apresentam-se impróprias para o uso a que se destinam. Bem como, o local de captação é inadequado, como foi observado na "Mina do Sítio Baruco ", que localiza-se abaixo de um estábulo.

- Foi observada a existência de fontes naturais (minas formando pequenos lagos) utilizadas frequentemente pelas crianças, cuja qualidade também é de procedência duvidosa ("Sítio do Japonês" e outras coleções).

8. CONCLUSÃO

Com os dados coligidos até o momento é difícil chegar a uma conclusão quanto a fonte de infecção, devido à grande variedade de meios de veiculação do agente.

No entanto, pelos dados comentados, pode-se inferir que a transmissão da hepatite esteja ocorrendo por veículo comum (água e alimento) com casos secundários por transmissão intra-domiciliar.

Em vista disso, sugerimos algumas ações, no sentido de possibilitar o estudo e o controle do surto:

- Coleta sistemática e análise da água tratada e não tratada, nos pontos estratégicos.

- Verificar procedência da fonte utilizada para irrigação de verduras.

- Vigilância sanitária dos alimentos, especialmente o leite e verduras.

- Vigilância epidemiológica mais ativa, aprofundando as investigações, acompanhando caso-a-caso.

- Promoção de ações educativas, preventivas trabalhando a questão de higiene junto à comunidade.

- Divulgação do problema junto à comunidade, engajando-a no combate.

É importante salientar que a hepatite mantêm-se em níveis endêmicos em algumas regiões do Estado de São Paulo, o que explica a ocorrência de surtos. Com o aumento de susceptíveis, novos surtos acontecem, visto que o agente se encontra circulando no ambiente. A mudança da estrutura epidemiológica no Estado e particularmente na região de Ribeirão Preto, pela melhoria do saneamento básico, pode estar levando a uma nova configuração da dinâmica da doença em São Paulo.

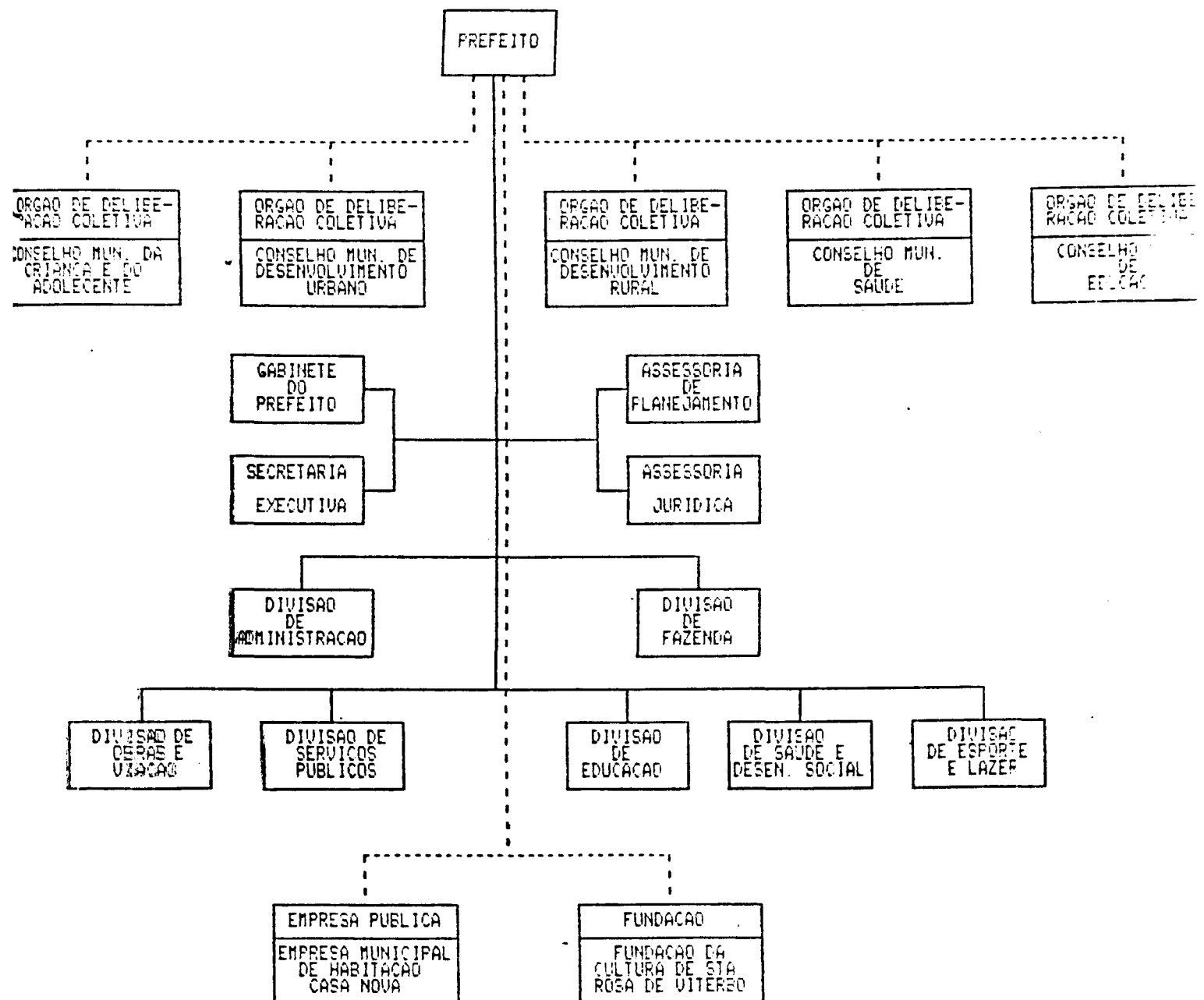


PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ORGANOGRAMA FUNCIONAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 1.728 DE 29 DE MAIO DE 1.991.

INSTITUI O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (F.M.S.) E DÁ
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ENGº EDSON LUIZ BONACIN, Prefeito Municipal de Santa Rosa de Viterbo, no uso de suas atribuições ;

Faz saber que a Câmara Municipal decreta e ele promulga a seguinte lei :

Art. 1º- Fica instituído o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS- como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações nas áreas médica, odontológica, hospitalar, sanitária e de apoio, executadas ou coordenadas pelo órgão Municipal de Saúde.

Parágrafo 1º- As ações nas áreas médica, odontológica , sanitária, hospitalar e de apoio executadas ou coordenadas pelo órgão Municipal de Saúde compreendem :-

1º- atendimento médico-odontológico-sanitário integral hospitalar em unidades sanitárias, consultórios, ambulatórios, laboratórios, unidades de atendimento de urgência, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, conveniados.

2º- a vigilância sanitária ;

3º- a vigilância epidemiológica;

4º- controle e a erradicação de endemias ;

5º- aquisição, distribuição e aplicação de vacinas, soros, medicamentos e outros produtos de interesse da saúde pública;

Parágrafo 2º- As ações previstas neste artigo serão desenvolvidas mediante planejamento adequado com o estabelecimento de planos, programas e projetos e a capacitação dos recursos humanos necessários.

Parágrafo 3º- As unidades mencionadas no item 1º deve - rão ser instaladas, estruturadas e hierarquizadas de acordo com o nível de complexidade das atividades que lhe sejam cometidas.



Anexo 2 cont.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 1.728

FLS. 02.

Art. 2º- Constituirão receitas do Fundo :

- I- dotações consignadas no orçamento do Município e créditos adicionais que lhe sejam destinados ;
- II- recursos auferidos pela prestação de serviços ou fornecimento de bens ;
- III- auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participações em convênios e ajustes ;
- IV- doações de pessoas físicas e jurídicas públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais;
- V- produto de operações de crédito ;
- VI- rendimentos, acréscimos, juros e correções monetárias provenientes de aplicação de seus recursos ;
- VII- outras receitas.

Art. 3º- O fundo poderá receber dotações, contribuições e outras receitas para a realização de objetivos específicos;

Art. 4º- Os recursos do fundo municipal de Saúde serão aplicados :-

- I- no financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde desenvolvidos pelo órgão ou com ele conveniados;
- II- no pagamento de vencimentos, salários e gratificações ao pessoal dos órgãos ou entidades que participam da execução das ações previstas no § 1º do artigo 1º, bem como ao pessoal admitido ou contratado para execução de programas ou projetos específicos que geram receitas próprias para o FUNDO ;
- III- no pagamento pela prestação de serviços para execução de programas ou projetos específicos que geram receitas próprias para o fundo ;
- IV- na aquisição de material permanente e de consumo, de medicamentos, leite e alimentos necessários ao desenvolvimento dos programas ;
- V- na construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação de rede física de unidades sanitárias, ambulatorios, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde ;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 1.728

FLS. 03.

VI- no atendimento de despesas diversas, de caráter urgente e inadiável à execução das ações citadas no § 1º do artigo 1º.

Art. 5º- O F.M.S. será gerido pelo órgão municipal de saúde e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º- É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Sistema Único de Saúde.

Art. 7º- O Órgão Municipal de Saúde deverá apresentar prestação de contas trimestrais do FUNDO, para aprovação do Conselho Municipal de Saúde e tribunais de contas competentes.

Art. 8º- Os recursos financeiros destinados ao Fundo Municipal de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial na Agência local do Banco do Brasil S/A, segundo cronograma aprovado, destinado a atender aos saques previstos em programação específica.

§ 1º- A movimentação da conta deverá ser feita através de assinaturas conjuntas do Dirigente do órgão Municipal de Saúde e pelo Contador da Prefeitura.

Art. 9º- O poder executivo fixará em regulamento, as normas de funcionamento do Fundo, regidas pelo Regimento Interno, proposto pelo Órgão Municipal de Saúde.

Art. 10º- Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Santa Rosa de Viterbo, 29 de maio de 1.991.

— — — — —
ENGº EDSON LUIZ BONACIN
PREFEITO MUNICIPAL

PUBLICADA NA PORTARIA DA PREFEITURA MUNICIPAL NA MESMA DATA

Anexo 3

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 1.733 DE 29 DE MAIO DE 1.991.

DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ENGº EDSON LUIZ BONACIN, Prefeito Municipal de Santa Rosa de Viterbo, no uso de suas atribuições ;

Faz saber que a Câmara Municipal decreta e ele promulga a seguinte lei :

Art. 1º- Ao Conselho Municipal de Saúde- CMS, integrante da Estrutura Básica da Secretaria Municipal de Saúde, compete

I- atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Municipal, em nível Municipal;

II- estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços ;

III- fiscalizar o Fundo de Saúde ou Conta Especial vinculada em Banco Oficial, movimentada pelo órgão de saúde municipal;

IV- aprovar o Plano de Saúde Municipal, apresentado pelo órgão de saúde municipal, incluindo Orçamento Anual de Custos e Investimentos ;

V- aprovar a prestação de contas trimestrais apresentada pelo órgão de saúde municipal ;

VI- aprovar a política de desenvolvimento de Recursos Humanos que contemple a implantação de plano de carreira, cargos e salários na esfera de Governo Municipal;

VII- acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde credenciado mediante contrato ou convênio;

VIII- articular-se com os órgãos de saúde dos níveis estaduais e federais, visando à integração e consecução harmônica dos seus fins.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 1.733FLS.02.

