

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA



TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL MUNICÍPIO DE
FIRASSUNUNGA

DEZEMBRO
1992

Relatório apresentado à Coordenação de Trabalho de Campo Multiprofissional -
Curso de Especialização em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

São Paulo
1992

Mucho aprenderemos en los libros, pero mas aprenderemos en la contemplacion de la Naturaleza, causa y ocasion de todos los libros. Toda descripcion por objetiva y ingenua que parezca, contituye interpretacion personal, punto de vista propio del autor. Sabido es que el hombre mezcla en todo su personalidad, y cuando cree fotografiar el mundo exterior, a menudo se contempla y se retrata a si mismo"

Santiago Ramon y Cajal(Los Tonicos de la Voluntad, 1897"

IDENTIFICAÇÃO

NOME	PROFISSÃO	ÁREA TEMÁTICA
ELIANA DE MELO BRAGA	C.Sociais	Educação
MÁRCIA CRISTINA DA SILVA	Psicologia	S.Mental
MARGÔ VASCONCELOS DE AZEVEDO	Enfermagem	Enfermagem
MARIA BEATRIZ R. DE C. LISBOA	Psicologia	Educação
MARIA TERESA SURANYI DE ANDRADE	Odontologia	Odontologia
MÁRIO APARECIDO DE C.FARIA	Enfermagem	Epidemiologia
MERVAL MARQUES FIGUEIREDO JR.	Medicina	S.Mental
NEREIDE LUZIA BOMPADRE GARBI	C.Sociais	Educação
SANDRA FERNANDA BILBAO OROZCO	Biologia	Biologia
SIMARA TRINTINI VERGARA	Serv Social	Políticas
WALDEMAR JOSÉ DE SÁ AZEVEDO	Engenharia	Advocacia

ORIENTADOR: PROFº RINALDO NIERO

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Rinaldo Niero, em cuja pessoa se espelha o verdadeiro Mestre, pela amizade, simplicidade, dedicação, comprometimento e sabedoria.

Aos Profs. Drs. Edmea Rita Temporini Nastari e Oswaldo Yoshimi Tanaka, pelas orientações em fases fundamentais do presente trabalho.

Ao Prefeito de Pirassununga, Exmo Sr. Ademir Alves Lindo, por propiciar a realização deste trabalho no Município.

Ao Secretário de Saúde de Pirassununga, Dr. Leoncio Lelis de Carvalho., pela predisposição em vir até a Faculdade de Saúde Pública por ocasião dos primeiros contatos, e pela atenção dispensada quando do trabalho em campo.

À equipe de Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde: Dr. Fernando Paulo Garritano de Ramalho, Enfermeira Nelmar A. Bezerra, e Dr. Antonio Pappa, pela prestimosidade em fornecer e discutir com o grupo os aspectos mais relevantes relacionados ao setor saúde no Município de Pirassununga.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga, por todo o apoio.

Aos funcionários das demais Secretarias visitadas, pela gentileza em receber-nos e pela colaboração dispensada.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho constitui-se numa exigência do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Pretende-se, através dele, aliar a experiência individual da equipe multiprofissional à formação nos currículos desenvolvidos nas disciplinas obrigatórias e nas distintas áreas temáticas, no intuito de alcançar uma visão integral da prática em Saúde Pública.

Para o desenvolvimento do Trabalho de Campo Multiprofissional em 1992 (TCM/92), foi eleito como tema de estudo o Sistema Único de Saúde, diante do atual momento em que se verificam diversas experiências ao longo do processo de implantação da municipalização.

O município escolhido como objeto deste estudo foi Pirassununga, a partir de critérios operacionais e interesse do próprio município.

Aos Assistentes-Técnicos do Escritório Regional de Saúde (ERSA) de Limeira, pelos esclarecimentos prestados, acerca do planejamento e ações de saúde em Pirassununga.

Aos funcionários das unidades de saúde, pela amabilidade com que nos acolheram, prontificando-se a ajudar em tudo que fosse necessário.

Ao Prefeito do Campus da Universidade de São Paulo em Pirassununga, Prof. Dr. Pedro Eduardo de Felício, pela receptividade e apoio, bem como pela disposição em fornecer acomodação, viatura para deslocamento em campo e acesso à sala de computação.

Aos funcionários do campus da Universidade de São Paulo em Pirassununga, pela permanente cordialidade.

De maneira especial, à população de Pirassununga, pela compreensão, carinho e expectativa em relação à nossa atividade no Município.

Ao Breno Ciasca Niero, que contribuiu sobremaneira na digitação, e que trouxe consigo a vitalidade própria da juventude.

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 -Análise do Processo Histórico da Organização do Sistema de Saúde no Brasil.....	05
2. OBJETIVOS.....	66
3. METODOLOGIA.....	67
4. RESULTADOS.....	75
4.1. Diagnóstico do Sistema de Saúde	75
4.1.1. Aspectos demográficos do Município.....	75
4.1.2. Aspectos do Processo de Municipalização no Município.....	80
4.1.3. Aspectos da Administração do Muni- cipio.....	82
4.1.3.1. Organização Administrativa.....	82
4.1.3.2. Conselho Municipal do Plano Diretor.....	84
4.1.4. Aspectos Relativos aos Serviços Públicos Essenciais no Município.....	84
4.1.5. Aspectos relativos à Educação.....	85
4.1.6. Aspectos relativos à Promoção Social.....	85
4.1.7. Aspectos relativos à Saúde.....	89
4.1.7.1. Condições Ambientais e de Saneamento.....	91
4.1.7.2. Indicadores Epidemiológicos.....	92
4.1.7.3. Organização dos Serviços de Saúde do Município.....	107
4.1.7.4. Avaliação dos Serviços de	

Saúde Municipais.....	114
4.1.7.5. Recursos Humanos.....	122
4.1.7.6. Financiamento dos Serviços de Saúde Municipais.....	124
4.1.7.7. A Integração dos Serviços de Saúde e a Contribuição do SUS..	126
4.1.7.8. O Gerenciamento do SUS no Município.....	128
4.2. Análise da Municipalização.....	130
4.2.1. População.....	130
4.2.2. Funcionários.....	150
4.2.3. Administração.....	172
4.2.4. Visita à Santa Casa	204
4.3. Análise Geral.....	206
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	216
6. SUGESTÕES.....	223
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	226
8. ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Há poucos séculos, as grandes potências mundiais aprenderam que a riqueza das nações estava baseada na força de seus exércitos, pela conquista de territórios e de mercados, e sua manutenção. Manter a força, a saúde de seus soldados era imperativa. A disciplina militar estimulou a organização dos hospitais nos moldes como o conhecemos hoje.

Com o advento da industrialização, a riqueza passou a estar na população, na sua capacidade de produção. Havia, no entanto, uma clara contradição entre a exploração capitalista sobre os trabalhadores, e a ideologia (entendida como ocultação de outro interesse) discursiva dos governantes, que pregavam o bem-estar de todos.

Somente após as revoluções francesa, de caráter burguês, e a russa, de caráter socialista, é que o conceito de cidadania foi-se construindo. O indivíduo subalterno por vários motivos (classe, raça, cor, doença, religião) cede lugar ao homem igual ao outro perante a lei. Os movimentos operários de então, embora tendo um conceito restrito de saúde, já reivindicavam-na como direito.

As democracias-capitalistas do primeiro mundo evoluíram para o *welfare state*, estado de bem-estar social. Procurando garantir um mínimo de "oferta social", a saúde estando entre ela.

Em Alma Ata, na ex-URSS, em 1978, a OMS estipula a grande meta, em um lema: "Saúde para todos no ano 2000" (SPT2000). Algumas estratégias foram elaboradas, como o Sistema Local de Saúde (SILOS), que traz em seu bojo os princípios de descentralização, regionalização, hierarquização, acessibilidade, entre outros. A OMS também orientava a expansão da rede de atenção primária para contrapor ao hospitalocentrismo, caro e ineficaz.

No Brasil antes de Vargas, o governo defendia abertamente a oligarquia latifundiária. Dois fatos podem ser lembrados: a obra de saneamento do Rio de Janeiro - medida louvável - foi devida ao estrangulamento do maior porto, dificultando o comércio exterior. O segundo, foi a frase de Washington Luis: "*A questão social é questão de polícia*". Esses acontecimentos afirmam que a preocupação governamental com a questão saúde da população estava na dependência da lógica do capital. Na era Vargas, com o processo de industrialização, essa lógica foi melhor disfarçada pelo "trabalhismo", e continuou dissimulada nos governos seguintes, nos democráticos e na ditadura militar.

Ao fim do regime militar, a saúde no país continuava mal, ineficiente. O Ministério da Saúde encontrava-se esvaziado, baseando suas ações em campanhas. A assistência médica estava entregue à exploração privada, e mesmo os serviços públicos que a faziam, eram, de alguma forma, fontes de corrupção. A lógica hegemônica, que até hoje prevalece, era o privilegiamento do setor privado em detrimento do público.

Com o retorno da democracia, o governo e os poderes passam a expressar a organização das forças sociais, até nas suas contradições. Amplia-se neste período todo um debate político sobre a questão da saúde, fundamentado na produção teórica da medicina social brasileira e, progressivamente articulado a movimentos sociais. Procurou-se entender a saúde como responsabilidade social e como direito conquistado, que inclui a participação crescente da população e, na responsabilidade do Estado em promover e realizar as ações necessárias aos cuidados da saúde da população.

O movimento de reforma sanitária, liderado por um grupo de sanitaristas progressistas, vem propondo alternativas àquele modelo. No final da década de 70 e

início dos 80, consegue obter algumas vitórias no sentido de SPT2000. Houve uma tentativa de reorientação da questão previdenciária através do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e de sua proposta de descentralização administrativa, na busca de integrar os níveis federal, estadual e municipal, no que se denominou Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas evoluíram para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi fundamental para preparar o caminho para garantir os princípios e diretrizes de um melhor sistema de saúde a partir da Constituição Federal. O conceito de saúde é ampliado para além dos limites do corpo físico, abrangendo o corpo social, e passa a ser entendido como um direito de todos e dever do Estado.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, discutindo a implantação do SUS através da municipalização reafirma a proposta de SILOS, como caminho estratégico para atingi-la.

O relatório final das conferências é o reflexo do embate de lutas sociais e corporativistas, entre donos de hospitais, associações dos médicos, grupo de laboratórios farmacêuticos, o governo, os sanitaristas, os movimentos populares, etc., cada qual procurando passar seus projetos.

A municipalização da saúde no país não está acontecendo de modo uniforme. Interesses políticos e econômicos freiam os avanços da nova ordem.

O que estamos aferindo neste trabalho é a construção do SUS em uma cidade do Estado de São Paulo: Pirassununga. Outras cidades deste Estado também foram objeto de estudo, desenvolvidos por outros grupos deste Curso de Especialização em Saúde Pública.

Através dele poderemos visualizar a distância entre a letra de nossa Constituição e leis, e a realidade; entre o discurso dos governantes e a prática.

Parafrazeando Fernando Pessoa : *"Não se mede um homem pela sua estatura, e sim até onde ele pode enxergar"*. Aqui poderíamos dizer que não se mede uma nação pelo seu Produto Interno Bruto, e sim até onde constitui-se o cidadão.

1.1 - ANÁLISE DO PROCESSO HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Entendemos como Sistema de Saúde o conjunto de recursos materiais, humanos e financeiros, disponíveis numa determinada sociedade, num momento histórico, cujo objetivo é reduzir a morbi-mortalidade e elevar o nível de saúde dessa população.

Sem a pretensão de tratarmos o assunto de forma global, abaixo faremos uma análise descritiva, reconhecidamente limitada, do processo histórico da organização do Sistema Nacional de Saúde no Brasil num contexto político-social.

Período de 1900 a 1930

Antes de 1920, a política de saúde no Brasil era incipiente, e o esforço estatal estava voltado basicamente para a erradicação de grandes endemias e para o saneamento dos portos e do meio ambiente.

A partir de 1920, a responsabilidade do Estado em relação à saúde da população se torna mais nítida, havendo uma preocupação com a Saúde Pública.

A saúde passa a ser uma questão política, até para o Estado se legitimar perante sua sociedade.

Até então o Estado não tinha nenhuma interferência na saúde da população, que era vista como uma responsabilidade de cada indivíduo. A única participação do setor público se dava a nível de assistência hospitalar, para atendimento de hanseníase, doenças mentais e tuberculose, cujos hospitais eram verdadeiros asilos. Os indivíduos dos segmentos populacionais marginalizados eram

atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia ou recorriam as curas místicas.

Essa preocupação, por parte do Estado, com a saúde da população está inserida no contexto do desenvolvimento econômico, e as ações de saúde visavam a proteção da agro-exportação.

O Estado se aparelha da Diretoria Nacional de Saúde, estrutura criada para cuidar da saúde da população.

A política de saúde era voltada a erradicação de epidemias, principalmente da febre amarela, devido sua interferência negativa na economia do país. Esse controle se dava através de Campanhas de Vacinação e Saneamento, com uma intervenção autoritária. A figura de Oswaldo Cruz destaca-se nesse contexto.

Em 1923, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, para o controle das grandes epidemias. A nível dos Estados, são criadas divisões desse Departamento, porém o mesmo não chega a funcionar.

As políticas de saúde começam a ser normatizadas pela União, para atender as necessidades econômicas. São criadas políticas específicas, para proteger populações específicas, como as que trabalhavam com café e cacau.

As ações de saúde se davam principalmente em caráter preventivo.

Em 1923 é promulgada a Lei Eloi Chaves, que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAFs), cujas funções eram, primordialmente, prestar benefícios em dinheiro e, secundariamente, prestar assistência médica.

As Caixas de Aposentadoria e Pensão estão voltadas ao atendimento do trabalhador urbano, protegendo os interesses da classe dominante.

Período de 1930 a 1960

A partir de 1930 a expansão da atividade econômica acelerou o crescimento da população trabalhadora, tendo como consequência uma nova orientação da política da expansão do seguro social.

As CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões-IAPs, de âmbito nacional, divididos conforme as categorias profissionais ou conjuntos de profissões correlatas.

A gerência desses IAPs se dava por uma Comissão Tripartite, composta por representantes dos empregados, dos empregadores e do Estado.

Os Institutos montaram alguns ambulatórios e hospitais, em geral na Sede do Governo que era o Rio de Janeiro, porém predominava o credenciamento de serviços médicos.

Politicamente, vigorava o Estado Novo e a proposta de Getúlio Vargas era diferenciar a economia brasileira, para torná-la independente dos rumores internacionais. O Brasil começa a substituir a importação de maquinário, iniciando concretamente seu processo de industrialização pesada.

Essa política de industrialização não podia se contrapor à economia da agro-exportação (que era a sustentação da oligarquia).

É montado o aparato do Estado, para fortalecer e impor o Estado-Nação frente aos poderes locais, regionais. Esse aparato inclui a criação de vários Ministérios: como o do Trabalho, Indústria e Comércio, e o da Educação e Saúde.

Em 1931 é criado o Ministério da Educação e da Saúde, e em 1953 é desmembrado em Ministério da Saúde e

Educação. Ao longo desse período, começam a surgir as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a nível dos Estados membros.

Em 1934 é criado o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social.

A prática de Saúde Pública é desenvolvida pelo aparelho estatal, num caráter coletivo e geralmente preventivo.

A partir de 1937, o governo populista passa a assumir a coordenação e implantação das Unidades de Saúde Pública nos Estados mais pobres. Nesse ano é instituído o Serviço Nacional da Febre Amarela, totalmente controlado pelo Governo Federal. Em 1937 é instituído o Serviço de Malária, no Nordeste.

Principalmente a partir de 1940, o Estado organiza sua rede de serviços através de Programas : (Materno-Infantil, Tuberculose, Hanseníase). A preocupação com a hanseníase, tuberculose e doenças mentais não era pelo doente, mas sim, por ele representar uma ameaça social. Em 1941 são institucionalizadas as Campanhas Sanitárias.

Quanto à previdência social, fica evidente a drenagem dos recursos dos IAPs para financiamento de empreendimentos econômicos estratégicos para a industrialização do país, como por exemplo: a Companhia Hidrelétrica do Vale do São Francisco, Petrobrás e até a construção de Brasília.

A política de previdência social rapidamente converte-se num mecanismo de captação de recursos dos trabalhadores para investimentos cuja orientação escapava inteiramente ao seu controle.

Cristaliza-se o perfil da política previdenciária brasileira, cujos traços principais são:

- centralização
- burocratismo
- ineficiência

Com a democracia populista, o processo de intensa mobilização e luta dos trabalhadores na busca de formas de organização não verticalizadas, transforma o controle da previdência social num importante elemento de reivindicação desses setores, que demandam o controle dos IAPs. Politiza-se a questão previdenciária numa disputa entre Estado e Trabalhadores: enquanto o primeiro defendia a permanência de suas características clientelísticas e resistente a qualquer forma de controle reivindicada pelos seus principais e quase exclusivos financiadores - os trabalhadores assalariados urbanos reivindicavam, exatamente por a financiarem, o seu controle.

Em 1943 é regularizada a Legislação Trabalhista que normatiza a relação entre capital e trabalho (em última análise, dita as regras para o capital explorar o trabalhador). Também é regularizada a Legislação Sindical, inspirada na Carta Del' Lavoro - legislação italiana de caráter fascista que dita as formas permitidas de reivindicações dos trabalhadores. Os sindicatos passam a ser fracionados, e não mais nacionais, e ficam subordinados ao aparelho de Estado, e tinham como funções prestar assistência jurídica, assistência médica e lazer aos trabalhadores, sendo proibido qualquer forma de mobilização e greve.

Na década de 50, o empresariado discute o dever do Ministério da Saúde de cuidar da saúde de todos os habitantes do país.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, o qual é composto por:

- Departamento Nacional de Saúde (tuberculose, hanseníase, malária, câncer e doenças mentais).
- Departamento da Criança (assistência materno infantil das unidades de saúde pública e de educação sanitária).
- Fiscalização do exercício profissional.
- Centros de formação de profissionais em saúde pública.

Ainda na década de 50, houve expansão dos Serviços Especiais de Saúde Pública, que incorporam outros serviços, como a assistência médica.

Com a criação do Ministério da Saúde (1953) ocorreu uma inversão de recursos, aumentando o gasto com assistência médica individual e diminuindo os gastos com ações coletivas.

A extensão de serviços foi fruto de uma pressão de demanda da população, e não de uma política de transformação por parte do Estado

O acelerado ritmo da industrialização e urbanização provoca um rápido aumento da demanda de serviços médicos das instituições previdenciárias, tendo como consequência a inversão da curva de investimentos em saúde pública e em assistência médica: esta cresce de forma bastante acelerada enquanto a primeira apresenta tendência descendente.

A atuação do Estado no setor saúde passa cada vez mais a ser regida pela lógica que define sua área de competência, primordialmente, em medidas de caráter coletivo (da esfera da saúde pública), cabendo ao setor privado,

financiado pela previdência social, a assistência médica individual. Nesse processo, progressivamente o setor público vai assumindo um caráter complementar, tendo que suprir a ausência do setor privado, onde este não tem interesse em investir devido a inviabilidade de retorno econômico.

Em 1955 há o aparecimento das empresas médicas (medicina de grupo) para prestar assistência médica individual, porém, sem o suporte da previdência social, elas encontram dificuldades em avançar.

Em 1956 é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, de onde se derivou a SUCAM.

Nesta década, com a queda do Estado Novo, e com a redemocratização do país, é facilitada a articulação de movimentos sociais, começando a serem elaboradas as propostas de alternativas de cunho reformista, frente às políticas que vinham sendo implementadas pelo Estado nos diversos setores. É nesse momento que surgem as discussões de uma possível Reforma Sanitária principalmente por profissionais de saúde, onde se destacam sanitaristas acadêmicos, como Samuel Pessoa Filho.

Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, que propõe a uniformização dos Institutos, em termos de benefícios prestados, quando também é assumida como parte inerente da previdência social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários. A organização dos serviços de saúde teve aí selada sua lógica privatizante e seu perfil cada vez mais distante das reais necessidades das classes assalariadas.

Essa Lei Orgânica é promulgada sob forte pressão dos trabalhadores, que passavam a exigir eficiência do sistema previdenciário. Ela representa a plena maturação de um ciclo, destacando-se, dentre suas consequências, a

reafirmação da reduzida participação dos trabalhadores na gerência e controle dos Institutos.

Apresenta-se um quadro de radical transformação da armação institucional e financeira do perfil da política social.

O contexto é caracterizado pelos acelerados processos de industrialização, urbanização e transformação da estrutura social brasileira. No plano das políticas sociais, a alteração é radical porque é esse o momento em que efetivamente se organizam os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e seletiva anterior, abrindo espaço para certas tendências universalizantes, mas principalmente para a implementação de políticas de massa de relativamente ampla cobertura. Embora mantendo fortes características de exclusão, o sistema de proteção avança para a incorporação, ainda limitada e socialmente discriminada, dos trabalhadores rurais.

Em 1963 é criado o FUNRURAL, que prestava um certo tipo de assistência médica aos trabalhadores do campo.

Com o regime militar (1964) são rompidas todas as ligações de representações de interesse entre Estado e sociedade civil. Há intervenção e até fechamento dos canais de participação popular.

Intensificou-se o processo de industrialização de ponta, facilitando ainda mais a entrada do capital estrangeiro, na lógica do capital monopolista. O processo de urbanização intensificou-se de maneira brutal, pela necessidade de mão-de-obra.

Sob as características autoritárias e tecnocráticas do regime que se instalou em 1964, se completa o sistema de

Welfare State (Estado de Bem-Estar) no Brasil: define-se o núcleo da intervenção social do Estado; arma-se o aparato centralizado que suporta tal intervenção; são identificados os fundos e recursos que apoiarão financeiramente os esquemas de políticas sociais; definem-se as regras de inclusão/exclusão social (conforme posição ocupacional e de renda adquirida a nível da estrutura produtiva). No caso da previdência social, esse é o princípio vigente desde o surgimento do sistema.

O golpe militar de 1964, afastando trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial, realiza um projeto que data de 1945 e que se revelou inviável no período da democracia populista: a unificação da previdência. Em 1966 cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS -, fora de qualquer controle das classes assalariadas. O INPS é a fusão de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, nos moldes de reunificação e centralização no poder federal. Os representantes dos empregados e empregadores, até então participantes, são retirados da gestão. O Estado não quis abrir mão da gerência da Previdência Social, pelo seu significado econômico.

O INPS foi criado pelo Ministério do Trabalho e prestava serviços em 2 áreas:

- seguridade social - (benefícios)

- assistência médica - só para quem era contribuinte do sistema (população previdenciária), assumindo, paulatinamente, maior presença pública não a parte de benefícios, mas a de assistência médica. Principalmente após 1966, a privatização da assistência médica é acelerada por meio de:

- credenciamento médico e hospitalar - pagamento por serviço prestado (pós pagamento); cada médico tinha uma

cota com a Previdência Social, e não havia controle público. A lógica era de ter o maior número possível de atos médicos.

- convênios - com indústrias/empresas, para que estas cobrissem a assistência médica dos trabalhadores, mediante pré-pagamento. Era uma relação entre empresas e medicina de grupo, onde a primeira deixava de recolher uma parcela para a Previdência Social, para pagar os convênios. A lucratividade se baseava no menor número de ato médico prestado.

Seja pela forma de credenciamento ou convênio, a Previdência Social propiciou o mercado para o setor privado e, com isso, há uma diminuição crescente de investimento do Orçamento da União na área da saúde.

Desde os fins dos anos 60, o crescimento do espaço assistencial de políticas sociais somente veio reforçar a dimensão clientelista; a abertura do sistema político, pós-85, deixou transparecer, com maior nitidez, essa característica.

Nos setores de educação e de saúde, a dimensão corporativista ganhou importância, principalmente devido a expressão dos setores profissionais envolvidos no sistema - professores, médicos, paramédicos, etc.

Diante do que foi colocado, podemos afirmar que o Sistema de Saúde, que surge a partir de 1923, pode ser dividido em 2 sub-sistemas, os quais evoluem paralelamente:

1) Assistência Médica Individual-Curativa

- assenta-se na Previdência Social

- 1923 - Lei Eloi Chaves - cria as CAPS, para dar seguridade e assistência médica aos trabalhadores, segundo suas empresas

- 1930 - IAPs
- 1966 - INPS
- lógica privativista da oferta de serviços prestados.

2) Aparelho de Saúde Pública

- desenvolve ações coletivas e preventivas, a nível Federal (Ministério da Saúde), Estadual (Secretarias de Saúde) e quase nenhuma participação do nível municipal, com ênfase as Campanhas de Vacinação

- 1925 - surge o Centro de Saúde Geraldo Paula Souza, engajado na medicina preventiva.

- A partir de 1930 há o Modelo Médico-Sanitário, envolvendo higienização e educação para saúde e o controle de endemias.

- Posteriormente, volta-se ao controle das epidemias, a vacinação e a puericultura.

Considerando esses 2 sub-sistemas, constatamos que, inicialmente há uma hegemonia, em termos de aplicação de recursos, do sub-sistema do Aparelho de Saúde Pública. Ao longo do tempo, há uma inversão, e o Aparelho de Saúde Pública vai se recolhendo, principalmente na área de investimento, e progressivamente aumenta o custeio da assistência médica individual/curativa.

Concluimos que houve um nascimento dicotomizado e, ao longo da história, um sub-sistema perde espaço para o outro, levando a uma crise. Há um movimento de reformulação (que analisaremos adiante), com a AIS, VIII Conferência Nacional de Saúde, SUDS, Constituição Federal de 1988, SUS, cujos princípios integram esses dois sub-sistemas.

A assistência médica individual e curativa, principalmente no pós-64, e prestada hegemonicamente pelo setor privado, cuja lógica privativista e o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, só para trabalhadores do setor urbano.

O setor público cada vez mais vai se restringindo, principalmente a partir da década de 60. A prática coletiva/preventiva tende a desaparecer.

Apesar do regime militar aniquilar, oficialmente, a participação popular, a concentração urbana (consequência do processo de industrialização), propiciou a organização espontânea de movimentos sociais, principalmente à partir da década de 70, os quais centravam-se em reivindicações imediatas (como moradia, saneamento, saúde) e tinham o apoio do setor progressista da Igreja Católica.

Década de 1970

O processo de Reforma Sanitária do setor saúde, onde a municipalização dos serviços de saúde e a estratégia principal para se construir e viabilizar o Sistema Único de Saúde, começou a ser discutido, primeiramente, pelos movimentos de profissionais de saúde e movimentos populares, coincidindo com o início do esgotamento do regime militar, coincidindo com o processo de "abertura" do governo Geisel, onde as principais críticas ao Sistema de Saúde são em relação à sua forma autoritária, privativista, individualista, com uma lógica mercantilista da saúde.

Em 1971 é criada a Central de Medicamentos (CEME), vinculada diretamente a Presidência da República, cujo objetivo era atender a população mais carente, através do fornecimento de medicamentos básicos e imuno-biológicos. A CEME era responsável pela produção e distribuição de medicamentos, além de controlar o preço dos medicamentos básicos. Em 1973 houve uma proposta de reformular a CEME

através de sua estatização, para dar incentivo aos laboratórios nacionais, devido os gastos excessivos com patentes para o exterior. Em 1975 a CEME passa para o MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social).

Também em 1971 é criado o FRORURAL, destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, representando, formalmente, a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais.

Dada a primazia do setor privado lucrativo, acentua-se a tendência de concentração de equipamentos de saúde nos principais centros urbanos dos estados mais ricos e industrializados, acompanhando as diversidades regionais, evidenciando a discrepância de acesso ao atendimento entre a população urbana e rural.

Em 1974, dada a importância política que a Previdência Social assume no interior do regime militar como meio privilegiado de relação direta entre as massas trabalhadoras e o Estado, e sobretudo pelo volume de recursos que arrecada por ser o segundo orçamento da União, sendo inferior apenas ao Orçamento Geral da União, é formado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Com isso, o Ministério da Saúde recebe, cada vez mais, menos recursos do Orçamento Fiscal.

Em 1974, o Governo Federal, através do MPAS, libera o FAS - Fundo de Assistência Social -, para financiar obras de fundo social, através da Caixa Econômica Federal. Pelo FAS, o empresariado do setor médico obtinha o financiamento para a construção de serviços de saúde. Isso permitiu a capitalização do setor privado da saúde. O FAS financiou abertamente o setor privado para a saúde e o setor público para a educação.

O setor privado da saúde vai se constituindo através de um leque diversificado de vínculos com a

Previdência Social, via convênios (pré-pagamento) e credenciamentos (pós-pagamento), que, associado ao apoio do governo federal para investimento no setor - através do FAS - viabiliza um ritmo acelerado de capitalização, tendo como elementos auxiliares a garantia do mercado (pela compra de seus serviços pelo Estado) e a impunidade em termos de qualidade do serviço e prestação de contas para os órgãos financiadores.

Em 1975 é promulgada a Lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), pela qual, cabe ao Ministério da Saúde, preferencialmente, ações de caráter coletivo, e ao MPAS, preferencialmente, ações de assistência médica individual, através do INAMPS, a população inserida regularmente no mercado de trabalho. Há uma tentativa de estruturar a organização do sistema de saúde, abordando a saúde de uma forma mais ampla, envolvendo vários setores de atividades, tendo como sub-sistemas:

- sub-sistema de saneamento e controle do meio ambiente;
- sub-sistema de prestação de serviços de saúde;
- sub-sistema de apoio as atividades do sistema.

Em 1974/75 surgem os sinais de esgotamento do milagre econômico e, junto com a crise econômica, vem a crise da Previdência.

O Ministério da Saúde, diante da necessidade de melhorar o nível de vida da comunidade, em 1976 apresentou 2 programas importantes:

- PRONAM - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - para atuar no processo de produção e comercialização de alimentos básicos. Na realidade, tornou-se um grande comprador e distribuidor de alimentos

- PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, cujo objetivo era implementar e operar a estrutura básica de saneamento em municípios com menos de 20 mil habitantes (principalmente no Norte e Nordeste).

SINFAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

Em Setembro de 1977 foi implantado o SINFAS, através da Lei nº 6.439, havendo a separação do INPS (para prestação de benefícios em dinheiro) e o INAMPS (para prestação de assistência médica).

A instituição do SINFAS, ao separar a parte de benefícios e a de assistência médica, reconhece a importância que a assistência médica assume, enquanto volume de recursos a ela destinado e enquanto instrumento de barganha e de legitimidade política.

Sua criação foi justificada, entre outros fatores, pelo crescimento da população previdenciária, a sobrecarga em determinadas áreas de atendimento e a determinação política de expansão de serviços. O SINFAS é composto pelas seguintes entidades:

- Instituto Nacional de Previdência Social - INPS;
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS;
- Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA;
- Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor - FUNABEM;

- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV;

- Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS;

- Central de Medicamentos - CEME - na condição de órgão autônomo da estrutura do MPAS, cujas diretrizes preconizam a racionalização e institucionalização de um sistema oficial de produção e de controle de qualidade e distribuição de medicamentos, o apoio ao desenvolvimento científico-tecnológico do setor, e a capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos.

Em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário que institui o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - o FUNRURAL é extinto, apesar de manter a sigla devido as pressões de parlamentares vinculados ao meio rural, porém ocorrendo a extensão da previdência social para os trabalhadores do setor agrário, apesar da existência de inúmeros obstáculos para sua implementação, transformando-se numa política essencialmente clientelística. A novidade que apresenta refere-se a sua forma de financiamento, que tem como fonte um percentual da comercialização do produto pelo proprietário rural.

Na década de 70, além da atenção à saúde individual, prestada por Hospitais e Postos de Atendimento Ambulatorial Geral e Especializado, o INAMPS começa a se comprometer também com a prestação de serviços básicos de saúde, de acordo com a política de extensão de cobertura proposta pelo Governo, em consonância com diretrizes de organismos internacionais do setor.

No entanto, a efetividade dessas diretrizes de extensão da cobertura de serviços de saúde à toda população, bem como a melhoria da qualidade assistencial, encontra-se comprometida por uma série de fatores ligados ao modelo de

prestação de serviços de saúde vigente, cuja lógica era privatista, médica-curativa.

O crescimento da massa de contribuintes da Previdência Social, a ampliação dos serviços oferecidos à essa população, e o aumento considerável de seus custos unitários contribuíram, entre outros fatores, com que os gastos com a Assistência Médica da Previdência Social aumentassem de forma imprevisível e em ritmo maior que o da receita previdenciária. A assistência médica representou um ponto crítico no equilíbrio financeiro da Previdência Social, principalmente pela inexistência ou ineficácia de mecanismos de controle de acompanhamento das despesas com serviços médico-hospitalares contratados e conveniados.

O percentual da receita do SINFAS destinado à assistência médica não acompanhou o ritmo de crescimento das despesas, levando a um déficit de grande significação na área da assistência médica.

As formas através das quais o INAMPS presta assistência à população previdenciária são:

- serviços próprios do INAMPS - ambulatórios e hospitais;

- convênios com órgãos governamentais - ex.: Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde;

- convênios MEC/MPAS - para Hospitais Universitários e de Ensino;

- convênios rurais - para atendimento ambulatorial e hospitalar;

- convênios com sindicatos urbanos - para atendimento ambulatorial;

- convênio empresa - a empresa/indústria se encarrega de prestar serviços médicos a seus funcionários, diretamente ou através da contratação de serviços de terceiros e o INAMPS repassa a empresa, subsídios per capita, calculados pelo tipo de serviço conveniado,

- hospitais contratados - privados e filantrópicos;

- credenciamento ambulatorial - de serviços privados correspondentes (pessoas físicas e jurídicas)

- assistência patronal do SINFAS - prestação de todos os tipos de serviços médicos-odontológicos à clientela específica, constituída dos servidores do SINFAS e seus dependentes,

- assistência médica ao Acidentado do Trabalho.

A assistência prestada pela Previdência Social envolve: assistência médica, odontológica e farmacêutica.

Em 1979 foi deflagrada a Grande Crise da Previdência (1/3 dos recursos eram gastos com assistência médica individual). Por iniciativa da Secretaria do Planejamento, e não do próprio MPAS, vem à público o enorme rombo financeiro da Previdência Social, que já vinha ocorrendo há anos mas era de conhecimento exclusivo do governo. Vem à tona a fragilidade do suporte financeiro do SINFAS em razão do sistema de financiamento continuar sendo, fundamentalmente, uma função da massa salarial, tendo que atender o ritmo acelerado das demandas dos previdenciários e a ganância do setor privado. Diante desse quadro, as propostas formuladas seguiram duas ordens de raciocínio: aumento da receita (aumentando a alíquota de contribuição) e diminuição da despesa.

Na segunda metade da década de 70 ocorreram fatos que propiciaram maior articulação dos diversos movimentos,

dando bases para o que ficou conhecido como Movimento Sanitário. Neste período foi criado o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), em 1976, que congregou profissionais de Saúde Pública, e onde se discutia a redemocratização do país e do setor saúde, e tinha uma intervenção maior junto aos movimentos sociais. E em 1979 é fundada a ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que congregava um grupo mais voltado ao estudo e pesquisa e à assessoria ao Sistema de Saúde.

Em 1978 surge a Declaração de Alma-Ata, por iniciativa da O.M.S., reconhecendo a necessidade de coordenação das ações do setor saúde, e recomendando o planejamento executado em nível local, como a única forma de tornar os cuidados à saúde acessíveis a todas as populações, favorecendo a participação comunitária. Com o slogan "Saúde Para Todos no Ano 2.000", pretendia-se assegurar, pelo menos, um contato único do indivíduo com o serviço de saúde, no transcorrer de sua vida, visto que, nos países do 3º Mundo, 40% da população não tinha acesso a qualquer serviço de saúde. Primava-se pela extensão de cobertura, garantindo-se o acesso ao nível primário de atenção à saúde, porém entendendo-se como "coisa simples para gente simples".

Desde fins dos anos 70, via medicina previdenciária, abre-se o atendimento de urgência a toda a população, através do FPA (Programa de Pronto Atendimento). O FPA representou uma grande intensificação da estratégia de contratação de serviços médicos de terceiros, por parte da Previdência Social. Ao menos teoricamente, a atenção primária à saúde deveria estar sendo prestada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de forma gratuita e financiada com recursos de origem fiscal (e não das contribuições previdenciárias).

Nesse período, os princípios que estiveram à base da consolidação do "Welfare State" no Brasil e que marcaram seu funcionamento até as reformas que começaram a ser conduzidas nos anos 80 foram:

- extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do Governo;
- acentuada fragmentação institucional;
- exclusão da participação social e política nos processos decisórios;
- princípio da privatização;
- uso clientelístico da máquina social.

Tais princípios trouxeram como consequência:

- alto grau de ineficiência e ineficácia dos programas sociais;
- superposições de competências, de clientela-alvo, de objetivos, etc;
- acentuados desvios de alvos nos programas sociais;
- forma estanque na concepção e tratamento das carências sociais;
- exagerada demora no processo de alocação e aplicação de recursos;
- distanciamento entre os formuladores e executores de políticas e os seus beneficiários;
- quase total ausência de mecanismos de controle e avaliação dos programas sociais;

- instabilidade e descontinuidade dos programas sociais;

- peso significativo dos interesses burocráticos, corporativos e privados nas definições e dinâmica de funcionamento da máquina social do Estado

No que se refere à privatização das políticas sociais no Brasil, ela se apresenta de diferentes formas:

- dado o princípio de autofinanciamento, os usuários tem que pagar pelos serviços públicos, através das contribuições compulsórias;

- abertura do espaço para introdução de interesses privados no aparelho do Estado.

- financiamento público da produção e distribuição privada de bens e serviços sociais;

- diminuição da participação relativa do Estado nos setores sociais (educação e saúde em particular) e o correlato crescimento do setor privado na oferta desses serviços, procurados pelos usuários com capacidade de pagamento, até mesmo pela falência e precaridade dos serviços públicos.

Na década de 70 os vários segmentos da sociedade, ainda que bastante restritos, se mobilizam contra o descalabro do sistema de saúde vigente e em defesa do fortalecimento do setor público de saúde, condição necessária para que a saúde se constitua como um direito do cidadão.

Década de 1980

Desde o final dos anos 70, um conjunto de transformações vem se processando no campo das políticas sociais brasileiras, como:

- com a abertura do sistema político e já sob o impacto da crise econômica no início da década, são colocadas em prática iniciativas diversificadas de reordenação de algumas áreas e sub-áreas da ação social, principalmente à nível de governos estaduais e municipais;

- iniciado o período de transição e com o advento da Nova República, o período 1985/86 assiste a um movimento mais denso de alteração do perfil da proteção social no país, segundo critérios socialmente mais justos de equidade;

- a Constituição de 1988 consagrou novos direitos sociais e princípios de organização da política social.

Numa conjuntura política de transição democrática, o Brasil aderiu as recomendações da Declaração de Alma-Ata (1978), quando no III Plano Nacional de Desenvolvimento - período 1980-85, previa a descentralização das atividades do setor saúde e a transferência das atribuições de planejamento e prestação dos serviços aos estados e municípios.

Previdência-Saúde

Entre 1979/81 foi elaborado o PREV-SAÚDE, que foi um projeto de Política de Saúde bem abrangente, sem duplicidade ou sobreposição de ações, para aumentar a produtividade, considerando também:

- diferenciação das necessidades à nível do território nacional;

- descentralização do poder decisório;

- ênfase ao trabalho em áreas de concentração de pobreza (áreas rurais e periferia) e em áreas endêmicas;

- integralidade das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;

- responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle do sistema de saúde;

- princípio de base territorial - cada unidade de saúde ser responsável pelo atendimento integral de uma área e de uma população determinada;

- recursos do INAMPS - fortalecer o setor público e não o privado (reverter para o setor público os investimentos maciços na rede básica);

- extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde à toda a população;

- ampliação da rede pública e garantia de acesso aos diferentes níveis de atendimento

O Programa entendia a saúde como satisfação das necessidades básicas da população (visão ampla de saúde) e pretendia reorganizar o setor público de saúde, envolvendo a participação comunitária e a articulação dos diferentes níveis de atendimento.

Essa proposta, apesar de muito abrangente, não chegou a se efetivar, sendo o setor privado uma das forças que inviabilizou esse Projeto.

Em 1982, um pequeno conjunto de reformas tenta ampliar o volume de receitas destinadas a área social: além da elevação das alíquotas previdenciárias, é criado o FINSOCIAL - definido como um percentual do faturamento das empresas - o qual, também sensível às oscilações da economia, vai progressivamente, durante a década, substituindo recursos de origem fiscal, até mesmo nos orçamentos ministeriais, como os de saúde e de educação.

Portaria nº 3.046, de 20 de julho de 1982

A partir de 1982, acentua-se a dificuldade do INAMPS em gerir o sistema de saúde. Em 20 de Julho de 1982, o MPAS promulga a Portaria nº 3.046 que dispõe sobre:

1) o exame das propostas de credenciamentos, contratos e convênios na área da assistência médica da Previdência Social;

2) ordem de preferência dos serviços a serem conveniados ou contratados para expansão da rede (órgãos governamentais, entidades assistenciais sem fins lucrativos, sindicatos, etc);

3) parâmetros para orientar as atividades de planejamento assistencial do INAMPS. Esses parâmetros são de 2 tipos:

a) de cobertura: destinados a estimar as necessidades de assistência da população beneficiária;

b) de produtividade: destinados a estimar a capacidade ótima de produção de serviços dos recursos assistenciais já existentes ou propostos

Parâmetros de cobertura assistencial à beneficiário do INAMPS:

Consultas Médicas*	2/beneficiário/ano
Consultas Odontológicas	0,5/beneficiário/ano
Serviços Complementares	1,4/beneficiário/ano
Internações	0,1/beneficiário/ano

* em relação às consultas médicas, há uma distribuição percentual por especialidades.

Ocorreu uma progressiva deterioração do relacionamento entre o setor público e o setor privado, decorrente de uma política de redução deliberada dos repasses do INAMPS a este último setor, num contexto de forte expansão de custos, pela incorporação de tecnologia e elevação e mudança do perfil de cobertura da população. Este tipo de relacionamento contribuiu para que, de um lado, aumentassem o "pacto de fraudes", onde o INAMPS fechava os olhos para o fato de que a redução do valor da Tabela de Pagamentos era responsável pelo aumento do número de serviços-fantasma pagos pelo próprio INAMPS. Por outro lado, propiciou o descredenciamento voluntário dos estabelecimentos de melhor qualidade que abandonaram a rede pública.

Plano do Conase

O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, criado pelo Decreto nº 86.329, de 02/09/81, elaborou e promulgou, em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social.

As proposições desse Plano referem-se mais ao campo da assistência médica, que propriamente à promoção da saúde e às ações sanitárias sobre o meio.

Esse Plano considerava a necessidade do sistema atual ser mudado, visto que, além de apresentar baixos índices de qualidade de atendimento, produtividade, resolubilidade e reduzido aproveitamento da capacidade própria instalada, induz a distorções indesejáveis, ao desperdício de recursos e à ocorrência de fraudes. Sua implantação deveria ser de forma gradual e progressiva, competindo ao INAMPS a responsabilidade primordial pela sua execução. Tinha uma perspectiva pragmática e abriu a possibilidade efetiva de se iniciar as mudanças requeridas no setor. Tinha por finalidades:

" - estudar e propor normas mais adequadas à prestação de assistência à saúde da população previdenciária;

- indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da referida assistência;

- propor medidas de avaliação e controle para o sistema de assistência médica.

É sugerida uma ampla reforma do sistema de saúde vigente, cujos aspectos principais são.

1) prioridade maior às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, representando a verdadeira porta de entrada ao sistema;

2) integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado;

3) utilização plena da capacidade de produção de serviços por essas instituições;

4) estabelecimento efetivo de níveis e limites orçamentários para a cobertura assistencial;

5) administração descentralizada dos recursos previstos;

6) reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada, na prestação da assistência;

7) simplificação dos mecanismos de pagamento de serviços prestados por terceiros, com o necessário controle pelos órgãos públicos;

8) racionalização das indicações e prestações de serviços médicos de custo elevado;

9) planejamento da assistência à saúde, de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis;

10) programação financeira do sistema de saúde;

11) hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, obedecidas as características locais;

12) vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde da sua área, de cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis;

13) melhoria do atendimento ao público através de:

- racionalização da demanda aos serviços,
- utilização de sistemas racionais e modernos de marcação de consultas;
- treinamento específico de pessoal para atendimento ao público

14) regionalização progressiva do Sistema de Saúde, planejado e coordenado a nível estadual por uma Comissão paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual da Saúde e, quando viável, com a participação de outros órgãos e entidades representativas da sociedade, de caráter científico, comunitário e de classe;

15) estabelecimento de critérios de repasse financeiro do INAMPS, às demais instituições públicas, de ensino e beneficentes conveniadas, nos seguintes termos:

- No nível ambulatorial: participação no custeio.
- No nível hospitalar: subsídio por alta e por atendimento ambulatorial.

16) revisão dos critérios de concessão de financiamento pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

(FAS) de modo a corrigir as distorções ainda existentes, em termos de tipos e distribuição geográfica dos investimentos a serem aprovados;

17) substituição da remuneração feita pelo valor de Unidade de Serviço (US), Diárias, Taxas de Sala e Medicamentos, pelo pagamento por Procedimento Clínico ou Cirúrgico (consolidado na Tabela de Procedimentos), levando a uma simplificação das contas médico-hospitalares e de seu processamento, com conseqüente agilização dos pagamentos e melhor controle dos gastos;

18) introdução de novos mecanismos de auditoria técnica, visando assegurar uma melhoria da qualidade assistencial;

19) implantação das medidas relativas à reorientação do nível ambulatorial, através do "Projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial INAMPS-Credenciados" e do Convênio trilateral MPAS/MS/SES. O CONASP apresenta duas propostas:

- AIS - Ações Integradas de Saúde
- AIH - Autorização de Internação Hospitalar" (22)

No ano de 1983 assumem os primeiros governadores eleitos pela oposição (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, entre outros), que requisitaram diversos profissionais do Movimento Sanitário para fazerem parte da equipe dirigente do setor saúde, o que possibilitou colocar em prática algumas das propostas deste Movimento para o setor saúde, tais como:

- ampliação da rede de serviços e extensão dos serviços oferecidos;
- planejamento descentralizado das ações de saúde;

- montagem do sistema de Vigilância Epidemiológica;

- início dos Programas de Saúde do Trabalhador.

