

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

RELATÓRIO

**DO TRABALHO DE
CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

1993

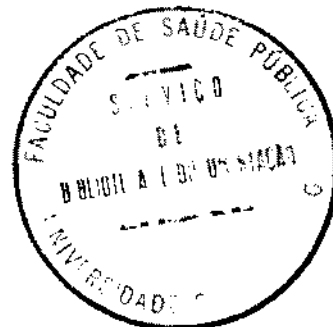
**RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL , 1993**

**ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE CAPIVARI**

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

São Paulo

1993



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

Não há exemplares para distribuição

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ana Maria Guardia Morales (Enfermagem)

Luci Lurico Oi Saito (Psicologia)

Luciana Sendik D' Élia (Odontologia)

Lucila A. S. Bonadio de Faria (Arquitetura)

Márcia Padilha de Benévolo (Medicina)

Maria Dulce Putinato (Pedagogia)

Maria de Lurdes L Michalani (Ciências/Matemática)

Marlídia Massano (Advocacia)

Michael Hoffman (Microbiologia)

Odila Rodrigues (Serviço Social)

Orientador

Prof. Rinaldo Niero do Departamento de Epidemiologia FSP-USP

Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional

Presidente :

Prof.ª Eunice Aparedida Bianchi Galati

Membros :

Prof.ª Sandra Maria Ottat de Oliveira Nitrini

Prof.ª Antonio Galvão Fortuna Rosa

Prof.ª José Cavalcante de Queiroz

Prof.ª Cláudio Gastão Junqueira de Castro

AGRADECIMENTOS

Ao Município de Capivari nas pessoas de :

Prefeito Sr.Osvaldo Agostinho Ricomini

Secretário da Saúde Dr.José Henrique Forti Antunes

Presidente do Conselho de Saúde Municipal Sr. Antonio Valter C.
da Rocha

Assistente Administrativa Srª Lúcia A. Piazza Madeira

Divisão de Vigilância Sanitária - Drª Maria Aparecida S. de
Carvalho

Secretário do Meio Ambiente -Sr. Octávio da Costa

Coordenador de Transportes e Serviços Públicos -Sr. Henrique
Stenico

S.A.A.E. -Sr. Ronaldo Decilho

Motorista Sr. Antonio Donisete Mendes

Aos consultores :

Prof.ª Nilza Nunes da Silva do Departamento de Epidemiologia da
FSP/USP

Prof.ª Marcia Westfal do Departamento de Práticas de Saúde
Pública da FSP/USP

Prof.ª Sabina Léa Davidson Gotlieb do Departamento de
Epidemiologia da FSP/USP

Prof.ª Edméa Rita Temporini Nastari do Departamento de Práticas
de Saúde Pública da FSP/USP

Secretária do TOM Maria Aparecida Mendes

Ao nosso orientador Prof.ª Rinaldo Niero

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA	
2.1. Técnicas e Instrumentos.....	5
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	
3.1. Histórico.....	17
3.2. Aspectos Geográficos, Topográficos e Ambientais.....	17
3.3. Aspectos Políticos Administrativos.....	20
3.4. Aspectos Demográficos.....	21
3.5. Aspectos Sócio-Econômico-Culturais.....	26
3.6. Indicadores de Saúde.....	28
3.7. Saúde Bucal.....	42
4. MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DE CAPIVARI	
4.1. Sistema Único de Saúde.....	44
4.2. Organização Administrativa.....	46
4.3. Organização do SUS.....	47
5. RESULTADOS E COMENTÁRIOS	
5.1. Sessão de Grupo Foco.....	61
5.2. Questionário para o CMS.....	67
5.3. Pesquisa com Funcionários.....	68
5.4. Formulário para Usuários.....	90
5.5. Pesquisa Domiciliar.....	115
5.6. Discussão dos Resultados.....	152
6. CONCLUSÕES	159

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro para Inquérito sobre Municipalização

Anexo 2 - Portaria nº 159/93

Anexo 3 - Roteiro para Grupo Focal

Anexo 4 - Questionário para Funcionários

Anexo 5 - Formulário para Usuários

Anexo 6 - Formulário para Pesquisa Domiciliar

Anexo 7 - Cartão de Saúde da Criança

Anexo 8 - Mapa com localização dos Bairros

Anexo 9 - Mapa com localização das Favelas

Anexo 10 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

Anexo 11 - Decreto nº 2016/93

Anexo 12 - Lei nº 1982/90

Anexo 13 - 1ª Conferência Municipal de Saúde de Capivari

Anexo 14 - Mapa com localização dos Postos de Saúde

Anexo 15 - Mapa com Áreas de Abrangência

Anexo 16 - Cartaz Afixado nas Unidades de Saúde

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado da análise do processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS no Município de Capivari à luz dos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988, Lei 8080 de 1990, Lei 8142 de 1990, Norma Operacional Básica nº 1/ 1993 e a Instrução Normativa nº 1/ 1993.

Foram observados alguns elementos que possibilitaram sinalizar o momento e a tendência encontrada no Sistema Local de Saúde, no contexto da Política Nacional de Saúde.

Procurou-se analisar, segundo roteiro pré-estabelecido, os seguintes aspectos da municipalização :

- Descentralização e Comando Único;
- Participação popular e Controle Social;
- Organização e Funcionamento do Sistema de Saúde Local ;
- Modelo Assistencial;
- Financiamento;
- Sistema de Informação;
- Recursos humanos.

Após a análise da documentação enviada pelo Município, a equipe teve uma reunião com dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde. Dentre os problemas abordados no encontro destacaram-se os seguintes:

- A não aceitação, por parte da população, do critério de distribuição de leite nos Postos de Saúde que visa apenas os desnutridos;

- A resistência da mesma , em aceitar a assistência médica de crianças pelos clínicos dos Postos de Saúde;

- A inexistência de mecanismo formal de referência das gestantes (de risco ou não) para o hospital ;

- A inexistência de contra-referência nos níveis secundário e terciário, dentro e fora do Município.

De posse dessas informações, pareceu-nos que o problema central seria a Educação em Saúde em dois sentidos:

- deficiente educação sanitária no seio da população traduzindo-se pelo desconhecimento dos programas de saúde e seus objetivos e, conseqüentemente baixa participação na solução de problemas de Saúde.

- desinformação da equipe de saúde em geral quanto aos objetivos e estratégias do SUS, principalmente no tocante à educação sanitária e a divulgação de informações para a população.

Segundo dados disponíveis na época, a mortalidade por Causas Perinatais era responsável por cerca de 80% da mortalidade em menores de 1 ano no Município. A Mortalidade Perinatal está diretamente ligada aos eventos em torno do nascimento e estes, estreitamente influenciados por fatores de risco que atuam antes, durante e depois do parto. Os fatores de risco mais importantes são as causas maternas não ligadas à gravidez (Hipertensão, Diabete, Doença Renal) ; causas maternas ligadas à gravidez e parto (gravidez múltipla, rotura precoce de membrana, afecções da placenta) ; crescimento fetal retardado (desnutrição intra-uterina) e prematuridade ; trauma no parto;

hipóxia e asfixia ao nascimento ; infecção do período pré-natal e outras menos frequentes. Esses fatores de risco são potencializados por outros fatores como idade materna, paridade, estado nutricional, número de consultas pré-natal, tabagismo, peso ao nascer, qualidade de assistência antes, durante e depois do parto, entre outros.

A realização de Pré-Natal de boa qualidade é fator decisivo na prevenção de nascimento de recém-nascidos de Baixo-Peso, que sabidamente são crianças com elevado risco de desnutrição e morte no 1º ano de vida.

Na tentativa de unir o objetivo geral deste trabalho, a Municipalização e, responder a alguns problemas do Município, decidiu-se eleger como subtema a Assistência Pré-Natal e da Criança menor de 1 ano em seu componente de acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento.

Partimos do seguinte pressuposto :

- A Mortalidade Perinatal, em seu componente de Natimortalidade, é um indicador sensível para avaliação do acesso e qualidade de assistência em todos os níveis. Os aspectos essenciais da Municipalização poderiam ser analisados especificamente nessa área.

- Haveria no Município um problema de Educação em Saúde no seio da população, traduzindo-se na inserção inadequada nos Programas de Pré-Natal e de Redução da Mortalidade Infantil (PREMIN), que determina em uma de suas diretrizes o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de menores de 1 ano através do Cartão de Saúde da Criança.

- A equipe de saúde local teria dificuldades na divulgação e sensibilização da população em relação aos programas acima citados

Contudo, os resultados obtidos em campo surpreenderam a equipe ao demonstrar que, embora realmente houvesse problemas nas áreas de Assistência Pré-Natal (traduzida pela alta mortalidade por causas perinatais) e na Assistência à criança menor de 1 ano, estes se encontravam não na falta de Educação Sanitária da população-alvo, mas sim na própria organização do Sistema de Saúde local.

2 - METODOLOGIA

A primeira visita ao Município de Capivari foi realizada pelo Prof. Orientador e um dos integrantes do grupo, que se reuniu com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, apresentando os objetivos do Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM), segundo critérios estabelecidos pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Capivari enviou diversos documentos: Plano Diretor, dados populacionais e epidemiológicos, quadro de recursos humanos com especificações e de serviços e procedimentos por unidade vinculadas ao SUS, Relatórios do Sistema de Gerenciamento de serviços hospitalares (Santa Casa e UNIMED), contendo dados sobre internações e óbitos, mapa da cidade, Lei Orgânica do Município e Portaria nº 159/93 dispendo sobre Constituição do Conselho Municipal de Saúde. Esses documentos foram distribuídos entre os integrantes do grupo para leitura, resumo, elaboração de tabelas e discussão, para uma melhor compreensão da situação de saúde do Município; concomitantemente, o grupo levantou, junto à Biblioteca da Faculdade, textos básicos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) que fundamentaram a discussão e análise crítica dos documentos. A partir dessa discussão e análise, foi elaborada uma lista de questões que necessitavam uma avaliação mais aprofundada para a determinação dos objetivos desse trabalho.

O presidente do Conselho Municipal de Saúde (também funcionário da Secretaria Municipal de Saúde) e a representante do Secretário Municipal de Saúde (chefe de divisão da Secretaria Municipal de Saúde - SMS), tendo aceito o convite para o encontro com o grupo, responderam às dúvidas levantadas e contribuíram para a definição do subtema do TCM. Assim sendo, foram solicitados à SMS de Capivari, via FAX, documentos e informações específicas.

Após a análise de todos os dados mencionados, o grupo, discutindo o problema a ser estudado, se definiu por uma abordagem de Assistência à Saúde na área Materno-Infantil. Essa decisão ocorreu em função dos objetivos anteriormente determinados, por parecer mais viável a análise do nível de implantação do SUS a partir do sistema de assistência à saúde já existente no município.

Sabendo-se do alto índice de mortalidade peri-natal em Capivari, o presente trabalho teve a intenção de:

- Conhecer o nível de envolvimento das autoridades na municipalização das ações de saúde.
- Identificar a participação do Conselho Municipal de Saúde na gestão das suas funções.
- Identificar a postura dos Funcionários com relação aos usuários e ao próprio sistema.
- Identificar a informação que o usuário tem em relação ao SUS.
- Detectar o conhecimento da população com relação ao SUS e a sua participação no mesmo.
- Perceber as necessidades e expectativas das grávidas em

relação ao Pré-natal, Parto e Puerpério.

- Avaliar o fluxograma das grávidas no acesso às Unidades Básicas de Saúde

(UBS), Centro de Saúde (CS) e Hospital.

- Detectar o nível de informação com relação à Gravidez, Parto e Puerpério.

- Identificar nível de informação de mães, quanto a importancia do acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de crianças menores de um ano.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa de campo, foram construídos a partir de um roteiro dos aspectos da municipalização anteriormente citados.

O trabalho de campo deu-se na semana de 22 a 26/11/93, no período da manhã, tarde e noite, conforme cronograma e agendamento anteriores. O grupo se dividiu de acordo com o cronograma estabelecido para a realização das tarefas a serem cumpridas.

Tendo em vista que o trabalho em questão teve como objetivo analisar o processo de municipalização das ações de saúde nesse Município, pretendeu-se colher dados e informações nos seguintes níveis: gerência, Conselho Municipal de Saúde (C.M.S.), funcionários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centro de Saúde II Dr. Mário Dias de Aguiar (CS II), usuários das Unidades de Saúde (Santa Casa, Unidades Básicas de Saúde e Centro de Saúde II) e população alvo (mulheres gestantes e mães de crianças menores de 1 ano).

2.1 - Técnicas e Instrumentos.

2.1.1 - Entrevistas abertas com roteiro para inquérito sobre municipalização; foram realizadas com 3 representantes da gerência da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 1):

- Antonio Valter - presidente do Conselho Municipal de Saúde
- Lucia A. Piazza Madeira - chefe de divisão da Secretaria Municipal de Saúde
- Dr José Henrique Forti Antunes - Secretário Municipal de Saúde.

Esse roteiro foi constituído por 48 questões que contemplavam os seguintes temas:

- Descentralização, municipalização e comando único.
- Financiamento
- Participação popular e controle social
- Organização e funcionamento do sistema e serviço de saúde
- Modelo assistencial - Planejamento e Programação em Saúde
- Sistemas de Informações de Saúde
- Recursos Humanos

Estas entrevistas foram gravadas, para garantir a coleta de dados, codificados quanto ao conteúdo, e analisados posteriormente.

2.1.2 - "Sessão de grupo focal" - Definiu-se como uma discussão cuidadosamente planejada, com objetivos claros, para permitir aos participantes a expressão de suas percepções.

As sessões de grupo foco são reuniões nas quais o coordenador (moderador) dirige a discussão de um pequeno

número de pessoas (6 a 15), com duração de no mínimo 1:30 hs e no máximo 2:40 hs. Sessão esta que, com a permissão dos participantes, deve ser gravada.

Para compor os grupos de discussão, é necessário identificar indivíduos que compartilhem traços comuns: local de residência, mesma situação sócio-econômica, mesma atividade no programa, visão homogênea da questão saúde.

A discussão dos membros do grupo deve ser focalizada por um roteiro contendo de 5 a 10 questões, elaboradas em função dos objetivos a atingir.

Depois da coleta de dados, deve-se proceder à transcrição de informações a partir de referenciais teóricos que devem ser estabelecidos na etapa de planejamento. A fase final e elaboração de um relatório se faz a partir das citações e frases dos participantes representando os dados sobre os quais faz-se a interpretação e análise.

Utilizou-se essa técnica de análise qualitativa para complementar e triangular as informações colhidas nos demais instrumentos e permitir o aprofundamento das discussões e análise dos resultados.

Para atender a esses critérios amostrais, foram convidados para a reunião todos os integrantes do Conselho Municipal de Saúde, constituído por 12 representantes (Anexo 2). Participaram dessa reunião 11 pessoas do C.M.S. e, embora não fosse integrante, participou o Secretário Municipal de Saúde.

Esta técnica teve como objeto discutir a municipalização - efetivação ou implementação de um pressuposto SUS:

participação popular e controle social do setor saúde. Sua finalidade foi identificar o conhecimento dos membros do CMS, sobre a municipalização e o SUS em Capivari, e seu papel nestes processos. Este roteiro (Anexo 3) foi dividido em duas partes.

A primeira - Apresentação e Identificação dos membros - continha 6 questões abertas referentes à formação dos movimentos que cada membro do conselho representava, sua evolução e dificuldades. Facilitou também o envolvimento dos participantes na discussão e possibilitou um conhecimento rápido da força ou fragilidade das organizações populares de sustentação do C.M.S.

A segunda parte, com 10 questões (abertas), teve como objetivo coletar dados sobre (Anexo 3):

- O conhecimento e utilização de canais de participação no sistema local de saúde.
- Análise comparativa da concepção saúde/doença, perspectivas de solução de problemas de saúde locais.
- Dificuldades sentidas na inserção em comissões e conselhos.
- Opinião sobre serviços de saúde e implementação do procedimento de municipalização.

A sessão do grupo foco foi realizada na sala de espera do CS II, fora do horário de atendimento, com duração de 2:35hs, por 3 componentes do grupo, que atuaram como coordenador (moderador), observador e relator. Com a permissão dos integrantes do CMS, participaram como expectadores o Prof. Orientador e um quarto elemento do grupo e, gravou-se a reunião, a fim de garantir a coleta de informações.

2.1.3 - Questionário individual para CMS - Esse questionário contendo 4 questões, sendo 1 semi-estruturada e 3 abertas, foi aplicado após o término do Grupo Focal, visto haver necessidade de dados complementares que não poderiam ser coletados na técnica retro-citada. As questões procuraram identificar crenças, percepções e opiniões dos respondentes em relação às condições de saúde da cidade. Obteve-se um retorno de 12 questionários respondidos.

2.1.4 - Questionário para funcionários - Foram obtidos 35 questionários contendo 28 questões abertas, fechadas e semi estruturadas destinadas a funcionários técnicos e administrativos (Anexo 4).

Nas UBS foram aplicados os questionários a todos os funcionários, sendo que no CS Central, visto um maior número de RH, houve uma seleção de um número proporcional dentro de cada categoria profissional.

Abordou-se, através do referido instrumento, questões como o compromisso dos profissionais com o SUS, com a população e com o serviço, a adequação da função e serviços, relação funcionário e usuário, antes e depois da municipalização, e trabalho em equipe multiprofissional.

Os questionários, contendo uma folha de rosto com instruções de preenchimento, foram distribuídos aos funcionários e recolhidos nos horários previamente combinados, nos seguintes locais:

- Centro de Saúde II - "Dr. Mário Dias de Aguiar" - 23 questionários

- UBS Padovani - 3 questionários
- UBS Vila Balan - 4 questionários
- UBS Porto Alegre - 4 questionários
- UBS Engenho Velho - 1 questionário

2.1.5 - Formulário dirigido a usuários dos serviços de saúde - Foram realizadas 74 entrevistas contendo 16 questões fechadas, semi estruturadas e abertas, distribuídas da seguinte forma (Anexo 5):

- Santa Casa - 20 formulários
- CS II (Central) - 24 formulários
- 3 postos de saúde - 10 formulários por Unidade.

* Obs : Não foram aplicados formulários em um dos postos (Engenho Velho) que por encontrar-se em processo de desativação, suspendeu o atendimento aos usuários.

Esse formulário abordou questões relacionadas quanto a:

- Acesso
- Universalidade
- Frequência de utilização
- Sistema de referência/contra referência
- Grau de satisfação
- Cidadania
- Participação popular

A casuística desse trabalho foi composta por usuários na faixa etária de 14 anos e mais, ambos os sexos e escolhidos aleatoriamente na sala de espera das unidades.

2.1.6 - Foi realizada uma pesquisa domiciliar na qual adotou-se o Método Simplificado (EPI-Survey) modificado,

através do qual obteve-se uma amostra por conglomerado em única etapa, sendo a quadra a unidade de sorteio.

Determinou-se como objeto do estudo a população residente em Capivari e como população respondente mulheres gestantes e mães de crianças menores de um ano.

Fixando erro de amostragem em torno de 5 a 7% para o cálculo de freqüências relativas às questões principais do Instrumento, estabeleceu-se que seriam necessários um mínimo de 210 e um máximo de 262 formulários respondidos, incluindo-se aí uma possível perda de até 20%.

Enumerou-se no mapa da cidade, em forma de serpentina, todas as quadras existentes, somando um total de 412 quadras.

Sabendo-se que havia um total de 8.600 domicílios na área urbana, distribuídos em 412 quadras, obteve-se uma média de 21 domicílios por quadra.

A partir do número de nascidos vivos em 1991 (750), pressupôs-se que haveriam na cidade 700 mulheres gestantes e 700 mães de crianças menores de 1 ano, sendo, portanto, o total da população alvo de aproximadamente 1.400 respondentes.

Dividindo-se o total da população respondente (1.400) pelo número de domicílios, obteve-se o valor 0,16 ou seja, em cada 100 domicílios haveria a probabilidade de encontrar-se 16 elementos da amostra (respondentes). Em conseqüência, seria necessário visitar 1.638 domicílios para obter as 262 mulheres da População Alvo. Dividiu-se esse número pelo número de domicílios por quadra (21) e, assim, obteve-se um total de 78 quadras a serem visitadas dentre as 412 existentes.

Para a determinação do intervalo da amostra de quadras, dividiu-se o número total de quadras (412) pelo número de quadras a serem visitadas (78), obtendo-se o valor 5,28. Optou-se por arredondar para o número inteiro mais próximo (5) e aumentar uma quadra a ser percorrida.

Ficou estabelecido, portanto, que nessa pesquisa dever-se-ia percorrer um mínimo de 79 quadras para se obter a amostra pretendida.

Sorteou-se a primeira quadra (nº 4) e seguiu-se com o intervalo de 5, previamente calculado. Obteve-se uma numeração com finais 4 e 9 em todas as quadras sorteadas (4, 9, 14, 19, 24...).

Em campo, constatou-se que algumas áreas com quadras sorteadas estavam em construção e não eram ainda habitadas. Em contrapartida, encontraram-se novas áreas povoadas que não constavam no mapa fornecido pelo Município. Foi então necessário novo mapeamento, seguindo os mesmos princípios acima descritos, mas, excluindo-se áreas despovoadas e incluindo-se as novas áreas habitacionais.

A área visitada foi dividida de acordo com os Distritos Sanitários do Município; a seguir apresenta-se um quadro que revela o número de quadras visitadas e entrevistas obtidas em cada um dos Distritos Sanitários.

DISTRITO SANITÁRIO	QUADRAS VISITADAS	ENTREVISTAS OBTIDAS
Engenho Velho	16	15
Centro	41	59
Porto Alegre	18	48
Padovani	8	79
Balan	9	35
TOTAL	92	236

Foram percorridas, na presente pesquisa, 92 quadras, perfazendo um total de 1.932 domicílios, onde se obtiveram 236 formulários respondidos por mulheres da população alvo, o que apresenta consistência à técnica de sorteio adotada para obtenção da amostra, pois este resultado indica taxa de 12% para mulheres por domicílio considerando os 16% previstos.

O formulário (Anexo 6) contém uma primeira parte com 20 questões fechadas e semi estruturadas, que contemplam os seguintes temas: acesso, universalidade, integração, participação popular, descentralização, vigilância epidemiológica, sistema de informação, qualidade, resolutividade. A segunda parte contém 6 questões fechadas e semi estruturadas, que se referem à

identificação da respondente no tocante a tempo de residência na cidade, local de nascimento, religião, ocupação, escolaridade e renda familiar.

O modelo do cartão de saúde da criança, que segue as especificações estabelecidas pelo Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PREMIN), (Anexo 7), foi mostrado a todas as entrevistadas no momento em que se perguntava a respeito da finalidade do gráfico, com o intuito de saber se elas, além de o possuírem, tinham o conhecimento de sua utilização.

Esse instrumento foi aplicado por 9 integrantes do grupo, com a utilização de uma viatura com motorista da Prefeitura local, nos períodos manhã e tarde, distribuídos nos 5 dias da semana (2ª a 6ª feira).

Como pré-teste foram aplicados 2 formulários no CS Paula Souza em São Paulo, resultando na adaptação de algumas questões e na padronização da aplicação.

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI

3.1. Histórico

Capivari iniciou sua povoação em 1813 por elementos procedentes de Itu e Porto Feliz . Inicialmente Capela do Bairro de Capivari, em 1826 foi elevada a freguesia em 1826. Em 1832 foi elevada à Vila e finalmente à Cidade em 22 de abril de 1864.

3.2. Aspectos Geográficos, Topográficos e Ambientais

3.2.1. Geográficos

O Município ocupa uma área total de 302 km² . Limita-se ao Norte com Santa Bárbara D'Oeste, ao Sul com Porto Feliz, a Leste com Monte-Mor e EliasFausto e a Oeste com Rafard, Mombuca e Rio das Pedras. Está situado às margens do Rio Capivari, zona fisiográfica de Piracicaba.

O clima é ameno com invernos secos e temperaturas anuais médias de 17 a 26 C. A precipitação pluviométrica média anual é de 1000 mm.

3.2.2. Topográficos

A topografia é bastante regular na área central apresentando inclinações próximas a 10% no sentido norte/noroeste/nordeste . A altitude média é de 512 m

3.2.3. Aspectos de Saneamento Básico e Ambiental

3.2.3.1. Água

O Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) é Municipal. A captação da água provém 40% de águas superficiais da barragem do Ribeirão Forquilha e do Córrego Água Choca e, 60% de águas

subterrâneas através de 21 poços profundos. Seu tratamento é o usual, através dos processos de floculação, decantação, filtração e desinfecção. Toda a água distribuída é clorada e 57% dos domicílios recebem-na também fluoretada, havendo previsão de extensão da fluoretação para 65% dos domicílios em um futuro próximo.. Cerca de 78% dos domicílios está coberto por rede.

3.2.3.2. Esgotos

O esgoto é coletado através de rede em 90% dos domicílios num total de 8396 ligações. Não há estação de tratamento de esgoto que é jogado "in natura" nos Rios Capivari e nos Córregos Água Choca, Lava-Pés e Engenho Velho.

3.2.3.3. Resíduos Sólidos

Existe uma Coordenadoria de Serviços Públicos e Transportes responsável pela coleta de lixo domiciliar de entulho/terra e resíduos industriais. A coleta de lixo domiciliar é diária em toda área urbana ; as coletas de entulho/terra e resíduos industriais são atendidas por demanda. Existem caminhões próprios adaptados para a coleta e transporte de lixo domiciliar ; as coletas de entulho/terra e resíduos industriais são executadas por caminhões tipo carroceria e caçamba. O horário da coleta é das 6 as 18 horas, inclusive sábados, domingos e feriados. Existe coleta diferenciada de lixo hospitalar efetuada duas vezes por semana, de responsabilidade da Secretaria da Saúde - Setor de Vigilância Sanitária, que é incinerado no município vizinho de Piracicaba. Não existe coleta seletiva de lixo, mas existe um trabalho educativo nesse sentido, nas Escolas Públicas. Os resíduos sólidos são despejados sem qualquer tratamento num local cerca de 8 km do centro da cidade , onde recebe eventuais coberturas de

terra, sem qualquer semelhança com aterro sanitário, cuja construção faz parte dos planos da Prefeitura. Existem catadores de lixo no local.

3.2.3.4. Poluição Industrial

Aparentemente não há problemas nessa área dada a baixa industrialização no Município.

3.2.3.5. Poluição Agro-Pastoril

A cana de açúcar é a principal atividade rural no município juntamente com culturas de berinjela e pimentão. São usados herbicidas e inseticidas nitrofosforados sem controle e sem cuidados com normas de segurança individuais e coletivas, poluindo o solo e os mananciais.

3.2.3.6. Planejamento Ambiental

No que diz respeito ao planejamento do uso e ocupação do solo e recursos naturais, Capivari participa do Consórcio Intermunicipal das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba e Capivari. Foi a forma encontrada para se gerenciar e resolver os problemas da poluição dos recursos hídricos à longo prazo, num sistema de cooperação entre municípios e entidades governamentais. A poluição tem origem na descarga de esgotos sanitários, industriais, poluição agro-pastoril e lixo de Capivari e cidades próximas, incluindo Campinas que despeja 45% de seu esgoto sanitário em um afluente do Rio Capivari. O Programa está sendo desenvolvido em três setores: estações de tratamento de esgotos, proteção dos mananciais e tratamento de resíduos sólidos. O objetivo desse programa é contribuir para a disciplina da atividade econômica e da expansão urbana de forma a garantir que os recursos investidos em saneamento e preservação ambiental tenham efeito duradouro.

O Bairro de Marchioretto, situado em uma das curvas do Rio Capivari, é uma área de enchente, chegando a cota das águas a atingir mais de um metro na estação das chuvas. É uma área de várzea ocupada por população de baixa renda e favelados.

As Ações de Vigilância Sanitária são realizadas pela Divisão de Saneamento que é composta por três setores : Setor de Vigilância Sanitária, Setor de Fiscalização de Alimentos e Setor de Controle de Zoonoses e Endemias. Não havendo ainda legislação Municipal sobre o assunto, usa-se o Decreto Estadual nº 12342/78. O suporte técnico é realizado pela CETESB - Campinas, pela SUCEN - Campinas e pelo ERSA - 47 - Piracicaba. A retaguarda laboratorial é dada pelo IAL- Campinas.

Não existe no momento, nenhuma atividade voltada para a Saúde do Trabalhador.

3.3. Aspectos Políticos Administrativos

Capivari pertence a 4ª Região Administrativa com sede em Campinas ligada ao ERSA - 47 - Piracicaba, que por sua vez pertence à Cordenadoria das Regiões de Saúde - 4.

O atual prefeito é o Sr. Osvaldo Agostinho Ricomini do Partido Liberal e a Câmara Municipal é composta por 15 Vereadores. Este ano a Câmara Municipal aprovou o projeto de Reforma Administrativa da Prefeitura criando Secretarias e Coordenadorias :Secretarias da Saúde , Educação, Obras, Desenvolvimento Sustentado, Finanças e Planejamento e Administração; Coordenadorias de Esportes, Turismo, Cultura e Ações Legislativas. O objetivo foi fazer o intercâmbio entre o Legislativo, Executivo e Assuntos Rurais.

Capivari é sede da Comarca desde 17 de Abril de 1874.

3.4. Aspectos Demográficos

A população residente de Capivari em 1980 era de 25 040 habitantes e o último censo de 1991 registrou uma população de 39.495 habitantes evidenciando uma taxa de crescimento médio anual no período 1.980 / 1.990 de 2,85 pessoas /ano.

Tabela 1. População masculina e feminina e razão de masculinidade (*),Capivari, 1.980 e 1.991 .

ANO	POPULAÇÃO			
	Homens	Mulheres	Total	R de Masculinidade
1.980	12.985	12.155	25.140	1.068
1.991	17.366	16.854	34.220	1.024

_Fonte: F. IBGE, Censo de 1980 e 1991.

(*) por mil mulheres

Conforme Tabela 1 há predomínio da população masculina em relação a feminina, e houve uma queda na Razão de Masculinidade nos últimos anos.

Tabela 2. Razão de Masculinidade (por 1000 mulheres) segundo alguns grupos etários, Capivari, SP, 1991.

Grupo Etário	Razão de Masculinidade
< de 1 ano	1040
15 - 50 anos	1045
50 -	914
Todos	1024

Fonte : F. IBGE, Censo 1991.

A Razão de Masculinidade no grupo menor de 1 ano reflete a alta mortalidade infantil ainda encontrada na área. Nos grupos de 15 a 50 anos e 50 anos e mais, é bastante elevada traduzindo muito provavelmente a imigração econômica existente na área.

A tabela 3 mostra a distribuição da população de Capivari ,por sexo e faixa etária , para o ano de 1.991.

Tabela 3 .Distribuição do número e porcentagem da população residente segundo o sexo e faixa etária, Capivari, SP, 1.991

Faixa Etária	SEXO					
	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 5	1711	5,2	1642	5,0	3353	10,2
5 - 10	1803	5,5	1760	5,4	3563	10,9
10 - 15	1829	5,6	1712	5,2	3541	10,8
15 - 20	1672	5,1	1524	4,5	3196	9,7
20 - 25	1566	4,8	1560	4,8	3126	9,5
25 - 30	1514	4,6	1419	4,3	2933	8,9
30 - 35	1347	4,1	1279	3,9	2626	8,0
35 - 40	1122	3,4	1058	3,2	2180	6,6
40 - 45	880	2,7	857	2,6	1737	5,3
45 - 50	706	2,2	728	2,2	1434	4,4
50 - 55	619	1,9	558	1,7	1177	3,6
55 - 60	543	1,7	550	1,7	1093	3,3
60 - 65	473	1,4	474	1,4	947	2,9
65 - 70	330	1,0	410	1,3	740	2,3
70 -	479	1,5	682	2,1	1161	3,5
TOTAL	16594	50,7	16213	49,3	32807	100,0

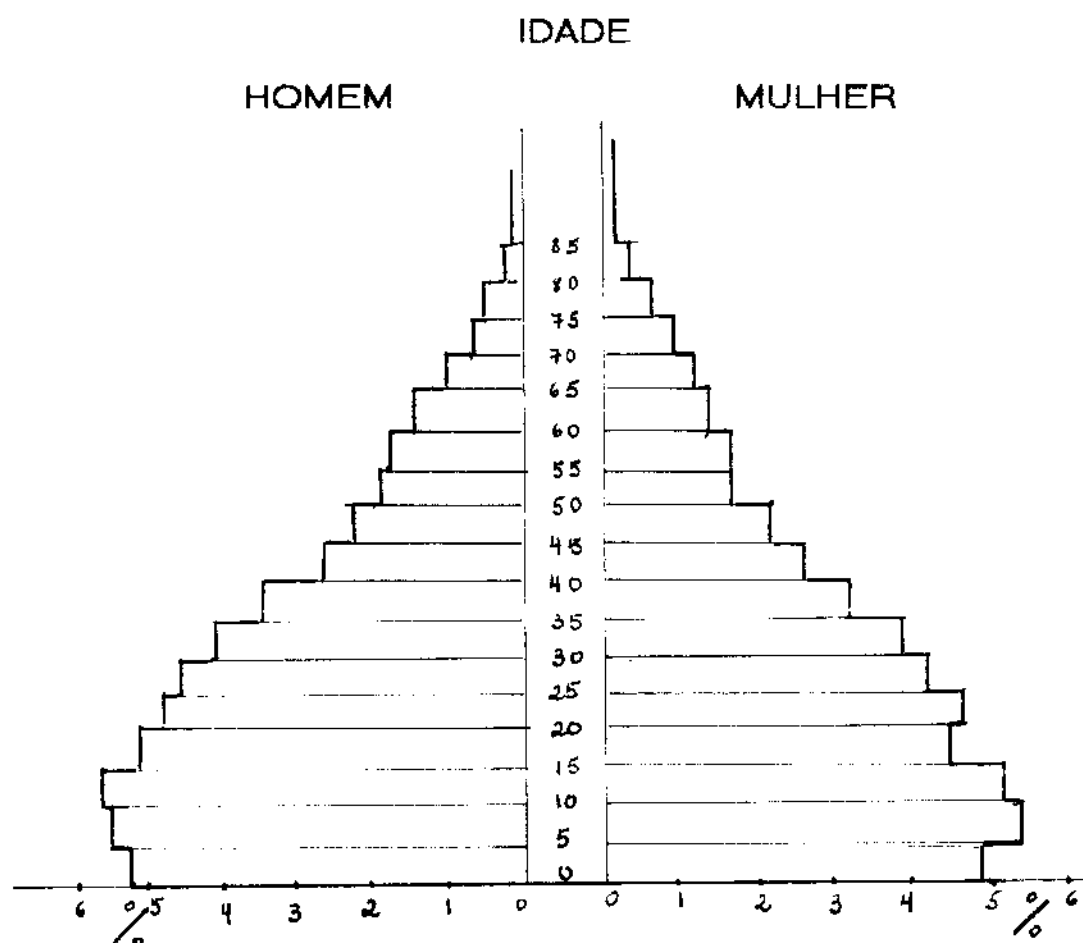
Fonte : F. IBGE, Censo 1991

A população de Capivari é composta de 47,5% de menores de 15 anos, 52,5% de indivíduos de 15 a 50 anos e 15,6% de indivíduos com 50 anos e mais. Segundo Sundbarg trata-se de uma população eminente jovem, embora já possua um contingente expressivo de população acima de 50 anos.