Art. 2º- O Conselho Municipal de Saúde, presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, tem a seguinte composição :

- I- 2 representantes do órgão Municipal de Saúde ;
- II- 2 representantes do ERSA-50;
- III- 1 representante de cada prestador de serviço convênio ou não com o sistema de saúde ;
- IV- 1 representante de cada associação de profissionais de área de saúde ;
- V- representantes dos usuários (o número de representantes dos usuários deverá ser paritário em relação ao conjunto dos demais segmentos).

Parágrafo 1º- Os membros do CMS serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicação ;

- a)-da Câmara Municipal de Vereadores ;
- b)-do Secretário de Saúde Municipal ;
- c)-do Diretor do ERSA-50, os representantes da entidade referida ;
- d)-do responsável por cada entidade referida nos itens III e IV;
- e)-de Presidente de Centros Comunitários, clubes de serviços, associações de bairros, referidos no item V.

Parágrafo 2º- os órgãos e entidades referidos neste Artigo poderão, a qualquer tempo, propor por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, a substituição de seus respectivos representantes ;

Parágrafo 3º- Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano;

Parágrafo 4º- No término do mandato do Prefeito Municipal, considerar-se-ão dispensados todos os membros do CMS;

Parágrafo 5º- As funções do membro do CMS não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado relevante serviço à preservação da saúde da população;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 1.733FLS.03.

Parágrafo 6º- 50% (cinquenta por cento) dos membros que deverão compor o Conselho Municipal de Saúde, serão indicados pela Câmara Municipal, como estabelece a Lei Orgânica do Município no seu artigo 180, inciso IV.

Art. 3º- O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e Extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria dos seus membros.

Parágrafo 1º- As sessões plenária do CMS instalar-se-ão com a presença da maioria dos seus membros que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes ;

Parágrafo 2º- Cada membro terá direito a 1 (um) voto;

Parágrafo 3º- O Presidente do Conselho Municipal de Saúde, além do voto comum, o de qualidade, bem assim a prerrogativa de deliberar ad referendum do plenário ;

Parágrafo 4º- As decisões do CMS serão consubstanciados através de ofícios;

Parágrafo 5º- Nos seus impedimentos o Presidente do CMS será substituído por um dos membros eleito entre os mesmos no início da gestão de cada Presidente ;

Parágrafo 6º- Atenderá como Secretário do CMS um servidor do órgão municipal de saúde, designado pelo Presidente.

Art. 4º- A organização e funcionamento do Conselho, serão disciplinados no Regimento Interno e aprovado pela Câmara Municipal.

Art. 5º- Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Santa Rosa de Viterbo, 29 de maio de 1.991.

cont.(3)

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO
ESTADO DE SÃO PAULO

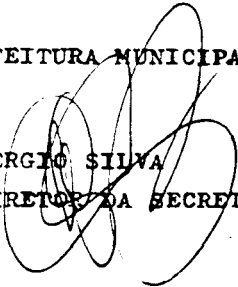
LEI Nº. 1.733

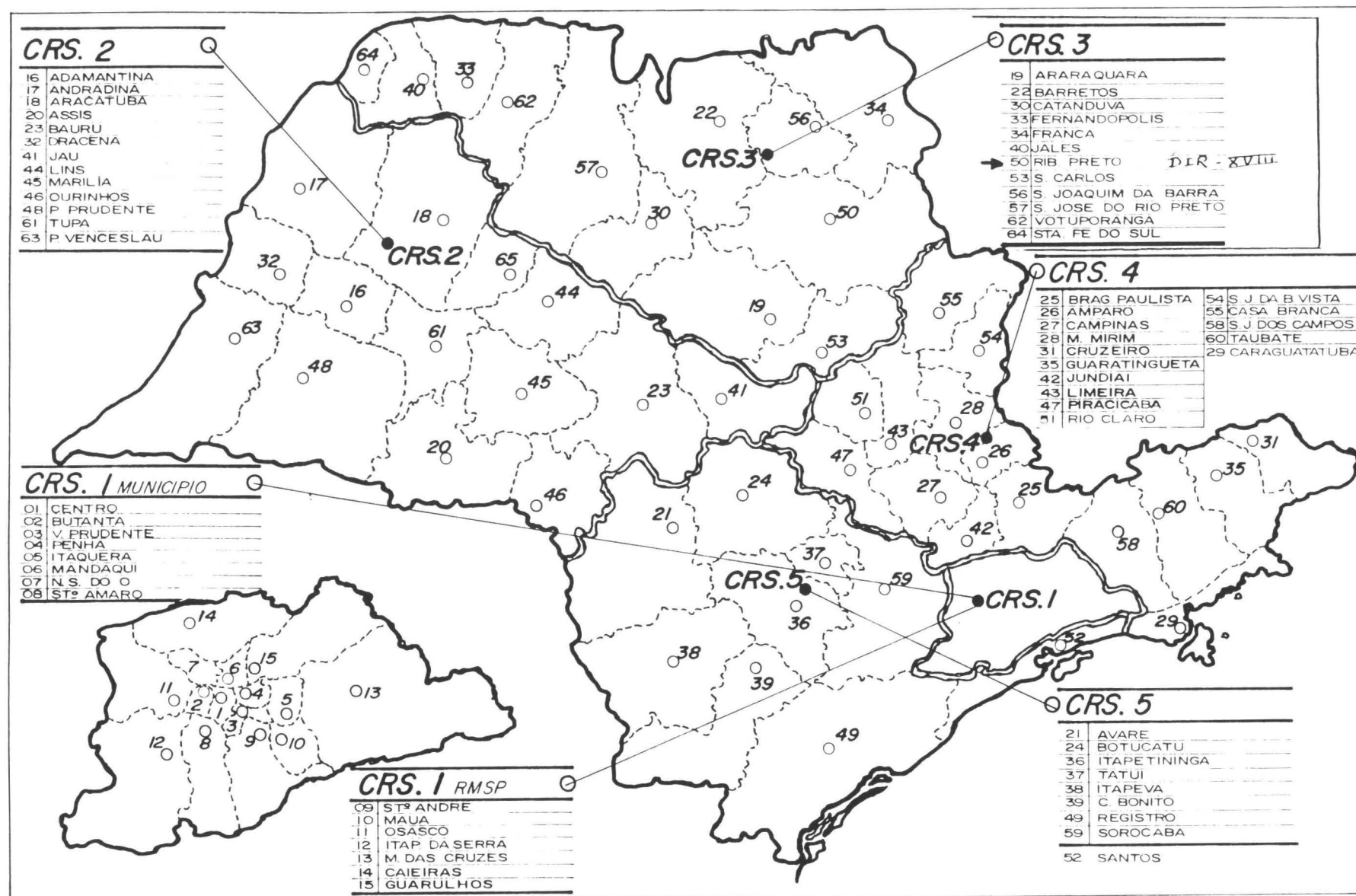
FLS. 04.

Santa Rosa de Viterbo, 29 de maio de 1.991.

— — — — —
ENGº EDSON LUIZ BONACIN
PREFEITO MUNICIPAL

PUBLICADA NA PORTARIA DA PREFEITURA MUNICIPAL NA MESMA DATA


SERGIO SILVA
DIRETOR DA SECRETARIA



NOME	CÓDIGO	NOME	CÓDIGO
ESPÍRITO SANTO DO TURVO	6335	TARABAÍ	5851
IPAUÇU	2313	** ERS-49	
ÓLEO	3727	BARRA DO TURVO	0574
OURINHOS	3816	CAJATI	8176
RIBEIRÃO DO SUL	4723	CANANÉIA	1104
SALTO GRANDE	4944	ELDORADO	1651
SANTA CRUZ DO RIO PARDO	5045	IGUAPE	2241
SÃO PEDRO DO TURVO	5487	ILHA COMPRIDA	8168
TIMBURI	5932	ITARIRI	2585
** ERS-47		JACUPIRANGA	2721
ÁGUAS DE SÃO PEDRO	0086	JUQUIÁ	2909
CAPIVARI	1171	MIRACATU	3328
CHARQUEADA	1325	PARIQUERA-AÇU	3981
ELIAS FAUSTO	1660	PEDRO DE TOLEDO	4081
MOMBUCA	3417	REGISTRO	4669
PIRACICABA	4260	SETE BARRAS	5649
RAFARD	4618	** ERS-50	
RIO DAS PEDRAS	4804	ALTINÓPOLIS	0124
SALTINHO	7102	BARRINHA	0604
SANTA MARIA DA SERRA	5118	BATATAIS	0639
SÃO PEDRO	5479	BRODOSQUI	0876
** ERS-48		CAJURU	1040
ALFREDO MARCONDES	0108	CÁSSIA DOS COQUEIROS	1236
ÁLVARES MACHADO	0167	CRAVINHOS	1481
ANHUMAS	0272	DUMONT	1635
CAIABU	0990	GUARIBA	2062
EMILIANÓPOLIS	6700	GUATAPARÁ	6351
ESTRELA DO NORTE	1724	IBITIÚVA	6378
IEPÊ	2208	JABOTICABAL	2691
INDIANA	2275	JARDINÓPOLIS	2801
JOÃO RAMALHO	2852	LUÍS ANTÔNIO	3085
MARTINÓPOLIS	3247	MONTE ALTO	3450
NARANDIBA	3557	PITANGUEIRAS	4359
PIRAPOZINHO	4316	PONTAL	4421
PRESIDENTE BERNARDES	4529	PRADÓPOLIS	4499
PRESIDENTE PRUDENTE	4545	RIBEIRÃO PRETO	4740
RANCHARIA	4626	SANTA ROSA DO VITERBO ←	5151
REGENTE FEIJÓ	4642	SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA	5223
SANDOVALINA	4952	SÃO SIMÃO	5525
SANTO EXPEDITO	5266	SERRA AZUL	5606
TACIBA	5754	SERRANA	5622
		SERTÃOZINHO	5631

**QUADRO I: Descrição das Escolas Estaduais, segundo número de salas e séries.
Delegacia de Ensino de Santa Rosa de Viterbo, 1995**

	NÚMERO DE SALAS		NÚMERO DE CLASSES											
	PRÓPRIAS	ADAPTADAS	1ª/4ª		5ª/8ª		2º GRAU		SUPL I		SUPL II		ED.	ESP.
			D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
EEPSG Conde Francisco Matarazzo	11	--	06	--	07	--	07	09	--	--	--	--	--	--
EEPSG Teófilo Siqueira	11	--	12	--	07	--	--	--	--	02	--	--	--	--
EEPG Vergílio Melloni	12	01	14	--	12	04	--	--	--	--	--	--	--	--
EEPG Prof.Maurílio de Oliveira	08	--	11	--	05	03	--	--	--	--	--	--	--	--
EEPG Salustiano Lemos	12	04	23	--	07	07	--	--	--	02	--	--	01	--
EEPG (R) Fazenda Amália	09	--	03	--	03	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FONTE: DELEGACIA DE ENSINO, SANTA ROSA DE VITERBO, 1995

**QUADRO II: Caracterização das Escolas Estaduais, segundo número de alunos em cada classe.
Delegacia de Ensino de Santa Rosa de Viterbo, 1995**

