

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

1992

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO
POPULAR NA ÓTICA DA MUNICIPALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
IBITINGA**



TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
1992**

Participantes da Equipe Multiprofissional

Nome	Formação Básica
Aida Perpetua Bueno	Assistente Social
Ariadne Beneton de Campos *	Psicóloga
Marcia Almeida Souza	Socióloga
Marcia da Penha Rezende *	Assistente Social
Maria Inês Monteiro de Andrade	Veterinária
Marilena Otsuka Stasevskas	Médica
Maristela Vilas Boas Fratucci *	Odontóloga
Marta Cristina F. S. Camillo	Enfermeira
Mauro Cintra Giudice *	Biólogo
Mirian Marchesini Ribeiro	Enfermeira
Neuza Kasumi Shirata	Biomédica
Silvana Audra Cutolo *	Bióloga

* Alunos que participaram da revisão final do trabalho

Orientador : Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez

Consultores : Claudio Gastão Junqueira

Marcia Faria Westphal

Carlos Alberto Vieira

Nilza Nunes da Silva

Roberto Fontes Iunes

APRESENTAÇÃO

O curso de especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo se divide em três etapas complementares, a saber: a) disciplinas comuns; b) disciplinas específicas; e c) Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM).

Nas duas primeiras etapas todos os alunos recebem informações diversas sobre saúde pública, e o TCM tem o caráter de agrupar indivíduos de diversas formações básicas e de especialidades nas áreas temáticas distintas, com o objetivo de incorporar, no conjunto, os conhecimentos de saúde pública, em atividades de campo, dentro dos aspectos da multidisciplinariedade da saúde pública e das políticas de saúde em uma dada região.

O Município de Ibitinga, como outras cidades do Estado de São Paulo foram escolhidas e representam uma das áreas a ser estudada e será objeto desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais do Serviço Autônomo Municipal de Saúde de Ibitinga, responsáveis pela administração ou área técnica, pela receptividade e atendimento dispensados ao grupo.

Às autoridades do município entrevistadas, pela disposição em atendêr-nos.

Aos profissionais da Administração Pública do Município de Ibitinga, pela colaboração dispensada na busca das informações.

Agradecimentos especiais ao Dr. Yashieo Sato, pela atenção, disponibilidade e paciência despendida ao grupo.

Em especial ao cidadão ibitinguense que nos guiou e apresentou sua cidade natal com a honra e a dignidade de dela fazer parte, Sr. Valdecir da Silva.

Aos profissionais da Faculdade de Saúde Pública, pelo auxílio e atenção nos momentos em que se fizeram necessário.

A todos os que de modo direto ou indireto contribuíram para a conclusão deste trabalho.

ÍNDICE

1. Introdução
2. Justificativa
3. Objetivo Geral
 - 3.1. objetivos específicos
4. Metodologia
 - 4.1. área de estudo a ser realizada a pesquisa
 - 4.2. Dados complementares
5. Características do Município
 - 5.1. Aspectos topográficos, geográficos e ambientais
 - 5.2. Histórico
 - 5.3. Localização e acessos
 - 5.4. Características sócio-econômicas e culturais
 - 5.5. Demografia
 - 5.6. Saneamento
 - 5.7. Segurança pública
 - 5.8. Promoção social
 - 5.9. Situação político-administrativa
 - 5.10. Organização da prefeitura
6. Dados Epidemiológicos
 - 6.1. Dados de mortalidade
 - 6.2. Morbidade no município de Ibitinga
7. Organização do Serviço de Saúde
 - 7.1. Serviço Autônomo de Saúde do Município (SAMS)
 - 7.2. Organograma do SAMS
 - 7.3. Referência e contra-referência
 - 7.4. Recursos Humanos
 - 7.5. Informatização
 - 7.6. Rede Particular
 - 7.7. Recursos Financeiros
8. O Processo de Municipalização dos Serviços em Ibitinga
 - 8.1. Histórico
 - 8.2. Financiamento
 - 8.3. Conselho Municipal de Saúde
 - 8.4. Diretrizes e Princípios do SUS em Ibitinga
9. A questão da Participação Popular em Ibitinga
 - 9.1. Algumas formas de Participação Popular
 - 9.2. As diversas propostas de Participação Popular
 - 9.3. Participação popular em Ibitinga
10. Resultados e Análise
 - 10.1. Resultados item II (anexo I) Municipalização
 - 10.2. Análise item II (anexo I) Municipalização
 - 10.3. Resultados e análise item III (anexo I) Participação Popular
11. Conclusão
12. Propostas
13. Bibliografia
14. Figuras
15. Anexos

Anexo I - Formulário de Questões	A-1
Anexo II - Roteiro para Entrevistas	A-3
Anexo III - Organograma da Prefeitura Municipal	A-4
Anexo IV - Organograma do Serviço Autônomo Municipal de Saúde de Ibitinga	A-5
Anexo V - Quadro sinóptico das questões fechadas sobre municipalização	A-6
Anexo VI - Quadro sinóptico das questões fechadas sobre participação popular	A-7
Anexo VII - Transferência feitas ao SAMS, Ibitinga	A-8
Anexo VIII- Evolução e despesas do SAMS, Ibitinga	A-9
Anexo IX - Saúde Bucal	A-10

1. INTRODUÇÃO

Através de lutas dos movimentos e entidades, foram conquistadas importantes vitórias na legislação, a saber:

Constituição Federal

"Artigo 196 - a saúde é um direito de todos e dever do Estado".

"Artigo 198 - a participação da comunidade é uma diretriz do SUS".

Lei Federal 8142 - regulamenta os conselhos

"Artigo 1 - O sistema único de saúde - SUS - de que trata a Lei 8080 de 19.09.90, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Público Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde".

A participação popular na determinação das políticas de saúde é fundamental para o êxito das ações desenvolvidas na saúde. Ninguém melhor do que o próprio morador ou trabalhador para conhecer a vida numa região. Principal interessado no sucesso das ações e serviços de

saúde, o usuário exerce também o controle sobre sua execução, tornando-os transparentes e acessíveis.

Não é de hoje a luta dos setores comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde da população, essa luta começou nos bairros e nas fábricas a partir das necessidades sentidas.

As instâncias de participação dentro de um instituição são espaços onde, a partir das informações e do conhecimento, a população pode efetivamente participar das decisões, definir seus caminhos e exercer seus direitos de cidadania na transformação social.

Na perspectiva da reforma sanitária brasileira, o novo modelo assistencial significa a implantação de um sistema único de saúde comprometido com a universalidade e equidade das ações e serviços de elevado padrão técnico-científico organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 1 - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- 2 - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo nos serviços assistenciais;
- 3 - participação da comunidade. Nesse sentido muitas das características da estrutura

operacional da saúde no Brasil deverão ser modificadas.

Os conselhos deliberativos e fiscalizadores devem orientar o sistema de saúde da base até as instâncias maiores, do bairro até Brasília, em todas as esferas de governo. Ao mesmo tempo, torna-se necessidade urgente a implantação de conselhos em todos os setores da administração municipal e o fortalecimento do foro da cidade, junto ao governo municipal, como consolidação da participação institucional.

A participação institucional junto ao executivo ou ao legislativo deve servir de alavanca para impulsionar os movimentos e não ter o propósito de competir com a participação da sociedade e do cidadão, nem tão pouco substituir as formas autônomas de organização dos movimentos sociais.

Para que o SUS possa, de fato, operacionalizar os princípios de universalidade, equidade, integralidade, racionalidade e resolutividade, os dados e informações devem ser democratizados, colocados à disposição da população, auxiliando na construção da cidadania, da autodeterminação e da autonomia.

2. JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal prevê a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), que integra, em nível local, os diversos equipamentos de saúde, aumentando sua capacidade de resolução e aproximando dos cidadãos que exercem controle deste sistema.

A municipalização é um dos pressupostos para a construção do SUS, imprescindível para a melhoria da qualidade dos serviços, a qual se efetiva com a participação popular no gerenciamento dos serviços públicos de saúde.

Neste sentido, a escolha do problema PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE é relevante para a análise do processo de concretização da municipalização, numa compreensão abrangente do que é a Saúde Pública.

A participação popular é questão decisiva na proposta do SUS. Sem a democratização e o controle social o SUS encontrará um impasse em sua viabilidade por falta de respaldo popular.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de municipalização no Município de Ibitinga, embasando-se nos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade, racionalidade e resolutibilidade, descentralização, hieraquização e regionalização, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1. Objetivos Específicos

- Apreender as formas de organização e participação popular existentes no município;
- Avaliar se houve aprofundamento do processo de democratização da vida da cidade, através da criação de dispositivos de participação popular em decisões da Prefeitura.

4. METODOLOGIA

A análise do processo de municipalização da saúde em Ibitinga, ressaltando a participação popular, se fez inicialmente a partir de um levantamento de dados, caracterizando o município nos aspectos geográficos, sócio-culturais, econômicos e a realidade de saúde local. Para tal recorreu-se aos órgãos oficiais: IBGE, Fundação SEADE, Secretaria de Estado da Saúde, Prefeitura Municipal e

Serviço Autônomo de Saúde de Ibitinga, e Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública.

Após discussão sobre o material, houve reunião com o Diretor de Saúde de Ibitinga, onde se teve a oportunidade de melhor situar o estágio de municipalização dos serviços de saúde nesta localidade.

Ao fim desta primeira etapa, optou-se por incluir na análise do processo de municipalização, por meio de pesquisa qualitativa, a percepção dos diferentes atores envolvidos no processo, a saber:

- . Domiciliares: moradores do município, usuários ou não do serviço público de saúde, sem vínculos com instituições;
- . Funcionários do Serviço Público: funcionários de vários níveis do serviço público ligados à área de saúde, educação, cultura e segurança pública;
- . Lideranças: pessoas que representem um grupo, de forma constante, buscando um fim comum (associação de bairros, líderes de movimentos populares, associação de amigos de bairros etc.)

Autoridades: Prefeito, Vereadores, Delegado, Diretor de Saúde, Cultura e outros.

Para isto, elaboraram-se dois instrumentos:

a) Formulário: contendo 21 questões, sendo 9 fechadas e 12 exploratórias, buscando conhecer a percepção dos entrevistados (domésticos e funcionários), sobre o processo de municipalização nos itens: acessibilidade, territorialidade, integralidade, descentralização, resolutividade, referência e contra-referência e hierarquização. E a participação popular foi analisada sob os critérios de: representação de saúde, grau de organização (se integrantes de um grupo de interação constante), existência de canais de representação, processo de formação e utilização destes (anexo I).

b) Roteiro: contendo 16 questões, aplicado às lideranças, funcionários do serviço público e autoridades, buscando apreender sua representação sobre municipalização, SUS, Conselhos Municipais, processo de municipalização em Ibitinga, problemas da

região, mudança no serviço de saúde e participação popular (anexo II).

4.1 área de estudo e realização da pesquisa

O tempo disponível levou à necessidade de se trabalhar em área de fácil acesso, e para tanto, escolheu-se alguns bairros da área urbana e um distrito, ambos estudados em suas regiões central e periférica.

A área de realização da entrevista baseou-se na presença de uma unidade de saúde, escola e igreja, garantindo a inclusão de regiões menos favorecidas. Segue descrição das áreas escolhidas.

4.1.a Região central

A região central de Ibitinga caracteriza-se pelo aglomerado de lojas, maior parte de bordado, com lojas de pequeno, médio e grande porte. Dada a característica de economia informal da cidade, nesta área algumas residências constituem uma pequena indústria e/ou um ponto de revenda dos produtos bordados.

Próximo à Praça Bom Jesus, existem, também hotéis e farmácias, lanchonetes e restaurantes, bancos e cinemas, caracterizando-se como área comercial e de lazer.

Ainda nesta região estão localizados os órgãos e instituições principais da cidade, como Prefeitura, Câmara de Vereadores, Paróquia, Delegacia, Batalhão da Polícia Militar, creche, Casa da Criança, Asilo, Associação de Proteção e Amparo aos Excepcionais, Estação de Tratamento de água, Santa Casa, Centro de Saúde - II, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas etc.

Fossui uma área residencial que circunda a Santa Casa de Caridade, com casas de médio e alto nível do poder aquisitivo.

4.1.b Vila Maria

O bairro de Vila Maria corresponde a uma área situada na região nordeste do município e nele existe o P.A.S. da Vila Maria. Neste bairro existe, em andamento, a construção do Hospital de Saúde da Mulher e da Criança, atualmente embargada por problemas relativos ao terreno.

A região compreende dois conjuntos habitacionais estaduais chamados "Nosso Teto 1" e "Nosso Teto 2". Algumas pessoas dizem estar morando neste bairro há mais de 30 anos.

Quanto aos serviços existentes na bairro, além do PAS, existe uma escola estadual de 1o. grau e uma escola municipal maternal, jardim e pré-escola, igrejas católica e protestante, farmácias, supermercados e uma fábrica de tecidos (matelassê). Os moradores são servidos por uma linha de ônibus que circula entre o centro e este bairro. Há, também, um reservatório de águas, que abastece a região e boa parte da cidade.

As habitações são bem diversificadas. Existem casas bem construídas, decoradas e, aparentemente, boas, enquanto outras são visivelmente desgastadas e sem reparos e/ou recuperação. Todas são construídas em tijolos e/ou alvenaria, não havendo barracos de madeira ou outro tipo de material.

Na maioria, as ruas são asfaltadas, exceto em algumas áreas do conjunto habitacional. Toda a região é servida de luz elétrica, água encanada e tratada e esgoto. o receptor de esgoto fica próximo do bairro e, em vista disso, muitos moradores se queixam do mau cheiro e superpopulação de insetos.

Em alguns lugares são encontrados terrenos vazios entre as casas, onde se observa acúmulo de lixo e mato alto, favorecendo o aparcimento de roedores, serpentes e insetos. Estes terrenos pertencem à companhia habitacional que só permite o uso da área para fins comerciais (informação popular).

4.1.c Vila Izolina

A área circunvizinha ao P.A.S. Vila Izolina corresponde aos bairros da própria V. Izolina, Bordados, Nações Unidas, Paraíso, Bela Vista Sul, Morumbi e Saltinho.

O Centro do bairro de V. Izolina constitui-se em área residencial de classe média urbanizada, com saneamento básico, uma pré-escola (anexa ao PAS), escola estadual de 1º e 2º graus. Na região observou-se apenas uma farmácia e quase a inexistência de comércio.

Os demais bairros são constituídos de menor densidade de habitações, muitas construídas recentemente ou em fase de construção, ruas sem calçamento, em sua maior parte e com rede de esgoto restrita (fossa séptica), mas com água tratada em toda região. Em alguns pontos como Nações Unidas e Paraíso, há problemas de criações clandestinas de

animais (suínos, em sua maioria). Observou-se, também, matilha de cães errantes.

A grande maioria das residências constituem por si pequenas indústrias de bordados e costura não formal onde trabalham adultos, adolescentes e crianças de uma mesma família. No bairro de Paraíso existe uma fábrica de bordados de pequeno porte.

4.1.d Vila dos Bancários

Localiza-se na região norte do município e é um bairro periférico, com moradias precárias, sendo algumas de alvenaria e outras de madeira; há também, algumas mistas de tijolos e madeira. As construções são irregulares e os terrenos não legalizados.

Caracteriza-se por uma população de baixa renda, ligada às atividades rurais, predominantemente; são em sua maioria prestadores de serviços (plantio, colheita, diaristas e domésticas), sendo que estes sofrem, nas entressafras, com a escassez de trabalho.

O bairro possui rede de água e esgoto, porém a maioria das residências não possuem ligação com a rede; ainda encontram-se poços artesianos na região. As ruas não são pavimentadas. Possui uma igreja, vários bares e uma

escola estadual com duas classes municipais. Pelas ruas encontram-se muitos animais soltos (cães, gatos e aves), além da criação de suínos com abate clandestino. A coleta de lixo público não abrange todo o bairro que tem, como consequência, acúmulo de lixo nas ruas e uma elevada quantidade de insetos e roedores.

Constatou-se, através de informações locais, que na região há problemas de alcoolismo e gravidez precoce. Não havendo posto de saúde no local, os moradores recorrem ao posto central quando necessitam de atendimento; normalmente locomovem-se a pé para locais distantes, pois o bairro tem escassez de transporte coletivo; existe uma linha de ônibus que passa próxima ao bairro, mas sem horário fixo.

4.1.e Vila Centenário

Considerado bairro nobre do município, localiza-se próximo à região central. Possui redes de água e esgoto, luz e asfalto, porém sofre com a falta de manutenção das ruas; não possui sinalização de trânsito adequada, ocasionando dificuldade na travessia e cruzamento das vias.

Existem três escolas no bairro (uma municipal, outra estadual e outra particular), um ginásio de esportes, distribuidora de bebidas, igrejas, praças e estação de rádio do município.

Residências de alto nível são predominantes. Os moradores dedicam-se, em sua maioria, à produção e comércio de bordados e várias residências funcionam como oficinas.

Quanto à necessidade de assistência médica, constatou-se que muitos possuem convênios particulares; os que não os possuem utilizam-se dos serviços do CS-II

4.1.f Vila Simões

Bairro localizado na região leste do município de Ibitinga. Possui um PAS em condições precárias. O atendimento médico é realizado por um clínico geral e um pediatra, sendo que a demanda é bastante grande, tornando portanto, as filas um problema para a população local. Existem dois serventes com funções de auxiliares de enfermagem.

As habitações são na grande maioria de alvenaria, porém necessitando de manutenção. Há também casas de madeira, sem condições adequadas de higiene.

Existe infra-estrutura para luz elétrica, esgoto e água encanada; o asfaltamento é precário, aumentando, assim a poeira e trazendo problemas respiratórios para a população (informação popular). Há uma grande escassez de condução

coletiva para locomoção a outras áreas distantes. A falta de água é frequente, agravando ainda mais os problemas da população local.

Por esta Vila ficar próxima da V. Taquaral (que é mais carente ainda) existe também, o problema do lixo, onde todos os dejetos, sejam eles orgânicos ou não, são despejados no lixão, que fica localizado em um terreno baldio, com livre acesso a todos, não havendo nenhuma medida adequada para evitar a propagação de doenças através de vetores como mosquitos, ratos e baratas.

Neste bairro existe somente uma pré-escola, sendo que as crianças em idade escolar são obrigadas a se locomover a pé para outros bairros distantes para estudarem.

Falta infra-estrutura de comércio de produtos básicos (pão, remédio, alimentos etc).

Existe, também, criação clandestina de porcos, proporcionando o aumento do número de insetos e doenças por estes veiculadas.

4.1.g Distrito de Cambaratiba

Distante 28 Km da sede à sudoeste, Cambaratiba (ex Cambará), junto a Itápolis, Nova Europa e Tabatinga eram, a

princípio distritos de Ibitinga. A partir de 1925 os três primeiros ganharam autonomia como município, o mesmo não ocorrendo com Cambaratiba que permanece até os dias atuais como distrito de Ibitinga, o que lhe confere características peculiares de um local isolado como bairro e restrito para tornar-se município.

Contam seus moradores que há vinte anos atrás, o distrito de Cambaratiba era bastante próspero, com o comércio ativo mas, aos poucos, a industrialização rural roubou a cena das plantações de café, que absorviam muitos trabalhadores, ocorrendo, assim, uma estagnação do distrito.

Apresenta-se hoje com 220 residências, luz elétrica, redes de água e esgoto recém instaladas, e duas ruas asfaltadas. Sua população trabalha, predominantemente, no setor agrícola e pesqueiro, dada a importância do rio Tietê, e parte com a indústria do bordado.

Dentro do observado, Cambaratiba possui uma pré-escola municipal, uma escola estadual de 1ª à 4ª séries do 1º grau, um posto de atendimento médico municipal, um posto de serviço bancário, uma linha de ônibus particular (com um horário pela manhã e outro à tarde), um centro telefônico, uma igreja católica, duas igrejas protestantes, um cemitério, um espaço para a festa do peão, um campo de futebol e um açougue.

Buscou-se em cada uma das áreas realizar entrevistas com moradores e lideranças do bairro. Definiu-se um mínimo de 5 entrevistas aos domicílios, em função do tempo disponível e do tipo de pesquisa (qualitativa).

4.2. Dados complementares

Em campo buscaram-se dados ainda nos seguintes locais:

- Prefeitura Municipal
- Cartório de Registro Civil
- Serviços de Saúde (CS-II, Santa Casa e PAS)

Procurou-se fazer o acompanhamento de um caso clínico, buscando resgatar no discurso do entrevistado todo o seu percurso dentro do serviço de saúde, com considerações gerais sobre a municipalização de saúde em Ibitinga. A escolha dos casos se deu aleatoriamente, no momento em que as pessoas chegavam ao local à procura de atendimento (CS-II).

5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

5.1. Aspectos topográficos, geográficos e ambientais

O município possui uma área total de 649 km e altitude média de 455 m.

Quanto à sua geologia, predomina o solo argiloso, possuindo, também, boas partes de solo arenoso. Terra rica e abundante em recurso hídricos. Ibitinga é cortada por cinco rios: Tietê, Jacaré-Guaçu, Jacaré-Pepira, São Lourenço e Ribeirão dos Forcos. No perímetro urbano os cursos d'água são os córregos São Joaquim e Saltinho.

Por ser cortada por vários rios, antigamente piscosos, atualmente receptores de dejetos e esgotos, existe uma preocupação permanente com o meio ambiente, criando-se assim as seguintes associações: CONDEMA, Consórcio do

Jacaré-Pepira que lutam para manter áreas naturais sob proteção.

Ibitinga está localizada em região de clima quente, com inverno seco e com temperaturas médias que variam em torno de 23°C de máxima, 17°C de mínima e 21°C de média compensada. A precipitação anual é da ordem de 1000 mm^a.

5.2 Histórico

O topônimo Ibitinga, de origem indígena, tem como tradução "Terra Branca", município situado à margem direita do rio Tietê, iniciando neste local a sua história.

O início do século XIX marca o início do povoamento de parte do Estado situada a oeste do eixo compreendido pelas estradas que ligavam São Paulo a Franca. A população migratória provinha da parte mais populosa do estado, a saber : a faixa litorânea de São Paulo, a região do Vale do Farnaíba e também de outros estados, principalmente Minas Gerais. Tal movimento migratório trouxe novos habitantes para as cidades em formação e também provocou a fundação de outras tantas cidades pela fixação de pessoas em novas áreas num trabalho perseverante de desbravamento e colonização.

Ibitinga surgiu de um desses esforços de procura de novas terras, pois foi conquistando os sertões de Avanhandava e tomando posse de vasta gleba de cerca de onze mil alqueires que José Antonio de Castilho e sua mulher Ana Claudina do Sacramento, em 1826, há apenas quatro anos de libertação da coroa portuguesa, embrenharam-se com sua gente para os campos de Araraquara, atingiram as margens do irriquietao Rio São Lourenço, formando o imenso "Boa Vista".

Em 1842 chegaram, de Santo Antonio do Machado (Minas Gerais), Miguel Pereira Landim e Pedro Alves de Oliveira (Velho Amaro). Durante catorze anos trabalharam em harmonia com suas famílias à margem esquerda do rio Ribeirão dos Porcos onde se haviam instalado.

Em 1856, Pedro Alves de Oliveira adquire através de escritura de José Antonio de Castilho a totalidade da enorme Fazenda Boa Vista, terras que se estendiam do Rio São Lourenço ao Ribeirão dos Porcos. Após a compra uma nuvem de discórdia paira entre as famílias Landim e Amaro. Separam-se os que até então estiveram irmanados pelo mesmo ideal. Os Amaros dirigiram-se para um lado fundando um novo arraial, o qual foi batizado de "Boa Vista das Pedras" (Itápolis). Os Landim penetraram ainda mais para o sertão, instalando-se nas imediações da cachoeira do Iacanga, no Rio Tietê, em busca de terra boa e fértil. Porém mal instalados no novo centro de suas atividades os homens de Landim encontraram os

contratempos da febre palustre e das emboscadas indígenas. A luta, tornando-se desigual, encaminha os desbravadores ao fracasso, quando resolve Landim retirar-se para as margens do Rio São Joaquim nas proximidades da Foz do Riacho Saltinho, lançando os delineamentos da Vila do Senhor Bom Jesus de Ibitinga. Miguel Pereira Landim distribuiu então sua família, pelos diversos lados da pequena vila, que viriam mais tarde ser os bairros de hoje: o Alferes Angelo Pereira Landim em Monte Alegre, João Pereira Landim em Capim Fino, Francisco Pereira Landim em Cana do Reino e Miguel Pereira Landim na Fazenda Água Quente, mais tarde a cidade de Ibitinga.

Estava-se já no ano de 1866 quando fundaram o novo povoado e fizeram erigir uma capela em louvor ao padroeiro. Nessa época, ao que consta, Miguel Pereira Landim já estava doente, obedecendo a mentalidades, credices e costumes de então, fizera ele a promessa de oferecer à capela construída uma imagem do padroeiro. Soubera que no Forte Itapura, teatro de duros combates entre brasileiros e paraguaios, existia uma imagem que correspondia ao seu desejo; organizou uma caravana que descendo o misterioso Tietê, fosse buscar a imagem que prometera. Após semanas retornaram com a imagem pretendida.

Com o passar dos anos a terra foi sendo cultivada, resultando em produção, e assim, o povoado prosperou. Em 1885 foi elevado a Freguesia.

