

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

RELATÓRIO

**DO TRABALHO DE
CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

— 1993 —

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE AMPARO - SP

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

São Paulo
1993



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

Não há exemplares para distribuição.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

NOME	FORMAÇÃO	ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
Adilson Soares	Economia	Políticas*
Ana L. D. Rodrigues	Odontologia	Odontologia
Cleusa Ulanin	Psicologia	Políticas*
Dercy Apda. Bacini	Odontologia	Odontologia
Edith P.P.Lauridsen	Medicina	S.Mat.-Infantil
Eliana de F. Paulo	Enfermagem	Ed.em Saúde Pública
Maria C. Tissi	Terap. Ocup.	Epidemiologia
Mônica A. Batistic	Farm.-Bioq.	Vig. Sanitária
Suely M.N.de Oliveira	Serviço Social	Ed. em Saúde Pública
Tânia Maris de Paiva	Odontologia	Odontologia
Valeria M. T. Elias	Medicina	Vig. Sanitária

Orientadora:

Profa. Fabíola Zioni

COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

PRESIDENTE:

Profa. Eunice Aparecida Bianchi Galati

MEMBROS

Profa. Sandra Maria Otatti de Oliveira Nitrini

Prof. Antonio Galvão Fortuna Rosa

Prof. José Cavalcante de Queiróz

Prof. Cláudio Gastão Junqueira de Castro

ALUNOS

Antonio Carlos Frias

Maria Salete M. Rodrigues

* Políticas, Planejamento, Organização e Gerenciamento em Saúde

AGRADECIMENTOS

Prefeitura Municipal da Estância de Amparo

Departamento de Saúde e Promoção Social, em especial sua
então Diretora Deusa Aparecida Djaleta Picolo e o Diretor da
Divisão Técnica de Saúde José Eduardo Petri

Funcionários da Prefeitura Municipal da Estância de Amparo

Funcionários do Escritório Regional de Saúde de Amparo -
ERSA-26

População do Município de Amparo

Docentes e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, em especial a orientadora da
equipe, Professora Fabíola Zioni

AMPARO

Recanto tão querido dos pioneiros,
Uma jóia esculpida e delicada,
Dos mais belos matizes adornada,
Morros azuis e verdes cafeeiras...

Trazes de longe, de árdua caminhada,
Dos moleques gentis de seus terreiros,
De quem gozou teus dons hospitaleiros,
Tradicional portento, que te enfada...

Da terra do café, foste princesa,
Entre as tuas irmãs que a realeza,
Com que cobiça, as visitou primeiro!...

Sendo tão nossa, eu te direi por isso,
Não há quem recebendo o teu feitiço,
Não se faça um eterno prisioneiro!...

Francisco de Assis Ferreira
Patrono da Cadeira nº 25
da Academia Amparense de Letras

Saliente-se que somente no último dia da nossa permanência no Município, tomou posse no cargo de Diretora do Departamento de Saúde e Promoção Social de Amparo a Sra. Anna Luzia de Castro, em substituição à Sra. Deusa Aparecida Djaleta Picolo.

As entrevistas e apreciações constantes deste trabalho referem-se à Sra Deusa e sua gestão frente àquele Departamento.

Í N D I C E

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	8
2.1 Gerais	8
2.2 Específicos	8
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	9
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO	17
4.1 Histórico	17
4.2 Aspectos Geográficos	19
4.3 Aspectos Demográficos	20
4.4 Atividades Econômicas	20
4.5 Aspectos Urbanos	21
4.6 Aspectos Culturais	21
4.7 Atrações Turísticas	22
4.8 Aspectos Arquitetônicos	22
4.9 Passeios	22
4.10 Saneamento do Meio	23
4.10.1 Sistema de Abastecimento de Água	23
4.10.2 Sistema de Coleta, tratamento e destino final dos esgotos sanitários	28
4.10.3 Sistema de coleta e destino final dos resíduos sólidos	29
4.10.4 Poluição das Águas	30
4.10.5 Poluição sonora	31
4.10.6 Planejamento Territorial urbano	31

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	32
5.1 Distribuição da População por Faixa Etária e Sexo	32
5.1.1 Estrutura da pirâmide populacional	32
5.1.2 Razão de Masculinidade	39
5.1.3 Razão de Dependência	40
5.2 Indicadores de Saúde	40
5.2.1 Mortalidade Proporcional segundo idade	40
5.2.2 Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes	42
5.2.3 Mortalidade específica por causa e idade	47
5.2.4 Séries Históricas	51
5.2.5 Coeficiente de Mortalidade Geral	54
5.2.6 Coeficiente Geral de Natalidade	56
5.2.7 Coeficiente de Natimortalidade	56
5.2.8 Coeficiente de Mortalidade Infantil	59
5.2.9 Morbidade Hospitalar	66
6. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM AMPARO	68
6.1 Características dos Serviços e Estrutura Organizacional	68
6.1.1 Unidades Básicas de Saúde	69
6.1.2 CIREN	83
6.1.3 Centro Odontológico	85
6.1.4 Ambulatório Regional de Especialidades	87
6.1.5 Seção de Laboratório	89

6.1.6	Serviços Conveniados	91
	- Unidades hospitalares	91
	- Consultórios médicos	97
6.1.7	Serviços de Saúde Complementares ao SUS em Amparo	98
6.1.8	Observações	98
6.2	Recursos Financeiros	102
6.3	Recursos Humanos	103
6.4	Vigilância à Saúde	106
6.4.1	Vigilância Sanitária	106
6.4.2	Vigilância Epidemiológica	111
6.4.3	Atenção à Saúde Bucal	120
6.4.4	Atenção à Saúde Mental	124
6.4.5	Atenção à Saúde da Mulher e da Criança	128
6.5	Organização do Sistema	149
6.5.1	Descentralização	149
6.5.2	Integralidade	150
6.5.3	Resolubilidade	152
6.5.4	Hierarquização	154
6.5.5	Territorialidade	155
6.5.6	Acessibilidade	156
6.5.7	Democratização	159
6.5.8	Gerenciamento	161
6.5.9	Participação Popular	163
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
	BIBLIOGRAFIA	171
	ANEXOS	174

1 - INTRODUÇÃO

A proposta de integração das ações e serviços de saúde em um sistema único de saúde no Brasil, regionalizado e hierarquizado, é bastante recente. Vários momentos foram vividos até o proposto na Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas 8080 de 19/09/90 e 8.142 de 28/12/90.

Na década que vai de aproximadamente 1974 a 1984, o Sistema Nacional de Saúde era constituído por um complexo de serviços dos setores público e privado, sendo organizado e disciplinado pela Lei 6.229 de 17.7/75. Ações e serviços eram desenvolvidos por várias instâncias em cada uma das esferas de governo sem que fosse garantida uma direção única em cada esfera. Em nível federal Ministérios diversos eram responsáveis por campos específicos de ação, dos quais destacamos três: ao Ministério da Saúde competia basicamente a formulação da política de ações voltadas para o interesse coletivo, a elaboração de normas técnicas, entre outras; ao Ministério da Previdência e Assistência Social cabia atuar no atendimento médico-assistencial individualizado, quer através de serviços próprios, quer através de convênios ou contratos com instituições privadas (esse atendimento dirigia-se aos previdenciários e seus dependentes); ao Ministério do Trabalho cabia a responsabilidade pela higiene do trabalho e saúde do trabalhador.

Em nível Estadual, o mesmo quadro se repetia. Em São Paulo encontrávamos "segmentos" da saúde sendo gerenciados por diversas Secretarias: da Saúde, da Educação (Departamento de Assistência ao Escolar), do Governo (Hospital das Clínicas), etc.

Os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios deveriam seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde através de seus serviços, atividades e programas. A população sem vínculo empregatício era atendida em geral em unidades gerenciadas pelos governos estaduais ou em Santas Casas e outros serviços de caráter filantrópico (ou em Hospitais Universitários, onde houvesse). Porém, as principais atividades da rede de serviços de saúde estaduais eram a vacinação e outras ações de promoção e prevenção.

Em nível municipal, tanto a já referida Lei 6229 quanto a Lei Orgânica dos Municípios do Estado de São Paulo (Decreto-Lei Complementar nº 9 de 31/12/1969) atribuíam como competência dos Municípios basicamente a manutenção de serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro, por seus próprios serviços ou mediante convênio com as Santas Casas de Misericórdia ou instituições congêneres.

Como, com exceção dos municípios maiores, tais serviços eram inexistentes, ou tinham baixa resolubilidade, a assistência nas emergências apoiava-se fortemente no serviço de ambulâncias para transporte de pacientes para outros locais com maior capacidade médico-hospitalar e, portanto, mais resolutivos.

Se no plano assistencial, a competência do Município era pequena, o mesmo não ocorria, desde então, em outras ações administrativas fundamentais para proteção, promoção e preservação da saúde: a normatização de edificação e loteamento, arruamento e zoneamento urbanos, a limpeza de vias e lugares públicos, a remoção e destino do lixo domiciliar e outros resíduos, o registro e outros cuidados com animais para erradicação da raiva e outras moléstias e o uso dado a lugares públicos.

O exposto até aqui demonstra o quanto os serviços locais de saúde, quando existentes, encontravam-se totalmente desarticulados, sem qualquer esboço de gestão única.

O momento seguinte, que vai aproximadamente de 1984 a 1988, marca a transição entre os períodos anterior e posterior, da implantação do SUS.

Pode-se dizer que um marco inicial dessa transição foi o PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, cujo anteprojeto data de 1980. Discutido pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência

Social, já seguia as diretrizes de regionalização, universalização, integralidade, participação da comunidade, dentre outras, e propunha a articulação das instituições federais, estaduais e municipais. As prerrogativas do PREVSAÚDE propriamente ditas não chegaram a viabilizar-se, mas foi a partir da articulação de forças aí mobilizadas, e da crise da Previdência, com crescente insatisfação da população frente à assistência médico-hospitalar, que chegou-se à proposição das Ações Integradas de Saúde, que traduziam em termos concretos o que já vinha sendo discutido. Apesar delas terem sido propostas no ano de 1982, é somente a partir de 1984 que começa haver efetivamente repasse de dinheiro do nível Federal para os Estados. Em São Paulo, no então Governo Montoro, foram realizados convênios de assistência a municípios carentes, que promoveram a extensão da rede de serviços de saúde e a alocação de médicos no interior. Havia aplicação de dinheiro repassado pelo Estado, que somava-se aos recursos do próprio município, mas ainda não se falava em municipalização, não havia descentralização de poder para os municípios na área da saúde. Nota-se que é desta época o início da ampliação da rede de Unidades Básicas de Saúde no Município de Amparo, que somaram-se ao Centro de Saúde I de Amparo (na época estadual).

A descentralização e a crescente responsabilidade do município na execução das ações de saúde iniciadas com as Ações Integradas de Saúde foram ampliadas

através da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo (após a VIII Conferência Nacional de Saúde) que se constituiu como estratégia para se chegar ao Sistema Único de Saúde. Com o SUDS promoveu-se fundamentalmente a estadualização dos equipamentos federais. (Avançou-se para a municipalização principalmente após a Lei 8080, de 19/9/90).

Com o SUDS são criadas Comissões de Saúde de nível municipal (CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), regional (CRIS) e central (CIS) com o objetivo de discutir e deliberar sobre os problemas encontrados no desenvolvimento do sistema, com participação dos usuários. Antes disso, existiam apenas comissões de saúde ligadas a algumas Unidades de Saúde.

Em síntese, o Município foi paulatinamente tendo ampliada sua responsabilidade na execução das ações de saúde, incorporando a assistência médica. Concomitantemente, o Estado retraiu sua participação na gerência direta dos serviços de saúde e seus técnicos passaram a assumir um papel assessor, transferindo conhecimento técnico e sistematizando a experiência acumulada de modo a oferecer alternativas a serem apropriadas pelo município na busca de soluções para os problemas de saúde da população local. A histórica postura intervencionista do Estado em relação ao Município foi sendo gradualmente abandonada.

O processo de mudança é acompanhado por

aperfeiçoamento na elaboração de programas e orçamento. No Estado de São Paulo, experimentou-se um planejamento ascendente, através da elaboração de Planos Estaduais de Saúde, em conjunto com os Municípios nos anos de 1988, 1989, 1990 e 1992.

Evidentemente esse processo de discussão e mudanças graduais em direção ao SUS deu-se graças a articulações políticas que as viabilizaram.

A partir de 1988, com a consolidação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, principalmente em São Paulo, Estado que mais avançou nessa iniciativa, ocorreu um maior fluxo de recursos para o sistema, advindos do Governo Federal, Estadual e Municipal, possibilitando a estratégia de municipalização dos serviços de saúde.

O período de 1988 a 1993 pode ser dividido em duas etapas distintas no que se refere ao financiamento do sistema e também no que se refere à sua filosofia.

O Movimento Sanitário, que teve o seu grande momento com a VIII Conferência Nacional de Saúde, viu os seus projetos se consolidarem nas discussões da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 e na promulgação do texto constitucional de 1988 e Leis subsequentes (8080 e 8142); estava "definitivamente" registrado em Lei os anseios e princípios de universalidade, integralidade, equidade, através da descentralização, regionalização, hierarquização, etc.

A filosofia do sistema, inquestionável como princípio, no Estado de São Paulo transforma-se em política de saúde, ganhando corpo a partir de 1988 o processo de municipalização acelerada dos serviços, quando principalmente a rede básica de saúde passa para a gestão dos Municípios. Este processo desenvolveu-se rapidamente até o final do ano de 1990 quando os recursos financeiros ainda estavam sob a gerência do Estado. O município de Amparo assinou o convênio de municipalização com o Estado de São Paulo em dezembro de 1987.

A partir de 1991 ocorre uma centralização/compressão dos recursos com pagamento por serviços prestados através da Tabela de Procedimentos do INAMPS, também para os Municípios e Estados, dificultando toda possibilidade de construção de projetos de saúde.

Em 1993 com a publicação da portaria nº 545, de 20/5/93, do Ministério da Saúde, instituindo a Norma Operacional Básica 01/93, o processo de municipalização ganha novo impulso, através da definição clara de como vai se dar o financiamento e gestão do sistema. O município de Amparo, por suas condições atuais, provavelmente enquadrar-se-á na condição de gestão incipiente.

2. OBJETIVOS

GERAL

Conhecer e analisar o estágio atual de implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Amparo, e sua política de saúde.

ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação geral de saúde no Município de Amparo em seus aspectos sanitário e epidemiológico.

- Conhecer os Serviços de Saúde disponíveis à população: instalações, organização, funcionamento.

- Avaliar o nível de acesso da população a uma assistência integral à saúde.

- Caracterizar o entendimento e a postura de dirigentes e funcionários frente ao Sistema Único de Saúde.

- Verificar a forma de participação popular e controle social na gestão da saúde no município.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Dados iniciais a respeito das condições e do sistema de saúde no Município de Amparo foram obtidos através da leitura de seu Plano Municipal de Saúde de 1992/93 (fornecido pela Prefeitura), da consulta a outros documentos e a estatísticas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE referentes ao município. Ainda nesta primeira fase de coleta de dados, promoveu-se um encontro da equipe com a então Diretora do Departamento de Saúde e Promoção Social e com o Diretor da Divisão Técnica de Saúde do Município ocorrido em 9/11/93, na Faculdade de Saúde Pública, com duração aproximada de três horas, quando foi possível esclarecer dúvidas advindas das leituras e realizar uma entrevista não estruturada cujo roteiro é apresentado em anexo (Anexo 1).

Maior detalhamento de informações foi possível a partir da permanência da equipe no próprio município no período de 22 a 26/11/93. Adotou-se, então, basicamente, três técnicas de coleta de dados: observação dos serviços existentes, através de visitas, entrevistas abertas ou semi-estruturadas com dirigentes, funcionários e usuários, e consulta a documentos e estatísticas de saúde.

Foram visitados para observação todos os serviços integrantes do sistema de saúde local sediados no Município, quer os gerenciados diretamente pela Prefeitura, quer os de abrangência regional gerenciados ou conveniados pelo Escritório Regional de Saúde - ERSA - de Amparo. No primeiro grupo encontram-se:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Três Pontes, Arcadas, Jardim Camanducaia, Jardim São Dimas, Jardim Brasil, Jardim das Aves, Movimento Ação Rural do Pantaleão (MARP), Centro de Saúde (CS) de Amparo, Centro Odontológico, Centro Integrado de Recuperação Nutricional (CIREN). A UBS Areia Branca não foi visitada por encontrar-se desativada. Os serviços de abrangência regional visitados foram: Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) de Amparo, Laboratório Regional de Amparo, Santa Casa Anna Cintra, Hospital Beneficência Portuguesa de Amparo, Sanatório Ismael, Clínica Fazenda Palmeiras.

Além da observação propriamente dita, realizaram-se durante essas visitas entrevistas semi-estruturadas com funcionários e usuários dos serviços (ver roteiros Anexos 2 e 3). Planejou-se entrevistar dois funcionários (um de nível universitário e um de nível médio) e dois usuários de cada serviço visitado. Essa amostra de entrevistados foi obtida de forma aleatória, com pessoas presentes na unidade no momento da visita, que não era previamente agendada, exceto nos quatro hospitais. As

dificuldades próprias de uma pesquisa de campo dessa natureza levaram a alterações em relação ao número de pessoas entrevistadas em cada local, conforme apresentado abaixo. Com alguns funcionários e usuários desses serviços a entrevista não (ou não só) abordou as questões gerais do roteiro de entrevistas, mas também outras mais específicas que visavam caracterizar a organização da assistência a algumas áreas da saúde no município, quais sejam, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental e saúde bucal. Foram, então, realizadas as seguintes entrevistas:

- UBS Três Pontes:

. 3 usuários

. 2 funcionários, sendo uma atendente e uma técnica de enfermagem. A médica presente não foi entrevistada por ter um grande número de pacientes aguardando atendimento.

- UBS Arcadas:

. 3 usuários

. 1 funcionário de nível médio. A médica presente recusou-se a ser entrevistada alegando pressa em ir embora devido a outro compromisso profissional.

- UBS Jardim Camanducaia:

. 2 usuários

. 2 funcionários de nível médio. O médico presente recusou-se a ser entrevistado alegando pressa em ir embora.

- UBS Jardim São Dimas:

. 3 funcionários, sendo uma escriturária, uma técnica de enfermagem e uma médica pediatra.

- UBS Jardim Brasil:

. 3 usuários
. 2 funcionários, sendo uma técnica de enfermagem e uma médica clínica.

- UBS Jardim das Aves:

. 3 usuários
. 3 funcionários, sendo uma escriturária, uma técnica de enfermagem e um médico ginecologista.

- UBS MARP:

. Não foram realizadas entrevistas seguindo os roteiros. Durante a visita, uma das fundadoras do Movimento prestou esclarecimentos sobre o funcionamento da unidade de saúde e sobre outras atividades desenvolvidas no local.

- CS de Amparo:

. 3 usuários
. 7 funcionários de nível médio, sendo três da sala de vacinação.

. 6 funcionários de nível universitário, sendo uma enfermeira, um farmacêutico e outros quatro cujas entrevistas focalizaram aspectos particulares de programas desenvolvidos na Unidade - uma

enfermeira (vigilância), uma psicóloga (saúde Mental), dois médicos (saúde da Criança e da Mulher).

. 10 usuários encontradas na sala de vacinação, que foram entrevistadas com roteiro específico referente a condições de atendimento no pré-natal e no parto, da criança vacinada e outros aspectos ligados a atenção à Saúde da Mulher e da Criança (Anexo 4).

- Centro Odontológico:

- . 1 dentista
- . Diretor do Setor de Odontologia
- . Coordenador de Prevenção Odontológica.

A entrevista com os dois últimos abordou fundamentalmente a organização e o programa de saúde bucal no município.

- ARE:

- . 3 usuários
- . 2 funcionários, sendo uma enfermeira e uma psicóloga que forneceu também informações sobre o atendimento em Saúde Mental no Município.

- Laboratório Regional de Amparo:

- . 1 bióloga

- Santa Casa Anna Cintra:

- . 2 usuários
- . 1 médico plantonista

- . Diretor Clínico

- Beneficência Portuguesa de Amparo:

- . 3 usuários

- . Diretor Clínico

- . Diretor Administrativo

- Sanatório Ismael:

- . 1 Assistente Social

- . Diretor Clínico

- Clínica Fazenda Palmeiras: somente visita com esclarecimentos prestados por funcionária de nível médio. Não foi possível entrevistar o Diretor Clínico devido sobreposição de horário com visita já agendada no Sanatório Ismael.

O roteiro de entrevistas com os Diretores Clínicos dos Hospitais constitui o Anexo 5.

Os dados e análise apresentados no presente trabalho basearam-se ainda em entrevistas realizadas com diversos outros atores importantes no cenário da saúde no Município de Amparo:

- . Prefeito Municipal

- . Vereadora Maria Ivanilda da Silva (agendou-se também uma entrevista com o Vereador Presidente da Câmara Municipal que não chegou a realizar-se devido à ausência do mesmo no horário combinado por necessidade de

comparecer a compromisso inadiável).

. Presidente do Fundo Social de Solidariedade Municipal e sua assessora.

. Diretor do ERSA de Amparo.

. Diretor da Divisão de Vigilância Sanitária do ERSA de Amparo.

. Funcionários do ERSA de Amparo.

. Diretora do Departamento de Saúde e Promoção Social do Município.

. Diretor da Divisão Técnica de Saúde do Município.

. Chefe do Setor de Ambulâncias Municipal.

. Assessor do Prefeito.

. Membros do Conselho Municipal de Saúde.

Algumas dessas entrevistas seguiram um roteiro básico apresentado em anexo (Anexos 6 a 11) e outras foram abertas, sem roteiro pré-estabelecido. Destaque-se que mesmo quando da existência de roteiro, as perguntas não obedeciam necessariamente a ordem em que elas são apresentadas e havia um cuidado na adequação da linguagem empregada para abordar os temas com cada entrevistado.

Finalmente, colheu-se grande quantidade de informações através de consulta a documentos e dados dos seguintes Órgãos sediados em Amparo:

. Serviço Autônomo de Águas e Esgoto

- . Cartório de Registro Civil
- . Delegacia de Polícia
- . Museu Histórico de Amparo
- . Biblioteca Municipal
- . Departamento de Finanças Municipal
- . Departamento de Turismo Municipal
- . Departamento de Educação Municipal
- . Delegacia de Ensino de Amparo, da Secretaria de Estado da Educação.
- . Agência do IBGE de Amparo.

Percebe-se pelo apresentado até aqui que adotou-se procedimentos de investigação próprios de estudo de caso, que consiste no uso de técnicas de coleta de dados variadas para levantamento de informações e dados os mais detalhados possíveis, visando apreender uma situação. Apesar de não se ter realizado um estudo com todo rigor metodológico, pensou-se ser esta a melhor forma de pesquisa, dadas as limitações de tempo e recursos para o desenvolvimento do presente trabalho didático. As entrevistas desempenharam papel de destaque na metodologia adotada; os dados assim obtidos foram organizados na forma de resumos para permitir o trabalho de análise, em conjunto com os dados de observação e documentais.

Todos os elementos levantados foram confrontados de tal forma que destacaram-se aspectos que puderam ser tomados como expressão da realidade estudada. O exercício de "triangulação" ensaiado pelo grupo é

recomendado quando se adota metodologia qualitativa de pesquisa, já que permite a verificação da fidelidade das informações obtidas em relação à realidade que se busca apreender.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

4.1 HISTÓRICO

No princípio do século XIX, agricultores das regiões de Bragança, Atibaia e Nazaré chegaram à região de Amparo atraídos pela fertilidade das terras.

Os primeiros habitantes, católicos praticantes, antes mesmo de 1817 ergueram uma rústica capela às margens do rio Camanducaia e a colocaram sob a proteção de Nossa Senhora do Amparo, originando o nome da cidade. Em 1824 a pequena ermida ganha a provisão de Capela e em 8 de abril de 1829 passa a Capela curada, e a data é historicamente conhecida como a de sua fundação.

Os seus primeiros povoadores dedicaram-se ao plantio de feijão, milho, arroz, algodão e à criação de porcos, esta em larga escala, para o abastecimento de São Paulo.

Aos primeiros povoadores foram se juntando outros, fazendo crescer em tamanho e importância o núcleo pioneiro, que em 1839 tornou-se freguesia e, em 28 de março de 1865, tornou-se cidade, e esta então, graças à lavoura do café, vai ganhando posição ascendente e passa a ser considerada o quarto município mais importante do

interior paulista (Santos, Campinas, Socorro e Amparo).

Por volta de 1850 a cultura do café, próspera na província do Rio de Janeiro e no Vale do Paraíba chegava à região de Campinas e iria motivar as primeiras experiências de formação de colônias de imigrantes.

A partir da ascensão do cultivo do café na região, iniciou-se um longo período de progresso e riqueza, tendo o município vivido sua fase áurea, que atravessou o século XIX e perdurou até a segunda década do século XX.

Sede de Comarca em 1873, Amparo teve inauguração do seu ramal de estrada de ferro em 15 de novembro de 1875, tendo a estação pouco depois suplantado em movimento a própria estação de Campinas no fim do século passado. O desenvolvimento da riqueza de Amparo também foi devido ao braço escravo, cujo número, às vésperas da Abolição (1886) era de 2524 escravos para uma população total de 16.635 habitantes. Por ocasião da Abolição da Escravatura, o trabalho da lavoura não ficou totalmente desorganizado, dado o número apreciável de imigrantes italianos que já estavam instalados na região.

Amparo nasceu, cresceu e, por volta de 1930, enfrentou a crise e a estagnação devidas à queda do café na década de 40 retomou seu crescimento com a instalação de pequenas indústrias. Em 1945, devido à ação de

suas águas fortemente radioativas e mineralizadas, passou a ser considerada Estância Hidromineral, marcando o início de uma nova fase em seu progresso.

Hoje Amparo ainda preserva um pouco de sua história com a manutenção de vários casarões do século passado que foram residências dos proprietários de terra e produtores de café.

4.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Área 463 Km²

Atitude: 674 m

Clima: Temperado de Altitude Média: 24°

Topografia: Relevo fortemente acidentado

Coordenadas Geográficas: Latitude: 22° 42' 04'' S

Longitude: 46° 45' 52'' W

Posição geográfica do município: Região Leste

Limites do Município

Ao Norte: Itapira e Serra Negra

Ao Sul: Moringaba

Ao Leste: Bragança Paulista e Monte Alegre do Sul

Ao Oeste: Santo Antonio de Posse e Pedreira

Acesso Rodoviário:

Rodovia SP 352 - Amparo/Itapira

Rodovia SP 360 - Amparo/Serra Negra

Rodovia SP 360 - Amparo/São Paulo - 127 Km

Rodovia SP 95 - Amparo/Campinas - 60 Km

4.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Total de habitantes: 50.797*

Zona Urbana: 41.242**

Zona Rural: 9.369**

População Masculina: 25.471

População Feminina: 25.326

Taxa de Urbanização(1991): 81,49%

Densidade Demográfica(1991): 109,31 hab/km²

Taxa Geométrica de Crescimento Anual da
População(1980/1991): 1,80%

4.4 ATIVIDADES ECONÔMICAS

Segundo o censo econômico de 1985, Amparo possui 131 indústrias, 335 casas comerciais, 207 prestadoras de serviços nas diversas áreas, 32 empresas de construção civil e 13 empresas que atuam na área de transporte.

Os produtores rurais são 619 ocupando uma área total em hectares de 41.962. Áreas de lavouras permanentes perfazem 5.490 hectares e temporárias 5.204

* Dados Preliminares do IBGE - 1991

** Dados Preliminares da Fundação SEADE

hectares, ocupando um total de 4.014 pessoas.

Amparo possui um rebanho de 21.682 bovinos, 8.411 suínos e 2.417.884 aves.

4.5 ASPECTOS URBANOS

. Consumidores de Energia Elétrica residenciais:
11.522

. Terminais telefônicos (por mil habitantes): 101,28

. Hotéis: 4

. Agências bancárias: 9

- Assistência médica

. 4 hospitais

. 76 médicos

. 38 dentistas

. 13 farmácias.