Neste período se realiza um intenso intercâmbio entre técnicos com outros países que tem seus sistemas de saúde organizados em bases e lógicas diferentes, como a Itália, Inglaterra e Cuba.

Face aos desastrosos efeitos da hipercentralização, da fragmentação, das superposições de programas e clientela, e também frente às mais fortes pressões e demandas sociais sofridas nos anos de 1983 e 1984 - pela crise, desemprego e omissão do Governo Federal -, os governos estaduais e municipais, particularmente os de oposição, começam a por em prática algumas medidas no campo social, marcadas pelas seguintes características:

- busca de alternativas de baixo custo;

- concepções descentralizadas de decisão e gestão de programas sociais

- elevação do grau de participação popular, inclusive na produção de bens e serviços sociais (por exemplo, os mutirões);

- tentativas de integração de ações sociais face a clientela específicas (menores, favelados, desempregados, etc).

AIS - Ações Integradas de Saúde

Em 1983 começam a ser viabilizadas as AIS - Ações Integradas de Saúde, parte integrante do PLANO do CONASP, através de um convênio de integração entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da

Previdência e Assistência Social, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde.

O Programa de Ações Integradas de Saúde encerrou, em seus princípios e diretrizes, a histórica aspiração do setor saúde por mudanças efetivas. Buscou o trabalho conjugado e compartilhado, entre os serviços de saúde, procurando caminhar no sentido de construir, no país, um sistema de saúde que pudesse atender, satisfatoriamente, as necessidades de assistência à saúde da população brasileira.

As AIS se consolidaram em convênios tripartites: União/ Estado/ Município, onde esses dois últimos recebiam recursos para atendimento médico-individual dos previdenciários. Porém, essa descentralização continuava extremamente centralizada, onde o repasse de verbas correspondia a outros interesses. Esse Programa foi uma forma de incorporação do setor público na prestação de serviços de atendimento à saúde.

A implantação do Programa AIS se dá diante da crise de 1980/81, inserida num conjunto de medidas voltadas para a contenção de despesas e diante da compreensão de que a causa do déficit orçamentário residia no elevado gasto com assistência médica. Junto à AIS, surge a proposta da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), pagando as internações hospitalares pelo custo global do procedimento médico, e não mais pela somatória dos gastos de cada ato parcelado, como anteriormente era feita através da US (Unidade de Serviço).

O sistema de remuneração por US induzia a superprodução de serviços, além de:

- desarticulação dos serviços privados contratados e credenciados, com a rede pública;

- baixa resolutividade do nível ambulatorial, gerando um exagerado percentual de internações e serviços complementares;

- oferta excessiva de serviços - em algumas regiões, inclusive devido uma expansão exagerada da rede hospitalar privada, apoiada pelos recursos do FAS, em anos anteriores;

- superfaturamento, através de contas médico-hospitalares cobradas indevidamente, por incluírem:

- falso diagnóstico.

- atos médico-hospitalares desnecessários

- tempo de permanência exagerado

- atos médico-hospitalares não realizados,

- etc.

As AIH permitem maior controle sobre o setor privado, que resiste aos limites impostos à sua lucratividade, através de uma diminuição da qualidade do atendimento.

Já as AIS institucionalizam um novo padrão de relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde - estadual e municipal - na medida em que criam mecanismos de repasse de recursos da primeira para essas instâncias de governo, que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico-individual à população previdenciária, o que, aliás, já vinha ocorrendo diante do crescimento da demanda e da seletividade que o setor privado impunha ao atendimento dessa população.

Os recursos do INAMPS, originários fundamentalmente da contribuição dos assalariados, passam a ser socializados nos gastos com assistência médica da população em geral.

Os princípios e diretrizes que deveriam nortear a elaboração e a implementação das Ações Integradas de Saúde em cada Unidade Federada eram:

- responsabilidade do poder público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde;
- integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público, ao qual estará articulado, técnica e funcionalmente, o setor privado prestador de serviços;
- definição de programas, ações e atividades, a partir do quadro de doenças mais prevalentes a nível regional e local;
- integralidade das ações de saúde, superando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar;
- regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados;
- valorização das atividades básicas de saúde, assegurando-se o encaminhamento dos casos de comprovada necessidade de atendimento mais complexo;
- utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública;
- descentralização do processo de planejamento e de administração;
- desenvolvimento de recursos humanos como condição básica de operação do sistema;

- reconhecimento da legitimidade de participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções e na avaliação do nível de desempenho da assistência privada;

- planejamento da cobertura assistencial, a partir das necessidades de atendimento da população, com parâmetros e estratégias assistenciais de melhor relação custo/benefício". (21)

Para dar efetividade ao princípio de descentralização, era necessário estabelecer Comissões Interinstitucionais de Saúde, gestoras das ações de saúde nos diversos níveis: estadual, regional e municipal. Essas Comissões constituíam instâncias de decisão, planejamento, gestão e acompanhamento das Ações Integradas de Saúde, e eram assim estruturadas:

- CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde

- CRIS - Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde

- CLIS ou CIMS - Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde, correspondendo a municípios ou conjunto de municípios

- CIPLAN - órgão deliberativo interministerial MS/MPAS/MEC.

A programação conjunta entre MPAS, MS, MEC, SES e SMS deveria contemplar áreas gerais, que englobam as atividades desenvolvidas nos diversos níveis da rede de serviços de saúde, e áreas prioritárias específicas, como: Controle de Doenças Transmissíveis, Promoção da Saúde da Mulher e da Criança e Doenças Redutíveis por Saneamento. A programação deveria ser ascendente e integrada, na medida do possível, a partir do nível local (CLIS ou CRIS).

Considerava a AIS a assistência à saúde da mulher e da criança uma prioridade, por ser este segmento populacional de alta vulnerabilidade biológica e social. As elevadas taxas de morbi-mortalidade desse grupo são decorrentes das más condições de vida da maioria da população. Cabe aos serviços de saúde papel importante na modificação dos perfis nosológicos.

O avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta de descentralização, como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. Isso pressupõe que o Estado, em todos os níveis, assuma a produção desses serviços ou pelo menos grande parte dela, e exerça um rígido controle sobre o setor privado.

Reconhece-se a necessidade de uma maior articulação inter-institucional, inclusive com o envolvimento das prefeituras municipais, e a participação das comunidades, para alcançar o aproveitamento de recursos técnicos e financeiros, além da maximização da utilização da capacidade instalada.

Nas AIS definem-se três níveis de cuidados de saúde:

" a) cuidados primários - os serviços neste nível estão voltados aos problemas mais prioritários de saúde, facilitando o acesso direto do usuário e servindo de porta de entrada do sistema;

b) níveis de cuidados secundários e terciários - são níveis de apoio ao nível primário, com acesso condicionado à referência, ou direto, nos casos de risco. Proporcionam assistência em nível ambulatorial ou hospitalar, incluindo consultas médicas especializadas".

(21)

Em 1985 assume o governo da Nova República, com compromissos de democratizar o país e enfrentar os desafios que a sociedade brasileira requer. Neste contexto se realiza, em 1986, a marcante VIII Conferência Nacional de Saúde, onde podemos considerar que ocorre uma consolidação do Movimento Sanitário, que viu aprovadas suas propostas de se efetivar uma Reforma Sanitária a nível nacional. Estas mesmas propostas, em grande parte, são conquistadas no processo de elaboração da Constituição Federal, promulgada em 1988.

VIII - Conferência Nacional de Saúde :

Teve participação efetiva de quase todas as instituições atuantes no setor, e também as representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e partidos políticos.

Consideram que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua ação institucional, revendo-se a legislação que refere-se à promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se convencionou chamar a Reforma Sanitária.

Foi consenso a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público, e a participação do setor privado deveria se dar através de concessão e contrato com o serviço público.

A saúde é vista num sentido mais abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde, sendo resultado da forma de organização social de produção, definida num contexto histórico de determinada sociedade,

num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população.

O direito à saúde significa garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualdade às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do Território Nacional. Esse direito não se materializa apenas pela sua formalização no texto constitucional, mas o Estado tem que assumir explicitamente uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais.

Constataram como diagnóstico do sistema de saúde, um acúmulo histórico de vicissitudes, originando um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar, e onde o modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito da população.

Prioriza também o fortalecimento dos estados e municípios através de uma ampla reforma fiscal e tributária; o estímulo à participação da população organizada nos núcleos decisórios, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; compromisso orçamentário a nível da União, Estados e Municípios, para o adequado financiamento das ações de saúde, e a não mercantilização da medicina e melhoria dos serviços públicos.

Quanto ao Sistema Nacional de Saúde, preconizam uma reestruturação do mesmo, resultando na criação de um Sistema Único de Saúde, que efetivamente represente a construção de um novo sistema institucional, separando saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. Princípios desse novo Sistema Nacional de Saúde:

"- Descentralização na gestão dos serviços

- Integração das ações, superando a dicotomia preventivo/curativo.
- Unidade na condução das políticas setoriais.
- Regionalização e hierarquização da rede prestadora de serviços.
- Participação popular.
- Fortalecimento do papel do município.
- Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde.
- Universalização à cobertura populacional.
- Equidade ao acesso.
- Isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente do Plano de Cargos e Carreiras.
- Composição multiprofissional das equipes.
- Formação e capacitação dos profissionais de saúde". (10).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde também discutiu-se sobre as atribuições principais de cada nível de governo (federal, estadual e municipal).

Quanto ao financiamento do setor saúde, defende:

- A constituição de um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios.
- A criação de Fundos de Saúde nos diferentes níveis de governo.

- O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado, a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios, com uma ampla e profunda reforma Tributária.

- A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal, mas também considerar as condições de vida e de saúde da região.

Nas concepções e estratégias de política social anunciada pelo Governo da Nova República através de seus principais documentos, foram propostas medidas nas áreas de abastecimento, saúde, educação, habitação, assentamentos agrários, estímulos à integração da pequena produção (de alimentos) e programas regionais de alimentação. Tais estratégias do Executivo consistiram basicamente em propor a criação de grandes comissões setoriais responsáveis pelas proposições mais gerais de reformas nos campos da previdência social, assistência social, habitação, saneamento, educação, reforma sanitária. Essas comissões em geral foram organizadas em cada Ministério pertinente e eram compostas por técnicos e decisores governamentais, especialistas acadêmicos, membros da sociedade civil, representantes de sindicatos e associações profissionais.

Os mais fortes princípios presentes nessa estratégia de reorganização da proteção social no país são:

- A descentralização, com sua forte vertente de municipalização.

- Integração dos serviços e benefícios sociais face às clientela dadas.

- Participação popular nos processos de decisão, implementação e controle dos programas sociais.

- Uma concepção alternativa de produzir, organizar e distribuir bens e serviços sociais.

Avaliando esses Programas de Prioridades Sociais, percebemos que seus resultados foram muito aquém das metas anunciadas, além da ausência de avaliações e acompanhamento, assim como de sua continuidade após 1986.

Referente às grandes comissões, com a única exceção da Previdência Social, ao criar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o mérito que algumas delas tiveram foi o de terem contribuído para o debate de decisões dos constituintes, em 1988.

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

O Programa de AIS foi implantado em todo o país, até 1987, quando é criado o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, por Decreto-Lei federal, sob influência da VIII Conferência Nacional de Saúde.

O SUDS atenta para a maior participação do município no setor saúde, e é um passo para a municipalização dos serviços de saúde (a política de municipalização foi assumida no Programa das AIS), sendo uma estratégia para o SUS.

Com o SUDS, há o repasse de recursos e equipamentos, dentro de um processo de descentralização, para Estados e Municípios. Ampliou-se o processo de municipalização e em 1989 grande parte do Estado de São Paulo já estava municipalizado.

O INAMPS transferiu uma parcela de sua responsabilidade para Estados e Municípios, com acréscimo real de recursos para estes. Após esse acréscimo real inicial, houve a retirada desse recurso por parte do INAMPS.

acarretando um compromisso financeiro maior por parte dos Estados e Municípios, que prestavam o atendimento à saúde.

O SUDS se concretiza sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde, que, por sua vez, estabelecem convênios com os municípios. Esses convênios começam a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o comando do sistema no âmbito estadual.

Em épocas de crise, como a vivida nos anos 80, os gastos com saúde são os mais afetados, visto que a política de caixa única faz com que as despesas com saúde sejam residuais frente às despesas com benefícios previdenciários, que são compromissos fixos.

Tendo em vista evitar maiores quedas nos gastos com saúde no futuro, alguns grupos técnicos ligados ao Governo e ao Congresso começaram a elaborar propostas que permitissem:

- Estabilidade das fontes de custeio, inclusive nos momentos de crise.
- Diversificação das bases de financiamento.
- Melhoria das condições de gestão, visando a racionalização das despesas e a redução dos níveis de fraude e sonegação.

Uma das soluções aventadas pelo grupo técnico da Comissão Nacional de Reforma Sanitária seria a separação dos recursos voltados para a saúde e para benefícios previdenciários. No entanto, a proposta que acabou tendo hegemonia nas discussões do Congresso foi a da Seguridade Social que unificava todos os recursos federais voltados para o financiamento da saúde, previdência e assistência social num único orçamento. Esta proposta acabou sendo incorporada a Constituição de 1988.

Os indicadores sociais dos anos 80 mostram que, apesar do alto gasto social, que tenderia a aproximar o Brasil dos países mais desenvolvidos, convivemos ainda com situações de pobreza e miséria inaceitáveis para os graus já alcançados de desenvolvimento econômico. Observa-se que, em relação à política social, os recursos nem sempre foram bem aplicados, quando considerados os baixíssimos resultados em termos de efetividade de melhoria das condições básicas de vida da população. E considerando os imensos déficits sociais acumulados, podemos afirmar que esses gastos ainda são poucos.

Num modelo de tipo "hospitalocêntrico", que privilegia a assistência médica de natureza ambulatorial, apoiado prioritariamente por recursos da Previdência Social (INAMPS) e fortemente assentado na compra de serviços junto ao setor privado (responsável por 70% dos atos médicos do sistema), as ações de saúde pública, de tipo preventivo atendidas com apenas 15% dos recursos públicos aplicados na área, contra 85% dirigidos à medicina curativa, foram incapazes de garantir melhorias constantes nos indicadores sociais mais importantes. Mesmo a taxa de mortalidade infantil, historicamente em declínio, permaneceu, nos últimos anos da década de 80, em 53 por mil nascidos vivos, mais alta que encontrada em vários países de nível de renda inferior ao nosso.

Constituição Federal de 1988

Inegavelmente, a nova Constituição representou avanço significativo no padrão brasileiro de proteção social até então vigente, tendo uma direção mais universalista e igualitária de organização da proteção social no país.

As inovações introduzidas sugerem adensamento do caráter distributivista das políticas sociais, assim como de

maior responsabilidade pública na sua regulação, produção e operação.

Algumas características dessas inovações são:

- ampliação e extensão dos direitos sociais
- universalização do acesso e a expansão da cobertura
- certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema
- concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção
- maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento de todo o sistema

Sob o conceito de seguridade social foram ampliadas as concepções relativas à previdência, saúde e assistência social: além de se registrar de modo detalhado o financiamento da área, a redefinição dos planos de benefícios e as proposições sobre as formas de organização, apontam para um patamar bastante elevado de universalização do acesso àquelas três áreas.

É fundamentalmente em relação à saúde que o princípio da universalização da cobertura e atendimento mais se diferencia em relação ao passado: garante-se o acesso igualitário à toda população, o qual deverá ser afirmado em termos organizacionais: a definição de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único em cada nível de Governo. Além da descentralização, enfatiza-se o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e a participação da comunidade. A saúde é intitulada como um direito de todos e dever do Estado, enquanto acesso universal e equitativo às

ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

" No referente à assistência social, a nova Constituição prescreve um avanço bastante acentuado. Prevista como um direito da população, independentemente de contribuições prévias de qualquer natureza, as ações assistenciais são concebidas para dar garantia de mínimos sociais àqueles que estiverem necessitados ou cujos rendimentos estiverem em patamar inferior a um mínimo considerado. Substantivamente, prevê-se a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice" (7)

Em relação à previdência social, a igualização entre trabalhadores urbanos e rurais constituiu o passo mais importante na correção das desigualdades anteriores do sistema. Modificações foram introduzidas de modo a permitir um critério de seletividade para a maior proteção aos segurados de baixa renda e seu dependentes. Houve ampliação dos valores dos benefícios e garantia de sua manutenção. Apesar de definida uma reorganização do Sistema Previdenciário como um todo, a base de financiamento continua sendo compulsória.

A materialização desse avançado sistema de direitos sociais, preconizados pela nova Constituição, dependerá de inúmeras variáveis, desde os detalhamentos da legislação complementar, à clara definição das disponibilidades de recursos para o financiamento de políticas sociais, até a firme decisão política.

A Constituição de 1988, baseando-se nas propostas da 8a. Conferência Nacional de Saúde (1986) estabeleceu, no capítulo de Seguridade Social, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de 3 aspectos principais:

1- Incorpora o conceito mais abrangente de saúde, tendo como fatores determinantes e condicionantes o meio físico, o meio sócio-econômico-cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

2- Legitima o direito de todos às ações de saúde, em todos os níveis, sem qualquer discriminação, assim como explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é de responsabilidade do poder público.

3- Estabelece o Sistema Único de Saúde-SUS- formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos seus usuários.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada e as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

O SUS é constituído pelas ações e serviços públicos de saúde, e a participação das instituições privadas poderá se dar de forma complementar.

Princípios do SUS:

-Universalidade - garantia de atenção à saúde, em todos os níveis, a todo e qualquer cidadão

-Equidade - assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira; assegurar o tratamento igual, não discriminatório a cada um segundo suas necessidades.

-Integralidade - reconhecimento da pessoa como um todo indivisível, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também formam um todo, para atender o

indivíduo, entendendo-o como um ser integral; reconhecimento que o indivíduo pode ser a expressão de um coletivo, e que o coletivo é a expressão de indivíduos os quais necessitam de ações individuais e coletivas.

-Regionalização e Hierarquização- os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com uma população adscrita, para um compromisso e responsabilidade mútua.

Uma rede de serviços regionalizado e hierarquizado se fundamenta numa proposta técnica de níveis de atenção com grau de complexidade diferente dos serviços, e envolve: expansão de cobertura, resolutividade, acesso, racionalização de recursos.

-Resolutividade - o serviço deve estar capacitado para enfrentar e resolver um problema até o nível de sua competência.

-Descentralização - redistribuição das responsabilidades e autonomias entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde.

-Participação dos cidadãos- garantia de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

-Complementariedade do setor privado quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, e isso deve se dar sob 3 condições:

a) celebração de contrato conforme normas de direito público, e o interesse público prevalecendo sobre o particular;

b) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS

c) integração dos serviços privados, em posição definida, na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

" Pelo artigo 200, compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da lei.

I- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemo-derivados e outros insumos;

II- Executar as ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador;

III- Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V- Incrementar em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico

VI- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

VIII-Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho". (6)"

O governo Collor assume em 1990, defendendo o discurso de um projeto neo-liberal, priorizando a privatização de estatais e não intervenção do Estado.

Entendemos a Privatização significando um movimento que, partindo do Estado em direção ao setor privado, leva a redução das atividades e funções anteriormente exercidas pelo primeiro e a ampliação do segundo.

Em 19.09.90 a lei orgânica do SUS, Lei N 8.080 é promulgada pelo então presidente, com vetos de questões fundamentais para a consolidação do SUS.

-Lei N 8.080 de 19 de Setembro de 1990

Define o sistema único de Saúde como sendo " o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". (8)

Essa lei dispõe sobre a organização e regulamentação do SUS em todo o território nacional.

Sem pretensão de esgotar o assunto, assinalamos algumas atribuições das 3 esferas de governo, para a viabilização do SUS, conforme consta na Seção II- Da Competência - da lei referida acima:

"A Nível Federal:

.definir diretrizes de caráter nacional, as quais deverão ser contempladas nos níveis locais, respeitando-se suas especificidades.

.formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde

.viabilizar as conferências nacionais

.subsidiar o desenvolvimento científico e tecnológico

.normatizar e coordenar, nacionalmente, o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados

.coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional

.elaborar e controlar normas e mecanismos de proteção do meio ambiente (incluindo ambiente de trabalho)

.analisar, a nível nacional, os dados epidemiológicos do sistema de informação

.normatizar e executar, junto com Estados, Municípios e Distrito Federal, a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras

.estabelecer parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano

.prestar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios, para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional

.elaborar o Planejamento Estratégico Nacional

.executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como nos casos de epidemias, que possam escapar ao controle da direção estadual ou que representem risco de disseminação nacional.

A Nível Estadual:

.prestar apoio técnico aos Planos de Saúde elaborados e executados pelos Municípios

.executar ações e serviços de saúde de caráter suplementar

.execução de uma política de medicamentos, imunobiológicos e outros insumos, cuja formulação e controle sejam realizados por uma comissão composta por representantes da população, dos trabalhadores e da administração municipal e estadual (Consideramos ser de competência estadual, para garantir uma cobertura regionalizada e uma agilização de permuta entre municípios, quando necessário, respeitando, o mais possível, as especificidades e necessidades dos municípios).

.participar, junto com outros órgãos governamentais, do controle dos agravos do meio ambiente

.participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico

.participar das ações de controle e avaliação das condições do meio ambiente e dos ambientes de trabalho

.colaborar com a União na normatização e execução da vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras

.acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos no âmbito da Unidade Federada

.ênfatizar a articulação com os municípios, tendo em vista as diretrizes e princípios do SUS

.adotar medidas complementares, servindo de referência, para auxiliar os municípios, principalmente em problemas que atinjam vários municípios (p.e. epidemias)

ter como Plano Diretor a consolidação das necessidades propostas de cada município.

A Nível Municipal:

gerenciar todos os serviços de seu território, dos diferentes níveis de atenção, para garantir a integralidade de assistência, entendida como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (14)

planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde

executar serviços:

...de vigilância epidemiológica

...de vigilância sanitária

...de saúde do trabalhador

...de alimentação e nutrição

...de saneamento básico

fiscalizar as agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las

gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros

colaborar na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras

celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde bem como

fiscalizar, controlar e avaliar sua execução segundo critérios e valores do SUS

.participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho

.dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde

.formar consórcios administrativos intermunicipais

.controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde". (8)

-Lei N. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde :

"O SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - Conferência de Saúde - a ser realizada a cada 4 anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes

II- Conselho de Saúde , em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder em cada esfera do governo". (8)

A parcela para saúde, do Fundo de Assistência e Previdência Social, passou para o Ministério da Saúde, passando a existir o Fundo Nacional de Saúde

Quanto ao repasse dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde - FNS, essa lei dispõe que o mesmo se dará:

- de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, e deveria se dar de acordo com a combinação de um conjunto de critérios, conforme artigo 35 da Lei Nº 8.080, de 19.09.90:

" .perfil demográfico da região;

.perfil epidemiológico da população a ser coberta;

.características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

.desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

.níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

.previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

.ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo". (8)

Os recursos serão destinados, pelo menos 60% aos municípios, cabendo o restante aos estados;

- Para receberem os recursos, os Municípios, Estados e Distrito Federal deverão contar com:

" I - Fundo de Saúde

II - Conselho de Saúde

III- Plano de Saúde

IV - Relatórios de Gestão

V - Alocação de recursos para a saúde no respectivo orçamento

VI -Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários

O não atendimento desses requisitos, por parte dos Municípios, Estados ou Distrito Federal, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União". (8)

No atual momento em que vive o país, podemos constatar que não existem recursos sociais disponíveis para cobrir os custos de universalizar a cobertura das políticas englobadas no conceito de "seguridade social", a não ser de forma demagógica.

Ao misturar recursos para o pagamento de benefícios e para a assistência à saúde num mesmo fundo, corre-se o risco de que os recursos voltados para a saúde sejam absorvidos pelos compromissos com o pagamento de benefícios.

No período de janeiro a junho de 1991, um conjunto de portarias do Ministério da Saúde, e de Normas Operacionais do INAMPS passaram a definir as bases da descentralização dos recursos federais para o financiamento da saúde das esferas descentralizadas - os Estados e Municípios.

Estas medidas criaram recursos específicos para o financiamento da Atenção Hospitalar (AIH), Ambulatorial (UCA) e para o Investimento (UCR e Pró-Saúde) dos estabelecimentos públicos e privados da rede SUS, bem como

estabeleceram mecanismos de estímulo financeiro para que os municípios pudessem se subordinar a estas estratégias de municipalização, como o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM).

Com a Constituição de 1988, houve um fortalecimento da autonomia dos municípios nos seguintes aspectos:

a) Legislativo - Município passou a elaborar sua Lei Orgânica, aprovada pela Câmara Municipal, o que antes era realizado pela Assembléia Legislativa. O setor saúde é contemplado nas Leis Orgânicas dos Municípios, onde é definido um percentual do orçamento destinado à saúde.

b) Administrativo - Antes os Planos sugeridos dependiam da aprovação de Brasília para a liberação de recursos.

c) Financeira - Antes 4% da tributação ficava para o Município, hoje a divisão é:

..20% para o Município

..40% para o Estado

..40% para a União

Tributação: impostos sobre combustíveis, IPTU, recursos de ordem jurídica, uma parte do ICMS.

d) Político - Antes da Constituição, os prefeitos das capitais, das estâncias hidro-mineiras e turísticas e das fronteiras eram nomeados pelos Governadores; atualmente ocorre o processo de eleição direta.

A municipalização, como base para implantação do SUS, deve ser encarada como processo, reconhecendo as diferenças regionais e a necessidade de um prazo para a efetivação de sua estruturação e organização.

Deverá haver predominância, e não exclusividade do nível local, no setor saúde, pois os problemas de saúde nem sempre são circunscritos ao nível local ou nível regional ou mesmo respeitam os limites nacionais.

O processo de municipalização deve garantir a autonomia municipal para o planejamento, gerenciamento administrativo e financeiro, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS: integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e regionalização, envolvendo os diversos níveis de complexidade, com a retaguarda do nível estadual e federal.

A Municipalização deverá ter como objetivos:

1-efetivar o aumento da eficácia e resolutividade dos serviços de saúde;

2-obter o máximo rendimento e eficiência dos gastos públicos com saúde e adequação da avaliação dos resultados;

3-ter uma programação de atividades segundo características epidemiológicas regionais e prioridades de intervenção na promoção, proteção e recuperação da saúde;

4-oferecer melhor condição de controle do sistema pela população, tornando esse controle mais eficaz e legítimo;

5-viabilizar a plena utilização dos recursos disponíveis, coordenando-os em nível local (Distritos de Saúde)

6-promover a integração entre os demais setores econômicos-sociais e o setor saúde;

7-respeitar, no que lhe compete, num caráter de hierarquia e não de subordinação, as definições estaduais e federais". (13)

Recursos a serem transferidos aos municípios:

- .rede física e equipamentos
- .pessoal
- .infraestrutura administrativa
- .recursos financeiros - para custeio e para investimentos.

Os municípios deverão promover os remanejamentos necessários dos recursos, tudo em função da integração e racionalização da oferta de serviços de saúde à população.

O município deverá reestruturar as ações de saúde, garantindo a assistência global aos diversos grupos populacionais, segundo prioridades definidas. Cada município ou consórcio de municípios levantará os seus problemas de saúde e buscará, com responsabilidade, as soluções, evitando a má distribuição dos equipamentos, instalações, recursos humanos e materiais. É preciso acabar com a ociosidade da rede pública de serviços. Os municípios deverão encontrar formas próprias para organizar a rede de serviços e desenvolver o modelo de saúde de acordo com as peculiaridades loco-regionais.

O sistema de saúde deverá atingir parâmetros de produtividade compatíveis com a cobertura almejada, com os recursos aplicados e com os níveis ideais de resolubilidade.

Os municípios deverão ter um Plano Diretor de Saúde e também um instrumento de Programação e Orcamentação, baseando-se nas necessidades, perfis epidemiológicos e objetivos locais.

As entidades vinculadas aos 3 níveis de poder público, uma vez adotada a municipalização dos serviços de

saúde, deverão necessariamente submeter-se à decisão tomada em nível municipal.

Essa dificuldade, com os serviços de outros níveis de governo, e com o setor privado, será superada quando se compreender que todo aquele que presta cuidados de saúde desempenha uma função pública (entender o serviço público como uma atividade prestada exclusivamente pelo Estado é ter uma visão restrita sobre o conceito). Assim, qualquer profissional e/ou instituição que exercitar atividades que melhorem o estado de saúde das pessoas e que elevem o nível de saúde das populações, estará desempenhando uma função pública (mesmo quando a atividade executada decorrer de um contrato entre particulares, seu executor estará desempenhando uma função pública).

Essa visão mais ampla viabiliza a coordenação das atividades, em nível municipal, pois estejam os serviços ligados direta ou indiretamente ao poder público ou à iniciativa privada, todos prestam serviço público.

Municipalizar os serviços de saúde tem implicações políticas e econômicas. É indispensável que exista uma ampla autonomia municipal para poder agir com independência. A dependência financeira torna impossível qualquer autonomia administrativa.

Com a Municipalização, cada município irá gerir os recursos federais e estaduais repassados a ele e os seus próprios recursos alocados no governo municipal para o investimento do custeio das ações e serviços de saúde. Tais recursos deverão ser administrados pelos fundos municipais de saúde, pois asseguram que sejam geridos e alocados realmente para o setor saúde. Esses Fundos serão controlados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

O município deverá receber os recursos que lhe competem, do nível do governo federal e estadual, sem

qualquer vinculação de prioridades, a não ser o atendimento das prioridades por ele fixadas.

A obrigação financeira da União, dos Estados e Municípios, para a manutenção do Sistema Nacional de Saúde e decorrência da saúde ser um dever do Estado e, o sistema tendo base municipal, os Estados e a União devem cooperar financeiramente com o município para sua administração. Porém, o município, ao administrar o sistema, será inteiramente livre para dispor desses recursos, conforme as prioridades estabelecidas em nível local, sem qualquer condicionamento que não a satisfação do interesse público.

O Município deverá fazer a prestação de contas, para a sociedade civil e os demais níveis de governo, através de relatórios demonstrando os recursos recebidos e as despesas efetuadas.

Durante o Governo Collor verificou-se o pouco empenho no processo de construção do SUS, demonstrado, entre outras formas, pelo boicote a qualquer avanço, impondo formas de repasse de recursos através do INAMPS (hoje no Ministério da Saúde) que não condizem com o que foi preconizado; privilegiando o setor privado, desenvolvendo ações coletivas com contradições nas informações e atividades, como por exemplo o combate a epidemia da cólera e protelando o quanto pode a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, só realizando-se em agosto de 1992.

IX Conferência Nacional de Saúde

A IX Conferência Nacional de Saúde realizou-se no período de 09 a 14 de agosto de 1992, após inúmeras vezes adiada (deveria ter sido realizada em 1990), coincidindo com outro momento político importante: a conclusão dos trabalhos da C.F.I. do esquema PC que apurava a corrupção nos mais altos escalões do atual governo.

Já nos relatórios estaduais (originados das Conferências Estaduais de Saúde), destacava-se que os Governos Federal, Estadual e Municipal não vinham se empenhando na efetiva implantação do SUS.

A IX C.N.S., que teve como slogan "*A Municipalização é o Caminho*", procurou avaliar o atual estágio da Reforma Sanitária por qual vem passando o sistema de saúde, e seus pontos de estrangulamento.

Nessa Conferência é feito o diagnóstico do país, concluindo que:

- a população brasileira vive mal e vive pouco - mostrado pelos indicadores e doenças que acometem os brasileiros;

- o Sistema atual de Saúde está sucateado e desqualificado, tendo baixa resolutividade e cobertura, e má qualidade no atendimento, recebendo baixa porcentagem de investimentos dentro dos gastos públicos, dependendo do setor hospitalar contratado (75% dos leitos), sem uma política de produção e distribuição de medicamentos, e onde as ações de vigilância sanitária e epidemiológica são insipientes.

Conforme a IX C.N.S., este quadro se deve à política neo-liberal, com a redução do papel do Estado, políticas econômicas que realimentam o processo de exclusão de parcela significativa da população, e prioridade ao pagamento da dívida externa em detrimento do desenvolvimento social.

Esta realidade, nas áreas sociais, corresponde à redução de recursos e retração de demandas, de um povo que passa fome, mora mal, vive doente e morre cedo.

Diante desta realidade, a IX Conferência propõe:

- a democratização do Estado, em todos os seus níveis, submetendo-o ao controle público;

- amplo acesso às informações;

- reformulação das políticas econômicas e sociais;

- reafirmação das atuais diretrizes constitucionais referentes à Seguridade Social, garantindo a implementação da regulamentação do SUS. (11)

Constata-se que existe, ainda, uma grande distância entre os princípios, diretrizes e normas promulgadas na Constituição de 1988, e a realidade vivida pelo povo brasileiro, a começar pela falta de vontade e decisão política de se aplicar o que está na lei.

Reafirmam-se os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e hierarquização, garantindo a democratização através do controle público e da justiça social. O controle social se dá em diversos fóruns, sendo que nesta Conferência é ratificada a organização e funções dos Conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde, dos Conselhos Gestores, do acesso a informação e aos meios de comunicação.

A municipalização é vista como um processo que ultrapassa o repasse direto de recursos e a transferência de unidades e serviços de saúde, englobando a definição de programas e a gestão dentro das diversidades regionais, bem como o controle sobre o setor privado conveniado e contratado, que deve atuar com os mesmos interesses públicos e de forma complementar ao SUS, devendo atuar também sobre as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, numa concepção de vigilância à saúde.

* Para alcançar a integralidade da atenção, faz-se necessária uma profunda mudança do modelo assistencial de saúde, com a criação de critérios de avaliação e acompanhamento que estimulem a eficiência e a qualidade, a incorporação de práticas alternativas e do saber popular, e o estabelecimento de sistemas de informação e ações educativas, dentro de um planejamento estratégico e programas localmente estabelecidos.

Especialmente no aspecto de financiamento, a partir de 1990 detectou-se a redução das receitas do setor saúde, pela política econômica recessiva e a não priorização desse setor.

O sistema de transferência de recursos do INAMPS, numa forma de compra e venda de serviços, fere os princípios de descentralização e os critérios de partilha dos recursos, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde.

No que diz respeito aos recursos humanos, preconiza-se o Regime Jurídico Único, o Plano de Carreiras, de Cargos e Salários, o estabelecimento de tetos salariais mínimos nos diferentes níveis, o ingresso por concurso público, a regulamentação dos cargos de chefias e a capacitação e formação de pessoal.

Consideramos importante a observação desse panorama histórico, para entendermos a relevância e o contexto do processo de municipalização do setor saúde no momento atual, particularmente, para analisarmos o processo da municipalização no Município de Pirassununga, sendo esse o objeto de estudo do nosso Trabalho de Campo Multiprofissional.

2- OBJETIVOS

GERAL: Averiguar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Pirassununga, através do processo de municipalização.

ESPECÍFICOS:

Traçar um diagnóstico do Sistema Único de Saúde no Município de Pirassununga;

Analisar alguns aspectos da municipalização em Pirassununga por meio do Programa de Atenção à Saúde da Mulher.

3- METODOLOGIA

3.1- Pré-Campo :

A primeira visita ao Município de Pirassununga foi feita pelo Professor Orientador do grupo, que se reuniu com representantes da Prefeitura, da Secretaria Municipal de Saúde (SMSF) e da Secretaria Municipal de Educação, apresentando os objetivos do Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) e interagindo-se das expectativas dos representantes do município.

A SMSF enviou diversos documentos: Plano Diretor, dados populacionais e epidemiológicos, quadro de recursos humanos e avaliação de produtividade dos médicos e dentistas; estes foram divididos entre os membros do grupo, para leitura, resumo e posterior discussão em grupo. Neste momento, foram também divididos textos básicos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), para leitura e discussão.

A partir dessas leituras, fez-se uma análise crítica dos documentos, especialmente do Plano Diretor, e foi elaborada uma lista de questões para melhor compreensão dos mesmos, bem como para um melhor conhecimento do município de Pirassununga.

Da discussão e organização das questões levantadas, foram solicitados à SMSF, documentos e informações específicas, via fax.

Foi contactada uma docente do Departamento de Prática de Saúde Pública, que ministrou aula sobre metodologia de entrevista, visando as atividades a serem desenvolvidas em campo.

O Secretário Municipal de Saúde de Pirassununga, tendo aceito o convite para um encontro com o grupo,

respondeu às dúvidas levantadas e elucidou a evolução da implantação do SUS no município.

A partir da análise dos documentos e do encontro com o Secretário da Saúde, o grupo passou a discutir sobre o problema a ser estudado, definindo-se por uma abordagem do programa de atenção à saúde da mulher. Essa decisão ocorreu em função dos objetivos anteriormente determinados, por parecer mais viável à análise do nível de implantação do SUS a partir de um programa já existente no município, mesmo antes da municipalização, possibilitando assim, um parâmetro de comparação.

Com o intuito de nortear o trabalho, no sentido de compreender melhor as ações relativas à saúde da mulher como forma de verificar o processo de municipalização, contou-se com a colaboração de um docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil. A partir dessa exposição, passou-se a refletir sobre as maneiras de abordar o objeto de estudo no campo, procurando contemplar a hipótese de que a partir da implantação do SUS, através da municipalização, o sistema de saúde de Pirassununga tenha apresentado sinais de melhoria na assistência à saúde da população.

O instrumento de coleta de dados a ser usado em campo começou a ser traçado construindo-se um roteiro dos aspectos da municipalização que se pretendia verificar, como se segue:

- A- Níveis de Acesso
- B- Territorialização/Hierarquização
- C- Integração de Serviços/Referência e Contra-Referência
- D- Participação Popular
- E- Financiamento
- F- Recursos Humanos

- G- Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- H- Descentralização/Municipalização
- I- Vigilância Epidemiológica e Sanitária
- J- Sistema de Informação
- L- Administração e Gerenciamento
- M - Diagnóstico do Município
- N- Qualidade
- O- Integralidade
- F- Resolutividade

A compreensão dos conceitos acima encontra-se no anexo 1.

3.2- Campo :

Iniciou-se o trabalho em campo conhecendo a SMSF em uma reunião com a equipe de coordenadores, ocasião em que foi possível esclarecer grande parte dos questionamentos levantados anteriormente, acerca do histórico e do funcionamento da rede de saúde de Pirassununga.

As informações e documentos obtidos foram classificados e analisados dentro dos tópicos anteriormente definidos.

O grupo subdividiu-se, com o intuito de elaborar os instrumentos a serem utilizados nas entrevistas com os diferentes atores sociais determinados: administração, funcionários e população.

A escolha do "questionário" como instrumento de coleta de dados para este trabalho deu-se devido à intenção de reunir questões fechadas e abertas, que permitissem avaliar o processo de municipalização da saúde no município. Em sua estrutura, perguntou-se sobre fatos e opiniões do

sistema de saúde atual, comparando sempre com a realidade anterior à municipalização, tendo sido estabelecido como marco o ano de 1989. Esse ano foi escolhido porque, embora o acordo de municipalização tivesse sido assinado em 1987, sua real implantação começou apenas em 1989, segundo as informações da equipe de coordenação.

Diante dos objetivos do trabalho, definiu-se como população-alvo do estudo:

- população: mulheres, residentes há mais de 5 anos no município, na faixa etária compreendida entre 20 e 45 anos;

- funcionários: com mais de 4 anos em atividade no serviço público;

- administração: equipe de coordenação da SMSF, assistentes técnicos do Ersa de Limeira, representantes de outras secretarias.

Com a finalidade de avaliar (quanto ao conteúdo e a forma) a objetividade e clareza do modelo de questionário preparado para ser aplicado à população, organizou-se um pré-teste, com dez entrevistas realizadas por quatro entrevistadores. Os resultados foram favoráveis à continuidade do uso deste instrumental (Anexos 2, 3 e 4)

No sentido de operacionalizar a aplicação dos questionários à população, foram determinados os bairros a serem visitados, onde a amostragem compreendeu tanto indivíduos abordados nas ruas e casas, quanto usuárias, nas dependências das unidades de saúde. Para cada bairro, foi estipulado o número de 5 entrevistas, sendo que no centro, onde se encontram os serviços de maior complexidade e demanda, foram realizadas 20 entrevistas, totalizando-se 60 questionários aplicados à população. Os bairros abrangidos foram: Cachoeira de Emas, Centro, Jd. Ferrarezi, Jd. Roma, Redenção, Santa Fé, Triângulo, V. Esperança, V. Guilhermina, V. São Pedro (Anexo B)

Os funcionários, por sua vez, a serem entrevistados nos respectivos locais de trabalho, foram considerados segundo três categorias de atuação, a saber: médicos (via de regra o clínico geral, que dependendo da localidade, assumia a chefia da unidade, e especialistas, dando ênfase aos ginecologistas, mas também considerando as demais especialidades), profissionais de enfermagem e de nível operacional. Realizaram-se três entrevistas, no mínimo, nas seguintes unidades: APAE, CS II, Cachoeira de Emas (Limoeiro), Centro Odontológico, FAM Inamps, FAM Municipal; UBS : Santa Fé, Ferrarezi, Vila Esperança, Raia, Triângulo, Jardim Roma, Redenção, Vila São Pedro; Dispensário Escolar, totalizando 47 entrevistas.

Paralelamente, complementando as informações referentes à administração, foram entrevistados:

- Secretaria Municipal da Saúde e da Promoção Social de Firassununga: Secretário da Saúde, Equipe de Coordenadores e Assistente Social.

- Secretaria da Criança, do Adolescente e da Terceira Idade: Secretária

- Secretaria Municipal do Planejamento: Secretário

- ERSA de Limeira: Assistentes Técnicos do Planejamento e Ações de Saúde

3.3 - Pós-Campo :

Ao retornar do campo, iniciou-se a consolidação dos dados, organizando todo o material coletado dentro dos tópicos pré-determinados. A seguir, a distribuição das questões segundo estes tópicos:

A - NÍVEIS DE ACESSO:

Funcionários: 08,09,12,13,28,29,30,31,32;

População: 01-A, 02, 03, 05, 07, 08, 14;

Administração: 06, 11.

B - TERRITORIALIZAÇÃO/HIERARQUIZAÇÃO.

Funcionários: 07;

População: --

Administração: 12, 45;

C - INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS/REFERÊNCIA E
CONTRA-REFERÊNCIA

Funcionários: 10, 11, 21, 33, 34, 35, 6-6;

População: 11, 13-C.

Administração: 09, 10, 13, 35, 37, ERSA-3.

D - PARTICIPAÇÃO POPULAR

Funcionários: 23, 24-A

População: 04; 16; 17; 18.

Administração: 07, 47, 48, 49, 50, 51, 52.

E - FINANCIAMENTO

Funcionários: --

População: --

Administração: 01, 14, 16, 40, 41, 42,
ERSA-6, ERSA-4, ERSA-5, 43.

F - RECURSOS HUMANOS

Funcionários: 04, 05, 06, 17, 18, 19.

População: --

Administração: 20, 21, 22, 23, 46, ERSA-2.

G - DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

Funcionários: 11, 20.

População: --

Administração: 04, 05.

H - DESCENTRALIZAÇÃO/MUNICIPALIZAÇÃO

Funcionários: 25.

População: --

Administração: 17, 18-A, 32.

I - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

Funcionários: 27.

População: --

Administração: 24, 25, 26, 28, 29, 44,

ERSA-1.

J - SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Funcionários: 24-A.

População: --

Administração: 08.

L - ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

Funcionários: 03, 15, 16, 19, 23, 24-B.

População: --

Administração: 03, 15, 18, 19, 30, 31, 39.

M - DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO

Funcionários: G-2, G-3, G-5, G-8.

População: 13-B.

Administração: 2, 27.

N - QUALIDADE

Funcionários: 01, 21, 26.

População: 01-B, 13-A, 13-D, 15.

Administração: --

O - INTEGRALIDADE

Funcionários: 14, 22, 26, 27, 28, 29, 30,
31, 32, 36, 37, G-7.

População: 09, 10, 11, 12

Administração: 33, 34, 36, 38, 53.

F - RESOLUTIVIDADE

Funcionários: --

População: 06.

Administração: --

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Funcionários: 02, 03.

População: --

Administração: --

SUGESTÕES

Funcionários: 38.

População: 19.

Administração: --

Realizou-se a tabulação das respostas, propiciando subsídio para uma análise das mesmas, bem como dos demais documentos recebidos. Este material permitiu completar o diagnóstico do sistema municipal de saúde e confrontar criticamente as opiniões da população e dos funcionários, frente às informações obtidas junto à administração.

Como resultado desta análise, elaborou-se as considerações finais e sugestões.

Optou-se, para melhor compreensão, do trabalho, inserir, na introdução, uma descrição do processo histórico da organização do sistema de saúde no Brasil.

4- RESULTADOS

Os resultados aqui descritos englobam o diagnóstico do Sistema de Saúde do município e a análise do processo de municipalização. O diagnóstico foi obtido a partir da leitura crítica, correções e complementações das informações contidas no Plano Diretor de Pirassununga, durante o período de campo. A análise baseou-se nos resultados das entrevistas realizadas com os diferentes atores sociais contactados no município e nos documentos obtidos antes e durante o período de campo.

4.1 - DIAGNÓSTICO DO SISTEMA DE SAÚDE

4.1.1.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO MUNICÍPIO

Os indicadores demográficos utilizados no Plano Diretor e pela SMSF, basearam-se em dados coletados pela Fundação SEADE, com estimativas para o período de 1980 a 1990.