A Razão de Dependência é de 60,4% , muito elevada uma vez que indica dependência econômica dessa parcela da população. Em outras palavras, apenas 39,5% da população encontra-se na faixa etária produtiva economicamente. Ao se decompor a Razão de Dependência em seus componentes Juvenil (51,1%) e Senil (9,3%), nota-se claramente que o primeiro representa o contingente mais importante.

A seguir apresentamos a estrutura da população segundo idade e sexo.

Figura 1. Pirâmide Etária do Município de Capivari, SP, 1.991 (%).



Fonte : F. IBGE, Censo 1991.

A Pirâmide Populacional de Capivari (Figura 1), enquadra-se no Tipo 2 de Thompson em transição para o Tipo 3 . A primeira vista o estreitamento da base poderia representar uma queda na natalidade nos últimos 5 anos, mas dado que a taxa de natalidade tem se mantido mais ou menos constante no patamar de 30 por 1000 habitantes, provavelmente há um alargamento das barras das faixas etárias de 5 a 15 anos por imigração. Essa observação é reforçada pelo fato de que a população masculina é maior do que a feminina, na faixa economicamente ativa .

A Densidade Demográfica do município de Capivari , aumentou em relação a 1.980 , passando de 82,91hab/km² , para 130,77 hab/km² em 1.991, (SEADE).

A Tabela 4 mostra as taxas de urbanização e a evolução da população urbana e rural nos anos de 1.980 e 1.991 .

Tabela 4 . Distribuição da população segundo residencia em zonas urbana e rural e taxa de urbanização. Capivari,1.980 e 1.991.

ANO	POPULAÇÃO			TX. DE URBANIZAÇÃO
	urbana	rural	total	%
1.980	19.661	5.379	25.040	78,52%
1.991	34.261	5.234	39.495	86,74%

Fonte : CIS/SEADE , 1991

Houve um crescimento na taxa de urbanização passando de 78,52% em 1.980 , para 86,74% em 1.991 . Enquanto a população da zona rural ficou mais ou menos constante ,houve um aumento expressivo da população urbana ,que pode ser explicado pelo movimento migratório atraído pela zona açucareira .

3.5. Aspectos Sócio-Econômico-Culturais

3.5.1. Condições de Moradia

A cidade de maneira geral apresenta um bom padrão de moradia. Na área Central predominam residências antigas mescladas com residências de alto padrão; nos bairros Morada do Sol , São Marcos e Vila Fátima há uma mistura de residências populares com as de alto luxo. Na periferia da cidade existem dois conjuntos habitacionais

padrão - COHAB (Residencial Porto Alegre e Castelani). Nos bairros de Marchioretto e Jardim Santo Antonio mesclam-se casas populares com favelas (Anexo 8). A cidade possui um total de 4 favelas (Izildinha, Jardim Santo Antonio, Marchioretto e Morro dos Macacos) onde encontram-se barracos de madeira, latas, e plástico, à semelhança do que ocorre nas grandes cidades (Anexo 9). Existem também vários loteamentos novos, pouco povoados, onde o perfil de ocupação ainda não está evidente, com lotes de cerca de 250 m² e algumas pequenas chácaras (Parque Residencial Santa Rita, Bosque dos Pinheiros, São Benedito e São Domingos).

3.5.2. Recursos Sócio-Econômicos

A cidade possui oito Escolas de 1º Grau , duas Escolas de 2º Grau e uma Escola Municipal. Possui apenas uma creche. Há quatro Associações : Capivariana dos Odontologistas, de Pais e Amigos, Pastoral da Saúde e Comunidade Negra de Capivari. Os Sindicatos são : dos Trabalhadores Rurais, dos Funcionários Públicos e dos Trabalhadores da Indústria de Alimentos.

A principal atividade econômica é a da industrialização da cana de açúcar com uma produção de 40 milhões de litros de álcool/ano e 1,6 milhões de sacas de açúcar/ano. A cidade dispõe de 7 estabelecimentos bancários e 1850 estabelecimentos comerciais.

3.5.3. Transporte

A cidade é servida por linha direta de ônibus para São Paulo com dois horários diários e, linha regular de ônibus para Campinas de hora em hora. A ferrovia está desativada. Internamente existem ônibus circulares urbanos.

3.5.4. Instituições de Lazer

Existe um Ginásio de Esportes Municipal, que no momento está sendo reformado, um clube social e uma discoteca, além da praça pública usada pela população jovem para lazer nos finais de semana.

3.6. Indicadores de Saúde

Tabela 5. Número de óbitos e Coeficiente Geral de Mortalidade (por 1.000 habitantes), no Município de Capivari, 1970, 1980, e 1990.

Ano	número de óbitos	coeficiente
1970	168	8,88
1980	192	7,66
1990	215	7,96

Fonte: CIS/SEADE

O Coeficiente Geral de Mortalidade no Município, não sofreu mudanças significativas nas duas últimas décadas. Seu valor encontra-se dentro do esperado considerando-se a estrutura da população..

Tabela 6 - Número de óbitos e Mortalidade Proporcional, segundo faixa etária, Capivari, SP,1991 (%)

Faixa Etária	ANOS			
	1984		1991	
	número	%	número	%
< 1 ano	34	15,9	24	10,8
1 - 4 anos	5*	2,2	1	0,4
5 - 19 anos	8*	4,1	3	1,4
20 - 49 anos	41	19,0	27	12,2
50 anos e +	126	58,8	167	75,2
Total	214	100,0	222	100,0

Fonte: CIS/SEADE

* Para as faixas etárias de 1-4 e 5-19, os números de óbitos foram determinados pelo gráfico de Nelsonde Moraes do ano de 1984. (Fonte: CIS/SEADE)

Ao se comparar a Mortalidade Proporcional segundo a idade nos anos de 1984 e 1991, pode-se notar que houve considerável melhoria em todas as faixas etárias embora, no grupo menor de 1 ano ainda esteja muito elevada.

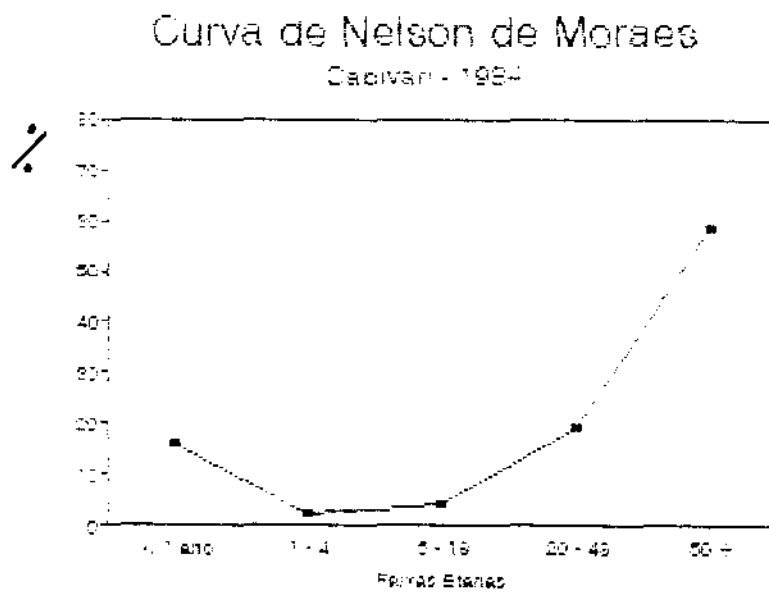
Tabela 7 - Indicador de Swaroop-Uemura dos anos 1984 e 1991, Capivari, SP.

ano	Swaroop-Uemura
1984	58,8%
1991	75,2%

Fonte: CIS/SEADE

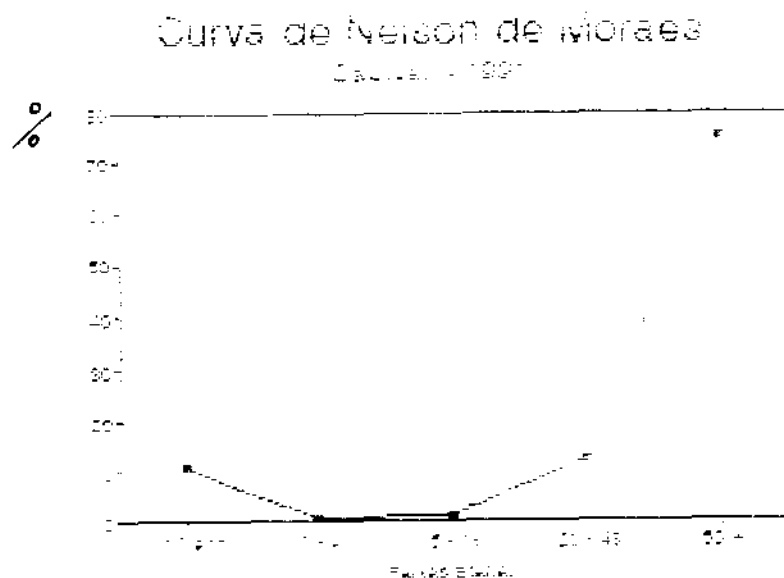
A tabela acima revela um salto qualitativo nas condições de saúde e a mudança do padrão de mortalidade da população.

Figura 2. Curva de Mortalidade Proporcional (de Nelson de Moraes), segundo faixa etária. Capivari, SP.1984.



Fonte: CIS/SEADE

Figura 3. Curva de Mortalidade Proporcional (de Nelson de Moraes), segundo faixa etária, Capivari, SP, 1991.



Fonte: CIS/SEADE

A curva de Nelson de Moraes de 1984 (Figura 2) revela um nível de saúde Regular dada a alta mortalidade de menores de 1 ano. A Curva de 1991 (Figuras 3) se encaminha para a do tipo IV, que indica elevado nível de saúde.

Tabela 8 - Distribuição de número, percentagem e coeficiente de óbitos por causas. Capivari, 1991.

Causas	Nº	%	Coef.
Tripanossomíase	1	0,7	0,30
Doenças infec. e paras.	2	1,4	0,59
Tumores malignos	33	23,0	9,79
Tumores benignos	2	0,7	0,59
Diabetes mellitus	7	4,8	2,08
Avitaminoses e desnutrição	1	0,7	0,30
Doenças cerebrovasculares	24	16,7	7,12
Doenças isquêmicas do coração	22	15,2	6,53
Anemias	1	0,7	0,30
Outras doenças do coração	19	13,1	5,64
Pneumonia	7	4,8	2,08
Doenças hipertensivas	5	3,4	1,48
Bronquite, enfisema e asma	1	0,7	0,30
Estados mal definidos	19	13,1	5,64
TOTAL	144	100,0	

Fonte : F. SEADE.

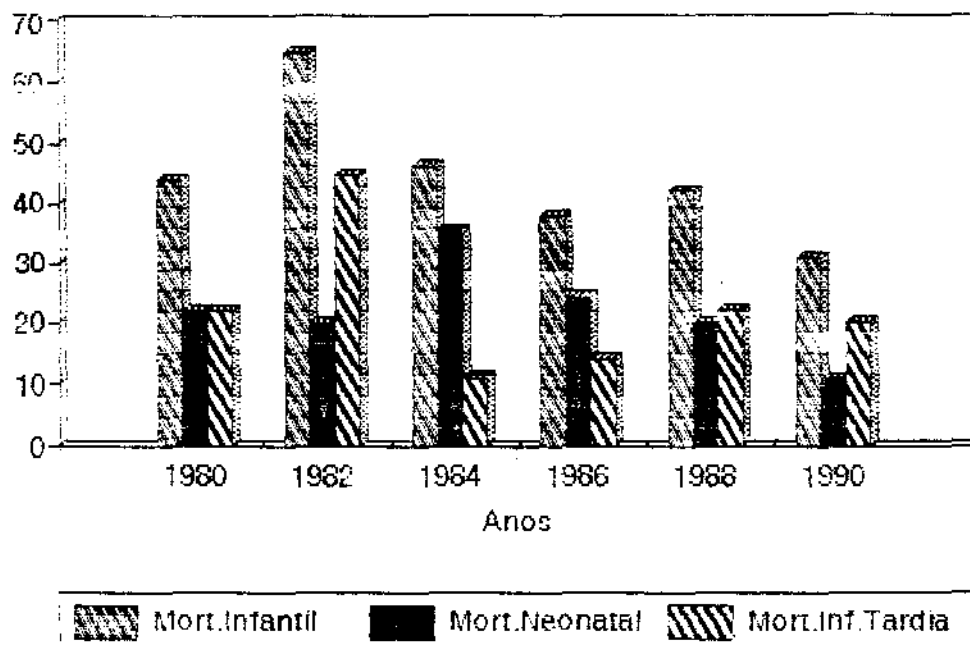
Conforme tabela acima as causas de morte mais frequentes são degenerativas, típicas da terceira idade, que é compatível com o Indicador de Swaroop-Uemura.

Tabela 9 Número de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) e seus componentes Neonatal e Infantil Tardia, nos anos de 1980 a 1990, Capivari, SP..

Ano	Nº	CMI	Nº	CMNN	Nº	CMIT
1980	32	43,9	16	21,9	16	21,9
1982	55	64,7	17	20,0	38	44,7
1984	34	46,1	26	35,3	8	10,8
1986	30	37,7	19	23,9	11	13,8
1988	34	41,9	16	19,7	18	22,2
1990	23	30,6	8	10,6	15	20,0

Fonte: CIS/SEADE()

Figura 4. Coeficientes de Mortalidade Infantil, Neonatal e Infantil Tardia (por 1000 nascidos vivos), nos anos de 1980 a 1990, Capivari, SP..



Fonte: CIS/SEADE

De acordo com a Tabela 9 e Figura 4 , a Mortalidade Infantil vem caindo constantemente nesta última década mas, ainda não atingiu o patamar desejado que, segundo o PREMIN , seria de 20 por mil nascidos vivos. . A mortalidade neonatal e a infantil tardia apresentam comportamentos diferentes. Enquanto a neonatal aparentemente vem caindo, a infantil tardia vem crescendo. Podemos supor que se houve alguma melhoria do Serviço de Saúde, na assistência ao Pré-Natal e Parto, contribuindo para a diminuição dos coeficientes neonatais, houve, também uma piora nas condições de vida, como um todo, contribuindo para o aumento dos coeficientes de mortalidade infantil tardia.

As principais causa de óbito em menores de um ano encontram-se na tabela abaixo :

Tabela 10 - Distribuição dos número e percentual de óbitos em menores de um ano, por causas, nos anos de 1983 e 1991. Capivari, SP.

Causas Mais Frequentes	1983		1991	
	Óbitos	%	Óbitos	%
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	11	39,29	9	37,50
Outras causas de mortalidade perinatal	4	14,29	7	29,16
Anomalias congênitas	2	7,14	3	12,50
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	-	-	5	20,84
Enterite e outras doenças diarréicas	8	28,57	-	-
Pneumonia	3	10,71	-	-
Total	28		24	

Fonte: CIS/SEADE - Plano Diretor de 1987 e 92/93

Tanto em 1991 como em 1983, as Lesões ao Nascer foram as

mais importantes causas de morte, responsáveis por 27,50% e 39,29% dos óbitos, respectivamente. As causas de mortalidade Perinatal foram responsáveis por 66,6 % e 53,5 % dos óbitos nos anos de 91 e 83, respectivamente. Em 1983 há 28,57% de óbitos por Enterite e outras doenças diarréicas e 10,71% por Pneumonia, sendo que no ano de 1991 não há registro de óbitos por essas causas.

Sendo a Mortalidade Perinatal um dos componentes da Mortalidade Neonatal, é aparentemente contraditório que esta venha decrescendo (Tabela 9 e Figura 4) enquanto que 66,6 % dos óbitos de menores de 1 ano ocorram justamente por causas ligadas ao período de gravidez , parto e pós-parto imediato. Por outro lado, viu-se que a Mortalidade Infantil Tardia têm aumentado, o que também contraria os dados fornecidos pela tabela acima. Há sem dúvida um problema no Sistema de Informações.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Tabela 11 - Distribuições dos números e percentuais das internações hospitalares, por diagnóstico, em relação a gestantes, em Hospital UNIMED e Santa Casa, no período de 1/1/91 a 30/9/91, Capivari.

Gravidez Terminada em Aborto	UNIMED		Stª Casa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
630-Mola hidatiforme	1	5,0	-	-	1	1,3
632-Aborto retido	2	10,0	-	-	2	2,5
634-Aborto espontâneo	6	30,0	59	100,0	65	82,3
636-Aborto induz.s/ind.adm. legalmente	3	15,0	-	-	3	3,8
637-Aborto não especificado	8	40,0	-	-	8	10,1
Total	20	100,0	59	100,0	79	100,0

Afecções Obstétricas Diretas	UNIMED		Stª Casa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
640-Hemorragia do início da gravidez	14	45,1	30	15,7	44	19,8
642-Hipertensão compl. grav. parto, puerp	3	9,7	19	10,0	22	10,0
643-Vômitos excessivos na gravidez	12	38,7	45	23,7	57	25,8
644-Trabalho de parto prematuro ou falso	2	6,5	93	49,0	95	43,0
645-Gravidez prolongada	-	-	1	0,5	1	0,5
646-Outras compl.gravidez, n class out part	-	-	2	1,1	2	0,9
Total	31	100,0	190	100,0	221	100,0

Complicações de Gravidez, Parto e Puerpério	UNIMED		StªCasa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
650-Parto completamente normal	21	12,2	462	54,8	483	47,5
651-Gestação múltipla	-	-	1	0,1	1	0,1
653-Desproporção	1	0,6	1	0,1	2	0,2
654-Anorm.órgãos e tec.moles da pelve	146	84,9	371	43,9	517	50,7
655-Anorm.fetal q.afeta cond em rel.mãe	-	-	1	0,1	1	0,1
656-Out.prob.fet/plac. afet. cond rel.mãe	-	-	1	0,1	1	0,1
657-Polihidrâmnio	3	1,7	-	-	3	0,3
666-Hemorragia pós-parto	-	-	1	0,1	1	0,1
667-Retenção plac/membr. s/ hemorragia	-	-	1	0,1	1	0,1
674-Out.compl.puerp.e n/e n/ clas.out.par.	-	-	6	0,7	6	0,6
675-Infec.mama/mamilo assoc. com parto	1	0,6	-	-	1	0,1
Total	172	100,0	845	100,0	1017	100,0

Fonte: Boletim de Coleta de Dados Hospitalares.

Gravidez terminada em aborto: O maior percentual (82,3%) é de internações ou aborto espontâneo. A maioria dos abortos espontâneos acontece na Santa Casa e chama atenção que não há outros tipos de abortos registrados nesse nosocômio. Talvez o sistema de informação não tenha feito registros.

Afecções obstétricas diretas: O maior percentual de internações (43,0%) é por Trabalho de Parto Prematuro ou Falso. Contudo chama atenção que quase todos esses casos acontecem na Santa Casa.

A UNIMED apresenta a maioria dos casos por Hemorragia de Início de Gravidez e Vômitos Excessivos na Gravidez; estes últimos aparecem também registrados na Santa Casa.

Por Complicações de Gravidez, Parto e Puerpério: O maior percentual de internações (50,8%) foi por Anormalidades de Órgãos e Tecidos Moles da Pelve. Houve 47,5% de internações por Parto Completamente Normal. Não há registro de Partos por Cesárea.

Tabela 12 - Distribuição do número e percentual de internações hospitalares por diagnóstico, relativos à criança, em Hospital UNIMED e Santa Casa, Capivari, de 1.7.91 a 30.9.91.

Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	UNIMED		Stª Casa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
763-Out.compl.trab. parto e afet.feto/RN	4	50,0	-	-	4	17,4
765-Transt.rel. gest. curta dur.e baixo peso	3	37,5	1	73,4	14	60,9
774-Out.icterícias perinata- is	1	12,5	2	13,3	3	13,0
776-Transt. hematológicos do feto/RN	-	-	2	13,3	2	8,7
Total	8	100,0	15	100,0	23	100,0

Fonte: Boletim de Coleta de Dados Hospitalares.

As taxas de natalidade têm se mantido razoavelmente constantes, no período de 1984 a 1990.

Algumas afecções originadas no período perinatal:

O maior percentual (60,9%) é para Transt.REI.Gest Cirta Duração e Baixo Peso.

Não estamos apresentando tabela para internações por Anomalias Congênitas, porque há registro de apenas 5 casos por este diagnóstico.

Tabela 13 - Distribuição do número e percentual das internações por grupo diagnóstico relativos à materno-infantil, no Hospital UNIMED e Santa Casa, no período de 1.1.91 a 30.9.91, Capivari.

Grupo diagnóstico	UNIMED		ST ² Casa		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Gravidez terminada em aborto	20	8,6	59	5,3	79	5,9
Afecções obstétricas diretas	31	13,3	190	17,1	221	16,4
Por complicações de gravidez, parto e puerpério	172	73,8	845	76,0	1017	75,6
Anomalias congênitas	2	0,9	3	0,3	5	0,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	8	3,4	15	1,3	23	1,7
Total	233	100,0	1112	100,0	1345	100,0

Fonte: Boletim de Coleta de Dados Hospitalares.

Dentre o grupo de diagnóstico, o que mais ocupou internação foi o grupo Por Complicações de Gravidez, Parto e Puerpério, com 75,6%. só 2,1% das internações são por anomalias congênitas e algumas afecções no período peri-natal, que se referem às crianças.

3.7. Saúde Bucal

Segundo documentos fornecidos pela divisão de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari, os Recursos Humanos da área de Saúde Bucal abrangem 19 cirurgiões-dentistas(CD), 9 atendentes de consultório dentário (ACD), 1 técnico em equipamento odontológico, 1 assistente de administração, 2 assistentes chefes de divisão e 1 chefe de Saúde Bucal, totalizando 33 cargos. Possui, em relação a equipamento, 12 consultórios completos, 1 aparelho de RX e 1 automóvel à disposição das unidades. A distribuição dos equipamentos se dá em 9 unidades de ensino e 3 Centros de Saúde, sendo que os últimos prestam atendimento a adultos.

Há um serviço de plantão odontológico mantido durante os sábados para atendimento de urgência.

Nas escolas, são realizados procedimentos coletivos I e II (PC), tratamentos restauradores e endodônticos em dentes anteriores. Os procedimentos coletivos são realizados pelas ACDs e CDs e abrange: levantamento epidemiológico, escovações periódicas com flúor gel e escovações com creme dental diária, exame clínico, bochechos fluoradossemanalmente, aplicação tópica de flúor e educação em Saúde Bucal.

Alunos de pré, ciclo básico I e II (CB) são considerados prioridades, mas não é seguido um modelo incremental propriamente dito. Em crianças atendidas por PC I e PC II, o nº de Ti (tratamentos iniciados) em 1993 foi 2206, sendo que foram dados até outubro de 1993 1759 Tc (tratamentos completados) entre iniciais e de manutenção.

Não existe um programa; a demanda é considerada de acordo com o grupo de risco de cada unidade.

Como não pudemos realmente fazer uma avaliação do serviço, vimos por bem transcrever esses dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

4. Municipalização das ações de Saúde em Capivari.

4.1. SUS Constituição Brasileira de 1988.

A Constituição Brasileira de 1988 é resultado de um processo que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório foi documento básico para a elaboração dos Princípios e diretrizes do SUS, conforme o artigo 198 -

- " As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes :

I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo

II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades previstas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

III- participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O Sistema Único de Saúde busca soluções para o caos do sistema de saúde: O SUS se baseia em alguns princípios essenciais, os quais são:

- A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

A saúde é um bem comum e não se pode perder de vista a natureza social desta afirmação.

- Descentralização.

A tendência em se fortalecer os governos locais é mundial. Municipalização é uma forma de descentralização da gestão, é trazer o poder e os recursos para quem administra a nível local. Entende-se que se o poder decisório estiver perto da população e de suas necessidades, próximo à realidade onde as pessoas nascem, moram, vivem, trabalham e adoecem, melhor serão sentidas as necessidades e não sentidas assim como a priorização dos problemas.

- Controle Social

Tanto o setor público como o setor privado tem uma função bem caracterizada no Sistema Único de Saúde, no artigo 4º § 1º e § 2º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

A população exerce seu direito de cidadania participando do sistema social de controle. A forma de controle está prevista nas Leis da Saúde, é exercido através dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores.

É necessário que o controle seja da sociedade e não do Estado sobre as políticas e atividades envolvidas com a saúde da população, porque só assim há garantia de uma municipalização verdadeira.

Para que esse controle se efetive é necessário que se tenha uma representatividade real, participativa da população para que os instrumentos de controle não percam o seu valor e o seu peso. Para isso é fundamental estabelecer-se um processo de

discussão, de troca informações e experiências e a realização de debates para o controle emergir naturalmente da sociedade, buscando-se assim as soluções para a questão saúde.

O processo de municipalização está apenas começando, e muito terá ainda que avançar para atingir o pleno exercício da democracia.

A implantação concreta do SUS depende de mudanças nas relações de poder, mudanças na transformação da sociedade, o que exige tempo.

A participação e o controle da sociedade devem ser uma prática que caminhe no sentido destas transformações com autonomia e independência; dentro desta perspectiva, é necessário que a população compreenda a realidade em que vivemos pois é quase impossível transformar o que não se conhece.

É necessário se ter claro que as soluções passam pela vontade política de todos que exercem uma parte do poder e principalmente pela vontade de se fazer da saúde um direito universal, integral, igualitário para todos.

4.2. Organização Administrativa de Saúde no Município

A Prefeitura Municipal de Capivari, no ano de 1993, iniciou um processo de modernização e descentralização administrativa.

A estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari tem o seguinte organograma (Anexo 10):

Através da Portaria nº 159/93 o SR. Prefeito Municipal dispõe sobre a Constituição do Conselho Municipal de Saúde de Capivaripara o biênio 1993/1995. Composição do Conselho ver anexo 2.

4.3. Organização do SUS em Capivari.

4.3.1 A Descentralização, Municipalização e Comando Único.

A municipalização dos serviços de Saúde em Capivari iniciou-se em 1987 com a adesão ao Convênio AIS e depois SUDS.

Foi municipalizado o Centro de Saúde " Dr. Mário Dias de Aguiar" que era estadual (no município não existiam equipamentos federais) , e parte dos serviços de SADT com a construção do laboratório municipal.

Os serviços privados do Município com contrato com o SUS foram licitados pelo ERSA-47- Piracicaba. São exames de tomografia, ultrassonografia, exames de raio X com lando, clínicas de fisioterapia cujo encaminhamento é triado pela assistência social.

Efetivamente não existe Comando Único em Capivari.

A relação atual entre o Município e a Secretaria Estadual de Saúde é tanto de subordinação quanto de cooperação técnica. Na área financeira existe pagamento pelo serviço realizado.

É bem organizado os serviços de vigilância sanitária, controle de zoonoses, controle de epidemias, vigilância epidemiológica onde é utilizado listagens de Doenças de Notificação Compulsória Estadual ampliada, atendimento ao escolar na área odontológica.

Não são realizadas atividades de prevenção e promoção de Saúde

4.3.2 Financiamento.

As fontes de financiamento do setor saúde no Município são as verbas do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e a parcela da dotação orçamentária do Municipal. Historicamente o município começou colocando na Saúde 10% da dotação orçamentária conforme determina a Lei Orgânica Municipal e este percentual vem crescendo, sendo atualmente de 15%.

Os repasses de verbas estaduais/federais demoram de 45 a 60 dias, não existe regularidade nesses repasses.

Também existem serviços (exames especiais) que são oferecidos por cote, além dos serviços serem pagos com tabelas de valores atrasados e o problema das glosas.

Das UCA repassadas ao Município de Capivari, 80% são para pagamento do setor privado e 20% para o setor público.

Como o fundo Municipal não saiu do papel, não existe repasse de verbas municipais para a Secretaria Municipal de

Saúde ; a Prefeitura administra o recurso e aloca conforme a necessidade.

Não existem recursos específicos para qualquer programa, as atividades de maior peso são de pronto atendimento, as prioridades são determinadas pelo Prefeito, pela equipe do primeiro escalão e pela assistência técnica.

As metas referenciais ficaram só na proposta e terão que ser reavaliadas.

As verbas para 1994 não sofreram cortes porque não tem mais onde cortar.

O Fundo Municipal de Saúde não está implementado; foi criado por lei específica e regulamentado pelo decreto 2016/93(Anexo 11), mas falta a capacidade física e técnica. Na Secretaria, no momento, não têm como fazê-lo funcionar.

As cidades vizinhas dentro da área de influência de Capivari, utilizam-se da Santa Casa para internações hospitalares.

Como não existe um acordo cooperativo, as AIHs não são canalizadas para Capivari; o mesmo acontece em relação aos exames laboratoriais que Capivari tem condições de ampliar o número de procedimentos e atender aos municípios vizinhos. Houve uma tentativa de regionalização neste sentido mas ao se pedir a contra partida dos municípios não houve acordo.

4.3.3. Participação da população e Controle social.

Existe Conselho Municipal de Saúde desde 1987, antes mesmo da Constituição de 1988. Foi criado pela lei Orgânica do município e regulamentado pela lei 1982/90(Anexo 12).

Teoricamente, o Conselho Municipal de Saúde tem poder deliberativo ; o Conselho atual foi renovado recentemente e parece acompanhar a tendência dos Conselhos anteriores.

Atualmente não existe Plano Municipal de Saúde mas existe a intenção de elaborar para o futuro com a participação do Conselho Municipal de Saúde.

O Município realizou a 1ª conferência Municipal de Saúde em 1991, para a eleição do Conselho Municipal de Saúde, conforme consta do relatório apresentado(Anexo 13); não houve participação dos municípios vizinhos ; existe a idéia de se fazer uma próxima Conferência Municipal de Saúde mas não existe definição da época nem da pauta.

Existe uma controvérsia na informação sobre a participação de representante do Município na IX Conferência Nacional de Saúde, não se podendo afirmar de houve ou não representante.

Não existe divulgação junto a população da SUS num trabalho educativo de conscientização dos direitos da população , garantidos na Constituição.

4.3.4 - Organização e funcionamentos do Sistema e Serviços de Saúde.

Os serviços de saúde foram estruturados pensando-se na integralidade, universalidade, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, onde a rede de atenção Primária fosse a porta de entrada do Sistema.

Foram criados quatro postos em locais equidistantes do centro(Anexo 14), definidas as áreas de abrangência(Anexo 15) e a população residente.

O Sistema foi montado prevendo-se:

4.3.4.1. Entrada no Sistema através dos Postos Padovani, Porto Alegre, Engenho Velho, Vila Ballan e Centro de Saúde "Dr. Mário Dias de Aguiar".

4.3.4.2 Referência Terciária e Emergências -

Santa Casa / PUC /UniCamp, Marília para queimados e Bauru para hanseníase.

Existe a descentralização dos serviços mas administrativamente e tecnicamente estão subordinados à Divisão de Atenção Primária e são supervisionados diretamente pela enfermeira.

A participação do nível regional no processo de supervisão, avaliação e controle dos serviços tanto públicos quanto privados é deficiente, praticamente não existe, inclusive existem problemas de falta de informação embora tudo tenha que passar pelo ERSA-47, porque o município está habilitado na gestão incipiente.

Não está funcionando plenamente os mecanismos de referência e contra-referência assim como a hierarquização das

ações, percebe-se uma centralização na Assistência Social que funciona como um filtro seja para exames, transporte médico, leite, assistência terciária, fisioterapia, etc.

As unidades começam a atender às 7 horas e fecham às 17 horas; não existe terceiro turno em nenhuma unidade por falta de pessoal médico, inclusive tem a unidade do Engenho Velho que está fechando por falta de recursos humanos, em geral.

Não existem barreiras geográficas para acesso as unidades, o Rio Capivari e o Córrego Água Choca cortam Capivari em toda sua extensão longitudinal, contam com várias pontes em todas as vias principais ; a ferrovia está desativada e corre ao longo do Rio Capivari numa parte pouco habitada. Existem alguns fatores culturais que interferem, como algumas religiões, quando não há resolubilidade do médico vão à benzedeira que acreditam funcionar melhor.

Pela triagem da Assistente Social percebe-se haver problemas econômicos de transporte principalmente na área rural e para acessar a PUC/UniCamp/Piracicaba, problemas que a Prefeitura procura minimizar através de um sistema de resgate por Kombis, ambulâncias e até com o pagamento de passagens de ônibus intermunicipal, e para a aquisição de medicamentos, quando ocorre triagem, sempre com critério social.

Além dos postos municipalizados, da Santa Casa, existe também a cooperativa médica UNIMED com hospital, o Sindicato dos Cortadores de Cana, a Assistência feita pelas usinas, o Sindicato das Costureiras, sindicato dos Motoristas que fazem assistência médica para seus conveniados e associados.

O serviço de urgência/emergência é basicamente realizado pela Santa Casa onde não existe praticamente tempo de espera ; se for um caso grave e não tiver vaga, eles dão um jeito de internar dando uma alta.

Existe demanda reprimida principalmente de pediatra e clínica médica , por isso o Centro de Saúde central foi transformado em pronto atendimento para minimizar os problemas sentidos pela população; para exames complementares existe um agendamento e uma espera pequena. Isto vem ocorrendo desde julho/agosto de 1993, reflexo da redistribuição das UCAs no Estado de São Paulo; para Capivari, 80% das UCAs vai para o setor privado e 20% ficam com o setor público; foi feita uma espécie de auditoria médica para avaliar os exames solicitados pois os números eram muito elevados; com isso, conseguiu-se reduzir o número de exames solicitados, que ainda assim são em grande número.

Antigamente existiam farmácias em todas as unidades ; com a crise e a redução dos medicamentos encaminhados para Capivari tanto em quantidade como em espécie houve necessidade de centralizar a distribuição de medicamentos, assim como a aquisição em farmácias conveniadas e fazer uma triagem social.

Quanto ao atendimento terciário, a avaliação é feita pelo pronto-socorro da PUC ou UniCamp ; se for emergência é atendido, senão entra na fila dos agendamento e o tempo de espera é grande.

O último dado existente sobre o número de consultas que paciente faz até receber alta é de junho/1993, mas é uma média alta de 3,8 consultas/paciente.

4.3.4.4 - Modelo Assistencial - Planejamento e Programas em Saúde.

A lógica predominante do Modelo Assistencial é a curativa com ênfase na medicalização.

Não existem atividades de prevenção e promoção com programas continuados.

