

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

RELATÓRIO

**Trabalho
de Campo
Multiprofissional**

**MUNICÍPIO DE
MOCOCA**

1996

DCM 236
P

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL-1995

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

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

**São Paulo
1995**

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ana Cecília Mac-Dowell Gonçalves Falcão
Arlindo da Silva Lourenço
Carla Raquel dos Santos Ramos
Cecília Umbelino de Barros
Durval Quiezi
Eliana Fritzsons Mellim
Edna Soares Santana
Eveline Pravato
Klinger Atuy dos Santos
Leda Maria Aschermann
Neide Maria Rodrigues da Silva
Teresa Cristina Dias de Matos

ORIENTADOR

Dr. Antonio Carlos Albuquerque Bandeira

COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

Presidente

Prof^a. Doutora Eunice Aparecida Bianchi Galati

Membros

Prof^a. Doutora Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitrini
Prof. Doutor Roque Passos Piveli
Prof. Doutor José Cavalcante de Queiroz
Assistente Cláudio Gastão Junqueira de Castro
Secretária Felícia Ida Lipparelli Marques dos Reis

ÍNDICE

Conteúdo	Pg
1.Introdução	01
2.Procedimentos Metodológicos	02
3.Caracterização do Município	05
4.Caracterização das Organizações Cíveis	72
5.Caracterização Ambiental	101
6.Descrição dos Serviços de Saúde do Município de Mococa	117
7.Saúde Bucal	182
8.Análise Epidemiológica	197
9.Processo de Municipalização	228
10.Pesquisa de Opinião com Base Populacional	257
11.Conclusão	281
12.Anexos	284
13.Bibliografia	288

1. INTRODUÇÃO

Este relatório é resultado do Trabalho de Campo Multidisciplinar (TCM), trabalho de conclusão do Curso de Especialização da Faculdade de Saúde Pública da USP (Universidade de São Paulo), realizado no município paulista de Mococa.

Tem por objetivo compreender o processo de implantação da municipalização da saúde no município de Mococa, dentro dos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde).

A saúde no município foi analisada dentro de uma perspectiva global, onde além dos indicadores de saúde se considerou os indicadores sócio-econômicos. Foram considerados também aspectos políticos, ambientais e sociais, assim como o histórico, tentando a todo instante inseri-lo no contexto geral das políticas públicas.

Este estudo procurou identificar a organização dos serviços de saúde disponíveis à população, quanto a sua instalação, funcionamento, organização e profissionais disponíveis. Procurou também verificar como se estabelece a participação da população na gestão da saúde.

E, finalmente, espera-se contribuir de alguma forma para a reflexão da equipe diretora de saúde do município, para a melhor organização dos serviços prestados à população.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este Trabalho de Campo Multiprofissional que tem por objetivo conhecer o processo de implantação do SUS em Mococa, seguiu os seguintes passos:

(1) Caracterização do município, a partir de levantamento de dados históricos e gerais fornecidos pela Prefeitura de Mococa.

(2) Levantamento e organização dos dados secundários fornecidos pela Faculdade de Saúde Pública a partir de fontes como: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Fundação Seade e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

(3) Coleta de informações em todas Unidades de Saúde, onde foram levantadas os registros de produção dos serviços médicos, de enfermagem, de exames laboratoriais, dos programas e número dos profissionais existentes.

(4) Coleta de informações no Cartório de Registro Civil, utilizando-se dos registros de natalidade e mortalidade.

(5) Entrevistas:

-instrumentos:

Foi construído instrumento (questionário anexo) definido para a pesquisa de opinião junto a população, referente à área

de saúde do município, contendo perguntas não estruturadas (questionário não estruturado).

Outras entrevistas foram realizadas de forma livre com os representantes de entidades, empresas, sindicatos, a secretária da saúde, e curador da Santa Casa, baseadas em roteiro pré-estabelecido, onde foram explorados aspectos diretamente ligados ao entrevistado e à saúde municipal.

-seleção da amostra:

Para entrevista com a população, partiu-se da Planta de Setores Fiscais de Mococa de 1984, para a seleção das quadras referentes à área urbana do município.

De um total de 321 quadras identificadas utilizou-se então, um programa estatístico construído no software Resample Stats (TM) para escolha aleatória de 10 quadras. O número das quadras sorteadas foram os seguintes: 143, 307, 04, 61, 76, 110, 54, 260, 169 e 242.

Definiu-se em 10 domicílios e o número de entrevistas a serem realizadas em cada quadra, optando-se pela mulher responsável pelo domicílio como ego da pesquisa.

Definiu-se, também, que na impossibilidade em se obter os 10 domicílios na mesma quadra, completar-se-ia o número de entrevistas com domicílios de quadras imediatamente subsequentes.

Partindo-se de uma primeira entrevista na quadra sorteada, desconsideravam-se duas(2) casas imediatamente adjacentes para entrevistar-se o terceiro domicílio e assim sucessivamente

-análise dos dados:

Foram inicialmente codificadas as respostas, partindo-se de 20% da amostra relacionada. Construiu-se uma matriz de códigos referente a núcleos de conteúdo similar e após esta codificação inicial, todas as respostas da amostra foram codificadas.

Os dados codificados foram então introduzidos em Banco de Dados eletrônico, através do programa Filemaker.

Para análise dos dados utilizou-se de estatísticas descritivas.

(6) Nas tabelas de 1 a 6 foi usado cálculo da taxa de incremento populacional, baseada no modelo geométrico de crescimento no período entre censos].

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1. Aspectos históricos

No início do século XIX, a região do nordeste paulista banhada pela bacia do Rio Pardo, incluindo a área de Mococa era composta de mata virgem.

O povoamento de Mococa teve início com a chegada de posseiros vindos de Minas Gerais. Os mineiros viveram durante o século XVIII uma das mais importantes etapas de desenvolvimento econômico do período colonial no Brasil, tornando-se uma região abastada graças à mineração. No entanto, já nas duas últimas décadas daquele século, a atividade mineradora entrou em decadência devido à escassez de ouro. Com isso, houve um empobrecimento dos mineradores que a princípio dividiram-se em dois grupos. Aqueles que ainda dispunham de recursos e possuíam escravos formaram grandes fazendas, os demais estabeleceram pequenas roças de subsistência e, com o passar dos anos, acabaram sendo absorvidos pelos latifundiários.

Foram estes mineiros os primeiros a povoar a região de Mococa. O que os atraía era a baixa densidade demográfica da região, a topografia favorável, as condições do clima e a fertilidade das terras de massapê e terra roxa.

As primeiras atividades destes povos foram: a derrubada das matas virgens, a construção de moradas e a formação de pequenas

lavouras e pastagens, que ampliaram-se na primeira metade do século XIX, dando origem as primeiras fazendas de Mococa.

A partir do ano de 1.850, com a promulgação da "Lei de Terras", os posseiros tiveram suas terras demarcadas judicialmente. Somados a estes, encontramos os fazendeiros mineiros que se fixaram em Mococa por terem recebido concessões de Sesmarias.

No início, os fazendeiros desenvolveram uma agricultura de subsistência, plantando mandioca, milho, feijão e arroz; além de hortaliças e árvores frutíferas (bananeira, laranjeira e limoeiro). Em grande escala desenvolvia-se a cultura da cana-de-açúcar, da qual se extraía o açúcar, o melado e a aguardente.

Desenvolveu-se a pecuária de corte (gado bovino e suíno), utilizando-se a carne e o couro. Existia também a criação de carneiros, cuja lã era usada na confecção de roupas. Da mandioca se obtinha a farinha e da mamona o óleo para o candeieiro. Portanto, nesta época, as fazendas podiam ser consideradas auto-suficientes.

Em 1.841, um casal de fazendeiros de Mococa, que possuía grande tradição religiosa e era devoto de São Sebastião, resolve fundar uma Capela que se denominou Boa Vista. A população de Mococa, desde o período colonial, assim como todo o Império, era fervorosamente católica, seguindo com rigor o que era pregado pela Igreja, que acabava por influir em todo andamento da vida colonial, quer seja no aspecto social, econômico ou político da época. Dois anos depois começaram a ser construídas as primeiras

casas dos grandes fazendeiros nas proximidades da Capela, também chamada "Capela Curada", com esse processo inicia a urbanização da cidade que, em 1.846 já contava com 12 casas e 100 habitantes. Em 1.856, a Capela Curada passa à condição de Freguesia e em 1.871 à Vila de São Sebastião da Boa Vista.

Em 1.875 é elevada à condição de cidade, com o nome de Mococa (palavra indígena que quer dizer "casa de pequeno esteio", alusão feita às primeiras moradias do povoado).

Na segunda metade do século XIX, os mineiros de Mococa que haviam vivido a opulência do ouro, voltam a encontrar a riqueza com a produção do café. A primeira lavoura do café foi plantada em Mococa, em 1.845. Com a expansão da atividade cafeeira, muitas mudanças se fizeram sentir, tais como:

- a substituição da mão-de-obra escrava pelo trabalho assalariado dos imigrantes (sobretudo italianos);

- o crescimento populacional da região;

- a modernização dos meios de transporte, com a construção da estrada-de-ferro Mogiana, que chegava à Mococa;

- a expansão da rede bancária e do crédito agrícola; e

- a dinamização das atividades comerciais.

Ainda hoje pode-se observar a riqueza produzida pelo café e deixada pelos fazendeiros nas casas do centro urbano, formando o patrimônio arquitetônico e histórico de Mococa.

Nas fazendas, a imigração era subsidiada pelos fazendeiros que cobriam as despesas de transferência do imigrante da Europa para o Brasil que aqui chegando, deveria trabalhar gratuitamente para o fazendeiro, durante algum tempo, até reembolsá-lo. Os imigrantes tornavam-se então colonos da fazenda.

Na maioria das vezes, o imigrante trabalhava na lavoura do café onde o lucro da colheita ficava com o fazendeiro, recebendo o colono, moradia e um pequeno pedaço de terra para fazer uma roça para sua subsistência e criar algum animal, tendo direito ainda a um pequeno salário, caso já houvesse saldado as dívidas da viagem contraídas com o fazendeiro.

Este sistema de trabalho ainda pode ser observado, nos dias de hoje, em algumas fazendas de Mococa, como a fazenda Contendas, de José Pereira Lima Neto, que mantém 30 famílias de colonos, alguns representantes da quinta geração de imigrantes italianos.

Estes colonos vivem ainda hoje nas mesmas casas construídas no início do século, com quatro cômodos (dois quartos, sala e cozinha). São trabalhadores assalariados com direito a uma parte da terra para o plantio de gêneros de subsistência. Os filhos dos colonos freqüentam a escola rural.

Com a expansão da atividade cafeeira deu-se a crescente influência política dos cafeicultores. Os produtores de café do Vale do Paraíba, situados inicialmente numa região do Estado mais próxima à capital do Império (Rio de Janeiro), em poucos

anos transformaram-se na facção da aristocracia rural que maior influência exerceu sobre as autoridades governamentais.

Durante o segundo reinado, de 1.840 a 1.889, sob o Governo do imperador D. Pedro II, o Brasil possuiu dois partidos políticos: o Liberal e o Conservador. Tratavam-se de organizações sem um programa definido, geralmente seguindo a opinião de alguns líderes de destaque. As diferenças entre os partidos eram mínimas, pois ambos defendiam os interesses dos grandes latifundiários, que eram a elite política, econômica e social dominante (Paladini, 1995).

Nessa época, Mococa sentia o reflexo do que acontecia na capital do Império, pois em 1.856 têm início entre os mocoquenses as primeiras atividades políticas com a fundação dos partidos Liberal e Conservador, com a formação e orientação já descritas.

Em 1.856, estes partidos em Mococa tinham como líderes, José Gomes de Lima, do Partido Conservador e Venerando Ribeiro da Silva, do Liberal, ambos grandes fazendeiros da região.

Até o advento da República, a Câmara Municipal de Mococa foi composta quase que totalmente por fazendeiros da ala conservadora, fieis à política do Império.

Já em 1.889, os partidos de Mococa sofreram uma alteração, mudando seus nomes para Partido Republicano Liberal e Partido Republicano Conservador, seguindo a mesma orientação anterior.

Logo após o advento da República em 1.890, ocorre uma mudança na política nacional e as Câmaras Municipais do Brasil são dissolvidas criando-se em seu lugar os Conselhos de Intendência, onde os comerciantes passam a ter espaço de atuação na política nacional, até então dominada plenamente pelos fazendeiros.

Segundo Carlos Alberto Paladine, é neste momento também que pela primeira vez, quebra-se em Mococa a hegemonia dos cafeicultores na política com a presença de uma oposição que o Partido Republicano Liberal passa a exercer em relação ao Partido Republicano Conservador.

A nível nacional, a oposição inicia-se como já foi mencionado com os comerciantes que neste momento já ganham projeção urbana. Em Mococa, algo peculiar ocorre, quando um médico entra para a política. Trata-se do Dr. Antonio Muniz Ferreira, baiano, residente na cidade desde 1.885 e que realizou sistemática política de oposição aos Conservadores, neste momento representados pela figura de Francisco Garcia de Figueiredo, fazendeiro abastado de Mococa.

Este médico chega inclusive a fazer oposição, via jornal, em Mococa, com a criação do "O Município", jornal que passa a atuar contra o "A Mococa", de linha conservadora.

Em 1.919, com o falecimento deste médico, o grupo político conservador volta a manter o domínio da política local.

Até 1.929, Mococa não vivencia grandes alterações políticas. A partir desse período se insere dentro de inúmeros acontecimentos políticos e administrativos. Em 1.929, o Brasil se movimentava em torno da campanha eleitoral para Presidência da República, praticamente dividida em dois grupos políticos.

O primeiro grupo sustentava a candidatura de Júlio Prestes (Presidente do Estado de São Paulo), apoiado pelo então Presidente Washington Luis. Um outro grupo sustentava a candidatura de Getúlio Vargas (Presidente do Estado do Rio Grande do Sul), apoiado pelos Estados de Minas Gerais e da Paraíba.

Mococa participa deste momento político apoiando, através do PRP (Partido Republicano Paulista) o candidato Getúlio Vargas e através do Partido Democrático, Júlio Prestes. Em 1.930, acontece o Congresso dos Lavradores em São Paulo, quando são duramente criticados o Governo Federal e o então candidato Júlio Prestes. Apesar disso, em março desse mesmo ano, Júlio Prestes vence as eleições e a oposição, inconformada com os resultados inicia movimento que destitui o Presidente eleito e cria um Governo Provisório. Getúlio assume o poder e em nome da "Revolução", dissolve o Congresso Nacional e extingue as Câmaras Municipais que são substituídas pelas Juntas Governativas. Estes "...acontecimentos políticos e administrativos transformaram a consciência política, econômica e cultural do País" (idem, ibidem).

Em 1.932, Mococa, acompanhando as movimentações ocorridas em todo o Estado de São Paulo, participa ativamente de ações militares na retaguarda do movimento que tentava garantir a volta dos direitos constitucionais. A cidade viveu momentos de pânico e tensão, pois estava localizada próxima à fronteira de Minas Gerais e por isso foi palco de intensa movimentação militar. Foi ocupada por tropas federais em 31 de agosto depois de intensos combates travados com as tropas constitucionalistas. O pânico tomou conta da população que abandonou a cidade. A ocupação foi de curta duração, pois as tropas paulistas conseguiram retomar a cidade. Em 29 de Setembro os paulistas depõem suas armas avaliando a incapacidade de resistir à pressão.

Como consequência deste movimento, o Governo Provisório decreta Lei Eleitoral instituindo novamente o voto direto e eleição da Assembléia Constituinte que elege, em 1.934, Getúlio Vargas, Presidente do Brasil.

Durante o período constitucional que se estabelece de 1.934 a 1.937, viveu-se um período de reorganização constitucional. A agitação político-partidária era intensa e refletia a vida administrativa de Mococa, levando muitas vezes os prefeitos indicados a permanecerem poucos meses à frente da Prefeitura. O jogo de poder tirava e colocava prefeitos, segundo o que relata Paladini em sua obra. Só em 1936 são realizadas eleições municipais diretas para Prefeito e Câmara.

Sob a alegação de impedir a conquista do Governo pelas forças totalizantes de esquerda e de direita que emergiam no cenário político nacional, Getúlio Vargas, com apoio das Forças Armadas, dá um Golpe de Estado, em novembro de 1.937. Criou um novo esquema político-administrativo, marcado pelo populismo que passou a ser chamado Estado Novo. Neste período ditatorial ocuparam a Prefeitura de Mococa prefeitos nomeados.

Com o Estado Novo, os partidos políticos são extintos, só voltando a se organizar em 1.945. Os grupos políticos voltam a se organizar e formam três novos partidos, UDN (União Democrática Nacional), PTB (Partido Trabalhista Brasileiro), e PSD (Partido Social Democrático), para disputar a Presidência da República. Posteriormente, outros partidos surgem, como o PDC (Partido Democrata Cristão), PTN (Partido Trabalhista Nacional) e PSP (Partido Social Progressista).

A partir da participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial e da derrota dos Países do Eixo, imprimiu-se uma nova feição ao País, que impossibilitaria a sobrevivência do Estado Novo. Inicia-se um movimento de reorganização político-administrativa que em 1.947 passou a eleger definitivamente as Câmaras e Prefeitos.

Além de se engajar nas eleições à nível nacional, Mococa organizou os seguintes partidos: o Partido Democrático, em 1.930, e o Constitucionalista, em 1.932. Vale lembrar, ainda, os

representantes dos diversos partidos que depois de 1.945 foram surgindo.

Desde esse período, de acordo com Paladini, tem-se verificado, em nível político, a ascensão de uma classe média representada por profissionais liberais, comerciantes e industriais que passaram a ocupar espaços antes ocupados apenas pela aristocracia rural.

A partir de 1.964, com a Ditadura Militar, tem-se a Arena (Aliança Renovadora Nacional) e o MDB (Movimento Democrático Brasileiro), também representados no município. Com o processo de redemocratização surgem em Mococa, e até hoje atuam o PFL (Partido da Frente Liberal), partido do atual prefeito, o PL (Partido Liberal), PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), PSDB (Partido Social Democrático Brasileiro), PT (Partido dos Trabalhadores) e PTB (Partido Trabalhista Brasileiro).

A Igreja sempre exerceu grande poder político no município, fato que pode ser confirmado se observarmos as últimas eleições municipais, onde foi eleito o padre Demóstenes. Este homem, possuidor de grande carisma, elegeu-se por 3 vezes, porém não conseguiu assumir a prefeitura na última eleição, devido a sérios problemas de saúde, vindo a falecer logo depois. Repetindo a história, assume seu Vice, o atual Prefeito Antonio Naufel, médico ginecologista.

Em diversos momentos, da mesma forma que o clero, os médicos exerceram grande poder político, em Mococa, chegando em alguns casos, a serem identificados com a figura do "coronel".

Essa inferência pode ser realizada tendo-se em vista os dados levantados pela pesquisa de opinião realizada no Município e na obra "Assim nasceu Mococa". Segundo informações da população durante pesquisa realizada, as corporações médicas tenderiam na atualidade, a desenvolver uma prática exclusivamente ditada pela lógica do mercado ["mercenários e aproveitadores da miséria popular"]. A população refere ainda, que as práticas mais filantrópicas ou paternalistas das antigas elites são raras na atualidade., apesar de que alguns dos médicos atuantes no Município serem herdeiros dessas elites. Ainda segundo os entrevistados, a prática médica no Município, teria se tornado mais uma empresa como a agro-indústria ou o comércio , voltada para o lucro.

3.1.1. Produção cafeeira no Estado

A história de Mococa se confunde com a história do café. Durante a fase cafeeira o município viveu, como todo País, momentos de apogeu e crises da produção do café.

Segundo a Enciclopédia Nosso Século, a indústria começa a se estabelecer no Brasil à sombra dos cafezais. No início deste século houve uma política de valorização do café, com acentuado aumento de preços chegando a atingir o nível áureo das altas cotações do final do século anterior.

Mas tudo isso tinha um preço muito alto. O sucesso dessa valorização devia-se ao apoio dos grandes importadores estrangeiros, sendo garantido por financiamentos de bancos internacionais. O preço pago pelos cafeicultores em assumir esse programa de valorização, foi o aumento da dependência com o exterior. Nesse momento as exportações atingiram 66 milhões de libras esterlinas. Os impostos resultantes desse processo foram aproveitados no programa do Governo Federal em infra-estrutura de transporte, importação de bens de capital para a indústria, dando a idéia de prosperidade.

Já em 1.913, com o fim da "Belle Époque" Européia, essa fase de bonança foi cortada de forma brusca e acontece pela primeira vez na história Republicana a queda dos preços do café, gerando também o primeiro déficit na balança comercial brasileira.

No início de 1.914, o mercado externo brasileiro é acometido por profunda crise. Os capitais estrangeiros são retirados, cresce a dívida externa a pagar e as importações e as exportações caem. Faz-se um acordo onde a dívida externa se consolida, suspendendo por 13 anos as amortizações de todos os empréstimos pendentes.

Em 1.915 há uma situação de quase pânico no setor comercial e o Governo é obrigado a emitir papel-moeda sem lastro. A desvalorização da moeda brasileira alivia temporariamente a situação dos cafeicultores. Porém, em 1.917 a situação complica-se mais

ainda. O acirramento da guerra submarina e a entrada dos E.U.A. (Estados Unidos da América) na Primeira Grande Guerra, fazem reduzir suas importações. Sendo assim, os estoques nos portos nacionais assumiram proporções alarmantes, o que levaria certamente a grandes baixas no preço do café, se não fosse a segunda valorização realizada pelo Governo de São Paulo, com apoio financeiro da União, que compra três milhões de sacas do produto.

O fim do conflito mundial e a violenta geada de 1.918, afetando 40% das plantações, torna essa valorização um grande sucesso e os estoques são vendidos com grandes lucros.

Em 1.919, o preço do café atinge o dobro do ano anterior e as exportações chegam a 117 milhões de libras esterlinas, cifra recorde, sendo o café responsável por 66 milhões desse montante.

O período de euforia dessa vez foi curto. Em 1.920 teve início nos E.U.A. severa recessão, repercutindo na Europa, provocando queda nas cotações e o Governo é pressionado para realizar nova valorização do preço do café.

Os cafeicultores, dominados pelo êxito das outras duas valorizações, achavam que a manobra poderia se repetir sempre. Não percebiam que sem um controle na continuidade do aumento do plantio, não seria possível conter a ameaça de super produção.