- Ensino

. 6 creches e 19 pré-escolas municipais com 2.317 alunos; 15 escolas estaduais, 20 escolas vinculadas (zona rural), 2 classes especiais perfazendo 8.120 alunos de 1º grau e 1.140 de 2º grau; 5 classes de supletivo de 2º grau com 164 alunos, 1 colégio técnico com 1.700 alunos e 1 Faculdade de Ciências e Letras.

4.6 ASPECTOS CULTURAIS

Possui 1 Biblioteca Pública, 1 Museu

Histórico, 1 Espaço Cultural, 1 Teatro, 5 Emissoras de Rádio, 5 Jornais, 1 cooperação musical, 2 corais e 1 Academia de Letras.

4.7 ATRAÇÕES TURÍSTICAS

FONTES: Bocaina, Santa Rita de Cássia, Nossa Senhora de Amparo, São Vicente de Paula, São Benedito.

PRAÇAS: Barão do Rio Branco, Pádua, Sales e Bandeira.

PARQUES: Alonso Ferreira de Camargo, Cristo Redentor e Doutor Arruda.

VISITAS: Museu, Orquidário, Mini-Zoo, Prédio da Mojiana, Pinacoteca, Biblioteca, Centro Permanente de Artesanato.

4.8 ASPECTOS ARQUITETÔNICOS

Prefeitura Municipal, Hospital Beneficência Portuguesa, Santa Casa Anna Cintra, Igrejas, Patronato, Casarões.

4.9 PASSEIOS

Espaço da Criança, Camping Prainha, Feixos, Caixa D'Água, Fazenda do Café e Albergue da Juventude.

4.10 SANEAMENTO DO MEIO

O Município de Amparo é operado pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE no que se refere ao sistema de abastecimento de água e a rede coletora de esgotos.

4.10.1 Sistema de Abastecimento de Água

Sistema de Captação

O manancial utilizado para a captação é o Rio Camanducaia que segundo a classificação definida pela Portaria GM/0013/15/Janeiro/1976 da SEMA - Secretaria Especial do Meio Ambiente - enquadra-se na classe II, destinando-se a:

- abastecimento doméstico (após tratamento convencional)
- irrigação de hortaliças ou plantas frutíferas
- recreação de contato primário.

O Sistema de Captação localiza-se no Bairro do Castelo e denomina-se Estação José Augusto Bento.

É constituído por:

- Grade grosseira
- Canal de água bruta
- Poço de Sucção
- 2 conjuntos motor-bomba de 150CV e 175CV.

Sistema de Adução

É constituído por duas linhas de recalque, de aproximadamente 1500 m cada. Estas adutoras transportam a água até as estações de tratamento de água.

Sistema de Tratamento

Constituído por quatro estações do tipo convencional. Compreendem:

- Calha Parshal e
- Floculação com $Al_2 SO_4$
- Correção do pH com cal
- Decantadores
- Filtros
- Desinfecção por meio de cloro gasoso

A informação dada pelo diretor deste serviço é que atualmente não há a fluoretação da água de abastecimento da população.

Estas estações e suas respectivas localizações estão relacionadas a seguir:

E.T.A. I - Centro

E.T.A. II - Centro (Anexo 12)

E.T.A. III - Distrito de Três Pontes

E.T.A. IV - Distrito de Arcadas

Todas as estações de tratamento de água possuem laboratório para a execução do controle químico da água tratada.

Sistema de Reservação

Este sistema é constituído por 28 reservatórios do tipo "apoiado" distribuído por todo o município, conforme tabela 1.

TABELA 1 - Localização por bairro e capacidade dos reservatórios Município de Amparo, novembro, 1993.

LOCALIZAÇÃO	CAPACIDADE
1. Centro da Cidade (E.T.A. I)	1.000 m ³
2. Centro da Cidade (E.T.A. I)	400 m ³
3. Centro da Cidade (E.T.A. I)	400 m ³
4. Centro da Cidade (E.T.A. II)	1.500 m ³
5. Centro da Cidade (E.T.A. II)	800 m ³
6. Centro da Cidade (E.T.A. II)	400 m ³
7. Centro da Cidade (E.T.A. II)	200 m ³
8. Morro do Castelo	200 m ³
9. Morro do Castelo	100 m ³
10. Nova Amparo	200 m ³
11. Nova Amparo	50 m ³
12. Pinheirinho	200 m ³
13. Pinheirinho	200 m ³
14. Jardim Figueira	400 m ³
15. Jardim Silmara	200 m ³
16. Jardim Silmara	150 m ³
17. Vila Rica	400 m ³
18. Jardim Moureirinha	300 m ³
19. Jardim Moureirinha	130 m ³
20. Jardim Flamboyant	130 m ³
21. Jardim Flamboyant	130 m ³
22. Jardim Flamboyant	130 m ³
23. Jardim Vitória	200 m ³
24. Jardim Vitória	200 m ³
25. Jardim São Dimas	400 m ³
26. Jardim São Dimas	50 m ³
27. Arcadas	200 m ³
28. Três Pontes	280 m ³
TOTAL	8.950 m ³

FONTE: SAAE

Segundo informações fornecidas pelo SAAE, o número de reservatórios é suficiente mas a distribuição dos mesmos não segue uma coerência entre o local da instalação e a necessidade daquela região em termos de água tratada. Por outro lado, o município não realiza racionamentos no fornecimento de água encanada. Durante o verão, onde o consumo é maior, a falta de água encanada se verifica apenas em bairros mais distantes e em pontos altos do município, exclusivamente devido à má distribuição dos reservatórios. Estes pontos são localizados no Jardim Silmara e no local abastecido pelo reservatório do Figueira, onde há necessidade de bombeamento da água.

Além da água tratada, a população se utiliza de poços artesianos nos seguintes bairros: São Dimas, Modelo, Cachoeira, São Sebastião, Nova Era, Vitória, Vista Alegre e Parque do Sol.

A rede de distribuição de água cobre, segundo o SAAE, 100 por cento da população e tem uma extensão de 140.000 m., atingindo 12.161 pontos de ligação. A produção estimada é de 388.000 m³ e o consumo faturado é de 280.047 m³, para o mês de novembro de 1993, considerando-se o consumo residencial e o industrial. A perda calculada em toda extensão da rede é de aproximadamente 50 por cento, considerando-se também a água consumida pela Prefeitura, Mercado Municipal, Bombeiros e serviços localizados em locais pertencentes à Prefeitura.

Nesta perda de, aproximadamente, 50 por cento, está computada a água utilizada para a lavagem dos filtros das estações de tratamento. São gastos 120.000 litros/dia para cada filtro e a cada 30 dias, são gastos 550.000 litros para a lavagem do decantador. Foi informado que a cada 20 dias ocorre também a limpeza da rede.

Para que estes problemas sejam minimizados, o diretor do SAAE informou que serão realizadas limpezas da tubulação da água bruta e estão previstos aumentos das estações de tratamento, com a adição de mais dois flocculadores e mais um filtro. Com o aumento do Sistema de Captação, o Município de Amparo prevê um fornecimento adequado e suficiente para o total da população até o ano 2010.

O Serviço Autônomo de Água e Esgoto, SAAE, emprega 108 funcionários, dos quais um é engenheiro e um é químico. Sua folha de pagamento para o mês de novembro de 1993 foi de CR\$ 4.500.000,00.

4.10.2 Sistema de Coleta, Tratamento e destino final dos esgotos sanitários

O município de Amparo possui uma rede coletora para os esgotos sanitários com uma extensão de 110.000 m, atingindo 10.713 domicílios, isto é, 95% da população.

Os esgotos são lançados "in natura" diretamente no Rio Camanducaia. Segundo o SAAE, existe atualmente um Plano de Consórcio denominado Rio Piracicaba-Capivari, entre os vários municípios da região, para a realização do tratamento dos esgotos sanitários antes de serem lançados ao rio. Alguns bairros do município utilizam-se de fossas sanitárias para o destino final dos esgotos, entre eles: Oripaba, Vitória, Nova Era, São Sebastião e Cachoeira.

4.10.3 Sistema de coleta e destino final dos resíduos sólidos

A coleta do lixo urbano é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Amparo, que possui a Seção de Coleta de lixo pertencente ao Departamento de Obras e Sistema de Viação. A coleta é realizada diariamente, das 17:00 h a 1:00 h da manhã, de segunda à sábado, atingindo entre 95 a 98 por cento da população do perímetro urbano. Alguns loteamentos de chácaras já contam com o Sistema de Coleta de Resíduos sólidos.

Para a realização deste serviço, a Prefeitura conta com 5 caminhões compactadores, com 4 motoristas e 16 coletores para uma coleta de 30 toneladas/dia.

Os moradores acondicionam o lixo doméstico em sacos plásticos, não havendo, entretanto, a

realização de uma coleta seletiva que, segundo informações está em vias de ser implantada nos próximos anos.

Existe uma equipe que realiza a poda de árvores e a limpeza dos parques e jardins vinculada ao mesmo Departamento.

Não há tratamento adequado dos resíduos sólidos e o destino final dos mesmos é um aterro sanitário localizado no município de Itapira.

Segundo a Prefeitura, atualmente existe uma lei para ser votada na Câmara sobre a terceirização dos serviços de coleta de resíduos sólidos.

4.10.4 Poluição das Águas

Considerando-se que o Rio Camanducaia é o principal manancial de captação para o sistema de abastecimento de água do município e tendo-se a constatação que o próprio rio recebe os esgotos sanitários "in natura", poder-se-ia supor que o município enfrentasse um grande problema em relação à poluição do rio Camanducaia. Segundo informações dadas pela Prefeitura, a CETESB tem um rígido controle na manutenção da qualidade das águas deste rio e afirma que todas as indústrias que despejam seus esgotos no Rio Camanducaia possuem um tratamento adequado dos resíduos líquidos.

4.10.5 Poluição sonora

A poluição por ruídos no município de Amparo é restrita aos fins de semana, devido às casas noturnas. Não há outros tipos de ruídos significativos, quer sejam industriais ou por veículos auto-motores.

4.10.6 Planejamento Territorial Urbano

Segundo informações da Prefeitura não há uma Lei de Zoneamento. O plano diretor do município é antigo, do início da década de 70. Existe, atualmente, uma preocupação por parte da Prefeitura em se organizar uma nova Lei de Zoneamento juntamente com a sociedade. Os alvarás cedidos às indústrias, na sua maioria, são em caráter provisório.

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

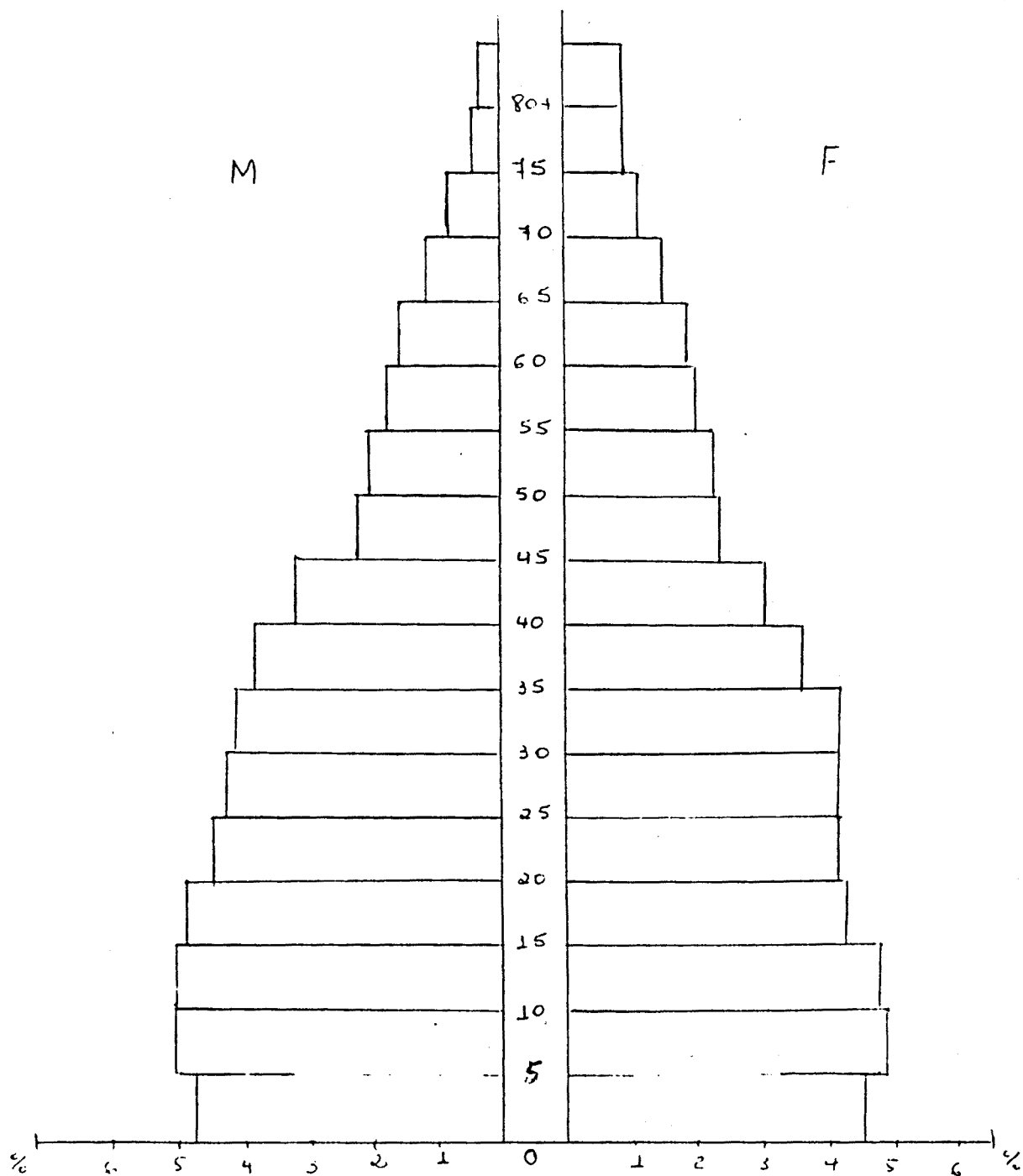
Para um breve perfil das condições de saúde do Município de Amparo do ponto de vista epidemiológico, julgou-se necessário abordar alguns aspectos da composição desta população e alguns indicadores que tentam traduzir diretamente a saúde ou sua ausência nessa dada população.

5.1 Distribuição da população por faixa etária e sexo

5.1.1 Estrutura da pirâmide populacional

A pirâmide populacional do município de Amparo em 1991 pode ser classificada como em fase de transição para o tipo 3, segundo a classificação de Thompson. A pirâmide do tipo 3 tem a forma de barril ou colméia e é representativa de países desenvolvidos com baixos coeficientes de mortalidade e de natalidade e idade média elevada (Gráfico 1).

GRÁFICO Nº 1 - PIRÂMIDE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE AMPARO EM 1991.

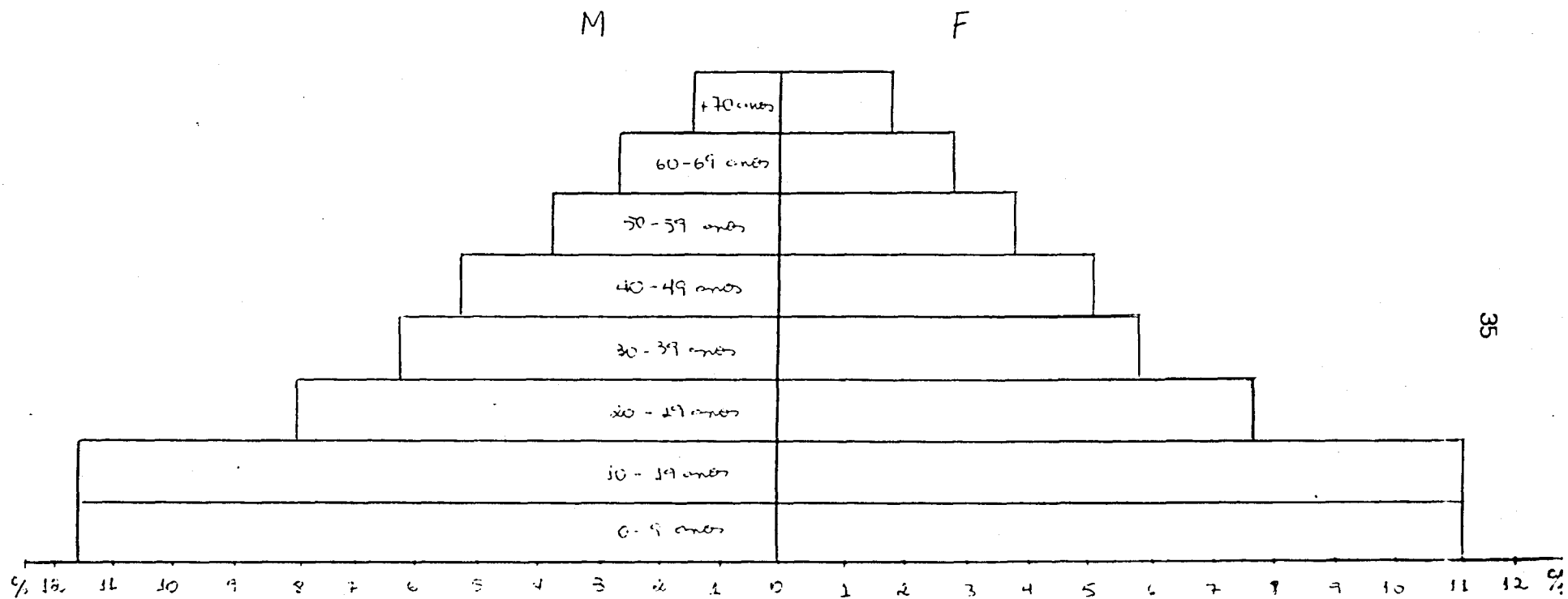


FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 1991-IBGE.

Quando comparou-se a estrutura das pirâmides de Amparo em 1991 e 1970***, verificou-se uma sensível redução nos coeficientes de natalidade e de mortalidade, um aumento na idade média e o conseqüente envelhecimento da população nos últimos vinte anos (Gráficos 2 e 3).

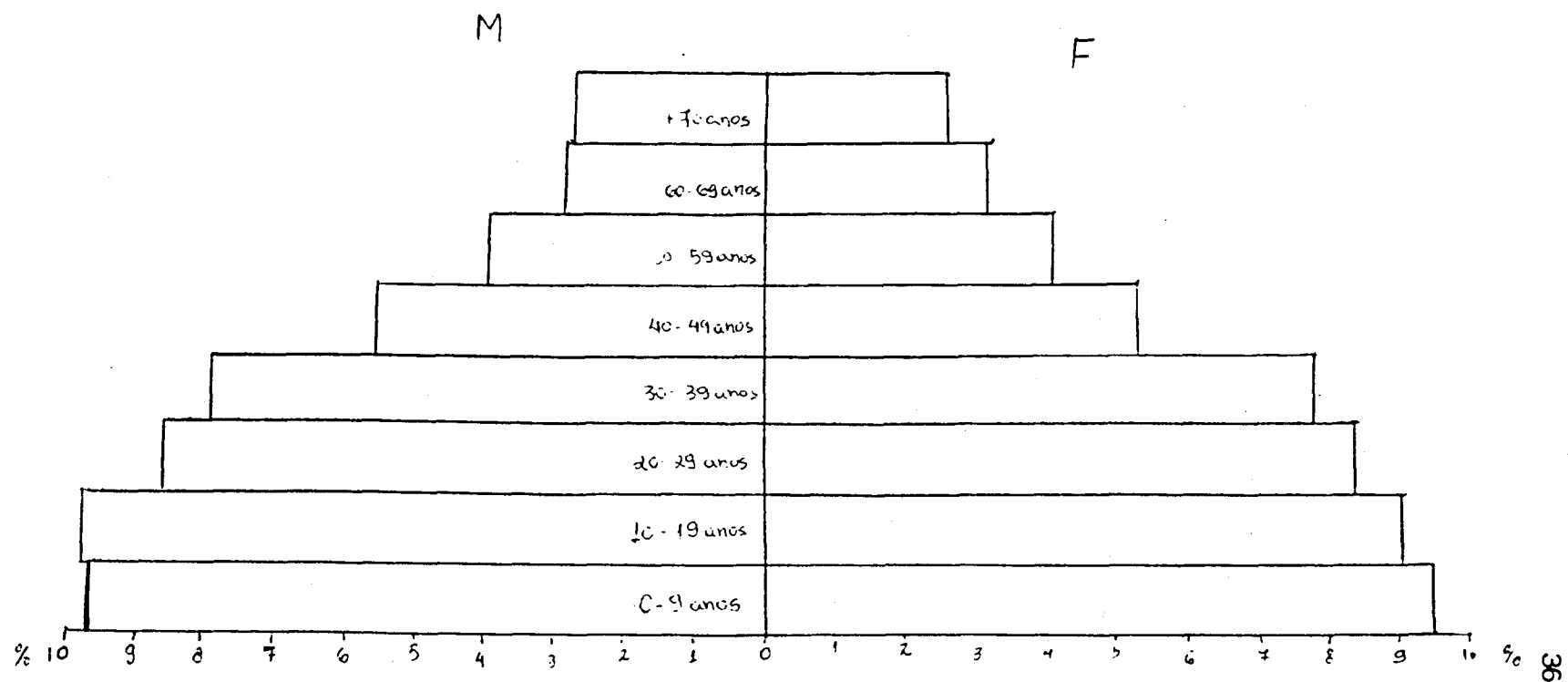
*** Utilizaram-se as faixas etárias por década, para possibilitar a comparação entre as pirâmides de 1970 e 1991, devido a não disponibilidade de dados em quinquênios para todas as faixas etárias no censo de 1970.

GRAFICO Nº 2 -- PIRÂMIDE POPULACIONAL, AMPARO 1970.



FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO, 1970-IBGE.

GRÁFICO Nº 3 - PIRÂMIDE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE AMPARO EM 1991.



FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 1991 - IBGE.

TABELA 2 - Número de habitantes e porcentagem por sexo e faixa etária. Município de Amparo, 1991.

IDADE (ANOS)	SEXO		MASCULINO		FEMININO	
			Nº	%	Nº	%
0	a	4	2.384	4,7	2.314	4,6
5	a	9	2.533	5,0	2.502	4,9
10	a	14	2.562	5,0	2.416	4,8
15	a	19	2.433	4,8	2.198	4,3
20	a	24	2.213	4,4	2.105	4,0
25	a	29	2.150	4,2	2.113	4,2
30	a	34	2.063	4,1	2.113	4,2
35	a	39	1.907	3,8	1.841	3,6
40	a	44	1.629	3,2	1.520	3,0
45	a	49	1.177	2,3	1.178	2,3
50	a	54	1.054	2,1	1.108	2,2
55	a	59	960	1,9	967	1,9
60	a	64	807	1,6	917	1,8
65	a	69	624	1,2	709	1,4
70	a	74	453	0,9	517	1,0
75	a	79	277	0,5	408	0,8
80	e	+	226	0,5	383	0,8
TOTAL			25.452	50,1	25.309	49,9

FONTE: Censo Demográfico - IBGE, 1991.

TABELA 3 - Número de habitantes e porcentagem por sexo e faixa etária. Município de Amparo, 1970

IDADE (ANOS)	SEXO	MASCULINO		FEMININO	
		Nº	%	Nº	%
0 a 9		3.679	11,5	3.562	11,2
10 a 19		3.680	11,5	3.568	11,2
20 a 29		2.505	7,9	2.435	7,8
30 a 39		2.001	6,2	1.874	5,9
40 a 49		1.697	5,2	1.652	5,2
50 a 59		1.212	3,7	1.244	3,9
60 a 69		824	2,6	900	2,9
70 e +		455	1,4	574	1,9
TOTAL		16.053	50,00	15.809	50,00

FONTE: Censo Demográfico - IBGE, 1970.

5.1.2 Razão de Masculinidade

TABELA 4 - Razão de masculinidade. Município de Amparo, 1991

GRUPO POPULACIONAL	RM H %oM
ao nascer	1.049
0 a 14 anos	1.034
15 a 49 anos	1.038
50 anos e +	879
POPULAÇÃO TOTAL	1.006

FONTE: Calculada a partir dos dados do Censo 1991.

A razão de masculinidade tende a ser bastante estável nas populações. Nascerem mais homens do que mulheres, mas no decorrer da vida morrem mais homens (mais cedo) do que mulheres.

Assim, espera-se que a razão de masculinidade decresça gradualmente à medida que se eleva a faixa etária.

Em Amparo verificou-se que a RM ao nascer é a esperada, no entanto a RM da população total é alta o que pode sugerir um aumento da população masculina devido a um processo imigratório. A RM na faixa etária 15-49 anos, muito elevada, reforça esta hipótese pois observa-se um aumento do número de homens na faixa etária

economicamente ativa, compatível com o crescimento do mercado de trabalho no município.

5.1.3 Razão de Dependência

A razão de dependência para o município de Amparo em 1991 é de 56,41%, dentro do padrão médio, sendo a razão de dependência juvenil 45,33% e a senil 11,08%.

Ao comparar-se com os dados de 1991 e 1980 (Razão de dependência total = 59,73%, Razão de dependência juvenil = 49,89% e Razão de dependência senil = 9,84%), verificou-se que houve uma diminuição da razão de dependência total, um aumento da razão de dependência senil e uma diminuição da razão de dependência juvenil. Confirmou-se a tendência ao aumento da idade média observada na pirâmide populacional.

5.2 Indicadores de saúde

5.2.1 Mortalidade Proporcional segundo idade

A mortalidade proporcional segundo a idade ou faixa etária mede a percentagem de óbitos numa determinada idade em relação ao total de óbitos na mesma área, no mesmo ano.

Há grande interesse em se conhecer a mortalidade proporcional, principalmente nos grupos de menores de um ano e de 50 anos e mais.

Para a faixa etária de 50 anos e mais essa proporção é conhecida como Razão de Mortalidade Proporcional de Indicador de Swaroop-Uemura, muito utilizada na avaliação do nível de saúde da população.

Os países desenvolvidos que apresentam melhores condições de saúde tem uma baixa mortalidade de crianças e jovens, mas é grande a proporção de óbitos acima de 50 anos, portanto quanto mais o indicador se aproximar dos 100% melhor será o nível de saúde daquela população.

No município de Amparo em 1991, o Indicador de Swaroop-Uemura foi de 76,93%, considerado de primeiro nível (75 a 100%), indicando elevado nível de saúde. Já a mortalidade proporcional para menores de um ano foi de 7,41%, enquanto nos países com condições ideais de saúde este índice se aproxima de 3% (Tabela 5).

Quando comparam-se os valores do Indicador de Swaroop-Uemura nos anos de 1970 (57,33%), 1980 (68,16%) e 1991 (76,93%), observou-se que o nível de saúde do município tem se elevado no decorrer dos últimos vinte e um anos.

5.2.2 Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes

Este indicador pode ser considerado uma variante de Swaroop-Uemura e consiste na apresentação gráfica dos valores da mortalidade proporcional por faixa etária. As curvas de mortalidade proporcional foram classificadas em quatro tipos, caracterizando níveis de saúde diferentes.

Em Amparo, 1991, a Curva de Nelson de Moraes foi do tipo IV indicando um elevado nível de saúde (Gráfico 4).

Na observação comparativa das curvas de 1970, 1980 e 1991 visualizou-se a transição do tipo III (nível de saúde regular) para o tipo IV (Gráficos 4,5,6).