Existem as campanhas nacionais de vacinação, vacinações rotineiras em duas unidades e atividades educativas esporádicas como ocorreu com o controle da cólera.

Os serviços de cada unidade foi organizado para atender :

4.3.4.4.1 Posto Padovani.

Previstas atividades de consultas de clínica médica, pediatria, pré-natal, exame ginecológico - todas centradas num médico generalista ; vacinação, curativos, inalação, aplicações de medicamentos, pequena cirurgia, visita domiciliar.

4.3.4.4.2 -Posto V.Ballan/Proto alegre/Eng. Velho.

Previstas atividades de consulta médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, todas centralizadas num médico generalista ; curativo, inalação, aplicação de medicamentos, pequena cirurgia, visita domiciliar.

Desde 1990 foram adquiridos equipamentos para laboratório, eletrocardiógrafo, estufas, equipamentos de banho-maria, setor de

cultura, foi trocado o aparelho de raio X. A prioridade para comprar equipamento é para informatizar a S.M.S. e proposta para implantar o grupo G.A.S. de regionalização de serviços e montar um modelo de referência/contra-referência da região.

4.3.4.4.3 O Centro de saúde " Dr. Mário Dias de

Aguiar " fica na área central ; funciona em três prédios pois a área física é insuficiente. Está organizado com atividades de Pronto Atendimento e programas nas áreas de assistência à criança, atendimento de adulto e Saúde da Mulher (pré-natal principalmente em gravidez de risco, controle de câncer ginecológico) ; farmácia, exames de eletrocardiograma. No Posto Raia funciona a parte de ambulatório de Especialidades com atividades de atendimento de Hanseníase, tuberculose, diabete, e hipertensão arterial ; no Posto de Vila Fátima funciona a parte de atendimento adontológico ; o Ambulatório de Saúde Mental atende somente a adultos com atividades de psicoterapia breve.

Na área de Saúde Mental a referência para internações é a Clínica de Repouso Cesário Mota em Piracicaba, conveniada com o SUS.

As atividades dos visitantes sanitários está com desvio de função. Fazem atualmente foco de moléstias infecto-contagiosas, busca ativa para vacinação e vigilância epidemiológica e no resto do tempo ficam dentro da unidade em atividades de auxiliar de enfermagem (aplicam injeções, colhem papanicolau, curativos, etc)

As atividades de consulta médica são centradas no médico, percebe-se que a população só entende como profissional habilitado para fazer consulta o médico ; a gerência refere-se a possibilidade de consulta de enfermagem embora admitam existir problema de aceitação por parte da população.

O Plano de Saúde é desenvolvido a partir dos compromissos assumidos, de alguns estudos em cima dos dados coletados, seguindo o roteiro básico de Plano Diretor da Secretaria Estadual de Saúde. A partir daí é feito um cronograma de atividades. Este ano estão numa atividade tipo " apaga incêndio ", não foi elaborado o Plano Municipal de Saúde, portanto neste período não houve participação ; existe intensão de reunir o Conselho Municipal de Saúde, técnicos da área de finanças e técnicos da área de saúde para resolver o que devem fazer.

O processo de pleito para a ascensão à categoria de gestão parcial ainda não foi iniciado ; existem muitos problemas em Capivari e vão ter dificuldades na implantação, quer na área de AIHs como na auditoria, não existe estrutura para isso.

4.3.4.5 Sistema de Informações de Saúde

Os dados são coletados através de formulários padronizados pelas unidades que atendem a população.

Como o sistema não é informatizado eles tem dificuldades na compilação e análise dos dados.

Assim, o fluxo da informação fica prejudicado pois os dados não são analisados e não existe retorno para as unidades de forma sistemática, somente a nível epidemiológico existe retorno verbal.

Procuram utilizar os dados na priorização dos problemas e tomada de decisão na medida do possível.

4.3.4.6. - Recursos Humanos

Existiu política de desenvolvimento de recursos humanos com cursos de capacitação técnica e reciclagem até agosto/1993, inclusive cursos fora do Estado. Estes cursos eram montados com a cooperação técnica do ERSA-47 que fazia o contato com a UniCamp para a efetivação dos cursos.

Atualmente não estão mais sendo realizados por falta de recursos humanos e financeiros.

Existe uma evasão de recursos humano sendo que a principal causa a remuneração que está muito defasada.

Há uma expectativa para que em 1994 com a cobrança do IPTU diferenciado possam pensar em alguma solução ; existe Plano de Cargos e Carreira na Secretaria Municipal de Saúde e a proposta de pagamentos diferenciados para a Saúde com isonomia salarial. Poderia ser uma solução, mas é de difícil aplicabilidade em Capivari (A Lei Orgânica no Título III Capítulo II artigo 77 § 1º assegura isonomia salarial para os funcionários do Poder Executivo e Legislativo).

O quadro de RH básico para os postos são :

4.3.4.7.1. Padovani

1 médico

2 visitantes sanitários

1 auxiliar de serviço

4.3.4.7.2. Vila Ballan

1 médico

2 atendentes

1 auxiliar de serviço

4.3.4.7.3. Porto Alegre

1 médico

1 atendente

1 visitadora sanitária

1 auxiliar de serviço

4.3.4.7.4. Engenho Velho

1 atendente

4.3.4.7.5. Centro de Saúde " Dr. Mário Dias de Aguiar"/RAIA/Vila Fátima/ Ambulatório de Saúde Mental

4 assistentes sociais

1 cirurgia geral

4 clínica médica

18 dentistas

3 pediatras

1 dermatologista

1 métodos gráficos de cardiologia

2 psicólogas

45 profissionais de nível médio

2 biólogo

1 veterinário

3 técnicos de laboratório
2 técnicos de RX
1 gineco-obstetra
7 auxiliar de higiene bucal
1 vacinador.

Equipes multiprofissionais são circunstanciais, só existem esporadicamente como no trabalho desenvolvido junto à população sobre o cólera.

As contratações de RH são feitas todas após concurso pública; o tempo para reposição do profissional depende muito do número de vagas existentes devido ao custo do concurso. Não existem contratações de emergência desde agosto de 1993.

A análise acima é fruto de informações obtidas através de entrevistas abertas junto à gerência.

5 . COMENTÁRIOS E RESULTADOS

5.1. Sessão de Grupo Focal

Os integrantes do C.M.S. de Capivari, representam instituições e associações bastante heterogêneas, que defendem seus direitos e interesses de ordem sócio, econômico e cultural.

O tempo de existência das entidades oscilam de 1 a 95 anos e os objetivos dos mesmos são referidos como se segue:

- Buscar a conscientização das pessoas da raça negra, pela constatação da que esta raça estava se dispersando, para se unirem num objetivo comum.

- Defender os interesses e direitos dos funcionários públicos.

- Descentralizar os serviços.

- Congregar os médicos no sistema cooperativo.

- Melhorar a prestação de serviços aos funcionários.

- Lutar pelos direitos dos trabalhadores sindicalizados por melhores condições de vida, salários dignos para sustentar suas famílias.

- " Pelo pouco poder aquisitivo dos trabalhadores o sindicato se achou obrigado a dar cobertura na parte de assistência médica e odontológica, que também é parte do governo e infelizmente está negativa e pouco expressiva."(relato de um dos integrantes).

- Lutar pelos direitos e interesse dos trabalhadores rurais.

- Intermediar a vida do aluno entre casa e escola com participação dos pais e professores.

- Fortalecer a classe e servir como ponto de referência para os dentistas: transformando a ação isolada em ações coletivas.

5.1.1. Função dos membros do C.M.S.

Diante da pergunta relacionada a esse tema, todos se olharam sem saber como responder demonstrando preocupação, porém foram claros ao relatar que não havia especificidades em relação à função de cada um dentro do conselho. Percebe-se que a indefinição de papéis se deve ao fato de haver uma preocupação nítida em relação à defesa dos interesses específicos de cada entidade representada.

Assim se referiram a esse fato:

- " Os membros não tem uma função específica. O conselho é um órgão deliberativo como um todo. A participação de cada membro se faz trazendo um problema para discutir, se põe em votação e se leva para a Prefeitura ou Secretário."

5.1.2. Percepção dos Membros do C.M.S. em Relação às Doenças em Capivari.

De modo geral, os membros do conselho tem noção das doenças que mais atingem a cidade; mencionam a desnutrição, verminose e doenças respiratórias. Referem que a pobreza e as más condições de vida que atingem essa população, favorecem a proliferação das doenças.

Isso é ilustrado nas seguintes frases:

- " Em geral todos adoecem por falta de alimentação."

- " Hoje com a proliferação das favelas, sem infraestrutura, sem saneamento básico, sem alimentação, sem salário mínimo e vínculo empregatício, as pessoas vivem em condições caóticas e estão sujeitas a adoecer por qualquer doença."

- " Falta de alimentação, verminose."

- " Verminose e doenças respiratórias."

- " Doenças respiratória que atingem as pessoas desnutridas e as de bom poste nutricional."

- " O nível de pobreza aumentou em Capivari nos últimos anos, há miseráveis como nunca houve; o Prefeito fazia andanças públicas e ficou constatada a pobreza e a miserabilidade."

5.1.3. Relação do C.M.S. com a Comunidade

Os membros do conselho consideram que a comunidade como tal parece ser mal informada, desconhece seus direitos, não demonstra organização, e muitos não sabem que o C.M.S. existe. As sociedades e associações existem porém não há vínculo ou relação com o C.M.S., mesmo porque se ignora a existência e desconhece suas funções. Isso é registrado na frase:

- " A relação é pequena. A sociedade não é analisada e organizada e muitos não sabem que o conselho existe. Há sociedade de Bairros, Mas sem relação com o conselho."

5.1.4. Função do C.M.S.

verificou-se a partir das respostas, que há entre os componentes uma visão restrita das reais funções do C.M.S.. Isso pode ser constatado nas seguintes frases:

- " Fiscalizar como é empregado o dinheiro e verbas na cidade."

- " Fiscalizar, coordenar e administrar."

- " Discutir prestação de contas da Saúde."

O conhecimento parcial de alguns membros dificulta as reivindicações e o funcionamento efetivo do C.M.S.. A função de deliberar sobre o planejamento, verbas, etc que está na lei, é do

conhecimento dos dos membros porém se sentem frágeis para contestar e assumir um papel na conjuntura da Saúde.

Isso é ressaltado na frase a seguir:

- " O que está acontecendo é que tem coisas que não dá tempo para discutir, contestar, deliberar, porque já trazem as coisas prontas, já aconteceram, daí só dá para endossar; precisava existir mais seriedade e formar um C.M.S. independente com fundo e verbas próprias".

5.1.5 Prioridades do C.M.S.

Em relação às prioridades, percebeu-se que o grupo enfatiza a falta de recursos financeiros, como fator "bloqueador" da organização das ações do conselho. Demonstram portanto que não conseguem estabelecer as prioridades do C.M.S., uma vez que não estão efetivamente municipalizados, e esse processo interfere nas suas definições e decisões.

Isso pode ser verificado nas definições a seguir:

- " Os recursos a nível estadual praticamente não existem. Do federal é pouquíssimo- 15% de 1993 estava destinado ao tesouro do Estado; meio centavo de dólar para o município. A Saúde não está municipalizada, está prefeiturizada."

- " Atualmente dá-se cobertura a um setor, descobre-se outro e falta a outro; vontade todos tem mas sem dinheiro, não se administra nada. O que está acontecendo é uma crise financeira, no limite faz-se alguma coisa, abaixo do limite nada se faz."

- " Não é estipulado do orçamento municipal, uma verba para se repassar ao Fundo, para se ter o seu próprio dinheiro e solucionar problemas."

5.1.6. O C.M.S. e sua Atuação no Setor Saúde

O C.M.S. não tem tido participação na elaboração do programa de saúde do município, restringindo-se somente a examinar e aprovar o Plano Diretor. Isso é colocado na seguinte frase:

- "O Plano Diretor de Capivari para 1993, passou pelo C.M.S. ainda em 1992 e o conselho examinou e aprovou o plano; não participou da elaboração do mesmo."

Os relatos sugerem uma preocupação com uma medicina altamente curativa no setor saúde. Isso é ilustrado nas frases:

- " Foram colocados no Pronto-Socorro médicos com CRM, porque antes os "médicos" que trabalhavam não tinham se formado."

- " Houve consórcio com cidades vizinhas para ajudar custear a Santa Casa, até que construam seus próprios hospitais. Encerraram o consórcio e como são hospitais de pequeno porte, continuam usando a Santa Casa de Capivari."

5.1.7 Realizações do C.M.S. para Melhorar a Saúde da População e a Compreensão desta para Melhor Utilização do Sistema de Saúde

Conforme o relato do grupo, percebeu-se que o conselho não tem conseguido realizações no setor saúde, por ainda estar em processo de implantação.

Relatam que houve apenas 2 reuniões do conselho, contando com apenas parte de seus membros. Nota-se que há divergência nas opiniões dos integrantes nas frases que se seguem:

- " Não dá tempo para se reunir porque estamos indo ao ERSA 47, em dias alternados, com o objetivo de passar a classificação da gestão do município de "incipiente" para "parcial".".

- " O conselho deve se reunir mais, para pensar nas soluções dos problemas, porque solução tem que ter - pedir ajuda das usinas, indústrias para comprar remédios, discutir mais, analisar mais, enfrentar a crise financeira.".

- " Não dá para se reunir mais que 1 vez por mês. Pró mim não dá.".

5.1.8. Observações da Sessão do Grupo Focal

O Secretário Municipal de Saúde participou da Sessão do Grupo Focal, embora não fosse membro do C.M.S.. Justificou que na função que ocupa, deveria ser o presidente do conselho, porém recusou o cargo, para evitar que esse órgão " ficasse atrelado à Prefeitura ". É necessário ressaltar que é de suma importância que exista no conselho, um elemento intermediador junto à Prefeitura, que facilite o alcance de seus objetivos fazendo justamente esse intercâmbio.

Notou-se, na dinâmica do grupo, que houve no início um respeito mútuo entre os representantes, e no desenvolver da sessão, percebeu-se identificação entre alguns membros, contradição entre outros e expressões de desagrado em relação a um dos integrantes do mesmo. Observou-se também que há membros que tentam liderar outros, que há membro que " policia "

sua fala e outros que conseguem ser objetivos, demonstrando precisão e clareza na defesa de seus interesses.

A partir das observações, pôde-se notar que os integrantes do C.M.S. trazem uma preocupação muito grande em defender os interesses das entidades que representam, resultando numa não percepção do conjunto de ações que refletem a luta pela melhoria de saúde e a qualidade de vida da população como um todo.

Em consequência dessa postura individualizada, há momentos em que surge competição gerando alguns conflitos entre os integrantes, dificultando a real implantação de um conselho atuante em suas funções.

5.2. Questionário Individual para o C. M.S.

Na questão 1 sobre opinião em relação a quem pode fazer consulta, verificou-se que dentre 12 questionários respondidos, 10 colocaram que é competência só do médico e 2 responderam que além do médico outros profissionais também podem consultar (Enfermeira, Farmacêutico, Psicólogo, Auxiliar de Saúde, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social).

Esse resultado demonstra que " consulta" está diretamente relacionada ao médico dando exclusividade a esse profissional dentro da saúde.

Em relação a opinião sobre a região que tem piores condições de saúde, referem as seguintes áreas : Morro dos Macacos, vila Izildinha, Moretto, Ribeirão, favelas e zonas rurais, listam como principais causas : a pobreza, a falta de alimentação, falta de saneamento básico, falta de transporte e segurança, falta de educação, sofrem enchentes, o elevado número de migrantes.

crisocam ainda que os moradores dessas áreas não recebem orientação em saúde e são discriminados.

Nota-se que a percepção dos respondentes é correta, na medida em que em visita a essas localidades constatou-se que são áreas pobres, sem infraestrutura, sem qualidade de vida, que acarretam piores condições de saúde.

No que diz respeito às ações para melhoria dessas condições referem a necessidade de mais recursos para o município destinando mais verbas para o setor saúde, obtendo maiores subsídios para o saneamento básico e moradia. Propõem um trabalho de divulgação, informação, conscientização e educação da população quanto aos seus direitos à saúde.

A partir das respostas obtidas, nota-se que há uma preocupação dos integrantes do C.M.S., e um conhecimento de que estas áreas requerem uma atenção especial com ações específicas.

5.3. Pesquisa com Funcionários

Esta pesquisa foi aplicada com funcionários de 4 unidades básicas de saúde e 1 Centro de Saúde, sendo que 3 funcionários se recusaram a responder o questionário um deles por ser analfabeto, outro alegou falta de tempo e outro que referiu não querer se comprometer.

Pôde-se perceber, na qualidade dos questionários distribuídos aos funcionários que 2 deles responderam em conjunto por apresentarem respostas idênticas. A rigor deveria-se anular esses questionários, porém achou-se interessante avaliar o nível de conhecimento que esses funcionários apresentavam sobre o seu próprio serviço. Constatou-se que mesmo respondendo em

conjunto, revelaram através de suas respostas um grande desconhecimento do trabalho. Algumas questões não foram apresentadas em forma de tabela, contendo apenas comentários sobre as respostas obtidas.

A seguir apresentamos os resultados :

Tabela 14 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo sexo e faixa etária, Capivari, SP, nov/1993

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	Masculino nº	%	Feminino nº	%	nº	%
< 25	1	14,3	1	4,2	2	6,1
25 ----- 30	1	14,3	12	50,0	13	39,3
31 ----- 35	---	---	7	29,2	7	21,2
36 ----- 40	3	42,8	2	8,3	5	15,1
41 ----- 45	---	---	2	8,3	2	6,1
46 e +	2	28,6	---	---	2	6,1
ignorados	---	---	---	---	2	6,1
TOTAL	7	100,0	24	100,0	33	100,0

A maioria dos funcionários respondentes é do sexo feminino (72,7 %). A faixa etária predominante no sexo masculino (42,8 %) é a de 36 a 40 anos e, no sexo feminino (50,0 %), a de 25 a 30 anos.

Tabela 15 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes segundo tempo de serviço, em anos, nas instituições de Saúde do Serviço Público, Capivari, SP, nov/1993.

Tempo de Serviço (em anos)	Funcionários	
	nº	%
< 1	1	3,0
1 ----- 5	14	42,4
5 ----- 10	12	36,4
10 ----- 15	3	9,1
15 e +	2	3,0
ignorados	1	3,0
TOTAL	33	100,0

As respostas obtidas quanto ao tempo de serviço em anos demonstram que dos 33 funcionários respondentes, 42,4 % prestam serviços de 1 a 5 anos nas instituições de saúde; 36,4 % de 5 a 10 anos; 9,1 % de 10 a 15 anos; 3,0 % há 15 anos e mais; 3,0 % há menos de 1 ano e 3,0 % ignorados (funcionário que por receio de identificação não preencheu o dado).

Tabela 16 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo categoria profissional. Capivari, SP, nov/1993.

Categoria	nº	%
Médico	3	9,1
Enfermeira	1	3,0
Cirurgião Dentista	1	3,0
Assistente Social	2	6,1
Psicólogo	2	6,1
Visitador Sanitário	9	27,3
Analista de Laboratório	1	3,0
Auxiliar de Enfermagem	1	3,0
Atendente	9	27,3
Agente Administrativo	1	3,0
Servente	1	3,0
ignorados	2	6,1
TOTAL	33	100,0

Dos 33 funcionários respondentes, 27,3 % correspondem à categoria dos Visitadores Sanitários; 27,3 % à dos Atendentes de Enfermagem; 9,1 % à dos Médicos; e 6,1 % de ignorados.

Tabela 17 - Distribuição de número e percentagem dos funcionários dos Serviços Públicos de Saúde segundo a Instituição pagadora, Capivari, SP, nov/1993.

Instituição Pagadora	nº	%
Municipal	27	81,8
Estadual	6	18,2
TOTAL	33	100,0

No que se refere a Instituição pagadora, os dados demonstram que 81,8 % dos funcionários respondentes são remunerados pelo município e 18,2 % pelo Estado.

Quanto a forma de ingresso no serviço público, 32 funcionários são concursados e 1 por contratação de emergência.

Tabela 18 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo opinião quanto ao quadro de pessoal do local em que trabalham, Capivari, SP, nov/1993.

Opinião Quadro de Pessoal	nº	%
Adequado	16	48,5
Inadequado	15	45,4
Não Sabe	2	6,1
TOTAL	33	100,0

Segundo os dados coletados, 48,5 % dos funcionários respondentes consideram o quadro de pessoal adequado; 45,4 % inadequado e 6,1% não souberam responder.

Tabela 19 - Distribuição de número e porcentagem de funcionários respondentes nos Serviços Públicos de Saúde segundo motivos da inadequação do quadro de pessoal. Capivari, SP, nov/1993.

Motivos da Inadequação	nº	%
. faltam funcionários especializados	1	6,6
. excesso de funcionários	3	20,1
. quadro de pessoal deficitário	10	66,7
. não sabe	1	6,6
TOTAL	15	100,0

Observa-se que, dos 15 funcionários respondentes, 66,7 % atribuíram ao quadro de pessoal deficitário a inadequação; 20,1 % ao excesso de funcionários; 6,6% à falta de funcionários especializados e 6,6% não souberam responder.

Tabela 20 - Distribuições de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo informações sobre atendimento conforme área de abrangência dos respectivos Serviços Públicos de Saúde, antes e depois de 1990. Capivari, SP, nov/1993.

Atendimento por área de abrangência	Antes de 1990		Depois de 1990	
	nº	%	nº	%
Sim	25	75,8	22	66,7
Não	5	15,1	11	33,3
Não Sabe	3	9,1	---	---
TOTAL	33	100,0	33	100,0

Segundo dados coletados, 75,8% dos funcionários respondentes informaram que antes de 1990 o atendimento ocorria conforme a área de abrangência; 15,1% informaram que não e 9,1% não souberam informar. Já, depois de 1990, 66,7% informaram que o atendimento ocorre conforme a área de abrangência e 33,3% informaram que não.

Tabela 21 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes segundo informações sobre encaminhamento para outros Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Encaminhamento	nº	%
Sim	33	100,0
Não	---	---
Não Sabe	---	---
TOTAL	33	100,0

Dos 33 funcionários entrevistados, 100,0% referiram encaminhamento para outros Serviços Públicos de Saúde. A Tabela 22 ilustra detalhadamente esses dados.

Tabela 22 - Distribuições de número e percentagem de funcionários respondentes segundo o local de encaminhamento dos Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Locais de Encaminhamento	Serviços Públicos U.B.S.		Inqueridos C.S.II	
	n ²	%*	n ²	%**
C.S.II	9	90,0	---	---
UNICAMP	7	70,0	16	69,5
PUC-Campinas	7	70,0	14	60,8
Santa Casa - P.S.	6	60,0	6	26,1
Amb. Espec. Piracicaba***	1	10,0	10	43,5
Instituto Adolfo Lutz	---	---	1	4,3
Serviços Privados	---	---	1	4,3
U.B.S.	---	---	2	8,6

* - Percentagem calculada em relação aos 10 funcionários respondentes das UBSs - Unidades Básicas de Saúde.

** - Percentual calculado em relação aos 23 funcionários respondentes do C.S.II.

*** - Amb.Espec.Piracicaba - Ambulatório de Especialidades de Piracicaba.

Dos 10 funcionários respondentes das UBSs, 90,0% referem encaminhar usuários ao C.S.II; 70,0% encaminham à UNICAMP; 70,0% encaminham à PUC-Campinas; 60,0% informaram encaminhar os usuários para o P.S.da Santa Casa de Misericórdia e 10,0% ao Ambulatório de Especialidades de Piracicaba. Já dos 23 funcionários respondentes do C.S.II, 69,5% informaram que encaminham os usuários à UNICAMP; 60,8% à PUC-Campinas; 43,5% ao Ambulatório de Especialidades de Piracicaba; 26,1% para o P.S. da Santa Casa de Misericórdia; 8,6% para as Unidades Básicas de Saúde; 4,3% ao Instituto Adolfo Lutz e 4,3% referem encaminhar usuários para serviços privados.

Tabela 23 - Distribuições de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde, segundo informações sobre documentação exigida para atendimento antes e depois da Municipalização. Capivari, SP, nov/1993.

Documentação exigida	Municipalização			
	Antes		Depois	
	nº	%	nº	%
. Residir na área de abrangência e cartão de agendamento	---	---	4	12,1
. Cartão de Agendamento	1	3,0	6	18,2
. Nenhum documento	---	---	1	3,0
. Não sabem	32	97,0	10	30,3
. Qualquer documento	---	---	3	9,1
. Outros	---	---	9	27,3
TOTAL	33	100,0	33	100,0

Quanto às exigências para atendimento nos Serviços Públicos de Saúde antes da Municipalização, 97,0% não souberam responder; 30,3% não souberam responder sobre estas exigências depois da Municipalização; 27,3% informaram outras exigências, diversificadamente; 18,2% cartão de agendamento; 12,1% residir na área de abrangência e cartão de agendamento; 9,1% qualquer documento e 3,0% que não é necessário nenhum documento

Tabela 24 - Distribuições de número e percentagem de alguns procedimentos dos Serviços Públicos de Saúde segundo intervalo e tempo entre marcação e atendimento de consultas e exames. Capivari, SP, nov/1993.

Procedimentos	Intervalo de Consultas		de Tempo Exames	
	nº	%	nº	%
Pronto Atendimento	17	51,5	----	----
Agendamento	9	27,3	20	60,7
Lista de Espera	2	6,1	----	----
Não Sabe	5	15,1	13	39,3
TOTAL	33	100,0	33	100,0

Dos 33 funcionários respondentes, 51,5% mencionaram que as consultas são realizadas por Pronto Atendimento; 27,3% mencionaram agendamento; 15,1% não souberam informar e 6,1% referiram lista de espera. Quanto à realização de exames, 60,7% informaram que são por agendamento e 39,3% não souberam responder.

Tabela 25 - Distribuição de número e percentagem dos funcionários dos Serviços Públicos de Saúde segundo opinião sobre exclusividade médica nas consultas (em geral) nos Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Profissionais	nº	%
Só o Médico	26	78,8
Outros Profissionais	7	21,2
TOTAL	33	100,0

A tabela acima mostra que a maioria dos funcionários (78,8%) considera que só o médico pode fazer a consulta e 21,2% opinaram quanto a possibilidade de ser realizada por outros profissionais.

Tabela 26 - Distribuições de número e percentagem de funcionários dos Serviços Públicos de Saúde segundo opinião do grau de qualidade do trabalho multidisciplinar e grau de escolaridade, Capivari, SP, nov/1993.

Opinião Grau de Qualidade trabalho Multidisciplinar	Universitário		Não Universitário	
	n ^o	%	n ^o	%
Ótimo	2	20,0	2	8,7
Bom	5	50,0	4	17,4
Nem bom, nem ruim	1	10,0	10	43,5
Mau	---	---	1	4,3
Péssimo	---	---	4	17,4
Sem opinião	2	20,0	2	8,7
TOTAL	10	100,0	23	100,0

Dos 10 funcionários de nível universitário, 50,0% atribuíram o grau "Bom" ao trabalho multidisciplinar quando emitiram sua opinião; 20,0% o grau "Ótimo"; 20,0% não emitiram opinião; 10,0% o grau "Nem bom, nem ruim" e nenhum atribuiu o grau "Mau" ou "Péssimo". Já dos 23 funcionários de nível não universitário, 43,5% referem-se ao trabalho multidisciplinar como "Nem bom, nem ruim"; 17,4% como "Bom"; 17,4% como "Péssimo"; 8,7% como "Ótimo"; 8,7% não emitiram opinião e 4,3% classificaram como "Mau".

Tabela 27 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo informações sobre treinamento e desenvolvimento de pessoal, Capivari, SP, nov/1993.

Treinamento e Desenvolvimento de pessoal	nº	%
Sim	5	15,2
Não	28	84,8
TOTAL	33	100,0

Quanto a treinamento e desenvolvimento de pessoal, dos 33 funcionários respondentes, 84,8% informaram que não tiveram e 15,2% que tiveram.

Tabela 28 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo informações sobre adequação de recursos materiais, Capivari, SP, nov/1993.

Adequação de Recursos Materiais	nº	%
Sim	2	6,1
Não	31	93,9
TOTAL	33	100,0

Dos 33 funcionários respondentes, 93,9% informaram que não há adequação de recursos materiais e 6,1% que esses recursos são adequados.

Tabela 29 - Distribuição de número e percentagem de funcionários respondentes UBS Serviços Públicos de Saúde, segundo conhecimento do Plano Municipal de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Conhecimento - Plano Municipal de Saúde	nº	%
Sim	2	6,1
Não	31	93,9
TOTAL	33	100,0

Constata-se pelos dados coletados que, dos 33 funcionários respondentes, 93,9% desconhecem o Plano Municipal de Saúde e 6,1% referem conhecer.

Quadro 2 - Atividades Educativas realizadas segundo Unidade de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Atividades Unid.Saúde	Aleitam Materno	Planej. Fam.	Acompan Nutr.Gest	Cresc. Des	Educ. Nutr < 1 ano
UBS Ballan	X	---	---	---	X
UBS Padovani	X	X	X	X	X
CS.II Central	X	X	X	X	---
UBS Eng.Velho	---	---	---	---	---
UBS P.Alegre	X	X	X	X	X

O quadro acima indica as ações educativas realizadas nas unidades segundo os funcionários. Observa-se que dos 5 serviços de saúde, as ações educativas de Aleitamento Materno são realizadas em 4 Serviços de Saúde; as de Planejamento Familiar, de Acompanhamento Nutricional à Gestante, de Crescimento e Desenvolvimento da Criança são realizadas em 3 Serviços (UBS Padovani, CS.II e UBS Porto Alegre) de educação nutricional de crianças menores de 1 ano em três serviços (UBS Ballan, UBS Padovani e UBS Porto Alegre). Na UBS Engenho Velho nenhuma ação educativa é realizada.

Quadro 6 - Existência ou não de pré-natal e como ele é realizado nas Unidades de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

	UBS Ballan	C.S.II Raia	UBS Padovani	C.S.II Central	UBS Porto Alegre
Existe Pré-Natal	sim	não	sim	sim	sim
Nº Consultas Pré-Natal	Cerca de 9	---	6 ou 7	6 a 15	6 a 7
Intervalo Consultas Pré-Natal	30 dias	---	30 dias	30 dias	30 dias
Existe Consulta Pré-Natal	sim	---	sim	sim	sim
Quem faz Consulta Pré-Natal	Atendente	---	Atendente	Atendente Visitadora Área da Mulher	Atendente Visitadora

O quadro acima mostra que nas unidades Ballan, Padovani, C.S.II Central e Porto Alegre há Pré-Natal, com consultas mensais e pré-consulta de pré-natal realizada por atendentes e visitadoras. No C.S.II Raia não são realizadas consultas de pré-natal.

Tabela 30 - Distribuições de número e porcentagem de funcionários respondentes segundo opinião sobre o grau de qualidade do relacionamento dos profissionais de direção dos Serviços Públicos. Capivari, SP, nov/1993.

Grau Quali- dade	Direção		Equipe Adminis		Equipe Técnica		Prof. outras Unidades		Prof. Prefeit.	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Bom	19	61,3	21	67,8	22	70,9	23	79,3	9	30,0
Regular	8	25,8	7	22,6	8	25,8	6	20,7	17	56,7
Ruim	4	12,9	3	9,6	1	3,3	---	---	4	13,3
	*		*		*		**		***	
TOTAL	31	100,0	31	100,0	31	100,0	29	100,0	30	100,0

* - Excluídas 02 entrevistas

** - Excluídas 04 entrevistas.

*** - Excluídas 03 entrevistas.

Dos 31 funcionários respondentes que opinaram sobre grau de relacionamento dos profissionais, 61,3% atribuíram à direção o grau "Bom"; 25,8% o "Regular" e 12,9% "Ruim". Quanto aos 31 funcionários respondentes que declararam sua opinião sobre os profissionais da equipe administrativa, 67,8% atribuíram o grau "Bom"; 22,6% o "Regular" e 9,6% o grau "Ruim". No que se refere aos profissionais da equipe técnica, dos 31 funcionários respondentes 70,9% atribuíram o grau de qualidade "Bom"; 25,8% o "Regular" e 3,3% o "Ruim". Já o grau de qualidade atribuído aos profissionais de outras unidades, dos 29 funcionários respondentes 79,3% classificaram como "Bom" e 20,7% como "Regular". Dos 30 funcionários respondentes 56,7% atribuíram aos profissionais da Prefeitura o grau de qualidade "Regular"; 30,0% o grau de "Bom" e 13,3% o "Ruim".

Tabela 31 - Distribuição do número em percentagem de funcionários respondentes dos Serviços Públicos de Saúde segundo opinião sobre condições de desempenho das atividades profissionais. Capivari, SP, nov/1993.

Opinião/Condições de Desempenho	nº	%
Sim	6	18,8
Não	26	81,2
TOTAL *	32	100,0

* - Excluída 1 entrevista.

Constata-se que dos 32 funcionários respondentes, 81,2% referem não haver plenas condições de desempenho de suas atividades profissionais e 18,8% afirmaram haver essas condições.

Informações adicionais às Tabelas.

Quanto à atenção especial às gestantes adolescentes, apenas na UBS Ballan os funcionários declararam que há. Em nenhum serviço de saúde encontrou-se estatística sobre a ocorrência de gravidez em adolescentes.

Quanto ao acompanhamento de gestantes de alto risco, os funcionários e todas as unidades disseram que não há, com exceção do CS.II "Dr. Mário Dias Aguiar" (Central), onde os funcionários disseram que essas gestantes são atendidas em intervalos menores (15 dias).

As consultas de puerpério são realizadas na UBS Ballan e no CS.II "Dr. Mário Dias Aguiar".

Perguntado aos funcionários "se eles gostam de trabalhar nas suas respectivas unidades", 81,8% responderam afirmativamente e 18,2% negaram gostar, alegando desvalorização profissional e falta de respaldo administrativo.

Dentre os 33 funcionários respondentes, 72,7% são do sexo feminino sendo que 50% delas encontra-se na faixa etária de 25 a 30 anos. A faixa etária predominante no sexo masculino (42,85) é de 36 a 40 anos.

Os dados obtidos demonstram que 42,4% dos funcionários respondentes prestam serviços de 1 a 5 anos, 36,4% de 5 a 10 anos e 6,1% há 15 anos e mais, revelando assim que há pouca rotatividade no quadro de recursos humanos. Do total 81,8% são funcionários municipais (Tabelas 14 e 17).

Da amostra obtida, cerca de 55,0% corresponde à visitantes sanitários e atendentes de enfermagem, 27,0% são do nível superior. É importante que 6,1% não quiseram se identificar nem quanto à idade, sexo e nem categoria profissional, embora fosse-lhes garantido o sigilo dos resultados (Tabela 16).