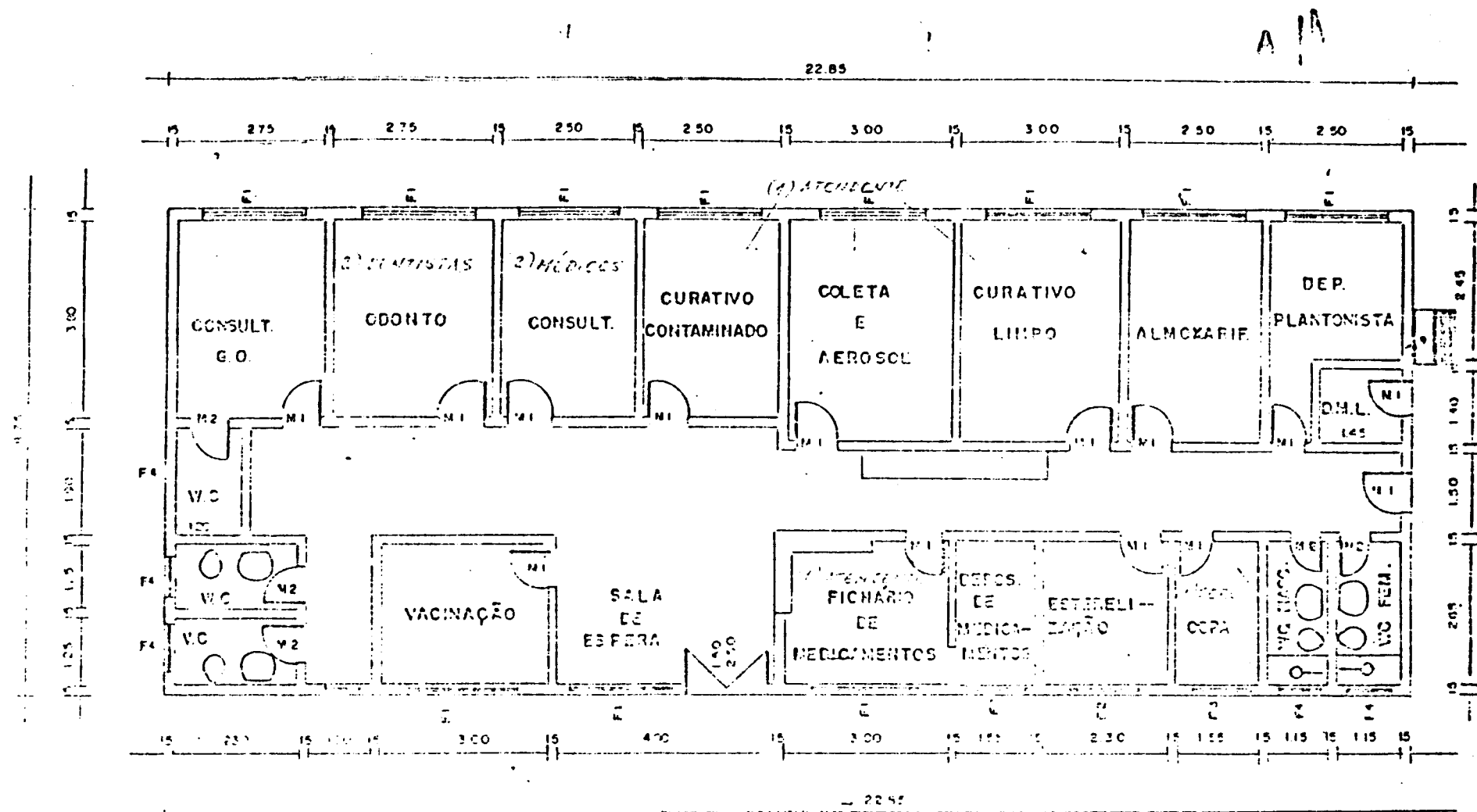
	NÚMERO DE ALUNOS													
	1º/4º		5º/8º		2º GRAU				SUPL -I		SUPL - II		ED.	ESP.
	D	N	D	N	INC		HEM		D	N	D	N	D	N
					D	N	D	N						
EEPSG Conde Francisco Matarazzo	201	--	221	--	170	294	20	24	--	--	--	--	--	--
EEPG Teófilo Siqueira	390	--	230	--	--	--	--	--	--	63	--	--	--	--
EEPG Vergílio Melloni	473	--	377	136	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EEPG Prof.Maurílio de Oliveira	334	--	177	87	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EEPG Salustiano Lemos	762	--	262	268	--	--	--	--	--	86	--	--	10	--
EEPG Fazenda Amália	53	--	46	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FONTE: DELEGACIA DE ENSINO, SANTA ROSA DE VITERBO, 1995

QUADRO III: CARACTERIZAÇÃO DAS ESCOLAS ESTADUAIS, SEGUNDO O GRAU DE EVASÃO ESCOLAR. DELEGACIA DE ENSINO, SANTA ROSA DE VITERBO, 1995

UNIDADES ESCOLARES	Q.E 31-03-95 A	Q.E. 30-06-95 B	CADASTRO DE ALUNOS C	DIFERENÇA	
				+	-
EE.E.P.S.G. Conde Francisco Matarazzo	930	930	804		126 126
E.E.P.G. Teófilo Siqueira	683	667	702	19 35	
E.E.PG Virginio Melloni	986	940	936		50 04
E.E.P.G. Prof.Maurílio de Oliveira	598	575	576	01	22
E.E.P.G. Salustiano Lemos	1.388	1.381	1.177		211 204
E.E.P.G.(R) Fazenda Amália	99	91	91		08 00

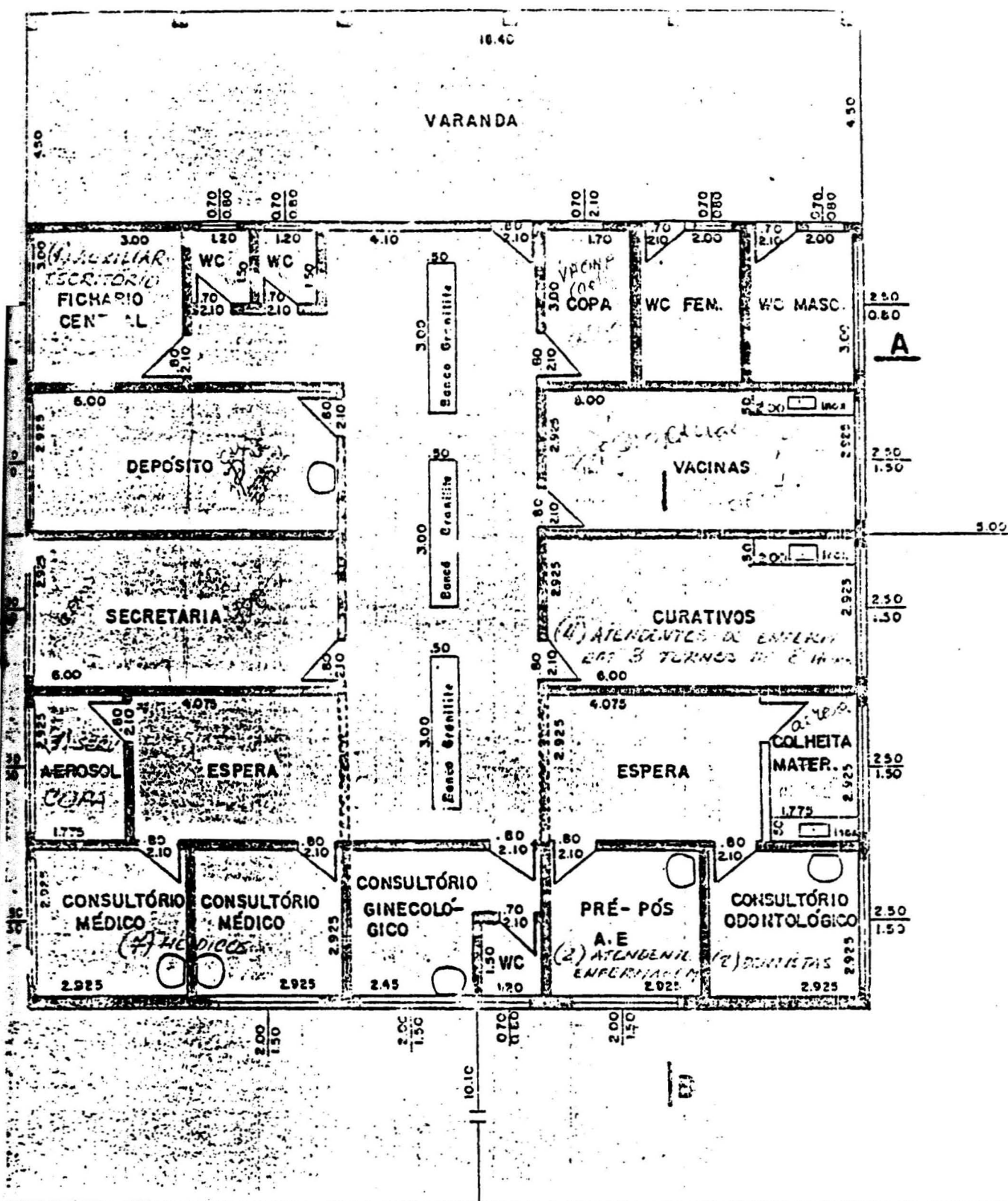
FONTE: Delegacia de Ensino, Santa Rosa de Viterbo, 1995