Os anos anteriores à Primeira Guerra foram de crescimento para a indústria, com as importações de bens de capital. Segundo

estimativa do Centro Industrial do Brasil, órgão fundado em 1.909, a indústria nacional atendia a 82% da demanda de tecidos, a quase 100% da demanda de calçados, a 68% de bebidas e a 43% de produtos farmacêuticos. O setor têxtil dobra sua produção, sua linha de produção é sofisticada se diversificando, incluindo lã e seda como matérias primas.

Entre 1.907 e 1.920, o Estado de São Paulo passa a representar 31,5% do total da produção industrial brasileira, tirando a liderança do Rio de Janeiro. A nascente indústria paulista, embora subordinada ao capital cafeeiro, se beneficia dele duplamente. Recebia o mercado criado pelo café ao mesmo tempo que dispunha de abundante força de trabalho.

A expansão da indústria e a transferência de capitais de café para as atividades urbanas, estimulam a acumulação de capital, estruturando-se a partir de então o setor financeiro.

Nessa época, as exportações ainda eram baseadas no café, porém já se anunciavam com as super-safras de 1.927/28 o fim do apogeu do café. A super produção do café vem sendo uma constante no Brasil através de incentivos do governo de valorização de preços e a construção de armazéns reguladores no interior de São Paulo. Em 1.929, por menos que os cafeicultores quisessem, e contrariando todas as suas expectativas, a safra deste ano seria a maior da história e nem mesmo o Instituto do Café teria condições de controlar a situação.

No início de outubro de 1.929, antes da queda da Bolsa de Valores de Nova Iorque, já se inicia o pânico com a recusa dos bancos de descontarem saques sobre as firmas de Santos (cidade portuária e que concentrava a maior parte das instituições financeiras da época).

Apesar da crise dos preços no mercado internacional do café, ocorrido em 1.929, Mococa não se abate, indo em busca de alternativas à sua vocação agrícola, inserindo o plantio do algodão e outras lavouras, permitindo formar bases econômicas para que em 1.950 reformulasse seu sistema de cultivo de café com melhor qualidade e rentabilidade, mantendo assim a tradição deste cultivo, mesmo que aproveitando as oportunidades econômicas oferecidas pela produção do algodão.

A junção desses fatores vai contribuir para a expansão do comércio e do parque industrial da cidade, proporcionando a divulgação do nome do município, de modo particular através da indústria de laticínios homônima ali instalada.

3.2.Aspectos físicos

1. Mococa é um município localizado a nordeste do Estado de São Paulo, na região conhecida como Alta Mogiana. Limita-se ao norte com Cássia dos Coqueiros no Estado de Minas Gerais; a oeste com Tambaú, Casa Branca e o rio Pardo; a leste com Arceburgo, Monte Santo e os rios Canoas e das Areias e finalmente a sul com São José do Rio Pardo e Tapiratiba.

2. Insere-se na região administrativa de Campinas e região de governo de São João da Boa Vista, sendo esta última composta pelos municípios de: Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul. Esta Região de Governo possui área total de 6.224 Km², possuindo densidade populacional de 64,63 hab/Km², enquanto Mococa possui área total de 861 km², que representam 13,57 % desta Região. Sua densidade é de 69,13 hab/km², sendo um pouco mais elevada do que aquela encontrada na Região de Governo.

Sua altitude é de 640 m e seu clima é temperado tropical, não estando sujeito a variações de temperatura, cuja média anual é de 21,8oC. Existem apenas duas estações bem definidas: inverno e verão.

Sua vegetação é composta de capoeira, campo natural, pasto, culturas anuais e permanentes e mato cerrado, com relevo ondulado.

A distância rodoviária de Mococa a alguns centros é a seguinte: São Paulo 268 km, Campinas 180 km, Poços de Caldas 160 km, Ribeirão Preto 104 km, Brasília 986 km. O acesso ao município é possível através das rodovias dos Bandeirantes (SP 348), ou Anhanguera (SP 330) e daí à SP 340.

Quanto à hidrografia, Mococa está inserida na Bacia do Pardo que segundo as agências ambientais possui águas contaminadas por sedimentos e organismos, por metais pesados, principalmente mercúrio e compostos organoclorados, além dos efluentes orgânicos e esgotos domésticos e da agro-indústria. Seus principais rios são o Pardo e o Canoas, que como já mencionado, delimitam divisas com o Estado de Minas Gerais. Possui ainda rios de menor porte, tais como: Córrego Areias, Lambari, Guardinha, Varginha e Sucuri. Apresenta índice pluviométrico anual médio de 1.500 mm, sendo que as maiores concentrações de chuva se dão de Outubro a Abril.

3.3.Aspectos ambientais

A cidade de Mococa presenciou, no final do século XVIII, o café assumir importância no mercado internacional, alterando o contexto colonial. Mococa e muitos outros municípios do Estado de São Paulo foram favorecidos pelas condições do clima e pela qualidade do solo, elementos necessários ao plantio em grande escala. Em contrapartida, o dano ambiental foi enorme, principalmente por causa do emprego do antigo sistema indígena de queimar a mata antes do plantio. O nativo praticava esta técnica sem maiores danos graças à grande disponibilidade de terras, porém a extensa lavoura do café levou a uma grande e grave degradação das melhores terras do município. Acrescente-se ainda outro procedimento condenável: o plantio em fileiras, desconsiderando as variantes topográficas do relevo e originando um dos

maiores problemas ambientais da região - a erosão com consequente perda da fertilidade do solo.

A ênfase na monocultura iria se repetir a partir de 1975, por causa da crise internacional do petróleo e da adoção, no país, do Programa Nacional do Alcool, o Proálcool. De novo a agricultura é induzida a produzir, favorecendo uma parcela privilegiada da população.

A introdução da cana no município trouxe um rápido processo de alteração do cenário natural. O impacto poluidor junto aos rios a queima da cana, trouxe a poluição do ar. A intensificação do uso de fertilizantes e agrotóxicos alteraram as condições naturais do solo. Vale lembrar ainda a questão de o potencial elevado de água que as usinas da região, inclusive a de Mococa, retiram da bacia do Mogi-Pardo, sendo necessários para cada litro de álcool produzido, 150 litros de água. Este fato deve ser monitorado para que se evite futuramente problemas relacionados ao abastecimento da região, já que esta bacia contém baixa disponibilidade hídrica.

No âmbito social, o reforço e estímulo à estrutura fundiária de posse da terra expulsou o pequeno proprietário e o colono, obrigando-os a se submeterem à condição de assalariados eventuais, os chamados "bóias-frias", e a procurarem as periferias das grandes cidades, engrossando a miséria.

"O modelo de industrialização proposto na década de 70 com a criação do Distrito Industrial não se mostrou capaz de absover

essa mão de obra disponível, porém não qualificada" (idem, ibidem). O contexto deste modelo de desenvolvimento adotado permitiu o crescimento urbano que gerou em Mococa a ocupação de espaços naturais que deveriam ser preservados, a degradação dos mananciais, a poluição do solo, e principalmente a poluição do ar, sem falar no mau cheiro provocado pela indústria do couro, fato que chegou a ser referido em entrevistas realizadas junto à população como um problema de saúde.

3.4. Aspectos sócio-econômicos

A agropecuária em Mococa, tem atravessado um período de crise nos últimos dez anos, em função da descapitalização dos agricultores, da alta taxa de juros cobradas nos empréstimos agrícolas, baixos preços alcançados pelos produtos e inibição dos empresários do ramo quanto a novas experiências.

A. Agricultura - Em Mococa, assim como em toda região, prevalecem as culturas de cana-de-açúcar, citros, café, soja e algodão. Observa-se uma certa diversificação das lavouras porém, com o predomínio do cultivo da cana. O município chega a produzir 70 ton/hectare, segundo a Casa da Agricultura local, grande parte absorvida pela Usina Santo Alexandre, ali localizada.

Segundo o SEBRAE (Serviço Brasileiro de Estatística), a partir de dados de 94 do IBGE e IEA (Instituto de Economia Agrícola da Secretaria Estadual de Agricultura), os cítricos ocupam o segundo lugar. Observa-se também o crescimento das safras de milho em 56% em relação a 92/93 e acompanhando mais timidamente esta

tendência o arroz e feijão. Quanto ao algodão, observa-se uma retração, o mesmo acontecendo com o café, elemento de sustentação durante muitos anos da economia local. Segundo dados fornecidos por representantes do setor, existem atualmente 7 milhões de pés de café em produção, sendo considerado um dos melhores do País. Parte dessa produção é absorvida pelo mercado interno. A soja, por sua vez apresenta-se com sua produção estabilizada.

Comprovando a tese de diversificação das culturas, observa-se a produção de limão, cebola, banana e madeiras (eucalípto). Além da produção de cenoura, beterraba, beringela e repolho, que ocupam uma área total de 51 hectares. A qualidade dos produtos cultivados tem permitido a comercialização no mercado internacional, segundo representante do setor.

B. Pecuária - Destaca-se em Mococa, o rebanho de aves, que de 1.992 para 1.994, triplicou. O segundo rebanho é o de bovinos que teve uma retração significativa e possui sua criação voltada para o corte. Já a produção de leite, segundo o SEBRAE, apresentou uma retração de 62% em relação a 91/92 indicando talvez, a mudança de atividade econômica dos criadores de gado leiteiro. Quanto à produção de ovos, percebe-se o mesmo fenômeno acima.

C. Indústria - Percebe-se nas décadas de 70 e 80, a opção pela industrialização da cidade, que se deu efetivamente a partir da construção do Distrito Industrial. Nesse processo de industrialização, destacam-se até hoje as indústrias alimentíci-

as. Além destas, tiveram destaques as indústrias metalúrgicas, mecânicas e de transporte que absorvem parte da mão-de-obra local. O empresariado, é em sua maioria originário do próprio município, sendo que os negócios se estabelecem a partir de tradição ou herança familiar. A mão-de-obra dessas empresas é 100 % local.

D. Comércio e Serviços - Segundo o SEBRAE , a partir de dados do IBGE, o setor terciário em Mococa sofreu na última década um movimento significativo. A crise que se abateu sobre a economia nacional, segundo relatos da população, provocou setor a redução do número de estabelecimentos comerciais existentes na cidade. Segundo a pesquisa realizada junto à população o comércio fraco/ruim é um dos principais problemas da cidade

Os empresários desse setor apresentam as mesmas características do setor industrial e em sua maioria são micro-empresários. Este setor, tradicionalmente, sempre esteve ligado aos imigrantes italianos e libaneses.

3.5.Aspectos demográficos

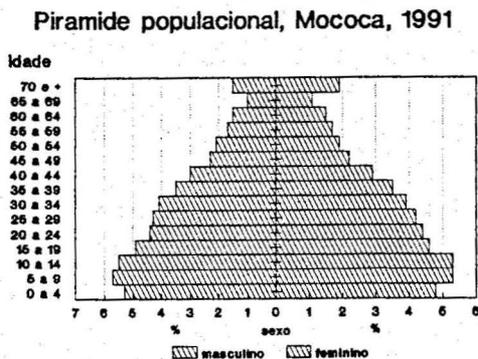
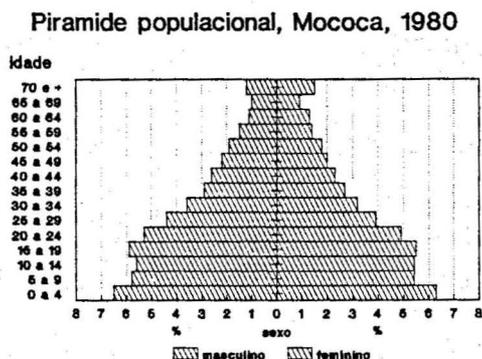
Quando nos defrontamos com a representação gráfica de uma população, segundo sexo e idade, para um determinado período, somos capazes de observar neste instrumento, chamado Pirâmide Populacional, determinados fenômenos demográficos, tais como: natalidade, mortalidade e migração.

Este instrumento torna-se valioso para a compreensão das tendências de crescimento da população, como indicativo dos agravos à saúde a que esta população pode estar exposta, bem como à sugestão de questões de ordem sócio-econômica que podem estar favorecendo o deslocamento das pessoas de uma região para outra do mesmo município, ou até migrações entre municípios.

No caso de Mococa, optamos por analisar as Pirâmides Populacionais do Município como um todo, e dividido por Distritos, acompanhando e comparando a população de 1980 e 1991.

A construção das Pirâmides, teve por base os dados populacionais coletados nos Censos Demográficos de 1980 e 1991.

PIRÂMIDES POPULACIONAIS, MUNICÍPIO DE MOCOCA, 1980 e 1991.



Nestas duas pirâmides, pode-se observar que o Município de Mococa encontra-se em fase de transição de uma forma "piramidal" para uma de "barril". O que indica que o Município está em desenvolvimento.

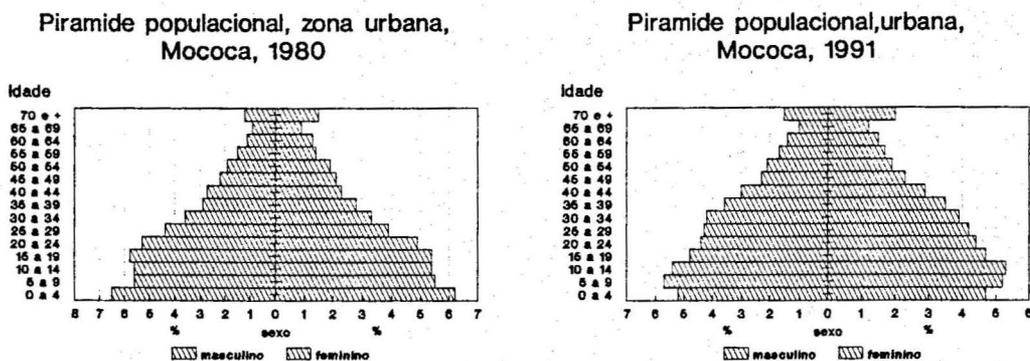
Se compararmos as Pirâmides de 1980 e 1991, verificaremos que houve uma alteração significativa em sua base, ou seja, na faixa representativa da faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade. De 80 para 91, esta tornou-se menor do que a seguinte, que representa a população dos 5 aos 9 anos de idade. Esta alteração está diretamente relacionada ao controle da natalidade e mortalidade infantil.

Observa-se que ao longo destes 11 anos, a população economicamente ativa do Município, teve um aumento em seu número, demonstrando, inclusive, equilíbrio entre os sexos. Com base nesta informação, podemos supor que não ocorreram imigrações populacionais neste período.

Nota-se um aumento da população mocoquense, na faixa etária de mais de 60 anos, mantendo-se assim, até atingir a população com mais de 70 anos de idade, com destaque para a população feminina, que suplanta em número a masculina.

Este é um indicador de que o Município tem dado maior atenção à sua população idosa, fornecendo mais assistência à saúde desta e oferecendo melhores condições de vida, o que a torna mais longa.

PIRÂMIDES POPULACIONAIS, ZONA URBANA, MOCOCA, 1980 e 1991.



As características das Pirâmides da zona urbana de Mococa são semelhantes às aquelas já observadas para o Município como um todo.

Trata-se de uma zona em transformação, para uma Pirâmide de tipo "barril", o que nos indica que a região urbana está em desenvolvimento.

Sua base (faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade) diminuiu em relação à barra seguinte (faixa etária dos 5 aos 9 anos de idade), indicando um maior controle sobre a natalidade e mortalidade infantil.

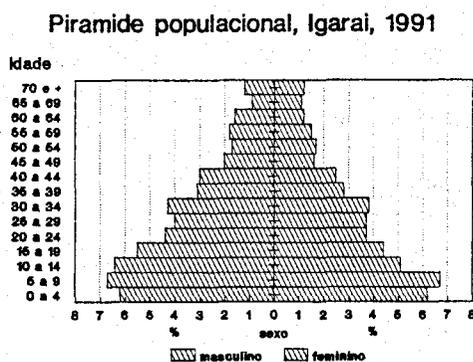
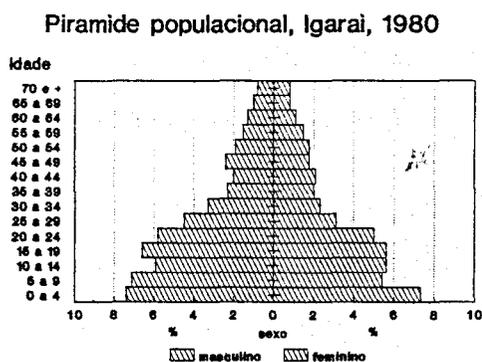
Observa-se, também, nas faixas etárias dos 30 aos 34 anos e dos 35 aos 39 anos, um crescimento da população, sobretudo o masculino, no período de 11 anos.

Pode-se inferir daí, que a população economicamente ativa masculina, da zona urbana de Mococa, cresceu, sendo esta regi-

ão, portanto, um atrativo para a população masculina jovem em busca de trabalho.

A população idosa da região urbana de Mococa, também teve um acréscimo, o que sugere a existência de uma melhor assistência à sua saúde e à conquista de melhor qualidade de vida.

PIRÂMIDES POPULACIONAIS, IGARAI, 1980 e 1991.



Verifica-se que o Distrito de Igarai passou por sensíveis alterações ao longo destes 11 anos, sem no entanto, deixar de ter em sua pirâmide indícios de uma região de pouco desenvolvimento.

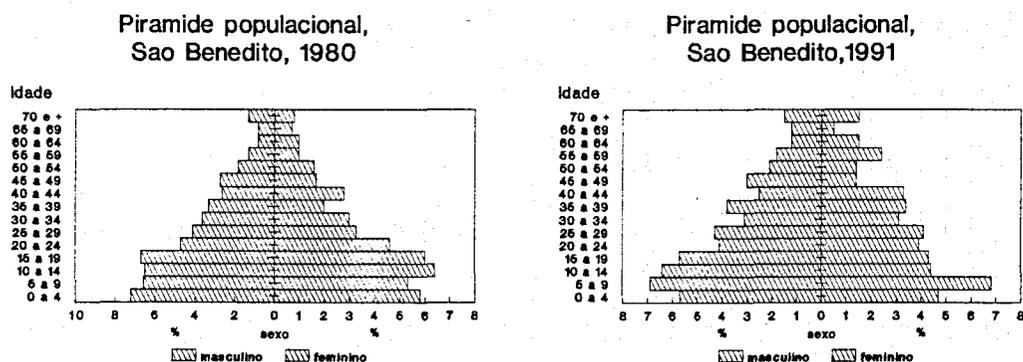
Este Distrito rural de Mococa conseguiu efetivar a diminuição da natalidade e o controle da mortalidade infantil. Na observação da base piramidal, percebe-se que este é um fenômeno recente e por isso mesmo ainda requer grandes cuidados e investimentos.

Percebe-se, na comparação entre as pirâmides, uma significativa diminuição da população nas faixas etárias de 15 a 24 anos e de 25 a 29 anos, sobretudo da masculina, sugerindo a saída da população masculina trabalhadora, de Igarai, em busca de trabalho.

Uma vez que já observamos anteriormente o aumento desta mesma população masculina jovem, em Mococa urbana, pode-se inferir que está ocorrendo uma movimentação migratória de Igarai à Mococa urbana, ou seja, um êxodo rural.

A população de Igarai com mais de 50 anos de idade tem sofrido discreto aumento, o que sugere não só a permanência desta em seu próprio Distrito, sem migrar, como também, uma pequena melhoria nas condições de vida desta população idosa, que tem-se tornado mais velha.

PIRÂMIDES POPULACIONAIS, SÃO BENEDITO DAS AREIAS, 1980 e 1991.



As Pirâmides de São Benedito possuem forma bastante irregular, o que por si só nos diz que sensíveis movimentos migratórios ocorreram nesta região.

Trata-se de uma região pouco desenvolvida, apesar da diminuição da base piramidal nestes 11 anos, o que indica uma preocupação com o controle da natalidade e da mortalidade infantil.

No período de intervalo da realização dos Censos Demográficos de 80 e 91, a população de São Benedito sofreu significativo decréscimo, sobretudo na população masculina economicamente ativa, o que sugere deslocamento dos homens para trabalhar em outra região.

A movimentação sugerida fica mais clara se observarmos a diminuição das faixas etárias dos 15 aos 24 anos e dos 25 aos 34 anos. Trata-se de uma população jovem, que possivelmente saiu do Distrito rural de São Benedito rumo à zona urbana de Mococa, para trabalhar.

Observa-se ainda, que a população masculina dos 35 aos 39 anos de idade permaneceu inalterada de 1980 a 1991, sugerindo que estes tenham se ocupado, da escassa frente de trabalho disponível em São Benedito, enquanto os mais jovens migravam para o centro urbano. Trata-se, portanto, de um movimento migratório de formação recente.

A população com mais de 50 anos aumentou, sobretudo em sua parcela feminina.

Ao longo deste trabalho, várias observações e análises serão feitas acerca dos índices populacionais de Mococa. Sendo assim, julgamos ilustrativo apresentá-los distribuídos por Distritos e sexo, tomando por base os dados coletados nos Censos Demográficos de 1980 e 1991, como segue nas tabelas abaixo:

Tabela I - População masculina por distritos de Mococa, nos anos de 1.980 e 1.991, e Taxa Anual de Crescimento.

DISTRITOS	1980 N°	1991 N°	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO
MOCOCA	21.765	27.112	2,00
IGARAÍ	1.740	1.789	0,25
SÃO BENEDITO DAS AREIAS	843	735	-1,25
TOTAL	24.348	29.636	1,79

Fonte: Censos Demográficos 1980 e 1991.

Tabela II - População feminina por distritos de Mococa, nos anos de 1.980 e 1.991 e Taxa Anual de Crescimento:

DISTRITOS	1980 N°	1991 N°	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO
MOCOCA	20.747	26.497	2,21
IGARAÍ	1.496	1.598	0,60
SÃO BENEDITO DAS AREIAS	719	643	-1,02
TOTAL	22.962	28.738	2,04

Fonte: Censos Demográficos 1980 e 1991

Tabela III - Projeção da população de Mococa por sexo e distrito para 1995.

DISTRITO	MASCULINO		FEMININA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MOCOCA	29.059	50,4	28.589	49,6	57.648	100,0
IGARAÍ	1.808	52,5	1.635	47,5	3.443	100,0
SÃO BENEDITO DAS AREIAS	696	53,0	617	47,0	1.313	100,0
TOTAL	31.563	51,0	30.841	49,0	62.404	100,0

Fonte: Censos Demográficos de 1.980 e 1.991.

