

10/11/93
7

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

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

Município de Cajuru - SP

São Paulo

1995

VIVENCIANDO A HISTÓRIA,

BUSCANDO DADOS,

RELATANDO FATOS

A SAÚDE EM CAJURU

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Alunos:	Formação:	Áreas Temáticas:
Elisabeth Balthazar Leite	Medicina	Vigilância Sanitária
Elisabeth Laura L. G. Silva	Odontologia	Odontologia Preventiva e Saúde Pública
Elisabeth de Lourdez Avelino	Ciências Políticas e Sociais	Ciências Sociais
Estevão Huszka	Engenheiro	Engenharia em Saúde Pública Ambiental
Francisco Bemivaldo Carneiro	Geologia	Engenharia em Saúde Pública Ambiental
Katya Valéria Aparecida V. Diní	Biologia	Epidemiologia
Lucimar Camões Pereira	Pedagogia	Educação em Saúde Pública
Maria Alice Candelária Bitinas	Psicologia	Educação em Saúde Pública
Maria Angela Franci Ambrosio	Terapeuta Ocupacional	Materno Infantil
Maria Inês F. Gusmão	Psicologia	Políticas, Planejamento, Organização e Gerenciamento em Saúde
Necira Maria dos Santos Harmani	Medicina Veterinária	Medicina Veterinária
Vânia de Azevedo Lage	Filosofia	Educação em Saúde Pública

Orientador:

Prof. Dr. Roque Passos Pivelli

Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional

Presidente:

Prof^a Dr^a Eunice Aparecida Bianchi Galati

Membros da Banca Examinadora

Prof. Dr. Délsio Natal

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Prof. Dr. Roque Passos Pivelli

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

AGRADECIMENTOS

À Prefeitura Municipal de Cajuru, suas Secretarias e Órgãos, assim como a Cia. de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP, pela solicitude com que o grupo foi recebido, pela presteza com que informações, materiais e instrumentos foram disponibilizados, os quais possibilitaram a elaboração do presente trabalho;

Ao Coordenador responsável, Prof. Dr. Roque Passos Pivelli por entender a vontade do grupo em buscar novas formas de realizar e refletir o trabalho de campo multiprofissional;

Ao Sr. Virgílio Arena pela contribuição ao fazer e escrever a História de Cajuru;

Pela oportunidade de trocar conhecimentos, pelas características tão heterogêneas e por isso relacionamento tão rico, por ter enfrentado fases difíceis com coesão e dignidade, agradecer a Turma de 1995, por este momento único.

Um grande beijo.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	001
1 - METODOLOGIA.....	002
2 - CONTORNOS ENTRE O PASSADO E O PRESENTE	006
3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	011
3.1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO	011
3.1.1 - Pirâmide Populacional	011
3.1.2 - Estrutura da Pirâmide Populacional	012
3.1.3 - Razão de Masculinidade	012
3.1.4 - Razão de Dependência	014
3.2 - INDICADORES DE SAÚDE	015
3.2.1 - Coeficiente Geral de Mortalidade	015
3.2.2 - Mortalidade Proporcional Segundo Idade	016
3.2.3 - Coeficiente Geral de Natalidade	016
3.2.4 - Coeficiente de Nati-Mortalidade	017
3.2.5 - Coeficiente de Mortalidade Infantil	017
3.2.6 - Mortalidade Específica por Causa e Idade	017
3.2.7 - Indicador Swaroop-Uemura	018
3.3 - SÉRIES HISTÓRICAS	021
4 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	032
4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	032
4.1.1 - Equipamentos	033
4.1.2 - Recursos Humanos	044
4.2 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA	053
4.2.1 - Vigilância Epidemiológica	053

4.2.2 - Vigilância Sanitária	059
4.2.3 - Direção Regional de Saúde XVIII	066
4.3 - ATENÇÃO À SAÚDE	078
4.3.1 - Saúde Bucal	078
4.3.1.1 - Sistema de Atendimento	080
4.3.1.2 - Sistema de Trabalho	083
4.3.1.3 - Ações de Vigilância	085
4.3.1.4 - Sistema de Informação	090
4.3.1.5 - Administração de Recursos	091
4.3.1.6 - Caracterização do Modelo	093
4.3.2 - Saúde da Criança e do Adolescente	106
4.3.3 - Saúde da Mulher	118
4.4 - SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE	124
4.4.1 - Abastecimento de Água	124
4.4.1.1 - Cidade de Cajuru	126
4.4.1.2 - Sede do Distrito de Santa Cruz da Esperança	137
4.4.2 - Esgotamento Sanitário	142
4.4.2.1 - Cidade de Cajuru	142
4.4.2.2 - Sede do Distrito de Santa Cruz da Esperança	147
4.4.3 - Sistema de Limpeza Pública	149
4.4.3.1 - Cidade de Cajuru	150
4.4.3.2 - Sede do Distrito de Santa Cruz da Esperança	155
4.4.4 - Poluição Ambiental	157
5 - CARACTERIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	163
5.1 - EDUCAÇÃO	163
5.2 - SEGURANÇA PÚBLICA	175
5.3 - PROMOÇÃO SOCIAL	181

6 - SINDICATOS: TRABALHADORES RURAIS E RURAL PATRONAL	183
7 - ANÁLISE DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DE SAÚDE	189
7.1 - DESCENTRALIZAÇÃO	189
7.2 - FINANCIAMENTO	192
7.3 - GERENCIAMENTO	196
7.4 - REGIONALIZAÇÃO	197
7.5 - TERRITORIALIZAÇÃO	199
7.6 - HIERARQUIZAÇÃO	200
7.7 - ACESSIBILIDADE	201
7.8 - INTEGRALIDADE	203
7.9 - PARTICIPAÇÃO POPULAR E DEMOCRATIZAÇÃO	204
7.10 - RESOLUBILIDADE	208
8 - BIBLIOGRAFIA	209
9. ANEXOS	215

“Não se pode dizer como a vida é, como a sorte ou destino trata as pessoas, a não ser contando a história.”

***Hannah Arendt,
31 de maio de 1971***

APRESENTAÇÃO

“Minha memória vê esta cidade tão pequena com um traçado singular. Suas cinco ruas nascem todas num mesmo local, onde termina uma estrada boiadeira vinda das Minas Gerais.”

Virgílio Arena

Para o grupo foi um prazer enorme a realização desse trabalho. Não se vai lamentar sobre dificuldades e contratemplos, o fórum é outro.

No relatório, optou-se por ir além de avaliar o comportamento da municipalização dos serviços de saúde, no processo da descentralização. Caminhou-se no sentido de conhecer mais intimamente as políticas públicas que compõem Cajuru, com sua história e seu povo. Assim, contextualizando a realidade do Município, compreende-se as relações intrínsecas à sua sobrevivência, permitindo-se fazer uma contribuição consistente.

As críticas e sugestões em nenhum momento tiveram um caráter pessoal ou destrutivo, mas sim, de estar cumprindo o papel colocado pela Faculdade de Saúde Pública, através do Trabalho de Campo Multiprofissional. Acredita-se num processo de transformação da sociedade numa busca constante de melhor qualidade de vida para todos.

Para desenhar toda essa abrangência, alterou-se um pouco o formato oficial do relatório, de forma a contar momento da História dos cajuruenses, considerando sua poesia e suas necessidades, e não apenas enfatizando alguns números mas, o que se esconde por trás deles.

1 - METODOLOGIA

“Mas é claro que os atores sociais não são somente homens econômicos.

Vivem, e atuam dentro de um mundo feito de organizações, de centros de poder, de mecanismo de decisão. Num mundo que não é econômico e sim, muito mais propriamente político, no sentido amplo da palavra.”

Alain Torraine

Inicialmente, resalte-se que não bastaram os pressupostos teóricos para o desenvolvimento do trabalho de campo. A sensibilidade do grupo, através de cada um dos seus componentes, balizou todos os instrumentos utilizados, o que permitiu uma leitura quase fotográfica.

Na metodologia desenvolvida optou-se por uma técnica de coleta de informações abrangentes, para alcançar os objetivos traçados através de pesquisa qualitativa, mais adequada para captar as nuances e riqueza de detalhes implícitos na interação entre os entrevistados.

O processo de pesquisa exige a utilização de diversos instrumentos. Primeiro, um instrumento histórico, que consiste no levantamento de documentos, como: atas de reuniões, informações de conhecimentos históricos e de características gerais do município, dados demográficos e estatísticos de saúde e ambientais. Dados obtidos através da Prefeitura de Cajuru, Sistema de Informação à Saúde do Estado de São Paulo e Sistema de Estudos e Análise Demográficos.

O levantamento desses subsídios possibilitou o estabelecimento do segundo instrumento, a planificação de pesquisa sobre questões que remetem à

municipalização dos serviços de saúde, buscando o entendimento de todo o processo. Mas, com igual importância, considerou-se as questões sobre aspectos Sócio-Culturais, Ambientais, Educacionais e de Segurança que envolvem a cidade de Cajuru.

Nesse sentido, na amostra dessa pesquisa, escolheu-se indivíduos envolvidos com as instâncias dos serviços de Saúde como também, indivíduos com outras experiências no município, tanto governamental quanto da sociedade civil.

Os conhecimentos adquiridos durante o curso e as discussões realizadas na fase preliminar ao trabalho de campo, consubstanciaram os roteiros das entrevistas. Seus conteúdos diferenciados, tiveram como preocupação o aprofundamento de todas as questões que envolvem o Município.

Já no campo, julgou-se a necessidade de ampliar o levantamento de informações. Desta forma, utilizou-se o método de observação sobre a ocorrência da vida cotidiana, condições de sobrevivência, buscando sempre uma visão integral.

Outros tipos de observações foram feitas durante as visitas às indústrias, matadouros, sistema de abastecimento de água e sistema de saúde local, não tendo como parâmetro o caráter de “**vistoria**” mas sim, buscando um olhar crítico e social.

Contou-se, ainda, com importantes depoimentos de pessoas que efetivamente presenciaram, experimentaram ou de alguma forma conheceram, a realidade de Cajuru.

Na aplicação da pesquisa quantitativa, foram abordados 13 usuários do sistema de saúde local e 10 profissionais da saúde. Os questionários foram aplicados nas visitas aos diversos serviços de saúde, numa escolha aleatória.

Durante os depoimentos e entrevistas, vários questionários apresentavam questões fechadas, buscando informações objetivas.

Os dados obtidos foram utilizados para fundamentação, análise, sugestão e conclusão do relatório.

Entrevistas (anexos 1 a 19):

Prefeito

Secretaria da Administração

Secretaria da Saúde e Promoção Social

Secretaria de Obras e Serviços

Secretaria de Esportes e Turismo

Posto de Assistência Sanitária Dr. Moisés Elias

Posto de Assistência Sanitária Ernesto F. Brandão

Posto de Assistência Sanitária José M. Araújo

Clínica Odontológica Municipal

Conselho Municipal de Saúde

Sindicato Rural Patronal

Sindicato dos Trabalhadores Rurais

Cia. de Saneamento Básico do Estado de São Paulo

Cia. Paulista de Força e Luz

Rotary Clube

Lions Clube

Escola Estadual de Primeiro e Segundo Grau "Galdino de Castro"

Escola Municipal de Educação Infantil André Ruggeri

Sociedade Ecológica Boca da Mata

Vigilância Epidemiológica e Sanitária

Cia. de Habitação

Laboratório de Análises Clínicas

Coordenação de Saúde Bucal

Depoimentos:

Guarda Civil Municipal

Polícia Militar

Visitas/Observações:

- bairros periféricos
- Colaba
- Nestlé
- Gold Meat Industrial
- Criação de Suínos
- Abatedouro de Frangos
- Criação de Suínos, Fábrica de Queijos e “Enrolado de Frango”
- Produção de “Enrolado de Frango”
- Produção de Queijo
- Matadouro Municipal
- Armazém da Merenda Escolar

2 - CONTORNOS ENTRE O PASSADO E PRESENTE

“Cajuru - ‘BOCA da MATA’ tradução do avâneen caa=mata; yuru=Boca. Uma planície verde de mansos riachos e românticas cachoeiras entre densas matas. Pousos de entradistas, bandeirantes, tropeiros e boiadeiros”.

Histórico do Município

O olhar atento de “Seu” Virgílio Arena, convidado especial desse trabalho, percorre horizontes buscando planícies verdes, mansos riachos e densas matas.

Seu afinado ouvido de excelente músico não acompanha mais “as retretas musicais de todos os domingos executadas pela corporação da cidade, enquanto os jovens no vaivém da praça faziam suas juras de amor”. (Arena, 1994)

Seus olhos passeiam pelas ruas da cidade sem encontrar o jardim onde, “Destacam-se quatro árvores gigantescas plantadas a partir da cadeia (hoje prefeitura), e tão grandes eram que faziam sombras por mais de 30 metros sobre o passeio”. (Arena, 1994)

As ações humanas interferem no meio ambiente e nem sempre garantem a interação homem-natureza, colocando em risco as condições ambientais e a qualidade de vida da população.

Incansavelmente devastam as belezas de Cajuru e na maioria dos locais, a degradação é evidente.

A monotonia dos canaviais irrita sensibilidades e desafia consciências, provocando reflexões que expliquem o imponderável.

O pasto, as culturas do café, do arroz e do milho, resistem bravamente, como que protegidas pelo perfume das laranjeiras em flor que escapa dos limites da cerca, invadindo espaços e inebriando o ar.

As máquinas de beneficiar café, a fábrica de cerveja e as serrarias foram precursoras do pequeno parque industrial de Cajuru, que conta hoje com 10 indústrias.

O comércio local com 658 estabelecimentos estende-se pelas ruas da cidade, diferente de ontem, quando tudo se concentrava no em torno da Igreja Matriz

Com 814 km o Município de Cajuru, distante 60 km de Ribeirão Preto, faz divisa com os municípios de Altinópolis, Cássia dos Coqueiros, Mococa, Santo Antônio da Alegria, Santa Rosa de Viterbo e São Simão.

Para visitar os amigos em Mococa era necessário madrugar. O percurso tinha início na rua do Tio João, dono da Casa Agrícola e depois era só pegar a estrada à esquerda, caminhar alguns bons quilômetros, passar pela fazenda do Seu Sampaio Moreira e continuar...

Há quase 100 anos atrás as distâncias eram outras, Mococa estava a 15 km de Cajuru. Como era bom sentir o cheiro do mato e pisar no pasto molhado pelo sereno. Que bom é chegar rápido em Mococa. Que bom...

“A história começou em princípios da década de 30. Dr. Galdino, médico natural da Bahia, clinicava em nossa cidade. Sua residência era a mesma onde hoje mora nossa colega Neida Osório, à rua D. Maria Pires. No local da garagem e cozinha havia um grande alpendre sem cobertura, com três bancos de ferro, que servia como uma ante-sala de espera para seus clientes. Era aí que ele aguardava os jovens de meu tempo, ansioso por uma troca de idéias ou comentários sobre os assuntos da cidade.”

Virgílio Arena

No final do século XIX juntava-se à pléiade de habitantes de Cajuru, imigrantes italianos. O intercâmbio e a troca de correspondência, com os que ficaram na Itália, fez com que centenas deles viessem estabelecer residência na localidade.

Na década de 30 chega do estado da Bahia Dr. Galdino de Castro, amante da cultura, do ensino e da Língua Portuguesa. Os baianos, que chegaram nas duas últimas décadas, não são doutores tampouco ensinam português como Dr. Galdino fazia. Juntos, com mineiros e paranaenses, fazem um trabalho digno mas pesado e mal remunerado: o plantio, o corte e a queima da palha da cana, cultivo preferencial dos donos das terras.

Atraídos pela fama de ser a região “A Califórnia Brasileira”, estes migrantes em princípio foram ficando, bancados por políticos com postura paternalista que pagavam as contas de água, luz e faziam até mesmo doações de lotes para que estes se estabelecessem definitivamente.

Atualmente, os migrantes ficam apenas no período da safra. A vida une estes homens às mulheres sozinhas da localidade. Fruto desta relação, as crianças são denominada “filhos da safra” mas bem poderiam ser “filhos da solidão”.

Solidão que mora no lado periférico da cidade e que, como em qualquer lugar deste país, encontra toda ordem de problemas.

“Como em geral as famílias se tornaram numerosas, a cidade passou a ter, em pouco tempo, grande quantidade de moças e rapazes que, aquecidos pelo calor da juventude, tornaram alegre a vida da cidade. A música era o elemento preponderante. Duas bandas musicais, num lugar tão pequeno, tocando em bailes e festas, nas procissões e até nos enterros, desenvolviam nos jovens o gosto por essa arte.

Rara era a casa onde não havia um músico.”

Virgílio Arena

Os encontros musicais colaboraram para o aparecimento de cantores e cantoras que “nos deliciaram com suas vozes nos corais da matriz, nas reuniões festivas em casas particulares ou nos saraus musicais que se tornaram muito frequentes.” (Arena, 1994)

Cajuru encantou-se pela música para sempre.

A Casa da Cultura abriga hoje o projeto Escola Livre de Música, onde cinco competentes professores da Orquestra Sinfônica de Ribeirão Preto, transmitem gratuitamente, à população de diversas faixas etárias, seus conhecimentos musicais.

Na entre-safra, o trabalhador rural, hábil no corte da cana, mas pouco especializado em outros ofícios, passa necessidades.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais, a Secretaria da Cultura e o Departamento de Promoção Social organizaram o projeto “O homem do Campo”, objetivando preparar o trabalhador para a aquisição de novos conhecimentos que lhe garanta melhorias salariais e de vida.

“Do outro lado da rua vamos encontrar um dos pontos mais gostosos da cidade: o ‘Éden Cinema’, propriedade do pioneiro Colombo Ruggerj, ponto chique da Sociedade, com seus filmes adoráveis”.

O tempo transformou espaços, alterou relações e em algum instante da vida, imperceptível para alguns, mas quem sabe, dramático para outros, o cinema se perdeu.

A Secretaria da Cultura criou a Associação dos Artistas e Artesãos, o Conselho Regional de Turismo, a Sociedade dos Poetas Vivos de Cajuru, a organização do Museu e Biblioteca “Dr. Moisés Elias” e implantou o Roteiro Turístico Portinari. Para manter viva a memória, a população de Cajuru organiza festas anuais como o Sarau de Outros Tempos, Anos 50, Anos 60.

A cidade mantém atividades folclóricas como a Folia de Reis, a Congada e a Catira.

Ah! Como é viva essa Cajuru!

3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.1 - DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

3.1.1 - Pirâmide Populacional

A população de Cajuru, apurada no último censo demográfico de 1991, foi de 20.246 habitantes, no entanto, a população projetada a partir do penúltimo censo de 1980, seria de 20.183 habitantes em 1991 e 21.638 habitantes em 1995.

Segundo levantamento realizado pela Prefeitura do Município, atualmente a população acha-se ao redor de 35.000 hab.

Diante de tais discrepâncias, optou-se por utilizar o dado oficial da população de 1991, nos cálculos desse trabalho.

Observa-se que a Pirâmide que mostra a estrutura da população é piramidal, possuindo uma base estreita no que diz respeito a faixa etária de 0 - 4 anos. Na faixa populacional de 0 - 14 anos, ou seja, a população juvenil, a proporção é apresentada de 33,01% em relação a população total.

Na faixa da população economicamente produtiva, de 15-49 anos, tem-se 50,10% da população.

Na faixa etária de 50 e +, acha-se 16,79% da população.

Este panorama mostra uma população do tipo progressiva ou jovem.

3.1.2 - Estrutura da pirâmide populacional (figura 1):

. Notas (a) Fonte = censo demográfico 1991

(b) A população considerada é composta da seguinte forma:

pop. total: 20.246 hab

sendo:

- 18.547 em Cajuru 9.572 homens

8.975 mulheres

- 1.699 no Distrito de Santa Cruz da Esperança 870 homens

829 mulheres

3.1.3 - Razão de masculinidade:

(Fonte: censo demográfico 1991)

$$\text{RM} = \frac{\text{n}^\circ \text{ homens}}{1.000 \text{ mulheres}} \qquad \text{n}^\circ \text{ homens} = 10.442$$

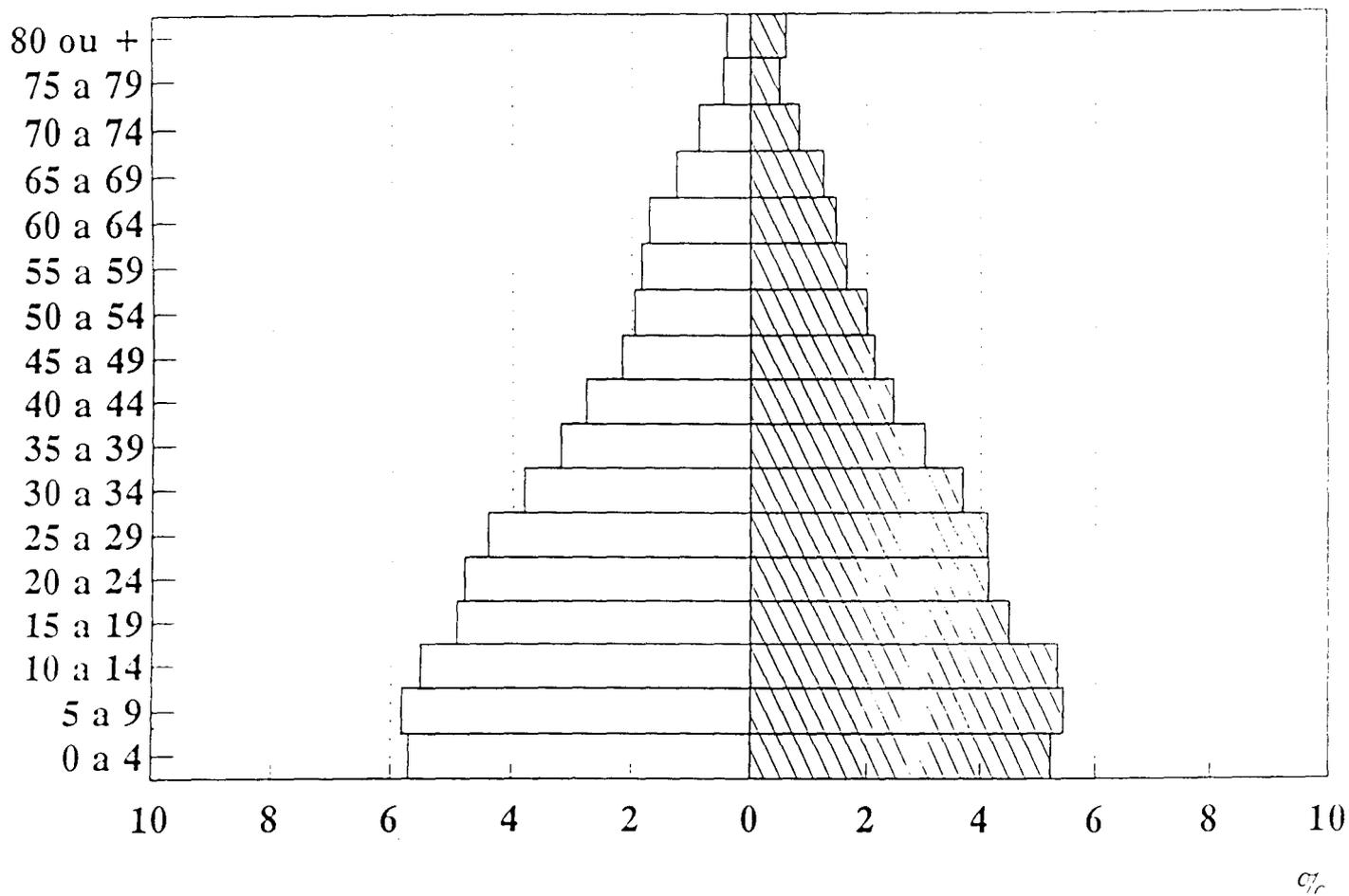
$$\text{n}^\circ \text{ mulheres} = 9.804$$

$$\text{RM} = 1.065/1.000 \text{ mulheres}$$

A razão de masculinidade esperada, segundo o comportamento das populações em geral, seria menor do que 1, inferindo-se que o valor obtido possa representar a permanência do contingente masculino que imigrou em busca da mão de obra, principalmente do corte da cana.

Figura 1 - Estrutura da pirâmide populacional do Município de
Cajuru. 1991

idade



□ Masculino

▨ Feminino

Fonte: Censo 1991 - SEADE

3.1.4 - Razão de dependência

(Fonte: censo 1991)

$$RD = \frac{<15a + > 65a}{15a \text{ ----- } 65a}$$

Faixa Etária	Nº Habitantes	
0 a 4 anos	2.213	
5 a 9 anos	2.279	sub-total 6.692
10 a 14 anos	2.200	
15 a 19 anos	1.907	
20 a 24 anos	1.810	
25 a 29 anos	1.726	
30 a 34 anos	1.518	
35 a 39 anos	1.259	sub-total 12.297
40 a 44 anos	1.060	
45 a 49 anos	872	
50 a 54 anos	799	
55 a 59 anos	704	
60 a 64 anos	642	
54 a 69 anos	510	
70 a 74 anos	347	sub-total 1.257
75 a 79 anos	196	
+ de 80 anos	204	

$$\therefore RD = \frac{6.692 + 1.257}{12.297} = 0,6464 \text{ ou } 64,64\% *$$

$$\begin{aligned} \text{sendo: } RD \text{ juvenil} &= \frac{6.692}{12.297} = 54,42\% \\ RD \text{ senil} &= \frac{1.257}{12.297} = 10,22\% \end{aligned}$$

A razão de dependência de uma população, reflete a força de trabalho, ou seja, a relação entre consumidores (população economicamente inativa) e produtores (população economicamente ativa). Pode ser decomposta em duas razões, sendo uma chamada de dependência juvenil, dos menores de 15 anos e outra, senil, dos maiores de 65 anos. A razão de dependência juvenil é de 54,42%

levando a inferir que, por ser uma relação de valor alto acarreta conseqüências sociais como a utilização de mão de obra de menores de 15 anos (lavouras de cana) causando uma evasão escolar de 1º e 2º graus, e portanto, um menor desenvolvimento na capacitação técnica profissional.

A razão de dependência senil encontra-se dentro dos parâmetros normais segundo referência bibliográfica (Laurenti, 1987).

3.2 - INDICADORES DE SAÚDE

3.2.1 - Coeficiente Geral de Mortalidade

Fonte: Fundação SEADE - SID - 1993

$$\text{CMG} = \frac{\text{nº de óbitos na área A, período t}}{\text{pop. da área A, no meio do período t}} \times 1000$$

$$\text{CGM} = 7,51 \text{ óbitos/1.000 habitantes}$$

O Coeficiente Geral de Mortalidade, por sofrer influência da proporção etária da população, não é capaz de avaliar a condição de desenvolvimento de uma localidade.

No município de Cajuru, o coeficiente situa-se na mesma faixa que do Estado de São Paulo e do Brasil, entre 7 e 10 óbitos por 1000 habitantes.

3.2.2 - Mortalidade Proporcional segundo Idade:

Fonte: Fundação SEADE - 1993

Total de óbitos: 157

Faixa Etária	Nº Óbitos	%
< 1 ano	10	6,37
1 a 4 anos	5	3,18
5 a 9 anos	1	0,64
10 a 14 anos	1	0,64
15 a 19 anos	1	0,64
20 a 24 anos	3	1,91
25 a 29 anos	3	1,91
30 a 34 anos	4	2,55
35 a 39 anos	1	0,64
40 a 44 anos	3	1,91
45 a 49 anos	8	5,09
50 a 54 anos	10	6,36
55 a 59 anos	13	8,28
60 a 64 anos	10	6,36
65 a 69 anos	23	14,65
70 a 74 anos	17	10,83
75 a 79 anos	19	12,10
+ de 80 anos	25	15,92

A Mortalidade proporcional segundo idade, no Município de Cajuru, comporta-se segundo os padrões mundiais, onde é maior nos extremos da vida

Tomando-se as faixas etárias de menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 19 anos, de 20 a 49 anos, e de 50 anos e mais, obteremos a curva de Nelson de Moraes (figura 2) classificada como de tipo IV, indicando bom nível de saúde no Município.

3.2.3 - Coeficiente Geral de Natalidade

Fonte: Fundação SEADE - SID - 1993

$$CGN = \frac{\text{nº de nascidos vivos, na área A, período t}}{\text{pop. da área A, no meio do período t}} \times 1000$$

CGN = 23,16 nascidos vivos/1.000 habitantes

O valor obtido está dentro da faixa do Estado de São Paulo, ao redor de 20 NV por 1000 habitantes

3.2.4 - Coeficiente de Nati-Mortalidade

Fonte: Fundação SEADE - SID - 1993

$$\text{CNM} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de perdas fetais tardias (natimortos), na área A, ano t}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos} + \text{n}^\circ \text{ de perdas fetais tardias, na área A, ano t}} \times 1000$$

$$\text{CNM} = 18,60 \text{ natimortos}/1.000 \text{ nascimentos}$$

O valor encontrado está próximo ao das áreas de baixo nível de saúde, onde o mesmo varia de 20 a 40 por mil nascimentos.

3.2.5 - Coeficiente de Mortalidade Infantil

Fonte: Fundação SEADE - SID - 1993

$$\text{CMI} = 20,66 \text{ óbitos menores de 1 ano}/1.000 \text{ nascidos vivos}$$

O valor encontrado situa-se próximo ao limite superior esperada para um bom nível de saúde, que é menor do que 20 por mil nascidos vivos.

3.2.6 - Mortalidade Específica por Causa e Idade:

Para este cálculo dispusemos da população distribuída por faixas etárias de 1993 da Fundação SEADE, já que os dados mais recentes de causas de mortes resumidas por faixa etária e sexo são também deste mesmo ano.

Quadro 1: Coeficientes específicos de Mortalidade por Causa e Idade por 10.000 hab., no Município de Cajuru, 1993

Faixa Etária	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a +
Enterites e outras doenças diarreicas	13,64															
Hanseníase															28,98	
Tripanossamiase										20,92		14,02	15,72	19,80		25,08
Tumores malignos NTL e O. Hematopoéticos										10,46	24,12	28,05	62,89	99,01	86,96	127,88
Diabetes Mellitus													15,72	39,60		76,73
Avitaminoses e outra deficiências nutricionais											12,06					
D. hipertensivas														39,60	28,98	
D. Isquem. coração								7,12	8,48		36,19	28,05		79,21	115,94	127,88
Outras coração	4,54	4,49			5,38					10,46		14,02	15,72	39,60	28,98	25,58
Doenças cerebro vasculares											12,06	28,05		39,60	28,98	230,18
Pneumonia			4,51											19,80	57,97	102,30
Bronquite, enfisema e asma						5,51								39,60		76,72
Cirrose hepática														19,80		
Nefrite, síndrome Nefrot. e nefrose																25,58
Aborto							6,08									
Anomalias Congenitas	18,18															
Lesões ao nascer, etc.	9,09															
Sint. e est. mórbidos mal definidos										20,92	12,06		31,45		57,97	76,73
Doenças não relac. acima	18,18					11,03	6,08		16,98	10,46	24,13	42,08	15,72	19,80	28,98	204,60
Acidentes com veículos							6,08					28,05				
Demais acidentes	4,55			5,05	5,38											25,58
Homicídio					5,38		6,08									
Demais causas externas										10,46						

Fonte: Fundação SEADE, 1993
 população total: 20.897
 total de óbitos: 157

O quadro 1 mostra maior incidência de óbitos por enterites, outras doenças diarreicas e anomalias congênitas na faixa etária de 0 a 4 anos. Na faixa de 50 anos e mais observa-se a predominância de óbitos por doenças crônico-degenerativas.

3.2.7 - Indicador de Swaroop - Uemura, 1993

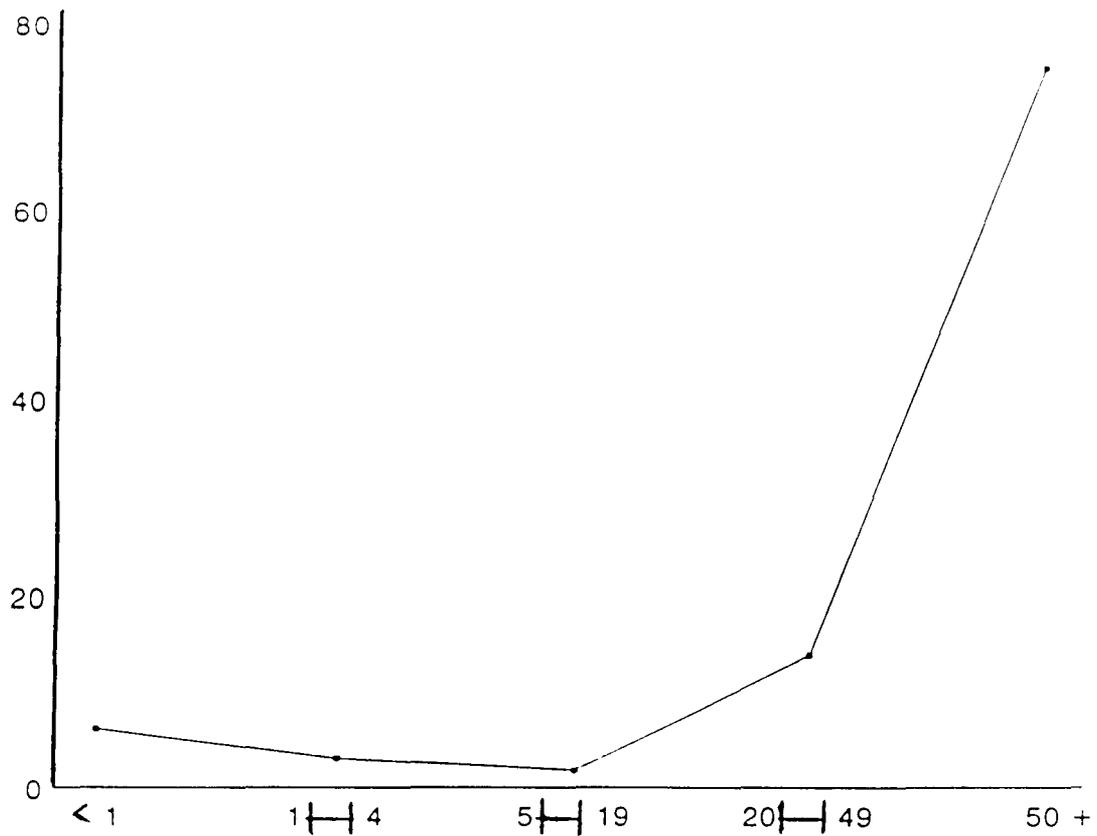
$$\text{S.U.} = \frac{\text{nº de óbitos 50 e +}}{\text{nº total de óbitos}} = \frac{117}{157} \times 100 = 74,5\%$$

Este indicador global, mede a proporção de óbitos de 50 anos e mais, em relação ao total de óbitos de uma determinada área em um determinado período.

O resultado obtido demonstra que o nível de saúde do município é boa.

Figura 2 - Curva de Mortalidade Proporcional - (Nelson de Moraes)**Município de Cajuru, 1993**

% de óbitos



Faixa etária

Fonte: Censo 1993 - SEADE

Tabela 1 - Distribuição de internações por doenças de notificação compulsória e por faixa etária no período de 1990 à 1994

ANO	RN	<1	1 — 14	15 — 49	≥ 50	T. Altas	RN	<1	1 — 14	15 — 49	≥ 50	T. Óbitos	TOTAL GERAL
1990	0	77	126	133	73	409	0	4	0	1	3	8	417
1991	0	101	125	156	93	475	0	1	0	1	3	5	480
1992	0	104	149	89	77	419	0	0	0	3	1	4	423
1993													
1994	0	124	101	51	58	334	0	0	0	1	3	4	338

Fonte: Centro de Processamento de Dados Hospitalares-Departamento de Medicina Social - FMRP - USP

Observa-se na tabela 1, que de 1990 a 1994 houve um deslocamento no número de internações com alta, que passa da faixa etária de 15-49 anos em 1990/91 para a de 1a-14a em 1992 e para a < 1a em 1994, o que nos leva a pensar na possibilidade de uma diminuição no nível de saúde da população, tornando mais susceptíveis as crianças < 1 ano, as quais necessitam de maiores cuidados.

Tabela 2 - Número de óbitos, Mortalidade Proporcional por causa e Coeficiente de Mortalidade Infantil por causa (por 1.000 N. Vivos) em menores de 1 ano. Município de Cajuru, 1990 a 1993

GRUPO DE CAUSAS	Nº DE ÓBITOS	MORTALIDADE PROPORCIONAL %	*C.M.I. POR CAUSA (1.000 N.V.)*
Enterite e outras doenças diarreicas (008-009)	5	11,63	2,90
As demais doenças infec. e parasit. não relacionadas acima (001-139)	1	2,33	0,58
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)	5	11,63	2,90
Pneumonia (480-486)	4	9,30	2,32
Bronquite, Efisema e asma (490-493)	1	2,33	0,58
Anomalias congênitas (740-759)	8	18,60	4,64
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (767-770)	10	23,26	4,64
Outras causas de mortal. perinatal (760-766, 772-779)	3	6,98	1,74
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (780-799)	1	2,33	0,58
Hernias (550-553)	1	2,33	0,58
Todas as doenças não relacionadas acima entre (140-799)	4	9,30	2,32
TOTAL	43	100,0	24,93

Fonte: SEADE - SID

NOTA: nº de nascidos vivos 90-93 = 1.725.

Sabe-se que as causas de mortalidade neonatal em quase sua totalidade são devidas às causas perinatais e anomalias congênitas, o que é evidenciado na tabela 2, refletindo condições insatisfatórias de atenção à gestante. A mortalidade infantil tardia depende fundamentalmente de causas ligadas à fatores externos ambientais, observada na incidência de óbitos por doenças infectoparasitárias.

Os componentes da mortalidade infantil tem comportamentos distintos. Em países com boas condições de saúde, onde a mortalidade infantil é baixa, esta é representada em sua maior parte pela mortalidade neonatal. Em países onde as condições de saúde não são boas, o componente infantil tardio da mortalidade infantil, predomina traduzindo as más condições de saneamento básico, habitação e alimentação.

Na medida em que as condições de saúde vão melhorando, temos um equilíbrio entre os componentes. Quando as condições de saúde são muito boas, que estão ligadas diretamente às condições de vida, a mortalidade infantil tardia é baixa.

Sabe-se que para o comportamento do coeficiente e seus componentes apresentar mudanças necessita-se de um período maior e não um ano, pois as condições de saúde de uma população estão intrinsecamente ligadas às condições de vida (sociais, ambientais, políticas, educacionais e culturais). Sabe-se que esta condição pode e deve ser mudada com planejamentos e políticas sérias, e direcionados a este objetivo.