PLANTA

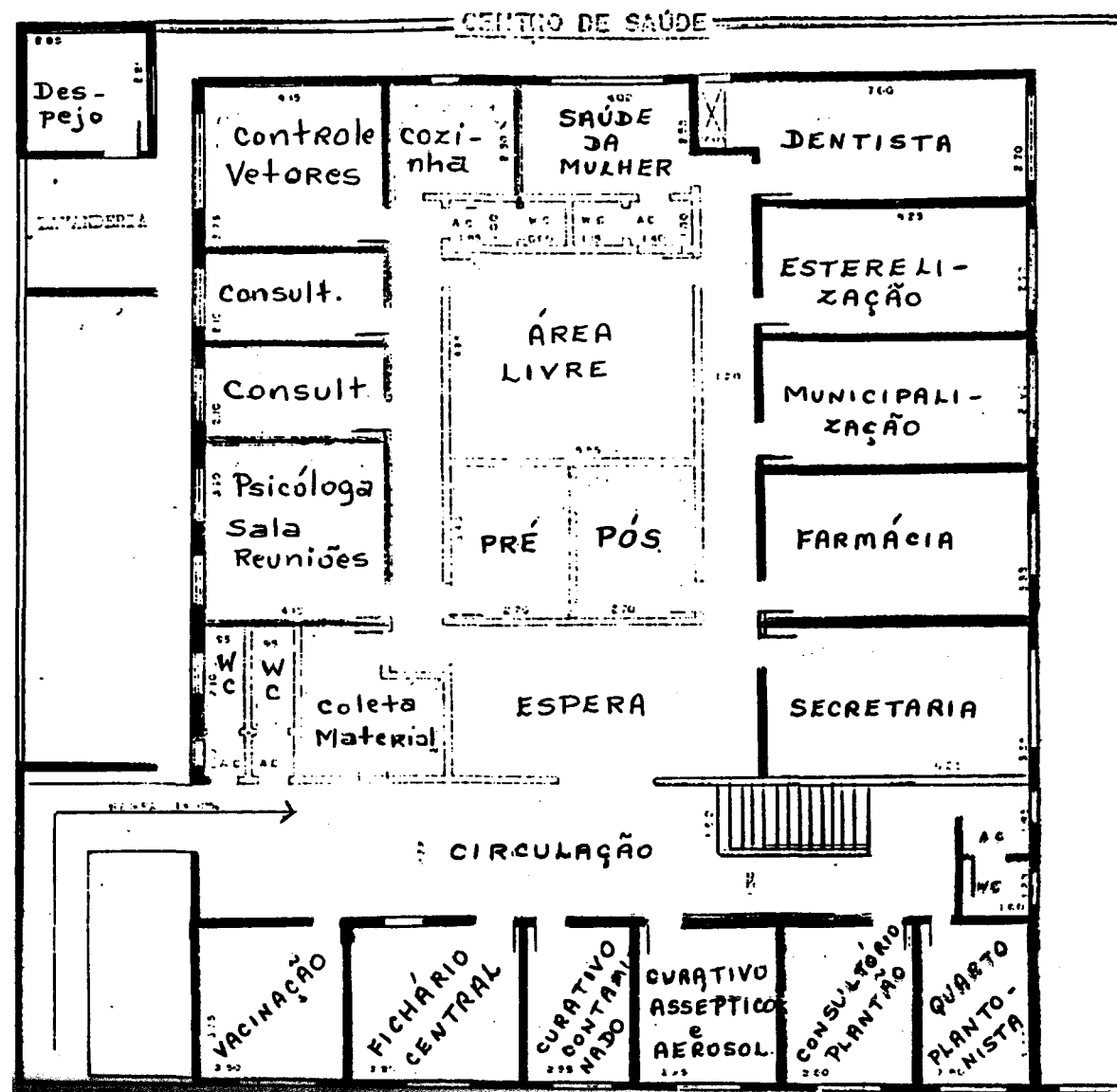
ESC. 1:100

AMBULATÓRIO MUNICIPAL PAULO ROCCO



PLANTA - ESC. 1:100

AMBULATÓRIO MUNICIPAL PASCHOAL CAGLIARI



PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO 1994, SEGUNDO Sia SUS 1994

	201-1	207-0	209-7	211-9	213-5	215-1	221-6	223-2	231-3	241-0	243-7	245-3	253-4	RX 306-9	Total Geral
JANEIRO	-	216	640	805	53	12	252	16	16	140	28	40	04	10	2232
FEVEREIRO	-	163	541	634	43	09	177	04	23	123	32	29	02	20	1800
MARÇO	-	437	374	552	97	61	401	08	41	228	38	47	0	28	2312
ABRIL	-	388	501	796	74	74	547	29	60	297	39	56	01	35	2977
MAIO	-	385	516	834	116	63	579	20	53	305	45	55	01	24	2996
JUNHO	-	350	579	879	150	67	587	28	56	221	50	49	01	29	3046
JULHO	-	199	594	802	106	17	383	05	38	191	32	35	-	30	2432
AGOSTO	-	297	299	629	102	52	537	14	40	251	40	42	04	25	2332
SETEMBRO	-	321	175	503	114	32	547	10	45	205	54	46	02	12	2066
OUTUBRO	-	230	52	365	116	53	441	04	54	210	58	47	03	05	1638
NOVEMBRO	-	238	50	323	108	49	566	09	60	187	53	55	04	05	1707
DEZEMBRO	-	246	47	313	121	68	481	03	80	190	52	38	03	04	1646
TOTAL GERAL	0	3470	4368	7435	1280	557	5498	150	566	2548	521	539	25	227	27184

FONTE: DEPARTAMENTO SAÚDE DE SANTA ROSA DE VITERBO, MARIA STELLA CAGLIARI, 1994

כח אצבע

OBS:

[illegible][illegible][illegible]

SIM - Serviço de Inspeção Municipal

[illegible]

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO
	SIM-Serviço de Inspeção Municipal
Nome :	
Cadastro n.o:	
Atividade :	

QUADRO 1 - EQUIPE MÍNIMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA POR NÚMERO DE HABITANTES, ESP, 1990

Nº DE HABITANTES	MUNICÍPIOS DO ESTADO COMPREENDIDOS NESTA FAIXA	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE MUNICÍPIOS	Nº DE PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS										
			TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO	CRUROSÓFOS DENTISTAS	ENFERMEIROS	ENGENHEIROS DE ALIMENTOS	ENGENHEIROS CIVIS OU ARQUITETOS	ENGENHEIROS SANITARISTAS	FARMACÊUTICOS	MÉDICOS SANITARISTAS	MÉDICOS	MÉDICOS VETERINÁRIOS	PSIQUICISTAS
Até 10.000	280	48,0	2	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-
De 10.000 a 20.000	120	21,0	2	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-
De 20.000 a 30.000	50	8,7	3	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-
De 30.000 a 40.000	23	5,0	4	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-
De 40.000 a 50.000	18	3,1	5	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-
De 50.000 a 100.000	44	7,7	8	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-
De 100.000 a 500.000	32	5,6	8 + 1 p/c 100 mil hab.	2	2	-	2	2	2	1	2	2	2
De 500.000 a 1.000.000	4	0,7	13 + 1 p/c 100 mil hab.	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3
Acima de 1.000.000	1	0,2	18 + 1 p/c 100 mil hab.	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4

Fonte dos dados populacionais: Fundação SEADE/1990

ANEXO 10

INDICAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE CENTROS DE CONTROLE DE ZOONOSES
EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE HABITANTES DO MUNICÍPIO (1)

Carmen Silvia Maluf (2)
Helena de Paula R. Machado (3)

Este trabalho, embora seja dirigido a médicos veterinários, gerentes do serviço de controle de zoonoses, tem como finalidade orientar aqueles que não estejam intimamente ligados as atividades e rotinas de um centro de controle de zoonoses, seja este o arquiteto que vai projetá-lo ou o governante responsável pela administração em que ocorra a implantação do mesmo.

As diretrizes que nortearam o seu desenvolvimento foram extraídas da rotina diária de nossas atividades no Centro de Referência Nacional para Zoonoses Urbanas (CCZ/SP), da vivência em assessoramentos para implantação deste serviço em vários municípios e da constatação das dificuldades comuns encontradas em quase todos os municípios atendidos.

Baseados nisso, detectamos dois fatores básicos para o pré-dimensionamento de um centro de controle de zoonoses:

1. O número de habitantes da comunidade,
2. O tipo de serviço a ser prestado a esta comunidade.

Quanto ao primeiro, convencionou-se dimensionar três diferentes níveis demográficos.

- a) NÍVEL I - até 1.000.000 habitantes,
- b) NÍVEL II - 1.000.000 a 5.000.000 habitantes,
- c) NÍVEL III - acima de 5.000.000 habitantes.

Quanto ao segundo, sómente uma análise das zoonoses incidentes no município, a definição de prioridades e a avaliação da disponibilidade de recursos financeiros, humanos e materiais, definiria os tipos de serviços necessários e a sequência de sua implantação.

Definidos os parâmetros básicos, elaboramos o organograma de cada um dos níveis demográficos propostos.

- Anexo 1: organograma nível I;
Anexo 2: organograma nível II;
Anexo 3: organograma nível III.

ESTUDO DE CASO

Uma vez estruturados os três organogramas, optamos pelo do nível II para apresentação de estudo e determinação de um programa de áreas físicas mínimas necessárias para o desenvolvimento das atividades relacionadas na estrutura orgânica.

PROGRAMA BÁSICO NÍVEL II

Área Administrativa

- . diretoria
- . secretaria
- . expediente e pessoal
- . contabilidade
- . xerox
- . copa
- . sala de médicos veterinários
- . epidemiologia e estatística
- . educação em saúde
- . assistência social
- . reunião
- . m. masculino e feminino

(1) Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Zoonoses, em Porto Alegre/RS, outubro de 1989.

(2) Arquiteto do Centro de Controle de Zoonoses de São Paulo/SP.

(3) Engenheiro Civil do Centro de Controle de Zoonoses de São Paulo/SP.



Area Operacional

- sala de técnicos de controle de operações
- sala de agentes de controle de zoonoses
- vestiários masculino e feminino
- manutenção
- tráfego
- zeladoria
- limpeza
- almoxarifado
- deposito de material de uso diario
- deposito de ração
- deposito de maquinas e veículos

Area de Publico

- recepção e protocolo
- telefonista
- plantão
- vacina e registro
- caixa
- WC masculino e feminino

Area de Animais

- canal coletivo
- canal individual
- outros animais
- sacrificio
- necropsia

Laboratório

- administração e recepção
- vestiário com WC masculino e feminino
- chefia
- almoxarifado
- virologia
- bacteriologia
- serologia
- parasitologia
- microscopia e sala escura
- infectorio
- lavagem
- bioterio

Area Complementar

- guarda
- caixa d'água
- cabine de força

estacionamento viaturas, público e
funcionários

Definido o programa, desenvolvemos o organograma específico do nível II (anexos 4 a 9), esmiuçando-o até o âmbito de áreas de atuação

ESCOLHA DO TERRENO

A escolha de um terreno para implantação de um Centro de Controle de Zoonoses está diretamente dependente das necessidades diagnosticadas e da disponibilidade real de recursos do Município

São quatro os aspectos de importância a considerar quando da seleção de áreas que atenda as finalidades dos serviços a serem desenvolvidos.

1. Localização: evitar áreas centrais ou aquelas que se demonstrem em fase de expansão com índices populacionais ascendentes, pois, as atividades próprias da unidade desencadeariam problemas e transtornos tais como riscos à saúde pública, sons e odores desagradáveis à vizinhança e outros correlatos

Deve-se prever local de acesso facilitado por vias públicas e transporte coletivo a fim de propiciar possibilidades de atendimento pessoal a interrelatos nas prestações de serviço propostas e apresentação de funcionários.

2. Vias de acesso: favorecer o trânsito de veículos oficiais e particulares, assim como de viaturas de médio e grande porte destinadas ao transporte de animais acidentados e equipamento.