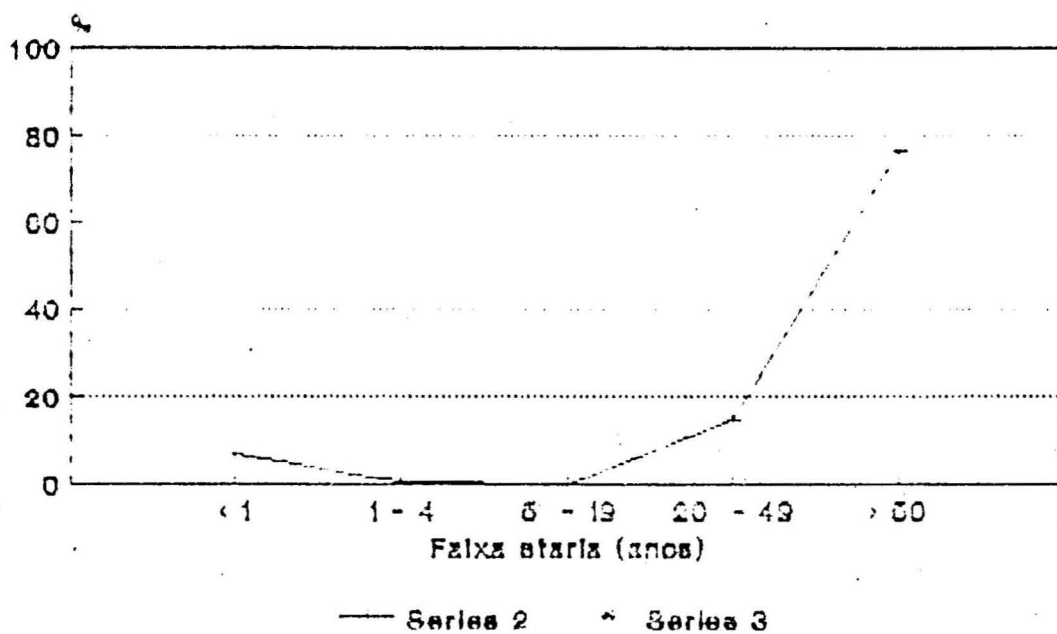
TABELA 5 - Número de Óbitos e Mortalidade Proporcional por faixa etária. Município de Amparo, 1991.

FAIXA ETÁRIA	No DE ÓBITOS	MORTALIDADE PROPORCIONAL %
< 1 ano	26	7,41
1 - 4 anos	3	0,85
5 - 19 anos	0	0,00
20 - 49 anos	52	14,81
50 anos e +	270	76,93****
TOTAL	351	100,00

Fonte: Fundação SEADE.

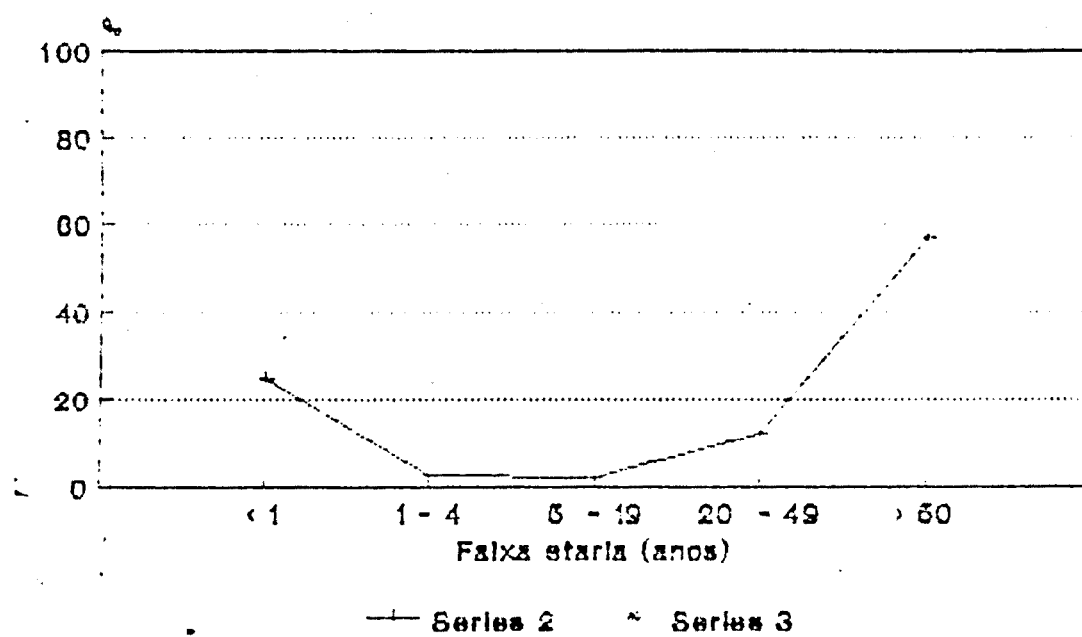
**** Indicador de Swaroop-Uemura

Gráfico 4 - Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes. Amparo, 1991



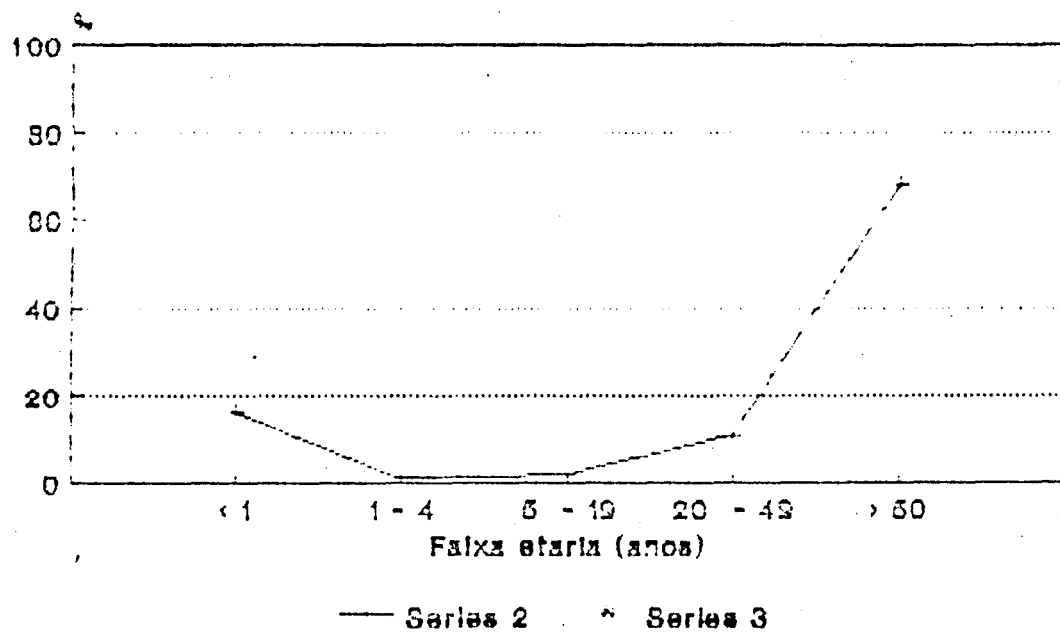
Fonte: Fundação Saúde.

Grafico 5 - Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes. Amparo, 1970



Fonte: T.C.M. Amparo, 1987.

Grafico 6 - Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes. Amparo, 1980



Fonte: T.C.M. Amparo, 1987.

5.2.3 Mortalidade específica por causa e idade

Ao estudar-se as causas de morte e seus índices nas idades acima de um ano (Tabela 6), em 1991 em Amparo, tem-se como primeiras causas de óbito as doenças cardiovasculares (21,54%), neoplasias (19,69%), seguidas pelas doenças cérebro vasculares (9,54%) e doenças respiratórias (8,00%). Estas principais causas de morte são compatíveis com o esperado.

Analisando os óbitos ocorridos na faixa etária produtiva (20 a 49 anos) (Tabela 7), no município em 1991, destaca-se a mortalidade por causas externas, correspondendo a 25% do total de óbitos nessa faixa etária. Entre as causas externas (13 óbitos), os acidentes de veículos a motor foram responsáveis por 8 óbitos. Ocorreram ainda 2 suicídios, um homicídio e outros 2 óbitos por "demais acidentes" e "demais causas externas".

Na Tabela 8, encontram-se relacionadas as causas de óbitos em menores de um ano, onde as afecções perinatais (lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais/outras causas de mortalidade perinatal), totalizam 65,38% da mortalidade nessa faixa etária.

TABELA 6 - Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade específico por causa(p/10.000 hab) Município de Amparo, 1991(**)

GRUPOS DE CAUSAS	Nº de Óbitos	M.P. %	CME p/causa ‰
Doenças infecciosas (001-139)	7	2,15	1,40
Neoplasias (140-208)	64	19,69	12,81
Doenças Cardiovasculares (400-429)	70	21,54	14,01
Doenças Cerebrovasculares (430-438)	31	9,54	6,20
Doenças Respiratórias (480-493)	26	8,00	5,20
Doenças do Aparelho Digestivo (531 - 589)	8	2,46	1,60
Doenças renais (580 - 589)	7	2,15	1,40
Doenças endoc.met. e nutric. (250 285)	18	5,54	3,60
Outras doenças não relacionadas acima (140-799)	62	19,08	12,41
Causas mal definidas (780 - 799)	14	4,31	2,80
Causas externas (E 800 - E 990)	18	5,54	3,60
TOTAL	325	100,00	65,03

NOTAS: Os números entre parênteses referem-se às categorias da CID

FONTE: CIS - SEADE

(**) Estão excluídos os óbitos de menores de um ano.

TABELA 7 - Número de óbitos e mortalidade proporcional por causa (%) na faixa etária de 20 a 49 anos.
Município de Amparo, 1991.

CAUSAS AGRUPADAS	No de Óbitos	Mort.prop. %
Doenças infecciosas (001 a 139)	2	3,85
Neoplasias (140 a 208)	8	15,38
Diabetes Mellitus (250)	1	1,92
Doenças Cardiovasculares (400-429)	3	5,77
Doenças Cerebrovasculares (430-438)	6	11,54
Pneumonia (480-486)	5	9,62
Doenças do Aparelho Digestivo (531-571)	4	7,69
Outras doenças não relacionada (140-799)	7	13,46
Causas mal definidas (780-799)	3	5,77
Causas externas (E-800 - E-990)	13	25,00
TOTAL	52	100,00

FONTE: CIS

TABELA 8 - Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e Coeficiente de Mortalidade infantil específico por causa (%o N.V.) em menores de um ano. Município de Amparo, 1991.

GRUPOS DE CAUSAS	No de Óbitos	Mort.prop. %	C.M.I. por causa %o N.V.
Lesões ao nascer, partos distóxicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767-770)	12	46,15	12,47
Outras causas de mortalidade perinatal (760-766, 772-779)	5	19,23	5,20
Anomalias Congenitas (740-759)	3	11,54	3,12
Enterite e outras doenças diarreicas (008-009)	2	7,68	2,08
Pneumonia (480-486)	1	3,85	1,04
Anemia (280-285)	1	3,85	1,04
Tumores malignos (140-208)	1	3,85	1,04
Nefrite e Nefrose (580-589)	1	3,85	1,04
TOTAL	26	100,00	27,03

FONTE: CIS - SEADE

5.2.4 SÉRIES HISTÓRICAS

Para o estudo dos indicadores de saúde do Município de Amparo utilizaram-se informações estatísticas rotineiras dependentes de dados secundários. Algumas publicações da Fundação SEADE podem apresentar eventuais diferenças pois os dados obtidos, muitas vezes não levam em consideração os dados registrados fora do prazo.

Utilizaram-se séries históricas para analisar o comportamento dos coeficientes de mortalidade geral, mortalidade infantil, natimortalidade e natalidade durante um dado período de tempo (1980 a 1991).

Em populações pequenas um óbito ou nascimento a mais ou a menos interfere significativamente na variabilidade do coeficiente de um ano para outro (Tabela 9).

Optou-se pela correção destas distorções, calculando os coeficientes médios em triênios subsequentes de 1980 a 1991 (Tabela 10).

Na curva trienal, o que se perde em detalhe do que ocorre na anual, ganha-se em tendência uma vez que são diminuídas as variações casuais que ocorrem a cada ano (Gráficos 7, 8).

TABELA 10 - Indicadores de saúde, utilizando valores médios por triênios. Município de Amparo, 1980-1991.

INDICADORES	TRIÊNIOS			
	1980-1982	1983-1985	1986-1988	1989-1991
Coeficiente de mortalidade geral %o habitantes	7,44	7,36	7,81	7,51
Coeficiente de mortalidade infantil %o N.V.	47,04	32,66	26,02	24,47
Coeficiente de natimortalidade %o nascimentos	9,00	10,05	9,28	8,45
Coeficiente geral de natalidade %o habitantes	24,60	23,03	22,14	20,25

FONTE: CIS - SEADE

Tabela 9- Indicadores de Saúde. Município de Amparo, 1980-1991.

Ano Indicadores	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
C.M.G.% hab.	7,50	7,51	7,32	7,59	7,48	7,01	6,89	8,58	7,96	7,73	7,86	6,95
C.M.I.% N.V.	5306	3640	5167	4119	3480	2200	2600	2692	2513	2688	2369	2285
C. natimort. % nasc.	11,22	9,10	6,70	5,75	18,42	6,00	10,86	6,21	10,77	12,97	8,24	4,15
C. G. nat. % hab.	2363	2595	2421	2446	2264	2198	2110	2211	2322	2211	1956	1908

Fonte: CIS-SEADE.

5.2.5 Coeficiente de Mortalidade Geral

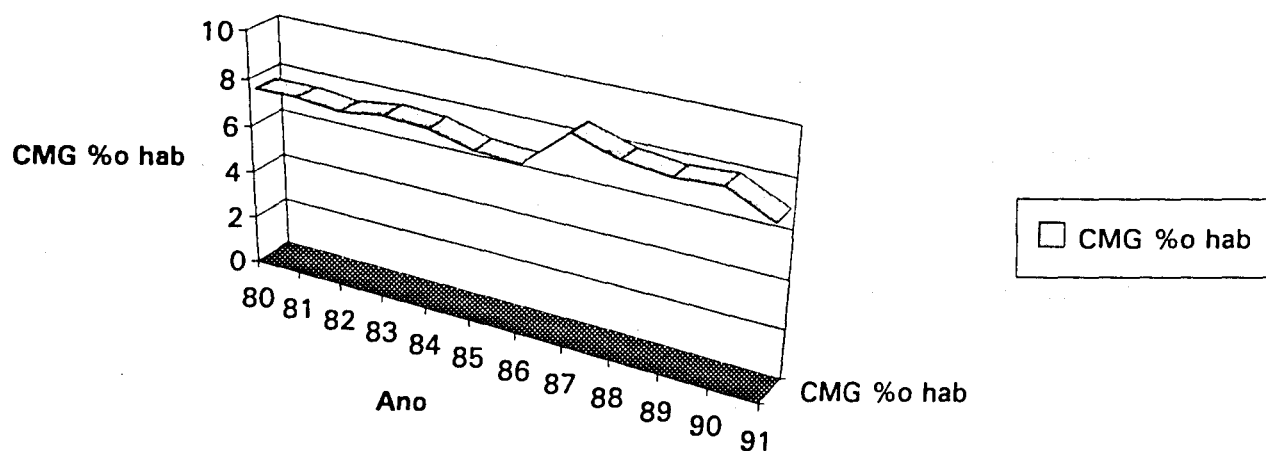
O coeficiente de mortalidade geral é a relação entre o total de óbitos e a população total de uma determinada área.

Este coeficiente não tem poder discriminatório por não levar em conta a estrutura etária da população considerada. Pode ocorrer que uma área de elevadíssimo nível de saúde apresente um CMG alto se sua população for composta por grande contingente de habitantes com idades bem avançadas.

Assim é conveniente utilizá-lo como série histórica de uma mesma localidade avaliando sua tendência temporal.

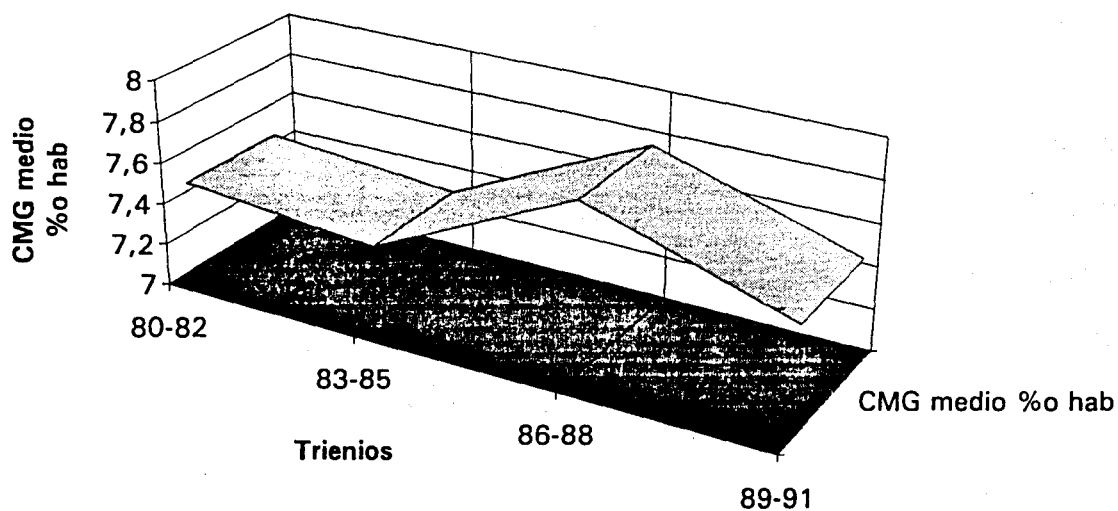
No Município de Amparo de 1980 a 1991, observou-se nas curvas anual e trienal uma tendência à estabilização do CMG em torno de 7,5% habitantes (Gráficos 7 e 8).

**GRAFICO 7 - Coeficiente de Mortalidade Geral (%o hab).
Município de Amparo, 1980 - 1991.**



Fonte: CIS - SEADE

**GRAFICO 8 - Coeficiente de Mortalidade Geral Medio (%o hab)
por trienio. Município de Amparo, 1980-1991.**



Fonte: CIS - SEADE

5.2.6 Coeficiente Geral de natalidade (C.G.N.)

É a relação do número de nascidos vivos e a população total de uma determinada área/ano.

Para o Município de Amparo entre 1980 e 1991 verificou-se a tendência de diminuição da natalidade nos últimos onze anos (Gráfico 9)

Desta forma confirmou-se a tendência já analisada na estrutura da pirâmide populacional.

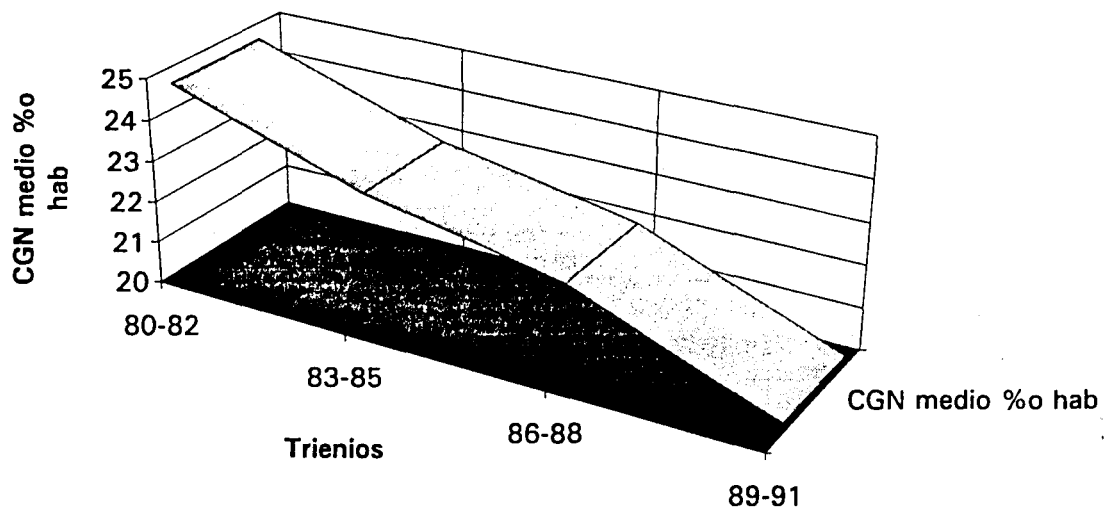
5.2.7 Coeficiente de Natimortalidade (CNM)

É a relação do número de nascidos mortos e o total de nascimentos de uma determinada área/ano.

Para o Município de Amparo entre 1980 e 1991 verificou-se um aumento da natimortalidade até o triênio 1983-1985, quando observou-se a tendência à diminuição até o triênio (1989-1991) (Gráfico 10).

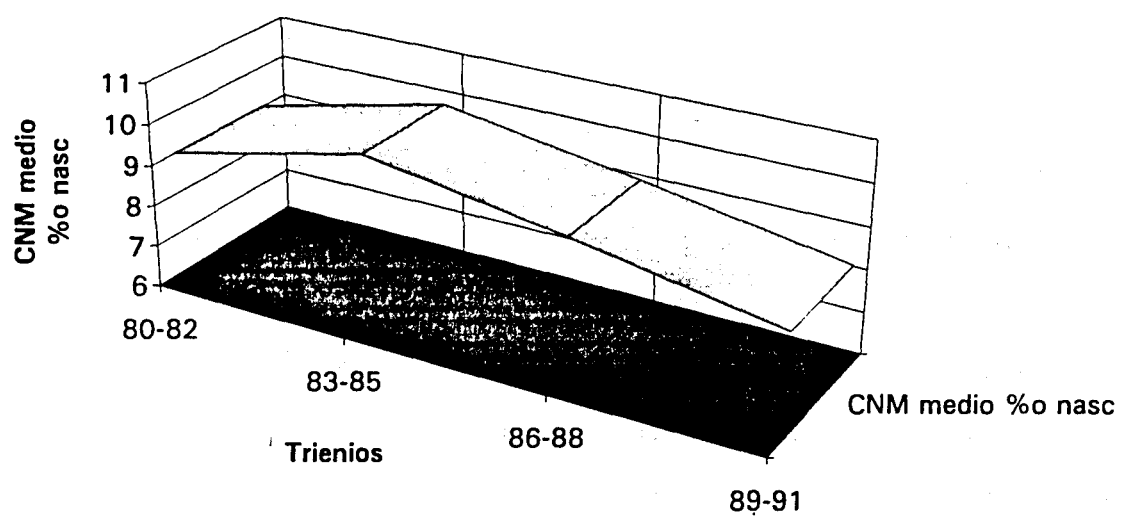
Como a natimortalidade depende principalmente da assistência pré-natal e ao parto pode-se sugerir que a diminuição observada na curva trienal talvez seja decorrente da implantação, neste período de algumas ações do Programa de Atenção à Saúde da Mulher do Estado de São Paulo.

GRAFICO 9 - Coeficiente Geral de Natalidade Medio (%o hab) por trienio. Municipio de Amparo, 1980-1991.



Fonte: CIS - SEADE

GRAFICO 10 - Coeficiente de Natimortalidade Medio (%o hab) por trienio. Municipio de Amparo, 1980-1991.



Fonte: CIS - SEADE

5.2.8 Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

É a relação do número de óbitos de menores de um ano e o número de nascidos vivos na mesma área e ano, mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade.

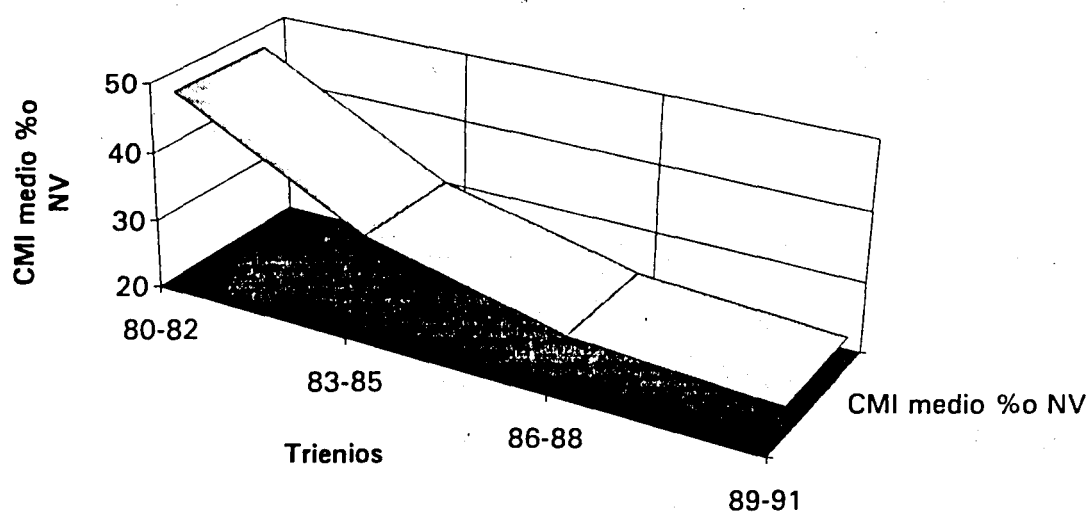
O coeficiente de mortalidade infantil é tido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, mas está sujeito a erros, tais como: sub-registros de óbito, sub-registros de nascimentos, definição incorreta de nascidos vivos e nascidos mortos, etc.

Para o Município de Amparo de 1980-1991, a curva trienal demonstrou uma tendência à diminuição do coeficiente nos últimos onze anos, como vem ocorrendo em todo o Estado de São Paulo (Gráfico 11).

Quando compararam-se os coeficientes de mortalidade infantil de alguns municípios do Estado de São Paulo, de 1986 a 1990, verificou-se que os coeficientes para Amparo estão entre os mais baixos (Tabela 11).

Por definição, a mortalidade infantil é composta por dois componentes: a mortalidade neonatal (óbitos até 28 dias) e a mortalidade infantil tardia (óbitos de 28 dias a 1 ano).

**GRAFICO 11 - Coeficiente de Mortalidade Infantil Medio (%o NV)
por trienio. Municipio de Amparo, 1980-1991.**



Fonte: CIS - SEADE

As causas de mortalidade neonatal são na quase totalidade devidas às causas perinatais e anomalias congênitas. A mortalidade infantil tardia depende fundamentalmente de causas ligadas à fatores externos ambientais, tais como: doenças infecciosas e desnutrição.

Os componentes da mortalidade infantil tem comportamentos diferentes, conforme o nível de saúde da população, portanto é importante seu detalhamento quando da análise da mortalidade infantil.

Em populações com baixo nível de saúde o coeficiente de mortalidade infantil tardia é muito alto. À medida que as condições de saúde vão melhorando, temos um equilíbrio entre os componentes. Quando as condições de saúde são muito boas, a mortalidade infantil tardia tende a desaparecer.

A redução do coeficiente de mortalidade neonatal é dificultada pela falta de investimentos na atenção ao pré-natal, parto e pós-natal imediato.

A análise de uma série histórica apresentando os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes foi dificultada pela impossibilidade de se obter alguns dados (Tabela 12).

No município de Amparo, entre 1987 e 1991, verificou-se uma diminuição do CMI de 1988 a 1990, ocorrendo uma elevação do coeficiente em 1991. Observou-se uma inversão dos componentes entre 1987 e 1988. Em 1988

observou-se a diminuição dos coeficientes de mortalidade neonatal e infantil tardia, sendo esta mais acentuada no coeficiente de mortalidade infantil tardia, como é o esperado com a melhora do nível de saúde (Gráfico 12).

Estes dados referendaram a análise das causas de mortalidade infantil demonstrando serem as principais causas de óbito infantil relacionadas às afecções perinatais (Tabela 8).

TABELA 11 - Coeficiente de mortalidade Infantil (% nascidos vivos) em alguns Municípios de Estado de São Paulo, 1986-1990.