Tabela IV - População residente em Mococa, por sexo e distrito, em 1980.

DISTRITO	MASCULINA		FEMININA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MOCOCA	21.760	51,2	20.743	48,8	42.503	100,0
IGARAÍ	1.740	53,8	1.496	46,2	3.236	100,0
SÃO BENEDITO DAS AREIAS	843	54,0	719	46,0	1.562	100,0
TOTAL	24.343	51,5	22.958	48,5	47.301	100,0

Fonte: Censo Demográfico 1980

Tabela V - População de Mococa, por sexo e distrito, em 1991.

DISTRITO	MASCULINA		FEMININA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MOCOCA	27.112	50,6	26.497	49,4	53.609	100,0
IGARAÍ	1.789	52,8	1.598	47,2	3.387	100,0
SÃO BENEDITO DAS AREIAS	735	53,3	643	46,7	1.378	100,0
TOTAL	29.636	50,8	28.738	49,2	58.374	100,0

Fonte : Censo Demográfico 1991.

3.6.Aspectos culturais e educacionais

"Mococa começou a se organizar como cidade, evoluindo sua malha urbana, a partir de duas praças: a da Matriz Velha e da Matriz Nova. Suas principais ruas possuem um 'aspecto geometrizante', dando originalidade ao seu centro urbano. Sua urbanização foi singular, um pouco diferente das outras cidades da região. Mococa tem a Praça da Matriz como 'centro nobre', onde se situam as residências requintadas dos tradicionais fazendeiros, marcando o prestígio e o poder desta antiga aristocracia. Já nas outras cidades da região, acompanhando a maneira de se organizar os centros urbanos, é o comércio quem acaba por ocupar as mediações da praça central. Em Mococa, as ruas acabaram reduzindo-se às funções de ligação e vias de acesso" (Paladini, 1995).

Percebe-se no município uma arquitetura mais apurada e tecnicamente elaborada, seguindo a influência européia, trazida pelos imigrantes italianos, a partir da economia cafeeira.

O clima de urbanidade trazido com o café permitiu um grande desenvolvimento, sentido não só na paisagem urbana, como também nos costumes e nas condições de vida. Podemos afirmar que o café permitiu a civilidade que deixou marcas.

A aristocracia, em busca de uma vida social compatível com seu nível sócio-econômico, passava a exigir novos empreendimentos. E é nesse sentido que surgiu, em 1.894, o Teatro São Sebastião, de estilo neoclássico. Hoje demolido, foi por muitos anos palco de encenações de várias companhias estrangeiras.

O ecletismo arquitetônico, típico do período do café, não poderia deixar de existir. Está presente na Igreja Nossa Senhora do Rosário concebida, em 1.921, em estilo gótico e tombada pelo patrimônio histórico e artístico do município, hoje transformada no Museu de Arte Sacra "Iria Josepha da Silva".

Diversos outros empreendimentos culturais foram surgindo, imprimindo atualmente na cidade um caráter bastante diferenciado de outros municípios. Dentre estes, destacam-se o Teatro de Variedades, em 1.912 e o Cine Teatro Central, em 1.925.

Ampliando o patrimônio artístico e cultural de Mococa, surge o Museu de Artes Plásticas "Quirino da Silva", em 1.972, dando continuidade ao trabalho de Assis Chateaubriand, durante sua campanha em favor dos museus regionais. Possui em seu acervo, nomes bastante representativos da arte contemporânea: Bruno Giorgi, Quirino da Silva, Tarsila do Amaral, Flávio de Carvalho, Clóvis Graciano, Reboló Gonzales, Renina Katz e Lívio Abramo.

Mococa cultiva carinho especial por Bruno Giorgi. Filho de italianos, nasceu em 1.905 em Mococa e lá viveu seus seis primeiros anos de vida. Após esse período, seus pais retornam à Itália. Na Europa ele frequentou as melhores academias e convive com os mestres da arte da época. Consagrado pelo mundo enquanto escultor, tem várias de suas obras expostas em cidades como Tel-Aviv, Tenerife, Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo. De volta ao Brasil, retomou o contato com sua cidade natal e doa duas de suas obras: "A Mulher de Mococa" e "Fundadores de Mococa", estão expostas na Praça Central. Faleceu em 1.993, aos 88 anos de idade, no Rio de Janeiro, cidade brasileira onde vivia.

O Departamento de Educação e Cultura promove há anos "Salão de Artes Plásticas", cujo objetivo é criar espaço para manifestações artísticas inovadoras. Fica evidente assim, o interesse da cidade pelas artes plásticas.

Dentro do universo cultural da cidade existem outras manifestações, tais como: a dança, a cavalhada e a folia de reis. Todas estas tradições sempre estiveram muito presentes, mas devido ao processo urbanizante sofreram um decréscimo considerável. Foi possível durante o presente trabalho, assistir a um grupo de "folia de reis" que se apresentava em frente à Igreja Matriz, para uma matéria de um programa de TV voltada para o público rural.

No setor educacional, temos em Mococa as escolas das redes municipal, estadual e particular, além do suporte de 2 bibliotecas. A escola particular atende apenas uma minoria da população apesar de estar melhor estruturada do ponto de vista físico e pedagógico.

A cidade, conta com escolas privadas que desempenham trabalhos bastante sérios, com modelo pedagógico diferenciado, baseado nas teorias construtivista. Essa escola, chamada de Escola Nova de Mococa, possui programa de coordenação pedagógica, com reciclagem do corpo docente, assistido por professores da UNICAMP (Universidade de Campinas).

A população de baixa renda residente na periferia, é em sua maior parte migrante, atraída pelo setor industrial, a partir de 1972, frequenta as escolas públicas estaduais e municipais.

Mococa possui, além das escolas de ensino oficial, diversas escolas técnicas, por exemplo, a do Comércio, a da Indús-

tria e a mista "Francisco Garcia de Figueiredo", onde em seu currículo as disciplinas técnicas oferecidas, têm teoricamente, o objetivo de integrar os estudantes ao mercado de trabalho, visando a formação integrada do profissional. Essas escolas surgiram a partir da iniciativa da elite da cidade, que pretendia aprimorar tecnicamente a mão-de-obra disponível.

O ensino superior do município é representado por apenas uma faculdade, o Instituto de Ensino Superior, que oferece três cursos: Biblioteconomia, Pedagogia e Ciências Contábeis.

De um modo geral, a prefeitura de Mococa, tem desenvolvido um trabalho muito positivo, do ponto de vista educacional. No processo de Municipalização da educação que se deu a partir da pré-escola, a prefeitura se mostrou eficiente, no sentido de aumentar significativamente o número de estabelecimentos. Através de visita desta equipe multidisciplinar, identificou creches e pré-escolas organizadas, com instalações, Programa de Alimentação e número de funcionários adequados. Observou-se também projetos importantes e inovadores em desenvolvimento, como: cultivo de horta, onde as crianças têm oportunidade de acompanhar todo o processo, a partir do plantio. As crianças plantam, cuidam, colhem e preparam alimentos que são consumidos coletivamente.

3.6.1. Escola Rural

Durante este trabalho, optou-se, ao invés de se visitar as escolas regulares, pela visita a uma escola que integras-

se o interessante programa de escolas, desenvolvidos na zona rural. A escola escolhida foi a "Escola Estadual de Primeiro Grau Rural da Fazenda Boa Vista". Ela dista 27 km de Mococa e atende a 140 alunos na faixa etária de 5 a 15 anos. Possui 3 salas de aula, com 5 classes.

Logo na entrada, pode-se observar duas inscrições com os seguintes dizeres: **"Aprender é o processo coletivo para quem ensina e para quem aprende"** e **"sempre se deve cuidar do que se quer conservar"**.

O horário de funcionamento da escola é das 7:00 h às 11:00 h e das 12:00 h às 16:00 h. O quadro de funcionários é composto por 4 professores, 1 diretor, 1 vice-diretora, 1 secretária, 1 cozinheira, 1 servente e 1 coordenadora .

Sua proposta pedagógica baseia-se no método de Piaget, denominado "construtivismo".

Aos alunos é oferecida alimentação, composta de café com leite logo cedo; às 9:00 horas uma refeição mais completa e na saída, um pãozinho. Apesar disso é grande a incidência de faltas , o que pode ser justificado pelo fato de virem de outros locais. As reuniões de pais são marcadas à noite, mas eles também não comparecem. Esta escola foi reativada neste ano, concentrando alunos de diversas fazendas O transporte dos alunos é feito pela prefeitura que os recolhe através de um ônibus que circula pelas fazendas.

Em relação à saúde observou-se que não existe atendimento odontológico, o que é comum nas escolas urbanas. As crianças não têm as noções básicas de higiene (não lavam as mãos quando vão ao banheiro e nem foram instruídas acerca da necessidade em fazê-lo). Não conseguem definir direito as doenças. Houve muitos casos de catapora.

A escola pareceu bastante organizada e limpa. Os professores estão envolvidos com o trabalho e com a realidade dos alunos. Demonstram muita seriedade. Utilizam vídeos como recursos para as aulas.

Há em Mococa um Projeto em parceria com o Estado para as escolas rurais. A grande meta do Projeto é adaptar o ensino à realidade da população atendida, e proporcionar através da melhoria da qualidade do ensino rural, uma procura maior por parte dos alunos para essas escolas, ao invés das urbanas. Este fato acontecia com frequência, superlotando os ônibus da prefeitura.

Em 1993 havia no município 24 escolas rurais, sendo que duas eram núcleos (uma municipal e outra estadual) que funcionavam em prédios próprios.

Algumas escolas rurais vinham sendo fechadas devido a deficiências físicas dos prédios. Os alunos eram encaminhados para as escolas do centro da cidade. Com isso eram afastados de seu meio e a cidade não tinha um projeto para acolhê-los .

Em 1993, a administração municipal, percebendo a necessidade de modificar esta estrutura inadequada da educação e com objetivo de proporcionar-lhe qualidade, ofereceu, através do Departamento de Educação e Cultura, apoio à Delegacia de Ensino de Casa Branca, contratando assessoria especializada para a zona rural. Passou a implementar cursos e encontros pedagógicos, baseados no método construtivista, para os professores e coordenadores do ciclo básico das suas escolas e das vinculadas. Ainda em 1993, esse processo sofreu interrupção, devido à dificuldades financeiras enfrentadas pelo município e por causa da paralisação dos professores da rede pública estadual.

Em 1994, porém, a prefeitura retomou o projeto, firmando novamente acordo com a Delegacia de Casa Branca, buscando dar assistência aos professores rurais através de reuniões semanais (obrigatórias no horário escolar), e uma reunião semanal à noite (não obrigatória).

Tendo em vista a criação dos núcleos rurais, criou-se a Comissão de Educação Rural, com o objetivo de conseguir a colaboração de pessoas e entidades ligadas à zona rural para o projeto.

Assim, com essa colaboração, a prefeitura fez um levantamento dos espaços disponíveis para a adequação da nucleação e das reformas necessárias, além de uma pesquisa para saber o número de crianças em idade pré-escolar.

Foram formados quatro núcleos, completando seis, que somados aos dois já existentes, engloba mais 16 escolas rurais. Esses núcleos passaram a receber em torno de 1000 alunos cada. Foram criadas salas de educação infantil em todos os núcleos e nas escolas. A prefeitura se responsabiliza pela merenda, pela orientação pedagógica e pelo transporte dos alunos, tanto dos núcleos quanto das escolas vinculadas. Como o projeto conta com uma parceria, o Estado se responsabilizou pelo pagamento dos professores, vice-diretores, oficiais e serventes e pelo mobiliário. Os proprietários rurais se cotizaram para complementar os equipamentos de cozinha e das bibliotecas.

O projeto propõe complementação para os núcleos ligados as áreas da cultura, da agricultura, da saúde e do esporte.

Os alunos destas escolas são filhos de trabalhadores das lavouras. São famílias de baixa renda (entre 1 e 3 salários mínimos), sendo os pais analfabetos ou semi-analfabetos. Estes têm, em média, de 3 a 4 filhos e moram em casas cedidas pelos proprietários da terra. A faixa etária dos alunos varia de 5 a 14 anos, estando a maioria na faixa dos 7 aos 10 anos. (Projeto Escola Rural, Município de Mococa, 1994). Para seus pais a escola é a esperança de um futuro melhor para seus filhos.

Estas escolas têm um quadro de 29 professores de primeiro grau, funcionários do Estado e 13 do Município. São

na sua maioria formados no curso secundário de magistério (57%) e o restante licenciados em curso superior de Pedagogia. A formação é considerada precária, necessitando portanto de atualização, o que o projeto se propõe a fazer.

A avaliação dos técnicos é que após a parceria, o ensino rural tem melhorado em todos os sentidos, principalmente no que se refere à adequação física. Atualmente, o ponto de maior preocupação é a formação do quadro de professores, em que se está investindo.

A realidade do aluno da escola rural é muito dura. Este entra no mercado de trabalho muito cedo e não necessitaria do ensino formal que a escola oficial lhe oferece, que tem se afastado cada vez mais desses alunos, ensinando conteúdos sem significados imediatos para eles. Esse modelo de escola tem contribuído para que a realidade rural permaneça imutável, com altas taxas de mortalidade infantil, poucas oportunidades de inserção social diferenciada e pouco acesso a melhores condições de vida.

Assim, o projeto ora analisado, visa melhorar o atendimento aos alunos através da criação de uma escola de qualidade, cumpridora de seu papel de formação, integrando-os à comunidade e garantindo-lhes acesso aos conhecimentos, contribuindo assim, para que possam se posicionar contrariamente a tudo aquilo que impeça a sua realização enquanto cidadãos.

O município apresenta um número total de 17.685 estudantes, além de 300 outros estudantes que procuram estabelecimentos de ensino em cidades vizinhas. Parte destes últimos, são obrigados a buscar cursos de nível superior em outros locais, já que o município dispõe apenas de uma Faculdade. O total geral de estudantes representa cerca de 30 % da população total do município, com base na projeção populacional para 1.995, de 62.404 habitantes.

A prefeitura municipal, entendendo a deficiência do município nesse aspecto, bem como a dificuldade de locomoção dos estudantes, subsidia o transporte, através de um vale, cuja cobertura atinge 50 % dos valores gastos.

As escolas estaduais estão representadas em maior número, seja em estabelecimentos de ensino ou em número de alunos. Quanto à evasão, percebe-se que é um pouco mais elevada no 1º grau e no curso superior, diminuindo na pré-escola, nas escolas especiais e no 2º grau. Cabe aqui lembrar, que entende-se por escola especial, os estabelecimentos que atendem pessoas portadores de deficiências físicas e mentais.

Tabela VI- Número de estabelecimentos de ensino, alunos matriculados e Taxa de Evasão estimada, em março de 1995, em Mococa .

CURSO	MUNICIPAL Nº	ESTADUAL Nº	PARTICULAR Nº	ALUNOS Nº	EVASÃO ESTIMADA %
PRÉ- ESCOLA	14	-	5	2.889	5
1º GRAU	1*	12	3	11.357	30
2º GRAU	-	1	3		5
TÉCNICO	1	3	-	**3.088	10
SUPERIOR	-	-	1	321	20
ESPECIAL	-	1	-	30	5
TOTAL	19	26	13	17.685	

Fonte: Departamento de Educação e Cultura de Mococa.

* Escola Rural, iniciativa do Município e Estado, conveniada com setor privado.

** Não foi possível obter esse dado de forma desmembrada.

3.7. Infra-estrutura

As condições de infra-estrutura de um município indicam seu nível de desenvolvimento e a sua possibilidade de ampliação e crescimento econômico e social.

Considerou-se para esta análise alguns órgãos públicos, bem como privados, sua organização e a qualidade dos serviços prestados à população. Foram divididos em tópicos de forma que garanta uma maior visualização da abrangência desses serviços, sem contar com os serviços de saneamento que seguem em capítulo abaixo.

Além dos serviços essenciais, Mococa tem os seguintes órgãos públicos: INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), Cartório de Registro de Imóveis e Anexos, Cartório de Notas, Posto Fiscal da Secretaria da Fazenda, Estação Experimental da Secretaria do Meio Ambiente, Fórum, Funerária Municipal, Parque Municipal de Serviços e agências dos principais bancos.

A. Transportes - O morador de Mococa conta com aproximadamente 195 Km de malha viária municipal, dos quais aproximadamente 70 % encontram-se pavimentados. Verificou-se através de entrevistas com a população que este benefício mostrou-se necessário para muitas pessoas.

A população é servida no que diz respeito a transporte coletivo pelas Empresas Irmãos Porfírio e Viação Marin Tour, além de uma linha urbana mantida pela própria prefeitura. No que tange ao transporte intermunicipal, contam com uma única empresa responsável em ligar Mococa aos principais centros do Estado. Esta empresa, a Viação Nasser, tem sido alvo de inúmeras reclamações tais como: não cumprimento dos horários; muitas paradas, fazendo com que os usuários se sintam numa linha circular; péssimo atendimento nos guichês; sujeira nos veículos; ônibus circulando sem condições e desrespeitos às normas de segurança. Este monopólio, faz com que a cidade não tenha um serviço compatível com seu porte.

Mococa também possui acesso por via aérea, exclusivamente em regime privativo, através de uma pista de pouso de terra, com 1.260 m.

B. Comunicações - A cidade possui alguns meios de comunicação de massa, apresentados nas tabelas abaixo:

Tabela VII- Jornais de Mococa, tiragem, período de circulação e região de alcance, 1995.

Nome	Tiragem	Período de circulação	Região de Alcance
A Mococa	2.500	Semanal	Mococa e Região
Folha do Pardo	5.000	Bissemanal	10 cidades da Região
O Destaque	3.000	Quinzenal	Mococa e Região
O Boca	2.500	Quinzenal	Mococa

Fonte: SEBRAE. Diagnóstico Municipal de Mococa

Tabela VIII- Emissoras de rádio e TV de Mococa, frequência, potência e raio de alcance, 1995.

Nome	Frequência	Potência	Raio de Alcance
Rádio Clube AM	1.160 KWZ	1.000 Watts	60 Km
Rádio Clube FM	93,3 MHZ	2.700 Watts	80 Km
Tv Direta	canal 18 e UHF	10 Watts	80 Km em linha reta

Fonte: SEBRAE. Diagnóstico Municipal de Mococa

As emissoras de rádio e televisão local mantêm um nível de audiência significativo, sendo que a própria prefeitura

dispõe de vários horários, seja no rádio ou mesmo na televisão, assim como os comerciantes locais.

As comunicações telefônicas são administradas e operacionalizadas pela Telesp (Telecomunicações de São Paulo) na cidade de São João da Boa Vista. A cidade ainda não conta com telefonia celular. O município possui três agências dos Correios, sendo uma central e duas franqueadas nos bairros de Santa Maria e Santa Rosa.

C. Habitação - Dentro do processo de urbanização vivido por Mococa, como em todo o Brasil, existe uma carência significativa de habitações, segundo diversos moradores. Já no intuito de atender à demanda que surgia, foram construídos 2 conjuntos habitacionais pela COHAB (Companhia Habitacional), dentro do programa de financiamento do antigo BNH (Banco Nacional de Habitação), o primeiro na década de 80 e o último em 1.991, tendo sido construídas 1.343 casas de 2 dormitórios. A prefeitura municipal, juntamente com os referidos órgãos lançaram mão, também, de um programa que oferecia lotes e materiais de construções no esquema mutirão, que permitiu a construção de 93 moradias. Estima-se que exista uma carência de 1.500 unidades atualmente, que deve ser diminuída com o mais novo projeto da prefeitura municipal, em conjunto com o CDHU (Companhia do Desenvolvimento Habitacional Urbano), através do qual se pretende a construção de mais 300 casas de dois dormitórios.

D. **Energia** - Mococa possui a CLFM (Cia. de Luz e Força de Mococa), órgão que administra o serviço de energia elétrica. Do total do serviço prestado, 94 % atinge a área urbana e 6 % a área rural.

Para garantir o perfil dos serviços de infra-estrutura do município, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelos órgãos apresentados abaixo, procurando levantar dados que pudessem enriquecer a caracterização do município.

3.7.1. Brigada de Incêndio e Treinamento

A Brigada de Incêndio de Mococa está em funcionamento desde 01/10/92. Os integrantes são contratados pela Prefeitura de Mococa, mas estão subordinados a Defesa Civil do Estado. Contam com 18 funcionários trabalhando em regime de plantão 24 horas. Deste total um sargento e um auxiliar administrativo não executam efetivamente atividades de socorrismo.

Antes da existência desse serviço, o município contava com a ajuda da Brigada de Incêndio da histórica empresa Latíncínios Mococa.

As contratações são feitas a partir de concurso público, que exige escolaridade mínima de primeiro grau completo. Todavia encontram-se ainda na corporação indivíduos sem essa escolaridade. O piso salarial desta categoria gira em torno de R\$ 184,00 + adicionais noturno e de periculosidade. Possui convênio de saúde com a UNIMED (Cooperativa de Médicos), feito

através do Sindicato dos Servidores Públicos. Este convênio dá cobertura à consultas, exames e internação e é extensivo aos familiares.

Todos os funcionários da Brigada recebem treinamento constante de altura, mergulho, resgate e pronto-socorrismo no Corpo de Bombeiros de Campinas. Estão preparados para combater incêndios, para salvamento terrestre e aquático e auxílio à comunidade. Além dessas atividades acabam também realizando palestras em escolas e treinamento em empresas. Mais especificamente, já atenderam as seguintes ocorrências: imóveis com risco de desabamento, incêndios em residências, vazamento de GLP (Gaz Liquefeito de Petróleo), incêndio em granjas, combate a incêndios em matas e propriedades rurais (pastos), captura de animais silvestres que são encaminhados a uma reserva particular sem o menor controle - fato que deveria receber maior atenção das autoridades competentes, pois tal conduta pode levar a um sério desequilíbrio do ecossistema local, trazendo efeitos imprevisíveis-, acidentes automobilísticos com ou sem vítima, salvamento de praticantes de asa delta e resgate de cadáver em açudes e rios. Algumas destas atividades são realizadas em conjunto com outros órgãos competentes como por exemplo, Polícia Florestal.

O atendimento se dá através dos telefones 193 e 564730 com 2 ramais. E para atender os mais variados chamados contam com 1 caminhão com capacidade de 9 mil litros, 1 moto, 1 viatura, 1 equipamento de mergulho, 1 motosserra, 1 equipamento de

captura de animais, prancha longa, colar cervical, talas, faixas e bolsa individual de pronto-socorro. Podem chegar a atender outros municípios, a partir de pedido da Defesa Civil.