Para efeito deste estudo, considerou-se os dados censitários fornecidos pela Fundação SEADE no período de 1970 a 1980 e as estimativas feitas para os anos de 1985 a 1990, corrigindo-as conforme o resultado do censo de 1991 realizado pelo IBGE. Na época do TCM, o IBGE ainda não possuía os dados de população segundo idade e sexo, apenas a população total, tendo, por esta razão, sido necessário fazer estimativas para esta distribuição, o que foi feito supondo que não houvesse alteração nos percentuais de cada faixa etária e sexo. O Plano Diretor estimava uma queda de 1338 habitantes na população do município, numa previsão de evasão e redução da mesma, no período de 1980 a 1990, enquanto que o censo mostrou um crescimento superior à 100.000 habitantes neste período (conforme tabela 1).

TABELA 1

POPULAÇÃO DE PIRASSUNUNGA POR GRUPOS ETÁRIOS NOS ANOS DE 1970, 1980, 1985 e 1990

Faixa Etária	NUMEROS ABSOLUTOS				PERCENTUAL			
	1970	1980	1985	1990	1970	1980	1985	1990
0 a 9	9283	9608	10754	11897	24,7	21,37	21,37	21,37
10 a 19	8792	9559	10699	11835	23,4	21,26	21,26	21,26
20 a 29	6242	8036	8996	9954	16,61	17,86	17,87	17,88
30 a 39	4498	6052	6774	7493	11,97	13,46	13,46	13,46
40 a 49	3856	4432	4952	5478	10,26	9,84	9,84	9,84
50 a 59	2531	3586	4016	4442	6,74	7,98	7,98	7,98
60 a 69	1499	2257	2526	2795	3,99	5,02	5,02	5,02
70 e mais	876	1436	1605	1776	2,33	3,19	3,19	3,19
TOTAL	37577	44957	50324	56670	100	100	100	100

Fonte: SEADE/IBGE com base no censo de 1991

A análise apresentada a seguir, diz respeito à evolução populacional de Pirassununga, por faixa etária baseando-se no Plano Diretor adaptado para o resultado do censo de 1991, considerando-se a tendência histórica, no período de 1970 a 1980, da evolução de cada faixa etária, e o percentual atingido por estas faixas no censo de 1980, mantido para o período de 1980 a 1990.

Na análise populacional, as variações globais, quando observadas nas diferentes faixas etárias, revelam, nos anos de 1970, 1980, 1985 e 1990, que :

a- Houve aumento da população de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos, respectivamente, de 28,15% e 34,61% do total da população nestas faixas etárias, no período de 1970 a 1990, mesmo apresentando um decréscimo em termos percentuais de 1970 para 1980, e estacionando até 1990, conforme o pressuposto empregado nas correções.

b- Houve aumento de 59,46% da população de 20 a 29 anos e também aumentou sua participação percentual na população geral.

c- Houve aumento de 66,58% da população de 30 a 39 anos e também sua participação percentual na população geral.

d- Apesar de um crescimento de 42,06%, a população de 40 a 49 anos mantém um decréscimo em sua participação percentual.

e- Houve crescimento absoluto e percentual na população acima de 50 anos, principalmente na faixa etária de 70 anos e mais.

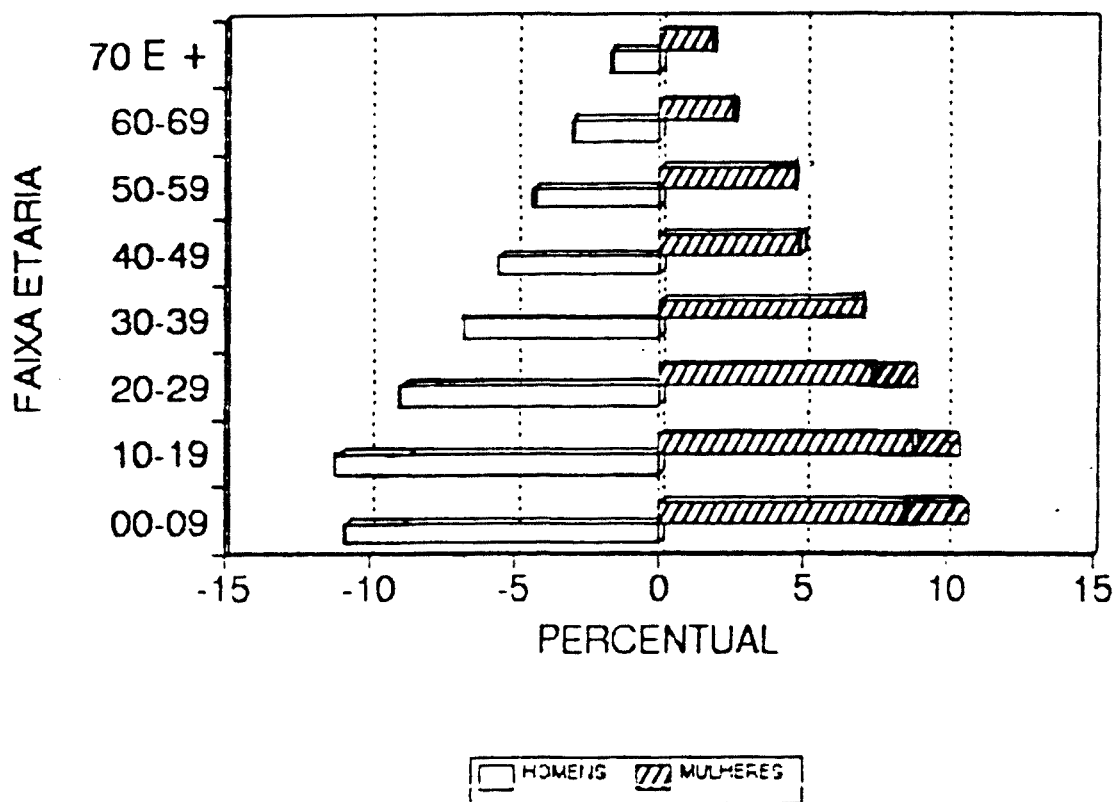
Conclui-se que a população de Pirassununga vem sofrendo modificações acentuadas nas faixas etárias, podendo ser classificada, segundo o critério de Sundberg, como

progressiva, isto é, trata-se de uma população que vem sofrendo modificações, não tendo ainda chegado a um ponto de equilíbrio (verificar tabelas 1, 2 e 3, em anexo).

Os dados analisados, do ponto de vista da Pirâmide Populacional (Gráfico 1 e, em anexo, gráficos 1, 2 e 3) mostram que trata-se de uma população representativa de um crescimento rápido, com provável redução de mortalidade infantil, mas mantendo os níveis de mortalidade geral.

GRÁFICO 1 - PIRÂMIDE POPULACIONAL - PIRASSINUNGA 1990

FONTE : SEADE/IBGE, modificado com base no Censo de 1991



4.1.2 - ASPECTOS DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO

O processo de municipalização do sistema de saúde do município de Firassununga iniciou-se em 1983, baseando-se nas normas e diretrizes do Programa das Ações Integradas de Saúde - AIS, em especial no convênio nº 07/83, que possibilitava um melhor atendimento nas Unidades de Saúde existentes.

O convênio da Secretaria do Estado da Saúde com a Prefeitura propunha ampliação da rede, com a construção de três novos serviços: Vila São Pedro, Redenção e Vila Esperança, com o objetivo de efetuar o atendimento primário em áreas distantes e que não recebiam um atendimento adequado. Também visava:

- melhorar o atendimento no Centro de Saúde (CS II), com a contratação de novos profissionais;
- instalar consultórios odontológicos junto às Unidades existentes;
- implantar programas de alimentação pré-escolar;
- colaborar nas campanhas de vacinação;
- divulgar a importância da medicina preventiva;
- treinar pessoal para-médico;
- integrar os serviços de saúde com os de promoção social, educação, cultura e esporte.

Nessa época entrou em funcionamento o Posto de Atendimento Médico (PAM) Municipal, plenamente equipado e mantido pela prefeitura, para substituir o serviço de Pronto Socorro do Hospital da Santa Casa, que estava ameaçado de fechar.

O processo de municipalização teve outro avanço com a assinatura do Termo de Adesão nº 22/86 (conforme Termo Aditivo nº 03/84 do convênio 07/83), com a participação do Ministério da Previdência e Assistência Social (através do INAMPS), do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura, além da Secretaria do Estado da Saúde e Prefeitura, tendo o objetivo de implantar e executar as Ações Integradas de Saúde no município de Pirassununga, dando ênfase ao desenvolvimento dos serviços básicos de saúde. O repasse de verbas era mensal, de acordo com um cronograma de reembolso.

Em 13 de novembro de 1987 foi firmado o convênio SUDS de municipalização dos serviços de saúde, entre a Secretaria do Estado da Saúde e o município, com interveniência do INAMPS, objetivando-se, entre outros aspectos, integrar os serviços de saúde que atuam a nível local, propiciando uma mudança qualitativa dos serviços e fortalecimento do poder local.

Nesta ocasião ocorreu a estadualização do FAM INAMPS, isto é, a Secretaria do Estado da Saúde assumiu o gerenciamento da instalação física, dos equipamentos e dos recursos humanos e o município assumiu o gerenciamento das unidades básicas da rede estadual, com exceção do Centro de Saúde, devido principalmente à resistência dos funcionários. A municipalização deste último só ocorreu em 1989.

Em 1990 iniciou-se a discussão da municipalização do FAM INAMPS, que ocorreu em maio de 1992.

Em 05 de Abril de 1990 foi promulgada a Lei Orgânica Municipal, a qual define a constituição do Sistema Único de Saúde local, efetivada pelas ações e serviços executados pela administração direta, indireta e fundacional, tendo como diretrizes a descentralização, a

universalização da assistência e a gratuidade dos serviços prestados.

"O município assume que garantirá o direito e assistência à saúde, mediante:

I - políticas social, econômica e ambiental que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, e a redução do risco de doenças e outros agravos.

II - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis.

III - direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como das atividades realizadas pelo sistema

IV - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde."(35)

4.1.3 - ASPECTOS DA ADMINISTRAÇÃO DO MUNICÍPIO

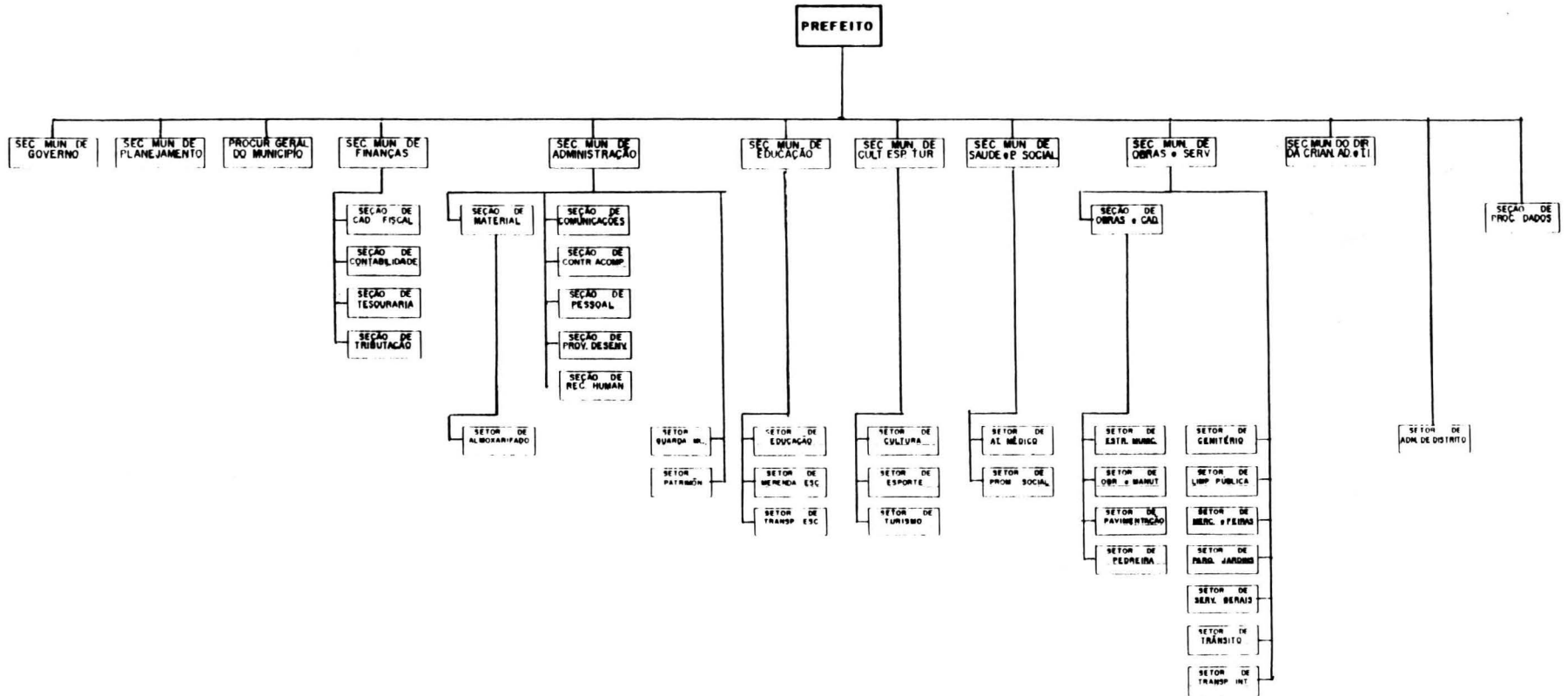
Algumas características da organização administrativa do município de Pirassununga aqui apresentadas foram retiradas do Plano Diretor, para melhor compreensão do funcionamento da prefeitura, bem como da Secretaria Municipal de Saúde.

4.1.3.1 - Organização Administrativa

Segue o organograma da Prefeitura Municipal de Pirassununga, que mostra a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, conforme está ainda organizada. Já discute-se a proposta de dividi-las em 2 Secretarias independentes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
ESTADO DE SÃO PAULO



4.1.3.2 - Conselho Municipal do Plano Diretor

Sua criação teve como objetivo a participação da comunidade nos trabalhos de elaboração do Plano Diretor, conforme a Constituição Federal. Foi composto por membros da sociedade organizada, da Administração Municipal (representada por Secretarias e Conselhos Municipais), bem como do Poder Legislativo.

O Conselho teve organização própria, e como função, discutir assuntos que lhe foram submetidos, como órgão consultivo e deliberativo.

Avaliou-se que os resultados foram altamente significativos, em função da participação dos representantes. (Anexo 7)

4.1.4 - ASPECTOS RELATIVOS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS ESSENCIAIS NO MUNICÍPIO

Na época da elaboração do Plano Diretor, foram levantados e avaliados os serviços públicos existentes no município, e os dados obtidos não variaram significativamente até a elaboração deste estudo.

TELESP

Na época da elaboração do Plano Diretor, Pirassununga contava com 8.518 aparelhos telefônicos instalados, sendo 131 públicos e 42 semi-públicos. Possuía uma expectativa de instalação, durante o ano de 1992, de mais 25 telefones públicos, 8 cabines telefônicas e 22 D.P. de concreto, totalizando 187 unidades, ultrapassando as normas da Telebrás, que preconiza um índice de 2% de telefones públicos, em relação ao total de telefones instalados em uma cidade.

CESP

A população total de Pirassununga, tanto urbana, quanto rural, encontra-se servida de energia elétrica.

ECT - Empresa de Correios e Telégrafos

É considerado plenamente satisfatório, com entrega regular nos perímetros urbanos do Centro e de Cachoeira de Emas, e na Academia de Força Aérea. Para a área rural, a correspondência fica à disposição na agência, por um prazo de trinta dias.

Sistema de Transportes e Sistema Viário

Sistema de Transportes

A movimentação interurbana por ônibus gera aproximadamente 650.000 viagens/ano (ida e volta) o que registra um volume mensal médio em torno de 54.000 viagens (ida e volta), das quais 10% têm como destino Leme e Porto Ferreira, 20% São Paulo e Campinas e 12% Araras e Ribeirão Preto, ficando o restante distribuído entre outras 19 cidade abrangidas pelas linhas intermunicipais e interestaduais das quais Pirassununga dispõe hoje.

O sistema de transporte de passageiros urbanos registra cerca de 90.000 viagens mensalmente

Pavimentação

O município de Pirassununga possui quase a totalidade das vias situadas nas áreas urbanas do distrito-sede pavimentadas. Possuem vias ainda não pavimentadas as regiões situadas entre o Ribeirão de Ouro e a Via Anhanguera no trecho entre Av. Padre Van Ess e Av. Antônio Joaquim Mendes, no Distrito Industrial e em Vila Santa Fé.

As estradas estaduais que atravessam Firassununga (SP 330, SP 201 e SP 225) estão em bom estado de conservação e com seu pavimento em boas condições.

Abastecimento de água

O Município de Firassununga dispõe de um sistema de abastecimento de água potável que atinge 100% da população. Há planejamento de instalação de novas redes a fim de satisfazer o aumento populacional.

Firassununga apresenta situação privilegiada em relação à disponibilidade de água, uma vez que possui vários mananciais dentro dos limites do município.

Segundo a SMSP, não há controle dos níveis de flúor na água, razão pela qual não é possível garantir que a fluoretação seja efetiva.

Esgotamento Sanitário

O sistema de esgotamento sanitário atinge 98% da população, apresentando deficiência no que diz respeito ao lançamento "in natura" dos esgotos domésticos nos cursos d'água do município (Ribeirão do Ouro, Laranja Azeda e Córrego do Andrézinho), comprometendo estes rios, sob o ponto de vista ecológico e da saúde pública, como também do ponto de vista econômico, uma vez que estes cursos d'água poderão ser potencialmente mananciais de abastecimento do município.

Limpeza Pública

O município já dispõe de um sistema de coleta de lixo urbano eficiente, sendo que somente no mecanismo de disposição final não está de acordo com as técnicas

corretas, por ser destinado a um aterro sanitário, localizado próximo ao Ribeirão do Duro

Por outro lado, também são motivo de preocupação os agravos à saúde decorrentes das atividades desenvolvidas no aterro: existência de catadores, que manipulam diretamente o lixo sem proteção, com riscos eminentes de contaminação; queima de lixo hospitalar a céu aberto, desconsiderando a contaminação ambiental; engorda de animais (porcos), que provavelmente serão abatidos e consumidos no próprio município.

4.1.5 - ASPECTOS RELATIVOS À EDUCAÇÃO :

Na área de educação inexistente um planejamento adequado. É perceptível o esforço do setor de Educação do município em definir suas metas e ações, no entanto não há articulação com outras secretarias não constituindo planos abrangentes e específicos para a Educação.

4.1.6 - ASPECTOS RELATIVOS À PROMOÇÃO SOCIAL

O atendimento da população nesta área específica da Assistência Social está sob a responsabilidade do governo municipal e por uma rede particular de organizações não governamentais - ONG's.

Os recursos destinados a esta área são bastante reduzidos, o que acaba contribuindo para que a dívida social se mantenha e até mesmo se amplie no município.

Os programas sociais desenvolvidos no município pelos órgãos públicos quanto pelas ONG's atendem a

clientelas específicas e cobrem as seguintes camadas da população: criança, idoso, excepcionais, área de profissionalização, migrantes e famílias em situação de carência. A seguir, caracterizam-se sucintamente os serviços citados:

Criança: 09 creches existentes na cidade, sendo que 07 são públicas, da Prefeitura, e 02 são particulares, gerenciadas por Organizações Não Governamentais.

Idoso: os idosos são atendidos na Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, através da ajuda material (medicamentos, alimentação, aparelhos de órteses e próteses). Ainda, através das entidades particulares, 58 idosos são atendidos em regime asilar, recebendo cuidados básicos, como alimentação, higiene, limpeza e lavagem de roupas, bem como atendimento e encaminhamento de saúde.

Migrantes: Atendidos especificamente no Conselho Municipal de Promoção Social com assistência médica, ajuda para vestuário e alimentação, e concessão de passes para cidades vizinhas, totalizando, aproximadamente, um número mensal de 500 pessoas atendidas.

Profissionalização: Os cursos semi-profissionalizantes são ministrados através do Centro de Iniciação ao Trabalho - CIT, sendo financiado pela Secretaria Estadual do Trabalho e Promoção Social. A média de atendimento anual é de 9.282 pessoas conforme dados obtidos da citada Secretaria.

Excepcionais: Esta clientela é atendida com especial atenção em Pirassununga, concentrando-se os dados e análises na Secretaria de Educação.

Famílias Carentes: Atendimento realizado no Conselho Municipal de Promoção Social. Neste programa de plantão são atendidas diariamente 25 pessoas que recebem vários tipos de benefícios, como: auxílio para alimentação, medicação, taxas escolares, passes e auxílio transporte, aparelhos de órteses e próteses e albergue, entre outros. Este programa é responsável pela utilização da maior parte do orçamento gasto na área social.

Além destes programas da esfera do poder público e entidades sociais, existem outras atividades que são desenvolvidas pelas Associações de Moradores (em número de 12) no município, através de atividades esportivas e recreativas, assim como cursos semi-profissionalizantes. Estas organizações realizam também ações no sentido de mobilização e aglutinação da população com o objetivo de identificar e encaminhar as reivindicações.

Ainda é feito um trabalho com os andarilhos que solicitam passagem para outras cidades. Para receber esse auxílio, os mesmos devem prestar serviço durante 4 horas, para a Administração Pública Municipal, como por exemplo por meio da limpeza de praças e logradouros. Após a atividade recebem alimentação e um encaminhamento para a empresa de ônibus autorizando a passagem para o município mais próximo (cada indivíduo tem direito apenas a uma única utilização deste benefício).

4.1.7 - ASPECTOS RELATIVOS À SAÚDE NO MUNICÍPIO

O Plano Diretor analisa as condições de saúde da população do município de Firassununga, baseado em dois tipos de informações:

- Dados referentes às condições ambientais e de saneamento do município;

- Indicadores epidemiológicos construídos a partir de dados fornecidos pelo próprio município ou estudos junto à Fundação SEADE.

4.1.7.1 - Condições ambientais e de saneamento

Faz-se necessário primeiramente caracterizar o município como de perfil agro-industrial. A maioria das propriedades se constituem em minifúndios cuja produção encontra-se voltada para o cultivo do algodão, da cana de açúcar, de frutas cítricas, de soja, do milho e do arroz, entre outras, o que faz supor que o manejo de produtos químicos e o conseqüente risco de intoxicação dos trabalhadores, bem como a ocorrência de acidentes (no corte de cana, por exemplo) devem ser objetos de preocupação do setor saúde do município.

No setor industrial destacam-se como de grande porte apenas a indústria de aguardente "51" e a usina São Luiz. No entanto, além dos riscos de poluição ambiental, a saúde dos indivíduos que ali trabalham deve também merecer a atenção do setor saúde do município através de programas e/ou ações específicas.

Ressalta ainda o Plano Diretor que um estudo mais acurado destes aspectos relacionados à saúde do trabalhador seja necessário, não tendo sido identificada a existência de nenhum projeto específico voltado a este segmento, no Sistema Único de Saúde de Firassununga.

4.1.7.2 - Indicadores Epidemiológicos

Coefficiente geral de mortalidade do município de Pirassununga de 1980 a 90.

O coeficiente geral de mortalidade no município de Pirassununga se elevou de 7,01 / 1000 habitantes na década de 70 para 7,95 / 1000 habitantes no ano de 1990, mas apresentou muita variação neste período (tabela 2 e Gráfico 2).

Como é sabido, o coeficiente geral de mortalidade não é um bom indicador de saúde, porque não caracteriza as diferenças em cada faixa etária e causas de morte, não permitindo conclusões sobre o nível de vida e saúde da população.

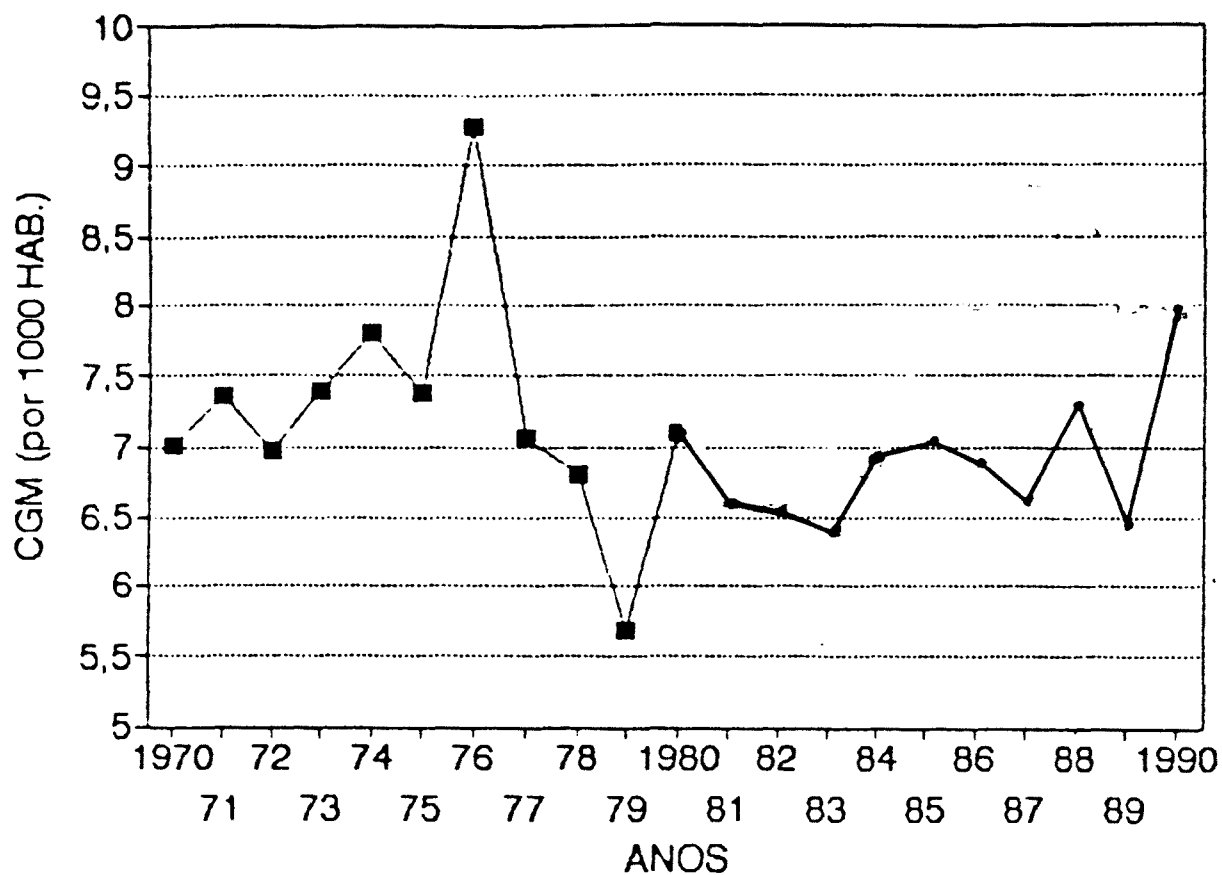
TABELA 2

INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA, de 1970 a 1990.

Ano	Mortalidade Infantil		Mort. Neonatal < 28 dias		Mort. Infantil Tardia 28 dias a 1 ano		Mortalidade Geral		Taxa de Natalidade	Nº Nasc Vivos
	Óbitos	Coeficiente	Óbitos	Coeficiente	Óbitos	Coeficiente	Óbitos	Coeficiente		
1970	51	55,92	18	19,74	33	36,18	262	7,01	24,41	-
1971	76	82,52	29	31,49	74	51,03	281	7,36	24,12	-
1972	63	64,35	33	33,71	30	30,64	274	6,98	25,11	-
1973	72	74,3	32	33,02	40	41,28	294	7,4	24,39	-
1974	73	70,53	-	-	-	-	313	7,79	15,46	-
1975	70	68,76	24	23,58	46	45,19	303	7,37	24,77	-
1976	95	91,08	36	34,52	59	56,57	388	9,29	24,97	-
1977	55	54,95	15	14,99	40	39,96	300	7,07	23,61	-
1978	46	45,15	23	23,45	23	23,45	293	6,81	21,35	-
1979	31	27,68	14	13,26	17	16,1	248	5,69	25,31	-
1980	41	37,4	21	19,16	20	18,24	313	7,12	24,41	-
1981	55	43,75	31	24,66	24	19,09	307	6,69	27,64	-
1982	36	29,24	25	20,3	11	8,93	307	6,54	26,63	-
1983	43	37,75	27	23,7	16	14,04	307	6,4	25,3	-
1984	34	28,83	22	18,65	12	10,17	304	6,9	26,12	-
1985	27	23,85	19	16,78	8	7,07	355	7,08	22,57	1132
1986	33	29,73	20	18,02	13	11,71	350	6,83	21,67	1110
1987	30	26,27	19	16,64	11	9,63	347	6,64	21,84	1142
1988	29	25,34	21	18,36	8	6,99	394	7,39	21,44	1144
1989	27	25,35	20	18,78	7	6,57	351	6,45	19,56	1065
1990	20	19,29	7	6,75	13	12,54	347	7,95	18,68	1037
1991	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: CIS/SEADE

GRÁFICO 2 - COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE
MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA
1970 A 1990



Fonte: Seade
Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

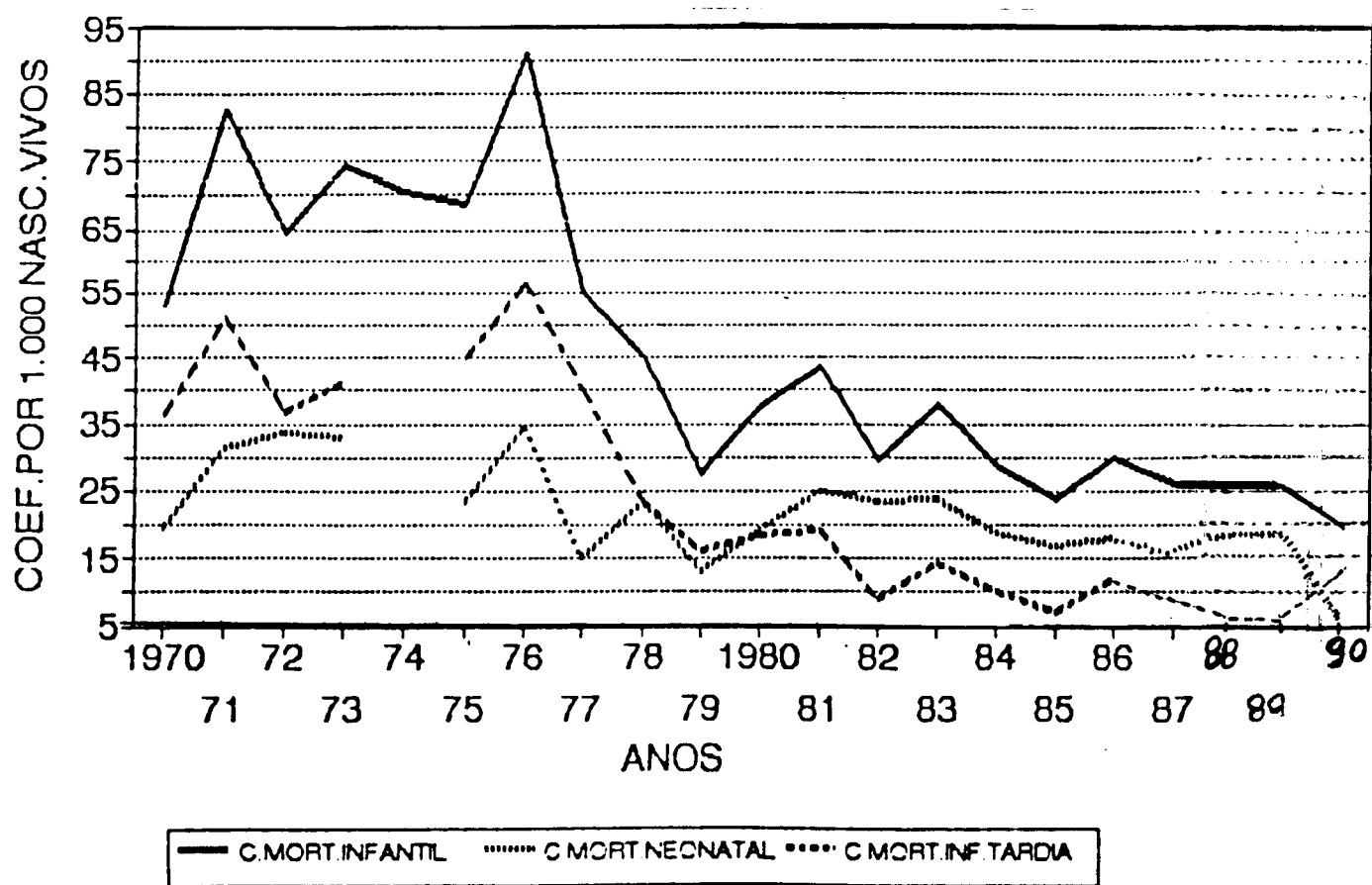
Mortalidade infantil

Houve uma queda do coeficiente de mortalidade infantil (M.I.), principalmente a M.I. tardia na década de 1980.

Embora o coeficiente de mortalidade neo-natal apresente-se decrescente, pode ser ressaltado que suas variações são de pequena magnitude, principalmente a partir de meados de 1980.

Conclui-se que a melhoria das condições de vida relacionadas principalmente ao saneamento e à alimentação, bem como uma melhora na assistência ao parto e ao período neo-natal foram fundamentais para o decréscimo da mortalidade infantil (Tabela 2 e Gráfico 3).

GRÁFICO 3 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL,
NEONATAL E INFANTIL TARDIA, MUNICIPIO
DE PIRASSUNUNGA, DE 1970 A 1990.



FONTE : Seade
Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

Mortalidade Proporcional

A década de 70 até o final de 80 constituiu-se num período de transição entre um nível de saúde regular para elevado, tendo sido mais acentuada esta mudança de padrão no final da década de 80, conforme mostra a tabela 3, de mortalidade proporcional segundo faixa etária, com diminuição no percentual de óbitos infantis.

Tabela 3 - Mortalidade proporcional percentual, segundo faixa etária, no município de Pirassununga nos de 1970, 1985, 1990.

Anos	Faixa Etária				
	<1	1 a 4	5 a 19	20 a 49	50 e mais
1970	19,47	3,44	2,67	19,09	55,34
1985	7,65	1,98	2,27	16,43	71,67
1990	6	0,57	1,43	22,86	69,14

Fonte : SEADE

Mortalidade segundo causas de óbitos

Para um melhor entendimento das causas de óbito e sua relação com a qualidade de vida da população, os dados foram mostrados por faixa etária.

- Mortalidade segundo causas de óbitos na população de zero a 11 meses

As principais causas de morte infantil estão relacionadas ao grupo de doenças perinatais (lesões e afecções perinatais), e outras causas de mortalidade perinatal (condições de assistência ao parto e aos cuidados perinatais) - Tabela 4.

Tabela 4 - Número de óbitos de 0 a 11 meses, segundo as
Principais Causas, de 1980 a 1989,
Município de Pirassununga

Causas de óbitos	1980	1981	1982	1985	1986	1987	1989
Enter./Diarr	10	4	3	4	3	-	3
D. Peri-Nat	9	17	5	9	8	15	10
Pneumonia	7	3	8	1	5	5	0
Anôm. Congen	5	-	6	3	1	3	2
Demais D. Inf	2	-	-	0	1	3	2
Out. Mort. P. N	-	11	7	6	7	1	6
Avit. D. Nutric.	-	3	-	1	1	0	2
Sint. Est. Mal. D.	-	3	-	0	1	0	1
TOTAL	33	41	29	24	27	27	26

Fonte: Fundação SEADE

A ocorrência de lesões e afecções perinatais têm aumentado nos anos de 1987 a 1989, tendo apresentado algumas oscilações nos períodos anteriores. Outras causas de mortalidade perinatal encontram-se com coeficientes estacionários.

As enterites/diarréias mostram uma tendência decrescente, desde 1980, desaparecendo em 1987, mas retornando num percentual significativo em 1989.

As doenças infecciosas, ausentes em 1981, 1982 e 1985, voltam a aparecer com tendências crescentes a partir de 1986. Este comportamento sugere uma perda na qualidade das condições gerais de vida a partir de 1986.

As pneumonias representam a 2ª ou 3ª causa de morte, em vários momentos.

As anomalias congênitas e as avitaminoses e doenças nutricionais constituem-se outras causas de óbitos importantes.

- Mortalidade segundo causas de óbito na população de 20 a 49 anos

Na faixa etária de 20 a 49 anos as principais causas de óbitos são devidas a neoplasias e doenças isquêmicas do coração. As primeiras mostrando uma tendência de crescimento e as doenças isquêmicas do coração, mantendo uma média (por volta de 11%) do total de óbitos.

Os acidentes com veículos a motor, homicídios e demais acidentes são responsáveis, conjuntamente, por cerca de 25% das causas de mortes.

Há presença significativa de doenças cerebrovasculares e de cirrose hepática, bem como de sintomas e estados mal definidos. (Tabela 5 - números absolutos, e anexo 5 - tabela 4 - percentuais.)

Tabela 5 - Número de óbitos, segundo causas - 20 a 49 a.

Município de Pirassununga

Causas de óbitos	1980	1981	1982	1985	1986	1987	1989
1. Neoplasias	7	-	5	8	9	9	10
2. D. Cerebrov.	6	6	6	2	4	4	2
3. D. Isq. Corac.	6	9	-	6	6	4	7
4. Cirrose Hep.	4	-	6	1	4	5	4
5. D. Hipert.	2	-	-	3	1	1	0
6. Acid. Veic. M	-	5	-	6	9	17	8
7. Homicídios	-	4	-	6	4	3	3
8. S. Est. Mal. D	-	-	-	7	8	5	5
9. Demais acidentes	-	-	-	8	3	3	5
TOTAL	25	24	17	47	48	51	44

Fonte: Fundação SEADE

- Mortalidade segundo causas de óbito nas populações de mais de 50 anos

Verifica-se um perfil semelhante ao que ocorre em muitas regiões do Estado de São Paulo, com predomínio das doenças crônicas e degenerativas (tabelas 6 - em números absolutos e anexo 5 - tabela 5 - percentuais).

As principais causas de morte relacionam-se às neoplasias, às doenças cardíacas, ao diabetes e às doenças cérebro-vasculares, responsáveis, em média, por mais de 55% das causas de óbitos, mantendo-se em patamares importantes.

Outras causas de mortes, como a presença significativa de pneumonias e sintomas e estados mal definidos mostraram um crescimento importante em 1989.

TABELA 6

Principais Causas de óbito - 50 anos e mais no Município de Pirassununga, de 1980 a 1989.

NUMERO ANUAL DE OBITOS							
Causas de Óbito	1980	1981	1982	1985	1986	1987	1989
D. Isq. Cor	39	52	40	43	39	43	46
D.Cerebrov.	33	24	34	33	32	26	28
Neoplasias	27	34	33	36	44	32	35
Out.D.Corac	20	0	19	23	25	18	30
Pneumonia	-	11		9	8	8	19
Tripanosom	-	-	7	1	4	2	2
Diab. Mel.	-	-	-	9	6	17	10
D.Inf.Paras.	-	-	-	9	6	17	10
D.Inf.Paras.	-	-	-	10	0	0	1
S.Est.Mal.D.	-	-	-	12	7	11	19
Acidentes	-	-	-	7	8	6	5
TOTAL:	119	121	133	183	173	163	195

Fonte: SEADE

Por outro lado, assinala-se o decréscimo dos acidentes e da tripanossomiase como causa de morte.

Fode-se concluir, a partir destes indicadores, que:

- a) Houve piora das condições gerais de vida levando à persistência e/ou crescimento da ocorrência de doenças infecciosas e desnutrição nas crianças de zero a 11 meses;
- b) Piora ou persistência de má atenção à saúde em todas as faixas etárias, apresentando:
 - má assistência ao parto e ao período neo-natal
 - Presença de condições importantes que levam à violência e a acidentes na faixa etária de 20 a 49 anos.

Estas conclusões podem estar relacionadas à ausência de programas e ações específicas voltadas às faixas populacionais de maior risco e, também, a uma possível piora das condições sócio-econômicas do município.

Estas conclusões, embora possam ser contraditórias com a análise da mortalidade realizada nos itens precedentes, na verdade chamam a atenção para o fato de que, embora as condições gerais de saúde do município de Pirassununga tenham melhorado, existem faixas populacionais de risco que não estão tendo atenção à saúde adequada às suas necessidades.

Os dados também acentuam que quando levamos em conta apenas os indicadores globais, detectamos a melhoria do padrão de saúde. Entretanto esses dados, quando especificados por faixas etárias, nos mostram uma outra realidade, em função desses indicadores globais referirem-se às médias.

Seria necessário, igualmente, especificar estes dados para diferentes grupos sócio-econômicos, o que revelaria piores padrões de saúde nas populações mais pobres.

4.1.7.3 - Organização dos serviços de saúde do município de Pirassununga

A assistência à saúde da população do município de Pirassununga é realizada por uma variedade de serviços públicos nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) e pela iniciativa privada, que também atua em vários setores (ambulatorial, de internação e análise laboratorial).

O Setor Público em Saúde.

A oferta de serviço de saúde pelo setor público é apresentada abaixo, separando-se pelos 3 níveis administrativos:

FEDERAL

Há 01 PAM (do antigo INAMPS), que oferece consultas ambulatoriais em Clínica Médica, Pediatria, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia e Acidentes de Trabalho.

Este PAM conta com aproximadamente 40 funcionários e a distribuição de profissionais médicos por especialidade é a seguinte (Tabela 7).

TABELA 7 - Número de médicos segundo especialidades no
FAM/INAMPS. Pirassununga, 1992.

ESPECIALIDADE	Nº DE PROFISSIONAIS EM 4HS DIÁRIAS
Clínica Médica	02
Pediatria	02
Otorrinolaringologia	01
Neurologia	01
Cirurgia*	01
Ortopedia	01
Gastroenterologia	01
Nefrologia**	01

* em cargo administrativo

** respondendo pelo setor de Acidentes de Trabalho

Há também 01 Hospital da Aeronáutica que possui:

- . 24 leitos;
- . 07 consultórios;
- . serviços cirúrgicos e obstétricos;
- . serviços odontológicos;
- . serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico -
Ultrassonografia, Radiologia, Análises Clínicas e
Fisioterapia.

Esta Unidade cobre cerca de 10.000 habitantes, referente aos militares e dependentes, o que significa uma cobertura de cerca de 18% da população geral.

ESTADUAL.

Há o CSII com características de Unidade Básica, oferecendo serviços de:

- cardiologia;
- oftalmologia;
- psiquiatria;
- pediatria;
- ginecologia
- atendimento a hanseníase e tuberculose
- vigilância epidemiológica
- vigilância sanitária
- farmácia

- laboratório de análises clínicas, que processa exames de bioquímica, fezes, hematologia, imunologia, microbiologia e urina.

MUNICIPAL:

Há 01 FAM que realiza pronto-atendimento em regime de plantão de 24 horas;

Há 09 Unidades Básicas de atenção primária;

Há 01 Centro Odontológico;

Há, ainda, 05 consultórios odontológicos, localizados nas Unidades Básicas (04) e no Dispensário Escolar (01) e 06 odontólogos distribuídos na rede escolar;

O sistema de Remoção de Pacientes funciona com 07 viaturas, algumas sob responsabilidade da Promoção Social e outras da Saúde.

TABELA: 8

NÚMERO DE ATENDIMENTOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE PIRASSUNUNGA , 1992 .

Total	01/92	02/92	03/92	04/92	05/92	06/92	07/92	08/92	09/92	10/92
Vacina	1504	1958	1569	1158	3397	1210	1929	486	1714	1781
Cons.Médic	5864	7059	9153	10124	11568	11196	10062	1086	10720	10324
Proc.Médic	187	182	215	249	202	181	178	207	169	177
Atend.Odor	1057	2215	2897	3155	2492	4123	4326	5086	5047	4356
Pat.Clinica	2810	2687	2134	2501	2831	2815	2483	2680	2607	3002
Ou.Ex.Espe	86	-	196	163	95	212	154	96	13	44
Ou.Te Espe	-	10	8	1	3	21	9	-	7	-
At.Ñ.Médic	5354	7120	7024	7792	10005	14829	14454	4561	4548	4551
Ortopedia	34	26	29	59	48	67	57	80	53	36

Fonte: ERSa de Limeira

O Setor Privado em Saúde

A iniciativa privada em Firassununga se caracteriza pela presença dos seguintes serviços:

UMA COOPERATIVA MÉDICA (medicina de grupo) - CEMEP - com cobertura aproximada de 12.000 habitantes, cerca de 20% da população geral. Oferece cobertura ambulatorial e hospitalar, sendo esta última provida pela Santa Casa. Prestam serviços ao CEMEP cerca de 12 profissionais médicos, além de vários especialistas credenciados.

CLÍNICAS MÉDICAS PARTICULARES - concentradas na área central do município, das quais não se possuem dados de cobertura populacional.

HOSPITAL DA SANTA CASA - único hospital do município, com 92 leitos, recentemente ampliado em mais 100 leitos. Estes leitos estão assim distribuídos:

11 quartos com 02 leitos cada

10 leitos para maternidade - à disposição da clientela privada ou convênios particulares.

59 leitos em convênio com SUS: 16 pediátricos, 04 berçário, 07 maternidade e 32 para clínica médica, clínica cirúrgica e ginecologia.

A Santa Casa oferece ainda serviços de :

- Pronto Socorro - com 02 leitos de observação, 02 leitos de emergências e equipamento para parada cardíaca

- Centro Cirúrgico - com 06 salas: 02 para Cirurgia Geral; 01 para Ortopedia; 01 para Oftalmologia; 01 para Otorrinolaringologia; 01 para cirurgias contaminadas
- Centro Obstétrico - com 02 salas para parto; 04 leitos para pré-parto; 01 sala de exame; 01 sala cirúrgica
- Serviço de Apoio Diagnóstico:
 - . Análises Clínicas;
 - . Radiologia Simples e Contrastada;
 - . Hemoterapia;
 - . Eletrocardiografia;
 - . Ultrassonografia;
- Atendimento Ambulatorial (exclusivamente à clientela SUS), com 4 salas funcionando, das 7:00 às 17:00hs. nas seguintes especialidades:
 - Clínica Médica;
 - Ortopedia;
 - Otorrinolaringologia;
 - Cirurgia Geral;
 - Cirurgia Plástica;
 - Ginecologia;
 - Obstetrícia;
 - Cirurgia Vascular

Quanto aos serviços da Santa Casa, existem alguns dados muito genéricos, não permitindo uma análise mais aprofundada. Segundo essas informações, em 1991 ocorreram 6.622 internações, com uma taxa de ocupação de 98% nos

leitos conveniados ao SUS, e de 15% nos leitos privados, sendo 50% nos leitos pediátricos.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais da Santa Casa, os dados demonstram que ocorreram 26.018 atendimentos em 1991, porém sem especificação de quantos nas clínicas básicas e quanto nas especializadas.