Optou-se pela série histórica com o objetivo de conhecer a história do comportamento da mortalidade infantil e seus componentes no município de Cajuru, do período de 80 a 93 (tabela 3). Em populações pequenas um óbito

ou nascimento a mais ou a menos, interfere significativamente na variabilidade do coeficiente.

Optou-se também pela correção destas distorções calculando a mortalidade infantil em triênios subsequentes, de 82 à 93 (82-84; 85-87; 88-90; 91-93). Na curva trienal, o que se perde em detalhe do que ocorre anualmente, ganha-se em tendência, uma vez que são diminuídas as variações casuais que ocorrem a cada ano (figura 3)

Tabela 3 - Número de óbitos < 28 dias, Coeficiente Mortalidade Neonatal; número de óbitos de 28 dias a menores de 1 ano, Coeficiente Mortalidade Infantil Tardia. Município de Cajuru, Anos de 1980 a 1993.

Ano	Óbitos < de 28 dias	Coef.Mortal. Neonatal	Óbitos 28 dias-1 ano	Coef.Mortal. Tardia
1980	6	8,21	6	8,21
1981	4	10,05	5	12,54
1982	7	16,16	4	9,23
1983	8	21,97	7	19,23
1984	15	39,47	5	13,15
1985	9	22,22	5	12,35
1986	10	24,51	7	17,16
1987	8	19,14	5	11,96
1988	10	21,28	6	12,77
1989	9	18,95	5	10,53
1990	3	7,44	5	29,78
1991	4	17,88	11	6,68
1992	3	7,71	4	10,28
1993	4	8,27	6	12,40

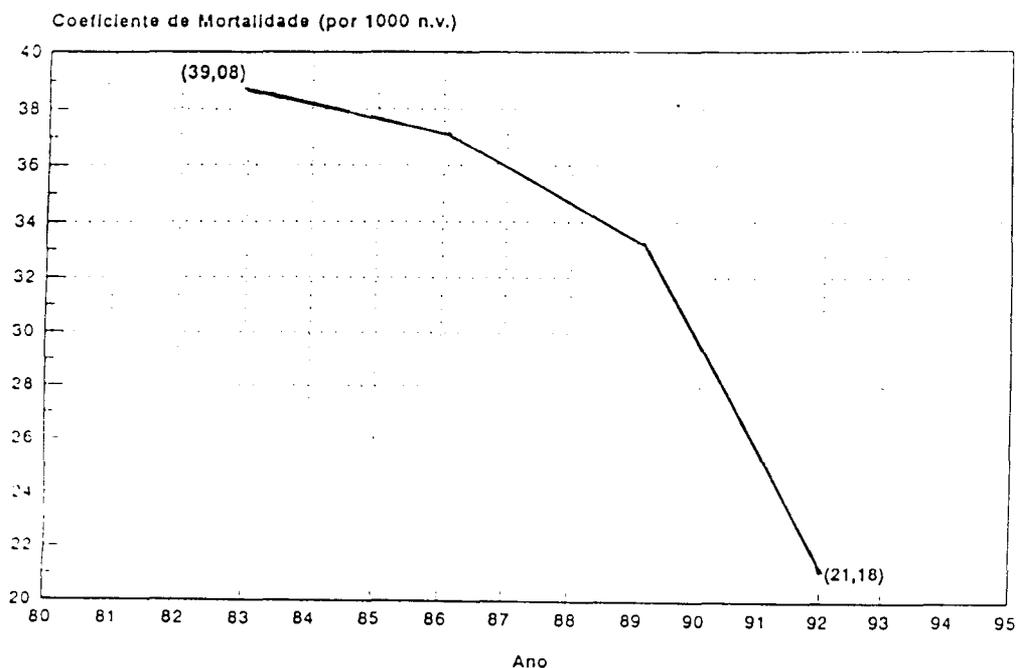
Fonte: SEADE-SIS

Nota: As taxas foram calculadas por 1.000 N.Vivos

A análise da série histórica de 14 anos (1980 a 1993) retrata flutuações dos valores da mortalidade infantil tanto na neonatal quanto na infantil tardia, sendo mais alta no primeiro componente. Durante este período observou-se uma elevação do coeficiente neonatal no ano de 84, sugerindo que, particularmente, neste ano, a precária assistência ao pré-natal e ao parto contribui neste valor.

Durante o ano de 90, retrata uma elevação do coeficiente de Mortalidade Infantil, sugerindo um sub-registro dos nascidos vivos.

Figura 3 - Coeficiente de Mortalidade infantil (por 1.000 N.Vivos), segundo triênios no período de 1982 a 1993. Município de Cajuru



Fonte: SEADE - SID

A queda observada na Mortalidade Infantil representada na figura 3, coincide com o fato da Sabesp ter expandido a operação dos sistemas de Água e Esgoto iniciada em 1976.

Tabela 4 - Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes (por 1.000 N. Vivos) em alguns municípios da região do DIR XVIII. Ano de 1993.

MUNICÍPIOS	MORTALIDADE INFANTIL		
	CMI	CM Neon.Precoce	CIMI Tardia
Cajuru	20,66	6,20	12,40
Cassia dos Coqueiros	-	-	-
Santo Antonio da Alegria	-	-	-
Santa Rosa de Viterbo	12,08	4,83	7,25
Altinópolis	11,07	3,69	3,69

Fonte: SEADE - SID

Nota: As taxas foram calculadas por 1.000 nascidos vivos.

Observa-se na tabela nº 4 que entre os municípios da DIR XVIII, Cajuru apresenta um maior índice da mortalidade infantil e seus componentes, comparado aos outros da mesma região; sendo a mortalidade infantil acima nível inferior de 20 por mil nascidos vivos.

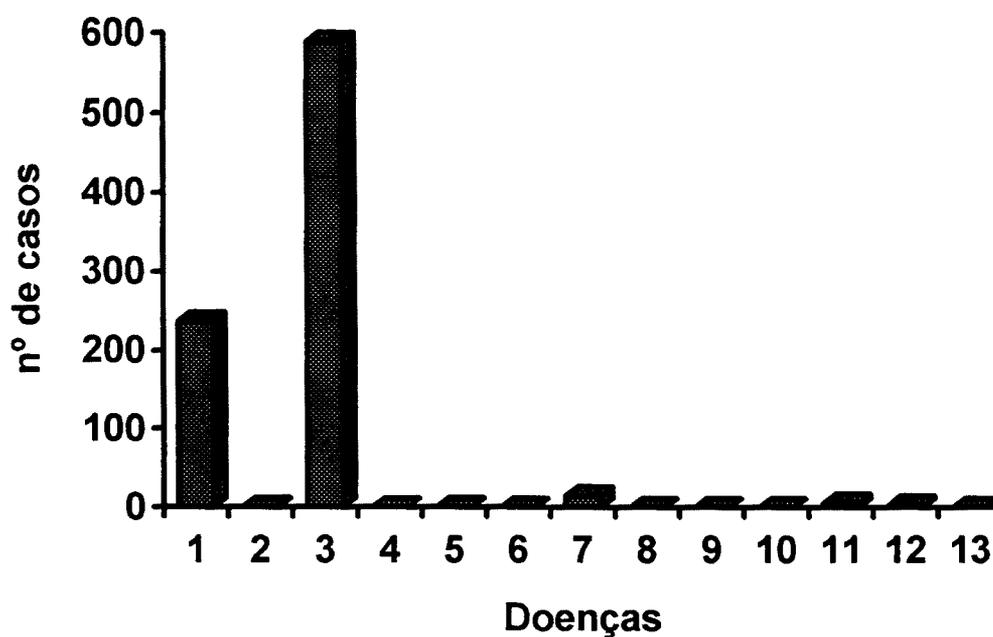
Entre os componentes do C.M.I. Infantil, a mortalidade infantil tardia apresenta números significativos; sugerindo que a população do município de Cajuru, sofreu em sua saúde influências ligadas a fatores ambientais importantes levando a causas exôgenas (diarréia, doenças infecciosas) em relação aos outros municípios da região; durante o ano de 1993.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de doenças de notificação compulsória no Município de Cajuru, no período de 1990 a 1994

Doenças de Notificação Compulsória	ANOS					Total
	1990	1991	1992	1993	1994	
1. Hepatite A	89	19	19	105	5	237
2. Febre tifóide	-	-	1	-	-	1
3. Conjuntivite	14	80	192	188	115	589
4. Difteria	-	-	-	-	-	-
5. Leishmaniose Cutânea	-	1	-	-	-	1
6. Encefalite	-	-	-	-	-	-
7. Esquistossomose	2	-	3	3	7	15
8. Tétano acidental	-	-	-	-	-	-
9. Leptospirose	-	-	-	-	-	-
10. Tracoma	-	-	-	-	-	-
11. Dengue	3	3	-	-	-	6
12. Rubéola	-	-	2	1	-	3
13. Sarampo	-	-	-	-	-	-
Total						843

Fonte: F.E. Ersa-50

Figura 4 - Distribuição do número total de casos de doenças de notificação compulsória no Município de Cajuru no período de 1990 a 1994.



Fonte: ERSA 50

LEGENDA

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1 - Hepatite A | 8 - Tétano acidental |
| 2 - Febre Tifóide | 9 - Leptospirose |
| 3 - Conjuntivite | 10 - Tracoma |
| 4 - Difteria | 11 - Dengue |
| 5 - Leshimaniose Cutânea | 12 - Rubéola |
| 6 - Encefalite | 13 - Sarampo |
| 7 - Esquistossomose | |

Os dados apresentados na tabela nº 5 e na figura 4, os quais são complementares, sugerem uma sub notificação nos casos confirmados de doenças de notificação compulsória, provavelmente devido ao funcionamento inadequado do fluxo de notificações, o que foi descrito na vigiância epidemiológica.

Ao mesmo tempo, chama atenção o aparecimento de 105 casos confirmados de hepatites do tipo A no ano de 1993, provenientes da epidemia que instalou-se em bairros periféricos, nos quais as condições de saneamento básico deixam a desejar, podendo-se falar na existência de esgotos à céu aberto, desembocando no córrego que corta esta região, local onde provavelmente originaram-se os casos.

No caso da conjuntivite, os índices elevados de casos confirmados deixam dúvidas, se não passaram despercebidos casos de tracoma, uma vez que o município não possui um profissional médico treinado para detecção do mesmo, ou ainda alguma modificação no meio ambiente, levando à infecção.

Tabela 6 - Movimento do Registro Civil, segundo a população residente no Município de Cajuru de 1980 a 1993

Cajuru	Números absolutos						Números relativos				
	População (1º de julho) (1)	Casamentos	Nascimentos		Obitos		Nupcialidade (por 1000 hab)	Natalidade (por 1000 hab)	Natimortalidade (por 1000 NV) (2)	Mortalidade	
			Vivos	Mortos	Gerais	< 1 ano				Geral (por 1000 hab)	Infantil (2) (por 1000 hab)
1980	16180	144	730	11	134	12	8.90	45.12	15.07	8.28	16.44
1981	16527	157	398	8	114	9	9.50	24.08	20.10	6.90	22.61
1982	16878	111	433	5	105	11	6.58	25.65	11.55	6.22	25.40
1983	17232	125	364	7	125	15	7.25	21.12	19.23	7.25	41.21
1984	17589	127	380	9	124	20	7.22	21.60	23.68	7.05	52.63
1985	17950	134	405	8	124	14	7.47	22.56	19.75	6.91	34.57
1986	18316	170	408	1	129	17	9.28	22.28	2.45	7.04	41.67
1987	18684	132	404	5	124	14	7.06	21.62	12.38	6.64	34.65
1988	19054	125	468	9	136	16	6.56	24.56	19.23	7.14	34.19
1989	19428	139	475	12	111	14	7.15	24.45	25.26	5.71	29.47
1990	19804	110	403	8	131	15	5.55	20.35	19.85	6.61	37.22
1991	20183	141	449	2	135	11	6.99	22.25	4.45	6.69	24.50
1992	20564	139	389	3	129	7	6.76	18.92	7.71	6.27	17.99
1993	20897	121	484	9	157	10	5.79	23.16	18.60	7.51	20.66

Fonte: SEADE - 1994

Nesta tabela de nº 6 observa-se que em uma série histórica de 14 anos (1980 a 1993), quanto à mortalidade geral houve um aumento no nº absoluto e relativo (coeficiente), o que pode ter sido causado pelo aumento da criminalidade, devido as migrações, onde acentuam-se as diferenças sociais. Entretanto, o coeficiente mantém-se em valores entre 7 a 10 por 10.000 hab., considerado como valores normais.

Chama a atenção queda no coeficiente de nati-mortalidade desde 89 a 91, inferindo-se que o número de nati-mortos tenha diminuído em função da implantação de programas da Saúde da Mulher, que foram deixados de lado nos anos subsequentes, voltando a subir.

Também trata-se que o esperado para a mortalidade infantil, que vinha diminuindo, em 1993 era de um valor menor em função do maior número de nascidos vivos, o que não ocorreu, ficando o aumento do número de óbitos responsável pela razão, dado pelo componente tardio conforme demonstrado na tabela 4. Evidencia-se mais uma vez as condições ambientais na determinação do coeficiente e portanto possível de ações para seu decréscimo.

4 - ORGANIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O sistema de Saúde de Cajuru é composto por três unidades básicas de saúde, chamadas de Posto de Assistência Sanitária - PAS, sendo: PAS Dr. Moisés Elias, PAS Ernesto Ferreira Brandão e PAS José Messias de Araujo, situadas em bairros periféricos, que oferecem assistência médica e odontológica a nível primário, um centro de saúde municipalizado, Centro de Saúde Dr. Hofes Zacharias Beiyh - CS II, localizado no centro da cidade, de assistência médica primária e secundária, um laboratório micro-regional de análises clínicas, um hospital geral, da Irmandade da Casa de Caridade São Vicente de Paula - Santa Casa, de assistência médica secundária, e uma clínica odontológica, de assistência odontológica primária e secundária (anexo 20).

A porta de entrada do serviço é feita pelas unidades básicas de saúde (PAS) ou pelo pronto atendimento (PA) do CS II. Havendo necessidade de atenção secundária, o usuário é encaminhado para o CS II, caso haja a especialidade, ou para a administração regional de saúde (ARE) de Ribeirão Preto, caso contrário. As consultas são então, agendadas por telefone e encaminhadas com guias próprias. O mesmo processo ocorre em relação aos exames laboratoriais. A prefeitura mantém um serviço de transporte diário para

os pacientes que estejam em tratamento em Ribeirão Preto, garantindo-lhes os retornos nos ambulatórios.

4.1.1 - Equipamentos

- PAS

Os três PAS existentes funcionam sob a mesma orientação e coordenação do CS II, exceto por uma ou outra particularidade exigida pela característica local.

Não há determinação territorial definida e as áreas de abrangência não são delimitadas. As áreas de influência são estimadas pela demanda e determinadas, na maioria das vezes, pelo desempenho de muitos dos serviços oferecidos, chegando a receber pacientes de Santa Rosa de Viterbo, Santo Antonio da Alegria e outras cidades vizinhas.

Os PAS são unidades municipais e foram criadas em função da necessidade de atendimento nos diferentes locais, há oito anos, situando-se em pontos geográficos distantes uns dos outros, sendo o mais retirado o do distrito de Santa Cruz da Esperança, a 14 Km da cidade.

O usuário busca atendimento diretamente na unidade, que dispõe das especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Odontologia, em horários próprios de cada local, devido ao rodízio dos profissionais entre os serviços, preenchendo suas cargas horárias e permitindo que, em pelo menos algum período, haja o atendimento.

O agendamento depende do tipo de demanda de cada PAS, podendo ser prévio ou não, havendo limite de atendimento, às vezes ultrapassado pela necessidade.

Os prontuários são individuais e arquivados na sala da recepção, onde ficam todos os formulários para os diferentes procedimentos realizados nas consultas (boletim de atendimento, ficha ginecológica, solicitação de exames diversos, cartão da criança, cartão da gestante, etc, exceto ficha de doença de notificação compulsória), que são incluídos nos prontuários quando utilizados pelos médicos.

A farmácia localiza-se na sala ao lado da recepção e recebe os medicamentos diretamente do CS II, não havendo controle do estoque (entrada/saída), nem a designação de uma pessoa específica para ser a responsável por ela. Os medicamentos disponíveis são fornecidos pelas atendentes de enfermagem, após as consultas. Não há estoque de medicamentos controlados.

A sala de inaloterapia tem capacidade para quatro bocais .

O material para exames laboratoriais, é colhido duas vezes por semana, enviado ao CS II, que o distribui adequadamente (Laboratório local ou Ribeirão Preto).

A vacinação é feita em dia marcado. No PAS Dr. Moisés Elias, no bairro da COHAB há perda de vacinas ocasionalmente, pois o relógio da luz situa-se fora do prédio, e, as vezes, é desligado pelos próprios usuários causando danos às mesmas. No PAS José Messias de Araújo, no Distrito de Santa Cruz da Esperança, não há estoque de vacinas, que devido à alternância constante de energia, não permite sua adequada conservação .

Uma vez ao mes, as vacinas são levadas do CS II para a aplicação, exceto BCG e contra a Febre Amarela.

Há distribuição de leite uma vez ao mes, para as crianças maiores de seis meses e menores de dois anos de idade, com controle de peso e estatura, independente da criança ter passado em consulta anteriormente.

As visitas domiciliares, quando necessárias, são solicitadas à visitadora do CS II, ou realizadas pelas próprias atendentes do local. São visitas para convocação dos faltosos da vacina, das consultas, principalmente de crianças de baixo peso, diabéticos de difícil controle (o laboratório avisa diretamente a auxiliar de enfermagem quando a glicemia é alta), contactantes de doenças de notificação compulsória, portadores de tuberculose, hanseníase.

Em todas as unidades há atendentes e/ou auxiliares de enfermagem, não havendo enfermeira padrão.

- CS II

O CS II, Centro de Saúde Dr. Hofez Z. Beihy, municipalizado desde 1988, oferece atenção primária e secundária, centralizando as ações de saúde no Município.

Conta com um Pronto Atendimento no mesmo prédio, que além das consultas resolutivas, faz a triagem para as diferentes clínicas, tanto para o atendimento nas especialidades, como para as clínicas básicas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia. Possui as especialidades médicas nas áreas de cardiologia, ortopedia, oftalmologia, dermatologia, em períodos

variáveis, conforme a disponibilidade do profissional. Oferece os serviços de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, além dos exames de auxílio diagnóstico de eletrocardiografia, ultrassonografia, monitoração fetal e endoscopia oral, assim como os serviços de inspeção à saúde.

O atendimento médico é feito com agendamento prévio nas clínicas de especialidades, recebendo encaminhamentos dos PAS e das cidades vizinhas. Por sua vez, encaminha para o ARE em Ribeirão Preto nas especialidades de neurologia, endocrinologia, urologia e cirurgia vascular. Se houver necessidade de internação hospitalar, o paciente é encaminhado ao hospital geral da Santa Casa local, ou para Ribeirão Preto, conforme haja ou não, disponibilidade de recursos.

Como nos PAS, a recepção mantém os prontuários individuais e todos os formulários utilizados para registro dos diferentes procedimentos. Na consulta o médico preenche um boletim de atendimento, que é condensado em um mapa de trabalho diariamente. As SADTs (Solicitação de Apoio Diagnóstico Terapêutico) e as AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), necessitam da autorização do secretário da saúde, para sua execução.

Na atenção primária, possui ações de saúde para tuberculose e hanseníase, que incluem consulta e auxílio laboratorial para diagnóstico, fornecimento regular de medicação e visita domiciliar.

A vacinação do calendário de vacinação do Estado de São Paulo (BCG, DPT, anti-polio, contra sarampo) é realizada, havendo dia fixo para a aplicação do BCG e contra Febre Amarela. Possui também vacina anti-rábica humana.

Oferece o serviço de inaloterapia e pequenas cirurgias.

Compra, recebe, estoca e distribui aos PAS, os medicamentos, que ficam estocados em uma sala, de onde saem conforme solicitação dos diferentes serviços, sem rotina estabelecida . O mesmo ocorre com o leite.

Nos serviços de auxílio diagnóstico, recebe também pacientes de toda a região vizinha e alguns procedimentos, como colposcopia, monitoração cardio-fetal, endoscopia oral, são realizados pelos médicos das respectivas especialidades.

A fisioterapia tem atendimento diário com agendamento feito pela própria área, com maior atendimento no setor ortopédico e neurológico (adulto), contando com duas fisioterapeutas e com poucos aparelhos.

Na fonoaudiologia, além do atendimento regular na unidade, há o realizado nas escolas municipais para triagem dos alunos e orientação aos pais. Conta somente com uma fonoaudióloga. O maior contingente é de distúrbios articulatorios e gagueira. No mesmo sistema trabalha a psicologia. Não há atividades grupais.

O CS II também é o responsável pelo fornecimento de laudo de ingresso para o magistério público, licença saúde dos funcionários da educação, agricultura, judiciário, licença gestante, autorização para internação hospitalar (AIH), encaminhamentos das urgências via ambulância, alvará para funcionamento de estabelecimento comercial e recepção das reclamações sobre saneamento.

Uma visitadora domiciliar, que também faz as vezes de auxiliar de enfermagem, fica com a incumbência de toda a área, principalmente para os casos de hanseníase, tuberculose, faltosos de vacina, crianças de baixo peso,

casos de mordedura de cães, contactantes de doenças de notificação compulsória, que necessitem esclarecimentos, medicação, ou convocação para consultas. Quando há solicitação, faz palestras nas escolas, onde também é a responsável pela realização do teste de acuidade visual, nas escolas estaduais de primeiro e segundo graus.

Não há enfermeira padrão. Todo o corpo de enfermagem é de atendentes e auxiliares de enfermagem.

- HOSPITAL

O hospital geral, filantrópico, da Irmandade da Casa de Caridade São Vicente de Paula, funcionando desde 1922, é o receptor dos casos de internação hospitalar espontâneos ou encaminhados pelo CS II, vindos também das cidades vizinhas. Tem grande parte de seu atendimento prestado ao SUS (90%), e o restante a um convênio e particulares .

Atende também como Pronto Atendimento (PA) e ambulatório, nas especialidades de clínica médica, cirurgia, obstetrícia e ginecologia, ortopedia, gastroenterologia, pediatria.

Tem capacidade para 64 leitos, 50 deles destinados ao SUS.

Há uma enfermaria de clínica feminina com sete leitos, uma masculina com seis, uma de cirurgia com cinco leitos. O centro cirúrgico conta com duas salas de cirurgia e uma de recuperação com dois leitos. A maternidade de dez leitos, não possui alojamento conjunto, havendo no berçário dez leitos em uso e dez desativados. Para o atendimento particular possui cinco apartamentos com duas camas. Na pediatria, dez leitos são

reservados só para os casos de diarreia e três para as patologias gerais, que permitem o acompanhamento da mãe. Não possui isolamento real, dispondo de dois dos leitos gerais, num quarto, para tal necessidade.

Realiza seus exames de análise clínica em laboratório próprio, não possui banco de sangue (coleta o sangue e manda para o hemocentro de Ribeirão Preto).

Seu setor de radiologia é referência também para o CS II.

Como no restante dos equipamentos de saúde, não possui enfermeira padrão, contando auxiliares e atendentes de enfermagem, das quais nove estão fazendo o curso para auxiliar de enfermagem, na cidade vizinha, Mococa.

Seu corpo clínico se reúne semanalmente para a discussão de diferentes temas médicos, obtidos por vídeos no Centro de Estudos criado no local.

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O laboratório funciona desde 1989, situado próximo ao CS II, tendo sido municipalizado há 2 anos.

Sua área de abrangência é a micro região de Cajuru, que compreende Santa Rosa de Viterbo, Altinópolis, Cássia dos Coqueiros, Santo Antônio da Alegria, e Batatais.

A equipe de recursos humanos é formada por doze profissionais sendo dois farmacêuticos bioquímicos, quatro técnicos de laboratório, dois serventes, dois atendentes de enfermagem e dois recepcionistas, sob a

direção de um dos bioquímico farmacêuticos. Oferece exames de análise clínica nas áreas de hematologia, bioquímica, parasitologia, citologia.

A hematologia executa aproximadamente 60 hemogramas/dia, possuindo um contador eletrônico de células, que agiliza o processo.

A bioquímica faz 17 tipos de exames como: glicemia, TGO, TGP, bilirrubina, colesterol, triglicérides, fosfatase ácida, alcalina e outros. O setor não é automatizado, sendo os exames feitos através de kits manuais.

A parasitologia faz urina I por sedimentação e protoparasitológico pelo método de Holfman.

A citologia é responsável pela realização das lâminas para diagnóstico de tuberculose (pesquisa de bacilo de Koch) e de hanseníase (pesquisa do bacilo de Hansen), coradas pelo método de Ziel Nielsen, as quais dão apoio diagnóstico aos casos suspeitos.

A sorologia faz as provas de atividade reumática, doença de Chagas (método de Machado Guerreiro) e para sífilis (método de VDRL).

O laboratório atende a micro região de Cajuru, sendo que os exames feitos no próprio laboratório levam 24 horas para liberação dos resultados. Usa como referência o laboratório do HC de Ribeirão Preto, recebendo os resultados num período de, aproximadamente, 2 dias.

- CLÍNICA ODONTOLÓGICA MUNICIPAL

A Clínica Odontológica, situada próxima ao CS II, foi inaugurada em 22.12.86. atuando no nível de atenção secundária em Saúde Bucal.

Sua estrutura organizacional, por ter extenso programa específico, será abordada no item Atenção à Saúde Bucal.

Análise e Sugestões

A distribuição estrutural, das unidades de saúde oferece uma ramificação pertinente e objetiva de atividades, ou seja unidades periféricas de atendimento básico e unidade central de atendimento especializado, na tentativa de racionalizar tanto o trabalho como o contingente de recursos humanos e financeiros, sempre escassos em nosso meio.

O Centro de Saúde II desempenha o papel ,não só de provedor de atendimento secundário como também é o centralizador e distribuidor das ações de saúde executadas em todo o município. No entanto , exerce também o papel de unidade básica, e de Pronto Atendimento , o que propicia um desvio no atendimento das unidades periféricas.

Uma vez que as unidades periféricas não possuem atendimento médico, mesmo nas áreas básicas, todos os dias e/ou em todos os períodos, a demanda reprimida desloca-se encaminhada ou espontaneamente para serviço central, acarretando-lhe, em consequência, um acúmulo de atendimentos, não havendo num primeiro momento, disponibilidade para outro tipo de atividade.

O próprio deslocamento do usuário é difícil e no Distrito de Santa Cruz da Esperança, há necessidade de manter-se uma ambulância, não só para o transporte dos casos que necessitam de atenção secundária, como também dos de atenção primária, causando alto custo ao município.

Além da população local, usuários das cidades vizinhas, buscam os serviços sem que haja recursos para absorver também este contingente de pessoas.

É sabida a dificuldade de obtenção de profissionais, principalmente da área médica, tanto pelo tipo de profissional que procura o serviço ou seja - pela localização geográfica do município, na região onde há uma faculdade de medicina bem próxima, o recém formado ou pós-graduando é o candidato ao emprego, porém ao terminar a especialização, raramente permanece na cidade, ocasionando grande rotatividade no setor - quanto pelos baixos salários oferecidos, o que é bastante comum em toda a região.

Tal fato porém não impede que seja insistido na melhor distribuição dos profissionais entre os serviços para que não haja este desvio, ou que ele seja mínimo.

Diante de tal dificuldade, o investimento em recursos humanos de grau médio que possam executar ações de orientação e mesmo atuação paramédica, desde que devidamente preparados oficialmente, parece-nos de grande valia.

As atividades descentralizadas do ou no atendimento médico podem permitir um melhor aproveitamento dos profissionais e a possibilidade de atendimento a um maior número de pessoas, sem detrimento da qualidade.

Grupos multiprofissionais podem ser criados com esta finalidade, tomando-se vários temas como proposta, desde orientações básicas sobre o funcionamento da unidade, até orientações e/ou discussões de interesse da população como planejamento familiar, grupos de pré-natal, grupos de recepção ao recém-nascido.

A população pode passar a tomar parte nestas atividades, contribuindo para que os programas possam ser melhor direcionados as suas reais necessidades, de modo a oferecer uma proposta que tenha grande chance de sucesso.

Tal operacionalização exige, muito mais do que possa parecer, grande envolvimento de todos os profissionais que trabalham nas unidades, universitários, não-universitários, de nível médio e primário, criando um corpo de ação, com planejamento e metas a seguir. Formas de atuação podem ser pesquisadas a fim de atingir de maneira eficaz o usuário.

O aproveitamento de oportunidades nas quais a população estará reunida, como acontece nas campanhas de vacinação, na entrega do leite, no dia da vacinação específica do BCG, torna-se grande arma estratégica de efeito comprovado em várias unidades do município de São Paulo.

Para uma mudança em todo o sistema de atendimento e da própria atenção dada a problemas específicos, há de ser feito um diagnóstico local, de cada unidade, inclusive para ser conhecido seu raio de abrangência e de influência, no sentido de atacar o alvo de maneira certa.

A criação de um sistema de informação que dê retorno aos participantes das ações, permite constante avaliação e a devida providência para adequação dos métodos desenvolvidos.

O envolvimento e/ou entrosamento com o setor hospitalar, através de participação, ainda que pontuais, em palestras, discussões de conduta, e encaminhamentos, acrescentaria um outro movimento à dinâmica dos fluxos existentes.

Ainda no intuito de bem direcionar o usuário, o reforço no que o município pode lhe oferecer e obter da referência de Ribeirão Preto, também um comportamento de devida informação, seria de grande benefício, até a nível de custos com transportes diários desnecessários, por parte da prefeitura.

Algumas melhorias, a nível de equipamentos, e investimentos em recursos humanos, principalmente na área de enfermagem da dinâmica hospitalar.

O laboratório possui estrutura física adequada, por ter sido construído para o fim a que se destina: ser micro-regional. No entanto, há necessidade de implementação em recursos humanos e materiais. Automatizar a bioquímica a fim de aumentar os tipos de exames feitos e a vazão dos mesmos, passar a fazer exames como sorologia para rubéola, hepatite e a implantar um setor de bacteriologia.

Esta ampliação e implementação traria a possibilidade de abertura de novos programas e ações nas unidades de saúde do município, havendo uma melhora no fluxo epidemiológico, agilizando e tornando-o mais eficaz.

Com certeza, as sugestões tem como objetivo uma proposta construtiva do serviço, uma vez sabida as dificuldades econômicas para a viabilização do proposto.

4.1.2 - Recursos Humanos

A lei 1.120/94, de 03/01/94, que dispõe sobre a Reforma Administrativa da Prefeitura Municipal de Cajuru, estabeleceu o Quadro de

Pessoal da Prefeitura. Especificamente na área da saúde, criou os empregos de fisioterapeuta, fonoaudiólogo e farmacêutico bioquímico.

Todos os empregos da Saúde encontram-se na tabela III, do anexo I da referida lei, são regidos pela consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e providos, quando vagos, mediante concurso público. A estes empregos, aplica-se a escala de referências, constante no anexo II da Lei.

Com base nesta lei e nas informações recebidas do Município, elaborou-se um quadro, considerando a proposta para a área da saúde.

Quadro 2 - Demonstrativo do Quadro de Pessoal da Saúde, proposto e existente, com a respectiva referência salarial, Cajuru, 94/95

EMPREGO	REFERÊNCIA SALARIAL	PROPOSTO (Lei 1.120/94)	EXISTENTE	DÉFICIT
Agente de Saneamento	II	01	01	-
Atendente de Enfermagem	V	22	20	02
Biologista	XI	02	02	-
Auxiliar de Dentista	IV	10	09	01
Auxiliar de Enfermagem	IV	06	06	-
Dentista	XI	10	12	-
Enfermeiro	IX	02	-	02
Farmacêutico Bioquímico	XI	01	-	01
Auxiliar de Laboratório	VI	03	03	-
Fisioterapeuta	XI	02	02	-
Fonoaudiólogo	XI	01	01	-
Médico	XII	22	19	03
Nutricionista	VIII	01	-	01
Protético	VIII	02	02	-
Psicólogo	IX	01	01	-
Técnico de Enfermagem	VII	04	-	04
Técnico de Laboratório	VII	04	05	-

Fonte: Prefeitura do Município de Cajuru, 94/95 .

Como demonstra o quadro 2, apesar de criados, alguns cargos não se encontram ocupados, como é o caso do Enfermeiro, Farmacêutico Bioquímico, Nutricionista e Técnico de Enfermagem.

No que se refere à questão salarial, constata-se distorções nos vencimentos dos empregados de nível universitário, uma vez que o médico enquadra-se na referência XII (mais elevada), o biólogo, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o dentista e o farmacêutico bioquímico na referência XI, o enfermeiro e o psicólogo na referência IX e o nutricionista na referência VIII. A diferença da maior para a menor chega a ultrapassar 50%. Além disso, quanto ao pessoal de nível médio, verifica-se que o auxiliar de laboratório enquadra-se na referência VI, o atendente de enfermagem na referência V e o auxiliar de enfermagem e o de dentista na referência IV. Por esta escala, o atendente ganha mais que o auxiliar de enfermagem.

A seguir, são apresentados os quadros de pessoal existentes nas unidades de saúde, segundo horário de trabalho, com exceção do Hospital, cujos dados não foram disponibilizados.

Quadro 3 - Dr. Hofez Z. Beihy (CS II)

(Horário de funcionamento: 24 horas)

Cargo/Função		Dias da Semana						
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
médico ginecologista	M	04	04	03	03	04	-	-
	T	03	04	02	03	03	-	-
médico clínico geral	M	-	01	-	01	-	-	-
	T	-	01	-	01	-	-	-
médico pediatra	M	03	03	04	04	04	-	-
	T	04	04	03	03	03	-	-
médico oftalmologista	M	01	01	-	01	01	-	-
	T	01	01	-	01	01	-	-
médico ortopedista	M	01	01	01	01	01	-	-
	T	01	01	01	01	01	-	-
médico cardiologista	M	01	-	-	01	-	-	-
	T	01	-	-	01	-	-	-
fonoaudiólogo	M	01	01	01	01	01	-	-
	T	01	01	01	01	01	-	-
psicólogo	M	-	01	-	-	01	-	-
	T	-	01	-	-	01	-	-
fisioterapeuta	M	01	01	01	01	01	-	-
	T	01	01	01	01	01	-	-
auxiliar de enfermagem	M	04	04	04	04	04	-	-
	T	04	04	04	04	04	-	-
	PD	-	01	-	01	-	-	01
atendente de enfermagem	M	11	11	11	11	11	-	-
	T	11	11	11	11	11	-	-
	PD	01	01	01	01	01	01	-
ajudante de serviços diversos	M	04	04	04	04	04	-	-
	T	04	04	04	04	04	-	-
	PD	01	02	01	02	01	01	01
motorista	M	05	05	05	05	05	-	-
	T	05	05	05	05	05	-	-
	17/1h	02	02	02	02	02	-	-
	01/9h	01	01	01	01	01	-	-
vigia	PN	01	01	01	01	01	01	-
agente de saneamento	M	01	01	01	01	01	-	-
	T	01	01	01	01	01	-	-
auxiliar de dentista	M	01	01	01	01	01	-	-
	T	01	01	01	01	01	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Cajuru, 1995

Obs.: Médicos Plantonistas das diversas especialidades revezam-se na cobertura do Pronto Atendimento (PA), nas 24 horas.

Legenda: M (entre 07:00 e 13:00hs)
T (entre 13:00 e 18:00hs)
PD (plantonista 07:00 às 19:00hs)
PN (plantonista 19:00 às 07:00hs)

Quadro 4 - PAS Dr. Moisés Elias (COHAB)**(Horário de funcionamento: 07:00 às 21:00hs)**

Cargo/Função		Dias da Semana				
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
médico ginecologista	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
médico pediatra	M	01	01	-	01	-
	T	01	-	-	01	-
médico clínico	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
dentista	M	02	01	01	02	01
	T	-	01	01	01	02
	N	02	01	-	01	01
auxiliar de dentista	M	01	01	01	01	-
	T	01	-	-	-	-
	N	01	01	-	01	01
atendente de enfermagem	M	02	02	02	02	02
	T	02	02	02	02	02
auxiliar de enfermagem	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
ajudante de serviços diversos	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01

Fonte: Secretaria Municipal de Cajuru, 1995

Legenda: M (entre 07:00 e 13:00hs)
T (entre 13:00 e 18:00hs)
N (entre 18:00 e 21:00hs)

Quadro 5 - PAS Ernesto F. Brandão (D. Bosco)**(Horário de funcionamento: 07:00 às 21:00 hs)**

Cargo/Função		Dias da Semana				
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
médico ginecologista	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01
médico pediatra	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
médico clínico	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01
dentista	M	01	01	01	01	-
	T	-	01	01	01	-
	N	01	01	-	-	01
auxiliar de dentista	M	01	-	01	-	01
	T	-	01	-	01	-
	N	01	01	01	01	01
atendente de enfermagem	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01
auxiliar de enfermagem	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01
recepcionista	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	-
	N	-	01	-	-	-
ajudante de serviços diversos	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01

Fonte: Secretaria Municipal de Cajuru, 1995

Legenda: M (entre 07:00 e 13:00hs)
T (entre 13:00 e 18:00hs)
N (entre 18:00 e 21:00hs)

Quadro 6 - PAS José M. Araújo (Santa Cruz da Esperança)**(Horário de funcionamento: 07:00 às 21:00hs)**

Cargo/Função		Dias da Semana				
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
médico ginecologista	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
médico pediatra	M	02	01	02	01	01
	T	01	-	01	-	01
médico clínico	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
médico cardiologista	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
dentista	M	01	01	01	01	01
	T	-	01	-	01	-
	N	-	01	-	01	01
auxiliar de dentista	M	01	01	01	01	01
	T	01	01	01	01	01
	N	-	-	-	-	-
atendente de enfermagem	M	03	03	03	03	03
	T	03	03	03	03	03
auxiliar de enfermagem	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
ajudante de serviços diversos	M	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
motorista	17:00 às 01:00hs	01	01	01	01	01
telefonista	M	01	01	01	01	01
	N	01	01	01	01	01

Fonte: Secretaria Municipal de Cajuru, 1995

Legenda: M (entre 07:00 e 13:00hs)
T (entre 13:00 e 18:00hs)
N (entre 18:00 e 21:00hs)

Quadro 7 - Laboratório Micro-regional de Análises Clínicas**(Horário de funcionamento: 07:00 às 18:00hs)**

Cargo/Função		Dias da Semana				
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
biólogo	M	02	02	02	02	02
	T	02	02	02	02	02
técnico de laboratório	M	05	05	05	05	05
	T	05	05	05	05	05
auxiliar de laboratório	M	03	03	03	03	03
	T	03	03	03	03	03
escriturário	M	01	01	01	01	01
	N	01	01	01	01	01
atendente de enfermagem	M	01	01	01	01	01
	N	01	01	01	01	01

Fonte: Secretaria Municipal de Cajuru, 1995

Legenda: M (entre 07:00 e 13:00hs)
T (entre 12:00 e 18:00hs)

Quadro 8 - Clínica Odontológica Municipal

(Horário de funcionamento: 07:00 às 21:00hs)

Cargo/Função		Dias da Semana				
		2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
médico dentista	M	03	01	01	01	01
	T	02	-	-	01	02
	N	01	01	01	01	01
auxiliar de dentista	M	03	02	03	03	03
	T	02	01	02	02	02
	N	01	01	01	01	01
protético	M	02	01	02	01	01
	T	01	01	02	01	02

Fonte: Secretaria Municipal de Cajuru, 1995

Legenda: M (entre 07:00 e 13:00hs)
T (entre 13:00 e 18:00hs)
N (entre 18:00 e 21:00hs)

Nos quadros 3, 4, 5 e 6, verifica-se que não constam profissionais médicos nas especialidades básicas de pediatria e/ou clínica geral e/ou ginecologia. Eles encontram-se lotados no CS II, em sua maioria, e rodíziam para cobrir o atendimento nos PASs, segundo informações obtidas nas visitas. Este atendimento não acontece todos os dias nem em todos os períodos, havendo ainda médicos de outros municípios prestando serviços em Cajuru.