MUNICÍPIO	1986	1987	1988	1989	1990
Amparo	24,55	26,00	22,17	40,20	31,01
Cachoeira Paulista	46,51	36,80	29,15	29,64	34,34
Lorena	41,25	37,47	24,42	32,94	30,80
Campos de Jordão	58,65	67,58	43,85	42,78	41,55
São Sebastião	41,28	37,33	53,61	36,34	55,82

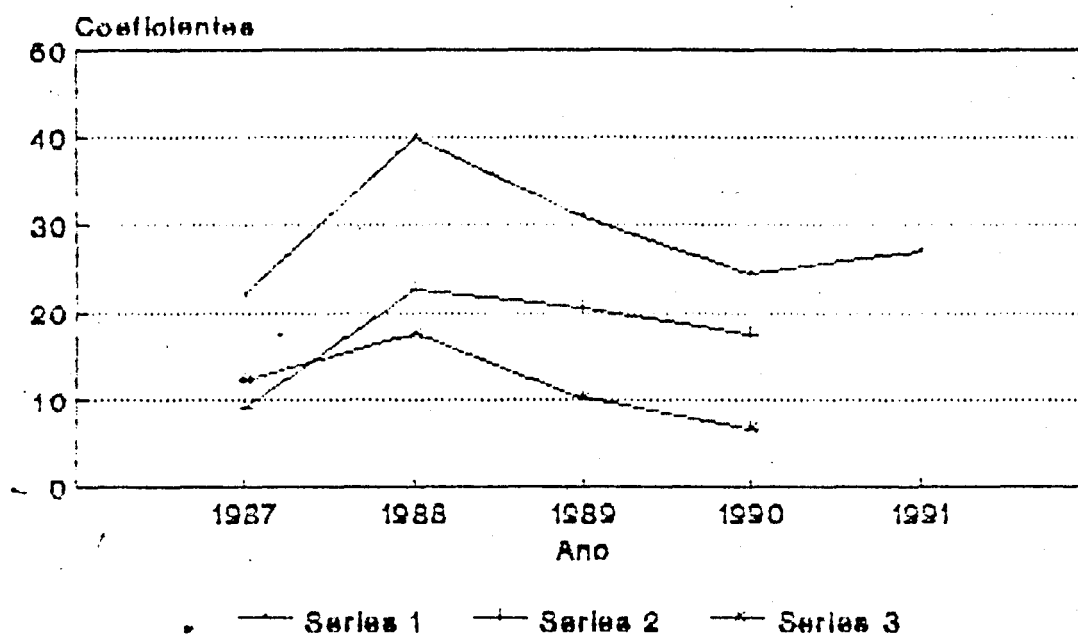
FONTE: CIS - SEADE

TABELA 12 - Número de óbitos de < de 1 ano. Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componente. Município de Amparo de 1987 a 1991.

Nº óbitos coef. Ano	ÓBITOS MORT. INFANT.	C.M.I. % NV	ÓBITOS NEONA- TAL	C.M. NEO- NATAL	ÓBITOS INFANT. TARDIA	C.M.I. TARDIA
1987	9	22,17	4	9,28	5	12,32
1988	16	40,20	9	22,61	7	17,59
1989	12	31,01	8	20,67	4	10,34
1990	11	24,55	8	17,86	3	6,70
1991	26	27,03	-	-	-	-

FONTE: Secretaria de Estado da Saúde - ERS-26.

Gráfico 12 - Coeficiente de mort. inf.,
neonat. e inf. tardia. Amparo, 1987-91



Fonte: SES - ERSA - 28.

5.2.9 Morbidade Hospitalar

Através dos dados de internação hospitalar por causa, dos Hospitais Anna Cintra, Beneficência Portuguesa e Sanatório Psiquiátrico em 1991, verificou-se serem as principais causas de internação as doenças do aparelho circulatório (acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca crônica, etc.) seguidas das doenças do aparelho respiratório e das neoplasias como era esperado (Tabela 13).

TABELA 13 - Número de internações hospitalares e porcentagem por causa(***). Amparo, 1991

GRUPOS DE CAUSAS	Nº	%
I - Doenças Infecciosas e Parasitárias	5	2,38
II - Neoplasmas	28	13,33
III - Doenças Gland., endocrin., nutri., met., imuni.	10	4,76
IV - Doenças do Sangue e órgãos hematopieti.	6	2,86
V - Transtornos Mentais	7	3,33
VI - Doenças sistema nervoso e órgãos dos sentidos	10	4,76
VII - Doenças Aparelho Circulatório	70	33,33
VIII - Doenças Aparelho Respiratório	29	13,81
IX - Doenças Aparelho Digestivo	12	5,72
X - Doenças Aparelho Geniturinário	7	3,33
XI - Complicações da gravidez, parto e puerpério	1	0,48
XII - Doenças Pele e tecido subcutâneo	1	0,48
XIII - Doenças Sistema Osteomuscular e tecido conjunt.	8	3,81
XIV - Algumas afeções originadas no período perinatal	11	5,24
XV - Sintomas, sinais e afeções mal definidos	4	1,90
XVI - Causas externas	1	0,48
TOTAL	210	100,00

FONTE: Dados de morbidade hospitalar do Município de Amparo informados pelos Hospitais Anna Cintra, Beneficência Portuguesa e Sanatório Ismael.

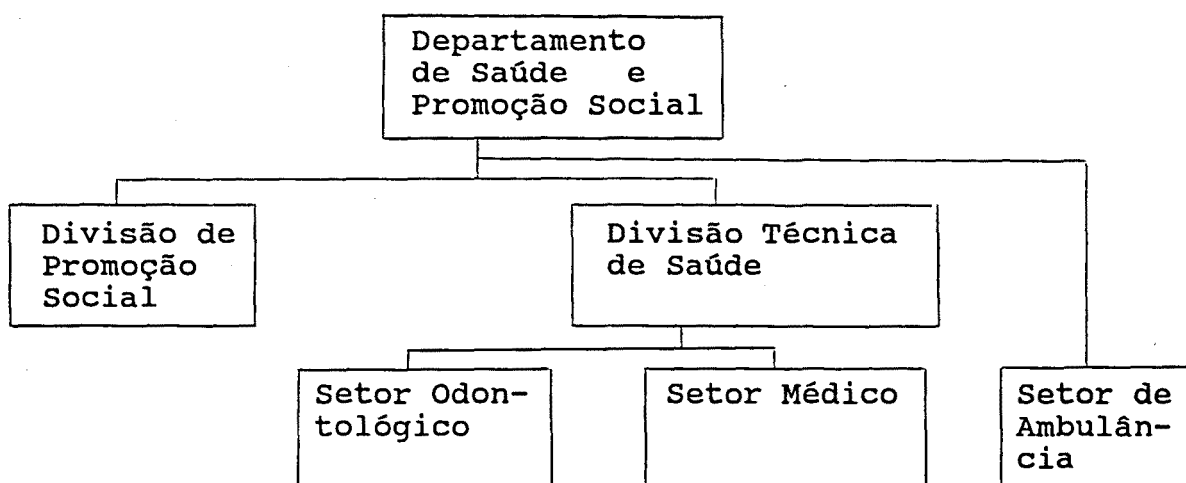
(***) Segundo os capítulo da CID, 9ª revisão

6. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM AMPARO

6.1 Caracterização dos Serviços e Estrutura Organizacional

O município de Amparo está inserido na macro região-4, dentro da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde e sedia o ERSA-26. A nível municipal, a saúde é gerenciada pelo Departamento de Saúde e Promoção Social.

Atualmente a estrutura administrativa deste Departamento ainda é bastante limitada e pouco abrangente, como mostra o organograma, o que causa sérios entraves ao sistema de saúde:



A municipalização dos serviços de saúde foi realizada em 1987, mas o município não recebeu o controle dos procedimentos hospitalares e internações.

O sistema de saúde local é formado por:

- 8 Unidades Básicas de Saúde
- Centro Infantil de Recuperação

Nutricional

- Centro Odontológico
- Ambulatório Regional de Especialidades
- Seção de Laboratório
- Serviços Conveniados:
 - . Santa Casa Anna Cintra
 - . Beneficência Portuguesa de Amparo
 - . Clínica Fazenda Palmeiras
 - . Sanatório Ismael
 - . Luiz Leite Neto
 - . Francisco Eduardo R. Ponciano

A seguir discorre-se sobre as características e particularidades de cada uma delas, sendo que quadros com os dados condensados aparecem em anexo (Anexos 13 e 14).

6.1.1 Unidades Básicas de Saúde

- Centro de Saúde I "Carlos Affonso de Moraes Burgos" (Centro de Saúde I de Amparo)

- Endereço: Av. Dr. Carlos Burgos, s/n

- Horário de Funcionamento: 2a a 6a feira das 7:00 às 18:00 horas

- Serviços oferecidos - Atendimento nas áreas de:
 - . Ginecologia e Obstetrícia (CAIM)
 - . Clínica Médica
 - . Dermatologia Sanitária**
 - . Pediatria
 - . Ortopedia
 - . Cirurgia Geral
 - . Oftalmologia
 - . Neurologia
 - . Fonoaudiologia
 - . Psicologia
 - . Serviço social
 - . Terapia Ocupacional
 - . Enfermagem
 - . Farmácia
 - . Atendimentos Gerais: Curativos, inalações, medicação, coleta de exames, inclusive colpocitológico.
 - . Vacinação***
- Profissionais (número, horário)
 - . Médicos - 17
 - a. Ginecologia e obstetrícia (4)
 - Ginecologia - 1 às 2a., 3a. e 4a. Manhã
 - 1 às 2a., 5a., 6a. Tarde
 - às 3a. e 4a. Manhã
 - 2 às 2a. a 6a. Manhã

** Referência Regional

*** OBS: Recebe toda a demanda do Município

b. Clínica Médica (4)

Médico	- 2	de 2a a 6a	Tarde
Médico	- 1	de 2a a 6a	Manhã
Médico	- 1	5a (das 8 às 18)	Integral

c. Dermatologia (2)

Médico	- 1	de 2a., 4a. e 6a.	Manhã
Médico	- 1	3a (das 8 às 18)	Integral

d. Pediatria (2)

Médico	- 1	de 2a a 5a	Manhã
Médico	- 1	de 3a a 6a	Tarde

e. Ortopedia (1)

Médico	- 1	5a. (das 8 às 18)	Integral
--------	-----	-------------------	----------

f. Cirurgia Geral (2)

Médico	- 2	de 2a. a 6a.	Manhã
--------	-----	--------------	-------

g. Oftalmologia (1)

Médico	- 1	de 2a. (das 8 às 18)	Integral
--------	-----	----------------------	----------

h. Neurologia (1) de 2a., 3a., 5a. e 6a.

Fonoaudiologia (3) Manhã e Tarde

Psicologia (2) Manhã e Tarde

Serviço Social (1) Manhã e Tarde

Terapia ocupacional (1) Manhã e Tarde
Enfermeiro (2) Manhã e Tarde
Farmacêutico (1) Manhã e Tarde
Oficial Administrativo (6) (Integral)

- 5 - INAMPS

1 - Estado

Telefonista (1) Integral

(desvio de função)

Técnico Enfermagem (4) (integral)

Auxiliar de Enfermagem (4)

Atendente de Enfermagem (4)

Visitador Sanitário (4)

Escriturário (14)

Servente (10)

Motorista (2)

- Descrição do Local

O CSI está localizado no centro do município Amparo. Recebe a população da região central e atende a demanda provinda de outras áreas da cidade e até de outros municípios, tanto para as especialidades de referência (Tuberculose e hanseníase), como para atendimento em outras áreas.

Embora não seja feito agendamento para

os usuários que não são da área de abrangência, ^{havendo} vaga são incluídos na procura do dia, por isso é a unidade mais procurada pela população.

Não são citadas dificuldades para o acesso da população, exceção feita aos usuários vindos da zona rural, que são os que não tem condução própria e nem disponibilidade de ônibus.

A unidade é responsável também pela esterilização de todo material das outras unidades básicas de saúde.

É citada pelos funcionários como a unidade mais importante da rede, por concentrar a maior diversidade de atividades e dispor do maior número de médicos.

O espaço físico da unidade é amplo e comporta a equipe de todos os serviços; comporta ainda nas suas dependências a Seção de Laboratório regional, o Departamento de Saúde e Promoção Social do Município, e o setor de vigilância epidemiológica municipal.

O Centro de Atenção Integral à mulher - CAIM - é administrativamente ligado ao CS e funciona em prédio anexo.

- UBS II Jardim das Aves

Rua Francisco B. da Silva, s/n

Funcionamento: 7 às 16:00 Horas (não fecha em horário de almoço)

- Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Geral

Atendimento odontológico

Atendimento de enfermagem: medicações, inalações, curativos, controle pondo estrutural, distribuição de leite e coleta de papanicolau.

Possui o seguinte quadro de pessoal:

- 3 médicos

1 Pediatra 2a. Manhã

6a. Manhã e Tarde

1 Gineco-Obstetra - 3a. e 5a. Manhã

1 Clínico Geral - 3a. e 5a. Tarde

1 Cirurgião dentista - 2a. a 6a. Manhã

1 escriturário - Manhã e Tarde (7 às 16:00 horas)

1 técnico de enfermagem - Manhã e Tarde (7 às 16:00 horas)

1 servente - Manhã e Tarde (7 às 16:00 Horas)

A unidade recebe população dos bairros Jardim Adélia, Jardim Vila Nova, Jardim Moreirinha, Jardim das Aves, Ribeirão, Jardim Figueira, Jardim América, Bairro das Rosas, Bairro dos Pereiras.

Possui grandes dificuldades de acesso, funciona numa antiga creche municipal situada em uma

ladeira bastante íngreme e a condução mais próxima fica distante da unidade mais de 500 metros o que dificulta bastante a procura da unidade pela população.

O prédio foi adaptado para o funcionamento da unidade, suas instalações são amplas e arejadas e possui espaços adequados, que poderiam ser utilizados para outras atividades.

- UBS Três Pontes

Endereço: Praça Nelson José Urbano, S/no

Funcionamento: das 7 às 17 horas

Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica, atendimento odontológico.

Atendimento de enfermagem: medicações, curativos, inalações, controle pondo estatural, coleta de papanicolau (colhido pela técnica do CSI uma vez por mês)

- Possui o seguinte quadro de pessoal:

Profissional	Nº	Horário
Pediatra	1	5a. M
Gineco-Obstetra	1	3a. M
Clínico Geral	1	2a. a 5a. T
Cirurgião Dentista	1	2a., 3a., 6a. M
Técnico Enfermagem	1	2a. a 6a. M e T
Atendente de Enfermagem	1	2a. a 6a. M e T
Atendente de Dentista	1	2a. a 6a. M e T

A unidade Três Fontes é privilegiada em função de dispor de telefone, porque funciona no prédio da sub-prefeitura, embora seu espaço físico seja bastante restrito.

A demanda atendida provém dos bairros Boa Vereda e Fazendas Salto Grande, São João, São Bento, Siqueira e Trevo de Serra Negra. Em geral essa população caminha de uma a duas horas para chegar até a unidade.

Segundo as referências dos funcionários e população usuária, a demanda é bastante grande e seria necessário médicos em todos os períodos principalmente pediatra e clínico; citam ainda a falta de vacinação no local.

- UBS São Dimas

Rua Afonso Geremias, nº 291

Funcionamento 7 às 16:00 horas

Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de Pediatria e Clínica Médica

Atendimento Odontológico

Atendimento de Enfermagem: medicações, inalações, controle ponderal.

Possui o seguinte quadro de pessoal:

Profissional	Nº	Horário
Pediatra	1	2a., 5a., 6a. M e 3a T
Clínico Geral	1	2a. 4a. e 6a. T

Cirurgião dentista	1	2a. a 6a. M
Técnico de Enfermagem	1	M e T
Escriturária	1	M e T
Servente	1	M e T

O prédio onde funciona a unidade foi emprestado pela COHAB, por dois meses, porém a unidade está funcionando no local há 4 anos.

A unidade é pequena, possui uma sala conjunta para curativo e medicações.

A população usuária provém dos bairros Jardim Modelo, São Dimas, Fazenda Mantovani, Fazenda Predileta, Fazenda Silvestre, Fazenda São Joaquim e Chácara São João.

Como se observou a sua demanda provém essencialmente da zona rural; o acesso é muito difícil, as pessoas caminham aproximadamente uma hora para chegar à unidade.

Funcionários sentem que a unidade é bastante limitada e isolada "... a gente tem bom senso, mas poderia até fazer errado, porque não vem ninguém aqui..." (Depoimento de funcionários UBS São Dimas).

- UBS Jardim Brasil

Av. Francisco M. Oliveira, 832

Funcionamento: 7 às 17 horas

Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria

Atendimento Odontológico

Atendimento de Enfermagem: medicação, inalação, curativo, controle pondo estatural, controle de sinais vitais, coleta de papanicolau (realizada por técnico de CSI de 15/15 dias).

Possui o seguinte quadro de pessoal:

Profissional	Nº	Horário
Clínica Geral	1	2a. a 6a. T
Clínico Geral	1	2a. a 6a. M
Gineco-Obstetra	1	2a. e 4a. M
Pediatra	1	2a. a 6a. M
Cirurgião-Dentista	1	3a. a 6a. M
Técnico Enfermagem	1	2a. a 6a. M e T
Atendente de Enfermagem	1	2a. a 6a. M e T
Servente	1	2a. a 6a. M e T

A unidade possui sede própria, com estrutura física bastante ampla e adequada.

A sua demanda se compõe basicamente pela população do Jardim Brasil ("morro"), Jardim Real, Jardim Santana e alguns usuários do CSI e imediações.

O acesso por condução é fácil, tem

linhas de ônibus próximas e frequentes, porém a maioria dos usuários se dirige à mesma à pé.

Quando foi efetuada a visita, a técnica de enfermagem estava sozinha em função das férias da colega, acumulando todas as atividades da unidade.

Colocam como prioridade para a unidade o abastecimento de medicamentos e a implantação da vacinação no local.

- UBS Arcadas

Rua José Jacobsen, s/n

Horário de Funcionamento: das 7 às 17 horas

Serviços oferecidos: consulta médica nas áreas de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria.

Atendimento Odontológico

Atendimento de enfermagem: medicação, inalação, curativos, controle de sinais vitais, distribuição de leite, coleta da papanicolau (por técnica de enfermagem do CSI - 15/15 dias), controle pondo estatural.

Possui o seguinte quadro de pessoal:

Profissional	Nº	Horário
Clínico Geral	1	3a. a 6a. M
Gineco-Obstetra	1	3a. T
Pediatria	1	5a. T
Cirurgia Dentista	1	uma vez por semana
Técnico de Enfermagem	1	2a. a 6a. M e T

Escriturária

1

2a. a 6a. M e T

A unidade básica de saúde funciona em prédio próprio, que não foi planejado para tal, tendo sido feitas algumas adequações.

Os usuários do serviço provém principalmente do subdistrito de Arcadas; existe dificuldade para os mesmos chegarem à unidade, a maioria vem a pé, há pouca disponibilidade de condução.

Há referências a grande demanda reprimida, principalmente nas áreas de pediatria e ginecologia, e ainda para coleta de exames e vacinação que só são realizadas no CSI.

- UBS Camanducaia

Rua Dinamarca, 79

Horário de Funcionamento: 7 às 17:00 horas

Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de Clínica Médica, Pediatria

Atendimento de Enfermagem: medicação, inalação, curativo, controle de sinais vitais, controle ponto estatural.

Possui o seguinte quadro de pessoal:

Profissional	Nº	Horário
Clínico Geral	1	2a. a 6a. M
Pediatria	1	3 vezes por semana à tarde
Técnica de Enfermagem	1	2a. a 6a. M e T
Escriturária	1	2a. a 6a. M e T
Servente	1	2a. a 6a. M e T

Esta unidade é limitada fisicamente, possui poucas e pequenas dependências.

A maioria da população usuária provém dos bairros: Camanducaia, Silvestre, Orquídeas, Itália, Figueira, Silmara, Juliana e Baracassa.

Foram feitas menções a grande procura de seringas por usuários de drogas, não existindo rotina a respeito dessa problemática.

O acesso é fácil, a maioria das pessoas se dirige à unidade "a pé", existe linha de ônibus municipal e muitos utilizam "caronas".

É colocado pelos funcionários que a unidade não tem segurança, o bairro possui muita marginalidade e há bastante violência.

Outra menção bastante importante é que nesta unidade os usuários, por não receberem medicamentos, se dirigem à paróquia local onde os mesmos são fornecidos.

Referiram desconhecer a demanda reprimida, pois a própria população "conta a fila" e vai embora se já tiver 16.

- UBS do Movimento de Ação Rural de Amparo

Fazenda Bocaina, s/n

Horário de Funcionamento: 7 às 17 horas

Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia

Atendimento odontológico

Atendimento de enfermagem: verificação de sinais vitais, inalação, curativos, medicações, controle pondo estatural.

Possui o seguinte quadro de pessoal:

Profissionais	Nº	Horário
Pediatria	1	2a. a 6a. T
Gineco-Obstetra	1	4a. T
Cirurgião dentista	1	4a. T

Esta unidade se diferencia das demais por se achar alocada e ter sido criada pelo Centro Comunitário do Movimento de Ação Rural de Amparo (MARP). Outra particularidade da referida unidade é que lá se misturam profissionais vinculados ao município (os citados no quadro de pessoal acima), e profissionais voluntários que executam basicamente as atividades de enfermagem e orientação.

Observou-se que a unidade básica do MARP possui grande demanda e realiza um alto número de atendimentos.

Suas dependências são bastante adequadas e sua demanda é constituída basicamente pelos trabalhadores das fazendas da região.

Esta unidade funciona em parceria com a Prefeitura do Município, os materiais e medicamentos que não são recebidos são adquiridos pela MARP.

6.1.2 CIREN

Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 7 às 17 horas

O Centro Infantil de Recuperação Nutricional foi criado em 1988 com o objetivo de promover a recuperação nutricional das crianças desnutridas do município, através de atuação multiprofissional, com esquema de funcionamento em regime de Hospital/Dia.

Inicialmente funcionava na área física do CSI de Amparo. Agora ocupa casa térrea alugada nas proximidades do mesmo. Tem capacidade para atender 12 crianças (já recebeu até 15).

Conta no momento com os seguintes profissionais:

- 1 técnico enfermagem
- 1 merendeira
- 2 pajens⁽¹⁾
- 1 servente
- 1 pediatra⁽²⁾
- 1 fonoaudióloga⁽²⁾
- 1 terapeuta ocupacional⁽²⁾

(1) Contratadas como merendeiras.

(2) Profissionais do CSI que prestam serviço de modo periódico no CIREN.

6.1.3 Centro Odontológico

Av. Bernardino de Campos

Centro - Amparo Fone: 70-2224

Horário de funcionamento: 7:00 às 20:00 horas

Descrição do serviço: Os serviços oferecidos pelo Centro Odontológico são: Dentística, Cirurgia e Periodontia (procedimentos básicos).

As especialidades de endodontia e ortodontia foram desativadas. O serviço oferece também atendimento de urgência. Uma vez por semana, tem-se a atuação de Cirurgião Dentista Buco Maxilo Facial. Lesões com necessidade de biópsias são encaminhadas para UNICAMP.

O atendimento é voltado para a população em geral priorizando-se crianças na faixa etária de 0 a 14 anos e gestantes.

A demanda para esse serviço é espontânea e normalmente de regiões onde não há unidade com serviço odontológico.

O agendamento é de 8 consultas por período. Este agendamento é prévio conforme o número de vagas e baseado numa lista de espera. O objetivo do centro é oferecer tratamento completado e os retornos são agendados de 8 em 8 dias, ou 15 em 15 dias.

Usuários que procuram o serviço para tratamento de urgência, após o mesmo, são orientados para retornar à unidade mais próxima a sua residência, sem encaminhamento formal.

Recursos Humanos

Profissional	Nº	Carga Horária
Atendente de Consultório		
Odontológico	1	40 horas
Cirurgião Dentista	8	20 horas

Recursos Existentes

- 03 Consultórios odontológicos
- 01 equipamento de RX

OBS: A sala onde está instalado o equipamento de Raio X não possui a devida proteção conforme legislação vigente.

Problema Detectado: Não existe pessoal auxiliar (ACD) em número suficiente, o que impossibilita a atuação adequada dos profissionais que ficam sendo responsáveis pelas atividades de atendimento, procedimentos auxiliares: lavagem, acondicionamento e esterilização dos instrumentais clínico-cirúrgicos.

6.1.4 Ambulatório Regional de Especialidades (ARE)

Rua Carlos A.A.Sobrinho, 186

Horário de funcionamento: 7 às 17 horas

Serviços oferecidos: consultas médicas nas áreas de Psiquiatria, Cardiologia, Urologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Pneumologia, Infectologia, Oncologia, Oftalmologia, Dermatologia, atendimento nas áreas de fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, ortóptica.

Dispõe do seguinte quadro de pessoal:

Profissionais	Nº
Psiquiatra	1
Cardiologista	2
Urologista	1
Endocrinologista	1
Gastroenterologista	1
Ortopedista	1
Pneumologista	2
Oncologia	1
Oftalmologista	1
Ortóptica	1
Psicólogo	1
Fisioterapeuta	1
Terapeuta ocupacional	1
Fonoaudiologia	1
Enfermeira	?

Técnica de Enfermagem	?
Escriturária	?
Servente	?

O ambulatório de especialidade é ligado diretamente ao ERS-26 porém compõe o sistema local e é parte bastante importante do mesmo, por ser o único local que a população dispõe para ter acompanhamento em certas especialidades.

A demanda atendida é composta por usuários do município de Amparo, e dos municípios de Serra Negra, Lindóia, Águas de Lindóia, Socorro e Monte Alegre do Sul. O ARE funciona como referência regional para atendimento de especialidades.

O equipamento não atende demanda espontânea, todos os usuários agendam os atendimentos somente após encaminhamento prévio.

A espera média para consultas é de uma semana a 15 dias, sendo que a Cardiologia tem espera de até dois meses.

O ambulatório funciona em um prédio que não é próprio, próximo ao Centro de Saúde de Amparo. São referidas muitas limitações inclusive do espaço físico, desmotivação dos profissionais por questões técnicas e salariais, e falta de referência e integração com os hospitais locais.

Segundo dados colhidos, o número de

profissionais, principalmente da área médica, reduziu-se muito nos últimos anos, devido à falta de condições adequadas de trabalho, bem como pelos baixos salários oferecidos.

6.1.5 Seção de Laboratório

A Seção de Laboratório é responsável por todos os exames laboratoriais da rede pública atendendo os municípios de Amparo, Serra Negra, Monte Alegre do Sul, Socorro, Lindóia, Águas de Lindóia. Apesar da municipalização o laboratório continuou ligado ao ERSA-26, e atualmente, após a criação do Ambulatório Regional de Especialidades de Amparo, organizacionalmente o laboratório foi incorporado ao mesmo. Apenas os funcionários públicos estaduais, segundo a responsável pelo laboratório, foram municipalizados. Com isso, atualmente, trabalham no laboratório tanto os profissionais técnicos remunerados pela Prefeitura, quanto aqueles que recebem através do Estado. No total, são dois biólogos, quatro técnicos e quatro auxiliares de laboratório. Este quadro, segundo a mesma, é insuficiente em relação ao pessoal técnico e excedente em relação aos auxiliares, acarretando, na verdade, a falta de mão de obra qualificada para a realização das funções. O laboratório continua funcionando no mesmo espaço físico que ocupava anteriormente, ou seja, no prédio do Centro de Saúde. Em breve, está prevista esta mudança para um local

maior e mais adequado.

Em relação aos equipamentos, muitos estão avariados, inclusive o destilador. O laboratório está utilizando água destilada proveniente de outro município próximo (Socorro). A burocracia para se conseguir o conserto dos equipamentos (pois deve ser feita através do ERSA) contribui com a demora para o pleno funcionamento das atividades laboratoriais.

A produção mensal está por volta de 2.500 análises, considerando-se todos os exames de hematologia, parasitologia e bioquímica que perfazem 25 por cento, 30 por cento e 30 por cento do total dos exames realizados, respectivamente. Os resultados dos hemogramas estão sendo entregues após um mês a partir da data da coleta, e são realizados apenas sob agendamento. O laboratório não realiza nenhum tipo de exame microbiológico os quais são enviados para Campinas, ao Instituto Adolfo Lutz.

A coleta dos exames é realizada por duas funcionárias do Ambulatório, em caráter de empréstimo, devido à falta de funcionários capacitados para esta função.

Segundo informações, não existe laboratório privado que seja credenciado pelo SUS para

atender a população, a não ser em Serra Negra e em Socorro. O laboratório de Amparo, sendo referência para a região, supre as deficiências dos outros laboratórios, principalmente para os exames de hanseníase e tuberculose.