Foram realizados 50.181 atendimentos ditos de urgência/emergência em 1991, não permitindo identificar o que foi realizado como pronto atendimento e o que realmente se caracteriza como demanda de Pronto Socorro.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO - constando de

- 03 laboratórios conveniados ao SUS, sob supervisão do ERSA/Limeira.
- 01 serviço de Radiologia credenciado
- Eletroencefalografia - realizada através de compra de serviços em Araras.

De modo geral não é possível precisar a cobertura que o setor privado oferece à população do município, seja por intermédio do convênio SUS, seja através de serviços privados, em decorrência da falta de dados completos.

4.1.7.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS DE PIRASSUNUNGA

Não foi possível avaliar de forma global os serviços de saúde municipais, avaliou-se apenas o rendimento dos recursos humanos (Tabela 9) e as metas referenciais.

TABELA 9 - Rendimento dos Médicos e Dentistas dos Serviços de Saúde do Município de Pirassununga em 1991

SERVIÇOS DE SAÚDE	RENDIMENTO* (cons.med/hora)
Próprios Municipais	04
Municipalizado (CSII)	7,2
Pediatria	2,8
Mulher	(1)
Adulto	(1)
Especialidades	
Cardiologia	2,13
Oftalmologia	1,60
Psiquiatria	1,04
FAM (INAMPS)	(2)
Pronto Socorro	4,1
Odontologia	4,7

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga, 1991

* Rendimento = $\frac{\text{n}^{\circ} \text{ cons. realizada pelos profissionais no ano}}{\text{n}^{\circ} \text{ hs. trabalhadas pelos profissionais no ano}}$

(1) não foi possível obter o rendimento pois não há indicação de clínicas gerais.

(2) não foram enviados dados deste serviço.

Com relação ao rendimento, os médicos e dentistas dos serviços municipais realizaram 3,4 cons./hora e 4,7 cons./hora respectivamente, parâmetros muito próximos daqueles preconizados pelo SUS em São Paulo (4,0 cons./hora e 5,0 cons./hora respectivamente para médicos e dentistas). Entretanto, se considerarmos neste rendimento as horas gastas em funções administrativas, como diretor e chefias de Unidades, e em diferentes setores dos serviços, obteremos dados diversos.

Pelos dados, constatou-se que nas especialidades médicas e no atendimento à mulher, o rendimento é abaixo do esperado, indicando ociosidade dos recursos humanos, a qual deve ser avaliada frente às necessidades e as demandas locais.

Quanto ao atendimento à criança (Pediatria), este encontra-se com sobrecarga, necessitando ser redimensionado quanto ao número de profissionais médicos.

Quanto ao pessoal de enfermagem, observou-se que realiza cerca de 3,3 atividades para cada consulta médica, o que está acima do parâmetro do SUS-SF (2,3 atividades para cada consulta médica), demonstrando que há um rendimento 43%

superior ao esperado, o que indica uma grande sobrecarga de atividades, comprometendo a qualidade dos serviços.

Quanto as atividades produzidas, em relação à necessidade da população local (Meta Referencial), observa-se que a maioria encontra-se abaixo de 50% (Tabela 10). Isto significa que os Serviços de Saúde Municipais não conseguem atender as necessidades locais de atenção médica e odontológica.

Apenas o pronto atendimento às crianças e os atendimentos básicos de enfermagem cobrem respectivamente 92% e 66% das necessidades, mas com evidente sobrecarga dos profissionais como já indicado.

O atendimento à mulher, à saúde mental e odontológico são os mais prejudicados em termos de cobertura, seguido pela atenção médica aos adultos.

TABELA 10 - Metas Referenciais, Atividades Produzidas e Alcance das Metas dos Serviços de Saúde Municipais de Pirassununga, 1991.

SERVIÇO	SETOR	ATIVIDADE	META REFERENCIAL	PRODUZIDO	ALCANCE DA META
C. Med.	Criança	Progr.	2.742	0	0,00%
		N. Progr.	19.044	17.548	92,14%
	Mulher	Gineco.	8.249	2.578	31,25%
		Obstet.	7.372	1.939	26,30%
		Papanic	10.040	968	9,64%
	Adulto	Progr.	1.971	824	41,80%
		N. Progr.	63.628	27.376	43,02%
S. Mental		10.531	918	8,72%	
At. Bás. Enferm.		261.143	173.567	66,46%	
S. Bucal		394.938	69.127	17,50%	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga.

Atenção Médica Segundo Especialidades

TABELA 11 - Atenção Médica Segundo Especialidades dos Serviços de Saúde Municipais e do FAM (INAMPS) de Pirassununga - 1991

ESPECIALIDADE	METAS	PRODUZIDOS	ALCANCE
Traum. Ort.	3554,442	2.865	80,60%
Oftamologia	3422,796	2.843	83,06%
Psiquiatria	2720,684	918	33,74%
Cardiologia	2589,038	1.409	54,42%
Otorrinolaringologia	2325,746	2.413	103,75%
Neurologia	1491,988	3.094	207,57%
Dermatologia	1360,342	0	0
Pneumologia	1228,696	0	0
Urologia	1097,05	0	0
Gastroenterologia	877,64	0	0
Med. Fis.	745,994	0	0
Reumatologia	482,702	0	0
Endocrinologia	482,702	0	0
Alergia	351,056	0	0
D. Vasc. Per.	351,056	0	0
Proctologia	263,292	0	0
Oncologia	263,292	0	0
Hematologia	131,646	0	0
Nefrologia	131,646	0	0
Neuroc.	131,646	0	0
Outros	570,466	0	0

Total	24573,92	13.542	55,11%

 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

Com relação às atividades produzidas, apenas são oferecidas 28% das principais especialidades.

Das especialidades oferecidas, a Psiquiatria e a Cardiologia possuem baixa cobertura (respectivamente 34% e 54%). Por outro lado, a Neurologia produz duas vezes mais consultas que a necessidade local, o que aponta para a necessidade de avaliação mais detalhada da questão.

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

TABELA 12 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico realizado pela Prefeitura de Pirassununga, 1991.

EXAMES	META REFERENCIAL	PRODUZIDO	ALCANCE
Bioquímica	5.972	10.266	171,90%
Fezes	3.406	8.580	251,89%
Hematologia	6.006	6.383	106,27%
Imunologia	1.964	4.049	206,14%
Microbiologia	1.975	1.647	83,37%
Urina	2.520	4.676	185,51%
Cicloerg.	11	-	0
Ergomet.	11	-	0
Função Pulmonar	68	-	0
Ultrassonografia	499	-	0
Eletrocardiograma	1.158	-	0
Eletroencefalograma	488	957	196,02%
Radiologia	4.235	-	0
Inalação	6.426	-	0

ALTO CUSTO			
Fisioterapia	6.937	-	0
Anat. Patol.	635	-	0
RC Cont.	1.192	-	0
Fono	-	-	-
Ter. Ocup.	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga
 Total de Consultas Médicas : 113540

Quanto aos serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) foi possível detectar a ausência de oferta pela Prefeitura de serviços importantes como: Radiologia, Eletrocardiografia, Anatomia Patologica, Fisioterapia, entre outros.

Nos serviços oferecidos, observou-se algumas distorções como o excessivo número de exames realizados nos setores de

Bioquímica, Fezes, Imunologia, Urina e Eletroencefalografia, com relação ao total de consultas médicas realizadas.

Esta situação dos SADI chama atenção para duas questões:

a) a compra de serviços do setor privado, naqueles setores não oferecidos pela Prefeitura. Neste sentido, seria necessário avaliar o acesso a estes exames, o que vem sendo comprado, seus custos e a possibilidade da Prefeitura passar a oferecer tais serviços.

b) a qualidade da atenção médica deve ser avaliada uma vez que um alto número de exames (ex.: estão sendo realizados 31 exames laboratoriais para cada 100 consultas médicas, quando o padrão SUDS-SF é de 19 exames laboratoriais para cada 100 consultas) pode significar uma conduta clínica inadequada, principalmente quando se sabe que mais de 50% desses exames são normais. Isto pode levar à conclusão que as consultas médicas são do tipo Pronto-Atendimento (queixa/condução) nos quais o exame clínico é substituído pelo pedido de um número grande de exames.

4.1.7.5 - RECURSOS HUMANOS

Tabela 13 - Número de funcionários de atividades - fins segundo a categoria funcional, nos serviços do município. Pirassununga, 1992

Categorias	Funcionais					
	Federais Municipalizados		Estaduais Municipalizados		Municipais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médios	09	56,3	04	23,5	28	39,5
Demais Profissionais de nível superior	04	25,0	02	11,8	17	23,9
Nível Médio	03	18,7	07	41,2	21	29,6
Nível Básico	-	-	04	23,5	05	7,0
Total	16	100,0	17	100,0	71	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

Tabela 14 - Número de funcionários de atividades - fins segundo a categoria funcional, nos serviços do município. Pirassununga, 1992

Categorias	Funcionais							
	Federais Municipalizados		Estaduais Municipalizados				Municipais	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Médios	-	-	01	9,1	-	-	-	-
Demais Profissionais de nível superior	-	-	01	9,1	02	5,0	-	-
Nível Médio	14	87,5	05	45,5	10	25,0	-	-
Nível Básico	02	12,5	04	36,3	26	70,0	-	-
Total	16	100,0	11	100,0	40	100,0	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

Definiu-se como atividades-fins aquelas que implicam em contato direto com o usuário em atenção à saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, etc), e atividades meios, aquelas de ordem administrativa e operacional sem o mesmo contato (Secretaria da Saúde, Coordenadores, pessoal administrativo, de laboratório, serventes, etc).

4.1.7.6 - Financiamento dos Serviços Municipais de Saúde

Com relação ao Financiamento dos Serviços Municipais de Saúde teve-se acesso a dados globais, conforme Tabelas abaixo:

TABELA 15 - Financiamento dos Serviços de Saúde Municipais de Pirassununga

	1989 (realizada)	1990 (realizada)	1991 (prevista)
Receita do SUS	660.266,88	23.692.023,57	57.229.547,00
Total da despesa do Município com o Programa de Saúde	2.598.117,39	66.832.181,15	152.345.516,36
Total Geral da Despesa do Município	23.044.627,59	762.809.868,12	1.809.743.528,38

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

TABELA 16- Financiamento dos Serviços de Saúde Municipais de Pirassununga

	1989 (cruzados)	1990 (OTN/BTN)	1991 (BTN/BTN)
Total Geral da Despesa do Município	23.044.627,59	10.065.619	5.449.217
Total da Despesa com Saúde	2.598.117,39 2/1 (11,3%)	881.181 2/1 (8,76%)	462.170 2/1 (8,41%)
Receita do SUS	660.166,88 3/2 (25,4%)	312.627 3/2 (35,5%)	173.617 3/2 (37,6%)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga

Em relação aos dados acima, é possível destacar:

- a) queda do percentual de Despesas em Saúde em relação ao total de despesas da Prefeitura, sendo que este decréscimo foi mais acentuado no período 1989/90.
- b) aumento da importância da receita SUS em relação ao total de despesas em saúde, porém mesmo assim chegam a representar somente 38%.
- c) em termos de valores em OTN/BTN, nos anos 1990 e 1991 é nítido o decréscimo em cerca de 50% do montante de recursos advindos do SUS, dos gastos no setor saúde e das Despesas Gerais do Município.

4.1.7.7 - A Integração dos Serviços de Saúde e a Contribuição do SUS no Município

O conjunto de dados apresentados para elaboração do Plano Diretor mostra a falta de fontes de informações importantes para análise das condições de saúde da população local, visto que estão ausentes:

- a evolução sócio-econômica, política e cultural do município,
- uma caracterização mais detalhada dos setores econômicos e da mão-de-obra neles alocada;
- um estudo das questões ambientais,

e isto impede:

- avaliação mais precisa dos riscos à saúde a que está submetida a população;
- detecção de grupos de riscos;
- definição de estratégias mais amplas, além da atenção médica, para abordar as questões de saúde.

A maioria das informações obtidas dizem respeito principalmente aos aspectos biológicos relacionados à saúde (crescimento, populacional, mortes, assistência médica à doença). Isso indica que as questões de saúde no município de Pirassununga não são abordadas de maneira integral na qual os componentes sócio-econômicos são determinantes.

Conseqüentemente, há falta de programas de atenção a faixas populacionais de risco ou de Ações Coletivas em Saúde, exceto de atividades de controle e inspeção da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Neste sentido, o artigo 146 do capítulo VI da Lei Orgânica do Município de Firassununga encontra-se comprometido na medida em que não vem ocorrendo a garantia do direito à assistência à saúde mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem o bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e a redução do risco de doenças e outros agravos.

Seria necessário conhecer os riscos e os agravos e não somente as causas de óbito. Também deveriam ser desenvolvidas políticas sociais integradas e não apenas a assistência médica (que constitui-se parcela do trabalho em saúde).

Essas observações apontam para duas questões preliminares com relação ao SUS no município de Firassununga:

- a) as questões de saúde do Município são parcialmente conhecidas, e este conhecimento diz respeito principalmente às causas de morte, não havendo dados sobre riscos e agravos à saúde.
- b) não existem ou não foram detectadas políticas sociais, econômicas e ambientais integradas que visem o bem estar da população.

Em termos de assistência hospitalar, a municipalidade não possui qualquer peso significativo, sendo a mesma dividida entre a Santa Casa Local e o Hospital da Aeronáutica. Acrescido a isso, sendo o setor privado o principal mercado de trabalho da categoria médica, conclui-se que o peso relativo do setor municipal é minoritário.

Para que o SUS no Município pudesse avançar seria necessário contar com o apoio do setor filantrópico conveniado e com o Hospital da Aeronáutica, o que é significativo para o comando do SUS pelo poder municipal. Também é imprescindível qualificar os serviços municipais, na medida que eles têm funcionado principalmente como pronto atendimento, o que influencia na qualidade do serviço prestado, provavelmente funcionando como uma grande triagem para os serviços conveniados e contratados.

Também é necessário definir ações e programas específicos voltados às faixas populacionais de risco e que venham ao encontro de suas reais necessidades, o que requer um diagnóstico mais detalhado sobre os riscos e agravos à saúde e também da organização dos serviços e suas potencialidades.

A qualificação dos serviços municipais é um ponto importante para construir sua legitimidade perante à população, passando a se constituir num ator de peso dentro do SUS.

4.1.7.8 - O Gerenciamento do SUS no Município

Antes da Conferência Municipal de Saúde ainda não tinham sido delineadas as diversas instâncias gerenciadoras do SUS local. A Lei Orgânica do Município é omissa quanto às competências destas diversas instâncias, inclusive com relação à Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, estando o Conselho Municipal de Saúde em vias de organização.

Dada a atual estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social e considerando vários pontos da legislação em saúde da Lei Orgânica do Município, é possível afirmar que existe uma extrema preocupação com diferentes categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas), o que tem imprimido sua marca na administração municipal e, possivelmente, no Conselho Municipal de Saúde.

Isso demonstra que na lógica da saúde dos poderes municipais, possivelmente estes interesses corporativos podem estar dificultando a implantação do SUS, interferindo na necessidade de se criar um sistema de saúde que vá ao encontro dos interesses e necessidades da população local. Deste modo, devem ser pensados um novo modelo e uma estrutura mais adequada aos desafios de implantação do SUS.

4.2 - ANÁLISE DA MUNICIPALIZAÇÃO

O processo de análise da municipalização que se segue, corresponde aos resultados da pesquisa de campo, realizada com a população, os funcionários e a administração. Tentamos expressar ao máximo as abordagens destes três seguimentos, com a finalidade de obter uma visão ampliada do processo de municipalização de Pirassununga.

Tabela 17 - Número e percentual da população entrevistada no município de Pirassununga, 1992

População	Nº	%
Funcionários	47	43,9
Mulheres	60	56,1
Total	107	100,0

Fonte : Questionários

4.2.1. POPULAÇÃO

A-) NIVEIS DE ACESSO

Questão 1:

Tabela 18 - Número e percentual das opiniões das mulheres entrevistadas segundo os níveis de acesso a serviços antes e depois de 1989. Pirassununga, 1992

Serviço utilizado	Antes de 1989		Depois de 1989	
	Nº	%	Nº	%
Público	26	81,3	32	53,3
Público e Privado	-	-	20	33,3
Outros	04	12,4	08	13,4
S/ informação	02	6,3	-	-
Total	32	100,0	60	100,0

Fonte : Questionários

A maioria da população entrevistada utiliza somente o serviço público de saúde.

Daqueles que hoje se utilizam exclusivamente do serviço público, nem todos utilizavam antes de 1989.

Questão 02:

Atualmente com a ampliação da rede, tendo um maior número de unidades básicas, o deslocamento da população é de menor distância para o atendimento de nível primário. Todavia, em termos de atenção secundária e terciária, esta se concentra no Centro da cidade, através do CS II, Inamps e Santa Casa.

Antes de 1989 - havia menos unidades, o deslocamento era maior, o serviço concentrava-se na região central.

Questão 03:

Tabela 19 - Número e percentual das opiniões das mulheres entrevistadas segundo a utilização de serviço fora do município. Pirassununga, 1992.

Utiliza Serviço fora do município	Nº	%
Sim	28	46,7
Não	32	53,3
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Uma parcela significativa das entrevistadas, utilizam serviços fora do município. As que utilizam, são para serviços especializados, como exames de nefrologia, eletroencefalograma, eletrocardiograma, tratamento de leucemia. Enfim, as especialidades não existentes em Pirassununga. Os locais mais procurados são Unicamp, Ribeirão Preto e Araras. Os usuários se locomovem por condução própria, passes cedidos pela Promoção Social ou ambulância.

Antes de 1989 - as entrevistadas relataram que era mais difícil, precisavam sair mais do município, em virtude da falta de especialidades, a dificuldade de acesso era maior, e as remoções também eram mais difíceis.

Questão 05:

A grande maioria relata não pagar serviços públicos. Muito poucas informaram a existência de pagamento, para serviços como : obtenção de alta na maternidade da

Santa Casa, fisioterapia na Fisiomed, radiografia de crânio, exames de cardiologia e laboratoriais.

Antes de 1989- relataram que havia pagamentos nos serviços de : radiografia odontológica, honorários médicos para cirurgia, além da taxa para alta na maternidade.

Questão 07:

A maioria das entrevistadas relatam que marcam consulta no mesmo dia em que serão atendidas, mas precisam chegar cedo , porque o número de vagas é limitado.

Antes de 1989- havia menor número de Unidades de Saúde, o que acarretava maior tempo de espera para conseguir passar em consulta.

Atualmente , o prazo para a coleta de exames de rotina varia em torno de dois dias após a consulta, e o resultado fica pronto em torno de uma semana.

Quanto a antes de 1989, as usuárias tiveram dificuldade de avaliar este aspecto. Algumas afirmam que era mais demorado por só haver um laboratório, o que ocasionava espera de até 40 dias para resultado de exame.

No que se refere à internação, as entrevistadas relatam que, em geral, é imediata, inclusive porque a maioria dos médicos da rede trabalham também na Santa Casa. Parte delas considerou que o prazo para internação antes de 1989 era igual ao de hoje, e outras, que antes era mais demorado.

Questão 8:

Tabela 20 - Número e percentual das opiniões das mulheres entrevistadas sobre o horário de funcionamento das unidades de Saúde. Pirassununga, 1992.

Horário de funcionamento	Nº	X
Adequado	41	68,3
Inadequado	17	28,4
S/informação	02	3,3
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

O principal problema detectado foi as unidades em que só há médicos em meio período.

De 1989 para cá, a maioria considerou que não ocorreu alteração de horário.

Tabela 21 - Número e percentual das opiniões das mulheres entrevistadas segundo a alteração no horário de funcionamento das unidades de Saúde, de 1989 em diante. Pirassununga, 1992

Alteração de horário	Nº	X
Sim	16	26,7
Não	30	50,0
S/informação	14	23,3
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Dentre aqueles que consideram que aconteceu alguma alteração de horário, houve discordância quanto à diminuição ou aumento de horário.

Questão 14:

Das entrevistadas, todas as que tem filhos em idade de vacinação, os vacinaram. A maioria fez isso facilmente, e também apontam que sempre ocorreu desta maneira. Aquelas que consideraram difícil vacinar, explicam que a vacinação de bebês só ocorre uma vez por semana, e também que há muita falta de vacinas.

Tabela 22 - Número e percentual de opinião das mulheres entrevistadas segundo a vacinação de seus filhos. Pirassununga, 1992.

Vacinação	Antes de 1989		Depois de 1989	
	Nº	%	Nº	%
C/ + Facilidade	05	8,3	47	78,3
C/ + Dificuldade	10	16,7	05	8,3
Sem alteração	25	41,7	-	13,4
Não se aplica (1)	22	33,3	08	13,4
Total	60	100,0	60	100,0

Fonte : Questionários

(1) Sem filhos em idade de vacinação no período específico

C-) INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Questão 11:

Tabela 23 - Número e percentual de opinião das mulheres entrevistadas segundo a realização de exames periódicos. Pirassununga, 1992.

Realização de exames Periódicos	Nº	%
Sim	33	55,0
Não	23	38,3
S/Informação	04	6,7
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Os dados apontam que a maioria realiza exames periódicos, e das que não realizam, muitas já fizeram alguns desses exames, esporadicamente.

Foram citados exames como: papanicolau, mamografia, ultrassonografia, sangue, urina, eletroencefalograma, eletrocardiograma, reumatológico e para leucemia.

Os locais mais procurados são: CS II, UNICAMP, FAM/INAMPS, Santa Casa, Araras; poucas usam serviços particulares.

A regularidade na realização ou não de exames periódicos manteve-se como era antes de 1989.

Questão 13-C

Dentre as entrevistadas, a grande maioria realizou seus partos no município de Pirassununga, na Santa Casa.

D-) PARTICIPAÇÃO POPULAR

Questão 4:

Tabela 24 - Número e percentual das mulheres entrevistadas segundo o conhecimento sobre a responsabilidade pelos serviços de saúde do município. Pirassununga, 1992.

Conhecimento sobre a responsabilidade pelos serviços de Saúde	Nº	%
Sim	26	43,3
Não	34	56,7
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

A maioria das entrevistadas afirma não saber quem é o responsável pelos serviços de saúde da cidade. Das que dizem saber, algumas citam a Prefeitura do município, outras, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, o Coordenador de Saúde da SMSF e o Diretor do CS II.

Questão 16:

Tabela 25 - Número e percentual de opiniões das mulheres entrevistadas segundo o conhecimento de participação da comunidade nas questões de saúde. Pirassununga, 1992.

Conhecimento	Nº	%
Sim	20	33,3
Não	40	66,7
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Conforme mostra a tabela, a grande maioria das entrevistadas não conhece nenhum tipo de participação da comunidade nas questões de saúde.

Aquelas que afirmam conhecer, mencionam o programa de rádio "Mesa Redonda", a Pastoral da Saúde e da Criança, o Plano Diretor e Associações de Bairro, sendo que o que mais se destaca é o programa de rádio.

Das entrevistadas, a maioria diz não haver nenhuma forma de participação popular antes de 1989.

Questão 17:

Tabela 26 - Número e percentual de opiniões das mulheres entrevistadas segundo a reclamação do serviço de saúde. Pirassununga, 1992.

Reclamação do Atendimento	Nº	%
Sim	23	38,3
Não	26	43,3
S/informação	11	18,4
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Das entrevistadas, um número maior não tem por hábito reclamar sobre os serviços de saúde, alegando que "não adianta nada" e que não há um canal específico para encaminhar reclamações. Algumas não tiveram problemas que exigissem reclamações, ao passo que, a maioria das que reclamou, o fez através do programa "Mesa Redonda" ou na própria unidade em que não foi bem atendida.

Poucas delas responderam que reclamavam do serviço antes de 1989.

Questão 18:

Tabela 27 - Número e percentual de Opinião das Mulheres entrevistadas segundo o conhecimento sobre a municipalização dos serviços de saúde. Pirassununga, 1992

Conhecimento sobre a municipalização dos serviços de Saúde	Nº	%
Sim	18	30,0
Não	40	66,7
S/Informação	02	3,3
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

A maioria das entrevistadas não sabe que os serviços de saúde de Pirassununga foram municipalizados.

M-) DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO

Quanto ao tipo de parto, dentre as entrevistadas, 16 não tiveram filhos ou não responderam corretamente a pergunta. Dos partos relatados, a maioria (41) foram normais, outros cesárea (20) e muito poucos (3), fórceps.

N-) QUALIDADE

Questão 1-B:

Tabela 28 - Número e percentual de opinião das mulheres entrevistadas segundo a qualidade de atendimento oferecido pelos serviços de saúde antes de 1989, em relação ao período anual. Pirassununga, 1992.

Qualidade de atendimento de 1989 em relação a 1992	Nº	%
Melhorou	19	31,7
Piorou	16	26,7
S/alteração	15	25,0
S/informação	10	16,6
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Apesar de um número maior de pessoas considerarem que o serviço antes de 1989 era pior do que é hoje, devemos salientar que a diferença não chega a ser relevante. Assim, observamos que as entrevistadas estão divididas no que se refere a perceber com clareza, se o serviço de saúde melhorou, piorou ou continuou igual ao que era antes de 1989.

Questão 13-A:

Tabela 29 - Número e percentual das opiniões das Mulheres entrevistadas segundo a satisfação com o acompanhamento pré-natal antes e depois de 1989. Pirassununga, 1992.

Acompanhamento Pré-Natal	Antes de 1989		Depois de 1989	
	Nº	X	Nº	X
Satisfatório	25	41,7	29	48,3
Insatisfatório	07	11,7	05	8,3
Não realizou	20	33,3	18	30,0
S/filhos	08	13,3	08	13,4
Total	60	100,0	60	100,0

Fonte : Questionários

A maioria das usuárias que realizaram acompanhamento pré-natal, ficaram satisfeitas, antes e depois de 1989, mas houve uma pequena melhora na satisfação das usuárias atualmente. Cabe ressaltar, que algumas usuárias que não fizeram pré-natal, não o realizaram por desconhecerem a existência e a necessidade deste acompanhamento.

Questão 13-D:

Quanto a qualidade do atendimento no parto, a maioria considerou bom, para si e para o bebê. Dentre aquelas que consideraram atendimento ruim, os principais problemas levantados foram: a falta de assistência médica, especialmente à noite, a falta de higiene e a demora.

Questão 15:

Quanto a qualidade do atendimento por parte dos funcionários, a maior parte das entrevistadas relata que é bem atendida, e sempre foi assim.

Algumas reclamações ocorreram, especialmente nas unidades da Vila Esperança, PAM/INAMPS e CS II, quanto a falta de atenção e educação da recepção e enfermagem, bem como da pressa dos médicos.

0-) INTEGRALIDADE

Questão 9:

Tabela 30 - Número e percentual das opiniões das Mulheres entrevistadas segundo ao fornecimento de gratuito de medicação. Pirassununga, 1992

Fornecimento Gratuito de medicação	Nº	%
Todos os medicamentos	13	21,7
Alguns medicamentos	42	70,0
Nenhum medicamento	02	3,3
Não se aplica	03	5,0
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

A maioria afirma que apenas alguns medicamentos são fornecidos gratuitamente. Se a medicação não existe na UBS, o usuário é encaminhado para a Promoção Social, contudo, reclamam que há falta de medicação.

Antes de 1989 - muitas dizem que era melhor, porque havia mais medicação e/ou era mais fácil a distribuição.

Questão 10:

Tabela 31 - Número e percentual de opiniões das mulheres entrevistadas segundo a iniciativa de procurar o serviço de saúde.

Procura pelo serviço de saúde	Nº	%
Só doente	43	71,7
Também para controle	17	28,3
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

Maioria das entrevistadas procura o serviço de saúde só quando está doente, e fazia o mesmo antes de 1989.

Questão 11:

Apurada no item C - INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Questão 12:

Tabela 32 - Número de opiniões das mulheres entrevistadas segundo o recebimento de orientações educativas. Pirassununga, 1992.

Orientação Educativa	Nº
Controle Natalidade	13
DST	11
Gravidez	13
Parto	11
AIDS	04
Dengue	02
Não recebe orientação	37

Fonte : Questionários

A maioria não recebe orientações sobre os temas citados. Aquelas que recebem, indicam que é feita através de folhetos, palestras no CS II e orientações do médico durante a consulta.

Não se mostra alterada esta situação em relação a antes de 1989.

P-) RESOLUTIVIDADE

Questão 6:

Tabela 33 - Número e percentual de opiniões das mulheres entrevistadas segundo ao atendimento da queixa ao procurar um serviço de saúde. Pirassununga, 1992.

Atendimento da queixa	Nº	%
Sim	46	76,6
Não	12	20,0
Parcialmente	01	1,7
Não utiliza	01	1,7
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

A maior parte das entrevistadas disse que teve sua queixa atendida, quando procurou o serviço. daquelas que não tiveram suas queixas atendidas algumas alegaram que não foram bem atendidas por funcionários (médico e enfermagem), ou que não havia médico na unidade.

Sobre a resolutividade antes de 1989, a maioria considera que era a mesma de hoje; uma parcela grande acha que era pior; e poucas acreditam que era melhor antes de 1989.

Tabela 34 - Número e percentual de opiniões das mulheres entrevistadas segundo a resolutividade do serviço de saúde antes de 1989 em relação a 1992. Pirassununga, 1992.

Resolutividade antes de 1989 em relação a 1992	Nº	%
Melhor	04	6,7
Pior	19	31,7
Sem alteração	26	43,3
S/informação	11	18,3
Total	60	100,0

Fonte : Questionários

SUGESTÕES DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE :

Questão 19

1. Médicos nas Unidades Básicas durante o período noturno e finais de semana.
2. Construção de um hospital municipal com maternidade.
3. Maior conservação da limpeza pública, principalmente em ruas e terrenos baldios.
4. Aumentar o número de consultas por dia nas Unidades Básicas de Saúde.
5. Procurar agilizar o atendimento, por exemplo com a marcação de consultas com antecedência visando a diminuição das filas de madrugada.
6. Ingresso de médicos e assistentes sociais nas creches.
7. Ingresso de mais profissionais de nível superior na rede pública de saúde (médicos ortopedista, cardiologista, pediatra e ginecologista, e fisioterapeuta)
8. Maior atenção por parte dos médicos e funcionários administrativos.
9. Maior disponibilidade de vacinas e remédios
10. Ampliação da frota de ambulâncias e melhor conservação das já existentes.
11. Melhor qualidade dos serviços de saúde existentes.

12. Maior atenção aos acompanhantes dos pacientes internados na Santa Casa.

13. Maior integração entre Santa Casa e as Unidades Básicas de Saúde.

14. Humanização dos serviços públicos de saúde.

15. Maior informação sobre as doenças.

16. Aumentos de cobertura para os exames de maior complexidade.

4.2.2 - FUNCIONÁRIOS

A-) NÍVEIS DE ACESSO

Questão 8:

Esta questão deu margem a duas interpretações:

1. Acesso à Unidade

2. Acesso ao Sistema (encaminhamentos)

1. Acesso à Unidade

. Transporte coletivo

. a pé

. transporte próprio

Os funcionários detalharam a chegada a recepção, fazer matrícula, marcar consulta. Há um total de 12 a 16 vagas para consulta/dia/profissional, por esta razão é necessário chegar cedo para marcar consulta, uma vez que não existe agendamento prévio.

2. Acesso ao Sistema:

Os encaminhamentos ocorrem para as clínicas de especialidades, que funcionam da forma já descrita. Não existe outra garantia de prosseguimento do tratamento.

Antes de 82 - Nas duas interpretações apresentadas, os funcionários apontam que a rotina era basicamente a mesma

Questão 9:

Os funcionários apontam que o horário de funcionamento das unidades é das 07:00 as 19:00hs, a exceção do PS, que atende continuamente.

Questão 12:

Todos os funcionários afirmam a inexistência de cobrança de serviços e exames aos usuários, nos serviços públicos de saúde.

Questão 13:

No que se refere a marcação de consultas, a rotina apresentada refere-se à consultas com atendimento no mesmo dia. É necessário porém, chegar cedo a unidade (algumas horas antes de sua abertura) para pegar uma senha, pois o número de vagas é limitado.

Esta situação é diferente no tocante às clínicas de especialidades, principalmente Ginecologia, Odontologia e também na APAE. Para estes serviços o agendamento é prévio, tendo um tempo de espera em torno de uma a duas semanas para Ginecologia e nas outras duas especialidades a lista de espera obedecerá a ordem de chegada.

Antes de 89 - Para a maioria dos funcionários, o tempo de espera para marcar consultas era semelhante ao atual, ou até antes era um pouco maior.

Em relação a marcação dos exames, a maioria aponta como rápido atualmente, sendo que antes era mais demorado em função de haver um único laboratório.

Quanto as internações, a opinião mais geral é de que são rápidas, mas dependem da urgência do caso. Acreditam também, que houve mudança neste quadro de 89 para cá. Já as remoções, são sempre rápidas e isto já acontecia antes de 89.

Questões 28 e 29:

As consultas de pré-natal na cidade de Pirassununga, segundo os funcionários dos serviços de saúde acontecem apenas no Centro de Saúde II.

Antes de 89- Além desta unidade havia também pré-natal na Unidade do Jardim Limoeiro.

Quanto ao acompanhamento nutricional da gestante, este se dá durante a consulta médica, ocorrendo da mesma forma, apenas no Centro de Saúde II e antes de 89 havia, também, na Unidade do Jardim Limoeiro.

Questão 30:

Em relação ao acompanhamento no puerpério, é solicitado que as pacientes retornem a unidade num prazo de 40 dias. O procedimento já era o mesmo em 89.

Questão 31:

Quanto ao pré-natal de alto risco, este é semelhante ao pré-natal comum, devido a falta de mais profissionais, tendo ocorrido da mesma maneira antes de 1989.

Questão 32:

Orientações sobre Planejamento Familiar são apontadas como existentes, apenas no Centro de Saúde II e APAE. Ocorrem a nível individual durante a consulta médica.

Antes de 89- A conduta era a mesma e acontecia também na Unidade do Jardim Limoeiro.

B-) TERRITORIALIDADE E HIERARQUIZACAO :**Questão 07:**

A pergunta deu margem a dupla interpretação, assim não foi possível quantificá-la.

De qualquer forma, pudemos observar que na maioria das unidades existe área de abrangência, mas o atendimento dos pacientes não se restringe a esta, existindo áreas de influência.

Esta situação é mais presente nas unidades centrais, que possuem atendimento por especialidades, sendo que chegam a atender, inclusive, pacientes de outros municípios.

Antes de 89 - Não existiam os atuais limites de abrangência, em função inclusive do menor número de unidades.

C-) INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS E REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**Questão 10:**

As especialidades como ginecologia, neurologia, psiquiatria, cirurgia plástica, oftalmologia e outras, são encaminhadas ao Centro de Saúde II, Santa Casa e Inamps, dentro do município.

As demais como : hematologia, endocrinologia, cirurgias cardíacas e ortopédicas são encaminhadas para fora do município, isto é, para Ribeirão Preto, Araras, Campinas (Unicamp) e às vezes para São Paulo.

As mudanças ocorridas a partir de 89 são devidas ao fato dos encaminhamentos serem antes realizados

informalmente, por não haver uma estruturação do sistema de referência.

Questão 11:

Quanto aos exames de rotina, a informação obtida dos funcionários é de que são realizados nos três laboratórios da rede.

Alguns mais complexos como os exames preventivos e o exame do "pezinho", são apenas coletados em Pirassununga, mas sua análise é feita por laboratórios fora da cidade. Já exames como eletrocardiograma e tomografia são encaminhados para a Unicamp, Ribeirão Preto e também São Paulo.

Questão 21:

Tabela 35- Número e percentual das opiniões dos funcionários entrevistados segundo a resolutividade do atendimento do Hospital Santa Casa

Hospital da Santa Casa	Nº	%
Corresponde às necessidades de saúde da população	24	51,1
Não corresponde às necessidades de saúde da população	14	29,9
S/informação	09	19,0
Total	47	100,0

Fonte : Questionários

Os funcionários encontram-se divididos na questão de avaliar se o Hospital da Santa Casa corresponde às necessidades de saúde da população.

Uma parte avaliou que com a ampliação da nova área, o hospital está atendendo adequadamente a população, devido, também, ser o único da cidade.

Outra parcela considera que a Santa Casa não corresponde às necessidades, em virtude da falta de recursos técnicos e humanos.

Os demais não opinaram.

Antes de 89- A grande maioria salienta que não correspondia às necessidades.

Questão 33:

A grande maioria não soube informar sobre a atenção à saúde da gestante de alto risco. Alguns informaram que este atendimento é realizado no Centro de Saúde II e Santa Casa, e os casos mais graves são encaminhados para a Unicamp.

Uma pessoa afirmou que conforme a gravidade do caso, o Centro de Saúde II poderá fazer uma visita domiciliar.

Antes de 89- Segundo os funcionários, o procedimento era quase o mesmo, diferenciando-se apenas na pouca agilidade para as internações, havendo agora maior facilidade e também na inclusão da Unicamp para os casos mais graves.

Questão 34:

Não existe nenhuma atividade programática voltada para gravidez na adolescência no município de Pirassununga.

Antes de 89- A situação era a mesma.

Questão 35:

O atendimento odontológico da mulher, como a qualquer adulto, é realizado no Centro Odontológico. As gestantes tem atendimento diferenciado no Centro de Saúde II, apesar de não haver nenhum programa específico em nenhuma área da Saúde Bucal.

Antes de 89- O tratamento odontológico para a mulher, gestante, era realizado somente no Centro de Saúde.

Questão G6:

Todos os partos são realizados na Santa Casa, antes e depois de 89.

Obs: A Santa Casa presta serviços de Atenção à Saúde da Mulher com atendimento ambulatorial, atividade pré-natal, clínica médica, parto, etc.

Questão G7 :

Os dois ginecologistas da rede relataram não ocorrer acompanhamento efetivo no puerpério nos serviços da rede.

D-) PARTICIPAÇÃO POPULAR:

Questão 23:

Tabela 36 - Número e percentual das opiniões dos funcionários entrevistados segundo a participação na definição das atividades programadas da unidade. Pirassununga, 1992

Participação	Nº	%
Sim	08	17,0
Não	39	83,0
Total	47	100,0

Fonte : Questionários

Praticamente nenhum funcionário participou nas definições das atividades de suas unidades.

Aqueles que responderam afirmativamente, relacionam sua participação em atividades de vacinação, distribuição de leite, cesta básica, Saúde da Mulher e da Criança, compra de equipamentos e reuniões de planejamento.

Além disso, esses funcionários encontram-se lotados no Centro de Saúde II, já possuem um histórico anterior de participação, apesar desta acontecer isoladamente dentro do município

Questão 24:

Tabela 37 - Número e percentual das opiniões dos funcionários entrevistados segundo o conhecimento do Plano Municipal de Saúde. Pirassununga, 1992.

Plano Municipal de Saúde	Nº	%
Tem conhecimento	24	51,1
Não tem conhecimento	23	48,9
Total	47	100,0

Fonte : Questionários

Em relação ao nível de conhecimento do Plano Municipal de Saúde, verifica-se que o nível de conhecimento encontra-se equilibrado.

Nota-se que a elaboração do Plano se limitou a atividade da Conferência Municipal de Saúde.

F-) RECURSOS HUMANOS:

Questão 04:

A ingresso hoje nos serviços de saúde ocorre através de concursos públicos, sendo que em algumas unidades relatou-se ocorrência de contratações em caráter temporário.

Antes de 89- Ocorriam contratações por concurso público para os funcionários do Inamps e Secretaria de Estado da Saúde, e a nível municipal as contratações eram realizadas por indicação.

Questão 05:

O número de funcionários nos serviços é:

Centro de Saúde II. 40

FAM Inamps: 32

Centro Odontológico: 16

Nas unidades básicas o quadro de funcionários varia de 5 a 7 pessoas.

Grande parte das unidades básicas e o Centro Odontológico não existiam antes de 89, não permitindo comparação; nas existentes, FAM do Inamps (40 funcionários) e Cachoeira das Emas (7 funcionários), ocorreu diminuição de funcionários, por outro lado, em outras unidades, como o Centro de Saúde II e Unidade de Redenção, houve aumento no quadro.

Questão 06:

Embora a grande maioria dos entrevistados considere adequado o quadro de funcionários, houve citação por parte de alguns entrevistados da necessidade de outros profissionais na rede, como mais médicos especialistas na

área de pediatria e ginecologia, enfermeiros, recepcionistas e motoristas para as ambulâncias.

Antes de 89- Nas unidades existentes consideraram também adequado o quadro de funcionários, apesar de que somente no FAM do Inamps houve redução de pessoal, devido às transferências ocorridas para as novas unidades.

Questão 17:

A grande maioria dos entrevistados considera o relacionamento com a equipe técnica e outros profissionais bom, com ressalvas, que classificaram o relacionamento com outros profissionais regular ou ruim, por não haver interação entre as equipes das unidades e da rede.

Antes de 89- A grande maioria considera que não houve alteração no relacionamento com os funcionários, havendo controversia quanto a melhora ou piora em relação à equipe técnica.

Questão 18:

A opinião dos funcionários quanto à reciclagem realizada na rede, é que destina-se somente à equipe de enfermagem, para os programas de vacinação. Qualquer outro programa de treinamento e reciclagem não foi apontado pelos entrevistados.

Antes de 89- Esta situação era a mesma, para a maioria dos funcionários, apenas foram levantadas a existência de treinamentos além da área de enfermagem, para médicos da Saúde do Escolar e algumas áreas administrativas.

Questao 19:

A grande maioria informou a não existência do plano de carreira, sendo ressaltado por algumas pessoas que há projeto em fase de discussão, para futura implantação.

Antes de 89- Somente para os funcionários do Inamps existia a ascensão profissional por concursos internos de acesso.

G-) DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO :

Questão 11 :

Na opinião dos funcionários, com a municipalização do Sistema de Saúde de Pirassununga houve uma melhora na parte do desenvolvimento científico e tecnológico, foram criados UBS e laboratórios favorecendo em parte as populações locais.

Os exames complementares mais pedidos são: os laboratoriais, EEG, TGO, ECG e Papanicolau, porém nas UBS se realizam somente exames de rotinas, enquanto os outros são feitos no CSII, FAM Inamps, Santa Casa ou fora do município.

Questão 20 :

Os recursos técnicos e os equipamentos são adequados para atender a demanda da população, mas é apontado que poderiam ser melhores. Referem-se à falta de medicação, equipamentos de urgência e de diagnóstico.

Em relação a 89, continua da mesma forma ou melhor.

Já foi realizado pela Prefeitura um trabalho que ajudou na construção de novas unidades. Nas unidades existentes, era feito um levantamento do número de pessoas que não conseguiam passar em consulta e de que bairro procediam as mesmas.

H-) DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO:

Questão 25:

A atenção à saúde da mulher, bem como a do adulto em geral, é realizada em qualquer Unidade Básica de Saúde, não se tratando de um atendimento específico. O atendimento ginecológico só será encontrado no CS II, no PAM Inamps e na Santa Casa.

Deve-se ressaltar que o Inamps não realiza atendimento de pré-natal e outros relativos à gestante, e todos os partos são realizados na Santa Casa.

I-) VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

Questão 27:

Os funcionários afirmam que não são realizadas visitas domiciliares de rotina às mulheres, sendo que algumas unidades, como CS II e UBS da Redenção, realizam visitas não específicas à mulher, mas somente nos casos de Tuberculose, Hanseníase, Aids e Papanicolau classe III.

A Vigilância Epidemiológica, segundo a Administração, realiza um estudo sobre esquistossomose, leishmaniose, hanseníase, tuberculose. Quando o número de casos aumenta além do esperado, há um sistema de alerta. (Ex: surto de hepatite) é feito um mapeamento da área e uma intervenção na mesma.

L-) ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

Questão 03:

A grande maioria dos entrevistados está vinculada à Prefeitura, em seguida ao Estado, e um número menor ao Governo Federal. Alguns declararam duplo vínculo, bem como atuação também na Santa Casa.

Questão 15:

Nas UBS, as linhas de medicamentos oferecidas são basicamente de antibióticos, antitérmicos e antiácidos; no FAM Municipal a medicação é de urgência; na APAE há linha de psiquiatria e no CS II e FAM Inamps há uma variedade maior de linhas, diante das especialidades existentes nesses locais.

Antes de 1989- a maioria dos funcionários afirma ter situação semelhante quanto à variedade de linhas de medicamentos, mas alguns funcionários do CS II e FAM Inamps apontam que havia maior quantidade e variedade dos mesmos.

Questão 16:

Segundo a maioria dos funcionários, não há regularidade no recebimento de medicamentos, com muita demora e a entrega parcial do solicitado.

Antes de 1989- havia maior regularidade, segundo a maioria dos entrevistados, que apontam a mudança para a Promoção Social como responsável pelos problemas.

Questão 19:

Os funcionários entrevistados informaram que ainda não existe Plano de Carreira, mas alguns se referiram a um projeto existente e em tramitação.

Questão 23:

Tabela apurada em D-) PARTICIPAÇÃO POPULAR

Os poucos que participaram são, na sua maioria, diretores de unidades ou responsáveis por setores, enfim, pessoas ligadas diretamente a organização desses serviços.

Questão 24 A:

Tabela 38 - Número e percentual das opiniões dos funcionários entrevistados segundo a participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde. Pirassununga, 1992.