Quanto à área de enfermagem, a situação é grave pois não existe enfermeiro em nenhuma das Unidades, inclusive no Hospital. Só um dos PASs conta com uma auxiliar de enfermagem, os demais, contam apenas com atendentes de enfermagem. Se a proposta do Conselho Regional de Enfermagem - COREN de extinguir este cargo em 1996, for levada a cabo, a situação ficará ainda mais crítica. É importante esclarecer, porém, que esse quadro faz parte do panorama nacional, devendo, portanto, ser uma preocupação geral do país.

No que diz respeito ao pessoal de apoio administrativo, não existe escriturário. Quem realiza esta tarefa normalmente é o auxiliar ou o atendente de enfermagem, numa delas é a visitadora sanitária, caracterizando os desvios de função, tão comuns nos serviços públicos.

Constatou-se ainda divergências entre o quadro existente fornecido pela Prefeitura e o que foi informado nas diferentes Unidades, impossibilitando a análise quantitativa da necessidade/adequação de recursos humanos.

Em relação à capacitação de pessoal, várias entrevistas mostraram que não há reciclagem, alguns referem sentir necessidade de orientações para trabalhar, principalmente do nível médio. Não há descrição das atribuições inerentes à função exercida, nem normas e procedimentos pertinentes. O iniciante é treinado em serviço, informalmente, por aquele que é mais antigo na Unidade. Quando surge um concurso para funções que não exijam formação específica, como é o caso do auxiliar de dentista, a dinâmica é a mesma. Presta o concurso quem foi treinado em serviço, perpetuando-se esta situação.

Como se percebe, as dificuldades são muitas, porém, não há como se pensar num sistema de saúde sem passar pela questão de Recursos Humanos. Ela constitui um dos pontos de maior resistência para a implantação do SUS.

No cenário nacional, a formação de mão-de-obra em saúde não é adequada às necessidades de saúde, nem às necessidades dos serviços. Daí a dificuldade de sua captação e absorção, acentuada pela ausência de planos de carreira, baixos níveis salariais, que não condizem com a responsabilidade de sua tarefa, e pela inexistência de perspectivas de desenvolvimento de

pessoal. Estes fatores geram uma multiplicidade de vínculos, jornadas e regimes de trabalho, além dos desvios de função, não adequados aos serviços de saúde. Existem variações bastante significativas entre instituições e regiões e, mesmo internamente a uma instituição, ocorrem estas disparidades, comprometendo a qualidade e a quantidade de serviços prestados à população. Estes fatos diminuem a importância do trabalho do serviço público, criando um clima de desconfiança entre usuários e trabalhadores da saúde. Estes não podem compreender seu papel de agentes na relação entre os serviços e as necessidades de saúde da população, na medida em que não são estimulados a participarem do processo de planejamento, gerenciamento, avaliação e controle das ações desenvolvidas, em conjunto com a população.

Existe hoje, nos Municípios, de maneira geral, uma situação bastante precária, pois, ao mesmo tempo em que há o reconhecimento da importância dos recursos humanos, enquanto sujeitos do processo de reorganização do sistema de saúde e de seu despreparo para atuar conforme os avanços pretendidos, o que justifica a necessidade de investimentos no setor, é muito difícil a tarefa de arcar com a busca de formas de operacionalização das diretrizes do SUS, pois encontram-se num nível intermediário entre aqueles que as formulam e aqueles que prestam serviços e pressionam, segundo a lógica das necessidades imediatas.

É imperativo a definição de uma Política de Recursos Humanos que valorize o servidor e que seja componente de uma Política de Saúde, elaborada de acordo com as reais necessidades da população.

No âmbito das instituições de saúde, deve-se garantir o desenvolvimento de programas de educação continuada, inserida na realidade

local, estabelecendo mecanismos que assegurem a concretização da reciclagem permanente dos trabalhadores da saúde e o retorno deste conhecimento à prática de saúde nos serviços públicos (Conferência Nacional de RH, 1986).

Por tudo isso, a questão de Recursos Humanos se constitui num dos maiores desafios a serem enfrentados. Somente profundos avanços, com a municipalização da Saúde e com o efetivo exercício do controle social, poderão alavancar as transformações no perfil dos profissionais da área e a consequente mudança no modelo assistencial vigente.

4.2 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Estes serviços são ligados diretamente à Secretaria da Saúde sob a direção do Diretor do CS II onde as ações de vigilância, tanto epidemiológica quanto sanitária são centralizadas sob a responsabilidade, desde 1982, de uma auxiliar de enfermagem, conta ainda com uma visitadora domiciliar e dois agentes de saneamento.

4.2.1 - Vigilância Epidemiológica

- Doenças de Notificação Compulsória

Uma das ações da Vigilância Epidemiológica compreende a recepção dos casos de doença de notificação compulsória, que chegam

espontaneamente ou são encaminhados dos diferentes P.A.S. As suspeitas diagnósticas são comunicadas via telefone ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC). Não existe ficha de notificação de doenças de notificação compulsória, sendo os dados anotados em um Livro, instrumento da Vigilância Epidemiológica, conhecido como Serviço de Vigilância 2, SV2, condensados semanalmente em um boletim conhecido como Serviço de Vigilância 3, SV3, e enviados à Direção Regional de Saúde - DIR XVIII, da região. Quando, no caso de internação não há vaga no hospital da cidade ou, se o usuário procurar diretamente o H.C., o fluxo faz-se diretamente em Ribeirão Preto (notificação, conduta), que comunica o caso ao C.S.II, para dar continuidade na ação (bloqueio, vista domiciliar).

Excetuando-se Tuberculose e Hanseníase, que contam com retaguarda laboratorial na cidade, os materiais colhidos para confirmação diagnóstica das doenças são encaminhados ao H.C. de Ribeirão Preto, que retorna os resultados.

- Cobertura Vacinal

Atende ao Calendário Nacional de Vacinação (Anti-Pólio, Difteria, Tétano, Coqueluche - DPT, BCG, contra Sarampo) e, os fluxos epidemiológicos a ele inerente. Executa ainda a vacinação anti-rábica humana e contra febre amarela. A responsável por este serviço é uma atendente de enfermagem.

Quando há declínio na demanda espontânea para vacinação infantil, principalmente na população rural, é mobilizada uma viatura para

aplicação no local, aproveita-se para realizar a vacinação anti-rábica canina, se necessário.

Tabela 7 - Cobertura Vacinal - Município de Cajuru, de 1990 a 1992

ANO	VACINA									
	SABIN		DPT		SARAMPO		BCG		MMR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I 1990	405	88,62	452	98,91	442	96,72	514	112,47	-	-
1991	350	58,53	389	65,05	403	67,39	436	72,91	-	-
1992	396	66,22	401	67,05	407	68,06	425	71,07	486	26,26

Fonte: Ofício circular nº 246/93 - GVE - DIR XVIII

Tabela 8 - Cobertura Vacinal, Município de Cajuru, Ano 1993,

1º Semestre

MÊS	VACINA				
	SABIN	DPT	SARAMPO	BCG	MMR
	%	%	%	%	%
Janeiro	5,02	5,02	4,68	8,19	5,56
Fevereiro	2,84	2,84	5,02	5,85	5,36
II Março	7,19	7,19	5,02	9,20	8,43
Abril	2,51	2,51	3,85	4,85	4,85
Maiο	6,52	6,52	5,02	6,69	8,05
Junho	3,18	3,18	6,35	7,69	7,47
TOTAL	27,26	27,26	29,94	42,47	39,72

Fonte: Ofício circular nº 246/93 - GVE - DIR XVIII

Segundo as tabelas 7 e 8 fornecidos pelo Município, a cobertura vacinal foi insatisfatória nos referidos anos, apesar de atingir um índice superior a 100% na BCG. Infere-se que este fato possa ocorrer devidos a erros de registro, a população subestimada e afluxo de usuários de outros Municípios, hipóteses compartilhadas pelo responsável da DIR XVIII.

O CS II é responsável também pelo planejamento e execução da Campanha de Vacinação Anti-Rábica Canina e parte do processo de tratamento preventivo anti-rábico humano, segundo a Norma Técnica para Tratamento Preventivo de Raiva Humana, 1994, do Estado de São Paulo.

Nos casos em que há indicação de soro-vacinação, o paciente é encaminhado para o H.C. de Ribeirão Preto, para administração do soro, retornando ao Município, a fim de dar continuidade ao tratamento no CS II. Em algumas ocasiões, dependendo da dificuldade de acesso ao CS II, o usuário recebe as vacinas para seguir o tratamento em seu domicílio.

A observação dos animais agressores, quando possível, é feita pela própria vítima, que é orientada a informar ao CS II o estado de saúde do animal, após dez dias de observação, pois não há canil e nem profissional específico para fazê-lo. Caso a informação não seja obtida é acionada a visitadora domiciliar para as devidas providências.

A Campanha de Vacinação Anti-Rábica Canina é feita, usualmente, durante todo o mês de agosto, exceto este ano (1995), devido a epidemia canina ocorrida no primeiro semestre, em Ribeirão Preto, sendo antecipada para o mês de junho. É feita por dois funcionários, os quais são imunizados (comprovadamente imunes através de exames laboratoriais), em um posto fixo localizado na garagem municipal.

A divulgação da Campanha é feita através de alto falante localizado na praça. A cobertura vacinal contra raiva canina, este ano, foi de 133,90% (anexo 18).

A população da área rural procura espontaneamente o posto para retirada da vacina, a qual é aplicada no animal pelo proprietário.

Embora seja região endêmica para raiva (anexo 21) a vacinação do gado não é feita de rotina. Na análise de 640 amostra para pesquisa do vírus da raiva feita na região do antigo ERSA 50 (atual DIR XVIII), uma bovina, resultou positiva em Cajuru. Em contato com o proprietário do animal foi relatado que, outros quatro, haviam apresentado sintomatologia de raiva, sendo sacrificados. Foram enterrados e as pessoas que os manipularam foram devidamente tratadas, conforme orientação dada, em função da positividade do exame, realizado pelo Instituto Biológico. Exceto o primeiro caso notificado em Cajuru, onde reside, os demais não o foram. Sua propriedade se localiza no Município de Mococa, onde também não houve tal procedimento.

- Desinsetização e Desratização

As atividades de desinsetização e desratização são executadas pelos dois agentes de saneamento, a partir de solicitação feita no CS II ou diretamente a eles, numa média de vinte por mês, segundo seus relatos.

A desinsetização contra baratas, percevejos, piolhos, pernilongos e escorpiões é realizada sem planejamento prévio. O método utilizado é a

fumigação com termo nebulizador manual e, ocasionalmente, aspersão com pulverizador costal, utilizando inseticida piretróide e no caso de escorpião, organofosforado microencapsulado. Na pesquisa larvária de Aedes aegypti e Aedes albopictus, realizada no mês de outubro, o índice de Breteau foi de 9,38, segundo informações fornecidas pela DIR XVIII. Mede a proporção de recipientes com larvas, para estas espécies de Aedes, por residência. É importante ressaltar que um índice acima de 5,0 significa área de risco para Dengue.

A armazenagem do raticida, inseticidas e equipamentos é feita em depósito próprio em prédio isolado para segurança dos funcionários. Não há equipamento de proteção individual (EPI), nem treinamento destes profissionais para o manuseio de inseticidas.

4.2.2 - Vigilância Sanitária

As ações da Vigilância Sanitária do Município, centralizadas no CS II, são executadas pelos agentes de saneamento e compreendem: emissão de alvará de funcionamento de estabelecimento comercial, inspeção em bares, mercearias, restaurantes e açougues. No caso de ser constatada alguma irregularidade, o proprietário terá um prazo determinado para adequação às normas exigidas. Quando não cumpridas, o estabelecimento será autuado.

Os agentes solicitam a implantação do Serviço de Inspeção Municipal (SIM) para que possam atuar de forma mais eficaz.

- Visitas aos locais de criação e/ou manipulação de produtos de origem animal

Foram realizadas visitas a diferentes locais de criação de suínos e/ou manipulação de produtos de origem animal, em caráter informal, a título de observação. Todos os locais visitados eram de conhecimento público, sendo usinas de resfriamento de leite, criação de suínos, produtores de queijo, produtores de enrolados de frango, abatedouro de frango, Matadouro Municipal e galpão de armazenamento da merenda escolar.

1. COLABA - Cooperativa de Laticínios e Agrícola de Batatais - Unidade de Cajuru

Faz a recepção e o resfriamento do leite tipo B (3.500 l/dia) "in natura" proveniente da região, que é enviado a Batatais para industrialização e retorna para o comércio local, e do tipo C (8500 l/dia) "in natura", que é enviado à São Paulo, para a produção de iogurtes.

Possui inspeção federal de rotina, assessoria de médico veterinário e segue todos os princípios preconizados para a execução do processo, em todos os passos: (recepção com horário estipulado e hierárquica do leite - tipo B em primeiro lugar, higienização completa em todo o maquinário, antes e depois do uso, temperaturas e tempos adequados para a proposta do processo, avaliação diária de rotina da qualidade do leite, avaliação da condição de saúde dos funcionários, uso de EPI), contando principalmente

com uma supervisão de plataforma rigorosa (supervisor treinado em Batatais), que pôde ser constatada na visita.

O transporte do leite é feito em caminhões pipa, a 4°C.

2. Nestlé

Faz recepção e resfriamento do leite C "in natura" da região (15.000 l/dia), possuindo as mesmas características da COLABA, exceto pela inexistência do profissional médico veterinário, sendo a função desempenhada por um supervisor antigo de muita experiência e conhecimento na área. Também possui inspeção federal.

3. Gold Meat Industrial

Produz embutidos de carne bovina e suína, e charque de carne bovina, para consumo também fora do estado de São Paulo. Recebe carne de todo o país, principalmente de Mato Grosso, Minas Gerais e Goiás (somente com Serviço Inspeção Federal - SIF).

Seu mercado consumidor é principalmente composto por restaurantes de rodovias, churrascarias e cozinhas industriais. No caso do charque, seu maior consumidor é o Nordeste (somente supermercados). Possui SIF e assessoria médica veterinária permanente.

4. Criação de Suínos

Sítio de criação, resfrição e engorda de suínos (210 cabeças). Possui assessoria do médico veterinário. Os animais ficam alojados em pocilgas de alvenaria, chão cimentado, separados por idade. As fezes são recolhidas até o cafezal diariamente e armazenadas em caixa coletora, feita de cimento, que é esvaziada semanalmente por trator, que as coloca como adubo no cafezal. É feita lavagem com formol e creolina uma vez ao mês.

O abate é feito, em chão cimentado, com água corrente, pelos açougueiros que compram os animais. A água e a barrigada são despejadas na represa próxima, onde há criação de peixes.

5. Abatedouro de Frangos

Em atividade há mais ou menos 24 anos. Os frangos são provenientes de granja de Mococa, que possui assessoria veterinária, segundo informação local. São abatidos cerca de 400 frangos por dia, em boas condições de higiene, cortados ou não em pedaços e vendidos diretamente ao consumidor. Partes não utilizadas são cedidas a uma criação de peixes.

6. Criação de Suínos, Fábrica de Queijos e "Enrolados de Frango"

Propriedade de criação de suínos (50-60 cabeças), feita em chiqueiros em estado de conservação sofrível, sem higiene local nem dos

animais, que estavam rodeados por moscas em grande quantidade. Não possui assistência veterinária e refere proceder à vacinação e medicação vermífuga necessária. O abate é feito sobre o capim que cerca o local, pelos açougueiros que compram os animais, e o corte, no galpão ao lado, sobre a mesma mesa onde é feito queijo muzzarella. A barrigada é enterrada no terreno acima do chiqueiro.

No galpão, há fabricação de queijo, com leite adquirido diretamente do produtor. São colocados em galões de plástico, recebem o coalho e aguardam a água que ferve nos próprios latões de leite, para cozimento da massa. O soro formado é retirado por baldes (dado aos porcos), e a massa levada para uma mesa com tampo de alumínio do galpão (chão de terra, cobertura de lona), onde é lavada e colocada em formas para salmora.

Não há uso de uniforme, os homens chegam a estar sem camisa, condições de higiene pessoal inadequadas. Galinhas e cães transitam pelo local.

Numa sala a pouco metros, há uma cozinha, equipada com fogão, pia, freezer, mesa de azulejos, onde é feito "enrolado de frango", produto comum na região, onde o frango é desossado, enrolado com recheio variado (catupiry, lingüiça, azeitonas, bacon) e congelado, para posterior venda direta ao consumidor (transportado em geladeira de isopor), inclusive em Ribeirão Preto. O processo é completamente manual, as pessoas não usam qualquer tipo de uniforme. Pedacos de frango não utilizados, são jogados para as galinhas e cães que rodeiam o lugar.

7. Produção de “Enrolado de Frango”

Apesar de informal, ao contrário do anterior, este local de produção de enrolado de frango tem toda uma preocupação em atender as normas básicas para o bom trabalho. Trabalham cinco pessoas, todas uniformizadas completamente, em condições de higiene pessoal e local ótimas. Há observação, em todos os passos do processo, dos tempos máximos de manipulação de carne, principalmente, com retiradas quase que de imediata, da geladeira, dos ingredientes para o recheio. Os enrolados são congelados por vinte e quatro horas, e vendidos ao varejo, transportados em caixas de isopor, com a recomendação de não fazê-lo, caso haja descongelamento.

8. Produção de queijo

Local de estrutura física inadequada, com vários pontos de ferrugem nos batentes das portas, inclusive na câmara fria, chão esburacado, repleto de soro. Utensílios do mesmo modo, inadequados e preparo sem condições de higiene. Trabalhadores com aventais sujos, de sandálias de dedo, usando as mãos para "lavar" a “muzzarela” que estava sendo feita. Seu proprietário alega que as exigências para regulamentação são muitas e sem razão. Já tentou obtê-la em várias cidades, sem sucesso.

9. Matadouro Municipal

Situado distante do centro da cidade, é local utilizado pelos açougueiros para o abate de bovinos e suínos. Uma caminhonete com revestimento de alumínio aguarda, do lado de fora, a carne que está sendo preparada para os açougues. Os animais ficam num quintal ao lado do prédio e ao adentrarem no matadouro, onde são abatidos pelo sistema de marreta. São então suspensos em ganchos, ficando a cabeça no chão. É retirada a barrigada, jogada no chão, o que muitas vezes provoca seu rompimento, havendo saída de fezes no mesmo local. É então levada até a parte externa do prédio, onde ficam em tanques com água para serem "lavadas". Existem divisórias de cimento, para cada açougueiro depositar sua cota de peles, cabeças, que são vendidas à Ribeirão Preto, para fazer farinha de osso, segundo informações locais. A água deste local é encaminhada para o córrego próximo.

Os trabalhadores e os açougueiros, apresentam-se sem camisa, fumam durante o trabalho, manipulam tanto a carne como a barrigada rompida com fezes, da mesma maneira. Findo o processo, a carne é transportada para a cidade e descarregada no açougue.

10. Armazém da merenda escolar

Grande galpão de armazenamento, parte em reforma, para receber maior quantidade de alimentos. Fornece merenda para entidades como escolas, creches, APAE, Lar dos Velhos, Albergue Noturno.

Os alimentos são armazenados adequadamente, sendo a sacaria em estrados afastados da parede. Os legumes são acondicionados em geladeiras, bem como a carne que vem diretamente do açougue.

4.2.3 - Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DIR XVIII

A DIR XVIII é um órgão estadual, que abrange 24 municípios divididos em micro-regiões.

Cajuru é sede de uma micro-região formada por Cássia dos Coqueiros, Santo Antonio da Alegria, Santa Rosa de Viterbo e Batatais. Possui seu sistema de saúde municipalizado e a DIR interage com a cidade quando solicitada, dando entretanto, as diretrizes de normatização técnica à serem cumpridas.

Na área de epidemiologia, recebe, também, desta região:

- a) os dados do fluxo epimiológico, os quais são condensado em um boletim mensal;
- b) tabela e gráfico de cobertura vacinal trimestral, o qual é avaliado e repassado ao município;
- c) SV3, enviado mensalmente; faz o levantamento epidemiológico e quando necessário convoca uma reunião com a equipe de saúde do município, onde são oferecidos treinamento e reciclagem de pessoal, o qual não possui boa adesão.

A vigilância Sanitária também é orientada pela DIR, ressaltando-se que, antes da municipalização houve treinamento para quem trabalha nesta atividade, no município.

Análise e Sugestões da Vigilância Epidemiológica

A epidemiologia tem com objetivo fundamental a busca, a identificação das causas da doença, o conhecimento de como essas participam do processo doença para que se torne possível a prevenção.

Com isso, é preciso ter em mente, a necessidade da epidemiologia utilizar subsídios de várias áreas, além da medicina, como: a biologia, a demografia, a antropologia, a sociologia, a estatística e a filosofia.

Salienta-se então, que o campo de ação da epidemiologia não se limita atualmente ao estudo das doenças epidêmicas, ou transmissíveis, como ocorreu no passado, incluindo hoje todas as condições culturais, sócio-econômicas, psicológicas, que dizem respeito ao grau ou nível de saúde do indivíduo ou da população, assim pode-se falar de estudo epidemiológico de febre tifóide, dos acidentes de trânsito ou doméstico.

Sugere-se algumas modificações no fluxo e vigilância epidemiológica do município: desde a investigação e busca de casos, até a notificação correta dos mesmos com eficaz realização das ações e/ou programas para prevenir as causas das doenças.

Exceto na tuberculose, a qual tende a aumentar o número de casos, com a queda das condições sócio-econômicas e conseqüentemente, do nível de saúde do país, e da hanseníase, doenças que o município tem infra

estrutura de diagnosticar e tratar com seus próprios recursos, devido a forma de notificação e diagnóstico das doenças, como visto anteriormente na descrição do fluxo epidemiológico de Cajuru, infere-se que haja grande perda de casos e acompanhamentos, levando inclusive a erros nos cálculos dos indicadores de saúde. Para melhorar este fluxo sugere-se que as notificações de doenças sejam feitas de forma adequada, através do preenchimento de fichas de notificação de doenças de notificação compulsória, na unidade de atendimento. e dos instrumentos SV2 e SV3; seja acionada a vigilância epidemiológica do CS II, a fim de tomar as medidas preventivas em relação aos comunicantes e a população em geral, seja feito posteriormente, o repasse de dados à DIR XVIII, a qual deve avaliá-las e auxiliar nas necessidades do município, quando solicitada. Em 1993, quando a cidade sofreu uma epidemia de hepatite, com aproximadamente 500 casos, devido a contaminação da água de um córrego que corta a cidade por esgoto, o município acionou a DIR XVIII, a qual agiu conjuntamente com a vigilância epidemiológica do município para a investigação de casos, busca ativa, tratamento, visitas domiciliares e acompanhamento dos comunicantes.

A vacinação de animais é uma atividade de importância para auxiliar no bloqueio da transmissão da raiva. Neste sentido a Organização Mundial da Saúde, em seu 8º Informe Sobre Raiva, preconiza a imunização de no mínimo 75% da população canina, em cidades onde não exista um Programa de Controle da Raiva. Determina ainda que a população canina deva ser estimada em 10% da população humana, fazendo-se a ressalva que em

algumas cidades esta relação cão/homem poderá estar alterada para mais ou para menos* .

As análises das coberturas vacinais de 1992 a 1994 atingiram níveis satisfatórios; entretanto em 1995, há de se fazer a ressalva de que o resultado obtido de 133,9% (anexo 21) mostra uma subestimativa da população canina. Foram vacinados 2.730 cães para uma população avaliada em 2.038.

Informações obtidas por um veterinário particular do município e confrontadas com a equipe técnica da DIR XVIII, sugerem que, em Cajuru a relação cão/homem esteja próximo de 1:5.

Sugere-se a realização de um censo canino de acordo com as diretrizes técnicas contidas no trabalho da OMS para que esta atividade possa obter um melhor planejamento e avaliação.

Na elaboração da Campanha de Vacinação Anti-Rábica Canina do próximo ano propõe-se a instalação de um posto móvel que semanalmente fará rodízio em locais próximos às escolas municipais de Cajuru; para que a população tenha mais acesso à vacinação dos animais e maior divulgação da Campanha pelas crianças, além do anúncio do local onde o posto estará trabalhando na semana, através do auto-falante da Praça.

Nas criações de animais das áreas rurais recomenda-se a vacinação contra raiva, pois é endêmica na região, bem como uma maior integração da Vigilância Epidemiológica com a Secretaria da Agricultura, através das Coordenadorias de Assistência Técnica (CAT), no controle de morcegos hematófagos, potentes transmissores da doença.

* Plan de Accion para la consolidacion de la fase de ataque final para la eliminacion de la rabia en Las Americas 1993-2000 (OMS).

Quanto às desinsetizações recomenda-se a utilização de máquinas pulverizadoras para os vetores rasteiros, que permitem a penetração do inseticida nos locais de alojamento ou criadouro destes, através do direcionamento do bico existente no equipamento, bem como, a quantidade adequada a ser aspergida nos locais de maior ou menor infestação. O local a ser desinsetizado deve estar limpo, com os alimentos bem acondicionados, as plantas em lugares altos e ao término do serviço, permanecer fechado por 6 horas, em seguida aberto para ventilação por 2 horas. Somente seguido todo este período as pessoas poderão ter acesso. A limpeza do local deverá ser feita no dia seguinte, com pano úmido. Nunca se deve proceder a lavagem do local, pois desta forma perde-se o poder residual do inseticida. É imprescindível a utilização de equipamentos de proteção individual para execução desta atividade, a saber: capacete, máscara com filtro, óculos de proteção, macacão com mangas compridas, botas de borracha de cano alto e luvas de couro de raspa (Villa Nova, 1992).

Terminada a aplicação, os funcionários deverão tomar banho de corpo inteiro, incluindo a cabeça, e o macacão usado deverá ser lavado à parte.

As máquinas de termo-nebulização são usadas primordialmente para fumigação de vetores alados.

A verificação da diluição recomendada pelo fabricante deve ser observada para cada inseticida.

Como a municipalização da Saúde em Cajuru já está acontecendo, sugere-se o treinamento de dois agentes de saneamento para fazer a vigilância do Aedes sp e assim mapear, planejar e executar esta ação de modo

a obter resultados mais eficazes, pois poderão inclusive desencadear ações educativas, uma vez que ocorreram casos de Dengue na cidade, e o índice de Breteau está acima do aceitável.

As inspeções que antecedem a desratização devem visar a orientação de medidas de anti ratização a saber: limpeza do lixo, armazenamento dos alimentos em estrados, e longe da parede, acondicionamento correto de lixo etc..., bem como a verificação de trilhas e tocas de roedores para colocação de raticida (Ministério da Saúde, 1990).

Sugere-se o uso de raticida de 2ª geração registrados no Ministério da Agricultura.

Informações fornecidas por um médico veterinário do município, que assiste particularmente várias propriedades, a respeito da ocorrência de leptospirose bovina (com confirmação diagnóstica laboratorial pela Faculdade de Medicina Veterinária de Jaboticabal - UNESP) levam a crer que seja endêmica na região, sendo necessário maior atenção por parte da Vigilância Epidemiológica.

Os serviços de desinsetização e desratização devem ser registrados diariamente, obtendo-se todos os dados necessários para avaliação, permitindo estabelecer medidas da eficácia e do desempenho dos métodos, e o planejamento das ações. Tais registros podem ser condensados mensalmente para tal função.

Análise e Sugestões da Vigilância Sanitária

A cada dia, a busca da qualidade de vida esta mais presente.

A Vigilância Sanitária nas suas áreas de abrangência: produtos relacionados à saúde, serviços de saúde, meio ambiente e saúde do trabalhador, cerca todas as “agressões” a que o homem está sujeito no seu dia-a-dia.

As ações da Vigilância Sanitária são desencadeadas por solicitação da população, pessoa física ou jurídica, por denúncias dos cidadãos e por solicitação oficial como Prefeituras Municipais, PROCON. Uma de suas formas de agir é a Inspeção Sanitária, em cada uma das áreas, com a finalidade de monitorar, avaliar a qualidade, e aplicar medidas de prevenção e controle. É baseada em roteiros específicos, tendo como suporte instrumentos legais.

A emissão de alvarás de funcionamento de estabelecimento e certificados de vistoria têm como suporte legislação federal (Dec.Fed.74170/74, 79094/77) e estadual (Dec. Est. 12479/78 e 12342/78), emitidos pelo Estado ou pelo Município, se a municipalização já estiver instalada. No Município de Cajuru tais ações são centralizadas no CS II . As autorizações de funcionamento de empresa e autorização especial de funcionamento, são emitidas pelo Ministério da Saúde, baseadas no parecer técnico do serviço de Vigilância Sanitária que executa a ação. Vistorias prévias também são realizadas, sem caráter formal, a fim de adequar o estabelecimento às exigências da Vigilância Sanitária. (Secretaria de Estado da Saúde ,CVS,1995)

Devido às peculiaridades de cada região, as normas estabelecidas no Código Sanitário deveriam ser pertinentes a sua realidade (em 17 anos mudanças ocorrem) e também estar em constante revisão, face ao conhecimento científico produzido no setor.

Dentre os produtos relacionados à saúde acham-se os alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes/domissanitários, agrotóxicos e correlatos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS,1984), em 1980, foram detectados nos países em desenvolvimento, mais de 1 bilhão de casos de diarreia aguda em crianças menores de 5 anos, das quais, 5 milhões chegaram a óbito. A contaminação bacteriana dos alimentos foi uma das causas representativas destes casos.(Germano, sd).

No Brasil, assume enorme significado o fato de que algumas zoonoses, como a cisticercose e a tuberculose, apresentam ascensão de sua prevalência, enquanto outras, como a hidatidose, continuam a desafiar programas epidemiológicos de controle em algumas regiões, como é o caso do Rio Grande do Sul, já considerado o maior reservatório dessa enfermidade na América Latina (Panetta, 1995).

De importância relevante, os alimentos se destacam na abrangência da Vigilância Sanitária e foram objeto das visitas realizadas neste trabalho de campo, uma vez que a economia informal neste setor é bastante significativa para a cidade.

Segundo a OMS, somente um pequeno número de fatores causa a alta proporção de enfermidades transmitidas pelos alimentos, causando um dos problemas sanitários mais difundidos no mundo (Silva Jr., 1995).

A informação dada pela própria população da compra de leite “in natura”, que folcloricamente é tida como inóqua, é hoje de grande preocupação, uma vez que seu envolvimento com o número de casos de diarreia infantil, está completamente estabelecido. Em se tratando, principalmente, de crianças carentes, a necessidade de internação hospitalar é quase certa, por vezes prolongadas por complicações, trazendo, prejuízo físico e psicológico à criança, desestruturação familiar e alto custo ao município.

Além desta possibilidade de agravo, tem-se notícia da ocorrência de um caso de brucelose e um de febre aftosa, em humanos, segundo informações obtidas durante as entrevistas das Secretarias do Município, e que traduzem a contaminação do leite.

Pôde-se constatar que nos locais onde havia SIF (Serviço de Inspeção Federal), as condições em que eram manipulados os alimentos, eram de qualidade.

As visitas realizadas aos locais onde havia criação e/ou preparo inadequados de alimentos, mostraram o desrespeito ao código sanitário em vários de seus itens, desde os que se referem à estrutura física, até os que dizem respeito às condições de higiene dos próprios trabalhadores, não havendo portanto, justificativa para seu funcionamento.

Mais do que desrespeito às normas básicas de interrelação homem/meio ambiente/ambiente de trabalho, revelam a falta de consciência social, pois trazem verdadeiro perigo à saúde da população, não só consumidora de seus produtos inadequados, como também para ela própria, manipuladora, muitas vezes, de matéria prima contaminada. Alegam de

maneira simplista, que as exigências feitas são desnecessárias, que é uma questão de sobrevivência.

Nesta cadeia de erros, o processo continua fora do estabelecimento, quando o transporte dos produtos é feito, por longos percursos e em acondicionamento inadequado, chegando ao consumidor sem condições de ser utilizado.

Assim acontece na criação de suínos, na produção de queijo, na produção de enrolado de frango.

Torna-se então inaceitável, a existência de um Matadouro Municipal que trabalhe da mesma maneira que os locais clandestinos. Fica difícil exigir daqueles uma conduta adequada, e mais do que uma conduta adequada, a credibilidade no que é defendido pela saúde. Por ser um local utilizado por todos os açougues da cidade, há de se supor que toda a carne bovina vendida no município, possa correr o risco de estar contaminada, ainda que venha de um criadouro saudável. Do abate à venda, todas as condições concorrem para tal.

De maneira díspare, ocorre também a criação e/ou manipulação de alimentos em boas condições, embora informais. Os proprietários dos locais são conscientes de sua importância enquanto fonte de alimento, de trabalho, de contribuintes sociais. Tentam enquadrar-se na legislação, mas as exigências, aqui sim, são por demais distanciadas da realidade para poderem ser concretizadas. Uma revisão e a devida adequação legislativa faz-se necessária.

Desta maneira, algumas sugestões são feitas :

1. Estruturar a equipe de Vigilância Sanitária , com assessoria da DIR;
2. Investir na formação de RH com treinamento e atualização periódica;
3. Promover espaços para discussão de temas de abrangência da Vigilância Epidemiológica;
4. Mapear os pontos de criação e/ou produção de alimentos de origem animal;
5. Avaliar criticamente, classificar a periculosidade, orientar as ações nesses locais, dentro da realidade, sem abrir mão da qualidade;
6. Monitorar as ações,principalmente nos pontos críticos;
7. Integrar as ações às outras secretarias e/ou entidades afins;
8. Registrar as ações e dar retorno dos resultados;
9. Criar o Serviço de Inspeção Municipal, que, por estar mais perto da realidade do município e sem desrepeitar o código sanitário, tem condições de julgar com maior propriedade as condições do proponente;
10. Criar mecanismos de envolvimento da população nas ações, principalmente de conscientização da necessidade da qualidade do alimento;
11. Travar verdadeiro combate à venda de leite cru;
12. Traçar ações educativas no combate ao consumo de carne de porco mal cozida, evitando a teníase e a cisticercose;

13. Incentivar a criação de consórcios, cooperativas entre os municípios;

Sugere-se finalmente, a criação de um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e Vigilância Sanitária.

Apesar de não existir nenhuma legislação para a implantação de CCZ municipais, tampouco associado à VS, seria oportuno uma reflexão política, técnica e da sociedade civil sobre esta questão.

Uma experiência bastante comum hoje em dia no Brasil, é a criação de consórcios intermunicipais, que já existentes nas áreas de educação , recursos hídricos, saúde pública, com resultados positivos.

Uma vez que Cajuru é sede da micro-região, isto é, é referência de algumas ações de saúde para cidades vizinhas, um consórcio inter-municipal poderia trazer grandes benefícios. Tal tipo de parceria, por representar o interesse do todo, minimiza o tráfico de influências, tira a responsabilidade das exigências de uma única figura, acrescenta técnica, econômica e politicamente aos município participantes.

Propõem-se a criação do Centros de Controle de Zoonoses, de acordo com o organograma nível I (anexo 22)

4.3 - ATENÇÃO À SAÚDE

4.3.1 - Saúde Bucal

"Saúde Bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada em grau razoável, de saúde geral do indivíduo. Saúdes parciais constituem objeto de programas especializados e só tem sentido estes programas quando desenvolvidos harmonicamente, quando integrados em um programa global de Saúde Pública. (Chaves, 1977)

Sendo que o objeto explícito do trabalho odontológico é a boca (corpo biológico) para o qual organiza tecnologias que visam restabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo, enquanto a saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção de doenças bucais e aí organizar tecnologias que visem não a cura do paciente, naquela relação individual biológica; mas, sim, a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva" (Botazzo, 1989).

A Secretaria de Saúde do município de Cajuru caracteriza-se em relação a serviços odontológicos, num modelo hegemônico de prática odontológica curativa.

As Unidades de Saúde (PAS) estão dimensionadas para o atendimento odontológico, contando com um consultório odontológico completo (cadeira odontológica, equipo odontológico contendo seringa tríplice,

caneta de alta rotação, micromotor e/ou caneta de baixa rotação; estufa média; amalgamador).

Figura 5 - Modelo de Consultório Odontológico - Cajuru



A Clínica Odontológica dispõe de 3 consultórios completos divididos em 2 salas individualizadas, um aparelho de Raios X, um aparelho fotopolimerizável. Compreende ainda um laboratório de Prótese equipado com

materiais e aparelhos específicos de trabalho; um almoxarifado central de materiais odontológicos de consumo que supre toda a rede.

Há também consultórios instalados em Escolas Estaduais: EEPSTG Galdino de Castro, EEPSTG Geraldo Torrano, EEPSTG Messias Fonseca, EEPSTG Mousart Alves da Silva, que apresentam o mesmo modelo de consultório tradicional individualizado; observando-se apenas que os equipamentos são de fabricação mais antiga.