Em 1885 inaugurou-se o Cemitério Municipal. Em 1886 é criado o Curato de Ibitinga por D. Lino Deodato Rodrigues. Em 1887 Ibitinga é elevada a Paróquia. Neste mesmo ano é criada, também, a primeira agência de Correio. Em 1889, a primeira escola. Morre Miguel Pereira Landim a 19 de agosto de 1890, mas antes, a 4 de junho de 1890 vê Ibitinga elevada à categoria de Sede do Município pelo Decreto Estadual desse ano de nº 66.

Durante alguns anos Ibitinga luta com Boa Vista das Pedras (Itápolis) pelo título de Comarca; após várias mudanças, em 05 de março de 1923, no governo do Dr. Washington Luiz Pereira de Souza, cria-se a comarca de Ibitinga.

Na década de 30 o município acolheu a imigrante portuguesa Dioguinha Sampaio, especialista em Bordados da Ilha da Madeira. A crise do mercado de trabalho era intensa e levou Dioguinha a bordar enxovais para noivas; o negócio progrediu de tal forma que a imigrante precisou contratar ajudantes, formar mão-de-obra e estabelecer firma própria. Assim nasceram as raízes do bordado artesanal, sendo hoje a indústria que absorve grande parte da mão-de-obra

ibitinguense e lança a cidade como a Capital Nacional do Bordado.

5.3. Localização e Acessos

O município de Ibitinga localiza-se à margem direita do Rio Tietê, no Centro-oeste do Estado de São Paulo, latitude $21^{\circ} 45' 28''$ S e longitude $48^{\circ} 49' 44''$ W (Dados IBGE). O próprio órgão tem definições divergentes quanto a este dado. Distancia-se da capital por 300 km, em linha reta.

O município confronta-se ao Norte com Iacanga, a Oeste com Borborema e Iacanga, ao Sul com Itaju e Boa Esperança do Sul e a Leste com Tabatinga. Possui um Distrito chamado Cambaratiba situado a 28 Km a sudoeste de Ibitinga.

Com relação à pavimentação, o município possui 68% de suas ruas asfaltadas, o acesso a municípios vizinhos se faz por estradas vicinais asfaltadas, algumas em estado precário de conservação.

5.4. Características Sócio-econômicas e Culturais

Os setores produtivos caracterizam-se pela agricultura que compreende os seguintes produtos: algodão, amendoim, café, milho e, nesta década, a invasão da cana-de-

açúcar e laranja. Apresenta também, avicultura, pecuária, comércio e a indústria de bordado. É notório que com o desenvolvimento industrial criam-se novas fontes de trabalho, aumentando o movimento migratório para o município e criando o êxodo rural.

A distribuição de encargos na população economicamente ativa, conforme dados colhidos segundo região administrativa de Ribeirão Preto (1990), é a seguinte: 1,1 % na construção civil; 28,3 % no comércio; 29,7 % na indústria; 37,4 % nos serviços.

Até a década de 60 o município de Ibitinga era predominantemente agrícola, mas a partir daí iniciou-se a indústria semi-artesanal do bordado, propiciando ao município grande desenvolvimento econômico, que apresenta várias facetas. Se por um lado, proporciona uma melhora no poder aquisitivo da população, trazendo conseqüentemente uma melhora nos indicadores de saúde, por outro o movimento migratório resultante da busca de empregos cria inquietações para o serviço de saúde, no que tange ao controle e combate às doenças, assim como o crescimento desorganizado de alguns bairros do município.

Atualmente grande percentual da população está ligada à indústria semi-artesanal do bordado. A Associação do Comércio e Indústria não conseguiu precisar o número

exato de indústrias e casas comerciais, mas avalia-se em 337 indústrias, aproximadamente 800 lojas (dados fornecidos pela Prefeitura Municipal). Cabe ressaltar que estes números são imprecisos, uma vez que, potencialmente, qualquer domicílio poderá vir a ser uma pequena indústria ou um ponto de revenda de bordados, dada a informalidade econômica do município.

Além de ser uma importante força produtiva, o bordado confere características sociais peculiares a Ibitinga. As mulheres costumam receber salários maiores que os de seus maridos e, por esta razão, desenvolveram autonomia na vida cotidiana superior a de outras mulheres do interior paulista. Mas os homens não sofrem o preconceito em relação à prática de bordar.

Para exposição das peças confeccionadas por seus artesãos a prefeitura municipal organiza todo mês de junho a Feira de Bordado de Ibitinga.

Para lazer o povo ibitinguense possui um cinema, cinco clubes esportivos, um teatro em fase de conclusão e uma estância turística (Usina CESP).

A rede escolar possui treze escolas estaduais de 1º grau, dezenove escolas municipais, incluindo pré-escola e 1º grau e três escolas particulares. O Censo de 1980 apresenta o número de 6784 analfabetos.

5.5. Demografia

A população total do município de Ibitinga compreendia, em 1985, 31813 habitantes, tendo passado a 38084, em 1991, conforme o recenseamento nacional realizado em setembro deste ano. Considerando-se a estabilidade entre as faixas etárias diversas, pode-se projetar um total de 38981 habitantes para 1992, distribuídos em 93 % na zona urbana e 7 % na zona rural.

A tabela I mostra a distribuição da população de Ibitinga por sexo e faixa etária, para os anos de 1985, 1991 e 1992.

Tabela I - População por sexo e idade, Ibitinga, 1985, 1991 e 1992

ANO		1985		1991		1992	
IDADE	SEXO	H	M	H	M	H	M
0 a 9		3508	3608	4006	4202	4098	4304
10 a 19		2195	3369	3743	3990	3828	4087
20 a 29		2893	2833	3329	3142	3405	3219
30 a 39		1868	2036	2389	2564	2443	2625
40 a 49		1530	1592	1863	1966	1905	2014
50 a 59		1329	1193	1636	1426	1674	1461
60 a 69		856	904	1091	1253	1116	1283
70 e +		577	572	752	732	769	750
TOTAL		15756	16107	18809	19275	19238	19743

Fonte: Fundação SEADE

Analisando a distribuição por sexo da população, observa-se que no nascimento existe uma maior quantidade de indivíduos do sexo masculino, mas na faixa etária ativa existe um equilíbrio na distribuição por sexo. Existem mais mulheres do que homens no município, o que leva a inferir a hipótese de que a população feminina se mantém na cidade, em virtude da existência de mão-de-obra, que na cidade tem característica de trabalho feminino. Observa-se que a faixa etária de 30 a 40 anos da população masculina diminui, exemplificando um movimento migratório de saída deste grupo de indivíduos.

A distribuição por faixa etária permite várias observações importantes para a Saúde Pública. A figura 1 e 2 mostram as pirâmides populacionais de Ibitinga para os anos de 1985 e 1992, respectivamente. Segundo a classificação de Sundbarg, a população nesta cidade é progressiva (jovem),

ainda com coeficientes de natalidade e mortalidade infantil altos, mas em processo de diminuição, o que sugere, com o tempo, uma mudança na classificação (tabela II).

A população dependente juvenil e senil no município tem diminuído e aumentado, respectivamente, ou seja, a importância das idades avançadas como dependentes da população ativa tem crescido (tabela II).

Tabela II - Aspectos Demográficos do Município de Ibitinga, anos de 1985 e 1991

DADOS POPULACIONAIS	ANOS	
	1985	1991
População Total	31813	38084
Pop.Fem.Idade Fértil	8214 (25,8%)	9676 (25,4%)
Pop.Masc.Idade Ativa	9279 (29,1%)	11136 (29,2%)
Pop.Fem.Idade Ativa	9407 (29,6%)	11102 (28,6%)
Pop.Dependente Juvenil	10268 (32,3%)	12074 (31,7%)
Pop.Dependente Senil	2046 (6,3%)	2655 (7,0%)
Taxa de Natalidade	25,3 % hab.	19,4 % hab.
Coeficiente Fecundidade*	98,0 %.	76,5 %.

* base: X 1000 mulheres 15 a 49 anos

Fonte: Fundação SEADE

A representação gráfica da estrutura populacional de Ibitinga, quanto ao sexo e idade está nas pirâmides populacionais de 1985 e 1992 (fig. 1 e 2). Nestas figuras, pode-se avaliar a tendência demográfica do município, no tempo. Em Ibitinga a formação básica é piramidal, apresentando base larga e acentuada. Segundo a classificação de Thompson, a pirâmide desta cidade é do tipo 2, onde, como já citado, a base é larga, com grande quantidade de indivíduos até 10 anos, e o ápice é afilado, o que demonstra

a existência de pequena quantidade de população em idade avançada. Estes dados representam uma população em franco crescimento, em vista da diminuição gradual da mortalidade infantil, porém com queda pequena no coeficiente de natalidade (tabela II). A razão de dependência é alta, incluindo mais de 50 % da população entre 0 e 15 anos de idade. A distribuição entre os sexos demonstra um razoável equilíbrio, no entanto, em algumas faixas etárias de produtividade (30 a 40, p. ex.) existe uma tendência, demonstrada na figura de 1985, de movimentação migratória de população masculina.

Os dados do recenseamento de 1991 ainda não estão totalmente disponíveis mas, baseado no censo de 1980, pode-se compilar dados referentes à religião predominante, etnia, estado conjugal, origem dos migrantes, representados nas tabelas III, IV, V e VI, que podem auxiliar na caracterização da população de Ibitinga.

Tabela III - População residente por cor e sexo, Ibitinga, 1980

Cor	Homens	Mulheres	Total
Branca	12947	13106	26053
Parda	921	926	1847
Preta	555	539	1094
Amarela	45	39	84
S\ declaração	38	25	63
Total	14506	14635	29141

Fonte : Fundação IBGE, censo 1980

Tabela IV - População residente por Religião e Sexo, Ibitinga, 1980

Religião	homens	mulheres	total
Católica Romana	13016	13037	26053
Protestante Tradicional	641	721	1362
Protestante Metodista	357	479	836
Espírita Kardecista	78	73	151
Espírita Afro-brasil.	75	96	171
Orientais	5	13	18
Outras	111	120	231
S/religião	188	80	268
S/declaração	14	37	51
Total	14506	14635	29141

Fonte: Fundação IBGE, censo 1980

Tabela V - População de 15 anos e mais, por estado conjugal e sexo, Ibitinga, 1980

Estado Conjugal	Homens	mulheres	Total
Casado	6068	6170	12238
Solteiro	3234	2548	5782
Viúvo	215	831	1046
Separado	115	119	234
Desquitado/Divorciado	56	118	174
S/declaração	26	46	72
Total	9714	9832	19546

Fonte: Fundação IBGE, censo 1980

Tabela VI - População de Ibitinga por Unidade Federativa de origem e Sexo, 1980

Unidade Federativa	homens	mulheres	total
Ceará	20	24	44
Rio Grande do Norte	18	22	40
Paraíba	4	8	12
Pernambuco	31	13	44
Alagoas	49	40	89
Sergipe	35	16	51
Bahia	214	179	393
Minas Gerais	226	181	407
Espírito Santo	-	4	4
Rio de Janeiro	17	20	37
São Paulo	13426	13634	27060
Paraná	350	357	707
Mato Grosso	10	15	25
Goiás	4	-	4
Brasil s/ especificação	9	7	16
Total	14413	14520	28933

Fonte : Fundação IBGE, censo 1980

5.6. Saneamento

Segundo dados coletados, pode-se dizer que 86,6 % das residências possuem rede de esgoto e 94,5 % possuem ligação de água tratada, sendo que as ligações internas estão sendo concluídas em alguns bairros.

O esgoto é depositado em dois córregos, Saltinho e São Joaquim, sendo que em atenção à preservação dos mananciais, foi canalizado e efetuado sistema coletor do córrego Saltinho, com construção de gabião. Posteriormente pensa-se em estender as obras ao córrego São Joaquim onde a

captação de esgotos levaria a uma lagoa de tratamento, ainda em projeto.

O sistema de água encanada na cidade abrange 94,5% dos domicílios, sendo captada do córrego S. Joaquim (100 m acima da cidade) e de reservatórios artesianos e transferida para a Estação de Tratamento de Águas, onde se processam a floculação, decantação, filtração e desinfecção.

O percentual de casas com coleta de lixo é de 100%. O lixo coletado no município é transportado para uma área situada na vila Taquaral onde é depositado a céu aberto. Não existe nenhum processo de seleção e tratamento dos resíduos sólidos. Em vista disso surgem problemas de Saúde Pública devido ao aparecimento de grande número de insetos e roedores em área urbana, além do que seis famílias vivem neste local e subsistem do que lá encontram.

Um total de 100% dos domicílios possuem ligação de luz elétrica.

5.7. Segurança Pública

Existe uma cadeia pública com capacidade para 20 pessoas sendo que, no momento, estão recolhidos 55 detentos (37 de Ibitinga e 17 de outras localidades). A cidade conta com dois delegados e existe uma média de 2 a 3 ocorrências

diárias, perfazendo um total de aproximadamente 80 ocorrências mensais.

5.8. Promoção Social

Existe um trabalho integrado junto à casa da criança, casa do idoso, APAE, creche local, desenvolvendo atividades sociais; este trabalho tem grande participação dos padres da paróquia de Ibitinga.

5.9. Situação Político Administrativa

Quando o decreto no. 66 de 4 de julho de 1890 elevou a freguesia de Ibitinga à Sede do Município, foram-lhes incorporados os seguintes distritos: Itápolis (1890), Tabatinga (1911), Nova Europa (1913) e Cambará (1934). Os três primeiros distritos foram posteriormente desmembrados e emancipados.

Ibitinga pertence à 12ª Região Administrativa, com sede em Araraquara, ligada no setor de saúde ao SUDS-R-19, localizado nesta mesma cidade e compõe-se dos seguintes municípios: Araraquara, Américo Brasiliense, Borborema, Boa Esperança Sul, Cândido Rodrigues, Dobrada, Fernando Prestes, Ibitinga, Itápolis, Matão, Nova Europa, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, Taquaritinga e Tabatinga.

O atual Prefeito é o Sr. Yashieo Sato - PSDB, com Câmara de Vereadores composta de 17 componentes.

5.10. Organização da Prefeitura

A prefeitura através do seu Prefeito Dr. Yashieo Sato, compõe-se de várias diretorias, a saber : Diretoria de Administração, Diretoria de Administração Social, Diretoria de Finanças, Diretoria de Obras e Serviços, Diretoria de Educação e Cultura e Procuradoria Jurídica, apresenta Serviço Autônomo de Água e Esgoto e Serviço Autônomo Municipal de Saúde (SAMS), duas empreiteiras que funcionam como autarquias (EMUSI e EMTURI). Cabe aqui ressaltar a característica dos serviços autônomos criados para conferir maior agilidade administrativa, tendo assim rapidez nos processos de compras e contratação de pessoal.

A Câmara de Vereadores é composta por dezessete vereadores. Ibitinga possui um conselho municipal com membros indicados pelo Prefeito (anexo organograma da Prefeitura Municipal - anexo III).

6 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

6.1. Dados de Mortalidade

6.1.1 - Coeficiente de Mortalidade Geral

O Município de Ibitinga apresentou em 1991 a taxa de mortalidade geral em 6,02 % habitantes, valores que têm sido mantidos em média, em anos anteriores. Em 1992 (até outubro) o coeficiente encontra-se em 4,77 % habitantes (tabela VII e figura 3).

Tabela VII - Coeficientes de Mortalidade Geral, Ibitinga
1985 a 1992

anos	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992*
**								
coeficiente	7,64	7,48	7,91	8,29	7,67	7,57	6,02	4,77

* até outubro

** X 1000 habitantes

Fonte: Fundação SEADE/CIS

Os valores de mortalidade geral devem ser analisados observando-se a composição da população por faixa etária. Comparando-se estes dados com a pirâmide populacional (figura 1 e 2), pode-se verificar que existe um grande contingente de indivíduos jovens na população e poucos de idade avançada, assim, os valores próximos da mortalidade geral nos últimos anos, podem sugerir teoricamente, para esta estrutura populacional, um bom nível de saúde.

6.1.2 - Mortalidade proporcional

A mortalidade proporcional no município de Ibitinga, nos anos de 1990 e 1991 está representada na Tabela VIII. Estes dados, quando elaborada a curva de Nelson de Moraes (figura 4), representam a classificação do Tipo IV, caracterizando um nível de saúde elevado, não havendo diferenças significativas na estruturação das curvas dos dois anos.

Tabela VIII - Mortalidade proporcional por faixa etária, Ibitinga, 1990 e 1992 (%)

Faixa Etária	1990	1991	1992*
< 1	10,30	7,05	3,15
1 a 4	0,86	0,44	0,00
5 a 20	0,85	2,04	1,18
20 a 49	12,45	17,18	17,67
50 e +	75,54	73,29	78,00
Total	100,00	100,00	100,00

* até outubro

Fonte: Fundação SEADE/CIS

O indicador de Swaroop-Uemura, nos últimos três anos manteve-se no mesmo patamar (tabela VIII, linha 50 e +).

Considerando-se que este indicador pode variar, teoricamente, de 0 a 100 %, nota-se em Ibitinga boas condições de saúde.

6.1.3 - Mortalidade Infantil

Uma série histórica compreendendo o período de 1985 a 1991 mostra uma tendência de decréscimo até 1989, acentuando-se nos anos subsequentes. Em 1992 (até outubro), a mortalidade infantil está em 10,19 % nascidos-vivos. O desdobramento do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes (coeficiente de mortalidade neonatal-MNN e coeficiente de mortalidade infantil tardia-MIT), no período de 1985 a 1991 mostra que a tendência decrescente se deu em ambos os componentes, sendo em todos os anos a MIT menor que MNN (figura 5).

Foi verificado em pesquisa de campo no município, no Cartório de Registro Civil, que o fluxo de informações acerca da mortalidade neonatal, por falta de orientação, se torna inadequado, resultando em subenumeração dos casos de mortalidade neonatal, o que pode ser o fator de representação do decréscimo evidenciado no gráfico.

6.1.4 - Coeficiente de natimortalidade

O coeficiente de natimortalidade em 1990 foi 7,9 %. nascimentos e 1991 chegou a 5,5 %. nascimentos, valores estes que estão entre os esperados para um bom nível de saúde e de assistência ao pré-natal e nutrição materna.

6.1.5 - Mortalidade proporcional por causa

Nos anos de 1985 e 1990, verificou-se em Ibitinga, razões de mortalidade proporcional por causa como expressa a tabela IX. Tanto em 1985, como em 1990 as doenças do aparelho cardio-circulatório e os neoplasmas conferem grande importância para as causas de mortes.

Na Tabela IX pode-se verificar que o percentual de mortes classificadas como "mal-definidas" e "não relacionadas" é bastante acentuado, o que sugere a necessidade de revisar o preenchimento de declarações de óbito no município. Neste sentido, quando de nossa visita, realizou-se uma palestra com os médicos do município, objetivando reciclar informações sobre o preenchimento destes documentos.

Tabela IX - Mortalidade proporcional por causa (principais),
Ibitinga, 1985 e 1990.

Causa Morte	ANO			
	1985		1990	
	No.	%	No.	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	9	3,7	19	7,3
Neoplasmas	24	10,0	30	11,5
Doenças de glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo, transtornos imunitários	6	2,5	3	1,8
Doenças do Aparelho Cárdio Circulatório	75	31,1	91	35,0
Doenças do Aparelho Respiratório	23	9,5	22	8,5
Doenças do Aparelho Digestivo	5	2,1	7	2,7
Doenças do Aparelho Genitourinário	5	2,1	4	1,5
Anomalias Congênitas	2	0,8	2	0,8
Afecções Perinatais	15	6,2	8	3,1
Mal definidas	20	8,3	28	10,8
Todas não relacionadas	38	15,8	30	11,6
Causas Externas	19	7,9	16	6,1
Total	142	100,0	260	100,0

Fonte: Fundação SEADE.

6.2. Morbidade no Município de Ibitinga

O Serviço de Saúde de Ibitinga (CS-II e FAS's) não tem registrado, nos últimos anos, dados de morbidade, em razão de diversas dificuldades para coleta, compilação e análise dos dados.

Em 1992 iniciou-se um registro de dados de morbidade, a partir do mês de junho, evidenciando-se os principais diagnósticos, os quais estão representados na Tabela X.

Tabela X - Principais diagnósticos de morbidade do CS-II de Ibitinga, junho a outubro, 1992.

Morbidade	junho	julho	MESES agosto	setembro	outubro	total
Hipertensao arterial	146	205	189	210	148	898
Verminose	150	152	98	129	176	605
Lombalgia	156	142	107	97	90	600
Diabetes	90	88	114	107	107	497
Anemia	104	100	60	98	100	462
Gripe	98	75	69	71	60	363
Infecoes das vias aeres super.	107	91	64	46	32	340
Arritmia cardiaca	107	77	60	81	60	385
Cefaleia	74	93	64	47	40	318
Dor abdominal	60	64	44	44	40	252
Amenorreia	60	49	50	44	30	233
Sinusite	60	54	40	40	30	224
Bronquite	60	54	40	40	30	224
Gastrite	60	54	40	40	30	224
Amigdalite	60	54	40	40	30	224
Escabiose	60	67	40	40	30	237
Infeccao urinaria	60	31	30	40	40	201
Faringite	60	30	30	40	40	200
Iraqueobronquite	60	30	30	40	40	200
Esquizofrenia/psicose	19	10	17	21	11	78
Hanseniose	-	12	14	15	11	52
Hipermetropia	10	-	6	14	14	44
Astigmatismo	7	4	-	12	10	33
Hiopia	2	-	1	10	10	23
Presbiopia	-	-	-	-	22	22
Tuberculose	-	3	3	4	-	10
Hioma	-	-	-	-	4	4
outros	1154	1636	1553	1575	1455	7373
Total	2766	3179	2887	3214	2757	14589

Fonte: Centro de Saude II de Ibitinga

No CS-II, as oito principais causas de morbidade são: hipertensão arterial, infecções das vias aéreas superiores, verminose, lombalgia, anemia, diabetes, gripe e arritmia cardíaca. Baseado nisto, nota-se a importância da demanda frente aos programas de : hipertensos, diabéticos e cardíacos que precisam ser, em vista disto, mais assistidos. A lombalgia pode ser um diagnóstico importante, em virtude da principal ocupação da população (bordado), o que sugere a necessidade de atendimento diferenciado e programático, com vistas à prevenção deste mal.

Nos PAS's os diagnósticos mais frequentes são (tabelas XI a XIV): infecções das vias aéreas superiores, anemias, verminoses e hipertensão arterial, o que vem consolidar a necessidade de atender a demanda em programas de prevenção e educação, visando a diminuição da frequência destes diagnósticos.

Tabela XI - Principais diagnósticos de morbidade do PAS de Cambaratiba, Ibitinga, julho a setembro de 1992.

Morbidade	M E S E S				total
	jul	ago	set		
Gripe	29	26	37		92
Verminose	12	31	23		66
Hipertensão Arterial	14	12	20		46
Amigdalite	16	10	4		30
Bronquite	8	9	10		27
Desrritmia	6	5	9		20
Gastrite	6	5	6		17
Cefaléia	8	2	7		16
Fiodermite	6	1	3		10
Alergia	6	3	1		10
Outros	80	92	114		286
Total	191	196	234		621

Fonte: CS-II de Ibitinga

Tabela XII - Principais diagnósticos de morbidade do PAS de Vila Simões, Ibitinga, julho a outubro de 1992.

Morbidade	M E S E S				total
	jul	ago	set	out	
Infecção das vias aéreas superiores	100	69	80	60	309
Verminose	17	18	16	27	78
Anemia	15	10	15	33	73
Cefaléia	12	19	24	16	71
Gastroenterocolite Aguda	13	2	9	36	60
Bronquite	15	8	11	8	42
Desnutrição	-	-	33	-	33
Atraso no Desenvolvimento	30	-	-	-	30
Amigdalite	7	5	7	9	28
Estomatite	5	7	3	10	25
Hipertensão Arterial	2	8	10	-	20
Sinusite	7	3	2	-	12
Outros	75	114	177	186	552
Total	298	263	387	385	1333

Fonte: CS-II de Ibitinga

Tabela XIII - Principais Diagnósticos de Morbidade do PAS de Vila Maria, Ibitinga, junho a outubro de 1992.

Morbidade	M E S E S					Total
	jun	jul	ago	set	out	
Infeccção das vias						
Aéreas Superiores	60	40	34	43	22	199
Verminose	13	11	14	25	35	98
Dor Abdominal	18	10	14	14	18	74
Hipertensão Arterial	12	17	14	16	9	68
Bronquite	21	11	9	8	2	51
Faringite	9	7	4	5	9	34
Desrritmia	9	8	4	5	4	30
Gripe	11	5	4	7	1	28
Cefaléia	10	4	1	2	7	24
Outros	140	150	98	116	264	668
Total	303	335	196	241	271	1346

Fonte: CS-II de Ibitinga

Tabela XIV - Principais diagnósticos de Morbidade do PAS de Vila Izolina, Ibitinga, junho a setembro de 1992.