Participação	Nº	%
Sim	06	12,8
Não	33	70,2
Prejudicadas(1)	08	17,0
Total	47	100,0

Fonte : Questionários

(1) Devido a alguns formulários sem esta parte da pergunta.

As respostas prejudicadas se deveram a formulários sem esta parte da pergunta. Os poucos entrevistados que participaram foram o representante dos Cirurgiões-Dentistas no Conselho Municipal de Saúde e alguns funcionários do CS II.

M-) DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO

Questão G-2:

No serviço de saúde público do município de Pirassununga há apenas dois ginecologistas, um no CS II e outro no FAM Inamps.

Caracterizando a clientela, um dos ginecologistas referiu-se às usuárias como pertencentes à classe de baixa renda, baixo nível de instrução, número grande de filhos e fumantes. O outro profissional salientou a existência de diferentes níveis econômicos utilizando os serviços, enquanto que antes eram atendidas principalmente as carentes.

Questão G-3:

Os agravos à saúde da mulher mais freqüentemente citados pelos ginecologistas foram: anemia na gestação, corrimentos, dor, etc...

Salientam ainda que, geralmente, as mulheres não fazem os exames preventivos, somente indo ao médico quando sentem algo.

Os agravos de maior relevância citados foram: câncer de útero, de colo e de mama, e hipertensão na gravidez. Basicamente não houve alteração na freqüência destas manifestações em relação a antes de 1989.

Questão G-5:

No que diz respeito ao tipo de parto mais freqüente no município, um ginecologista informou que seria a cesárea e o outro, normal. A situação, para ambos, se mantém a mesma desde antes de 1989.

Questão G-8:

A freqüência de partos anômalos para um dos ginecologistas é baixa, sendo principalmente tipo pélvico e gemelar. O outro não soube informar.

N-) QUALIDADE**Questão 1:**

A maioria dos funcionários relatou que o atendimento à saúde melhorou, em decorrência das novas unidades, havendo mais recursos dentro do município. Mas salientaram a necessidade de uma maior organização e utilização dos serviços existentes em Firassununga.

Outra parcela de funcionários entrevistada acredita que atualmente os serviços pioraram, pela falta de

gerenciamento, organização e planejamento, bem como escassez de medicação, comprometendo a qualidade do serviço.

Antes de 1989 - a maior parte dos funcionários informou que o serviço era pior, pela centralização do atendimento no PAM Inamps, Centro de Saúde II e PAM Municipal, em virtude do menor número de unidades e de profissionais da saúde. E o restante salientou que era melhor, por existir medicação em grande quantidade e mais suprimento de materiais para o atendimento dos pacientes.

Questão 21:

Descrita anteriormente em C-)Integração de Serviços

Questão 26:

Atualmente o atendimento à mulher melhorou, em decorrência de haver 3 ginecologistas na rede, mas um deles se demitiu na semana da realização da pesquisa de campo.

Antes de 1989 - a grande maioria dos funcionários salientou que antes a qualidade no atendimento à mulher era pior.

O-) INTEGRALIDADE

Questão G-7 :

Os dois ginecologistas da rede relataram não haver acompanhamento efetivo no puerpério.

Questão 14:

Os medicamentos são fornecidos gratuitamente, mediante receita médica, na Promoção Social. Com esta centralização de medicamentos na Promoção Social, existe uma pequena variedade nas UBS, geralmente injetáveis.

Antes de 1989- não havia a centralização na Promoção Social, e cada unidade tinha sua própria farmácia.

Questão 22:

Em poucas UBS (UBS Vila São Pedro, UBS Raia, UBS Triângulo) existem programas de saúde, e os mesmos dependem do empenho de seus respectivos diretores. A maioria dos programas em andamento em Pirassununga está centralizado no CS II, dando continuidade aos programas já existentes, desenvolvidos pelo Estado antes da municipalização. Uma das razões apontadas para esta centralização é a falta de pessoal treinado para executar programas nas demais unidades. Os programas citados foram: vacinação, mulher, criança, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, AIDS.

Antes de 1989- somente o CS II realizava atividades programáticas, dentro dos programas da criança, hanseníase e tuberculose.

Questão 26:

O atendimento à saúde da mulher está associado à figura do ginecologista, e especialmente voltado para à atenção à gestante. A maioria dos funcionários respondeu que o atendimento da mulher está centralizado no CS II e FAM Inamps, e Ambulatório de Ginecologia da Santa Casa.

Antes de 1989- só no FAM Inamps havia ginecologista, o que resultava em maior dificuldade no atendimento.

Questão 27.

Somente o CS II realiza visitas domiciliares à mulher quando ocorrerem agravos sérios à saúde da mesma, como: Papanicolau grau IV,V; HIV positivo; VDRL positivo.

Antes de 1989- as visitadoras sanitárias do CS II realizavam visitas domiciliares, apenas para os casos de hanseníase e tuberculose.

Questão 28:

Os acompanhamentos do pré-natal são realizados no CS II e no Ambulatório de Ginecologia da Santa Casa.

Antes de 1989- o mesmo ocorria.

Questão 29:

Descrita na questão 07, em B- Territorialidade

Questões 30,31,32:

Descritas anteriormente em A- Níveis de Acesso.

Questão 36:

Os funcionários relataram que realizam ações educativas através de folhetos educativos. No CS II são realizadas outras atividades, como palestras, através do seu diretor.

Antes de 1989 não havia atividades educativas.

Questão 37:

O CS II realiza atividades para AIDS, drogas, DST, zoonoses.

Antes de 1989- realizava para tuberculose, hanseníase e DST.

O Dispensário Escolar não realiza atualmente nenhuma atividade, mas antes de 1989 realizava sobre drogas.

A APAE realiza atualmente atividades sobre drogas, AIDS, DST e álcool.

Antes de 1989 não realizava nenhuma atividade.

A Pastoral da Saúde realiza, com participação do diretor da UBS do Jd. São Pedro, atividades abrangendo drogas, AIDS e DST. Todavia não podemos caracterizar estas atividades como sendo programáticas, mas sim como iniciativa pessoal dos envolvidos.

Questão 38

SUGESTÕES DOS FUNCIONÁRIOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE:

1. Ingresso de mais profissionais na rede, incluindo médicos com especialidades, e pessoal administrativo.
2. Realização de treinamentos, atualização e reciclagem para o pessoal da rede.
3. Realização de trabalhos abrangentes em torno da prevenção.
4. Melhoria os recursos de trabalho, inclusive salário.
5. Reestruturação do serviço de saúde nas questões burocráticas, na vigilância sanitária e na distribuição de medicamentos, que estão escassos e de difícil aquisição, por estarem centralizados na Promoção Social.
6. Melhoria os recursos técnicos do Hospital da Santa Casa, e liberação de incentivos financeiros.
7. Possibilidade da Prefeitura assumir a gerência da Santa Casa, incorporando o Hospital ao poder público.
8. Implementação de programas.
9. Maior esclarecimento à população sobre o sistema de saúde, promovendo também reuniões educativas.
10. Distinguir claramente as formas de atendimento da UBS e do PS. (a primeira ambulatorial e o outro para emergência)
11. Controle da fluoretação da água.
12. Aquisição de equipamento e mão-de-obra especializada.

13. Facilidades nas transferências de pacientes e encaminhamentos de emergência.

14. Descentralização de atendimento.

15. Maior participação dos funcionários.

16. Aumento do número de atendimento de emergência e número de leitos da Santa Casa.

17. Realização de mais exames complementares dentro do município.

18. Mais recurso para todas as UBS, especialmente as mais distantes.

19. Compra de ambulâncias, e manutenção das já existentes.

20. Construção do Hospital Municipal.

21. Criação de programas voltados à saúde do trabalhador.

22. Aquisição do adicional de insalubridade para todos os funcionários da saúde.

23. Apoio para atividades na saúde escolar.

4.2.3 - ADMINISTRAÇÃO

A-) NÍVEIS DE ACESSO

A administração não tem nenhuma informação sobre o acesso às unidades, por parte da população rural e de periferia.

Ainda não há nenhuma avaliação sobre o sistema de viatura para transporte de pacientes do bairro de Itupeva atendimento nos serviços de saúde localizados no Centro.

A administração também não tem dados sobre o tempo de espera para entrar no sistema de saúde (tempo para passar em consulta, realizar exames, conseguir internações), pois há muita variação entre as diferentes unidades.

B-) TERRITORIALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Foi realizado um estudo sobre o número de unidades de saúde, concluindo-se que 05, incluindo uma de especialidades, seriam suficientes para atender o município. Esse estudo baseou-se num parâmetro já existente, em um trabalho anterior, utilizado pela coordenação de saúde do município.

Atualmente existem 18 unidades de saúde, algumas até com sobreposição de área de abrangência, o que foi justificado pela SMSF como resultado da política de liberação de verbas para construção de unidades que era praticada. O Governo Federal propunha ao município, caso houvesse interesse, verba para a construção de unidades. A localização destas novas unidades ocorria por decisão do Prefeito, que procurava atender grupos de maior força política. Atualmente, a localização de novas unidades é definida pelo Conselho Municipal de Saúde, que possui uma posição contrária à construção de novas unidades básicas

(porém é favorável à construção de um novo prédio para o PS Municipal ou sua fusão com o PS da Santa Casa).

Há delimitação geográfica para atendimento em cada unidade, porém não se conhece o número populacional de cada área. Os funcionários das unidades sabem quais ruas pertencem à área de abrangência de sua unidade e, a princípio, não deveriam atender usuários de outras áreas.

C-) INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS - SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Até 1989, o número de unidades de saúde no município era dez. Atualmente, o número total é dezoito.

Conforme informação da coordenação de saúde, há um bom relacionamento entre as unidades, com permuta de materiais e medicamentos, e seus representantes se encontram em reuniões e treinamentos.

Pela avaliação da equipe de coordenação da SMSF, considera-se bom o atendimento médico a nível primário, precário a nível secundário e inexistente a nível terciário.

A prefeitura investiu muito no nível de atenção primária, surgindo dificuldades quando se faz necessário o encaminhamento para os demais níveis (p.ex: internação, cirurgia, etc). Com investimentos na atenção primária pela prefeitura, constatou-se diminuição na taxa de ocupação hospitalar (p.ex: verificou-se que o serviço de pediatria sofreu diminuição na ocupação de leitos de 85% para 40%).

A SES tem a responsabilidade de arcar com os suprimentos de vacinas e medicamentos de programas específicos, como tuberculose e hanseníase, porém não está respondendo ao que lhe cabe, e, conseqüentemente, a prefeitura está comprando os medicamentos. Conforme

regulamentação, nem a prefeitura, nem a iniciativa privada podem adquirir vacinas, por ser competência exclusiva do Estado. O que se observa hoje é a falta de algumas vacinas, como a BCG intra-dérmica, e a campanha de vacinação da tríplice viral foi suspensa por quantidade insuficiente de vacina.

Há um convênio entre a Fazenda da Aeronáutica e o município para o atendimento da população civil residente nesta fazenda (em média 5000 habitantes), através do ambulatório alocado na mesma. O governo federal retirou os profissionais, e o município precisou assumir tudo para não fechar o serviço. O convênio para o funcionamento desse ambulatório ocorreu em 89/90. No início, o governo federal cumpria com sua parte, mantendo vários profissionais, inclusive dentista e protético. A manutenção desse ambulatório pela SMSF será pauta de discussão do Conselho Municipal de Saúde, em janeiro/93, com o novo governo municipal. Há uma proposta da Fazenda, de contratar médicos civis, com o mesmo salário da prefeitura, porém não houve interesse por parte dos profissionais, devido à distância.

O Hospital da Academia da Força Aérea não integra o SUS, atendendo apenas os militares e seus dependentes. Quando um civil sofre um acidente, é dado o primeiro atendimento (esse atendimento é cobrado do SUS) e o paciente é encaminhado para o Hospital da Santa Casa ou unidades municipais. O Hospital da Aeronáutica, sendo uma base militar, cria dificuldades para se integrar ao sistema de saúde local, como por exemplo nas campanhas vacinais e controle de vetores (houve suspeita de um caso de dengue e a encarregada da vigilância sanitária foi impedida de fazer a intervenção necessária).

Também foi realizada uma experiência de convênio com o 2º RCC - Regimento de Carros de Combate, para

atendimento da população civil, que vem ocorrendo a contento.

A CEMEF - Cooperativa Médica - não tem nenhum entrosamento com a prefeitura. É um convênio com empresas para atendimento ambulatorial e alguns exames, sendo o restante absorvido pelo SUS.

O Hospital da Santa Casa só é utilizado como referência para internações e ambulatório. Apenas os pacientes internados utilizam SADT do próprio hospital.

Em 1989 houve uma proposta da prefeitura de subvencionar e gerenciar o hospital da Santa Casa, como parte integrante da municipalização, devido à alta taxa de demanda reprimida. Porém, tal proposta foi recusada pela Santa Casa. Junto ao Ministério da Saúde, foi incluída uma proposta de construção de um hospital municipal para absorver a demanda do SUS atendida hoje pela Santa Casa, pela dificuldade de municipalização desse setor, sendo o único a prestar atendimento a nível secundário no município.

Um deputado federal propôs a criação de um hospital municipal com dotação orçamentária em 1992. No Diário Oficial da União (D.O.U.), foi publicada e aprovada a liberação da verba. A prefeitura contratou profissionais para elaborar o projeto hospitalar. A prefeitura tentou uma integração com o Hospital da Santa Casa, para que a construção do prédio fosse no terreno desta última. Há todo um processo político envolvido, e como houve muita demora para uma decisão, a verba foi cancelada. Esta sendo proposto, no Congresso, uma nova dotação de recursos orçamentários para 1993. Se não houver acordo, o hospital municipal será construído em outro local. A dificuldade está no fato da Santa Casa não querer a ingerência do setor público. Foi colocada a seguinte proposta de administração:

- corpo administrativo (da Santa Casa) - 33%
- prefeitura - 34%

Esse processo envolve uma grande força política, dentro da própria Câmara de Vereadores, onde três vereadores são da equipe da Santa Casa.

A proposta da administração para o prédio atual do FAM municipal é reformá-lo e transformá-lo em Centro Integrado de Saúde da Mulher. Hoje o Programa de Saúde da Mulher é desenvolvido no CS II e no FAM Inamps.

A Intersaúde foi contratada pela prefeitura, para atendimento dos funcionários públicos, mas, não atendendo às metas estabelecidas, extinguiu-se num prazo de três meses.

Está em fase de estudo a implantação da UNIMED no município.

A APAE do município atende outras cidades que não dispõem desse serviço, como Porto Ferreira, Leme, Analândia, Santa Cruz da Conceição. Os médicos dessa entidade avaliam empiricamente que o maior grupo de deficientes atendidos são por problemas perinatais, principalmente anóxia fetal.

Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico (SADT)

Existe uma cota de SADT para o município, cujo limite é determinado pela portaria nº 3046 do Ministério da Saúde (elaborada a partir do número de consultas). O controle de SADT é realizado pelo ERSA de Limeira.

Segundo a administração, não há nenhuma modalidade de pagamento para qualquer SADT por parte dos usuários.

A Unidade Laboratorial Adolfo Lutz é municipalizada, e está locada no mesmo prédio do CS municipalizado. Não há limite de emissão de SADT, porém não há garantia de pagamento para todos os SADT realizados por esse serviço.

Quanto aos três laboratórios conveniados, eles têm uma relação direta com o ERSA de Limeira (referente ao faturamento SIA/SUS), não tendo nenhuma relação de controle por parte do município. O controle dos mesmos é feito pela Vigilância Sanitária do ERSA de Limeira.

O setor privado que está conveniado ao SUS e os tipos de atendimentos por ele realizados são:

- Santa Casa de Pirassununga - consultas, exames, radiografias, internações, PS.

- Clínica Fisiomed - fisioterapia.

- Imagem Radiológica - radiologia, ultrassonografia (está em fase de credenciamento para esta).

- Laboratório Pioneiro - exames laboratoriais.

- Laboratório São José - exames laboratoriais.

- Nelson Augusto Felix Santos - única pessoa física do município que tem convênio com o SUS.

Felo relatório fornecido pelo ERSA de Limeira, sobre os SADT pagos ao setor privado no período de janeiro a outubro/92, verificou-se que desde agosto/92 estão sendo pagos à instituição Imagem, SADT referentes a ultrassonografia. A coordenação de saúde do município desconhece tal fato, uma vez que não há nenhum serviço credenciado no município, para a realização desse tipo de exame.

Atualmente, o município gasta muito com a remoção de pacientes para fora do município, para realizarem exames ou tratamento (p.e. diálise). Geralmente, 4 ambulâncias diárias levam pacientes para Ribeirão Preto e Campinas. Os encaminhamentos para outras cidades referem-se a procedimentos específicos, como neurocirurgia, cirurgia ortopédica, implantação de prótese e cirurgia cardíaca.

Não há nenhum controle, pelo setor de atendimento médico da SMSF, sobre os encaminhamentos para outros municípios, no que se refere ao número e tipo de procedimentos realizados, já que o transporte dos pacientes é feito pela Promoção Social.

A remoção de urgência é feita por ambulâncias do PAM Municipal. A nível ambulatorial, a locomoção é feita por conta do paciente ou com passes de condução fornecidos pelas unidades, e pacientes sem recursos são encaminhados à Promoção Social. Só são removidos por ambulância pacientes sem condições de locomoção.

Há um acordo entre o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e a SMSF, visto que 90% dos encaminhamentos de urgência são para Ribeirão Preto, pelo qual Pirassununga recebe uma relação mensal de todos os pacientes que foram atendidos e vieram a óbito em Ribeirão Preto. Devido a tais óbitos serem registrados no Cartório de Registro Civil de Ribeirão Preto, os mesmos não eram incluídos nas estatísticas vitais de Pirassununga. O ERSA de Ribeirão Preto é intermediário entre o Hospital das Clínicas e o município de Pirassununga. Como este serviço é recente, até o momento Pirassununga só recebeu a relação do mês de Setembro/92 (Anexo 9).

O município de São Paulo, como sistema de referência, é pouco utilizado, porque a maioria das

necessidades são supridas por outros municípios mais próximos a Pirassununga.

Os serviços de outros municípios mais utilizados pelo sistema de saúde de Pirassununga são:

SAIT	MUNICÍPIO
--Eletroencefalograma	-Araras
--Tomografia	-Limeira, São Paulo
--Angiografia	-Ribeirão Preto
--Diálise	-Unicamp, Ribeirão Preto
--Ultrassonografia	-Campinas, Limeira, Araras

D - PARTICIPAÇÃO POPULAR

As formas de participação popular existentes no município, são :

Conselho Municipal de Saúde

Conferências Municipais de Saúde

Pastoral da Saúde da Igreja Católica - que desenvolve trabalhos nas comunidades, referentes à saúde e educação.

Associações de Bairros

O Conselho Municipal de Saúde originou-se a partir da Conferência Municipal de Saúde, realizada em 04.01.92, com a participação de cerca de 800 pessoas. A composição do Conselho Municipal de Saúde é de 12 membros, assim distribuídos:

* 2 representantes do governo: Secretário Municipal de Saúde e outro por ele indicado;

- * 6 representantes de usuários;
- * 1 representante dos prestadores de serviços;
- * 3 representantes de profissionais de saúde (um médico, um cirurgião-dentista e um enfermeiro);
- * os respectivos suplentes, aos quais as reuniões são também abertas.

Duas faltas consecutivas, sem justificativa, exclui o membro do Conselho Municipal de Saúde.

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde tem freqüência mensal.

Entre as atribuições do Conselho Municipal de Saúde, definidas em estatuto, citamos.

1. participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, sobre o qual o Conselho opinou, e foram consideradas suas deliberações;

2. quando a SMSF recebe uma reclamação (p.e. sobre um funcionário) é sempre montado um processo para uma sindicância interna. É feito um parecer, sendo encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, para decisão final. Em setembro/92, de uma média de 15 mil atendimentos (médicos e odontológicos) houve duas ou três reclamações;

3. quanto as sugestões que chegam a SMSF, esta faz uma análise técnica (inclusive sobre o aspecto financeiro) e a partir daí encaminha-se como proposta para o Conselho Municipal de Saúde. No caso do parecer do Conselho ser favorável, é elaborado um processo e encaminhado para o Prefeito para decisão final.

As Conferências Municipais de Saúde deverão ocorrer a cada 4 anos, conforme Estatuto do Conselho e a Constituição Federal.

Não houve representantes de Pirassununga na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, porque quem fez indicações de representantes foi o ERSA de Limeira, e este não abriu vaga para Pirassununga.

E-) FINANCIAMENTO

Pelo convênio da municipalização, o financiamento do Sistema de Saúde ficou fixado da seguinte forma:

nível federal - 40%

nível estadual - 30%

nível municipal - 30%

As fontes de financiamento do setor saúde do município são:

Ministério da Saúde - por faturamento (SIA/SUS e AIH/SUS).

Secretaria do Estado de Saúde - através de termos aditivos (que são convênios especiais)

Prefeitura do Município - com participação do orçamento municipal para a saúde.

O problema do financiamento da saúde em Pirassununga é o não cumprimento dos convênios. Por isso há atualmente um deficit, em torno de 700 milhões de cruzeiros, por parte do governo federal e estadual para com o município. Além disso, a Secretaria Estadual de Saúde, mesmo autorizando diversos programas, não libera verbas para os mesmos.

Participação da União

Antes de julho de 1991, o financiamento do sistema de saúde por parte da União era feito através de repasse de verbas e faturamento (FAA), mas desde então passou a se dar exclusivamente por faturamento. Nunca houve repasse automático de verbas do Governo Federal para o município. Segundo a coordenação de saúde do município, o repasse se dá através do ERSA, mas este nos informou que só é intermediário para o encaminhamento da fatura do município, para o nível federal, sendo que o pagamento da mesma é feito diretamente em conta especial do município.

Além da demora no repasse, há o problema dos cortes que ocorrem com frequência (o governo federal não faz o pagamento na íntegra e não há nenhuma explicação).

Participação do Estado

O Estado efetua o financiamento do setor por meio de Termos Aditivos (TA), que são convênios especiais entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e os municípios. Não há critérios sobre a escolha dos municípios que recebem, nem como recebem os TA. Atualmente há predominância de termos aditivos para custeio da manutenção do sistema.

Os Termos Aditivos de 1992 para o município de Pirassunga foram:

- para investimento: 4 milhões - recebido em maio/92
- para custeio: 10,5 milhões - recebido em agosto/92

Foi assinado o convênio Dengue/Febre Amarela, porém o município não recebeu a verba correspondente porque não conseguiu gastar o montante do convênio de 1991 (não

montaram equipes). Este é um convênio entre o Estado e Município, com interveniência da SUCEM.

Foram assinados mais dois TA em setembro/92, mas ainda não foi repassada a verba:

- 20 milhões de cruzeiros - aquisição de medicamentos

- 35 milhões de cruzeiros - despesas gerais

A verba desses TA, algumas vezes vai direto do gabinete do Secretario do Estado para a conta do município, e outras vezes passa pelo ERSA que então deposita nesta conta. O dinheiro é sempre depositado na conta da prefeitura, e essa repassa para a SMC.

Participação do ERSA

O ERSA é vinculado à SES e foi criado em 1987. A Unidade de Avaliação e Controle (UAC) foi implantada em meados de 1987.

O ERSA controla cada Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Ficha de Atendimento Odontológico (FAO), e a de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), as quais são verificadas uma a uma, por um supervisor médico (por exemplo: faltando a assinatura do médico ou do paciente, ou se houver dúvidas sobre um procedimento, este será glosado e discutido com a unidade de origem desse documento) Em caso de dúvida é solicitado o prontuário ou que o paciente compareça ao ERSA. Não há, no entanto, visitas domiciliares para checagem. As AIH eletivas são avaliadas antes de serem autorizadas. Isto está se iniciando no município de Limeira mas se estenderá aos demais municípios do ERSA.

As glosas a nível do ERSA, se dão pelo aspecto administrativo ou técnico, tanto para o setor público quanto

para o privado. As fotocópias dos procedimentos glosados são encaminhadas ao prestador do serviço para que se justifique. O corte de pagamento se dá a nível de governo federal, e este não dá nenhuma explicação quanto ao mesmo.

O ERSÁ enviou para o município de Pirassununga, em meados de novembro/92, o Ofício/SUS Circular 237/92 (anexo 10), informando sobre a implantação da FPO - Ficha de Programação Orcamentária - no setor público, que ocorrerá em janeiro/93. Atualmente a FPO está implantada no setor privado (desde agosto/92 para todos os tipos de atendimento).

A FPO fixa limites do número de atendimentos, de acordo com o número populacional de cada município. É

atendimento, diante do limite estabelecido, é considerado omissão de socorro.

As unidades de saúde enviam um relatório mensal da produção e fatura, que devem chegar ao ERSA até o dia 05 de cada mês. O ERSA precisa apresentar essa fatura até o dia 12 para a SES, que encaminha para o SIS e este encaminha para Brasília. Segundo o ERSA, o nível federal paga diretamente ao prestador de serviços, em conta especial.

Participação da Prefeitura

Pelo convênio da municipalização, a prefeitura deveria arcar com 30% do financiamento do setor saúde, o que representaria 3,4% do orçamento total da prefeitura. Mas atualmente, a prefeitura precisa investir em torno de 10 a 12,5% do seu orçamento para cobrir os gastos com a saúde, uma vez que os repasses federal e estadual não ocorrem ou chegam com atrasos, sem reajustes.

Os recursos para o setor da saúde estão centralizados na Secretaria de Finanças, em uma conta separada, específica para saúde. O Fundo Municipal de Saúde foi criado, porém ainda não está implantado (anexo 11).

As compras solicitadas pela SMSP devem ser autorizadas pelo Prefeito. A SMSP recebe um adiantamento mensal para despesas pequenas e mais urgentes.

F-) RECURSOS HUMANOS

Pela Constituição de 1988, o ingresso em serviços públicos deve se dar através de concurso público.

Foram realizados concursos públicos para várias categorias profissionais no início dessa Administração, cujo prazo já foi prorrogado e expirou no início desse ano.

Foram, então, feitas contratações temporárias, por 10 meses, em regime CLT, para todas as categorias profissionais.

Serão feitos novos concursos públicos em janeiro/93, também em regime CLT, porém não foi especificado para quais categorias.

Antes da Constituição de 1988, o ingresso no serviço público municipal era por contratação por tempo indeterminado (regime CLT).

Atualmente, no quadro de pessoal da saúde, há funcionários concursados, contratados (por tempo determinado) e vinculados à Lei 500.

A Prefeitura tem, em seu quadro de pessoal 1000 funcionários, sendo que, conforme informação da SMSP, 195 fazem parte desta Secretaria, incluindo os funcionários municipalizados, e estão assim distribuídos:

FAM Inamps- 35 funcionários

CS II - 41 funcionários

PMF -104 funcionários

Contratados-15 funcionários

Com a municipalização, não houve isonomia salarial dos funcionários. Também não há piso salarial, nem para o Estado nem para a Prefeitura. Desconhece-se se há piso salarial para o nível federal.

Os funcionários públicos municipais, através da sua Associação, tem convênios com médicos a nível de consultório, pagando 50% da tabela AMB. As internações e exames são feitos pelo convênio SUS. Mas os funcionários municipalizados não tem direito de participarem desta Associação.

Quanto aos cursos de reciclagem e treinamento, o ERSA tem programas bem específicos e os funcionários participantes são indicados pela Coordenação.

Existem equipes multiprofissionais no CS II e na Secretaria da Criança, do Adolescente e da Terceira Idade. Sua composição é a seguinte :

CS II - Psicólogo, Assistente Social, Médico e Técnico de Enfermagem.

Sec. da Criança, do Adolescente e Terceira Idade - Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Assistente Social e Fisioterapeuta.

G-) DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

A partir de 1989 (com a municipalização da rede estadual), foram adquiridos, na construção de novas unidades, novos equipamentos que faziam parte dos convênios para construção destas unidades, mas cujo recurso financeiro não era repassado. Equipamentos adquiridos:

- desfibrilador - localizado no Pam Municipal, para casos de urgência
- eletrocardiografo - localizado no CS II
- alguns aparelhos de oftalmologia lotados no CS II
- vários instrumentais para todas as unidades.

Há previsão de compra de um aparelho de ultrassonografia, já encaminhado à prefeitura, porém devido ao alto custo, pretende-se que tal compra seja paga, em parte, pela SMSP.

No Instituto Adolfo Lutz, localizado no CS II, sempre são desenvolvidos trabalhos científicos por parte da Secretaria do Estado de Saúde. Há um pesquisador que anualmente deve apresentar um trabalho científico. Este Instituto também faz um controle estatístico dos exames realizados.

H-) DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

Desde 1982 a Prefeitura já mantinha algumas Unidades de Saúde, onde trabalhavam funcionários do Estado e do Município.

Já em 1983, com a ameaça de fechamento da Santa Casa, a Prefeitura precisou intensificar a intervenção à atenção na saúde. Anteriormente, como se observava no restante do país, o setor saúde não era preocupação

primordial dos municípios. Em 1986, foi assinado o convênio de municipalização da rede estadual, pelo qual a Prefeitura assumia a rede básica estadual de atendimento na periferia.

No início da municipalização, como dificuldade para a mesma, existiram problemas de relacionamento entre os funcionários da prefeitura e do estado. O município achava que precisava se impor, porém, como os programas deviam ser mantidos, sem intervenção da prefeitura, os funcionários do estado sentiam uma autoridade técnica que, na realidade, não existia.

Em 1989, com o novo governo, a equipe de coordenadores, que era do estado, passou para a prefeitura, melhorando o entrosamento. Nesse mesmo ano, consolidou-se a municipalização da rede estadual. Com a municipalização, os funcionários do estado tiveram que ir para Unidades Municipais. Hoje todos os funcionários do estado retornaram ao CS II. Não houve isonomia salarial, nem negociação sobre o regime de trabalho.

Em 1990, teve início a discussão da municipalização do PAM INAMPS (com o SUDS em 1986, já havia sido passado para gerencia estadual, porém ainda não municipalizado), a qual foi assinada em 1992. Houve uma preparação dos funcionários federais, não gerando problemas como anteriormente, tendo em vista também que a municipalização era um processo irreversível. Com a municipalização, vários funcionários federais pediram transferência para outros serviços municipais.

A coordenação de saúde, avaliando os serviços municipalizados, considera que:

- a qualidade dos serviços que já eram prestados piorou (p.e: o Programa Nacional de Imunização).

- houve expansão de oferta e de demanda.

- o Estado tinha parâmetros, desenvolvia reciclagens, orientações, o que a prefeitura não faz.

I - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

Há equipe de vigilância epidemiológica, a qual registra e analisa os levantamentos epidemiológicos. Essa equipe fica no CS II e é formada por médico e enfermeira.

Quando a incumbência era do SUDS, havia uma equipe de Vigilância Epidemiológica estruturada, a qual ficava no CS II. Com a municipalização, continua a mesma equipe, lotada no CS, pois a Prefeitura não conseguiu estruturar uma nova equipe. Hoje, a Vigilância Epidemiológica só continua porque há essas pessoas antigas do Estado.

Durante o SUDS, o fluxo de informações era mais rápido, ou seja, os dados chegavam com mais agilidade ao ERSA, e haviam reuniões com as enfermeiras das equipes epidemiológicas dos vários municípios.

Os dados epidemiológicos levantados têm influencia nas medidas adotadas pela Prefeitura. Ex: há cerca de 3 anos ocorreu um surto de hepatite no bairro de Santa Fé. A equipe de vigilância epidemiológica foi ao local, fez um estudo, e hoje há água tratada e esgoto no local.

Não houve interesse em compilar dados epidemiológicos. No momento há o esforço pessoal do Coordenador Médico e da Coordenadora de Enfermagem em procurar informatizar alguns dados.

Em relação ao ERSA, não há prioridades estabelecidas para o município.

A SUCEM tem prioridades, levantadas junto aos municípios. Mediante os dados que se tem, se há alguma alteração não esperada, há uma rápida comunicação ao município. A SUCEM realiza o monitoramento do índice de Bretau (armadilhas para capturar o Aedes e estimar sua população), a cada 30 dias no máximo. Em caso de necessidade, a SMSF tem um esquema emergencial de controle, através de divulgação intensiva pelo rádio, "arrastão" do qual participam funcionários públicos e a população geral. Mensalmente envia-se um levantamento ao município. O município também envolve a SUCEM nos trabalhos desenvolvidos de vigilância epidemiológica.

O lixo era anteriormente lançado a céu aberto. Há cerca de 2 anos foi criado um aterro sanitário.

O lixo hospitalar passou a ser tratado de maneira especial, com acondicionamento adequado e transporte em viatura especial, sendo queimado e enterrado no aterro sanitário.

Os estabelecimentos percorridos na coleta de lixo hospitalar envolvem todos os serviços de saúde, particulares e públicos, ou seja, consultórios, farmácias, hospital, P.S. e unidades básicas.

Não há o Centro de Controle de Zoonoses, mas apenas uma proposta para sua criação, feita por SMSF e encaminhada ao Prefeito. Essa proposta pressupõe integração com a USP - Faculdade de Zootecnia. O processo para sua criação já foi montado e encaminhado para o Departamento Jurídico para consulta. Ainda não há nenhum parecer. Deve-se levar em conta que não existe cargo de veterinário na Prefeitura de Firassununga.

Há uma proposta de construção de um Canil Municipal, visando que um veterinário da USP seja municipalizado, aproveitando a experiência de Mogi-Guaçu. No entanto, a falta de verbas e o problema político de final de gestão dificultam a viabilização desta proposta.

No município de Pirassununga, conforme informação da equipe de Vigilância Epidemiológica do ERSA de Limeira, há grande incidência de casos de esquistossomose (casos importados) e tuberculose (ver mapas das Doenças de Notificação Compulsória de Pirassununga - Período de janeiro a outubro/92 - Anexo 12)

Houve suspeita de casos de dengue no município, mas não foram confirmados.

Até o momento, só há casos suspeitos de cólera, sem confirmação. O Estado fez um trabalho educativo sobre a cólera, junto às escolas e Delegacias de Ensino. Daí surgiu a Comissão de Cólera Municipal. Mas esse problema também ficou em segundo plano.

Não existe um levantamento atualizado sobre os casos de AIDS no município, considerando-se que essa doença esteja sub-notificada. Sabe-se que há 35 casos de AIDS em mulheres diagnosticados. Houve uma alteração no critério de notificação, que não será mais só no Grau IV e sim a partir do Grau II. No município, apenas o CS II atende os casos de AIDS, e os exames são feitos pelo laboratório da Santa Casa para todas as Unidades de Saúde. Quem deveria notificar os casos seria CS II, porém, como qualquer Unidade de Saúde pode pedir exames de HIV para a Santa Casa, todas devem notificar a doença.

Há um convênio do ERSA com o Hemocentro de Piracicaba, porém o município de Pirassununga não o utiliza.

No programa de Saúde da Mulher, não há nenhum controle sobre o número de casos de HIV positivo. Tais informações centralizam-se na Vigilância Epidemiológica.

Há casos de raiva canina na região. Em Araras (município que pertence ao ERSA de Limeira) foi diagnosticado um caso de raiva humana. Mesmo assim, não há nenhuma intervenção dos municípios, por não terem estrutura. A SMSF está fazendo um trabalho educativo junto às comunidades.

Casos de raiva em Pirassunga

1990 - 1 caso positivo de raiva canina.

1991 - 0

1992 - 1 caso positivo de raiva bovina (julho/92)

Há campanha de vacinação contra raiva, realizada pela USF, onde o município fornece as vacinas, provenientes da SES. O Hospital Veterinário da USF dá uma certa retaguarda ao município, fazendo vacinação, apreendendo cães, porém isso não é sistemático.

O ERSA vê a necessidade de intensificar o trabalho com uma equipe e um Serviço de Controle de Zoonoses.

J-) SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Não há informatização dos dados, por não existirem computadores na SMSF.

Foi realizado um levantamento de morbidade no início de 92, baseando-se em informações hospitalares, porém o mesmo foi muito limitado.

Há mapas diferenciados para o registro dos dados de produção e para o faturamento. Esses mapas são sintetizados a nível de SMSF (onde são feitos cálculos sobre produtividade, rendimento, metas) e depois encaminhados ao ERSA de Limeira. Esses mapas são encaminhados por todas as Unidades de Saúde, e referem-se à produção ao mês.

É feito um agendamento mensal, para entrega dos mapas de produção e fatura e é feita a discussão sobre os mesmos geralmente com um profissional da enfermagem, o responsável na unidade. Posteriormente, se há algum problema, é feita uma CI - Comunicação Interna.

Atenta-se muito na SMSF ao código de procedimento (p.ex.: consulta médica, consulta com terapêutica medicamentosa), devido ao pagamento diferenciado para cada tipo de procedimento.

O ERSA (Limeira) em outubro de 92 enviou um planilha sobre cobertura vacinal e doenças controladas pela Vigilância Epidemiológica. Porém o envio destas informações não é sistemático.

Atualmente há uma intenção de introduzir um controle através da codificação do CID, cujo preenchimento é obrigatório na F.A.A. (Ficha de Atendimento Ambulatorial- Anexo 23) objetivando o levantamento do predomínio de morbidades. Já foi realizada uma amostragem mas, pela

ausência de informatização no setor saúde, não ocorre uma compilação sistemática.

L-) ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

A cada final de ano é necessário elaborar o Plano Municipal de Saúde, do qual participam:

- Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde
- as Unidades de Saúde, fornecendo dados
- o Conselho Municipal de Saúde, para avaliação

Este Plano é elaborado a partir do Manual da SES, que faz uma análise da situação, com base em questionários, estabelecendo objetivos, cobertura, metas.

De um ano para o outro, comparam-se metas e cobertura, e até hoje sempre houve uma boa cobertura das metas propostas no Plano Municipal.

Este Plano é utilizado para avaliação dos serviços.

A base de funcionamento do Sistema de Saúde Municipal é norteado pelo Estado, pois os Coordenadores do setor da saúde são da rede estadual, e muitas decisões vem do ERSA. Os funcionários que estão trabalhando na SMSP, na área técnica e na área administrativa, são, na maioria, do Estado, e a operacionalização das atividades ficou mais ou menos nos moldes do Estado.

Não há repasse automático dos recursos financeiros, não ocorrendo autonomia para a aplicação destes recursos conforme o município acha necessário.

Quanto ao repasse de verbas na SMSP, as prioridades são: medicação e material de consumo na área de enfermagem. O FAM Municipal, por ter características de um

PS, é sempre prioridade. Procura-se atender ainda aos programas estabelecidos.

O Estado cria programas e impõe ao município a sua execução, para que a SMSF possa receber o repasse dos procedimentos. Porém atualmente houve restrição no pagamento das atividades programáticas, que hoje são executadas com subvenção quase que total do município, p.e. as visitas domiciliares continuam a serem pagas pelo ERSA, porém foram limitadas, restringindo-se a Vigilância Epidemiológica ou doenças infecto-contagiosas. Por outro lado, deixaram de ser pagos os procedimentos como a pré e a pós-consulta de enfermagem, e a convocação dos pacientes faltosos passou a ser feita pela imprensa, Igreja, Associações, etc

A Coordenação da SMSF critica o Plano Diretor, quando este conclui, em relação à meta referencial, que há ociosidade de certas especialidades médicas e a sobrecarga de outras. Para a administração é mais importante trabalhar com prioridades definidas, como:

1- Não restringir a demanda na área de pediatria, utilizando para isto, a análise de indicadores como: coeficiente de mortalidade e de morbidade; número de internações; coeficiente de letalidade; tempo médio de permanência hospitalar; custo da internação;

2- Pela meta referencial seria suficiente apenas um neurologista, porém o município conta com dois profissionais dessa especialidade, para que um deles preste serviços na APAE, trabalhando com o excepcional e sua família.

3- Priorizar os programas, mas como houve restrições por parte do Governo Federal, está havendo dificuldades para sua continuidade.

4- Atendimento na área de cardiologia, devido o predomínio da população idosa (considerada a partir dos 55

anos), pelo número de eletrocardiografia e pelo número de consultas com o especialista médico.

5- Na área de oftalmologia, pelo cálculo da Meta Referencial, seria necessário de 5 a 6 horas de consulta diária, porém hoje o município conta com 12 horas diárias de cobertura de oftalmologia

A Portaria 3046 do Inamps foi utilizada como parâmetro para definição da meta referencial (Anexo 14), a qual, para 1993, terá que ser alterada devido ao Ofício recebido da Secretaria do Estado da Saúde. No Ofício, o ERSA não diz se o total de atendimentos é individualizado para cada procedimento (grupo 02, 04, 16), o que resultará num número muito alto, mais ou menos 45.000 atendimentos, quando o município atende, em média, 15.000. Porém, se forem 13.000 atendimentos para o total de procedimentos, a Prefeitura ainda não sabe qual área terá que restringir.

Além disso, os resultados são diferentes se forem utilizados os 2 cálculos indicados pelo ofício:

- 2,8 cons/hab/ano - em média, 15.000 atendimentos
- 23,33% da população- cerca de 13.000 atendimentos.

0-) INTEGRALIDADE

Ações Desenvolvidas nas Unidades de Saúde:

Unidades básicas - clínica médica, pediatria e atendimento de enfermagem (os pediatras foram contratados há pouco tempo).

APAE - atendimento ao deficiente, independente da idade.

E.S.II - especialidades e Programa Nac. Imunização.

UBS Raia - clínica médica e Programa Nacional de Imunização, sendo necessário ter um pediatra.

Exército - clínica médica.

Fazenda da Aeronáutica - ginecologia/obstetricia (é o único médico, que faz também atendimento em clínica medica).

Programas Específicos

Há muito tempo que não estão sendo feitos. Conforme orientação do ERSA, os municípios elaboram os seus próprios programas de treinamentos.

Programas existentes.

Programa de Saúde de Criança:

- controle do peso
- fornecimento de leite

Programa da Mulher

- gestante - atenção sobre vacinas
- área familiar
- acompanhamento de consultas, mensal, com médico
- avaliação nutricional
- relatório sobre problemas congênitos
- prevenção do câncer ginecológico
- papanicolau/auto exame
- colposcopia
- cauterização

- para quem faz acompanhamento no Planejamento Familiar, as opções são: colocação de DIU, espermicida, anticoncepcional oral, condon.

Dentro dos programas básicos da SES, a pré e a pós consulta continuam sendo realizadas, embora não sejam mais remuneradas. Os programas se restringem ao atendimento individual (médico e de enfermagem) para grupos específicos. Não há nenhum trabalho educativo, quer seja a nível individual ou grupal. Os visitantes sanitários fazem atendimentos nas áreas de especialidades de programas que não puderam ser cortados: tuberculose, hanseníase, vacinação, saúde da criança e da mulher.

Os medicamentos são fornecidos pelo Setor de Promoção Social (ver Promoção Social).

Há iniciativas da própria Prefeitura, como nos casos de HIV positivo, quando há uma integração entre a vigilância epidemiológica, que acompanha os soropositivos, através de consulta médica e psicológica, do GAAP - Grupo Apoio ao Aidedético de Firassununga - onde participa o pessoal da saúde, que realizam atividades de apoio : visitas, eventualmente ajuda financeira. Também realizam bailes e jantares para angariação de fundos. O GAAP é uma iniciativa particular, não pertence às atividades ou programas da SMSP. Obteve-se, pela prefeitura, a doação de um terreno para construção de uma casa de apoio ao aidedético.

O município de Firassununga tem convênio com o Hemocentro do município de Casa Branca, para solicitação de sangue em caso de urgência. Por isso, não é utilizado o convênio do ERSA de Limeira com o Hemocentro de Piracicaba.

A Secretaria Municipal de Saúde ainda tem suas atividades ligadas a Promoção Social, mas está previsto que sejam desmembradas em duas Secretarias distintas.

Atividades relativas à Saúde, desenvolvidas pela
Promoção Social:

1) Farmácia Comunitária

Funciona para fornecimento de medicamentos. O suprimento desses medicamentos se dá por doações (amostras grátis e da população) e compras pelo setor saúde, repassadas pelo C.S.II, que faz o controle desses medicamentos.

Atende qualquer pessoa que apresente receita médica do sistema público de saúde. Usuários com receitas de médicos particulares são encaminhados à assistente social para triagem.

Há uma verba semanal, para compra de remédios que não têm na Farmácia Comunitária. Para isso, há convênio com farmácias. É necessário passar com assistente social para triagem e preenchimento de uma Ficha Controle (nome, nº de documento, endereço, valor do medicamento).

De fevereiro a 20.11.92 foram atendidas 2.321 pessoas na farmácia, e a quantidade de remédios fornecidos é muito maior, pois a maioria das pessoas necessitam, conforme prescrição médica, mais do que um medicamento. O horário de funcionamento da farmácia é das 8:00 às 12:00hs e das 12:30 às 17:00hs.

2) Remoção

São agendadas as remoções conforme o dia da consulta. É necessário passar em entrevista com o Serviço Social, para preenchimento de uma guia.

As remoções são feitas por ambulância, para os pacientes que precisam de maca, e kombi, para pessoas carentes, sem recursos.

A maioria dos encaminhamentos é para Ribeirão Preto e UNICAMP. As 3ª, 5ª e sábados, as ambulâncias vão para Ribeirão Preto, para pacientes que fazem hemodiálise. Diariamente, 3 a 4 ambulâncias fazem remoções para outros municípios. As remoções são feitas para qualquer pessoa, independente do nível de renda, pois no município não há ambulâncias particulares. Para casos de emergência são utilizadas ambulâncias do FAM Municipal. Há também 2 kombis, para atender a população.

Há entrega de guias para despesas de condução, que devem ser apresentadas nas empresas de ônibus do município, para pacientes em tratamento fora do município, que possam se deslocar de ônibus.

A Promoção Social vai buscar, através de sua frota, pacientes com alta, que se encontram em outros municípios.

O maior número de encaminhamentos são para as seguintes especialidades: nefrologia, gastrologia, urologia, quimioterapia, radiologia.

3) Encaminhamentos a recursos da Comunidade, como:

-Cartório, para certidões de nascimento, óbito, etc

-INSS, para inscrição na Previdência Social, etc.