Em relação à opinião sobre a adequação do quadro de recursos humanos 48,5% responderam ser adequado e 45,4% acham inadequado. Dos que consideram inadequado 66,7% consideraram-no insuficiente, 20,0% excessivo, 6,6% sem capacitação adequada e 6,6% não sabiam a razão (Tabela 18 e 19).

Segundo a maioria dos funcionários (75,8%) das áreas de abrangência já estavam definidas antes de 1990. Atualmente 66,7% fazem o atendimento de pacientes conforme a área de abrangência, em geral quando há demanda excessiva nos postos de saúde de outras áreas (Tabela 20). Isso é reforçado pela informação da Tabela 21 de que 100% dos funcionários encaminham pacientes para outras unidades.

Quanto ao destino do encaminhamento observa-se na Tabela 22 que as Unidades Básicas de Saúde não se limitam a referenciar pacientes para o nível secundário, referenciando-os também para o nível terciário do município (Santa Casa) e fora do município (UNICAMP, PUCC e Piracicaba).

No que diz respeito à documentação exigida (Tabela 23) para atendimento antes da municipalização, 97,0% não sabe responder. Em relação ao período atual é significativo que a maioria (30,3%) também não soube responder, enquanto que os restantes (72,7%) divergem quanto aos documentos necessários. É interessante notar que nas U.B.S. visitadas, observou-se um aviso afixado contendo as seguintes exigências para entrevista com Assistente Social e marcação de exames :

- comprovante de residência (conta de luz ou água);
- carteira de identidade (R.G.);
- hollerith do último pagamento ;
- certidão de nascimento (para menor).

Em relação ao intervalo de tempo entre marcação e atendimento de consultas, a maioria dos funcionários (51,5%) informou que é "Pronto Atendimento", 6,5% referiram que é lista de espera. É importante ressaltar que 15,5% não souberam responder. E quanto a esse intervalo para os exames 60,7% disseram que é "Pronto Atendimento" e 39,3% não souberam responder (Tabela 24).

Na opinião da maioria dos funcionários 78,8%, a consulta é exclusivamente do médico (Tabela 25). Curiosamente 66,7% dos que fizeram essa afirmação, realizam pré consulta, revelando um

desconhecimento do significado e valor do seu próprio trabalho. Os dados denotam também a pouca familiaridade com o trabalho multidisciplinar. Essa impressão é reforçada com a análise da avaliação sobre o trabalho em equipe multidisciplinar (Tabela 26)

Há uma diferença nítida entre a opinião dos profissionais de nível universitário (mais familiarizados com essa modalidade de trabalho) e os não universitários. Os de nível universitário atribuíram valor positivo (70,0% de bom e ótimo) e nenhum valor negativo, enquanto que 21,7% dos não universitários atribuíram o grau "mau" ou " péssimo" e apenas 26,1% atribuíram grau "ótimo ou bom".

De acordo com as respostas dos funcionários apenas 15,2% (Tabela 27) tiveram cursos de treinamento e desenvolvimento. Os dados mostram também que os recursos materiais são inadequados para o desenvolvimento de seu trabalho.

Conseqüentemente a maioria (81,2%) refere-se não haver plenas condições para desempenhar suas atividades (Tabela 31), apesar de que 81,8% referem gostar de trabalhar na unidade, o que pode estar associado com o fato de a maior parte atribuir como "bom" o relacionamento com profissionais de outras unidades seguido de equipe técnica, administrativa, direção e finalmente profissionais de Prefeitura (Tabela 30).

É digno de nota que os que não gostam (18,2%) alegam desvalorização profissional e falta de respaldo administrativo.

As atividades educativas (quadro 2) sobre aleitamento materno são realizadas por 4 unidades. Em relação ao planejamento nutricional da gestante, crescimento e desenvolvimento da criança

e Educação nutricional da criança menor de 1 ano, são realizadas em 3 unidades.

Em relação à Assistência obteve-se os seguintes dados:

- visita domiciliar - Exceto a U.B.S. engenho velho e C.s. II Raia, todas as outras unidades realizam visitas domiciliares para convocação de vacina, abandono de tratamento, famílias alcoólatras entre outras:

- assistência pré-natal - É realizada em todas as unidades exceto no C.s.II Raia e U.B.S Engenho Velho contudo, o acompanhamento de gravidez de alto risco só existe no C.S.II Central e não há atenção especial à gravidez de adolescência, não havendo estatística sobre essa condição, em todo sistema de saúde:

- consulta de puerpério -

e realizada em apenas 2 unidades (C.S.II Central e U.B.S. V. Ballan).

Na opinião dos funcionários 56,7% dos usuários estariam insatisfeitos com os serviços da unidade e dos funcionários e 75,0% dos usuários estariam insatisfeitos com os serviços das unidades. Os mesmos funcionários classificam os usuários como insistentes, implicantes, agressivos, com preensivos e educados e por último cumpridores. Esses dados evidenciam uma dificuldade na relação funcionários/usuários mediante a qualificação negativa mencionada.

É surpreendente que dentre os 33 funcionários respondentes apenas 6,0% (2) referem conhecer o Plano Municipal de Saúde.

5.4. Pesquisa com Usuários

Na aplicação dos questionários houve boa receptividade por parte dos usuários, não havendo recusa para respondê-los.

Tabela 31.a. Distribuição de número e percentagem dos usuários, segundo motivos de procura dos Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

motivo de procura	nº	%
marcar consulta	01	1,4
passar no médico	43	61,5
vacinar	--	--
receber leite	01	1,4
outros	25	35,7
total	70	100,0

Dos 70 usuários entrevistados, 61,5% procuram os Serviços Públicos de Saúde para passar no médico; 35,7% por outros motivos não relacionados nas alternativas de respostas da pergunta realizada; 1,4% para marcar consulta; e 1,4% para receber leite.

Tabela 32 - Distribuições de número e percentagem dos usuários segundo opinião sobre o grau de qualidade do atendimento dos profissionais dos Serviços de Públicos Saúde, Capivan, SP, nov/1993.

Grau de qualidade	profissionais					
	da recepção		funcionários		médicos	
	nº	%	nº	%	nº	%
bom	60	86,9	57	82,6	63	91,0
mais ou menos	06	8,7	09	13,0	03	4,3
ruim	01	1,5	01	1,5	01	1,5
não sabe	02	2,9	02	2,9	02	2,9
total*	69	100,0	69	100,0	69	100,0

* Excluída 01 entrevista.

Constata-se que dos 69 usuários entrevistados, 91,3% mencionaram que o atendimento médico é bom, a seguir referiram o atendimento de recepção com 86,9% , e em terceiro lugar o atendimento de funcionários com 82,6%. No que se refere ao atendimento com a qualidade de " mais ou menos ", 13,0% referiram-se aos funcionários , 8,7% a recepção e 4,3% aos médicos.

Já na qualidade de atendimento ruim, 1,5% atribuiu igualmente a recepção, funcionários e médicos ; e 2,9% não souberam responder sobre a qualidade do atendimento.

Tabela 33- Distribuição de número e percentagem de usuários segundo meio de locomoção utilizado para atingir os Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

meio de locomoção	n ^o	%
ônibus	07	10,0
viatura da Prefeitura	01	1,5
carro particular	09	13,0
ambulância	01	1,5
taxi	01	1,5
a pé	42	60,0
outros	08	11,5
total*	69	100,0

* Excluída 01 entrevista.

Dos 69 usuários entrevistados, 60,0% vão à pé para atingir os serviços públicos de saúde ; 13,0% utilizam carro particular como meio de locomoção ; 11,5% utilizam outros meios ; 10,0% utilizam ônibus ; 1,5% utiliza viatura da prefeitura ; 1,5% utiliza ambulância e 1,5% utiliza táxi.

Tabela 36 - Distribuição de número e porcentagem de usuários segundo proximidade dos Serviços Públicos de Saúde em relação ao local do domicílio. Capivari, SP, nov/1993.

próximo do domicílio	n ^a	%
sim	43	64,2
não	24	35,8
total*	67	100,0

* Excluídas 03 entrevistas.

Segundo dados coletados, dos 67 usuários entrevistados, 64,2% pessoas responderam que o serviço de saúde utilizado é próximo do local do domicílio ; e 35,8% responderam que não há proximidade do serviço com o domicílio.

Tabela 35- Distribuição de número e percentagem de usuários segundo tempo de utilização em anos dos serviços Públicos de saúde . Capivari, SP. nov/1993.

tempo de utilização em anos	nº	%
< 1	15	21,5
1 -----2	04	5,7
2 -----3	11	15,7
3 -----4	11	15,7
4 -----5	10	14,2
5 -----6	02	2,9
6 e +	17	24,3
total	70	100,0

As respostas obtidas quanto a utilização em anos dos serviços públicos de saúde demonstram que dos 70 usuários entrevistados, 24,3% utilizam o serviço há 6 anos e mais ; 21,5% dos entrevistados há menos de 1 ano ; 15,7% entre 2 e 3 anos ; 15,7% entre 3 e 4 anos ; 14,2% entre 4 e 5 anos ; 5,7% entre 1 e 2 anos ; e 2,9% entre 5 e 6 anos.

Tabela 30 - Distribuição de número e porcentagem de usuários segundo número de vezes de procura de atendimento nos Serviços Públicos de Saúde, no período de jan/ de 1993 à nov/1993. Cabivari, SP, nov/1993.

número de vezes	nº	%
1 ---- 2	06	8,6
2 ---- 4	28	40,0
4 ---- 6	11	15,7
6 ---- 8	02	2,8
8 e +	23	32,9
total	70	100,0

Quanto ao número de vezes de procura de atendimento nos serviços públicos de saúde constatou-se que dos 70 usuários entrevistados, 40,0% procuraram atendimento, no período de jan/93 a nov/93, de 2 a 4 vezes ; 32,9% procuraram 8 vezes e mais ; 15,7% de 4 a 6 vezes ; 8,6% de uma a duas vezes ; e 2,8% de 6 a 8 vezes.

Tabela 37. Distribuição de número e percentagem de usuários segundo encaminhamento aos Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

encaminhamento	n ^o	%
sim	14	20,0
não	56	80,0
total	70	100,0

Observa-se que dos 70 usuários entrevistados, 80,0% não foram encaminhados aos serviços públicos de saúde ; e 20% chegaram aos serviços por encaminhamento.

Tabela 38 - Distribuições de número e percentagem de usuários segundo utilização dos serviços de saúde, Capivari, SP, nov/1993.

serviços de saúde	nº	%*
Centro de saúde	04	5,7
Santa Casa	30	43,0
convênio	08	11,4
médico particular	08	11,4
Unidades Básicas de Saúde	10	14,2
Unicamp	04	5,7
PUC Campinas	03	4,3
outros	03	4,3

*Percentagem calculada em relação aos 70 usuários entrevistados.

Constata-se que dos 70 usuários entrevistados, 43,0% utilizam os serviços de saúde da Santa Casa de Misericórdia ; 14,2% usam os serviços das Unidades Básicas de Saúde ; 11,4% utilizam Convênio ; 11,4% usam médico particular ; 5,7% usam Centro de Saúde ; 5,7% Unicamp ; 4,3 PUC Campinas ; e 4,3% outros serviços de saúde.

Verifica-se pelos dados que 72,9% utilizam serviços de saúde do SUS e 27,1% outros serviços.

Tabela 39- Distribuição de número e porcentagem de usuários segundo acesso ao sistema de saúde. Capivari, SP, nov/1993.

acesso	n ^o	%
facilidade	51	72,9
dificuldade	19	27,1
total	70	100,0

Dos 70 usuários entrevistados, 72,9% referiram facilidade de acesso ao sistema de saúde ; 27,1% mencionaram dificuldades conforme motivos especificados na tabela 9.

Tabela 40 - Distribuições de número e percentagem de usuários segundo dificuldades de acesso ao sistema de saúde, Capivari, SP, nov/1993.

motivos de dificuldade	n ^o	%*
demora para marcar consulta	04	21,0
o médico demora para chegar	08	42,1
passam pessoas amigas na frente	01	5,2
tem poucos médicos	07	36,8
não tem remédio	05	26,3
os funcionários não explicam direito onde tem que ir	01	5,2
não há indicação nas salas	---	---
outros	07	36,8

* percentagem calculada em relação aos 19 usuários que mencionaram dificuldades .

Observa-se que dos 19 usuários entrevistados que mencionaram dificuldades, 42,1% referem como motivo de dificuldade demora do médico para chegar ao serviço ; 36,8% que tem poucos médicos ; 36,8% outros motivos ; 26,3% que não tem remédio ; 21,0% que demora para marcar consulta ; 5,2% que pessoas amigas passam na frente ; e 5,2% que os funcionários não explicam direito onde tem que ir.

Tabela 41 - Distribuição do número e percentagem dos usuários, segundo opinião sobre existência de prioridade de atendimento aos casos graves. Capivari, SP, nov/1993.

prioridade de atendimento	nº	%
sim	44	62,9
não	07	10,0
não sabe	19	27,1
total	70	100,0

Segundo dados coletados, dos 70 usuários entrevistados que opinaram, 62,9% afirmaram prioridade de atendimento aos casos graves ; 27,1% não souberam informar ; e 10,0% negaram.

Tabela 42 - Distribuição de número e percentagem de usuários segundo sexo e faixa etária dos Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Faixa etária	Sexo				Total	
	masculino		feminino		nº	%
	nº	%	nº	%		
10 ---- 15	01	4,2	--	--	01	1,4
15 ---- 20	03	12,5	02	4,4	05	7,1
20 ---- 25	03	12,5	06	13,0	09	12,8
25 ---- 30	03	12,5	07	15,2	10	14,3
30 ---- 35	01	4,2	05	10,9	06	8,6
35 ---- 40	05	20,8	08	17,3	13	18,6
40 ---- 45	--	---	02	4,4	02	2,9
45 ---- 50	01	4,2	05	10,9	06	8,6
50 e +	07	29,1	11	23,9	18	25,7
Total	24	100,0	46	100,0	70	100,0

A maioria dos usuários entrevistados é do sexo feminino (65,7%). A faixa etária predominante tanto no sexo masculino (29,1%) quanto no sexo feminino(23,9%) é a de 50 anos e mais.

Tabela 43 - Distribuições do número e percentagem de usuários segundo opiniões sobre o grau de qualidade do atendimento dos profissionais dos Serviços de Públicos Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Grau de qualidade	profissionais					
	da recepção		funcionários		médicos	
	nº	%	nº	%	nº	%
bom	60	86,9	57	82,6	63	91,0
mais ou menos	06	8,7	09	13,0	03	4,3
ruim	01	1,5	01	1,5	01	1,5
não sabe	02	2,9	02	2,9	02	2,9
total*	69	100,0	69	100,0	69	100,0

* Excluída 01 entrevista.

Constata-se que dos 69 usuários entrevistados, 91,3% mencionaram que o atendimento médico é bom, a seguir referiram o atendimento de recepção com 86,9%, e em terceiro lugar o atendimento de funcionários com 82,6%. No que se refere ao atendimento com a qualidade de " mais ou menos ", 13,0% referiram-se aos funcionários, 8,7% a recepção e 4,3% aos médicos.

Já na qualidade de atendimento ruim, 1,5% atribuiu igualmente a recepção, funcionários e médicos; e 2,9% não souberam responder sobre a qualidade do atendimento.

Tabela 44 -Distribuição de número e porcentagem de usuários segundo satisfação em relação aos serviços de saúde oferecidos pelos Serviços Públicos, Capivari, SP, nov/1993.

satisfação com o serviço	nº	%
sim	57	81,4
não	11	15,7
não sabe	02	2,9
total	70	100,0

As respostas obtidas dos 70 usuários entrevistados quanto a satisfação em relação aos serviços de saúde demonstram que 81,4% responderam que sim ; 15,7% responderam que não ; e 2,9% não souberam responder.

Tabela 45 - Distribuições de número e percentagem de usuários segundo satisfação e sugestões emitidas em relação aos serviços de saúde oferecidos pelos Serviços Públicos. Capivari, SP, nov/1993.

sugestões	sim*		satisfação não**		não sabe***	
	nº	%	nº	%	nº	%
sem sugestões	27	47,4	---	---	01	50,0
organizar distribuição de medicamentos	11	19,3	02	18,2	---	---
aumentar nº de médicos (clínicos e especialistas)	12	21,1	03	27,3	01	50,0
maior atenção do prefeito à saúde	01	1,7	---	---	---	---
organizar transporte de pacientes	02	3,5	---	---	---	---
não sabe o que sugerir	08	14,0	02	18,2	---	---
agilizar o atendimento	---	---	01	9,1	---	---
capacitar funcionários e médicos	03	5,3	04	36,4	---	---

* Percentual calculado em relação aos 57 entrevistados que mencionaram satisfação com o serviço.

** Percentual calculado em relação aos 11 entrevistados que mencionaram não estar satisfeitos com os serviços.

*** Percentual calculado em relação aos 2 entrevistados que não souberam opinar sobre satisfação com os serviços.

Dos 57 usuários entrevistados que mencionaram satisfação com os serviços, 47,4% não apresentaram sugestões ; 21,1% sugeriram aumentar o número de médicos ; 19,3% organizar distribuição de medicamentos e 14,0% não souberam apresentar sugestões.

Já dos 11 usuários entrevistados que referiram não estar satisfeitos com os serviços, 36,4% sugeriram a necessidade de capacitar médicos e funcionários ; 27,3% aumentar o número de médicos ; 18,2% sugeriram que se organize a distribuição de medicamentos e 18,2% não souberam apresentar sugestões.

Dos 57 usuários entrevistados que não souberam apresentar sugestões, 50,0% confirmou e 50,0% apresentou a sugestão de aumentar o número de médicos

Observa-se que dos 57 usuários entrevistados, 21,1% que referiram satisfação com os serviços e dos 11 usuários entrevistados, 27,3% que manifestaram insatisfação apresentaram a sugestão de aumentar o número de médicos ; 19,3% dos satisfeitos e 18,2% dos insatisfeitos sugeriram a necessidade de organizar a distribuição de medicamentos ; 14,0% do primeiro grupo e 18,2% do segundo grupo não souberam apresentar sugestões ; e 5,3% e 36,4%, respectivamente, apresentaram a sugestão de capacitar médicos e funcionários.

Tabela 46 - Distribuição de número e percentagem de entrevistados segundo opinião sobre a população de direito de uso dos Serviços Públicos na área de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

opinião de direito de uso	n ^o	%
para quem não tem dinheiro para ir ao médico particular	17	24,3
é direito que qualquer um tem	43	61,4
Não sabe	10	14,3
Total	70	100,0

No que se refere a opinião sobre a população de direito de uso dos serviços públicos, observa-se que dos 70 entrevistados 61,4% responderam ser um direito que qualquer pessoa tem ; 24,3% que são serviços para quem não tem dinheiro para ir ao médico particular ; e 14,3% não souberam manifestar-se sobre a questão.

Tabela 47 - Distribuições de número e percentagem de usuários segundo atitudes frente a problemas em relação ao atendimento nas Instituições de Saúde do Serviço Público, Capivari, SP, nov/1993.

Atitude do usuário	nº	%*
não reclamar	14	20,0
reclamar para os próprios funcionários	10	14,3
reclamar para os médicos	14	20,0
reclamar para rádio ou jornal	02	2,8
reclamar para o diretor do Posto	13	18,6
reclamar para o representante do bairro	----	----
reclamar para o Prefeito	11	15,7
reclamar para o Conselho municipal de Saúde	09	12,8
outros	02	2,8

* Percentagem calculada em relação aos 70 usuários entrevistados.

Dos 70 usuários entrevistados, 20,0% informaram que não reclamam quando têm problemas em relação ao atendimento ; 20,0% informaram que reclamam para os médicos ; 18,6% que reclamam para o diretor do posto ; 15,7% para o Prefeito ; 14,3% para os próprios funcionários ; 12,8% para o Conselho Municipal de Saúde ; 2,8% reclamam no rádio ou jornal ; e 2,8% referiram outras atitudes.

Tabela 10 - Distribuição de número e percentagem de usuários segundo opinião sobre exclusividade médica nas consultas (em geral) nos Serviços Públicos de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

Profissionais	n ^o	%
médicos	52	74,3
outros	18	25,7
total	70	100,0

Observa-se que dos 70 usuários entrevistados, 74,3% são de opinião que as consultas são de exclusividade médica ; e 25,7% manifestaram que a consulta é um ato que não se restringe apenas ao médico, podendo ser realizada por outros profissionais.

Tabela 49 - Distribuição e percentagem de usuários segundo grau de capacitação para leitura, Capivari, SP, nov/1993

Grau de capacitação para leitura	n-	%
não sabe ler	10	14,2
lê bem	26	37,2
lê mais ou menos	28	40,0
lê mal	06	8,6
total	70	100,0

Quanto ao grau de capacitação para leitura dos 70 usuários entrevistados, 40,0% refere ler mais ou menos ; 37,2% que sabe ler bem ; 14,2% mencionaram que não sabem ler ; e 8,6 responderam saber ler mal.

Os resultados mais significativos de pesquisa com os usuários revelam que:

- do total de 70 usuários entrevistados predomina o usuário do sexo feminino(65,7%) e da faixa etária de 50 anos e mais de ambos os sexos(tabela 42)

- a partir dos dados coletados observa-se que 61,5% dos usuários entrevistados buscam atendimento nos Serviços Públicos de Saúde com o objetivo de realizar consulta médica e 1,4% para marcar consulta médica. Esse dado é significativo à medida que pode caracterizar que os serviços de saúde funcionam, predominantemente, como pronto atendimento, sem agendamento de consultas e sem priorizar programas de saúde (tabela 31-a).

- destacamos que nenhum dos usuários entrevistados referiu-se procurar os serviços de saúde para vacinas e 1,4% coloca como motivo receber leite(tabela 31-a).

- o fato de 60,0% dos usuários se locomoverem a pé para os serviços de saúde; 64,2% referiram proximidade entre serviços/domicílio; e 72,9% concordarem com a facilidade de acesso, leva a deduzir que o clientela procura os serviços de saúde conforme a área de abrangência e que esses serviços estão localizados adequadamente(tabelas 34, 39 e 33).

- quanto ao tempo de frequência dos usuários aos Serviços Públicos de Saúde, os dados demonstram que 24,3% os utiliza há 6 anos e mais; e no que se refere ao número de vezes de procura no período de jan a nov/93, 40,0% procuraram atendimento de 2 a 4 vezes e 32,9% procuraram 8 vezes e mais, o que pode sugerir

doenças e/ou baixa resolubilidade destes serviços(tabelas 35 e 36).

- observa-se que 80,0% dos usuários não chegaram aos serviços por encaminhamento, indo por conta própria, e que a Santa Casa de Misericórdia atende 43,0% da demanda, o que leva a supor que a Santa Casa apresenta maior resolubilidade que os outros serviços embora esteja sendo sobrecarregada ao suprir as ações primárias(tabelas 37 e 38).

- de acordo com os dados coletados o SUS atende 72,9% da demanda e os serviços privados o restante, o que pode caracterizar a baixa resolubilidade do sistema, a não absorção da demanda e/ou a insatisfação com os serviços prestados(tabela 38).

- as dificuldades de acesso aos serviços foram relatados por 27,1% dos usuários, dentre os quais 42,1% dos entrevistados referem a demora de chegada do médico e 36,8% que há poucos médicos. Dos 27,3% dos insatisfeitos, a sugestão apresentada foi aumentar o número de médicos. A falta de organização na distribuição dos medicamentos foi apontada por 26,3% dos usuários satisfeitos e 18,2% dos insatisfeitos que sugeriram organizar a distribuição de medicamentos(tabelas 39, 40, 43 e 45).

Constatou-se que mesmo os usuários que se declararam satisfeitos apresentaram as mesmas sugestões que os insatisfeitos, em proporções semelhantes, o que pode sugerir que além do reduzido número de médicos existentes, estes não correspondem às expectativas e demanda da população em relação ao atendimento médico.

- quanto a opinião sobre o grau de qualidade de atendimento os dados demonstram que 91,3% dos usuários atribuem ao médico o grau "bom", e nas sugestões apresentadas pelos que se declaram satisfeitos com os serviços 5,3% e 36,4% dos insatisfeitos sugerem a capacitação de médicos e funcionários(tabelas 32, 43 e 45).

- quanto as atitudes frente aos problemas de atendimento 20,0% referem que reclamam para o médico, e, igualmente o mesmo percentual, 20,0% referem que não reclamam; 18,6% reclamam para o diretor do Posto; 15,7% para o prefeito; 12,5% ao Conselho Municipal de Saúde; 2,8% para jornal ou rádio e nenhum entrevistado para o representante do bairro(tabela 47).

-- os dados acima refletem um contradição nas respostas obtidas quanto à classificação da qualidade do atendimento do médico. O que pode estar relacionado aos valores sociais atribuídas à figura deste profissional. Estes dados podem também sugerir que os usuários entrevistados buscam a resolubilidade de suas reivindicações individualmente e não canais de expressão que representam a coletividade(Conselho Municipal de Saúde, representante de bairro, rádio e jornal).

- a maioria dos usuários referiu o atendimento dos médicos, da recepção e dos funcionários, respectivamente, como "bom", e na classificação "mais ou menos" os funcionários aparecem em 1º lugar. Nota-se a confirmação desses dados quando da sugestão dos usuários satisfeitos e insatisfeitos, sobre a necessidade de melhorar capacitação de funcionários(tabelas 41 e 43). Estes dados são significativos ao demonstrar que pode haver a necessidade mencionada pelos usuários, pode ainda sugerir que

sendo o funcionário o representante da Instituição, ou seja, o portador da informação de que não há leite, o médico vai atrasar, não tem remédio, etc, torna-se o alvo da insatisfação com o atendimento.

A proximidade sócio-econômica e cultural possibilita a livre expressão da crítica dos usuários na medida em que pode haver maior identificação e acesso em relação aos funcionários.

- no que se refere ao direito de uso dos Serviços Públicos de Saúde, 24,3% dos usuários são da opinião que estes serviços devem ser utilizados pelos que não têm condições financeiras para ir ao médico particular e 14,3% não souberam responder. Na avaliação do grau de capacitação para leitura 62,8% referem ler "mais ou menos", que não sabe ler ou que lê mal. Quando interrogados sobre sugestões para melhorar o atendimento 14,0% dos satisfeitos e 18,2% dos insatisfeitos, com os serviços de saúde, não souberam apresentar sugestões. A resposta " não reclamar" como atitude frente a problemas de atendimento foi dada por 20,0% dos usuários entrevistados(tabelas 44, 45, 47 e 49).

Os dados coletados refletem o não conhecimento dos usuários entrevistados sobre direitos constitucionais relativos à saúde, particularmente, sobre direito de exercício de cidadania na participação do controle social; e dos seus representantes legais no processo de participação social. O baixo grau de capacitação para leitura pode estar relacionado com o acesso às informações que dariam esse conhecimento e contribuiriam para despertar a consciência da cidadania.

- observa-se pelos dados de opinião sobre quem poderia fazer consultas que 74,3% dos usuários referiram a exclusividade dos médicos, refletindo mesmo padrão cultural brasileiro(tabela 48)

5.5. Pesquisa Domiciliar

Na aplicação dos formulários dessa pesquisa houve excelente receptividade da população em relação aos entrevistadores, que foram recebidos por grande parte dos moradores. À pedido da equipe o Secretário Municipal de Saúde gravou uma mensagem esclarecendo a população sobre nossa visita. A ampla divulgação da mensagem e a entrevista realizada "ao vivo" com quatro membros da equipe em programa de grande audiência da Rádio Local, assegurou um elo de comunicação do grupo com a comunidade.

Em algumas questões do formulário aplicado, houve exclusão de entrevistadas(número específico no rodapé da tabela), por inadequação da resposta em relação à pergunta e por falta de registro das respostas, justificada pela inexperiência dos entrevistadores.

Tabela 50 - Distribuição de n^o e porcentagem de gestantes, mães de crianças menores de 1 ano e gestantes que são mães de menores de 1 ano, segundo bairro de residência, Capivari, SP, nov/93.

Bairros	GM		Gestantes		Mães de cça < 1 ano		TOTAL	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Centro			9	11,7	14	8,9	23	9,8
Castelani			2	2,6	10	6,4	12	5,0
Izildinha	1	33,3	6	7,8	12	7,7	19	8,1
V. Fátima			1	1,3	4	2,6	5	2,1
subtotal	1	33,3	18	23,4	40	25,6	59	25,0
Eng. Velho			5	6,5	2	1,3	7	3,0
Jd. Sto. Ant ^o			4	5,1	4	2,5	8	3,4
subtotal			9	11,7	6	3,8	15	6,8
Morro dos Macacos			3	3,9	3	3,0	6	2,5
Vila Ballan			9	11,7	15	9,6	24	10,2
V. Clemente			2	2,6	3	1,9	5	2,1
subtotal			14	18,2	21	13,5	35	14,8
Marchioretto	2	66,7	22	28,6	47	30,1	71	30,1
Padovani			2	2,6	2	1,3	4	1,7
São Marcos			1	1,3	3	1,9	4	1,7
subtotal	2	66,7	25	32,5	52	33,3	79	33,5
Capossoli			3	3,8	6	3,9	9	3,8
Morada do Sol			1	1,3	5	3,2	6	2,5
Porto Alegre			6	7,8	20	12,8	26	11,0
Res. Sto. Ant ^o			1	1,3	6	3,8	7	3,0
subtotal			11	14,2	37	23,7	48	20,3
TOTAL	3	100,0	77	100,0	156	99,9	236	100,0

Análise: Marchioretto é o Bairro com maior número de gestantes e mães menores de 1 ano representando 30.1% da amostra. A seguir encontram-se maior número nos Bairros de Porto Alegre (11.0%) e Vila Ballan (10.2%) e Centro (9.8%).

Tabela 51- Distribuição de nº e % de respondentes segundo tempo de moradia em Capivari. Capivari, SP, nov/1993.

Tempo de moradia	nº	%
< 1 ano	33	14,0
01 ----- 10	98	41,5
10 ----- 20	59	25,0
20 ----- 30	46	19,5
TOTAL	236	100,0

Análise : Das 236 entrevistadas, 41,5% residem em Capivari de 1 a 9 anos, 25,0% entre 10 e 19 anos, 19,5% há mais de 20 anos e 14,0% a menos de 1 ano.

Tabela 52 - Distribuição de nº e porcentagem de determinados alimentos segundo consumo de no mínimo 3 vezes por semana pelas entrevistadas. Capivari, SP, nov/1993.

alimentos	carne	ovo	arroz	feijão	legume	verdura	fruta	outros
consome por semana	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº
sim	164 78,85	85 40,87	206 99,04	193 92,79	153 73,56	160 76,92	119 56,73	17 8,17
não	43 21,15	23 59,13	2 0,96	15 7,21	55 26,44	48 23,08	90 43,27	191 91,83
TOTAL	208 100,0	208 100,0	208 100,0	208 100,0	208 100,0	208 100,0	208 100,0	208 100,0

* Excluídas 28 entrevistas.

Dos dados coletados observa-se e que o arroz é o alimento mais consumido 99,04% pelas entrevistadas, seguido pelo feijão 92,79%, carne 78,85%, verdura 76,92%, legume 73,56% e fruta 56,73%. O alimento menos consumido é o ovo, 40,87%, e apenas 8,17% das entrevistadas responderam que consomem outro alimento não perguntado.

Tabela 53 - Distribuição do número e percentagem de gestantes e mães de crianças menores de 1 ano segundo Distritos Sanitários. Capivari, SP, nov 1993.

Pop. alvo	Centro		Eng Velho		V. Balian		Padovani		P.Alegre		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
gestantes	18	7,6	9	3,8	14	6,0	25	10,6	11	4,6	77	32,6
mães <1 ano	40	17,0	6	2,5	21	8,8	52	22,0	37	15,7	156	66,1
mães e gestantes	1	0,4					2	0,8			3	1,2
Total	59	25,0	15	6,3	35	14,8	79	33,4	48	20,3	236	100,0

Ao agrupar-se os Bairros segundo os Distritos Sanitários encontramos uma maior concentração de população alvo no distrito de Padovani (33,4%) seguido do Centro (25,0 %) e Porto Alegre (20,3 %).

Tabela 54 - Distribuição de nº e porcentagem de mães de crianças menores de 1 ano segundo tipo de parto na última gestação, e Distrito Sanitário, Capivari, SP, nov/1993.

tipo de parto	Centro		Eng. Velho		V. Ballan		Padovani		Porto Alegre		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
normal	21	42,9	7	70,0	15	50,0	31	45,6	24	75,0	98	49,2
cesariana	27	55,1	3	30,0	15	50,0	37	54,4	12	25,0	100	50,3
forceps	1	2,0									1	0,5
total	49	100,0	10	100,0	30	100,0	68	100,0	37	100,0	199	100,0

Exceto nos distritos de Engenho Velho (30%) e de Porto Alegre (25%), todos os Distritos têm uma porcentagem de cesarianas igual ou superior a 50%, com destaque para o Distrito de Padovani (54,4%) e Centro (55,1%).

Tabela 55 - Distribuição de número e porcentagem de respondentes segundo conhecimento de comportamentos de risco durante a gravidez. Capivari, SP, nov/1993.

causa	usar muito sal na comida		fumar		ingerir bebida alcoólica		outros	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
sim	110	47,62	203	87,88	198	85,71	64	27,70
não	121	52,38	28	12,12	33	14,29	167	72,30
total*	231	100,0	231	100,0	231	100,0	231	100,0

*Excluídas 5 entrevistas.

Em relação à comportamentos de risco durante a gravidez, 87,88% das entrevistadas reconhecem o ato de fumar, 85,71% à ingestão de bebida alcoólica. O salgar a comida em demasia não é entendido como comportamento de risco à gravidez por 52,38% das entrevistadas.

Tabela 56 - Distribuição de número e percentagem de entrevistadas segundo local de preferência de atendimento em caso de emergência durante a gravidez. Capivari, SP, nov/1993.

lugar de procura	posto de saúde		hospital		farmácia		outros	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
sim	122	55,45	50	22,73	2	0,91	21	9,55
não	98	44,55	170	77,23	218	99,09	199	90,45
total*	220	100,0	220	100,0	220	100,0	220	100,0

* Excluídas 16 entrevistas.

Análise : Os postos de Saúde são os lugares que prioritariamente as entrevistadas disseram que procurariam (55,45%), no caso de passarem mal durante a gravidez, seguido pelo Hospital (Sta. Casa) (22,73%) . As farmácias não são consideradas pelas entrevistadas como lugar adequado para procurar atendimento (99,09%).

Tabela 57 - Distribuição de número e percentagem de respondentes segundo relação com o médico sobre dúvidas e esclarecimentos relativos à saúde. Capivari, SP, nov/1993.

Pergunta sobre o que quer saber	n ^o	%
sim	179	77,16
não	53	22,84
total*	232	100,0

* Excluídas 4 entrevistas.