Morbidade	M E S E S				total
	jun	jul	ago	set	
Anemia	37	60	30	54	181
Reumatismo	5	11	10	14	40
Verminose	34	53	23	45	155
Infeccção das Vias					
Áreas Superiores	60	34	23	36	153
Hipertensão Arterial	4	20	13	12	49
Sinusite	9	-	6	15	30
Diarréia Aguda	6	13	8	2	29
Bronquite	9	5	7	7	28
Gastrite	2	7	4	14	27
Infeccção Urinária	-	-	12	-	12
Total	166	203	136	199	704

Fonte: CS-II de Ibitinga

Para analisar a morbidade do serviço da Santa Casa de Ibitinga, partiu-se de uma amostragem baseada nos dados constantes do Boletim de Coleta de Dados Hospitalares de 1991 até maio de 1992.

O método de amostragem escolhido foi o probabilístico pós-estratificado, onde foram pinçadas as informações referentes a 400 casos ^(a). O intervalo entre os casos, foi calculado conforme prevê o método. O início casual foi obtido através de uma tabela de números aleatórios.

Nos 400 casos relacionou-se o diagnóstico principal, sexo e grupo etário da população atendida. As tabelas XV, XVI e XVII mostram a frequência destas variáveis.

Tabela XV - Principais diagnósticos de morbidade da Santa Casa de Caridade de Ibitinga, 1991 e 1992

Morbidade	No.	%
Insuficiência Cardíaca Congestiva	28	7,0
Enteroinfecção	26	6,5
Estafilococcia	20	4,8
Enfisema Pulmonar	18	4,5
Insuficiência Renal Aguda	18	4,5
Lombalgia	15	3,8
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	13	3,3
Tumores	12	3,0
Broncopneumonia	11	2,8
Crise Hipertensiva	8	2,0
Fratura	8	2,0
Diabetes	6	1,5
Gastrite/Duodenite	6	1,5
Estreptococcia	5	1,3
Outros	206	51,5
Total	400	100,0

Fonte: Boletim de Coleta de Dados Hospitalares da Santa Casa de Caridade, Ibitinga.

Tabela XVI - Número de casos, segundo sexo, Santa Casa de Caridade, Ibitinga, 1991 e 1992 (até outubro).

Sexo	No.	%
Masculino	175	43,75
Feminino	225	56,25
Total	400	100,00

Fonte: Boletim de Coleta de dados Hospitalares, Santa Casa de Caridade, Ibitinga.

Tabela XVII - Número de Casos, segundo faixa etária e sexo, Santa Casa de Caridade, Ibitinga, 1991 e 1992.

Faixa Etária			No.	%	M	F
<	1		13	3,25	9	4
1	a	4	32	8,00	23	9
5	a	9	18	4,50	10	8
10	a	14	12	3,00	7	5
15	a	19	21	5,25	7	14
20	a	24	43	10,75	8	35
25	a	29	34	8,50	12	22
30	a	34	32	8,00	15	17
35	a	39	19	4,75	7	12
40	a	44	20	5,00	10	10
45	a	49	19	4,75	5	14
50	a	54	19	4,75	8	11
55	a	59	19	4,75	8	11
60	a	64	19	4,75	10	9
65	a	69	25	6,25	13	12
70	a	74	18	4,50	7	11
75	a	79	18	4,50	8	10
80	a	84	15	3,75	4	11
85	a	90	4	1,00	4	-
Total			400	100,00	175	225

Fonte: Boletim de Coleta de Dados Hospitalares, Santa Casa de Caridade, Ibitinga.

Destes casos pode-se analisar que o sexo feminino busca mais o atendimento deste serviço que o masculino e, ainda que as mulheres em idade produtiva constituem a maior demanda (principalmente entre as idades de 20 a 25 e 45 a 50. As evidências para esta diferença podem estar relacionadas à necessidade maior que a mulher tem de utilização dos serviços de saúde da Santa Casa em idade de maior produtividade, em virtude da exposição a fatores de risco (no trabalho e da residência), e também, por

compreender o grupo etário envolvido na fecundidade. Porém, crianças até cinco anos de idade representam 11,15 % do total de atendimento, o que confere importância significativa para este grupo etário, principalmente a indivíduos do sexo masculino. Tal fato sugere que esta faixa etária seja de grande susceptibilidade a doenças, buscando um maior número de atendimentos.

7. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

7.1. Serviço Autônomo de Saúde do Município (SAMS)

O Serviço Autônomo de Saúde em Ibitinga foi iniciado em 06.05.88, através da Lei No. 1594.

A estrutura administrativa e gerencial deste serviço é constituída por :

- diretoria com poder decisório auxiliada por assessoria;
- área técnica normativa, representada pelo grupo técnico de serviços;
- área administrativa.

7.2. Organograma do SAMS

Seu eixo organizacional conta com cinco unidades de saúde : 1 centro de saúde de referência, no centro da cidade e 4 PAS's localizados nos bairros de V. Maria, V. Izolina, V. Simões e Distrito de Cambaratiba.

As atividades desenvolvidas nos PAS's estão voltadas ao atendimento pediátrico, de clínica médica e ginecológico, e no Centro de Saúde de Ibitinga, além destes, somam-se o atendimento de especialidades, a saber: dermatologia, cardiologia, neurologia, psicologia, psiquiatria, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia. O CS-II, como referência, integra também outras atividades, descritas a seguir.

7.2.1 - Saúde Bucal

O Serviço de saúde bucal é composto por 20 cirurgiões dentistas, 1 auxiliar de enfermagem e 1 coordenador da saúde bucal. Estes profissionais estão alocados no CS-II de Ibitinga e em nove escolas do município.

Com relação aos recursos materiais, existe um total de 10 equipamentos distribuídos nos

espaços acima citados, e três aparelhos de Raio-X odontológicos. Estes equipamentos são individuais e fixos.

No CS-II de Ibitinga atende-se adultos e crianças, sem a preocupação de tratamento completado. Nas escolas eram efetuadas ações de caráter puramente curativos, iniciando este ano alguns procedimentos preventivos (bochechos, palestras e escovação supervisionada).

Sugere-se que: como medida básica, seja implantada no sistema de abastecimento de águas a fluoretação; as ações coletivas de prevenção seja o eixo básico para interferir no processo saúde-doença dos problemas bucais; os programas sejam definidos através de levantamento epidemiológico para traçar o perfil da doença; formação de recursos humanos para implantação de equipe de saúde bucal (auxiliar de cirurgião dentista, técnico de higiene dental e cirurgião dentista). Mudança de modelo odontológico, com módulos transportáveis para aumento da cobertura de escolares; e reciclagem periódica entre toda

equipe de saúde bucal para atualização e uniformidade de conceitos.

7.2.2 - Serviço de Saúde Mental

O serviço público de saúde mental em Ibitinga compreende 1 psicólogo e 1 psiquiatra, que trabalham no CS-II. O atendimento é feito em consultas individuais para crianças, adolescentes e adultos. Há trabalho de grupo para gestante e participação nos Alcoólicos Anônimos (AA).

Na Santa Casa de Caridade não há retaguarda para enfermagem psiquiátrica, sendo os pacientes encaminhados para outra região.

Sugere-se a implantação de um ambulatório de saúde mental e um hospital-dia, uma vez que se observou, em campo e através das entrevistas, a existência de demanda reprimida de casos de etilistas, por exemplo, que necessitam destes serviços.

7.2.3 - Vigilância Epidemiológica

Esta atividade é realizada no CS-II de Ibitinga por uma visitadora sanitária. Este funcionário é responsável pela investigação e preenchimento do SVE-2 (Serviço de Vigilância Epidemiológica) e quando necessário faz busca ativa nos domicílios.

Após a notificação compulsória, os dados são informados ao ERSA-19, o qual, quando necessário, se responsabiliza por investigações que não podem ser resolvidas no local.

Sugere-se a criação de uma equipe multiprofissional incumbida de realizar as investigações epidemiológicas existentes.

7.2.4 - Vigilância Sanitária

O serviço de vigilância sanitária é constituído de 1 veterinário, 4 agentes saneantes e 1 visitador sanitário.

Compete ao serviço de vigilância sanitária, a fiscalização dos estabelecimentos que comercializam gêneros alimentícios, barbearias, pedicures, salões de beleza, saunas e controle da qualidade da água das piscinas (alcalinidade e teor de cloro).

É efetuada a desinsetização em estabelecimentos comerciais e casas particulares, para o controle de vetores.

Em relação ao controle da raiva, efetua-se vacinação anual dos cães, quando são vacinados cerca de 50 % da população canina. Devido ao grande número de cães errantes e o elevado número de pessoas que sofrem de tratamento anti-rábico, sugere-se uma ação de captura destes cães.

Devido à abrangência das ações, o corpo técnico é pequeno. Há necessidade de planejamento quanto às ações de vigilância sanitária, priorizando os estabelecimentos de maior risco.

7.2.5 - Serviço Social

O quadro do serviço social do CS-II é constituído por dois profissionais que trabalham em períodos diferentes.

As ações desenvolvidas são frequentemente relacionadas ao atendimento de casos: encaminhamento para exames especializados, internações em outros municípios, obtenção de recursos no próprio município, etc..

A nível grupal está sendo desenvolvido um trabalho multiprofissional com gestantes do Centro de Saúde e aquelas que são encaminhadas pelos FAS's. Um programa para hipertensos está em fase de estruturação.

No que tange a organização de comunidade, não há nenhuma proposta de desenvolvimento de programa. São realizados contatos com diversas instituições para angariar fundos e subsidiar ações assistenciais.

O serviço social contribui, também, em alguns aspectos administrativos da Unidade.

Tendo em vista a importância da organização de comunidade para uma efetiva participação popular no SUS, sugere-se que sejam desenvolvidas ações educativas nesta área.

De acordo com os dados obtidos nesta pesquisa, observou-se que a maioria dos funcionários desconhecem os princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde vigente, e portanto, sugere-se, também, que sejam realizadas reuniões periódicas com grupos de funcionários, inclusive os dos PAS's. Estas reuniões objetivam discutir os princípios e diretrizes vigentes, a partir da realidade apresentada pelos funcionários.

7.2.6 - Enfermagem

A assistência de enfermagem configurada na prestação direta de cuidado ao cliente tem sido, em sua maioria, executada pelo pessoal auxiliar, como viu-se em Ibitinga a predominância dos "Atendentes de Enfermagem".

É notado no Município a falta de recursos humanos na saúde, onde a maioria da assistência é ofertada pela forma bipolarizada, ou seja, pelo médico e pelo atendente, se tornando um grande desafio a profissionalização destes profissionais.

A nível ambulatorial, encontra-se apenas um enfermeiro no CS-II, prestando assistência na área de puericultura e doenças crônicas, de forma bem fragmentada.

A nível hospitalar em Ibitinga, há duas enfermeiras que prestam serviços na Santa Casa de Caridade, desenvolvendo inclusive atividades administrativas.

Na área de enfermagem as atividades administrativas devem garantir o poder de decisão sobre o próprio processo de trabalho de enfermagem, no planejamento, programação, acompanhamento, avaliação e a participação do pessoal auxiliar em todas as etapas.

A enfermagem precisa definir seu objeto de trabalho, assim como a discussão sobre o

padrões de qualidade de assistência, os quais devem estar fundamentados em parâmetros que definem: recursos humanos, materiais e financeiros suficientes.

7.3. Referência e Contra-Referência

No plano regional do ERSA-19 de Araraquara, o município de Ibitinga constitui sede de uma região cuja área de abrangência compreende os municípios : Borborema, Tabatinga, Nova Europa e Itápolis; e se estende numa área de influência aos municípios de Iacanga e Matão.

No âmbito de macro-região, no acesso a serviços de saúde mais complexos do que os existentes no município, tem-se como os mais encaminhados, no ano de 1991 os representados na tabela XVIII.

Tabela XVIII - Número e porcentagem de encaminhamentos por especialidades, Ibitinga, 1991

Especialidades	C A S O S	
	No.	%
Hemodiálise	422	18,7
Diálise	96	4,2
Ortopedia	193	8,5
Oncologia	186	8,2
Cardiologia	123	5,5
Cardiovascular	23	1,0
Neurologia	89	3,9
Neurocirurgia	16	0,7
Outras	1113	49,3
Total	2261	100,0

Fonte: SAMS de Ibitinga

Em sua totalidade os casos de hemodiálise e diálise são atendidos em Araraquara, os de oncologia em Jaú, os de ortopedia principalmente em Ribeirão Preto e as demais especialidades incluem estes e outros municípios: Itápolis, São José do Rio Preto, Baurú etc.

7.4. Recursos Humanos

Em relação aos recursos humanos do SAMS, em 1988, quando iniciou-se a municipalização em Ibitinga, o quadro de servidores municipais e estaduais era composto por: 14 médicos, 9 dentistas, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, 1 atendente, 2 visitantes sanitários e 1 psicólogo.

Atualmente, com o processo de municipalização parcialmente implantado, tem-se o quadro de funcionários formado por: 25 médicos, 21 dentistas, 2 assistentes sociais, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, 12 atendentes, 1 médico veterinário, 7 agentes de saneamento, 3 visitantes sanitários e 1 psicólogo.

Em vista disto, nota-se que em 1988 até a administração atual o número de funcionários na sede pública municipal teve um relevante aumento. A título de ilustração,

segue-se a tabela XIX, mostrando o incremento em recursos humanos.

Tabela XIX - Recursos Humanos no SAMS, Ibitinga, 1988 e 1992

Ano	Servidores				Total	
	Municipais		Estaduais		No.	%
	No.	%	No.	%		
1988	32	65,3	17	34,7	49	100,0
1992	82	83,7	16	16,3	98	100,0

Fonte: SAMS de Ibitinga

O Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica (SADT), com exceção do eletrocardiograma existente no CS-II de Ibitinga, são feitos através de convênios estabelecidos entre o ERSA de Araraquara e a Santa Casa de Caridade, para exames de laboratório e radiológicos; ou intermediados por esta última entidade a terceiros para ultrassom, endoscopia e eletroencefalograma, feitos em consultórios dos respectivos especialistas. O número de exames são pré-estabelecidos em cotas mensais: exames laboratoriais (1700), radiografias (600), ultrassom (90) eletroencefalograma (20).

7.4.1 - Análise de Produtividade Médica

A produção médica para os anos de 1991 e 1992 do CS-II e dos PAS's do município, obtidos a partir dos Boletins Mensais e Ficha de Acompanhamento Mensal Individual para cada profissional é mostrada por especialidades na

tabela XX e figuras de 5 a 9, comparadas em termos percentuais com a meta estabelecida pelo próprio SAMS por orientação do ERSA de Araraquara de 3520 consultas/ano, assegurando como parâmetro 220 dias úteis/ano, obtendo um padrão de 16 consultas/dia/profissional.

O estabelecimento de metas é um exercício que merece reflexão, pois nem sempre podem representar o ideal a ser atingido para o atendimento nos serviços de saúde, desde que são concebidas, muitas vezes, sem levar em consideração a situação de cada realidade e as diferenças existentes nas diversas especialidades que podem demandar tempos diferentes.

Entretanto, os serviços de saúde têm aceito como um bom desempenho atingir 75 % das metas pré-estabelecidas, independentemente das especialidades, Isto não significa que sempre a qualidade do atendimento foi conseguida, pois às vezes a demanda é grande e há necessidade de uma resposta em torno de uma consulta mais rápida.

A partir dos dados obtidos no SAMS, pode-se elaborar a tabela XX, apresentando o rendimento em percentual do serviço por especialidade médica até o mês de outubro dos anos de 1991 e 1992, com a finalidade de compará-los.

Pode-se verificar que a cardiologia, clínica geral e pediatria mantiveram um percentual similar nos dois anos, embora estejam abaixo das expectativas. A ginecologia também apresenta percentuais similares em ambos os anos, superando as expectativas, o que pode significar um bom desempenho, ou que a demanda desta especialidade esteja reprimida, ou, ainda, que o atendimento não está sendo satisfatório, haja visto que o tempo de permanência na clínica e a observação dos entrevistados, não apenas para esta especialidade, mas de forma geral, é que o tempo de consulta é curto.

Comparando-se os anos de 1991 e 1992, notou-se que houve uma queda no rendimento de oftalmologia, psiquiatria e ortopedia. Ressalte-se que as características dos atendimentos das duas primeiras

especialidades são peculiares e demandam um maior tempo de consulta, mas deve-se considerar ainda que, em Ibitinga, estes dois profissionais tem características de trabalho peculiares, ou seja, o oftalmologista atende apenas uma vez por semana, não atingindo o número previsto de consultas e o psiquiatra atende duas vezes por semana, não atingindo, também, a meta preconizada.

As figuras de 5 a 9 mostram a evolução do número de consultas por especialidades mensalmente nos anos de 1991 e 1992, segundo dados do SAMS. Estes gráficos relatam o que foi anteriormente descrito.

Convém ressaltar que hoje neste município existe um instrumento para controle e acompanhamento do cumprimento das metas para os diversos profissionais, sendo de grande importância e utilidade administrativa, levando-se em conta que, via de regra, não se dá maior atenção para este aspecto.

Para que o instrumento de verificação do rendimento seja adequado ao sistema de saúde, deve ser acompanhado mensalmente. No momento

em que deparar com alguma fragilidade é necessário apontar o erro, fazendo com que a meta estabelecida seja alcançada, antes mesmo de se comprometer a demanda, pois só assim ter-se-á a plena utilização do instrumento quer para corrigir as distorções observadas, quer para redimensionar as metas estabelecidas.

Tabela XX - Rendimento em percentual do instrumento contratado por especialidades do SAMS de Ibitinga, 1991 e 1992(janeiro a outubro) (%).

Especialidade	ANO	
	1991	1992
Cardiologia	53,0	53,0
Clínica geral	52,0	50,0
Dermatologia	29,0	58,0
Ginecologia	75,0	78,0
Oftalmologia	44,0	20,0
Ortopedia	73,0	48,0
Otorrinolaringologia	-	32,0
Pediatria	51,0	55,0
Psiquiatria	24,0	12,0

Fonte: SAMS DE de Ibitinga

7.5. Informatização

O SAMS, desde maio de 1992, está iniciando o processo de informatização de seu sistema. O planejamento das metas e programas deste serviço para o próximo ano estão elaboradas a nível de ERSÁ-19.

7.6. Rede Particular

O município conta com 26 consultórios particulares de diversas especialidades, sendo que alguns serviços são conveniados com a Santa Casa de Caridade.

Santa Casa de Caridade de Ibitinga

Esta Instituição faz parte da Associação das Misericórdias de São Paulo. Foi fundada em 30.09.28 e é composta por uma diretoria de 10 membros, eleitos por uma irmandade de 40 cidadãos, a cada dois anos.

O diretor clínico é eleito pela diretoria e faz o intercâmbio entre esta e o corpo clínico da entidade.

Presta serviços de atendimento ambulatorial e de internação. O atendimento ambulatorial é feito por médico plantonista e funciona, na verdade, como pronto socorro. Muitos casos que poderiam ser atendidos na rede primária são encaminhados à Santa Casa. (por exemplo, a curativos e exames laboratoriais de rotina). Conta com 120 leitos distribuídos entre as clínicas médica, pediátrica, cirúrgica, maternidade e berçário. A maior parte das internações são feitas pelo SUS, no entanto, ao paciente é solicitada uma ajuda financeira para manter a Entidade (informação verbal).

A Santa Casa é uma entidade filantrópica e também mantida pelos convênios com o SUS, IAMSFE/SAMS e particulares.

7.7. Recursos Financeiros

A fonte de recursos financeiros da saúde provém do orçamento do município (aproximadamente 8 %) e do repasse do pagamento do INAMPS, via estado, (aproximadamente 2 % - procedimentos efetuados pelo Município). Neste aspecto, o SAMS tem autonomia parcial pois os recursos municipais ainda não são repassados para este serviço. Os recursos provenientes do Estado são gerenciados pelo próprio SAMS e utilizados na compra de medicamentos e materiais odontológicos.

Através da análise da série histórica da receita e despesas, obtidas no setor financeiro do SAMS, elaborou-se figuras que serão analisadas a seguir:

Todos os valores foram reajustados através do índice Geral de Preços, considerando-se sua variação anual.

Com relação às figuras 10 e 11, mostram evolução comparativa da receita e despesa do município do ano de 1988 a 1992, considerando-se despesas até outubro de 1992. Pode-se

observar que o município apresentou-se deficitário nos anos de 1989, 1990 e 1991.

Tabela XXI - Receita e Despesa em CR\$ e número índice do SAMS, Ibitinga, 1988 a 1992.

Ano	RECEITA		DESPESA	
	CR\$	índice	CR\$ **	índice
1988	620	0,75	561	0,59
1989 *	831	1,00	941	1,00
1990	1385	1,67	1388	1,47
1991	1513	1,82	1539	1,64
1992 (out)	1489	1,80	1292	1,37

* considerando 1989 como ano base

** valor em milhões

Fonte: SAMS, Ibitinga, 1992

Ainda quando observa-se a tabela acima, tomando-se como base o ano de 1989, em virtude da transição de governo, aumenta tanto na receita quanto na despesa, inferindo-se a existência de uma tentativa de amenizar o "déficit" da Prefeitura.

Tabela XXII- Distribuição percentual das despesas do SAMS segundo elementos, Ibitinga, 1991 a 1992.

Ano	1988	1989	1990	1991	* 1992
Elementos					
Vencimentos	53,2	72,7	83,0	73,4	68,5
Materiais de Consumo	26,9	19,5	11,0	15,0	22,4
Serviços de Terceiros	5,0	6,9	5,8	10,2	8,4
Obras e Investimentos	2,1	1,2	-	-	-
Equipamentos	11,9	5,7	0,2	1,3	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* até outubro

Fonte: SAMS de Ibitinga

Quanto à tabela acima e figura 12, observou-se através das despesas, que houve um incremento nos seguintes itens: vencimentos, material de consumo e serviços de terceiros; não houve incremento em obras e equipamentos. É considerado aceitável que vencimentos oscilem de 60 a 80 % e material de consumo esteja dentro de um percentual de 10 a 15 % do total da despesa (em 1988 e 1992 este ítem excede o esperado).

Com relação a inexistência de gastos em obras e equipamentos, pode-se observar na Tabela XXIII que descreve a receita do município, que a partir do ano de 1989, o Município e o Estado deixaram de alocar verbas para capital.

Tabela XXIII - Participação percentual de Estado e Município na receita do SAMS, Ibitinga, 1988 a 1992.

Ano	Estado	Município	Total
1988	86,5	13,5	100,0
1989	42,2	57,8	100,0
1990	35,6	64,4	100,0
1991	36,1	63,9	100,0
1992	31,6	68,4	100,0

Fonte: SAMS de Ibitinga, 1992

Nota-se na tabela acima e na figura 13 a participação do Estado (repasse por pagamento por procedimento da esfera federal) e do Município na composição da receita do SAMS, sendo que o percentual do município passa a ser crescente, observando-se que em 1992 é duas vezes o percentual atribuído ao Estado, pode-se inferir, hipoteticamente que, com a Constituição Federal de 1988 mudanças que conferem maior repasse e maior competência dos municípios, no que concerne o financiamento.

Pode-se sugerir como hipótese o enfoque social da atual administração, investindo em aumento do quadro de funcionários (vencimentos), em detrimento ao investimento em obras e equipamentos, explicando-se, assim, a redução de verbas para estes itens.

A reforma fiscal dos municípios, assim como a mudança de sistemática de repasse de verbas do nível federal podem também ser hipóteses explicativas para as variações observadas ao longo da série histórica apresentada.

8. O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM IBITINGA.

Antes de entrar-se na análise do processo de municipalização de Ibitinga, faz-se necessário um breve esclarecimento sobre os princípios e diretrizes do SUS.

O SUS - Sistema Único de Saúde-é uma proposta política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988, para todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas do governo: federal, estadual e municipal.

A conformação do SUS é regida por princípios doutrinários organizacionais. Dos preceitos doutrinários tem-se a:

Universalidade - A garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão neste sistema que na prática se traduz por acesso do cidadão a todos os serviços públicos de saúde e aos contratados pelo poder público.

Equidade - Assegura ao cidadão ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que o seu caso

requeira, até o limite do que o sistema pode oferecer, sem privilégios e sem preconceitos.

Integralidade - É o enfoque do cidadão com um ser bio-psico-social indivisível, dentro do contexto de sua comunidade, sob as ações integradas de vigilância da sua saúde, promoção, proteção e uma assistência integralizada da saúde.

Dos preceitos organizacionais dos serviços e ações de saúde, tem-se:

Regionalização e hierarquização - Dos serviços em nível de complexidade tecnológica crescente dentro de uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida; onde o acesso desta população se dá através do nível de atenção primária e onde as ações de vigilância à saúde extrapola a atenção ambulatorial e hospitalar, como as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde e outros, dentro de um planejamento de saúde integralizado e embasado num maior conhecimento dos problemas da população referida.

Resolutibilidade - A capacidade de um serviço em enfrentar resolver, dentro do nível de sua competência, um problema de saúde individual e/ou coletivo.

Descentralização - Redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo e a operacionalização destas ações e serviços na esfera do poder municipal - municipalização de saúde.

Participação - a garantia constitucional da participação popular no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, através de sua representação nos Conselhos de Saúde, Conferências de saúde e outros.

Complementariedade do Setor Privado - Garante a liberdade de participação da medicina privada no SUS, em caráter complementar, sujeita às diretrizes e princípios básicos do SUS, com preferência dentre os serviços privados não lucrativos.