4) Ajuda alimentação

5) Fornecimento, a título de empréstimo, de cadeiras de roda, cama hospitalar, bolsas de colostomia, muletas. Doação de colchões, armação de óculos.

6) Trabalho com Andarilhos Migrantes, que solicitam passe de condução para a cidade mais próxima. Esse auxílio só é fornecido uma única vez, após o individuo prestar serviço para a administração pública, por 4 horas (ex: limpeza de praças, logradouros públicos, etc.).

A Secretaria da Criança, Adolescente e Terceira Idade começou a funcionar em maio/92, e foi criada por iniciativa do prefeito, para agilizar os programas da criança e do adolescente.

Atividades ligadas a Saúde, desenvolvidas pela Secretaria da Criança, Adolescente e Terceira Idade.

São desenvolvidas atividades educacionais, através de uma equipe interdisciplinar composta de: assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga e pedagoga, que efetivamente realizam um trabalho em conjunto.

Há uma dificuldade concreta da falta de espaço físico. Estão tentando um trabalho de mudança de mentalidade para um trabalho preventivo.

Há 3 programas definidos a partir de prioridades:

- Crianças - de 0 a 6 anos
- Crianças - de 7 a 12 anos
- Adolescentes de 12 a 18 anos

Trabalho em creches com crianças de 0-6 anos

É feito treinamento com todos os funcionários das creches, para capacitação sobre desenvolvimento da criança, com a finalidade de detectar o mais rápido possível qualquer atraso no desenvolvimento da criança. Os casos detectados nas creches são encaminhados para pediatras das Unidades de Saúde. Se estes constatarem o atraso, a criança é encaminhada para a equipe da Secretaria, que faz a avaliação em conjunto, orientando as atividades para pajem e professor. Só os casos mais graves têm atendimento pela equipe. Para os demais casos, são feitas orientações aos próprios funcionários da creche, que fazem a estimulação da criança. Procura-se envolver também os pais, porém é

difícil, pois a maioria alega falta de tempo, por trabalhar fora.

Os técnicos da Secretaria vão para as creches, para orientar os professores e fazer grupos de mães.

Faz-se um trabalho específico para estimulação, quando necessário, solicitando fisioterapia na APAE, que faz um atendimento mais específico.

Pela avaliação da equipe, estão conseguindo alcançar alguns objetivos nas creches.

Trabalho com a Faixa Etária de 7 - 12 anos

É realizada orientação em grupo a professores, municipais, estaduais e particulares, quando solicitado.

Trabalho com a Faixa Etária de 12 - 18 anos

Está em tramitação na Câmara, projeto para cobrança de uma taxa para carros estacionados em zonas determinadas, vinculada à Patrulha Mirim.

Há uma programação para Grupo de Meninos de Cachoeira das Emas, que tomam conta de carros estacionados. Essa programação objetiva dar uma ocupação legal a esses meninos. O trabalho objetiva disciplinar esses meninos a se tornarem patrulheiros mirins (só poderão trabalhar e receber uma verba se forem da Patrulha Mirim).

Desenvolve-se, também, para esta faixa etária, um trabalho no Lar André Luiz, que atende só meninos, em regime de internato e semi-internato.

A Secretaria está planejando um trabalho com meninas, principalmente sobre orientação sexual, do Lar Menino Deus, que funciona em regime de semi-internato.

A Secretaria tem a proposta de integrar esses meninos e meninas da Patrulha Mirim.

Trabalho com a 3ª Idade

Deram preferência aos 2 asilos da cidade e estão planejando um programa junto aos mesmos.

4.2.4 - VISITAS À SANTA CASA

Foram realizadas duas visitas, de caráter informal, à Santa Casa de Pirassununga.

O primeiro contato foi estabelecido entre dois membros do grupo e a chefia de administração do hospital, que não permitiu entrevista com funcionários sem a autorização prévia da direção do hospital. O contato com a direção do hospital se deu através da intermediação da coordenação da SMSP, mas mesmo assim as entrevistas não puderam ser realizadas, porque foi agendado um encontro formal, para apenas a semana posterior ao trabalho de campo. É interessante observar que a direção é composta de um provedor e vários diretores, mas nenhum teve disponibilidade para conversar com o grupo e autorizar as entrevistas.

Posteriormente, foi autorizado um encontro com a chefia do Serviço Social, que apresentou o espaço físico do hospital e forneceu algumas informações esparsas.

Durante a visita às dependências do hospital, pode ser observada a reforma atual, que amplia o número de leitos, porém, segundo esta chefia, a demanda ainda não poderá ser totalmente atendida.

A maior parte das internações são de pacientes do SUS. Segundo a assistente social, o Pronto Socorro da Santa Casa é melhor estruturado e com mais recursos do que o FAMI

Municipal, portanto a maior parte das emergências dirigem-se a este serviço.

Soube-se, também, que na época de colheita da cana, o número de acidentes de trabalho é grande, com uma média diária de 30 pacientes atendidos.

Quanto ao atendimento no ambulatório, a atenção à saúde da mulher e, mais especificamente, o acompanhamento de gestantes e puerpério. Não foi possível obter maiores informações.

Fizemos também uma segunda visita, com outros membros e o orientador, porém o resultado foi semelhante.

4.3 - ANÁLISE GERAL

Para a análise de todos os dados coletados e observados junto à população, funcionários e administração do Município de Pirassununga, procurou-se fazer uma avaliação dentro dos princípios e diretrizes que compõem e possibilitam a construção do Sistema Único de Saúde.

A - NÍVEIS DE ACESSO

Observou-se uma melhoria após 1989 em função da ampliação do número de unidades de saúde e dos laboratórios. No entanto, a centralização dessas unidades na região central do perímetro urbano, repercute numa deficiência de atendimento na área rural.

Em relação ao número de consultas, existe um limite nas unidades, necessitando o usuário apresentar-se com muita antecedência. Isto representa um desgaste para a população usuária, ao mesmo tempo que conduz a uma confusão nos papéis da UBS e serviço de Pronto Atendimento.

B - TERRITORIALIDADE E HIERARQUIZAÇÃO

Observa-se que o entendimento da administração em relação à territorialidade, passa pelo conceito de área geográfica, compreendendo bairros, mas desconsiderando o perfil epidemiológico e social da população local.

Atualmente, há unidades com sobreposição de áreas de abrangência, justificadas em função da política de deliberação de verbas para a construção das mesmas, sem o planejamento necessário.

Verifica-se, então, excesso de unidades próximas, sem entretanto, um planejamento para as ações necessárias à população atendida, ocasionando escassez dos serviços especializados.

C - INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS, REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

A falta de controle do município sobre os serviços privados conveniados ao SUS compromete a municipalização, ao não garantir a qualidade e o acesso aos mesmos.

A atenção à saúde a nível secundário e terciário é restrita, dependendo de um único serviço, a Santa Casa de Pirassununga, cuja capacidade em atender a demanda é questionável, bem como seu comprometimento na construção do SUS.

O comprometimento da municipalização ocorre também devido ao nível estadual e federal não cumprirem com suas atribuições.

Só quando o serviço público se tornar realmente eficaz e eficiente, modernizando seu gerenciamento e investindo em recursos humanos e tecnológicos, ele poderá se tornar concorrente para o setor privado, e garantir a atenção à saúde para a população, como preceito legal e ético.

Constatou-se que a maioria das mulheres do município, afirmam realizar exames periódicos, preocupação esta anterior a 1989. Mas enfatizamos que a ampliação dos serviços laboratoriais está propiciando boa cobertura, principalmente, aos exames de rotina.

Todavia, ainda há necessidade de se recorrer a outros serviços fora do município, que ainda não são prestados à nível local, como por exemplo exames de ultrassonografia.

O sistema de referência também sofreu alteração após 1989. Antes, os encaminhamentos eram realizados de maneira informal, sendo que a maior parte era para São Paulo

(Capital). Atualmente são encaminhados principalmente para Ribeirão Preto e Campinas, o que representa uma certa descentralização dos serviços.

A integração de serviços fica também comprometida, por não haver o gerenciamento do Município sobre a atenção de nível secundário prestada exclusivamente pelo Hospital da Santa Casa. Desse modo, não se tem uma avaliação e continuidade dos procedimentos.

D - PARTICIPAÇÃO POPULAR

A participação popular está intrinsecamente relacionada com o exercício da cidadania, que se estabelece dentro de um processo social pela luta, conquista e exercício dos próprios direitos de cidadão, diferindo das concessões paternalistas do Estado.

Assim, a participação que se operacionaliza em Pirassununga ocorre através dos canais institucionais tradicionais, criados pela Prefeitura do município, para obedecer requisitos legais, ou seja, é uma participação relativa, incipiente, que não foi conquistada pela população do município.

E - FINANCIAMENTO

O sistema público de saúde de Pirassununga, hoje, é mantido principalmente por verbas do orçamento municipal, que representam cerca de 70% dos gastos na saúde.

Em relação à esfera federal, o Ministério da Saúde realiza o pagamento do SIA/SUS, com atraso médio de 60 dias, e não vem destinando verbas para investimentos. A Secretaria do Estado de Saúde também, investe muito pouco no município, repassando verbas através de Termos Aditivos.

Observou-se, no trabalho, que os usuários, para serem atendidos nos serviços públicos, não sofrem exigência de remuneração.

F - RECURSOS HUMANOS

O ingresso ao serviço de saúde no município de Pirassununga, atualmente, é efetuado através de concurso público e contratos por tempo determinado.

A municipalização não promoveu isonomia salarial para os funcionários à nível municipal, estadual, e federal, havendo um projeto em discussão sobre plano de carreira, sem que os funcionários tenham conhecimento de sua conclusão e implantação.

Muito embora o município tenha aumentado, nos últimos anos, o quadro de médicos especialistas, a rede continua deficitária quanto a médicos na área de ginecologia e pediatria.

Aos profissionais do serviço de saúde não há cursos de reciclagem e treinamento, ocorrendo apenas para atividades específicas, como campanha de vacinação em massa.

G - DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

Em termos de desenvolvimento científico e tecnológico foram criadas novas UBS e laboratórios, além de serem adquiridos equipamentos importantes como desfibrilador e eletrocardiógrafo, entre outros, o que beneficiou o atendimento à população.

A população usuária se queixa, ainda, da falta de medicação, equipamentos de urgência e para diagnóstico.

Assim, é criado um impasse entre as necessidades reais da população, as verbas estaduais e federais que não

são repassadas e a vontade política do município de implementar sua atenção à saúde.

H - DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

Para se efetivar a municipalização faz-se necessário garantir os investimentos federais, estaduais e municipais, necessários à reestruturação da rede física e sua plena ocupação com os equipamentos, medicamentos básicos padronizados e módulos de pessoal mínimo, em função de metas, cobertura, concentração e resolutividade definidas, e de participação conforme explicitado no Plano de Operacionalização.

I - VIGILÂNCIA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA

Em relação às ações de vigilância epidemiológica e sanitária de Pirassununga, encontramos a seguinte situação: alguns profissionais que estão lotados no CS II e faziam parte da equipe do ERSA de Limeira, hoje estão realizando essas atribuições isoladamente, ocorrendo uma certa desarticulação dessas ações, em relação ao sistema de saúde como um todo.

A Vigilância Epidemiológica realiza principalmente o trabalho de controle das doenças de notificação compulsória, avaliando os dados antes de encaminhar ao ERSA e fazendo visitas domiciliares quando se faz necessário. As doenças que causam maior preocupação são a tuberculose, a AIDS, a dengue e a esquistossomose.

A Vigilância Sanitária vem desenvolvendo ações referentes ao comércio de alimentos e saneamento do ambiente. A equipe do ERSA de Limeira realiza outras ações na área de serviços de saúde, saúde do trabalhador e controle de produtos.

A SUCEM realiza monitoramento mensal do *Aedes aegyptie*, informando a SMSF sobre os índices de Breteau. Quando se atingem níveis de alerta, a última procura mobilizar a população, no sentido de combater os mosquitos.

O controle de zoonoses urbanas não é realizado sistematicamente, apesar do município estar em região de presença de raiva canina e apresentar população significativa de cães nas ruas.

J - SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O sistema de informação do município de Firassununga, na área da saúde é prejudicado pela falta de informatização.

Os dados existentes são obtidos através de informações hospitalares e por mapas elaborados nas Unidades Básicas.

A Secretaria Municipal de Saúde tem maior interesse em obter informações quanto a produção dos serviços prestados à população, visando o faturamento (a lógica atual do sistema de saúde é a produção), não realizando levantamentos sobre as reais condições de saúde do município.

L - ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

O gerenciamento do setor saúde deve basear-se no Plano Diretor, que define diretrizes para o desenvolvimento sócio-econômico do município, na Lei Orgânica do Município e, especificamente, no Plano Municipal de Saúde, realizado anualmente, cuja elaboração conta com a participação da Administração, através dos coordenadores da S.M.S.F., Unidades de Saúde (participação restrita ao fornecimento de dados) e do Conselho Municipal de Saúde.

Esse Plano estabelece objetivos e metas, e é utilizado para a avaliação dos serviços. Entre os funcionários das Unidades de Saúde predomina o desconhecimento sobre o Plano Municipal de Saúde.

Como a equipe de coordenadores de saúde é formada por funcionários do Estado (municipalizados) e devido a estreita vinculação com o ERSA - inclusive subordinação técnica, financeira e para aplicação de recursos - afirma-se que a base de funcionamento do sistema de saúde municipal é norteadada pelo Estado. Apesar disso, o Município tem que arcar com atividades cujo pagamento foi restringido, por parte do Estado, para dar continuidade aos Programas já implantados.

A equipe de coordenação da SMSF preferiu adotar outras prioridades, definidas pelo próprio município, e não restringir-se aos parâmetros de meta referencial para especialidades médicas, apresentadas no Plano Diretor.

Com o recebimento do Ofício Circular nº237/92, da SES, em Novembro/92, terá que ocorrer uma redefinição da meta referencial, visto que este documento fixa limites para o número de atendimentos a serem realizados. Com isso, terão que ser repensadas todas as áreas de especialidades médicas.

As diretrizes estabelecidas a nível de SMSF não são trabalhadas a nível das Unidades de Saúde, dificultando o compromisso dos funcionários com os objetivos da instituição.

A relação de subordinação técnica e financeira do Município frente ao Estado, não dá a autonomia necessária ao primeiro, o que é um obstáculo à municipalização.

As prioridades de um sistema de saúde deve ter como base as necessidades reais de sua população, o que nem

sempre é contemplado nos cálculos e parâmetros estabelecidos em documentos.

Apesar da importância da quantidade de serviços (profissionais, rendimentos, nº de consultas), a qualidade da prestação dos mesmos deve ser considerada com relevância.

N - QUALIDADE

Em termos da qualidade dos serviços de saúde, verificou-se que efetivamente aumentou a oferta de recursos nos últimos anos, o que sem dúvida representou um avanço no sistema e um benefício para a população de Pirassununga.

Apesar disso, avaliamos pelas entrevistas apresentadas, que os serviços ressentem-se de um maior planejamento, organização e reciclagens dos profissionais, o que propiciaria uma real melhoria na qualidade da assistência à saúde, otimizando a utilização dos recursos já existentes.

Sobre a avaliação específica do atendimento à mulher, os entrevistados também observam uma melhora na qualidade de serviços de 89 até hoje. É importante ressaltar que esta melhora está associada à presença de 3 ginecologistas que atendiam a demanda, porém atualmente o quadro da especialidade foi reduzido para 2 especialistas, conseqüentemente o atendimento poderá ser prejudicado.

As insatisfações, quanto à qualidade no atendimento à mulher estão associadas principalmente à falta de assistência médica na hora dos partos (relataram maus tratos e estupidez de alguns especialistas da Santa Casa).

O - INTEGRALIDADE

Há possibilidade de se desenvolver e oferecer as ações de saúde, tanto individuais como coletivas, para que se possa obter um melhor padrão de saúde. Pirassununga tem

priorizado ações referentes ao atendimento médico, investindo pouco em outros segmentos da atenção à saúde. Isto se reflete em diversos pontos:

1. Falta de uma padronização de medicamentos, com uma melhor distribuição e descentralização dos mesmos.

2. Falta de Programas de Educação para a saúde nas unidades, de forma que se fizesse orientação em grupos, pois ocorre atualmente algumas iniciativas de profissionais que orientam de forma individual ou na distribuição de folhetos explicativos.

3. A AIDS não tem atenção programática, apesar de todos os segmentos considerarem uma necessidade.

4. O Programa de Saúde da Mulher é centralizado no CSII, não havendo articulação com outras Unidades Básicas.

5. A Secretaria da Criança do Adolescente e Terceira Idade, tem um trabalho de atenção integral com crianças onde envolvem aspectos da saúde.

P - RESOLUTIVIDADE

Observa-se que houve um investimento na rede básica de saúde, expansão da atenção à saúde no nível primário, porém sem acompanhamento da ampliação da atenção à saúde à nível secundário e terciário. Isso explica, em parte, a necessidade do município recorrer a outros municípios, para atendimento, à população, de diversos serviços, como consultas com especialistas, exames, internações, comprometendo, assim, a resolutividade de suas ações.

O convênio da municipalização define atribuições e competências aos 3 níveis administrativos, federal, estadual, municipal, o que deve ser respeitado e colocado em

prática, para que se efetive um sistema de saúde nos moldes do SUS.

A dificuldade de relacionamento com o setor privado e com o Hospital da Força Aérea (a nível federal), compromete o processo de municipalização. Como o município não possui nenhum tipo de controle sobre o setor privado, a iniciativa privada não tem nenhum interesse em estreitar sua relação com o município, principalmente quando isso implica em seu gerenciamento.

Mais do que falta de recursos, uma das dificuldades maiores do setor público é saber administrar bem os recursos existentes, e isso implica em organização, planejamento, gerenciamento e controle, objetivando a eficácia social de seus serviços.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais aqui apresentadas, baseiam-se nos princípios e diretrizes do SUS, contemplados na Constituição Federal de 1988, nas Leis N^os. 8.080 e 8.142 e reconhecidos na IX Conferência Nacional de Saúde, que colocam a municipalização como um caminho a ser trilhado para a mudança da atual lógica hegemônica (individualista, assistencial, medicamentosa, hospitalocêntrica e dicotomizada), para uma postura voltada à vigilância à saúde, atingindo desta forma os objetivos do SUS.

Essas considerações ressaltam os principais pontos positivos e dificuldades no transcorrer do processo de construção do SUS no município de Pirassununga. Os pontos de estrangulamento apontados devem ser entendidos como colaboração desta equipe para a superação dos mesmos, objetivando uma crítica construtiva.

A norma jurídica que atribui ao município brasileiro a competência para "prestar serviço de atendimento à saúde da população" (art. 30 da Constituição Federal), não pode ser considerada isolada daquela que declara ser "competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ... cuidar da saúde e da assistência pública" (art. 23 da referida Constituição).

Todas as esferas de governo têm competências específicas no Sistema Único de Saúde, e deve-se buscar a cooperação entre elas, tendo em vista o desenvolvimento e o bem-estar em âmbito nacional. Devem ser bem definidos e regulamentados os papéis e atribuições dos diferentes níveis governamentais, para se ter bem claro o que vai ser gerenciado em cada esfera governamental.

Até o momento, a tendência histórica da organização nacional do Sistema de Saúde e suas formas de financiamento, conforme abordado na introdução desse

trabalho, não conseguiram assegurar os princípios estabelecidos pelo SUS.

O modelo atual de prestação de serviços é insuficiente, insatisfatório, oneroso e inviável de ser bem acompanhado e avaliado em termos de qualidade, quantidade e custos, sendo característica do setor saúde, em grande parte do país.

O conceito amplo de saúde, defendido na Constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e no atendimento individual-curativo, para um modelo de atenção integral à saúde, através de ações individuais e/ou coletivas, de promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde.

A forma de financiamento por produção de serviços privilegia a assistência médica, em detrimento das ações coletivas de saúde, não dando prioridade às necessidades de saúde da população, além de ser insuficiente para cobrir as despesas de custeio dos serviços, impossibilitando os investimentos necessários para sua melhoria.

A lógica da produção para repasse de recursos, imposta pelo nível federal, é um ponto de estrangulamento, para qualquer município, na construção do SUS. Ela traz um pressuposto de produtividade que, sem dúvida, interfere na qualidade dos serviços. Para esse repasse, critérios político-partidários se sobrepõem aos critérios estabelecidos na Lei nº 8.080.

A descentralização, princípio norteador do SUS, deve ser entendida como repasse de recursos e autonomia, para que os níveis estadual e municipal formulem uma política de saúde, conforme prioridades que respondam à especificidade local, considerando-se as diretrizes formuladas para o âmbito nacional. Para ser autônomo, o

município deverá gozar de independência política, administrativa, legislativa e financeira.

O processo de municipalização é parte de um processo maior, o da descentralização, que visa a aproximação das responsabilidades de planejamento e decisão, dos locais onde os serviços de saúde estão sendo prestados à população. Não é uma proposta simplesmente de "transferência de competências" ou "mais uma alternativa de competências". Trata-se de um processo social amplo que se insere nas propostas de democratização da sociedade e do Estado, com fortalecimento do poder local. E deve se apoiar numa firme decisão política que esteja comprometida com os interesses da população e não com interesses de minorias e/ou corporações.

A opção por um modelo de atenção à saúde baseado no município, que coordenará todos os cuidados de saúde nele prestados, representa um meio de integralizar o "direito à saúde", enquanto direito individual e direito coletivo.

O poder local deve considerar que a saúde é um direito social e, como tal, é de cada um e de todos, sendo dever do Estado, em todos os seus níveis, viabilizar esse aspecto da cidadania.

O sistema de saúde local deve estar organizado de forma a atender as necessidades reais da população, o que só é possível com o conhecimento do diagnóstico de saúde do município, o qual deve ser elaborado com a participação da comunidade, e ser avaliado e reformulado num processo permanente. É necessário, também, decisão política para que qualquer projeto em saúde se concretize.

Não se deve perder a dimensão de que o setor saúde é um setor produtivo de bens e serviços, inserido no sistema econômico de uma sociedade. Assim sendo, ele precisa ser bem

administrado para se alcançar efetividade, eficácia, eficiência e impacto sobre a saúde da população.

A formulação de uma política eficaz de saúde exige estreita articulação com outras áreas de intervenção social, prioritariamente a área de saneamento, do meio ambiente - incluído o do trabalho -, habitação e educação.

A Saúde Pública deve envolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação aos indivíduos, com uma dimensão coletiva, para melhoria do nível de saúde da população, com participação da comunidade e com responsabilidade do Estado (nos seus 3 níveis administrativos).

Reconhecemos, em Pirassununga, a vontade política em investir na reorganização do sistema de saúde do município, e é inegável o seu avanço, apesar das dificuldades estruturais e conjunturais que extrapolam do controle do município. A concretização dos canais de participação popular também reflete essa vontade política.

Também ressaltamos como ponto positivo, a decisão política do município em viabilizar o princípio da universalidade, com a ampliação do número de unidades e de profissionais de saúde. Porém, devido à falta de planejamento na localização das novas Unidades, constatamos a sobreposição da base territorial, da população a ser coberta e das ações desenvolvidas em algumas Unidades Básicas de Saúde.

O sistema municipal de saúde está dividido em 2 sub-sistemas, o público e o privado conveniado, havendo uma pequena articulação entre os dois. O setor público local não tem nenhum tipo de controle sobre o segundo, o que especialmente chama atenção em relação ao Hospital da Santa Casa, o único hospital que presta atendimento a nível secundário à população SUS-dependente, sendo este um

importante obstáculo para o gerenciamento do sistema de saúde local, com base nos princípios do SUS.

Apesar da expansão da rede, o nível de atenção primária consegue alcançar apenas em parte seu grau de resolutividade, explicada até pela grave diversidade do conhecimento médico, onde as UBS e unidades de emergência inserem-se como "triadores" para as especialidades.

Em relação à falta de integralidade das ações no atendimento à saúde, podemos citar:

1) A dificuldade de integração de serviços entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria da Criança, do Adolescente e da Terceira Idade.

2) Apesar do conhecimento de problemas como grande uso de agrotóxicos; esquistossomose, hanseníase; AIDS, alcoolismo, são esparsos e escassos os investimentos nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de zoonoses.

3) Os Programas desenvolvidos nas Unidades se reduzem ao atendimento individual, especificamente em relação ao Programa de Atenção à Saúde da Mulher, justificado pela alta demanda, e também pela falta de profissionais. Não há atendimento integral à saúde da mulher e tampouco, diferenciado para a gestante adolescente ou de alto risco. A falta de um sistema de informação sistematizado, impossibilita, entre outras coisas, a existência de dados que permitam decisões que realmente venham corresponder às necessidades da saúde da mulher e da população como um todo.

Uma das dificuldades de implantação do sistema municipal de saúde refere-se ao confronto de culturas institucionais diferentes, incorporadas pelos funcionários federais, estaduais e municipais, além do fato de não ter

ocorrido, ainda, a isonomia salarial, e haver diferentes regimes de trabalho.

Não há uma definição clara de uma política de Recursos Humanos que possibilite a constituição de equipe multidisciplinar com atuação em toda a rede do sistema.

Como os recursos humanos são os meios para viabilizar a prática das políticas de saúde, a política de recursos humanos deve se preocupar com a constante formação, treinamento e desenvolvimento dos mesmos, e permitir que esses novos conhecimentos sejam imediatamente incorporados e oferecidos à população.

A questão da assistência farmacêutica é complexa, devido a opiniões divergentes apresentadas pelos funcionários, população e administração. Verifica-se, ainda, a ausência de uma política de medicamentos gerenciada por um profissional com competência técnica, dificultando a disponibilidade dos mesmos e a facilidade de acesso ao consumo por parte dos usuários.

A informação deve ser considerada como um instrumento para a gerência democrática o que, conseqüentemente, aponta para a necessidade de democratização da informação em saúde (transparência, divulgação, acesso, etc), dando lugar à construção do conhecimento da realidade local, isto é, um instrumento mais eficiente para o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde e para a promoção da participação da população.

Não basta apenas ter os recursos, mas os municípios devem saber administrá-los para conseguir a eficácia e eficiência do sistema de saúde, e o máximo de rendimento dos gastos públicos.

Há uma relação centralizadora do ERSA de Limeira frente ao município, em termos técnicos e financeiros, limitando a autonomia deste, como, por exemplo, na imposição e padronização de alguns Programas, vinculando-os ao repasse de recursos.

O setor de Unidade de Avaliação e Controle (UAC) do ERSA não consegue cumprir o papel inicialmente definido pelo SUDS, de supervisionar os serviços contratados e de acompanhar a eficácia das ações praticadas, defendendo os interesses do contratante (Estado) e dos pacientes.

Apesar de não termos uma avaliação mais aprofundada, nos parece que os serviços dessa UAC se concentram num controle burocrático dos procedimentos realizados.

O SUS só ocorrerá efetivamente, mediante a articulação de amplo movimento social de base, criando uma consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a população.

A acessibilidade aos cuidados de saúde por todos os membros de uma comunidade é fator de justiça social, e sem esta, não é possível atingir o desenvolvimento nacional, uma vez que desenvolvimento sem justiça social é meramente crescimento econômico.

Entendemos, por tudo o que foi exposto, que o município de Firassununga se dirige em direção a uma participação na construção do Sistema Único de Saúde, a qual só poderá ser alcançada de fato por meio do trilhar de todas as etapas compreendidas neste ativo e laborioso processo. Trata-se, portanto, de uma luta por um contínuo crescimento, desafiando as impossibilidades, por vezes contrariando interesses políticos, mas produzindo as transformações que venham ao encontro da cidadania.

6 - SUGESTÕES

As sugestões aqui levantadas tem o caráter de contribuir no aprimoramento da construção do Sistema Único de Saúde na cidade de Pirassununga. Devem ser, no entanto, consideradas dentro das dificuldades e limitações de recursos humanos, materiais e financeiros, no presente momento histórico desta cidade. Algumas dessas sugestões, possuem um sentido mais específico, outras são mais amplas.

1- Autonomia do Conselho Municipal de Saúde, para exercer efetivamente o seu poder deliberativo, dentro de uma consciência sanitária, a fim de que a população se aproprie e participe das definições das questões de saúde.

2- Instituir em todas as Unidades Básicas de Saúde no mínimo as atenções à saúde da mulher, da criança e do adulto em geral (ginecologista, pediatra, clínico geral).

3- Implantar, de modo efetivo, o programa de atenção integral à saúde da mulher.

4- Implementar o Sistema de Referência e Contra-Referência, garantindo o acesso organizado do usuário aos diferentes níveis da rede hierarquizada, com o retorno dos procedimentos realizados à unidade de origem, respeitando a privacidade das informações.

4.a- Repensar o dimensionamento das UBS (área de abrangência e o número de habitantes) para modificar algumas em centros de atenção com maior grau de complexidade, através de estudos epidemiológicos e sociais.

4.b- Realizar agendamento prévio de consultas nas unidades básicas, deixando algumas vagas para a demanda do dia.

4.c- Transformar o CS-II e o FAM/INAMPS em ambulatório de especialidades.

5- Efetivar a reforma do PAM/Municipal em Pronto-Socorro com instalações adequadas.

6- Revisar a padronização dos medicamentos, baseando-se na nosologia prevalente no município e nas condutas médicas.

7- Rever a política de distribuição de medicamentos, diante das necessidades das UBS e da população usuária.

8- Tendo em vista a limitação de recursos financeiros e de pessoal, constituir uma equipe multidisciplinar efetiva a nível de município, a qual prestará assessoria e apoio às unidades básicas de saúde, para o planejamento de ações integradas, conforme sua realidade local.

9- Investir nas equipes de saúde para desenvolver ações de vigilância epidemiológica, sanitária e de zoonoses, a fim de implementar as ações de saúde coletiva.

10- Reconhecer a importância da integração entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria da Criança, Adolescente e Terceira Idade, para realizar ações de saúde.

11- Garantir a avaliação e controle público municipal sobre os serviços privados conveniados com o SUS, no intuito de melhorar a qualidade do atendimento prestado.

11.a- O repasse de recursos financeiros do SIA/SUS e SIH/SUS ao setor privado conveniado, poderia ser operacionalizado através do poder local, garantindo maior comprometimento destes serviços com a saúde do município.

12- Buscar a implantação do processo de planejamento estratégico situacional, a partir de um processo de ampla participação. Este planejamento poderá ser um instrumento de gestão das unidades, sendo inclusive

utilizado como indicador de desempenho de cada equipe local de saúde.

12.a- Criar um sistema de informação de saúde, com investimentos em informatização, para subsidiar os processos de planejamento, avaliação e formulação de políticas de saúde.

12.b- Adequar as ações de saúde às realidades locais e às possibilidades do serviço, na implantação de programas, podendo ser aproveitadas experiências da Secretaria do Estado da Saúde, e outras, devidamente adaptadas.

12.c- Avaliar a capacidade de cobertura do setor de prestação de serviços como um todo, bem como cada unidade individualmente, verificando os pontos de estrangulamento, no sentido de obter o máximo de produtividade com o máximo de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BERQUO, E.S. et al. *Bioestatística*. São Paulo, EPU, 1981.
- 2- CEBES/ ABRASCO. Saúde é qualidade de vida. *Saúde em debate*, (36): 7-18, 1992
- 3- CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1991.
- 4- CAMPOS, G.W.S. et al. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1989.
- 5- CAMPOS, G.W.S. Reflexões sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 9., Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, UNE, 1992, vol. 1, p. 39-42
- 6- BRASIL. Constituição 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. São Paulo, IMESP, 1988. p.37 Seção II. Da Saúde.
- 7- COHN, A. Previdência social e saúde: antigos estigmas e novos desafios. São Paulo, 1992. (texto xerocopiado e distribuído na disciplina Políticas, Sistemas de Saúde, Modalidades Assistenciais, do Curso de Especialização de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- 8- CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1., São Paulo, 1991. *Dos direitos à saúde*. São Paulo, 1991.
- 9- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1., *Relatório*. Pirassununga, 1992. Relatório. Pirassununga, 1992.
- 10- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. *Relatório*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

- 11- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., Brasília, 1992. *Relatório*. Brasília, UNB, 1992.
- 12- CYRINO, A.P.F. et al. Perspectivas da descentralização e municipalização no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, (29): 37-42, 1990.
- 13- DALLARI, S.G. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.
- 14- DALLARI, S.G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 25 (5): 401-5, 1991.
- 15- DRAIBE, S.M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. São Paulo, 1992. (texto xerocopiado e distribuído na disciplina Políticas, Sistemas de Saúde, Modalidades Assistenciais, do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- 16- FARIA, N.M.X. Silos - uma visão da linha de frente do sistema. In: Conferência Nacional de Saúde, 9., Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, UNB, 1992, vol. 1, p. 97-8
- 17- IRMAOS MARISTAS. *Tábuas de logaritmos: com 7 decimais*. Ed. FTDSA, 1967.
- 18- LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. 2 ed. São Paulo, EPU, 1987.
- 19- MARQUES, R.M. O financiamento da saúde pública. São Paulo, 1992. (texto xerocopiado e distribuído na disciplina Administração dos Recursos dos Sistemas de Saúde, do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

- 20- MERHY, E.E. et al. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 9., Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, UNB, 1992, vol. 1, p. 91-6.
- 21- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. *Ações integradas de saúde*. Brasília, 1984.
- 22- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*. 3 ed. Brasília, 1983.
- 23- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.
- 24- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: nomenclatura, parâmetros e instrumentos de planejamento*. Brasília, 1990.
- 25- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: planejamento local*. Brasília, 1990.
- 26- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema Único de Saúde: saúde para todos*. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.
- 27- MORAES, I.H.S. de et al. Informação em saúde e gestão democrática. São Paulo, 1992. (texto xerocopiado e distribuído na disciplina Informática no Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde, do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- 28- NETO, J.S.M. O município e o financiamento da saúde. *Saúde em Debate*, (27): 23-28, 1989.

- 29- NIELSEN, K.L. *Tábuas logarítmicas e trigonométricas: cinco decimais*. 3 ed. Rio de Janeiro, 1964.
- 30- OLIVEIRA, F.B. & MEDICI, A.C. A saúde dos anos noventa: os recursos federais e a descentralização. In: Conferência Nacional de Saúde, 9., Brasília, 1992. *Cadernos da Nona*. Brasília, UNB, 1992, vol. 2, p. 119-124.
- 31- PLANO Municipal de Saúde de Pirassununga. Pirassununga, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da PUCAMP, 1991.
- 32- PIRASSUNUNGA (cidade). Decreto Nº 1.361/92, de 16 de outubro de 1992: aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Pirassununga. Pirassununga, Secretaria Municipal da Administração, 16 de outubro de 1992.
- 33- PIRASSUNUNGA (cidade). Lei Nº 1.554/83, de 03 de novembro de 1983: autoriza o poder executivo a celebrar convênio com o Governo do Estado de São Paulo, por sua Secretaria de Saúde, visando planejamento e desenvolvimento conjunto de programações básicas de saúde e saneamento. Diário Oficial do Município de Pirassununga, Pirassununga, 03 de novembro de 1983.
- 34- PIRASSUNUNGA (cidade). Lei Nº 2.219/91 de 21 de novembro de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde. Pirassununga, Departamento de Administração, 21 de novembro de 1991.
- 35- PIRASSUNUNGA (cidade). Lei Orgânica do Município de Pirassununga. Câmara Municipal de Pirassununga, 1990.
- 36- PIRASSUNUNGA (cidade). Ofício Nº 309/92 de 12 de novembro de 1992: informação sobre a fluoretação de água tratada do município de Pirassununga.

Pirassununga, Serviço de Água e Esgoto de Pirassununga, 12 de novembro de 1992.

- 37- PIRASSUNUNGA (cidade). Ofício Nº 1.058/92 de 09 de novembro de 1992: estatística dos acidentes de trânsito com vítimas fatais ocorridos no município no período de 1990/92, envolvendo a faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Pirassununga, Delegacia de Polícia do Município de Pirassununga, 09 de novembro de 1992.
- 38- PIRASSUNUNGA (cidade). Portaria Nº 1.322/92 de 03 de fevereiro de 1992: constitui o Conselho Municipal de Saúde. Pirassununga, Secretaria Municipal de Administração, 03 de fevereiro de 1992.
- 39- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Grupo Assessor Central. *Projeto de municipalização dos serviços básicos de saúde no estado de São Paulo*. São Paulo, 1987.
- 40- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Processo Nº 447-01368/87 de 13 de novembro de 1987: convênio celebrado entre o estado de São Paulo, por sua Secretaria de Estado da Saúde, e o município de Pirassununga, com interveniência do INAMPS objetivando implantar a integração dos serviços de saúde. São Paulo, 13 de novembro de 1987.
- 41- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SUS / R - 43 - Limeira. Ofício Nº 768/92 de 20 de outubro de 1992: relatório dos Termos Aditivos do Município de Pirassununga do ano de 1992. Limeira, SUS - R - 43, 20 de outubro de 1992.

ANEXO-1

Para a realização deste trabalho, a equipe teve o seguinte entendimento dos parâmetros estudados:

A- Níveis de Acesso - Medida de avaliação da cobertura assistencial em que se verificou o processo pelo qual o usuário é atendido nos serviços de saúde, nos níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

B- Territorialização e Hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada, e com uma população adscrita.

C- Integração de Serviços e Sistema de Referência e Contra Referência - Posição assumida de cada serviço, público e privado, na rede municipal, conforme seu nível de complexidade e o fluxo que estabelecem entre si.

D- Participação Popular - Garantia de que a população, através de suas entidades representativas, participe junto às instâncias oficiais, na formulação, gestão, execução, e controle das políticas de saúde.

E- Financiamento - Recursos financeiros para manutenção dos sistemas de saúde local, proveniente das três esferas de governo.

F- Recursos Humanos - Política de recrutamento, remuneração, capacitação e desenvolvimento profissional definida para os funcionários do sistema de saúde.

G- Desenvolvimento Técnico e Científico - Nível de complexidade tecnológica da rede de serviços local.

H- Descentralização e Municipalização - Redistribuição das responsabilidades e recursos, e autonomia para o município, para o fortalecimento do poder local.

I- Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Ações de saúde coletiva desenvolvida por equipe multiprofissional, capaz de diagnosticar possíveis agravos e riscos à saúde da população, visando traçar uma estratégia de intervenção.

J- Sistema de Informação - Forma como são coletados e analisados os dados produzidos nos serviços de saúde, com o objetivo de gerar informações que possibilite o processo de planejamento e tomada de decisão, facilitando o processo de participação popular.

L- Administração e Gerenciamento - Forma como os dirigentes do sistema de saúde viabilizam as políticas de saúde, para alcançar os objetivos propostos.

M- Diagnóstico do Município - Conhecimento do perfil de morbi-mortalidade da população, além de outros aspectos relacionados com o nível de saúde da população.

N- Qualidade - Nível de aceitabilidade e satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde.

O- Integralidade - Avaliação do sistema de saúde implantado, verificando sua capacidade de realizar ações - individuais e coletivas - de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

P- Resolutividade - Capacidade dos serviços de saúde de enfrentar e resolver os problemas demandados, conforme o nível de sua competência. E, a partir daí, avaliar o sistema como um todo.

ANEXO 2

USUÁRIOS E POPULAÇÃO EM GERAL :

(20 a 45 ANOS, RESIDENTE HÁ MAIS DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO)

1-) Você utiliza algum serviço de saúde ? Qual? a ocasi

Público () _____

Particular () _____

Convênio () _____

Outros () _____

Utilizava estes serviços antes de 1989? sim() não()

1-B Como eram ? Melhor () Pior () Igual () b

2-) Utiliza serviços públicos de saúde : a ocasi

Próximos de casa () longe de casa ()

Por que? _____

E antes? próximo () longe () _____

3-) Utiliza serviços de saúde fora do município? b

não () sim () Qual? _____

Como se locomove? _____

E como era antes da municipalização? _____

4-) Você sabe quem é responsável pelos serviços de saúde da cidade? _____ PP

5-) Há algum tipo de pagamento pelos serviços públicos de saúde prestados? Sim () Não ()

quais? _____

E antes? sim () não () _____

6-) Quando você procurou o serviço de saúde, a sua queixa foi atendida? Sim () não ()

De que modo? _____

E antes de 1989, como era? melhor () igual () pior ()

7-) Qual o tempo de espera para:

	agora	I	antes
Marcação de consultas?	_____	I	_____
		I	_____
Exames complementares?	_____	I	_____
		I	_____
Internações?	_____	I	_____
		I	_____
Emergências?	_____	I	_____

Obs: -----

8-) Você acha que é adequado o horário de funcionamento dos serviços públicos de saúde? sim() não() Qual? _____

Houve alteração do horário de atendimento de 1989 para cá? sim() não() Qual? _____

9-) A medicação é fornecida gratuitamente? *Sim*
todos () alguns () nenhum ()
onde? _____

E antes, como era a distribuição de medicamentos? _____

10-) Você procura o serviço. *Sim*
só quando está doente? () também para controle? ()
E antes, como procedia? _____

11-) Realiza exames periódicos? sim() não() *Sim*
Quais? papa() mama() outros() _____

Onde? _____

E antes, como eram realizados? _____

12-) Você recebe alguma orientação sobre: *Sim*
métodos contraceptivos ()
doenças sexualmente transmissíveis ()
gravidez () parto () outros ()

De que forma? _____

E antes, recebia? -----

13-) Você ficou satisfeita com o atendimento durante seu pré-natal? agora - sim () não () *6*
antes - sim () não ()

13-B Como foram seus partos? ----- *Deu Mau*

13-C Onde? -----
Foram antes ou depois de 1989? -----

13-D Avalie os atendimentos seus e do recém-nascido. *2*

14-) Seus filhos são vacinados? sim () não ()
Você consegue vaciná-los facilmente? sim () não () *2 vezes*
E antes, era: mais fácil () mais difícil () igual ()

15-) Como você é atendida pelos funcionários no serviço de saúde? *6*

	agora	I	antes
recepção:	-----	I	-----
enfermagem:	-----	I	-----
médico:	-----	I	-----

16-) Você conhece algum tipo de participação da comunidade nas questões de saúde? (Conselho Municipal de Saúde, Conferência) ----- *31*

Anteriormente havia algum tipo de participação? -----

17-) Quando você tem alguma reclamação do serviço de saúde, o que você faz? ----- *pp*

E antes, como era? _____

18-) Você sabia que os serviços de saúde desta cidade foram municipalizados? _____

PP

19-) Você teria alguma sugestão para a melhoria dos serviços de saúde desta cidade? _____

FUNCIONÁRIOS

(MÍNIMO DE 4 ANOS NO SERVIÇO PÚBLICO)

Qual 1ª) Na sua opinião, como está o sistema de saúde de Pirassununga hoje? _____

E antes de 1989? _____

2ª) Qual a sua categoria profissional? _____

3ª) Qual a instituição que lhe paga?
 Pref. () Estado () Federal () Outro _____

4ª) Qual a forma de ingresso hoje? _____

E antes de 1989? _____

5ª) Qual o número atual de funcionários desta Unidade? _____
 Qual o número antes de 1989? _____

6ª) Na sua opinião, o número de funcionários nesta unidade é adequado? _____

E antes de 1989? _____

7ª) Você atende só pacientes da sua área de abrangência?
 sim () não () _____

E antes de 1989, a sua Unidade tinha área de abrangência?
 sim () não () _____

88) Como é o acesso da população ao serviço (entrada no serviço, distância) ? _____

E antes? _____

98) Qual é o horário de funcionamento desta Unidade? _____

E antes? _____

108) Quais os tipos de encaminhamento para outros serviços que você realiza, depois de 1989? _____

E antes de 1989? _____

118) Quais os exames complementares mais pedidos aqui?

Hoje: _____

Antes: _____

128) Alguma modalidade de exame ou serviço é cobrada?

sim() não() Quais? _____

E antes? s() n() Quais? _____

138) Qual é o tempo de espera para as seguintes atividades:

marcar consulta _____

marcar exames _____

internação hospitalar _____

remoção _____

E antes de 1989?

marcar consulta _____

marcar exames _____
 internação hospitalar _____
 remoção _____

14ª) Como são fornecidos os medicamentos ao paciente? *Solo*

E antes? _____

PR/GER 15ª) Quais linhas de medicamentos existem hoje ?

E antes? _____

PR/GER 16ª) Há regularidade no recebimento de medicamentos da SMS?

sim () não ()

E antes? sim () não ()

PR 17ª) Como é o seu relacionamento com:

	bom	reg	ruim
equipe técnica (coordenação)	I		I
profissionais de outras unidades	I		I
profissionais da própria unidade	I		I
população	I		I
E antes de 1989, como era?			
equipe técnica	I		I
profissionais de outras unidades	I		I
profissionais da própria unidade	I		I
população	I		I

PH 18ª) Existem programas de treinamento e reciclagem ?

Atualmente: sim () não ()

Para qual profissional? _____

Antes de 1989: sim () não ()

Para qual profissional? _____

PR 19ª) Existe plano de carreira? Atual - sim () não ()

ADM/GER

Antes - sim () não ()

Obs. -----

10/200) Atualmente os equipamentos e recursos técnicos desta
Unidade são adequados a demanda? sim () não ()
E antes de 1989? sim () não ()

10/210) O hospital da Santa Casa corresponde as necessidades de
saúde da população? sim () não () Por que? -----

E antes de 1989? sim () não () Por que? -----

220) Depois de 1989, existem programas de saúde na sua
Unidade? sim () não ()

Quais? -----

Como são desenvolvidos? -----

E antes de 1989? sim () não ()

Quais? -----

Como eram desenvolvidos? -----

10/230) Você teve participação na definição das atividades
programáticas da Unidade? sim () não ()

Qual? -----

10/24-) Tem conhecimento do Plano Municipal de Saúde?

sim () não ()

Participou de sua elaboração? sim () não ()

10/25-) Qual o atendimento que esta unidade de saúde oferece a
mulher? -----

26-) Como se dá o atendimento a mulher no sistema de saúde: -----

Qual Qual.
Lut.

depois de 1989 _____

antes de 1989 _____

27-) Realizam-se visitas domiciliares a mulheres? *S. T. M.*
sim () não () Quais? _____

E antes de 1989? sim () não () Quais? _____

28-) Realizam-se atividades de acompanhamento pré-natal *S. T. M.*
nesta unidade? sim () não () encaminha ()

E antes de 1989? sim () não () encaminha ()

29-) Realizam-se atividades relativas a acompanhamento *S. T. M.*
nutricional da gestante aqui? sim () não ()

E antes de 1989? sim () não ()

30-) Como é feito o acompanhamento no puerperio? *S. T. M.* _____

E como era feito antes? _____

31-) Realizam-se atividades de orientação relativas a *S. T. M.*
aleitamento materno nesta Unidade? sim () não ()

E antes de 1989? sim () não ()

32-) Realizam-se atividades de orientação relativas a *S. T. M.*
planejamento familiar? sim () não ()

E antes de 1989? sim () não ()

33-) Atualmente, quais são as atenções de saúde na gestante *S. T. M.*
de alto risco na rede? _____

E antes? _____

11/10/90 34-) Atualmente, quais são as atenções de saúde desenvolvidas na rede, com relação a gravidez na adolescência?