Obs : Das 232 entrevistadas, 77,16% esclarecem suas dúvidas diretamente com o médico e 22,84% não esclarecem.

Tabela 58 - Distribuição de número e percentagem de respondentes segundo opinião quanto à importância da consulta puerperal. Capivari, SP, nov/1993.

importante	nº	%
sim	196	87.89
não	27	12.11
total*	223	100.0

* Excluídas 13 entrevistas.

Pelos dados obtidos ficou demonstrado que das 223 entrevistadas 87,89% acham importante a consulta puerperal. 12,11% não acham importante.

Tabela 59 - Distribuição de número e percentagem de gestantes e mães de crianças menores de 1 ano segundo lugar do último parto. Capivari, SP, nov/1993.

local do parto	pop. alvo	
	n ²	%
em casa *	3	1,3
hosp/Sta. Casa	233	98,7
total	236	100,0

* 2 fizeram o parto quando residiam em Alagoas e 1 em Curitiba.

Das 236 entrevistada, 1,3% tiveram o último parto em casa com ajuda de parteira, e 98,7% em hospital (não necessariamente em Capivari).

Tabela 60 - Distribuição de número e percentagem de mães de crianças menores de 1 ano e mães-gestantes de crianças menores de 1 ano segundo amamentação . Capivari, SP, nov/1993.

amamenta ou amamentou	n ^o	%
sim	136	86,08
não	22	13,92
total*	158	100,0

* Excluída 1 entrevista.

Das 158 mães de crianças menores de 1 ano e gestantes que são mães de crianças menores de 1 ano, 86,08% amamentam (ou já amamentaram), seus filhos, 13,92% não amamentam. Entre as que não amamentam ou amamentaram os motivos principais foram : Cirurgia, rachadura no bico, leite secou, problema de saúde, o nenê não pegou.

Tabela 61 - Distribuição de número e percentagem de gestantes e gestantes que são mães de crianças menores de 1 ano segundo intenção de amamentar. Capivari, SP, nov/1993.

pretendem amamentar	n ²	%
sim	77	98,72
não	1	1,28
total*	78	100,0

* Excluídas 2 entrevistas.

Das 78 gestantes e gestantes que são mães de crianças menores de 1 ano, 98,72% pretendem amamentar, e apenas 1,28% não têm intenção de amamentar.

Tabela 62 - Distribuição de número e porcentagem de gestantes e mães de crianças menores de 1 ano. Capivari, SP, nov/93.

População Alvo	nº	%
Gestantes	77	32,6
Mães de crianças < 1 ano	156	66,1
Mães de crianças < 1 ano e gestantes	3	1,3
Total	236	100,0

Dos 1.932 domicílios visitados foram encontrados 236 domicílios com gestantes e/ou mães de crianças menores de 1 ano. Do total da amostra, 32,6% eram gestantes, 66,7% mães de crianças menores de 1 ano e 1,3% de gestantes que eram também mães de crianças menores de 1 ano.

Tabela 63 - Distribuição e número das entrevistadas segundo grau de capacidade de entendimento das orientações recebidas de profissional da área de saúde. Capivari, SP, nov/1993.

Entende	n ^o	%
sim	159	68,53
não	5	2,16
mais ou menos	68	29,31
total*	232	100,0

* Excluídas 4 entrevistadas

Das 232 entrevistadas, 68,53% responderam que entendem as orientações dadas pelos profissionais da área de Saúde, 29,31% responderam que entendem mais ou menos e 2,16% não entendem.

Os motivos do não entendimento e das que entendem mais ou menos dizem respeito, em sua grande maioria, à linguagem técnica ou porque "os médicos falam tanta coisa que a gente se atrapalha".

Tabela 64 - Distribuição de número e percentagem de entrevistadas segundo conhecimento da finalidade do gráfico do cartão de Saúde, Capivari, SP, nov/1993.

finalidade do gráfico	n ^o	%*
não sabe	142	62,3
para registrar o peso do bebê	16	7,0
para acompanhar o crescimento do bebê	54	23,7
para registro das vacinas	21	9,2
para marcar retorno a consulta	10	4,4

* Excluídas 8 entrevistadas

Das 228 entrevistadas, 62,3% disseram não saber para que serve o gráfico do Cartão de Saúde da criança ; 23,7% opinaram ser para acompanhar o crescimento da criança ; 9,2% opinaram ser para registrar as vacinas ; 7,0% opinaram que seria para registrar o peso da criança.

Tabela 65 - Distribuição de número e percentagem de entrevistadas segundo opinião sobre a quem recorrer no caso da criança adoecer. Capivari, SP, nov/1993

a quem recorrer	n ^o	%*
Médico do Posto	82	41,0
Pediatra	112	56,0
Farmácia	2	1,0
Hospital (St ^a . Casa)	19	9,5
Convênios médicos e assistência médica de sindicatos	13	6,5

* Calculado sobre 200 entrevistadas. Foram excluídas 30 entrevistas.

Das 200 entrevistadas, 56,05 opinaram que recorreriam ao Pediatra, 41,0% ao Médico do Posto, 9,5% ao Hospital (St^a. Casa), 6,5% aos convênios médicos e assistência médica de Sindicatos e apenas 1,0% recorreriam às Farmácias.

Tabela 66 - Distribuição de número e percentagem de entrevistadas segundo faixa etária. Capivari, SP, nov/1993.

Faixa Etária	entrevistadas	
	n ^o	%
13 ----- 20	57	24.0
20 ----- 35	159	68.0
35 ----- 42	19	8.0
total *	235	100.0

* Excluída 1 entrevista.

Das 235 entrevistas, 68,0% encontraram-se na faixa etária de 20 a 34 anos, 24,0% na faixa etária de 13 a 19 anos e 8,0% na faixa de 35 a 42 anos.

Tabela 67 - Distribuição de números e percentagem de entrevistadas segundo opinião de como a grávida deve se preparar para o parto. Capivari, SP, nov/1993.

Fonte de orientação	outras mães		parteira		Postos de Saúde		outras	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
sim	54	23,9	22	9,7	159	70,3	101	44,7
não	172	76,1	204	90,3	67	29,7	125	55,3
total*	226	100,0	226	100,0	226	100,0	226	100,0

* Excluídas 10 entrevistadas.

Das 226 entrevistadas, 70,3% opinaram que a grávida deve preparar-se indo ao Posto de Saúde, 23,9% recebendo orientação de outras mães, 9,7% recebendo orientação de parteira e 44,7% seguem também outras orientações como médico particular, do Sindicato, convênio e ainda livros e revistas.

Tabela 68 - Distribuição de número e porcentagem de mães de crianças menores de 1 ano e gestantes que são mães de criança menor de 1 ano segundo tenham ou não Cartão de Saúde da Criança. Capivari, SP nov/1993.

Possui Cartão de Saúde da cça	nº	%
sim	117	75.5
não	38	24.5
total*	155	100.0

* Excluídas 4 entrevistas.

Das 155 mães de crianças menores de 1 ano e gestantes que são mães de crianças menores de 1 ano, 75.5% possuíam Cartão de Saúde diferente do modelo apresentado e 24.5% não possuíam Cartão porque :

" Só recebe quando o bebê tem mais de 30 dias."

" O Posto não dou. "

" Precisa de certidão de nascimento."

" Ainda não levei no Posto. "

Tabela 69 - Distribuição de número e percentagem de entrevistadas segundo opinião quanto à categoria Profissional que pode consultar a criança. Capivari, SP, nov/1993

Categ. Profissional	nº	%*
Só pediatra	137	62,2
Só médico do Posto	29	13,1
Pediatra e médico do Posto	37	16,8
Ped., médico e enfermeira	4	1,8
Ped. médico e farmacêutico	2	0,9
Médico, enfermeira e farmacêutico	6	2,7
Médico e farmacêutico	1	0,5
Enfermeira	10	4,5
Farmacêutico	9	4,0
Todas acima	4	1,8

* Excluídas 16 entrevistadas. Percentagem calculada sobre 220 entrevistas.

Das 220 entrevistadas, 62,2% opinaram que só o pediatra deve consultar a criança, 13,2% optaram pelo médico do Posto. A enfermeira foi escolhida por 4,5% das entrevistadas e o farmacêutico por 4,0%. As demais opiniões versaram pela combinação de duas ou mais categorias profissionais com expressiva preferência pela combinação pediatra e/ ou médico do Posto.

Tabela 70 - Distribuição de número e percentagem de entrevistadas segundo opinião sobre distribuição de leite pelos Postos, Capivari, SP, nov/1993.

crianças que devem receber	n ^o	%
só crianças desnutridas	16	7,2
aquelas que os responsáveis não podem comprar	89	40,1
todas as crianças desnutridas e cujos responsáveis não podem comprar	67	30,2
total*	222	100,0

* Excluídas 14 entrevistas.

Das 222 entrevistas, 40,1% acham que o leite deve ser fornecido exclusivamente as crianças cujos responsáveis não podem comprá-lo, 30,2% acham que deve ser distribuídas a todas as crianças, 22,5% acham que deve ser distribuídas às crianças desnutridas e àquelas cujos responsáveis não podem comprar e 7,2% acham que deve ser distribuído só as às crianças desnutridas.

Tabela 71 - Distribuição de número e percentagem de mães de crianças menores de 1 ano, e gestantes que são mães de crianças menores de 1 ano que levam a criança ao Posto p/ a pesagem mensal. Capivari, SP, nov/1993

leva	n ^o	%
sim	124	78,0
não	35	22,0
total	159	100,0

Das 159 mães e gestantes que são mães de crianças menores de 1 ano, 78% disseram que levam a criança para a pesagem mensal e 22,0% disseram que não levam porque :

- "As moças dos postos não gostam de pesar. Só fazem isso quando a criança está doente"

- "Não precisa".

- " Não tenho muito tempo "

Tabela 72 - Distribuição de número e porcentagem de gestantes segundo assistência pré-natal. Capivari, SP, nov/93.

Faz pré-natal	número	%
Sim	74	92,5
Não	6	7,5
Total	80	100,0

Fonte:

Das 77 gestantes entrevistadas, 92,5% estão fazendo Pré-Natal e 7,5% não estão fazendo Pré-Natal.

Tabela 73 - Distribuição de número e porcentagem de gestantes segundo local de assistência Pré-Natal. Capivari, SP, nov/93.

Local de Assistência	nº	%
Posto de Saúde	38	49,3
Centro de Saúde	7	9,1
Santa Casa	1	1,3
INPS	2	2,6
UNIMED	5	6,5
Particular	5	6,5
Sindicato	6	7,8
Outro Município*	2	2,6
Nulos**	11	14,2
Total	77	100,0

Fonte:

* Outro Município: 1 em Avaré, 1 em Mombuca

** Nulos:

Das 77 gestantes, 49,3% estão tendo Assistência Pré-Natal nos Postos de Saúde, 9,1% no Centro de Saúde Central, 14,2% não há registro do local e portanto considerados como nulos.

Tabela 74 - Distribuição de número e porcentagem de gestantes sem acompanhamento de pré-natal segundo motivo. Capivari, SP, nov/93

Motivo	número	%
Não quer	2	33,3
Não tem vaga no Posto	2	33,3
Não fazem de graça no Posto	1	16,7
Só precisa depois do 4º mês de gravidez	1	16,7
Total	6	100,0

Fonte:

Das gestantes que não estão fazendo Pré-Natal, 33,3 % referiram não desejarem fazer, 33,3% referiram não haver vaga no Posto de Saúde, 16,7 % que não pode pagar o que lhe foi cobrado no Posto de Saúde e 16,7% que só é necessário após o 4º mês de gestação.

Tabela 75 - Distribuição do número e porcentagem de gestantes e mães < 1 ano com perdas fetais segundo acompanhamento pré-natal. Capivari, SP, nov. 1993.

Pré-Natal	C/Perda Fetal		S/PERDA FETAL		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	63	98,4	97	95,1	160	96,4
Não	1	1,6	5	4,9	6	3,6
Total	64	100,0	102	100,0	166	100,0

Das 64 entrevistadas que sofreram perda fetal, 98,4% fizeram Pré-Natal e 1,6% não o fizeram. Entre as que não tiveram perdas fetais, 95,1% fizeram Pré-Natal e 4,9% não fizeram.

Tabela 76 - Distribuição de número e porcentagem de perdas fetais segundo período. Capivari, SP, nov. 1993.

Perdas Fetais	nº	%
< 5 meses	61	79,2
5 - 7 meses	11	14,3
7 - 9 meses	5	6,5
Total	77	100,0

Das 77 perdas fetais, 79,2% ocorreram antes de 5 meses de gestação, 14,3% entre 5 e 7 meses e 6,5% entre 7 e 9 meses.

Tabela 77 - Distribuições de número e percentagem de entrevistadas segundo motivos pelos quais não esclarecem suas dúvidas junto ao médico, Capivari, SP, nov/1993.

motivos	nº	%
tem vergonha	16	32,7
não sabe como perguntar	6	12,3
não dá tempo para perguntar	13	26,5
o médico fala tudo	9	18,4
acha que vai aborrecer o médico	3	6,1
tem preguiça de perguntar	1	2,0
não tem interesse	1	2,0
total	49	100,0

* Excluídas 4 entrevistas.

Das 49 entrevistadas que não esclarecem suas dúvidas junto ao médico, 32,7% justificaram que não o fazem por terem vergonha de perguntar, 26,5% porque a consulta é tão rápida que não dá tempo de perguntar, 18,4% porque o médico fala tudo que é necessário elas saberem, 12,3% não sabem como perguntar, 6,1% porque acham que iriam aborrecer o médico, 2,0% tem preguiça de perguntar e 2,0% não tem interesse de esclarecer todas as dúvidas.

Tabela 78 - Distribuição de número e porcentagem do cumprimento das orientações profissionais e outros pelas entrevistadas. Capivari, SP, 1993.

Segue orientação	médico		enfermeira		parteira		farma- ceutico		outros*	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	219	92,8	44	18,6	11	4,6	21	8,9	15	6,4
Não	16	6,8	191	81,0	224	95,0	214	90,7	220	93,2
Nulos	1	0,4	1	0,4	1	0,4	1	0,4	1	0,4
Total	236	100,0	236	100,0	236	100,0	236	100,0	236	100,0

Segundo os dados coletados, observa-se que as orientações fornecidas pelos médicos são seguidas pelas entrevistadas em 92,8%, das enfermeiras em 18,6%, dos farmacêuticos em 8,9%, das parteiras (da Santa Casa de Capivari) em 4,6% e de outros como parentes, vizinhos e conhecidos em 6,4%.

Tabela 79 - Distribuição de número e porcentagem de respondentes segundo escolaridade, Capivari, SP, nov. 1993.

Escolaridade	nº	%
Não estudou	17	7,2
1º grau (1ª à 4ª série)	108	45,8
1º grau (5ª à 8ª série)	81	34,3
2º grau	27	11,4
Superior	2	0,9
Nulos*	1	0,4
Total	236	100,0

Das 236 entrevistadas, 45,8% disseram ter feito a 1ª fase do 1º grau e 34,3% disseram ter feito a 2ª fase do 2º grau, 11,4% disseram ter feito 2º grau, 7,2% disseram não ter estudado, 0,9% disseram ter feito até o curso superior. Foram considerados nulos 0,4%.

Tabela 80 - Distribuição de número e porcentagem de respondentes segundo renda familiar. Capivari, SP, nov. 1993.

Renda Familiar	nº	%
Recebe auxílio	3	1,2
< 1 SM	25	10,5
1 a 2 SM	118	50,0
3 a 4 SM	53	22,4
5 a 10 SM	23	9,7
10 SM e +	4	1,6
Nulos	11	4,6
Total	236	100,0

Das 236 entrevistadas, 50,0% recebem de 1 a 2 salários mínimos, 22,4% recebem de 3 a 4 SM, 10,5% recebem menos de 1 SM, 9,7% recebem de 5 a 10 SM e 1,6% recebem acima de 10 SM. Foram considerados nulos 4,6%.

Em decorrência do grande número de dados obtidos procurou-se salientar os mais significativos.

Das 236 entrevistadas, 14,0% residem em Capivari há menos de 1 ano e 41,0% entre 1 e 9 anos, enquanto que apenas 44,5% residem há 10 anos e mais. Tratando-se de população adulta, esse dado é significativo pois demonstra claramente a afluência de migrantes na cidade(tabela 51). A distribuição das entrevistadas segundo local de residência revela que 30,1% reside no bairro de Marchioretto, seguido de 11,0% no bairro de Porto Alegre e 10,2% na Vila Ballan(tabela 50). Em bairros se localizam em áreas menos favorecidas, fato esse que pode estar relacionado com o grande número de imigrantes que a cidade recebe em função das indústrias conexas.

Constatou-se que grande parte da população alvo é de baixa renda. Ganham até 2 salários mínimos, não tem renda ou recebem auxílio, perfazendo 65% do total dessa amostra(tabela 30). Os dados evidenciam a baixa escolaridade na medida em que 7,2% nunca estudou, 46% cursou de 1ª a 4ª série do 1º grau, e apenas 34,4% chegou a concluir o 1º grau(tabela 79).

Constatou-se que dentre as mulheres entrevistadas, a maioria eram mães de crianças menores de 1 ano(66,8%)(tabela 62). Os dados demonstram que 68% dessa população encontra-se na faixa etária de 13 a 19 anos e 8% de 35 a 42 anos(tabela 66). Esses dados evidenciam claramente que cerca de um terço(32%) da população-alvo tem gravidez de Alto Risco, o que aponta para a necessidade de uma assistência especializada voltada para o problema.

Das gestantes entrevistadas 92,5% estão fazendo pré-natal e apenas 7,5% não fazem(tabela 72). Esse dado demonstra que essa população tem fácil acesso aos serviços de saúde e reconhecem a importância e a necessidade do pré-natal. Vale ressaltar que o tipo de parto mais frequente foi a cesareana(50,3%). O posto de saúde é o local mais procurado para a assistência pré-natal, embora seja significativo o número de mulheres que procuram assistência nos serviços de saúde não ligados ao SUS, como UNIMED, consultório particular, sindicato e outros municípios(27,4%) (tabelas 54 e 73).

De acordo com os dados da tabela 75, das 64 entrevistadas que sofreram perdas fetais, 98,4% referiram acompanhamento pré-natal, sendo que 79,2% das perdas fetais ocorreram antes de 5 meses de gestação(tabela 76).

A partir desses resultados poderia-se questionar o grau de resolubilidade e qualidade de atendimento oferecido nos serviços de saúde pública da cidade.

Das 6 gestantes entrevistadas que não fazem pré-natal na última gravidez, 2 referiram-se que não tem vaga no posto e uma referiu que não fazem de graça no posto(tabela74). Esse dado causou surpresa pois os postos oferecem atendimento sem fila de espera e o serviço deve ser gratuito.

Em relação ao local do último parto, 98,7% responderam ter realizado em hospital e apenas 1,3% tiveram o filho em casa com parteira fora do município(tabela 59) isso confirma a fácil acessibilidade ao sistema de saúde.

No que diz respeito à consulta com o médico, as entrevistadas responderam: na sua maioria(77,2%) que perguntam e esclarecem suas dúvidas e das que não o fazem(22,8%), referem ter vergonhas(32,7%) seguido de não dá tempo para perguntar(26,5%) e o médico fala tudo(18,4%). Poderia se dizer que grande parte dessa amostra denota uma busca ativa de informações, porém um número significativo revela dificuldade no relacionamento com o médico durante a consulta(tabelas 57 e 77).

Os dados das tabelas 78 e 63 permitiram a seguinte avaliação: 68,6% das entrevistadas entendem as orientações dadas pelos profissionais da área de saúde e 31,5% entendem mais ou menos ou não entendem. As orientações fornecidas pelos médicos são seguidas pelas entrevistadas em 93,2%, das enfermeiras 18,7% e dos farmacêuticos em 6,9%. Há ainda 6,4% que referem seguir orientações de parentes, vizinhos e conhecidos. Conforme tabela 67, sobre opinião de como a grávida deve se preparar para o parto, das 226 entrevistadas, 70,3% responderam que se preparam no posto de saúde e 23,6% com outras mães e parteiras. Esse resultado mostra que existe uma procura às pessoas mais próximas do seu nível sócio-econômico e cultural que tem uma linguagem mais acessível facilitando sua compreensão. A orientação mais técnica e a falta de tempo dos profissionais dificultam o desenvolvimento de uma relação mais afetiva e empática com os pacientes, prejudicando o pré-natal adequado e conseqüentemente a qualidade desse atendimento.

Os postos de saúde são os locais mais procurados pelas gestantes quando passam mal(55,2%), seguido pelo hospital Santa Casa (22,7%).

O princípio de hierarquização parece não ser respeitado, uma vez que o CSII que também faz parte desse processo não é mencionado.

Segundo os dados coletados referentes ao comportamento de risco durante a gravidez(tabela 55). 87.8% reconhecem o ato de fumar, 85.7% a ingestão de bebida alcoólica e 52.4% o excesso de sal na comida. A pouca divulgação e a falta de orientação a respeito do último mencionado, deve contribuir a essa percentagem mais baixa em relação aos demais fatores de risco.

Em relação à alimentação, os dados revelam que as entrevistadas referem consumir pelo menos 3 vezes por semana arroz (87.3%), seguido de feijão (81.8%) carne (69.5%), verdura (67.8%), legumes(64,8%) e fruta (50.0%). O alimento menos consumido é o ovo (52,1%). Cabe observar que ao formular esta pergunta, os entrevistadores percebiam que grande parte das respondentes demonstravam preocupação em dar uma resposta adequada às orientações tecnicamente recebidas, porém muitas delas pareciam não ter condições de se alimentar de acordo com o que relatavam, o que pode dar margem à questionar a fidedignidade desse resultado (tabela 52).

Quanto a opinião sobre a importância da consulta puerperal, 87.9% das entrevistadas acham importante procurar assistência nesse período e apenas 12,1% responderam que não (tabela 58).

Pode-se deduzir que a maioria das entrevistadas estão informadas e conscientes quanto a sua necessidade.

No que diz respeito à amamentação, 98,7% das respondentes pretendem amamentar, 86,0% referiram amamentar ou já amamentaram seus filhos, o que evidencia uma sensibilização quanto a essa questão por parte das gestantes e mães de crianças menores de 1 ano (tabela 61 e 60).

Quanto a opinião sobre a quem recorrer no caso de a criança adoecer, obteve-se que 56% recorreriam ao pediatra, 41% ao médico do posto e 9,5% ao hospital(tabela 65). E das 220 entrevistadas 62,2% opinaram que só o pediatra deve consultar a criança e 13,2% optaram pelo médico do posto (tabela 69). Os dados revelam que 78,0% das entrevistadas levam seus bebês aos postos de saúde para controle mensal de peso e 22% das mesmas não levam (tabela 71). Muitas mães referem que só podem levar a criança para pesar quando está doente, não recebendo portanto uma orientação adequada dos postos de saúde. Esse dado ilustra que a população está razoavelmente informada sobre o profissional indicado para essa situação.

Quando mostrado o cartão de saúde da criança (PREMIN) às entrevistadas, pouquíssimas mães o reconheceram, 75,5% referiram possuir um Cartão de Saúde diferente do modelo apresentado e 24,5% não possuíam por diversos motivos("só preciso quando o bebê tiver mais de 30 dias", " o posto não deu",

precisa de certidão de nascimento". "ainda não levei no posto") (tabela 68). Constatou-se então que as unidades de saúde não cumprem suas regras de acordo com o PREMIN.

Quanto ao significado do gráfico de crescimento e desenvolvimento 62,3% não sabiam e 30,7% sabiam que era para o peso e crescimento do bebê.

Das 222 entrevistadas 40,1% acham que o leite deve ser fornecido exclusivamente às crianças cujos responsáveis não podem comprá-lo, 30,2% acham que deve ser distribuído a todas as crianças e 22,5% à crianças desnutridas e cujos responsáveis não podem comprar e 7,2% só a crianças desnutridas. (tabela 70). Esse dado revela que as entrevistadas fazem uma associação da necessidade da distribuição do leite com um problema social. Os menos favorecidos é que devem receber o leite.

5.6 - Discussão dos Resultados

A partir da triangulação dos resultados obtidos nos diversos instrumentos de pesquisa, podemos eleger os seguintes problemas que impedem o cumprimento dos princípios fundamentais do SUS:

Problema 1 - Universalização

A triagem com critério sócio-econômico realizado pela Assistente Social, que se por um lado, visa a equidade entre os usuários e se propõe, também, a racionalizar os recursos disponíveis (medicamentos, exames complementares e remoção), por outro lado, aparentemente fere o princípio da universalidade quando exclui uma parcela da população do atendimento integral. No entanto, não ficou claro se os documentos exigidos para a entrevista com a Assistente Social (anexo), não exclui justamente a parcela menos favorecida, que em sua maioria não possui, pelo menos, 2 dos documentos: hollerith e comprovante de residência. De acordo com pesquisa domiciliar, 13,9% da população alvo tem renda familiar inferior a 1 salário mínimo e, portanto, não estão inseridos no mercado formal de trabalho. A mesma pesquisa revela que 43,7% da amostra reside em favelas sem rede de água e eletricidade, não sendo, portanto, capazes de apresentar tais documentos.

Problema 2 - Integralidade

A predominância de pronto atendimento evidenciada na pesquisa junto à gerência, funcionários e usuários, aponta para um modelo assistencial de caráter eminentemente curativo em detrimento do caráter preventivo proporcionado pelo agendamento regular de consultas.

Esta modalidade de atenção, se por um lado a curto prazo facilita o acesso, por outro lado, a longo prazo, onera o Sistema de Saúde obrigando-o a um número maior de consultas por usuário sem obter a desejada resolutividade e racionalidade.

A ausência de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos à nível regional, resulta no descompromisso em relação aos pacientes referenciados para serviços de atenção terciária fora do município. Conseqüentemente, não há garantia de atendimento e nem preocupação com a contra-referência.

Problema 3 - Hierarquização e Regionalização

O encaminhamento de pacientes para o nível terciário, dentro e fora do município, pelos Postos de saúde revelado pela pesquisa junto à funcionários,usuários e moradores indicam uma precária hierarquização dos serviços. A mesma pesquisa demonstra que grande parte dos pacientes acessa o nível terciário por conta própria reforçando esta constatação. O livre acesso através de mecanismo informal redundando no estrangulamento do Pronto Socorro da santa Casa, e na inexistência da contra-referência , em prejuízo da continuidade do atendimento e do retorno da informação.

A inexistência de uma regionalização formal, o que fica claro na entrevista da gerência, prejudica a redistribuição das demandas de forma hierarquizada e regionalizada e descaracteriza o atendimento por grau de complexidade.

Problema 4 - Capacidade de Resolução e Qualidade dos Serviços

A observação da dinamica de serviço das Unidades Básicas de Saúde somadas a análise das pesquisas domiciliar,com usuários e com funcionários, indicam que o grau de resolutividade da atenção primária é muito baixo, como se pode depreender do que se segue abaixo:

- Desativação da U.B.S Engenho Velho deixando a descoberto a população da área de abrangência :

- A U.B.S. Padovani aparentemente presta assistência apenas à população infantil e feminina. Dada a alta razão de masculinidade

encontrada no Município e considerável que contingente da população que fica sem assistência na área de abrangência.

- Embora a população seja predominantemente jovem, não há qualquer atividade ou programa de saúde que visa essa população, mesmo havendo alto índice de gravidez na adolescência.

- Dados demográficos indicam que 15,6% da população é de indivíduos acima de 50 anos e 9,3% já tem 65 anos e mais. A mortalidade por doenças crônico-degenerativas característica da terceira idade é bastante expressiva e no entanto, não há acompanhamento de idosos.

- Em todos os Postos a indicação de exames e o fornecimento de medicamentos depende da autorização da Assistente Social. Grande parte dos usuários considera o deslocamento para a entrevista com a mesma, um obstáculo financeiro significativo.

- A pesquisa revelou que 22,7% das mães e 43,0% dos usuários referem acessar o Pronto Socorro da Santa Casa por conta própria nos horários que não tem médico na Unidade. A equipe observou que, a partir das 9:00 horas não se encontra mais profissional médico nas Unidades Básicas de Saúde. A falta de compromisso desses profissionais com a jornada de trabalho gera a já citada sobrecarga na Santa Casa de Misericórdia. Não é de admirar que 27,0% dos usuários destas mesmas Unidades recorram a Planos de Saúde do setor privado e Associações, e Sindicatos se vejam obrigados a organizar serviços de atenção primária para os seus filiados.

- embora a maioria dos usuários se declare satisfeito com os serviços prestados, nas sugestões para melhoria na qualidade de

serviços apontam o aumentar número de médicos e resolver o problema de fornecimento de medicamentos. É significativo que satisfeitos e insatisfeitos sugerem a capacitação de médicos e funcionários. Na visão dos funcionários mais da metade dos usuários estariam insatisfeitos com os serviços da Unidade, classificando-os principalmente como "insistentes", "implicantes" e "agressivos" Isto denota que tanto os usuários como os funcionários tem uma visão negativa sobre a qualidade do serviço.

- a análise das perdas fetais ocorridas na população pesquisada revelou um dado surpreendente em relação à Assistência Pré-Natal. Ao contrário do que se esperava a realização de Pré-Natal não modifica o risco de ocorrer perda fetal, senão vejamos: Ao analisar a Tabela 7 , calcular a associação dos dados tentando-se estabelecer o Risco Relativo (R.R.) de ocorrer ou não perdas fetais considerando-se como fator de exposição ao risco de ocorrer o dano, o fato de não fazer Pré-Natal e fator de não exposição ao risco de ocorrer o dano, o fato de fazer Pré-Natal, chegou-se ao R.R. igual a 0,42 portanto uma associação negativa. Invertendo-se o fator de exposição ao risco de ocorrer o dano para quem faz Pré-Natal e vice-versa chegou-se ao R.R. igual a 2,4 significando que a população entrevista que fez Pré-Natal corre um risco 2,4 vezes maior de sofrer perdas fetais do que a população que não o fez. Se esses resultados forem reais a Assistência Pré-Natal ora oferecida não é capaz de proteger a população de gestantes contra os riscos de sofrer perdas fetais, resultado incompatível com os objetivos do Programa.

- A pesquisa domiciliar também revelou que mais de 50.0% dos partos realizados na população entrevistada foram do tipo cirúrgico. Os padrões Internacionais admitem valores até 20.0%. Esses resultados demonstram claramente que mais da metade dos partos cirúrgicos não tem qualquer indicação justificável tecnicamente. O acima exposto talvez explique a aparente contradição existente entre a queda de mortalidade Neonatal ocorrida nos últimos anos na cidade e o fato de que 66.0% dos óbitos em menores de 1 ano em 1991 foram por causas Perinatais.

Problema 5 - Integração Intersetorial

Ao compreender a Saúde como um processo condicionado por diversos fatores "não médicos" tais como moradia, alimentação, saneamento básico, educação e outros, a integração dos diversos setores que influenciam a qualidade de vida da população é essencial. A existência de áreas de ocupação urbana em regiões sujeitas a enchentes e em áreas verdes, revela a falta de integração entre os Setores responsáveis pela Saúde, Planejamento Ambiental e de Saneamento Básico.

Problema 6 - Participação Popular

Na avaliação realizada através da Sessão de Grupo Focal nota-se claramente que o Conselho Municipal de Saúde, embora conheça a realidade local, não está adequadamente orientado quanto ao seu papel, visto que representa segmentos específicos da comunidade, mas não tem vínculo com a comunidade como um

todo. É evidente que falta-lhes o conhecimento da Legislação vigente sobre o SUS.

Durante a pesquisa domiciliar, o Gráfico do Cartão de Saúde da Criança foi reconhecido por parte das entrevistadas como sendo o existente no prontuário do Posto de Saúde. Pelo menos 1 funcionário foi de opinião que é melhor não ter o Gráfico de Crescimento e Desenvolvimento apenas no prontuário para evitar que as mães questionassem o desempenho de seus filhos. Essa atitude denota desconhecimento absoluto da Constituição Brasileira e de um dos princípios mais valiosos do SUS: o direito de todo cidadão a todas as informações referentes ao seu estado de saúde.

Problema 7 - Sistema de Informação

Os dados são coletados nos Postos através de formulários padronizados e encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde; fica claro nas entrevistas com a Gerência que os dados Epidemiológicos são muito bem trabalhados e retornam ao nível local, embora verbalmente. Os outros dados não são suficientemente analisados e desagregados para dar subsídios na priorização dos problemas e ao planejamento com enfoque de risco.

A Gerência tem consciência da importância dos dados no Planejamento Estratégico e, entre as prioridades, está a informatização da Secretaria.

6. CONCLUSÕES

A estrutura demográfica do Município de Capivari caracteriza-se por população eminentemente jovem com alta Razão de Dependência do tipo juvenil e alta Razão de Masculinidade, provavelmente originária de emigração econômica.

Essa composição indica a necessidade de Programas de Saúde voltados para o segmento jovem da população e do adulto em idade economicamente ativa, em outras palavras, Saúde do Trabalhador.

Os dados de morbimortalidade apontam claramente para uma melhoria do nível de saúde revelado pelo indicador Swaroop-Uemura que aponta para uma maior mortalidade nas faixas etárias mais avançadas e, expressivo número de óbitos por doenças crônico-degenerativas. Essas características apontam para a necessidade de Planejamento de Ações Sociais e de Saúde específicas para a Terceira Idade.

A mortalidade Infantil, tem-se reduzido ano a ano nas duas últimas décadas e caminha para os níveis desejados. Considerando-se que o componente Perinatal representa mais de 60,0% dos óbitos em menores de 1 ano e a elevação do componente infantil tardio, as ações a serem realizadas tem duas vertentes: uma primeira voltada para melhoria da qualidade da Assistência à Grávida, Parturiente e Puérpera objetivando a redução do componente Perinatal e portanto do Neonatal; e uma segunda que visaria a melhoria das condições de insalubridade da

população mais carente com conseqüente impacto no componente infantil tardio.

A delimitação de Distritos Sanitários com suas respectivas áreas de abrangência, não é suficiente para o planejamento de ações de saúde eficazes para os diversos segmentos da população. Como se vê claramente na pesquisa domiciliar e no assentamento da população (Anexos 8 e 9), há diferenças significativas no perfil socio-econômico da população de um mesmo Distrito Sanitário. O conhecimento do perfil epidemiológico desses grupos e a delimitação de Microáreas Homogêneas de Risco, permite o planejamento e implementação de ações especificamente dirigidas para as necessidades de cada área.

As informações necessárias para o planejamento dinâmico das ações de saúde, não podem ser colhidas apenas através dos instrumentos e fontes classicamente utilizados. Estes, frequentemente, caracterizam apenas as necessidades da parcela da população que acessa o Sistema de Saúde, não incluindo portanto a demanda reprimida, caracteristicamente representada pelos menos favorecidos e portanto em maior risco. A integração de representantes populares em Conselhos Gestores das UBS e CMS, frequentemente enriquece qualitativamente o nível das informações e fornece os subsídios necessários para a tomada de decisões com rapidez e eficácia, ou seja, com melhores resultados e a menor custo.