A lei orgânica de Ibitinga, na Seção II do art 177, estabelece que:

" A saúde é direito de todos e dever do município."

A seguir far-se-á uma análise do sistema de saúde em Ibitinga, tendo como referencial básico os princípios e diretrizes do SUS.

8.1. Histórico

O processo de municipalização da saúde de Ibitinga iniciou-se em outubro de 1988. Na época, ocorreram encontros de saúde em Ribeirão Preto, onde participaram representantes do INAMPS, Secretaria Estadual da Saúde e Prefeituras de várias cidades, inclusive Ibitinga. Nesta época outros nove municípios da região estavam se municipalizando, inicialmente havia oportunidade para os municípios entrarem ou não no processo, posteriormente acabaram aderindo por pressão do governo estadual.

Na ocasião de entrada no processo, haviam diversas dificuldades, entre elas: repasse de verbas das diferentes instâncias governamentais, problemas salariais, fornecimento de medicamentos inadequados e não planejados, e descrença dos médicos e outros profissionais neste processo.

" De início tínhamos muita insegurança quanto ao repasse de verbas do governo federal e estadual, isto porque o repasse é muito demorado, havendo uma dívida hoje, que só receberíamos daqui 60 a 90 dias, às vezes sem reajuste".

Ao entrar no processo de municipalização, Ibitinga contava com um quadro muito restrito na área da saúde; realizou-se contratação de médicos nas áreas de clínica

médica, obstetrícia e pediatria. Em 1988, o município ampliou seu quadro de recursos humanos, contratando mais nove médicos e cinco dentistas; o número de Unidades de Saúde aumentou e foi criado o serviço autônomo de saúde, descrito anteriormente.

8.2. Financiamento

O Município de Ibitinga, em 1991 aplicou no setor saúde um percentual de 9,26 % do orçamento do Município. Para 1992 foi previsto o correspondente a 8,0 % do orçamento.

A fonte de recursos do setor de saúde é proveniente do município através de arrecadações própria e contribuição do Estado através do Fundo de Participação dos Municípios.

Da esfera federal são repassados recursos através do pagamento por procedimentos e ações de saúde produzidas pelos serviços do município.

8.3. Conselho Municipal de Saúde

Lei Orgânica do Município de Ibitinga, seção II, art 181:

"O Conselho Municipal de Saúde que terá sua composição, organização e competência fixados em lei garante a

participação de representante da comunidade, em especial dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área da saúde, além do Poder Público na elaboração e controle das políticas de saúde, bem como na formulação, fiscalização e acompanhamento do Sistema Único de Saúde".

Criado na atual gestão, o Conselho Municipal de Ibitinga, tem 14 membros, os quais foram indicados pelo Prefeito e são representativos de várias entidades. Realizam reuniões sem periodicidade definida. É composto por:

- representante do Sindicato de Bordadeiros
- representante da Indústria dos Produtores de Bordado
- representante do Sindicato de Trabalhadores Rurais
- representante do Sindicato Patronal Rural
- representante do Centro de Saúde
- representante da Santa Casa
- representante dos Laboratórios (prestadores de serviços)

O Conselho existe, porém, na prática, ainda não desenvolve discussões e ações dentro do serviço de saúde. As reuniões acontecem por convocação e o comparecimento é sempre pequeno. Não há participação dos trabalhadores de forma organizada para que se faça representativo as pessoas indicadas.

8.4. Diretrizes e princípios do SUS em Ibitinga

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela nova Constituição Federal estão os fundamentos da transformação do sistema de saúde; neste sentido o Município de Ibitinga deu início a este processo. Com a municipalização houve reestruturação dos serviços de saúde, com a criação de postos de saúde e incremento de recursos humanos.

Houve interesse de garantir o princípio de integralidade nas ações dos serviços de saúde, tentando ampliar as ações preventivas, que até então estavam centradas no modelo curativo, iniciando-se através da área odontológica.

Quanto à universalização, tem-se tentado garantir a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.

Em relação ao princípio de descentralização, houve avanço em algumas decisões, em relação às diferentes instâncias de governo, ficando para o município as decisões referentes à questão da contratação de funcionários, planejamento, organização, controle de serviços de saúde, ampliação de equipamentos.

Houve tentativa de organizar os serviços de saúde dentro de um sistema de referência e contra-referência (hierarquização), contando com o CS-II como referência para atenção secundária, e os postos de assistência médica para atendimento primário, sendo que a população utiliza-os indiferentemente. Do mesmo modo em relação ao Pronto Socorro da cidade.

Nos casos em que o serviço prestado pela Santa Casa não apresenta resolubilidade, utilizam como referência terciária alguns municípios da região, sem garantia da contra-referência.

Para ilustrar como se dá na prática os princípios e diretrizes do SUS, serão apresentados o desenvolvimento do atendimento a dois pacientes nos serviços de saúde de Ibitinga.

CASO CLÍNICO No. 1

Paciente do sexo feminino, 30 anos, residente no bairro de Santo André e aguardando consulta com o pediatra no CS-II de Ibitinga.

Chegou ao CS-II por volta das 10 horas, após cerca de 30 minutos de caminhada à pé, para passar em consulta pediátrica com três crianças: duas com febre e dor de

garganta e uma com problemas de pele. Não conseguiu as consultas neste primeiro momento. Retornou em torno das 12,00 horas para tentar ser atendida novamente. Desta vez as duas crianças com problemas de garganta seriam atendidas, pois completariam o número máximo de consultas por família por dia. Para marcar estas consultas aguarda-se na fila da recepção, sendo os primeiros, por ordem de chegada. Solicitou-se os cartões de matrícula. São matriculados todos os residentes em Ibitinga que recorrem ao CS e, a partir da primeira consulta, em qualquer outro atendimento, devem estar acompanhados deste documento.

A mãe é bordadeira no próprio domicílio, tendo perdido o dia de trabalho, bem como as crianças perderam as aulas.

Aguardam o médico até 14,00 horas. Quando este chegou, todos os pacientes foram colocados em fila à porta do consultório, em ordem de chamada, com os respectivos prontuários na mão. Ficaram em terceiro lugar. Após aproximadamente 40 minutos foram atendidos pelo médico que examinou e prescreveu antibióticos e sintomáticos para as duas crianças e ainda atendeu a terceira com problema de pele, esclarecendo a mãe sobre a inexistência de tratamento para o vitiligo. A mãe ficou satisfeita com o atendimento. Ao sair do consultório foi à farmácia do próprio CS onde recebeu todos os medicamentos prescritos.

Neste caso, ressalta-se o grau de resolutibilidade tanto da atenção médica, na forma da satisfação materna, quanto do próprio serviço de saúde que se achava em condições de fornecer os medicamentos prescritos, considerando que hoje é frequente a impossibilidade de se comprar remédios, em vista de seu encarecimento e do empobrecimento da população.

Por outro lado, no que concerne ao acesso aos serviços de saúde percebe-se uma certa dificuldade numa situação de caráter claramente emergencial. E não somente uma dificuldade de acesso físico ao centro de saúde, mas de acesso funcional através da restrição da demanda no primeiro momento da procura ao atendimento, como exigência do cartão de matrícula no segundo. Dentro dos princípios preconizados pelo SUS, de universalidade e equidade que preceitua um atendimento que responda cada problema segundo seu nível de complexidade e até "o limite que o sistema pode oferecer a todos", coloca-se no concreto da operacionalização destes conceitos uma necessidade de se analisar como se processa o acesso funcional dentro dos serviços de saúde. Incluindo aqui, também, a parcela da população que, independentemente de suas causas específicas, sequer frequenta ou frequentou qualquer serviço público; uma população marginal que exige uma abordagem "in loco", uma saída de campo de equipe de saúde e portanto, uma nova postura de vigilância à saúde

"extra- muros" à instituição responsável. Como sugestão, através de um levantamento das dificuldades por que passam os pacientes dentro do sistema da saúde, com suas prioridades, pode-se pensar em mecanismos internos que diminuam os obstáculos existentes. No caso do cartão, incluir no processo de informatização, iniciado em maio deste ano uma maneira de levantar prontuários apenas através do nome do paciente.

Extrapolando um pouco este caso clínico, dentro da ação de integralidade, caracterizando-se a consulta eventual como a consulta do dia, de caráter emergencial ou não, que objetiva dar uma resposta ao problema presente da pessoa que recorre ao serviço e complementada por outras ações. Mas, integralidade numa ação de vigilância à saúde nem sempre compreende outras ações concentradas num único momento como na consulta eventual. Ou seja, neste exemplo, de consulta pediátrica, de caráter eventual, não se aplica desenvolver toda uma ação programática de vigilância à saúde da criança, como sua cobertura vacinal, avaliação nutricional etc. Por outro lado inclui uma rápida orientação à mãe sobre os demais cuidados em relação à saúde da criança e como alcançá-lo dentro dos serviços disponíveis no centro de saúde, sob a forma de programas e consultas agendadas, o que não constatou-se em qualquer momento na rede municipal de saúde de Ibitinga.

CASO CLÍNICO No. 2

Paciente do sexo feminino, 19 anos, residente em Vila Izolina, aguardando para fazer o exame papanicolau no CS de Ibitinga.

Há mais ou menos um mês atrás recorreu ao CS com queixa de dor de barriga intensa. Como estava passando muito mal no dia, a cunhada veio marcar a consulta, aguardando na fila às 7,00 horas e tendo conseguido para a paciente às 8,30 horas do mesmo dia e avisando-a por telefone. Deslocou-se até o CS de ônibus circular.

A paciente foi a 12ª pessoa atendida pelo médico neste dia; a consulta durou 30 a 40 minutos. Foi solicitada ultrassonografia em receituário do serviço.

Às 14,00 horas do mesmo dia foi a consultório particular do médico que a atendeu no CS onde fez o ultrassom tendo sido diagnosticado cisto do ovário esquerdo e encaminhado o mesmo para internação na Santa Casa. Pagou CR\$ 150.000,00 pela consulta e CR\$ 45.000,00 pelo exame.

A internação e a cirurgia na Santa Casa foi feita por um formulário recebido após esta segunda consulta e, no mesmo dia, sendo os custos pagos pelo SUS. Permaneceu mais

ou menos três dias internada no pós-cirúrgico numa enfermaria com mais de cinco pacientes. Achou excelente o período em que lá permaneceu.

Há aproximadamente três dias atrás teve um segundo episódio de dor abdominal. Veio pessoalmente para conseguir uma consulta, tendo chegado às 6,50 horas no CS. Não havia mais fichas para consulta, segundo informação da recepcionista, uma vez que as 16 consultas do dia já estavam preenchidas. Resolveu esperar. Posteriormente, conversando com o mesmo médico que a operou, conseguiu ser atendida. Ao fim da consulta foi à Santa Casa marcar os exames laboratoriais solicitados pelo médico em formulários próprios, enquanto o papanicolau pedido em seu prontuário é agendado. Por motivos pessoais não pode comparecer na primeira data, desmarcando-a por telefone e sendo agendada para hoje às 10,00horas, diretamente com a pessoa responsável pelo exame. Chegara ao CS por volta de 30 minutos atrás e aguarda sua vez, sendo a segunda pela ordem de chegada. É a primeira vez que faz este exame e o médico, por solicitação dela, explicou-lhe como seria o procedimento. O exame ocorreu às 11,30 e foi tranquilo.

Neste caso observam-se dois fatos em que se faz necessário comentar. O primeiro está relacionado com a existência de um PAS em Vila Izolina e no entanto, a paciente deslocou-se até o CS-II. Existe dentro da proposta

dedescentralização e hierarquização dos serviços de saúde municipal uma ênfase no atendimento generalista a nível de PAS do bairro e uma referência e contra-referência com o CS para atendimento especializado, que na realidade caracteriza-se mais como uma desconcentração destes serviços. Coloca-se então a pergunta: Por que a paciente procurou apenas o CS ? Acrescente-se a este fato que se observou durante o desenvolvimento do trabalho de campo, uma procura primordial por parte da população para a solução de seus problemas de saúde sempre o CS-II. Concomitantemente ao questionamento procura-se a causa ou causas relacionadas a esta frequência na procura do CS. Os motivos foram vários: por existir uma expectativa do paciente quanto ao seu problema de saúde necessitar mais do que uma prescrição médica com exames subsidiários e não existindo ainda recursos para tal nos PAS dos bairros; por preferência pessoal em passar por um determinado médico que atende no CS; por não apresentar continuidade, o atendimento nos postos dos bairros quando médicos generalistas (clínico, pediatra ou ginecologista) são contratados por meio período, ou nas férias destes, por desconhecimento de como funciona o posto; por desconhecer a existência destes, etc..

O segundo fato acha-se relacionado a uma confusão entre o que é da competência e do âmbito público e privado. E neste sentido, a legislação especifica que a medicina privada é livre para participar do SUS e que tal

participação pode ser de forma complementar e inserida nos princípios e diretrizes do mesmo. Acresce que a Constituição Estadual regulamenta o caráter gratuito do atendimento na rede de serviços de saúde. Aqui também vale estender uma ressalva à dificuldade de se fazer uma distinção no papel de um médico que atua no serviço público e no seu consultório particular, em vista do aspecto próprio que assume a saúde no município de Ibitinga, onde os mesmos médicos são contratados pela rede de serviços de saúde municipal e atendem em seus consultórios particulares uma mesma população. O público e o privado se confundem num mesmo personagem - o médico que se acha em conflito interno de interesses. Também perante os demais atores, como outros servidores de saúde e a população, sem distinguir o que é uma ação de serviços de saúde pública e particular.

9. A QUESTÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM IBITINGA

De acordo com a escolha do problema, destacou-se a Participação Popular das diretrizes da municipalização, para aprofundamento nesta discussão, porque:

- a questão da participação popular tem surgido frequentemente nos programas governamentais, porém não são abertos;

- apresentam canais que possibilitem uma real participação da população nas instituições e no governo;
- a participação da população é direito garantido constitucionalmente.

Este trabalho objetiva verificar de que forma a população ibitinguense participa no processo decisório das políticas de saúde ali estabelecidas.

Para isto, discorrer-se-á brevemente sobre diferentes formas e concepções de participação. A análise deve ser alicerçada nos resultados da pesquisa aplicada junto à população de diversos bairros de Ibitinga.

9.1. Algumas formas de participação popular

Dentre as formas de participação, podemos citar:

- a. - Participação simbólica quando a população é convocada a ser parte de associações, partidos ou outras formas de organização legitimadas pelo Estado, tais como cooperativas, sindicatos. Esse tipo de participação dá-se simplesmente como inclusão, sem que o sujeito tome

qualquer parte, ativa ou receptiva, na associação, organização etc.

b. - Participação receptiva : refere-se ao fato de alguém ou grupo social receber um serviço do Estado; como um certo número de pessoas vai regularmente ao posto de saúde, receber atenção médica.

c. - Participação ativa : quando a população toma parte em uma ação ou conjunto de atividades decisivas e propostas pelo Estado. Por exemplo, quando se diz que a população, através de um mutirão constrói um posto de saúde.

d. - Participação Real : identifica-se com as reivindicações da população para assumir parte das decisões sociais.

9.2. As diversas propostas de participação popular

9.2.1 - Participação como integração social

Algumas propostas oferecem à participação social uma visão dicotômica, simplista e, ao mesmo tempo, relevante por atribuírem à participação o poder de induzir uma determinada parcela da população a superar o subdesenvolvimento ou a "marginalização" em que vivem, através de sua integração no processo de desenvolvimento.

Nessa aceção, está presente a idéia da existência de grupos marginais na sociedade.

Esses grupos caracterizam-se a partir dos limites de sua participação no sistema social, que é restrita aos níveis sócio-econômicos, em confronto com outros grupos da mesma sociedade aos quais se vinculam. A localização e os limites ecológicos e sociais destes grupos marginais no sistema também os caracterizam, assim como a sua capacidade para participar ou para superar por si mesmos os limites de sua marginalidade.

Considera-se que entre desenvolvimento e marginalidade não há antagonismo, pois o desenvolvimento gera desequilíbrio, tanto sociais como econômicos, e os grupos que detêm o poder de decisão estão apoiados na existência de grupos marginais. A efetivação do desenvolvimento opera-se, também, a partir da integração desses grupos, porque eles são componentes da própria circunstância que os marginaliza. Todavia esses grupos não estão à margem do sistema social, mas tem uma maneira própria de pertencer ao mesmo, não somente por seus limites de participação social, mas também pelo seu posicionamento em relação ao desenvolvimento proposto e à estrutura básica da sociedade.

Dentro da perspectiva de integração social o homem é concebido como egoísta, isolado, que precisa ser educado, orientado para viver em sociedade.

A sociedade é vista como um todo harmônico, estável e sistêmico, sendo a socialização necessária para a constituição e manutenção dos sistemas sociais em forma de sociedade. Há uma interdependência entre os indivíduos e

o sistema: o sistema concede ao indivíduo uma série de benefícios; tornando-se dependente dele, assim, o indivíduo obriga-se a aceitar as imposições do sistema, garantindo a harmonia e o equilíbrio do todo.

As práticas desenvolvidas dentro dessa visão de mundo ativam o desenvolvimento econômico, abrindo canais de participação social, rompendo padrões tradicionais para inserir o moderno, mediante a mobilização social dos carentes, considerados marginais, orientando e dirigindo suas reivindicações para os centros decisórios, localizados inclusive nas instituições.

A participação social desses grupos é definida em função de um modelo ideal de sociedade, cujo desenvolvimento se dá por etapas superpostas, evidenciando-se que as possibilidades de integração dos indivíduos à sociedade ocorrem naturalmente, a partir de programações dos grupos sociais e para esses grupos, atendendo interesses diversos.

A participação social a nível dessa concepção de mundo desenvolve-se, tendo em vista

garantir a adesão da população aos programas governamentais na área do desenvolvimento social.

9.2.2 - Participação social como processo

Dentro desta perspectiva, a participação social e a integração não são exteriores às estruturas da sociedade e não estão situadas no plano genérico e indeterminado, mas são inerentes a processos sociais globais e configuram-se a partir de situações histórico-sociais concretas, originadas pelo homem, em uma dada sociedade, num processo de relações sociais que os determinam. A participação social, portanto, é contínua e inerente ao momento histórico de uma sociedade na qual se objetiva.

Essa aceção compreende a participação social como processo que privilegia a noção de estrutura econômica, política e ideológica nas formações sociais concretas, procurando nas diversas etapas históricas as causas que geram a marginalidade e a participação.

Nessa perspectiva o homem não é concebido como indivíduo limitado à sua individualidade. O indivíduo está em relação com outros e com a natureza. O indivíduo passa a relacionar-se com outros, sempre através de organismos de sociedades, das mais amplas às mais complexas.

A complexidade desse processo leva-os ainda a aceitar a afirmação de que não basta conhecer o conteúdo do conjunto de relações que se realizam. É necessário também conhecer as suas formações, considerando que cada indivíduo não é apenas a síntese das relações existentes, mas também da história dessas relações; é o resumo de todo o passado.

9.3. Participação Popular em Ibitinga

Partindo-se dos resultados da pesquisa aplicada junto à população do município, pode-se constatar que não há uma participação real da população, o que evidencia a inexistência de participação da população no processo decisório.

A administração reconhece o Conselho Municipal de Saúde como órgão consultivo e não deliberativo e não

demonstra em suas ações, vontade política para a abertura de canais que agilizem ou propiciem a organização da população para poder se fazer representar de fato.

A população desta cidade ainda participa de forma receptiva e similar. Estes modos de participação apontam para uma visão de integração social onde a população participa sem interferir nos mecanismos de controle sociais, mantendo assim, as estruturas de relações políticas, econômicas e sociais existentes.

Observou-se na representatividade da classe trabalhadora que as relações entre dirigentes ou líderes sindicais e associados também se dá verticalmente e de forma individualizada, na maioria das vezes, não havendo coesão de interesses comuns.

Ressalta-se, porém, que uma minoria de líderes e políticos entrevistados demonstraram vontade política no tocante ao desenvolvimento de ações educativas que apontem para uma maior participação popular.

10. RESULTADOS E ANÁLISE

10.1. Resultados Item II (anexo I) -
Municipalização (questões abertas).

Através da leitura e interpretação dos formulários aplicados a domiciliários e funcionários, obteve-se os resultados que se seguem, relacionados com utilização do serviço público, resolutividade das ações, sugestões de melhorias no serviço, principais problemas de saúde da região, sugestões de resolução destes problemas e principais problemas na comunidade, descritos no quadro I:

Quadro I - Resultados das questões abertas formuladas à comunidade e funcionários, Ibitinga, 1992.

a) motivos de não uso do serviço de saúde	
opinião	nº
utiliza serviço privado	5
demora na marcação da consulta	1
atendimento ruim	1
ausência de atendimento especializado	1
excesso de burocracia	1
são atendidos em outras regiões	1
não ficou doente	1
total	11

b) resolutividade do serviço	
opinião	nº
resolve no local	29
quando encaminha para exames	19
não resolve	10
encaminhamento a particular	1
pagamento de exames	1
consulta demorada	1
tomar vacina	1
total	62

c) sugestões de melhoria do serviço de saúde	
opinião	nº
aumento na contratação de serviços médicos	11
aumento no fornecimento de medicamentos	9
aumento no número de especialistas	6
aumento na duração das consultas e o funcionamento do serviço	4
melhoria do acesso ao serviço (agendamento)	3
aumento no fornecimento de equipamentos	2
total	35

d) mudanças sentidas no serviço público de saúde	
opinião	nº
melhoria no atendimento	21
aumento do número de médicos atendendo	12
aumento do fornecimento de medicamentos	5
melhorou com os postos	3
não sentiu mudanças	3
piorou "atendimento muito rápido"	1
total	45

e) principais problemas da região	
opinião	nº
falta de saneamento básico	11
gripe (problemas respiratórios)	10
falta de médicos	9
desnutrição	6
picadas de insetos	6
verminose	5
hipertensão	5
lixo	4
pobreza	4
recursos financeiros na saúde	2
não sabe	2
total	64

f) sugestão de resolução dos problemas da região	
opinião	nº
não opinou	21
melhoria da rede de esgoto	14
não sabe	9
aumento do número de médicos	8
aumento dos medicamentos	4
melhoria da condição de higiene	4
reciclagem de recursos humanos	4
total	64

g) principais problemas da comunidade	
opinião	nº
vigilância sanitária	31
saneamento básico	25
ausência de médicos (gerais e especialistas)	23
asfalto e transporte	30
marginalidade	15
falta de creches	11
coleta e destino final do lixo	10
desemprego	9
outros	15
total	169

10.2. Análise ítem II (anexo I) - Municipalização

Analisando os conceitos de municipalização, em vista das respostas obtidas nos formulários (ítem II, anexo I), pode-se notar, quanto à hierarquização das ações e dos serviços de saúde que os funcionários utilizam o serviço particular como referência, ou seja, muitos casos foram encaminhados a este serviço. E não se garantindo referência e contra-referência, quando da necessidade de utilização de ações municipalizadas (exames de laboratório, encaminhamento a serviços especializados, etc.).

O acesso ao serviço público está dificultado em virtude da organização deficitária deste. Em alguns relatos os principais problemas de acesso estavam relacionados à demora na marcação das consultas, burocracia exagerada, etc.. A acessibilidade é garantida e preconizada pelo SUS e a municipalização prevê sua existência e, quando relacionadas à descentralização das ações e dos serviços julga-se que a

porta de entrada no atendimento primário se dê com acesso aos serviços de menor complexidade. Em Ibitinga pode-se notar que a população busca utilizar o serviço indiferenciadamente, no que se refere à atenção primária ou terciária; busca o médico que lhe convém, aumentando exageradamente a demanda em certos equipamentos. O serviço particular de saúde de Ibitinga tem uma procura difusa, não sendo estabelecido claramente o que faz, em que nível e onde, não sendo obedecidas as condições definidas pela Constituição Federal, no que se refere à complementariedade do setor privado.

O critério de regionalização preconiza o conhecimento da área de abrangência e de influência do serviço de saúde, no entanto, quando se responde "procuro outra região" e "falta mais médicos especialistas", pode-se sugerir que a demanda sentida não encontra resposta satisfatória na busca ou solução aos problemas, por isso volta-se a resolvê-los em outras áreas.

Considerando-se as respostas destas questões como sendo provenientes de diversas áreas do município, percebe-se que existem problemas e queixas comuns. Partindo dessa observação e do enfoque de ações integradas de vigilância à saúde, não se pode perceber com clareza as diretrizes políticas de prioridades no município. No atendimento no serviço de saúde, as ações de vigilância à saúde se fazem

por meio de programas, não sendo claro este item nos serviços de Ibitinga, existindo neste, principalmente ações de atenção imediata (eventual).

As sugestões abordadas identificam críticas ao serviço de saúde com visão curativa nas propostas, preocupando-se em dar respostas a doenças e solicitando mais médicos e medicamentos, refletindo a prática tradicional dos serviços de saúde que oferecem atendimento parcial e não integral, no referente à saúde do indivíduo, se restringindo ao atendimento curativo. Os questionamentos demonstram que estão cientes do tipo de atendimento médico destinado às consultas, ao apontarem a necessidade de mudanças de atitudes por parte dos profissionais médicos no que, por exemplo, concerne ao tempo de consulta, identificando certo grau de criticidade aos serviços de saúde.