E antes de 1989? -----

11/10/90 35-) Como é feito o atendimento odontológico da mulher?
Só gestante () Qualquer adulto () Adolescente ()
Só urgência () Tratamento agendado ()
Tratamento por livre demanda () Ações educativas ()
Obs: -----

36-) Realizam-se atividades educativas atualmente? *sim*

sim () não ()

E antes de 1989? sim () não ()

37-) São realizadas atividades em relação a: *drogas*

	agora		I	antes	
			I		
DROGAS	sim ()	não ()	I	sim ()	não ()
AIDS	sim ()	não ()	I	sim ()	não ()
DST	sim ()	não ()	I	sim ()	não ()
ALCOOL	sim ()	não ()	I	sim ()	não ()
OUTROS	sim ()	não ()	I	sim ()	não ()

38-) Qual a sua sugestão para a melhoria da qualidade do sistema de saúde de Pirassununga? -----

EXCLUSIVAMENTE PARA GINECOLOGISTA/OBSTETRA:

G-1) Qual o atendimento que essa unidade de saúde oferece a mulher? _____

O que era oferecido antes de 1989? _____

G-2) Caracterize a clientela atendida. _____

G-3) Quais os agravos de saúde mais frequentes? _____

E antes? _____

Quais os agravos de maior gravidade? _____

E antes? _____

G-4) Atualmente quais são as atenções de saúde na gestação de alto risco? _____

E antes? _____

G-5) Atualmente, que tipo de parto é mais frequente?

normal () cesárea () fórceps ()

E antes?

normal () cesárea () fórceps ()

G6) Onde são realizados os partos atualmente? _____

E antes? _____

G7) Como são feitos os acompanhamentos médicos no puerperio?

E antes? _____

G-8) Com que frequência ocorrem os partos anômalos? _____

E antes? _____

Quais as situações em que este tipo agravo ocorre na
unidade? _____

E antes? _____

G-9) Quais as atenções desenvolvidas com relação a gravidez
na adolescência? _____

E antes de 1989? _____

SOLICITAÇÕES : Pedir uma cópia da folha de atendimento
ambulatorial da mulher

ANEXO 4

ADMINISTRAÇÃO :

1-) Há outras fontes de financiamento, além do repasse federal, para o setor de saúde?

2-) Qual a faixa etária mais atingida pelo alcoolismo?

3-) Portaria 3046 - quais os parâmetros estabelecidos pela mesma?

4-) A partir de 1989 houve aquisição de novos equipamentos? Quais? Estão previstas outras aquisições?

5-) Há algum tipo de incentivo a pesquisa e/ou grupo de estudo dentro dos serviços?

6-) Tem dados sobre o tempo de espera para :

	I antes	I depois
entrar no sistema	I	I
exames complementares	I	I
internações eletivas	I	I
eventuais emergências	I	I

7-) Quais as formas de participação popular existentes?

8-) Qual o tratamento dos dados analisados a partir dos mapas de produção? Há retorno destas informações para as unidades?

9-) Há controle dos encaminhamentos para outros municípios, quanto ao número e procedimentos realizados? SOLICITAR.

10-) SOLICITAR cópia do relatório mensal de SADI realizados

no HC de Ribeirão Preto. Há alguma análise/proposta referente ao mesmo?

11-) Como se resolve a questão de acesso para as unidades, pela população rural e de periferia (considerar barreiras geográficas, transporte, esquema de perua para buscar pacientes, Itupeva) ?

12-) Há delimitação de área por unidade? ()

13-) Há alguma modalidade de pagamento para algum procedimento? ()

14-) Como o Município repassa recursos para a S.M.S.? Há algum recurso especificamente destinado para o programa de mulher? ()

15-) Há prioridades para o repasse de verbas (atividades/programas) ? ()

16-) Como funciona o Fundo Municipal de Saúde? ()

17-) Quem participa da realização do Plano Municipal de Saúde? Como é elaborado? ()

18-) Por que a base do funcionamento do sistema municipal é norteado pelo Estado? Vocês vão perguntar isto? ()

19-) Como será a alteração da meta referencial para 1993? Quais serão as áreas mais afetadas pelos cortes de verba? ()

20-) Quais as formas de ingresso no serviço público? (antes e depois da municipalização) ()

Qual o tempo para preenchimento de uma vacância? ()

Há contratação de emergência? Quando/como? ()

21-) Qual o regime de contratação? CLT? CLF? Por que? \

22-) Houve isonomia salarial? O piso salarial era menor ou maior que o estadual e o federal?

23-) Existem equipes multiprofissionais? Como são constituídas?

24-) Quem realiza e analisa os levantamentos epidemiológicos? Como são aproveitados para:

- determinar as prioridades locais
- comparar com as prioridades do ERGA
- comparar com as prioridades da SUCEM

25-) Há algum parecer do Prefeito sobre o CCZ?

26-) Há campanha de vacinação contra a raiva?

27-) A partir de quando começou a funcionar o aterro sanitário?

28-) Quais os estabelecimentos percorridos na coleta de lixo hospitalar?

29-) No Programa de Saúde da Mulher, há informação sobre o número dos casos de HIV +?

30-) Como foi a discussão da proposta de construção do Hospital Municipal junto ao Ministério de Saúde?

31-) SOLICITAÇÃO : portaria 3046

32-) Houve melhorias nos serviços municipalizados? (CS, PAM, INAMPS, Adolfo Lutz, ...)

33-) Quando foi criada a Secretaria do Adolescente e do

Idoso? Que tipos de atividades desenvolve? Há dados sobre a saúde da mulher?

34-) Quais as ações desenvolvidas em cada unidade? São consideradas nas 10 unidades a APAC, Exército, Adolfo Lutz...?

35-) Como são as relações das unidades entre si?

36-) Especificar o Batalhão (? BCC) e trabalho desenvolvido.

37-) Será mantido o Ambulatório da Fazenda da Aeronáutica ?

38-) O que fazem os visitantes sanitários?

39-) Como eram pagas as visitas domiciliares? Até quando foram pagas pelo Erss?

40-) Quanto tempo demora o repasse das verbas federais?

41-) Quanto representa, no financiamento da Saúde, os 12,5% de verbas municipais?

42-) Em out/92 houve pagamento integral do faturamento? Isto é freqüente?

43-) SOLICITAÇÃO Cópia do ofício de SES

44-) Quem é e onde fica a equipe de vigilância epidemiológica?

45-) Quando foi feito o estudo sobre o número adequado de unidades? Levou-se em consideração as questões de regionalização e territorialização?

46-) Confirmar o número de funcionários, separando municipais e municipalizados. Todos juntos são 180 ou 170? R+)

47-) Qual a frequência das reuniões do Conselho Municipal de Saúde? 77

48-) Houve representante de Pirassununga na IX Conferência Nacional de Saúde? pp

49-) Há proposta de realização de outras conferências municipais? YY

50-) SOLICITAÇÃO Relatório da Conferência Municipal de Saúde? YI

51-) Como o Conselho avalia seu poder deliberativo? (1)

52-) O Conselho participou da realização do Plano Municipal de Saúde?

ERSA LIMEIRA:

1-) Como é desenvolvido o trabalho de vigilância epidemiológica e sanitária? Qual a relação com a vigilância no município de Pirassununga?

2-) Treinamento e cursos, como se determina as prioridades/oportunidades para um treinamento? quais os tipos de treinamentos na Saúde da Mulher? Qual a população alvo dos cursos (téc., nível sup.)? Como se dá a avaliação/acompanhamento desses cursos?

3-) Qual o relacionamento com os serviços não municipalizados, como CEMEP, Sta. Casa, Hosp. Aeronáutica, ...

4-) Há GLOSA NO SADI?

 Há o controle de qualidade dos exames de laboratórios?

5-) Quanto demora o repasse federal para chegar no ERSA e deste para o município? Quais os critérios para o repasse de verbas (atividade, programa, ...)

6-) Quais os parâmetros utilizados para o cálculo da meta referencial?

TABELA 1

POPULAÇÃO DE PIRASSUNUNGA SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS E SEXO NOS ANOS
DE 1970, 1980, 1985 e 1990

FAIXA ETÁRIA	HOMENS PERCENTUAL				MULHERES PERCENTUAL			
	1970	1980	1985	1990	1970	1980	1985	1990
0-9	12,5	10,82	10,82	10,82	12,1	10,55	10,55	10,55
10-19	12,5	10,91	10,91	10,91	10,8	10,36	10,36	10,36
20-29	8,6	9,27	9,27	9,27	7,9	8,6	8,6	8,6
30-39	6,2	6,75	6,75	6,75	5,7	6,71	6,71	6,71
40-49	5	5,08	5,08	5,08	5,1	4,76	4,76	4,76
50-59	3,4	3,89	3,89	3,89	3,2	4,09	4,09	4,09
60-69	1,9	2,46	2,46	2,46	2	2,56	2,56	2,56
70 e mais	1	1,4	1,4	1,4	1,2	1,79	1,79	1,79
TOTAL:	51,1	50,58	50,58	50,58	48	49,42	49,42	49,42

Fonte: SEADE

TABELA 2

POPULAÇÃO POR IDADE E SEXO - 1.980
PIRASSUNUNGA

IDADE	HOMENS	%	MULHERES	%	TOTAL	%
0-4	2486	10.94	2466	11.1	4952	11.01
5-9	2378	10.46	2278	10.25	4656	10.36
10-14	2376	10.45	2193	9.87	4569	10.16
15-19	2526	11.11	2464	11.09	4990	11.1
20-24	2325	10.22	2094	9.42	4419	9.83
25-29	1843	8.11	1774	7.98	3617	8.05
30-34	1678	7.38	1679	7.55	3357	7.47
35-39	1357	5.97	1338	6.02	2695	5.99
40-44	1244	5.47	1162	5.23	2406	5.35
45-49	1039	4.57	987	4.4	2017	4.49
50-54	956	4.21	1036	4.66	1992	4.43
55-59	790	3.48	804	3.62	1594	3.55
60-64	611	2.69	651	2.93	1262	2.81
65-69	494	2.17	501	2.25	995	2.21
70 e mais	630	2.77	806	3.63	1436	3.19
Ignorada	12	-	9	-	21	-
TOTAL:	22733	1000	22224	100	44957	100

Fonte: IBGE

TABELA 3

POPULAÇÃO POR IDADE E SEXO - 1.990

PIRASSUNUNGA

IDADE	HOMENS	%	MULHERES	%	TOTAL	%
0-4	3070	10.94	3045	11.10	6115	11.02
5-9	2935	10.46	2812	10.25	5747	10.35
10-14	2933	10.45	2707	9.87	5640	10.16
15-19	3118	11.11	3042	11.09	6160	11.10
20-24	2868	10.22	2584	9.42	5452	9.83
25-29	2276	8.11	2189	7.98	4465	8.05
30-34	2071	7.38	2071	7.55	4142	7.46
35-39	1675	5.97	1651	6.02	3326	5.99
40-44	1535	5.47	1434	5.23	2969	5.35
45-49	1282	4.57	1207	4.4	2489	4.49
50-54	1181	4.21	1278	4.66	2459	4.43
55-59	977	3.48	993	3.62	1970	3.55
60-64	755	2.69	804	2.93	1559	2.81
65-69	609	2.17	617	2.25	1226	2.21
70 e mais	777	2.77	996	3.63	1773	3.2
TOTAL:	28062	100	27430	100	55492	100

Fonte: IBGE, modificada

TABELA 4

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DE 20 A 49 ANOS NO MUNICÍPIO DE
PIRASSUNUNGA NOS PERÍODO DE 1980 A 1989

Causas de Óbitos	PERCENTUAL						
	1980	1981	1982	1985	1986	1987	1989
Neoplasias	11,62	-	9,42	13,79	16,67	12,81	15,87
D.Cerebrov	9,96	10,85	11,29	3,45	7,41	5,69	3,17
D.Isq.Corac.	9,96	16,28	-	10,34	11,11	5,69	11,11
Cirrose Hepática	6,64	-	11,29	1,73	7,41	7,12	6,35
D.Hipert.	3,32	-	-	5,13	1,85	1,43	0
Ac.Veic.Motor	-	9,04	-	10,34	16,67	24,2	12,7
Homicídios	-	7,23	-	10,34	7,41	4,27	4,76
S.Est.Mal.D.	-	-	-	12,07	14,81	7,12	7,94
Demais Acid.	-	-	-	13,79	5,55	4,27	7,94
TOTAL	41,5	43,4	32	81,03	88,89	72,6	69,84

Fonte: SEADE

TABELA 5

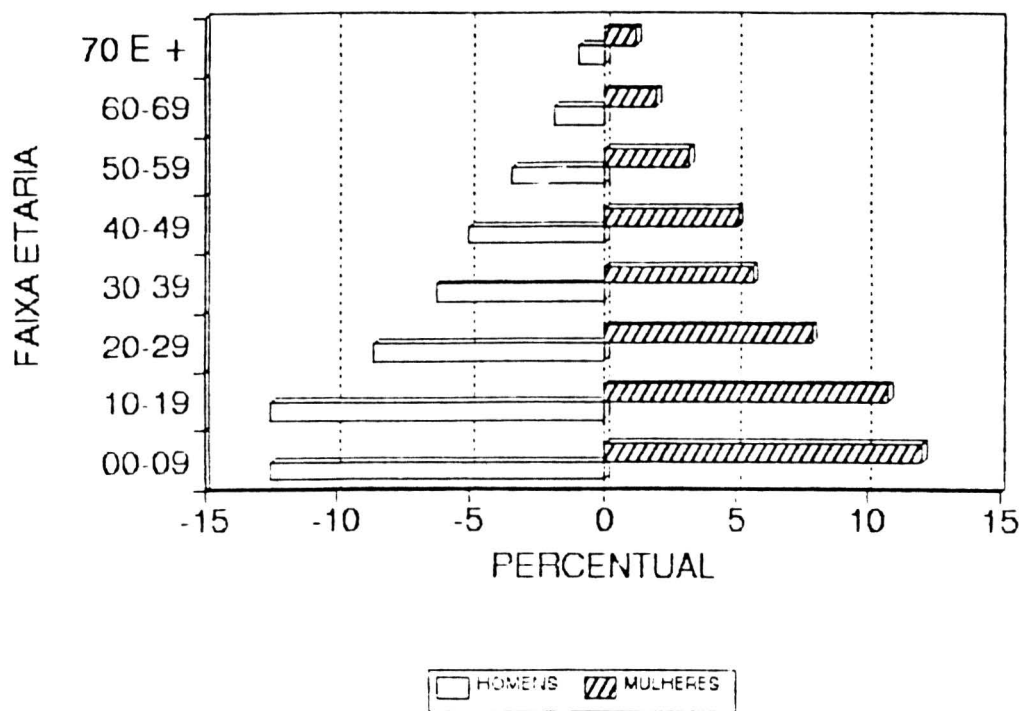
PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO DE 50 ANOS E MAIS NO MUNICÍPIO DE
PIRASSUNUNGA NOS ANOS DE 1980, 1981, 1982, 1985, 1986, 1987 E 1989

Causas de óbito	PERCENTUAL						
	1980	1981	1982	1985	1986	1987	1989
D. Isq. Cor.	18,32	27,76	18,8	17	15,92	18,7	17,31
D. Cerebrov.	15,5	12,82	15,98	13,04	13,06	11,3	10,54
Neoplasias	12,68	18,15	15,5	14,23	17,96	13,91	13,17
Out. D. Corac.	9,4	0	8,93	9,09	10,19	7,83	11,29
Pneumonia	-	5,87	-	3,56	3,27	3,48	7,15
Tripanossom.	-	-	3,92	0,4	1,63	0,87	0,75
Diab. Mel.	-	-	-	3,56	2,45	7,39	3,76
D. Inf. Paras.	-	-	-	3,95	0	0	0,38
S. Est. Mal. D.	-	-	-	4,74	2,86	4,78	7,15
Acidentes	-	-	-	2,77	3,27	2,61	1,88
TOTAL	55,9	64,6	62,5	72,33	70,61	70,87	73,38

Fonte: SEADE

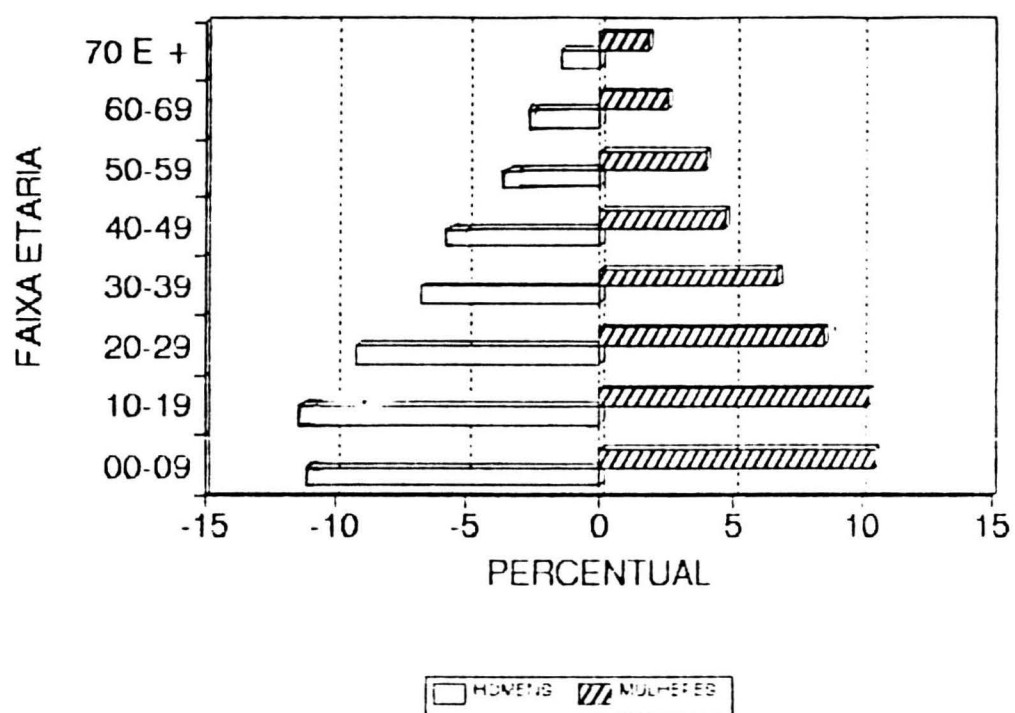
ANEXO 6

GRÁFICO 1 - PIRÂMIDE POPULACIONAL - PIRASSUNUNGA 1970



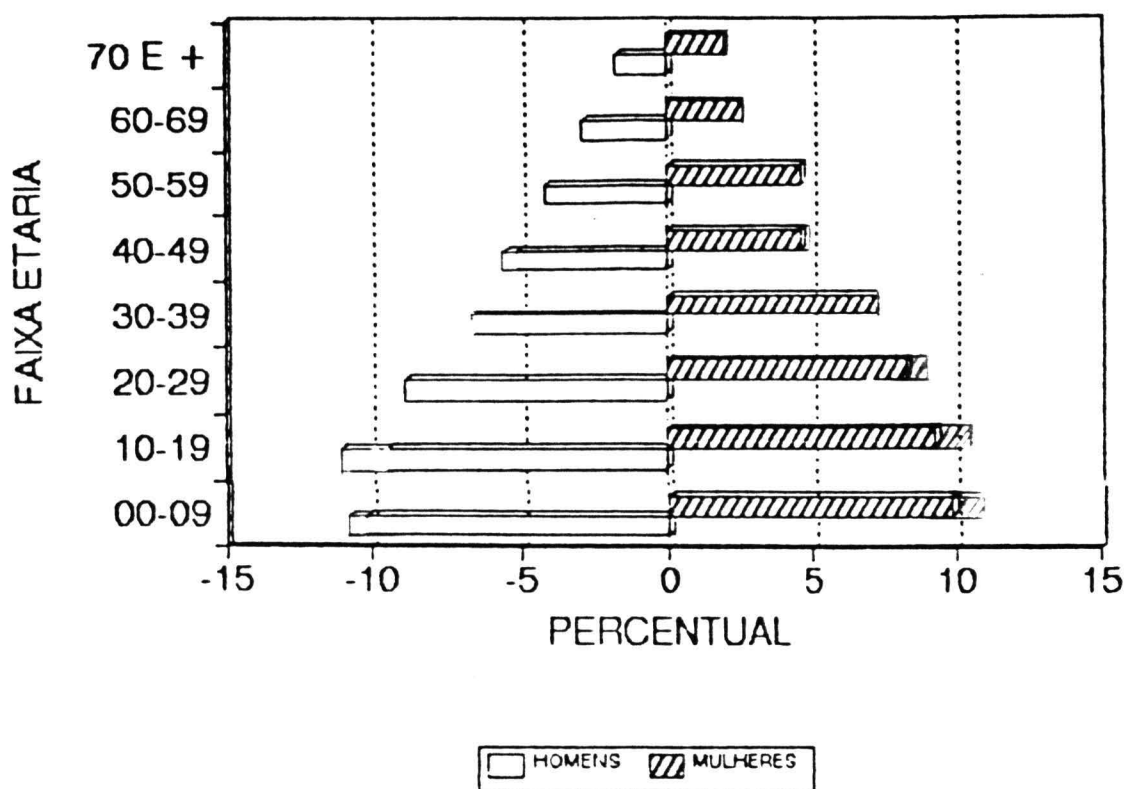
Fonte: IBGE

GRÁFICO 2 - PIRÂMIDE POPULACIONAL - PIRASSUNUNGA 1980



Fonte: IBGE

GRÁFICO 3 - PIRÂMIDE POPULACIONAL - PIRASSUNUNGA 1985



Fonte: SEADE/IBGE, modificado com base no Censo de 1991

LEI ANTEPROJETO DE LEI DO PLANO DIRETOR

O Prefeito Municipal de Pirassununga, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele promulga a seguinte lei:

TÍTULO I DA POLÍTICA URBANA

CAPÍTULO I DA ABRANGÊNCIA

ARTIGO 1º - O Plano Diretor é o instrumento básico, global e estratégico da política de desenvolvimento do município, e deve orientar as ações dos agentes públicos e privados que atuam na produção e gestão da cidade, enfatizando sua função social e a interdisciplinidade entre os diferentes planos setoriais próprios do planejamento municipal.

ARTIGO 2º - O Plano Diretor fundamenta-se nas constituições federal e estadual e na Lei Orgânica do Município de Pirassununga, especialmente em seu Artigo 70 e Título IV.

ARTIGO 3º - O Plano Diretor deve ser o marco inicial no processo permanente de planejamento municipal, contar com a cooperação das associações representativas da população e buscar compatibilizar, o planejamento local com os dos municípios vizinhos, garantindo a efetiva integração regional.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

ARTIGO 4º - O Plano Diretor tem por objetivo estabelecer um novo regime urbanístico, levando em conta o pleno desenvolvimento da função social da cidade, a distribuição mais justa e racional dos serviços públicos no município, a criação de melhores condições de vida e a preservação do meio ambiente natural e construído, de forma a assegurar a constante melhoria do bem-estar de seus habitantes, mediante:

- I - A justa distribuição dos custos e benefícios decorrentes dos investimentos públicos em obras e serviços de infra-estrutura, estabelecendo os limites entre o direito de propriedade do solo e o direito de construir, recuperando para a coletividade parte da valorização imobiliária resultante da ação do Poder Público;
- II - A racionalização do uso e parcelamento do solo, restringindo ou incentivando a ocupação de áreas, conforme critérios geográficos, geológicos e a capacidade da infra-estrutura instalada e o dimensionamento do sistema viário, evitando-se custos elevados por sobrecarga ou ociosidade;
- III - A incorporação dos agentes da iniciativa privada no financiamento dos custos de urbanização;
- IV - A regularização fundiária, a urbanização específica e a concessão de incentivos especiais à produção de habitação de interesse social;

V - A preservação, a proteção e a recuperação do meio ambiente e da paisagem urbana que constitua patrimônio cultural, buscando resgatar a memória e o sentimento de cidadania de seus habitantes, fazendo os mais presentes na definição dos destinos do município; e

VI - A implantação hierarquizada de centros de empregos e serviços, de forma equilibrada com núcleos residenciais por todo o território, garantindo usos compatíveis nas diferentes áreas e evitando-se a demanda intensiva por transportes.

CAPÍTULO III

DA FUNÇÃO SOCIAL DA PROPRIEDADE URBANA

ARTIGO 5º - Para cumprir sua função social, a propriedade deve se submeter ao desenvolvimento municipal equilibrado e atender simultaneamente, no mínimo aos seguintes requisitos:

- I - Aproveitamento e utilização da propriedade, em intensidade compatível com a capacidade dos equipamentos e serviços públicos instalados e com atividades adequadas às funções sociais da cidade e ao bem-estar da população;
- II - Aproveitamento e utilização compatíveis com a preservação e recuperação da qualidade do meio ambiente natural e/ou histórico-cultural; e
- III - Aproveitamento e utilização compatíveis com a saúde e a segurança dos usuários, transeuntes e proprietários vizinhos.

Parágrafo 1 - A função social da cidade abarca todas as utilizações produtivas, de moradia e de apoio, além da preservação e recuperação do patrimônio histórico, cultural, paisagístico ou ambiental.

Parágrafo 2 - As leis próprias determinarão os critérios e graus de exigências aos usos compatíveis com a função social da propriedade.

CAPÍTULO IV

DAS DEFINIÇÕES

ARTIGO 6º - Para efeito desta lei, ficam adotadas as seguintes definições:

- I - **ÁREA EDIFICADA OU CONSTRUÍDA**: é a soma das áreas de todos os pavimentos de uma edificação;
- II - **COEFICIENTE DE APROVEITAMENTO**: é o fator pelo qual deve ser multiplicada a área do lote ou gleba para se obter a área máxima de construção permitida;
- III - **EMPREENHIMENTO DE IMPACTO**: é aquele que pela sua dimensão e/ou natureza pode comprometer a capacidade instalada da infra-estrutura urbana ou provocar dano ao meio ambiente natural e construído;
- IV - **HABITAÇÃO DE INTERESSE SOCIAL**: é aquela destinada à população que vive em condições precárias de habitabilidade, ou auferir renda inferior a cinco salários mínimos;
- V - **OPERAÇÃO INTERLUGADA**: é aquela resultante de trocas ou ressarcimento nos empreendimentos de impacto, proveniente da iniciativa privada, que após parecer do Conselho da Cidade e autorização do Poder Público, possibilite benefícios diversos para a comunidade, especialmente quanto às transformações urbanísticas;
- VI - **SOLO CRIADO**: é o espaço edificado superior à área do lote multiplicada pelo coeficiente de aproveitamento. A área excedente implicará em ressarcimento ao Poder Público, proporcional à quantidade de solo criado, tomando-se por base o metro quadrado do valor venal do terreno;
- VII - **TAXA DE OCUPAÇÃO**: é a relação percentual entre a área de projeção horizontal da edificação ou edificações e a área do lote ou gleba;
- VIII - **TAXA DE PERMEABILIDADE**: é a relação percentual entre a parte do lote ou gleba que permite a infiltração de água e a área total dos mesmos, devendo permanecer totalmente livre de qualquer edificação ou revestimento de piso impermeável;

→ muito Bom

- IX - VAZIOS URBANOS - são terrenos ou glebas sub-utilizados ou não utilizados por nenhuma atividade social, econômica ou de natureza pública, situados dentro do perímetro urbano; e
- X - ZONAS OU ÁREAS - são porções do território municipal delimitadas por lei e caracterizadas pela função social diferenciada, uso e ocupação.

TÍTULO II DAS DIRETRIZES

CAPÍTULO I DO SETOR ECONÔMICO

ARTIGO 7º - São diretrizes gerais às atividades econômicas a nível municipal:

I - No Setor Primário:

- Orientar o desenvolvimento rural promovendo ações para a utilização racional dos recursos naturais de forma sustentada e compatível com o meio ambiente;
- Entender o grau de desenvolvimento do setor no município e enviaar esforços para garantir a produtividade através da divulgação de técnicas adequadas de manejo do solo;
- Incentivar a produção de produtos para consumo local passíveis de distribuição pelo comércio local;
- Garantir a manutenção das estradas vicinais locais para facilitar o escoamento da produção;
- Prover condições de desenvolvimento social e cultural ao homem do campo, estendendo os equipamentos e serviços públicos a toda a zona rural; e
- Promover o associativismo e incentivo ao cooperativismo, especialmente aos pequenos produtores rurais.

II - No Setor Secundário:

- Reconhecer com precisão os fatores gerais e locais capazes de avançar decisões locais do setor produtivo em benefício do município, atraindo prioritariamente indústrias de pequeno e médio portes, não poluentes;
- Ampliar sua atratividade para instalações fabris conectadas com a base industrial do eixo Campinas Limeira e da região metropolitana e, às relacionadas com a transformação de matérias primas de origem agropecuária;
- Oferecer no âmbito municipal um elevado padrão de vida urbana para atrair empresas de profissionais qualificados.

III - No Setor Terciário:

- Entender as potencialidades da localização geográfica, da facilidade de acesso rodoviário e do processo crescente de urbanização regional, para o desenvolvimento do turismo local e para a criação de roteiros turísticos micro regionais em parceria com cidades vizinhas;
- Atrair capitais para empreendimentos de maior vulto em conjunto com organizações empresariais do setor turístico e de lazer, objetivando retorno em termos de arrecadação e criação de empregos; e
- Contatar os organismos de pesquisa científica e tecnológica instalados no município, especialmente SEPTA e CIZIP, para consolidar a diversificação da base produtiva regional agropecuária e agroindustrial.

CAPÍTULO II DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

ARTIGO 8º - São diretrizes gerais do setor saúde a nível municipal:

I - Aprimorar a função da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, enquanto gerente do SUS no município:

- Realizando uma reestruturação administrativa da secretaria que contemple uma melhor definição de competências de cada setor;
- Criando um Sistema de Informação em Saúde que possibilite a avaliação do estado de saúde da comunidade, a tomada de decisões, a gerência financeira do sistema; a avaliação das ações e atividades e a avaliação do desempenho profissional e dos serviços próprios, conveniados e contratados;

→ Proverdo infra estrutura adequada ao Conselho Municipal de Saúde, de modo que este possa concretamente elaborar e controlar a política de saúde, bem como atuar na formação, fiscalização e acompanhamento do Sistema Único de Saúde.

II - Qualificar os Serviços de Saúde Municipais e Municipalizados do SUS, de modo que venham a responder pela atenção integral a saúde da população local, e pela melhoria da atenção médica oferecida:

- Desenvolvendo programas e ações específicas a faixas populacionais de risco, bem como ao meio ambiente e de trabalho de caráter individual e coletivo; e
- Desenvolvendo ações coletivas em saúde a partir de questões detectadas no município de maneira global, além de atividades específicas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

III - Redimensionar os serviços secundários (ambulatoriais especializados) e terciários (hospitais) do município visando a melhoria da atenção à saúde nestes níveis:

- Redefinindo a participação dos setores privados conveniados ao SUS municipal a partir da necessidade detectada e, da possibilidade de resposta e do interesse destes serviços; e
- Definindo a possibilidade de integração dos serviços de saúde próprios da Aeronáutica no SUS local.

IV - Buscar a melhoria das condições de saúde através do entrosamento das várias políticas sociais no município:

- Integrando as diretrizes da Política Municipal de Saúde com diretrizes de outras políticas sociais; e
- Estimulando a atuação conjunta dos vários equipamentos sociais existentes em uma mesma região geográfica.

ARTIGO 9º - São diretrizes gerais do setor educação a nível municipal:

I - Elaborar um Programa Político Pedagógico Municipal que contemple a qualidade e a democratização do ensino, bem como reafirme o papel da Secretaria Municipal da Educação como gerente da área, objetivando-se garantir:

- Reestruturação administrativa da secretaria que contemple uma melhor definição de competências em cada setor;
- Criação de um Sistema de Informação que possibilite avaliação da situação educacional do município, através de suas ações, suas atividades, dos desempenhos dos profissionais e dos serviços, e a gerência política pedagógica e financeira;
- Definição de prioridades no atendimento escolar à população;
- Redimensionamento da atuação das esferas federal, estadual e municipal, com vistas à elaboração do projeto político pedagógico; e
- Incentivo ao funcionamento do Conselho Municipal de Educação de modo que seja possível elaborar e avaliar a política de Educação do município concretamente, bem como integrar as ações da C.E.M. e R.E.M. com as do Conselho. ??

II - Adequar o projeto pedagógico de cada unidade escolar ao Projeto Político Pedagógico do Município, visando:

- Redefinição do projeto de cada unidade escolar no que diz respeito a sua organização didático-pedagógica e a sua infra estrutura; e
- Relacionamento com as escolas particulares visando a compreensão do Projeto Político Pedagógico por todos os responsáveis pela educação.

III - Redimensionar a rede de Escolas e Centros Integrados para que atendam efetivamente aos alunos em sua escolarização, buscando:

- a) Redefinição dos espaços escolares como locais específicos para o desenvolvimento dos currículos propostos; e
- b) Redefinição dos compromissos do Estado, do Município e da população para a política de expansão e manutenção da rede escolar; e

IV - Buscar a melhoria da educação geral e escolar através do entrosamento das várias políticas sociais do município, através da

- a) Integração das diretrizes da Política Municipal de Educação com diretrizes de outras políticas sociais; e
- b) Atuação conjunta dos vários equipamentos sociais existentes em uma mesma região geográfica.

ARTIGO 10º São diretrizes gerais quanto à promoção social no município:

I - Ampliar as condições para a definição de uma Política Social para o município, reestruturando administrativamente a Prefeitura, de modo que se defina um órgão responsável pela definição e execução da política social, criando-se preferivelmente, a Secretaria de Promoção Social;

II - Definir uma política específica para a criança, o adolescente e o idoso, redimensionando os serviços prestados de modo a garantir a melhoria no atendimento;

III - Aprimorar a relação poder público comunidade, definindo uma proposta de ação conjunta que garanta efetividade nas ações;

IV - Qualificar e treinar os recursos humanos que compõem o quadro funcional responsável pelos Programas Sociais, realizando estudos para definir estratégias básicas para montagem de treinamento específico; e

V - Aprimorar as funções da Secretaria de Saúde e Promoção Social enquanto responsável pelo atendimento de crianças em regime de creche, realizando estudos especiais, ampliando o atendimento e treinando funcionários para um atendimento mais específico e qualificado.

ARTIGO 11º São diretrizes municipais quanto à Cultura, Lazer, Esportes e Turismo:

I - Organizar o setor como um todo de forma a promover o conhecimento histórico cultural, fases e processos de evolução do município, buscando enraizar o cidadão e torná-lo mais presente na definição dos destinos da cidade, e divulgar a história de Pirassununga;

II - Hierarquizar em rede articulada os pontos turísticos e de lazer, através de um centro, núcleo e pontos especiais, oferecendo informações organizadas e roteiros de visitação aos turistas e à própria população, implantando o conceito de museu percurso;

III - Elaborar projeto globalizante definindo metas e ações a curto, médio e longo prazos, articulando investimentos e criando um calendário oficial anual de eventos, tendo em conta

- a) O desenvolvimento da Cultura, considerando:
 - a.1) criação de um centro cultural, com teatro e oficina, integrando neste espaço biblioteca e conservatório;
 - a.2) tombar, preservar ou recuperar edifícios e paisagens que constituem o patrimônio cultural, histórico, ambiental e paisagístico do município.
- b) O desenvolvimento do Esporte, considerando:
 - b.1) elaboração de programa de esportes de massa com suporte técnico adequado através das "escolinhas", construindo quadras nos bairros, aproveitando quadras das escolas nos finais de semana e oficializando as "Olimpíadas de Bairros"; e
 - b.2) proposta de uso mais adequado ao CEFE Presidente Médici, integrando-o à vida da comunidade, recuperando e terminando suas instalações.
- c) O desenvolvimento do Turismo e do Lazer, considerando:
 - c.1) a criação do Parque Municipal na cabeceira do Ribeirão do Ouro articulado com o Horto Florestal;
 - c.2) a necessidade de investimentos em Cachoeira de Emas, priorizando-a como maior pólo turístico do município;
 - c.3) a preservação do paisagismo bucólico no trecho da SP 201 entre a cidade e a cachoeira, considerando a implantação neste trecho do Parque Zoológico;

c.4) estudar projetos de aproveitamento da área da voçoroca para fins turísticos e de lazer;

c.5) criar programas específicos de lazer para as demandas das diferentes faixas etárias, especialmente a da Terceira Idade; e

c.6) criação da "Semana do Peixe e da Pinga" no moldes das festas de peões e boladeiros.

ARTIGO 12º São diretrizes ao setor habitacional:

I - Continuar a política de oferta de casas populares visto que com a entrega dos últimos conjuntos a cidade ficará em situação bastante confortável no setor;

II - Rever a política quanto aos critérios de implantação de conjuntos habitacionais, buscando:

a) evitar procedimentos de localização a longa distância do núcleo urbano, evitando-se o encarecimento dos custos de infra-estrutura e serviços urbanos, dado o não aproveitamento da capacidade já instalada;

b) evitar a implantação de vários conjuntos habitacionais agregados que promovam a segregação urbana ou núcleos isolados;

c) exigir maior cuidado com o desenho urbano dos conjuntos, tanto em relação ao sistema viário quanto a escolha de áreas para implantação dos equipamentos de uso coletivo como unidades básicas de saúde, creches, escolas, praças e logradouros públicos, objetivando garantir um processo generoso de abarramento; e

d) verificação das fontes de empregos dos moradores, com intuito de diminuir os deslocamentos moradia trabalho.

III - Adotar mecanismos para ocupação dos vazios urbanos conforme o disposto no Artigo 182 da Constituição Federal, como medida provedora do crescimento contínuo da malha urbana e redutora dos custos de urbanização.

IV - Estudar outras soluções para a questão habitacional, tanto para edifícios de classe média quanto para programas de lotes urbanizados para auto construção; e

V - Instituir um banco de dados sobre habitação, com cadastramento permanente sobre a demanda - por necessidade e faixas de rendas - e disponibilidade de áreas, priorizando a construção de habitação de interesse social.

ARTIGO 13º As diretrizes gerais para o sistema viário e o sistema de transportes do município estão mapeados em anexo e visam:

I - Consolidar o quadrilátero central, formado pelas vias Newton Prado, Pe. Antonio Vanni Ess, Paiguás e Antonio Joaquim Mendes, como o "coração" da área urbana do distrito sede;

II - Regularizar o esquema de circulação e melhorar a segurança da malha viária, compatibilizando o ambiente urbano e criando um "filtro" de vias hierarquizadas - expressas, arteriais, coletoras e locais - que propiciem a organização de um sistema homogêneo gerando eficácia e segurança;

III - Indicar nova alternativa de traçado, caso haja demanda ultra-regional, para o traçado da ferrovia;

IV - Recomendar ao município negociações junto à Fepasa, para se apropriar da faixa de domínio da estrada de ferro e suas respectivas construções dentro do perímetro urbano, indicando-lhes novas alternativas de usos - institucional, de lazer, comercial e de serviços - especialmente dentro do quadrilátero central;

V - promover a seletividade entre trânsito local e trânsito de passagem - que desvia cerca de um terço do fluxo da Anhanguera - respondendo as macro e micro acessibilidades; e

VI - Criar o Conselho de Segurança do Trânsito - com funções técnicas, educativas, repressivas e informativas - e o Plano Diretor de Transportes, que entre outras coisas devem: rever os trajetos e as desproporcionalidades de carregamento das linhas locais; facilitar o acesso aos vazios urbanos existentes dentro do perímetro urbano, especialmente os próximos ao núcleo central propiciando-lhes uso do solo mais adequado e; diminuir o elevado número de óbitos por acidentes com veículos motorizados no município.

ARTIGO 14º São diretrizes gerais para a proteção dos mananciais do município:

I - Impedir o acesso e fixação de seres humanos nas áreas de captação de águas, considerando-se como área de captação, todo o trecho a montante do manancial e, no mínimo 100 (cem) metros à jusante do ponto de tomada de água, em uma faixa de pelo menos 100 (cem) de cada lado do curso d'água;

II - Proibir a instalação de criadouros de animais nas áreas de drenagem a montante e, no mínimo a 200 (duzentos) metros à jusante, do ponto de captação;

III - Tornar as nascentes de todos os cursos d'água do município como áreas de proteção ambiental, e portanto não passíveis de ocupação;

IV - Proibir o lançamento de esgotos "in natura" ou tratados com eficiência inferior a 90% (noventa por cento) da DBO (5 dias, 20° C) a montante da captação e 200 (duzentos) metros à jusante, nos córregos Baptistela, Descaroador, São Joaquim, Ribeirão do Ouro e Chica Costa;

V - Criar mecanismos de controle sanitário constante em todos os mananciais, mediante análise "in loco", coletas e exames laboratoriais físico-químicos e bacteriológicos de amostras ao longo dos cursos d'água;

VI - Criar mecanismos de proteção aos cursos d'água, contra a ação direta de acidentes ou operação inadequada no trato e transporte de produtos tóxicos ou patogênicos, em especial as travessias da Via Anhangüera com o Ribeirão do Ouro (nascentes) e com o Ribeirão do Descaroador;

VII - Definir como mananciais, os ribeirões do Descaroador e Baptistela em toda suas extensões, o trecho do Córrego São Joaquim dentro do município, e as nascentes do Ribeirão do Ouro e Chica Costa;

VIII - Monitorar, com auxílio dos órgãos estaduais e federais, o lançamento de resíduos líquidos ou sólidos em todas as indústrias instaladas no município; e

IX - Impedir a instalação de indústrias geradoras de resíduos líquidos ou sólidos, mesmo tratados, nas áreas dos mananciais.

ARTIGO 15º São diretrizes para o saneamento básico do município:

I - Manutenção aos níveis de atendimento à população em 100% (cem por cento), com relação ao abastecimento de água e coleta de esgotos, dentro do perímetro urbano definido pela lei;

II - Intercaptação de todas as redes de esgotos antes de seu lançamento nos cursos d'água e, encaminhá-los às unidades de tratamento;

III - Tratamento em 100% (cem por cento) dos esgotos coletados com eficiência mínima de 90% (noventa por cento), com relação à DBO (5 dias, 20°C);

IV - Definir como corpos d'água receptores de esgotos, mesmo tratados, somente o Ribeirão do Ouro (depois do Horto Florestal), Córrego do Andrezinho e Córrego Baptistela (depois de Santa Fé);

V - Criar programa de saneamento básico para as populações rurais, que visem o uso adequado dos mananciais subterâneos e o afastamento dos dejetos, como forma de controle de doenças transmissíveis;

VI - Implantar nos pequenos núcleos populacionais (até mil habitantes), sistemas de tratamento de esgotos simplificados e que atendam às exigências mínimas de eficiência; e

VII - Controlar o lançamento de resíduos líquidos industriais na rede coletora pública, exigindo-se adequação (tratamento) quando necessário.

ARTIGO 16º São diretrizes para limpeza pública e controle dos resíduos sólidos;

I - Coleta seletiva do lixo urbano e industrial;

II - Reciclagem do lixo urbano e industrial;

III - Criar juntamente com as indústrias, programas de disposição adequada dos resíduos sólidos;

IV - Tratamento e/ou disposição adequada dos resíduos sólidos, como forma de impedir ou controlar a poluição, engorda de animais e catação;

V - Implementação de programa de educação ambiental que vise a redução da produção dos resíduos sólidos; e

VI - Programa de coleta e disposição final eficiente dos resíduos tóxicos ou contaminantes, como resíduos hospitalares, laboratoriais, clínicos, etc.

ARTIGO 17º São diretrizes para a drenagem urbana e os recursos hídricos:

I - Adotar a Política Estadual de Recursos Hídricos, como norma de orientação da gestão dos recursos hídricos do município;

II - Desenvolver projetos de drenagem urbana principalmente ao longo do leito da ferrovia, como forma de atenuar as enchentes e evitar as inundações;

III - Controle do lançamento das águas pluviais nos cursos d'água, dentro da zona urbana, mediante a retificação e canalização dos córregos que não comportem os volumes afluentes;

IV - Definir faixas não edificantes ao longo dos cursos d'água como forma de proteção à população quando da ocorrência de cheias;

V - Criar taxa de permeabilidade através de área não edificante nos lotes particulares, para permitir a infiltração de parte das águas pluviais, atenuando-se assim o escoamento superficial; e

VI - Monitorar constantemente o lançamento clandestino de esgotos na rede de coleta de águas pluviais e vice-versa.

CAPÍTULO III

DO USO E OCUPAÇÃO DO SOLO

ARTIGO 18º As diretrizes para uso e ocupação do solo do município (conforme mapas em anexo que passam a fazer parte integrante desta lei), estão dispostas nas leis complementares específicas de zoneamento, perímetro urbano, parcelamento do solo e no código de obras e edificações, e tem como objetivos:

I - Assegurar o desenvolvimento físico-territorial ambiental equilibrado e o uso racional das potencialidades do município;

II - Propiciar estruturas urbanas capazes de atender plenamente às funções sociais da cidade e ao bem-estar de seus habitantes;

III - Condicionar o uso e ocupação do solo às suas condições geomorfológicas, hidroclimáticas e de produtividade;

IV - Preservar e recuperar o meio ambiente e o patrimônio histórico, cultural, paisagístico, artístico e arqueológico; e

V - Disciplinar, ordenar e corrigir todas as atividades sociais, econômicas, físico-territoriais e administrativas.