4.3.1.1 - Sistema de Atendimento

A rede básica do município de Cajuru encarregada da chamada atenção primeira caracteriza-se em relação ao atendimento odontológico como:

- Sistema de atendimento de livre demanda - PAS

A porta de entrada deste sistema é aberta a toda população independente de faixa etária. Não há número previsto de agendados/dia/cirurgião dentista e nem planejamento prévio do número de retornos dos pacientes. O agendamento é feito pelo próprio cirurgião dentista (C.D.).

O atendimento é realizado de acordo com as necessidades verbais apresentadas pelos pacientes e limitado pela capacidade tecnológica da Unidade de Saúde.

Não há triagem prévia para início de tratamento, sendo que ao efetivar um "tratamento completado", substitui-se simultaneamente por outra procura do dia.

Cada profissional CD utiliza um mapa diário de trabalho (anexo 23) e odontograma (anexo 24), onde são anotados os procedimentos realizados por paciente, seus respectivos nomes e idades.

Os serviços odontológicos oferecidos são: Cirurgia (Exodontias simples de permanentes e decíduos), Dentística Restauradora I (Restaurações de Amálgama, Resina Composta), Pulpotomias, Drenagens de abscessos, Profilaxia, Aplicação Tópica de Flúor.

O mapa diário de trabalho é padronizado em todas as Unidades de Saúde que possuem atendimento odontológico.

- Sistema Incremental - Escolas

Os profissionais (CDs e Auxiliares de Dentista) que atuam nas Escolas, adotam um Sistema Incremental para atendimento de crianças matriculadas das primeiras as quartas séries, segundo informações de CD da rede e interlocutor de Saúde Bucal da DIR XVIII.

O critério observado para tratamento completado é semelhante ao dos PASs: queixa verbal do paciente corresponde aos procedimentos realizados pelo CD.

O Sistema Incremental proposto aproxima-se das diretrizes apresentadas pelo Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD), elaborado em 1983 pelo Conselho Consultivo de Administração

Previdenciária do Ministério da Saúde. Onde ocorre o tratamento intensivo (em poucas sessões) da demanda acumulada da cárie dental, nos grupos populacionais prioritários (6 a 12 anos) objetivando o seu controle em níveis aceitáveis de acordo com metas estabelecidas. As distorções apresentadas quanto ao critério de tratamento completo, interferem quantitativa e qualitativamente na proposta deste sistema.

- Clínica Odontológica

Em relação a ações de diferenciação quanto a recursos humanos mais especializados, equipamentos mais sofisticados e resolução de problemas de maior complexidade, existe uma Unidade de Saúde em nível secundário de atenção em Saúde Bucal no município de Cajuru: Clínica Odontológica.

O sistema de atendimento odontológico é por livre demanda, sendo que quinzenalmente são agendados pacientes por ordem de inscrição, segundo uma lista de espera existente na recepção da Clínica. Segue-se o mesmo critério de número de agendados/dia/CD.

Os serviços odontológicos oferecidos são: Endodontia de Unirradiculares, Cirurgia Oral Menor, Radiologia Intra Oral, Dentística Restauradora II (restaurações com resina fotopolimerizável).

- Sistema de Referência e Contra Referência

Os pacientes são encaminhados do nível primário de atenção (PAS, Escolas) ao nível secundário (Clínica Odontológica) através de uma ficha de referência de pacientes padronizada (anexo 25). Quando há necessidade de referência terciária em Saúde Bucal, os pacientes são encaminhados à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FOURP).

4.3.1.2 - Sistema de Trabalho

- Recursos Humanos

O quadro apresentado de recursos humanos relativos à Saúde do município de Cajuru é formado por treze Cirurgiões Dentistas, oito auxiliares de Dentista, dois técnicos em prótese dentária, segundo informações da DIR XVIII.

Os profissionais são lotados nestas unidades e prestam serviço em outros períodos de diferentes unidades do município, caracterizando um sistema de rodízio.

A incorporação de pessoal auxiliar é feita através de Concurso Público, porém não é necessário que as auxiliares tenham formação ou curso reconhecido pelo Conselho Regional de Odontologia. As auxiliares de Dentista ingressam no Serviço Público e recebem orientações dos CD atuantes no

mesmo local de trabalho. Não há capacitação pedagógica ou reciclagem oriundas do Município ou DIR XVIII para os profissionais da área odontológica. Assim visualiza-se normas e técnicas praticamente individuais e pessoais orientando um sistema de trabalho.

Como o trabalho depende exclusivamente do perfil do profissional seu conhecimento quanto à tecnologia empregada; verifica-se distorções de normas e técnicas essenciais ao trabalho; como esterilização, biossegurança, etc. Assim torna-se crítica a conceituação quanto à esterilização de materiais que segundo os profissionais da rede desenvolve-se da seguinte forma: instrumentais são divididos em quatro ou cinco jogos separados em marmitas, que após a limpeza mecânica com água e sabão; são introduzidos em estufa média existente no consultórios. Esta estufa não possuem termômetro e os instrumentais permanecem no seu interior conforme o critério de cada CD.

- Coordenação de Saúde Bucal

É importante salientar que há uma Coordenação de Saúde Bucal no município, cargo inexistente na Secretaria Municipal de Saúde; cujas atribuições excedem a sua função de coordenação; atuando também como CD clínico na Clínica Odontológica.

As atribuições que se destacam são: responsável pela aquisição, estocagem e distribuição de materiais permanentes e de consumo; supervisão de manutenção técnica de equipamentos odontológicos; avaliação do trabalho

dos profissionais da rede; interlocução com Secretaria Municipal de Saúde e DIR XVIII; participação como membro do Conselho Municipal de Saúde.

4.3.1.3 - Ações de Vigilância

São ações de atenção e acompanhamento permanente dos fatores de risco do processo Saúde-Doença.

- Levantamento Epidemiológico

Segundo dados e informações obtidas no DIR XVIII por um de seus interlocutores de Saúde Bucal; o município de Cajuru solicitou seu primeiro levantamento epidemiológico de condição dental ao antigo ERSA-50 (Indicadores: CPOD e CEO) antes da fluoretação das águas de abastecimento em 1983.

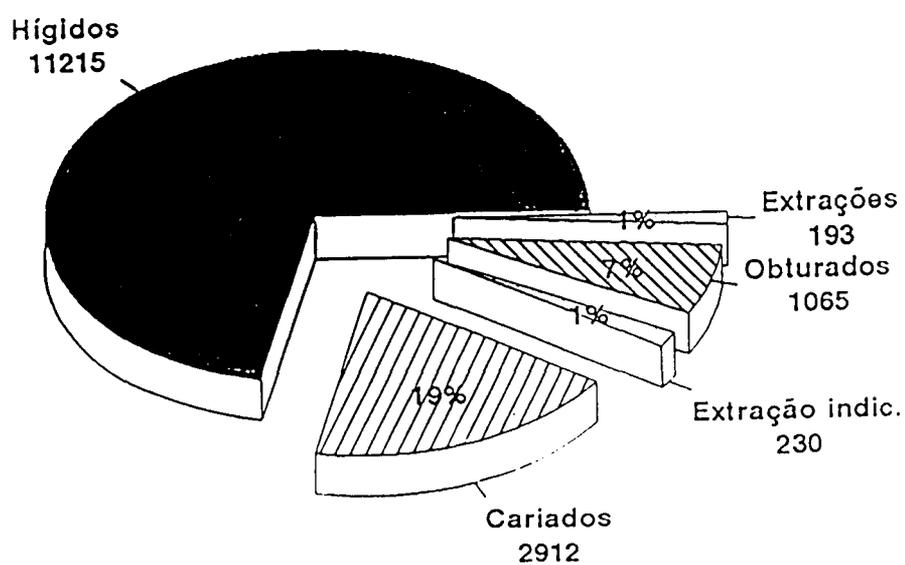
O Cirurgião Dentista designado pelo Escritório Regional de Saúde - ERSA 50, elegeu duas escolas estaduais da zona urbana ao Município de Cajuru: EEPSG Galdino de Castro e EEPG Dr. Messias da Fonseca, num universo de população de 1.451 crianças da faixa etária de 7 a 12 anos. A amostra obtida segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), contabilizou 43% do total já relatado; com os seguintes resultados finais segundo sexo: 630 crianças, sendo 315 do sexo masculino e 315 do sexo feminino.

Tabela 9 - CPOD Médio segundo Idade e Sexo, Cajuru, 1983

IDADE	CPOD MÉDIO		TOTAL
	SEXO		
	MASC	FEM	
7	3,10	3,77	3,43
8	3,90	4,14	4,03
9	5,01	5,09	5,06
10	7,59	8,90	8,25
11	9,08	10,73	9,90
12	11,20	12,76	11,96

Fonte: DIR XVIII, 1995

Figura 6 - Composição Percentual dos Componentes CPOD - 1983. Cajuru



Fonte: DIR XVIII, 1995

Analisando os dados obtidos e verificado principalmente o CPO médio de 12 anos encontrado, o interlocutor de Saúde Bucal do ERSA 50, norteando-se pelo conjunto de Metas que a OMS (1981) e Federação Dentária Internacional (FDI) propõe para o ano 2000, onde:

- 1ª) 50% das crianças entre 5 e 6 anos de idade está livre de cárie;
- 2ª) Média de ataque de cárie é igual ou menor que 3 dentes atingidos aos 12 anos de idade;
- 3ª) 85% dos indivíduos com 18 anos apresentam todos os dentes;
- 4ª) Redução de 50% no nível de edentulismo entre 35 a 44 anos;
75% apresentam pelo menos 20 dentes funcionais;
- 5ª) Redução de 25% no nível de edentulismo aos 65 anos e mais:
50% apresentam pelo menos 20 dentes funcionais.

Solicita à Secretaria de Saúde do Município de Cajuru a instalação do processo de fluoretação das águas de abastecimento.

- Sistema de Vigilância Sanitária de Flúor

As águas de abastecimento do Município de Cajuru, segundo o atual interlocutor de Saúde Bucal da DIR XVIII, estão fluoretadas sem interrupção do processo por mais de três meses, num período variável de 5 a 10 anos. (anexo 26)

O Sistema de Vigilância Sanitária de Fluoretação é realizado pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP (Regional de Franca), que a cada 3 dias; em dez pontas da rede, coleta e analisa o teor de flúor nas águas de abastecimento. A Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB realiza a mesma operação a cada 2 meses em média.

O Laboratório da Estação de Tratamento de Água - E.T.A. de Cajuru monitora o teor de flúor, 24 horas por dia (análise com periodicidade de 2 horas). Tal análise é feita por colorímetro/potenciômetro com padrões de 0,5,0,6,07,08 mgF para cada litro de água. Na ponta da rede de abastecimento e onde são realizadas as análises, a concentração é de 0,7 ppm.

Exceto a frequência de análise (monitoração) por parte da ETA local; as demais informações são válidas para o Sistema de Fluoretação de Santa Cruz da Esperança.

Não existe nenhum Sistema Municipal de Vigilância Sanitária da fluoretação das águas, as informações das análises obtidas não retornam oficialmente ao Município ou à DIR XVIII.

A DIR XVIII obtém informação só quando solicitada ao Município, como o último ofício registrado pelo Secretário de Saúde de Cajuru, de 07/08/95, onde notifica a faixa de fluoretação encontrada: 0,55 a 0,85 ppm.

Quadro 8 - Faixas para classificação das amostras segundo teor de flúor**

TEOR DE FLÚOR	CONCENTRAÇÃO
até 0,59 ppm	inaceitável
0,60 ppm	mínima aceitável
0,61 a 0,69 ppm	sub ótima
0,70 ppm	ótima
0,71 a 0,79 ppm	super ótima
0,80 ppm	máxima aceitável
0,81 a 1,19 ppm	inadequada
1,20 ppm	limite
1,21 ppm ou mais	inaceitável

** Adaptado e desenvolvido a partir de Minuguchi (1972) in: Organização Mundial da Saúde. Fluoruros y Salud. Genebra, 1972, p. 305-16.

Segundo o Quadro 8, onde são classificadas faixas de teor de flúor, o Município não traduz nesta última informação à DIR XVIII como se encontra a fluoretação das suas águas de abastecimento.

- Ações Coletivas em Saúde Bucal

As Unidades de Saúde do Município de Cajuru não desenvolvem ações coletivas, educativas ou grupais em Saúde Bucal nos Equipamentos Sociais existentes.

As Escolas Estaduais, Escola Municipal de Educação Infantil, EMEI, não são cadastradas pelo Município, tanto nos Procedimentos Coletivos

(Secretaria de Estado de Saúde-SP e Ministério da Saúde) como no Projeto Inovação no Ensino Básico - Banco Mundial - Componente Saúde Escolar.

As orientações educativas em Saúde Bucal, segundo informações de CD da rede, são dadas individualmente a cada início de tratamento odontológico.

4.3.1.4 - Sistema Informação

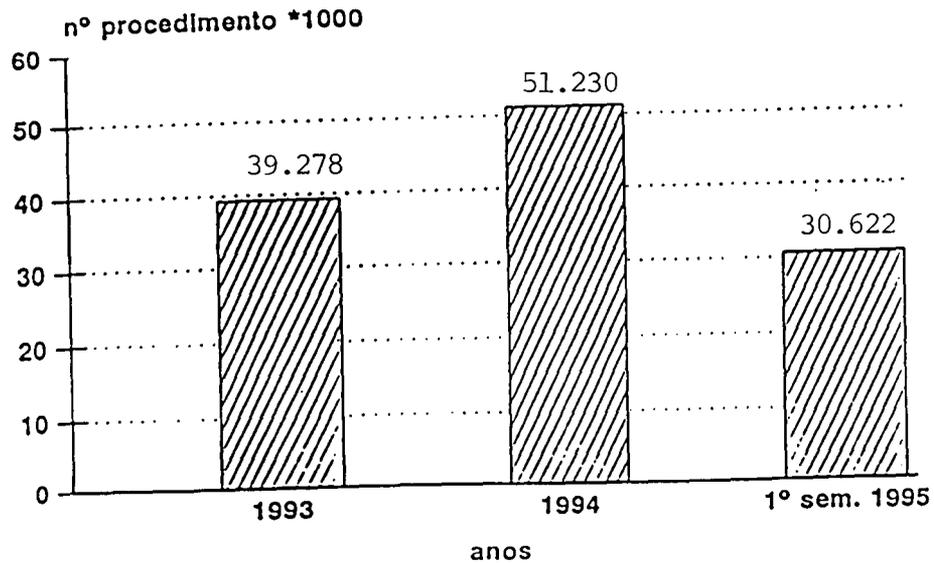
Os profissionais utilizam mapa diário de trabalho onde são anotados todos os procedimentos odontológicos realizados. Todos estes dados são coletados e condensados num Mapa diário de trabalho - Mês dos profissionais de cada Unidade de Saúde, e encaminhados ao CS II, que codifica para o Sistema de Informação Ambulatorial - Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (faturas). A DIR XVIII recebe mensalmente e retorna as faturas ao Município.

- Avaliação

A avaliação destes dados pela DIR XVIII e pelo Município não segue um fluxo onde há retorno para os profissionais de Unidades de Saúde, que realizam as ações.

Segundo dados fornecidos pela DIR XVIII, pelo interlocutor de Saúde Bucal, o total de procedimentos odontológicos (curativos e preventivos) relativos a: 1993, 1994, e 1º semestre de 1995 visualiza-se comparativamente na figura 7.

Figura 7 - Distribuição de procedimentos odontológicos, no Município de Cajuru nos anos de 1993, 1994 e 1º semestre de 1995



Fonte: MS/SAS/DATASUS/CAJURU - 93 a 95

4.3.1.5 - Administração de Recursos

5.1 - Aquisição, estocagem e distribuição de materiais odontológicos

Segundo depoimento existia participação do Coordenador de Saúde Bucal do Município, na compra de materiais odontológicos de consumo e permanentes. Após a análise pelo Setor de Compras, em conformidade com a lei, o processo de compras (Licitação, Carta-Convite, etc) é encaminhado ao Setor de Compras da Secretaria Municipal de Administração, que realiza a escolha dos itens, segundo o critério "menor preço".

Os recursos para o pagamento das compras são provenientes da parcela referente à Secretaria da Saúde Municipal.

A estocagem de materiais odontológicos de consumo é centralizada em Almoxarifado único localizado na Clínica Odontológica.

Não há almoxarife ou pessoal especializado para esta atividade proposta; sendo que um Auxiliar de Dentista treinado é responsável pela distribuição de materiais para os PAS e Escolas; sob a supervisão do Coordenador de Saúde Bucal.

Existe uma ficha de Movimentação de Material Dentário (Anexo 27), onde são solicitados materiais pelos próprios profissionais das unidades de Saúde, que pessoalmente efetuam a sua retirada.

Não há padronização de materiais, e nem avaliação custo/benefício dos procedimentos odontológicos.

Os materiais de consumo que necessitam de acondicionamento em baixas temperaturas, encontram-se também, estocados neste Almoxarifado fora de geladeiras próprias, diminuindo assim sua validade para consumo. Os únicos materiais para biossegurança adquiridos são luvas e máscaras.

Nas unidades de Saúde, a estocagem é feita no interior dos consultórios odontológicos em armários próprios para sua utilização.

- Manutenção Técnica de Equipamentos Odontológicos

Fluxo

Os profissionais notificam os defeitos dos equipamentos diretamente ao Coordenador de Saúde Bucal que entra em contato com uma firma contratada responsável pela Manutenção Técnica (Dabi Atlante) em Ribeirão Preto.

Não há cronograma de Manutenção Preventiva dos Equipamentos e a Manutenção Corretiva é realizada de acordo com as urgências notificadas pelas Unidades de Saúde. O prazo para a efetivação dos reparos nos equipamentos depende principalmente das prioridades de execução que a firma apresenta, isto é, não há prazo mínimo ou máximo.

4.3.1.6 - Caracterização do Modelo - Análise

O estado de saúde de uma população é definido em função do conjunto de fatores sociais, biológicos e psíquicos que estabelecem diferentes níveis de suscetibilidade às doenças e aos agravos à saúde.

As doenças bucais compõem o quadro geral de saúde da população e suas manifestações refletem as formas de organização social da produção e da apropriação de bens e serviços da sociedade.

O modelo da prática odontológica apresentado pelo Município caracteriza-se segundo a VII Conferência Nacional de Saúde (24 a 28/03 de 1980):

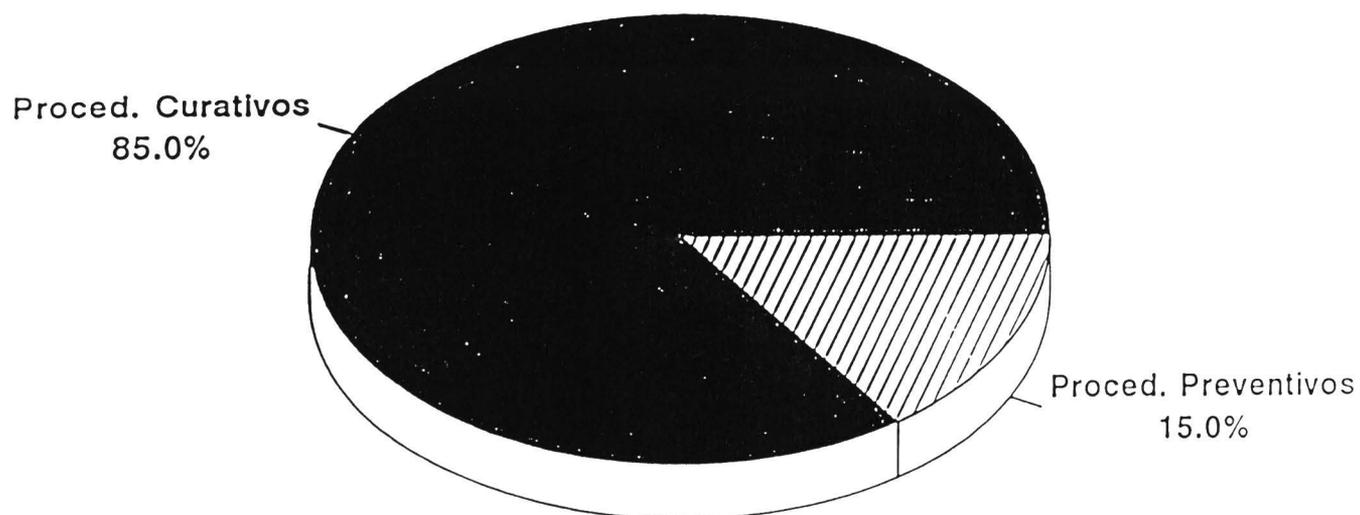
a) Curativo

Não há emprego de métodos preventivos de alta cobertura de eficácia e eficiência comprovadas.

Analisando dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de outubro de 1995 (anexo 28), verifica-se em todas as unidades de Saúde (figuras 8, 9, 10, 11) e no Município como um todo (figura 12) que prevalecem Procedimentos Curativos, de acordo com Indicador de Assistência Individual Odontológica: Relação de Procedimentos Totais por Clínica de Atendimento segundo Tipos de Procedimento.

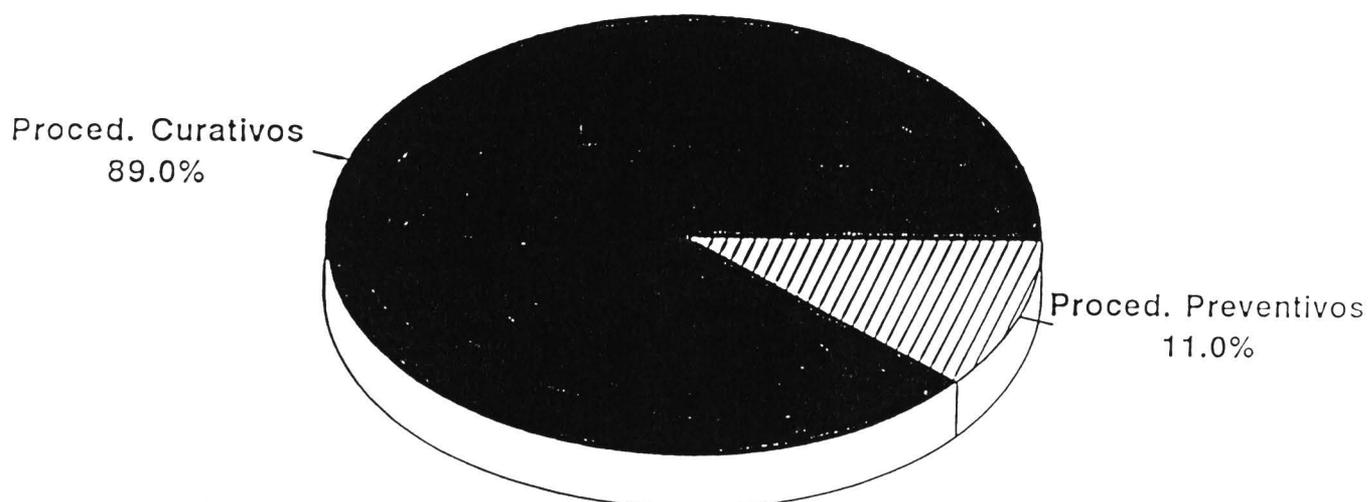
Indicador Assistência Individual: $\frac{\text{n. procedimento X}}{\text{total de procedimento}} \times 100$

Figura 8 - Composição percentual da hora clínica (odonto C.D.) segundo tipo de procedimento. Clínica odontológica, Município Cajuru, outubro 1995



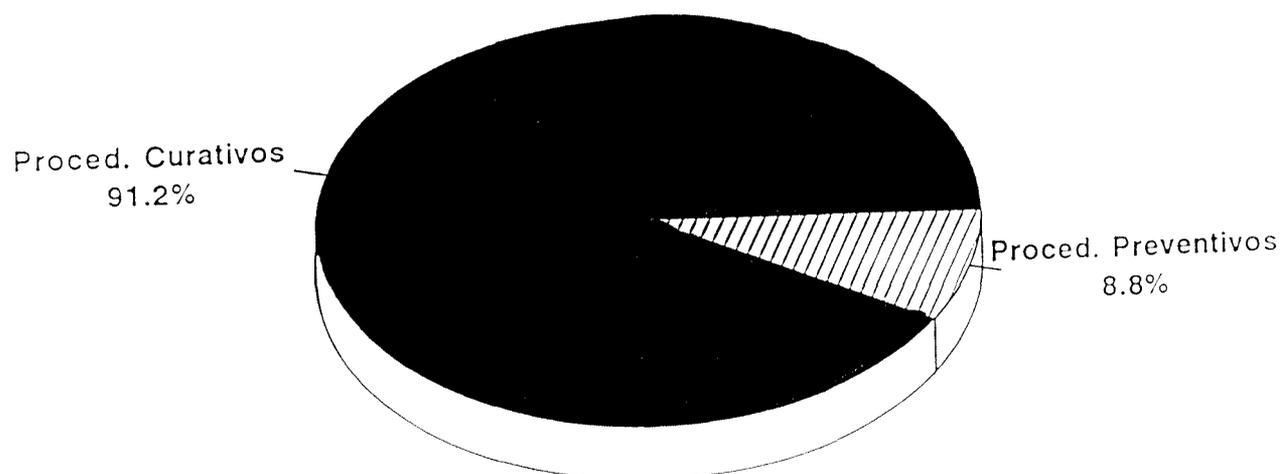
Fonte: Sec. Saúde - Cajuru, 1995

Figura 9 - Composição Percentual da hora clínica (odonto C.D.) segundo tipo de procedimento. PAS Ernesto F. Brandão, Município de Cajuru, outubro 1995



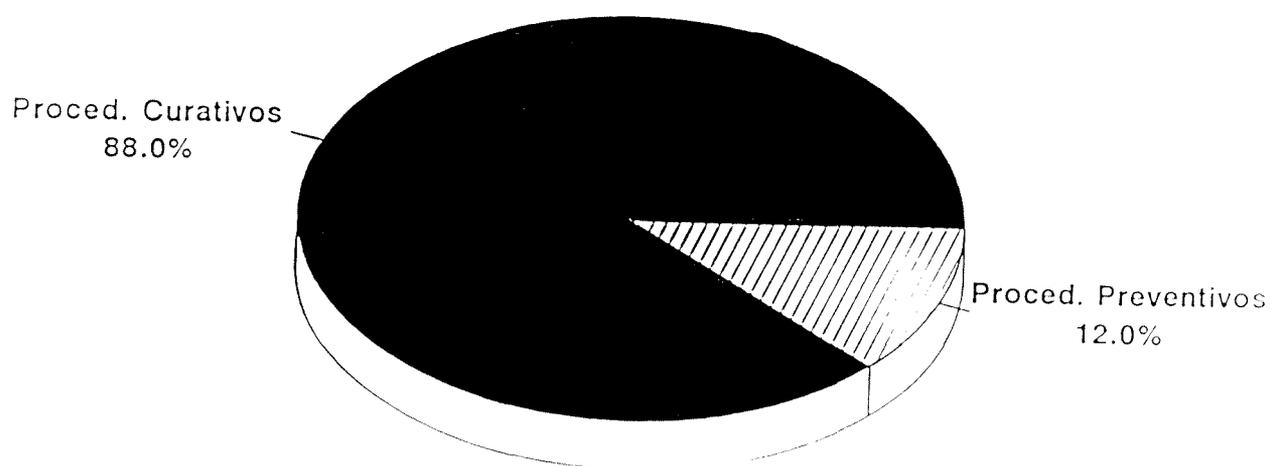
Fonte: Sec. Saúde - Cajuru, outubro/1995

Figura 10 - Composição Percentual da hora clínica (odonto C.D.) segundo tipo de procedimento. PAS Dr. Moisés Elias, Município de Cajuru, outubro 1995



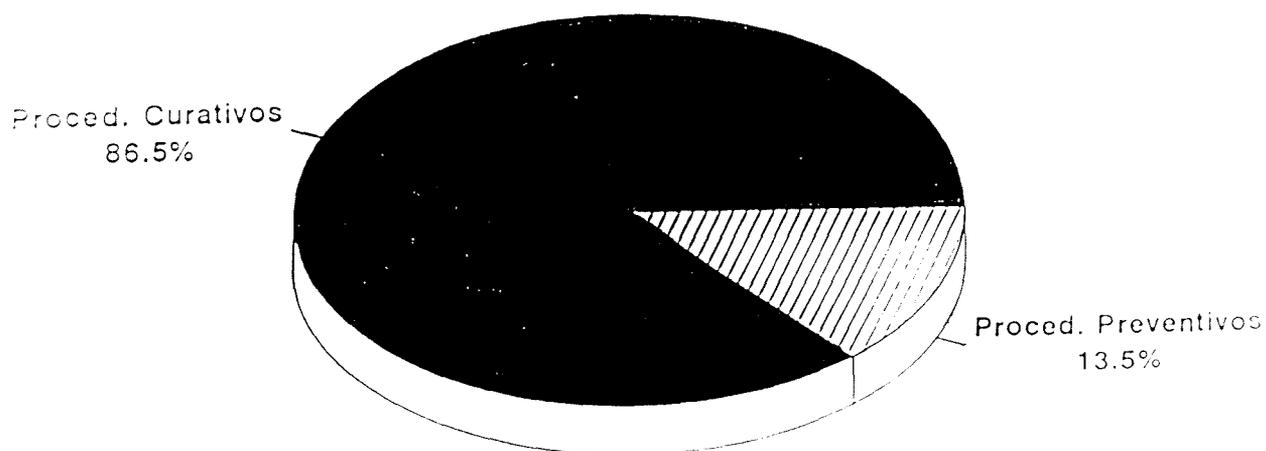
Fonte: Sec. Saúde - Cajuru, outubro/1995

Figura 11 - Composição Percentual da hora clínica (odonto C.D.) segundo tipo de procedimento. PAS José M. Araújo, Município de Cajuru, outubro 1995



Fonte: Sec. Saúde - Cajuru, outubro/1995

Figura 12 - Composição Percentual da hora clínica (odonto C.D.) segundo tipo de procedimento. Município de Cajuru, outubro 1995



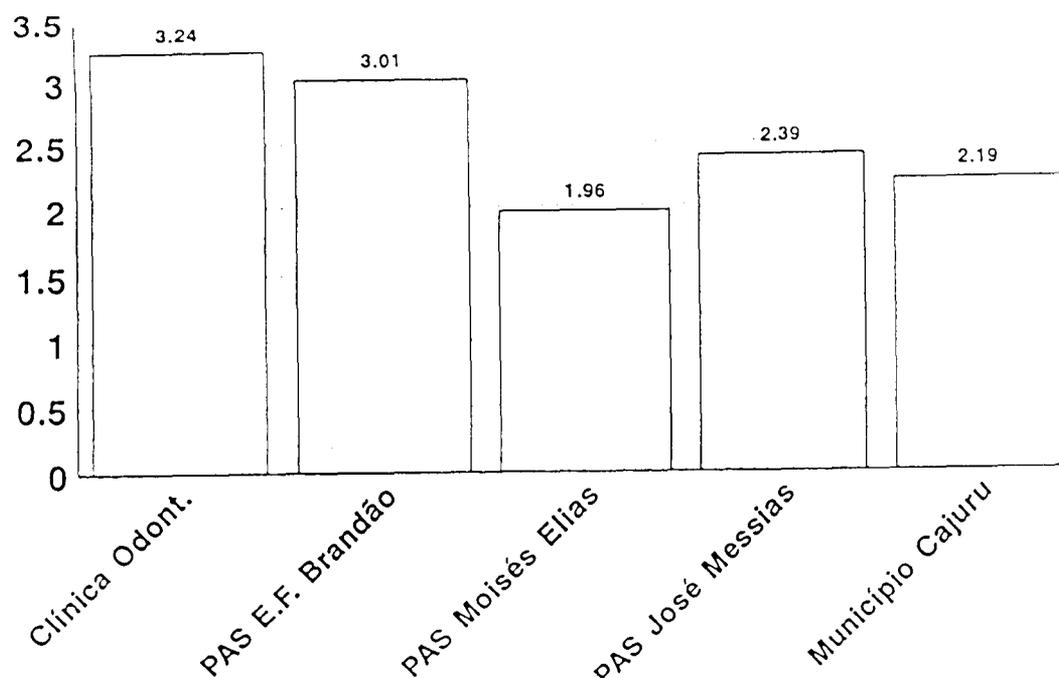
Fonte: Sec. Saúde - Cajuru, outubro/1995

Considerando ainda a inexistência de Ações Coletivas em Saúde Bucal e atendimento não programático, os procedimentos curativos excedem e caracterizam-se os serviços das Unidades como Pronto Atendimento.

Utilizando outro indicador de Assistência Individual Odontológica (Relação Restauração/Exodontia):

$$\text{Relação restauração/exodontia} = \frac{\text{Total de dentes restaurados}}{\text{Total de dentes extraídos}}$$

Figura 13 - Relação Restauração/Exodontia por Unidade de Atendimento e no Município de Cajuru, outubro 1995



Fonte: MS/SAS/DATASUS/CAJURU - Outubro/95

Pode-se verificar que a relação entre os dentes recuperados e os perdidos das Unidades de Saúde e do Município não tem uma variação considerável preocupante e também epidemiologicamente importante.

- Ineficaz, na medida em que não responde à resolução ou redução, em níveis significativos dos problemas de Saúde Bucal da população

A definição incorreta de prioridades dando-se atendimento através da livre demanda, com insumos sofisticados na execução dos procedimentos odontológicos, aumenta a relação custo/benefício tornando o modelo ineficaz e ineficiente (alto custo e baixo rendimento). A informalidade quanto ao preparo de recursos humanos (Auxiliares de Dentista) que adquirem conhecimento

durante treinamento em serviço, dificulta o sistema de trabalho desenvolvido; diminuindo o rendimento dos profissionais; refletindo baixa cobertura da população, na medida em que não consegue dar assistência à demanda espontânea.

A assistência odontológica é desvinculada das outras ações de saúde das Unidades; exibindo um quadro dicotomizado onde o indivíduo (paciente) se transforma vários elementos (boca; pulmão, etc.)

Como o Sistema de informação do Município não é organizado estruturalmente, inexistente dado epidemiológico e de produtividade odontológica.

A inexistência de recursos financeiros próprios referentes à Saúde Bucal inviabiliza uma Mudança no Modelo de Atenção.

Sugere-se como proposta para viabilizar a Atenção em Saúde Bucal a Mudança do Modelo de Atenção.

O diagnóstico da situação de saúde bucal é essencial para definição de uma política, onde o planejamento local se constitui como fator primeiro de uma implementação de estratégias e ações.

É importante entender e superar os problemas de saúde bucal da população e transpor as dificuldades auto limitantes da ação odontológica.

O Coordenador Municipal de Saúde Bucal, como membro do Conselho Municipal de Saúde, pode desencadear um processo onde alicerçado com as representações da sociedade civil, define uma política de Saúde Bucal, inserida no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e apoiado pelo Poder Executivo.

A política de Saúde Bucal deve garantir as ações necessárias, que além da assistência as necessidades odontológicas da população, busque desenvolver ações coletivas para que haja reversão do quadro epidemiológico apresentado.

O Modelo de Atenção em Saúde Bucal caracteriza níveis de atenção dentro da rede existente no Município. A atenção primária (PAS - Escolar) deve implementar ações individuais e coletivas em Saúde Bucal. A programação de assistência odontológica individual deve estar integrada aos outros programas de Saúde, utilizando critérios sociais, epidemiológicos, com a participação da comunidade.

É importante que os serviços do Município disponham de espaços para o trabalho clínico, propiciando maior aproveitamento da área física, com a instalação de equipamentos segundo princípios ergonômicos.

Entende-se que algumas mudanças no modelo atual de assistência odontológica são fundamentais:

- Sistema de Trabalho

- substituição gradativa do sistema tradicional de trabalho odontológico individualizado a um sistema de clínica modular com vários equipamentos agrupados, para uma implantação de ambientes coletivos de trabalho;
- investindo no trabalho a 4, 6, 8 mãos de acordo com a equipe de Saúde Bucal existente nas Unidades de Saúde que aumenta o rendimento das consultas odontológicas diminuindo o número de retornos por tratamento completado, possibilitando um aumento de cobertura;
- incorporação de pessoal Auxiliar (Auxiliar de Dentista e Técnico em Higiene Dental), de acordo com parâmetros reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia;
- utilização de padrões técnicos para efetivação do tratamento odontológico, dependendo das necessidades acumuladas, do

tempo disponível para consulta e da composição da Equipe de Saúde Bucal:

- CD sem Auxiliar Dentista:

nº de pacientes: 3 (além das urgências)

rendimento: 3 procedimentos/hora clínica

- CD com Auxiliar de Dentista

nº de pacientes: 4 (além das urgências)

rendimento: 5 procedimentos/hora clínica

- CD + Auxiliar de Dentista + Técnico em Higiene Dental

nº de pacientes: 6 (além das urgências)

rendimento: 12 procedimentos/hora clínica

- Sistema de Atendimento

O sistema de atendimento deve buscar racionalização do trabalho, permitindo que o mesmo se efetue com menor esforço físico por parte da Equipe de Saúde Bucal com mais qualidade e menor custo, tanto para o usuário quanto para a Instituição.

O agendamento deve ser prévio ou por procura do dia, se houver vaga; sendo que o número de pacientes depende da composição da equipe de Saúde Bucal, como já foi relatado anteriormente. É importante planejar o número de retornos por paciente. E se foi adotado o sistema de trabalho em

ambientes coletivos, deve-se preconizar 4 consultas por tratamento completado, para qualquer faixa etária.

- Desenvolvimento de Recursos Humanos

- investimento na formação de pessoal auxiliar (AD) e incorporação de técnico de Higiene Dental (THD), observando-se os requisitos estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação (Parecer 460/75). A Assessoria de Saúde Bucal da DIR XVIII deve agilizar este processo, investindo na formação do pessoal no próprio serviço; envolvendo os A. Dentistas e possibilitando o desenvolvimento da equipe. Assim os profissionais não são formados ou treinados fora do local de trabalho;
- reciclagem e treinamentos periódicos dos profissionais, buscando atualização nas práticas de saúde;

- Recursos Materiais

- padronização dos recursos materiais de consumo e permanentes utilizados, de acordo com o consumo médio mensal de cada UBs e o sistema de trabalho adotado;
- aquisição de materiais de consumo referentes a biossegurança (Normatização de Controle de Infecção - SMSP - 1992);
- organizar estruturalmente a estocagem e distribuição dos materiais, de acordo com as suas especificações técnicas; priorizando que a presença de pessoal qualificado (almoxarife) é essencial para facilitar este processo;

- investir na implantação de um sistema de manutenção técnica de equipamentos odontológicos preventiva e corretiva com a contratação de técnicas especializadas, que possam atender às necessidades do Município, através de um fluxo coerente, que a Coordenação de Saúde Bucal possa controlar e avaliar.