Não associam questões referentes ao saneamento básico, vigilância epidemiológica, controle de vetores, aos equipamentos de saúde pública, mas apontam-os como problemas de saúde, uma vez que estes foram sempre destinados à resolutividade no nível central, demonstrando, portanto, pouco avanço na municipalização. Ou seja, através da análise da descentralização, entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, ainda se demonstra falta de reforço de poder municipal sobre a saúde.

Em relação aos altos números de citações "não sei", indicam a falta de um esquema incorporado no imaginário, em relação à representação social da saúde. Ou seja, estes dados fornecem resultados para se dizer que não há elementos incorporados nestas pessoas que as levam a uma reflexão apropriada sobre saúde e, muito menos, em utilizá-la para se organizar e reivindicar.

10.3. Resultados e Análise - ítem III (anexo I)

Participação popular

Buscou-se apreender as formas de organização existentes em Ibitinga, tendo em vista a importância da participação da população no controle social do SUS e no processo de democratização das relações, através de :

- a) entrevistas dirigidas à população (anexo, parte III); e
- b) entrevistas dirigidas aos representantes dos sindicatos, autoridades, igreja etc.

Nas entrevistas dirigidas à população (total de 60), objetivou-se apreender a representação da saúde da população, seu grau de organização, se integrante de um grupo, bem como sua interação constante neste assunto.

10.3.1 - Representação de saúde da população

A representação de saúde por parte da população associa-se a :

. Estado de equilíbrio: viver bem, ter paz, tranqüilidade, disposição etc.

As respostas coletadas demonstram que os indivíduos fazem uma associação com o meio, mas não interagem com o mesmo, por exemplo, viver bem onde ?, como ? (29 respostas)

. Qualidade de vida : os entrevistados relacionam a saúde a qualidade de vida (morar bem, comer bem, ter trabalho, dinheiro etc.). Não são referenciados. A qualidade de vida não passa pela análise do sujeito, mas sim do expectador. (18 respostas)

. Ausência de doença: está relacionada a concepção de saúde ligada a doença. o indivíduo só tem saúde quando não tem doença; se tiver uma doença recebe tratamento. (14 respostas)

. Higiene: centraliza a saúde como responsabilidade individual, ("tem-se que ter limpeza, ser limpo, ter higiene") descontextualizada do sistema ao qual está inserido. Essa concepção de saúde tende a assumir a doença como responsabilidade

peçoal, sem interferência da estrutura. (9 respostas)

10.3.2 - Grau de organização se integrante de um grupo

Em torno dos problemas relatados pela população e já mencionada anteriormente, as formas de organização relatadas pela população são bastante rudimentares, onde predominam as ações individuais sobre as coletivas e quando estas ocorrem são orientadas para trabalhos temporários concretos (alfalto, calçamento etc.).

10.3.3 - Interação constante

Devido as formas de organização coletiva terem caráter temporário, quando as tarefas são realizadas a organização dissolve-se, pois não há um elemento de coesão permanente. O paternalismo predominante na população local contribue para a manutenção das formas isoladas de organização. A população busca solução para problemas incidentes de forma predominantemente individualistas, através de denúncias, ou recorrendo a determinadas

pessoas com melhor poder aquisitivo ou político, que prestam auxílio imediato, o que evidencia a existência de clientelismo na região.

10.4. Entrevistas dirigidas aos representantes dos sindicatos, autoridades e igreja.

Realizaram-se 10 entrevistas, objetivando apreender dos entrevistados, a representação de saúde, a percepção de mudanças no serviço de saúde, os principais problemas da região, grau de participação nas decisões, enquanto cidadão, conhecimentos acerca do processo de municipalização e representação sobre participação popular.

10.4.1 - Representação de saúde

Obteve-se 6 respostas associadas a estado de equilíbrio, 3 a qualidade de vida e 1 a higiene. Por essa resposta, percebe-se que a representação de saúde das lideranças e autoridades não difere da representação da maioria da população, associando esta, predominantemente a um estado de equilíbrio.

10.4.2 - Percepção de mudanças nos serviços públicos de saúde

A maioria dos entrevistados (nove em 10) relata ter percebido mudanças no serviço de saúde, dentre os quais 8 responderam que houve melhoria quando ao acesso. Explorando as falas dos entrevistados, constatou-se que as mudanças percebidas são posteriores ao processo de municipalização, quando houve um aumento em recursos humanos e descentralização de alguns serviços.

10.4.3 - Problemas da região

Mencionou-se, nas entrevistas, os seguintes problemas relacionados à região:

- saneamento básico
- falta de planejamento e recursos financeiros
- falta de infraestrutura
- falta de sanitários públicos
- falta de fiscalização
- necessidade de faculdade
- loteamentos irregulares
- construção de cozinha piloto

- necessidade de escolas comunitárias
- qualidade de ensino
- necessidade de programas de assistência à população
- reforma de postos de saúde
- participação da iniciativa privada
- ampliação da rede hospitalar
- merenda escolar

Os problemas relatados referem-se às áreas de educação, saúde, habitação, infra-estrutura e administração, as quais são prioritárias na municipalização

10.4.4 - Participação das decisões enquanto cidadão

Neste item houve 100 % das respostas negativas à participação às decisões do município.

10.4.5 - Conhecimento do processo de Municipalização

Percebeu-se que parte dos entrevistados não tem visão clara sobre o conceito de municipalização, mas ressaltam mudanças

ocorridas em função desta, de uma forma positiva. Algumas respostas foram resumidas no seguinte:

- descentralização das decisões a nível municipal
- atenção maior à área da saúde
- melhorou o acesso
- autonomia sobre os problemas
- diversificação das áreas
- melhorou o quadro de médicos.

10.4.6 - Representação sobre Participação Popular

Para não perder a riqueza das falas, analisou-se este item na íntegra:

- "a participação popular ocorre se houver estímulo, se houver trabalho, um programa de informação para fazer reivindicações, ocorreria a participação popular".
- " O pessoal de Ibitinga não é assim passivo, falta incentivo e investimento nessa área".
- "Deveria haver um plano para participação da população, em programa que informasse e levasse a realidade e, em contra-partida,

pedir participação, pedir opinião para saber se algo poderia ser mudado".

- "A participação popular é neutra em Ibitinga. A euforia do bordado leva a uma vida individualista, mas não descarta a possibilidade de um trabalho de conscientização. A política da cidade não permite a participação popular".

- "Há necessidade de educação em saúde para a população; explicar sobre o funcionamento do sistema. É preciso participação popular, como por exemplo comissão de bairro, associação de bairro; uma ligação maior entre a população e a administração municipal. Há grande necessidade de informar a Saúde sobre as mudanças que estão ocorrendo nos bairros. É preciso democratizar toda a informação sobre o sistema de saúde, através de panfletos, desenvolvendo um marketing específico, campanha de rádio etc."

A participação popular em Ibitinga não é efetiva, segundo os entrevistados, por falta de informação, orientação e estímulos dos órgãos competentes. Discorrem sobre sua importância e necessidade e fazer sugestões para a sua real efetivação.

11 . CONCLUSÃO

Através das entrevistas realizadas à população, funcionários públicos, autoridades, lideranças, em relação aos aspectos do processo de municipalização dos serviços de saúde, o movimento de reforma sanitária dentro dos princípios de universalidade, integralidade, equidade na assistência aliados à estratégia de descentralização, hierarquização e participação popular no Município de Ibitinga, está sendo dificultado para sua implantação, pois isto requer um processo de luta inter e intrainstitucional.

O processo de mudança política na saúde deste município faz parte de um processo geral das lutas pela democratização da sociedade e, ainda não conta com a participação das forças populares por falta de esclarecimentos, incentivos e principalmente vontade política dos dirigentes.

Observou-se que neste município houve ação no sentido de uma melhoria quanto ao acesso da população aos serviços de saúde, voltados à ação exclusivamente curativa, não existindo um programa de prevenção e controle dos principais agravos à saúde da região. Notou-se também uma

carência de recursos financeiros materiais e humanos, em relação à demanda.

A saúde a nível hospitalar constitui um grande desafio do plano assistencial individualizado e à manutenção de um processo de supervisão dos profissionais, de forma a torná-lo educativo não controlador.

Quanto ao aspecto de participação popular real, observou-se não existir uma representatividade da população no processo decisório. As formas de participação dignosticadas evidenciaram modos rudimentares mais próximos à participação receptiva e similar. Estes modos de participação apontam para uma visão de integração social onde a população participa sem interferir nos mecanismos de controles sociais, mantendo, assim, as estruturas de relações políticas, sociais e econômicas existentes.

Observou-se na representatividade das classes trabalhadoras que as relações entre dirigentes ou líderes sindicais e associados também se dá verticalmente e de forma individualizada, na maioria das vezes não havendo coesão de interesses comuns. Ressalte-se, porém, uma minoria de líderes e políticos entrevistados que demonstraram vontade política no tocante ao desenvolvimento de ações educativas que apontem para uma maior participação popular.

O objetivo de provocar uma reflexão sobre as questões colocadas pela reforma sanitária, para ser concluída, depende de como se encaminhará a própria reforma sanitária, como um projeto que alimenta a retórica política ou um projeto de ação política que interessa ao processo de construção da cidadania social do país.

A partir das conclusões que demonstraram uma pequena apreensão dos conceitos do SUS por parte dos trabalhadores de saúde, sugere-se que seja estruturado um espaço de discussão coordenado pela equipe técnica do CS-II, tendo como subsídio teórico as diretrizes e os princípios do SUS. Que esta discussão seja levada à população, buscando assim, identificar e organizar a comunidade em torno de problemas comuns para que a mesma participe e efetue concretamente seu papel no controle social.

12 . PROPOSTAS

A partir do exposto, propõe-se a criação do conselho gestor do SAMS, composto proporcionalmente por :25 % dos trabalhadores de saúde, eleitos entre funcionários do PAS e CS-II; 25 % da administração, entre PAS e CS-II; e 50 % da população, membros estes eleitos pelo conselho popular da saúde que pode ser identificado pelos grupos de discussão (usuários) e que irão emergir de cada PAS, buscando todas as formas possíveis de organização nos bairros.

Haja visto que o conselho popular da saúde pode não estar estruturado formalmente, ressalta-se nesse momento, que esse trabalho se dá a longo prazo e, além disso, demanda vontade política dos administradores, dos trabalhadores de saúde e da população organizada.

Propõe-se, ainda, que seja verificada a possibilidade de criação de um Conselho Consultivo na Santa Casa de Caridade, tendo em vista uma série de dificuldades relatadas. Principalmente aquelas relativas a parte de recursos financeiros. Este Conselho Consultivo seria formado pelos diferentes segmentos de funcionários da entidade, dos equipamentos de saúde e da população assistida, pois assim haverá uma descentralização das decisões para a garantia de um melhor funcionamento da mesma.

A definição de estudos que elaborem um perfil de uma área de abrangência de cada equipamento de saúde, levando-se em consideração aspectos sócio-econômicos e culturais, perfil epidemiológico, para o estabelecimento de prioridades e programas se vale como uma proposta de real importância. Cabe ressaltar, pela característica peculiar de Ibitinga, a necessidade de ações ligadas à saúde do trabalhador.

A melhoria de qualificação dos funcionários através de reciclagem e treinamento de temas gerais e específicos, no sentido de ampliar subsídios para reflexões que o levarão a uma maior atuação como agentes transformadores da sua realidade.

13 - BIBLIOGRAFIA

- 1 - BARRROS, SMFF & SILVA,NF Sistemas locais de
saúde-enfermagem Rev. Bras. Enf. Brasilia
43 (1,2,3,4) : 126-30, 1990.
- 2 - BARRROS, SMFF; SILVA, NF & COL. Projeto
política da enfermagem Rev. Bras. Enf.,
Brasilia 45 (2,3): 98-104, 1992.
- 3 - BERQUÓ,ES; SOUZA, JMP; GOTLIEB, SLD
Bioestatística São Paulo, Ed. Pedagógica
e Universitária Ltda., 1981
- 4 - BRASIL Constituição 1988 Constituição:República
Federativa do Brasil Brasília, Senado
Federal, 1988. Seção II "Da Saúde".

- 5 - CAMPOS, GWS Reflexões sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde (texto fornecido pelo curso de especialização em Saúde Pública - USP), 1992.
- 6 - CORDEIRO, H A municipalização da Saúde na estratégia para o sistema único de saúde (texto fornecido pelo curso de especialização em Saúde Pública - USP), 1992.
- 7 - CETESB Relatório da qualidade das águas interiores São Paulo, 1989
- 8 - FARIA, NMX Silos - uma visão da linha de frente do sistema (texto fornecido pelo curso de especialização em Saúde Pública - USP), 1992
- 9 - FUNDAÇÃO SEADE Conjuntura Demográfica 13 out/dez, 1990
- 10 - ----- Anuário estatístico do Estado de São Paulo, 23 1956.
- 11 - IBGE Enciclopédia dos municípios brasileiros São Paulo, 23, 1956

- 18 - MINISTÉRIO DA SAÚDE ABC do SUS
Documento elaborado pelos técnicos da União, dos
Estados e dos Municípios, Brasília, 1990.
- 19 - OLIVEIRA, FB; MEDICINI, AC. Financiamento. A
saúde dos anos noventa: Os serviços federais e a
descentralização (texto fornecido pelo curso de
especialização em Saúde Pública - USP), 1992.
- 20- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Experiência da Participação Popular. Programa
Integrado, 1992.
- 21 - PINTO, UB. Ação educativa através de um
método participativo no setor saúde (texto
fornecido pelo curso de especialização em Saúde
Pública - USP), 1992.
- 22 - Saúde Bucal : Odontologia social
e preventiva Ed. Santos, São Paulo,
1992.
- 23 - SANTANA, JF & GIRARDI, SN Recursos Humanos em
Saúde - reptos atuais - 9a. Conferência Nacional
de Saúde, 1991.

- 24 - SCANDIAN, MNO O conceito de participação social na perspectiva de integração e da transformação social. In : Coletânea de textos sobre desenvolvimento de comunidade CBS/SS-doc. verde 29:5-17,1970.
- 25 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE O que é Conselho Gestor ? São Paulo, 1991.
- 26 - ----- Participação e controle social no Sistema Único de Saúde São Paulo, 1991.
- 27 - ----- Experiências da Participação Popular de São Paulo - Programa Integrado São Paulo, 1992.
- 28 - ----- Participação e controle social do Sistema Único de Saúde São Paulo, 1992.
- 29 - SERVIÇO AUTÔNOMO MUNICIPAL DE SAÚDE Plano municipal de saúde Ibitinga, 1992.
- 30 - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Considerações sobre o processo de municipalização e tuberculose no município de Santos São Paulo

Faculdade de Saúde Pública. Trabalho de Campo Multiprofissional (mimeo), 1991.

31 - ----- aspectos de municipalização da saúde no município de Porto Ferreira São Paulo Faculdade de Saúde Pública. Trabalho de Campo Multiprofissional (mimeo), 1991.

32 - WESTPHAL, MF Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista, 1992 (Tese de livre-docência - Faculdade de Saúde Pública - USP), São Paulo.

14 . FIGURAS

FIGURA 1

PIRAMIDE ETARIA DE IBITINGA ANO 1985

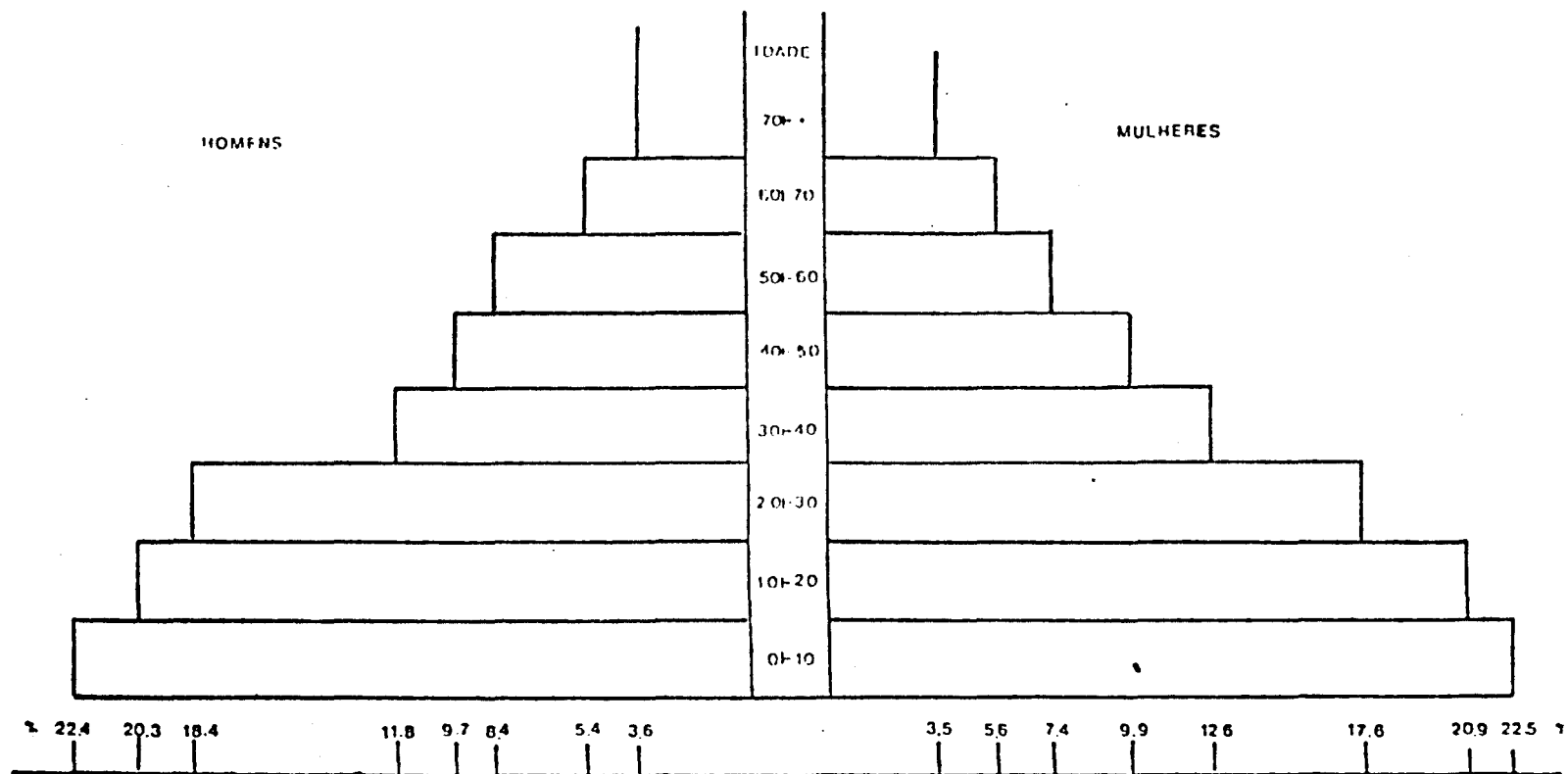
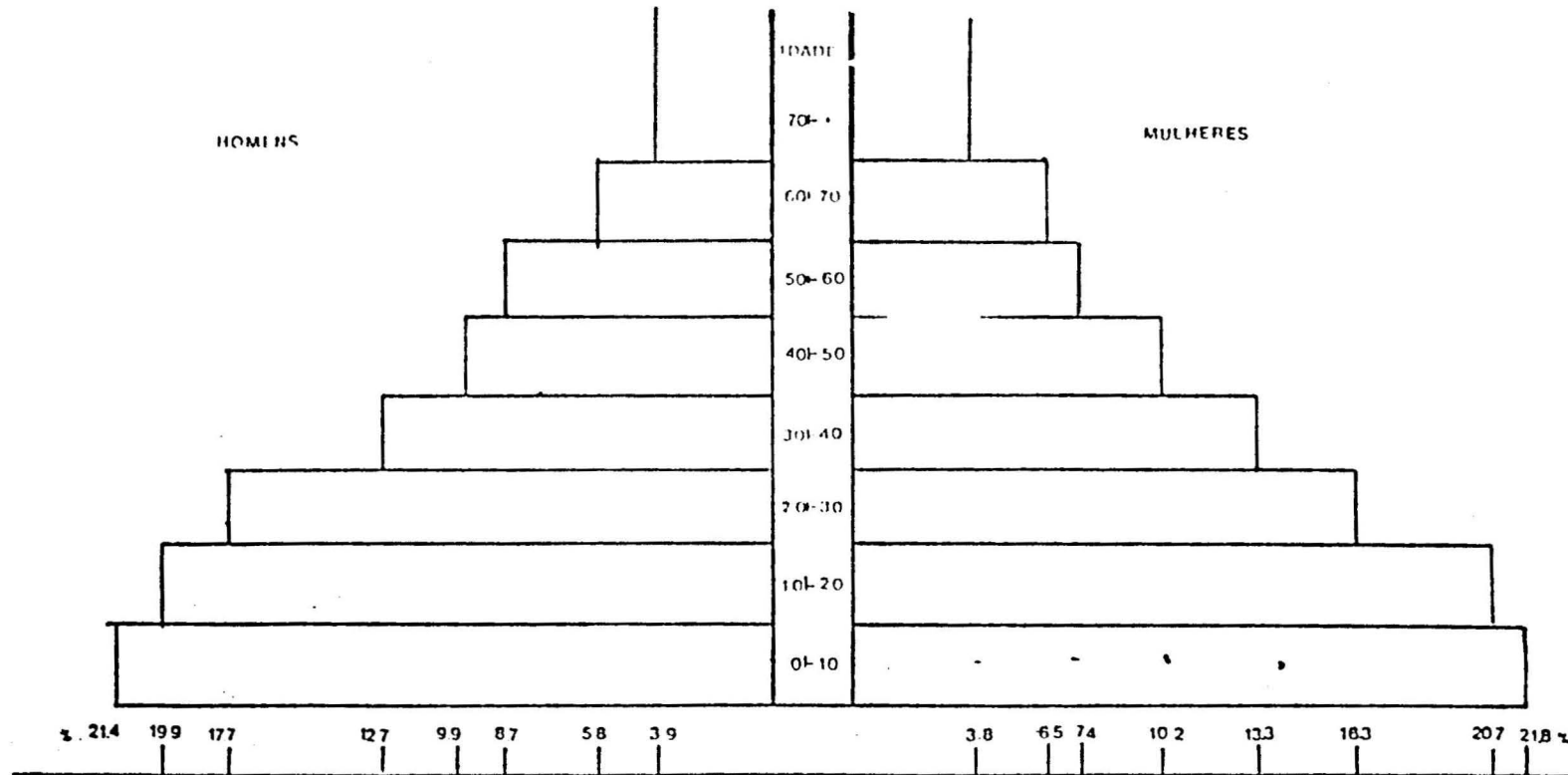