Esta Brigada funciona num recinto que possui 4 salas sem ligação entre si. A sala do setor administrativo conta com aparelho de ar-condicionado. Localiza-se na região central, numa das marginais da cidade.

Todo trabalho é documentado através de fotos e os dados armazenados em planilhas mensais. Os dados destas planilhas indicam altos números de condução de pacientes que podem ser atribuídos a ineficiência do setor de remoção do departamento de saúde e carência da população que apela, em última instância, a este serviço, como forma de ter acesso aos serviços hospitalares. Estes dados também podem indicar ampliação da área urbana, observada através do número de captura de animais silvestres que sempre ocupa os primeiros lugares na relação de ocorrências. Na medida em que a cidade expande seus limites ela passa a alterar ecossistemas, fazendo com que muitos animais saiam de seu espaço natural.

A média de ocorrência gira em torno de 91 atendimentos. A tabela abaixo demonstra a estatística referente ao mês de outubro que totalizou 82 atendimentos.

Tabela IX - Número de ocorrências, especificadas por tipo, realizadas pela Brigada de Incêndio de Mococa, no mês de outubro de 1995.

OCORRÊNCIA	TIPO	NÚMERO	%
Condução de paciente	serviço de saúde, muitas vezes, sem indicação	37	45,12
Captura de animais sives-tres e insetos	abelhas, marimbondos, capi-varas, macacos, tamanduá e cobras	15	18,29
Outros auxíli-os	colocação e limpeza de fai-xas	06	7,32
Incêndios	residência	03	3,65
	veículo	01	1,21
	mata	01	1,21
Prevenção e primeiros so-corros	participação em eventos	05	6,09
Corte de árvo-res	risco de tombamento	04	4,87
Abastecimento de água potá-vel	empréstimo de caminhão pipa à proprietários rurais	04	4,87
Acidente auto-mobilístico	com e sem vítima	03	3,65
Resgate de ca-dáver	açude	01	1,21
Vazamento de GLP	residência (costuma zerar)	01	1.21
Salvamento de pessoas	ataque de marimbondos	01	1.21
TOTAL		82	100.00

Fonte: Brigada de Incêndio de Mococa.

3.7.2.Delegacia

Existe apenas uma delegacia policial em Mococa, funcio-nando em um prédio antigo, porém conservado, com instalações amplas, arejadas e bem iluminadas.

Segundo o Delegado, o município é pouco violento, sendo que 60 % dos casos que chegam à delegacia são decorrentes de acidentes de trânsito, na sua maioria sem vítimas. O número de roubos é pequeno, assim como de outros delitos.

Em 1.995 foram instaurados 600 inquéritos. Durante 2 anos não houve assaltos a banco. Ocorreram 2 latrocínios no mesmo período. Em 1.994 ocorreram 3 homicídios e 4 suicídios.

Existia na cidade uma Delegacia da Mulher, desativada por falta de ocorrências.

Existe um grande número de casos de alcoolismo e há um crescente consumo de drogas. Consumo que ocorre tanto na classe média quanto na de baixa renda. Durante o trabalho policial, entretanto, são apreendidas pequenas quantidades dessas substâncias, divididas entre maconha, cocaína e crack. Nas celas da delegacia estão presas 43 pessoas, incluindo neste número os presos da APAC (Associação de Proteção e Assistência Carcerária). Além destes, a cidade conta com 45 presos em regime de Albergue.

Além da cadeia central, o município conta com o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e o Instituto Médico Legal (IML).

3.7.3. Cartório de Registro Civil

Existe um Cartório de Registro Civil em Mococa, localizado na região central. Sua apresentação de faz de modo discre-

to, já que não possui nenhuma placa indicativa que chame a atenção para sua localização.

Trata-se de uma instalação pequena, organizada com rigor e simplicidade. Oferece um ótimo atendimento, informatizado, facilitando e aprimorando ainda mais os serviços que são prestados com rapidez e eficiência.

3.8.Saneamento

Os serviços de abastecimento de água do município de Mococa, são operados pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), desde março de 1979, estando a população atual 100% atendida.

3.8.1.Sistema de abastecimento de água.

Os sistemas de captação de água existente no município de Mococa são:

- Sistema principal do rio Canoas - manancial superficial (170,0 l/s)

- Sistema de Água Nova - manancial superficial (20,0 l/s)

- Sistema do Distrito de Igarai - manancial superficial (10,0 l/s)

- Sistema do Distrito de São Benedito das Areias - poços profundos (2,6 l/s)

TABELA X - Unidades do sistema de abastecimento de água, Mococa, 1995

DESCRIÇÃO	UN	MOCOCA	IGARAÍ	SÃO BENEDITO DAS AREIAS	TOTAL
EXTENSÃO DA REDE	M	146.944	4.663	4.274	155.881
LIGAÇÃO DE ÁGUA	UN	14.262	485	234	14.961
POÇOS	UN	0	0	2	2
CAPTAÇÃO/BARRAGEM	UN	2	0	0	2
ELEVATÓRIA ÁGUA BRUTA	UN	2	1	2	5
ADUTORA ÁGUA BRUTA	M	12.600	0	3	12.603
ESTAÇÃO DE TRATAMENTO	UN	2	1	0	3
CASA DE QUÍMICA	UN	0	1	0	3
RESERVATÓRIO	M3	4.050	130	100	4.280
ADUTORA ÁGUA TRATADA	M	2500	0	0	2.500
ELEVATÓRIA ÁGUA TRATADA	UN	4	1	1	6

Fonte: SABESP: out/95

3.8.1.1. Mananciais

O abastecimento de água do município de Mococa é feito aproveitando-se basicamente de dois tipos de mananciais como segue:

a) Manancial superficial

É utilizado o rio Canoas e drenos na área do córrego da Água Nova, o qual pertence à bacia do Rio Pardo, que nasce na região de Guaxupé (MG), banhando uma região de atividade agri-

cola, baseada na pecuária leiteira e na agricultura cafeeira. Motivo este que o faz ser classificado como classe 2 segundo o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), que define: "pertencem à classe as águas destinadas ao abastecimento doméstico, após tratamento; proteção das comunidades aquáticas; recreação de contato primário; irrigação; à criação natural e/ou intensiva de espécie destinadas à alimentação humana" (CONAMA, 1986).

Em toda sua extensão o rio Canoas não possui sistema de proteção contra poluição, o que é preocupante, pois existem zonas urbanizadas cerca de 20 km à montante da captação, ocorrendo lançamentos de efluentes domésticos do Distrito de Milagres e Arceburgo (MG).

Deste rio são retirados aproximadamente 170 l/s, o que equivale a 90% da vazão total utilizada pela comunidade local.

Os drenos de Água Nova se encontram em áreas protegidas de poluição, conservados pela SABESP e fornecem cerca de 20,0 l/s (10% do consumo da água utilizada pela comunidade local).

Distrito de Igarai, onde a captação é feita pelo córrego de Canoinha de onde são retirados aproximadamente 10,0 l/s (100% da vazão total utilizada pela comunidade local).

b) Lençol subterrâneo

Este manancial é utilizado através de dois poços profundos que servem de abastecimento ao Distrito de São Benedito

das Areias. A produção é de aproximadamente 2,6 l/s (100% da vazão total utilizada).

Com o exposto acima, podemos dizer que o município de Mococa tem um poder de captação de 208 l/s .

O número de ligações com hidrômetro no município está na tabela VII.

TABELA X- Distribuição do número de ligações com hidrômetros, segundo regiões do município de Mococa, 1995.

SISTEMA DE ABASTECIMENTO	Nº DE LIGAÇÕES (un)
Mococa	14.262
Igarai	485
São Benedito das Areias	234
TOTAL	14.981

Fonte: SABESP, out/1995

3.8.1.2. Captação

Como exposto anteriormente, a captação feita no rio Canoas ocorre através de uma tomada direta do corpo d'água, sendo esta elevada até o tratamento através de 3 conjuntos moto bomba. Na ocasião da visita ao local, observou-se que os cri-vos da bomba estão instalados diretamente no corpo d'água sem qualquer tipo de proteção (tela, gradeamento ou caixa de areia), o que provoca um processo de corrosão nas partes internas do rotor da bomba.

3.8.1.3. Tratamento

Sistema principal do Rio Canoas: O tratamento é do tipo convencional: coagulação, floculação, decantação, filtração, cloração e fluoretação. Atualmente produz em média 170 l/s, o que resulta aproximadamente 250 l/hab/dia, incluindo perdas.

A água, ao chegar na Estação de Tratamento de Água (ETA), passa por análises de rotina físico-químicas e por exame bacteriológico, este a cargo da Divisão de Controle Sanitário da SABESP, conforme sua Portaria 36.

Na entrada da ETA são efetuadas a pré-cloração e as aplicações de cal, de sulfato de alumínio e de polieletrólitos.

A medição de vazão é feita através de um medidor tipo "Waltmann". Por este fato as dosagens são processadas através de dosadores próprios. Ato contínuo ao processo, a água é encaminhada ao flocculador (mecânico), que é, aparentemente, eficiente. Daí é encaminhada aos decantadores que possuem módulos de decantação tipo "Lamelar" que melhoram consideravelmente o processo. Os filtros são de múltiplas camadas de fluxo descendente e são levados por contra-fluxo através do reservatório elevado T-1.

Existe cloração das águas na faixa de 1,4 mg/l e fluoretação na faixa de 0,6 a 0,8mg/l, o que é feito de maneira precisa, pois em análise aos relatórios da SABESP notamos um ín-

dice de Performance de Qualidade da água (IPQ) superior a 90%.

Na ETA existe ainda uma casa de química (laboratório), onde se procedem os exames físico-químicos: cor, turbidez, pH, dosagem de flúor e de cloro com frequência horária, sendo emitidos relatórios de resumos diários das principais análises de água.

São realizadas análises de rotina na Rede pela SABESP, através da Divisão de Controle Sanitário, que emite relatórios de IPQ mensalmente.

3.8.1.4. Redes de distribuição

A SABESP possui cadastro de rede que facilita o trabalho de adequação e setorização de redes existentes. Estas datam, em sua maioria, da década de 50 (parte central da cidade) e quase todas as tubulações são de ferro galvanizado, em condições insatisfatórias, pois possuem incrustações que aumentam consideravelmente a perda de carga. Não bastasse isto, estas tubulações estão oxidadas, provocando freqüentes vazamentos, o que acarreta perda de receita. Já os bairros mais novos possuem rede de PVC, com diâmetro mínimo de 50mm, o que representa um grande avanço.

Existe um controle sistemático de perda de água, mas segundo informações recebidas, esta perda gira em torno de 32% e é estimada pela diferença entre a macro e a micro medição.

Este índice é elevado, fato a ser trabalhado juntamente com a comunidade com políticas educativas tais como: não deixar torneiras abertas mais tempo que o necessário, evitar banhos demorados, distribuição de folhetos com orientações básicas, orientando a detecção de vazamento pelo próprio usuário. E investimentos, como: troca de Rede velha, controle e consertos de vazamentos .

3.8.1.5.Reservatório

Esta é feita através de reservatórios apoiados e elevados devido às condições topográficas locais. São confeccionados em concreto. E a capacidade total de reservação do município é de 4.300 m³.

3.8.1.6.Observações Gerais

Estão sendo concluídas as obras de montagens eletromecânica da nova captação do rio Canoas e da ETA, aumentando a capacidade de produção atual para 230 l/s.Após essa conclusão, será desativada a captação da Água Nova.

3.8.1.7.Propostas para o Sistema de Abastecimento de água:

- Ampliação do Sistema, com a implantação da segunda etapa das obras da ETA-Vila Mariana;

- Execução das obras do Reservatório semi-enterrado na ETA-Vila Mariana e Reservatório da Zona Alta, na Cohab II;
- Elevatória da Zona Alta e Sub-adutora da zona alta na Cohab II;
- Remanejamento de 60Km de rede de água na comunidade de Mococa, para troca de diâmetro das tubulações na faixa de Ø50mm a Ø250mm;
- Reforço dos anéis de distribuição;
- Construção do Poço III no Distrito de São Benedito das Areias; e
- Melhorias no Sistema de Abastecimento de Igarai, com a construção da captação, aquisição da ETA compacta e a instalação de adutora e Reservatório de água tratada.

3.8.2.Sistema de esgoto sanitário:

A responsabilidade por este serviço é da SABESP. Segundo informações colhidas em Mococa, a população atendida é de 14316 ligações. Dessa forma, 95% da população é atendida pelo Sistema de Esgoto Sanitário.

Apenas 3% do esgoto sanitário possui tratamento. A maioria dos lançamentos são feitos no Ribeirão do Meio e no córrego do Lambari. À jusante da captação, porém, existem alguns lançamentos à montante no Distrito de Igarai e São Benedito

das Areias, causando preocupação para o Saneamento e Saúde Pública.

As unidades que compõem o sistema estão representadas na tabela III.

3.8.2.1.Redes coletoras:

As tubulações que formam a rede coletora são em sua maioria de cerâmica e estão em boas condições de conservação. Medidas que poderiam melhorar o sistema existente, seriam: a implantação de um sistema de coletores tronco do Ribeirão do Meio, a execução da Estação Elevatória de Esgoto do Lambari II e sua respectiva linha de recalque, reunindo todos os lançamentos e encaminhando-os para o ponto previsto para a execução do tratamento (Estação Recuperadora da Qualidade da Água - ERQ ou Estação de Tratamento de Esgotos - ETE) de Santa Eliza que, conforme previsto no projeto, será composto por lagoas aeradas.

TABELA XI: Unidades e capacidade dos sistemas de esgotos sanitários. Mococa, 1995.

DESCRIÇÃO	UN	MOCOCA	IGARAÍ	SÃO BENEDITO DAS AREIAS	TOTAL
EXTENSÃO REDE ESGOTO	M	143.775	5.189	4.108	153.072
LIGAÇÃO DE ESGOTO	UN	13.670	433	213	14.316
INTERCEPTOR/EMISSÁRIO	M	7.956	0	0	7.956
ELEVATÓRIA DE ESGOTO	UN	1	0	0	1
LINHA DE RECALQUE	M	300	0	0	300
LAGOAS	UN	0	0	0	0
FOSSA DE FILTRO	UN	2	0	0	2

Está prevista para o próximo biênio, a construção das ETEs de São Benedito das Areias e Igarai, melhorando dessa forma a qualidade das águas captadas no rio Canoas para abastecimento do município.

Este conjunto de obras estaria contribuindo para a despoluição de parte do rio Pardo e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria das condições de vida, não só da população moçoquense, bem como, de toda a população localizada à jusante do Município de Mococa.

3.8.2.2. Propostas para o Sistema de Esgoto Sanitário

- Execução das obras de coletores-tronco Emissários e Interceptores para o afastamento dos esgotos;
- Implantação do Sistema de Tratamento de Esgoto do tipo lagoa aerada; e
- Estação Elevatória do Lambari II e linha de recalque, visando reverter os esgotos dessa bacia para o córrego Santa Eliza.

3.9. Resíduos Sólidos (lixo)

As atividades desenvolvidas pela Prefeitura Municipal de Mococa (PMM) são: varrição, coleta, transporte, tratamento, removeção de galhos e folhas e disposição final ("lixão").

Os serviços que envolvem resíduos sólidos são terceirizados e estão temporariamente sob a responsabilidade da PMM,

pelo fato da empresa vencedora do processo de licitação não ter cumprido as exigências na entrega da documentação.

A coleta da PMM está ajustada conforme a disponibilidade de funcionários e equipamentos em seu quadro, durante o período em que a situação não for solucionada.

A população é 100% atendida por este serviço.

Não existe coleta seletiva para fins de reciclagem, existe porém uma coleta diferenciada para resíduos de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios etc.).

3.9.1. Tratamento

A cidade possui uma usina de compostagem de lixo projetada e montada dentro dos padrões exigidos pelas normas da CETESB (Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental), mas a mesma atualmente encontra-se abandonada, sem operação, por motivos políticos e por trazer elevados custos financeiros à PMM.

Pelo fato da usina de compostagem estar desativada há três anos, a mesma encontra-se em bom estado de conservação, possuindo também um galpão para armazenamento de papéis e papelão.

Não existe tratamento algum atualmente, sendo o lixo simplesmente disposto no lixão, sem critérios de controle.

3.9.2. Disposição Final

Atualmente são coletadas 35 ton/mês, ou 0,48 kg/hab/dia, de resíduos sólidos, que, juntamente com os resíduos de Serviços de Saúde, são encaminhados para o "lixão".

O "lixão" está localizado na zona industrial, no bairro Santa Rosa, ao redor do "lixão" existem: uma olaria, o parque industrial, moradias, o córrego Água Nova e a usina de compostagem desativada. Ao chegarem no "lixão", os caminhões descarregam os resíduos sólidos (domésticos e hospitalares) sem controle algum, dispendo-os no mesmo local. Isto pode ser por nós observado em visita ao local, onde constatamos a presença de agulha, seringas e dejetos hospitalares. O "lixão" é operado inadequadamente, sendo que no local não foi observado trator de esteiras para o espalhamento dos resíduos aproximadamente 4 Km de distância do centro da cidade.

No "lixão" não existem cercas para delimitar sua área e impedir a entrada de animais e/ou pessoas estranhas ao serviço. Por fazer divisa com o córrego Água Nova, as águas deste acabam por se contaminar. O problema é agravado pela presença de gado bovino na outra margem do córrego, já que pudemos observar que este se utiliza desta água contaminada para beber.

A visão que se tem na chegada ao "lixão" é desoladora, uma vez que se faz difícil a distinção entre pessoas (catadores de lixo), moscas e urubus, em uma disputa desumana

pela posse do lixo, fator de sobrevivência para todos os envolvidos.

Durante visita, encontrou-se aproximadamente 30 "catadores de lixo", entre homens, mulheres, crianças e adolescentes. Muitos deles estão envolvidos com este trabalho há muito tempo, tendo se tornado "profissionais do lixo", desenvolvendo ali sua principal atividade laborativa, retirando do lixo o sustento de famílias inteiras.

O trabalho é realizado no "lixão" pelos "catadores" no período das 6:00 às 16:00 horas.

Algumas pessoas realizam este trabalho por estarem desempregadas; os adolescentes, por falta de opção de trabalho, o que inclusive lhes impede de estudar; alguns, porque acham que podem ganhar mais do que como "boias-frias"; e outros, ainda, realizam a coleta no "lixão" como trabalho temporário, nos períodos de entre-safra do corte da cana-de-açúcar.

Todo o lixo reciclado, por eles recolhido (papelão, papel, plástico, vidro e alumínio), é vendido para uma mesma pessoa; único comprador deste material na cidade que o revende às indústrias de reciclagem. Segundo os "catadores", esta pessoa "enriqueceu com a compra de lixo reciclado", e seria atualmente "proprietário de várias fazendas". O "patrão", como é chamado por eles, paga R\$ 0,50 por Kg de lixo reciclado entregue e só lhes fornece, como equipamento de segurança para o trabalho, um "gancho" (ferramenta composta de um cabo de ma-

deira com um gancho de metal na ponta, para proceder à separação do lixo), que é utilizado no momento em que o caminhão despeja o lixo, espalhando-o e facilitando a coleta, do que pode ser aproveitado, pelas crianças.

Os trabalhadores informaram que existia em funcionamento uma usina que tratava o lixo, inclusive reciclando-o. Alguns deles chegaram a trabalhar nela, recebendo até mesmo registro em Carteira de Trabalho. Consideravam este um trabalho muito importante, recebendo equipamento de proteção contra acidente, o que incluía luvas, botas, máscaras, aventais e tocas.

Não compreendem porque a Prefeitura fechou a usina, apontando, no entanto, como motivo plausível, o término do contrato com a empresa responsável pela reciclagem.

Ao contrário da época em que trabalhavam na usina e tinham uma atividade profissional reconhecida e valorizada, atualmente, sentem-se discriminados, desvalorizados e envergonhados, É o que pode-se observar durante a visita.

A maior parte do grupo, principalmente os homens, não permitiram que os fotografassem por vergonha do trabalho "sujo" que realizam, ou ainda, por medo das fotos serem usadas como meio de divulgação do trabalho realizado por eles ali, o que poderia interferir na continuidade do "lixão" e mesmo do sustento de suas famílias.

Quando questionados sobre o perigo de ficarem doentes, trabalhando no lixo, nos responderam que possuem ótima saúde e que o lixo não lhes faz mal algum.

Foi este, também, o teor da resposta de uma mãe, que se referindo ao filho de 2 anos de idade, disse: "Ele não fica doente, não, porque já tá acostumado. "Nasceu no lixo." Esta mesma mãe, sentada no mesmo lixo, almoçava junto com o filho, um alimento que também era disputado pelas moscas. Seria bom que as autoridades da cidade se dispusessem a visitar o "lixão", coisa que nunca teria ocorrido, segundo informações dos "catadores", que, no momento, cobravam a presença do Prefeito para ver a realidade na qual eles vivem e tomar medidas que solucionassem os problemas apresentados. O que se entende não ser impossível, levando-se em conta a existência da usina desativada, impedindo o tratamento adequado do lixo e a melhoria das condições de vida dos "trabalhadores do lixo".

Apesar disso, verificou-se em uma mesma família, dois irmãos, adultos, com enormes hérnias umbilicais. Enquanto um deles atribuiu o mal ao excesso de esforço físico realizado no trabalho, carregando lixo, o outro acha que isso é casual, apenas um "problema de família".

Os acidentes do trabalho são comuns, sendo os mais graves provocados por contato físico do trabalhador com o caminhão de lixo.

Um dos homens, que alí trabalhava, apresentava grande cicatriz em um dos ombros, proveniente de uma cirurgia ortopédica que reparava um deslocamento de braço provocado por acidente em que o caminhão de lixo deu ré após o despejo do mesmo, acertando o trabalhador que, afoito, aproximava-se para iniciar a separação do lixo.

Os trabalhadores relataram que, há pouco tempo, em situação semelhante à descrita acima, o caminhão atropelou e matou um colega deles.

Disseram ainda, que nunca tinha estado alí nenhuma Assistente Social para conversar com eles e saber dos problemas que eles têm. No entanto, minutos antes de nós chegarmos, havia estado lá uma Assistente Social do NAI (Núcleo de Atendimento Integral) Santa Rosa, convocando por escrito um deles para comparecer ao Posto e receber atendimento para um problema de saúde.