A inserção de representantes dos funcionários dos diversos níveis de atenção em Conselho Gestores e Conselhos Municipal de Saúde fornece informações preciosas sobre as insuficiências

das respectivas Unidades deficiência de treinamento e capacitação dos mesmos e é importante fator de estímulo ao quadro de recursos humanos. É notória a desorientação e desconhecimento do quadro de Recursos Humanos em relação ao seu próprio local de trabalho. As respostas traduzem um forte sentimento de baixa estima, desvalorização profissional e despreparo para assumir a nova visão de trabalho destacada pelo SUS, por desconhecimento do significado dos princípios que o norteiam. A capacitação e treinamento dos funcionários nos níveis técnico, operacional e legal influiria decisivamente no mau relacionamento com os usuários.

O baixo nível de escolaridade encontrado nas pesquisas, aponta para o baixo impacto que atividades educativas com material impresso podem produzir. A utilização da rádio local com programas curtos de entrevistas com funcionários de diversos níveis e categorias do próprio sistema de saúde e, a divulgação de informações afetas ao setor, produziriam enorme impacto, além de criar um canal de comunicação direto com a comunidade. Nossa experiência durante a pesquisa domiciliar é prova concreta do poder de penetração desse meio de comunicação.

Necessário se faz colocar que o TCM foi realizado no ano de transição do Poder Executivo Municipal, quando o orçamento executado foi da Administração anterior.

Percebe-se que a Prefeitura esta se reorganizando e preparando-se para iniciar mudanças, embora venha enfrentando sérios problemas financeiros, refletindo-se na falta de Recursos Humanos e Materiais.

É importante salientar que existe a vontade política e a definição de prioridades voltada para a Saúde e Educação, o que é fundamental para o avanço da Municipalização.

Toda a situação de precariedade enfrentada pelo Município deve-se em grande parte, ao fato dele estar categorizado na gestão incipiente, onde a lógica de compra do sistema impede o real desenvolvimento e ampliação das ações de saúde no seu sentido mais amplo.

A Gestão Incipiente deixa o Município à mercê da decisão de instâncias superiores em relação ao financiamento do seu próprio sistema de saúde. Sem dispor de autonomia para decidir o investimento necessário em cada segmento da saúde, não é possível planejar ações a médio e longo prazo. O nível seguinte, o da Gestão Parcial, permite que o montante do Fundo Municipal de Saúde seja aplicado na resolução de problemas eleitos pelo Município sem problemas de paralização por falta de fundos.

O curto espaço de tempo programado para a realização do TCM foi fator limitante para uma análise mais aprofundada de todos os dados recolhidos em campo, perdendo-se muito em qualidade.

7.SUGESTÕES

7.1. Iniciar imediatamente o Pleito para passar para a Gestão Parcial.

7.2. Melhorar a racionalidade e produtividade do Sistema :

7.2.1. Reformando e ampliando o CSII "Dr Mário Dias de Aguiar " visando agrupar todas as atividades programáticas e de especialidades num só local .

7.2.2. Garantindo a presença do médico nos Postos de Saúde pelo tempo contratado, de forma a proporcionar melhor qualidade e resolutividade pelo menos durante um dos períodos do dia. No outro período organizar atividades educativas dos diversos programas ,atendendo o enfoque de risco das microáreas , de forma a otimizar o trabalho dos restantes funcionários.

7.2.3. Garantindo o Pronto Atendimento no CS II "Dr Mário Dias de Aguiar", dos casos com indicação no período da tarde (ou período em que não há profissional médico no Posto de Saúde), de forma a aliviar o estrangulamento do Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia. Avaliar a necessidade de implantar-se 3º turno nesta Unidade.

7.2.4. Incrementando o PS da Santa Casa com recursos humanos , materiais e equipamentos.

7.2.5. Articulando a rede de Serviços de Saúde Municipais com outros equipamentos sociais existentes.

7.2.6. Desenvolvendo o quadro de Recursos Humanos com cursos de treinamento e reciclagem , visando garantir a qualidade da consulta .

7.2.7 Substituindo o papel "filtro" do Assistente Social por mecanismo de Auditoria Médica.

7.3. Conhecer a experiência de Guarapuava, PR, visando utilizá-la como subsídios para a implantação da Gestão Parcial.

7.4. Organizar o Sistema de Informação e informatizá-lo para que possa subsidiar o Planejamento Estratégico e a tomada de decisões

7.5. Utilizar a Rádio local para a ampla divulgação do potencial dos Serviços de Saúde e esclarecimento da população

BIBLIOGRAFIA

- BERQUO, E. S. Et. al - Bioestatística, 1ª Edição revista,
E.E.U., São Paulo, 1981
- BRASIL - Constituição 1988, Constituição República
Federativa do Brasil, Brasília, Senado Federal,
1988
- CAMPOS, G.W.S - Reflexões sobre a Proposta de Gestão do
Sistema Local de Saúde
- CARVALHO, G. - O caos no financiamento da
descentralização dos serviços de Saúde.
Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde.
V.1, UnB - Brasília: 61-72,1992.
- CORDEIRO, A. - A Municipalização da Saúde na estratégia
para o Sistema Único de Saúde.
- CORDONI JR., L & BERTONE, A.A. - Melhoria do
desempenho dos serviços públicos de saúde:
pontos de estrangulamento e caminhos para a
supervisão. Cadernos da IX Conferência
Nacional de Saúde. V.2,UnB, Brasília: 175-
179,1992
- FARIA, N.M.X. - Silos - Uma visão da Linha de Frente do
Sistema.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO - Programa de
Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, São
Paulo, 1992.

- LAURENTI, R Et al - Estatísticas de Saúde 2ª Edição, E.P.U.
São Paulo, 1987
- MENDES, E.V. - O consenso do discurso e o Bissenso da
Prática social - Notas sobre a Municipalização da
saúde no Brasil.
- MENDES, E.V. - O Sistema Único de Saúde e o papeis das
Secretarias Estaduais de Saúde. Cadernos da IX
Conferência Nacional de Saúde. V.2, UnB,
Brasília: 101-107, 1992.
- MERHY, E.E. Et.al - Por um Modelo Tecnológico assistencial
da Política de Saúde em Defesa da Vida :
Contribuição para as Conferências de Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - XIII Conferência Nacional de
Saúde, Relatório Final, fevereiro, 1993.
- MORAES, I.H.S. : EDUARDO, M.B.P. & SOBOLL, M.I.M. -
Informações em Saúde e gestão democrática.
Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde.
V.2, UnB, Brasília : 35-42, 1992.
- NOVAES, H.M. - Saúde Pública nos Sistemas Locais de
Saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de
Saúde. V.2, UnB, Brasília : 163-174,1992.
- OLIVEIRA, F.B. & M, A.C. - Financiamento -A Saúde dos
Anos Noventa: Os Recursos Federais e a
Descentralização
- OLIVEIRA JR., M. - Problemas atuais e propostas para a
revisão da política de financiamento do Sistema
Único de Saúde no Brasil. Cadernos da IX

- Conferência Nacional de Saúde. V.2, Brasília: 77-98, 1992.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI - Plano Diretor do Município, 1992.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI - Lei Orgânica do Município, abril, 1990.
- RIVERA, F.J.U. - Planejamento e Programação em saúde - um enfoque estratégico, 2ª Edição, Ed. Cortez, São Paulo, 1992.
- SANTOS, L. & CARVALHO, G.I. - Das formas de controle social sobre ações e os serviços de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. V.1, UnB, Brasília: 121-126, 1992.
- TÉCNICOS DA UNIÃO Et. AL. - ABC do Sistema Único de Saúde
- TEIXEIRA, C.F. - Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização, 237-64
- TEIXEIRA, S.M.F. - Descentralização dos serviços de saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 27-37, 1992
- UNICEF - Situação Mundial da Infância, UNICEF, Brasília, 1992.

Roteiro para inquérito sobre Municipalização - Gerência

I- A descentralização , municipalização e comando único.

- 1- Como e quando ocorreu o processo de municipalização?
- 2- Os serviços Estaduais e Federais existentes no município estão municipalizados? Quais são? Inclusive os de SADT? (serviços de apoio para diagnóstico e terapêutica).
- 3- Qual a relação do poder público municipal com os serviços privados do Município?
- 4- Como vocês entendem o comando único?
- 5- a) As relações de SMS com SES e MS são de subordinação ou cooperação?
b) Se existe cooperação:
técnica:
financeira:
atividades fim:
- 6- Quem coleta e analisa os dados epidemiológicos? Existe uma lista de doenças de notificação compulsória municipal? Qual?
- 7- Há coleta seletiva de lixo hospitalar?
- 8-Existem outras atividades de Saúde Pública desenvolvidas no Município?

II- Financiamento

- 9- Quais são as fontes de financiamento para a Saúde no Município?
- 10-Quanto tempo demora para o repasse de verbas estaduais\federais?
- 11- Como o Município repassa recursos para a SMS? Há algum recurso específico para o Programa da Mulher e da Criança?

12- Há prioridade para o repasse de verbas para atividades\programas? Como são determinadas e por quem?

13- Haverá alteração para as metas referenciais para 1994? Haverá cortes de verbas? Quais?

14- Como é o prado o Fundo Municipal de Saúde?

II- Participação da população e controle social

15- Quando e como o conselho Municipal de Saúde foi criado? O conselho tem poder deliberativo ou consultivo? Participou da elaboração do Plano de Saúde?

16- Foi realizada conferência Municipal de Saúde? Os municípios vizinhos participaram? Já existe proposta para a realização de uma próxima? Se sim, qual a pauta?

17- Houve representante da cidade na IX Conferência de Saúde?

18- Há algum programa de educação continuada sobre o significado do SUS?

19- Há algum conselho gestor nas UBS's?

IV- Organização e funcionamento do sistema e Serviços de Saúde

20- Quando foi feito o estudo sobre o número adequado de unidades? Na ocasião levou-se em conta a questão da regionalização/Distritalização n Município? Definiu-se áreas de abrangência e influência?

21- Qual a integração das UBS entre si? E com os outros serviços públicos e privados?

22- Capivari, como sede de Comarca, exerce algum papel regional no SUS?

23- Existe a definição clara de níveis diferenciados de atenção á saúde da população?

24- Qual a participação do ERSA na supervisão, avaliação e controle dos serviços públicos e privados de Capiveri?

25- a) Há controle de encaminhamento para outros municípios?(n. e procedimentos realizados).

b) Existem registros de atendimento a pacientes de outro município?

26- Como se resolve a questão de acesso às unidades, pela população rural?

27- Existe uma preocupação em adequar o horário de funcionamento das unidades e as necessidades da população?

28- Existem problemas de acesso por causa do rio, da ferrovia? E com relação a fatores culturais e econômicos?

29- Como é feita a triagem dos casos encaminhados? E o transporte?

30- Tem dados sobre o tempo de espera para:

- entrar no sistema

{SYMBOL 183 \f "Symbol" \s 10 \h} via Posto de Saúde

{SYMBOL 183 \f "Symbol" \s 10 \h} via Centro de Saúde

{SYMBOL 183 \f "Symbol" \s 10 \h} via hospital

- exames complementares

- internações eletivas

- emergências

31- Existe distribuição gratuita de medicamentos? Como é feita?

32- Tem dados sobre o número de consultas que um paciente faz para um determinado problema de saúde até ter alta?

V-Modelo Assistencial - Planejamento e Programação em Saúde

33- Quais as ações desenvolvidas em cada UBS:

Padovani

Vila Balan

Engenho Velho

Porto Alegre

Centro de Saúde

- 34- O que fazem os visitantes sanitários?
- 35- a) Houve aquisição de novos equipamentos desde 1990?
Quais?
b) Há planos para aquisição de novos equipamentos? Quais?
- 36- Só o médico pode fazer consulta?
 Sim Não
- Se não, quem mais estaria habilitado?
 enfermeira
 farmacêutico
 auxiliar de enfermagem
 técnico de enfermagem
- 37- Como se elabora o Plano Municipal de Saúde? Quem participa?
- 38- Quais os requisitos que faltam para a ascensão do Município à categoria de gestão parcial? Já iniciaram o processo de pleito?

VI- Sistemas de Informações de Saúde

- 39- Como é feita a coleta de dados?
- 40- O sistema é informatizado?
- 41- As informações são utilizadas para a priorização dos problemas e tomada de decisão?
- 42- Depois de analisadas, há retorno das informações para as UBS's?(fluxo).

VII- Recursos Humanos

- 43- Há algum tipo de incentivo à pesquisa ou grupo de estudo de saúde nos serviços?

- 44- Há cursos de capacitação e treinamento de pessoal para a implantação dos programas e ações do SUS?
- 45- A remuneração é fator de evasão de recursos humanos? Se sim, quais os planos do Município para solucionar o problema?
- 46- Existem equipes multiprofissionais? Como estão constituídas?
- 47- Há contratação de emergência? Quando/Como? Quanto tempo leve para o preenchimento de vaga em aberto?(substituição).
- 48- Na sua opinião houve melhoria nos serviços municipalizados? Em quais? Houve piora em algum serviço ou programa? Qual(is)?



P O R T A R I A Nº 159/93.

Dispõe sobre a constituição do Conselho Municipal da Saúde de Capivari para o biênio 1993/1995. - - - - -

OSVALDO AGOSTINHO RICCOMINI - Prefeito Municipal de Capivari - Estado de São Paulo - usando de suas atribuições legais e considerando o disposto na Resolução nº 33, de 23 de Dezembro de 1992, publicada no D.O.U. de 15/01/93,

R E S O L U V E:

Fica constituído o Conselho Municipal da Saúde de Capivari para o biênio 1993/1995, a saber:

- ANTONIO VALTER C. DA ROCHA. - Representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- JOSÉ ANTONIO AGGIO. - Representante da Santa Casa de Misericórdia de Capivari;
- ANTONIO JOSÉ BOM. - Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- JOSÉ LUIS DE ANDRADE. - Representante do Sindicato dos Funcionários Públicos de Capivari;
- JOSÉ LUIS CLÁUDIO. - Representante do Sindicato dos Trabalhadores Indústria de Alimentos;
- Dr. João Felisberto dos Reis. - Representante do Hospital Unimed de Capivari;
- Dr. Marco Antonio Annicchino. - Representante da Associação Capivariana dos Odontologistas.
- EDGARD ANDRADE. - Representante da Associação de Pais e Amigos.
- CECÍLIA NATÁLIA PIAZZA MAZZINI. - Representante da Pastoral da Saúde.
- EDIVALDO A. DE JESUS TOLEDO. - Representante da Comunidade Negra de Capivari.
- JUDITE MARIA MONTICELLI MORELLI. - Representante dos Funcionários da Saúde.
- MARIANGELA DA G. N. CAPOSSOLI. - Representante dos Funcionários da Saúde da Empresa Privada.

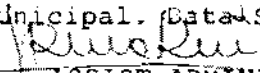
Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

AFIXE - SE. REGISTRE - SE. CUMPRA - SE.

Prefeitura Municipal de Capivari, 03 de Agosto de 1993.

OSVALDO AGOSTINHO RICCOMINI
PREFEITO MUNICIPAL

Publicado na Portaria da Secretaria Municipal. Data Supra.


RUI - ASSIST. ADMINISTR.



ANEXO 3

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETO - Municipalização - efetivação da implementação de um pressuposto Sistema Único de Saúde: participação popular e controle social do Setor Saúde

OBJETIVO - Identificar o conhecimento dos membros do CMS, a Municipalização e o SUS em Capivari e seu papel nestes processos.

GRUPO FOCAL - Membros do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE de CAPIVARI

APRESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS:

- a) Há quanto tempo existem as entidades que representam?
- b) Por que foram formadas?
- c) Quais foram suas principais realizações?
- d) Quais são os principais problemas que têm enfrentado? Por que eles surgiram, na sua opinião?
- e) Como têm sido solucionados esses problemas?
- f) Na sua opinião, de que as pessoas adecem mais em Capivari (em relação à criança, ao adolescente, à mulher, ao adulto e ao idoso)?

QUESTIONÁRIO:

- 1) Desde quando funciona o CMS?
- 2) Como foi feita a indicação dos membros?
- 3) Com que frequência o CMS se reúne? Qual é a função de cada membro?
- 4) Como é feita a relação entre a Comunidade e o CMS?
- 5) Na sua opinião, qual a função do CMS?
- 6) Qual é a atual prioridade do CMS?
- 7) O CMS participa na elaboração do Plano de Saúde:
 - a) em relação a decisões de políticas de saúde?
 - b) em relação a alocação de recursos do Fundo Municipal de Saúde:
 - nos serviços de saúde?
 - em saneamento básico?
 - e em outras ações de promoção de saúde?

8) O que o CMS tem feito até agora para melhorar o Setor SAÚDE de Pernambuco?

9) Na sua opinião, o que o CMS pode fazer para:

a) melhorar a gestão do SUS?
b) ajudar os municípios a entender e utilizar melhor o Sistema de Saúde?

10) Tem alguma sugestão para melhorar o desempenho do CMS?

QUESTIONARIO INDIVIDUAL PARA CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

1) Na sua opinião, quem pode fazer consulta de saúde?

() só o médico?

() a enfermeira

() o farmacêutico

() outro. Qual? _____

2) Na sua opinião, qual o bairro (ou área) que tem piores condições de saúde?

3) Por que?

4) Quais ações deveriam ser realizadas para melhorar essas condições?

INSTRUÇÕES PARA REALIZAR PESQUISA DE GRUPO FOCAL

- 1) Guia de Entrevista - roteiro incluindo até 10 perguntas.
- 2) Verificar de que modo as pessoas no máximo 10, definem o problema.
- 3) Duração - mínimo de 1:30 horas a 2:40 horas
- 4) Coordenado por um moderador, para orientar e focalizar a discussão.
- 5) Gravação para garantir a coleta de dados, codificados quanto ao conteúdo e analisados criticamente.
- 6) Um relator, anotando tudo o que acontece e o que se fala.

ROTEIRO DO GRUPO DE FOCO:

- 1) Apresentação das pessoas (etiqueta com nome).
- 2) Objetivo deste encontro.
- 3) Gravação.
- 4) Exposição de como se formaram os movimentos, como evoluíram, suas dificuldades.

PAPEL DO MODERADOR:

- 1) Introduzir grupo - aquecimento, assegurar o anonimato, esclarecer a respeito da gravação.
- 2) Introduzir temas, formular questões, explicar regras de participação.
- 3) Administrar o grupo e tópicos de discussão.
- 4) Administrar conflitos, desvios de percurso.
- 5) Facilitar a participação de todos, controlar os dominantes e estimular os tímidos.

PAPEL DO RELATOR:

- 1) Observar e anotar:
 - a) expressão facial
 - b) manifestações verbais dos participantes
 - c) anotar tudo o que acontece.

FINALIDADE: O QUE AVALIAR?

- 1) Conhecimento e utilização de canais de participação no sistema local de saúde.
- 2) Análise comparativa da concepção saúde/doença, perspectivas de solução de problemas de saúde locais.
- 3) Dificuldades sentidas na inserção em comissões e conselhos.
- 4) Opinião sobre serviços de saúde e implementação do procedimento de municipalização.

ANEXO 4

INSTRUÇÕES PARA RESPONDER QUESTIONÁRIO - FUNCIONÁRIOS

1) Este questionário tem como único objetivo coletar dados para subsidiar as pesquisas da Faculdade de Saúde Pública de USP.

2) Preencha responsabilmente, mas sinceramente possível.

3) Dependendo da sua profissão ou área de trabalho, haverá perguntas para as quais não saberá a resposta. Nesses casos, escreva simplesmente "NÃO SEI".

4) Não é necessário que se identifique pelo nome; precisamos saber apenas seu local de trabalho, idade, sexo e tempo de serviço.

COMENTÁRIOS SOBRE ALGUMAS QUESTÕES

Questão 1. Interessamo-nos saber o cargo ou a função que ocupe no momento.

Questão 7. Interessamo-nos saber como se dá o fluxo dos pacientes (Ex. onde passa primeiro, o que precisa ter de documentar, etc. etc. etc. por ordem).

Questão 14. Aqui consideramos consulta no sentido geral da palavra, isto é, consulta de adultos, crianças, gestantes, etc.

Em todas as perguntas pode-se marcar mais de uma alternativa.

EM CASO DE DÚVIDA PEÇA ESCLARECIMENTOS AO ENTREVISTADOR.

DE ANTEMÃO PEDIMOS DESCULPAS PELO INCÔMODO QUE POSSAMOS CAUSAR E AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO.

A EQUIPE

QUESTIONÁRIO PARA FUNCIONÁRIOS

Data ____/____/____

Local: _____

Idade: _____ anos Sexo: () masc () fem

Tempo de serviço: _____ anos

1) Qual é sua categoria funcional? _____

2) Qual a instituição que lhe paga?

- () Municipal
- () Estadual
- () **FEDERAL**
- () Outra. Qual? _____

3) Como ingressou no serviço público?

- () concurso
- () emergência
- () outro. Qual? _____

4) Na sua opinião, o número de funcionários desta unidade é adequado:

- () sim
- () não. Por que? _____

5) Esta unidade atende pacientes só de sua área de abrangência?

- () sim
- () não. Por que? _____

Antes de 1990, esta unidade tinha área de abrangência?

- () sim
- () não

6) Qual é o horário de funcionamento desta unidade e quantos funcionários tem? _____

7) O que é preciso para que o usuário seja atendido nesta unidade? _____

Como era antes da municipalização? _____

8) Vocês encaminham pacientes para outros serviços?

- () não
- () sim. Quais? _____
Para quais Unidades? _____

10) Como você avalia seu país:

- a) marca de consultas _____
- b) número exames _____
- c) internação hospitalar _____
- d) remoção _____

10) Qual o intervalo de tempo entre a marcação e o atendimento:

- a) de consulta? _____
- b) de exames? _____

11) São realizadas atividades de pré-natal nesta unidade?

- () não
- () sim. Quantas consultas uma gestante faz ao médico durante o pré-natal? _____

Qual o intervalo em que são agendadas as consultas de retorno de pré-natal? _____

12) Existe pré-consulta de pré-natal?

- () não
- () sim. Quem faz? _____

13) Na sua opinião, como é o trabalho em equipe multidisciplinar:

- () ótimo
- () bom
- () nem bom, nem ruim
- () mau
- () péssimo

14) Na sua opinião, só o médico pode fazer consulta (em geral)?

- () sim
- () não. Qual profissional estaria também apto a fazê-lo? _____

15) Existem atividades de treinamento e reciclagem profissional?

- () não
- () sim. Para qual profissional e em que área? _____

16) O espaço físico, os equipamentos e os recursos técnicos são adequados à demanda?

- () sim
- () não

17) Você conhece o Plano Municipal de Saúde?

- () sim
- () não

20) Esta unidade oferece "serviços especializados" para:
 () sim. Quais? _____

21) Como você avalia a qualidade educacional das áreas de:
 () atendimento materno
 () planejamento familiar
 () acompanhamento nutricional da gestante
 () crescimento e desenvolvimento da criança < 1 ano
 () educação nutricional para criança < 1 ano
 () outros. Quais? _____

22) Existe acompanhamento de gestante de alto risco nesta unidade?
 () não sabe
 () não
 () sim. Qual? _____

23) Há consultas de puerpério?
 () sim
 () não

24) Você gosta de trabalhar aqui nesta unidade?
 () sim
 () não. Por que? _____

25) Como é o seu relacionamento com:

	bom	regular	ruim
direção	()	()	()
equipe administrativa	()	()	()
equipe técnica	()	()	()
profissionais de outras unidades	()	()	()
profissionais da Prefeitura	()	()	()

26) Vocês prestam uma atenção especial para gravidez de adolescentes:
 () não
 () sim. Existe uma estatística sobre a ocorrência de gravidez em adolescentes nesta unidade?
 () sim
 () não

27) Esta unidade oferece plenas condições para o desempenho de suas atividades profissionais?
 () sim
 () não. Por que? _____

28) Você acha que o paciente está satisfeito com o seu serviço e com o desta unidade?
 () sim. Por que? _____
 () não. Por que? _____

27) De sua opinião, a maioria dos usuários desta unidade são

- () educados
- () deseducados
- () compreensivos
- () insistentes
- () implacantes
- () agressivos

28) Qual será sua sugestão para melhorar a qualidade do Sistema de Saúde de Capivari?

.....
.....
.....

ANEXO 5

Entrevistador: Questionário:

Local da Entrevista: Data: .../.../...

População Alvo: USUÁRIOS

Idade: anos Sexo: () masculino () feminino

1) Para que o Sr. veio ao posto hoje?

- () marcar consulta
- () passar no médico
- () receber leite
- () vacinar

() outros. Quais?

2) Como veio para o Posto?

- () ônibus
- () viatura da Prefeitura
- () carro particular
- () ambulância
- () taxi
- () a pé

() outros. Quais?

3) Este posto é o mais perto de sua casa?

- () sim
- () não

4) Há quanto tempo o Sr frequenta este posto?anos.

5) Quantas vezes o Sr. veio este ano aqui no posto?

6) Veio encaminhado por outro serviço?

- () não
- () sim. Como encaminharam o Sr. para cá?

- () de "boca"
- () carta do médico
- () impresso do ERSA ou da Prefeitura
- () outro. Qual?

7) Costuma se consultar em outro lugar?

- () Centro de Saúde
- () Santa Casa
- () UNIMED
- () convênio
- () médico particular
- () posto de saúde de outro bairro
- () UNICAMP
- () FUC Campinas
- () outros. Qual?

- () Vai por conta própria
- () Leva carta do médico

8) Para ser atendido aqui no posto:

-) é fácil
-) é difícil. Por que?
 -) demora para marcar consulta
 -) o médico demora para chegar
 -) passam pessoas amigas na frente
 -) tem poucos médicos
 -) não tem remédio
 -) os funcionários não explicam direito onde tenho que ir
 -) não há indicação nas salas
 -) outro. Qual? _____

9) Os casos graves passam na frente?

-) sim
-) não

10) O que o Sr. acha do atendimento de:

- | | bom | + ou - | ruim |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) recepção | <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/>) |
| b) funcionários | <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/>) |
| c) médicos | <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/>) |

11) O Sr. está satisfeito com o serviço oferecido por este posto?

-) sim
-) não. Por que? _____

~~11) O Sr. sabe ler?~~

- ~~) não~~
- ~~) sim. Então o Sr. lê:
 - ~~) bem~~
 - ~~) mais ou menos~~
 - ~~) mal~~~~

12) O Sr. acha que o atendimento público à saúde é:

-) para quem não tem dinheiro para ir a médico particular
-) é um direito que qualquer um tem
-) não sabe

13) Se o Sr. tiver algum problema em relação ao atendimento deste posto, é melhor:

-) não reclamar
-) reclamar para os próprios funcionários
-) reclamar para os médicos
-) reclamar no rádio ou no jornal
-) reclamar para o diretor do posto
-) reclamar para o representante do bairro
-) reclamar para o Prefeito
-) reclamar para o Conselho Municipal de Saúde

14) Na sua opinião, só o médico pode fazer consulta (em geral)?

sim

não. Qual profissional?

15) O Sr. sabe ler?

não

sim. Então o Sr. lê:

bem

mais ou menos

mal

16) O Sr. tem alguma sugestão para melhorar o atendimento?

.....

ANEXO 6

Entrevistador: Questionário

Local da Entrevista: Data .../.../...

População Alvo: () GESTANTE () MÃE DE BEBÊ < 1 ANO

Respondente: Idade da respondente _____
Idade da criança _____

1. Quantas vezes já engravidou, contando com esta? _____

2. Fez pré-natal na última gravidez?

() sim

() não

Porque:

() não quis

() não tinha vaga no Posto

() não sabia que precisava

() não acha importante

() não gostou do pré-natal anterior

Como foi o parto?

() normal

() cesarea

() forceps

3. Está fazendo pré-natal?

() sim

() não

Onde? _____

Por que:

() não quer

() não tem vaga no Posto

() não sabe que precisa

() não acha importante

4. Perdeu algum filho?

() não

() sim. Quantos? _____

() antes de 5 meses de gravidez

() entre 5 e 7 meses de gravidez

() entre 7 e 9 meses de gravidez

() no parto

() na primeira semana de vida do bebê

() com menos de 1 ano

5. Onde a Sra. teve seu último filho?

() em casa. Com ajuda de quem? _____

() no Hospital. Quem encaminhou? _____

Levou carta de encaminhamento?

() sim

() não. Por que? _____

() outro. Qual? _____

6. Quando a Sra. vai ao médico, pergunta "tudo" o que quer saber?

- sim
- não. Porque: tem vergonha
- não sabe como perguntar
- não dá tempo para perguntar
- o médico já fala tudo
- acha que vai aborrecer o médico

7. A Sra. recebe orientação de quem?

- médico segue: sim não
- enfermeira segue: sim não
- parteira segue: sim não
- farmacêutico segue: sim não
- outros. Quem? _____

8. Consegue entender as orientações que recebe?

- sim
- não
- mais ou menos. Por que? _____

9. Quando a Sra. passa mal durante a gravidez, procura:

- o Posto de Saúde
- o Hospital
- a farmácia
- outros. Quais? _____

10. O que a Sra. acha que faz mal na gravidez?

- usar muito sal na comida
- fumar
- tomar bebida alcoólica
- outros. Quais? _____

11. De uma lista de alimentos que direi a seguir, quais aqueles que a Sra. come pelo menos 3 vezes por semana?

- carne
- ovo
- arroz
- feijão
- legume (ex: cenoura/vagem/chuchu/mandioquinha/etc.)
- verdura
- fruta
- outro

12. Como a grávida deve se preparar para o parto?

- recebendo orientação de outras mães
- recebendo orientação da parteira
- indo ao Posto de Saúde
- outra. Qual? _____

13. A Sra. acha importante voltar ao médico após o parto?
() sim. Onde? () Posto de Saúde
() Centro de Saúde
() Hospital
() outros. Quais? _____
() não. Por que? _____

14. GESTANTE
A Sra. pretende amamentar?
() sim. Quanto tempo? _____
Por que? _____
() não. Por que? _____

14. MÃE DE BEBÊ < DE 1 ANO
A Sra. amamenta ou amamentou seu bebê?
() sim. Quanto tempo? _____
() não. Por que? _____
() não sabe. Por que? _____

15. Quando o bebê ficar doente, onde a Sra irá procurar ajuda?
() médico do Posto de Saúde
() pediatra
() farmácia
() Hospital
() outro. Qual? _____

16. Costuma levar seu bebê ao Posto para pesagem todos os meses?
() sim
() não. Por que? _____

17. Seu filho tem Cartão de Saúde da Criança?
() sim
() não. Por que? _____

18. Para que serve o gráfico do Cartão de Saúde da Criança?
() não sabe
() para registrar o peso do bebê
() para acompanhar o crescimento do bebê
() para registro das vacinas
() para marcar retorno à consulta
() outro. Qual? _____

Quem lhe ensinou? _____

19. Na sua opinião, que crianças devem receber o leite do Posto?
() só as desnutridas
() só as crianças cujo responsáveis não podem comprar
() todas as crianças

20. Na sua opinião, quem pode consultar o bebê?
() só o pediatra
() o médico do Posto
() enfermeira
() farmacêutico
() outro. Qual? _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. Há quanto tempo a Sra. mora em Capivari? _____

2. Local de nascimento: Capivari

() sim

() não. Qual a Cidade? _____

Qual o Estado? _____

3. Religião _____

4. Ocupação _____

5. Escolaridade

() não estudou

() 1o. grau. Última série _____

() 2o. grau. última série _____

() superior

6. Renda Familiar

() Recebe auxílio

() menor que 1 SM

() 1 a 2 SM

() 3 a 4 SM

() 5 a 10 SM

() 10 SM e mais

ANEXO 7



Foto Carlos Roberto Sena

Foto cedida pela Divisão de Saúde Materna e da Criança do Instituto de Saúde

Mãe:

- Leve este cartão toda vez que for a um serviço de saúde.
- **Amamente seu filho.**
- Acompanhe o seu crescimento e desenvolvimento.
- **Vacine-o nas datas certas.**
- Venha ao Centro de Saúde nos dias marcados e sempre que ele ficar doente.