3. Topografia: optar por um terreno com topografia plana, uma vez que a Unidade deve dispor de uma área para circulação externa que constitua fração representativa do complexo devido ao acesso e manobras de veículos específicos para transporte de animais, entregadores de produtos necessários e outros

Terrenos com declives acentuados implicam num aumento de área externa de circulação a fim de vencer os desníveis sem dificultar as manobras e sem provocar desgastes nas viaturas

Terrenos acidentados comprometeriam o planejamento quanto a racionalização de fluxo de pessoal e andamento das atividades

Estes terrenos importam a necessidade de maiores recursos financeiros pois exige movimentação de terra, seu escoramento através de muros de contenção e um



representativa nas fases de projetos, fundações e construção

A área desenvolver os projetos atentando para a proporção entre áreas livre e ocupada que não se queira aos projetos rotineiros de arquitetura e importante prever necessidades de ampliação na cidade e maior disponibilidade de área mínima de terreno, face as especificidades do projeto

ÁREA MÍNIMA DO TERRENO

O desenvolvimento e a análise de projetos de construção de Centros de Controle de Zoonoses, com sede em municípios de diferentes características e prioridades, nos permitiram perceber as extensões mínimas de área necessária que atendessem os três níveis demográficos configurados

Área Mínima do Terreno

- a) Nível I - 2.000 m²
- b) Nível II - 7.000 m²
- c) Nível III - 22.000 m²

A estimativa desses valores mínimos emerge da constatação de que eventuais mudanças estruturais recairiam na expansão de unidades devido ao incremento de atividades ou desenvolvimento de novos setores de apoio e operacionais

Identificamos o risco de que áreas de menores dimensões acarretavam desmembramento de atividades afins, inadequação das instalações gerais à demanda real, redundância em maiores custos financeiros, face as especificidades necessárias e inviabilizando todo o complexo ou seu rendimento

Ocupação do Terreno

Os critérios de ocupação de área se mantêm para os Centros de Controle de Zoonoses de qualquer município, independente do nível demográfico em que se enquadre (anexo 10)

Diante das constatações obtidas nos estudos realizados fica evidenciado que cerca de 60% da área do terreno destinado a construção de um Centro de Controle de Zoonoses reserva-se a circulação externa e projetos paisagísticos

A circulação externa pressupõe deslocamento e

manobras de viaturas, além do trânsito de pedestres constituídos por usuários e funcionários da Unidade

Sob o aspecto do paisagismo, convém ressaltar sua importância como mecanismo de solução nos impasses ligados a poluição sonora, visual e do ar, determinadas por ruídos e manejo de animais, preservando a privacidade necessária ao desenvolvimento dos serviços

Além destes 60%, mais 10% da área total do terreno se destina a estacionamento, sendo a maior parte deste reservada as viaturas oficiais. As vagas restantes serão destinadas a veículos particulares

Apenas 15% da área total será destinada à construção inicial, devendo abrigar todo programa definido anteriormente

Os 15% restantes estarão reservados às ampliações futuras, porém, já dentro de uma previsão geral segundo critérios pré-estabelecidos para cada área

DISTRIBUIÇÃO DA ÁREA OCUPADA

Os critérios de distribuição da área construída em relação aos diversos setores que compõem o Centro de Controle de Zoonoses variam para cada nível demográfico

Para melhor compreensão deste fato elaboramos um gráfico da relação entre o crescimento populacional, as construções iniciais, as ampliações necessárias e as instalações finais de cada nível (anexo 11), de onde podemos extrair os seguintes valores absolutos

NÍVEL I	CONST INICIAL	AMPLIAÇÃO	CONST FIN.
(áreas)	(m ²)	%	(m ²)
PÚBLICO	20	100	40
OPERACIONAL	60	50	90
ADMINISTRATIVA	70	140	170
ANIMAIS	150	100	300
LABORATÓRIO	-	-	-
CRECHE	-	-	-
TOTAL			
CONSTRUIDO	300	-	600



NÍVEL II CONST. INICIAL (áreas)	(m ²)	AMPLIAÇÃO %	CONST. FINAL (m ²)
PÚBLICO	80	25	104
OPERACIONAL	160	56	256
ADMINISTRATIVA	260	60	416
ANIMAIS	390	178	1.064
LABORATÓRIO	160	56	256
CRECHE	-	-	-
TOTAL CONSTRUIDO	1.050	-	2.104

NÍVEL III CONST. INICIAL (áreas)	(m ²)	AMPLIAÇÃO %	CONST. FINAL (m ²)
PÚBLICO	204	100	408
OPERACIONAL	650	115	1.400
ADMINISTRATIVA	500	100	1.000
ANIMAIS	1.500	100	3.000
LABORATÓRIO	400	50	600
CRECHE	50	300	200
TOTAL CONSTRUIDO	3.304	-	6.608

FLUXOS

A implantação das áreas destinadas a abrigar as diferentes atividades acima citadas é determinada pela

característica dos serviços desenvolvidos no CCZ e a necessidade de privacidade para sua execução garantindo um fluxo harmônico de servidores, animais, público e viaturas.

O conflito entre estes fluxos, gerado por uma implantação errada ou mal pensada, acarretaria problemas práticos e operacionais quase sempre irreversíveis, inviabilizando todo o complexo construído especificamente para este fim.

No anexo 12 temos um exemplo de implantação de um CCZ-NÍVEL II segundo os parâmetros desenvolvidos neste trabalho, salientando-se os fluxos para público e animais possíveis no sistema.

Observa-se que se evitou o cruzamento entre o fluxo de animais com as demais atividades, assim como o limite de acesso do público nas instalações do CCZ.

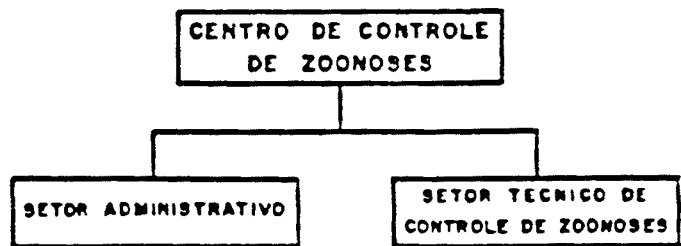
CONCLUSÃO

Não bastaria, pois, edificar as instalações para um Centro de Controle de Zoonoses levando em conta somente o aspecto construtivo ou o detalhamento técnico para desenvolver este tipo de atividade. Se o complexo não for pensado como um todo, com a finalidade de atender a uma comunidade específica, com suas exigências, necessidades e características próprias, seu projeto poderia ser simplesmente um modelo padrão a ser repetido em qualquer município, onde não importaria o tamanho da população nem as prioridades e a implantação dos programas necessários para combater as zoonoses incidentes na região.

Somente um planejamento adequado (baseado no número de habitantes de uma comunidade e na definição dos programas a serem desenvolvidos), resultaria num bom pré-dimensionamento para um Centro de Controle de Zoonoses que, por sua vez, deve atender as necessidades da rotina e fluxos dos serviços com a implantação das unidades no terreno, a fim de tornar viável e principalmente prática, a operacionalização das atividades.