A maioria dos trabalhadores do "lixão" mora próximo, no bairro Santa Rosa. No entanto, com o aumento do valor médico do aluguel, uma família foi despejada e construiu um barraco dentro da área do "lixão", onde vive atualmente.

No geral, o que se observa é um descaso preocupante e grave com os resíduos sólidos domésticos e hospitalares, o que torna-se preocupante.

Além dos resíduos citados, o "lixão" recebe também resíduos industriais, contribuindo para a contaminação do solo com metais pesados presentes nestes resíduos, sendo os mesmos (metais pesados) ou a contaminação patogênica (bactérias, vibrões, vírus, etc.)

3.9.3. Propostas para a disposição final e tratamento dos resíduos sólidos (lixo)

- Providenciar estudos de viabilidade de uma área destinada ao lixão para evitar a contaminação do lençol freático e do rio Ribeirão do Meio, bem como a proliferação de vetores.

- Agilizar o funcionamento da usina de compostagem somente para resíduos domésticos

- Todos os resíduos de Serviços de Saúde gerados devem ser incinerados ou adotar tecnologia compatível com sua disposição final em forma de valas com cobertura de terra e cal.

- No aspecto hidrogeológico, o sistema de controle do lençol freático deve constar de uma rede de poços de monitoramento, construídos e operados de acordo com as normas da CETESB. O objetivo principal do monitoramento é verificar e acompanhar a evolução hidroquímica do lençol freático e a

superimposição eventual de poluição química, evitando-se assim a proliferação de vetores, o que se verifica hoje.

- Quanto ao lixo contaminado dos Serviços de Saúde, recomendamos a obrigatoriedade da coleta em sacos plásticos de cor branca, a fim de serem evitados equívocos, já que hoje não há diferenciação.

- Tentar manter contato com Municípios vizinhos para em possível consórcio para aquisição de incinerador de lixo hospitalar que atenda a região e a sua construção local geograficamente adequado.

- Os resíduos sólidos industriais devem ser diferenciados dos demais devido à sua composição química, devendo ser dispostos em locais apropriados, seguindo as normas da CETESB.

Recomenda-se que o "lixão" seja transformado em "aterro controlado", através da construção de cercas adequadas para impedir a entrada de pessoas e animais; revolvimento do lixo, compactação e cobertura periódicas a cada três dias ou, no mínimo, uma vez por semana.

O Município de Mococa não deveria receber resíduos sólidos de municípios vizinhos, a exemplo de São José do Rio Preto.

4. CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES CIVIS

Quando se analisou as entrevistas colhidas com os representantes das organizações civis de Mococa, sejam de Sindicatos, Entidades Filantrópicas, Empresas, ou mesmo Associações, pode-se observar um perfil mais tradicional.

A maioria dos Sindicatos, organizados na época da Ditadura Militar, período caracterizado por forte repressão política, mantém ainda hoje concepções sindicais que predominavam naquele período.

Sua prática limita-se as questões diretamente ligadas a categoria, não se vendo enquanto movimento social que teria condições de interferir nos mais variados setores da vida municipal. Neste sentido, não contribuem com a melhoria das condições de vida da população.

Possuem visão tipicamente assistencial que busca somente garantir a ampliação dos benefícios aos trabalhadores. Nota-se que não têm clareza de qual linha política a ser adotada. Preferem sempre a negociação, talvez por não desejarem alterações e confrontos com a elite empresarial local. Esta elite, também é extremamente conservadora, não só na forma como vê o mundo, bem como na forma de administrar e se relacionar com os trabalhadores. Estão distantes das novas tendências globais de gerenciamento que passam a tratar os trabalhadores de uma forma diferenciada desta que tem sido desenvolvida na cidade. Re-

velam concepção negativa em relação aos direitos trabalhistas são vistos com maus olhos.

Quanto à saúde, tanto os Sindicatos, quanto as Empresas, têm utilizado o sistema privado de saúde, através da UNIMED (Cooperativa de Médicos), e convênios com médicos da própria cidade. Quando questionados acerca da situação local da saúde pública, não oferecem propostas nem formas de articulação para que esta situação se altere, embora muitos deles participem de Campanhas ou até mesmo da Comissão que pretende diminuir as dívidas da Santa Casa.

No caso da Igreja Católica, única Instituição religiosa visitada, nota-se que esta cumpre com seu papel de assistir à população de baixa renda de maneira eficaz, seguindo seus princípios seculares. Apresenta alguns projetos, e mantém programas de auxílio aos mais necessitados, sejam eles crianças, jovens, e famílias que estejam em dificuldades.

A instituição é muito bem vista pela população, haja vista a popularidade do falecido Padre Demóstenes, que quando prefeito, deu ênfase à questão social. A concepção deste grupo também é assistencialista, como se pode esperar, já que não busca a conscientização política e/ou a organização popular.

Quanto a outras entidades, Mococa chega a ter representantes de ONG (Organizações Não Governamentais) de temáticas atuais. O Movimento Ecológico Livre de Mococa e o Movimento

Negro, além da Associação Protetora dos Animais tem representantes na cidade, ainda que, de acordo com observação e entrevistas, não tenham uma grande visibilidade social. Indicam, porém, que no município existem pessoas interessadas em realizar um trabalho diferenciado. Quanto ao Movimento Negro e outros movimentos ligados à cultura, não foi possível realizar contato, apesar das diversas tentativas. Este fato é significativo, pois na maior parte destas pequenas instituições, a sede funcionava na casa do próprio representante, o que indicaria um tipo de organização ainda incipiente, ao contrário de associações como Rotary e Lions que, a exemplo de outros lugares, são mais atuantes.

4.1. Comunidade da Paróquia Santa Luzia - Entrevista com o Vigário

Segundo o entrevistado a comunidade religiosa do bairro procura desenvolver um trabalho social com a população, destacando-se as atividades junto aos jovens e às crianças.

Existe uma equipe realizando um trabalho preventivo de conscientização dos jovens, alertando-os para os problemas decorrentes do uso e dependência de drogas (maconha, cocaína e crack) e álcool.

Este trabalho justifica-se pelo grande consumo das substâncias tóxicas mencionadas, sobretudo pelos adolescentes do bairro, segundo informações do próprio entrevistado e outras levantadas ao longo do trabalho.

A Cohab II é conhecida como uma das áreas de maior atuação do narcotráfico, em Mococa. Na opinião do entrevistado, isto ocorre como reação da comunidade local aos problemas de ordem social vivenciados como, o baixo nível sócio-econômico da população residente no bairro, o alto índice de desempregados, sobretudo no período de entre-safra, já que a maioria dos trabalhadores é composta por "Bóias-Frias". Além do êxodo rural para esta região, acentuado sensivelmente nos últimos anos, que provocou crises e desestruturas no interior de muitas dessas famílias migrantes.

Diante do quadro de pobreza e marginalização social de boa parte da população da Cohab II, verifica-se grande incidência de desnutrição e subnutrição entre as crianças. A Pastoral da Criança, ligada à Igreja, desenvolve um trabalho comunitário com a finalidade de diminuir estes índices, oferecendo complementação alimentar à todas as crianças necessitadas. Também participam deste programa assistencial alguns trabalhadores do NAI-Cohab II, residentes no bairro. Há ainda um programa paralelo que distribui sopa às pessoas carentes.

Quanto aos serviços de saúde, o entrevistado os considera muito precários na cidade, apontando para problemas como a falta de medicamentos e profissionais, ou ainda, a ambulância conseguida pela população junto à prefeitura para permanecer 24 horas por dia no NAI, e que nem sempre encontra-se disponível.

Quando faz referência à Direção de Saúde do município, diz perceber boa vontade no intuito de resolver os problemas relativos à saúde, no entanto, por questões políticas, as propostas apresentadas são boicotadas pela Câmara Municipal.

Acredita que a cidade ainda vive sob forte influência política dos herdeiros dos "Barões do Café". Aponta o Padre Demósthene (eleito prefeito em três ocasiões), como um dos poucos que conseguiu quebrar a hegemonia política da aristocracia rural da cidade, através de uma atuação voltada para as questões sociais.

Foi o Padre Demósthene ainda, quem criou o Centro Social Católico, buscando desenvolver trabalhos com a população carente. A prefeitura financiava as obras e a Igreja Católica assumia o atendimento. O entrevistado, refletindo sobre a questão, conclui que, apesar do poder exercido pelo "Padre" ter se caracterizado como uma Teocracia, o mesmo foi importante para a população.

Analisando a política atual da cidade, reconhece o predomínio dos membros dos partidos conservadores. Graças às gestões do Padre Demósthene, os trabalhos dos demais padres da região passaram a ser vistos com carinho e respeito pela população, que anseia a volta de um padre ao poder, uma vez que o pioneiro deles hoje é falecido.

O entrevistado encerra a conversa dizendo que se algum padre se candidatasse, teria grandes chances de se eleger para algum cargo público.

4.2.Artesanato Padre Demósthene

O Centro Social Católico de Mococa é uma entidade da Igreja local e mantém sob sua coordenação quatro departamentos, de acordo com o descrito abaixo:

- **Departamento de Promoção Social.** quatro funcionários atendem as famílias carentes da região em suas reivindicações básicas. Neste local são fornecidas refeições, cesta de alimentação e remédios, além de orientação e encaminhamento para qualquer outro serviço solicitado.

- **Estagiário Mirim.** Neste departamento adolescentes são treinados e orientados visando uma colocação mais efetiva no mercado de trabalho. Aprendem noções básicas de trabalho em escritório e são encaminhados às empresas locais. Enquanto estagiários, são regulamentados por um contrato assinado pelo maior responsável e recebem um salário mínimo mensal. Cabe salientar que dado o caráter dúbio desse tipo de atividade, o centro já respondeu algumas ações trabalhistas movidas pelos usuários.

- **Creche.** 14 funcionários responsabilizam-se por aproximadamente 170 crianças entre 6 meses e 6 anos. Aqui, estas permanecem no período estipulado recebendo cuidados básicos.

Localizada ao lado do PPA são atendidas e medicadas quando necessário por profissionais do Posto.

- **Artesanato.** Talvez a obra mais abrangente, atende aproximadamente 300 crianças e adolescentes que desenvolvem atividades laborativas e/ou educativas, bem como esportivas. Oferece oficinas de datilografia, computação (a ser instalada), marcenaria, tipografia, música, dança, organização disciplinar (educação moral e cívica, ordem reunida), tecelagem, esporte e agricultura (hortaliças). Os usuários deste equipamento são orientados por doze funcionários, sendo 8 instrutores. Aqui permanecem meio-período, e se espera que a criança ou adolescente estude em alguma escola da região.

São selecionadas crianças e adolescentes de famílias de baixa renda e que de preferência, residam nas imediações. Devem estar, também, regularmente matriculada numa escola da região. Há um projeto prevendo uma parceria com a Prefeitura local visando transformar uma parte do equipamento em escola oficial, sendo que o Artesanato entraria com as salas e com a administração e a Prefeitura com o mobiliário e parte pedagógica.

Localizado num amplo terreno de dois alqueires, o Artesanato possui inúmeras salas já utilizados para diversas atividades e algumas salas ociosas. Conta ainda com um campo de futebol, quadra de esportes e piscina, além de uma horta.

É mantido pela Igreja, ou melhor, por parte do dinheiro arrecadado com dízimos e pela contribuição espontânea de "sócios" e possui uma diretoria composta por 40 diretores leigos eleitos bianualmente.

4.3. Sindicato Rural de Mococa

Este sindicato foi fundado em 1967 e hoje ele é composto por 125 associados que contribuem com apenas R\$ 15 reais mensais. A Casa do Criador e as Cooperativas dos Cafeicultores vêm se somar ao Sindicato enquanto entidades representativas do setor.

Possui sede própria com três salas. O andar térreo é alugado, pois só utiliza o andar superior. Conta com quatro funcionários, sendo dois advogadas.

Este sindicato é conhecido como o da "lavoura branca" que compreende as seguintes produções: café, leite, arroz, milho, feijão etc. Tem como associados pequenos, médios e grandes produtores rurais que na sua ampla maioria são herdeiros de grandes coronéis. Seguindo o padrão nacional, em Mococa esses médios e grandes proprietários rurais estão endividados e começam a perder terreno para os pequenos produtores.

Esses grandes proprietários a cada dia que passa vêm diminuindo suas propriedades, chegando a transformar algumas destas fazendas em pequenos sítios. Fernando Whitaker Ribeiro

Lima, Sergio Pereira Lima e Lineo da Costa Lima podem ser considerados ainda grandes proprietários rurais.

O trabalho deste sindicato consiste em prestar assessoria ao pequeno e médio produtor, em especial assessoria jurídica. Recentemente se integraram na luta contra as reformas do Governo Federal, que cortaram o crédito rural no setor. Participam timidamente através da FAESP (Federação da Agricultura do Estado de S. Paulo).

O Sindicato possui alguns programas : Contador - assessoria ao pequeno produtor do plantio à colheita e o MAR (Movimento de Ação Rural) - assistência à saúde aos trabalhadores rurais, criado em 1969. O MAR consiste em atendimento médico e odontológico oferecido diariamente. O atendimento é feito nas dependências da Santa Casa de Mococa, que foram cedidas gratuitamente ao Sindicato. O atendimento odontológico prevê apenas restauração e extração. O dentista atende 5 pessoas/dia e o médico 10 a 12 pessoas/dia. O agendamento é feito previamente junto ao Sindicato e a espera é de no máximo 5 dias. Esses profissionais recebem do Sindicato, no fim do mês, o total de sua produção pelo valor da tabela SUS. O trabalhador não desembolsa nenhum valor pelo atendimento. O transporte até a cidade, muitas vezes é garantido pelo patrão. Este benefício muitas vezes tem sido indiscriminadamente usado para obtenção de atestado médico, segundo informes.

Além desses programas o Sindicato tem promovido outros, como o de inseminação artificial junto ao SENAR (Serviço Nacional da Agricultura). Alguns de seus associados têm participado informalmente do programa chamado escola-piloto, que é um projeto educativo voltado para a população rural, criado em parceria com a Prefeitura, o Estado e a Escola da Vila, - escola da capital do Estado de São Paulo, que adota a pedagogia construtivista.

Grande parte do trabalho deste Sindicato se baseia nas ações impetradas pelos trabalhadores, principalmente no que diz respeito ao registro do contrato de trabalho em carteira. O sindicato recebe um número maior de ações sempre após a safra. Segundo a representante do Sindicato, os trabalhadores acabam se recusando a assinar a carteira para poder receber o seguro desemprego. Em função da necessidade, os produtores acabam aceitando esta condição imposta pelo trabalhador que logo após a safra entra com ação, acusando o patrão pelo não registro.

Nestes últimos 10 anos só tiveram dois casos comprovados de acidente de trabalho e dois casos de doença ocupacional. Um deles ainda se encontra em recuperação por tenosinovite. Para evitar tais problemas, praticam a advocacia de partido -tipo de advocacia que tenta prever todas as situações que possam gerar ações.

O contrato dos trabalhadores são em sua maioria por tempo determinado, exceto para os trabalhadores das propriedades produtoras de leite e para os funcionários fixos.

A remuneração do trabalhador pode se dar de diversas maneiras, dependendo do produto e do tipo de atividade a ser desenvolvida. O piso é de R\$ 125,00 reais mensais ou R\$ 4,16 ao dia. A jornada é de 44 horas semanais, o dsr (descanço semanal remunerado) é a partir das 11:00 horas do sábado. O período de trabalho de 4 a 6 meses corresponde à safra. Na prática o que se tem pago é R\$ 7,00 (dia). É no momento da contratação que surge a figura do "gato", atravessador de mão-de-obra que muitas vezes vai em busca deste recurso em municípios distantes e muito mais pobres.

O transporte de trabalhadores, hoje, segue a legislação, assim como o trabalho do menor que consegue ainda existir em função da forma de pagamento e do vínculo empregatício. Como forma de se isentar desta responsabilidade o patrão obriga o trabalhador a assinar um termo de responsabilidade pelo trabalho do menor em sua propriedade, segundo o Sindicato.

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo setor, mas a relação com os trabalhadores, talvez seja a pior delas, segundo representante da entidade. Não reconhecem os direitos trabalhistas como positivos. A todo momento se referem ao trabalhador como um "sujeito desclassificado que tenta levar vantagem em tudo".

O Sindicato é integrante da Comissão da Santa Casa que tem organizado eventos e vendido rifas, com o intuito de levantar fundos para evitar o fechamento deste hospital que consideram importante para o município.

4.4.Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Tapiratiba, Mococa e São José do Rio Pardo.

Este Sindicato foi criado em janeiro de 1960 e só abrangia o município de Tapiratiba. Em 1965, a partir da fundação da Açucareira Santo Alexandre teve sua base estendida para Mococa e São João do Rio Pardo. Naquele período não havia, sequer, ligação viária entre esses municípios.

O número total de trabalhadores desta categoria na base territorial e de associados pode ser observado na tabela abaixo.

Este Sindicato está ligado não oficialmente à Força Sindical. Faz parte do histórico de luta deste sindicato uma greve realizada na Perdigão que reivindicava melhores salários e cesta básica. A avaliação desta diretoria com relação a esta greve é negativa. Atualmente as reivindicações se limitam a salário pelo IPCR , cesta básica e participação nos lucros da empresa.

Tabela X - Número de trabalhadores da categoria por empresa e número de associados ao Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Tapiratiba, Mococa e S. José do Rio Pardo, em 1995.

EMPRESA	TRABALHADORES	ASSOCIADOS POR EMPRESA	
		N.º	%
Laticínios Mococa	400	150	37,5
Perdigão	250	58	23,2
Açucareira Santo Alexandre	200	8	4,0
Sairsa-Gelita	150	22	14,6
Avisco	(200) *100	45	45,0
Padaria	50	15	30,0
Cooperativa de Leite Mococa	30	23	76,6
Briza	30	18	60,0
Frigon	30	15	50,0
Catiê	10	3	30,0
	10	3	30,0
Milkmoni			
TOTAL	1260	360	

Fonte: Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Tapiratiba, Mococa e S. José do Rio Pardo.

*Só os trabalhadores na indústria, desconsiderando os funcionários da Granja.

A Diretoria têm atuado timidamente no que diz respeito às CIPAS (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), pois avaliam que elas não funcionam. As CIPAS têm pouca participação, pois seus integrantes ainda são mal vistos. Como a estabilidade provisória se restringe somente ao diretor da CIPA, os trabalhadores temendo o desemprego acabam não participando.

Suas atividades se baseiam em negociações nos dissídios, visitas regulares às empresas e cursos no próprio Sindicato,

além de assistência jurídica aos associados. São realizadas nove negociações coletivas/ano.

Recentemente verificou-se a dispensa de 170 funcionários dos Laticínios Mococa S/A e a redução da jornada de trabalho com redução de salário, da Metalúrgica Mococa, pertencente ao mesmo grupo dos Laticínios. A doença ocupacional mais comum é a perda da audição e os acidentes de trabalho são de difícil controle.

Segundo o entrevistado, a antiga diretoria, inconformada com a derrota nas últimas eleições acabou dividindo a categoria, criando um novo sindicato. O advogado do Sindicato já entrou com ação na Justiça revogando a criação deste sindicato paralelo.

Os baixos salários da categoria preocupam a atual diretoria que verificou indignada que o custo de embalagem no setor é maior que o salário do trabalhador. Outro fato que preocupa a diretoria é a possível saída da Perdigão de Mococa para o Estado de Minas Gerais, onde os salários e tributos são inferiores àqueles no Estado de São Paulo. O piso da categoria gira em torno de R\$ 250,00 em S. Paulo e R\$ 120,00 em Minas Gerais.

A entidade mantém um acordo com 60 médicos do município que prevê atendimento com livre escolha em clínica particular. Este acordo é informal e o acerto é feito no dia 20 de cada mês. O Sindicato encaminha ao médico um cheque no valor

total dos atendimentos realizados. Um recibo é assinado pelo médico no ato de recebimento do cheque. Quando o médico verifica que estourou sua previsão no que diz respeito ao Imposto de Renda, ele comunica ao Sindicato que interrompe os encaminhamentos, feitos através de guias retiradas no mesmo. O desconto é integral e feito no contra-cheque do trabalhador no mês subsequente ao atendimento.

Há poucos meses o Sindicato também assinou convênio com a UNIMED. O convênio só dá direito a consultas e exames. O trabalhador deve também, retirar guia previamente no Sindicato. O desconto é feito em folha de pagamento no valor de 50 CHM (Coeficiente de Honorários Médicos) da Associação Médica Brasileira. Como os médicos são praticamente os mesmos, o Sindicato preferiu não utilizar mais o acordo anterior.

É também oferecido aos associados convênio com 4 farmácias, incluindo 1 homeopática e laboratórios, além dos da UNIMED. Os descontos são feitos posteriormente em folha de pagamento.

Há também o atendimento odontológico feito em clínicas particulares, onde são realizados todos os procedimentos, com desconto, a partir da tabela do profissional.

Quando o trabalhador estoura o limite de desconto, o Sindicato providencia o parcelamento destes. No mês de outubro foram emitidas um total de 500 guias, girando a média em tor-

no de 392, somadas as de laboratório. O montante da UNIMED atinge cerca de 170 guias.

4.5. Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Mococa

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Mococa foi fundado em 19 de maio de 1.963, e inaugurado oficialmente em 1.973, a partir da iniciativa de um professor.

Conta atualmente com 13.000 filiados, sendo que apenas 1.200 mantêm suas contribuições em dia. Aproximadamente 15.000 trabalhadores compõem sua base. Os filiados que encontram-se na ativa pagam uma mensalidade de R\$ 5,00 e os aposentados R\$ 3,00.

Segundo o diretor entrevistado, o Sindicato nunca realizou greve, desde a sua fundação. Para ele, trata-se de um "sindicato de pai que nunca brigou com o patrão". Este Sindicato é filiado a FETAESP (Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de São Paulo).

A título de benefícios oferece aos seus associados:

- Assistência Médica no prédio do Sindicato (estes dados podem ser observados no relatório do NAI - Sindicato Rural);
- Convênio com a UNIMED local e com a Prefeitura. No caso da UNIMED, o associado desembolsa por consulta R\$ 24,00;
- Convênio com Dentista;

- Advogados trabalhistas; e
- Material escolar para os filhos dos trabalhadores.