**Não há, no mundo, nada mais importante
que uma criança**

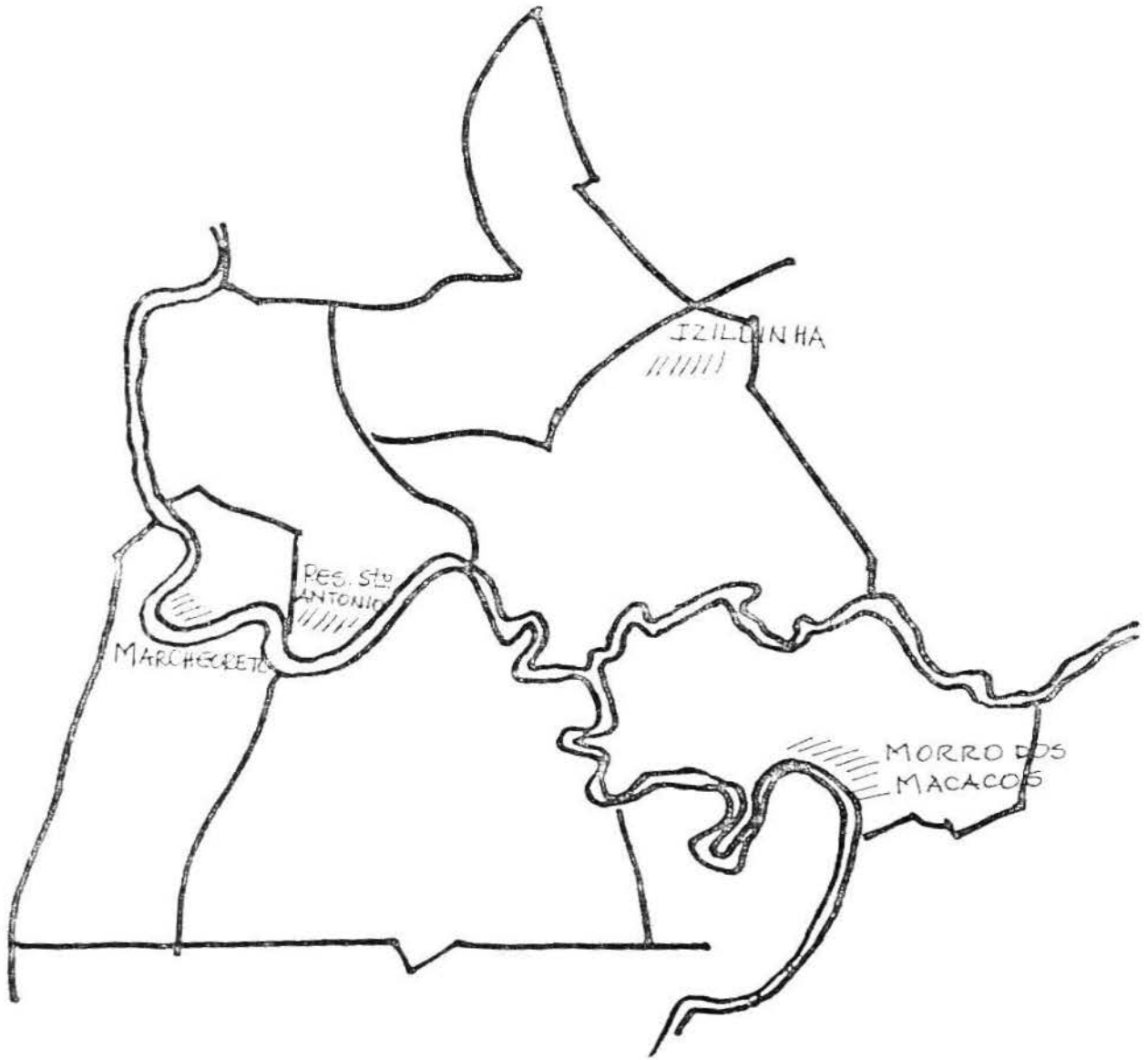
ANEXO 8

Localização dos Bairros

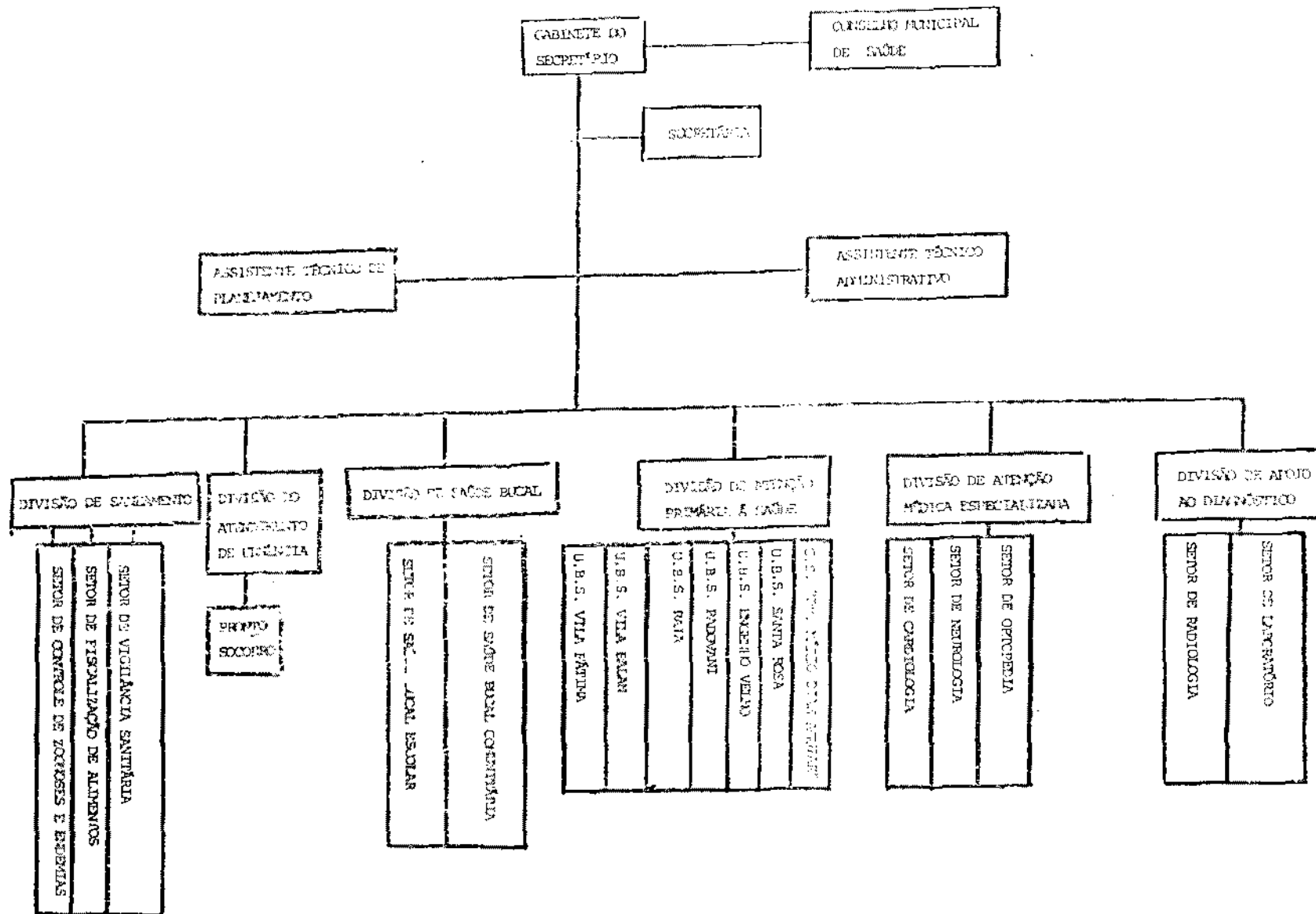


ANEXO 9

Localização das Favelas



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Gov. VADINHO 93-96



ANEXO 10



Regulamenta a Lei nº 2040/91, de 19 de Novembro de 1991, que criou o Fundo Municipal de Saúde, e dá outras providências. - - - - -

OSVALDO AGOSTINHO RICCOMINI, Prefeito Municipal de Capivari - Estado de São Paulo - usando de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO:

que o Fundo Municipal de Saúde é um dispositivo legal, instituído com o objetivo de criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

que o Fundo Municipal de Saúde é fundamental no processo de municipalização da saúde, voltado a atender determinações da Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e Lei Orgânica do Município de Capivari;

que o Fundo Municipal de Saúde representa uma tentativa limitada ao nível municipal, de garantir recursos para o Sistema Único de Saúde - SUS -, o que não acontece com o nível federal, que tem todo seu orçamento de saúde concentrado na Seguridade sem locação de recursos fiscais, sendo este nível de governo o principal devedor para a Previdência;

que o Fundo Municipal de Saúde, além de atender às determinações legais, deve ser constituído como um dispositivo que recupere o atraso histórico do setor cuja responsabilidade essencial é do Município, e finalmente,

que o Fundo Municipal de Saúde de Capivari foi criado pela Lei nº 2040/91, de 19 de Novembro de 1991, e até a presente data não foi colocado em prática, por falta de regulamentação legal,

D E C R E T A:

Artigo 1º - Fica criado, no Município de Capivari, o Fundo Municipal de Saúde - FMS -, de que trata a Lei nº 2040/91, de 19 de Novembro de 1991, como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações de saúde nas áreas médica, para-médica, sanitária, hospitalar, odontológica e de apoio de forma individual e coletiva, nos ambientes naturais ou do trabalho, de acordo com o modelo vigente, executadas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari.

§ 1º - As ações nas áreas médica, para-médica, sanitária, hospitalar, odontológica e de apoio, executadas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari, compreendem:

.....



- I - o atendimento médico-sanitário integral em postos de saúde, postos de atendimento, prontos-socorro, consultórios, ambulatórios, hospitais, laboratórios, unidades de atendimento de urgência e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde;
- II - a vigilância sanitária;
- III - a vigilância epidemiológica;
- IV - controle e erradicação de endemias e epidemias;
- V - a produção, compra e distribuição de vacinas, soros, medicamentos e outros produtos de interesse da saúde pública;
- VI - a implantação de sistema único, descentralizado e hierarquizado, de serviços de saúde - SUS -.

- § 2º - As ações previstas neste artigo serão desenvolvidas mediante planejamento adequado, com o estabelecimento de objetivos, metas, planos, programas e projetos, bem como a preparação e a capacitação dos recursos humanos.
- § 3º - As unidades mencionadas no inciso I deverão ser instaladas estruturadas e hierarquizadas de acordo com o nível de complexidade das atividades que lhes sejam cometidas.
- § 4º - O Fundo Municipal de Saúde - FMS - fica vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Capivari.

Artigo 2º - Constituirão receitas financeiras do Fundo:

- I - dotações orçamentárias consignadas no orçamento municipal e créditos adicionais que lhe sejam destinados;
 - II - saldo de exercícios anteriores;
 - III - auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participações em convênios, consórcios, contratos, acordos ou ajustes;
 - IV - doações de pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais ou internacionais;
 - V - produto de operações de crédito realizadas pela Prefeitura Municipal, observada a legislação pertinente e destinadas a esse fim específico;
 - VI - rendimentos, acréscimos, juros e correções monetárias provenientes de aplicação de seus recursos;
 - VII - produto de alienação de materiais ou equipamentos inacessíveis;
 - VIII - outras receitas especificamente destinadas ao Fundo.
- § 1º - Todos os recursos destinados ao Fundo Municipal de Saúde deverão ser contabilizados como receita orçamentária municipal, a ela alocados, através de dotação consignada na

.....
}



lei orçamentária ou créditos adicionais, obedecendo suas aplicações às normas gerais do direito financeiro.

§ 2º - O Fundo Municipal de Saúde terá conta bancária especial, onde serão depositadas as suas receitas, e que será movimentada com a assinatura concomitante do Secretário Municipal de Saúde de Capivari e do Secretário Executivo do mencionado Fundo.

Artigo 3º - O material permanente, adquirido com recursos do Fundo Municipal de Saúde, será incorporado ao patrimônio do Município, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari.

Artigo 4º - O Fundo poderá receber doações, contribuições e outras receitas, para realização de objetivos específicos.

Artigo 5º - Os recursos do Fundo Municipal de Saúde serão aplicados:

I - na construção, reforma, ampliação de imóveis para a adequação da rede física nos vários níveis, tais como postos de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de serviço de saúde.

II - no financiamento total ou parcial de programas integrados da saúde, desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, ou com ela conveniados;

III - na estruturação e compatibilização do quadro de recursos humanos, correndo as despesas com vencimentos, salários e gratificação do pessoal dos órgãos ou entidades que participam da execução das ações previstas no § 1º do artigo 1º, nos termos da legislação vigente;

IV - na aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de consumo, necessários para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde;

V - no pagamento de remuneração, vencimentos, salários ou gratificações ao pessoal admitido ou contratado em caráter temporário, bem como pela prestação de serviços para a execução de programas e projetos específicos que gerem receitas próprias para o Fundo;

VI - no atendimento das despesas diversas, de caráter urgente e inadiável, necessárias à execução das ações expressas no § 1º do artigo 1º;

VII - na concessão de auxílios e subvenções necessárias para o desenvolvimento da atenção à saúde.

Artigo 6º - O Fundo Municipal de Saúde - FMS - tem duração indeterminada, natureza contábil, gestão autônoma, e será administrado pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari.

Artigo 7º - Fica também criada a Secretaria Executiva do Fundo Municipal de Saúde.

.....
Bj



Parágrafo

Único - O Secretário Municipal de Saúde designará, entre seus servidores, mediante Portaria do Poder Executivo, o Secretário Executivo do Fundo Municipal de Saúde, bem como outros que prestarão serviços na Secretaria de que trata o "caput" deste artigo.

Artigo 8º - Compete à Secretaria Executiva do Fundo Municipal de Saúde - FMS -:

I - executar os serviços administrativos;

II - executar os serviços de movimentação e controle dos recursos referidos no artigo 2º;

III - encaminhar, observadas as normas legais, a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde - FMS - à Contadoria Municipal, para ser remetida ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Parágrafo

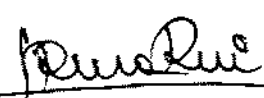
Único - Caberá ao Secretário Municipal de Saúde ordenar empenho e pagamentos relativos às atividades do Fundo Municipal de Saúde - FMS -.

Artigo 9º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Capivari, 11 de Janeiro de 1993.


Osvaldo Agostinho Riccomini
Prefeito Municipal

Publicado na Portaria da Secretaria Municipal, aos onze dias do mês de Janeiro de mil e novecentos e noventa e tres.


Irma Rui
Dir. Sec.





Regulamenta o artigo 152 da Lei Orgânica do Município, que cria o Conselho Municipal de Saúde. - - -

O PREFEITO MUNICIPAL DE CAPIVARI - Estado de São Paulo - usando de suas atribuições legais,

Faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte

L. E. L. 1

Artigo 1º - O Conselho Municipal de Saúde, órgão paritário de caráter deliberativo criado pelo artigo 152 da Lei Orgânica do Município, reger-se-á por estatuto próprio, observado o que dispõe esta lei.

Artigo 2º - O Conselho Municipal de Saúde formulará e controlará a execução da política municipal de saúde e será composto por:

I - 01 (um) representante do Poder Legislativo, indicado pelo Presidente da Câmara Municipal;

II- 01 (um) representante do Poder Executivo, indicado pelo Prefeito Municipal;

III 01 (um) representante de cada uma das entidades prestadoras de serviço de saúde no Município, públicas, privadas ou filantrópicas, regularmente cadastradas na Prefeitura Municipal, indicadas pelos respectivos presidentes ou diretores;

IV- 01 (um) representante dos profissionais de saúde da rede pública, eleito entre seus pares;

V- representantes dos usuários dos serviços de saúde em geral, tantos quantos forem os demais representantes/previstos nos incisos anteriores, paritariamente.

§ 1º - Os representantes dos usuários dos serviços de saúde serão eleitos a cada 02 (dois) anos na conferência Municipal de Saúde, que será convocada pelo Conselho.

§ 2º - Os representantes dos usuários serão eleitos entre integrantes de segmentos organizados da sociedade, indicados pelas respectivas entidades ou associações, conforme dispuser o estatuto.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIARI

ESTADO DE SÃO PAULO

TELEFONE PBX (01941) 91-1621

SECRETARIA

§ 5º - A convocação para as reuniões extraordinárias far-se-á por escrito, com antecedência mínima de 07 (sete) dias, restringindo-se as discussões aos itens constantes da pauta, sendo vedada a utilização de expediente que torne vagos ou imprecisos os temas a serem discutidos, tais como o uso da expressão "outros" para designar item da pauta.

Artigo 5º - O Conselho elegerá o Presidente, o Vice-Presidente e os Secretários, sendo vedada a reeleição consecutiva para a mesma função.

§ 1º - Compete ao Presidente, entre outras atribuições a serem definidas no Estatuto:

- a) convocar e presidir as reuniões do conselho;
- b) elaborar a pauta de discussão e deliberação das reuniões, ouvidos o Vice-Presidente e os Secretários;
- c) dar o voto decisivo nas questões em que se verificar empate de votos;
- d) votar nas questões que exigirem aprovação mediante voto de 2/3.

§ 2º - Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em caso de impedimento deste.

§ 3º - Compete aos Secretários cuidar do expediente do Conselho/ e da redação das atas das reuniões.

Artigo 6º - Compete ao Conselho:

- x I - discutir e deliberar sobre a prestação de contas do Setor Municipal de Saúde;
- y II - participar da discussão e elaboração do plano Diretor Anual do Setor Municipal de Saúde;
- x III - autorizar a aquisição de equipamento para o Setor Municipal de Saúde;
- x IV - propor ao Executivo ampliações e construções para o Setor de Saúde, bem como sugerir a localização / destas;
- x V - fixar as prioridades dentro da estrutura do Setor Municipal de Saúde;
- x VI - zelar pelo cumprimento do Capítulo da Saúde da Lei Orgânica do Município e legislação correlata;
- x VII - encaminhar ao Executivo ou à Comissão Permanente de Saúde da Câmara Municipal, propostas de projetos de lei que julgue importantes para o bom desempenho das funções do Setor Municipal de Saúde, ou que de qualquer forma possam contribuir para a melhoria da saúde pública e individual no âmbito do Município;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

ESTADO DE SÃO PAULO

TELEFONE PUX (0194) 91-1621

SECRETARIA

- § 3º - Os membros do Conselho terão mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos uma única vez consecutiva.
- Artigo 3º - Fica constituída uma Comissão Provisória do Conselho, com posta pelos representantes previstos nos incisos I, II e III do artigo 2º, à qual caberá:
- I - Convocar a 1ª Conferência Municipal de Saúde, definindo data e local;
 - II - elaborar a pauta da conferência;
 - III - elaborar uma minuta do estatuto do Conselho.
- § 1º - Assim que for promulgada esta lei, o Presidente da Câmara indicará o representante do Poder Legislativo, ao qual incumbirá convocar os membros da Comissão Provisória, mediante ofício dirigido ao Prefeito Municipal e aos presidentes das respectivas entidades; para a reunião preliminar que organizará a conferência.
- § 2º - Para a primeira Conferência Municipal de Saúde poderão inscrever candidatos às vagas previstas no inciso V do artigo 2º desta lei, quaisquer entidades representativas da sociedade constituídas há mais de um ano, com sede no município, tais como: associações de bairros, sindicatos, clubes de serviço, conselhos populares, entidades civis e religiosas, etc.
- § 3º - A Comissão Provisória definirá as formas de inscrição e eleição dos representantes dos usuários dos serviços de saúde.
- § 4º - A conferência Municipal de Saúde discutirá e aprovará o estatuto do Conselho.
- Artigo 4º - O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á, ordinariamente uma vez por mês.
- § 1º - A pauta da discussão e deliberação das reuniões ordinárias conterá, obrigatoriamente, a apreciação da prestação de contas do Setor Municipal de Saúde.
- § 2º - As discussões em pauta devem sempre ser conduzidas de forma a que se torne possível tomar as decisões por consenso.
- § 3º - Não sendo possível o consenso, as decisões serão tomadas de acordo com os seguintes critérios:
- a) as questões administrativas ou econômico-financeiras / dependerão de aprovação por metade mais um dos presentes (maioria simples);
 - b) as questões que implequem alterações estruturais ou da organização do sistema serão decididas por aprovação / de 2/3 (dois terços) dos presentes.
- § 4º - O Conselho reunir-se-á extraordinariamente por convocação do seu presidente ou a requerimento de 1/4 (um quarto) de seus membros.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPIVARI

ESTADO DE SÃO PAULO

TELEFONE PBX (0194) 91-1621

SECRETARIA

x VIII - propor ao Executivo uma política global de Saúde, /
atrelando-a a outras questões afins, tais como meio
ambiente, política urbana, saneamento básico, etc.

Artigo 7º - O Município dotará o Conselho de materiais, equipamentos e
infra estrutura mínima para seu funcionamento, bem como fa
cilitar-lhe-à a utilização de próprios municipais para rea
lização das reuniões e conferências.

Artigo 8º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revo
gadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Capivari, 16 de Novembro de 1990.

José Carlos Capossoli Colnaghi
Prefeito Municipal

Publicada na Portaria da Secretaria Municipal, aos ~~dois~~
seis dias do mês de Novembro de mil e novecentos
e noventa.

Rosely A. R. B. Ferrari
Enc. Secret. Inter.





**1a. - CONFERENCIA MUNICIPAL
DE SAUDE DE CAPIVARI - SP**

Local: Camara Municipal

Dia: 25/04/91 (Quinta Feira)

19:00 Horas - Cadastramento

20:00 Horas - Abertura

C O N S E L H O M U N I C I P A L D E S A U D E

C A P I V A R I

F I C H A C A D A S T R A L

NOME DA ENTIDADE (MOVIMENTO, ORGANIZAÇÃO, INSTITUIÇÃO):

ENDEREÇO:

TELEFONE

BAIRRO

CEP

PRINCIPAIS OBJETIVOS/ATIVIDADES DA ENTIDADE:

NOME DO REPRESENTANTE TITULAR DA ENTIDADE NA PLENARIA:

ENDEREÇO :

TELEFONE

PROFISSAO

SUPLENTE :

ENDEREÇO :

PROFISSAO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL :

DATA : / / 91.

RRECEBIDO POR ;

DATA / / 91.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

PROGRAMA

LOCAL : CAMARA MUNICIPAL DE CAPIVARI

DIA 25/ABRIL/1991 - (QUINTA-FEIRA)

19:00 HORAS - CADASTRAMENTO

20:00 HORAS - ABERTURA

Prefeito Municipal : Dr. Jose Carlos C Colnaghi
Medico Chefe : Dr. Ermeson G. de Oliveira
Diretor do ERSA : Dr. Jose E. de Mello Ayres
Presidente da CMS : Dr. Pedro Dirceu Ortolani

- PALAVRA LIVRE PARA ESCLARECIMENTOS
- VOTAÇÃO DOS 06 (SEIS) MEMBROS REPRESENTANTES DOS
USUARIOS DO CONSELHO
- POSSE DOS ELEITOS.
- LEITURA, DISCUSSAO E VOTAÇÃO DO ESTATUTO.
- ENCERRAMENTO.

Prezado Senhor,

A Assembleia Nacional Constituinte de 1988, criou o S.U.S. (Sistema Unico de Saude) e mais recentemente o Excelentissimo Senhor Fernando Collor de Mello regulamentou este Sistema atraves da Lei Organica da Saude que fixa normas e diretrizes para o funcionamento do S.U.S em todo o territorio Nacional, de acordo com as Portarias Nos. 19 e 20 de 08/01/91 e da Resolucao No. 250 de 07/01/1991 que determinou as formas de operacionalizaçao e de repasse de recursos.

Com isto tornou-se obrigatorio em cada Estado e Municipio a criaçao do " C O N S E L H O D E S A U D E ", paritario entre prestadores de servicos 50% (cinquenta por cento) e usuarios 50% (cinquenta por cento).

Compete ao Conselho de Saude de Capivari de acordo com a Lei No. 1982/90 , o seguinte :

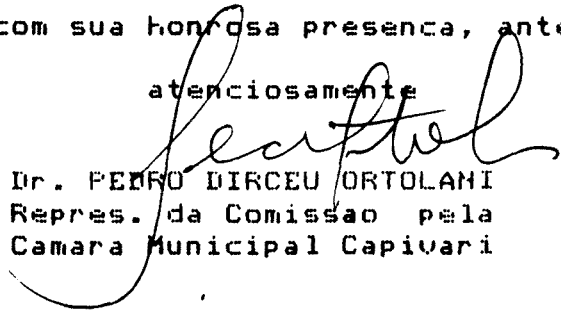
- I - discutir e deliberar sobre a Prestação de Contas do Setor Municipal de Saude;
- II - participar da discussao e elaboraçao do Plano Diretor Anual do Setor Municipal de Saude;
- III - autorizar a aquisiçao de equipamento para o Setor Municipal de Saude;
- IV - propor ao Executivo ampliaçoes e construções para o Setor de Saude, bem como sugerir a localizaçao destas;
- V - fixar as prioridades dentro da estrutura do Setor Municipal de Saude;
- VI - zelar pelo cumprimento do Capitulo da Saude da Lei Organica do Municipio e Legislaçao correlata;
- VII - encaminhar ao Executivo ou a Comissao permanente de Saude da Camara Municipal, propostas de Projetos de Lei que julgue importantes para o bom desempenho das funçoes do Setor Municipal de Saude, ou que de qualquer forma possam contribuir para a melhoria da saude publica e individual no ambito do Municipio;
- VIII- propor ao Executivo uma politica global de Saude, atrelando-a a outras questoes afins, tais como Meio Ambiente, Politica Urbana, Saneamento Basico, etc.

Esta previsto na lei (1982/90) que todas as entidades organizadas da sociedade capiivariana, devidamente registradas ha mais de 1 (um) ano, terao direito a enviar seu delegados a Conferencia Municipal de Saude onde serao eleitos os representantes dos usuarios, paritariamente ao numero de servico, junto ao Conselho Municipal de Saude.

Para tanto solicitamos que V. S. indique ou eleja entre seus pares 1 (um) delegado e 1 (um) suplente para participar da 1a. Conferencia Municipal de Saude de Capivari, que podera ser um dos 06 (seis) membros que sera escolhido para representar os usuarios do Sistema de Saude, que se realizara no proximo dia 25 de abril de 1991, as 19:00 horas na Camara Municipal de Capivari, conforme programa anexo.

Certo de poder contar com sua honrosa presenca, antecipadamente agradecemos,

atenciosamente



Dr. PEDRO DIRCEU ORTOLAMI
Repres. da Comissao pela
Camara Municipal Capivari

CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

BOLETIM INFORMATIVO:

CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE e um orgao extremamente importante para melhoria do atendimento medico e sanitario em nossa cidade.

Para tanto o Delegado eleito para representar esta entidade na Conferencia Municipal de Saude, que se realizara no proximo dia 25 de abril corrente, devera estar inteirado do que se realizou ate o momento neste Setor.

Dessa forma, anexamos ao presente :

- 01 - LEI ORGANICA DO MUNICIPIO (OBSERVAR OS ARTIGOS 147 A 160) DE 05/04/90
- 02 - LEI MUNICIPAL No 1982/90 DE 16/11/90
- 03 - PORTARIAS Ns 19 E 20 DE 08/01/91 E RESOLUCAO No 258 DE 07/01/91
- 04 - ESTATUTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE 16/04/91

L E I No 1982/90

Regulamenta o artigo 152 da Lei Organica do Municipio que cria o Conselho Municipal de Saude.

O Prefeito Municipal de Capivari, Estado de Sao Paulo usando das suas atribuicoes legais.

Faz saber que a Camara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte,

L E I

- Artigo 1o - O Conselho Municipal de Saude, orgao paritario de carater deliberativo criado pelo artigo 152 da Lei Organica do Municipio reger-se-á por estatuto proprio, observado o que dispoe esta lei.
- Artigo 2o - O Conselho Municipal de Saude formulara e controlara a execucao da politica municipal de saude e sera composto por:
- I - 01 (um) representante do Poder Legislativo, indicado pelo Presidente da Camara Municipal;
 - II - 01 (um) representante do Poder Executivo, indicado pelo Prefeito Municipal;
 - III - 01 (um) representante de cada uma das entidades prestadoras de servico de saude no municipio, publicas, privadas ou filantropicas, regularmente cadastradas na Prefeitura Municipal, indicadas pelos respectivos presidentes ou diretores.
 - IV - 01 (um) representante dos profissionais de saude da rede // publica, eleito entre seus pares;
 - V - representantes dos usuarios dos servicos de saude em geral, tantos quantos forem os demais representantes previstos nos incisos anteriores, paritariamente.
- # 1o - Os representantes dos usuarios dos servicos de saude serao eleitos a cada 02 (dois) anos na conferencia Municipal de Saude, / que sera convocada pelo Conselho.
- # 2o - Os representantes dos usuarios serao eleitos entre integrantes de segmentos organizados da sociedade, indicados pelas respectivas entidades ou associacoes, conforme dispuser o estatuto.

3o - Os membros do Conselho terao mandato de 02 (dois)anos, podendo ser reeleitos uma unica vez consecutiva.

Artigo 3o - Fica constituída uma Comissao Provisoria de Conselho, composta pelos representantes previstos nos incisos I,II e III do artigo 2o, a qual cabera:

I - Convocar a 1a. Conferencia Municipal de Saude, definindo data e local;

II - elaborar a pauta da conferencia;

III - elaborar uma minuta do estatuto do Conselho.

1o - Assim que for promulgada esta Lei, o Presidente da Camara indicara o representante do Poder Legislativo, ao qual incumbira - convocar os membros da Comissao Provisoria, mediante officio dirigido ao Prefeito Municipal e aos presidentes das respectivas entidades, para a reuniao preliminar que organizara a conferencia.

2o - Para a primeira Conferencia Municipal de Saude poderao inscrever candidatos as vagas previstas no inciso V do artigo 2o das Lei, quaisquer atividades representativas da sociedade constituídas ha mais de um ano, com sede no municipio, tais como: .. associações de bairros, sindicatos, clubes de serviço, conselhos populares, entidades civis, e religiosas, etc.

3o - A Comissao Provisoria, definira as formas de inscricao e eleicao dos representantes dos usuarios dos serviços de saude.

4o - A Conferencia Municipal de Saude discutira e aprovara o estatuto do Conselho.

Artigo 4o - O Conselho Municipal de Saude reunir-se-a, ordianariamente uma vez por mes.

1o - A pauta da discussao e deliberacao das reunioes ordinarias contera, obrigatoriamente, a apreciação da prestação de contas do Setor Municipal de Saude.

2o - As discussoes em pauta devem sempre ser conduzidas de forma a que se torne possivel tomar as decisoes por consenso.

3o - Nao sendo possivel o consenso, as decisoes serao tomadas de / acordo com os seguintes criterios:

a) as questoes administrativas ou economico-financeiras dependerao de aprovaçao por metade mais um dos presentes (maioria simples)

b) as questoes que impliquem alteraçoes estruturais ou da orga nização do sistema serao decididas por aprovaçao de 2/3 (-- dois terços) dos presentes.

4o - O Conselho reunir-se-a extraordinariamente por convocação do / seu presidente ou a requerimento de 1/4 (um quarto) de seus / membros.

5o - A convocação para as reuniões extraordinárias far-se-a por escrito, com antecedência mínima de sete dias, restringindo-se / as discussões aos itens constantes da pauta, sendo vedada a -- utilização de expediente que torne vagos ou imprecisos os te-- mas a serem discutidos, tais como o uso da expressão "OUTROS" para designar item da pauta.

Artigo 5o - O Conselho elegera o Presidente, o Vice-Presidente e os dois Secretários, sendo vedada a reeleição consecutiva para a mesma função.

1o - Compete ao Presidente, entre outras atribuições a serem definidas no Estatuto:

a) convocar e presidir as reuniões do conselho;

b) elaborar a pauta de discussão e deliberação das reuniões, ouvidos o Vice-Presidente e os Secretários;

c) dar o voto decisivo nas questões em que se verificar empate de votos;

d) votar nas questões que exigirem aprovação mediante voto de 2/3.

2o - Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em caso de impedimento deste.

3o - Compete aos secretários cuidar do expediente do Conselho e da redação das atas das reuniões..

Artigo 6o - Compete ao Conselho:

I - discutir e deliberar sobre a prestação de contas do Setor Municipal de Saúde;

II - participar da discussão e elaboração do plano Diretor Anual do Setor Municipal de Saúde;

III - autorizar a aquisição de equipamento para o Setor Municipal de Saúde;

IV - propor ao Executivo ampliações e construções para o Setor de Saúde, bem como sugerir a localização destas;

V - fixar as prioridades dentro da estrutura do Setor Municipal de Saúde;

VI - zelar pelo cumprimento do Capítulo da Saúde da Lei Organi-

ca do Municipio e legislaçao correlata;

VII - encaminhar ao executivo ou a comissao Permanente de Saude da Camara Municipal, propostas de projetos de lei que julgue importantes para o bom desempenho das funçoes do Setor Municipal de Saude, ou que de qualquer forma possam / contribuir para a melhoria da saude publica e individual no ambito do Municipio.

VIII - propor ao Executivo uma politica global de Saude, atrelando-a a outras questoes afins, tais como meio ambiente, politica urbana, saneamento basico, etc.

Artigo 7o - O Municipio dotara o Conselho de materiais, equipamentos e infra estrutura minima para seu funcionamento, bem como facilitar-lhe-a a utilizaçao de proprios municipais para realizaçao das reunioes e conferencias.

Artigo 8o - Esta Lei entrara em vigor na data de sua publicaçao, revogadas as disposicoes em contrario.

Prefeitura Municipal de Capivari, 16 de novembro de 1990.

ass.JOSE CARLOS CAPOSSOLI COLNHAGHI
prefeito municipal

Publicada na Secretaria Municipal aos dezesseis dias do mes de novembro de mil e novecentos e noventa.

assROSELI AP R B FERRARI
enc secr interina

mcp/lap

- e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% do seu orçamento;
- g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação.

1.1.8.2.2 - Os Municípios que não preencherem os requisitos explicitados no item anterior terão os recursos a ele destinados, repassados à Secretaria Estadual de Saúde correspondente, que adotará critérios próprios de distribuição dos recursos.

1.1.8.2.3 - Nesta hipótese, as Secretarias Estaduais de Saúde serão responsabilizadas transitariamente pela cobertura ambulatorial correspondente, assim como pela cooperação técnica com os Municípios respectivos, com vistas ao pronto cumprimento dos requisitos.

1.1.8.3 - TERCEIRA ETAPA

1.1.8.3.1 - Em conformidade com o Art. 18, Inciso VII, da Lei 8.080, de 19/09/90, os Municípios poderão formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência à saúde.

1.1.8.3.2 - O Município-polo do Consórcio deve contar com uma rede assistencial adequada e com a complexidade necessária ao atendimento da população convergente, de forma a garantir reatuidade das ações de atendimento ambulatorial e hospitalar em sua área de abrangência.

1.1.8.3.3 - O rateio dos custos consistirá no pagamento pelo Município de menor nível de complexidade para aquele que oferecer atendimento de maior complexidade.

1.1.8.3.4 - A retenção e o posterior repasse direto de recursos ao Município-polo, caberá ao INAMPS desde que seja estabelecido no instrumento de acordo.

1.1.8.3.5 - Os Municípios que se articularem mediante consórcio deverão cumprir os requisitos básicos explicitados no subitem 1.1.8.2.1 desta norma.

1.1.8.4 - QUARTA ETAPA

1.1.8.4.1 - O atual sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas e outras), será modificado a partir de fevereiro de 1991 com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), sendo este centralizado no INAMPS/DX.

1.1.8.4.2 - O INAMPS repassará aos Estados, Distrito Federal, e/ou Municípios os recursos correspondentes, de acordo com os Planos de Saúde, concretizando, desta forma, o programa de descentralização previsto no Texto Constitucional e na Lei 8.080/90, visando à municipalização.

1.1.8.4.3 - Os Estados, Distrito Federal e Municípios administrarão os recursos destinados à saúde, cabendo-lhes a responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

PARTE II - INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO

2.1 - DOS CONSELHOS DE SAÚDE

2.1.1 - Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%) atuarão na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

2.1.2 - Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais, Municipais e/ou Fundos de Saúde.

2.2 - DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.2.1 - Os Fundos de Saúde de natureza contábil e financeira e vinculados aos objetivos do Sistema Único de Saúde, devem ser previamente autorizados pelo legislativo e a aplicação de seus

recursos far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em crédito adicional.

2.2.2 - Os Fundos de Saúde serão geridos pelo órgão de saúde da esfera correspondente e fiscalizados pelo Conselho de Saúde respectivo.

2.2.3 - Os Planos de Aplicação dos Fundos Especiais, demonstrando a origem e aplicação dos recursos, acompanharão a Lei orçamentária, conforme dispõe o inciso I, do Parágrafo 2º do Art. 2º da Lei 4.320, de 17 de março de 1964.

2.2.4 - Na forma do art. 73 do Decreto 93.872, de 23/12/84 é vedado levar a crédito de qualquer fundo, recursos orçamentários que não lhe forem especificamente destinados em orçamento ou em crédito adicional.