FIGURA 2

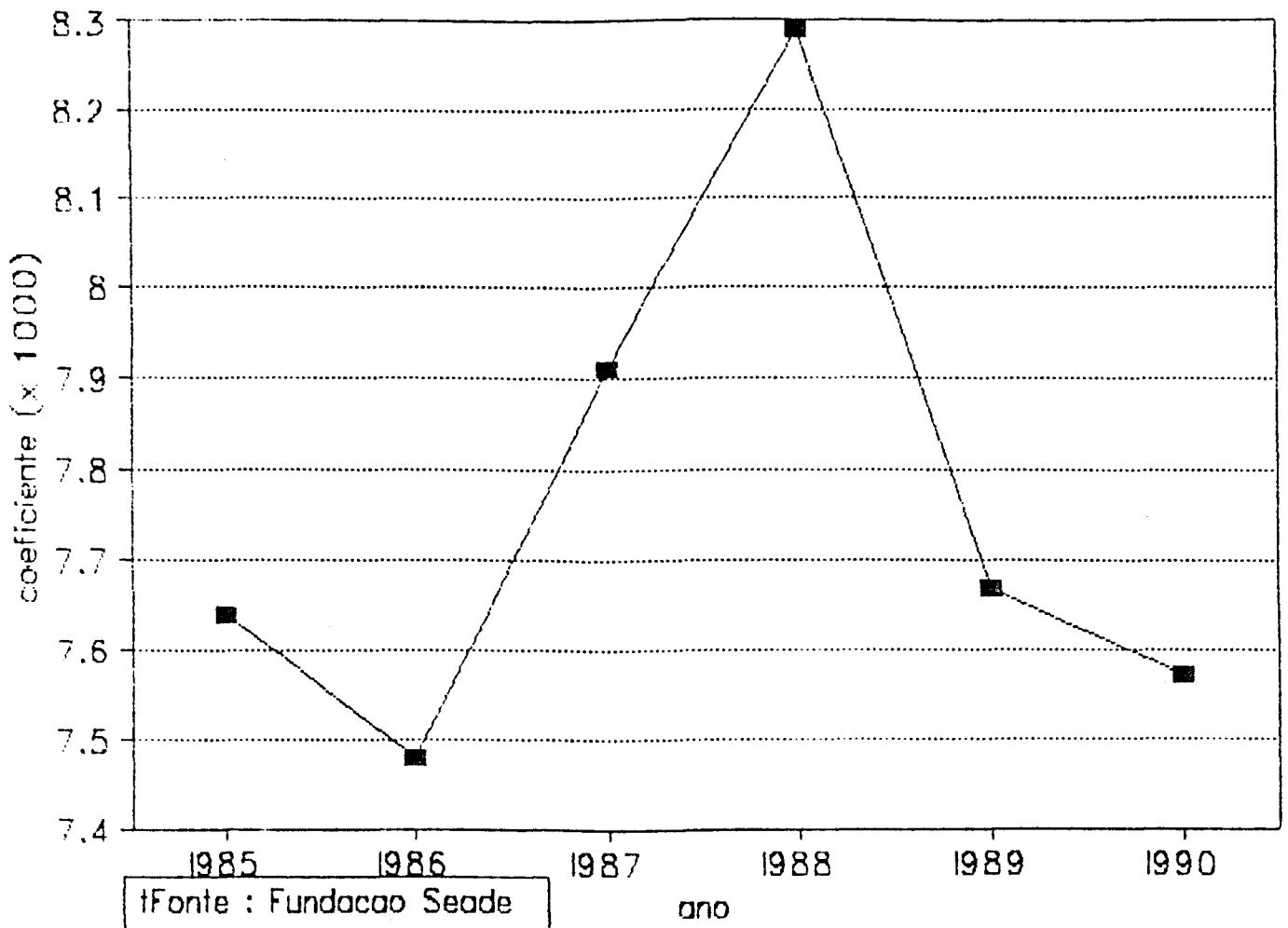
PIRAMIDE ETÁRIA DE IBITINGA ANO 1990



FORNTE FUNDAÇÃO SEDAL

Figura 3

mortalidade geral, Ibitinga, 1985-1990



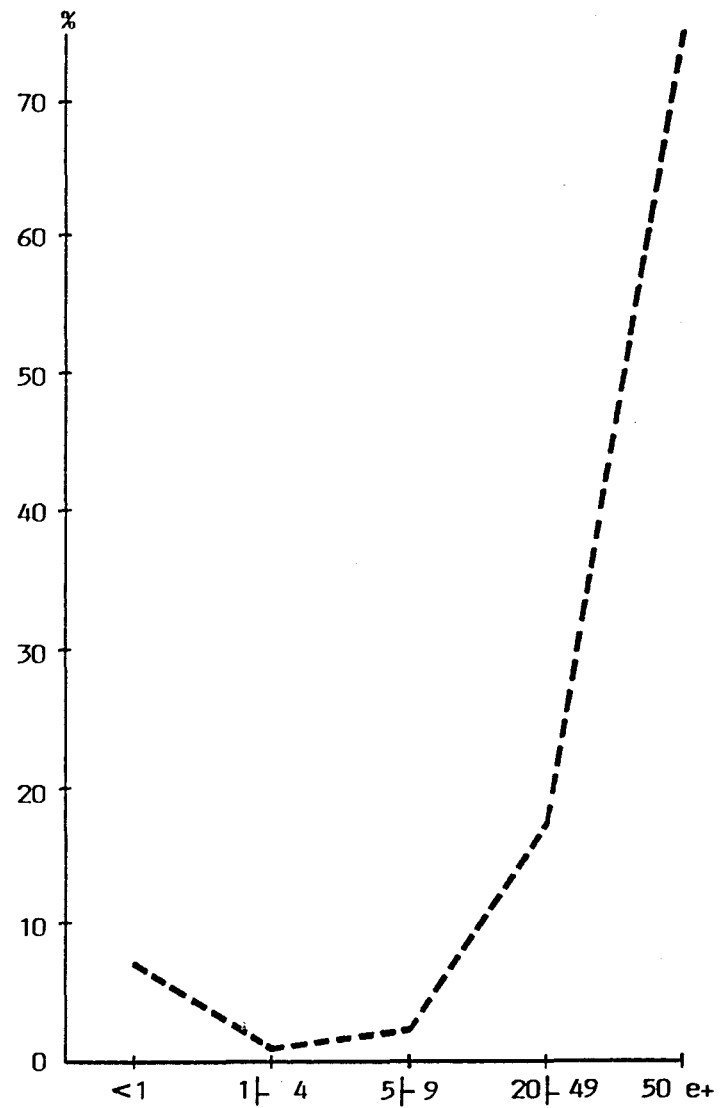
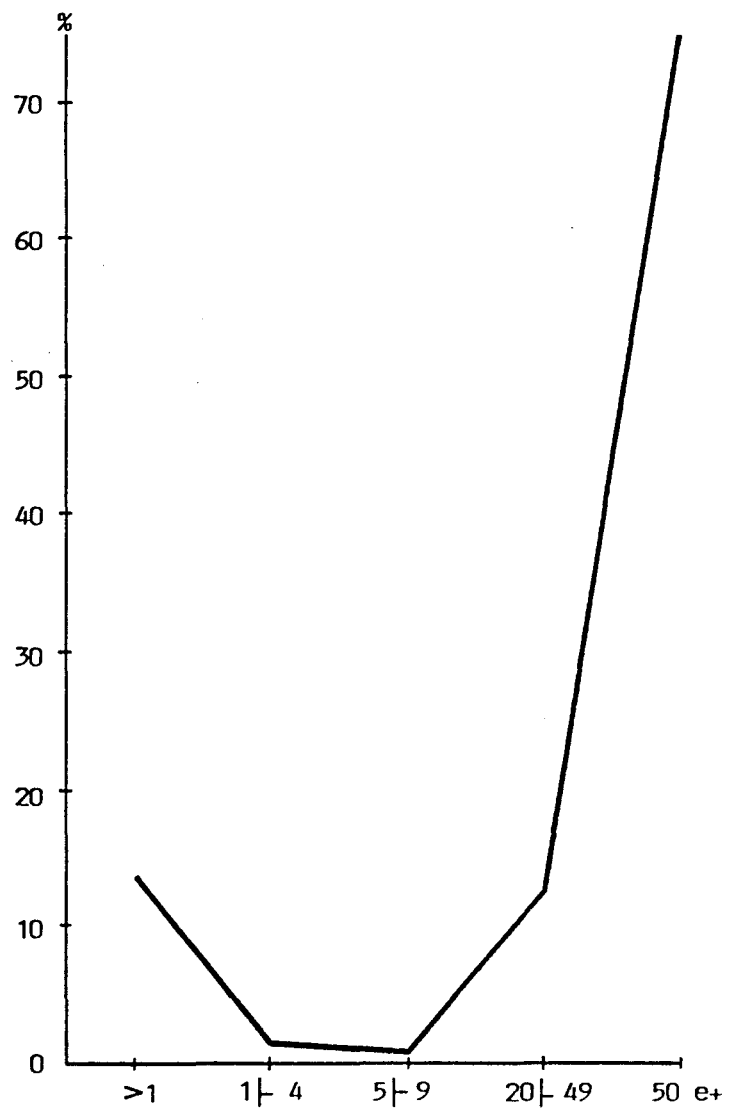


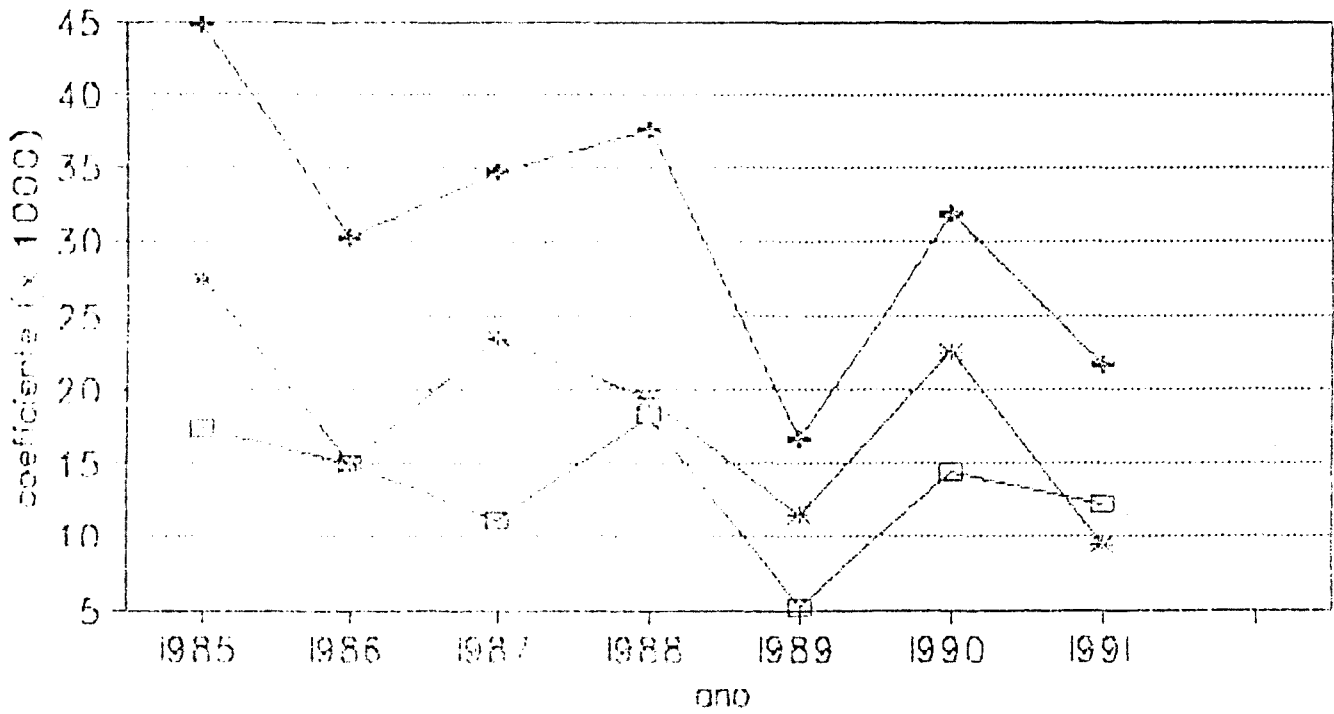
Figura 4 - Curva de mortalidade proporcional por faixa etária (CURVA DE NELSON DE MORAES)

Fonte- CS II - Ibitinga-SP

Legenda - - - - - 1991 ————— 1990

Figura 5

mortalidade infantil e seus componentes Ibitinga, 1985-1991



Fonte: Fundação Seade

—+— MI —*— MNN —□— MIT

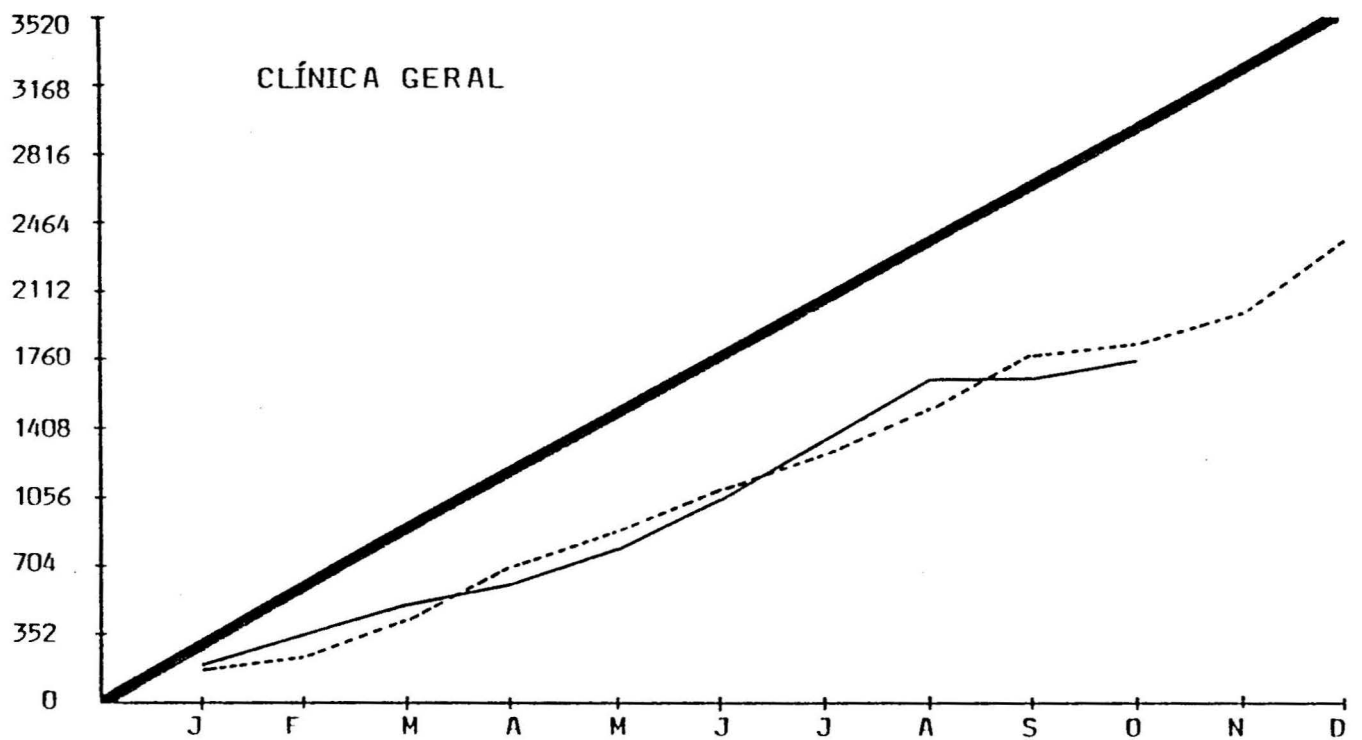
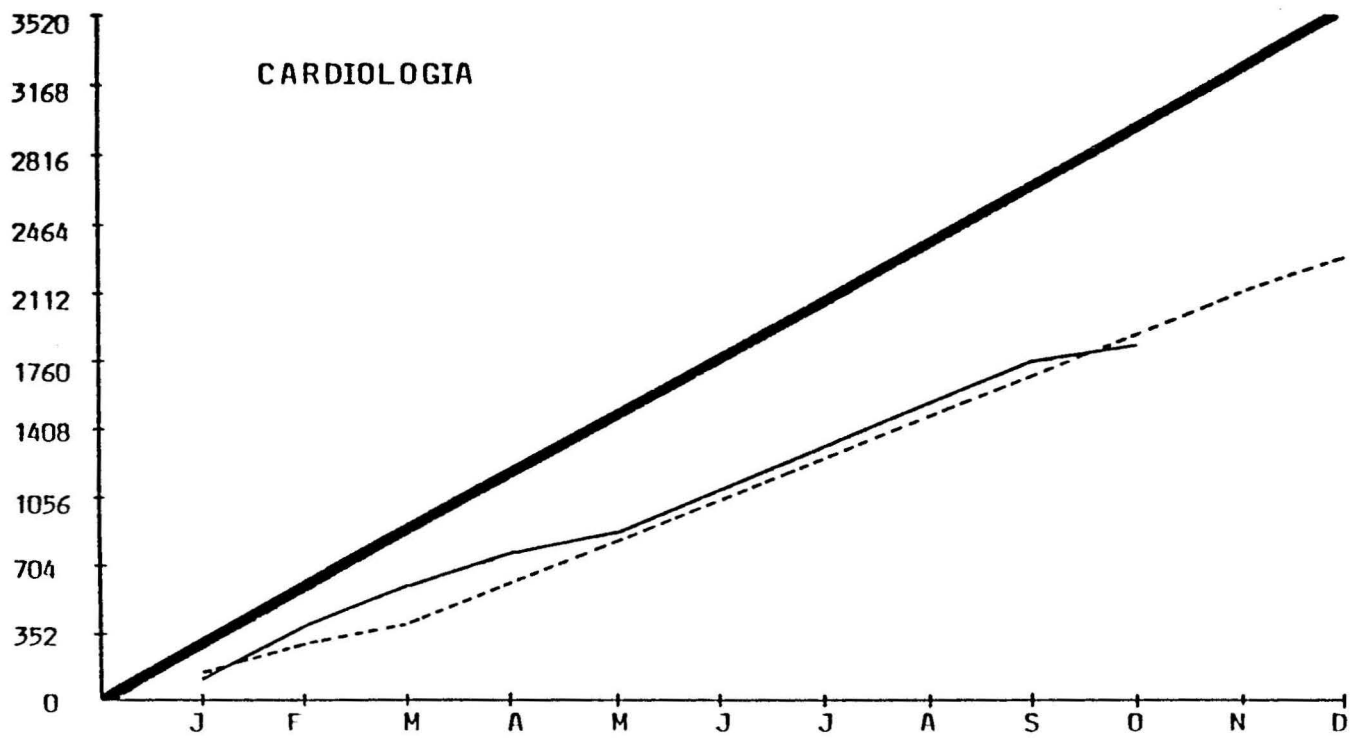


Figura 6 - Número de consultas por especialidades, segundo meses do ano, 1991 e 1992, Ibitinga-SP

Legenda - - - - - 1991
 — — — — — 1992

Fonte - CS - II - Ibitinga-SP

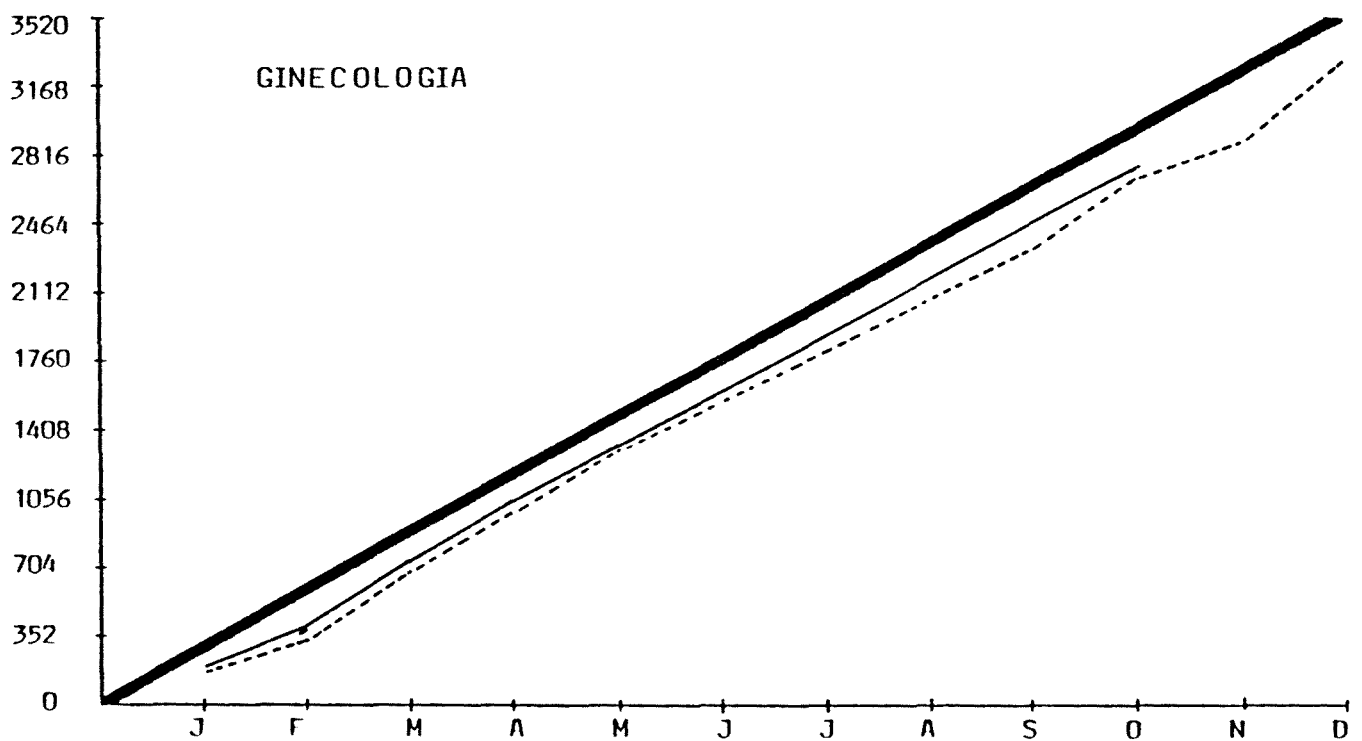
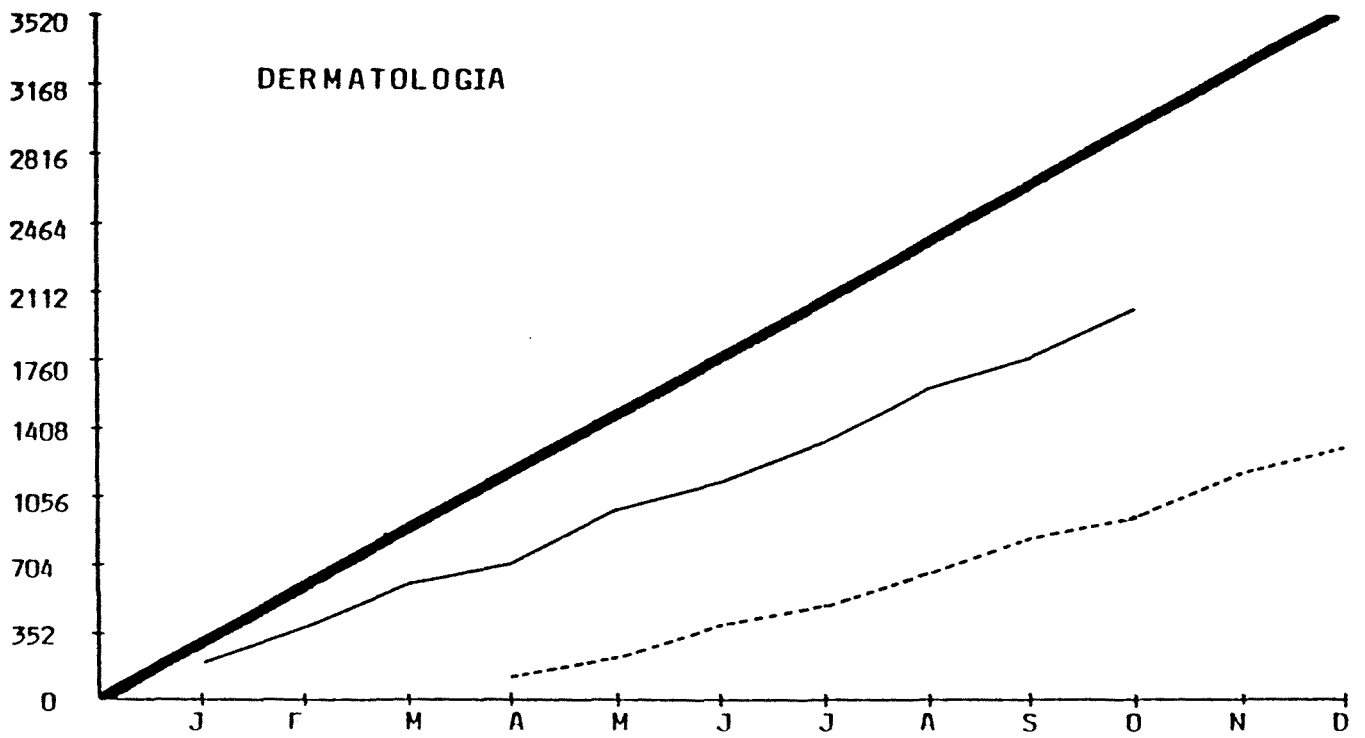


Figura 7 - Número de consultas por especialidades, segundo meses do ano, 1991 e 1992, Ibitinga-SP