6.1.6 Serviços Conveniados

- Unidades hospitalares

. Santa Casa Anna Cintra

Foi fundada pelo Barão de Campinas e inaugurada a 20 de março de 1890. Em 1898 teve que ser fechada, mas através de uma subvenção do Governo do Estado e da Câmara Municipal de Amparo reabriu suas portas à população.

Atualmente, a Santa Casa conta com 120 leitos que acabam atendendo 90 por cento dos pacientes da rede pública e 10 por cento de pacientes conveniados ou particulares. Todos estes leitos são credenciados pelo SUS e o hospital tem a capacidade de realizar 450 internações mensais. Segundo seu diretor clínico, esta demanda acaba sobrecarregando o hospital, mas através de uma administração eficiente não ocorrem maiores prejuízos, já que ocorre um atraso no repasse da verba do SUS ao hospital ainda assim, insuficiente.

A Santa Casa possui um Pronto-Socorro que funciona como pronto atendimento e não apenas para os caso de emergência, com um médico plantonista por 24 horas

diariamente. A média de atendimento por dia é de aproximadamente 150 consultas, o que levanta preocupação com relação à qualidade do atendimento. Após o atendimento, caso seja necessário, o médico especialista é chamado sendo que este permanece sob regime de plantão à distância. Não há nenhuma contratação de médicos pelo hospital, o que é criticável. Em relação à mão de obra especializada na área de enfermagem, constatou-se que o hospital espantosamente não possui enfermeiras (formação universitária) sendo o serviço realizado por auxiliares e técnicas de enfermagem. Não há, também, lamentavelmente, um farmacêutico responsável pela aquisição e dispensação de medicamentos na farmácia do hospital. A padronização dos medicamentos foi realizada pelo próprio diretor clínico há um mês, que conseguiu diminuir em 2/3 o número de especialidades farmacêuticas utilizadas pelo corpo clínico.

A Unidade de Terapia Intensiva possui quatro leitos, sendo que dois deles são credenciados atualmente pelo SUS. Possui também equipamento de Raio X e um Banco de Sangue que realiza a coleta, estocagem das bolsas de sangue sendo que os exames necessários são realizados em Campinas. Não há médico plantonista na UTI (nem enfermeira), o que nos leva a afirmar que não se trata verdadeiramente de uma UTI.

O hospital possui 5 salas cirúrgicas e uma sala de parto. Existe berço nos quartos de puerpério e o berçário tem capacidade para atender aos casos

patológicos. A enfermagem da pediatria conta com aproximadamente 30 leitos com acomodação para acompanhante.

Existe um laboratório privado no município que é conveniado com o hospital para a realização das análises clínicas. Em relação às ambulâncias, o gerenciamento é feito pelo setor de Ambulância da Prefeitura, e há dificuldade em relação às emergências.

- Beneficência Portuguesa de Amparo

Fundada em 13 de março de 1892, a Beneficência Portuguesa desde então, vem atendendo a população de Amparo e região caracterizando-se por ser um hospital privado sem fins lucrativos.

A Beneficência dispõe, atualmente, de 74 leitos sendo 13 de pediatria, 12 obstétricos, 19 de clínica cirúrgica e 28 clínica médica. Possui ainda, três leitos de pré-parto, quatro leitos na UTI (3 adultos e 1 pediátrico), dois leitos no isolamento (um para adulto e um pediátrico), 12 leitos normais e um leito de isolamento no berçário. Segundo dados fornecidos pelo seu diretor clínico, 80 por cento das internações realizadas pelo hospital são de pacientes do SUS e 20 por cento são de pacientes conveniados ou particular. Do total de 74 leitos, 48 são credenciados pelo SUS e o hospital atende até 246 internações por mês para os pacientes da rede pública. O hospital possui quatro salas cirúrgicas, onde também são realizados os partos

normais ou partos cesáreas. O corpo clínico do hospital dispõe de quase todas as especialidades médicas mas não possui nenhum profissional médico contratado, o que é criticável. Esses permanecem em regime de plantão à distância e são chamados pelo hospital após ser constatado, pelo médico plantonista do Pronto Socorro, qual o agravo do paciente. Os encaminhamentos de neurocirurgias, e tomografias são feitos para a UNICAMP, o que é esperado e adequado num município deste porte. O hospital tem instalado uma sala para Raio X, possuindo dois aparelhos portáteis, e outra sala para realização de ultrassons e ecocardiogramas.

A dispensação de medicamentos é feita pela farmácia do hospital, mas lamentavelmente não existe farmacêutico responsável para este tipo de atividade. Informou-se que o hospital não tem nenhuma enfermeira (repete-se o absurdo observado no outro hospital) e o serviço é realizado por atendentes de enfermagem que "trabalham através do interesse e da boa vontade". Um dos pontos críticos apontados foi inexistência no município de um curso para auxiliar de enfermagem. Amparo oferece o curso de Técnico de Enfermagem os quais acabam sendo pouco utilizados pois estes têm a função de auxiliar a enfermeira.

Apesar da Beneficência contar com uma Unidade de Terapia Intensiva equipado, não possui credenciamento como SUS, devido inexistência de quarto de

intensivista dentro da Unidade. Como aqui se repete a ausência de médico e enfermeira plantonistas específicos para a UTI, sugerimos que o credenciamento não seja feito.

Outro ponto apontado pelo diretor clínico é que o hospital há 8 meses está com sua unidade de hemodiálise pronta para iniciar suas atividades mas devido a problemas burocráticos, ainda não foi credenciado pelo SUS. Acreditamos que este credenciamento deva ser bem analisado, para avaliação de sua real necessidade.

Dentro do hospital funciona um laboratório de análises clínicas, que aluga um espaço para a realização de suas atividades. Estas incluem todas as análises dos internados no hospital inclusive os pacientes da rede pública. O Banco de Sangue do hospital realiza as coletas, mas os exames são feitos em Campinas com um demora de 48 horas para a chegada dos resultados. Este, segundo o diretor, é um dos problemas gravíssimos do hospital e da região, pois há falta de sangue disponível para as transfusões.

- Clínica Fazenda Palmeiras

Trata-se de hospital privado

filantrópico, psiquiátrico e geriátrico, sediado em uma fazenda com proposta de atuação como comunidade terapêutica. Criado há cinco anos, possui 160 leitos potenciais, 113 ativos no momento da entrevista, estando 30 conveniados com o SUS.

Não internam pacientes muito graves ou agitados devido suas características físicas: os quartos permanecem abertos durante todo o dia e os pacientes têm liberdade de trânsito pelas áreas internas e externas.

Conta com equipe técnica composta, por seis médicos psiquiatras, três psicólogos, três médicos clínicos, três terapeutas ocupacionais (apenas duas na data da visita), duas assistentes sociais, três enfermeiros. Conta também com funcionário responsável por atividades de recreação.

Dispõe de ampla área verde, com espaço reservado para horta, zoológico, pomar, sala de terapia ocupacional bem equipada e abastecida, além de piscina (esta última é utilizada somente por pacientes particulares). As condições gerais da hotelaria são boas.

O hospital encontra-se classificado como de nível III.

- **Sanatório Ismael**

Trata-se de hospital privado

filantrópico, psiquiátrico, situado na região central do município de Amparo. Criado há mais de 25 anos, possui 180 leitos, todos conveniados com o SUS, sendo 69 deles ocupados por pacientes crônicos. Vale ressaltar que esses leitos conveniados (inclusive os da Fazenda Palmeiras) destinam-se a cobrir todos os municípios dos ERSAs de Amparo (78 leitos para agudos) e de Bragança Paulista (103 leitos para agudos)

Conta com equipe técnica composta por seis médicos psiquiatras, um médico clínico, dois psicólogos, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

A área ocupada pelo hospital é quase toda edificada, contando com pequenos espaços abertos para permanência dos pacientes, alguns com ajardinamento e outros totalmente pavimentados. Possui quadra de esportes e sala de terapia ocupacional. As condições gerais de higiene pareceram-nos adequadas.

São realizados grupos terapêuticos e atividades diversas (horta, jogos dramáticos, apresentações musicais abertas à comunidade externa, ginástica, jogos de salão, etc.) e eventos em datas comemorativas.

Segundo informação prestada pelo Diretor Clínico, a média de permanência em internação é de 40 dias.

- Consultórios médicos

. Luis Leite Neto

Oferece através de convênio com o sistema único consulta na área de clínica médica; trata-se de consultório particular.

- Francisco Eduardo R. Ponciano

É conveniado com o sistema, e coloca à disposição do mesmo, consultas médicas na área de pediatria.

6.1.7 Serviços de Saúde Complementares ao SUS em Amparo

Segundo informações prestadas pelo Diretor Técnico de Divisão de Saúde, cerca de 30% da população de Amparo tem assistência médica coberta por instituições não aderidas ao SUS. As empresas que atuam no município são: Intersaúde (Empresa de Medicina de Grupo), UNICOR (que dá cobertura hospitalar apenas) e UNIMED (cobertura ambulatorial e hospitalar).

Esta equipe não aprofundou pesquisa e análise desses serviços complementares ao SUS.

6.1.8 Observações

Pode-se verificar após observação

durante visitas, análise dos dados coletados e das entrevistas realizadas que o sistema é bastante fragmentado, que o atendimento ambulatorial concentra-se no setor público e o atendimento de urgência (e emergência) e hospitalar é realizado exclusivamente pelo setor privado.

As unidades básicas de saúde se distribuem ao longo do município homogeneamente, porém sem seguir diagnóstico de necessidades ou planejamento específico prévio, ao que parece.

A maioria das unidades não funciona em prédios próprios, exceção feita ao CSI, UBS Jardim Brasil e UBS Arcadas.

O atendimento oferecido se restringe a consultas médicas, atendimento odontológico e atendimentos de enfermagem, com bastante restrição e limitação.

As equipes são formadas basicamente por:

a. médicos - nas áreas básicas. Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, estes não são, em geral exclusivos da unidade dividindo períodos de trabalho no atendimento de duas unidades ou mais.

b. Cirurgião-Dentista - este realiza o atendimento dos usuários das unidades, escolas do entorno e orienta as ações coletivas em saúde bucal na escola.

c. Profissionais de nível médio - em geral 1 técnico de enfermagem que realiza as atividades do setor e um escriturário ou atendente de enfermagem, que assume a parte burocrática em desvio de função, fato

bastante comum.

d. Servente - profissional de nível básico.

As atividades executadas são em geral:

- consultas médicas
- atendimento de enfermagem: curativos, medicações, inalações, controle pondo estatural, controle de sinais vitais, distribuição de leite, coleta de papanicolau rotativa (1 funcionário do CSI realiza nas UBS exceção UBS Jardim Moreirinha).

Em relação ao vínculo empregatício a maioria dos funcionários são vinculados ao município, com raras exceções de funcionários vinculados ao governo estadual e federal.

Não são realizadas atividades de educação em saúde e são raras atividades de grupo.

A supervisão não é frequente e é feita à distância, sendo a subordinação hierárquica das unidades direta ao setor médico, o que dificulta a relação e coloca muitas barreiras para a comunicação e agilização das questões.

O atendimento de emergência e hospitalar é feito por hospitais conveniados, o que não deixa escolha à população usuária do sistema. Citou-se ainda que a integração destes com o serviço ambulatorial é bastante

deficitária.

O atendimento odontológico, embora bastante abrangente possui divisão própria, separada do setor médico, supondo-se que planejamento não segue diagnóstico feito em conjunto.

Verificou-se ainda total desorientação do sistema, pois a população acaba procurando as unidades básicas nas emergências pela proximidade das suas residências e por falta de disponibilidade de transporte, e procura o pronto socorro dos hospitais inclusive nas intercorrências menos graves por ter certeza de que encontrará médico em todo o período e será atendido no dia, mesmo que isto acarrete uma grande espera.

É referida falta de material de consumo, constantemente na rede, porém o mais mencionado em todos os relatos, quer seja por funcionários ou usuários, é a falta de medicamentos; tal ponto, aliás, pareceu uma questão bastante complexa pois a maioria das unidades não dispõe de medicamentos. Foi referido que as receitas emitidas são avaliadas pela assistente social do CSI e em alguns casos são autorizadas compras em farmácias da cidade. Outro relato menciona que as receitas chegam até a Divisão de Promoção Social que também autorizaria a compra em farmácias locais. Por outro lado, verificando-se os relatos dos usuários todos colocam a questão da falta de medicamentos na rede como um problema sério e frequente, porém, nenhum menciona as situações descritas acima. Apareceram apenas, poucos relatos

que mencionam a procura de paróquias que fornecem os medicamentos receitados às pessoas carentes.

6.2 Recursos financeiros

Apesar de possuir um fundo municipal de Saúde, criado através da Lei 1810 de 21 de junho de 1991, o setor saúde não possui autonomia de gestão dos seus recursos.

Tendo uma estrutura departamentalizada, o abastecimento geral de materiais para a Prefeitura e o controle e gerência dos recursos, estão sob a gestão dos departamentos de administração e finanças, respectivamente, o que impõe alguns problemas para o setor saúde, a saber:

1. Não priorização das compras para a área da saúde, em função da necessidade de abastecimento de todos os departamentos, e o não entendimento de ser a saúde um setor estratégico.

2. Falta de compreensão e gestão das questões relativas ao financiamento do setor saúde, em função da generalização das atividades e tecnicidade rígida da administração financeira e orçamentária, que estão a cargo do departamento de finanças.

Além desses problemas, não existe no município o entendimento do que seja um fundo especial, ou seja, um instrumento financeiro e orçamentário ágil e

autônomo para responder a um problema prioritário e relevante que merece atenção e tratamento distinto dos demais setores.

Observamos que os dirigentes de saúde no município desconhecem e têm pouco acesso a informações sobre disponibilidade de recursos para o setor, o que inviabiliza o planejamento e a priorização de gastos.

É mencionado pelas autoridades que o gasto com a saúde representa cerca de 12% do Orçamento Municipal. Também foi citado que o fato de vários departamentos efetuarem gastos relativos à saúde, e não haver possibilidade atualmente de conversão destes dados para o setor saúde, dificulta o conhecimento do que é efetivamente gasto com o setor.

Não foi possível analisar o perfil do financiamento do Sistema Municipal de Saúde, pois os dados solicitados não foram fornecidos em tempo.

Finalmente, vale ressaltar que a política geral de financiamento ainda vigente, com pagamento por serviços prestados, prejudica enormemente o desenvolvimento do sistema.

6.3 Recursos Humanos

O quadro de recursos humanos, demonstrado anteriormente, deixa claro que o modelo

assistencial ainda hoje em vigor, enfatiza o atendimento médico e odontológico. O restrito quadro de pessoal de enfermagem e administrativo parece condicionado à capacidade de atendimento médico e odontológico. Os poucos profissionais de outras categorias de nível universitário estão concentrados no CSI.

Parece não haver um padrão de lotação de recursos humanos para os serviços, embora a necessidade de ampliar o número de médicos seja levantada nos depoimentos de diferentes interlocutores desde usuários até o Prefeito Municipal. Apesar da constatação dessa necessidade, não houve na atual gestão nenhum concurso público, sob alegação de falta de recursos financeiros. Da mesma forma não há plano de cargos e salários para valorização profissional.

O baixo nível salarial e a concorrência de municípios vizinhos, com melhor remuneração, são apontados como fatores que obstaculizam a ampliação de serviços oferecidos e da sua melhoria qualitativa. Por outro lado, estes mesmos fatores são evocados pela gerência como justificativa para uma conduta tolerante em relação à diminuição da carga horária contratual e práticas discordantes com normas estabelecidas (ex. definição do número de consultas por período), em especial, com respeito à categoria médica.

A despeito da baixa remuneração, a falta de motivação identificada de modo geral no funcionalismo, deve ser atribuída, a nosso ver, principalmente também à

ausência de política de desenvolvimento de recursos humanos. Parece não haver incentivo à participação e envolvimento do funcionalismo no planejamento, propostas de ações, metas, na compreensão da filosofia do Sistema Único de Saúde, modelo assistencial, assim como não vêm sendo realizados cursos, treinamentos, reciclagens. Estes são pontos em que os funcionários vêm ressentindo-se, provavelmente a partir da municipalização. Relatam por exemplo, os programas que antes existiam no CSI, as reuniões com funcionários e treinamentos já realizados.

Percebe-se que o potencial dos funcionários, em especial os de nível médio que atuam nas UBS, não vem sendo aproveitado.

Outras queixas apresentadas pelos funcionários referem-se à falta de treinamento e orientação quanto às suas atribuições no momento de ingresso na rede e a sensação de "abandono" (nas UBS) pelos dirigentes, e falta de supervisão técnica.

Finalmente, um aspecto que merece crítica destacada, é a ausência de enfermeira e farmacêutico nos dois hospitais gerais.

6.4 Vigilância à Saúde

6.4.1 Vigilância Sanitária

As ações de Vigilância Sanitária do Município de Amparo são realizadas pelo ERSA-26 que compreende as cidades de Amapo, Monte Alegre do Sul, Serra Negra, Lindóia, Águas de Lindóia e Socorro. Segundo o diretor da Divisão de Vigilância Sanitária, as ações e serviços não foram municipalizadas, cabendo à equipe do ERSA a realização das mesmas.

Esta equipe é formada por um engenheiro civil, um farmacêutico-bioquímico e três agentes de saneamento, os quais dispõem de três viaturas para a realização das inspeções sanitárias. Atualmente, a equipe conta também com um dentista, uma farmacêutica responsável pela Assistência Farmacêutica e um médico, atualmente em afastamento na Presidência da Câmara.

Segundo informações fornecidas pelo Diretor da Vigilância Sanitária e pelo farmacêutico-bioquímico, o ERSA-26 mantém uma boa relação com o Centro de Vigilância Sanitária, o qual fornece treinamentos constantes para a equipe. Atualmente, o ERSA-26 participa de alguns programas como o Pró-Água, o Pró-Candida e o Pró-leite. Nesses programas, realizam visitas e coletas periódicas de amostras e enviam ao Adolfo Lutz de Campinas para as devidas análises. Eventualmente, enviam ao Adolfo Lutz de São Paulo

alguma análise relativa a medicamentos.

* Em relação à comunidade, pode-se afirmar que não há uma participação ativa da mesma nem tampouco uma preocupação em relação aos problemas da Vigilância Sanitária. Existe um serviço, o Disque-Saúde, que atende a população nas suas reclamações. Estas não são muito específicas na área de Vigilância Sanitária sendo que a população acaba se utilizando deste serviço para queixas diversas.

Em relação à Saúde do Trabalhador, as informações revelam a inexistência de uma atenção maior com esta determinada área. Não existe nenhum médico do trabalho no município mas existe uma preocupação por parte da equipe no sentido de se contratar este profissional o mais breve possível.

ALIMENTOS

* Os alimentos de origem vegetal consumidos pela população do município são provenientes, em parte, da produção local e o restante, do CEASA de Campinas e de Jundiaí. Não existem matadouros no município, apenas abatedouros avícolas de grande porte que são responsáveis desde a criação até a distribuição do produto acabado já embalado. Estes locais são inspecionados pelo Serviço de Inspeção Federal - SIF - que atua dentro da própria indústria. São quatro os abatedouros pertencentes ao

município de Amparo, mas todos sob a Inspeção Federal que também se responsabiliza pelas duas usinas de leite locais.

O comércio de alimentos do município se faz através de estabelecimentos de varejo, sem transformação. Existe apenas uma feira no município proveniente de Campinas e não se verifica a venda de produtos alimentícios através de ambulantes. No total, existem 400 estabelecimentos, aproximadamente, responsáveis pelo comércio de alimentos.

A fiscalização destes estabelecimentos se torna difícil à medida em que a equipe responsável é composta apenas por seis profissionais. Efetivamente, esta fiscalização atua quando existem denúncias da população. Não há recursos humanos suficientes para que se programem visitas periódicas à todos estes estabelecimentos, além do escasso número de viaturas pertencentes ao ERSA-26. Mesmo assim, em média são realizadas 380 inspeções por mês em toda a região.

MEDICAMENTOS, SANEANTES E AGROTÓXICOS

As ações de Vigilância Sanitária em relação aos medicamentos se restringem às inspeções de estabelecimentos comerciais, como farmácias e drogarias, sendo que no município de Amparo não estão locadas indústrias farmacêuticas nem distribuidoras. Existem 25 farmácias e drogarias, e duas farmácias de manipulação

distribuídas, principalmente, no centro da cidade. Destas, seis farmácias são de propriedade de farmacêuticos. Mas, segundo o diretor da Divisão de Vigilância Sanitária, a visitação periódica à estes estabelecimentos é prioridade para o serviço, pois algumas farmácias trabalham com medicamentos das portarias 27 e 28.

Existe, no município, três indústrias fabricantes de detergentes e afins, mas não há nenhuma indústria de agrotóxico.

O ERSA-26 é responsável, através do Setor de Assistência Farmacêutica, pela realização das compras de medicamentos através da C.C.M.B. da Secretaria de Estado da Saúde e pela distribuição pelas seis cidades sob sua responsabilidade. É feita uma previsão trimestral das necessidades de reposição e aquisição dos medicamentos, na sua maioria provenientes da FURP ou CEME. O recebimento ocorre em duas vezes, durante o trimestre, e caso algum medicamento tenha terminado, o ERSA faz uma lista de emergência mensal que demora, em média, de uma a duas semanas para ser recebida. A lista conta com 173 especialidades farmacêuticas, mas a grande maioria do pedido, geralmente, não é enviada. Em Amparo, o ERSA é responsável pelo abastecimento da farmácia do Centro de Saúde e da farmácia do Ambulatório Regional de Especialidades, sendo que nestes locais estão locados dois farmacêuticos-responsáveis. Segundo estes profissionais, os antihipertensivos, e os medicamentos de uso psiquiátrico são

os mais requisitados e não há falta de medicamentos para doenças como a hanseníase e a tuberculose.

CONTROLE DE ZONOSSES

Segundo a Vigilância Sanitária do ERSA, a Prefeitura de Amparo é responsável pela vacinação anti-rábica de animais, assim como pelo controle de roedores do município. A própria Vigilância Sanitária, na verdade, atua fazendo um levantamento da situação, em casos de denúncias, e notifica a Prefeitura para as devidas providências. O controle de artrópodes, segundo o diretor, é bem realizado pela SUCEN de Campinas. Durante a permanência da equipe em Amparo, a Vigilância Sanitária recebeu uma reclamação por parte de mães sobre a ocorrência de "piolhinhos" nas crianças que frequentavam uma determinada escola da rede pública, onde havia um número grande de pombos em seus telhados. Estes são parasitados por diferentes tipos de ácaros (por exemplo: *Dermanyssus gallinae*) que, em certas condições, podem atingir o homem através da prosmicuidade de lugares como escolas, parques, etc., além de outras doenças tão importantes. O papel da Vigilância Sanitária, neste caso, é o de constatar realmente o fato e, sabendo de suas consequências em relação à Saúde Pública, acionar a Prefeitura alertando-a sobre os possíveis problemas.

Acredita-se que uma efetiva atuação nas áreas específicas da Vigilância Sanitária só possa ser

possível através da constatação por parte da Prefeitura do Município da importância destas ações. Dentro do processo da municipalização das ações e dos serviços, segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Sanitária deverá envolver:

- descentralização das ações com definição das competências do três níveis de governo;

- fazer com que as ações da Vigilância Sanitária sejam integradas aos serviços de saúde, superando isolamento no interior das políticas de saúde;

- definição de processos e mecanismos que assegurem a articulação das ações entre as três esferas de governo;

- definição do financiamento das ações de Vigilância Sanitária, atualizar as taxas de arrecadação e estudar seus fluxos e distribuição;

- localizar, no nível federal, no INCQS, a referência principal de análise técnica das petições relacionadas à Vigilância Sanitária;

- localizar no nível municipal, preferencialmente, a execução de maioria das ações de Vigilância Sanitária.

6.4.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O setor de Vigilância Epidemiológica do ERSA-26, que tem sua sede no Município de Amparo, é responsável pelas ações em seis municípios vizinhos: Amparo, Serra Negra, Lindóia, Águas de Lindóia, Monte Alegre do Sul e Socorro.

Este setor possui apenas 1 médico sanitарista, 1 enfermeiro e 1 escriturário, que segundo referências é a equipe mínima padronizada para todos os ERSAs.

Sabe-se que a legislação do Sistema Único de Saúde estabelece que o perfil epidemiológico do município deverá direcionar todo o planejamento em saúde, bem como determinar a destinação e priorização de recursos, sendo ainda requisito exigido para o repasse de verbas e classificação do município na categoria plena. Por ser a Vigilância Epidemiológica um dos aspectos que irá determinar este perfil epidemiológico, torna-se necessário cada vez mais a constituição, fortalecimento e sistematização dos serviços de vigilância em todas as instâncias e esferas de governo, em particular à nível local em função do município se achar mais próximo da população que é a maior conhecedora da realidade local.

Atualmente a vigilância do ERSA refere que o município de Amparo assumirá de forma gradual as ações de vigilância, cabendo ao ERSA então:

- a análise preliminar dos dados coletados;

- controle de cobertura vacinal;
- auxílio na execução da busca ativa que são bastante raras;
- participação conjunta em campanhas de vacinação;
- viabilização de treinamentos técnicos;
- resgate dos casos de doenças transmissíveis são notificados através de análise dos boletins CH-106 e AIH, enviados pelos hospitais locais, que não notificam os referidos casos diretamente;
- funcionar como elo de ligação entre o município e o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) à nível estadual;
- coordenação das ações de vigilância à nível regional dos municípios de sua abrangência.

Devido a fase de dificuldades por que passa o sistema público de saúde, bem como pelo momento de transição vivido atualmente, muitos são os problemas mencionados pelo referido setor:

- políticas públicas, determinadas pela política partidária;
- recursos humanos em número insuficiente, vivenciando uma crise de ordem moral (falta de motivação, incentivo a política salarial inadequada), despreparo técnico de alta rotatividade na rede;
- recursos financeiros escassos; as ações de vigilância ainda não são contempladas no atual

sistema de pagamento das ações (SIA-SUS);

- Desintegração do sistema, dos serviços prestadores particulares, especialmente, as agências hospitalares que não possuem núcleos de vigilância ou serviços de infecção hospitalar;

- retaguarda laboratorial restrita e distante (Instituto Adolfo-Lutz em Campinas) o que acarreta demora e extravio nos resultados;

- falta de relação com o planejamento local.

Com relação às doenças que ocorrem no município, citou-se como principais: a esquistossomose, tuberculose, hanseníase, e a leishmaniose, que vem apresentando aumento gradativo do número de casos, e AIDS que já aparece no município como doença importante em incidência.

Observa-se na tabela 14 a progressão do número de casos de doenças de notificação compulsória ocorridas no município de Amparo de 1991 a 1993, porém não foi possível a construção e análise de série histórica em função do ERSA não dispor dos dados de 1987 a 1990, o que dificultou bastante a análise por se tratar de período bastante longo.

TABELA 14 - Distribuição das Doenças de Notificação -
Compulsória segundo número de casos de
ocorrência. Município de Amparo, 1991-1993

DOENÇAS	ANO			TOTAL
	91	92	93	
Meningite	7	14	5	26
Esquistossomose	6	9	15	30
Hanseníase	9	12	6	27
Leishmaniose				
Cutânea	-	1	12	13
Sarampo	1	-	-	1
Tuberculose	11	18	28	57
Leptospirose	-	1	1	2
AIDS	4	2	5	11
TOTAL	38	57	72	167

FONTE: ERSA-26 - Vigilância Epidemiológica

As doenças de notificação compulsória que não constam da Tabela 14, tiveram incidência nula nos anos referidos.

Verifica-se um aumento progressivo do número de casos de esquistossomose, fato este que não seria esperado em função da boa cobertura da rede de água e esgoto. Poder-se-ia supor que estes casos são devidos à alta imigração ocorrida no município, hipótese esta levantada quando da análise da razão de dependência e da composição populacional por faixa etária.