- Ações de Vigilância

As ações de Vigilância devem garantir o acesso a toda a população do Município, a um método sistêmico de administração de flúor, sendo assim é imprescindível que haja cobertura de rede de abastecimento de água em todo o Município.

A implantação de um sistema de Vigilância Sanitária de Flúor pelo Município deve ser discutida juntamente com o Órgão que realizou a fluoretação das águas (SABESP). A necessidade de vigilância sobre a regularidade da concentração de flúor na água servida à população torna-se fundamental para a máxima eficácia da medida. Esta vigilância deve ser com periodicidade mensal, com boletins regulares enviados e registrados no Diário Oficial do Município.

A realização de levantamentos epidemiológicos básicos pode definir a eficácia do método empregado.

É importante sistematizar levantamentos epidemiológicos que devem preceder e acompanhar as Ações Coletivas em Saúde Bucal. As orientações quanto à metodologia mais adequada à realidade do Município deve ser obtida através de utilização com a Secretaria de Estado da Saúde.

A implantação das ações coletivas em Saúde Bucal tem por objetivo o controle e a prevenção da cárie e doença periodontal, associando métodos preventivos e educativos, envolvendo uma série de procedimentos

chamados coletivos. Estas ações incluem bochechos fluoretados, aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, educação em Saúde.

O planejamento e execução dos procedimentos coletivos podem ser feitos através de reunião com os profissionais das Unidades de Saúde e Escolas, adequando com a realidade de cada local (Equipamentos sociais).

A normatização quanto aos Procedimentos Coletivos, com o Cadastramento dos Espaços sociais para que se possam receber insumos necessários para realização das Ações Coletivas, deve ser solicitada ao Interlocutor de Saúde Bucal da DIR XVIII.

Sempre que possível esses procedimentos coletivos deverão ser realizados em grupos não institucionalizados (associações comunitárias, favelas), de modo a permitir acesso desses grupos aos métodos preventivos.

- Sistema de Informação

O município deve utilizar em todos os níveis de atenção em Saúde Bucal, um sistema de informação que contemple a coleta, análise e armazenamento de dados sobre as ações desenvolvidas e os atendimentos realizados.

Os mapas utilizados pelos profissionais devem ser dimensionados para que se possa obter informação sobre os profissionais (hora clínica/procedimentos odontológicos) e os pacientes (faltas no agendamento; total de urgência/dia).

Estes dados devem ser consolidados e analisados pelo Coordenador de Saúde Bucal do Município. Os dados coletados por produtividade (SIA-SUS) não refletem qualitativamente o trabalho desenvolvido pelas Unidades, então é importante que o Município esteja

capacitado periodicamente a consolidar os dados produzidos e possibilitar um eficiente processo de acompanhamento, avaliação e controle.

- Avaliação e Controle

A avaliação está inserida no contexto avaliação - planejamento - implementação - avaliação, sendo importante indicador de novos valores e objetivos. O Coordenador de Saúde Bucal deve estar preparado para utilizar as informações fornecidas pelos diversos indicadores como instrumentos indispensáveis ao planejamento e possíveis intervenções nas programações.

O processo de avaliação deve surgir através de reuniões periódicas com as Unidades de Saúde, envolvendo as equipes de Saúde Bucal (Cirurgião Dentista, Auxiliar de Dentista, Técnico em Higiene Dental).

Pode-se avaliar quanto às formas de atuação e programas propostos; estrutura organizacional (considerando a hierarquização do atendimento, padronização dos procedimentos técnicos, implantação do sistema de informação, produção dos serviços, recursos humanos, rede física, etc).

A Secretaria Municipal de Saúde pode desenvolver instrumentos de avaliação de resultados na Área de Saúde Bucal.

- levantamento Epidemiológico da Condição Dental, fornecendo dados sobre o perfil epidemiológico e de acesso a Serviços de Saúde (Manual de Levantamento Epidemiológico - OMS);
- levantamento Epidemiológico em grupos envolvidos em Ações Coletivas em Saúde Bucal;
- avaliação das Ações Coletivas em Saúde Bucal;
- medidas de adequação e eficiência, em termos de produtividade:

4.3.2 - Saúde da Criança e Adolescente

[...] O espaço da primeira infância pode não transpor os limites da casa materna, do quintal, de um pedaço de rua, de bairro. Seu espaço nos parece enorme, cheio de possibilidades de aventura. A janela que dá para um estreito canteiro abre-se para um jardim de sonho, o vão embaixo da escada é uma caverna para os dias de chuva [...]

Simone Weil

Em visitas aos serviços de saúde no Município de Cajuru, pode-se constatar através de observações e entrevistas com médicos pediatras, visitadoras sanitárias e usuários, que o atendimento à saúde da criança, é realizado nos PAS e no CSII com centralização nas consultas médicas.

Durante as entrevistas constatou-se que os profissionais da saúde, responsáveis pelo acompanhamento da população infantil, fazem referências ao passado como um período onde as ações ocorriam de forma mais abrangente e eficiente, por serem mais integradas.

Existiam as ações programáticas com os atendimentos integrados do médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e visitadoras sanitárias. Os acompanhamentos eram padronizados com ficha de controle do crescimento e desenvolvimento, onde as ações eram organizadas para faixa etária de - à 2 anos, da seguinte maneira:

- atendimento médico com consultas mensais e atendimento da enfermeira com orientações mensais relativas aos cuidados com o recém nascido e aleitamento materno, na faixa etária de 0 à 6 meses.
- atendimento médico com consultas mensais e atendimento da enfermeira com orientações mensais, relativas aos cuidados com a criança, na faixa etária de 6 à 12 meses.
- atendimento médico com consultas trimestrais, revezando com o atendimento da enfermeira na faixa etária de 12 à 24 meses.
- atendimento da auxiliar de enfermagem antes da consulta médica, com a função de medir, pesar a criança, e quando necessário medir sua temperatura.

As crianças com sinais de diarreia, vômitos e desidratação, a auxiliar de enfermagem junto com a enfermeira introduzia-a na Terapia de Reidratação Oral (TRO), até que a mesma passasse pela consulta médica no mesmo dia.

A criança em situação de risco para o seu crescimento e desenvolvimento, portanto, necessitando de um maior acompanhamento, tinha seu retorno menos espaçado e agendado conforme a determinação do profissional de saúde.

Dentro dessa organização, quando se fazia necessário em casos como: crianças diarreicas, em atraso no exame do pezinho e vacinação BCG, bebês de baixo peso, desnutrição e o não comparecimento da criança em risco às consultas, requisitava-se a intervenção das visitadoras sanitárias.

Em suas intervenções, através de visitas domiciliares, buscavam criar condições para que a família se conscientizasse da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a sua continuidade.

As ações das duas visitadoras sanitárias eram centralizadas no CSII, onde eram divididas as tarefas com o objetivo de obter-se um melhor resultado.

Encerrado o período de 0 à 2 anos, acompanhado de forma sistemática e padronizada, a criança só receberia alta do programa se não estivesse em situação de risco para o seu crescimento e desenvolvimento.

A partir desse momento a mãe traria a criança para retornos anuais ou consultas, caso necessário.

Também neste passado era realizado Grupo de Gestantes com reuniões mensais, numa ação integrada do médico ginecologista-obstetra, pediatras e enfermeira, onde abordavam os cuidados com o recém nascido e aleitamento materno além de gravidez e parto.

No parecer de alguns profissionais de saúde, após o processo de municipalização, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, eixo principal no processo de obtenção periódica e padronizada de informações nas ações de assistência integrada, não está sendo observado. O trabalho da forma que vinha sendo oferecido a esta população deixou de existir.

As ações dirigidas às crianças, centralizadas na figura do pediatra, ocorrem no imediatismo do que é apresentado durante a consulta, configurando um pronto atendimento.

Na tentativa de uma padronização e até mesmo buscando um entendimento entre os médicos pediatras, ficou decidido que as crianças na faixa etária de 0 à 6 meses passariam por consultas mensais.

Antes da consulta com o pediatra as crianças são pesadas e medidas pela auxiliar de enfermagem, com a finalidade de subsidiar a indicação da medicação e autorização do recebimento do leite fluído.

Em Cajuru o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não é usado diretamente como metodologia para a organização de ações integradas à criança, portanto não há registro e interpretação das informações relativas ao desenvolvimento da criança.

Após a municipalização, as fichas utilizadas para o controle do crescimento e desenvolvimento, deixaram de ser adquiridas pela prefeitura, que alega falta de recursos. Antes da municipalização o fornecimento das fichas de controle era efetivado pelo Estado.

O CS II conta hoje com apenas uma visitadora sanitária, que além das visitas domiciliares às crianças, é responsável por outras tarefas como a pré-consulta de ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, tuberculose, hanseníase e diabetes, acarretando com este acúmulo, comprometimento na qualidade e desempenho de seu trabalho.

Por não haver o profissional de enfermagem tanto o grupo de gestante quanto as orientações individuais para as mães, deixaram de existir da forma como estava organizada. Hoje todas as orientações são dadas de forma pontuais durante a consulta médica.

Aleitamento Materno

[...] Devemos considerar o processo de aleitamento infantil também um trabalho, socialmente necessário e útil, de responsabilidade coletiva [...]

Joaquim A.C. Mota

Em Cajuru não há mais grupos educativos de incentivo ao aleitamento materno em nenhum dos serviços de saúde.

As orientações são dadas de forma pontuais na dependência da disponibilidade do profissional.

Durante a estadia hospitalar, por ocasião do parto, também ocorre orientação pontual dos profissionais, médico e auxiliares de enfermagem.

Imunização

[...] Todas as pessoas têm algumas necessidades fundamentais que precisam ser atendidas para que elas possam sobreviver e para que mantenham sua dignidade [...]

Dalmo Dallari

A vacinação BCG é feita, de forma centralizada, no CSII. As outras vacinas são realizadas nos PAS (Ver Vigilância Epidemiológica).

O funcionamento da sala de vacina realiza controle dos faltosos, que são convocados por aerograma.

Segundo entrevistas há problemas de funcionários capacitados na área, tanto em quantidade como em interesse por desempenhar esta função, principalmente na aplicação do B.C.G.

Todos os recém nascidos são aguardados para a aplicação da B.C.G. A Santa Casa emite uma listagem com nome e endereço da mãe para que o CSII, tome as medidas quanto ao prazo de imunização, saindo em busca da criança através da visitadora sanitária, enviando aerograma e afixando os dados da criança e da mãe em seus PAS, convocando a mesma.

Desnutrição e Diarréia

[...] Há crianças que nascem muito ricas, com muitos direitos, tendo garantida a possibilidade de desenvolvimento material, intelectual e espiritual, enquanto outras nascem muito pobres, praticamente sem direitos, pois nem mesmo o direito à vida é plenamente assegurado aos mais pobres [...]

Dalmo Dallari

As diarréias e a desnutrição são referidas nas entrevistas, como um problema de saúde importante no Município de Cajuru. Apesar disso, não foi encontrado nenhum levantamento sobre sua prevalência na população geral.

A presença de episódios diarreicos como também a diarreia crônica ocasionadas por parasitas são frequentes e persistentes, principalmente em crianças residentes em áreas periféricas.

Em relação, as ações implantadas para o enfrentamento desses problema, foram citadas o programa de suplementação alimentar, a TRO (Terapia de Reidratação Oral), a intervenção medicamentosa e quando necessário a internação hospitalar.

Durante visita a Santa Casa observou-se que os 10 leitos pediátricos estavam ocupados por crianças diarreicas e/ou desnutridas.

As crianças desnutridas que necessitam de estimulação no seu desenvolvimento são atendidas na área ambulatorial da APAE. Nos casos em que os pais, por algum motivo não podem cuidar da criança, ela é encaminhada para frequentar período integral nesta instituição.

Programa de Distribuição do Leite Fluído

“A criança e o adolescente tem direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Cap. I, artigo 7º, Estatuto da Criança e do Adolescente).

O programa de distribuição do leite fluído é dirigido às crianças até 2 anos de idade a partir de 6 meses. O critério de distribuição mais utilizado é o social e depois o biológico.

O critério biológico é preponderante quando o crescimento da criança encontra-se em situação de risco, respeitando o limite até 2 anos de idade.

As crianças são elegidas pelos pediatras que sentem a urgência da sua inscrição no programa.

Cada serviço de saúde faz o encaminhamento e distribuição da carteira do leite. A distribuição é feita em lugares próximos (ginásio de esportes) dos serviços de saúde.

Segundo depoimentos, a operacionalização e a cobertura tornou-se deficitária, devido a diminuição da cota do leite.

Saúde do Adolescente

“A criança e o adolescente tem direito à liberdade, ao respeito e a dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. (Estatuto da Criança e do Adolescente; Cap. II, Art. 15)

Em Cajuru não existe profissionais de saúde especializados no atendimento à problemática da população nesta faixa etária.

Os adolescentes são atendidos nos serviços de saúde pelo clínico geral ou pelo ginecologista-obstetra.

Considerações à Saúde da Criança

Falar das necessidades para uma criança se desenvolver e crescer, não é apenas falar das doenças a que elas estão expostas e sim o que proporcionamos para que dentro de uma atenção global, seu desenvolvimento e crescimento seja harmônico e integral.

A conjuntura definida para a sociedade brasileira é a medicalização, pois a saúde está sempre associada a erradicação da doença.

Dizer não à doença, implica sua afirmação constante nas políticas de saúde implementadas pelo Estado Nacional.

O programa de atenção integral à criança tem como objetivo a universalização do atendimento médico, sendo seu direcionamento estimulado pela importância numérica do grupo de maior risco.

Restringir a Ciência Puericultura à simples técnica de pesar, medir e orientação sobre vacinação e alimentação é também reduzir o mundo da infância. O universo de atenção à saúde da criança não é apenas o diagnóstico e a medicalização que motiva a consulta, mas é a obtenção de informações que permitam conhecer profundamente de que maneira a criança está crescendo e desenvolvendo; detectando os riscos, impedimentos e falhas que abalam tanto o universo da criança quanto o da atenção.

A busca e a descoberta destas informações servem de perguntas e respostas para o planejamento de ações que coíbam todos os fatores de riscos, que envolvem e limitam o desenvolvimento destes universos.

A atenção a saúde da criança tem o papel importante de tornar acessível à população uma série de atividades no seu sentido mais amplo

(Preventivo, Educativo e Curativo), devendo ser desenvolvidas de acordo com a realidade de cada população, em resposta a miséria e suas consequências.

A reversão do perfil de saúde da população infantil brasileira dependerá intrinsecamente ao acesso às condições fundamentais de vida, fonte geradora e mantenedora da saúde ou da doença.

Ativar esta fonte no seu papel positivo é firmar a presença do estado de saúde físico, mental e emocional nas políticas de uma nação.

Para isso, as condições básicas de vida, tais como: alimentação e moradia adequada; ambiente e recursos saneados; atenção integral à saúde e à educação devem ser uma meta a ser perseguida e suas estratégias dirigidas a esta conquista, por todas as instituições públicas e privadas, dentro do desenvolvimento global de uma cidade e país.

Ater-se somente a este discurso para justificar o perfil da saúde, resultaria na omissão da responsabilidade do setor saúde frente a precariedade da vida.

É preciso ter clareza da influência das condições ambientais na saúde da população, pois de pouco valerá a destinação de enormes recursos sem condições satisfatória de vida, fator preponderante para o pleno crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Deve ser levado em conta, que a história da criança e de uma população, como todo processo humano, não é construído linearmente e uniformemente. Caracteriza-se pela diversidade e pelo contexto em que cada ser e seu agrupado está inserido na vida econômica, social, cultural e política da população.

Associar a morbimortalidade, miséria e pobreza a ausência de hábitos higiênicos e alimentares adequados é reduzir o social a questões individuais.

Infelizmente dentro deste quadro caótico e velado da população infantil brasileira, Cajuru também está presente com suas matizes.

Os pontos problemáticos encontrados em relação a saúde da criança e os serviços de saúde são a presença pertinente das doenças infecto-parasitárias, diarreias e desnutrição e a ausência de um sistema de coleta de informações e controle da morbidade, da vigilância do perfil nutricional, e uma desorganização na distribuição de profissionais de saúde e suas funções pelos equipamentos, marcado muitas vezes pela ausência de profissionais importantes (enfermeiro, nutricionista).

A informalidade tanto na coleta como nos dados sobre a morbidade infantil, muitas vezes afirma a caracterização da consulta em um pronto atendimento, refletindo uma perda de dados importantes, referentes a riqueza ou a precariedade do crescimento e desenvolvimento e os multifatores de risco que esta população está exposta.

Isto resulta uma dificuldade no processo de análise da morbimortalidade e sua estrutura, não apenas conjectural, conseqüentemente inviabilizando um planejamento de ações prioritárias pelo Município e seus Órgãos gestores em resposta aos agravos mais frequentes e de maior peso na saúde das crianças.

As doenças diarreicas, infecto parasitárias e a desnutrição, segundo entrevistas e observações, estão presentes em alta concentração nas populações periféricas, definida por um caráter crônico e definitivo pelos

profissionais da saúde, preocupados e desmotivados com a persistência crônica destas patologias e a dúvida sobre qual ação tomar além da medicalização.

A centralização do atendimento na figura do médico pediatra, a não presença de outros profissionais da saúde, reflete a falta da importância e necessidade de uma equipe multiprofissional, atividades educativas grupais, não existindo a criação de um espaço para informação, sensibilização e conscientização de uma faixa da população que já é desprovida de informações, devido a sua precária condição de vida e grau de escolaridade.

Vale ressaltar que a detecção dos fatores de risco a que estão expostos, responde a necessidade de observação, medição e decisão de medidas que se não de adotar, aumentando a vigilância nutricional e perfil de saúde, a participação e a eficácia dos profissionais de saúde em todos os níveis.

A estratégia de intervenção deve ser estabelecida em funções das necessidades claramente definidas e tendo em conta os problemas característicos de cada bairro (região) não perdendo de vista a universalidade das ações.

Baseando-se nas características desta população localizada e a disponibilidade de recursos (tantos os existentes quanto os gerados) o Município estaria decidindo de forma racional as ações que devem ser adotadas em cada nível e as tarefas de cada membro da equipe de saúde.

Sabendo que o Município de Cajuru não utiliza o critério de regionalização, parece pertinente uma reflexão sobre esta decisão, pois uma criança que é matriculada nos PAS e CS II simultaneamente, dificultaria

e até mesmo inviabilizaria o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, como também uma coleta de dados sistemáticos, reforçando a caracterização do atendimento em um pronto atendimento.

Cabe ressaltar que a consonância entre secretarias (Saúde; Educação; Cultura; Lazer e Esporte; Administração) é de capital importância para se controlar e eliminar doenças que constroem a população infantil.

Culpabilizar indivíduos ou um grupo por se encontrarem nesta situação de saúde não é menos que perverso. Culpabilizar gestores anteriores não parece ser resolutivo e nem pouco reverte a situação desta população. Culpabilizar as gestões a nível estadual e nacional parece causar imobilizações e conformismo em todos os níveis em relação a situação resultando na afirmação da situação de vida indigna desta população.

Refletir saídas, estratégias e o uso racional de tecnologia com a participação de toda sociedade para gerir intervenções positivas, nunca deixará de ser sensato e justo.

4.3.3 - Saúde da Mulher

Nas observações e entrevistas com médicos ginecologistas e obstetras, visitadoras sanitárias, funcionários dos serviços e usuários, constatou-se que o atendimento à saúde da mulher é realizado em serviços de ginecologia geral-obstetra, centralizado nas consultas médicas.

Segundo esses relatos, todas as gestantes têm prioridade no atendimento, mesmo quando seu retorno não estiver agendado.

Os PAS oferecem atendimento na área de Ginecologia Geral e Obstetria, abrangendo as ações de pré-natal, consulta ginecológica e prevenção de C.A.

Além dos atendimentos existentes nos PAS, o CSII oferece exames de colposcopia, ultrassom e monitorização fetal.

Todas as ações anteriormente descritas são realizadas pelos profissionais médicos.

Os médicos moradores da cidade são os únicos que realizam os partos na Santa Casa, tendo a preferência das gestantes durante o pré-natal, o que acarreta um acúmulo em suas agendas, mas não caracteriza demanda reprimida.

Acompanhamento do Pré-Natal, Puerpério e Parto

O pré-natal é totalmente centrado na consulta médica, contando com o trabalho de auxiliares de enfermagem para obtenção do peso e agendamento de consultas.

As consultas durante o 1º e 2º trimestre são mensais e no 3º trimestre bimensais.

As gestantes sistematicamente fazem dois ultrassons durante o pré-natal (início e fim) e na necessidade deste exame em outros momentos sentida pelo médico, existe a viabilidade do mesmo.

As adolescentes grávidas menores de 16 anos recebem um atendimento diferenciado. O espaço entre as suas consultas é menor do que o habitual, ficando a cargo do médico responsável.

Não existe grupo de ação educativa durante o pré-natal como já descrito na Saúde da Criança, onde as orientações dependem da disponibilidade exclusiva do médico.

A vacinação anti-tetânica é realizada sistematicamente durante a gestação.

No Município de Cajuru só é realizado o pré-natal de baixo risco, todas as gestantes de alto risco são encaminhadas para os serviços do Hospital das Clínicas em Ribeirão Preto, pois o município não dispõe de UTI. Berçário caso o recém-nascido necessite.

As gestantes de alto risco, com parto realizado em Ribeirão Preto, tem seguimento no mesmo hospital. Os outros partos são realizados na Santa Casa, não existindo problemas de demanda reprimida.

Não há ações de suplementação alimentar para as gestantes.

Planejamento Familiar

Segundo entrevistas, as ações de planejamento familiar, também são centradas nas consultas médicas.

Por iniciativa de um profissional médico são realizadas reuniões mensais, que após a participação na mesma, as usuárias estão autorizadas para o recebimento de preservativos.

Essas reuniões não agendadas ocorrem aleatoriamente, quando há sobras de horário. Não há adesão de outros profissionais e a participação das usuárias é baixa.

O que se tenta abordar nessas reuniões são os métodos anticoncepcionais, porém, a maioria deles não são oferecidos pelo sistema nem mesmo para demonstração durante as discussões.

Havendo o interesse por parte da usuária pelo método DIU, a mesma terá que adquiri-lo, e os profissionais médicos se dispõem em colocá-los e orientá-los.

Como a prefeitura está qualificada para o fornecimento de anticoncepcionais orais, é o único método disponível para a distribuição.

Prevenção do Câncer Ginecológico

As ações dirigidas na prevenção do CA, abrangem em coleta do papanicolau e colposcopia. Dependendo da classificação no resultado do papanicolau, o laboratório aciona a visitadora sanitária do CSII e a mesma sai em busca da usuária, levando a antecipação do dia de seu retorno no serviço de saúde. Nesta visita é orientada a importância deste retorno para que se concretize uma intervenção precoce.

No retorno médico se faz a complementação do diagnóstico indicando a colposcopia, caso necessário.

Os procedimentos cirúrgicos em casos de CA no 1º estágio, fibromas não cancerígenos, cistos mamários e ginecológicos e as perincoplastia e histerectomia são realizados na Santa Casa em 100% das indicações.

Quando há necessidade do procedimento de radioterapia e quimioterapia, as usuárias são encaminhadas formalmente para os serviços do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e Barretos (radioterapia).

Não existe ações visando orientação para o auto-exame de mamas.

Considerações à Saúde da Mulher

A análise das ações programáticas da saúde da mulher mostraram que persiste uma organização centrada na figura do médico, porém vai além da atenção tradicional (atenção à gestação, parto e puerpério).

As problemáticas na atenção à mulher estão na ausência das ações educativas e atividades grupais para gestante e planejamento familiar.

O componente educativo grupal é um instrumento importante, pois permite a criação de um espaço onde a mulher trocava experiências, reflexões sobre dúvidas, angústias, ansiedades e até mesmo informações, que por algum motivo desconhece, sobre seu corpo, funcionamento, sexualidade, e questões sobre seu universo.

O papel desta atividade não é apenas um atestado para permitir a obtenção de preservativos, e sim à oportunidade do conhecimento de seu universo sair do espaço do desconhecimento.

Outro problema importante é a descontinuidade no fornecimento de anticoncepcionais chegando a situação de ausência dos mesmos.

Ações específicas relacionadas a atenção do climatério também não foram observadas. Levando em consideração que as mulheres de 50 e mais

representam uma parcela da população de Cajuru, sugere-se que tais ações poderiam ser planejadas e implantadas.

4.4 - SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE

4.4.1 - Abastecimento de Água

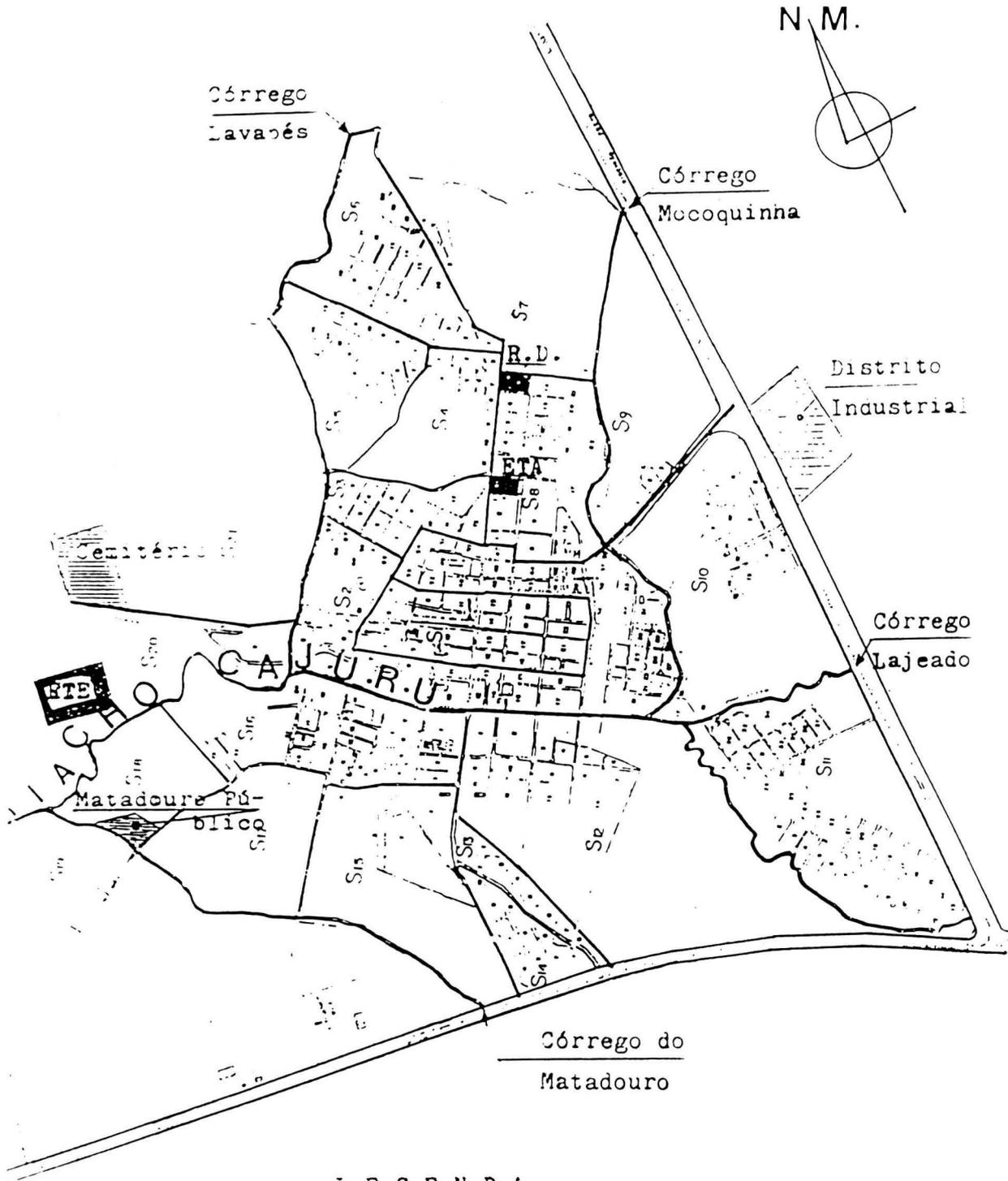
Atualmente o município de Cajuru possui sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário na sede municipal e na Vila Santa Cruz da Esperança - sede de seu único distrito.

Em outubro de 1976, ocasião em que a SABESP - Companhia de Saneamento Básico de São Paulo, recebeu da Prefeitura local o SAAE - Serviço Autônomo de Água e Esgoto, os sistemas em tela da sede municipal apresentavam as seguintes características:

- através de 1.861 ligações distribuídas em 22.082m de rede de água eram atendidos em regime intermitente - apenas 4 horas de água por dia - cerca de 87% dos prédios que então constituíam a cidade de Cajuru. Não obstante à época o SAAE já dispusesse da ETA - Estação de Tratamento de Água, hoje em operação, a água fornecida não atendia aos padrões de potabilidade estabelecidos.
- o esgotamento sanitário - cuja cobertura montava 54% - era composto por 1.163 ligações dispostas em 18.050m de extensão de rede de esgoto. Todo o efluente coletado era lançado, sem nenhum tratamento prévio, no riacho Cajuru que corta a cidade (figura 14).

Em decorrência desse precário quadro sanitário, ocorriam 67 mortes por 1.000 crianças de zero a 7 anos de idade, em virtude de doenças de veiculação hídrica (levantamento histórico).

Figura 14 - Planta da Cidade de Cajuru



LEGENDA

- ETA - Estação de Tratamento de Água
- ETE - Estação de Tratamento de Esgoto
- R.D.- Reservatórios de Distribuição.

São Paulo/S.P. - 01/12/1.995.

Escala - 1 : 22.000

Fonte: Cadastramento Municipal

4.4.1.1 - Cidade de Cajuru

O número de residentes e empresas instaladas na cidade de Cajuru, que dispõe de fonte própria de água, comparado com o número de ligações que hoje compõem o sistema a seguir descrito é irrelevante.

Manancial/Captação

A captação do sistema em foco é através de uma barragem de elevação de nível - cujo volume máximo reservado é inferior a 50.000m³ - que represa o córrego Ribeirão Vermelho de vazão mínima igual a 128 l/s.

A montante da barragem, em praticamente toda a bacia hidrográfica do citado córrego, ocorre cultivo de cana de açúcar e, por via de consequência, alguns parâmetros da qualidade da água da represa são naturalmente alterados com a sazonalidade pluviométrica da área. Além da cor e da turbidez, manifestamente altas, com as enxurradas aumenta, não só a carga dos defensivos agrícolas e dos adubos empregados no cultivo, como também o aporte de solo erodido, descarregados na represa, hoje bastante assoreada. Represa essa que carece da proteção que deve ser dispensada aos mananciais de abastecimento público. Haja vista que além do discreto acesso - boa parte em estrada carroçável no domínio de propriedades privadas, o que em termos dificulta a visita de curiosos - só conta mais com uma vulnerável cerca de arame farpado e estacas de madeira, em média 50m do contorno de sua bacia hidráulica, que delimita o término da área cultivada que a circunda (figura 15).

Figura 15 - Manancial/Captação da Cidade de Cajuru. SP, novembro 1995



Adutora de Água Bruta

São aduzidos $180\text{m}^3/\text{h}$ através de uma adutora de 7.152m de extensão, assim composta:

- da barragem à caixa de areia = 800m em tubo fibrocimento de 300mm;
- da caixa de areia à ETA = 6.352m em tubos de ferro de 250 e 200mm e fibrocimento de 200mm (figura 16).

Um desnível geométrico de 48m, entre a barragem e a ETA permite seja a adução por gravidade.

4.4.1.1 - Cidade de Cajuru

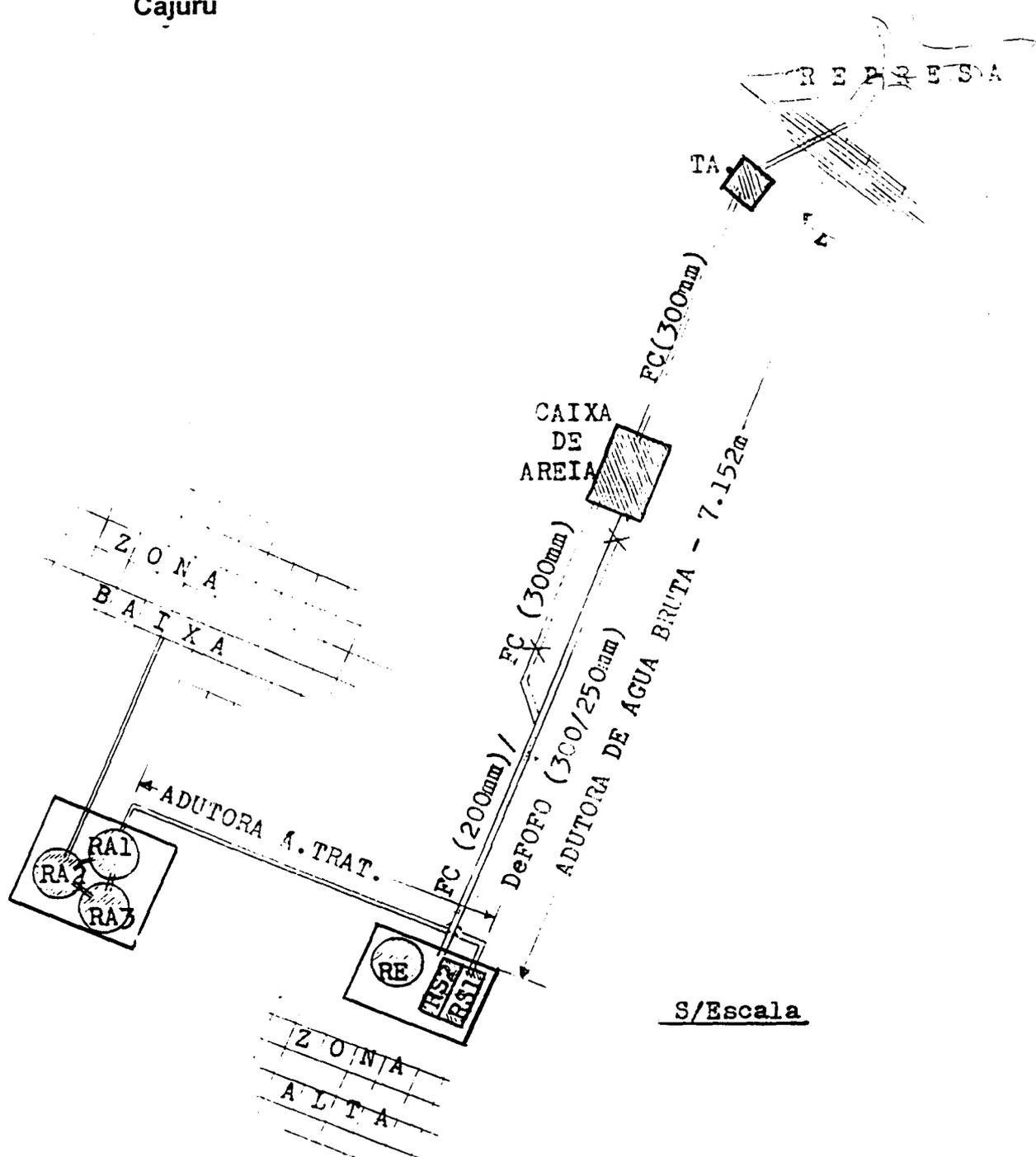
O número de residentes e empresas instaladas na cidade de Cajuru, que dispõe de fonte própria de água, comparado com o número de ligações que hoje compõem o sistema a seguir descrito é irrelevante.

Manancial/Captação

A captação do sistema em foco é através de uma barragem de elevação de nível - cujo volume máximo reservado é inferior a 50.000m³ - que represa o córrego Ribeirão Vermelho de vazão mínima igual a 128 l/s.

A montante da barragem, em praticamente toda a bacia hidrográfica do citado córrego, ocorre cultivo de cana de açúcar e, por via de consequência, alguns parâmetros da qualidade da água da represa são naturalmente alterados com a sazonalidade pluviométrica da área. Além da cor e da turbidez, manifestamente altas, com as enxurradas aumenta, não só a carga dos defensivos agrícolas e dos adubos empregados no cultivo, como também o aporte de solo erodido, descarregados na represa, hoje bastante assoreada. Represa essa que carece da proteção que deve ser dispensada aos mananciais de abastecimento público. Haja vista que além do discreto acesso - boa parte em estrada carroçável no domínio de propriedades privadas, o que em termos dificulta a visita de curiosos - só conta mais com uma vulnerável cerca de arame farpado e estacas de madeira, em média 50m do contorno de sua bacia hidráulica, que delimita o término da área cultivada que a circunda (figura 15).

Figura 16 - Esquema do Sistema de Abastecimento de Água da Cidade de
Cajuru



LEGENDA

ETA	- Estação de Tratamento de Água
FC	- Tubo fibrocimento
RA1; RA2; RA3	- Reservatórios Apoiados (distribuição)
RE	- Reservatório Elevado (distribuição)
RS1; RS2	- Reservatórios Semi-enterrados (acumulação)
TA	- Tomada d'Água

São Paulo/SP, 01/12/1995

Tratamento/Controle

O volume aduzido é macromedido na entrada da ETA - situada em zona urbana da cidade de Cajuru - para em seguida ser submetido ao tratamento convencional descrito a seguir (figuras 17 e 18):

- pré-correção de pH (com cal hidratada);
- pré-coloração (c/ cloro gás);
- coagulação (com sulfato de alumínio);
- floculação;
- decantação;
- fluoretação (com ácido fluorsilícico);
- filtração (através de filtros de pressão de areia e antracito);
- pós-correção de pH (com cal hidratada); e,
- pós-cloração (com cloro gás).

Figura 17 - Floculadores/Decantadores/Reserv. de Água Tratada



Figura 18 - Macromedidor/Filtros/Decantador



No último mês de outubro foram tratados e distribuídos 115.700m³. Para tanto foram consumidas as seguintes quantidades (em kg) de produtos químicos:

- cal hidratada	=	1.700
- sulfato de alumínio	=	2.170
- cloro gás	=	475
- ácido fluorsilícico	=	415

A fluoretação, que foi implantada há cerca de 7 anos, deve-se ao fato de a água "in natura" conter apenas traços de flúor.

O sistema de dosagem deste, a exemplo dos processos de cloração e correção de pH, é através de dosador de nível constante.