Legenda - - - - - 1991
 - - - - - 1992

Fonte - CS - II - Ibitinga-SP

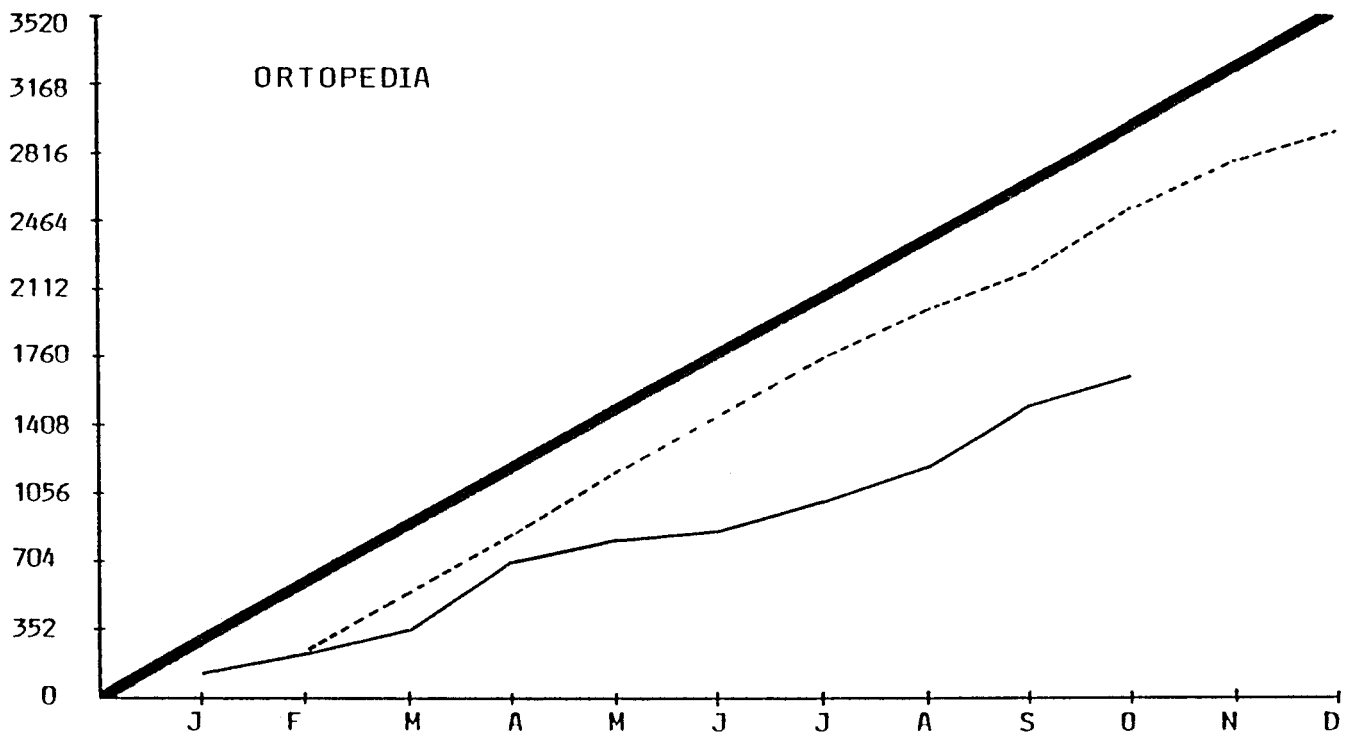
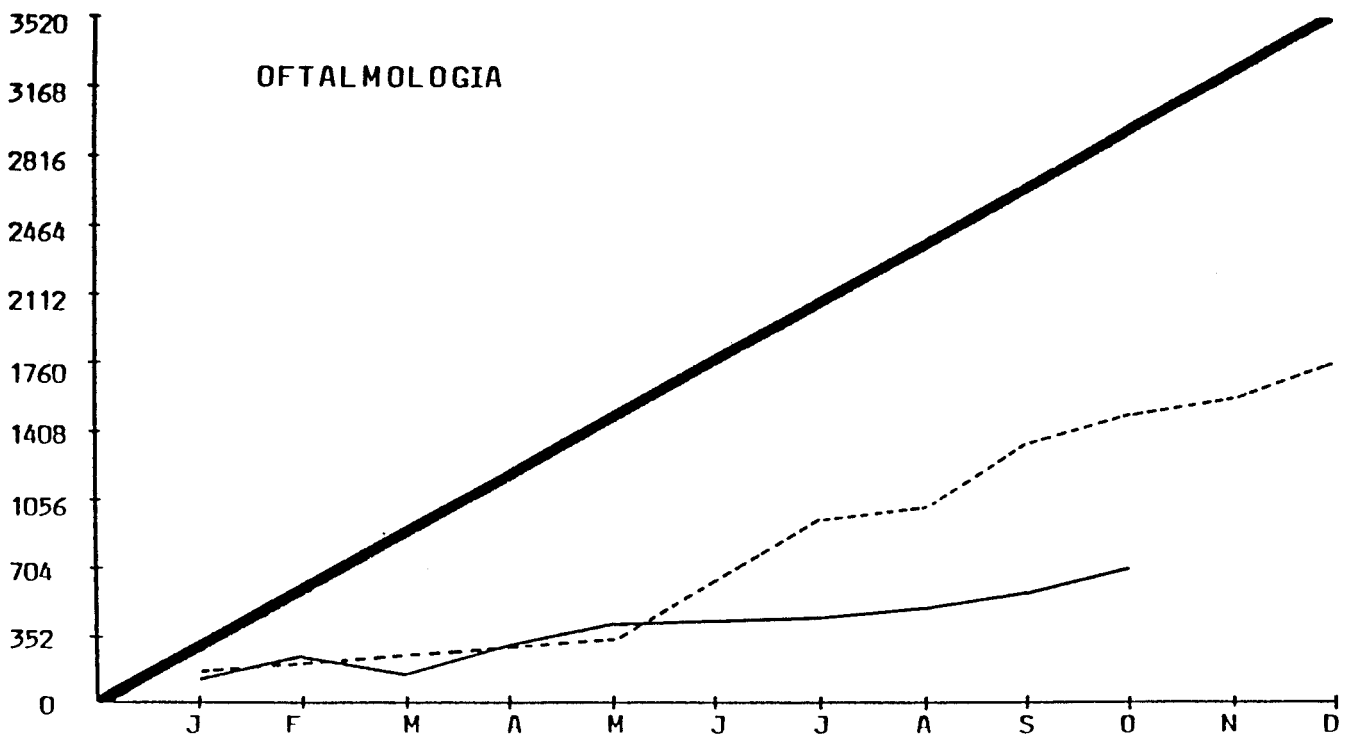


Figura 8 - Número de consultas por especialidades, segundo meses do ano, 1991 e 1992, Ibitinga-SP

Legenda - - - - - 1991
 - - - - - 1992

Fonte - CS - II - Ibitinga-SP

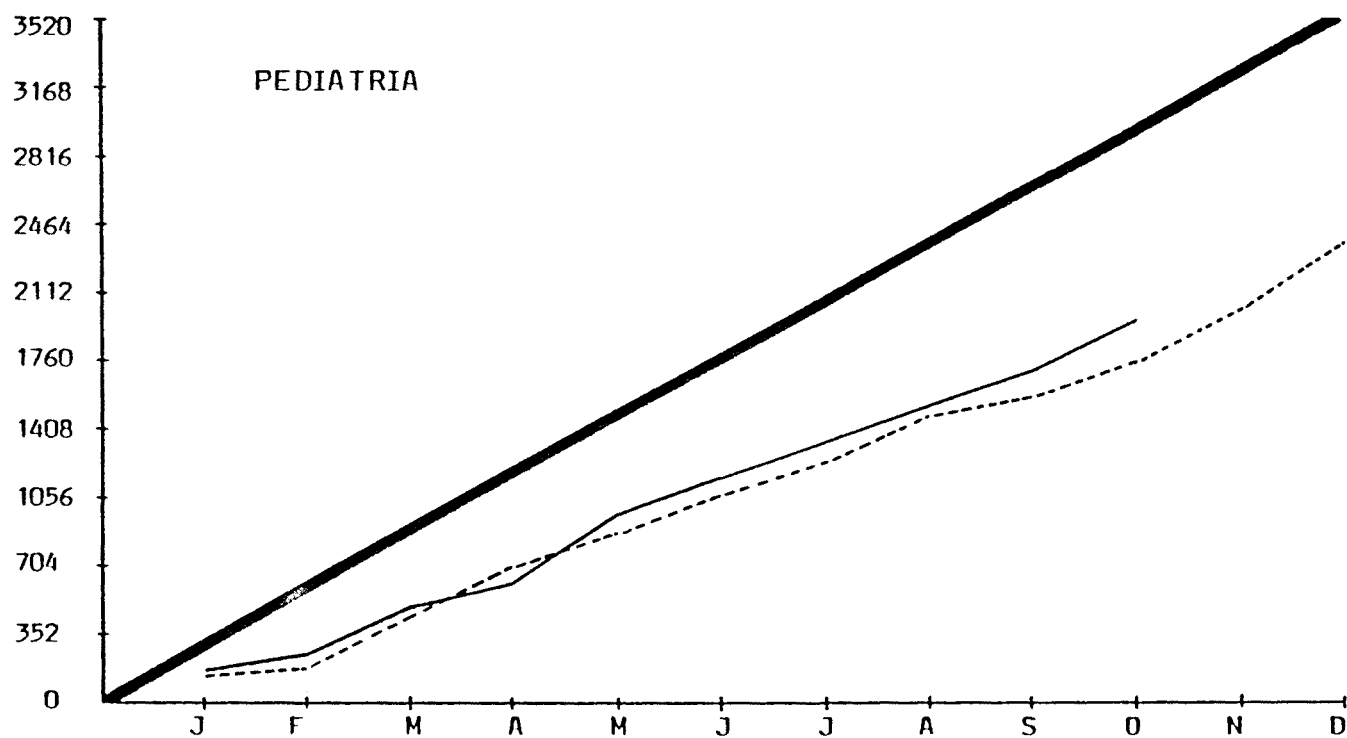
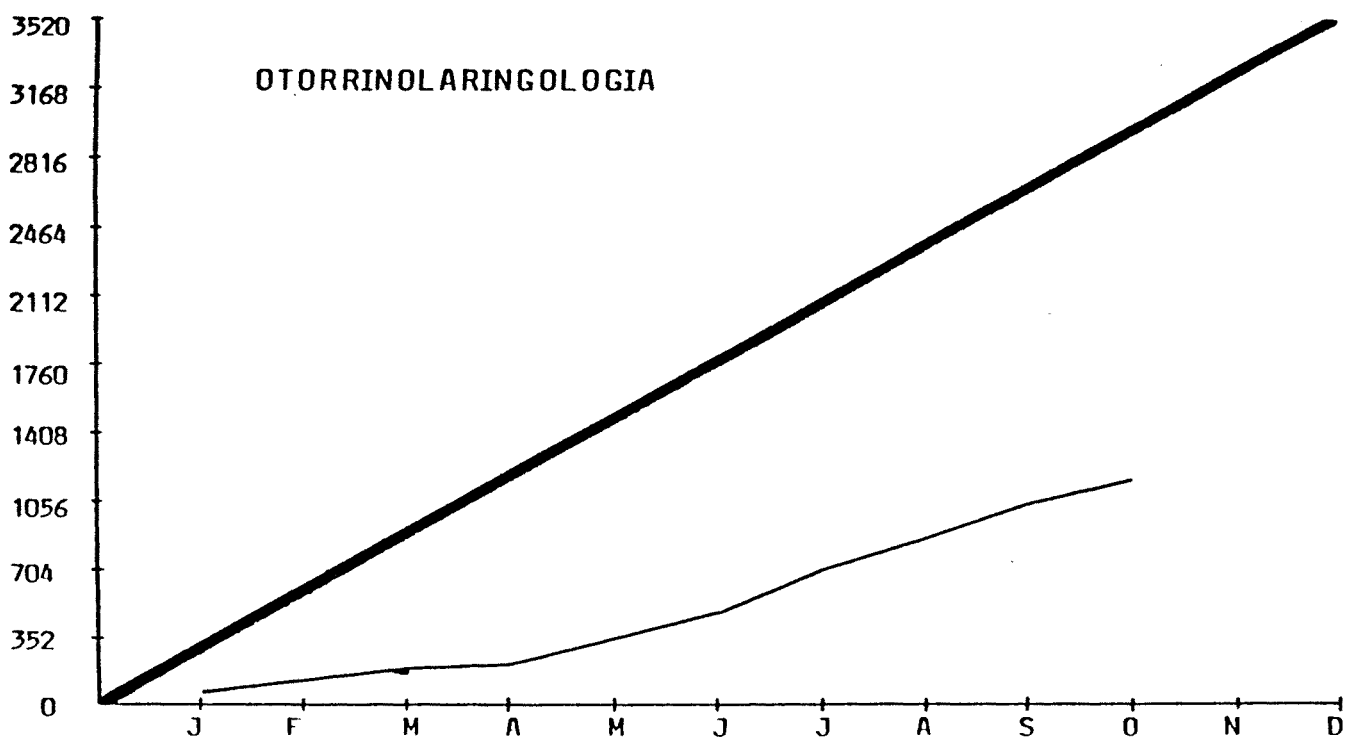


Figura 9 - Número de consultas por especialidades, segundo meses do ano, 1991 e 1992, Ibitinga-SP

Legenda - - - - - 1991
 - - - - - 1992

Fonte - CS - II - Ibitinga-SP

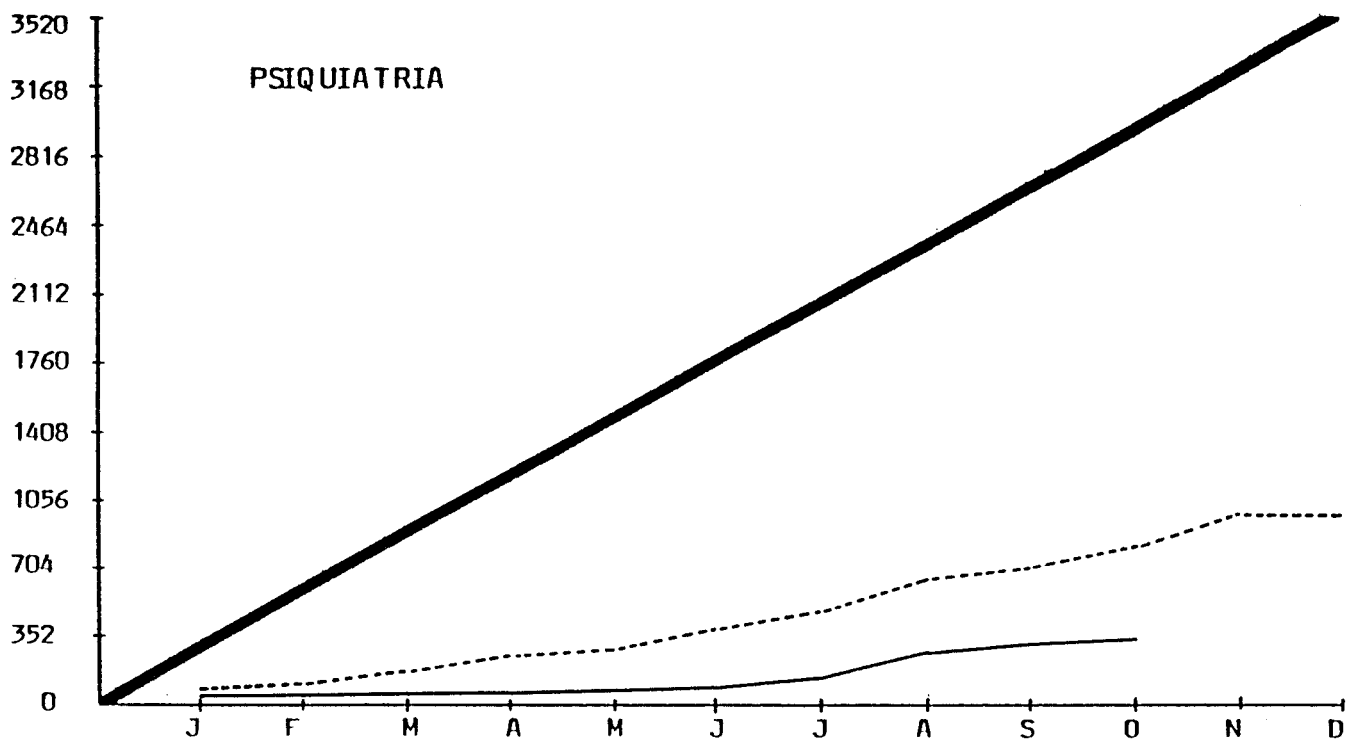


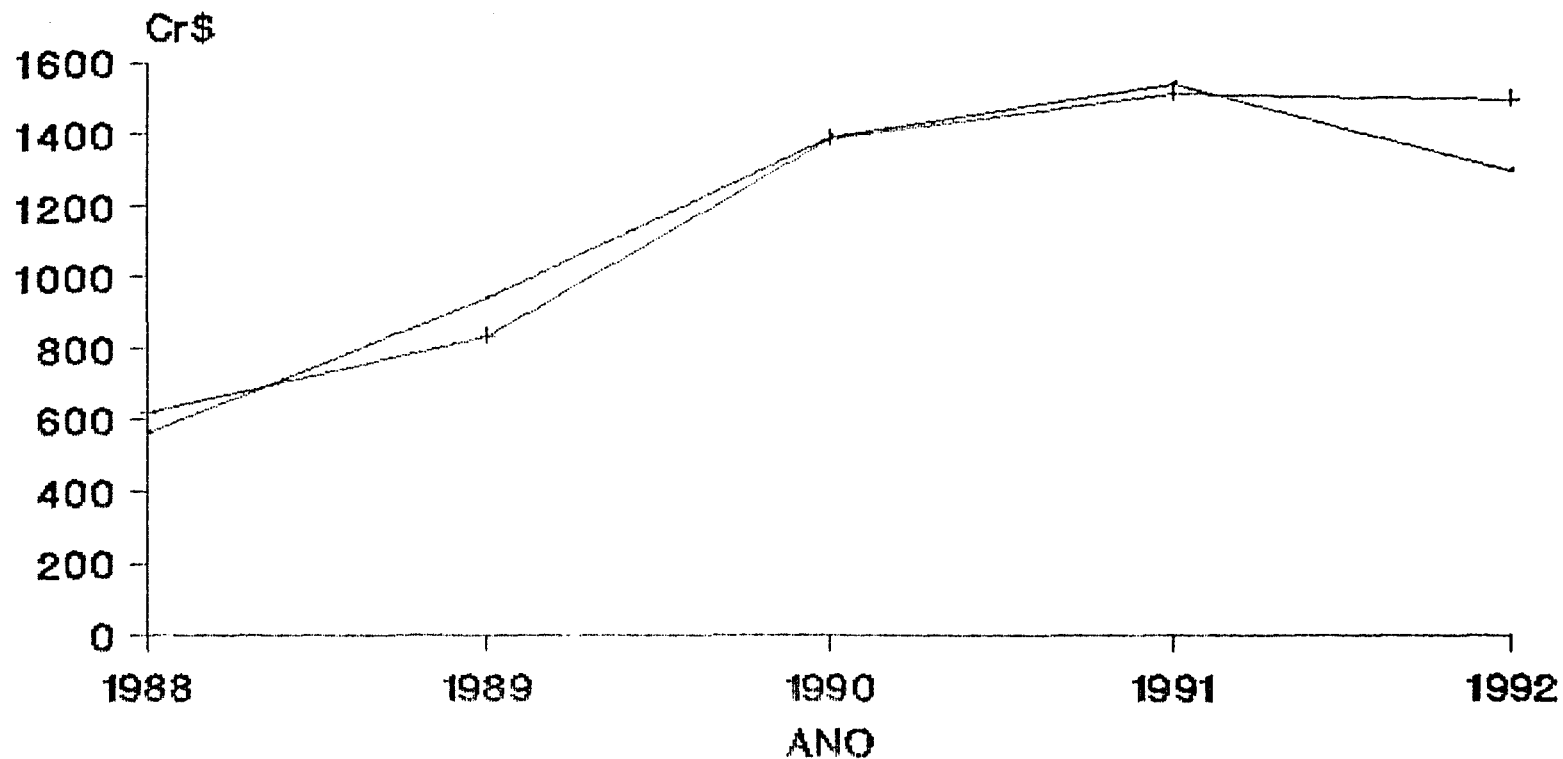
Figura 10 - Número de consultas por especialidades, segundo meses do ano, 1991 e 1992, Ibitinga-SP