Na visão do diretor do sindicato, a economia do País encontra-se em crise, o que contribui para que os serviços de saúde não funcionem adequadamente. Especificamente, em Mococa, enquanto reflexo desta crise, chegam a faltar recursos financeiros para a compra de medicamentos. Referindo-se ao SUS (Sistema Único de Saúde), acredita que no princípio a situação era melhor. Já com relação à Santa Casa, acha que sua crise se relaciona com a crise do SUS.

Quanto aos problemas de saúde da categoria, refere-se às doenças respiratórias como aquelas que mais afetam os trabalhadores rurais.

Relata ainda que o serviço médico do Sindicato atende não só os associados como também os moradores de bairros vizinhos. Entretanto, alega dificuldades para o atendimento, porque não estão sendo repassados os recursos necessários. Além disso, cita o fato de não existir nenhum profissional da prefeitura trabalhando no ambulatório, que funciona apenas com funcionários do próprio sindicato.

4.6. APEOESP de Mococa

O endereço para contato com a APEOESP (Associação dos Professores do Estado de São Paulo) de Mococa na verdade é lo-

cal de moradia da representante da Associação na cidade. A sub-sede da entidade localiza-se na cidade de Casa Branca.

Em Mococa foram entrevistadas um membro da diretoria da sub-sede e uma professora filiada à entidade que conta com 300 filiados.

Desde 1986 a entidade articula os trabalhadores locais. O maior problema da categoria são os baixos salários, defasados já há muitos anos.

A articulação dos trabalhadores no momento dá-se no sentido de se contrapor à proposta do atual governo, que quer separar os alunos por idade nas escolas, originando escolas só de 1º ou só de 2º grau.

A evasão escolar, segundo as entrevistadas, não é muito alta, estando em torno de 5%. Quando um ou outro aluno deixa a escola, há um trabalho que prevê visita à sua casa a fim de se detectar possíveis dificuldades. Alguns alunos até retornam depois de algum tempo.

Segundo a entrevistada, na cidade de Mococa a Prefeitura tem investido razoavelmente na educação, tendo esta um dos maiores orçamentos.

Como maiores problemas na cidade, as entrevistadas citaram o uso de drogas principalmente entre adolescentes, que tem aumentado consideravelmente. Nas escolas ocorrem palestras e discussões acerca do tema e de suas conseqüências.

Quanto à saúde, dizem ser de ruim a péssimo, o estado em que se encontra o atendimento à população. Faltam médicos, há muitas filas e o atendimento é muito ruim. Além disso, é de conhecimento geral na cidade a existência de médicos fazendo a cobrança de honorários por atendimentos e/ou procedimentos que o sistema público poderia estar cobrindo integralmente. Continuam, dizendo que, no início da municipalização houve um princípio de melhora nessa área, entretanto, sem uma continuidade que possibilitasse grandes mudanças.

Em nível político, a cidade ainda mantém resquícios do coronelismo e alguns descendentes dos "Barões do Café" ainda transitam pela vida política na cidade, daí a grande dificuldade em organizar a população e os trabalhadores.

4.7. Sindicato dos Servidores Municipais de Mococa

Segundo a entrevistada (vice-presidente), a atual diretoria do Sindicato foi eleita recentemente (julho/95). O Presidente do Sindicato, encontrava-se naquele dia a serviço da entidade em uma cidade próxima, e desta forma não poderia atender a equipe. Atualmente filiado à CUT (Central Única dos Trabalhadores), o Sindicato fora tempos atrás filiado à Força Sindical. Conta com 1.400 trabalhadores em sua base, tendo aproximadamente 1.060 filiados.

O Sindicato realizou uma greve na gestão atual, conseguindo um acordo com a Prefeitura no sentido de que os trabalhadores tenham uma reposição salarial de 12 %, a ser pago em

Fevereiro e Abril de 1.996. Outras greves e manifestações ocorreram na gestão anterior, sendo que algumas com resultados positivos para os trabalhadores.

Os benefícios oferecidos pelo Sindicato são:

- Atendimento ambulatorial. Um clínico e um pediatra atendem diariamente cerca de 15 pessoas, sejam elas associadas ou seus familiares;

- Cabeleireiro (gratuito);

- Convênio com a UNIMED local, cobrando-se por consulta R\$ 24,00, que é descontado na folha de pagamento do servidor. Exames de laboratório e RX possuem uma tabela com valores abaixo do preço normal, cobertos também pelo convênio;

- Atendimento jurídico-trabalhista, individual e coletivo;

- Convênio com Dentista, com desconto em seus serviços na ordem de 40% e;

- Desconto em viagens e passeios através de um convênio com a Rede de Hotéis Mares do Sul (50% de desconto).

O Sindicato utiliza um imóvel alugado para sua sede social. A casa possui vários cômodos, alguns amplos e arejados. O atendimento inicial ao associado ou dependente é feito por 2 atendentes que encaminham-no ou simplesmente orientam-no.

A entrevistada coloca-nos a par ainda, das dificuldades atuais em se articular a categoria, bem como as dificuldades em se negociar perdas dos trabalhadores com o poder local. Entende ainda que é uma crise de proporções muito maiores que atinge a maior parte das entidades do Brasil.

A entrevistada refere ser partidária do PFL local e membro do Conselho Municipal de Saúde. A respeito deste último informa-nos que há aproximadamente um ano não é chamada para as reuniões do Conselho. Finalizando, nos informa que já foi vereadora em Mococa, exercendo o cargo por um único mandato.

4.8. Sindicato dos Metalúrgicos de Mococa

O Sindicato dos Metalúrgicos de Mococa iniciou suas atividades em 1.969. Já em 1.964, com o movimento sindical organizado, os próprios trabalhadores das indústrias se organizaram para montar o Sindicato. No início concebido como associação, logo teve seu registro definitivo como Sindicato (1.965). As indústrias cujos trabalhadores deram início ao movimento foram Nicola Home e Metalúrgica Mococa.

Segundo o entrevistado a Diretoria do sindicato é composta por 20 membros. Conta com 1.700 associados atualmente, numa base de 2.000 trabalhadores. Portanto, 94 % dos trabalhadores são associados. Existem em Mococa 5 metalúrgicas.

No início de suas atividades, o Sindicato era mais voltado para as questões do assistencialismo. Hoje, suas ações se

voltam tanto para a questão assistencial quanto para a questão trabalhista.

No início também, seu caixa era mantido pela contribuição sindical, portanto tinha verbas próprias para as atividades. Hoje não é mais uma contribuição obrigatória. Atualmente, mantém-se através da cobrança de mensalidades para aqueles já associados, além da contribuição confederativa, cobrada desde 1.993. Atualmente, o Sindicato é filiado à Força Sindical.

Refletindo sobre a saúde, o entrevistado observa que esta é uma área de extrema importância, porém há a necessidade de se estruturar melhor os serviços. Parece que os médicos não se interessam pela área. O atendimento prestado na cidade é precário, com consultas muito rápidas e sem objetividade. Diz ainda que ele próprio fez parte do Conselho Municipal de Saúde. Acredita ainda que o sistema de saúde está falido, ocorrendo problemas no repasse das verbas. No que se refere a Santa Casa preferiu não responder a questão.

Não existem Conselhos de Saúde nos bairros. O próprio Conselho Municipal de Saúde se reuniu somente quatro vezes em 1.994. Seus membros eram representantes de várias instâncias organizativas da cidade, tais como: Sindicatos, Comerciantes e Sociedades de Amigos de Bairro, porém não contava com representação dos usuários dos serviços.

A título de benefícios aos seus associados, o Sindicato oferece atendimento odontológico por 3 dentistas que prestam

seus serviços no próprio sindicato e um Convênio com a UNIMED local. O associado desembolsa R\$ 22,00 por consulta, extensivo aos dependentes. O atendimento se dá no próprio consultório do médico procurado. As empresas de Mococa não oferecem convênio médico, exceto uma que não quer que seus funcionários tenham contato com o Sindicato.

Segundo o entrevistado, os associados estão satisfeitos com o atendimento prestado pelo Sindicato. Os maiores problemas de saúde da categoria são de audição. Não existe um programa específico de Saúde do Trabalhador, muito embora o Sindicato esteja preocupado com as doenças profissionais e também com os acidentes de trabalho, pois há nas empresas muitas máquinas que oferecem perigo para a categoria, além de exigir uma produção cada vez maior.

O entrevistado avalia que o maior problema da cidade atualmente é o desemprego, causado pela automação que invade as empresas. Uma empresa que tinha 10.000 trabalhadores em seu quadro de pessoal, necessita de 700 com a automação.

4.9. Associação Protetora Dos Animais de Mococa (APAM)

Mococa possui uma APA (Associação Protetora dos Animais) que foi criada no início da década. Surgiu a partir da indignação de alguns moradores da cidade com a matança indiscriminada de animais domésticos ocorrida na cidade. Não concordavam com os métodos adotados pela "carrocinha" que funcionava na cidade.

Atualmente essa associação conta com a atuação de quatro membros, tendo um Presidente e um tesoureiro. Possui registro como entidade de utilidade pública, mas não recebem verbas de nenhuma outra instituição, ou mesmo da Prefeitura local. A atual Prefeitura não tem colaborado com esta organização, apesar do município contar com altos índices de raiva canina.

Esta entidade ignora estes índices e critica a divulgação destes dados, por achar que a morte de muitos animais, possa estar relacionada com envenenamento. Acreditando nestas suspeitas, a APAM, pretende trabalhar junto aos vereadores da cidade a idéia de criação de uma lei onde se permita a venda de veneno em estabelecimentos comerciais, somente mediante a identificação do cliente.

A Associação tem promovido vacinação anti-rábica em muitos animais devido ao atraso da vacinação realizada pelos órgãos competentes do município, que há mais de um ano não realiza campanhas. Assim, além da vacinação, eles aplicam doses de hormônios (Previgest), como forma de evitar a reprodução indiscriminada dos animais domésticos. As pessoas que desempenham este trabalho parecem comprometidas, muito embora desinformadas das diversas ações difundidas por associações deste tipo mundo afora. Por exemplo, não acham indicada a esterilização de animais pelo fato de ser definitiva, acreditando ainda que ela possa trazer algum dano ao animal.

Toda e qualquer atividade desenvolvida, é mantida através de doações, em especial das indústrias de rações. A própria prefeitura, na gestão anterior, chegou a doar para a entidade, um terreno para construção de sua sede. Tal instalação não se efetivou ainda, devido à falta da assinatura da atual gestão. Já possuem material de construção, também doados, aguardando a iniciativa do atual prefeito.

Enquanto instrumento de divulgação do trabalho e conscientização dos moradores da cidade, possuem programa na TV local às terças e quintas-feiras, onde uma veterinária, além de esclarecer dúvidas da população, promove a adoção de animais abandonados. Este programa é patrocinado por empresas do setor. Contam também com espaço no jornal "A Mococa", onde desenvolvem o mesmo trabalho acima.

4.10. Perfil do Trabalhador de Mococa

Com base nos indicadores econômicos de Mococa, projetados pelo SEBRAE (Serviço Brasileiro de Estatística), a partir de dados coletados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), observou-se que a população economicamente ativa de Mococa, exerce suas atividades de forma desigual entre os três setores produtivos, como o indicado abaixo:

- 27 % dos trabalhadores são empregados no setor primário, que compreende a agricultura;

- 31 % dos trabalhadores são empregados no setor secundário, que compreende o comércio e a prestação de serviços;
- 29 % dos trabalhadores são empregados no setor terciário, que compreende a indústria, e
- 13 % dos trabalhadores são empregados em outros setores.

O setor primário de Mococa, representado, principalmente, por herdeiros da aristocracia cafeeira, ainda hoje é o que mantém o maior número de trabalhadores empregados no município. Além das plantações de café, a agricultura produz em larga escala cana-de-açúcar e em outras culturas menores, citros, arroz, milho, feijão, etc.

Os trabalhadores aqui mencionados, são em sua maioria, "Bóias-Frias", que desempenham atividades temporárias no corte da cana-de-açúcar e na colheita do café. Durante contato que tivemos com estes trabalhadores no bairro de Santa Rosa, quando os mesmos retornavam do trabalho, ao final da tarde, a equipe pode interar-se das condições de vida e trabalho.

Sua rotina inclui uma cansativa viagem entre as suas moradias e as plantações, onde se dará o corte da cana. Os trabalhadores saem de casa entre 05:00 e 06:00 horas da manhã, e retornam por volta das 16:00 horas. Viajam em caminhões equipados com cobertura e bancos, sob um calor torrencial.

Alguns trabalhadores de Mococa, vão realizar o corte de cana em outro município (Santa Rosa do Viterbo), assim como aqueles que vem do município de Arceburgo, localizado no Estado de Minas Gerais. Estes grupos são os mais sofridos, pois as viagens, por si só, representam um desgaste muito grande para os trabalhadores.

Os "Bóias-Frias" são homens e mulheres com idade média de 23 anos. Há informações ainda, de que este trabalho ocupa em larga escala, a mão-de-obra infantil e idosa. Recebem pelos serviços prestados cerca de R\$ 140,00, quinzenalmente.

As mulheres, com filhos pequenos, e que também trabalham no corte da cana, deixam-nos com suas mães, sogras ou mesmo nas creches da região.

Estes trabalhadores, chamados de "turmeiros" na linguagem regional, nos contaram que o trabalho deles, "é muito pesado" e que acontecem inúmeros acidentes. Usam botas, que não os protegem, com eficiência, das lâminas afiadas dos facões utilizados para o corte da cana, acabando por provocar graves ferimentos. Reclamam, ainda, de alergias respiratórias causadas pelo pó da cana queimada.

Apesar de demonstrarem não compreender o significado das doenças ocupacionais, alegaram sentir muitas dores nos braços (interpretado por eles, como "a doença que afina os braços"), e dores nos ombros, ambos acarretados pelos esforços excessi-

vos. Dizem ainda, que a partir de então, ou seja, após a dor instalada, raramente têm o mesmo desempenho anterior.

Sem que tenham conhecimento, muitos deles podem ser portadores de LER (Lesão por Esforços Repetitivos), o que exigiria um tratamento adequado e um trabalho preventivo que hoje não são realizados.

No setor primário, existem ainda os colonos trabalhando nas fazendas, atualmente em número reduzido com situação de total dependência em relação aos fazendeiros.

Em troca do trabalho agrícola e manejo dos animais, que esses colonos desempenham, os fazendeiros lhes fornecem moradia, um pequeno pedaço de terra para cultura de subsistência e um minguado salário que muitas vezes não atinge o mínimo nacional. Sob estas condições, os trabalhadores vivem de modo humilde, porém com melhor qualidade de vida em relação aos "Bóias-Frias".

O estado de saúde dos colonos é aparentemente superior ao dos "turmeiros", pelo que se observou durante visita à Fazenda Contendas, sendo acometidos eventualmente por pequenas infecções e doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão.

O setor terciário emprega pouco no comércio, pois este ainda é incipiente. Existem também os funcionários públicos e os trabalhadores nas empresas prestadoras de serviços que es-

tão relativamente bem empregados, do ponto de vista salarial e em relação aos benefícios sociais recebidos.

Por último, temos no setor secundário as indústrias instaladas mais recentemente no município, cujas vagas são altamente cobiçadas. Oferecem melhores salários e um rol de benefícios, que inclui: vale-transporte e/ou ônibus fretado pela empresa, vale-refeição ou alimentação em refeitório, cesta básica, assistência médica em ambulatório e convênio médico e/ou hospitalar, extensivo aos dependentes.

As empresas visitadas, Curtume Cadorna, Laticínios Mococa e Metalúrgica Mococa, podem não oferecer todos os benefícios indicados com alta qualidade, no entanto, fazem de seus funcionários pessoas privilegiadas por possuírem melhores indicadores de qualidade de vida.

5. CARACTERIZAÇÃO AMBIENTAL

5.1. Condições Gerais

O município possui várias indústrias tais como: curtumes, gelatinas industriais, laticínio (leite e derivados), metalúrgicas, frigoríficos, etc. que contribuem significativamente para a poluição das águas, ar e solo.

Poucas indústrias têm a preocupação de tratarem seus resíduos, contribuindo assim para a diminuição dos impactos ambientais.

5.2. Descrição geral do processo industrial nas empresas de maior porte do município de Mococa.

5.2.1. Curtume Cadorna

Visita acompanhada pela manhã pelo proprietário e diretor industrial, que nos levou a conhecer o processo de produção da fábrica. À tarde, fomos acompanhados pela Gerente de Recursos Humanos que nos esclareceu acêrca dos benefícios sociais fornecidos pela empresa a seus funcionários.

Extensão do Parque Fabril: 70.000m²

Maquinário: 80% de origem italiana.

Número de Funcionários: 208.

Piso Salarial: R\$ 230,00.

O Curtume Cadorna existe em Mococa desde 1954, quando o processo de curtimento do couro ainda era artesanal. Foi planejado e instalado por um de seus proprietários e atual presidente, que também é proprietário, da Caldeiraria São Caetano S.A. e da S.A.I.R.S.A. (Sociedade Anônima Indústrias Reunidas Santo Antônio), esta última associada desde outubro de 1983 à Deutsche-Gelatine-Fabriken (empresa alemã), dando origem então, à SAIRSA-GELITA, fábrica de gelatina comestível.

A matéria-prima utilizada na produção é o couro bovino, recebido "in natura" ou salgado. O produto final é vendido para as indústrias de estofamento, artefatos e calçados, sendo também exportado para vários países da Europa.

Em razão das exportações, os proprietários do Curtume demonstram preocupação com a implementação de um Programa de Qualidade Total, para atender às necessidades exigidas para a aquisição da ISO 9000, ainda no ano de 1996. E já se pensa, a longo prazo, na aquisição também, da ISO 14000.

O processo de produção passa por várias etapas:

RIBEIRA - Onde os couros "in natura" são processados em fulões de caleiro, sendo desencarnados e divididos, advindo desta etapa de aquisição da matéria-prima (gordura bovina) para a produção de gelatina na SAIRSA-GELITA. Aqui são usados produtos químicos (sulforeto de sódio, cal e enzimas).

TRIVÁGUO - Onde se dá início do processo de secagem e classificação do couro, que passa por uma inspeção de qualidade. tornando-se "WET BLUE".

REBAIXADEIRA - Onde se define a espessura do couro para o produto final. As sobras do couro nesta etapa são tóxicas. pois são ricas em Cromo. Estes resíduos do couro (cromo) são doados para indústrias de calçados que os utilizam como matéria-prima na confecção de palmilhas.

TINTURARIA - Onde se dá o recurtimento e tingimento do couro. Neste setor há a exalação de forte odor de tintas.

MOLISA - Onde se faz o amaciamento do couro.

ACABAMENTO - Nesta fase se faz a inspeção de qualidade do produto "semi-terminado".

LABORATÓRIO - Onde realiza-se o controla de qualidade físico, químico e mecânico.

Nos processos mencionados acima, usa-se grande quantidade de água e produtos químicos que são coletados e tratados em reservatórios aerados, decantadores e lagoas aeradas e depois seus efluentes são lançados no córrego. Esse processo sofre supervisão da CETESB.

Durante a visita observou-se no ambiente da fábrica excessiva umidade, sobretudo nas duas primeiras etapas do processo de produção (RIBEIRA e TRIVÁGUO), onde se formam grandes

poças de água no chão, portanto com alto risco de acidentes de trabalho.

Na tinturaria verificou-se um forte odor das tintas usadas para a coloração dos couros. Verificou-se, também, um forte odor característico do couro "in natura" e do processo de desencarne deste, além daquele proveniente do tratamento dos resíduos extraídos do couro (gordura) que servirão de matéria-prima para as indústrias de gelatinas; e ainda, o odor do tratamento dos efluentes.

Estes odores referidos são sentidos com grande intensidade pelos operários, bem como exalados para as proximidades do Parque Industrial, sendo motivo de queixas e reclamações entre os moradores dos bairros vizinhos, sendo percebido também pela equipe que esteve hospedada no "Mococa Festa Hotel", a cerca de 300 metros do Curtume.

Em relação aos benefícios sociais que a Empresa fornece a seus funcionários, tem-se:

- Cesta Básica: Fornecida a todos os funcionários, desde que não apresentem ao longo do mês de referência nenhuma ocorrência (faltas justificadas e injustificadas ou atrasos acumulados).

- Vale-transporte: Fornecido aos funcionários que moram na Zona Rural. Os demais, que moram mais próximos do Curtume, não recebem, já que não existem ônibus públicos cujo trajeto

passa nas proximidades da fábrica. Para estes, a Empresa não mantém ônibus próprio. tendo os mesmos que vir de bicicleta ou a pé para o trabalho.

- Refeitório: A alimentação é fornecida para todos os funcionários durante o expediente, sendo que no almoço utiliza-se o sistema "bandejão" e no jantar "marmitex".

O refeitório visitado, fora do horário de almoço ou jantar, parece limpo e dotado de conforto. Trata-se de ampla sala, clara e arejada, com vitrôs e ventiladores, pintada de branco, com azulejos (meia parede) também brancos, com mesas de fórmica branca e banquetas presas nas mesmas, acomodando dez funcionários cada uma. Existe um bebedouro no refeitório.

A cozinha anexa possui funcionárias uniformizadas (roupa branca e tóca) e é azulejada até o teto com peças brancas.

- Assistência Médica: Existe um Médico do Trabalho prestando serviços diariamente na Empresa (em torno de duas horas|dia), realizando consultas e os exames médicos obrigatório (admissionais, periódicos e demissionais).

Não existe Ambulatório Médico na Empresa, sendo os funcionários atendidos pelo médico em uma salinha improvisada em um antigo galpão da fábrica.

Trata-se de uma sala de aproximadamente 3 x 4 metros, mal iluminada e arejada, dispondo de apenas um pequeno vitrô para a ventilação. Possui apenas uma mesa e uma maca. Nas salas vi-

zinhas é grande a quantidade de pó pelo chão e sente-se um odor fortíssimo do Curtume nestas instalações.

Na ausência do médico não há nenhuma pessoa devidamente habilitada para prestar o atendimento de primeiros socorros a acidentados ou trabalhadores com qualquer mal estar súbito. Este atendimento acaba sendo feito por profissionais da área administrativa que contam apenas com o bom senso no momento da prestação do socorro.