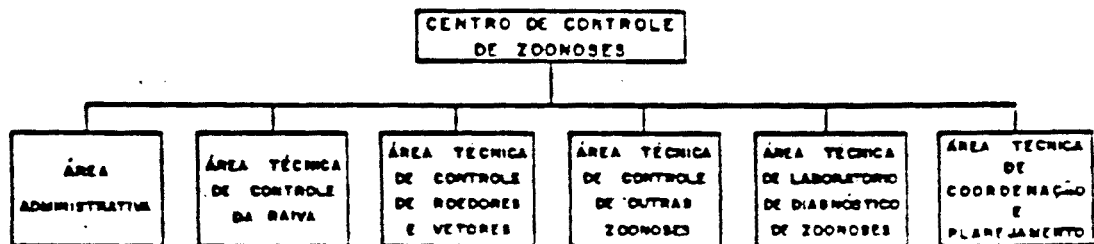


NÍVEL I



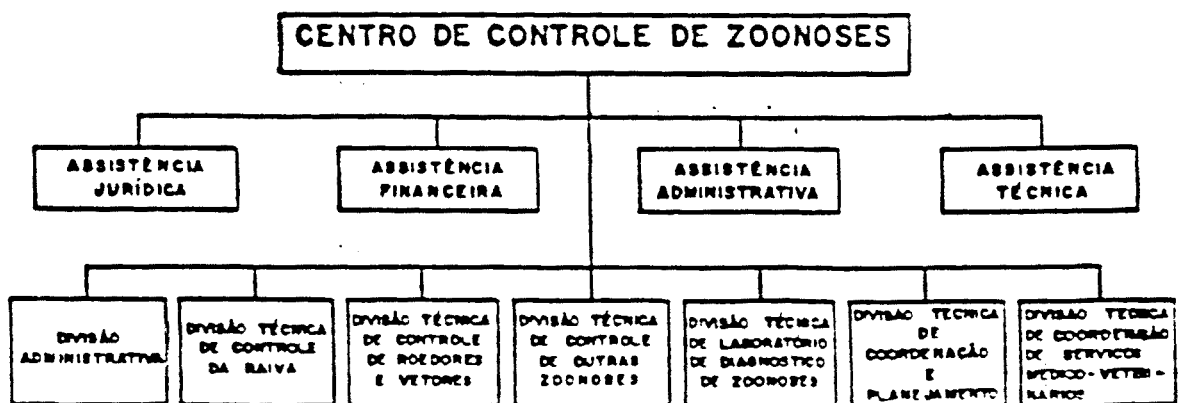
ANEXO 1

NÍVEL II

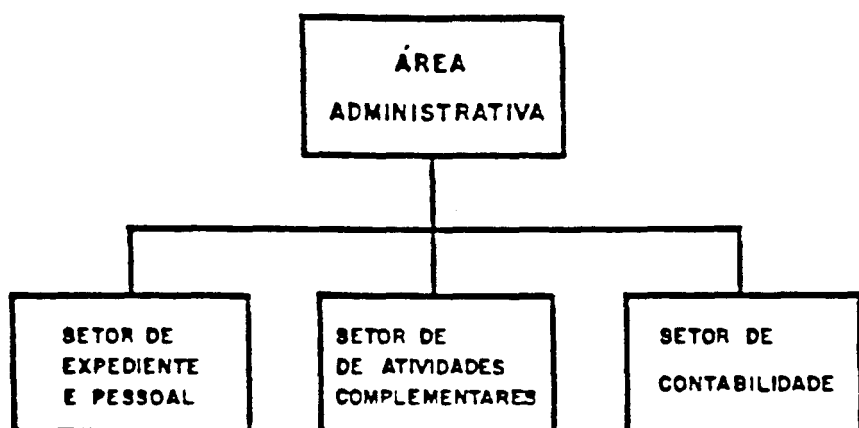


ANEXO 2

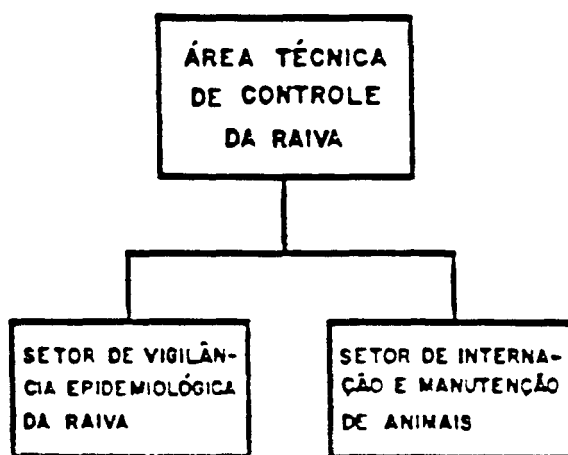
NÍVEL III



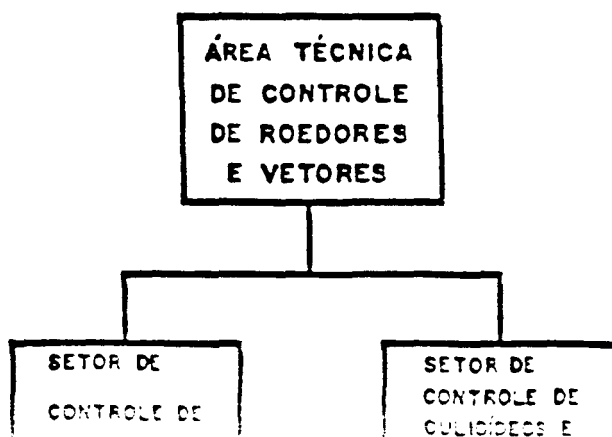
ANEXO 3

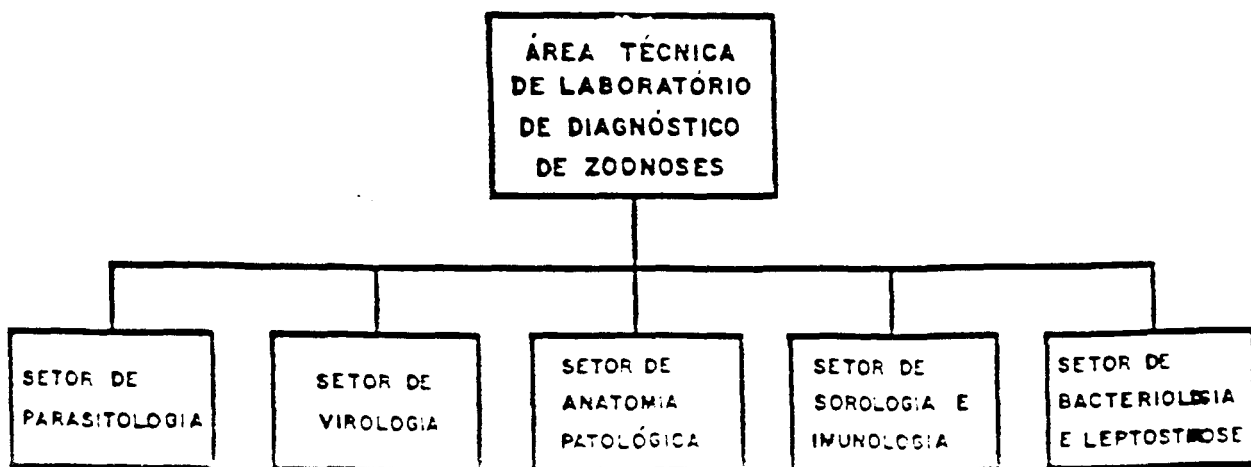
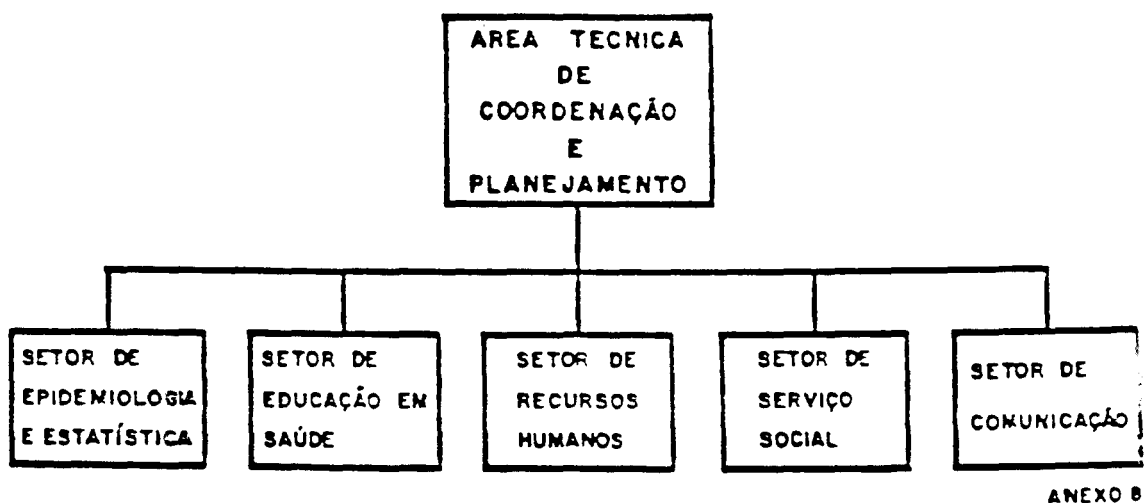
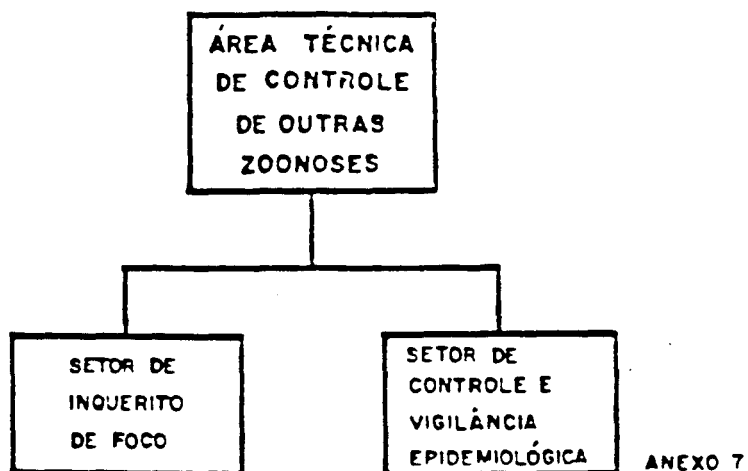