ARTIGO 19º As diretrizes para o processo de urbanização devem, no que lhes couber, cumprir o disposto nas leis específicas, e objetivam prioritariamente:

I - Capacitar e instrumentar o poder público municipal para cumprir as determinações constitucionais, especialmente através das Zonas Especiais, de promover e ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes;

II - Determinar os limites de expansão da área urbana, conforme mapa em anexo que passa a fazer parte integrante desta lei;

III - Promover o adensamento e acelerar o uso e a ocupação do solo, notadamente nas Zonas Especiais de Interesse Social; e

IV - Incentivar processos de abastecimento como orientador das intervenções e gestões dos diversos órgãos da administração municipal, na medida que podem planificar suas ações com a participação direta da comunidade.

CAPÍTULO IV

DA ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 20º São diretrizes para a organização administrativa do município:

I - Criar uma nova estrutura organizacional para a administração pública, onde deverá haver atividades de quatro naturezas predominantes: atividades de aconselhamento, atividades de apoio técnico, atividade meio e atividade fim;

II - Reorganizar seções existentes mudando seu vínculo e criar uma nova seção e um banco de dados vinculados à Secretaria de Planejamento, tendo por base um novo organograma da estrutura ocupacional e funcional;

III - Avaliar a necessidade de se construir um Paço Municipal, que evite a dispersão dos serviços, a dificuldade de intercomunicação entre as Secretarias e os inconvenientes para a população; e

IV - Garantir que as peças orçamentárias tenham como diretrizes básicas os programas e objetivos previamente definidos pelo plano diretor.

TÍTULO III

DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS, ATRIBUIÇÕES E COMPOSIÇÃO

ARTIGO 21º - Fica criado o sistema de planejamento permanente que, com atuação parametrizada pelo conhecimento técnico e pelas aspirações da comunidade, objetiva subsidiar as decisões e ações de Administração Municipal, bem como acompanhar a formulação, implementação e avaliação de todas as políticas públicas.

Parágrafo Único - O processo de planejamento não substitui, mas fortalece a capacidade de decisão e de comando administrativo e político do Prefeito e da Câmara dos Vereadores, na medida que os assessora e amplia o conhecimento da realidade.

ARTIGO 22º - O sistema de planejamento compõe-se da Secretaria Municipal de Planejamento, dos órgãos da administração direta e indireta e do Conselho da Cidade.

ARTIGO 23º - Fica criado o Conselho da Cidade, órgão colegiado, consultivo, autônomo em suas atribuições e vinculado à Secretaria de Planejamento, cujas atividades e estrutura serão regulamentados por decreto, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta lei.

Parágrafo 1 - Sua mesa será composta por presidente, vice-presidente, secretário e vice-secretário, e eleita entre seus pares.

Parágrafo 2 - O número de membros participantes será de 30 (trinta), no mínimo.

Parágrafo 3 - Terão obrigatoriamente assento no Conselho da Cidade os representantes de todos os conselhos setoriais municipais, da Câmara dos Vereadores, e dos órgãos comunitários e de classe.

ARTIGO 24º - Os integrantes do sistema de planejamento poderão ser convocados:

- I - pelo Prefeito;
- II - pela Câmara Municipal;
- III - pela Secretaria de Planejamento, e
- IV - pelo Conselho da Cidade.

CAPÍTULO II

DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES

ARTIGO 25º - Compete à Secretaria de Planejamento implantar e gerenciar um sistema de informações que subsidiem diagnósticos e pautem os estudos do sistema de planejamento.

Parágrafo 1 - No sistema de informações haverá um banco de dados que estará permanentemente à disposição dos órgãos interessados e usuários.

Parágrafo 2 - O sistema de informações ligado ao setor físico-territorial organizará dados sobre:

- a) identificação, caracterização e utilização dos imóveis no município;
- b) urbanização e edificação compulsórias;
- c) capacidade e programa de ampliação de infra-estrutura e equipamentos; e
- d) zonas especiais de preservação e zonas especiais de interesse social.

TÍTULO IV

DA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA URBANA

CAPÍTULO I

DO FUNDO DE URBANIZAÇÃO

ARTIGO 26º - Fica criado o Fundo de Urbanização, que será gerido pela Secretaria de Planejamento conforme dotações orçamentárias próprias, que tem por objetivo criar condições para implantação e operacionalização da política urbana, podendo inclusive contratar projetos e serviços especializados.

Parágrafo Único - Nas aplicações e despesas do Fundo de Urbanização, será ouvido o Conselho da Cidade.

CAPÍTULO II

DOS RECURSOS E DOS INSTRUMENTOS

ARTIGO 27º - São receitas do fundo de urbanização:

- I - Receitas provenientes de multas às infrações das normas do plano diretor e taxas específicas;
- II - Dotações e subvenções;
- III - Rendas provenientes de outorga onerosa para autorização de construção acima do coeficiente de aproveitamento;
- IV - Receitas provenientes de aplicações financeiras de seus próprios recursos; e
- V - recursos proveniente de doações e outras que a lei permitir.

ARTIGO 28º - São instrumentos do Fundo de Urbanização:

- I - A Lei Orgânica Municipal, especialmente seus artigos 125, 126 e 127;
- II - O Código Tributário Municipal;
- III - As leis específicas previstas neste plano diretor e aquelas dele decorrentes que serão criadas; e
- IV - Outras leis pertinentes, respeitada a autonomia municipal.

CAPÍTULO III

DA URBANIZAÇÃO E EDIFICAÇÃO COMPULSÓRIAS

ARTIGO 29º - Ficam definidas como áreas passíveis de edificação e urbanização compulsórias, nos termos do Artigo 182, Parágrafo 4, da Constituição Federal e Artigo 125, da Lei Orgânica do Município de Pirassununga, as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) dentro do perímetro urbano, delimitadas no mapa ___ e descritas no anexo ___ que fazem parte integrante desta lei.

Parágrafo 1 - Excetuam-se os imóveis com área inferior a 15.000 (quinze mil) metros quadrados situados em áreas não loteadas e, com área inferior a 501 (quinhentos e um) metros quadrados em áreas já loteadas e que seja a única propriedade do titular.

Parágrafo 2 - Lei específica deverá definir para cada área os prazos aplicáveis ao parcelamento ou edificação compulsórios, que não poderão ser superior a 3 (três) anos.

CAPÍTULO IV

DO IMPOSTO PROGRESSIVO

ARTIGO 30º - Lei municipal especifica tomara progressivo o imposto sobre a propriedade predial e territorial, por um prazo máximo de 3 (três) anos, para assegurar o cumprimento da função social da propriedade urbana, conforme o disposto no ~~capítulo~~ - Parágrafo Único, do Artigo 156, da Constituição Federal.

Parágrafo Único - Passado o prazo deste artigo, o imóvel poderá ser desapropriado mediante pagamento com títulos da dívida pública, nos termos da Constituição Federal.

TÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

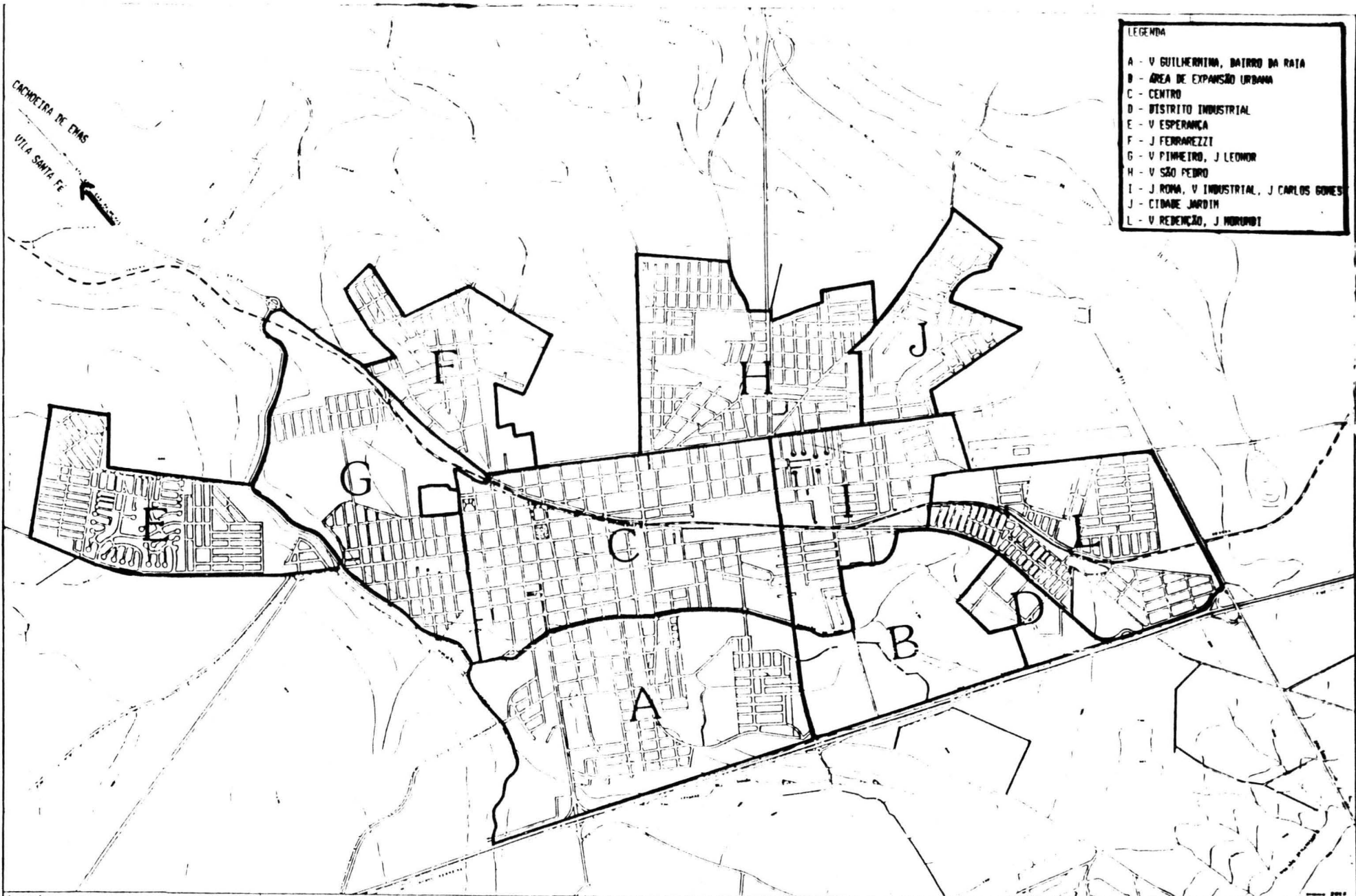
ARTIGO 31º - Fica o Executivo Municipal autorizado a compatibilizar suas ações, normas administrativas e tributárias para atender ao disposto nesta lei.

ARTIGO 32º - Ficam este plano e sua execução, submetidos ao sistema de planejamento permanente, e sujeitos à contínuo acompanhamento, revisão e adaptação, mobilizando-se para tanto os mecanismos de participação da coletividade previstos nesta lei.

ARTIGO 33º - As disposições legais vigentes, com exceção daquelas especificadas nesta lei, permanecerão em vigor até a aprovação da legislação complementar específica.

ARTIGO 34º - Os projetos protocolados e ainda em exame pela Prefeitura deverão adequar-se às disposições desta lei.

ARTIGO 35º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.



- LEGENDA**
- A - V. GUILHERMINA, BARRIO DA RATA
 - B - ÁREA DE EXPANSÃO URBANA
 - C - CENTRO
 - D - DISTRITO INDUSTRIAL
 - E - V. ESPERANÇA
 - F - J. FERREZZI
 - G - V. PINHEIRO, J. LEONOR
 - H - V. SÃO PEDRO
 - I - J. ROMA, V. INDUSTRIAL, J. CARLOS GOMES
 - J - CIDADE JARDIM
 - L - V. REDEÇÃO, J. HORRUBI

ANEXO B

Legenda

	ÁREA DE EXPANSÃO URBANA
	CENTRO
	DISTRITO INDUSTRIAL
	BARRIOS
	VIAS
	RIO

	ESCALA
	N



Plano Diretor de Pirassununga

ZONA URBANA ABARRILAMENTO

OBITOS POR LOCAL DE RESIDENCIA - OUTROS MUNICIPIOS
 Periodo de 01/01/91 a 31/12/91

CAUSA DA MORTE		MENOR	1 - 4	5 - 9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 E+	IDADE	TOTAL
NUMERO DO MUNICIPIO		1 ANO	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	ANOS	IGN.	
PIRASSUNUNDA	T	2	0	1	1	2	0	1	2	4	4	3	0	20
	M	0	0	1	0	2	0	0	2	3	1	3	0	12
	F	2	0	0	1	0	0	1	0	1	3	0	0	8
Efeitos tardios de outras doenças infecciosas e parasitárias	T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Neoplasma maligno do estomago	T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diabetes mellitus	T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras afecções do cérebro	T	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Infarto agudo do miocárdio	T	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras formas agudas e subagudas de doença isquêmica do coração	T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras formas da doença isquêmica crônica do coração	T	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiomiopatias	T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Insuficiência cardíaca	T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Hemorragia subaracnóidea	T	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO 9

(*) Dados preliminares referentes aos obitos ocorridos em Ribeirão Preto de indivíduos procedentes de Outros Municípios

OBITOS POR LOCAL DE RESIDENCIA - OUTROS MUNICIPIOS
 Periodo de 01/01/91 a 31/12/91

CAUSA DA MORTE NOME DO MUNICIPIO		MENOR 1 ANO	1 - 4 ANOS	5 - 9 ANOS	10-14 ANOS	15-19 ANOS	20-29 ANOS	30-39 ANOS	40-49 ANOS	50-59 ANOS	60-69 ANOS	70 E+ ANOS	IDADE IGN.	TOTAL
Obst cronica de vias resp n classif em out	T	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Gastrite e duodenite	T	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Doencas do pancreas	T	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doencas difusas do te cido conjutivo	T	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Transt rel gest curta dur e peso baixo nas	T	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Acid trans p/colisao entre um v.motor e pe	T	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Acidente causado por fogo nao especificado	T	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	M	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras causas e as n espec ambientais e na	T	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(*) Dados preliminares referentes aos obitos ocorridos em Ribeirao Preto de individuos procedentes de Outros Municipios



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/R 43
RUA DR TRAJANO Nº 925 - CENTRO - LIMEIRA

OFICIO SUS/CIRCULAR Nº 237/92

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SANIDADE PIRACANGA
PROTÓCOLO
Nº 1791
Data 10/11/92
RUB. <i>[assinatura]</i>

Limeira, 04 de novembro de 1.992.

Informamos à V.Sª., que devido à escassez de recursos financeiros no governo federal, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, elaborou uma FPO Municipal (Ficha de Programação Orçamentária), para que venha diminuir os cortes efetuados aos prestadores.

Segue em anexo, os parâmetros es tipulados pela CRS/4, e relação de procedimentos por grupos.

atenciosamente.

DR. MIGUEL FRANCISCHELLI NETO
Diretor Técnico de Depart.
SUS/R 43 LIMEIRA - SP

ILMO SR.

Leônidas Lélis de Carvalho
ED. Secretário Municipal de Saúde
Piracanganga - SP

FPO MUNICIPAL

CONSULTA MEDICA = GRUPO 02

< 50.000 HAB => 3.2 CONS/HAB/ANO OU 26.67%/MES
ENTRE 50 E 150.000 HAB => 2.8 CONS/HAB/ANO OU 23.33%/MES
> 150.000 HAB => 2.0 CONS/HAB/ANO OU 16.67%/MES

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS = GRUPO 04

2.8 CONS/HAB/ANO OU 23.33%/MES INDEPENDENTE DA POPULAÇÃO

ATOS NÃO MÉDICOS = GRUPO 16

< 50.000 HAB => 3.2 CONS/HAB/ANO OU 26.67%/MES
ENTRE 50 E 150.000 HAB => 2.8 CONS/HAB/ANO OU 23.33%/MES
> 150.000 HAB => 2.0 CONS/HAB/ANO OU 16.67%/MES

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCEED DESCRICAO

** 01-VACINA

0019 APLIC.VACINA ANTIPOLIO ORAL 1.DOSE
0027 APLIC.VACINA ANTIPOLIO 2.DOSE
0030 APLIC.VACINA ANTIPOLIO 3.DOSE
0043 APLIC.VACINA ANTIPOLIO REFORCO
0051 APLIC.VACINA TRIPLICE 1.DOSE
0050 APLIC.VACINA TRIPLICE 2.DOSE
0078 APLIC.VACINA TRIPLICE 3.DOSE
0086 APLIC.VACINA TRIPLICE REFORCO
0094 APLIC.VACINA ANTISARAMPO 1.DOSE
0100 APLIC.VACINA ANTISARAMPO-REVACINADO
0116 APLIC.VACINA ANTISARAMPO IGNORADO
0124 APLIC.VACINA BCG DOSE UNICA
0132 APLIC.VACINA T.TETANICO 1.DOSE
0140 APLIC.VACINA T.TETANICO 2.DOSE
0159 APLIC.VACINA T.TETANICO 3.DOSE
0167 APLIC.VACINA T.TETANICO REFORCO
0175 APLIC.VACINA DUPLA 1.DOSE
0180 APLIC.VACINA DUPLA 2.DOSE
0191 APLIC.VACINA DUPLA 3.DOSE
0200 APLIC.VACINA DUPLA REFORCO
0213 APLIC.VACINA ANTI RABICA
0221 APLIC.VACINA HEPATITE B
0230 APLIC.VACINA RUBEOLA
0240 APLIC.VACINA MENINGITE B
0256 OUTRAS

** 02-CONSULTA MEDICA

0400 CONSULTA MEDICA
0418 CONSULTA C/TERAPIA MEDICAMENTOSA DE URGENCIA
0426 ATEND.CLINICO C/OBSERVACAO

** 03-PROCEDIMENTO MEDICO

0507 PROC.OU PEQ.CIR.PELE/SUBCUTANEA/MUCOSA
0510 PROC.OU PEQ.CIR.AP.DIGESTIVO/ORGaos ANEXOS/PAREDE ABDOMINAL
0520 PROC.OU PEQ.CIR.AP.GENITAL FEMININO
0531 PROC.OU PEQ.CIR.MAMA
0540 PROC.OU PEQ.CIR.SISTEMA OSTEOARTICULAR
0550 PROC.OU PEQ.CIR.AP.CIRCULATORIO
0566 PROC.OU PEQ.CIR.SIST.NERVOSO
0582 PROC.OU PEQ.CIR.AP.AUDITIVO/VIAS AEREAS SUPERIORES
0590 PROC.OU PEQ.CIR.TORAX
0604 PROC.OU PEQ.CIR.AP.URINARIO
0612 PROC.OU PEQ.CIR.GLANDULAS ENDOCRINAS
0620 CIR.AMB.PELE/SUBCUTANEO/MUCOSA
0639 CIR.AMB.AP.DIGESTIVO/ORGaos ANEXOS/PAREDE ABDOMINAL
0647 CIR.AMB.DAS GLANDULAS ENDOCRINAS
0655 CIR.AMB.AP.GENITAL FEMININO
0663 CIR.AMB.GESTACAO/PUERPERIO
0671 CIR.AMB.MAMA
0680 CIR.AMB.AP.CIRCULATORIO

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

0698 CIR.AMB.SISTEMA NERVOSO
0710 CIR.AMB.AP.AUDITIVO/VIAS AEREAS SUPERIORES
0720 CIR.AMB.SIST.OSTEO-ARTICULAR
0736 CIR.AMB.AP.URINARIO
0744 CURATIVO EM MEDIO E GRANDE QUEIMADO
0752 DEBRIDAMENTO DE PEQUENO QUEIMADO
0760 DEBRIDAMENTO DE MEDIO QUEIMADO
0779 ANEST.GER.ATOS CIRURGICOS - DEFICIENTE MENTAL/CRIANCA
0787 ATEND.PRE-HOSP.EMERGENCIAS E TRAUMAS II
1112 CIR.AMB.AP.VISUAL I
1139 CIR.AMB.AP.VISUAL II
1155 CIR.AMB.AP.VISUAL III
1171 CIR.AMB.AP.VISUAL IV
1198 CIR.AMB.AP.VISUAL V
1210 CIR.AMB.AP.VISUAL VI

** 04-ATENDIMENTO DE ODONTOLOGIA

2011 PROCEDIMENTOS COLETIVOS II
2038 PROCEDIMENTOS COLETIVOS III
2070 EXAME CLINICO
2097 ODONTOLOGIA PREVENTIVA I
2119 ODONTOLOGIA PREVENTIVA II
2135 ODONTOLOGIA PREVENTIVA III
2151 ODONTOLOGIA PREVENTIVA IV
2170 ODONTOLOGIA PREVENTIVA V
2216 DENTISTICA I
2232 DENTISTICA II
2313 PULPOTOMIA
2330 TRAT.ENDONDONTICO UNI-RADICULAR
2356 TRAT.ENDONDONTICO BI-RADICULAR
2372 TRAT.ENDONDONTICO TRI-RADICULAR
2402 ANEST.GER.TRAT.ODONTO CIR.ODONTO TRAUM.BUCO MAX.FACIAL
2410 ODONTOLOGIA CIRURGICA I
2407 ODONTOLOGIA CIRURGICA II
2453 ODONTOLOGIA CIRURGICA III
2510 CIR.TECIDOS MOLES DA BOCA E FACE I
2534 CIR.TECIDOS DUROS DA BOCA E FACE I
2550 CIR.TECIDOS DUROS DA BOCA E FACE II
2610 TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL I
2658 APARELHOS GESSADOS
2712 PROTESES INTRA-ORAIIS EM RESINA ACRILICA
2720 PROTESES INTRA-ORAIIS EM CROMO-COBALTO
2739 PROTESES INTRA-ORAIIS METALICAS METALOPLASTIC/METALOCERAMICA
2747 PROTESES FACIAIS
2755 PROTESES INTERNAS
2763 PROTESES COMPLEMENTARES DAS RADIOTERAPIAS
2798 MANUTENCAO PERIODICA DAS PROTESES BUCO MAXILO FACIAIS

** 05-RADIODIAGNOSTICO

3000 EXAME DE CRANIO E FACE I
3026 EXAME DE CRANIO E FACE II

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

3042 EXAME DE CRANIO E FACE III
3088 EXAME DE CRANIO E FACE IV
3088 EXAME DE CRANIO E FACE V
3107 COLUNA VERTEBRAL I
3123 COLUNA VERTEBRAL II
3140 COLUNA VERTEBRAL III
3186 COLUNA VERTEBRAL IV
3182 ESQUELETO TORACICO E MEMBROS SUPERIORES I
3204 ESQUELETO TORACICO E MEMBROS SUPERIORES II
3220 BACIA E MEMBROS INFERIORES I
3247 BACIA E MEMBROS INFERIORES II
3263 ORGAOS INTERNOS DO TORAX I
3280 ORGAOS INTERNOS DO TORAX II
3301 ORGAOS INTERNOS DO TORAX III
3328 ORGAOS INTERNOS DO TORAX IV
3344 ABDOMEN I
3360 ABDOMEN II
3387 ABDOMEN III
3409 MAMMOGRAFIA
3425 LOCALIZ. TRIDIMENS. CORPO ESTRANHO EM GLOBO OCULAR
3441 EXAME CONTRASTADO DO AP. DIGESTIVO I
3468 EXAME CONTRASTADO DO AP. DIGESTIVO II
3484 EXAME CONTRASTADO DO AP. DIGESTIVO III
3508 EXAME CONTRASTADO DO AP. DIGESTIVO IV
3522 EXAME CONTRASTADO DO AP. DIGESTIVO V
3549 EXAME CONTRASTADO DO AP. URINARIO I
3565 EXAME CONTRASTADO DO AP. URINARIO II
3581 EXAME CONTRASTADO DO AP. URINARIO III
3603 EXAMES ESPECIALIZADOS I
3620 EXAMES ESPECIALIZADOS II
3646 EXAMES ESPECIALIZADOS III
3662 EXAMES ESPECIALIZADOS IV
3689 EXAMES ESPECIALIZADOS V
3706 EXAMES ESPECIALIZADOS VI
3727 TOMOGRAFIA N/COMPUTAD. S/CONTRASTE - CRANIO E FACE
3743 TOMOGRAFIA CRANIANA MULTIDIRECIONAL
3760 TOMOGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL
3786 TOMOGRAFIA SEGMENT/HEMITORAX/MEDIAST/BILAT. TORAX/LARINGE
3808 TOMOGRAFIA RENAL S/CONTRASTE
3824 TOMOGRAFIA DE OSSO EM DOIS PLANOS

** 06-MEDICINA NUCLEAR

3905 RADIOIMUNOENSAIO I
3921 RADIOIMUNOENSAIO II
3948 RADIOIMUNOENSAIO III
3964 DIAGNOSE I
3980 DIAGNOSE II
4006 DIAGNOSE III
4022 TERAPIA I
4049 TERAPIA II

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

** 07-ULTRASSONOGRRAFIA

4103 ECOGRAFIA GINECOLOGICA
4120 ECOGRAFIA OBSTETRICA
4146 EOCARDIOGRAFIA MODO M
4162 EOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER
4187 ECOGR.DE MAMA/TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL/DEXICA/PROSTATA/RETROP
4200 ECOGRAFIA CRANIANA
4227 ECOGRAFIA OCULAR
4243 ECOGRAFIA DE ORGAO ABDOMINAL ISOLADO
4260 ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

** 08-OUTROS EXAMES IMAGENOLOGIA

4308 ANGIOGRAFIAS SELETIVAS P/CATETER VIA PUNCAO FEMOR
4324 AORTOGRAFIAS
4340 ANGIOGRAFIAS POR PUNCAO DIRETA (ARTERIA+VEIA)
4367 ANGIOGRAFIA MEDULAR
4383 NEURORADIOLOGIA I
4405 NEURORADIOLOGIA II
4421 PROC.ESPECIAIS VIA RADIOLOGIA I
4448 PROC.ESPECIAIS VIA RADIOLOGIA II
4464 PROC.ESPECIAIS VIA RADIOLOGIA III
4480 PROC.ESPECIAIS VIA RADIOLOGIA IV
4502 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA I (CRANIO E COLUNA)
4529 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA II (TORAX)
4545 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA III (ABDOMEN)

** 09-PATOLOGIA CLINICA

5002 BIOQUIMICA I
5029 BIOQUIMICA II
5045 BIOQUIMICA III
5061 BIOQUIMICA IV
5088 BIOQUIMICA V
5100 BIOQUIMICA VI
5118 BIOQUIMICA VII
5126 EXAME DE ESPERMA
5142 EXAME DE FEZES I
5167 EXAME DE FEZES II
5185 HEMATOLOGIA I
5207 HEMATOLOGIA II
5223 HEMATOLOGIA III
5240 HEMATOLOGIA IV
5266 HORMONIOS I
5282 HORMONIOS II (RIE)
5304 HORMONIOS III (RIE)
5320 HORMONIOS IV (RIE)
5347 HORMONIOS V (RIE)
5363 HORMONIOS VI (RIE)
5380 IMUNOLOGIA I
5401 IMUNOLOGIA II
5423 IMUNOLOGIA III
5444 IMUNOLOGIA IV

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

5460 IMUNOLOGIA V
5467 IMUNOLOGIA VI
5509 LIQUIDO AMNIOTICO I
5525 LIQUIDO AMNIOTICO II
5541 LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES I
5568 LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES II
5584 LIQUOR I
5606 LIQUOR II
5622 MICROBIOLOGIA I
5649 MICROBIOLOGIA II
5665 MICROBIOLOGIA III
5681 URINA I
5703 URINA II
5720 SUCO GASTRICO
5762 CITOGENETICA I
5789 CITOGENETICA II
5800 CITOGENETICA III

** 10-EXAMES HEMODINAMICOS

4600 HEMODINAMICA I (ESTUDO DE VALVOPATIAS)
4626 HEMODINAMICA II (ESTUDO HEMOD.CARDIOP.CONGENITAS)
4642 HEMODINAMICA III (CINECORONARIOGRAFIA)

** 11-OUTROS EXAMES ESPECIALIZADOS

6009 DIAGNOSE EM ALERGOLOGIA
6025 ANATOMIA PATOLOGICA
6035 CITOLOGIA
6041 DIAGNOSE EM ANGIOLOGIA
6066 DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA I
6084 DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA II
6106 DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA III
6122 DIAGNOSE EM FISIATRIA
6149 DIAGNOSE EM GINECOLOGIA
6165 DIAGNOSE EM OBSTETRICIA
6181 DIAGNOSE EM NEUROLOGIA I
6205 DIAGNOSE EM NEUROLOGIA II
6220 DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA I
6238 DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA II
6246 DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA III
6254 DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA IV
6262 DIAGNOSE EM OFTALMOLOGIA V
6287 DIAGNOSE EM OTORRINOLARINGOLOGIA I
6300 DIAGNOSE EM OTORRINOLARINGOLOGIA II
6327 DIAGNOSE EM OTORRINOLARINGOLOGIA III
6343 DIAGNOSE EM PNEUMOLOGIA I
6360 DIAGNOSE EM PNEUMOLOGIA II
6386 DIAGNOSE EM UROLOGIA I
6400 DIAGNOSE EM UROLOGIA II
6424 DIAGNOSE EM PSICOLOGIA
6440 ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA I
6467 ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA II

PAGE NO. 6
17/07/92

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

6433 ENDOSCOPIA PER-ORAL DIAGNOSTICA
6505 PSICODIAGNOSTICO

** 12-DIALISE

6602 HEMODIALISE (SESSAO)
6629 DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE (SESSAO)
6645 CAPD/TREINAMENTO/DIA (09 DIAS)
6661 CAPD/MANUTENCAO (PACIENTE/MES)

** 13-RADIOTERAPIA/QUIMIOTERAPIA

6700 RADIOTERAPIA I
6726 RADIOTERAPIA II
6742 RADIOTERAPIA III
6769 RADIOTERAPIA IV
6807 QUIMIOTERAPIA I
6823 QUIMIOTERAPIA II
6840 QUIMIOTERAPIA III
6866 QUIMIOTERAPIA IV
6882 QUIMIOTERAPIA V
6904 QUIMIOTERAPIA VI
6920 QUIMIOTERAPIA VII
6947 QUIMIOTERAPIA VIII
6963 QUIMIOTERAPIA IX
6980 QUIMIOTERAPIA X

** 14-FISIOTERAPIA

7005 S.FISIOTERAPIA EM PATOLOGIAS NEUROLOGICAS
7021 S.FISIOTERAPIA EM PATOLOGIAS VASCULARES
7040 S.FISIOTERAPIA EM PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
7064 S.FISIOTERAPIA EM PATOLOGIAS REUMATOLÓGICAS
7080 S.FISIOTERAPIA PAT.ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
7102 S.FISIOTERAPIA EM REABILITACAO DO CARDIACO

** 15-OUTRAS TERAPIAS ESPECIALIZADAS

8001 TERAPIA EM ALERGOLOGIA
8026 TERAPIA EM ANGIOLOGIA
8044 TERAPIA EM CARDIOLOGIA
8060 TERAPIA EM DERMATOLOGIA
8087 HEMOTERAPIA I A
8095 HEMOTERAPIA I B
8109 HEMOTERAPIA II
8117 HEMOTERAPIA III
8125 TERAPIA EM GINECOLOGIA I
8141 TERAPIA EM GINECOLOGIA II
8168 TERAPIA EM OFTALMOLOGIA I
8176 TERAPIA EM OFTALMOLOGIA II
8184 TERAPIA EM OFTALMOLOGIA III
8192 TERAPIA EM OFTALMOLOGIA IV
8206 TERAPIA EM PNEUMOLOGIA
8222 TERAPIA EM UROLOGIA I
8249 TERAPIA EM UROLOGIA II

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

8265 TERAPIA EM UROLOGIA III
8281 ENDOSCOPIA DIGESTIVA TERAPEUTICA
8303 ENDOSCOPIA PER-ORAL TERAPEUTICA I
8378 ENDOSCOPIA PER-ORAL TERAPEUTICA II
8346 ENDOSCOPIA PER-ORAL TERAPEUTICA III
8400 ATEND.NUCLEO/CENTROS DE ATENCAO PSICOSOCIAL (1 TURNO)
8427 ATEND.NUCLEO/CENTROS DE ATENCAO PSICOSOCIAL (2 TURNOS)
8443 ATEND.OFICINAS TERAPEUTICAS I
8460 ATEND.OFICINAS TERAPEUTICAS II
8486 ATEND.NUCLEOS/CENTROS DE REABILITACAO (1 TURNO)
8508 ATEND.NUCLEOS/CENTROS DE REABILITACAO (2 TURNOS)

** 16-ATOS NAO MEDICOS

0264 VISITA DE INSPECAO SANITARIA
0272 EDUCACAO P/SAUDE EM GRUPOS ESPECIFICOS
0280 VISITA DO AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE
0297 ASSIST.AO PARTO S/DISTOCIA POR PARTEIRA
0302 OUTROS ATOS NAO MEDICOS/PROFISSIONAIS DE NIVEL MEDIO
0310 OUTROS ATOS NAO MEDICOS/PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR
0329 PROCEDIMENTOS COLETIVOS I
0337 ASSIST.AO PARTO S/DISTOCIA P/ENFERMEIRA(O) OBSTETRA
0353 ATEND.PRE-HOSP.EMERGENCIAS E TRAUMAS I
0361 ATEND.EM GRUPO/PROFISSIONAIS DE NIVEL MEDIO
0388 ATEND.EM GRUPO/PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR
0396 VISITA DOMICILIAR/PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR

** 17-ORTOFEDIA

0809 CONSULTA ORTOPEDICA E TRATAMENTO
0817 TRAT.ARTIC.ESCAPULO-UMERAL/UMERO
0825 REV.C/TROCA GESSO ARTIC.ESCAPULO-UMERAL/UMERO
0833 TRAT.EM COTOVELO C/IMOBILIZACAO GESSADA
0841 REV.C/TROCA GESSO EM COTOVELO
0850 TRAT.EM ANTEBRACO C/IMOBILIZACAO GESSADA
0868 REV.C/TROCA GESSO EM ANTEBRACO
0876 TRAT.EM PUNHO C/IMOBILIZACAO GESSADA
0884 REV.C/TROCA GESSO EM PUNHO
0892 TRAT.EM OSSOS DO CARPO/FALANGES C/IMOBILIZACAO GESSADA
0906 REV.C/TROCA GESSO EM OSSO DO CARPO/FALANGES
0914 TRAT.EM COLUNA VERTEBRAL C/IMOBILIZACAO GESSADA
0922 TRAT.EM COSTELAS
0930 REV.E TROCA DE GESSO EM COLUNA
0949 TRAT.EM ESTERNO
0957 TRAT.C/GESSO ARTIC CLAVICULA C/ACROMIO-C/ESTERNO-C/OMOPLATA
0965 REV.C/TROCA GESSO ARTIC.CLAVIC.C/ACROMIO-C/ESTERNO-C/OMOPLAT
0973 REV.C/TROCA GESSO ARTIC.COXO FEMURAL C/IMOBILIZACAO GESSADA
0981 TRAT.EM JOELHO C/IMOBILIZACAO GESSADA
0990 REV.C/TROCA GESSO EM JOELHO/COXO-FEMURAL
1007 TRAT.EM OSSOS DA PERNA/COXA C/IMOBILIZACAO GESSADA
1015 REV.C/TROCA GESSO EM OSSOS DA PERNA
1023 TRAT.EM TORNOZELO C/IMOBILIZACAO GESSADA
1031 REV.C/TROCA GESSO EM TORNOZELO

PAGE NO. B
17/07/92

*** RELACAO DE PROCEDIMENTOS POR GRUPOS ***

PROCED DESCRICAO

1040 TRAT.EM TARGO/METATARGO/PODODACTILOS
1050 REV.C/TROCA GESSO EM TARGO/METATARGO/PODODACTILOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

- LEI Nº 2.219/91 -

"Institui o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE e dá outras providências".....

A CÂMARA MUNICIPAL APROVA E O PREFEITO MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA SANCIONA E PROMULGA A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º)- As receitas provenientes de repasses de qualquer origem, para aplicação em ações e serviços de saúde, dentro do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ficarão vinculadas a esses fins e constituirão fundo especial, que será gerido - sob a denominação de FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

§ 1º - A aplicação de recursos próprios do Município nas ações e serviços de saúde far-se-á mediante alocação de recursos financeiros ao Fundo, que restarão indisponíveis para quaisquer outras finalidades.

§ 2º - Integrarão também o Fundo as doações e demais receitas vinculadas de qualquer modo às ações e serviços de saúde, bem como o produto de aplicações financeiras de seus recursos.

Artigo 2º)- O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE será utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, sempre através do mecanismo orçamentário.

Artigo 3º)- A Seção de Contabilidade da Secretaria Municipal de Finanças, implantará sistema de controle interno específico sobre a movimentação do Fundo, fornecendo os informes que lhe diretamente solicitar o Conselho Municipal de Saúde ou os órgãos da Administração.

Artigo 4º)- O Prefeito poderá delegar à autoridade municipal da área de saúde, a incumbência de autorizar-despesa à conta do Fundo e assinar os cheques respectivos,

(- continua às fls. 02).



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO

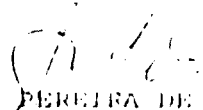
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

- fls. 02 -

estes em conjunto com o Chefe da Seção de Tesouraria da Prefeitura Municipal.

Artigo 5º) - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Pirassununga, 21 de novembro de 1991.


- EUBERTO NEMÉSIO PEREIRA DE GODOY -
Prefeito Municipal

Publicada na Portaria.

Data supra.

- MARIA CÉLIA ZERRO -

Assistente de Administração.

Nº DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO NO ANO DE 1992

Município..... PIRASSUNUNGA

doença \ mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembre	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Tuberculose	1	2	2	-	2	5	2	3	2	1			
Hanseníase	2	1	2	-	2	-	-	1	1	3			
Esquistossomose	2	11	3	9	4	9	2	2	5	9			
Febre Tifóide													
Malária													
Febre Amarela													
Leishmaniose						1			1	2			
Leishmaniose vis.													
Poliomelite													
Difteria													
Sarampo													
Coxsackie													
Dengue													
Chagas													
Leptospirose													
Encefalite													
Meningite viral				1									
Meningite bact.					1	1	1						
Meningite mening.		1			1								
Men.prov. viral	1			1	-	1							
Men.prov. bact.	1				1		1	1					
Outras					1								
Raiva													
Cólera													
Hepatite													
Rubéola													
Caxumba													
AIDS													
Sífilis													

ANEXO À PORTARIA Nº 3.046/82

**PARÂMETROS PARA PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL
A SEREM UTILIZADOS NO INAMPS**

1 - Os parâmetros constantes deste anexo destinam-se a orientar as atividades de planejamento assistencial do INAMPS.

2 - Em consequência, são aplicáveis:

- aos estudos de programação assistencial desenvolvidos por ocasião de elaboração dos Orçamentos-Programa anuais;

- à análise das necessidades de expansão assistencial (criação de novos serviços próprios, convênios, contratos ou credenciamentos);

- à análise técnica de processos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

3 - Na programação anual de atividades assistenciais, em cada área, serão levados em conta, além dos parâmetros:

a) as peculiaridades locais e regionais (nosologias características da área, acesso aos serviços, etc.);

b) a limitação dos recursos humanos, físicos e financeiros efetivamente disponíveis.

4 - O controle e avaliação serão feitos através do acompanhamento da programação que for aprovada para a área pela Direção-Geral do INAMPS consideradas, onde couberem, as circunstâncias especiais referidas no item anterior.

5 - Na elaboração dos parâmetros foram considerados:

a) os parâmetros internacionalmente recomendados para cobertura assistencial à população em geral nos países em desenvolvimento;

b) o percentual médio de beneficiários da Previdência Social na população urbana;

c) as incidências nacionais médias por especialidade observadas na Previdência nos últimos 5 anos;

d) as necessidades de serviços complementares por especialidade, em área ambulatorial (com base em opiniões de especialistas e experiências nas Superintendências Regionais que efetuar em trabalho experimental de racionalização nesta área).

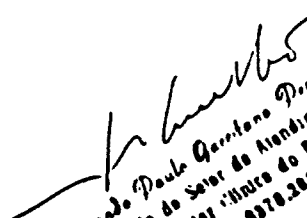
6 - Há dois tipos de parâmetros:

a) de cobertura: destinados a estimar as necessidades de assistência da população beneficiária;

b) de produtividade: destinados a estimar a capacidade ótima de produção de serviços dos recursos assistenciais já existentes ou propostos.

6.1 - Na análise técnica de processos do FAS, serão consideradas em conjunto as populações beneficiárias urbana e rural.

39


Dr. Fernando Paula
Encarregado do Setor de Atendimento Médico
Diretor Técnico do PAM
RG. 0370.200

7 – Parâmetros de cobertura assistencial a beneficiário do INAMPS

Parâmetros Básicos		
Consultas Médicas	2	por beneficiário/ano
Consultas Odontológicas	0,5	por beneficiário/ano
Serviços Complementares	1,4	por beneficiário/ano
Interrupções	0,1	por beneficiário/ano

7.1 – Consultas Médicas

Distribuição percentual por especialidades:	
Urgência e Emergência	15,0%
Clinicas Básicas	65,0%
– Clínica Médica	34,5%
– Pediatria	15,5%
– Ginecologia	6,7%
– Obstetrícia	6,0%
– Cirurgia Geral	2,3%
Clinicas Especializadas	20,0%
– Traumatologia-Ortopedia	2,9%
– Oftalmologia	2,8%
– Psiquiatria	2,2%
– Cardiologia	2,1%
– Otorrinolaringologia	1,9%
– Neurologia	1,2%
– Dermatologia	1,1%
– Fisiopneumologia	1,0%
– Urologia	0,9%
– Gastroenterologia	0,7%
– Medicina Física	0,6%
– Endocrinologia	0,4%
– Reumatologia	0,4%
– Doenças Vasc. Periféricas	0,3%
– Alergia	0,3%
– Proctologia	0,2%
– Oncologia	0,2%
– Nefrologia	0,1%
– Hematologia	0,1%
– Neurocirurgia	0,1%
– Outras	0,5%
Total	100,0%

Obs.: A análise das necessidades de consultas especializadas será feita a nível de Região Integrada de Saúde (Resolução nº CIPLAN/24/81) ou a nível estadual. As clínicas básicas e a urgência/emergência serão analisadas a nível do município.

7.2 – Serviços complementares de Patologia Clínica e Radiologia

Distribuição dos serviços complementares por especialidade médica por 100 (cem) consultas na especialidade.

Especialidade	Patologia Clínica	Radiologia (Exames)
Urgência/Emergência	25	5
Clínicas Básicas		
Cirurgia Geral	35	8
Clínica Médica	65	10
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2
Pediatria	30	2
Clínicas Especializadas		
Alergia	2	1
Cardiologia	25	5
Dermatologia	20	1
Doenças Vasc. Periféricas	30	5
Endocrinologia	35	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4
Medicina Física	-	-
Nefrologia	50	0
Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oncologia	70	15
Oftalmologia	15	1
Otorrinolaringologia	20	3
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Tisiopneumologia	25	20
Reumatologia	35	10
Traumato-Ortopedia	12	25
Urologia	50	15
Outras	20	5

Notas: 1) Os demais serviços complementares serão objeto de definição posterior.

2) O total geral de serviços complementares não deverá ultrapassar 70% do número de consultas, incluindo os serviços auxiliares de terapia.

7.3 – Internações

7.3.1 – Necessidades de Internações por 1.000 beneficiários/ano, por especialidade

Clínica Médica	50	(inclusive pediatria)
Clínica Cirúrgica	18	
Clínica Obstétrica	20	
Clínica Psiquiátrica	4	

7.3.2 – Necessidade de leitos por 1.000 beneficiários

Clínica Médica	1,11	leitos/1.000 beneficiários
Clínica Cirúrgica	0,36	leitos/1.000 beneficiários
Clínica Obstétrica	0,35	leitos/1.000 beneficiários
Clínica Psiquiátrica	0,50	leitos/1.000 beneficiários

Obs.: 1 - Os valores acima são decorrentes do parâmetro básico de 0,1 internação por beneficiário/ano, distribuição percentual por especialidade e parâmetros de produtividade acima definidos.

2 - A análise de necessidade de leitos especializados (Psiquiatria, Oncologia, etc.), será feita a nível de Região Integrada de Saúde (Resolução CIPLAN nº 24/81) ou a nível estadual. Os leitos básicos serão analisados a nível de município.

8 - Parâmetros de Produtividade

8.1 - Assistência Ambulatorial

8.1.1 - Serviços Próprios e Conveniados

Número de consultas/médico/hora 04

Número de atendimentos/odontólogo/hora 03

8.1.2 - Profissionais credenciados para atendimento ambulatorial em consultório

Esta modalidade destina-se a complementar a assistência prestada pelos serviços próprios e conveniados quando a capacidade destas for insuficiente para proporcionar a programação aprovada.

Conseqüentemente, o número de consultas encaminhadas a cada profissional irá variar de acordo com a especialidade, a área geográfica e o número de profissionais credenciados.

Em qualquer caso, será obedecido como limite máximo o quantitativo de 1.694 encaminhamentos por ano (07 encaminhamentos por dia x 22 dias úteis x 11 meses úteis).

8.3 - Assistência Hospitalar

Clinica Médica	45	Internações/leito/ano
Clinica Cirúrgica	50	Internações/leito/ano
Clinica Obstétrica	80	Internações/leito/ano
Clinica Psiquiátrica	8	Internações/leito/ano

Nota: Valores estimados com base em taxa de ocupação de 80% e as seguintes médias de permanência:

Clinica Médica	6,5 dias
Clinica Cirúrgica	5,8 dias
Clinica Obstétrica	3,7 dias
Clinica Psiquiátrica	30,5 dias