- Auto Gestão em Saúde: A Empresa mantém um sistema de assistência à Saúde extensivo aos familiares dos funcionários que dá ao atendimento nos consultórios médicos particulares da cidade (consultas ambulatoriais, pequenas cirurgias e raio-X). O custo dos tratamentos efetuados é calculado com base na Tabela da AMB (Associação Médica Brasileira) que especifica os honorários médicos para cada procedimento efetuado. Do total cobrado por cada tratamento, o funcionário pagará 50% do valor, sendo os 50% restantes cobertos pela Empresa. Se a parte que cabe ao funcionário for muito alta em proporção ao seu salário, a Empresa realiza o parcelamento do valor a ser pago.

- Recrutamento- Existe um cadastro e um intercâmbio com outras empresas da região para a contratação dos funcionários. É aceita, também, a indicação de trabalhadores por aqueles que já atuam na Empresa.

Não se leva em conta, como fator primordial na contratação, o nível de escolaridade do candidato, havendo portanto, um grande número de analfabetos e semi-analfabetos.

Leva-se em conta a experiência anterior e o porte físico possuído pelos candidatos. Sempre que possível, atualmente, busca-se a contratação de pessoas com o 1º Grau, o que nem sempre ocorre já que, nos dizeres do próprio diretor presidente, "Não se pode exigir muito na contratação por que não é qualquer um que se sujeita a trabalhar num lugar como esse, com tanta umidade".

O "turnover" atualmente é baixo. ressaltando que há cerca de 2 meses houve demissão em massa.

- CIPA: Está estruturada em conformidade com a lei. As reuniões são mensais e ocorrem treinamentos na área de prevenção de acidentes.

A partir do dia 25.11, ocorre, este ano, a SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho).

- Acidentes de Trabalho: Quando ocorrem acidentes de trabalho, o setor de Recursos Humanos juntamente com a diretoria da empresa, os avalia e encaminha para tratamento e/ou afastamento.

Nos últimos dois meses ocorreram oito acidentes no trabalho, todos com afastamento.

Segundo a Gerente de Recursos Humanos, todos os acidentes registrados na empresa foram provocados por Atos Inseguros dos trabalhadores.

No dia da nossa visita, logo após sairmos da empresa pela manhã, ocorreu um acidente, em um dos galpões, em obras. O funcionário acidentado trabalhava em um caibro do telhado, desparafusando-o, sendo que este passava sobre um encanamento de água. Quando o caibro se soltou, bateu no cano d'água e este último rebateu-o devido à pressão interna da água na tubulação, vindo o caibro então, com força sobre o trabalhador que teve a boca atingida pelo mesmo. O funcionário foi socorrido pelos colegas e levado pela empresa ao Pronto-Socorro, onde teve a boca suturada com oito pontos.

A observação da fábrica e do processo de produção nos indicou que as causas dos Acidentes de Trabalho podem estar relacionados a:

-Falta de cartazes indicadores, alertando para os riscos de acidentes (os poucos existentes não são ilustrativos, já que não trazem figuras ou desenhos, apenas dizeres, o que pouco ajuda, uma vez que como já foi dito anteriormente, boa parte dos operários são analfabetos ou semi-analfabetos).

-Pequena atuação da CIPA junto aos operários no que diz respeito a treinamento e orientações de cunho preventivo.

-Não fornecimento de EPI (Equipamento de Proteção Individual) para todos os funcionários expostos a riscos de acidentes de trabalho. Verificamos funcionários trabalhando sem botas em locais com grande umidade, sem luvas em locais de constante manuseio do couro e de máquinas com risco de acidentes, sem capacetes, nem mesmo na área da fábrica em reforma (nenhuma sinalização alertando para esta reforma ou resguardando a área indicada prevenindo assim acidentes), sem máscaras ao trabalhar em locais com a presença de produtos químicos tóxicos, como é o caso do Cromo na REBAIXADEIRA, sendo este produto aspirado durante todo o expediente pelos operários do setor, o que pode ocasionar uma série de acidentes e/ou doenças ocupacionais.

- Ambiente favorável à ocorrência de acidentes (umidade excessiva, calor e odores fortes).

- Doenças ocupacionais - Segundo a Gerente de Recursos Humanos, não existem.

- Riscos ocupacionais - Ainda segundo a Gerente de Recursos Humanos, estão presentes, apenas, os riscos biológicos e físicos (mãos e pés).

5.2.2.Metalúrgica Mococa S.A.

Empresa fundada em 1954, quando a Família Barreto, iniciando suas atividades industriais, criou uma fábrica dedicada à

produção de lotos brancos e litografados, de tipos variados, para embalagem de produtos alimentícios.

Hoje a empresa mantém em atividade duas unidades fabris em área de 195.000 Km², com 20.000 m² de área construída.

Seu quadro social é de 625 funcionários e possui uma capacidade produtiva instaladas de 30 milhões de latas por mês.

Seus clientes são os mais renovados da indústria alimentícia nacional e boa parte de seus produtos colocados no mercado internacional por via de exportação indireta.

O processo industrial na fábrica 2 consiste na aquisição da matéria-prima em forma de chapas de zinco ou latão que recebem uma camada de verniz para proteção do produto e seus condicionados, logo após no outro lado da chapa recebe a arte final da litografia através de fotolitos os desenhos são impressos. No processo são usados tintas e solventes segundo o Engenheiro de Processo não é gerado resíduos industriais. A produção é levada à fábrica 1 que irá dar o acabamento final na embalagem, cortando, soldando e formatando o produto final, sendo que todos os resíduos gerados voltam para o processo e são reutilizados.

No que diz respeito à Saúde do Trabalhador, a Empresa possui Ambulatório Médico em suas duas fábricas. Este funciona durante 24 h/dia, em três turnos, com uma equipe composta de duas enfermeiras e um médico.

O Ambulatório Médico realiza exames médicos admissionais, periódicos (de três em três meses) e demissionais (exames médicos e fonoaudiológico).

São realizados, em média, 200 atendimentos mensais no Ambulatório.

Com relação à aplicação de vacinas, os funcionários tomam apenas a vacina anti-tetânica na empresa.

É mantido, pela Empresa, um convênio médico com a Unimed, para todos os funcionários e seus dependentes (até o 1º grau). Do total gasto com os atendimentos recebidos, o funcionário arca com 40%, sendo os 60% restantes pagos para a empresa.

Existe CIPA na empresa, que conta com quatro membros da empresa e quatro membros dos funcionários. Conta ainda com dois Técnicos de Segurança do Trabalho e um Engenheiro de Segurança do Trabalho. As reuniões ocorrem uma vez por mês.

É realizado Mapeamento de Risco que aponta a presença de agentes químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos na empresa.

Não existem casos de doenças ocupacionais registrados na empresa. Entretanto, acidentes de trabalho com média e leve gravidade são rotineiros, destacando-se os cortes nas mãos. Acidentes de maior gravidade não ocorrem há anos.

Outros benefícios sociais fornecidos pela empresa são: a alimentação servida no refeitório da fábrica; o ticket-alimentação, cujo desconto ocorre em folha de pagamento, 45 dias após o seu recebimento pelos funcionários; vale-transporte e/ou ônibus da empresa.

5.2.3.Laticínios Mococa

Fundada em 1.919, na cidade de Mococa pela tradicional família Barreto, produzia inicialmente manteiga em latas, evoluindo em seguida para a produção de queijos e subprodutos.

Embasada na qualidade de seus produtos, acabou por se expandir além dos limites do mercado local. Conseguiu se implantar na década de 40 no grande mercado paulista.

Em 1952, com a implantação de novas tecnologias deu início a produção de leite em pó. Foi pioneira no ramo e passou a atuar no mercado nacional brasileiro, seguida pela Nestlé (multinacional).

No transcorrer dos anos 60, introduziu no mercado o leite evaporado tipo concentrado para fins industriais e de consumo humano, na embalagem Tetra-Pak, produto esse utilizado como substituto de leite de consumo tipo B, com vantagem de durabilidade superior a dez dias sob refrigeração e de prática instantâneaização.

Com a aquisição, em 1.979 de novas máquinas de embalar Tetra, é lançado o leite condensado nesta embalagem, sendo a

primeira no mundo a utilizar a referida embalagem para este produto.

Visando ainda desenvolver mais sua linha de produção e o aproveitamento racional de seus equipamentos no período de entressafra (maio a setembro), quando os volumes de leite in natura normalmente sofrem queda de 40% desenvolveu novos produtos, como: alimento achocolatado em pó tipo instantâneo e enriquecido com vitaminas marca (MOC) e os formulados (misturas lácteas em pó a base de cacau e café), visando principalmente a venda para merenda escolar no Estado de São Paulo, projeto este implantado em 1.985.

No período da estiagem (entressafra), em decorrência da queda de produção de matéria prima (leite in natura), a Empresa recorre a importações de leite em pó e matéria gorda, principalmente da Europa e Cone-Sul, da ordem de 4 a 5.000 toneladas/ano. Medidas intensificadas devido as facilidades obtidas a partir do MERCOSUL.

Nos últimos dois anos a Empresa lançou alguns produtos fabricados por terceiros, com a marca MOCOCA, entre os quais doce de leite e farinha láctea, sendo este último o primeiro a ser produzido por uma Empresa Nacional.

A Empresa decidiu diversificar e direcionar sua linha para produtos menos dependentes da matéria prima "leite" e decidiu implantar na cidade de Arceburgo (MG), aproveitando a infra-estrutura existente, uma fábrica de produtos a base de

trigo, cevada, aveia, milho e arroz, utilizando de modernos equipamentos importados e nacionais.

Atualmente a Empresa conta com duas fábricas (Mococa e Arceburgo) e três postos de recebimento de leite, localizados em Caconde (SP), Guaxupé (MG) e São João Batista do Glória (MG).

Para se adequar as novas tendências e exigências do mercado, a Empresa criou um sistema de atendimento ao consumidor que atende cerca de 3.000 consultas por mês e desenvolve num centro de culinária próprio, as receitas que vão no verso das embalagens. Para se adaptar também a essas novas tendências, mudou seu Presidente e sua razão social, deixando seu estilo tradicionalmente familiar de administrar de lado. Está se organizando para implantar gestão de qualidade total.

No processo industrial o leite é coletado nos postos acima, através de galões e caminhões tanques. Na chegada o produto é analisado, testado e segue para a produção de leite condensado, molho branco e achocolatado.

Os Laticínios se preocupam em parte com os resíduos líquidos. A gordura que não entra no processo é destinada à alimentação suína. O que se observou efetivamente é que a empresa contribui substancialmente com a poluição do ar e da água em especial, devido ao lançamento, não permitido, destes resíduos nas galerias de águas fluviais, o que gera forte odor. A outra parte dos resíduos líquidos, é lançada em um sistema de rede

para afastamento dessas águas residuais, sendo posteriormente despejadas em lagoa de estabilização. O controle do lançamento é acompanhado pela CETESB.

O relacionamento da empresa com a atual prefeitura não é dos melhores, apesar de ser sozinha, responsável por 54% do ICMS arrecadado no município. Possui 1500 dependentes diretos e 5000 indiretos.

A produção na fábrica de Mococa tem turnos de 18 horas, sendo que seu ambulatório funciona 24 horas. Neste ambulatório trabalha em tempo integral apenas um técnico de segurança do trabalho. Não possui nenhum auxiliar de enfermagem e o médico do trabalho permanece na empresa por algumas horas, quando atende 10 agendamentos previamente marcados.

A Mococa S/A, sua nova razão social, concede a seus 270 funcionários, café da manhã das 5:30 às 7:30 e vale-refeição ou lanche para os trabalhadores que possuem jornada de 6 horas. Os produtos desta empresa são disponibilizados aos funcionários pelo preço de tabela de venda à vista com 25% de desconto até o montante de R\$ 40,00, independente do nível salarial,. Estas compras são descontados em folha de pagamento.

Também é garantido transporte diário à diferentes cidades da região. Recentemente se implantou nas dependências da fábrica o curso supletivo de 1.º grau (5ª série), ministrado das 18:00 hs às 21:00 hs. Além destes benefícios, mantém convênio médico hospitalar extensivo aos familiares dos funcioná-

rios. Trata-se de um sistema que opera com médicos da região. É descontado do trabalhador 50% do que foi efetivamente usado, dependendo da situação social do indivíduo. É Também neste espírito que acabam complementando também, o atendimento fisioterapêutico dado pelo INSS.

São realizados exames periódicos a cada seis meses, admissional e demissional, além do exame de coluna e audiométrico (só para os expostos a ruídos). Não há casos de doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho são baixos, não ultrapassando um caso/mês. Além da CIPA, possui brigada de incêndio que anteriormente atendia à comunidade até a criação da brigada municipal. Atualmente está em ação o programa "Housekeeping" que consiste em manter a empresa sempre organizada.

6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MOCOCA

Descreve-se, a seguir, os serviços de saúde visitados por esta equipe de sanitaristas, onde foram considerados os seguintes aspectos para análise: caracterização de cada unidade quanto a: localização, espaço físico, administração e funcionamento, recursos humanos, perfil do usuário e serviços oferecidos e programas de saúde desenvolvidos. Aspectos como integração das unidades com outros serviços/instituições da comunidade, assim como participação e envolvimento popular no setor foram contemplados, considerando a importância destes itens para a efetivação dos serviços públicos.

Os itens de análise e avaliação, que geraram propostas, são fundamentados em pesquisas de opinião realizadas com os usuários, colhidas nas próprias unidades (instrumento anexo), na visão dos profissionais do setor e da população em geral (pesquisa populacional exploratória).

Algumas características mostraram-se comuns em todas as unidades, mostrando serem questões de tipo de gerenciamento imposto é o que define o perfil e funcionamento dos serviços de saúde de Mococa. No final do Capítulo realizamos uma Conclusão onde estas características comuns são ressaltadas.

6.1. NAI São Benedito

O NAI São Benedito é pequeno e seu espaço físico, por vezes, improvisado para garantir a realização de todos os atendimentos previstos. Exemplos disto são: a existência de uma única

sala para os atendimentos de pré e pós-consultas, além das consultas médicas e da lavagem de material utilizado para os procedimentos.

O mesmo ocorre com a copa, onde funciona também a esterilização e a farmácia.

Localização: O NAI São Benedito está localizado no Distrito de São Benedito das Areias, pertencendo à zona rural de Mococa.

Perfil do Usuário: A população que se utiliza dos serviços de saúde prestados pelo NAI São Benedito é composta, na sua quase totalidade, de trabalhadores agrícolas com um nível sócio-econômico baixo.

Funcionamento/Atendimento: O atendimento médico na Unidade fica restrito à três especialidades básicas, que são: Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia/Obstetrícia. Os seus horários de atendimento são:

-Segunda-Feira: Clínica Médica

-Terça-Feira: Clínica Médica

-Quarta-Feira: Pediatria e Ginecologia

-Quinta-Feira: Pediatria e Ginecologia

-Sexta-Feira: Clínica Médica

Os atendimentos médicos nunca são realizados concomitantemente, uma vez que este NAI dispõe apenas de um consultório para esta finalidade.

São atendidas, por semana, cerca de 60 pessoas pelo Clínico, 16 pelo Ginecologista e 10 pelo Pediatra.

O NAI possui ainda um consultório odontológico, que atende as crianças da escola local, que fica a cerca de 50 metros da Unidade. São atendidas de cinco a seis crianças por período, na faixa etária dos 7 aos 14 anos. Os adultos são atendidos somente em casos de urgência.

Os exames laboratoriais são realizados na Unidade, todas as segundas-feiras, com média de 12 exames coletados semanalmente.

Existe uma ambulância constantemente de plantão no NAI, para o atendimento às urgências, sendo os pacientes removidos para o Pronto-Socorro, na região central.

Programas Oferecidos:

Saúde da Criança: O NAI não realiza vacinações, sendo as crianças encaminhadas ao centro da cidade para recebê-las, ou então, aguardarão a vacinação itinerante. São realizadas atividades preventivas de verminoses, pediculose e acuidade visual. Há, ainda, o trabalho de orientação às mães quanto à Puericultura, auxiliando no acompanhamento do desenvolvimento da criança. Segundo informações de funcionários deste NAI, não existem

desnutridos no local, portanto, não é desenvolvida a atividade de distribuição do leite.

Saúde da Mulher: Limita-se às consultas ginecológicas e obstétricas, além da coleta dos exames Papanicolau, que são colhidos às quintas-feiras, com média de 6 exames/semana.

Saúde do Adulto e Saúde Bucal: Restringem as suas atividades aos atendimentos em consultas, sem nenhum trabalho paralelo de educação.

Avaliação/Análise/Propostas: O NAI São Benedito tem como primeira deficiência o espaço físico, que por ser reduzido acarreta improvisações, através da realização, por exemplo, de atividades em locais onde são atendidos, também, os pacientes. Se os profissionais não estiverem conscientes do risco de contaminação do ambiente, podem por imprudência ou falta de conhecimento, ocasionar vários danos à saúde da população atendida no NAI.

Para solucionar a questão, seria indicada a ampliação deste espaço físico.

Outro problema verificado ocorre pelo fato de não serem realizadas vacinas no local, o que obriga os usuários a se deslocarem até o centro da cidade, onde poderão receber a vacinação, no PPA. A outra alternativa, seria esperar a realização de campanhas. O que ainda é pior, pois elas ocorrem, no máximo, duas vezes ao ano.

Desta forma, o Programa de Saúde da Criança deixa falha em um dos aspectos cruciais da prevenção, que é a vacinação. Com as dificuldades impostas para a aplicação de vacinas, não raro, crianças deixarão de tomá-las, expondo-se ao risco de contrair doenças graves, que se não matam, deixam importantes seqüelas.

Portanto, faz-se necessária, a implantação, com urgência, de um posto de vacinação local.

Os demais Programas existentes no NAI deixam de aprofundar aspectos preventivos, diminuindo assim a efetividade das ações de saúde. A melhoria desta situação pode ser obtida com um efetivo trabalho de educação.

Gerência: É exercido informalmente por uma Técnica de Enfermagem, uma vez que a chefia da Unidade é de responsabilidade da Diretoria de Saúde do Município.

6.2.NAI Igarai (Dr. Vital Dias Porto)

A população usuária deste NAI é constituída de "bóias-frias" que trabalham na própria cidade, ou nas circunvizinhanças. São de baixo poder aquisitivo. Esta população necessita de atendimento mais próximo de suas residências, portanto, urgentemente se faz necessário implantar/implementar o Programas de Saúde da Criança com atenção às crianças desnutridas e também às entrópicas (há no momento fila de espera para se conseguir o leite).

A existência da Escola Rural na Fazenda Boavista, na proximidade desse NAI, faz necessário o desenvolvimento de trabalho integrado com a Unidade de Saúde, visando ação nestes dois níveis (Diretoria de Saúde com Diretoria de Educação).

Ampliar a equipe multidisciplinar (Psicólogo, Assistente Social, Educador em Saúde Pública) se faz necessário. Como treinar/implementar programa de atenção à saúde do adolescente, tendo em vista o número elevado de grávidas adolescentes, objetivando com isso reduzir as conseqüências que isso traz para a família, a adolescente e a própria sociedade.

Acesso a medicação necessária. Melhoria da qualidade da consulta médica em muito contribuem também para o atendimento prestado a população.

Localização: Esta unidade de Saúde se localiza na zona rural, distrito de Igarai.

Gerência: É exercida pela Técnica de Enfermagem sem qualquer poder de decisão, uma vez que, de fato, a administração é ainda centralizada na direção municipal.

Perfil do Usuário: Esta população é, na sua grande maioria, de baixa-renda, são trabalhadores "bóias-frias" que trabalham nas fazendas da região e nas circunvizinhas.

Recursos Humanos: o quadro de funcionários da Unidade é composto de uma Técnica de Enfermagem, quatro Atendentes de Enfermagem, duas Faxineiras, um Auxiliar de Consultório Dentá-

rio, dois Odontólogos, um Cardiologista/Clinico, um Clínico Geral, um Pediatra e um Ginecologista.

Funcionamento/Atendimento: O horário de atendimento é das 8:00hs as 18:00hs de segunda à sexta, e duas horas nos finais-de-semana, das 8:00 as 10:00hs, somente para o atendimento de inalações/medicações e curativos.

Atendimento Médico: De segunda à sexta, Clínica Médica; de terça à quinta, Cardiologia; quinta, Ginecologia; e, sexta Pediatria.

Exames Laboratoriais: A coleta de materiais para os exames são colhidos na própria unidade, por funcionários do PPA.

Programas Oferecidos:

Saúde da Criança: É distribuído leite para 20 crianças; está sendo iniciado um grupo de puericultura; o atendimento médico para consulta é realizado uma vez por semana, atendendo 20 crianças, o que é insuficiente.

O exame PKU não é realizado na unidade, sendo encaminhado para o PPA, o que obriga as crianças a se deslocarem até o centro da cidade.

Saúde do Adulto: Há grupo de Hipertensos e Diabéticos. São atendidos pelo médico uma vez por mês respectivamente.

Saúde da Mulher: O programa se restringe a consultas e coleta de Papanicolau, não havendo qualquer ação educativa.

Saúde Bucal: O atendimento preferencial é para a faixa etária de 0 a 13 anos. Um dentista atende na escola estadual e outro na unidade. Atende-se também, em regime de urgência, funcionários e gestantes.

Imunização: Toda vacinação é feita na unidade, exceto a BCG, que é no PPA.

Avaliação/Análise/Propostas:

Programa de Saúde da Criança: Considerando que o atendimento de Pediatria prestado nesta Unidade ocorre apenas uma vez por semana, é considerado insuficiente pela população. Seria importante que o atendimento não se restringisse apenas à consulta médica, criando-se ações educativas, no sentido de promover uma assistência integral à saúde da criança. Para tanto, faz-se necessária a adoção de atividades preventivas tais como: orientações de aleitamento materno, de puericultura, de alimentação alternativa (utilizando os recursos próprios da região e assim barateando seu custo), além da realização do exame PKU e da aplicação da vacina BCG na própria unidade, uma vez que, a dificuldade de deslocamento até o centro da cidade pode favorecer a não-realização dos mesmos.

Programa de Saúde da Mulher: Uma vez que este programa se restringe somente a consultas habituais e coleta de Papani-

colau, é indicativo que os serviços fossem ampliados, criando programas de atendimento à saúde integral da mulher em todas as fases da vida.

6.3.NAI Mocoquinha

O NAI Mocoquinha foi inaugurado há três anos, possuindo uma planta física adequada às suas necessidades e estando em bom estado de conservação.

Localização e Perfil do Usuário: Este NAI está localizado em um bairro afastado do centro da cidade, onde constatou-se, na visita realizada, reside uma população de classe média baixa, composta de trabalhadores das indústrias vizinhas e do setor de serviços da cidade, além de lavradores em menor número.