2.2.5 - A aplicação dos recursos destinados aos Fundos de Saúde deve constar de programação e especificado em orçamento próprio, aprovado antes do início do exercício financeiro a que se referir.

2.2.6 - É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convênio ou serviços determinados.

2.2.7 - Se a Lei que o instituiu não dispuser em contrário, a execução orçamentária dos Fundos de Saúde aplica-se às mesmas normas gerais de execução orçamentária da União.

2.2.8 - Extinguir-se-á, por força da Lei, o Fundo de Saúde inativo por mais de 02 (dois) exercícios financeiros.

2.2.9 - Os recursos financeiros destinados nos Fundos de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial, no Banco do Brasil S.A., segundo cronograma aprovado, destinados a atender aos saques previstos em programação específica.

2.2.10 - O saldo financeiro do exercício, apurado em 31/12/90, poderá ser utilizado em exercício subsequente, se incorporado ao orçamento do Fundo.

2.2.11 - A Lei que instituir o Fundo determinará normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, de acordo com as normas balizadas pela Administração Federal, sem elidir a competência do Tribunal de Contas da União ou Órgão equivalente.

2.2.12 - As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde integrar-se-á a prestação de contas da respectiva entidade ou unidade gestora (Secretarias Estaduais e/ou Municipais), em demonstrativo distinto e periodicidade convencional.

2.3 - DOS CONSÓRCIOS ADMINISTRATIVOS INTERMUNICIPAIS

2.3.1 - Os Consórcios Administrativos serão acordos firmados, na forma do subitem 1.1.8.3.1, entre entidades da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.

2.3.2 - Aplicam-se aos Consórcios Administrativos todos os princípios e preceitos regedores dos convênios.

2.3.3 - Os Consórcios dependem de autorização legislativa para serem validamente celebrados e serão dirigidos por um profissional da área de saúde, por um Prefeito ou por qualquer membro da população indicado pelos representantes junto ao consórcio, de cada município.

2.3.4 - Compará, ainda, os consórcios, um Conselho Fiscal e uma Diretoria Administrativa.

2.4 - DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO

2.4.1 - O Relatório de Gestão, requisito básico para a transferência automática de recursos aos Municípios deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos:

2.4.1.1 - finalidades essenciais (caracterizar a entidade e mencionar, sucintamente, suas atribuições regimentais ou estatutárias);

2.4.1.2 - plano de trabalho elaborado (descrever, de forma resumida, os programas ou projetos de trabalho, destacando as metas ou objetivos previstos);

2.4.1.3 - plano de trabalho executado (mencionar as atividades desenvolvidas no exercício, destacando as extra-programadas e as não executadas, em relação ao plano de trabalho elaborado, com as justificativas pertinentes);

2.4.1.4 - resultados alcançados (evidenciar as metas ou objetivos atingidos, relativamente a cada programa ou projeto, a programação e execução orçamentária desses programas ou projetos, acompanhadas de demonstrações financeiras, sem prejuízo da fiscalização indispensável sobre a execução local).

2.5 - DA PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO DA SAÚDE - PROS

2.5.1 - A PROS dos Estados, Distrito Federal e Municípios deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a

NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS PARA 1991

NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/91

INTRODUÇÃO:

A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções, aos responsáveis pela implantação e operacionalização do sistema Único de Saúde - SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90.

São estabelecidas nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao financiamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também o controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

Pretende-se que através do conhecimento e domínio total das estruturas aqui contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos estados e Municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos.

Visando a adoção da nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para o exercício de 1991, será dividido em 5 itens:

- financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população;
- recursos transferidos na forma de AHS a cada unidade executora, proporcional à população;
- custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
- custeio de Programas Especiais em saúde;
- investimentos (despesas de capital), alocados no Plano Quinquenal de Saúde MS/INAMPS, em lei orçamentária do Poder Executivo aprovados pelo Congresso Nacional, e em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde.

É importante para o êxito do programa o pressuposto da contrapartida dos Estados e Municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos, em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos respectivos Conselhos e referendados pelo Poder Executivo.

PARTE I - FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL:

1.1 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

1.1.1 - Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições contidas no Art. 17 da Lei 8.074, de 11/07/90, será utilizado o instrumento convencional como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

1.1.2 - O Convênio firmado com os Estados, Distrito Federal e Municípios estabelecerá em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8.080/90.

1.1.3 - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8.080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

- o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;
- empenho global (valor semestral e/ou anual);
- índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA.

1.1.4 - As ações e serviços públicos de saúde, a nível ambulatorial, os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde serão pagos através do sistema de cobertura ambulatorial.

1.1.5 - Fica instituída a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios:

- A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do Estado e considerados os casos atípicos.

- O valor nominal da UCA, a partir de abril de 1991, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

1.1.6 - O INAMPS transferirá até o último dia útil de cada mês, diretamente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, os recursos previstos no orçamento anual, em duodécimos mensais, deduzida a Guia de Autorização de Pagamento - GAP/PRESTADOR, como estabelecido em cláusula convencional.

1.1.7 - O atual sistema de GAP/PRESTADOR, será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), com o pagamento controlando no INAMPS/DG.

1.1.8 - O Sistema de Cobertura Ambulatorial será executado em 04 (quatro) etapas:

- Cobertura Ambulatorial em janeiro/91 e criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- estabelecimento de requisitos básicos para transferências de recursos diretamente aos Municípios;
- articulação entre Municípios através da constituição de Consórcios com o objetivo de desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam;
- pagamento dos prestadores, diretamente pelo INAMPS/DC, através de sistema próprio de informatização SIA-SUS, a partir de fevereiro de 1991.

1.1.8.1 - PRIMEIRA ETAPA:

1.1.8.1.1 - Funcionamento da cobertura ambulatorial

- a cobertura ambulatorial anual será obtida através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da Federação;
- o produto dessa operação será dividido em duodécimos;
- o valor mensal a ser transferido até o último dia útil de cada mês a Estados e Distrito Federal e Municípios, será obtido:
 - do duodécimo subtrai-se a GAP/Prestador do Estado;
 - do resultado 10% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde;
 - o saldo resultante será dividido novamente pela população de cada unidade da Federação;
 - o quociente encontrado, corresponde a um variável que, multiplicada pela população de cada município da unidade federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde.
- para os Municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos na Lei 8.080/90 e normas complementares do INAMPS/MS, o valor que lhe é destinado, será repassado à Secretaria Estadual de Saúde.
- na existência de saldos derivados das situações supramencionadas, os mesmos serão alocados às respectivas Secretarias de Estado de Saúde.

1.1.8.1.2 - Os Estados e Municípios deverão constituir o seu Fundo de Saúde, no prazo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação desta Resolução, em conformidade com a legislação vigente, a fim de assegurar o aporte de recursos ao setor saúde, bem como a sua administração.

1.1.8.1.3 - Caso não tenha sido constituído o fundo Estadual e/ou Municipal de Saúde, os recursos serão repassados diretamente à conta especial da Secretaria de Estado de Saúde, no Banco do Brasil S.A.

1.1.8.2 - SEGUNDA ETAPA

1.1.8.2.1 - São requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os Municípios:

- criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores do serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
- criação do Fundo Municipal de Saúde;
- apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;

ESTATUTO

... de recursos, buscando melhor a utilização dos recursos e a serem regulados para concretização das ações de benefício dos usuários.

2.5.2 - A PROS constituirá a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levem à obtenção dos objetivos propostos.

2.5.3 - Para a consecução dos objetivos propostos, será de grande importância a participação ativa no processo de planejamento de todos quantos executam as ações de saúde, bem como dos que as recebem.

2.5.4 - As diretrizes a serem observadas na elaboração da PROS serão as estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

2.6 - DOS PLANOS DE APLICAÇÃO

2.6.1 - Os Planos de Aplicação dos Fundos de Saúde deverão obrigatoriamente acompanhar a Lei do Orçamento, como se desprende do Art. 2º, Parágrafo 2º da Lei 4.320, de 17/03/64 e complementação.

2.6.1.1 - A descrição do que se pretende realizar e dos objetivos a alcançar;

2.6.1.2 - a demonstração da origem e a aplicação dos recursos.

2.6.2 - Os saldos resultantes das aplicações financeiras dos recursos destinados aos Fundos de Saúde serão reinvestidos nas suas atividades, devendo ser objeto do Plano de Aplicação Adicional.

2.6.3 - Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo (financeiro) do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo e mediante reprogramação no Plano de Aplicação Anual.

2.7 - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.7.1 - As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde, integrarão a prestação de contas correspondente aos recursos de cada respectiva entidade ou unidade gestora, em demonstrativo único e será constituído dos seguintes elementos básicos:

2.7.1.1 - relação dos agentes responsáveis, indicando nome, cargo ou função, número do CPF e período de gestão compreendendo:

- dirigente máximo;
- membros do órgão colegiado responsável por atos de gestão definidos em lei;
- substitutos dos responsáveis no exercício.

2.7.1.2 - cópia do ato que fixou a gestão ou execução do fundo;

2.7.1.3 - relatório de gestão, na forma do subitem 2.4.1;

2.7.1.4 - cópia das alterações das normas que regulam a gestão do fundo, ocorridas no exercício, se for o caso;

2.7.1.5 - demonstrativo dos créditos autorizados e/ou da despesa autorizada;

2.7.1.6 - demonstrativo da despesa empenhada/liquidada;

2.7.1.7 - balanço financeiro;

2.7.1.8 - demonstração das variações patrimoniais; e

2.7.1.9 - parecer dos órgãos internos se houver, que devam dar seu pronunciamento sobre as contas.

2.7.2 - As prestações de contas dos Fundos de Saúde serão apresentadas semestralmente ao órgão de Auditoria Regional das Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, que as examinará e sobre elas emitirá parecer, de acordo com as instruções vigentes sobre a matéria.

PART II - DO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

3.1 - A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional será efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.

3.2 - O Ministério da Saúde acompanhará, através do seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas na lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

3.3 - O controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira compreenderá a verificação:

3.3.1 - da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;

3.3.2 - da responsabilidade de todos quanto, no qualquer modo efetuem despesas, administrem ou guardem bens e valores públicos;

3.3.3 - do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços.

3.4 - Caberá ao INAMPS, órgão responsável dos recursos e responsável por imposição legal, perante o Tribunal de Contas da

União, a fiscalização da execução orçamentária e financeira, na forma do subitem anterior e em conformidade com os procedimentos em vigor.

3.5 - A Diretoria de Administração e Finanças do INAMPS criará Relatórios Gerenciais informatizados de acompanhamento e controle, que permitam a identificação dos fatores específicos do novo sistema de financiamento do SUS, com vistas ao suprimento de informações ao Ministério da Saúde, Conselho e Fundos de Saúde e demais órgãos envolvidos no programa.

3.6 - Este sistema visará a articulação e interligação do INAMPS com os órgãos correlatos do SUS, objetivando uniformizar os procedimentos adotados.

PART IV - DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1 - Até que se edite normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, dadas as características próprias de que se reveste o programa, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

4.2 - Até que o Conselho Nacional de Saúde aprove as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos referidos no Art. 25 da Lei Federal 8.080, de 17/09/90, será utilizado exclusivamente o critério populacional.

4.3 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios serão depositados em conta especial no Banco do Brasil S.A. e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

4.4 - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

4.5 - As transferências de recursos para investimentos (despesa de capital) serão alocadas observados os seguintes aspectos:

4.5.1 - desde que previstas no Plano Quinquenal de Metas do MS;

4.5.2 - se previstas em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovadas pelo Congresso Nacional;

4.5.3 - em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde;

4.5.4 - e formalizadas mediante celebração de Convênio e/ou Termo Aditivo ao Convênio SUS, observada a Lei Orçamentária e a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS/MS.

4.6 - Cabe aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangência, bem como atuar na formulação de estratégia no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômico e financeiros e na fiscalização do movimento dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

4.7 - Os orçamentos próprios dos Fundos de Saúde deverão ser aprovados antes do início do exercício financeiro a que se referir.

4.8 - Os Governos Estaduais e Municipais, deverão alocar um mínimo de 10% (dez por cento) do seu orçamento em 1991, na área de saúde.

4.9 - Aplicam-se aos convênios os princípios e preceitos regedores dos convênios até que seja publicada legislação específica sobre a matéria, distinguindo-se os Convênios dos Convênios porque este é celebrado entre pessoas jurídicas de espécies diferentes e aquele não é entre entidades da mesma espécie.

4.10 - O atual Sistema de CAP/Prestador será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Ambulatoriais (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/MS.

4.11 - O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar - AIIH, a cada unidade executora, será proporcional à população, obedecidas as normas específicas já expedidas sobre a matéria cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição entre Municípios e Prestadores.

4.12 - As AIIH's, com valores de tabela específicas, serão creditadas diretamente aos hospitais das redes próprias, estaduais e municipais, em conta corrente especial no Banco do Brasil S.A.

4.13 - O INAMPS/MS criará uma reserva de AIIH's a ser definida em normas complementares, a fim de compensar os centros de maior complexidade.

4.14 - Fica sendo mantido o acesso a serviços de saúde e centros especializados e de alta complexidade que não remetem diretamente complementarmente através de uma Câmara de Compensação de AIIH's.

4.15 - O INAMPS/MS, a partir de julho de 1991, após acordo com as Secretarias Estaduais de Saúde, estabelecerá um percentual sobre o faturamento das unidades próprias do Estado e/ou cedidas, a título de ressarcimento, tendo em vista a cessão de servidores efetivos do seu Quadro sem ônus para os Estados.

4.16 - O Diretor de Administração e Finanças do INAMPS poderá elaborar Rotinas Técnicas e Orientações de Serviços sobre o disposto nesta Norma.

5 - Esta Norma Operacional Básica poderá ser editada mediante a publicação de Normas Operacionais Complementares que se destinarem a definir procedimentos padronizados relativos a questões específicas (Programação e Orçamento da Saúde, Plano de Aplicação e Prestação de Contas).

93.481.05-3	3.397.00	2 BOMBA PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL
93.481.09-8	9.117.00	1 CADEIETEI TOTAL/IMPLANTAVEL P/ INFUSAO QUI MIOTERAPICO
93.481.10-1	4.00	0 SUBSTITUIVO TEMP. DE PELE (BIOL./BIMTEI). (POR CM2) SO P/QUEIMADOS
93.481.14-0	182.339.00	1 KIT GRAMPEADOR INTRALUMINAR SAP
93.481.17-9	13.970.00	1 PROTISE PARA LSOI ADO
93.481.19-3	1.619.00	1 CAMULA PARA TRAQUEOTOMIA SEM DALAO
93.481.20-9	2.090.00	1 TELA INORDANICA PEQUENA (ATE 100 CM2)
93.481.21-7	8.918.00	1 TELA INORDANICA MEDIA (ATE A 400 CM2)
93.481.22-3	14.030.00	1 TELA INORDANICA GRANDE (ACIMA DE 400 CM2)

- 1 = USO RESTRITO AOS SERVICOS AUTORIZADOS
- 2 = USO SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS
- 3 = SUJEITO A AUTORIZAÇÃO PREVIA

RELACAO DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ACORDO COM O CODIGO

93.311.04-4 93.311.05-2 93.311.06-0
 ACESSO VASCULAR TEMPORARIO P/ HEMODIALISE.
 EM INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

93.321.14-3
 SINDROME DO MARCAPASSO;
 SINDROME DO SEIO CAROTIDEO;
 DOENÇA DO NÓ SINUSAL C/DISTRUBIO DE CONDUCAO ATRIO VENTRICULAR.

93.325.07-0 = ANEURISMA DISSECANTE DE AORTA.

93.326.13-0
 PERFUSOES ACIMA DE 2 HORAS;
 HEMODILUICAO (MI (20X));
 TIPO FUNCIONAL IV;
 ENDOCARDITE;
 FUNCAO RENAL COMPROMETIDA.

93.326.18-1 93.327.18-0
 REOPERACAO: SANGRAMENTO;
 TIPO SANGUINEO DE POUCA DISPONIBILIDADE.

93.326.22-0
 APOIO CARDIOCIRCULATORIO NO PRE E POS OPERATORIO.

93.326.24-6
 CRIANCA COM BAIXO PESO;
 CEC MAIOR QUE 2 HORAS;
 IDADE ACIMA DE 65 ANOS;
 REOPERACAO.

PORTARIA Nº 19, DE 08 DE JANEIRO DE 1991

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAAPS (respondendo), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99244 de 10 de maio de 1990, resolve:

1 - Definir, conforme relação abaixo, a quantidade de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), a ser distribuída, mensalmente, para cada Estado da Federação.

ESTADO	QUANTIDADE	ESTADO	QUANTIDADE
Acre	2.898	Paraná	28.503
Alagoas	18.916	Pernambuco	57.024
Amazonas	16.759	Piauí	20.999
Amapá	1.783	Paraná	77.046
Bahia	81.166	Rondônia	7.500
Ceará	49.999	Rio de Janeiro	117.181
Distrito Federal	12.023	Roraima	906
Espírito Santo	19.764	Rio Grande do Norte	16.340
Goias	35.737	Rio Grande do Sul	78.749
Maranhão	39.561	Sergipe	11.370
Minas Gerais	140.456	Santa Catarina	38.346
Mato Grosso	17.652	São Paulo	279.301
Mato Grosso do Sul	15.677	Tocantins	9.043
Pará	35.945		

2 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência janeiro/91, revogando-se as disposições em contrário.

RICARDO AKEL

PORTARIA Nº 20, DE 08 DE JANEIRO DE 1991

Estabelece critérios para aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial-UCA nas transferências de recursos/SUS nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAAPS (respondendo), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99244 de 10 de maio de 1990,

CONSIDERANDO o que determina o item I da Portaria MS/GM nº 1.481 de 31 de dezembro de 1990;

CONSIDERANDO a necessidade de cobertura das ações e serviços de saúde, a serem implementadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

CONSIDERANDO a nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS e a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, e

CONSIDERANDO o disposto no artigo 35 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, resolve:

1 - Reunir provisoriamente os Estados e Distrito Federal em grupos, observando os seguintes critérios:

- a) - população, de acordo com dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;
- b) - capacidade instalada;
- c) - desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutivez;
- d) - custos atípicos;
- e) - núcleo histórica de controle das Unidades da Federação.

2 - Estabelecer, com base nos critérios explicitados acima, tabela de valores de UCA para aplicação nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1991:

GRUPOS	CR\$	ESTADOS
G-1	1.200,00	Tocantins, Rondônia, Amapá, Piauí, Maranhão, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Acre, Pará, Roraima, Amazonas.
G-2	1.600,00	Pernambuco, Paraíba, Santa Catarina, Minas Gerais.
G-3	2.000,00	Espírito Santo, Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Distrito Federal.
G-4	2.400,00	Goias, Rio de Janeiro, Ceará, Paraná.
G-5	2.800,00	Rio Grande do Sul.
G-6	3.200,00	São Paulo.

RICARDO AKEL

(OI. Nº 06/91)

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

RESOLUÇÃO Nº 258, DE 07 DE JANEIRO DE 1991

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, no uso das atribuições que lhe são regimentalmente conferidas e

1. CONSIDERANDO que o Texto Constitucional, Título VIII, da Ordem Social, Seção II, da Saúde, que define as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, e as disposições da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990;

2. CONSIDERANDO que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art. 195 da Constituição Federal, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;

3. CONSIDERANDO a necessidade de assegurar o acesso universal, igualitário e progressivo da população às ações de saúde, através da adoção de uma nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde;

4. CONSIDERANDO a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nos municípios mais carentes, com sobre-eforte de serviços em alguns lugares e ausência em outros;

5. CONSIDERANDO a necessidade de redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis do governo, com um reforço do poder municipal, resolve:

Approvar a Norma Operacional Básica/RUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata de nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde - RUS para 1991.

RICARDO AKEL

(OI. N/91)

ESTATUTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

I - DISPOSIÇÕES GERAIS

A Constituição do Brasil outorgada em 1988 prevê em seu artigo 198 que a saúde é direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado.

Afim de cumprir esse preceito Constitucional o governo federal criou o Sistema Único de saúde cujas diretrizes encontram-se na Lei Orgânica da Saúde aprovada e sancionada em 19/09/90 (lei 8080).

A Lei Orgânica do Município de Capivari prevê a integração do Município ao Sistema Único de Saúde e também a criação do Conselho Municipal de Saúde com diretrizes e normas fixadas pela lei municipal ~~1982/90~~ 1982/90 de 16/11/90.

II - DOS OBJETIVOS

ARTIGO 1o - O Conselho Municipal de Saúde tem por objetivo supervisionar e aprovar as diretrizes que nortearão o funcionamento do Sistema de Saúde no âmbito do Município de Capivari, com participação paritária entre prestadores e usuários do sistema.

ARTIGO 2o - O Conselho Municipal de Saúde observará, no exercício de suas atribuições, as seguintes diretrizes básicas e prioritárias:

I - A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação;

II - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com os seguintes parâmetros:

a - descentralização, com direção única (gerência) em cada esfera de governo;

b - atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, destacando-se o atendimento de urgência;

c - participação da comunidade.

III- Uma política de saúde pública que assegure o desenvolvimento e a complementariedade entre as dimensões preventivas (saneamento básico, gestão ambiental, educação sanitária e ambiental) e assistenciais, garantindo a universalização e o acesso igualitário a um ambiente sadio e aos serviços de saúde a todos cidadãos do município de Capivari.

IV - O aprofundamento da integralidade e melhoria da qualidade ambiental e dos cuidados com a saúde pública nos âmbitos coletivos e

individuais;

V - A integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, instituindo-se um sistema de referência, com eficiência e eficácia, conforme as características produtivas, ecológicas e epidemiológicas de cada região e do Município;

VI - A descentralização efetiva das ações de saúde, através de mecanismo de incremento de responsabilidade dos locais na gerência do setor;

VII - A Constituição e o pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde, em todos os níveis, com ampla garantia de participação das representações populares e da democratização das decisões;

VIII - A efetivação de uma política de recursos humanos para o setor de saúde que contemple a admissão somente por concurso público plano de carreira com cargos, salários e vencimentos, capacitação e reciclagem para as funções, isonomia salarial baseada no maior valor com carga horária idêntica, estímulo ao tempo integral geográfico, dedicação exclusiva para o setor público, a contemplação de vencimentos devido a atividade considerada insalubre, periculosa e contagiosa, bem como ao trabalho nos locais de difícil acesso.

III - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 3o - Compete ao Conselho Municipal de saúde:

I - discutir e deliberar sobre a prestação de contas no Setor Municipal de Saúde.

II - participar da discussão e elaboração do plano Diretor Anual do Setor Municipal de Saúde;

III - autorizar a aquisição de equipamento para o Setor Municipal de Saúde;

IV - propor ao Executivo ampliação e construções para o Setor de Saúde, bem como sugerir a localização destas;

V - fixar as prioridades dentro da estrutura do Setor Municipal de Saúde;

VI - zelar pelo cumprimento do Capítulo da Saúde da Lei Orgânica do Município e legislação correlata;

VII - encaminhar ao Executivo ou a Comissão Permanente de Saúde da Câmara Municipal, propostas de projetos de lei que julgue importantes para o bom desempenho das funções do Setor Municipal de Saúde, ou que de qualquer forma possam contribuir para a melhoria da saúde pública e individual no âmbito do Município;

VIII - propor ao Executivo uma política global de Saúde atrelando-a a outras questões afins, tais como meio ambiente, política urbana, saneamento básico, etc.

IX - apreciar e deliberar a incorporação ou exclusão, ao

Sistema de Saude, de serviços privados e ou pessoas fisicas, de acordo com as necessidades de assistencia a populacao do respectivo sistema local e de disponibilidade orçamentaria, a partir de parecer exarado pelo setor Municipal de Saude.

X - Exercer ampla fiscalização nos orgaos prestadores de serviços na area de saude, no sentido de que suas ações proporcionem desempenho efetivo e com alto grau de resolutividade ao Sistema Unico de Saude.

XI - Estabelecer criterios gerais de controle e avaliação do Sistema Unico de Saude, com base em parametros de cobertura, cumprimento das metas estabelecidas, produtividades, recomendando mecanismo claramente definidos para correção das distorções, tendo em vista o atendimento pleno das necessidades populacionais;

XII - Solicitar aos orgaos publicos integrantes do Sistema Unico de Saude, através de sua Secretaria Executiva, a colaboração dos servidores de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, no esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo orgao a que pertencem;

XIII - Pronunciar-se sobre as prioridades orçamentarias, operacionais e metas estrategicas dos orgaos publicos vinculados ao Sistema Unico de Saude;

XVI - Promover discussao e aprovação de integração entre os varios municipios, bem como Plano Regional de Saude;

XV - Encaminhar propostas de modificação do presente estatuto para apreciação da Conferencia Municipal de Saude;

XVI - propor e aprovar a formação de consorcios intermunicipais no que se refere ao sistema de saude publica.

IV - DA COMPOSIÇÃO E CONSTITUIÇÃO

ARTIGO 4o - O Conselho Municipal de Saude sera composto pelos seguintes membros:

PARAGRAFO 1o - Um representante do executivo indicado pelo Sr. Prefeito Municipal.

PARAGRAFO 2o - Um representante do legislativo indicado pelo Sr. Presidente da Camara Municipal de Capivari.

PARAGRAFO 3o - Um representante de cada entidade exclusivamente prestadora de serviços de saude (publico, privado ou filantropico), no ambito do Municipio de Capivari, indicados pelos respectivos Presidentes das entidades.

X PARAGRAFO 4o - Um representante da entidade representativa dos medicos do municipio.

PARAGRAFO 5o - Um representante dos funcionarios do sistema publico de saude, eleito entre os seus pares.

PARAGRAFO 6o - Usuarios do sistema de saude eleitos entre os repre

representantes dos varios segmentos organizados da sociedade na Conferencia Municipal de Saude, e que deverao ser em numero igual ao da soma dos outros componentes presentes nos paragrafos de 1 a 4.

ARTIGO 5o - O Conselho Municipal de saude possuirá uma mesa Diretora composta por:

- Presidente;
- Vice Presidente;
- 1o Secretario;
- 2o Secretario.

ARTIGO 6o - A mesa Diretora terá mandato de 1 (um) ano sendo vedada a reeleição consecutiva para o mesmo cargo.

PARAGRAFO UNICO A reeleição se dará entre os conselheiros, por maioria simples de votos, na primeira reunião ordinaria do mes de fevereiro.

ARTIGO 7o - Todos os representantes do Conselho terão mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reeleitos ou reindicados uma unica vez consecutiva.

ARTIGO 8o - Para cada membro do Conselho será eleito e indicado um suplente.

V - DO FUNCIONAMENTO

ARTIGO 9o - O Conselho Municipal de Saude se reunirá mensalmente as 2a, 4a feira do mes no CS-II de Capivari "Dr. Mario Dias de Aguiar" sito a rua Padre Haroldo 553, as 20:00 horas, não sendo necessaria convocação para essas reuniões ordinarias.

PARAGRAFO 1o - As reuniões se iniciarão as 20:00 horas com qualquer numero de presentes.

PARAGRAFO 2o - A pauta da reunião, bem como os documentos que serão submetidos a análise, deverao ser encaminhados aos conselheiros pelo secretario com 72:00 horas de antecedencia a reunião.

PARAGRAFO 3o - Para parte obrigatoria da pauta a análise e aprovação da prestação de contas do Fundo Municipal de Saude e/ou Coordenadoria Municipal de Saude.

ARTIGO 10o - O Conselho Municipal de Saude se reunirá extraordinariamente por convocação de seu presidente ou de 25% (vinte e cinco por cento) de seus membros devendo a convocação e a pauta anteceder em 7 (sete) dias a data da reunião, e na pauta desta reunião será vedado a utilização de expediente que torne vagos ou imprecisos os temas a serem discutidos, tais como o uso da expressao "outro" para designar item da pauta.

ARTIGO 11o - Será eliminado do Conselho o conselheiro que faltar a 3 (tres) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) reuniões durante o seu mandato, sem indicação de seu suplente.

PARAGRAFO UNICO No caso de se eliminar um conselheiro o presidente

do conselho devera enviar officio a entidade representado por ele a fim de que seja indicado ou eleito novo representante da mesma junta ao Conselho.

ARTIGO 12o - As discussões em pauta devem sempre ser conduzidas de forma a que se torne possível tomar as decisões por consenso. Não sendo possível o consenso, as decisões serão tomadas de acordo com os seguintes criterios:

a - as questões administrativa ou economica financeira dependerao de aprovação por maioria simples dos presentes.

b - as questões que impliquem em alterações estruturais ou da organização do sistema serao decididas por aprovação de 2/3 (dois terços) dos presentes.

PARAGRAFO UNICO As votações serao nominais e constarao no livro ata e apos a colocação dos temas em votação os mesmos nao mais poderao retornar a fase de discussao.

ARTIGO 13o - Compete ao Presidente do Conselho:

- Convocar e dirigir a mesa do conselho.
- Elaborar a pauta da reuniao ordinaria e extraordinaria quando convocado por ele.
- Votar todas as questões em pauta.
- Dar o voto decisivo nas questões em que se verificar empate de voto.
- Verificar a lista de presença e solicitar o desligamento de qualquer conselheiro que tenha descumprido o artigo 11o e convocar seu suplente.

ARTIGO 14o - Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

ARTIGO 15o - Compete ao 1o Secretario cuidar do expediente do Conselho bem como redigir as atas das reunioes.

ARTIGO 16o - Compete ao 2o secretario substituir o secretario em seus impedimentos.

VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS TRANSITORIAS

ARTIGO 17o - Este estatuto so podera ser modificado com a aprovação de 2/3 (dois terços) do Conselho e referendado a Conferencia Municipal de Saude convocados com essa finalidade especifica.

ARTIGO 18o - Os mandatos dos membros inicia-se no dia 1o de fevereiro com duração de 2 (dois) anos.

ARTIGO 19o - Cabe ao Presidente em exercicio no mes de janeiro convocar a Conferencia Municipal de Saude bem como solicitar aos dirigentes dessas entidades a indicação de seus representantes no Conselho.

ARTIGO 20o - As funções dos membros do CMS nao serao remunerados

sendo seu exercicio considerado serviço relevante a preservação da saúde da população.

ARTIGO 21o - A infraestrutura mesma para funcionamento da CMS, tais como manter, equipamento e pessoal sera dotada pelo municipio conforme determina a lei 1982/90 em seu artigo 7o.

lap/mcp.

FOLHA No. 006

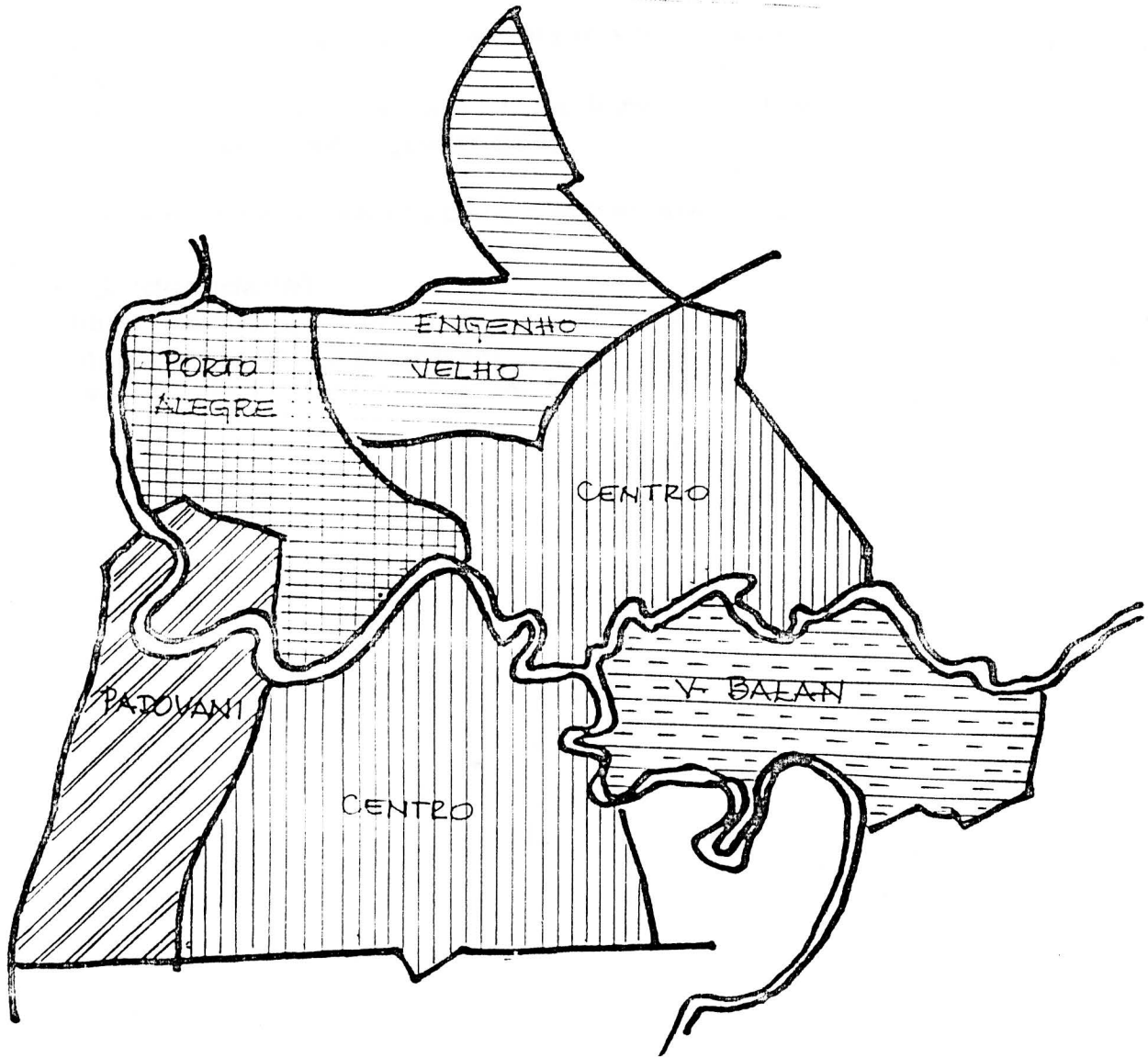
ANEXO 14

Localização dos Postos



ANEXO 15

Áreas de Abrangência



- ||||| - Centro
- ==== - Engenho Velho
- #### - Porto Alegre
- //// - Padovani
- ==== - V. Ballan

ANEXO 16

Conteúdo de Cartaz afixado na parede de uma Unidade de Serviço Público de Saúde.

- Remédio somente com a receita médica e autorização da Assistente Social.
- Todos os exames (sangue, urina, fezes e RX) realizados no C.S. também deverão ser autorizados.

Documentos necessários para a entrevista com a Assistente Social:

- R.G.(Identidade)
- Último Cartão de água, luz.
- Último hollerith de pagamento.
- Certidão de Nascimento (quando menor).