Legenda ----- 1991
 — 1992

Fonte - CS - II - Ibitinga-SP

Figura 11

DESPESAS E RECEITAS DO SAMS (em milhares de Cr\$). IBITINGA, 1988-1992



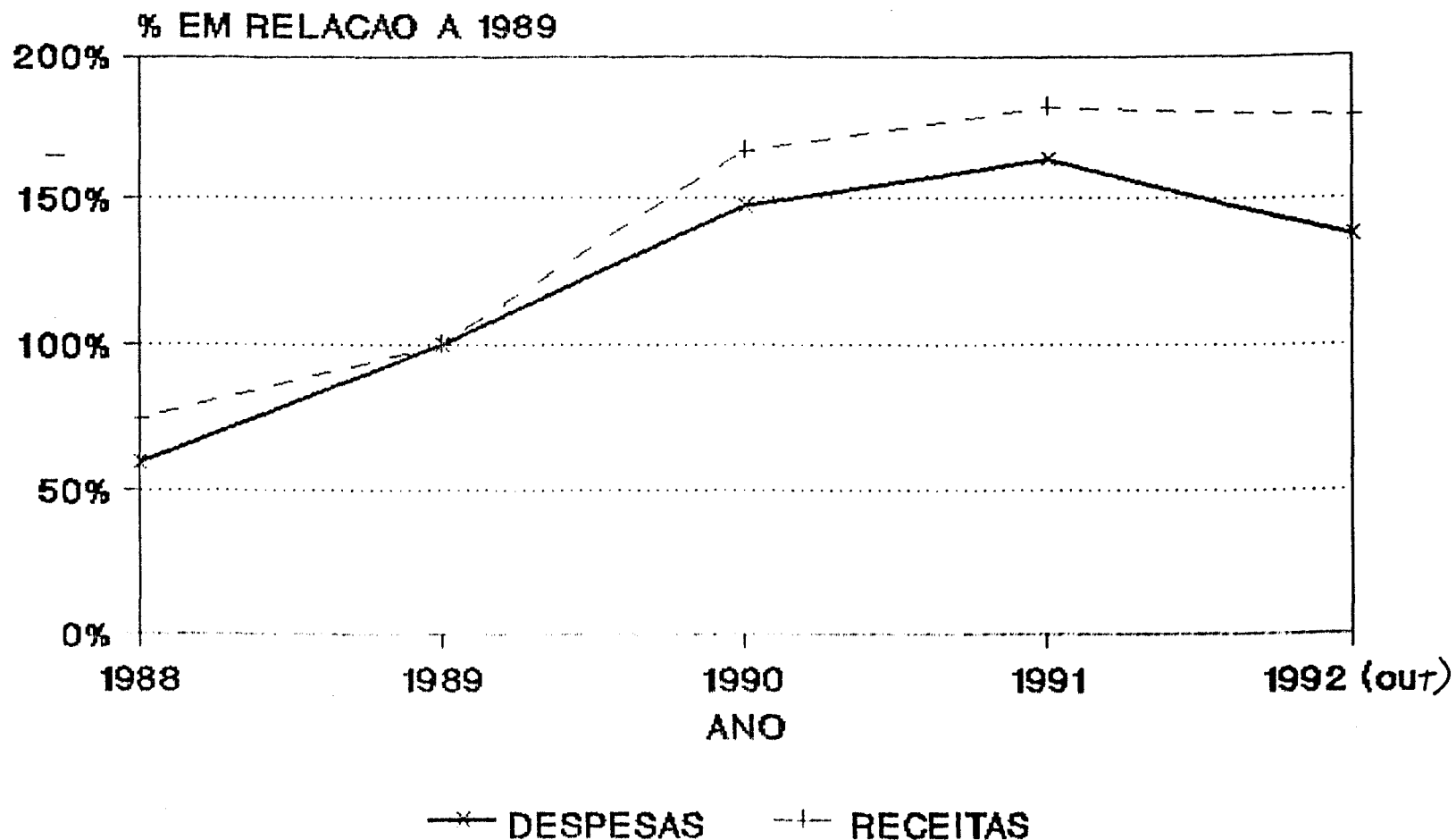
LEGENDA

— DESPESAS + RECEITAS

FONTE: SAMS-IBITINGA, 1992

Figura 12

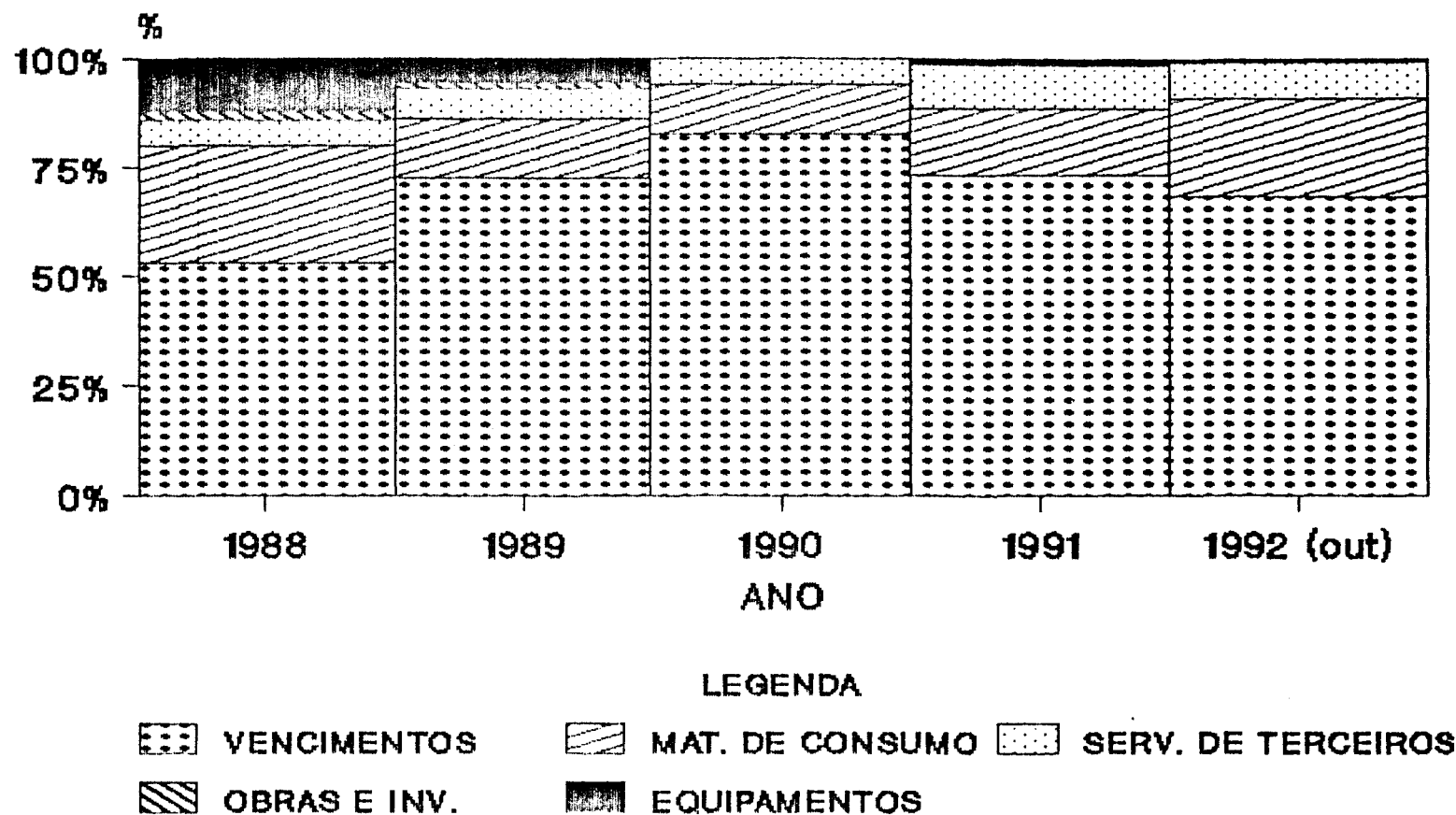
EVOLUCAO PERC. DE DESPESAS E RECEITAS EM RELACAO A 89. SAMS, IBITINGA 1988-92



FONTE: SAMS, IBITINGA, 1992

Figura 13

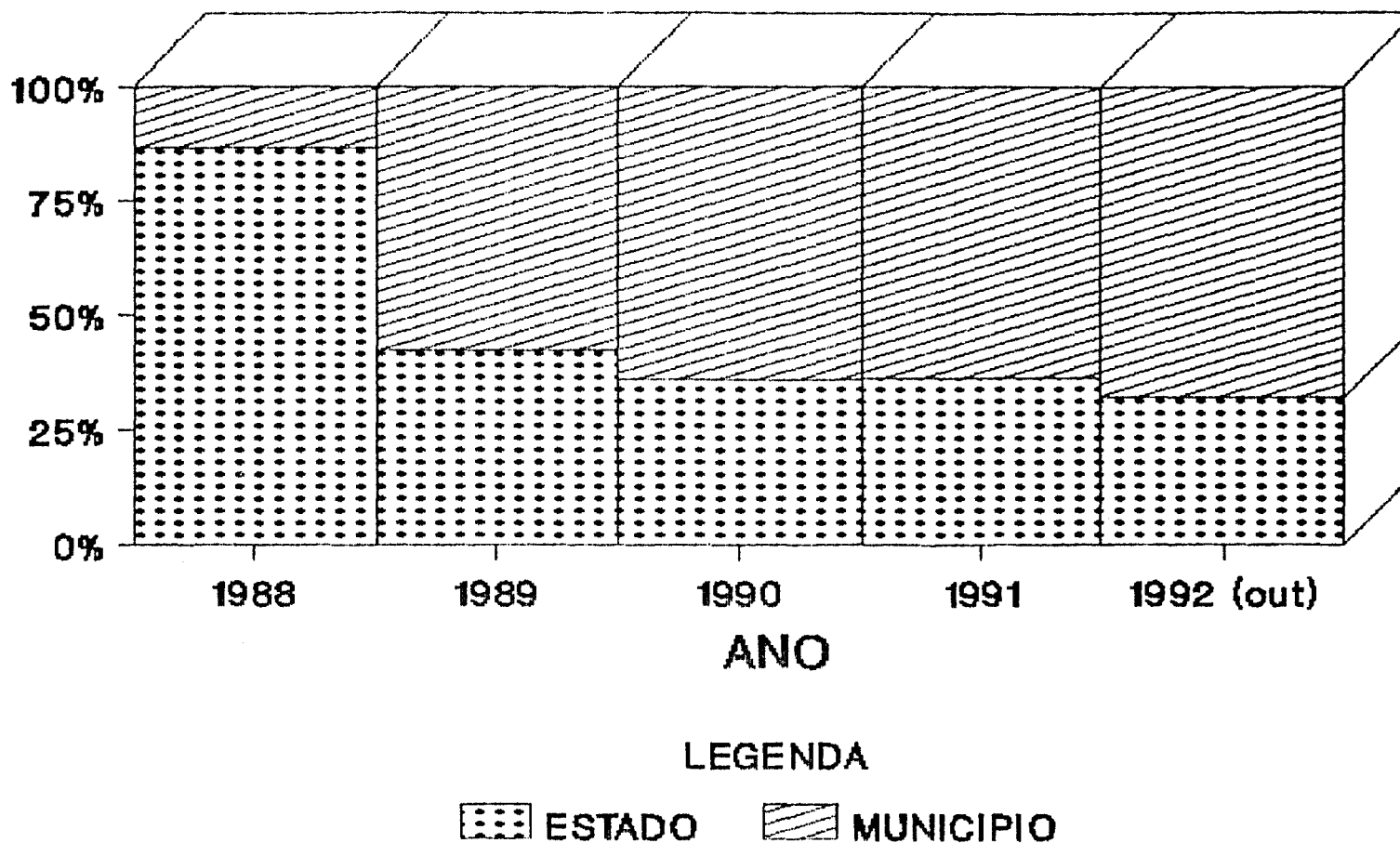
DISTR. DAS DESPESAS DO SAMS SEGUNDO ELEMENTOS. IBITINGA, 1988-1992



FONTE: SAMS, IBITINGA, 1992

Figura 14

PARTICIPACAO PERCENTUAL DE EST. E MUN. NA RECEITA DO SAMS-IBITINGA, 1988-1992



FONTE: SAMS-IBITINGA, 1992

15. ANEXOS

Anexo I

Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública

Trabalho de Campo Multiprofissional - Município de Ibitinga

I. IDENTIFICAÇÃO GERAL

Data da entrevista:

Nome:	Idade	Sexo
Se autoridade, indicar : cargo		órgão
Se liderança, indicar : bairro		tipo
Grau de instrução:		
Tempo de residência no município		

II. ABORDAGEM DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO

1. Utiliza o serviço público de saúde (posto de saúde, centro de saúde, santa casa)?
 sim não (prossiga)
2. Por que não usa ? (listar)
3. Como é o atendimento no local que procurou ?
 bom regular ruim s/ opinião
4. Qual sua opinião sobre o posto do seu bairro ?
 bom regular ruim s/ opinião
5. Quando necessita de atendimento médico e recorre ao serviço público do seu bairro, o que ocorre ?
 é atendido sempre
 geralmente é atendido
 não é atendido
6. Quando é atendido no serviço que procura, tem seu problema resolvido ?
 sim não
7. Como resolveu (ou não) o seu problema ?
8. O que você acha que pode melhorar no Serviço Público de Saúde ?
9. Você, em algum momento, notou alguma mudança no Serviço Público de Saúde ?
 sim não (encerra)
10. Qual a mudança sentida ?

QUESTÕES SOMENTE DIRIGIDAS QUANDO ENTREVISTADAS AS LIDERANÇAS

II.A - Você, como liderança, vê quais problemas de saúde como os principais para a região ?

II.B - O que o Serviço Público de Saúde pode fazer para resolver estes problemas ?

III. ABORDAGEM DA CONCEITUAÇÃO DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR

1. O que é saúde para você ?

2. Na sua opinião, o que é necessário para você ter boa saúde ?

3. Já houve no bairro algum problema que teve de ser encaminhado para as autoridades para resolução ?
 sim ppp 4 não ppp 8

4. Qual foi o problema ?

5. De que forma houve organização para encaminhamento do problema ?

6. Na sua opinião, este problema tem (teve) relação com a saúde ?
 sim não s/opinião

7. Por que ?

8. A Constituição Federal (lei) fala em participação popular, que é uma forma organizada da população ajudar nas decisões das instituições públicas de saúde. Você sabia que pode participar de algumas decisões do posto de saúde do seu bairro ?
 sim não

9. Se você participasse destas decisões, qual seria sua sugestão ?

ROTEIRO PARA INTERPRETAÇÃO DAS QUESTÕES

O sentido que o ITEM II acima tem é o de abordar os principais conceitos acerca do processo de municipalização. as questões visam abordar os seguintes tópicos :

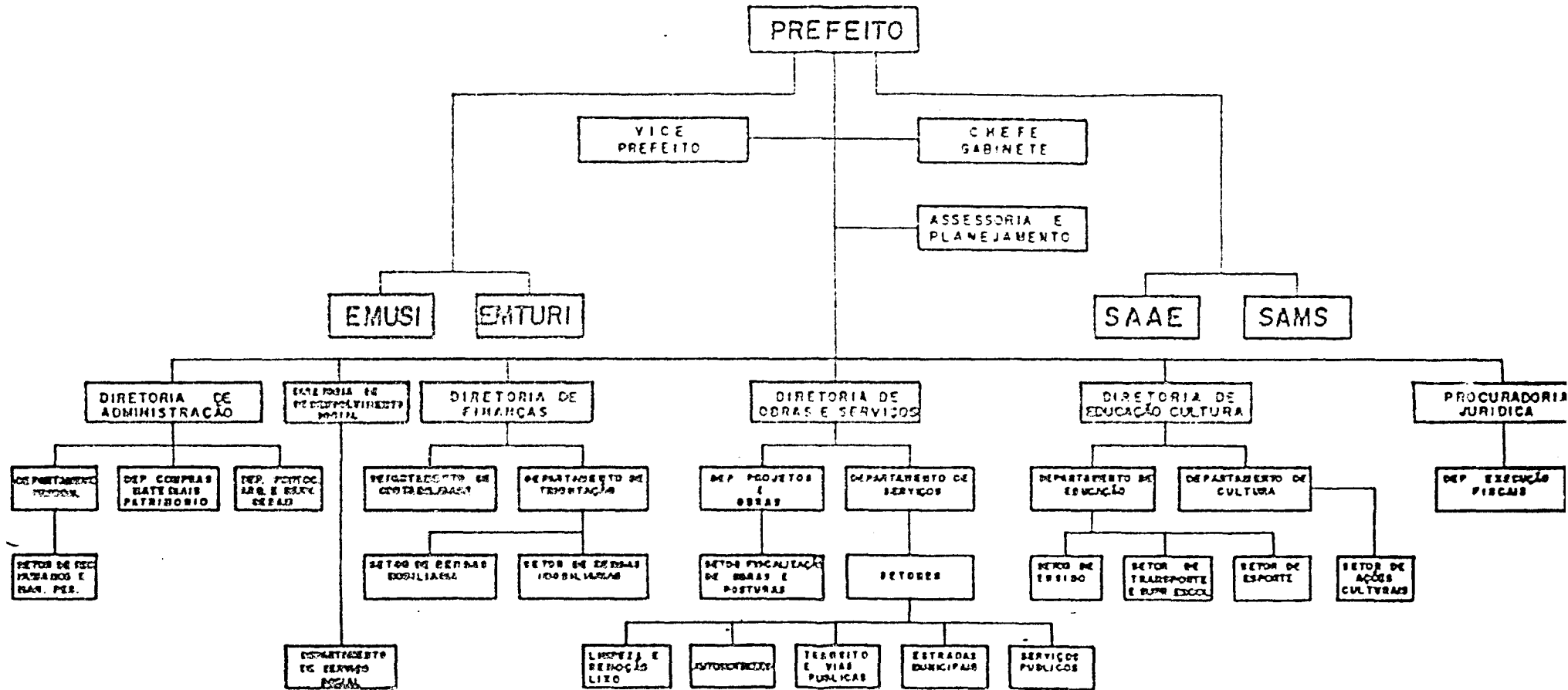
1. - acessibilidade
2. - acessibilidade e territorialidade
3. - acessibilidade e descentralização
4. - territorialidade
5. - resolutividade
6. - resolutividade no local, referência e contra-referência e hierarquização
7. - idem
8. - participação
- 9 e 10. - municipalização, de um modo geral

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE AUTORIDADES LIGADAS E NÃO LIGADAS
AO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IBITINGA**

1. Sabe o que é municipalização ?
2. Tem conhecimento de como o serviço de saúde está organizado ?
3. Qual a relação interinstitucional com a saúde ?
4. Quais são as diretrizes básicas de sua competência ?
5. Fale o que sabe sobre o SUS .
6. Você já ouviu falar dos conselhos municipais ?
7. Como funciona em Ibitinga ?
8. O que você entende por Conferência de Saúde ?
9. Ibitinga participou da Conferência Nacional e Estadual de Saúde ? Como foram obtidas as propostas deste município encaminhadas nessas conferências ?
10. Como vê o processo de participação popular ?

ORGANOGRAMA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE IBITIINGA
ANEXO I — LEI MUNICIPAL

Anexo III



Anexo V

QUADRO SINOPTICO DOS RESULTADOS DAS QUESTÕES FECHADAS
 SOBRE MUNICIPALIZAÇÃO, INCLUINDO DOMICILIAR E FUNCIONÁ-
 RIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE IBITINGA-SP

QUESTÃO	OPÇÃO	DOMICILIAR	FUNCIONÁRIO
USUARIO DO SERVIÇO PÚBLICO	SIM	36	15
	NÃO	6	2
OPINIÃO SOBRE O ATENDIMENTO NO SERVIÇO PÚBLICO QUE UTILIZA	BOM	27	9
	REGULAR	8	4
	RUIM	4	2
	S/OPINIÃO	3	
OPINIÃO SOBRE O POSTO DO BAIRRO	BOM	28	8
	REGULAR	3	3
	RUIM	5	1
	S/OPINIÃO	4	4
QUANDO RECORRE AO SERVIÇO PÚBLICO	SEMPRE É ATENDIDO	27	9
	GERALMENTE É ATENDIDO	10	5
	NÃO É ATENDIDO		1
QUANDO É ATENDIDO O PROBLEMA É RESOLVIDO	SIM	29	10
	NÃO	7	6
PERCEPÇÃO DE MUDANÇA NO SERVIÇO PÚBLICO	PERCEBEU	27	11
	Ñ/PERCEBEU	13	5

Anexo VI QUADRO SINOPTICO DOS RESULTADOS DAS QUESTÕES FECHADAS
 SOBRE PARTICIPAÇÃO POPULAR, INCLUINDO DOMICILIARES E
 FUNCIONÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE IBITINGA-SP

QUESTÃO	OPÇÃO	DOMICILIAR	FUNCIONÁRIO
EXISTÊNCIA NO BAIRRO DE PROBLEMAS, OS QUAIS FORAM ENCAMINHADOS ÀS AUTORIDADES	SIM	14	9
	NÃO	26	6
RELAÇÃO DO PROBLEMA COM A SAÚDE	SIM	12	9
	NÃO	3	1
	S/OPINIÃO	5	
CIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO NAS DECISÕES DO POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO	SIM	8	12
	NÃO	32	4

Anexo VI I TRANSFERÊNCIAS FEITAS AO SAMS DE 1.988 A 1.992

* VALORES ATUALIZADOS PELO ÍNDICE I.G.P.

	ESTADO	MUNICÍPIO
<u>1.988</u>		
CUSTEIO	312.555.070,30	38.407.949,55
CAPITAL	224.208.224,60	45.339.952,18
TOTAL PARCIAL	536.763.294,90	83.747.901,73
TOTAL	620.511.196,60	
<u>1.989</u>		
CUSTEIO	308.751.488,20	, 480.852.480,00
CAPITAL	41.838.880,00	
TOTAL PARCIAL	350.590.368,20	480.852.480,00
TOTAL	831.442.848,20	
<u>1.990</u>		
CUSTEIO	481.735.509,70	892.250.000,00
CAPITAL	10.926.950,00	
TOTAL PARCIAL	492.662.459,70	892.250.000,00
TOTAL	1.384.912.460,70	
<u>1.991</u>		
CUSTEIO	545.887.962,10	967.200.000,00
CAPITAL		
TOTAL PARCIAL	545.887.962,10	967.200.000,00
TOTAL	1.513.087.962,00	
<u>1.992</u>		
CUSTEIO	389.404.012,56	840.690.531,91
CAPITAL	108.490,00	
TOTAL PARCIAL	389.512.492,56	840.690.531,91
TOTAL	1.230.203.024,00	
TOTAL DISPONÍVEL	1.489.085.481,00	

CONTAS	ANO - 1.988	ANO - 1.989	ANO - 1.990	ANO - 1.991	ANO - 1.992
VENCIMENTO	298.422.144,60	683.865.273,80	1.152.121.423,00	1.131.051.162,00	884.901.879,63
MATERIAL CONSUMO	150.898.124,80	127.173.577,50	152.553.176,60	231.486.229,50	290.330.622,43
SERVIÇOS TERCEIROS	33.413.712,99	65.061.674,09	81.218.707,12	157.117.810,10	108.237.528,99
OBRAS / INSTALAÇÕES	11.631.165,55	11.196.320,00			
EQUIPAMENTOS	66.836.693,77	53.563.029,88	2.255.525,00	19.765.202,06	8.415.380,00
T O T A L	561.201.841,80	940.859.875,40	1.388.148.832,00	1.539.420.404,00	1.291.885.411,05

ÍNDICES I.G.P.

/ FONTE: DADOS SAMS IBITINGA-SP

1988 - 2,0155

1989 - 28,62

1990 - 812,73

1991 - 4183,21

1992 - 33730,39 (até out.)

Obs.: DADOS TRANSFORMADOS PARA VALORES
OUTUBRO/92 PELO ÍNDICE DE I.G.P.

SAÚDE BUCAL

Coordenador: Moacir M. Pereira

Todos os dados relatados foram obtidos em entrevista com o coordenador de Saúde Bucal, a partir deles inferiu-se outras informações e sugestões.

1. Composição de Recursos Humanos:

O quadro funcional é composto por 20 cirurgiões-dentistas, 01 atendente de enfermagem (CSII Ibitinga), 01 coordenador de Saúde Bucal. Sendo que do quadro de cirurgiões-dentistas 03 são funcionários estaduais, 18 funcionários municipais. Não existe isonomia salarial.

2. Alocação dos Recursos Humanos

Estão distribuídos da seguinte forma:

- CSII Ibitinga - 04 cirurgiões-dentistas
 - 01 coordenador
 - 01 atendente de enfermagem
- 9 Escolas - 16 cirurgiões-dentistas que funcionam em dois períodos

Todos profissionais são concursados, sendo que em 1991 foram contratados 04 profissionais e 1992 apenas 01 profissional, os demais são anteriores a 1991.

3. Recursos Materiais

Total de 10 equipamentos (consultórios).

Todos equipamentos de Saúde Bucal estão montados com 01 consultório por espaço.

Marca dos equipamentos: 03 consultórios Dabi Atlante, 01 Palas, 03 Atlas, os restantes são antigos.

Possuem 03 Raios-X odontológicos, assim distribuídos: 01 CSII Ibitinga - SP, 01 EEPG Henrique Martinelli (Cambaratiba), 01 EEPG Josepha Maria Oliveira Bersano.

Possuem manutenção reparativa através de um técnico que não é específico da odontologia, servindo a toda municipalidade.

4. Programas

CS II - Ibitinga atende:

- emergência do trabalhador
- cada cirurgião-dentista agenda 10 pacientes/dia, sendo 05 agendados e 05 emergências
- não existe programa, o paciente que decide o que fazer
- adultos e crianças atendidos sem compromisso com tratamento completado
- funcionam no período das 07:00 às 20:00 h
- atendem crianças e adultos

Programação das escolas

- incremental por classe, todos do 1º ano atingem tratamento completado
- são feitos os seguintes procedimentos curativos: obturação, extração, profilaxia, trabalho efetuado por hemiarco
- ações coletivas iniciaram-se em agosto/92 com bochechos fluorados semanais, ações educativas e escovação supervisionada (entrega de escovas e creme fluorado)
- atendimento aos escolares na faixa etária de 0 a 14 anos
- não fazem levantamento epidemiológico para traçar um perfil da doença
- estão no momento com 3.709 escolares inscritos no Programa Preventivo de Saúde Bucal

5. Mapas de Produtividade

São levantados dados somente por total de procedimentos por cirurgião-dentista e posteriormente um compilado anual.

Não são preenchidos mensalmente pelo cirurgião-dentista um boletim especificando os procedimentos efetuados, bem como número de tratamentos completados. Sendo assim, os cálculos são feitos em cima do número bruto de procedimentos.

Cálculo: 8 proced. / X 220 (dias/ano) = 1760 proced./ por c.d./ano

16 c.d. X 1760 = 28.160 proced./ano

Portanto a meta seria 28.160 proced./ano.

Foi produzido 29.705 proced. apresentando assim cobertura 103%.

Os cirurgiões-dentista recebem uma classificação segundo o número de procedimentos que executam do maior para o menor.

Não existe nenhuma outra avaliação executada pela supervisão.

6. Custos

Não existem planilhas de cálculos de custos por procedimento ou tratamento completado.

Seguido ao exposto faz-se-à algumas sugestões no intuito de incrementar a atenção à Saúde Bucal.

- incentivar através de propostas à Prefeitura a fluoretação das águas de abastecimento público, reduzindo com isso 60% da doença cárie-dentária
- proposição de isonomia salarial, garantida pela Constituição no processo de municipalização
- repensar o modelo assistencial odontológico na criação de clínicas modulares desmontáveis, onde terminada as necessidades daquela escola passaria à outra, voltando no ano seguinte para manutenção, aumentando assim de todas escolas do município
- formação de recursos humanos para composição ideal da equipe de Saúde Bucal, com formação em Atendente de Consultório Dentário e Técnica em Higiene Dentária, ganhando assim em qualidade, quantidade e agilidade do serviço
- elaboração de levantamento epidemiológico para traçar o perfil das doenças bucais no município. Este poderá ser feito por amostragem de escolares
- elaboração de um programa centrado nas ações preventivas e curativas, dando ênfase à prevenção como via de interferência do processo saúde/doença dessa comunidade
- criar planilhas e boletins de produção mensal e anual para que possa ser calculado o número de tratamentos concluídos, índice de cobertura, concentração, atrição, etc., índices estes que ajudarão a avaliar a eficácia das ações desenvolvidas
- reciclagens técnicas e reuniões periódicas aos cirurgiões-dentistas com temas de interesse do grupo, formação das várias abordagens preventivas, unificando assim conceitos e enfatizando o programa a ser desenvolvido
- estabelecer fluxo para requisição de materiais odontológicos e que, para maior controle, sejam entregues via

CARGA DO SAMS

Calcular custos levando-se em consideração mão-de-obra, encargos sociais, recursos materiais, luz, água, desgaste e compra de equipamentos, para que se tenha controle do programa a ser desenvolvido e como demonstraremos a seguir endosse o PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL haja visto o baixo custo dos procedimentos odontológicos.

CÁLCULOS DE CUSTOS ODONTOLÓGICOS

Considerou-se os meses de setembro e outubro de 1992, para cálculo de custos odontológicos, resgatou-se dados de gastos com recursos materiais (itens atualizados com relação a valores bastante antigos) e gastos com recursos humanos, estimando um percentual de 40% para encargos sociais. Não foram relacionados materiais de limpeza, água, luz, desgaste dos equipamentos por não ter sido possível localizar a informação.

Portanto o exposto a seguir são estimativas que apresentam uma idéia dos valores considerando-se algumas aproximações.

CUSTOS SETEMBRO / 92 - ODONTOLOGIA

Recursos Humanos - Cr\$ 2.475.000,00 X 21 = Cr\$ 51.975.000,00
 Recursos Materiais - curativos: Cr\$ 4.727.275,00
 - preventivo: Cr\$ 1.202.283,00
 Encargos Sociais - 40% dos Recursos Humanos - Cr\$ 21.829.500,00.

O valor atribuído ao item preventivo refere-se à compra efetuada em agosto para escovas, creme dental e fluor para bochechos, perfazendo um total de Cr\$ 11.541.925,00. Este valor foi atualizado para setembro e outubro e dividido por 12 meses, uma vez que a compra refere-se a um ano de ações coletivas.

TOTAL Cr\$ 79.734.058,00

Pode-se inferir que deste total 10% é gasto com ações preventivas e 90% com ações curativas. Assim sendo:

Preventiva - Cr\$ 7.973.405,00 ÷ 3709 (escolares inscritos no programa).

Preventiva - Cr\$ 2.149,00 por ação preventiva.

Curativa - Cr\$ 71.760.600,00 ÷ 3140 (total de procedimentos).

Curativa - Cr\$ 22.853,00 por procedimento.

OBS.: o número de escolares inscritos no programa de procedimentos coletivos foi dado pelo coordenador de Saúde Bucal. Quanto ao total de procedimentos foram calculados através de Planilha Codificada Consolidada.

CUSTOS OUTUBRO / 92 - ODONTOLOGIA

Recursos Humanos - Cr\$ 2.750.000,00 X 21 = Cr\$ 57.750.000,00

Recursos Materiais - curativo - Cr\$ 3.757.520,00

- preventivo - Cr\$ 1.502.853,00

Encargos Sociais - Cr\$ 23.100.000,00

Total - Cr\$ 86.110.373,00

Preventivo - Cr\$ 8.611.037,00 ÷ 3709 = Cr\$ 2.321,00

Curativo - Cr\$ 77.499.270,00 ÷ 3114 = Cr\$ 24.887,00

As observações são as mesmas do item anterior (set/92).

Pode-se observar o baixo custo das ações desenvolvidas pela equipe de Saúde Bucal, reforçando assim a importância do serviço.