Os casos de leishmaniose cutânea

notificados são, segundo informação do ERSA, provenientes da zona rural. Existe dúvida se há realmente um aumento de número de casos ou se houve melhora no diagnóstico e notificação. Cabe ressaltar, também, que Amparo é referência regional para o tratamento da hanseníase e tuberculose.

Outra problemática verificada é a falta de dados, que demonstra uma baixa implementação do sistema de informações em saúde dificultando o aproveitamento das mesmas, bem como sua análise e devolução ao nível local e população.

No nível municipal a vigilância epidemiológica é um serviço bastante recente, tendo sido implantado em março de 1993 e exercendo suas atividades com muitas limitações.

O serviço está instalado numa sala do CSI, mas não é exclusiva. É composto por 1 enfermeiro que é responsável por sua coordenação e um médico clínico que além das atividades de vigilância é responsável pelo atendimento de consultas (atividade que consome a maior parte do seu horário de trabalho).

O setor não dispõe de infra-estrutura. Além de espaço físico inadequado para seu funcionamento, não possui viatura privativa e equipe técnica mínima que possa realizar todas as atribuições cabíveis à vigilância epidemiológica.

Atualmente suas atividades se restringem à confecção de fichas e comunicação das doenças de

notificação compulsórias ocorridas na rede, sendo que, a equipe solicitou ao departamento de saúde e promoção social, a extinção do referido serviço, por se achar funcionando com precariedade e oferecendo baixa resolutividade ao sistema de saúde do município.

Tais fatos dificultam bastante o avanço na implantação do Sistema Único de Saúde e efetivação das ações de saúde pelo município, tornando-se aspecto bastante preocupante do ponto de vista da saúde pública. Acredita-se ainda que, provavelmente, há sub-notificação de casos importantes, uma vez que o sistema funciona fragmentado e precariamente. O sistema de informações em saúde inexistente, já que até o contato com as unidades é bastante distante e prejudicado.

- IMUNOBIOLOGICOS

A administração de vacinas é realizada somente pelo CSI Dr. Carlos Burgo, porém o controle das mesmas é bastante complexo.

O pedido de imunobiológicos é feito pela enfermeira de vigilância epidemiológica municipal, embora não esteja dentro das competências desta a atividade mencionada. O recebimento e controle de estoque, bem como o controle da geladeira é feito pela equipe da farmácia. A administração das doses e controle da rede de frio de momento é de responsabilidade da equipe da sala de vacina.

Em relação à sala de vacina do CSI verificou-se que a mesma não dispõe de equipamentos da cadeia de frio (geladeira de estoque e de momento-medimic). Observou-se a utilização de um isopor de 7 litros com termômetro sensor para conservação das vacinas que estavam sendo utilizadas, técnica esta já bastante obsoleta, principalmente a unidade dispendo de equipamento adequado para este fim (que não é usada). Mencionou-se como motivo para a não utilização das referidas geladeiras, a instalação elétrica da sala inadequada porém sabe-se que existem meios relativamente simples de resolver esse problema.

Chamou a atenção como seria difícil, numa cidade que possui clima tão quente, manter-se as vacinas em condições de refrigeração adequadas, durante um período diário de 10 horas (das 7 às 17 horas, que é o horário instituído para vacina), dispendo de apenas uma caixa de isopor e um termômetro Sensor.

Sabe-se que tais equipamentos não possuem a mesma sensibilidade e capacidade de conservação de uma geladeira, haja visto que em uma das visitas à referida sala de vacina, observou-se que o termômetro do isopor registrava uma temperatura bastante acima da normal preconizada (4° a 10° C). Tal ocorrência é bastante séria sendo este o único local de que dispõe a população do município para vacinação inclusive anti-rábica, pois o CSI é referência também para o atendimento à mordedura ou picada

de animais.

Segundo referência da Vigilância Epidemiológica do ERSA-26, a cobertura vacinal do município está em torno de 100 por cento. Não foi possível, apesar de todos os esforços, a obtenção dos mapas de cobertura vacinal. De acordo com o funcionário da sala de vacina, são vacinados 1.300 usuários/mês. São oferecidos os seguintes tipos de imunobiológicos: BCG, Sabin, Sarampo, Tríplice viral, Dupla Infantil, Dupla Adulta, Toxóide tetânico, DPT, Hepatite-B (para funcionários do setor saúde) e anti-rábica.

Para que haja efetivação das ações de vigilância no município, propõe-se:

a. A Constituição da equipe municipal de vigilância urgente e atuante, com condições de ação (dotada de espaço físico, equipamentos adequados, viatura, equipe mínima qualificada e exclusiva).

b. Montagem do sistema de informações em saúde, adequado à demanda do município e em consonância com os sistemas estadual e federal.

c. Instituição da avaliação dos serviços e análise do perfil epidemiológico, conjuntamente com os diversos segmentos do sistema de saúde e população.

d. Realização de treinamentos técnicos básicos em sistema de vigilância epidemiológica e à saúde, atualização em doenças transmissíveis e crônicas, rede de

frio e conservação de imunobiológicos, imunização;

e. implantação em caráter de urgência de vacinação no maior número possível de unidades básicas de saúde. Dr. Petri referiu que o município já dispõe de geladeiras para esta finalidade, adequação de plantas físicas que necessitam de pequenas mudanças perfeitamente exequíveis.

f. Colocação em funcionamento na sala de vacina de equipamentos da cadeia de frio necessários, viabilizando as condições para este objetivo.

g. Reorientação da confecção do diagnóstico local, determinando o perfil epidemiológico e sócio-econômico do município, propondo estratégias de ação para resolução dos "nós" críticos, que atingem à saúde da população à pequeno, médio e longo prazo, em conjunto com a população e funcionários do sistema;

h. Manutenção de contato direto e efetivo com o Conselho Municipal de Saúde para que as questões da vigilância versem nas pautas de discussão do mesmo.

6.4.3 Atenção à Saúde Bucal

A atenção à saúde bucal no Município de

Amparo está a cargo do Serviço de Odontologia Municipal (uma divisão do Departamento Municipal de Saúde).

A equipe de saúde bucal é formada por 23 cirurgiões dentistas (CDs) e um auxiliar de consultório dental (ACD), que é funcionária estadual. Dos 23 CDs, 19 prestam atendimento no momento, 2 estão afastados de suas atividades e 2 ocupam funções de gerência (Diretor da Divisão Odontológica e Coordenador de Saúde Bucal).

A carga horária dos CDs é de 20 horas semanais. Para suprir a demanda, excessiva para o número de profissionais contratados, alguns profissionais fazem horas extra (em média 30 a 40 horas extra por mês) e prestam serviços em diferentes locais de atendimento.

Os profissionais prestam atendimento individual e curativo em consultórios instalados em 7 escolas, 2 entidades assistenciais, 7 UBSS e no Centro Odontológico.

Em julho de 1992 foram implantados algumas atividades preventivas programáticas da Atenção à Saúde Bucal do SUS, os procedimentos coletivos 1 e 2 (PC1 e PC2), nas escolas estaduais e municipais. Com a integração do Fundo Social a aproximadamente 5 meses, estas ações tem sido desenvolvidas nas creches municipais.

O PC 1 é composto por: levantamento epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluorados e higiene bucal supervisionada. O PC 2, além dos componentes do PC1 é acrescido de: exame clínico para diagnóstico e

aplicação tópica de gel de flúor.

A execução dos PCs é de responsabilidade dos CDs, que estão lotados nas escolas. Naquelas onde não existem CDs lotados, a execução dos PCs fica a cargo dos profissionais que prestam atendimento odontológico nas unidades básicas da área de abrangência.

O sistema de formação dos grupos, normalmente se dá de acordo com o sistema incremental. O grupo inicial é formado pelos alunos da 1ª série da escola. No ano seguinte este grupo receberá tratamento de manutenção concomitante ao atendimento dos ingressantes (1ª série). O objetivo é aumentar gradualmente a cobertura.

Acredita-se que a adoção dos procedimentos coletivos, demonstra uma preocupação com a proteção específica à saúde bucal. No entanto constatou-se que o município de Amparo não possui águas de abastecimento fluoretadas há 8 anos, sendo este, um método de prevenção da cárie capaz de reduzir em 60% a sua incidência. Sua eficácia está cientificamente comprovada e sua execução é determinada em lei federal desde 1986.

Por que utilizam-se os procedimentos coletivos em alguns escolares, mas não se fluoretam as águas de abastecimento beneficiando toda a população do município? Nos parece mais coerentes fluoretar as águas de abastecimento, e depois implantar outras medidas preventivas complementares.

Para uma maior resolubilidade e

atendimento à demanda é essencial o trabalho sistematizado das equipes de saúde bucal, com a utilização de técnicos em higiene dental (THDs) e auxiliares (ACDs). É responsabilidade dessa equipe desenvolver todas as ações necessárias à atenção à saúde bucal, tanto as atividades curativas como os procedimentos coletivos. Com os recursos humanos disponíveis no município, torna-se impossível desenvolver ações que provoquem algum impacto na saúde bucal da população. Os CDs da rede trabalham individualmente, sem pessoal técnico e auxiliar, desdobrando-se entre o atendimento individual curativo e os procedimentos coletivos, o que tem acarretado baixa eficiência e produtividade.

A atenção secundária encontra-se comprometida pela sobrecarga e desestruturação do atendimento especializado prestado no Centro Odontológico. Este atendimento que era oferecido em algumas áreas está sendo desativado por falta de recursos humanos e demanda excessiva.

A organização da atenção à saúde bucal não deveria ser pautada na dicotomia preventivo/curativo. Ocorre que as ações preventivas não estão integradas com as ações curativas. Além disso, as ações odontológicas encontram-se isoladas do conjunto das ações de saúde desenvolvidas no município.

Para uma maior resolubilidade na atenção à Saúde Bucal no município de Amparo acredita-se prioritário

operacionalizar:

- cumprimento da legislação vigente que determina a fluoretação das águas de abastecimento.

- implantação do Sistema de Vigilância Sanitária dos teores de flúor nas águas de abastecimento.

- contratação e formação da equipe de saúde bucal (CDs, THDs, ACDs).

- cursos e treinamentos para reciclagem e adequação dos profissionais ao atendimento das necessidades de saúde da população.

- reestruturação da atenção secundária à saúde bucal.

- levantamento epidemiológico em saúde bucal, periódico, utilizando-se a metodologia da OMS.

- integração das atividades curativas e preventivas em saúde bucal.

- integração da atenção à saúde bucal com outros programas de saúde do município.

6.4.4 Atenção à Saúde Mental

O fato de existir nos municípios, há muitos anos,, um hospital psiquiátrico, confere

características próprias à organização da assistência à saúde mental em Amparo. De um lado a população de cidades deste tipo costuma absorver a internação como procedimento habitual diante de agravos à saúde mental, inclusive aqueles em que a internação é forte questionável de um ponto de vista técnico mais rigoroso. De outro lado as autoridades resistem em investir na organização de uma efetiva rede de assistência ambulatorial, por entenderem que o hospital já está dando conta dos problemas principais.

Os hospitais ali encontrados (que na verdade são duas unidades de uma única entidade) atendem não só à demanda do município de Amparo, e sim à de todos os municípios dos ERSAs de Amparo e de Bragança Paulista. Felizmente mantém um atendimento que pode ser considerado bastante razoável, dentro dos limites do que pode oferecer uma instituição de saúde mental fechada. Participam do colegiado regional de saúde mental e procuram acompanhar as normas técnicas preconizadas pelo SUS no Estado de São Paulo. Destacamos como louvável preencherem rotineiramente impresso próprio de contra referência, fornecido pelos ERSAs, que informa em duas vias dados sobre evolução e alta dos pacientes internados (uma via é entregue ao paciente e a outra é enviada aos AREs de Amparo ou Bragança Paulista, conforme a procedência dos pacientes).

Existe em funcionamento desde o final de 1992 uma central de vagas regional do ERSA de Amparo, que atende em horário comercial; esta limitação de horário tem

favorecido a existência de algumas internações diretamente no hospital. O atendimento às emergências psiquiátricas parece estar sendo feita na Santa Casa Anna Cintra, por plantonista clínico.

O ARE de Amparo, criado em 1992 e responsável pela cobertura à demanda de todo ERSA de Amparo, conta com uma pequena equipe que atua a área de saúde mental: dois médicos psiquiatras, sendo que um exerce o cargo de diretor da Unidade, além de manter atendimento clínico, e o segundo está transferindo-se para outro município; duas psicólogas; uma terapeuta ocupacional; uma enfermeira e uma assistente social (essas duas últimas atendem ao ARE como um todo, e não exclusivamente à área de saúde mental). Todos são contratados em regime de 40 horas semanais.

A população atendida neste serviço é quase exclusivamente de adultos e isto é justificado pelo fato das crianças de Amparo serem atendidas pelas psicólogas do CS de Amparo e as crianças de outros municípios não serem habitualmente encaminhadas para lá, sendo assistidas em serviços municipais. Mediante impressos já referidos dos hospitais, chamam para atendimento ambulatorial, através de aerograma, todos os paciente que receberam alta hospitalar. Respondem a este chamado cerca de 20% dos pacientes, aos quais é oferecido acompanhamento medicamentoso e psicoterápico, conforme o caso.

É critério para aceitação do paciente no

serviço o encaminhamento feito por profissional (de saúde mental quando existente) de outro serviço: UBS ou hospitais gerais.

A limitação de espaço físico contribui com a restrição de atendimentos oferecidos.

Desenvolve ações de saúde mental em Amparo, ainda, o Centro de Saúde, que conta com duas psicólogas contratadas em regime de 20 horas semanais. São atendidos pacientes de todas as faixas etárias, preferencialmente em grupo (inclusive do grupo familiar). O atendimento psicológico é considerado especialidade dentro da Unidade, e por isso só são admitidos pacientes encaminhados por outros profissionais daquela ou de outras instituições de saúde ou de educação (no caso de escolares). No final de cada mês são agendados os casos novos a serem atendidos no mês seguinte, às segundas-feiras à tarde.

Um problema apontado por unanimidade por todos os entrevistados da área de saúde mental do município foi a falta de integração e articulação entre os serviços e mesmo dentro de cada serviço em particular (no caso do ARE e do CS de Amparo). Pode-se afirmar que não existe uma política de saúde mental claramente definida ou mesmo uma estratégia de atuação, com competências e fluxos bem estabelecidos. Parece-nos importante empreender-se trabalhos que permitam essas definições; no mínimo reuniões sistemáticas com representantes dos vários serviços favoreceriam a integração.

Há grande dificuldade para fornecimento de medicação, com gravíssimas consequências no seguimento de pacientes psicóticas.

Observou-se ainda que trabalhos voltados à promoção e prevenção em saúde mental são praticamente inexistentes. Não houve referência a qualquer tentativa de treinamento dos médicos e outros funcionários nas diversas UBS visando a inclusão de ações de saúde mental em suas atividades.

6.4.5 Atenção à Saúde da Mulher e da Criança

- SAÚDE DA MULHER

Em 1988 foi implantado em Amparo o Centro de Atenção Integral à Mulher (C.A.I.M.) como resultado da implementação das ações programáticas da assistência à saúde da mulher pela Secretaria Estadual de Saúde.

Este centro, ainda hoje em atividade, funciona em prédio situado em frente ao C.S.I, sendo administrativamente subordinado ao mesmo. Esse prédio possui 3 salas para atendimento médico (uma com colposcópio) e uma sala para coleta de papanicolau. Conta, atualmente, com 4

médicos, uma técnica para coleta de papanicolau e duas escriturárias (receptionistas).

O CAIM desenvolve atividades de atendimento de nível primário e serve como referência secundária para as UBS e também para outros municípios da região (ERSA-26).

Segundo entrevista, o CAIM "já conheceu dias melhores". Atualmente, existe falta de integração entre os profissionais, praticamente nenhuma ação educativa e grande dificuldade com material de consumo e medicação. Foi constatado também, dificuldade importante na área de recursos humanos, tanto no aspecto numérico quanto na qualificação dos profissionais já existentes.

As UBSs oferecem atendimento na área de ginecologia geral e obstetrícia (pré-natal, consulta ginecológica e coleta de papanicolau). Os atendimentos ocorrem em alguns períodos específicos da semana, sendo que os médicos tocoginecologistas prestam serviços em mais de uma unidade. Em algumas unidades há demora de até um mês para agendamento de consultas de rotina.

Existe um Programa de Saúde da Mulher escrito no Município de Amparo (elaborado pelos profissionais do CSI e do CAIM), com normatização de algumas ações, porém foi observado que o mesmo não foi efetivamente colocado em prática.

- Acompanhamento do Pré-Natal e Puerpério

O pré-natal é realizado tanto nas UBSSs como no CAIM. Está totalmente centrado na consulta médica, que conta com auxílio das técnicas de enfermagem para obtenção de peso e pressão arterial. Não existe normatização dos procedimentos.

Não são realizadas, de modo sistemático, ações educativas no pré-natal (a orientação depende exclusivamente do médico). Não são realizadas atividades em grupo apesar de existir proposta por escrito de grupo operativo de apoio da gravidez, parto e puerpério.

Não é realizada, de forma sistemática, a vacinação antitetânica durante a gestação. Segundo informação de funcionário da sala de vacina e feita pouca vacinação anti-tetânica nas gestantes; só aquelas que iniciaram a vacinação fora da cidade procuram o CSI para continuar o esquema: "os médicos da cidade acham bobagem". Essa postura em relação à vacinação também ocorre quando o pré-natal é feito em médico particular.

Na cidade só é realizado pré-natal de baixo risco. De modo geral, quando é detectado algum fator de risco, a paciente é encaminhada para Campinas. Esta referência é feita de maneira informal, através de conhecimento entre os médicos e parece ser eficiente.

Não há agendamento padronizado de consulta de puerpério. Segundo informação do médico "geralmente elas vem".

- Atenção ao Parto

Praticamente 100% dos partos são realizados em hospitais. Não foi detectado problema de acesso ao leito hospitalar por ocasião do parto.

Com o objetivo de estudar algumas características da atenção ao parto foram levantadas 282 declarações de nascidos vivos, correspondentes aos nascimentos ocorridos nos dois hospitais de Amparo nos meses de outubro, novembro e dezembro de 1992.

As altas taxas de cesária constatadas no Município de Amparo (Tabelas 15 e 16) fazem parte de um quadro grave, mais amplo e geral do Estado de São Paulo. A Organização Mundial de Saúde recomenda como padrão aceitável a incidência de 10 a 15% de cesárias, considerando os riscos inerentes à intervenção cirúrgica. Esta situação resulta em consequências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe. As causas desses altos índices são variados e extrapolam as situações específicas de Amparo. A realização de cesárias antes do final do plantão ou para realização de laqueadura, surgiram também como possíveis causas dessas altas taxas.

Chama atenção no levantamento das declarações de nascidos vivos, a baixa (quase nula) ocorrência de parto forceps, apontando, talvez, para rejeição desta técnica tanto pelos profissionais médicos como pelas parturientes.

Na Santa Casa existem obstetrizes que realizam acompanhamento de trabalho de parto e, em algumas ocasiões, realizam o parto normal. Na Beneficência Portuguesa não existem obstetrizes. Na Santa Casa existe uma sala de parto e na Beneficência Portuguesa os partos são realizados no centro cirúrgico, em salas não exclusivas.

TABELA 15 - Distribuição do número e porcentagem de nascidos vivos segundo tipo de parto e hospital.

Município de Amparo, outubro a dezembro de 1992

TIPO DE PARTO	SANTA CASA		BENEFICÊNCIA PORTUGUESA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	67	41,13	42	35,30	109	38,65
Cesárea	91	55,80	77	64,70	168	59,58
Fórceps	2	1,23	-	-	2	0,71
Não Especificado	3	1,84	-	-	3	1,06
TOTAL	163	100,00	119	100,00	282	100,00

FONTE: Declaração de nascidos vivos - ERSA-26

TABELA 16 - Distribuição de taxa de cesária segundo local de ocorrência, Estado de São Paulo, Janeiro de 1993.

ERSA-26	47,49%
CRS* 1	43,80%
CRS 2	59,10%
CRS 3	60,00%
CRS 4	51,20%
CRS 5	38,80%
Estado de São Paulo	50,58%

FONTE: SES

Os dois hospitais tem instalações para alojamento conjunto (berços nos quartos) mas, através de entrevista, verificou-se que os bebês não permanecem 24 horas por dia junto com as mães (voltam à noite para o berçário). Na Beneficência Portuguesa verificou-se que os bebês recebem mamadeira (leite de vaca) durante a noite no berçário.

As instalações para atendimento de

* Coordenação de Regiões de Saúde.

recém-nascido de alto risco são precárias. Na Santa Casa existe uma sala montada para tal atendimento (estava vazia por ocasião da visita) que, apesar de razoavelmente adequada, não conta com ventilador mecânico e, o que é mais importante, recursos humanos treinados. Na Beneficência Portuguesa há uma sala para esse atendimento (também vazia por ocasião da visita) apenas com incubadoras.

A relação dos nascidos vivos nesses hospitais indica taxas baixas de recém-nascidos de baixo peso, (os valores esperados para o Estado são de aproximadamente 9 a 10% - SES) principalmente aqueles com peso de nascimento menor de 2000 gr., o que reforça a informação de que as gestações de médio e alto risco são encaminhadas para atendimento em Campinas (Tabela 17).

As altas taxas de gestação na adolescência (mães com até 18 anos completos), problema levantado por alguns entrevistados, não foi confirmado pela análise das declarações de nascidos vivos que revelou taxa de 14,33% de adolescentes grávidas nos meses estudados (Tabela 18). As taxas de adolescentes grávidas no Brasil são de aproximadamente 20 a 23%. A problemática da gestação na adolescência é basicamente social, pois leva a gestante adolescente solteira à exclusão de seu grupo social. Tal enfoque talvez explique, numa sociedade conservadora, a importância dada ao fato, mesmo com taxas baixas.

- Planejamento familiar

As ações de planejamento familiar também estão centradas na consulta médica. Não são realizadas atividades grupais educativas. As atividades realizadas são pontuais e a escolha do método fica mais na dependência da qualificação do profissional e da possibilidade de obter o método do que na escolha do casal. Não existe padronização por escrito das ações de planejamento familiar.

Observou-se a utilização dos seguintes métodos:

a. Anticoncepcionais Orais: provavelmente o mais utilizado, muitas vezes sem orientação médica (mulheres referiram aquisição em farmácia, sem controle médico).

b. Dispositivo Intra-Uterino: segundo tocoginecologista do CAIM, o DIU vem sendo utilizado com alguma frequência em Amparo; estimou-se 300 DIU colocados em mulheres sob acompanhamento (não foi possível saber o total de consultas de planejamento familiar, nem o universo das mulheres que fazem planejamento familiar, o que impossibilitou a análise mais adequada dos dados). Há um médico habilitado para colocação do DIU.

c. Preservativos: o fornecimento de preservativos pelos serviços de saúde não é contínuo o que, em alguns casos, dificulta sua utilização.

d. Outros: foi também observada a utilização de "tabelinha".

e. Métodos definitivos: dentre as dez mães entrevistadas, duas fizeram laqueadura tubária no último parto, o que aponta para taxas altas de esterilização cirúrgica. Uma mãe entrevistada referiu vasectomia feita pelo marido após o nascimento do último filho.

- Prevenção do Cancer Ginecológico

A coleta de papanicolau é realizada tanto nas UBSSs como no CAIM, por auxiliar técnico treinado. Não foi possível obter dados de cobertura. O CAIM dispõe de equipamentos para colposcopia e responde pela referência secundária do sistema.

Não foram observadas ações visando orientação para auto-exame de mamas.

Os casos que extrapolam a resolubilidade do CAIM são referidos para a UNICAMP, que funciona como referência terciária do sistema. Essa referência, segundo entrevista, não é formal; funcionando de modo informal pelo conhecimento pessoal.

A análise das ações programáticas da saúde da mulher mostraram que, apesar das atuais dificuldades, a feição programática das ações ainda persiste e essas vão além da atenção materna tradicional (atenção a gestação, parto e puerpério). Outro aspecto importante a ressaltar é o esboço de hierarquização que as ações apresentam, apesar da referência terciária ser informal

(Campinas).

Os aspectos negativos que mais chamam atenção são a pobreza das ações educativas e a total ausência de atividades grupais. As ações centradas na figura do médico dificultam ainda mais a implantação de atividades grupais, e esse quadro parece refletir, entre outros problemas, a ausência de equipe multiprofissional. O componente educativo grupal é de fundamental importância na atenção integral à saúde da mulher pois permite troca de experiências e reflexões sobre a questão de gênero, que compõem o pano de fundo para todas as ações acima analisadas.

Outro problema importante detectado é a descontinuidade do fornecimento de métodos anticoncepcionais e de medicamentos.

Ações específicas relacionadas à atenção ao climatério não foram observadas. Levando em consideração que mulheres de 50 anos e mais representam aproximadamente 10% da população, essas ações deveriam ser planejadas e implantadas.

TABELA 17 - Distribuição do número de percentagem de nascidos vivos, segundo peso de nascimento. Município de Amparo, outubro, novembro e dezembro, 1992.

PESO (gr)		NASCIDOS VIVOS	
		Nº	%
1500	2000	2	0,71
2000	2500	13	4,61
2500	3000	75	26,60
3000	3500	128	45,39
3500	4000	55	19,50
4000	4500	9	3,19
TOTAL		282	100,00

FONTE: Declaração de nascido vivo, ERSA-26.

TABELA 18 - Distribuição do número de percentagem de nascidos vivos segundo idade materna.
Município de Amparo, outubro, novembro e dezembro, 1992.

IDADE (Anos)	NASCIDOS VIVOS	
	Nº	%
14	1	0,35
15	3	1,08
16	7	2,51
17	13	4,66
18	16	5,73
19	18	6,45
20 25	83	29,75
25 30	67	24,01
30 35	45	16,13
35 40	21	7,53
40 e +	2	0,72
Ignorado	3	1,08
TOTAL	279	100,00

FONTE: Declaração de nascido vivo, ERSA-26.

- Saúde da Criança

O atendimento à saúde da criança é realizado tanto nas UBSSs como no CSI, centrado na consulta médica e auxiliado por atendimento de enfermagem para obtenção de peso e altura.

Um dos principais problemas referidos na atenção à saúde da criança é a escassez de médicos pediatras, o que leva a repressão da demanda espontânea e à dificuldade de implementação de ações programáticas. As mães de crianças doentes quando não conseguem atendimento nas UBSSs, buscam o CSI que não agenda pacientes da periferia. Dessa forma, essas mães permanecem na fila para tentar obter atendimento na procura do dia. Quando não conseguem ser atendidas, procuram os hospitais (principalmente a Santa Casa Anna Cintra).

Outra dificuldade detectada foi a falta de medicamentos (dificuldade essa não específica da saúde da criança); e decorrente não só da escassez das compras como também da falta de padronização de conduta para patologia mais comuns (doenças respiratórias da infância), permitindo ampla gama de prescrição de medicamentos similares.

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

Não existe padronização, por escrito, das ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Esse acompanhamento é realizado de acordo com a determinação de cada profissional.

As técnicas de enfermagem fazem controle de peso e altura mensal de crianças com idade de zero a dois anos nas UBS. A consulta médica de rotina é feita a cada 2 ou 3 meses (varia de acordo com o médico até dois anos de idade).

Existe em Amparo o programa de distribuição de leite fluido. É coordenado por funcionária do CSI. É utilizado critério biológico e/ou social. São encaminhadas crianças tanto pelos pediatras como pela assistente social.

- Aleitamento Materno

Foi constatado, tanto nas entrevistas com funcionários como nas das mães, a precocidade do desmame no município.

As atividades de incentivo ao aleitamento materno praticamente não existem. Como foi referido, não há grupo educativos durante o pré-natal. As orientações são dadas de forma pontual na dependência da disponibilidade do profissional (médico e/ou enfermagem) não

existe trabalho de equipe dirigido para incentivo ao aleitamento materno.

Durante a estadia hospitalar, por ocasião do parto, também ocorre orientação pontual. A organização dos serviços hospitalares não reforçam o aleitamento materno. Apesar de existir instalações para alojamento conjunto, esse não é realizado como preconizado. Além disso são oferecidos água com glicose e leite artificial aos bebês durante a permanência hospitalar!