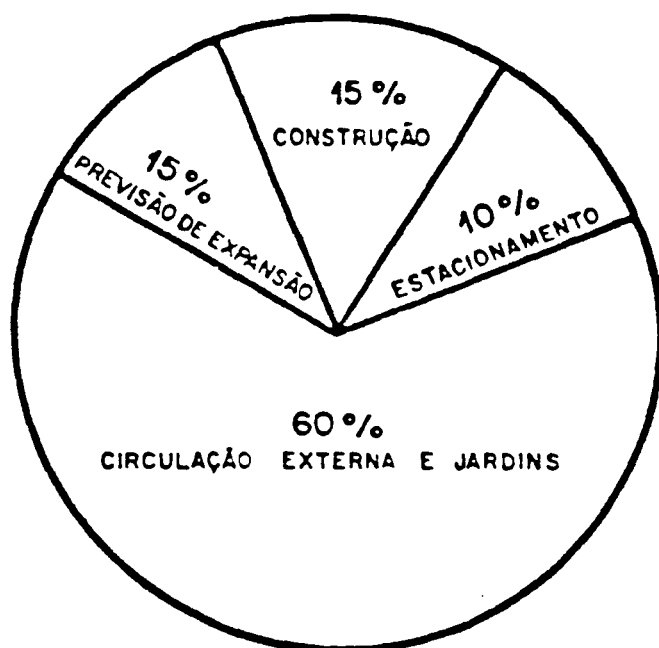
ANEXO 4



ANEXO 5

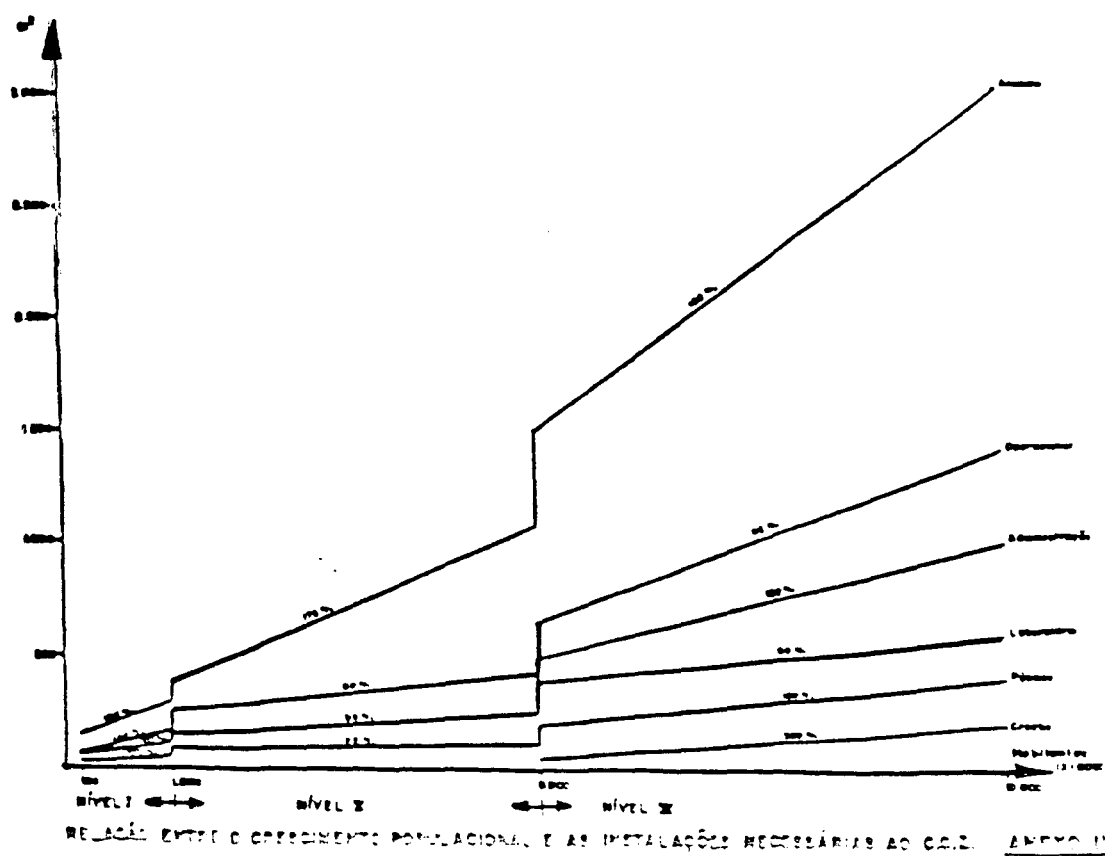


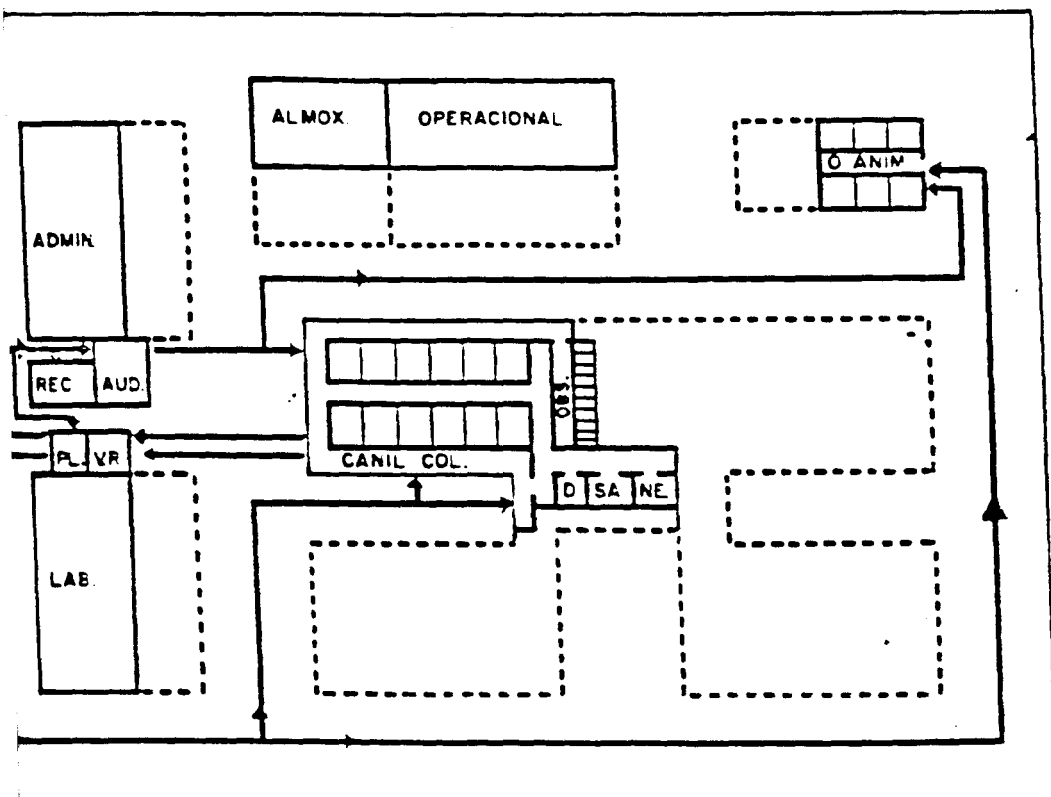




TERRENO

ANEXO 10





DS - C.C.Z. NÍVEL II

LEGENDA
 — ANIMAIS
 — PÚBLICO
 — CONST. INICIAL
 .. AMPLIAÇÃO

ANEXO 12

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PREFEITO

- 1) Qual a sua trajetória política até a atual gestão?
- 2) Quais as suas principais metas de governo?
- 3) De onde vem os recursos financeiros desta Prefeitura?
- 4) Qual a principal fonte de arrecadação do Município?
- 5) O Município tem o Plano Diretor? Se sim, poderíamos conhecê-lo?
- 6) Em que estágio se encontra o processo de municipalização no setor saúde? Quando ocorreu? Quais foram as dificuldades na sua implantação?
- 7) Como se dá a participação popular na implantação do S.U.S e no seu governo como um todo?
- 8) Como é o relacionamento com outros municípios da região, principalmente no Setor Saúde?
- 9) Quais são as principais Secretarias de Governo?
- 10) Como é composta a Câmara de Vereadores?
- 11) Como o Sr. vê o inter-relacionamento: Saúde, Educação, Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável?
- 12) Quais as diretrizes para o Saneamento do Município?

ANEXO 18

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO

- 1) Qual foi a lei ou decreto de criação da Secretaria da Saúde (competências, finalidades, organogramas)?
- 2) Qual a composição da receita do Município e sua distribuição?
- 3) O Município possui Plano Diretor?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR MUNICIPAL DE SAÚDE

- 1) Como é o sistema de saúde no Município?
- 2) Como é a Secretaria da Saúde no conjunto das instituições públicas?
- 3) Quais são os objetivos gerais e específicos da Política Municipal de Saúde?
- 4) Quais as outras instituições ligadas ao Serviço/Política de Saúde?
Qual sua interrelação? Há convênio entre a prefeitura e essas entidades?
- 5) Como está estruturado o Conselho Municipal da Saúde?
- 6) Em que fase se encontra o processo de municipalização?
- 7) Qual é a estrutura organizacional no setor saúde?
- 8) Como é composto o quadro de Recursos Humanos? Há uma política de Recursos Humanos?
- 9) Como se dá a capacidade instalada? Quais os tipos de Ambiente de Trabalho?
- 10) Como é a Administração dos recursos no setor saúde?
- 11) Quais os Programas de Saúde existentes?
- 12) Como é o Sistema de Informação em Saúde?
- 13) Como se dá o enfoque epidemiológico no Município?
- 14) Como é feita a avaliação da qualidade?
- 15) Quais os principais problemas de saúde no Município?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR DO
PLANEJAMENTO**

- 1) Existem no município fontes de poluição ambiental por atividades industriais com geração de resíduos sólidos, líquidos ou gasosos? Quais? Que quantidades?
- 2) Qual o tipo de atividades dessas indústrias?
- 3) Como são transportados e dispostos esses resíduos?
- 4) Existe tratamento para resíduos? Qual?
- 5) Existe poluição ambiental por atividade agro-pastoril? Quais as atividades rurais predominantes?
- 6) Existe controle sobre o uso de produtos químicos?
- 7) Existe controle ou parecer da CETESB sobre poluição?
- 8) O senhor conhece o comprometimento dos mananciais pela poluição?
- 9) Existe controle e proteção das fontes de águas minerais?
- 10) Existe alguma informação sobre emissão de poluentes por veículos automotores?
- 11) O senhor conhece as fontes de poluição sonora e visual do município? Gostaria de fazer algum comentário?
- 12) Existem regras para uso e ocupação do solo? Quais suas características principais (áreas verdes, rios, loteamentos, indústrias, residências e comércio)?
- 13) Como funciona o zoneamento no município?
- 14) Como é feito o gerenciamento dos recursos naturais?

15) Qual o envolvimento da prefeitura com as favelas?

16) Existem áreas de proteção de mananciais e áreas de proteção ambiental? Como são controladas? Por quem?

17) O cemitério se constitui em problema ambiental para a cidade? Está localizado adequadamente? O senhor sabe se há comprometimento do lençol freático?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETOR DE OBRAS E VIAÇÃO

- 1) Qual (s) a (s) empresa de ônibus urbano utilizado pela população e qual a frequência (intervalo) de passagem pelo mesmo ponto? É particular ou municipal?
- 2) Quais outros tipos de transporte utilizado pela população, no perímetro urbano e rural?
- 3) Quais as estradas municipais existentes, quantos Km no total e qual o seu destino?
- 4) Qual (s) é (são) a (s) ferrovia que existe (m) no município? Qual (is) seu (s) destino (s) e para onde é (são) utilizada (a)?
- 5) A empresa de ônibus Danúbio Azul liga o município de Santa Rosa de Viterbo a qual (is) outro (s)? Qual o intervalo de chegada destes ônibus? Existe outra empresa?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR DO SERVIÇO DE
MANUTENÇÃO DO DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA**

- 1) Qual o órgão responsável pela limpeza urbana? A quem está ligado?
- 2) Quais as quantidades de lixo doméstico, industrial e hospitalar produzidas por dia?
- 3) Existe dia para transporte e destinação separados para cada uma dessas fontes?
- 4) Como é feita a coleta de lixo e com que frequência?
- 5) Qual o tipo de caminhão utilizado? Quantos são os coletores e motoristas?
- 6) O destino do lixo são os lixões, aterros sanitários, usinas de compostagem, incineradores ou associações entre estes? Neste caso, quais as quantidades e que tipo para cada um?
- 7) No caso dos lixões, onde estão localizados? Qual a distância dos núcleos habitacionais? Quais os problemas ambientais? Existem "catadores"?
- 8) O senhor conhece a opinião dos munícipes sobre os lixões?
- 9) Como é acondicionado o lixo doméstico nas áreas mais carentes?
- 10) é comum o lixo nos terrenos baldios?
- 11) O senhor conhece o destino do lixo na zona rural? Como é feito?
- 12) Qual o destino das podas e varrições de rua?
- 13) Existe coleta diferenciada para entulho? Qual o seu destino?

- 14) Existe coleta seletiva no município? Como é feita? Se não existe, está planejada a sua implantação? Quando e de que forma?
- 15) Qual a vida útil dos depósitos (lixão, aterro)? Existe projeto para dimensionamento de novas áreas e/ou soluções alternativas?
- 16) Existe campanha de educação do turista para destinação do lixo?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O ADMINISTRADOR DA
IRMANDADE DA SANTA CASA**

- 1) Como se caracteriza a demanda deste hospital?
- 2) Em que casos há encaminhamento?
- 3) Vocês recebem pessoas das cidades circunvizinhas?
- 4) Existe atendimento ambulatorial? Quais as especialidades?
- 5) É usual fazer a contra-referência para as unidades básicas?
- 6) Como está organizada a estrutura dos serviços?
- 7) Quais são os leitos hospitalares disponíveis e existentes? Como são ocupados? Existem casos que se encaminha por falta de leito?
- 8) Existe maternidade no hospital? Como está organizada?
- 9) Existe alguma forma de acompanhamento, controle e avaliação da assistência prestada?
- 10) O hospital possui algum convênio com órgãos da administração pública? Para quais serviços?
- 11) Como é feito o pagamento pra estes serviços prestados?
- 12) Qual é a sua opinião sobre a municipalização em Santa Rosa de Viterbo e o papel do hospital dentro deste processo?
- 13) Qual o índice de mortalidade geral, mortalidade materna, mortalidade infantil, e especialmente mortalidade perinatal ocorrido no hospital?
- 14) Como está organizada a comissão ou como se cuida do controle de infecção hospitalar? Que profissionais fazem parte deste trabalho?
- 15) Qual é o destino do lixo hospitalar?
- 16) Que dificuldades o Sr.(a) vê no desenvolvimento do seu trabalho? E das equipes de apoio?
- 17) Como se dá o financiamento deste hospital?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 1) Como está organizado o Centro de Saúde?
- 2) Quais os programas em funcionamento?
- 3) Quantas pessoas são atendidas pelo Centro de Saúde?
- 4) Quantos adultos? Quantas crianças?
- 5) Como é feita a coleta de dados pelo Centro de Saúde?
- 6) O que é feito com os dados coletados, depois de trabalhados?
- 7) Qual o horário de funcionamento do Centro de Saúde? E quantas pessoas trabalham?
- 8) Como são agendadas as consultas?
- 9) Quanto tempo uma pessoa espera até ser consultada?
- 10) Existe tempo de espera para marcação de consulta? Em média, quanto é este tempo?
- 11) Quanto é o tempo de espera para a realização de exames e quanto tempo demora o resultado?
- 12) Onde são feitos os exames de laboratórios?
- 13) Existe um sistema de referência e contra-referência?
- 14) Como está organizado o serviço de vigilância sanitária?
- 15) Como está organizado o serviço de vigilância epidemiológica?
- 16) Ocorre algum tipo de epidemia no município? Qual?
- 17) Existe atendimento a casos de saúde mental?
- 18) Como está organizado o programa de assistência à saúde da mulher?
- 19) Qual é a doença transmissível que mais tem aparecido?
- 20) Existe na unidade o Conselho Gestor? Como está funcionando?
- 21) Como é feito o acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde?
- 22) Como está organizado o serviço de saúde bucal?
- 23) Como está a situação dos funcionários com a municipalização?
- 24) Quais as dificuldades que são encontradas para desenvolver seu trabalho?
- 25) Qual é a sua opinião sobre a municipalização?
- 26) Como está ocorrendo a municipalização da unidade?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR DE SAÚDE
BUCAL**