A vazão nominal da ETA (Q.ETA) é igual a 4.320m³/dia e as áreas do decantador (A.DEC.) e dos filtros (A.FILT.) são, respectivamente: 312,50m² e 17,82m².

$$\text{TAXA DE APLICAÇÃO SUPERFICIAL DO DECANTADOR} = \frac{\text{Q.ETA}}{\text{A.DEC.}}$$

$$= \frac{4.320}{312,50} = 13,82\text{m}^3/\text{m}^2.\text{dia}$$

Para o caso específico - clarificação de águas coloidais - a faixa recomendada é de 15 a 45m³/m².dia. Considerando que o valor calculado está próximo do limite inferior, o decantador satisfaz.

$$\text{TAXA DE APLICAÇÃO SUPERFICIAL DOS FILTROS} = \frac{\text{Q.ETA}}{\text{A.FILT.}}$$

$$= \frac{4.320}{17,82} = 242,42\text{m}^3/\text{m}^2.\text{dia}$$

O valor calculado está compreendido na faixa recomendada para filtros de gravidade de camada dupla, que é de 240 a 480m³/m².dia.

O controle da qualidade é feito pelo laboratório da ETA - que monitora, via análises repetidas a cada duas horas - os parâmetros cor, turbidez, pH, cloro residual livre e flúor e pela Superintendência Regional de Franca da SABESP (DF), que três vezes por semana em média, faz análises bacteriológicas e exames físico-químicos, inclusive de pesticidas e trihalometanos, em águas coletadas em 10 diferentes pontos da distribuição.

Com vistas a maior controle das águas que fornece, a SABESP estabeleceu o IPQ - Índice de Performance da Qualidade das Águas (quadro 9), o qual consiste em uma média ponderada das probabilidades de atendimento às suas metas, com base em peso por parâmetros, conforme segue:

turbidez	=	20%
cloro residual livre ..	=	25%
fluoreto	=	15%
pH	=	10%
coliformes totais	=	30%

Quadro 9 - IPQ do Sistema de Cajuru em 1994/1995

MESES/ANO	OUT/94	DEZ/94	FEV/95	ABR/95	JUN/95	AGO/95
IPQ	96,02	93,16	93,02	90,03	94,88	97,60
turbidez	81,33	68,08	70,54	55,96	78,23	90,99
cloro	99,91	99,60	98,40	98,34	97,70	97,65
fluoreto	99,92	99,20	96,47	95,14	98,75	99,91
pH	100,00	97,61	98,46	99,74	100,00	100,00
Coliformes	99,29	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SABESP

A CETESB - Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental e outras entidades de saúde pública eventualmente fazem inspeção ao sistema e análises de sua água, como é o caso do Instituto Adolfo Lutz. (anexos 29 a 34).

Reservação

A capacidade atual de reservação do sistema de abastecimento de água da cidade de Cajuru é de 2.975m³.

Cerca de 50% desse volume corresponde a dois reservatórios de planta retangular, semi-enterrados (caracterizados na figura 12 por RS.1 e RS.2) e um cilíndrico elevado (RE), cuja capacidade é de 250m³, situados na área onde está encravada a ETA.

Os 1.500m³ restantes da reservação são constituídos por três reservatórios cilíndricos apoiados (RA.1, RA.2 e RA.3) - edificadas na área do escritório da SABESP - em cota mais baixa.

A alimentação do RE é por meio de bombeamento e dos reservatórios apoiados, por gravidade - através de 800m de adutora, a partir dos reservatórios semi-enterrados.

Distribuição

Hoje o sistema em relevo é composto por 4.925 ligações - correspondentes a 5.152 economias (mais de um prédio atendido por uma única ligação) - e cobre 100% das edificações urbanas, distribuídas conforme o Quadro 10, a seguir.

Quadro 10- Situação Operacional do Sistema de Abastecimento de Água da Cidade de Cajuru em Out./95

Tipo do Usuário	Nº Total de Ligações	Nº de Ligações c/Hidrômetros	Nº de Economias
Residencial	4.407	4.407	4.574
Com., Públ. e Outras	503	503	563
Industriais	15	15	15
TOTAIS	4.925	4.925	5.152

Fonte: SABESP

Conforme demonstra o quadro 10 100% das ligações são medidas.

A macromedição do mês de outubro do corrente ano detectou 25,13% de perdas.

A extensão total da rede soma aproximadamente 39.000m.

Cerca de 20% das ligações estão situadas na parte alta da cidade e são alimentadas pelo reservatório elevado e, os 80% restantes da cidade - topograficamente mais baixos - são abastecidos pelos reservatórios apoiados.

É oportuno frisar que nas partes mais altas dos bairros periféricos, devido à falta de carga na rede, nas horas de maior consumo o abastecimento se revela precário.

Com vistas a sanar tal deficiência encontram-se em andamento as providências a seguir listadas:

- a obra do anel de reforço da zona alta do bairro Cidade Jardim; e,
- a elaboração do projeto executivo das obras de ampliação e melhoria da captação, estação elevatória e respectiva adutora de água bruta, reservatório e ampliação da ETA.

Encontra-se concluído o projeto executivo dos sistemas de água e esgoto do Conjunto Habitacional Jardim Boqueirão com 80 unidades habitacionais.

Além do que, há reivindicação da Prefeitura Municipal de Cajuru para reforço de abastecimento de água nos bairros Santo Antônio, Cruzeiro e Vila Rica e nas ruas Barão Ribeiro Barbosa Costa, bem como implantação de água na rua Cristo Rei.

Quadro 11 - Faixa de Consumo Residencial em Agosto/95

Faixa de Consumo (m³/lig.mês)	Nº de Economias	% na Faixa	Consumo Médio (m³)	Conta Média (R\$)
0 - 10	1.897	36,82	5	5,55
11 - 20	2.153	41,79	15	10,15
21 - 30	798	15,49	25	23,30
31 - 40	221	4,29	34	38,69
41 - 50	51	0,99	45	57,50
> 50	32	0,62	73	126,31
Totais	5.152	100,00	-	-

Fonte: SABESP

A conta antes explicitada em forma de consumo médio corresponde às ligações de água (100%) e esgoto (80%).

Para tocar os sistemas de água e de esgoto, a SABESP de Cajuru conta no momento com um reduzido quadro pessoal de 26 funcionários, os quais comprometem 64% da arrecadação total. A defasagem salarial que hoje grassa na companhia redundou, nos últimos meses, na demissão, a pedido, de nove funcionários.

Tendo em vista o exposto, o ideal seria - com a maior celeridade possível - concluir e executar o projeto de ampliação e melhorias do sistema em elaboração.

Todavia enquanto isto não é possível, seria de boa técnica adotar, de imediato, as seguintes providências:

- melhorar a segurança física da represa e protegê-la do crescimento de algas e plantas sub-aquáticas, melhorando as condições sanitárias de seu entorno;

- substituir as tubulações de fibrocimento por tubos de material não incompatível com a saúde humana;
- substituir o atual dosador de cal (tipo solução saturada) operacionalmente complicado, por dosador rotativo de canecas - mais prático e eficiente;
- substituir as pranchas do flocculador - em avançado estado de decomposição - por novas pranchas de madeira ou por um flocculador mecânico;
- construir calha vertedora na saída do decantador e dispositivo que facilite a coleta do lodo decantado;
- mudar o local de aplicação do flúor (entrada dos filtros) para após a desinfecção;
- investigar se a luz que penetra nos reservatórios de água tratada através da tela que os cobre, está favorecendo o desenvolvimento de algas. Caso positivo é de boa prática adotar uma tampa que possa protegê-los da luz;
- com vistas à segurança deve ser aumentado o espaço físico da sala dos dosadores e que os cilindros de cloro sejam armazenados em outro ambiente;
- através de booster ou reservatório (setorização da rede de distribuição), incrementar a carga hidráulica nos pontos mais altos e, portanto de abastecimento precário; e,
- promover campanha educativa para que os usuários lavem e desinfetem seus reservatórios domiciliares.

4.4.1.2 - Sede do Distrito de Santa Cruz da Esperança

À época em que a SABESP encampou o SAAE de Cajuru a sede do distrito de Santa Cruz da Esperança já contava com um pequeno sistema de abastecimento de águas, cujas principais características eram as seguintes:

- 110 ligações prediais;
- 1.700m de rede de distribuição;
- 1.040m de adutora de água bruta (em PVC de 85mm), ligada a um sistema de captação de surgências (minas) através de drenos, que por gravidade supria a fonte principal de captação. No caso um poço tubular - aqui denominado PT.1 - com profundidade da ordem de 140m, diâmetro de 150mm e vazão de 10m³/h.

Manancial/Captação

O manancial atual do sistema em descrição continua sendo subterrâneo e a captação é através de um novo poço tubular (PT.2), construído em 1986 para substituir o PT.1 - desativado em virtude de sua inviável produção e hoje adequadamente tamponado para salvaguardar o aquífero de contaminação.

As principais características hidráulicas/construtivas levantadas do PT.2 são:

- profundidade aproximada 200m;
- diâmetro interno 150mm;
- revestimento tubo de aço;
- nível estático < 10m;
- nível dinâmico > 100m; e,

- vazão aproximada $18\text{m}^3/\text{h}$.

Encravado em área onde estão concentrados a casa de bombas, o depósito de materiais e produtos químicos, o sistema de tratamento e o reservatório de água tratada; o PT.2 está convenientemente isolado, por muro, da rua, de residência e terrenos vizinhos.

Uma sapata de proteção sanitária e um tampão no espaço anular entre seu revestimento e a tubulação edutora do conjunto motobomba submerso que o explora, protege-o de contaminação por águas pluviais superficialmente escoadas e/ou por ações antrópicas diversas.

O sistema alternativo - captação por drenos - continua instalado, contudo em face de sua baixa produção, tendo em vista o porte atual do sistema, raramente é acionado.

Adutora de Água Bruta

A única adutora de água bruta do sistema em pauta é a da captação alternativa, antes referenciada. Posto que o PT.2 - conforme mostram as figuras 19 e 20, encontra-se ao lado do reservatório apoiado de água tratada, para o qual é bombeado.

O volume diário aduzido é de 150m^3 , resultado de 10 horas de bombeamento.

Figura 19 - Captação/Reservação

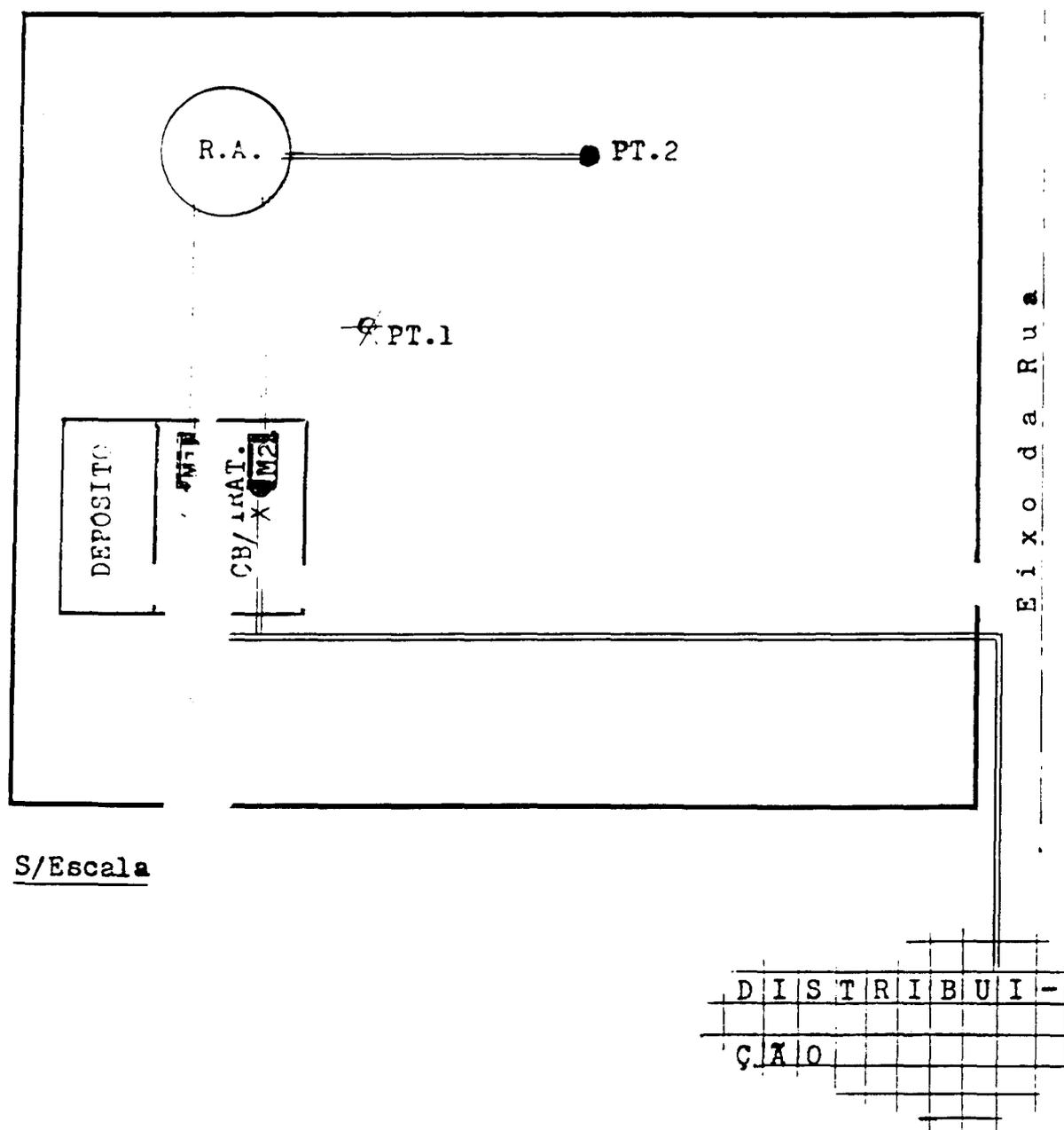


Tratamento/Controle

Em virtude de sua boa condição físico-química - cor = 0,5mg.pt/l, turbidez = 0,2 Unt. e pH entre 8 e 8.4 - a água distribuída pelo sistema de Santa Cruz da Esperança é apenas clorada e fluoretada.

Os produtos químicos utilizados são o hipoclorito de sódio (10 a 14% de cloro) e o ácido fluorsilícico, lançados através de dosador de nível constante.

Figura 20 - Esquema do Sistema de Abastecimento de Água do Distrito de Santa Cruz da Esperança - Cajuru/SP



S/Escala

LEGENDA

- CB/TRAT. - Casa de Bombas/Tratamento (cloração e fluoretação)
M1. e M2. - Motobombas números 1 e 2
R.A. - Reservatório Apoiado
PT.1 - Poço Tubular número 1 (abandonado)
PT.2 - Poço Tubular número 2 (ativado)

São Paulo/SP - 01/12/1995

O cloro residual e a concentração de flúor da água distribuída, obedecem sempre os limites adotados pela SABESP - 0,5 a 1,2mg/l para o cloro e 0,6 a 0,8mg/l para o flúor.

O controle da qualidade, no que se refere aos diferentes aspectos, é feito pela Superintendência Regional de Franca - consoante os padrões da companhia, descritos em 4.4.1.1 - Tratamento/Controle.

Reservação

A reservação do sistema em tela restringe-se ao reservatório apoiado de água tratada, que é de fibra de vidro e tem capacidade para 75m³.

Distribuição

A distribuição está assim composta:

- 393 ligações, sendo 365 residenciais, 19 comerciais, 08 públicas e 01 industrial; as quais cobrem 87% dos prédios urbanos; e,
- 3.891m de rede de distribuição.

A carga na rede é através de bombeamento direto do reservatório de água tratada.

Excetuando-se o fato de não atender a 13% da população, no mais o sistema de abastecimento de água de Santa Cruz da Esperança funciona a contento.

4.4.2 - Esgotamento Sanitário

Conforme foi mencionado em 4.4.1, a concessão dos serviços de coleta, afastamento, tratamento e disposição final dos esgotos do município de Cajuru, pertence à SABESP desde outubro de 1976.

4.4.2.1 - Cidade de Cajuru

No momento o sistema de esgotamento sanitário da Cidade de Cajuru - coletor tipo separador absoluto - atende a 83% das edificações urbanas e está assim constituído:

- 4.202 ligações (3.757 residenciais, 387 comerciais, 43 públicas e 13 industriais), que perfazem um total de 4.276 economias;
- 47.424m de rede coletora;
- 4.795m de interceptores/emissário;
- 600m de linha de recalque; e,
- 01 elevatória.

Hoje os 100% do esgoto coletado são tratados através de um sistema Australiano - uma Lagoa anaeróbia seguida de duas lagoas facultativas fotossintéticas implantado no ano de 1994 (figura 21).

Figura 21 - Lagoas de Tratamento de Esgoto



O corpo receptor do efluente final do tratamento é o riacho Cajuru, em ponto situado a jusante do perímetro urbano. Ver figura 10.

Em geral os imóveis não esgotados pela rede pública possuem fossas sépticas.

Das 15 indústrias que têm ligação de água do sistema da SABESP, 13 lançam seus efluentes na rede de esgoto. Algumas necessitam fazer pré-tratamento, como é o caso da COLABA - Cooperativa de Laticínio e Agropecuária de Batatais. Ver o anexo XVII - Laudo de Análises Físico-Químicas e Bacteriológicas - realizado pela DF. da SABESP em 17.10 do corrente ano, que atestou obediência desse efluente aos padrões pertinentes, exigidos pela Legislação em vigor.

As demais, após tratar, dão outros destinos a seus efluentes - como é o caso da Gold Meat Industrial, há três anos instalada no distrito industrial de Cajuru, onde a rede de esgoto não chega. Empresa esta que emprega 70 funcionários e processa diariamente, em média, 12 toneladas de carne desossada "in natura" e 3 toneladas de charque. Seu efluente líquido - resultante do consumo de 30m³/dia de água proveniente de 2 poços tubulares próprios - após tratamento em 3 lagoas de decantação situadas no local da indústria, é infiltrado no solo.

Merece ser frisado que o sistema em descrição não controla a eficiência de remoção de DBO e coliformes, a algologia e os perfis de oxigênio, pH e temperatura e que não tem caixa de areia - o que provoca assoreamento mais rápido da Lagoa, anaeróbia e conseqüente redução progressiva do tempo de detenção.

Diante deste quadro, resolveu-se calcular, conforme segue, as taxas de aplicação superficial de cada Lagoa, para se ter idéia da eficiência do tratamento.

Com base em populações de censos passados e atual da cidade de Cajuru, projetou-se as estimativas populacionais para os anos 2005; 2015 e 2025. A partir do que determinou-se a carga de DBO e a vazão média de esgoto para os respectivos anos.

Com as áreas e volumes das Lagoas, tiradas da planta do sistema - à qual se teve acesso - e com os dados antes calculados, determinou-se as referenciadas taxas.

Quadro 12- Evolução da Carga de DBO e Vazão Média de Esgoto nos próximos 30 anos.

ANO	POPULAÇÃO		C.DBO (kg/dia)	Q.ESG. (m ³ /dia)
	TOTAL	ATENDIDA		
1995	21.638	17.960	970	2.873
2005	25.276	25.276*	1.365	4.044
2015	28.914	28.914*	1.561	4.626
2025	32.552	32.552*	1.758	5.208

(*) População atendida = população total, conforme pretende a direção da SABESP local.

C.DBO - Carga de DBO (54kg/hab.dia), sem considerar a contribuição industrial.

Q.ESG. - Vazão média de esgoto (160l/hab.dia), sem considerar infiltração.

Lagoa Anaeróbia

Área do Espelho D'Água = 0,429 ha.

Volume = 15.800m³

Quadro 13 - Evolução do Tempo de Detenção Hidráulico e das Taxas de Aplicação Vol. e Sup. nos próximos 30 anos

ANO	C.DBO (kg/dia)	Q.ESG. (m ³ /dia)	T.d.h. (dias)	Tx.Apl.Vol. (kgDBO/m ³ .dia)	Tx.Apl.Sup. (kgDBO/ha.dia)
1995	470	2.873	4,6	0,061	2.259
2005	1.365	4.044	3,9	0,086	3.182
2015	1.561	4.626	3,4	0,099	3.639
2025	1.758	5.208	3,0	0,111	4.097

T.d.h - Tempo de detenção hidráulico.

Tx.Apl.Vol. - Taxa de aplicação Volumétrica de DBO.

Tx.Apl.Sup. - Taxa de aplicação superficial de DBO.

Do exposto no quadro 13, conclui-se que não havendo assoreamento a lagoa anaeróbia apresenta capacidade de atendimento do sistema até o final do plano, pois o tempo de detenção hidráulico no ano 2025 (3 dias) é suficiente,

tendo em vista as elevadas temperaturas da região de Cajuru e as taxas de aplicação superficial e volumétrica de DBO, encontram-se dentro dos limites recomendados para lagoas anaeróbias.

Lagoas Facultativas

- área do Espelho D'Água = 2,7 ha.
- admitindo que 50% da C.DBO foi removida na lagoa anaeróbia.
- temperatura média do mês mais frio do ano (T) = 18°C.

Quadro 14 - Evolução da Taxa de Aplicação Sup. nos próximos 30 anos

ANO	C.DBO (kg/dia)	Tx.Apl.Sup. (kg.DBO/ha.dia)
1995	485	179
2005	682	253
2015	780	289
2025	879	326

TAXA LIMITE DE APLICAÇÃO SUPERFICIAL RECOMENDADA (λT)

$$\lambda T = 14T - 40; \quad \lambda T = (14 \times 18) - 40 \Rightarrow \lambda T = 212 \text{ kg.DBO/ha.dia}$$

Tendo em vista as taxas de aplicação superficial expostas no quadro 14 e a taxa de aplicação superficial limite recomendada; conclui-se que antes do ano 2000 será necessário entrar em operação, uma das duas lagoas facultativas projetadas para operação futura.

O condicionamento antes exposto avalia as seguintes recomendações:

- estender a cobertura de esgotamento sanitário a 100% da população e das indústrias da cidade de Cajuru. Os efluentes da Gold Meat

Industrial, por exemplo, são ricos em cloretos de sódio - ao serem infiltrados no solo há substituição de seus íons cálcio e magnésio por sódio, o que pode provocar impermeabilização do mesmo e torná-lo estéril ao crescimento vegetal; e,

- monitorar a eficiência na remoção de DBO, coliformes, controle de algas, oxigênio, pH e temperatura, não só com vistas a uma melhor operacionalização do sistema, mas também objetivando contribuir para um banco de dados de interesses regional e nacional.

4.4.2.2 - Sede do Distrito de Santa Cruz da Esperança

O sistema de esgotos da Vila de Santa Cruz da Esperança foi implantado em 1987 e hoje conta com 259 ligações, onde 239 são residenciais, 14 comerciais e 06 públicas. Cobrem 58% das edificações locais e representam 66% das ligações de água.

O sistema coletor, que também é do tipo separador absoluto, tem 4.661m de extensão de rede.

Um emissário de 1.530m descarrega todo o esgoto coletado em uma lagoa facultativa primária, cuja taxa de aplicação superficial será calculada na seqüência, seguindo a mesma linha de raciocínio adotada anteriormente.

Quadro 15 - Evolução da Carga de DBO e da Taxa de Aplicação - Superficial nos próximos 20 anos.

ANO	POPULAÇÃO		C.DBO (kg/dia)		Tx.Apl.Sup.(kg.DBO/ha.dia)	
	100%	58%	100% pop.	58% pop.	100% pop.	58% pop.
1995	2.250	1.305	-	70	-	170
2005	2.628	1.524	142	82	346	200
2015	3.006	1.743	162	94	395	229

área do espelho d'água = 0,41 ha.

Temperatura média do mês mais frio do ano (T) = 18°C

TAXA LIMITE DE APLICAÇÃO SUPERFICIAL RECOMENDADA (λL)

$$\lambda L = 20T - 60; \quad \lambda L = (20 \times 18) - 60 \rightarrow \lambda L = 300 \text{kg.DBO/ha.dia}$$

Analisando-se as taxas de aplicação superficial constantes no quadro 15 e a taxa de aplicação superficial limite recomendada, é lícito se concluir:

- que a Lagoa em consideração tem capacidade para atender o sistema até o final do plano, com uma cobertura da ordem de 75%.
- que se o atendimento for estendido a 100% da demanda, a capacidade da mesma se esgota por volta do ano 2002.

Observou-se que não existe caixa de areia no sistema de tratamento - o que, conforme foi mencionado anteriormente, acelera o assoreamento da Lagoa - e o dispositivo de descarga de esgoto se dá ao nível do espelho d'água, o que gera curto circuito (passagem de esgoto sem tratamento). Assim sendo, como contribuição para melhorar a eficiência do tratamento sugere-se:

- construção de caixa de areia; e,
- se possível aumentar o número de entradas na Lagoa e afogá-las a 1/2 profundidade.

Ademais, pelos motivos enfocados em 4.4.2.1, sugere-se seja monitorado o sistema de tratamento e ampliado seu porcentual de atendimento.

4.4.3 - Sistema de Limpeza Pública

O serviço de limpeza pública da cidade de Cajuru e da sede do distrito de Santa Cruz da Esperança é executado pela Prefeitura Municipal local, tendo à frente sua Secretaria de Obras e Serviços.

Composto por coleta, transporte, disposição final dos resíduos sólidos e manutenção de vias públicas e unidades de drenagem urbana de águas pluviais, tal serviço cobre 100% da demanda da cidade e da sede distrital em questão.

Sem estrutura organizacional formal, o sistema em descrição conta com 22 funcionários, onde 10 cuidam da varrição, capinação, roçagem, poda de árvores, limpezas de galerias, bocas de lobo, bueiros, etc e 12 são responsáveis pela coleta, transporte e disposição final de todo o lixo domiciliar, comercial, público e urbano, gerado nos dois aglomerados urbanos.

Em termos de frota para a execução desses serviços, a Secretaria dispõe efetivamente de 2 caminhões novos - tipo planalto, dotados de prensa hidráulica e com capacidade da ordem de 9m³. Quando estes estão em manutenção, 2 outros caminhões velhos - em precárias condições operacionais - de carroceria aberta, entram em ação. Eventualmente conta com um trator de esteiras e uma pá mecânica - em elevado estado de depreciação - que juntamente com duas motoniveladoras e três outros caminhões ficam na maior parte do tempo a serviço da recuperação das estradas municipais, seriamente castigadas pelo tráfego pesado do transporte da cana de açúcar.

Não obstante o empenho da Prefeitura, nos últimos anos, no sentido de instruir e educar a população acerca da questão do lixo nos seus diferentes aspectos, não há uniformização em termos de recipientes acondicionadores e locais de disposição provisória para a coleta. Até mesmo nas áreas mais nobres

da cidade, sacos plásticos de toda espécie, latas etc, são usados como recipientes e não há ainda efetiva prática da coleta seletiva.

Não existe, por parte da Prefeitura, controle das principais características dos resíduos sólidos gerados na cidade e em Santa Cruz da Esperança. Todavia, partindo-se das demais informações obtidas, pode-se inferir que a produção "per capita" diária é da ordem de 0,6kg e os pesos específicos nos estados natural e comprimido são respectivamente, entre 0,3 a 0,4 e 0,7 a 0,8ton./m³.

Constatou-se um certo descumprimento dos operários envolvidos no processo, com o uso dos EPI's - Equipamentos de Proteção Individual, durante o trabalho, o que os expõem a maior riscos de acidentes.

4.4.3.1 - Cidade de Cajuru

A coleta dos resíduos sólidos gerados na cidade de Cajuru, cuja produção diária, estima-se em 12 toneladas, é feita três vezes por semana, da seguinte maneira:

- às segundas, quartas e sextas-feiras, é atendida uma parte da cidade correspondente a 50% de sua produção; e,
- às terças, quintas e sábados, é coberta a outra parte da cidade.

De quarta a sábado são coletados dois caminhões por dia e às segundas e terças-feiras, em virtude da total paralisação dos serviços aos domingos, quatro caminhões.

A coleta, a exemplo dos demais serviços de limpeza pública, é realizada diurnamente - em duas jornadas que somam, em média, 10 horas/dia - sem nenhuma distinção de horário por setor da cidade.

Até o final da década passada, todo o lixo produzido na cidade de Cajuru era disposto em terrenos baldios do perímetro urbano. Boa parte era literalmente lançada nos quintais das casas.

Há aproximadamente 7 anos foi implantado um “Lixão”, hoje operado com uma precária e incipiente estrutura de aterro sanitário controlado, cujas principais características são as seguintes: (figura 22).

- dista 9km do centro da cidade - sendo 5km por via asfaltada e 4km através de estrada vicinal;
- está encravado em uma encosta de um sub-afluente do riacho Cajuru
 - a 7 e a 6km a jusante, respectivamente, da cidade homônima e da represa retratada em 4.4.1.1 (Manancial/Captação). O solo local é predominantemente arenoso e, portanto, de transmissividade hidráulica relativamente alta;
- o lixo é disposto em valas artificialmente abertas, de dimensões da ordem de 100m x 12m x 4m. As quais, a despeito da natureza antes enfocada do solo, não são dotadas de impermeabilização e drenagem de fundo, nem tampouco de sistema de drenagem de águas pluviais, tubulações de gás e os seus taludes são sub-verticais;
- não obstante seja cercado com arame farpado/estacas de madeira, não há nenhum controle de segurança;
- com anuência da prefeitura, um cidadão com uma estrutura formada por dois catadores e um caminhão, seleciona no lixão o que lhe convém - papel, papelão, metais, vidros etc;
- excetuando-se os resíduos gerados pelos serviços de saúde - que são coletados duas vezes por semana por uma firma sediada na cidade de Santa Rosa e cujo destino final é um incinerador em Ribeirão Preto - os demais resíduos produzidos na área urbana da

sede municipal, são dispostos no Lixão em tela, sem nenhum tratamento; e,

- uma única vez por semana, por meio de um trator de esteiras e uma pá carregadeira, são executadas a compactação e a cobertura com terra, de todo lixo acumulado durante a semana na vala antes caracterizada.

“In loco” observou-se bastante moscas, um forte mau cheiro, todavia não foi evidenciada a presença de urubus, roedores, nem sequer resquícios de chorume/lixiviado.

Figura 22 - “Lixão” da Cidade de Cajuru



A quantidade de lixo hoje produzida pela cidade de Cajuru e o atual condicionamento da disposição final, sugerem a busca de um destino sanitariamente mais adequado e ambientalmente menos impactante para o referido resíduo. Como, por exemplo, um aterro sanitário projetado, construído e operado conforme as boas técnicas de engenharia e, sob todos aspectos consoante a legislação pertinente.

A escolha e definição do local de implantação deve ser com base em Estudo de Impacto Ambiental e, portanto, obedecendo, dentre outros, os seguintes critérios:

- distância adequada de mananciais em função da vulnerabilidade;
- permeabilidade do solo;
- profundidade mínima do lençol freático local;
- direção predominante dos ventos;
- distância mínima para o perímetro urbano; e,
- existência de barreiras naturais à propagação de odor (vegetação, relevo).

A construção deve obedecer a um projeto executivo, que contemple os itens a seguir:

- cerca;
- guarita;
- balança;
- banheiros com chuveiro para os operadores;
- área de circulação/vias de acesso;
- áreas de empréstimo de solo para cobertura;
- impermeabilidade de fundo;
- drenagens superficial e de fundo;

- tubulações de gases etc.

Deve ser operado de forma sistemática e criteriosa no que tange aos aspectos a seguir discriminados:

- compactação;
- cobertura; e
- monitoramento dos mananciais circun-adjacentes através de poços/ análises.

A adoção do proposto aterro significará para o município, dentre outros, benefícios como preservação dos recursos hídricos, redução na população de vetores e roedores e extinção da figura do catador.

Por fim, sugere-se a colocação de cestos com capacidade de 10 a 15 litros, sobretudo no centro da cidade, dispostos de 150 a 200m um do outro. E ainda, que seja coletado 6 vezes por semana, o lixo dos serviços de saúde, uma vez que esses estabelecimentos geradores não dispõem de câmaras frias, para acondicionamento provisório.

Na seqüência estão consubstanciados no quadro 16, os volumes anuais e acumulados - do lixo mais terra de cobertura - do aterro sanitário antes proposto, calculados a partir das seguintes premissas:

- contribuição "per capita" = 0,6kg/hab.dia;
- peso específico do lixo compactado = 0,75ton./m³;
- volume de terra de cobertura = 30% do volume de lixo aterrado;
- população projetada conforme citado em 4.5.3;
- alcance do projeto = 20 anos.

Quadro 16 - Estimativa do volume anual e acumulado do aterro para o período de 1996 a 2016

ANO	POPULAÇÃO	VOLUME TOTAL NO ANO (m³)	VOLUME ACUMULADO m³
1996	22.002	8.352	8.352
1997	22.366	8.490	16.842
1998	22.729	8.628	25.470
1999	23.093	8.766	34.236
2000	23.457	8.904	43.140
2001	23.821	9.042	52.182
2002	24.185	9.181	61.363
2003	24.548	9.318	70.681
2004	24.912	9.457	80.138
2005	25.276	9.595	89.733
2006	25.640	9.733	99.466
2007	26.004	9.871	109.337
2008	26.367	10.009	119.346
2009	26.731	10.147	129.493
2010	27.095	10.285	139.778
2011	27.459	10.423	150.201
2012	27.823	10.562	160.763
2013	28.186	10.699	171.462
2014	28.550	10.838	182.300
2015	28.914	10.976	193.276
2016	29.278	11.114	204.390

4.4.3.2 - Sede do Distrito de Santa Cruz da Esperança

Na sede do distrito de Santa Cruz da Esperança a coleta dos resíduos sólidos é executada duas vezes por semana - às terças e às sextas-feiras.

Não existem dados sobre as características gerais do lixo em questão. sequer sabe-se a quantidade gerada.

Admitindo-se contudo uma produção diária de 0,5kg/habitante, estima-se algo em torno de uma tonelada por dia.

O fato é que todo esse lixo é disposto em superfície (a céu-aberto), ao lado da lagoa de tratamento de esgotos - situada cerca de um quilômetro do centro da vila. É em realidade um Lixão por excelência. (figura 23).

Figura 23 - Lixão de Santa Cruz da Esperança



- Não é cercado;
- Jamais foi compactado; e,
- Nunca recebeu uma camada de cobertura de terra.

Com vistas a atenuar o impacto causado pelo Lixão de Santa Cruz da Esperança no seu entorno, sugere-se que seja convenientemente cercado, compactado e coberto com terra.

4.4.4 - Poluição Ambiental

O acelerado aumento demográfico e por extensão a crescente urbanização, associado à concentração e à diversidade dos meios de produção e aos resíduos resultantes das necessidades fisiológicas humanas, tem mais e mais tornado adversas as condições ambientais do Planeta Terra para a sobrevivência dos seres vivos de um modo geral e particularmente do homem.

O município de Cajuru, apesar da distância que o separa dos grandes centros industriais e, por isso mesmo ecologicamente degradados, não está de todo imune a esses crescentes malefícios ambientais dos tempos atuais.

Por outro lado, o argumento ecológico, surpreendentemente ausente do pensamento econômico, político e social da humanidade por tanto tempo - há pouco mais de duas décadas em franco crescimento no Brasil - conforme está colocado na seqüência deste texto, é hoje uma realidade presente na sociedade emergente da pequena Cajuru.

Fontes Agrícolas

Foi evidenciado no tópico caracterização do município, que nos últimos anos os principais tipos de culturas praticadas em Cajuru têm significativamente perdido terreno para a cultura da cana de açúcar. Em decorrência, hoje 80% dos mais de 2/3 da área territorial do município cultivados, são ocupados pelo plantio da cana de açúcar.

Cultura esta que em virtude do desmatamento imposto, da erosão que provoca e dos defensivos agrícolas e adubos químicos que emprega; causa sérios problemas aos recursos hídricos. Principalmente quando o solo é de fácil erosão e relativa permeabilidade - como é o caso da região de Cajuru - ocorre

intenso assoreamento dos mananciais superficiais e contaminação destes e das águas subterrâneas.

Consta que há pouco mais de um ano, por problemas dessa natureza, houve uma grande mortandade de peixes no Córrego do Bosque, sub-afluente do Rio Pardo - principal curso fluvial da região. Informações fidedignas dão conta de que o responsável por essa agressão ambiental foi judicialmente obrigado a repôr a fauna com alevinos e ainda está pagando pesada multa pecuniária.

Por outro lado, é comum na prática rudimentar do cultivo canavieiro, a queima da palha da cana antes do corte e do bagaço após a moagem - e isto tem acarretado problemas ao meio, inclusive atingindo a área urbana. Pois, além do acúmulo de fuligem em telhado, com conseqüente entupimento de calhas; a fumaça tem provocado problemas respiratórios em pessoas mais sensíveis e/ou alérgicas a esse tipo de poluição do ar, resultando por vezes em casos de atendimento médico.

Um outro sério problema oriundo da exploração da cana de açúcar, antes de tudo para os recursos hídricos, é o vinhoto. No caso de Cajuru isto está sendo amenizado através do emprego desse resíduo como adubo do solo, em vez de ser descarregado nos cursos d'água, prática comum em outras regiões do país.

Fontes Industriais

A natureza das atividades industriais instaladas em Cajuru não se caracteriza como potencialmente poluidora, seja em termos de resíduos sólidos, efluentes líquidos, ruídos e poluição do ar.

Na zona urbana - poeiras de serviços de lixamento, odor e aerossóis de atividades de pintura em oficinas mecânicas - por vezes chegam a incomodar a população circunadjacente a essas instalações.

Na periferia da cidade e principalmente na área rural, é comum a prática da economia informal, como micro-indústrias de laticínios, abate de animais, “beneficiamento” de carne, comércio etc. Tudo feito sem as necessárias condições de higiene. Por via de conseqüência, já foram registrados casos de brucelose e febre aftosa em humanos.

Enquanto a Prefeitura Municipal tenta legalizar tal economia, a SABESP local por seu turno, com o auxílio da Regional de Franca, tem orientado os produtores e a população rural e periférica em geral, no que se refere à forma de disposição de seus resíduos, com vistas a preservar os recursos hídricos e evitar proliferação de doenças de veiculação hídrica. Quando necessário a SABESP faz análises das fontes próprias de abastecimento de água para melhor avaliar o quadro.

A enfocada preocupação decorre do surto de hepatite acontecido em 1992/1993 em zona periférica que não dispunha de redes de água e de esgoto e que fazia uso de um córrego contaminado.

Outras Fontes

Do total de esgotos produzidos na cidade de Cajuru e sede do distrito de Santa Cruz da Esperança, respectivamente, 17% e 42% não são coletados. Isto constitui, sem dúvida, uma das fontes de contaminação das águas locais.