O retorno ao serviço de saúde para acompanhamento não é precoce: as crianças chegam ao pediatra ao redor de 3 meses de idade o que não permite intervenção imediata nos casos de desmame precoce.

Em entrevista, técnica de enfermagem da sala de vacina referiu que praticamente que todas as crianças que chegam para receber BCG já estão desmamadas: "Dá até gosto de ver quando uma mãe tira o seio para amamentar". Referiu também não conhecer nenhum trabalho de incentivo ao aleitamento materno realizado na cidade.

- Vacinação

Ver vigilância epidemiológica - imunobiológicos.

A vacinação é realizada de forma centralizada, somente em um local de município (CSI). Apenas durante campanhas existe descentralização da vacinação; não

existe rotina por escrito do serviço. É seguido calendário oficial do Estado. Durante as entrevistas realizadas não foram referidos problemas relativos à vacinação.

Os funcionários da sala de vacina realizam controle dos faltosos, que são convocados por aerograma. Segundo entrevista do Dr. Petri há problemas de recursos humanos na área tanto em quantidade como em qualidade.

Os principais problemas detectados na vacinação foram: centralização do atendimento; utilização inadequada da cadeia de frio, falta de controle único do processo.

- O Problema da Desnutrição Infantil no Município de Amparo

Apesar da desnutrição infantil ser referida como problema de saúde importante na cidade de Amparo, não foi encontrado nenhum levantamento sobre sua prevalência na população geral. Foi referido levantamento realizado pelo Dr. Petri na Santa Casa Anna Cintra, quando foram avaliados 103 prontuários de crianças internadas de janeiro a julho de 1992, e foi encontrada a taxa de 40% de desnutrição de segundo e terceiro grau. Também, segundo informação de entrevista, foi feito levantamento do estado nutricional das crianças matriculadas no CSI (de zero a dois anos de idade) apontando 30% de desnutrição. De acordo com

dados da SES, a prevalência da desnutrição moderada a grave é de 5,6% no Estado de São Paulo. Os dados obtidos nos levantamentos realizados em Amparo não podem ser generalizados para a população geral. É fundamental a realização de levantamento epidemiológico visando conhecer a real prevalência de desnutrição em Amparo. Somente a partir desses dados será possível o planejamento realista de ações de saúde e posterior avaliação do impacto dos programas a serem implementados.

Além do conhecimento da prevalência real da desnutrição, há necessidade de discussão dos determinantes dessa situação. "Os especialistas em nutrição tem dado atenção considerável à identificação dos determinantes do estado nutricional individual e familiar, geralmente concluindo que eles são complexos e variados e que a desnutrição é o resultado da interação de uma multiplicidade de variáveis ambientais, econômicas e sociais... As análises produzidas tem fundamentalmente um viés conservador. As causas da desnutrição são encontradas primordialmente entre os desnutridos e suas famílias, e não na ordem social em que eles vivem. Dado que são as características dos desnutridos e de suas famílias que funcionam como os determinantes da desnutrição, as mudanças são exigidas somente para aqueles que sofrem de deficiências nutricionais e não para o resto da sociedade. Não existe nenhum exame sério da hipótese alternativa de que a persistência da desnutrição disseminada é em grande parte um

reflexo da organização política e social, de arranjos econômicos e institucionais e de escolhas de estratégias de desenvolvimento. A desnutrição é reduzida ao status de um problema técnico e, em conseqüência, os padrões nutricionais perdem qualquer significado como critérios contra os quais se poderia medir o desempenho de diferentes ordens sociais e políticas de desenvolvimento (Hakein e Solimano, 76).

As ações implantadas para o enfrentamento desse problema devem levar em conta os determinantes do problema. Em Amparo, foram detectados duas formas de atuação no enfrentamento da desnutrição:

- Programa de suplementação alimentar (distribuição de leite fluido e merenda escolar): aparentemente esses programas são uma resposta lógica aos problemas nutricionais, porém, na prática, uma variedade de barreiros sociais econômicos e institucionais impedem sejam atingidas metas nutricionais ideais.

- Criação do CIREN - O Centro Infantil de Recuperação Nutricional foi criado em 1988 como objetivo de promover a recuperação de crianças com desnutrição moderado e grave.

Atualmente funciona em imóvel alugado e tem capacidade para atender 12 crianças em regime de hospital-dia. As crianças transportadas para o CIREN e para casa por carro da Prefeitura. No dia da visita havia apenas duas crianças no CIREN, pois o carro não estava disponível o que, segundo entrevista, vinha acontecendo com frequência.

São atendidas crianças de zero a dois anos. Após essa idade as crianças são encaminhadas para as creches.

No início de seu funcionamento o CIREN realizava trabalho educativo com as famílias e visita domiciliar.

Atualmente existem uma técnica de enfermagem, uma merendeira e duas pajens exclusivas do serviço e uma pediatra, uma fonoaudióloga e terapeuta ocupacional que como profissionais do CSI; prestam serviço de modo periódico no CIREN. A falta de uma equipe multiprofissional maior e mais adequada (inclusive com enfermeira, educadora, assistente social, psicóloga, visitadora) impede a realização de um trabalho mais amplo e efetivo com as famílias.

No momento as famílias estão praticamente excluída do trabalho, que é centrado totalmente na criança.

Após a alta, as crianças são encaminhadas para seguimento clínico no CSI não há avaliação sistemática após a alta. O CIREN perde o contato com as crianças.

Há pouca integração entre o CIREN e as UBSSs, principalmente as da periferia da cidade.

Tendo em vista os determinantes da desnutrição infantil, a atuação somente sobre a criança, em um local centralizado, numa relação que exclue a família, com praticamente nenhuma ação educativa tem pouquíssimo

impacto sobre a prevalência da desnutrição infantil.

O CIREN e sua equipe multiprofissional poderiam funcionar como centro irradiador de ações de enfrentamento do problema. Essas ações seriam desenvolvidas em vários níveis, tanto no próprio CIREN, como também nas UBS da periferia da cidade e na própria comunidade. A equipe multiprofissional adequadamente montada promoveria a integração dos vários níveis e subsidiaria as equipes das UBS nas ações de especificidade local.

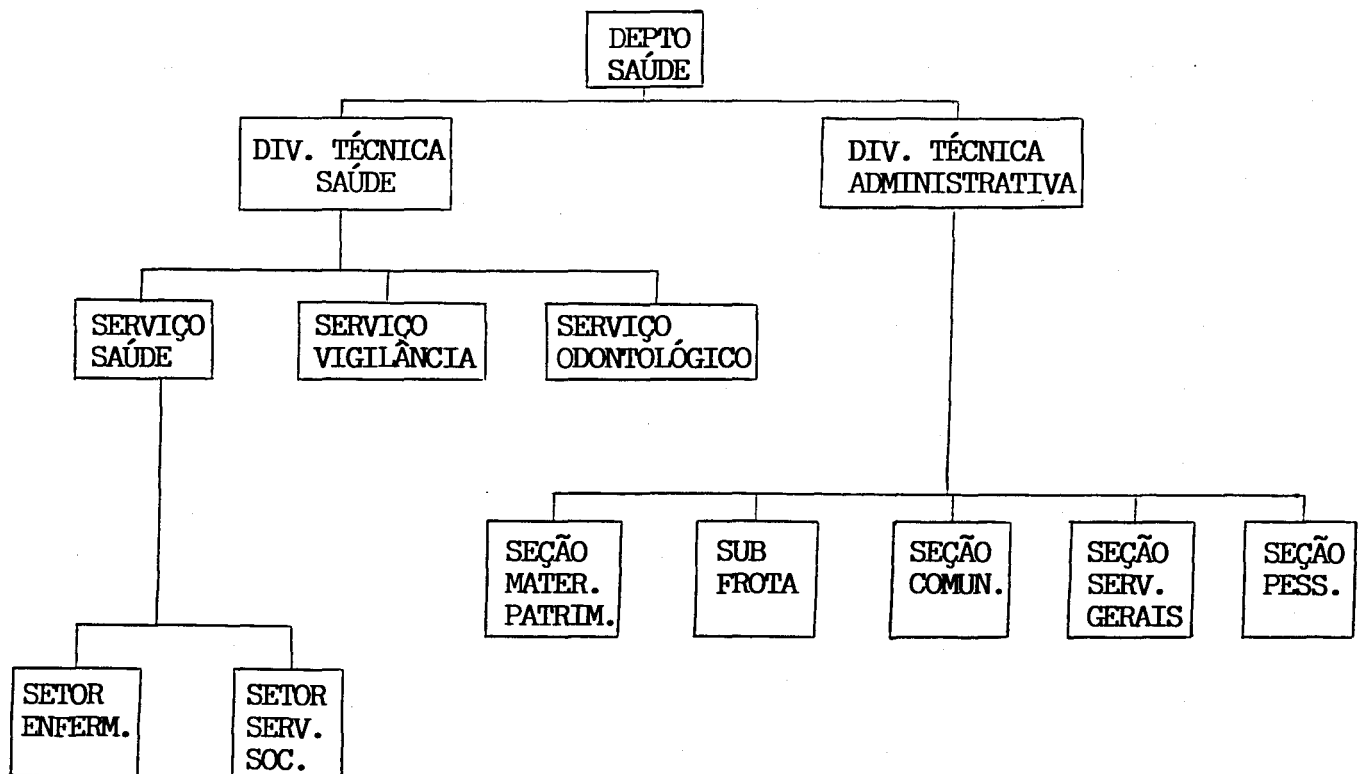
Outro aspecto fundamental é a necessidade de conhecer realmente em quais regiões do município as crianças tem maior risco de apresentar desnutrição e planejar ações específicas para essas crianças. Vale ressaltar novamente a importância da participação de outras áreas de governo (educação, saneamento, promoção social, etc) e da própria comunidade no planejamento e implantação de projetos de enfrentamento da desnutrição infantil, para permitir alcançar a maior eficácia possível.

6.5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA

6.5.1 Descentralização

Os serviços sob gerência do município são responsáveis pelas ações básicas de saúde e algumas especialidades. Permanecem sob gestão do Estado, as vigilâncias sanitária e epidemiológica, o controle de pronto socorros e internações hospitalares, as especialidades concentradas no ARE e o apoio diagnóstico.

A nível dos serviços municipais, não se verifica autonomia decisória: a gerência centralizada no Departamento de Saúde e Promoção Social é espelhada em seu organograma atual, já apresentado, e mantida, lamentavelmente, na proposta do novo organograma pretendido, que resume-se, a grosso modo no apresentado abaixo.



Observa-se que as unidades de saúde não compõem o organograma, de forma que permaneceriam sem estrutura própria e unicidade, já que seus funcionários, de acordo com a função ocupada, se reportariam a diferentes setores/seções ou serviços.

Ainda com relação à descentralização, pode-se dizer que o próprio Departamento de Saúde e Promoção Social possui baixo grau de autonomia administrativa, na estrutura da Prefeitura dependendo em aspectos essenciais de outros departamentos, o que prejudica sua desenvoltura.

6.5.2 Integralidade

Existe preocupação dos dirigentes do Departamento em organizar o Sistema de Saúde de modo a garantir assistência integral, identificada por exemplo, na ênfase com que são colocadas preocupações em relação à necessária integração entre os serviços municipais, ARE, e Hospitais. O fato do controle dos Hospitais, através da UAC, permanecer ainda sob gestão do ERSA, assim como as vigilâncias, principalmente a sanitária, evidentemente prejudica a integralidade da assistência. Estando em curso a descentralização destes itens, espera-se uma melhora neste aspecto.

No âmbito dos serviços municipais, no entanto, a precariedade de recursos humanos, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto em diversidade, somado ao gerenciamento centralizado, não favorece a formação e prática de equipes interdisciplinares, fundamental para o avanço de uma visão integral dos problemas de saúde, tanto a nível individual como coletivo. Mesmo no CSI, que possui profissionais de várias categorias, não se percebe atuação em equipe. A inexistência de reuniões interdisciplinares e, inclusive, interinstitucionais, reflete a ausência de uma prática com visão integral. Ressalta-se também a quase inexistência de práticas educativas e preventivas, exceção feita à Saúde Bucal.

Do ponto de vista da promoção de saúde os itens relativos a saneamento do meio são considerados adequados, constituindo um aspecto positivo quanto à integralidade.

Outro aspecto que merece citação é o papel desempenhado pelo Fundo Social que, através da formação de um Conselho com representantes de vários setores, tem levado propostas (por exemplo Saúde Bucal e Nutrição) de atuação prática sobre problemas coletivos identificados, promovendo a integração de diferentes áreas e departamentos.

6.5.3 Resolubilidade

O modelo assistencial do Município de Amparo, está centrado atualmente na atenção médico/assistencial, estratégia adotada em função, principalmente, da oferta de serviços constituída historicamente no município, conforme já citado.

Este modelo além de não trabalhar com a questão da integralidade do indivíduo e da multicausalidade das doenças, carece de organização para que possa responder às demandas a ele definidas.

Os serviços de atenção primária, localizados nas UBSS periféricas, estruturados teoricamente para atender à demanda de clínica médica, pediatria e ginecologia, não dispendo de recursos (materiais, humanos e financeiros) como já citado anteriormente, não resolvem os problemas de assistência médica da população adstrita à sua área de abrangência, o que ocasiona uma peregrinação da população em busca desses serviços, principalmente no CS de Amparo e no Pronto Socorro dos Hospitais Anna Cintra e Beneficência Portuguesa.

O CS, localizado no centro de Amparo, estruturado para atender a região central no que se refere ao atendimento primário, passa a atender a população das UBSS periféricas, quando estas, pelas condições já apontadas não o fazem.

O Centro de Saúde serve ainda de

referência para a vacinação de rotina, que não é feita pelas outras unidades, o que ocasiona, além do deslocamento da população de todo o município para o centro, a não identificação da população com a Unidade Básica de sua área de abrangência. Por ser a vacinação uma atividade simples, esta seria uma forma de se criar vínculo e aproximação da unidade com a população, o que facilitaria a compreensão dos problemas da comunidade.

Estes fatores agravam, ainda mais, o quadro de demanda reprimida, em clínicas básicas, detectada pelo município em seu plano diretor de 1992/93 estimada em 46% da necessidade da população.

No que se refere às clínicas especializadas, estas são ofertadas no município principalmente pelo Ambulatório Regional de Especialidades e pelo Centro de Saúde. Além do Município estar trabalhando com uma programação de 40% de demanda reprimida, conforme plano diretor municipal 1992/93, não existem instrumentos formais de referência e contra referência na rede de serviços, que disciplinem o encaminhamento e acompanhamento do paciente, o que ocasiona uma perda importante de informação sobre a capacidade de resolução dos serviços.

Segundo depoimentos de autoridades locais, existem muitos encaminhamentos desnecessários para fora do município.

Com relação aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o município é auto-suficiente

apenas em exames de patologia clínica (realizados no laboratório público local); os demais tipos de exames são encaminhados, principalmente, para Campinas, sem, no entanto existir uma garantia formal da realização dos mesmos.

Os hospitais do Município de Amparo representam o grau máximo de resolubilidade da cidade, oferecendo atenção nos níveis primário, secundário e terciário e, por conseguinte, suprem parcialmente as deficiências do sistema.

Grandes cirurgias, principalmente neurológicas e cardíacas, exames especializados (tomografia e ressonância magnética), hemodiálise, pacientes graves com indicação de UTI, são exemplos de situações que exigem nível mais elevado de atendimento, sendo, de modo geral, encaminhadas para Campinas. Não seria adequado, de fato, que esses serviços de alta complexidade fossem disponíveis num município com cerca de 50.000 habitantes.

6.5.4 Hierarquização

Com exceção da área de saúde da mulher, não identificou-se fluxo claramente estabelecido de referência e contra-referência entre os diversos níveis de complexidade do Sistema. Em relação aos demais municípios, no que tange a serviços de maior complexidade, também não há qualquer acordo formal. Seria desejável superar este tipo de limitação.

6.5.5 Territorialidade

As Unidades Básicas de Saúde têm definidas suas áreas de abrangência, em termos de bairros adstritos. No entanto, a ausência de caracterização de perfil epidemiológico das diversas áreas, somada à falta de autonomia gerencial local e ao baixo grau de resolubilidade das unidades, nos permite dizer que não existe de fato territorialização do Sistema de Saúde Municipal. Não é favorecido um direcionamento das formas de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde e atenção à demanda da população adstrita.

A concepção de território implica no conceito de "responsabilidade" sobre uma determinada coletividade. Implica, portanto, na necessidade de conhecer profundamente seus aspectos sociais, culturais e suas necessidades de saúde e, a partir dos problemas prioritários identificados, elaborar estratégias de intervenção.

Parece haver por parte de dirigentes do Sistema preocupação em ampliar o grau de resolubilidade das UBS, com incremento no número de médicos, aumentando portanto a capacidade de atenção à demanda. A nosso ver isto é questionável; talvez uma melhoria no gerenciamento, com acompanhamento do cumprimento da jornada de trabalho contratada e da produtividade, fosse suficiente para atender à demanda, ou quase. Além disso, seria necessário

ainda o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção. Para tanto é fundamental a constituição de equipe interdisciplinar nas unidades, gerenciamento e planejamento a nível local.

6.5.6 Acessibilidade

O acesso físico aos serviços localizados no próprio município pode ser considerado razoável principalmente para a população da zona urbana. Há linha de ônibus circular que percorre toda a cidade facilitando a chegada aos serviços, principalmente aos mais complexos localizados na região central, e não existem barreiras naturais significativas com relação ao acesso aos serviços, exceto na UBS Jardim das Aves, que se localiza no alto de uma ladeira com forte aclive. A população da zona rural é penalizada neste aspecto, uma vez que é comum ter que caminhar uma hora ou mais para chegar à Unidade mais próxima.

O acesso a atendimento básico só não é mais difícil devido à existência de seis UBS distribuídas pelos diversos bairros da cidade e duas UBS localizadas em zona rural.

No sentido mais amplo do termo, o acesso à assistência à saúde é menos influenciado por aspectos

físicos do que pela organização da assistência: tipo e distribuição de serviços oferecidos, forma de agendamento, horários de funcionamento, etc.

Chama atenção, por exemplo, o fato das UBS, exceto o CSI de Amparo, não fazerem vacinação rotineiramente, o que diminui significativamente sua demanda, especialmente de crianças.

O horário de funcionamento das unidades básicas e ambulatório certamente limitam o acesso a esses serviços. Apesar de permanecerem abertas basicamente no período de 7:00 às 16:00 horas, de segundas à sextas-feiras, na prática a permanência dos profissionais médicos e dentistas é bem mais restrita, não só por serem contratados para atuarem em períodos limitados em cada serviço, como também por cumprirem horário bem menor do que o contratado.

Observou-se ainda, que na maioria das UBS o atendimento é feito através de agendamento diário no início da manhã, com número de consultas previamente delimitado. A população é submetida à rotina de dirigir-se o mais cedo possível às Unidades, nos dias em que é oferecido o atendimento do qual ela necessita, sem qualquer garantia de conseguir este atendimento. De outro lado, as unidades só registram o número de atendimentos realizados, e não o número de atendimentos recusados, o que impede um diagnóstico para alteração deste quadro.

No CS de Amparo é feito agendamento prévio somente para os residentes em sua área de

abrangência, restando à população das áreas mais periféricas o enfrentamento de situação idêntica à acima descrita quando necessita de consulta naquele serviço. Tendo em vista que este CS oferece vários tipos de atendimento não disponíveis nas outras UBS, observa-se que a população das áreas mais periféricas é duplamente prejudicada: pela inexistência desses atendimentos em sua região de moradia, e pela impossibilidade de agendamento prévio quando deles necessita.

Em função do exposto até aqui, toda demanda por atendimento fora do horário de funcionamento das UBS (e ainda do ARE) e ainda, aquela que não conseguiu acesso a esses serviços por falta de vaga no dia, acaba sendo canalizada para o pronto atendimento ambulatorial dos hospitais.

O acesso torna-se mais difícil quando o paciente necessita de algum tipo de atendimento não oferecido no próprio município, uma vez que o sistema de referência é totalmente informal. A Prefeitura procura oferecer a locomoção aos pacientes: percorre-se cerca de 50.000 quilômetros por mês no transporte de 79 usuários por dia útil (dado de outubro de 1993, citado pelo Prefeito Municipal), no entanto, apenas cerca de 10% são transportados para outros municípios (remoções e seguimentos ambulatoriais), e o restante é transportado de seu domicílio para serviços do próprio município, o que parece merecer reavaliação.

6.5.7 Democratização

Identifica-se no Sistema de Saúde e seus componentes apenas alguns traços de democratização, mesmo que incipientes, no que tange à participação do funcionalismo e população.

Os funcionários dos vários serviços, não participam no planejamento e tomada de decisões, que ocorrem de forma centralizada no Departamento de Saúde e Promoção Social ou em outros departamentos da Prefeitura. Há queixas sobre a ausência de reuniões, tanto de caráter técnico e programático, quanto administrativas. Depoimentos de funcionários citam que foram proibidas reuniões em gestões anteriores, no entanto, persistem dúvidas quanto à atual vigência desta deliberação. Outros acusam arbitrariedade e "clientelismo" em determinadas decisões adotadas pelo Departamento.

A organização sindical parece ter tido melhores momentos no passado, estando desmobilizada atualmente, possivelmente em consequência da repressão sofrida durante greve recente do funcionalismo, com severas punições (demissões).

No nível local, a falta de coordenação nas unidades desfavorece o maior envolvimento e participação dos funcionários na discussão e encaminhamento das ações desenvolvidas, o que, aliado às questões salariais, leva a desmotivação.

O funcionalismo conhece pouco a respeito do papel do Conselho Municipal de Saúde, e não se julga ali representado. Da mesma forma, a filosofia do Sistema Único de Saúde é pouco assimilada.

Nota-se pouco empenho da administração do sistema em incentivar a participação do funcionalismo, o que poderia implicar em maior envolvimento com o trabalho e conseqüentemente elevação da qualidade dos serviços.

Quanto à população, ao nível dos serviços não encontra resposta às suas reivindicações. Sua participação no C.M.S.. é bastante questionável e será discutida adiante.

Cabe ressaltar que também no ARE verificou-se pouca autonomia no desenvolvimento de ações de saúde propostas por funcionários, que dependem de "autorização" do ERSA.

6.5.8 Gerenciamento

Pode-se afirmar que a precariedade do gerenciamento de cada unidade e do sistema como um todo é um dos aspectos que mereceria maior atenção das autoridades locais. As UBS, que não possuem estrutura formal, tampouco possuem direção ou ao menos um responsável técnico local. A grande maioria dos funcionários entrevistados criticou a falta de acompanhamento da Unidade por parte do Departamento de Saúde e Promoção Social. Apesar da direção deste departamento encontrar-se aberta a receber funcionários das UBS para tratar de problemas por eles levantados, não existe supervisão sistemática dos trabalhos localmente.

Suspeita-se que a influência da corporação médica local, com tendências privatistas, dificulte o gerenciamento mais direto desses funcionários no referente a compromisso de trabalho, horário, etc. Reforça esta dificuldade, a inexistência de normas técnicas e administrativas claramente estabelecidas referentes à rotina de atendimento nas diversas áreas.

Como já apontou-se anteriormente, a centralização e pouca democratização das decisões é bem acentuada, contando o Departamento de Saúde, além de seu diretor, com apenas dois técnicos, um médico e um dentista.

A necessidade de constituir uma equipe técnica em nível gerencial é claramente colocada pelos

Diretores de Divisão e do Departamento e, de certa forma, é também apontada pelos funcionários, que reclamam a falta de supervisão técnica e apoio administrativo. Constatou-se de fato a importância desta equipe, porém, no nosso entender ela deveria ser constituída de forma diferente do proposto no novo organograma do Departamento; deveria ter caráter de assessoria. Além disso cada unidade deveria contar com chefia técnico-administrativa.

É fundamental, ainda, que haja autonomia administrativa do Departamento, principalmente quanto à gestão dos recursos financeiros do setor saúde.

A rigor não existe uma política de saúde explicitada e única para o município. As diversas autoridades entrevistadas apontaram, inclusive, prioridades diferentes para o setor. Ressalte-se que a citação das prioridades não foi acompanhada, em nenhum momento, da explicitação das estratégias adotadas para implantação e/ou implementação de ações associadas às prioridades apontadas. Mesmo os critérios adotados para a determinação dessas "ditas prioridades" não foram explicitados. Parece não haver um planejamento ascendente e participativo.

Apesar de não explicitada, a política de saúde adotada no município ficou evidenciada: não valoriza o setor público como seria desejável, supervaloriza a assistência médica curativa em detrimento de uma visão mais integral, além de outros aspectos já apontados.

6.5.9 Participação Popular: Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde da Estância de Amparo (C.M.S.) foi criado em 14 de maio de 1991, através da Lei Municipal nº 1797.

Seu Regimento Interno foi aprovado em sessão plenária extraordinária em 15 de abril de 1993.

Os objetivos do C.M.S. estão de acordo com a Lei Federal 8142 de 28 de dezembro de 1990, quais sejam:

- estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar as políticas de saúde do município;

- atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde municipal, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros;

- fiscalizar a alocação dos recursos financeiros, operacionais e humanos do Sistema Único de Saúde(SUS) propor medidas de aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS.

A Lei 8142 determina em seu artigo primeiro que os Conselhos de Saúde devem ter caráter permanente e deliberativo, tratando-se de um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo que "a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e

Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos".

A Lei 1797, determina, em seu artigo segundo, que o Conselho Municipal de Saúde da Estância de Amparo contará com 18 membros, será composto por um representante do:

Departamento de Saúde do Município
 Departamento de Obras, Serviços e Viação
 Escritório Regional de Saúde (ERSA)
 Santa Casa Anna Cintra
 Beneficência Portuguesa de Amparo
 Sanatório Ismael
 Associação Paulista de Medicina (APM)
 Associação Paulista de Cirurgiões
 Dentistas (APCD)
 Sindicato dos Funcionários Públicos
 Municipais de Amparo
 Sindicato dos Bancários Sub-sede de
 Amparo
 Sindicato dos Metalúrgicos de Amparo
 Associação Comercial, Industrial e
 Agrícola de Amparo
 Associação Industrial de Amparo
 Lions Clube de Amparo
 Rotary Clube de Amparo
 Loja Maçônica Trabalho
 Associações de Bairros

e o Diretor do Departamento de Saúde, que será seu presidente.

A criação do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde (já citado anteriormente) foi um passo importante para a implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Amparo, porém ao analisar-se mais profundamente o C.M.S. observou-se alguns problemas. Notou-se que a lei que determina sua composição é excludente e pouco abrangente, na medida em que restringe a representação a algumas associações e organizações. Acredita-se que a legislação municipal neste aspecto poderia oferecer mais acesso às instituições e representações, o que favoreceria uma maior democratização e legitimidade do processo.

Ao tomar-se para análise a representatividade dos profissionais de saúde, verifica-se que somente médicos e cirurgiões dentistas estão representados no Conselho, através de suas associações de classe. Os demais profissionais de saúde só podem participar se indicados pelo sindicato dos servidores públicos municipais, que não representam somente os profissionais do setor saúde.

Acredita-se que a representatividade dos usuários fica comprometida na medida em que a parcela da população que compõe o conselho, pouco utiliza os serviços de saúde, financiados pelo SUS.

Referiu um de seus representantes que os bancários do município, pouco utilizam o SUS, pois alguns

bancos possuem convênios próprios e outros contrato com convênios particulares.

As associações de bairro, que poderiam melhor representar os usuários possuem apenas um representante no C.M.S., e este refere que não é reconhecido na comunidade como tal, mesmo tendo sido indicado diretamente por outros membros de associações.

A indicação dos representantes, segundo referências feitas, foi realizada de forma aleatória, sem o nível de discussão prévia exigido, levando assim a que a maioria dos componentes desconheça as funções a serem desempenhadas pelos mesmos no C.M.S., assim como a importância deste.