- 1) Como surgiu o Serviço de Saúde Bucal no Município? (retrospectiva histórica) .
- 2) Quais são os objetivos gerais e específicos da Política de Atenção à Saúde Bucal?
- 3) Quais são as metas de curto, médio e longo prazo a serem implantadas pelo Serviço de Saúde Bucal?
- 4) Como é a capacidade instalada? (Detalhar Rede Física, equipamentos e tipo de ambiente de trabalho)
- 5) Como está organizado o “Programa” de Saúde Bucal? (Detalhar tipo, sistema de trabalho, sistema de atendimento, quantidade de recursos humanos).
- 6) Como é realizado o planejamento, execução, avaliação e controle deste Programa? (Detalhar levantamentos epidemiológicos; indicadores de produção e produtividade; custos operacionais e de investimentos; avaliação de qualidade dos serviços).
- 7) Como é realizada as ações Administrativas do Serviço? (Detalhar características gerais: aquisição, estocagem, distribuição; manutenção; compra de instrumentos e materiais; gerenciamento e acompanhamento e controle dessas ações).
- 8) Como é o Sistema de Informação do Serviço de Saúde Bucal? (Detalhar características dessa sistema, sua utilização, consolidação, análise dos dados e retorno da informação à nível local).
- 9) Como a Saúde Bucal está inserida no Conselho Municipal da Saúde?
- 10) De que forma a Saúde Bucal atua na Comunidade? (Detalhe acesso às informações e os meios de utilização para essa participação)
- 11) Como está inserida a Saúde Bucal no contexto da Municipalização?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA**

- 1) Como está organizada a equipe de Vigilância Epidemiológica ?
- 2) Como está estruturado o serviço ?
- 3) Como está organizada a rotina de trabalho deste serviço ?
- 4) Quais são as dificuldades mais frequentes ?
- 5) Como se dá a integração com a Vigilância Sanitária ?
- 6) Quais e como são os instrumentos utilizados no trabalho ?
- 7) Quais e como são utilizados os meios de comunicação ?
- 8) Como se dá a integração com a casa da agricultura?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CENTRO DE SAÚDE III "DR. RENATO PALMA ROCHA "

- 1) Como a Vigilância Sanitária está estruturada no Município ?
- 2) Qual a relação entre o nível Municipal com o nível Regional da Vigilância Sanitária ?
- 3) Como é formada a equipe da Vigilância Sanitária do Município ?
- 4) Quais os problemas prioritários detectados pela Vigilância local ?
- 5) Qual a participação da população nas ações da Vigilância Sanitária ?
- 6) Existe alguma atividade educativa direcionada à Vigilância Sanitária ?
- 7) Qual a função do SIM no Município?
- 8) Existe matadouro no Município ?

DIR XVIII - RIBEIRÃO PRETO

- 1) Com a implantação da municipalização como se integra a Vigilância Sanitária da regional com o município?
- 2) Como estão estruturadas as diferentes competências? Até que ponto são atribuídas as responsabilidades? Há respostas adequadas?
- 3) As Ações de vigilância Sanitária abrangem todas as áreas? Quais suas atuações e como são feitas?
- 4) Enumere os principais problemas encontrados nas práticas da Vigilância Sanitária? O que tem sido feito para solucionar estes problemas?
- 5) Existem programas de monitoramento por área de atuação? Se existem quais são e como são realizados ?
- 6) Existem campanhas educativas sendo feitas pela Vigilância Sanitária? Se sim, quais e como são feitas?
- 7) Há participação popular nas ações de Vigilância Sanitária?
- 8) Como é feito o recrutamento e/ou seleção de recurso humano (estadual e municipal)? Há treinamento específico por área técnica? Há reciclagem e/ou rotatividade de pessoal na área? Quantos são os funcionários e como se distribuem por área?

- 9) Com relação ao recurso material, como vigora sua aquisição? Há fornecimento para municípios carentes?
- 10) Quais as condições do sistema de reservação e distribuição? Qual a extensão da rede? Quantos reservatórios e qual a capacidade de cada um?
- 11) Existe controle do residual de cloro e bacteriológico? Quem analisa e com que frequência?
- 12) O Sennhor sabe como é feito o controle da qualidade das águas das fontes, quem faz as análises e com que frequência?
- 13) É possível obter cópias desses resultados?

ANEXO 28

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL

- 1) - Situar o cargo dentro da Prefeitura
- 2) - Tempo de trabalho, horário de serviço
- 3) - Comentar as atividades desenvolvidas
- 4) - Comentar a estrutura de que dispõe
- 5) - Comentar os maiores problemas e dificuldades
- 6) - Comentar a situação atual do município em relação às zoonoses
- 7) - Comentar a integração com vigilância sanitária
- 8) - Comentar a utilização de campanhas educativas

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELO
SERVIÇO DE ESGOTO**

- 1) Qual o número de ligações de esgoto do município?
- 2) O senhor conhece o destino dos esgotos não coletados pelo SAE?
- 3) Qual a porcentagem de esgoto coletado que recebe tratamento?
- 4) Que tipo é esse tratamento?
- 5) Qual o destino do esgoto coletado e não tratado?
- 6) O SAE também coleta efluentes industriais ou só domésticos? Os efluentes vêm de que tipo de atividades industriais?
- 7) Quais condições da rede coletora de esgotos? Qual sua extensão?
- 8) Existe projeto de construção ou expansão da ETA?
- 9) Como funciona a drenagem urbana das águas fluviais? Existem ligações clandestinas de esgotos?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELO
SERVIÇO DE ÁGUA E ESGOTO**

Serviço de Água

- 1) Qual o nome correto do serviço e como está ligado à Prefeitura?
- 2) Qual o número de ligação de água do município?
- 3) Qual o volume de água potável produzido?
- 4) O senhor conhece a porcentagem de perda por vazamento?
- 5) O SAE atua também na zona rural?
- 6) O que é feito na zona rural?
- 7) Como é a composição da tarifa? É preço único ou proporcional ao consumo?
- 8) Quais são os mananciais de captação e qual a contribuição de cada um?
- 9) Cada manancial abastece uma ETA ou existem sistemas isolados que recebem tratamento simplificado? Como é esse tratamento?
- 10) Quais as etapas do tratamento na ETA? O senhor acha que existe alguma deficiência?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DELEGADO DE POLÍCIA

- 1)Quais as Delegacias existentes no Município?
- 2)Quantas viaturas existem nesta (s) delegacia (s)?
- 3)Existe corpo de bombeiros no Município? Quantas viaturas?
- 4)Quais os Serviços de segurança pública existentes no Município?
- 5)Quais os incidentes policiais que mais ocorrem no Município?
- 6)Está organizado o Conselho da Mulher?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DE
SINDICATOS**

- 1) Como se deu a origem do sindicato?
- 2) Quantos filiados tem o sindicato?
- 3) O Sindicato oferece algum benefício para os sindicalizados? Quais?
- 4) Quantas pessoas trabalham na área do seu sindicato?
- 5) Existem mais homens ou mulheres inscritos no sindicato? Quantos?
- 6) Existem desempregados na sua área?
- 7) O Município tem problemas de acidentes de trabalho? Quais?
- 8) O serviço de saúde municipal atende estes acidentados?
- 9) O sindicato tem representante no Conselho Municipal de Saúde?
- 10) Na sua opinião, de que as pessoas mais adoecem no Município de Santa Rosa de Viterbo?
- 11) O que o Sr. acha dos serviços de Saúde do Município?
- 12) Como está o serviço de Saúde entre o sindicato e a Secretaria de Saúde?
- 13) Como é feito o pagamento para estes serviços?
- 14) Quais os problemas para os trabalhadores rurais provocados pelo uso de agrotóxicos?
- 15) Onde são atendidos os trabalhadores que sofrem intoxicação por agrotóxicos?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O CURADOR DA INFÂNCIA E
ADOLESCENTES**

- 1) Santa Rosa de Viterbo já instalou o Conselho Tutelar?
- 2) Quais os maiores problemas que chegam à Vara da Infância/
Adolescência?
- 3) A gravidez na adolescência tem sido um problema na cidade?
- 4) Existe um local para as vítimas da violência?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DELEGACIA DE ENSINO

- 1) O número de vagas existentes atende a demanda do Município?
- 2) Para qual série há maior dificuldade de conseguir vagas?
- 3) Qual o percentual de analfabetismo no Município?
- 4) Existe programa de alfabetização de adultos? Qual (is)?
- 5) Qual o percentual de evasão escolar no Município?
- 6) Qual é a causa principal para esta evasão escolar?
- 7) Em que ano escolar se dá o maior número de evasão?
- 8) Existem cursos técnicos em funcionamento? Quais?
- 9) Existem cursos supletivos?
- 10) Existem atividades conjuntas com a área de saúde? Quais?
- 11) Qual a doença que provoca maior número de faltas dos alunos?
- 12) A merenda escolar é fornecida aos alunos?
- 13) A Senhora tem conhecimento se é comum o uso de drogas entre os alunos das escolas?
- 14) A Senhora tem conhecimento de gravidez entre as alunas?
- 15) A Secretaria tem realizado treinamento ou reciclagem para os professores?

ANEXO 35

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PRESIDENTE DO FRIGODOURO COMERCIAL E ABATE DE ANIMAIS

- 1) Qual o número de pessoas que compõe essa associação?
- 2) Como surgiu e qual a finalidade de sua formação?
- 3) Houve algum tipo de assessoria técnica?
- 4) Qual o perfil da clientela a ser atendida?
- 5) Como é a relação com o SIM?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM LÍDERES COMUNITÁRIOS

- 1) Como funciona o Sistema de Saúde do Município de Santa Rosa?
- 2) Como é o ensino aqui no seu bairro?
- 3) Existe algum programa educativo que envolve a população?
- 4) A carne consumida na cidade ou no seu bairro vem de onde?
- 5) Qual o tipo de leite que é usado no seu bairro?
- 6) Os cachorros de sua região são vacinados?
- 7) Como se encontra a situação de cachorros soltos na rua?
- 8) Como se considera o serviço de água e esgoto do bairro? (tarefa/ racionamento...)
- 9) Como é a coleta de lixo no bairro?
- 10) Como é considerado a operação arrastão (plano de limpeza) no seu bairro?
- 11) Onde a população usa o serviço de saúde?
- 12) Como são as condições de moradia no seu bairro?
- 13) Qual é o tipo de ocupação principal no seu bairro(homens/mulheres)?
- 14) Qual é o grau de escolaridade?
- 15) Como as pessoas aproveitam seu dia de folga?
- 16) Quais as doenças mais comuns no seu bairro?
- 17) Existe segurança no seu bairro?
- 18) Onde a população busca as notícias?
- 19) Quais os principais problemas no seu bairro?
- 20) Algum adoeceu de hepatite no seu bairro?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELO
SETOR DE CONTROLE DE VETORES**

- 1) Como se dá a integração entre a SUCEN Regional com os Municípios?
- 2) Descrever as principais atividades no controle de vetores, a periodicidade e o fornecimento de material.
- 3) Qual o número de funcionários Municipais e ou Estaduais no trabalho de campo ? Receberam algum tipo de treinamento ?
- 4) Há programas de assessoria técnica direcionados ao Município ? Quais e como são realizados ?
- 5) Como são utilizadas as campanhas educativas ?
- 6) A população tem participado na campanha de vetores do Município? Como ?