Por outro lado não se sabe qual impacto é causado a esses recursos, pelos efluentes tratados, descarregados no Riacho Cajuru. Posto que - conforme

foi descrito em 4.4.3 - não existe controle operacional do tratamento de esgoto, nem monitoramento dos cursos d'água envolvidos.

Sistema este, que no início do funcionamento - por um engano operacional - exalou intenso mau cheiro, de pronto controlado com o emprego de bactérias biofixadas (marca Biosystem).

Os lixões da cidade de Cajuru e de Santa Cruz da Esperança - pelas razões expostas em 4.4.3 - são também potencialmente poluidores do solo, das águas e do próprio ar - na medida em que são queimados.

Outra parte poluidora do meio ambiente em Cajuru, especialmente das águas, é o matadouro público da cidade, cujas instalações são bastante precárias. Toda carga de resíduos (águas de lavagens juntamente com sangue, esterco etc), são descarregados no córrego ao qual empresta o nome, que por sorte deságua no riacho Cajuru a jusante do perímetro urbano.

Decorre algum tempo que um novo matadouro público foi iniciado e que por falta de verba sua obra está paralisada, sem previsão de reinício.

Também a jusante da cidade, na encosta direita do riacho Cajuru, encontra-se o Cemitério da cidade, cujo necro-chorume não se tem elementos para afirmar que atinge tal curso d'água. Caso isto ocorra, constitui-se em um sério problema para a própria cidade - dada a proximidade deste - e, principalmente, para as populações ribeirinhas abaixo, que fazem uso das águas do riacho Cajuru.

Outras Considerações

A visão preservacionista emergente em todo o planeta e a divulgação pela mídia dos movimentos em defesa ao meio ambiente, têm conscientizado as

pessoas de “mente aberta” da necessidade de lutar em prol das questões ambientais.

Em Cajuru este despertar - tendo em vista os problemas antes colocados - aconteceu há cerca de 8 anos. Um grupo composto por profissionais liberais, funcionários públicos, empresários e outras pessoas de destacado renome, criou a Sociedade Ecológica Boca da Mata.

Era dado, com o nascimento dessa ONG, o primeiro passo voltado para a defesa da qualidade de vida futura da região.

Hoje a entidade em tela, tendo a frente uma diretoria composta por 37 membros, credita como resultado de sua ação pró-ativa, dentre outras, as seguintes conquistas:

- o sistema de tratamento de esgoto da cidade;
- a redução dos desmatamentos às margens do rio Pardo e seus afluentes, com substancial recuperação da população de peixes nesses cursos d'água;
- educação ambiental dos habitantes de Cajuru;
- pedido de tombamento da Fazenda Santa Carlota - importante reserva florística do estado, ecologicamente indispensável para a região.

Os desejos da Sociedade Ecológica Boca da Mata não param por aí.

Dentre os muitos desafios agendados da luta cotidiana, destacam-se:

- a exploração ecologicamente sustentável da areia do rio Pardo. O desenfreado ritmo de exploração desse recurso - mais de 30 empresas estão envolvidas nesta atividade - está comprometendo o meio ambiente da região;
- a transformação do Lixão da cidade de Cajuru em aterro sanitário;

- a mudança da Captação atual do sistema de abastecimento de água;
- a aprovação da Lei da Macro-região de Ribeirão Preto;
- a construção de um pombal para preservar os pombos soltos na cidade e evitar que continuem causando transtorno a algumas famílias, escolas etc.

Isto posto, cabe sugerir à Prefeitura de Cajuru e à Sociedade Ecológica Boca da Mata - que solicite assessoria da CETESB de Ribeirão Preto com vistas a solucionar seus problemas ambientais. Destaquem-se:

- monitoramento de Oxigênio Dissolvido, Demanda Bioquímica de Oxigênio, Nitrogênio, Fósforo e Coliformes do riacho Cajuru, para avaliar os efeitos causados pelo efluente do tratamento de esgoto e as outras fontes potencialmente poluidoras - antes citadas - situadas às suas margens; e,
- transformação do Lixão da cidade em aterro controlado e/ou construção de um aterro sanitário.

5 - ORGANIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS PÚBLICOS

5.1 - EDUCAÇÃO

O ano de 1909 caracteriza-se como o marco inicial para a história da Educação em Cajuru, sendo inaugurado nesse período, o primeiro Grupo Escolar da cidade.

As crianças das famílias menos favorecidas podiam receber agora, a instrução básica tão necessária para a sua formação, enquanto que as crianças oriundas de famílias com melhor poder aquisitivo supriam a falta da escola, contratando professores particulares ou indo estudar nos internatos da Capital.

Somente 20 anos depois, em 1929, a cidade recebe um novo prédio escolar. Foi inaugurada a Escola Normal Livre de Cajuru, que por motivos políticos foi fechada dois anos depois.

O médico baiano Galdino de Castro chega à cidade no início da década de 30. Poeta e intelectual, comprometido com a Saúde e com a Educação, foi o principal responsável pela organização da população em torno da proposta da criação do Ginásio Municipal de Cajuru, do qual foi diretor.

O Ginásio Municipal de Cajuru foi inaugurado em 15 de março de 1936. Em 1945 o interventor Dr. Fernando Costa oficializa o Ginásio Estadual de Cajuru, que passou a funcionar no ano de 1946. Em homenagem póstuma é indicado o nome de Galdino de Castro como patrono dessa Escola.

Assim, a cidade reconhece o compromisso que, segundo depoimentos, esse profissional teve com a Saúde, Educação e Cultura deste Município.

Com o decorrer dos anos, o Ginásio incorpora em suas instalações o 2º Grau e o curso de Formação de Educadores para o Magistério, passando a ser denominado Escola Estadual de Primeiro e Segundo Graus Galdino de Castro.

Hoje a cidade conta com cinco Escolas Estaduais. Será considerada a E.E.P.S.G. Galdino de Castro por ter sido objeto de pesquisa e estudo durante o trabalho de campo multiprofissional no Município de Cajuru.

Escola Estadual

Esta Unidade Escolar está localizada em um bairro residencial com suas ruas asfaltadas e arborizadas.

Freqüentam esse espaço escolar 1.400 alunos, divididos em 3 períodos: manhã 600 alunos, tarde 400 alunos e noite 400 alunos.

Os 70 trabalhadores da educação desta escola, ministram aulas para o 1º grau (1ª a 8ª séries), 2º grau (1º, 2º e 3º colegial) e Magistério. As salas de aula recebem em torno de 35 a 40 alunos.

Os equipamentos que auxiliam os educadores em seu ofício são: 01 Biblioteca com um acervo bastante deficitário, já que o Estado não tem enviado livros, 01 Laboratório, também deficitário; 01 quadra esportiva sem cobertura, 01 pátio coberto, 02 salas para reuniões pedagógicas, 01 sala de professores e 01 auditório equipado com 2 pianos.

A metodologia utilizada pelos educadores, durante o processo ensino aprendizagem, percorre caminhos que vão do tradicional ao construtivista e interdisciplinar.

A avaliação dos alunos ocorre durante todo o período letivo, através de provas, trabalhos em grupo, participação em sala de aula. Os índices de repetência não são considerados alarmantes estando entre 10% a 20%, os

índices de evasão estão computados entre 30% em 1994 e 10% até o mês de julho de 1995.

Participam do Conselho de Classe e Série o Corpo Docente, o Orientador Pedagógico (quando houver), o Diretor da Escola ou a Assistente de Direção. As discussões que ocorrem nesse espaço estão voltadas, principalmente, para os problemas pedagógicos existentes na escola, tais como, a evasão, a repetência, as faltas e o aproveitamento dos alunos.

Cajuru, como muitas cidades brasileiras, não está estruturada para oferecer aos adolescentes alternativas de lazer. Assim, a escola cumpre o papel social aglutinador dos jovens da cidade, que a ela comparecem não apenas para freqüentar aulas mas, também para encontrar os amigos, para namorar, para estar fora de casa e infelizmente em busca de drogas; aspecto relevante e que tem causado muita preocupação à Direção da Escola e ao Corpo Docente.

O mercado de trabalho é muito restrito neste Município. Para os jovens, filhos de trabalhadores, que concluem o 1º grau, o colegial, ou não freqüentam a escola, ou ainda se evadem dela, a única alternativa apresentada para o seu sustento, é o corte da cana. Segundo o Diretor, seria interessante ter uma Escola Técnica na cidade, onde os jovens possam receber formação, que os preparem para um mercado mais especializado.

Os pais que freqüentam as reuniões de Pais e Mestres, são geralmente aqueles, cujos filhos não apresentam problemas de comportamento ou de aproveitamento escolar. Os alunos que apresentam alguma dificuldade, seus pais só comparecem, quando são chamados pelos professores ou pela Direção e recebem um atendimento individualizado.

O Conselho de Escola, composto por representantes do Corpo Docente, representantes do Corpo Discente, representantes dos pais e representantes de funcionários, todos eleitos por seus pares, tem suas reuniões

asseguradas pelo Calendário Escolar. Segundo o Diretor da Escola visitada, os pais freqüentam esse Conselho principalmente em ocasiões especiais, por exemplo, quando se discute a Caixa de Custeio Escolar.

As dificuldades financeiras vivenciadas pela Comunidade Escolar, tem dificultado o trabalho da Associação de Pais e Mestres (APM). As atividades com fins lucrativos como as gincanas, festas juninas, festa do sorvete, não têm sido muito freqüentes. As poucas verbas arrecadadas são revertidas na compra de uniformes, compra de alimentos e manutenção do prédio escolar.

A Escola Galdino de Castro apresenta instalações deterioradas. Há inúmeras rachaduras nas paredes e no teto, bem como goteiras nos corredores e no Laboratório. Os cupins tomaram conta do madeiramento. Os pombos construíram seus ninhos nas calhas, nas lajes e nos vãos do prédio, transformando a Escola num enorme pombal.

Os responsáveis pela Escola tentam resolver todos esses problemas solicitando verbas ao Governo do Estado e à Prefeitura do Município. Esta tem ajudado com verbas para pequenos reparos e o Estado, faz ouvidos moucos.

Os auxiliares de serviços gerais, em número de 7, 4 funcionários do Estado e 3 do Município, tem como atribuição a limpeza e manutenção interna e externa do prédio escolar.

O lixo é recolhido três vezes por semana. Os resíduos são guardados em latões abertos, que ficam no pátio, próximo ao portão de entrada e saída dos alunos.

A Escola oferece a seus alunos três refeições: lanche, almoço e jantar. Como não há nutricionista no Quadro da Educação, a elaboração do cardápio e a preparação dos alimentos estão sob a responsabilidade de duas merendeiras vinculadas ao Estado. A verba para a compra dos alimentos vem do Estado e do Município.

Há uma cozinha pequena, porém limpa e organizada, e uma dispensa onde são armazenados os alimentos secos que serão usados durante o mês.

O espaço onde é servido as refeições é bastante inadequado. O Material de construção é armazenado no local e um latão de lixo, sem tampa, fica próximo às mesas do refeitório.

Não há Educador em Saúde Pública na cidade, não havendo portanto, programas de saúde, cabendo ao professor de ciências desenvolver este tema em sala de aula.

O Centro de Informação à Criança - CIC organiza encontros sobre vários temas de interesse dos alunos. Assuntos como: doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e drogas são abordados por profissionais convidados pela Direção da Escola. Essas palestras são abertas a toda Comunidade Escolar.

Junto à Santa Casa São Vicente de Paula funciona um Centro de Estudo, onde os professores buscam orientação sobre temas que, posteriormente discutirão com seus alunos. Os educadores também buscam informações junto à Sabesp, PAS e Cia. Paulista de Força e Luz.

Os problemas de saúde mais freqüentes na escola são a pediculose, a amigdalite e a febre. Este ano foram diagnosticados cinco casos de gravidez precoce entre as jovens de 14/15 anos.

Quando crianças adoecem na escola, os pais são avisados e o aluno é encaminhado ao PAS ou CS II, se for grave, o que é raro, a Assistente Social encaminha o doente para o HC de Ribeirão Preto.

Anualmente é feito o teste de acuidade visual, por um professor treinado, que encaminha o aluno ao CS II, caso houver necessidade. Não é feito o teste de acuidade auditiva na escola. O professor, ao perceber qualquer dificuldade de audição, encaminha o aluno ao CS II.

A escola possui um dentista e uma auxiliar de dentista. O trabalho odontológico é restrito ao atendimento clínico, restaurações para alunos de 1a. a 4ª séries e urgência para os demais. O atendimento é feito pelo Sistema Incremental.

Escola Municipal de Educação Infantil - EMEI

O Secretário da Educação Municipal exerce também a função de Diretor e Coordenador Pedagógico da Pré-Escola. Suas falas se misturam e passeiam por essas atribuições, tornando difícil fragmentá-las em tópicos ou unidades, estas do Diretor, aquelas do Secretário, as outras do Coordenador Pedagógico.

Optou-se por manter o entrelaçamento das atribuições, por retratar com mais autenticidade e veracidade a experiência vivenciada quando da visita a esse espaço pedagógico.

Cajuru possui apenas uma Escola Municipal, com 8 pequenos prédios espalhados pela cidade e uma instalação na zona rural, todas elas agregadas à unidade central. Conta ainda com 01 Orientador Educacional, 01 Assistente de Educação, 01 Secretária, também supervisora da merenda, e 40 professores, todos responsáveis por 750 crianças distribuídas entre 40 classes e 2 períodos escolar.

O bairro onde está instalada a EMEI André Ruggeri, sede central, é bastante tranquilo, com muito verde em suas ruas, asfalto e iluminação.

O prédio central possui duas salas de aula que recebem em torno de 20 alunos cada uma, um banheiro masculino e um feminino, uma cozinha, uma dispensa, a sala do Diretor com 2 banheiros e um almoxarifado, onde é armazenado todo o material pedagógico enviado pela Prefeitura ou

confeccionado pelas próprias professoras. Há também uma estante com um pequeno acervo de literatura infantil. Esse acervo é utilizado por todas as educadoras das outras unidades, assim como o material pedagógico.

O em torno do prédio é gramado, as crianças se divertem e desenvolvem atividades nos brinquedos ali instalados, enchendo o ar de falas e risos animados.

O Secretário, no cargo desde o início do ano, mostra-se preocupado com o reconhecimento da pré-escola, por parte dos governantes e da sociedade civil, afirmando: "não há procura da escola pública, com raríssimas exceções, pela classe média alta. Isto reflete o conceito em vigor de que "boa" escola é a escola particular, conceito este que não espelha o verdadeiro motivo da rejeição pela escola de educação infantil pública; o que, infelizmente impera é a idéia de que a escola particular confere "status", haja visto que as unidades de educação infantil municipais são preteridas pelas particulares, que sequer foram testadas. A longa experiência de uma parcela de professores da rede municipal de educação infantil e a qualidade de ensino oferecido, nada deixa a desejar quando comparada com as escolas da rede particular".

Quando perguntado sobre a importância da pré-escola na formação das crianças com idade de 3 a 6 anos, foi esclarecido que, este estágio de escolaridade que todas as crianças devem ter acesso, objetiva construir a personalidade e a inteligência dos pequenos alunos que, assim preparados, terão maior êxito no desenvolvimento das atividades escolares nas séries iniciais do 1º grau.

Segundo o Secretário, a professora de educação infantil não deve se preocupar com a alfabetização na pré-escola e se ela ocorrer, deverá ser incidental não fazendo parte de do plano escolar. Nas salas visitadas, pode-se

observar no varal e no quadro negro, atividades preparatórias para a alfabetização.

Durante as reuniões pedagógicas são planejadas as atividades a serem desenvolvidas em sala de aula.

A escola municipal é freqüentada pelos filhos de trabalhadores. O grau de escolaridade dos pais pode ser assim representado:

Tabela 10 - Distribuição de Grau de Escolaridade dos Pais de alunos matriculados nas Escolas Municipais, do Município de Cajuru, 1995

ESCOLARIDADE	PAI		MÃE	
	Nº	%	Nº	%
nenhuma	39	6,36	26	3,59
1º Grau Incompleto	413	67,38	466	64,27
1º Grau Completo	78	12,72	137	18,90
2º Grau Incompleto	20	3,26	16	2,21
2º Grau Completo	55	2,97	70	9,65
Superior Incompleto	-	-	1	0,14
Superior Completo	8	1,31	9	1,24
Total	613	100,00	725	100,00

Fonte: Documento: Planejamento Escolar, 1995.

Os dados obtidos no documento-Planejamento Escolar, 1995, refletem observações feitas pelo diretor: "Pela análise do grau de escolaridade dos pais, pode-se avaliar a dificuldade que é trabalhar com nossa clientela, cujo lares não oferecem os estímulos desejáveis para uma perfeita sintonia entre as

experiências construídas pelos alunos na escola e o que acontece na relação familiar.

Este é, portanto, o grande desafio às nossas unidades escolares: vencer as barreiras sociais, os preconceitos e proporcionar ao pequeno educando o maior número de experiências positivas que, a longo prazo, possam influir no comportamento geral da comunidade”.

Os pais não participam das decisões sobre a vida escolar de seus filhos, pois não há Conselho da Escola na EMEI. A Associação de Pais e Mestres funciona eventualmente.

O transporte dos alunos residentes na área é feito por empresas terceirizadas, com custo de, aproximadamente, R\$ 500.000,00 anuais aos cofres da Prefeitura.

O Secretário desconhece o seu orçamento, mas ao solicitar verbas à Prefeitura, esta, na medida do possível, procura atendê-lo.

As informações sobre a proveniência e utilização dos recursos materiais que são oferecidos à EMEI encontram-se no documento - Planejamento Escolar, 1995: “As escolas contam com recursos provenientes da verba para a educação do Município e do Governo do Estado. O Município paga pessoal técnico-pedagógico, técnico administrativo, de apoio administrativo, responsáveis por atividades complementares (serventes, merendeiras). Fornece material escolar e uniformes para todos os alunos carentes, material didático, jogos e brinquedos pedagógicos e distribui merenda para todos os alunos.

A Prefeitura é responsável pelos prédios escolares, bem como pela conservação, eventuais reformas e ampliações dos mesmos. O Estado contribui com a merenda escolar”.

A Supervisora da alimentação escolar é responsável pelo controle mensal dos alimentos, consumidos em toda a rede escolar do Município. O pedido

da merenda é solicitado ao Setor de Compras da Prefeitura, que encaminha a licitação. No depósito geral ficam armazenados os alimentos secos que são mensalmente distribuídos às escolas da rede Estadual e Municipal. A compra de carnes, verduras e legumes é feita semanalmente.

O cardápio das escolas é elaborado e preparado pelas merendeiras escolares, que atendem as sugestões e solicitações dos alunos. Os alimentos preferidos pelas crianças e que estão sempre presentes são: macarrão, arroz, feijão, sopa de legumes, salsicha, carne moída, polenta, frango desfiado, cenoura, vagem, beterraba, repolho, abobrinha, pimentão recheado com carne moída e arroz. As verduras não têm boa aceitação. Arroz doce é a sobremesa que não pode faltar. No lanche é oferecido pão com manteiga, pão com carne moída ou cachorro quente, suco ou leite. Durante as férias não há fornecimento de refeições.

As sobras das refeições são jogadas fora ou doadas para alimentação de animais.

Nas unidades escolares da Prefeitura não há atendimento odontológico. Durante este ano, os professores e seus alunos, participaram de palestras sobre a importância da higiene bucal e as crianças receberam orientação sobre escovação, sendo realizado um bochecho fluorado. Todas essas atividades foram organizadas pela dentista do CS II.

Tem sido realizado o teste de acuidade visual caso necessário, o aluno é encaminhado ao oculista do CS II. A Prefeitura adquire óculos para as crianças de famílias menos favorecidas.

No caso de qualquer problema de Saúde com as crianças, o educador procura os pais para encaminhá-los ao serviço de saúde.

Duas vezes por semana, durante o período noturno, as salas da EMEI André Ruggeri são utilizadas para a alfabetização de adultos. Cada classe comporta em torno de 30 alunos.

Considerações à Educação

“Eu espero na medida em que começo a busca, pois não seria possível buscar sem esperança”.

Paulo Freire

São bastante frágeis os vínculos que unem Educação e Saúde às Políticas Públicas, elaboradas pelo Estado para atender à população.

A figura do Educador em Saúde Pública aparece como uma sombra esfumada e nebulosa no cenário da saúde e é inexistente na Educação. Assim, este profissional, mesmo tendo uma enorme vontade política, não encontra respaldo institucional que faça de suas ações isoladas um instrumento de aproximação entre Saúde e Educação.

Nos últimos anos as reflexões teóricas que vêm ocorrendo nas várias áreas do conhecimento, buscam resgatar a universalidade e a totalidade dos conceitos que explicam a realidade existente. “Mas é também no final dos anos 80 que se iniciam estudos mais integrados, articulando reflexões da Filosofia, das Ciências Humanas e da Epidemiologia (Minayo, 1994).

Porém, as práticas dos profissionais de Saúde e Educação ainda estão muito distantes da atuação conjunta, tão necessária para o desenvolvimento de ações que levem à conquista da cidadania, do conhecimento interdisciplinar e da melhoria de vida e saúde individual e coletiva de toda a população.

Esta constatação desvela a contradição existente no tratamento que é dado ao tema Saúde no interior das Escolas Municipais e Estaduais. Esta realidade não é privilégio das Unidades Escolares do Município de Cajuru.

Os conhecimentos relativos à Saúde são ministrados através de tópicos isolados, de aulas fragmentadas, palestras ocasionais e distribuição de material didático fora do contexto de vida dos educandos, do ambiente escolar e da comunidade.

A Saúde é tema da Educação, assim como a Educação é tema da Saúde, devendo ser abordada no âmbito da Educação no seu conceito mais amplo e na forma preconizada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (Conferência Nacional de Saúde, 1986)

Portanto, Saúde abarca, em seu conteúdo, informações que deverão estar inter-relacionadas com áreas do conhecimento como: a sociologia, psicologia, biologia, ciências físicas, medicina e filosofia, imprescindíveis para sua compreensão como resultante do processo dinâmico de interação entre os homens e o meio ambiente, suas condições de vida e suas relações com outros homens.

“Os conteúdos de saúde implicam numa sistematização de conhecimentos científicos, englobando diferentes áreas, bem como uma metodologia de ensino que precisa atualizar-se de acordo com os próprios princípios pedagógicos que advoga, mas que dependem de implementação prática, a começar com a própria reciclagem dos professores”. (Pilon, 1976)

A Escola deve buscar a concepção de saúde na sua forma global e abrangente, devendo ser um espaço de reflexão, estudo e construção conjunta do conhecimento, propiciando o desenvolvimento de cidadãos críticos e conscientes capazes de transformar sua realidade.

5.2 - SEGURANÇA PÚBLICA

Polícia Militar

A Polícia Militar de Cajuru pertence ao 2º Pelotão da 3ª Cia. BPM e conta com um efetivo de 16 soldados, 1 cabo e 1 sargento. Possui 02 viaturas.

O convívio com a violência caracteriza o trabalho da Polícia Militar. Mesmo numa cidade do porte de Cajuru a agressão, as brigas e as mortes estão presentes no dia a dia desses funcionários públicos.

O depoimento mantido com o sargento da Corporação, ilustra alguns aspectos dessa realidade.

Este ano ocorreram, em bares da periferia, de 6 a 7 homicídios decorrentes da discussão, por “motivos banais”, entre homens alcoolizados ou drogados. Os assassinos são pessoas que não tem moradia fixa ou família na cidade, o que torna muito difícil sua “captura”. A faca foi a arma utilizada na maioria dos assassinatos. Para o sargento “o número de homicídios é alarmante diante do tamanho da cidade e da quantidade de habitantes”.

Não há delegacia de mulheres, e os soldados, muitas vezes, são chamados para resolver casos de “desinteligência” ou seja, de briga entre casais. Quando a Polícia Militar chega no local, solicitada pela própria esposa agredida,

esta nega o ocorrido, não quer fazer exame de corpo delito e acaba retirando a queixa”.

Houve este ano um caso de estupro. A “vítima” reconheceu o seu agressor e este está preso na cadeia da cidade.

Na saída para Ribeirão Preto havia até o início de 1995 uma “zona de meretrício”. Este local era freqüentado por “passadores de entorpecentes” e a polícia fazia constantemente “averiguação no local e em suas mediações”. Posteriormente a Prefeitura desativou as casas de prostituição e as mulheres que aí trabalhavam, ou foram para as cidades próximas ou se espalharam por Cajuru.

Não há travestis na cidade, mas há muitos casos de homossexualismo, “que acarreta uma ligação com a Aids e as drogas”.

O uso de drogas (maconha, craque e cocaína) é comum entre jovens e adultos moradores da cidade, particularmente entre os “jovens da classe média”.

São raras as queixas de violência contra crianças. “Quando há queixa é porque a criança já tem problemas na escola, oriundos de problemas com os pais. As crianças trabalham porque precisam auxiliar economicamente a família”.

Para o sargento, as situações de agressão e violência ocorrem devido à difícil condição sócio-econômica vivida pela população.

A Polícia Militar desenvolve um trabalho de assistência social junto à população. Havendo um problema de saúde com uma criança, e os pais não podendo conduzi-la ao CSII e a ambulância não estando disponível, a viatura policial conduz o paciente.

Guarda Municipal

A Guarda Municipal foi fundada durante este governo, no ano de 1993. Fazem parte desta instituição de segurança, dezenove homens treinados pela

Polícia Federal na Escola de Formação de Vigilantes e Guarda Municipal. Possui apenas uma viatura.

O contato com o coordenador e comandante da Guarda Municipal teve início no interior da sede dessa corporação, uma casa em ótimas condições e localizada na região central. Posteriormente, foram percorridos alguns bairros da periferia tais como: Boqueirão II, Cruz Alta (antigo Pau de Urubu), Bom Bosco (antigo Risca Faca), Maria Tereza (antigo Piscina).

O depoimento teve início com o relato de dois casos de estupros ocorridos este ano, sendo uma das vítimas aluna da APAE. “O indiciado, um senhor de 49 anos, foi preso pela Guarda Municipal na Rodoviária da Cidade”. A Polícia Militar, relata que houve apenas um caso de estupro.

No dia 09 de novembro deste ano, foi preso pela Guarda Municipal, na Praça Central, “um elemento com 19 anos, cheirando cola de sapateiro. A vítima que não estuda e não trabalha, foi encaminhada à Delegacia do Município, onde foi feito um boletim de ocorrência por vadiagem e não pelo uso de droga. Cola de sapateiro é um instrumento de trabalho e não pode ser classificado como droga, assim o flagrante não pôde ser considerado crime e o indivíduo foi solto”.

Os andarilhos são personagens freqüentes em Cajuru. Eles chegam maltrapilhos, cansados e famintos, tendo o álcool como único companheiro e os bancos das praças, as ruas e as esquinas são a sua moradia. A Guarda Municipal recolhe esses homens, encaminha-os ao CS II para cuidados médicos e em seguida para o albergue.

O bairro considerado mais violento, pelo comandante da Guarda, é o Cruz Alta. Ali ocorreram a maioria das mortes este ano. O cenário destas mortes, a maioria com arma branca, são os pequenos bares encravados em ruas sem asfalto, com pouca iluminação e com muitas pessoas ociosas, decorrente do alto índice de desemprego.

Quando perguntado sobre a violência contra crianças, o comandante foi enfático: “Há violência; nos bairros Dom Bosco, Maria Tereza, Cruz Alta há crianças que passam fome e isso eu considero uma grande violência”.

As moradias existentes nos bairros periféricos visitados, são construídas com tijolo baiano, sendo seu pé direito extremamente baixo e cobertas com telha de amianto, seu interior é quente e abafado. Algumas casas não possuem qualquer divisão interna, com exceção do banheiro, um pequeno cubículo, onde o vaso sanitário convive com pia e um precário chuveiro.

No bairro Cruz Alta, constatou-se a existência de moradias primitivas, cobertas com plásticos pretos, sem luz, água e esgoto, onde sobrevivem em torno de 20 crianças e suas famílias. A Guarda Municipal distribui, diariamente, restos de pão.

No dia 1º de novembro, às 6 horas da manhã a Guarda Municipal encontrou, no bairro Maria Tereza, o corpo de um trabalhador de uma indústria química localizada na cidade de Santa Rosa de Viterbo. Este operário, morador de Cajuru, pertencia ao Sindicato dos Químicos de Santa Rosa, era pastor de uma igreja protestante e sua morte se deu por enforcamento, sendo considerada suicídio.

O entrevistado afirma que há casos de Aids na cidade, mas não sabe identificar os fatores que provocaram a contaminação.

A Guarda Municipal nunca atendeu a nenhum caso de violência contra mulheres.

Não cabe à Corporação atuar junto à prostituição, mas o coordenador relatou o seguinte fato: “este ano foi desativada a casa de meretrício pelo senhor delegado, que recebeu um abaixo assinado da sociedade, solicitando a desativação da mesma. Foi dado um prazo para a mudança. Este local servia como entrada de drogas no Município”.

A captura dos animais que perambulam pelo perímetro urbano é de responsabilidade da Guarda Municipal. Porém, “para se realizar essa ação é preciso o apoio do Prefeito, do Juiz de Direito, do Promotor Público, do Delegado, o que não vem acontecendo”. A multa por animal capturado é de R\$ 0,20, o Prefeito quer R\$ 20,00 mas é ilegal, porque não está previsto no Código de Postura do Município, que é uma lei muito antiga e precisa ser modificada”.

Nas ruas do bairro Jardim Maria Tereza, onde estão localizadas moradias precárias, o esgoto corre a céu aberto e a água consumida, vem de uma mina próxima ao bairro, sendo transportada em baldes e latões pelos próprios moradores. As mulheres lavam a roupa nesse local.

A população carente deste bairro, recolhe no matadouro os restos do abate, geralmente bofe e gordura da barrigada. Para garantir a sua preservação e alegando não possuir geladeira, penduram essas sobras nas cercas das casas, ao ar livre e expostas a todo tipo de contaminação.

Durante visita ao bairro Cruz Alta, observou-se na Rua Projetada B-16, uma cena de desinteligência motivada por embriaguez do esposo. Essa cena também foi presenciada pela filha do casal, uma menina de 8 anos que se preparava para ir à escola.

Considerações sobre a Violência

“A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismo não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados”.

Maria Cecília de S. Minayo

As relações entre os homens é determinada pelo momento histórico e político em que elas ocorrem.

A violência não é uma característica inerente ao ser humano, mas eclode no processo de convivência dos homens em sociedade. “Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade” (Minayo, 1994).

A precariedade das condições de vida gerada pelo desemprego, pela falta de saneamento básico, pela desigualdade social, pelas precárias condições de moradia, pela repressão institucional, caracteriza-se como uma forma de violência, que num processo dialético e dinâmico gera mais violência.

Este quadro presente em inúmeras cidades de nosso país, pôde ser observado quando da visita à periferia do município de Cajuru.

Essas visitas objetivaram compreender como a vida se entrelaça e se constrói em locais onde, a violência se configura como aparentemente necessária à própria sobrevivência.

A violência não deve ser compreendida como uma categoria isolada de outros processos sociais. A historicidade das relações deve estar presente quando se busca compreendê-la, pois ela está inserida num contexto onde “se

cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais e do plano individual” (Minayo, 1994).

Considerando esta perspectiva teórica, compreende-se que as ações voltadas para a busca de possíveis soluções “ao tema violência”, devem estar integradas e articuladas com Educação, Cultura, Habitação, Saneamento Básico, Lazer e Saúde.

5.3 - PROMOÇÃO SOCIAL

O departamento de Promoção Social pertence à Secretaria da Saúde, possui em seu quadro de pessoal 01 Assistente Social, nomeada há 5 meses, 01 Escriurária e 01 Secretária.

A Promoção Social tem atribuições, tais como: emissão de certidões de nascimento, casamento, distribuição de senhas para transporte dos usuários da rede de saúde local para o Hospital de Ribeirão Preto e distribuição de senha para atendimento junto à Clínica Odontológica, para recebimento de prótese total.

A assistente social está empenhada na formação e organização do Conselho da Assistência Municipal, Conselho da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar.

Acredita que, a partir da formação destes Conselhos poderá desenvolver um trabalho mais efetivo com a população.

Considerações sobre Assistência Social

A Promoção Social desenvolve um trabalho meramente burocrático e assistencialista, sendo apenas o reflexo da política de saúde do Município de Cajuru, em que aspectos atinentes à promoção da saúde e participação popular estão apenas começando.

A possibilidade do desenvolvimento de uma ação de saúde a partir da compreensão mais totalizadora, mais global de saúde/doença, requer trabalho conjunto das áreas que compõe as Secretarias da Educação, Cultura, Saúde e outras com a preocupação em desenvolver uma política de governo voltada para o atendimento das necessidades de toda a população e sua participação neste processo.

6 - SINDICATOS: TRABALHADORES RURAIS E RURAL PATRONAL

Sindicato dos Trabalhadores Rurais

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Cajuru foi fundado em maio de 1974, é filiado à Força Sindical, contando com 5.200 sindicalizados. O mandato de cada diretoria é de 4 anos e a atual cumpre seu 2º mandato.

A diretoria do Sindicato é composta de 12 membros e apenas o Diretor, enquanto exercer esta função, encontra-se afastado de seu trabalho. As reuniões da diretoria são mensais, mas o Conselho Fiscal se reúne semanalmente. A mensalidade sindical de R\$ 2,00, não é descontada no hollerith, mas recolhida no próprio sindicato. A sede onde está instalada a entidade é de propriedade do sindicato.

Essa entidade não organiza as Comissões Sindicais, que deveriam atuar em defesa dos interessados dos trabalhadores, pois segundo o diretor: “as empresas não aceitam as comissões, então os trabalhadores pertencentes à diretoria, atuam informalmente em seus locais de trabalho e trazem as informações para o Sindicato”.

Quando não é época do corte da cana, “70% dos trabalhadores são aproveitados no plantio da cana, carpa de café, poda, reflorestamento, resinagem, colheita do café e no interior da própria usina. Os 30% demitidos são aproveitados em outras lavouras”.

O sindicato busca resolver os problemas salariais entre patrões e empregados, “baseado no mútuo respeito e o que não pode ser resolvido assim, a Justiça do Trabalho resolve”.

Afirma ainda que: “desde 1984 tem ocorrido as Convenções Coletivas de Trabalho. A data base é 1º de outubro na lavoura branca. Este ano foi dado a inflação do período e produtividade de 12%, sendo um piso superior à maioria da região. O patronal, muitas vezes não aparece, aí vai para o dissídio. As greves foram consideradas ilegais”.

A média do corte da cana é de 10 a 11 toneladas/homem. Muitas mulheres não atingem essa média, “mas há mulheres campeãs no corte da cana”.

No período em que foi realizado essa entrevista, um trabalhador deveria cortar 5.200 toneladas para receber a diária de R\$ 6,16. Pela lei, o trabalhador que não atingir essa média terá seu salário complementado pela empresa. Ocorre que, se o trabalhador não produz “a empresa manda embora”.

O patrão fornece o folhão, que após 5 dias é substituído por outro; a lima com durabilidade de 1 mês; a caneleira, que não protege toda a perna deixando-a vulnerável ao fio do folhão.

O Sindicato participa do Conselho Municipal de Saúde, “mas como ele está bem devagar, nós participamos pouco”.

Não há médico no Sindicato porque “a presença do médico é incompatível com o SUS. Após 1989, a municipalização tirou o médico do Sindicato. O Funrural enviava umas verbas para o pagamento salarial do médico e do dentista e a partir de 1986 essa verba foi suspensa. Os medicamentos enviados também foram suspensos”.

Hoje, o único atendimento de saúde oferecido aos sindicalizados é o atendimento bucal. O Gabinete odontológico está localizado no interior da sede e o salário do dentista é pago pelo próprio Sindicato.

Sindicato Rural Patronal

Fundado há cerca de 30 anos, o Sindicato Ruralista é composto por 01 Presidente, 01 Tesoureiro e 01 Secretário contando com 210 filiados.

O número de filiados ao Sindicato é pouco em relação ao número de patronais, por volta de 800 e, segundo seu presidente, a categoria não é unida, "é difícil pegar dinheiro dos produtores, geralmente se associam quando tem algum problema com leis trabalhistas e precisam de advogado".

Atualmente, a mão de obra utilizada no plantio da cana é oriunda de outro Estado (MG). Entre estes trabalhadores existem mulheres e jovens que, conforme informações, são maiores de 14 anos. Existem muitos pais que, por dificuldades financeiras, pedem emprego para os filhos menores de 14 anos.

Para o diretor do sindicato, "mecanização na agricultura e a informática, são boas, pois barateiam o custo podendo cortar a cana no dia e hora que quiserem e a produção será menos ociosa para os produtores. Porém, esta situação será ruim... será ruim para o empregado, pois acarretará desemprego". Não sabe como será o futuro da mão de obra, embora ache que os trabalhadores tenham direitos, afirmando que as leis trabalhistas são muito rigorosas.

Considera a relação entre esse Sindicato e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais muito boa, é amigo do presidente e do advogado daquele sindicato mas quando há "crise por causa de mentiras do Sindicato dos Trabalhadores, vão para a Justiça resolver os problemas".

A ocorrência de acidente de trabalho existe, "principalmente no corte da cana, por ser trabalho de dia inteiro", mas não os considera de natureza grave.

O sindicato não possui informação sobre todos os acidentes de trabalho que ocorrem na região, tomando conhecimento dessas ocorrências quando é solicitada a ambulância para locomoção do acidentado aos serviços de

saúde. Os pedidos de ambulância só são feitos pelos pequenos sítiantes, uma vez que os "grandes" prestam socorro direto, com ambulância própria.

Considera que o número de acidentes de trabalho não é significativo, e sim os problemas de doenças e cita problemas cardiológicos em trabalhadores com mais de 50 anos.

O diretor afirma que os patrões fornecem EPIs aos trabalhadores, quando da utilização de agrotóxicos na lavoura, porém estes "não gostam de usá-los, sendo forçados pelos feitores".

Participa do Conselho Municipal de Saúde, na qualidade de membro, tendo comparecido a algumas reuniões mas atualmente não tem sido chamado.

Considerações sobre o Trabalho

"Através do trabalho os homens produzem o seu meio de vida, a sua existência, sua consciência, a sua história e a própria superação destas condições."

Léa Beatriz Teixeira Soares

A organização físico-corporal do homem foi determinada pela ação que ele exerceu sobre a natureza, transformando-a através do trabalho.

Por outro lado, a luta pela preservação da vida sofreu influência decisiva da estrutura corporal humana. "Inicialmente, a mão foi para o homem seu primeiro instrumento, a primeira ferramenta de que se valeu na luta pela preservação" (Soares, 1991).