A falta de estrutura, conhecimento e execução efetiva de suas atribuições, assim como a desarticulação interna, fazem do C.M.S. uma instância meramente formal com pouca resolubilidade e legitimidade.

Constatou-se ser geral o desconhecimento da existência do C.M.S., por parte de funcionários e usuários do sistema, podendo-se atribuir este fato, à total falta de divulgação e informação sobre a existência e papel do Conselho no SUS.

O Município de Amparo, apresenta um avanço em comparação a outros municípios pelo fato de haver constituído seu C.M.S. sob forma de lei, criando inclusive regimento próprio. Porém, para que este torne-se resolutivo e legítimo, deixando de ser meramente formal, sugere-se:

- maior organização interna do C.M.S.;
- promoção de seminários e debates visando a divulgação do papel do C.M.S., junto aos funcionários da rede e a população em geral;
- incentivar a participação dos funcionários e usuários nas reuniões abertas do C.M.S.;
- deflagrar processo de discussão da Lei Municipal nº 1797 e do Regimento interno do C.M.S., no que se refere à participação popular.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação do Sistema Único de Saúde vem se dando através de um processo que vem permitindo avanços graduais, apesar dos obstáculos enfrentados, de ordens diversas e variando segundo características locais regionais. Como se sabe, a concretização do SUS está longe de ser efetivada em moldes mais próximos do estabelecido em lei. O observado no município de Amparo não foge a esta regra e alguns aspectos merecem ser destacados.

- Apesar de todas as limitações apontadas neste trabalho, é inegável que, com a municipalização a saúde passou a ser objeto de preocupação política da Prefeitura de Amparo.

- A legislação trouxe abertura para aumento da participação e controle social por parte da população através principalmente de Conselhos de Saúde. Entretanto, apesar de instituído em Amparo com regimento próprio, o Conselho não conseguiu até o momento avançar significativamente na consecução de seus objetivos.

- A legislação preconiza autonomia municipal na gerência e no estabelecimento de prioridades, diretrizes e modelos alternativos adequados à realidade local, mas essas possibilidades não vêm sendo plenamente apropriadas pelo Município de Amparo.

- A política de saúde municipal merece ser revista e deve ser claramente explicitada.

- A inadequação da política de financiamento do SUS, atualmente vigente, dificulta enormemente a sua operacionalização.

- A política de medicamentos é caótica e inoperante, não garantindo acesso universal aos medicamentos, com conseqüente redução do nível de resolubilidade da assistência.

- Há falta de uma política de recursos humanos que contemple treinamentos e desenvolvimento e de uma política salarial competitiva na realidade regional.

- Há fortes limitações na implantação efetiva de regionalização e hierarquização do sistema pela pouca articulação entre Município e Estado.

- Falta implementação de planejamento ascendente com participação de todas Unidades do Sistema e dos usuários.

- Existe grande restrição na implementação de ações de saúde coletiva.

- Não existe implantado um sistema de informação em saúde municipal que possa subsidiar o planejamento local.

- Observou-se que o modelo assistencial adotado no município tem conotação mais curativa, em detrimento de ações de saúde coletiva e programáticas, o que diminui a qualidade da assistência.

- Seria adequado a composição de equipe técnica capacitada a nível municipal, assim como a designação de gerente ou no mínimo responsáveis técnico-administrativos para todas Unidades Municipais.

Finalmente, pareceu bastante favorável o fato das autoridades locais terem uma apreciação positiva do SUS enquanto proposta, sendo que as críticas mais frequentes concentraram-se em torno da questão do financiamento. Esta apreciação positiva certamente colaborará para que o Município de Amparo, a exemplo do que vem fazendo até o presente, prossiga na busca de crescente competência para assumir seu papel de gestor único do sistema de saúde local.

BIBLIOGRAFIA

- AMPARO (SP) Lei Orgânica do Município - Lei nº 1719, de 3 de abril de 1990. Amparo, 1990.
- AMPARO (SP) Lei da Prefeitura Municipal - Lei nº 1797, de 14 de maio de 1991. Amparo, 1991.
- A TRIBUNA Amparo, julho, 1993. Edição de Turismo.
- BARROS, F.C. & VICTÓRIA, C.G. Epidemiologia da saúde infantil. São Paulo, Ed. Hucitec/UNICEF, 1991.
- CARVALHO, G. O caos no financiamento da descentralização dos serviços de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V. 1, UnB - Brasília: 61-72, 1992.
- CORDONI, JR. L. & BERTONE, A.A. Melhoria do desempenho dos serviços públicos de saúde: pontos de estrangulamento e caminhos para a separação. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V. 2, UnB, Brasília: 175-9, 1992
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. Relatório. Brasília, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, Brasília, 1992. Relatório. Brasília, 1992.
- EUZEBY, J. Les parasitoses humaines d'origine animale, caracteres epidemiologiques. 3ª ed., Paris, Ed. Flammarion Medicine Scienses, 1984.
- FUNDAÇÃO IBGE Estatísticas de registro civil. Rio de Janeiro, 1990, V. 17, p. 1-253.

- HAKIM, P. & SOLEMANO, G. Nutrição e desenvolvimento nacional: estabelecendo a conexão. In: Valente, F.L.S., org. Fome e desnutrição, determinantes sociais. 2ª ed. São Paulo, Ed. Cortez, 1989.
- LAURENTI, R. et al. Estatística de saúde. São Paulo, Ed. E.P.U., 1985.
- LUZIA NETO, F. & DAGMAR, E. Almanaque de Amparo. Amparo, 1989.
- MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde e o papel das secretarias estaduais de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V. 2, UnB, Brasília: 101-7, 1992.
- MENDES, E.V. O processo de construção de Sistema Único de Saúde. Reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. Brasília, OPS, 1992.
- MORAES, I.H.S. et al Informações em saúde e gestão democrática. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V.2, UnB, Brasília: 35-42, 1992.
- NOVAES, H.M. Saúde pública e privada nos sistemas locais de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V.2, UnB, Brasília, 163-74, 1992.
- OLIVEIRA, J.R.M. Problemas atuais e proposta para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V.2, UnB, Brasília: 77-98, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Perspectiva do financiamento da saúde no Governo Collor de Mello. Rio de Janeiro, Escritório Regional da OMS, 1991 (OPS - Série Econômica e Financiamento, 2).

SANTOS, L. & CARVALHO, G.I. Das formas de controle social sobre ações e os serviços de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V.1, UnB, Brasília: 121-6, 1992.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde Código Sanitário: Decreto nº 12.342, de 27 de setembro de 1978: regulamento da promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, IMESP, 1991.

VAUGHAM, S.P. & MORON, R.H. Epidemiologia para os municípios, manual para gerenciamento dos Distritos Sanitários. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.

TEIXEIRA, S.M.F. Descentralização dos serviços de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, V.1, UnB, Brasília: 27-37, 1992.

A N E X O S

A N E X O 1

ROTEIRO DA ENTREVISTA REALIZADA COM A DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL E COM O DIRETOR DA DIVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE, EM SÃO PAULO, EM 9/11/93.

1. Há ônibus para facilitar o acesso aos serviços localizados no centro?
2. Há definição rígida da área de abrangência de cada Unidade Básica? Qual a população de cada área?
3. Quais serviços localizados no município não estão sob a gestão municipal? Qual o grau de interação e possibilidade de intervenção do poder municipal nesses serviços?
4. Em que ações de saúde Amparo é referência para outros municípios?
5. Que ações de saúde são referenciadas de Amparo para outros municípios? Para onde? Como se dá o encaminhamento?
6. Há serviços de saúde não integrados com o SUS em Amparo? Quais? Qual a cobertura de cada um deles?
7. Qual o organograma básico da Prefeitura e do Departamento de Saúde?
8. Existe autonomia de decisão em cada Unidade? A gestão em saúde é participativa? Explique.

9. Quais os equipamentos de maior complexidade existente no município?

10. Existe conhecimento/envolvimento dos recursos humanos com a proposta do SUS?

11. A Prefeitura desenvolve programas de treinamento ou educação continuada para seus recursos humanos?

A N E X O 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FUNCIONÁRIOS

1. Identificação: - Formação
 - Função/cargo
 - Vínculo empregatício
 - Tempo de serviço
 - Subordinação hierárquica
 - Atividades que executa
2. Quais são os serviços oferecidos pela Unidade?
3. As suas atribuições na Unidade estão formalizadas em algum documento/manual?
4. Você considera que contribui com sua atividade para melhorar o quadro de saúde da população da área de abrangência de sua unidade?
5. Como você entende o papel da sua unidade no sistema de saúde do município?
6. Como você entende o Sistema Único de Saúde?
7. Qual a participação dos funcionários dessa unidade na gestão do Sistema Único de Saúde? E a sua participação?
8. Você acha que tem necessidade de reciclagem profissional para melhor realização de suas atividades? Em que área?
9. O que você pensa da política salarial do município:
10. Você conhece o Conselho Municipal de Saúde? Sente-se representado no Conselho?

11. De que bairros vem a população que é atendida nessa unidade?
12. Há dificuldade para a população chegar na Unidade? Por que?
13. É feito agendamento para atendimento nesta Unidade? Como é feito? Há atendimento à demanda espontânea?
14. Qual o horário de funcionamento da Unidade?
15. Qual o número de categoria profissional dos funcionários da Unidade? Qual o horário de trabalho, oficial e real, de cada um?

A N E X O 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Serviço:

Data:

Sexo:

Idade:

Bairro de residência:

1. Por que procurou o Serviço de Saúde hoje?

2. Procurou outro serviço antes?

Sim () Não ()

Caso sim, por que não foi atendido?

3. Há algum outro serviço de saúde mais próximo da sua residência?

Sim () Não ()

Caso sim, por que não procurou?

- dificuldade de horário
- má qualidade do atendimento
- não há atendimento necessário
- outros Especificar:

4. Por que prefere este serviço?

5. Como chegou ao serviço?

- ônibus
- a pé
- carro
- ambulância
- outros Especificar:

6. Utiliza serviço de saúde fora do município?

Sim () Não ()

Caso sim, como se locomove?

7. Alguma vez já pagou algum serviço prestado quando esteve doente?

Sim () Não ()

Caso sim, qual foi o serviço?

8. Quando alguém na família fica doente, quem procura em primeiro lugar:

- médico
- farmacêutico
- curador
- benzedeira
- padre
- ninguém
- outros Especificar:

9. Se médico, onde costuma ser atendido:

- Posto de Saúde (UBS)
- PA
- PS
- outros Especificar:

10. Se não procura médico, qual o motivo?

- muito longe
- usa remédios caseiros
- acha que não precisa
- outros Especificar:

11. Você utiliza o posto de saúde?

Sim () Não ()

* OBS: Pergunta para PA, CIREM, CS, Hospital, ARE

12. Você utiliza o posto de saúde com que finalidade:

- consulta médica
- pré-natal
- vacinação
- atestado de saúde/carteira de saúde
- leite
- dentista
- outros Especificar:

13. Caso não utiliza, por que:

- mau atendimento
- fila de espera
- prefere outros serviços
- não sabe que existe
- nunca foi
- é difícil de chegar no local
- outros Especificar:

14. Com que frequência:

- toda semana
- mensalmente
- semestralmente
- nunca

15. Costuma marcar consulta?

Sim () Não ()

16. Quanto tempo demora para ser atendido após ter marcado a consulta?

- até 7 dias
- de 7 a 15 dias
- de 15 dias a 1 mês
- mais de 1 mês
- outros Especificar:

17. No dia da consulta, quanto tempo demora para ser atendido:

- até meia hora
- até uma hora
- de uma a duas horas
- mais de duas horas

18. Acha adequado o horário de funcionamento deste serviço?

Sim () Não ()

Por que?

19. Alguém residente no seu domicílio esteve doente no mês de novembro?

Não

Sim 1 - Idade:

Causa:

2. Idade:

Causa:

3. Idade:

Causa:

20. Procurou atendimento em serviço de saúde?

Sim () Não ()

Caso sim, onde?

21. Após este atendimento foi encaminhado para outro serviço?

22. Foi hospitalizado?

Sim () Não ()

23. Evolução do quadro

- cura
- óbito
- ainda está doente

24. Ficou satisfeito com o atendimento?

Sim () Não () Mais ou menos ()

Por que?

25. Recebeu medicamentos gratuitamente no serviço em que foi atendido?

Sim () Não ()

Caso não, foi encaminhado para outro local para receber o medicamento gratuitamente?

Sim () Não () Onde?

A N E X O 4

ROTEIRO DE ENTREVISTAS REALIZADAS COM DEZ MÃES NA SALA DE
VACINAÇÃO DO CS DE AMPARO - SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Data __/__/__

Nome:

Idade:

Bairro:

É difícil chegar ao Centro de Saúde?

Sim () Não ()

Idade da criança:

Sexo:

1.1 Fez Pré-Natal na gestação desse filho?

1.2 Onde?

1.3 Quantas consultas fez?

() < 3 () 3 a 6 () > 6 () Não sei

1.4 Quando iniciou o pré-natal? (trimestre)

1.5 Foi utilizado cartão da gestante

Sim () Não ()

2.1 O parto foi hospitalar?

Sim () Não ()

2.2 Teve dificuldade para conseguir internação?

Sim () Não ()

Caso positivo por que?

2.3 Tipo de parto

Normal Cesária Forceps

2.4 Caso cesária, por que?

Decisão do médico durante o parto

Decisão do médico antes do parto

Pedido da mãe

Não sabe

3.1 Fez acompanhamento do crescimento (puericultura)? Onde?

Posto Centro de Saúde

Não fez Outro. Especificar:

3.2 Recebe vacinação onde?

3.3 Está com a vacinação em dia?

Sim Não

Com cartão Sem cartão

3.4 Teve alguma dificuldade para obter a vacinação?

Sim Não

3.5 Amamentação exclusiva até que idade?

< 1 mês 1 mês 2 meses

3 meses 4 meses > 4 meses

não amamentou

em amamentação exclusiva no momento

3.6 Recebeu orientação e incentivo para o aleitamento materno?

Sim Não

3.7 Caso positivo quando?

Pré-natal

Ocasão do parto

Acompanhamento do crescimento da criança

Onde: (especificar local):

3.8 Quando seu filho fica doente onde procura atendimento?

3.9 Tem dificuldade para ser atendida nessas ocasiões?

4.1 A senhora fez consulta médica com ginecologista após o parto?

Sim () Não () Onde:

4.2 Evita ou evitava filho antes da atual gestação?

Sim () Não ()

Caso positivo:

Com que método?

Onde faz acompanhamento?

4.3 Tem dificuldade para obter o método utilizado?

4.4 Colheu papa nicolau pelo menos uma vez no último ano?

Sim () Não () Onde:

Caso não: já colheu alguma vez?

Sim () Não ()

4.5 Recebeu orientação para auto exame de palpação de mama?

Sim () Não () Onde:

4.6 Quando a senhora tem problema de saúde, onde procura atendimento?

4.7 Tem dificuldade para ser atendida nessas ocasiões?

Sim () Não ()

A N E X O 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETORES CLÍNICOS DOS HOSPITAIS

1. Quais os serviços prestados pelo Hospital? Qual o horário de funcionamento desses serviços?
2. Como vê a inserção deste hospital no SUS em Amparo? Quais os principais problemas enfrentados?
3. A seu ver, quais os principais problemas na implantação do SUS?
4. Como está o relacionamento do hospital com o Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Amparo? E com o ERSA de Amparo?

A N E X O 6

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PREFEITO MUNICIPAL

1. Qual sua opinião sobre o SUS enquanto proposta e como está a implantação do Sistema no Município de Amparo?
2. Como vem se dando a interação entre os três níveis de poder no Sistema de Saúde?
3. Como está ocorrendo o repasse financeiro do Estado e da União para o Município?
4. Qual a parcela do orçamento municipal destinado à saúde em 1993? Qual sua opinião a respeito?
5. Quais são e como foram estabelecidas as prioridades do Município para 1994? (no geral)
6. Especificamente na saúde, quais são e como foram estabelecidas as prioridades para 1994? Como foram definidos os recursos na proposta orçamentária para dar conta dessas prioridades?
7. Quem decide sobre a destinação das verbas a serem gastas no setor saúde?
8. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde? São adequadas? Estão sendo desempenhadas?
9. Como você tem pensado em lidar com a questão da diferença salarial entre os profissionais da saúde pagos pela União, pelo Estado ou pelo Município?

10. Na sua opinião o SUS atende às necessidades da população?

11. Qual o papel e importância da iniciativa privada no setor Saúde? Há controle e fiscalização?

12. Como funciona o Fundo Municipal de Saúde?

A N E X O 7

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR DO ERSÁ DE AMPARO

1. Qual sua opinião sobre o SUS enquanto proposta e como está a implantação do Sistema no Município de Amparo?
2. Como vem se dando a interação entre os três níveis de poder no Sistema de Saúde?
3. Como está ocorrendo o repasse financeiro do Estado e da União para o Município de Amparo?
4. Qual sua opinião sobre os investimentos do município de Amparo no setor saúde em 1993?
5. O ERSÁ continua repassando algum recurso em espécie ao município? Quais?
6. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde? São adequadas? Estão sendo desempenhadas?
7. O ERSÁ auxilia o município de Amparo no processo de planejamento?
8. Como se dá a referência e contra-referência no Município de Amparo?
9. Qual o papel e importância da iniciativa privada no setor saúde? Há controle e fiscalização?
10. Como está sendo operacionalizada a Norma Operacional Básica 01/93 pelo Estado/ERSÁ?

A N E X O 8

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A DIRETORA DO DEPARTAMENTO SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL E COM O DIRETOR DA DIVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE AMPARO

1. Qual a sua opinião sobre o SUS enquanto proposta e como está a implantação do Sistema no Município de Amparo?
2. Como vem se dando a interação entre os três níveis de poder no Sistema de Saúde?
3. Como está ocorrendo o repasse financeiro da União e do Estado para o Município?
4. Qual a parcela do Orçamento Municipal destinado à saúde em 1993? Qual sua opinião a respeito?
5. Quais são e como foram estabelecidas as prioridades do Município para 1994?
6. Especificamente na saúde, quais são e como foram estabelecidas as prioridades para 1994? Como foram definidos os recursos na proposta orçamentária para dar conta dessas prioridades?
7. Quem decide sobre a destinação das verbas a serem gastas no setor saúde?
8. Como é a aquisição e a distribuição de medicamentos? O ERSA continua repassando algum recurso em espécie ao município? Quais?
9. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde? São adequadas? Estão sendo desempenhadas?

10. Recursos humanos: são adequados? São suficientes? Se não, quais as propostas de readequação?

Como se dá a contratação de pessoal da saúde (criação de cargos, recursos financeiros, etc.)?

11. Na sua opinião o Sistema Municipal de Saúde atende às necessidades da população?

12. Como se dá o planejamento? Quem participa? Qual a participação do Conselho e dos funcionários no processo decisório? O ERSA tem contribuído?

13. Como se dá a referência e contra-referência?

Existe algum convênio ou acordo com outros municípios?

14. Qual o papel e importância da iniciativa privada no Sistema de Saúde? Há controle e fiscalização?

15. Como foram criadas as UBS? Com que critério definiu-se os locais para sua implantação?

16. Como está sendo operacionalizada a Norma Operacional Básica 01/93?

17. Como funciona o Fundo Municipal de Saúde?

A N E X O 9

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR DO SERVIÇO AUTÔNOMO DE
ÁGUA E ESGOTO

1. O município é operado pela SABESP ou por um serviço autônomo?
2. Qual é o número de ligações domiciliares abastecidas com água encanada?
3. Como funciona a captação? Qual é o manancial utilizado?
4. Como funciona o sistema de adução?
5. Como funciona o tratamento? Quantas estações existem e quais são suas capacidades?
6. Existe o controle laboratorial da cloração?
7. Existem reservatórios suficientes e são aparentemente distribuídos por todo o município?
8. Qual é a extensão da rede de distribuição? Qual é a perda durante toda a extensão?
9. Qual é a produção mensal e o consumo mensal?
10. Existem pessoas que se utilizam de sistema alternativo de água?
11. Existe o racionamento do consumo?
12. Qual é o número de domicílios atendidos pela rede coletora de esgotos?
13. Qual é a extensão da rede?
14. Existe tratamento adequado para os esgotos sanitários?
15. Qual é o destino final dos esgotos sanitários?

A N E X O 10

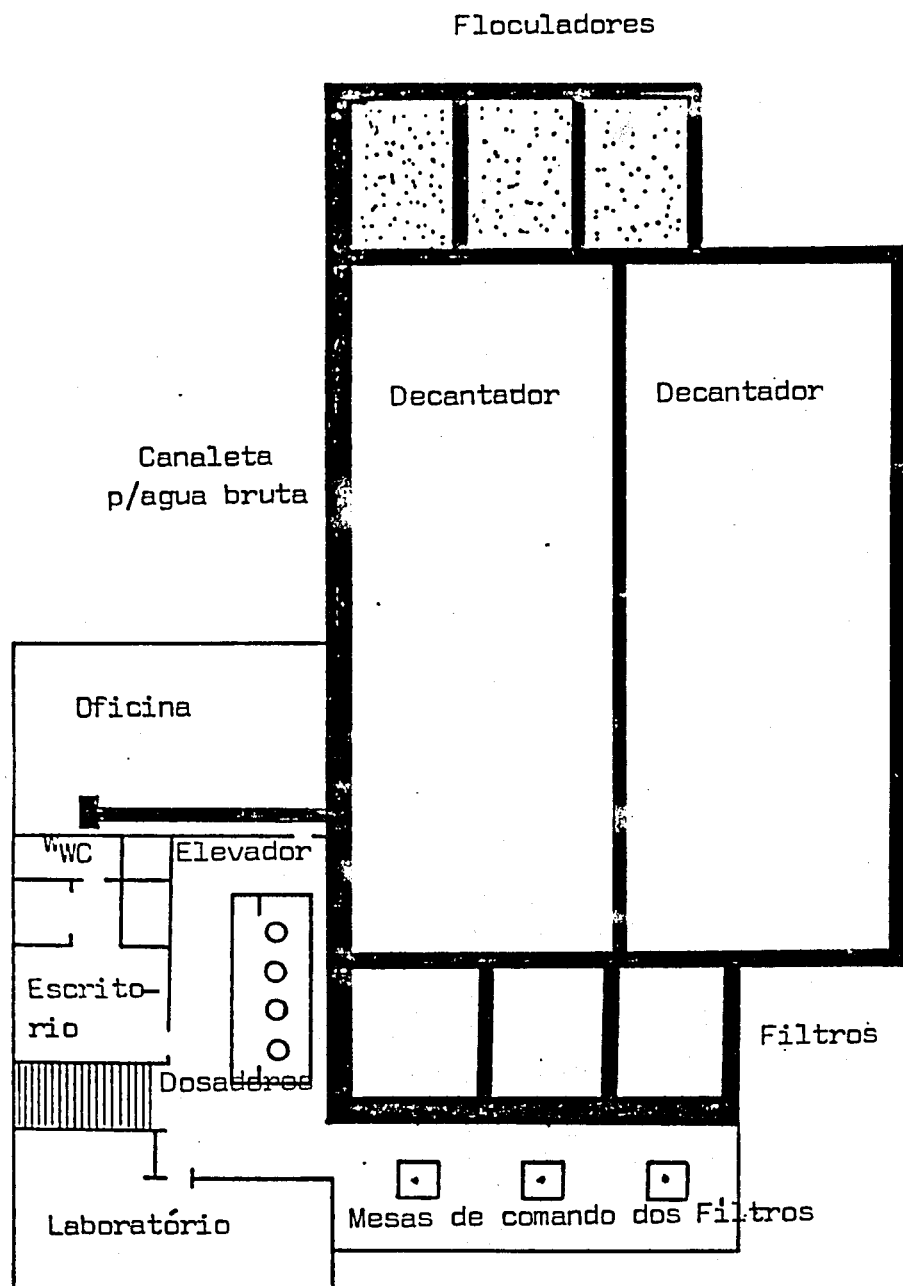
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM UM ASSESSOR DO PREFEITO A RESPEITO DE COLETA E DISPOSIÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS E SANEAMENTO AMBIENTAL

1. Existe um setor responsável pelo Sistema de resíduos sólidos?
2. Como é a estrutura organizacional e funcional deste setor?
3. Quais as atividades desenvolvidas?
4. Qual é a cobertura das atividades?
5. O número de equipamentos e recursos humanos é suficiente?
6. Qual é o horário e a frequência da coleta?
7. Quais os tipos de recipientes para acondicionamento utilizados pelos moradores?
8. Existe a coleta seletiva?
9. Os resíduos coletados sofrem algum tipo de tratamento?
10. Qual é o local da disposição final do lixo do município?
11. Existe algum tipo de poluição ambiental? Qual?
12. Qual o órgão responsável pelo controle no Município?
13. Existe preocupação com o estabelecimento de um planejamento ambiental em relação ao uso e ocupação do solo?

A N E X O 11

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Como foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Amparo?
2. Como foi definida a composição do Conselho Municipal de Saúde de Amparo? Na sua opinião esta composição está adequada ou falta alguma entidade ou organização?
3. Na sua opinião a população e os funcionários do setor saúde conhecem o Conselho Municipal de Saúde?
4. Quais são atualmente as funções desempenhadas pelo C.M.S.?
5. Estas funções estão de acordo com o Regimento Interno do C.M.S. e a Lei Municipal?
6. Como você toma conhecimento dos problemas dos seus pares (ou população) para poder encaminhar ao C.M.S.?
7. Já foi procurado por funcionários ou usuários do serviço de saúde para reivindicar ou denunciar problemas?
8. O que representa para você o Fundo Municipal de Saúde? Está funcionando? Como?
9. O C.M.S. teve acesso ao orçamento do Fundo Municipal de Saúde?
10. O C.M.S. de Amparo controla, planeja e acompanha a aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde?



	HORÁRIO (2ª a 3ª)	RH	Serviços Oferecidos*
CSI Amparo	7:00 às 18:00 hs	17 médicos 3 fonoaudiólogos 2 psicólogos 1 terap.ocup. 2 enfermeiros 1 farmacêutico 1 assist. social 4 técn. enf. 4 aux. enf. 4 atendentes 37 apoio.adm./oper.	<u>Somente no CSI</u> . coleta de exames (inclusive colpocitológico) . vacinação <u>Em todas UBS</u> . curativo . inalação . fornecimento de medicação . controle pondo-estatural . distribuição de leite . coleta de papanicolau
UBS Jd. das Aves	7:00 às 16:00 hs	3 médicos 1 cir. dentista 1 técn. enf. 2 apoio	
UBS Três Pontes	7:00 às 17:00 hs	3 médicos 1 cir. dentista 1 técn. enf. 1 atend. enf. 1 atend. dentista	
UBS São Dimas	7:00 às 16:00 hs	2 médicos 1 cir. dentista 1 técn. enf. 2 apoio a/o	
UBS Jd. Brasil	7:00 às 17:00 hs	4 médicos 1 cir. dentista 1 técn. enf. 1 atend. enf. 1 apoio a/o	
UBS Arcadas	7:00 às 17:00 hs	3 médicos 1 cir. dentista 1 técn. enf. 1 apoio a/o	
UBS Camanducaia	7:00 às 17:00 hs	2 médicos 1 técn. enf. 2 apoio a/o	
UBS MARP	7:00 às 17:00 hs	2 médicos 1 cir. dentista, ? (apoio-voluntários)	
CIREN	7:00 às 17:00 hs	1 pediatra ** 1 fonoaudiólogo ** 1 ter. ocup. ** 1 técn. enf. 2 pajens 1 merend./ 1 servente	
Centro Odontológico	7:00 às 20:00 hs	8 cir. dentista (20 hs/sem.) 1 atend. cons. dent. (40 hs/sem.)	. Dentística . Cirurgia . Periodontia (proc. bás.) . Urgências
ARE	7:00 às 17:00 hs	9 médicos 1 psicólogo 1 fisiot. 1 ter. ocup. 1 fonoaudiólogo 2 enf. 1 ortoptista 1 apoio a/o	

* Atendimento médico, odontológico e de outras especialidades técnicas em quadro à parte

** Profissionais do CSI