O processo de hominização se deu com o advento do trabalho permitindo transformações físicas, biológicas, mentais e sociais alterando o

próprio trabalho, num processo constante e ininterrupto de interligações e mudanças.

A organização da coletividade regida por leis sócio-político-econômicas, permitiu constantes modificações das condições materiais, garantindo o processo de humanização a partir da criação da cultura material e intelectual.

O homem através de sua praxis, exerce influências transformadoras sobre a natureza, sobre a sociedade e sobre si mesmo “decorrente não mais de sua estrutura biológica, orgânica, mas fundamentalmente do trabalho humano, da produção material de sua existência” (Soares, 1991).

Com o advento do capitalismo, o corpo torna-se instrumento de sobrevivência para amplas parcelas da população que vendem sua força de trabalho, transformando-a em mercadoria.

Na modernidade, a dicotomia alienante entre o trabalho intelectual e o trabalho manual aparece como ideologicamente correta e economicamente necessária.

As condições objetivas geradas pelo capitalismo fazem do trabalhador assalariado fonte de lucro, desconsiderando sua humanidade, sua totalidade biopsicossocial e suas limitações.

O corpo do trabalhador torna-se objeto, sua saúde só deverá ser cuidada no limite que permita produzir sempre mais. Saúde passa a significar possibilidade de maior produção de mais valia e nunca como direito inerente a todo cidadão.

O trabalho como alienação provoca sofrimentos físicos e psíquicos, traduzidos na forma de doenças e acidentes com sequelas, parciais ou totais.

A saúde do trabalhador é vista como a cura da doença para a produção, deixando de existir a preocupação com o bem estar geral do trabalhador e com ações de promoção e prevenção da sua saúde.

7 - ANÁLISE DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

7.1 - DESCENTRALIZAÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 194, estabelece que *"a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."*

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar."

O artigo 7º, inciso IX, aponta como uma das diretrizes a "descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde."

Considerando estas diretrizes, bem com a complexidade do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 545, de 20.05.93, aprova a Norma Operacional Básica - SUS 01/93 (NOB-SUS 01/93) com o objetivo de disciplinar este processo, tendo como um dos pressupostos que "a descentralização deve ser entendida com um processo que implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo,

reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social". O que se pretende é uma completa reformulação no modelo assistencial, hoje baseado na assistência médico-hospitalar individual, deslocando o eixo para a assistência integral, universalizada e equânime e para a prática da responsabilidade por estas ações em cada esfera de governo.

Nesta perspectiva, o Município de Cajuru, que já iniciará o processo de municipalização dos serviços de saúde, tendo assinado convênio com o Ministério da Saúde em 05/02/93, em 19/10/93, solicitou sua inclusão na condição de gestão parcial, através do ofício 436/93, de 15/10/93, dirigido à Comissão Intergestora Bipartite, conforme preconizado pela NOB-SUS 01/93. Apresentou, ao longo das discussões na Comissão Intergestora Regional (C.I.R.) da DIR XVIII, composta pelos secretários municipais de saúde da região de Ribeirão Preto, a seguinte documentação (anexo 35):

- cópia da Lei 978, de 05/04/91, criando o Conselho Municipal de Saúde (C.M.S.). Cabe ressaltar que, a Lei 1.154, de 20/09/94, revoga esta lei, dispondo sobre a organização e atribuição do CMS;
- cópia da ata de reunião do CMS, realizada em 07/01/94, que aprova por unanimidade, o pleito do município de enquadramento na gestão parcial;
- cópia da Lei 977, de 05/04/91, que institui o Fundo Municipal de Saúde, cuja receita deverá ser aplicada no desenvolvimento das ações de saúde;
- plano municipal de saúde, conforme ofício 048/94, de 09/02/94, também aprovado pelo CMS;
- quadro demonstrativo da receita para 1994, propondo-se a aplicar 18% do orçamento municipal na Saúde;

- Portaria 128/94, de 01/07/94, formando comissão de estudos para elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários (P.C.C.S.), no prazo de 18 meses.
- Portaria 217/93, de 17/12/93, nomeando os responsáveis pela emissão das Autorizações de Internações Hospitalares (A.I.H.), aprovados pela Comissão Intergestora Regional (C.I.R.) da DIR XVIII;
- ofício 050/94, de 10/02/94, informando sobre a disponibilidade das condições técnicas e materiais para o desenvolvimento das atividades de planejamento, controle e avaliação dos serviços, explicitando capacidade para elaboração do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e para instalação da informatização do Setor.

Analisados todos os documentos, tendo o município atendido os requisitos necessários, a CIR, em reunião do dia 29/11/94 aprovou por consenso o pleito de enquadramento do Município de Cajuru na condição de gestão parcial, cuja Portaria 234/94, foi publicada no Diário Oficial da União de 26/12/94 (anexo 36).

Conforme a NOB-SUS 01/93, nesta condição, o Município "assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho;

recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no Município".

Na prática, a implantação do SUS é difícil e lenta, e está passando por séria e crescente dificuldade. A União, os Estados e os Municípios, responsáveis pelo seu funcionamento e administração, vêm acirrando suas contradições, discordando quanto à responsabilidade e autonomia de cada esfera, principalmente com relação às suas disponibilidades orçamentárias, alocação de recursos, muito insuficientes, e à condução de políticas públicas coerentes com os princípios básicos do SUS. A eficiência e a efetividade no processo de descentralização não é uma tarefa fácil já que nas últimas décadas foi cristalizada uma estrutura administrativa centralizadora.

No Município de Cajuru, este processo não é diferente e vem encontrando muitas dificuldades, como se verifica nas análises realizadas anteriormente. A reformulação do modelo assistencial, fundamental para a descentralização dos serviços de saúde para os Municípios, passa pela questão do financiamento do setor, da capacitação dos recursos humanos, do planejamento local, da gestão democrática e da participação social neste processo.

7.2 - FINANCIAMENTO

A Constituição Federal estabelece em seu artigo 195, parágrafo único, que o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

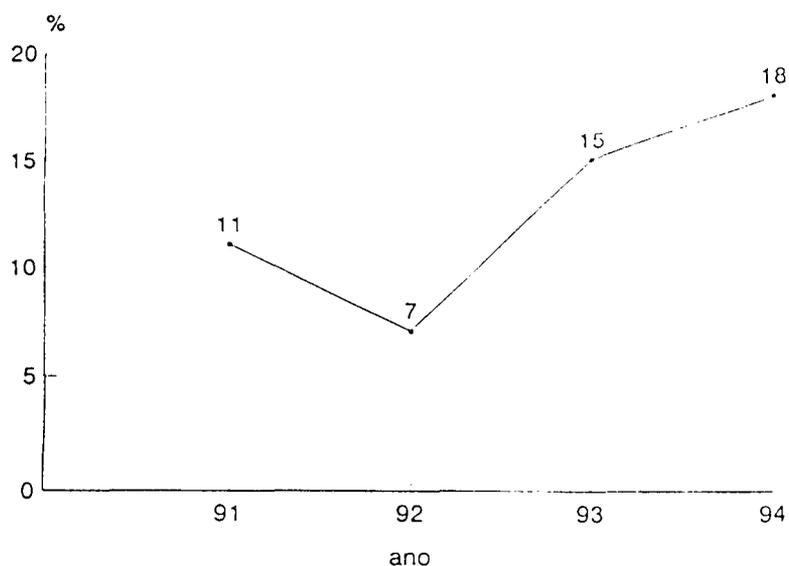
A Lei Orgânica da Saúde preconiza que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

O Fundo de Saúde tem como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pelos gestores municipal, estadual e federal. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde e serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal, através dos respectivos fundos de saúde.

No Município de Cajuru, a Lei 977, de 05/04/91, institui o Fundo Municipal de Saúde, como "instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações nas áreas médicas, odontológicas, hospitalar, sanitária e de apoio, executadas e coordenadas pelo órgão municipal de saúde". Estas ações compreendem "atendimento médico, odontológico-sanitário integral, hospitalar em unidades sanitárias, consultórios-ambulatorios, unidades de atendimento de emergência, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde conveniados, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle e erradicação de epidemias, aquisição, distribuição e aplicação de vacinas, soros, medicamentos e outros produtos de interesse da saúde pública". E, ainda, "serão desenvolvidas mediante planejamento adequado com o estabelecimento de planos, programas e projetos e a capacitação dos recursos humanos necessários".

Para desenvolver estas ações o Município vem destinando verba do seu orçamento para a área da saúde, conforme demonstra a Figura 23 (anexo37).

Figura 23 - Distribuição da % do Orçamento Municipal aplicado na área da Saúde, 1991 a 1994 - Cajuru

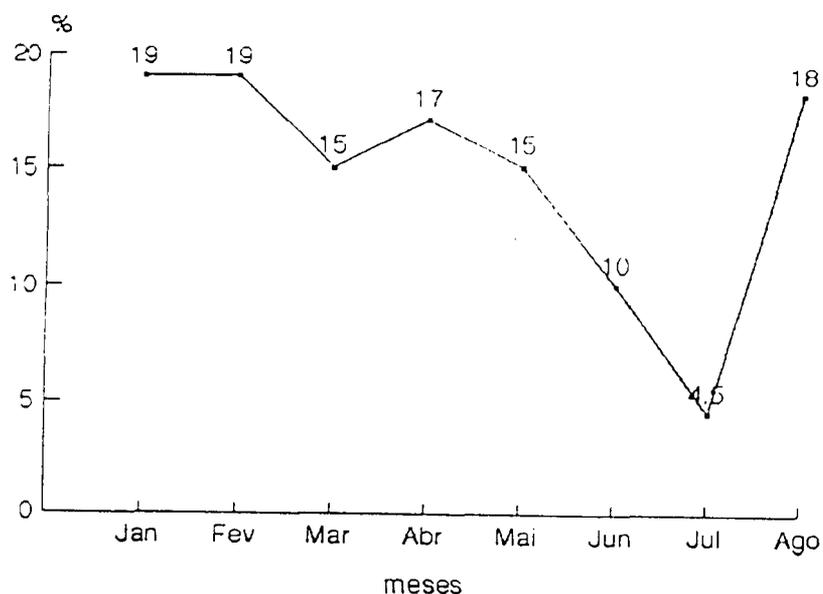


Fonte: Pref. Munic. de Cajuru

Nos meses de janeiro a agosto/95, gastou-se em saúde o referido na figura 2, cujas informações estão nos "Demonstrativos de Recursos Financeiros - Setor Saúde" (anexo 35).

Para 1996, está previsto 19% do orçamento municipal para a Saúde.

Figura 24 - Distribuição da % do Orçamento Municipal aplicado na área de Saúde, Jan. a Ago./95 - Cajuru



Fonte: Secr. Munic. de Saúde - Cajuru

Saliente-se que nos meses de junho e julho/95 houve repasse de verba referente ao faturamento de meses anteriores, o que "permitiu" uma redução na aplicação do orçamento do Município. Consta que o repasse está regularizado atualmente. Cabe ressaltar que o Estado não tem repassado recursos para o Município, o que se verifica nos demonstrativos mencionados. Na avaliação do prefeito e do secretário da Saúde, estes recursos são insuficientes. Parece haver dúvidas quanto a estarem na gestão parcial, porque deveriam estar recebendo a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado pela esfera federal, através do faturamento da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, e isto não está acontecendo, mesmo porque, segundo informações, o que se gasta com a produção é mais do que o estabelecido. Portanto, não existe esta diferença, que permitiria implementar as ações de saúde, permanecendo inalterada a questão financeira, com ampliação das responsabilidades do Município.

É importante dizer que enquanto o pagamento for baseado na produção de serviços fica difícil inverter esta lógica, o que é fundamental para a construção do SUS. O repasse de recursos financeiros deve permitir a sua administração de acordo com as necessidades definidas pelos órgãos colegiados e deverão obrigatoriamente viabilizar a execução dos planos de saúde, enfatizando a população e o quadro epidemiológico local, bem como a capacidade instalada, os recursos humanos e a cobertura preventiva. A saúde integral, princípio básico do SUS, não pode ser mercantilizada como objeto de consumo (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993)

7.3 - GERENCIAMENTO

O caminho da descentralização, que privilegia o modelo municipal de prestação de serviços, traz à tona a questão de autonomia na gerência, na administração dos recursos financeiros, na produtividade e na resolubilidade das ações de saúde e, fundamentalmente, na responsabilidade pelo impacto destas ações na população .

No Município de Cajuru, o gerenciamento da área da Saúde está centralizado na pessoa do Secretário da Saúde, que também é diretor do CS II e dos PASs. Não existe, na estrutura organizacional da Secretaria da Saúde, os cargos de gerente das unidades, o que acarreta perda na autonomia da gestão de cada uma delas, e da figura do seu gestor que tem o papel de motivar e liderar, propiciando co-responsabilidade pela participação dos trabalhadores e da comunidade, inserindo-os num processo permanente de gerência.

Para tanto, o primeiro passo é a criação dos cargos de gerente e a capacitação de profissionais para ocupá-los.

O Núcleo de Planejamento da DIR XVIII dispõe de uma proposta de capacitação gerencial para a Região, podendo a Secretaria da Saúde do Município solicitar que esta assessoria ocorra em seus equipamentos.

O investimento do Município na capacitação dos profissionais, propicia condições para existência de suficiente decisão e competência de modo a derrubar velhas estruturas, ao tempo em que se edificam as novas. Este é o principal desafio da gerência proposta no SUS. Ao gerente local compete a responsabilidade de identificar as necessidades da população, definir, viabilizar e desencadear estratégias, através do planejamento no nível local.

Este planejamento deve ter a participação da comunidade e dos trabalhadores de saúde, incorporando propostas específicas de atenção,

garantindo a assistência integral à saúde em todos os níveis, levando-se em conta, entre outros parâmetros, a epidemiologia e a realidade local para o estabelecimento de prioridades.

O conhecimento aproximado da realidade de saúde da população, através de indicadores fornecidos por sistema de informação, permite intervenções na busca da qualidade de vida dos cidadãos.

A gestão democrática do SUS deve ter na informação seu mais importante instrumento, para que permita retratar e retrabalhar a realidade local, não de forma fragmentada, mas enquanto parte de um contexto global de demandas sociais (Moraes, 1992).

O sistema de informação está sendo implantado no Município de Cajuru. Isto deverá servir para auxiliar quem toma decisão. Cabe ressaltar que as informações não são articuladas no sistema de informação do SUS, que é centralizador e obedece a lógica da compra de serviços. Porém, ele permite a formação de um banco de dados local que pode e deve ser analisado nos diversos níveis da hierarquia, para subsidiar o planejamento das ações a partir do conhecimento do perfil da clientela atendida e dos serviços prestados. Isto possibilita administrar a produção e os recursos disponíveis, além de facilitar a identificação de indicadores para a avaliação da assistência prestada a nível local e municipal, bem como para o controle e avaliação dos serviços de saúde (Moraes, 1992).

7.4 - REGIONALIZAÇÃO

O Município de Cajuru pertence à Região Administrativa do DIR XVIII - Ribeirão Preto, que compreende 24 municípios (anexo 39).

A Comissão Intergestora Regional procedeu a uma divisão da região em micro-regiões, considerando a facilidade de acesso entre os municípios, com o objetivo de maximizar os recursos de saúde da região, utilizando e melhorando a capacidade já instalada. Está em discussão a necessidade de aquisição de equipamentos, bem como a possibilidade de acordos e parcerias entre os municípios das micro-regiões, definindo-se o papel de cada um neste processo.

O Município de Cajuru é sede da micro-região que compreende, além dele, os municípios de Cássia dos Coqueiros, Santo Antonio da Alegria, Altinópolis, Santa Rosa de Viterbo e Batatais. Em Cajuru está instalado o Laboratório micro-regional de análises clínicas que serve de referência para os demais municípios.

Segundo o Núcleo de Planejamento da DIR XVIII, todos os municípios já se encontram em alguma forma de gestão e a proposta é que a região assuma, como um todo, a gestão semi-plena, na perspectiva de um gerenciamento único regional. Consta que, com exceção do Município de Serrana, todos os demais municípios já entraram com o pleito.

Para analisar os pedidos de enquadramento de gestão, o coordenador da Comissão Intergestora Regional, constituiu 05 sub-comissões, compostas pelos secretários municipais de saúde, que serão assessorados por um assistente do Diretor do DIR XVIII, não pertencente ao CMS correspondente.

O Município de Cajuru, cuja solicitação para enquadramento na gestão semi-plena foi feita através do Ofício 324/95, de 20/09/95, segundo informação da DIR XVIII, terá seu pedido analisado pelos secretários dos Municípios de Jaboticabal, Barrinha, Serrana, Guatapar e Brodosqui.

Em funo desta proposta mais ampla, o processo de micro-regionalizao está progredindo lentamente, dependendo de articulao política entre os municípios que compõem as micro-regiões.

Uma opção para o avanço no processo de municipalização é a conjugação de recursos financeiros e tecnológicos na prestação de serviços de saúde à população. Neste sentido, o processo de micro-regionalização deve ser implementado, inclusive com a possibilidade de se estabelecer Consórcios Intermunicipais de Saúde, enquanto instrumento de operacionalização das ações e serviços, cuja responsabilidade os municípios estão assumindo.

7.5 - TERRITORIALIZAÇÃO

Para que ocorra uma verdadeira transformação do sistema de saúde vigente é fundamental que o processo de regionalização traduza as distintas realidades da população, através do planejamento local e da participação social. A definição do território implica no estabelecimento de um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, que o caracterize. Portanto, ele é básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde desta população (Unglert, 1993).

No Município de Cajuru, pelo que se pode verificar, ainda não foi iniciado o processo de territorialização, não havendo definição de área de abrangência, ou seja, da área de responsabilidade de cada unidade de saúde, baseada em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Isto prejudica a determinação de ações de controle de saúde específicas para a população da área, visando o estabelecimento de prioridades para o enfrentamento dos seus problemas.

É importante ressaltar que é o reconhecimento das desigualdades existentes e a atuação específica nos problemas detectados que levam à busca da equidade.

7.6 - HIERARQUIZAÇÃO

A existência de diferentes níveis de atenção no SUS (primária, secundária e terciária), decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. É fato que certos equipamentos ou certas especialidades não são necessários em todos os lugares, devido à sua complexidade e alto custo, mas todas as pessoas devem ter acesso a estes equipamentos e serviços mais complexos. Para que isto possa ser assegurado, é imprescindível que os serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, que estabeleça mecanismos de referência e contra-referência, através dos quais, os usuários possam ser encaminhados para uma unidade de nível de atenção diferenciado (referência) e que, após atendimento, possam ser re-encaminhados à sua unidade de origem (contra-referência), para seguimento local da situação de saúde (Cadernos de Saúde Bucal - 1992).

No Município de Cajuru (como na maioria dos municípios), a hierarquização dos diferentes níveis de atenção existe mas, enquanto atendimento específico em cada nível, está prejudicado pelo desvio do atendimento em função de insuficiência de recursos nos Postos de Assistência Sanitária (PAS), porta de entrada do sistema, que acaba transferindo o atendimento primário para a CS II. Quanto à contra-referência, ela também não funciona adequadamente, considerando que quando os usuários são

encaminhados para o HC de Ribeirão Preto, passam a ser pacientes daquele Hospital, sem retorno para Unidade de origem.

Portanto, há necessidade de se estabelecer claramente a hierarquização dos serviços e criar mecanismos que garantam o seu funcionamento. Segundo informação da DIR XVIII, em função da re-organização das micro-regiões e do pleito para gestão semi-plena dos municípios que integram a região, o sistema de referência e contra-referência entre os municípios está sendo rediscutido e reavaliado.

Isto permitirá a incorporação de tecnologias adequadas que, necessariamente, não precisam estar em todos os Municípios, se este sistema realmente funcionar, buscando a racionalização de recursos.

7.7 - ACESSIBILIDADE

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS, estabelecido no artigo 7º, inciso I, da Lei Orgânica da Saúde.

O acesso à saúde está intimamente vinculado às condições de vida, onde nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são componentes fundamentais. A acessibilidade é uma característica dos serviços de saúde, cujas barreiras podem ser de ordem geográfica, que se refere à distância que a população tem que percorrer para acessá-los; de ordem funcional, que diz respeito aos tipos de serviços oferecidos, horário de atendimento e qualidade; de ordem cultural, referente à inserção dos serviços nos hábitos e costumes da população; e de ordem econômica, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos (Unglert, 1993).

No município de Cajuru, informações colhidas em entrevistas com os usuários dão conta de que, independente da distância entre suas residências e as Unidades de saúde, a população faz tal percurso a pé. Se é preciso deslocamento para fora do Município, a Prefeitura providencia transporte, apesar da dificuldade relatada nesta área pelo secretário da Saúde. Segundo ele, existe necessidade da implantação de uma unidade num bairro periférico, porém não há recursos.

No que se refere ao horário de funcionamento dos PASs, ainda que seja das 07:00 às 21:00 horas, de segunda à sexta-feira, cabe ressaltar que o atendimento não é contínuo, não havendo cobertura em todos os horários. Segundo entrevistas realizadas com os usuários dos PASs, há possibilidade de atendimento no mesmo dia, com espera de meia hora, quando há o médico. Caso contrário, a consulta é marcada pessoalmente ou por telefone. A maioria referiu que procura o PAS semanalmente, para consulta médica/odontológica e vacinação, por ser o mais próximo, por ser gratuito e pela facilidade de atendimento. Além do médico, também procuram o "farmacêutico" para serem medicados e utilizam remédios caseiros. Alguns usuários relataram que quando não encontram o médico no PAS, procuram o CS II, cuja demora para marcação de consultas é de 15 a 30 dias e para atendimento no dia a espera é de 30 minutos a 02 horas. Segundo uma servidora, muitas vezes, o usuário perde a consulta por ser analfabeto e não saber identificar o seu dia correto.

A universalização do direito à Saúde passa pela questão da cidadania, imprescindível para a consolidação de uma efetiva transformação democrática, que exige, em última instância, educação, e uma mínima compreensão do que a saúde significa para o indivíduo, para que ele possa reivindicá-la como um direito.

Portanto, o acesso real aos serviços de saúde deve ser estabelecido no nível de cada uma das unidades., com a participação efetiva dos servidores no

nível local e da comunidade neste processo, respeitando as particularidades de cada realidade (Unglert, 1993).

7.8 - INTEGRALIDADE

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), no seu artigo 7º, inciso II, estabelece, enquanto um dos princípios do SUS, a "integralidade das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema". Esta integralidade manifesta-se em duas dimensões:

- numa integração, definida por um problema a ser enfrentado através de um conjunto de operações articuladas pela prática da vigilância à saúde;
- numa integração, dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas de atenção à demanda e da vigilância à saúde (Mendes, 1993).

É imprescindível a construção de um modelo de atenção que viabilize o conceito de saúde integral, no qual prevenção e cura se somam como eixos centrais da prática.

No Município de Cajuru, verifica-se que os serviços oferecidos à população são centralizados no modelo médico-assistencial, com prioridade para as ações curativas e individuais. Portanto, é um modelo baseado na oferta de serviços e não nas necessidades reais de saúde da população. Na verdade, o que se busca é uma adequação da oferta à demanda da população, em detrimento da vigilância à saúde. Ainda que haja iniciativa de profissionais que,

buscando alterar esta situação mesmo em condições adversas, desenvolvem ações de natureza preventiva, são isoladas e esporádicas.

Um dos fatores que dificultam a integralidade das ações de saúde é a inexistência de um planejamento local destas ações. Os serviços se caracterizam por uma postura passiva em relação ao processo saúde-doença de sua população, adotando um caráter excludente.

Esta situação somente se transforma com ampla participação de todos os atores sociais envolvidos (governo municipal, trabalhadores da saúde e comunidade) e não por Decreto ou por medidas administrativas.

7.9 - PARTICIPAÇÃO POPULAR E DEMOCRATIZAÇÃO

A Lei 8.142, de 28/12/90, estabelece em seu artigo 1º que o SUS contará com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas. À Conferência, com representação dos vários segmentos sociais, compete "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde". O Conselho de Saúde, enquanto órgão permanente e deliberativo, composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, deverá atuar "na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo Chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo". Nas duas instâncias, "a representação dos usuários deverá ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos".

Conforme informação da DIR XVIII, o Município de Cajuru já realizou uma Conferência Municipal de Saúde, porém, não se conseguiu localizar o relatório desta conferência.

No Município de Cajuru, a Lei 978, de 05/04/91, que cria o CMS foi revogada pela Lei 1.154, de 20/09/94, que estabelece como competência do CMS:

- estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- fiscalizar o Fundo de Saúde, movimentado pelo Órgão de Saúde Municipal;
- aprovar o plano municipal, apresentado pelo Órgão de Saúde Municipal, incluindo orçamento anual de custeio e investimentos;
- aprovar as prestações de contas trimestrais apresentadas pelo Órgão Municipal de Saúde;
- aprovar a política de desenvolvimento de Recursos Humanos que completa a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários da esfera do Governo Municipal;
- acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;
- articular-se com os órgãos de saúde nos níveis estadual e federal, visando a integração e consecução harmônica dos seus fins;
- convocar extraordinariamente, a Conferência Municipal.

O CMS é presidido pelo Secretário Municipal de Saúde e Promoção Social e tem a seguinte composição:

- 02 representantes do Órgão Municipal de Saúde;
- 02 representantes da DIR XVIII;
- 01 representante de cada prestador de serviço conveniado ou não com o Sistema de Saúde;
- 01 representante de cada Associação de profissionais da área da saúde e de sindicatos;
- representantes dos usuários em número idêntico ao total dos outros representantes.

No que se refere à composição atual do CMS de Cajuru, consta que houve modificação, porém, não ficou claro quem são os novos membros. Este fato foi verificado através de entrevistas com alguns membros do CMS e de documentos enviados pela Secretaria. Isto reflete uma não participação efetiva do CMS e, conseqüentemente, numa atuação tímida, não correspondendo às expectativas em relação à sua competência. Inclusive na avaliação do próprio Secretário, o CMS não funciona como deveria, havendo, segundo ele, desinteresse dos participantes em função dos escassos recursos para a Saúde. As reuniões são mais para prestação de contas e fiscalização. Segundo, informação, os membros são convidados pelo Secretário da Saúde e as propostas apresentadas normalmente são aprovadas por unanimidade. Estas reuniões, que antes eram mensais, agora são bimensais, sendo convocadas pelo presidente do Conselho e contam com a presença de 09 pessoas, em média.

Nas entrevistas realizadas com profissionais da saúde, constatou-se a desinformação quase generalizada sobre o CMS. Os profissionais que o conhecem, normalmente são membros do Conselho ou referem-se ao Diretor do CS II ou ao Prefeito como seu representante. Mesmo entre os membros, não há

clareza quanto ao papel do CMS, tendo sido citado como de caráter consultivo, quando é deliberativo.

O acesso à informação sobre o funcionamento do governo e sobre a própria situação de saúde do município deve ser um estímulo à participação popular.

No Município de Cajuru, as entrevistas com os profissionais da saúde revelaram que estes não participam do planejamento e que as informações não são disseminadas.

O desafio é fazer chegar a informação ao usuário final e não só esperar que os cidadãos se aproximem da administração.

Para a reformulação do sistema de saúde é imprescindível a democratização das instituições de saúde, com a participação efetiva dos profissionais da saúde e da população em todas as instâncias, desde o planejamento até a avaliação das ações desenvolvidas e, portanto, no controle da gerência pública.

De maneira geral, as pessoas não têm clareza das mudanças que ocorreram após a municipalização, com exceção de um profissional que considera a "piora" dos serviços, argumentando que anteriormente havia mais recursos para a saúde. Outros acreditam que isto representa mais recursos para o município. Quanto ao papel da Unidade no SUS, apesar de considerá-la importante no atendimento à população carente, tendo um profissional do Hospital se referido à sua unidade como "ponto final da 'via-crucis' do paciente", a maioria não ouviu falar do SUS.

É necessário a criação de condições favoráveis que permitam o envolvimento de todos os trabalhadores nos diversos níveis, para que o saber, o conhecimento e a informação sejam horizontalizados, garantindo que a democratização do saber se processe na prática das ações de saúde.

7.10 - RESOLUBILIDADE

A capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência se inscreve na Lei Orgânica da Saúde, artigo 7º, inciso XII.

Esta capacidade está relacionada ao acesso que a população tem aos diferentes níveis de atenção à saúde, que por sua vez é determinada pelo sistema hierárquico, pela existência/eficiência da referência e contra-referência, pela transposição das barreiras de acesso, bem como pela consideração do indivíduo como um todo, que necessita de atenção integral à sua saúde.

Há que se considerar que, para a análise dos resultados é fundamental um sistema de informação que demonstre com fidedignidade, as ações desenvolvidas, permitindo uma avaliação da capacidade dos serviços de resolver os problemas de saúde de sua população.

No Município de Cajuru, não foi possível a análise da resolubilidade uma vez que tal avaliação requer, por exemplo, estudos sobre a morbidade não só hospitalar e ambulatorial, como também da população que não chega aos serviços. O próprio Município não dispõe ainda, de instrumentos para processar esta análise, mesmo que restrito às ações executadas somente nos serviços.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Introdução à Epidemiologia Moderna, 1ª ed., Editora COOPMED/APCE/ABRASCO, 1992
- ARENA, V. Contos de minha terra. Cajuru, 1994.
- ARENDT, H. & CARTHY, M.M. Entre Amigas. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1995.
- BATAZZO, C. Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo, Instituto de Saúde, 1994.
- BATAZZO, C. Saúde Bucal Coletiva: Um conceito em permanente construção. Rev. Saúde Atual, Ano I, n. 1, São Paulo, julho/1992, pp 14-23.
- BRASÍLIA. Leis, etc. Lei nº 8080, de dezenove de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União.
- BRASÍLIA. Leis, etc. Lei nº 8142, de vinte e oito de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único da Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União.
- BRAZELTON, Berry T. Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil, Ed. Martins Fontes, SP, 1994.
- CALVO, M. Treinamento em saúde bucal coletiva. São Paulo, Mimeo, 1994.

CETESB. Técnica de abastecimento e tratamento de água. 3a. ed., São Paulo, 1987. v.2.

CHAVES, M.M. et al. Odontologia Social. 2a. ed., Rio de Janeiro, Labor, 1977.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, URSS, 1978. Relatório: Cuidados primários de saúde. UNICEF, 1978 (OMS - Série Salud para Todos, 1).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Brasília, 1986. Relatório final. Brasília, Ministério da Saúde, s.d.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (Primeira). Brasília, DF, 10 a 12 out. 1986. Ministério da Saúde - Universidade de Brasília. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986.

CRETELLA JR., J. Constituição Brasileira - 1988. 3a. ed. Rio de Janeiro, Forense, 1995.

DALLARI, de Abreu Dalmo. O que são Direitos da Pessoa. 10 ed, revista, 1994, Editora Brasiliense.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Ministério da Saúde, Ministério da Criança.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP, s.d. [trabalho fornecido aos alunos na disciplina de Vigilância Sanitária de Alimentos, do curso de especialização em Saúde Pública].

FONTES, A. Consórcios intermunicipais: um instrumento para o planejamento local. Rev. Adm. Pública. 38 (198):46-6, 1991.

GERMANO, P.M.L.; UNGAR, M.L.; MIGUEL, M.; GERMANO, M.I.S. Vigilância Sanitária de Alimentos, São Paulo.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Programa de reorientação da assistência odontológica. MPAS/CCS. Rio de Janeiro. 1983.

LAURENTI, R. et. al. Estatística de Saúde. São Paulo: EPU, 1987.

LESER, W.; BARBOSA, V; BARUZZI, R.G.; RIBEIRO, M; FRANCO, G.L. Elementos de Epidemiologia Geral. Rio de Janeiro, São Paulo, Ateneu, 1988.

MENDES, E.V. A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília, 1993 (OPAS - Série: desenvolvimento de serviços de Saúde, 10).

MENDES, E.V. Distrito Sanitário - O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde, Hucitec, São Paulo, 1993.

MINAYO, M.C. de S. A violência sob a perspectiva da saúde. Cad. de Saúde Pública, 10 (Supl.1):07-18, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional da Saúde. Coordenação de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos. Normas operacionais de controle de zoonoses: procedimentos para o controle de roedores. Brasília, 1990. p. 49.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Leis, etc. Portaria nº 545, de vinte de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93 - Diário Oficial da União.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional contra a Tuberculose. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. CNCT/NUTES. 3ª ed. rev. Rio de Janeiro, 1992, 174p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, Ministério da Criança, 1991.

MORAES, I.H.S. de; EDUARDO, M.B. de P.; SOBOLL, M.L. de M.S.. Informação em Saúde e Gestão Democrática. In: Conferência Nacional de Saúde, 9ª. Brasília, 1993. Cadernos da Nona. Brasília, Ministério da Saúde, 1992, p. 35-42.

MUNICÍPIO DE CAJURU. Leis, etc. Lei n. 977, de 05 de abril de 1991: institui o Fundo Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de Cajuru.

MUNICÍPIO DE CAJURU. Leis, etc. Lei nº 1120, de 03 de janeiro de 1994: Reforma a Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Cajuru. Diário Oficial do Município de Cajuru.

MUNICÍPIO DE CAJURU. Leis, etc. Lei nº 1154, de 20 de setembro de 1994: Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de Cajuru.

NARVAI, P.C. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Hucitec, 1994.

NOVAES, Adauto et al. O Olhar. Companhia da Letras, SP, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal - Manual de Instrução - Terceira Edição. OMS. Liv. Ed. Santos. São Paulo. 1991.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Lucha contra vetores y plagas urbanas. Comité de Expertos de 1o. OMS em biología de los vectores y lucha antivectorial; 11o. informe. Ginebra, 1988 (OMS - Série de informes técnicos, 767).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia para la organización, ejecución y evaluación de Campañas masivas de vacunación antirrábica canina, 1992.

PANETTA, J.C. Ocorrência de Zoonoses de origem alimentar. Higiene Alimentar, 9(38):14, 1995.

PILON, A.F. Saúde e atenção das necessidades humanas básicas. 36:(8-15). São Paulo, 1976.

REDE CEDROS. GT Estomatologia - AIDS. Manual sobre manifestação bucal e controle de infecção. CEDROS, 1992.

REDE CEDROS. GT Saúde Bucal em SILOS. O que fazer nos Municípios? Caderno de Saúde Bucal 1. Rio de Janeiro, CEDROS, 1992.

SCHNEIDER FILHO, D. A. et al. Fluoretação da água, como fazer a vigilância sanitária? GT Métodos de massa/fluoretação da água. Rio de Janeiro, Rede Cedros, 1992.

SCHNEIDER, D.A. et. al. Aids e biossegurança em saúde bucal. São Paulo, Mimeo, 1994.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Vigilância Sanitária. Núcleo Técnico de Planejamento. Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Normatização de Controle de Infecção: Conservação e manutenção de equipamentos odontológicos. São Paulo, 1992.
- SILVA JR., E. A. da. Manual de Controle Higiênico Sanitário em Alimentos. São Paulo, Varela, 1995.
- SOARES, L.B.T.S. Terapia ocupacional - lógica do capital ou do trabalho? São Paulo, Hucitec, 1991.
- UNGLERT, C.V. de S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança, das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1993. p. 221-235.
- VILLA NOVA, A. et. al. Parâmetros técnicos na utilização de praguicidas em saúde pública. São Paulo, Dow Elanco, 1993. p. 24-9.
- WALDMANN, E. A. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública. São Paulo, 1991. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pesticides and equipment requirements for national vector control programmes indeveloping countries, by A. Smith. Geneva, 1981 (WHO/UBC/81.4).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Expert Committee on Rabies; eight report. Geneva, 1992. (WHO - Technical Report Series, 824).86p.

ANEXOS

Anexo 01 - Entrevista com Prefeito	A1
Anexo 02 - Entrevista com Secretário da Saúde	A3
Anexo 03 - Entrevista com Secretário de Administração	A5
Anexo 04 - Entrevista - Secretaria de Obras e Serviços	A7
Anexo 05 - Entrevista - Secretaria de Esportes, Cultura e Turismo	A8
Anexo 06 - Entrevista com o CMS	A9
Anexo 07 - Entrevista com Diretor do CS II/PAS	A10
Anexo 08 - Entrevista com o Diretor(a) da Santa Casa de Misericórdia	A12
Anexo 09 - Entrevista com Diretor da Vigilância Sanitária/Epidemiológica	A14
Anexo 10 - Entrevista com Profissionais da Saúde	A16
Anexo 11 - Entrevista com Usuários	A19
Anexo 12 - Entrevista da EMEI	A24
Anexo 13 - Entrevista - Clínica Odontológica/PAS	A30
Anexo 14 - Entrevista - Sindicato dos Trabalhadores Rurais	A32
Anexo 15 - Entrevista - Sindicato Patronal	A34
Anexo 16 - Entrevista - Lions/Rotary	A36
Anexo 17 - Entrevista - Cia. de Força e Luz	A37

Anexo 18 - Entrevista com o Gerente da Sabesp	A38
Anexo 19 - Entrevista com Diretor da Escola	A43
Anexo 20 - Organograma da Secretaria da Saúde	A50
Anexo 21 - Cobertura vacinal contra raiva canina	A51
Anexo 22 - Publicação Técnica - Centro de Controle de Zoonoses	A52
Anexo 23 - Mapa diário de trabalho Saúde Bucal	A61
Anexo 24 - Odontograma	A62
Anexo 25 - Ficha de Referência de Pacientes	A63
Anexo 26 - Questionário Informativo da Área de Saúde Bucal	A64
Anexo 27 - Ficha de Movimentação de Material Dentário	A68
Anexo 28 - Relatório de Produção Ambulatorial	A69
Anexo 29 - Boletins de Análise da Água do Instituto Adolfo Lutz	A72
Anexo 30 - Boletins de Análise da Água do Instituto Adolfo Lutz	A73
Anexo 31 - Boletins de Análise da Água do Instituto Adolfo Lutz	A74
Anexo 32 - Boletins de Análise da Água do Instituto Adolfo Lutz	A75
Anexo 33 - Boletins de Análise da Água do Instituto Adolfo Lutz	A76
Anexo 34 - Boletins de Análise da Água do Instituto Adolfo Lutz	A77
Anexo 35 - Processo de Inclusão do Município na Gestão Parcial	A78

Anexo 36 - Portaria nº 234 do Ministério da Saúde, de 22/12/1994	A86
Anexo 37 - Porcentagem do Orçamento Municipal aplicado na Saúde	A89
Anexo 38 - Demonstrativo de Recursos Financeiros - Setor Saúde	A90
Anexo 39 - Mapa da Região Administrativa - Ribeirão Preto - DIR XVIII	A100