As crianças usuárias da Unidade são em pequeno número, destacando-se a população idosa que é numerosa e frequentadora assídua deste NAI.

Administração:A gerência é exercida informalmente por uma Enfermeira, ficando a Chefia administrativa centralizada na Diretoria de Saúde do Município.

Funcionamento/Atendimento:O NAI Mocoquinha funciona apenas na parte da manhã, das 7:00 às 13:00 horas.

O atendimento médico se faz da seguinte maneira:

-Segunda-Feira: Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia

-Terça-Feira: Clínica Médica

-Quarta-Feira: Pediatria e Clínica Médica

-Quinta-Feira: Clínica Médica

-Sexta-Feira: Pediatria e Clínica Médica

O Ginecologista, que atende apenas uma vez por semana, realiza nesta ocasião 10 consultas, perfazendo uma média mensal de 25 consultas/mês.

O Clínico Geral atende 12 consultas/dia, com média mensal de 129 consultas.

O Pediatra também atende 12 consultas/dia, com média mensal de 48 consultas.

Existe um Dentista na Unidade que atende uma média mensal de 56 consultas e a realização de 164 procedimentos.

Todas as médias de atendimento apresentadas foram calculadas tendo por base o período de jan-out/95.

Além dos atendimentos descritos, a Unidade conta com a equipe de Enfermagem (Enfermeira e Técnicos de Enfermagem) realizando atividades educativas e de orientação à população através de Programas de Saúde.

Recursos Humanos: O quadro de pessoal está assim definido: uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem, um Auxiliar de

Administração, uma Faxineira, dois Clínicos Gerais, um Pediatra, um Ginecologista e um Odontólogo.

Programas de Saúde Oferecidos

Saúde da Mulher: Restringe-se às consultas com o Ginecologista e as orientações feitas pela equipe de Enfermagem durante a pré-consulta.

A coleta do exame Papanicolau é realizada pela Enfermeira, o que resulta em uma média de 31,4 exames/mês.

Saúde do Adulto: Mensalmente, são reunidos todos os Hipertensos para consultarem-se com o Clínico. Durante a espera, estes pacientes vão sendo chamados, individualmente, pela Enfermeira, que os orienta acerca de cuidados com a alimentação, da necessidade de realizar exercícios físicos, da verificação periódica da pressão arterial, da necessidade de tomar corretamente a medicação, etc.

Saúde da Criança: O Programa visa a assistência às crianças com mais de 20 dias de vida, pois antes disso o atendimento se restringe ao PPA (Posto de Pronto Atendimento), aonde as crianças se dirigem para a realização da vacinação, do PKU ("exame do pézinho") e da primeira consulta com o Pediatra.

Após este período, a criança passa a ser atendida no NAI pelo Pediatra e pela Enfermeira, que faz a orientação a respeito da puericultura; controle e avaliação do desenvolvimento

da criança, o que inclui a verificação periódica de peso e altura das mesmas; além da orientação sobre alimentação.

Este programa prevê também a distribuição de leite a todas as crianças cujas famílias recebam até, no máximo, dois salários-mínimos. Este critério foi estabelecido pela Prefeitura do Município.

Saúde Bucal: O Programa prevê o atendimento de rotina de crianças dos 7 aos 14 anos de idade. Os adultos são atendidos apenas nos casos de emergência.

Planejamento Familiar: Refere-se ao atendimento dado, individualmente, pela Enfermeira da Unidade, às mulheres que se reíнем, em um mesmo dia, para a consulta com a Ginecologista. Nesta ocasião, as pacientes são orientadas quanto ao uso de métodos contraceptivos.

Avaliação/Análise: Um dos problemas da Unidade é o fato de o Ginecologista atender apenas uma vez por semana, ocasionando uma longa espera de consulta e conseqüentemente reprime-se a demanda, fazendo com que as pacientes busquem atendimento no PPA.

Outra questão grave é o fato da Unidade não estar integrada ao Programa de Imunizações. Isto ocorre porque no NAI não existe geladeira, o que impossibilita a aplicação das vacinas. Sendo assim, as crianças são obrigadas a ir até o PPA

para receber as vacinas, o que as distancia ainda mais da Unidade e dos demais serviços dirigidos a elas.

O mesmo ocorre com o PKU, que por não ser realizado na Unidade, obriga a criança a deslocar-se até o PPA.

Existe um sistema de referências de atendimentos, delegando à Santa Casa e ao PPA a tarefa de resolver os problemas de saúde que a Unidade é incapaz de solucionar sozinha. No entanto, não ocorre a contra-referência, ou seja, a volta do paciente à Unidade de origem para a continuidade do tratamento.

A medicação recebida pelo NAI é insuficiente para todos os pacientes que dela fazem uso, sobretudo aqueles que possuem doenças crônicas, como os Hipertensos.

Um problema apontado pelos funcionários da equipe técnica (Enfermeira e Técnico de Enfermagem) é a falta de treinamento e/ou reciclagens promovidos pela Prefeitura.

Propostas: Melhoria do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, garantindo atendimento às pacientes que procurarem a Unidade, para tanto, há a necessidade de contratação de mais um Ginecologista ou a extensão do atendimento do atual para mais dias da semana.

Garantir a essas mulheres, também, o acesso a todos os métodos contraceptivos, inclusive ao DIU (Dispositivo Intra-Uterino) e ao Diafragma, que só são fornecidos no PPA.

Realizar, no próprio NAI, a coleta de materiais para exames laboratoriais, pelo menos uma vez por semana, já que isso não ocorre atualmente, obrigando os pacientes a dirigirem-se ao PPA.

No que diz respeito à Saúde da Criança, faz-se necessária a realização, na Unidade, das vacinações e do PKU, garantindo assim o acompanhamento integral à saúde das mesmas. Isto pode ser alcançado com a compra de uma geladeira para a Unidade, uma vez que as vacinações só não são realizadas pela falta desta, já que existem profissionais no NAI com conhecimento técnico para a aplicação das mesmas.

Para a realização do PKU, basta que seja dado um treinamento para os funcionários da Enfermagem, o que é fácil e pouco dispendioso. Da mesma forma como se apresenta atualmente o Programa de Assistência à Saúde da Criança, o atendimento não é integral, obrigando-as a recorrer ao PPA, o que acaba por reprimir a demanda, tornando-a baixa na Unidade.

Ainda com o objetivo de garantir uma assistência integral à saúde da população, seria apropriada a ampliação do horário de funcionamento da Unidade, ao menos até às 17:00 hs, facilitando, assim, o acesso dos usuários aos serviços e evitando o deslocamento destes até o centro da cidade, em muitos casos.

A implantação de um Programa de Atendimento à Saúde do Idoso é justificável, uma vez que há um grande número de idosos residindo no bairro e que freqüentam a Unidade, não dis-

pondo, no entanto, de um atendimento específico às suas reais necessidades.

Também sob o enfoque do desenvolvimento de ações junto aos fatores de risco de adoecer, a Educação em Saúde da população tem papel relevante e prioritário no sentido da criação e fortalecimento de mecanismos individuais de prevenção dos agravos e proteção da saúde. Deve-se estimular a população a optar por hábitos de vida mais saudáveis, evitando fatores de risco à saúde.

Saúde acaba por contribuir e reforçar esse quadro na medida em que não delega poder/autonomia às unidades de saúde.

No sentido de aprimorar o trabalho já desenvolvido e, romper com esse esquema, ênfase deveria ser dada na reciclagem, treinamento e capacitação constante do quadro de pessoal, buscando envolvê-los, motivá-los e sensibilizá-los quanto ao importante papel que desempenham junto à comunidade, representando, inclusive, o próprio poder municipal.

Quanto aos programas de saúde desenvolvidos, nota-se que foram criados no sentido de atender grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde. Tais riscos são evidenciados pelos registros disponíveis de morbimortalidade. A intensidade e peculiaridade dessa exposição variam bastante com os níveis sociais e características epidemiológicas de cada região e, muitas vezes, da microrregião.

A exposição a riscos pode também ser vista e entendida em função de cada doença, como no caso das doenças cardiovasculares, AIDS, diabetes e outras. Portanto, no planejamento da produção das ações de Educação em Saúde e de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Controle de Vetores e Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, devem ser normalizados alguns procedimentos a serem dirigidos especialmente à **situações de risco**, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Daí vem o conceito e prática dos Programas de Saúde, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área. Assim, os programas de saúde são eficientes para a população-alvo somente quando as normas respeitam as condições sociais epidemiológicas, institucionais e culturais existentes ao nível regional ou microrregional, passando por adaptações e até recriações nestes níveis.

Nota-se, portanto, a urgência em implantar e implementar ações a curto prazo no sentido de dar resposta à problemas já diagnosticados. Por exemplo, o Programa de Saúde da Mulher torna-se estratégia fundamental para se conseguir a diminuição da taxa de perimortalidade, constatada através do perfil epidemiológico do Município.

Os Programas existem teoricamente, porém ou estão desativados, apesar da demanda existir, ou são ineficazes.

Gerência: A gerência é exercida informalmente pela Enfermeira, que aponta para a sobrecarga do trabalho.

Durante as entrevistas realizadas com pessoas da população, que circulavam pela Unidade no momento da nossa visita, constataram-se queixas em relação aos serviços oferecidos pela Santa Casa e pelo PPA.

Com relação à Santa Casa, a referência feita é a de que a qualidade do atendimento, atualmente, não é boa.

A principal queixa com relação ao PPA diz respeito à rapidez com que as consultas médicas são realizadas, ou que diminuem sensivelmente a qualidade do atendimento. Além desta, outras duas queixas foram feitas pelos usuários sobre a espera, por vezes, de até 5 horas, para se conseguir atendimento no PPA.

As entrevistas foram capazes, ainda, de nos remeter à questões de saúde que estropolam o âmbito de resolutividade da Prefeitura. Foi isto que ocorreu, quando a população reivindicou o término da construção do Hospital da Mulher, cujas obras estão paralisadas desde a gestão governador de São Paulo, Orestes Quércio.

Ainda que esta obra tivesse sido iniciada por alguns dos Prefeitos anteriores, não julgamos conveniente a conclusão de algo tão dispendioso, quando a mesma verba poderia e deveria

estar empregada em ações básicas de saúde, ainda hoje tão menosprezadas por todos os nossos governantes.

6.4.NAI COHAB II

Localização/Caracterização do Usuário: O NAI COHAB II localiza-se em área afastada do centro da cidade junto ao Conjunto Habitacional II, construído em 1991 por iniciativa da Prefeitura e com financiamento do BNH (Banco Nacional da Habitação). A COHAB conta com casas de alvenaria de dois dormitórios, em região urbanizada que dispõe de saneamento básico e fornecimento de energia elétrica.

O Conjunto Habitacional II possui uma infra-estrutura básica que conta com pequeno comércio (bares, padarias, lojas, etc.), igreja, creche, escola, CAIC (Centro de Assistência Integrada à Criança - criado durante o governo do Presidente Fernando Collor), Posto da Polícia Militar (em construção), Hospital da Mulher (cujas obras iniciaram-se no mandato do Governador Orestes Quércia, estando paralisadas desde então) e o próprio NAI.

A população residente nesta região é composta quase que totalmente por "boias-frias", havendo em número bem menor, trabalhadores das indústrias e um grande número de desempregados.

O nível sócio-econômico desta população é baixo, portanto suas carências assistenciais, inclusive no campo da saúde, fazem-se presentes.

Gerência: É exercida, informalmente, pela Enfermeira da Unidade, uma vez que a Chefia Administrativa fica a cargo da Diretoria de Saúde do Município.

Funcionamento/Atendimento: A Unidade funciona das 7:00 às 19:00 horas.

O atendimento médico está assim distribuído:

- Segunda-Feira: Pediatria e Clínica Médica
- Terça-Feira: Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia
- Quarta-Feira: Pediatria e Clínica Médica
- Quinta-Feira: Pediatria e Clínica Médica
- Sexta-Feira: Ginecologia e Clínica Médica

O atendimento, nesta Unidade, concentra-se no período da manhã, turno em que encontram-se a maioria dos médicos.

É realizada a coleta de exames laboratoriais.

Este NAI não realiza a coleta do exame PKU, sendo este encaminhado ao PPA.

O NAI COHAB II cede parte de seu espaço físico para a realização das reuniões do Grupo de Apoio às Famílias de Alcoólicos.

Recursos Humanos: O quadro de funcionários está assim constituído: uma Enfermeira, um Assistente Social, um Ginecologista, cinco Clínicos Gerais, um Odontólogo, três Pediatras, três Auxiliares de Enfermagem, um Técnico de Enfermagem, dois Auxiliares Administrativos, um Auxiliar de Consultório Dentário, duas Faxineiras e quatro Motoristas.

Programas Oferecidos:

Saúde da Criança: Consta deste programa, além da consulta médica, a distribuição do leite (seguindo norma municipal que prevê a distribuição para as crianças cujos pais recebam até no máximo dois salários-mínimos) e a realização de Grupos Educativos: Grupo de Crianças portadoras de Verminoses/Anemia e o Grupo de Puericultura.

Não é realizada a coleta do exame PKU, sendo este encaminhado ao PPA.

Programa de Imunização: São realizadas todas as vacinas do Programa Nacional de Imunização no NAI COHAB II.

Saúde da Mulher: Este programa prevê a realização de consultas médicas com o Ginecologista da Unidade a reunião de grupos de Prevenção do Câncer Ginecológico e a coleta de Papanicolau.

Este último apresentou em 1994 (exceto o mês de julho em que houve reforma no NAI) uma média de 45 exames/mês. Sendo

que no ano de 1995 houve um aumento, obtendo-se a média de 59 exames/mês.

Saúde Bucal: O programa da Unidade atende apenas as crianças na faixa etária dos 4 aos 14 anos. São atendidos 4 usuários por período, exceto as emergências.

Existe a necessidade de agendamento prévio à consulta odontológica. Este se processa da seguinte maneira: A criança manifestará o interesse pela consulta, então, seu nome passará a constar de uma lista de espera, cujos integrantes irão sendo chamados conforme forem aparecendo as vagas para tratamento. Quando surge a vaga, faz-se a convocação do usuário, por carta. Caso este não compareça, será desligado automaticamente do Programa.

O tratamento inclui restauração e extração, além da aplicação tópica de fluor, feita semanalmente.

Avaliação/Análise/Propostas: Partindo-se do pressuposto de que deve-se fornecer assistência integral a todas as pessoas, em todas as faixas etárias, os Programas do NAI COHAB II deixam a desejar, no tocante aos seguintes aspectos:

- Quanto à Saúde da Criança, não é realizado o exame PKU, que força os usuários a recorrerem ao PPA, no centro da cidade;

- Quanto à Saúde da Mulher, faz-se necessária a implementação de ações educativas junto às adolescentes, uma vez que observa-se na região uma alta incidência de gravidez nesta

faixa de idade, o que torna-se preocupante, considerando que tanto a mãe quanto a criança passam a fazer parte de um grupo de risco.

O trabalho educativo, que pode ser organizado por uma equipe multiprofissional, deve levar em conta que as adolescentes estão iniciando sua atividade sexual e, por conseguinte, estão muitas vezes com diversas dúvidas. Questões como a compreensão do funcionamento do corpo, como evitar a gravidez, como prevenir doenças sexualmente transmissíveis, etc., devem ser ouvidas com seriedade e respeito, levando-se em conta a ansiedade, o medo e os preconceitos existentes sobre o tema.

A realização de grupos para tratar do Planejamento Familiar, que atenderá a mulheres de várias faixas etárias e não apenas gestantes, deve levar em conta estas questões também, sem discriminar, julgar e/ou condenar as adolescentes grávidas e as mulheres com mais idade e com muitos filhos. Toda a mulher tem o direito de decidir, junto com o seu companheiro, se quer ou não ter filhos, quantos serão, e quando os ter. O papel dos profissionais de Saúde restringe-se a prestar orientações sobre métodos contraceptivos, através de ações educativas claras e voltadas para a realidade vivenciada pela população alvo.

Quanto à Saúde Bucal, nota-se, segundo observações feitas por funcionários da Unidade, que há um alto índice de cárie na população da COHAB II. Portanto, o atendimento de um único

Odontólogo para uma população de cerca de 12.000 pessoas é muito pouco, tornando a lista de espera enorme e o tratamento de difícil acesso. Somado a isto, a restrição que se faz ao atendimento que fica reservado à faixa etária dos 4 aos 14 anos, acaba ignorando que o restante da população possui dentes que também precisam ser tratados. É, indicativo, para sanar este problema, a contratação de mais Odontólogos, e que se estenda o atendimento às demais faixas etárias.

Outro problema presente na região da COHAB II, refere-se aos jovens e ao consumo que estes fazem de álcool e drogas, ocasionando, dentre outros problemas, um aumento significativo da violência nas escolas.

Trata-se de uma questão que envolve vários aspectos da vida destes jovens, desde a instabilidade familiar, a pobreza, até o fácil acesso às bebidas alcoólicas e às drogas na região. Portanto, diz respeito à saúde destes jovens, mas não se esgota nisso, e por ser um problema social de grande amplitude, requer a união de vários equipamentos sociais como a Igreja, a Comunidade (representada pelas Associações de Moradores), os Sindicatos de Trabalhadores, as Escolas e os Serviços de Saúde (através de uma equipe multiprofissional), para que discutam conjuntamente os problemas da comunidade que favorecem o surgimento e o aumento do número de alcoólicos e toxicômanos, bem como, que se proponham soluções.

A população presente na Unidade, durante nossa visita, apresentou as seguintes queixas:

- O tempo de espera por um atendimento no Posto Dr. José Paione, que chega a atingir até 5 horas;

- Sentem falta do RX na Santa Casa funcionando por um período maior, o que faz com que muitas vezes um atendimento não seja completado pela falta do exame;

- A inexistência ou existência em pequeno número de especialistas Médicos da rede pública, na cidade, tornando difícil a obtenção de uma vaga para consulta, o que obriga os usuários a pagarem por uma consulta particular ou então, a ficarem sem o atendimento;

- O tratamento para os Hipertensos prevê apenas a entrega das medicações, não incluindo orientações adequadas quanto às doenças (cuidados com a alimentação, necessidade de atividade física, controle do stress, etc.);

- A dificuldade de acesso ao Serviço de Saúde, localizado no centro da cidade, provocada pela ineficiência dos transportes coletivos;

- A ambulância, que deveria permanecer no NAI por 24 horas, nem sempre é encontrada, sendo necessário chamar o Corpo de Bombeiros para o transporte de doentes graves até o PPA, e

- Referem-se aos atendimentos recebidos na Santa Casa, por especialistas Médicos, que cobram a consulta, exigindo, ainda, 10% do valor pago pela consulta, como taxa adicional a ser entregue à Santa Casa pelo uso de seu espaço físico.

- Vários moradores da COHAB II, durante entrevista referiram também a existência de médicos na cidade que constituem o que ele chamam de "máfia branca". Com este termo, pretendiam designar àqueles que dificultam a entrada de outros médicos na cidade porque estes últimos representariam uma ameaça ao poder instituído pelos profissionais que já atuam na cidade. Este poder é expresso, inclusive, na política local. Os médicos envolvidos formam um grupo coeso que chega ao extremo de cobrar por consultas que poderiam ser realizadas gratuitamente na rede pública. Nestes casos, geralmente, o médico aproveita-se da oportunidade de estar atendendo o paciente no Serviço Público, para dizer a este que o tratamento deve ser complementado com procedimentos, técnicas e/ou equipamentos apenas disponíveis na rede privada, da qual ele também faz parte.

6.5.NAI Sindicato Rural de Mococa

O NAI do Sindicato Rural trabalha de forma conjunta ao próprio Sindicato. O espaço físico dos dois acaba por se unir, já que na Recepção do NAI, realizam-se tarefas administrativas específicas do Sindicato, tais como: controle de prontuários e recebimento de mensalidades dos filiados. Estes serviços, por

vezes, são desempenhados por uma Técnica de Enfermagem, do NAI.

Apesar disto, o espaço físico reservado para a realização dos atendimentos de saúde é considerado adequado.

Localização/Caracterização do Usuário: Este NAI está localizado próximo ao centro da cidade, no entanto, a população por ele atendida compreende sócios do Sindicato, que são os trabalhadores rurais, e a população moradora nos bairros vizinhos ao NAI (Vila Santa Clara, Vila Carvalho, Vila Descanço e Brás) Os usuários constitui-se , portanto , de uma população carente quanto ao nível sócio-econômico, com uma grande maioria de trabalhadores rurais.

Gerência: É exercida informalmente pelo Presidente do sindicato, uma vez que a chefia administrativa cabe à Diretoria de saúde do município .

O sindicato mantém convênio com a Prefeitura ,que subsidia o atendimento, cobrindo cerca de 50% dos gastos totais da unidade, segundo informação recebida.

Funcionamento/Atendimento: O horário de funcionamento deste NAI é das 7:00 às 17:00h.

O atendimento médico realiza-se de segunda à sexta-feira, contando com os seguintes profissionais: Pediatra ,Clínico,e Odontólogo.

Esta unidade serve como referência para outras unidades da cidade, ana especialidade de vascular.

Recursos Humanos: O quadro de pessoal do NAI é composto por: dois auxiliares de enfermagem, um vascular/clínico geral, um urologista/clínico, um cirurgião geral, um auxiliar de consultório dentário, dois odontólogos, uma técnica de enfermagem e um faxineira.

Todos os funcionários são contratados pelo sindicato, com excessão da faxineira, que é pela Prefeitura.

Programas de Saúde Oferecidos

Saúde da Mulher Compreende o atendimento das mulheres, apenas para a coleta de Papanicolau, perfazendo no período de 01/94 à 10/95, 10,8 exames coletado /mês.

Saúde do adulto e saúde da criança Ambas estão restritas às consultas médicas.

Avaliação / Análise: O NAI deixa de prestar atendimento integral à saúde da mulher, já quenão possui ginecologista, perdendo assim o vínculo destas pacientes com a Unidade , obrigando-as a se deslocarem até o P.P.A, afim de receberem atendimento. São colhidos somente o exame de Papanicolau, sem que na unidade haja profissional adéquado para orientar as pacientes quanto ao resultado dos exames.

O programa de saúde do adulto , na realidade inexistente, uma vez que são realizadas apenas consultas médicas, sem um atendimento envolvendo atividades educativas e/ou de orientações específicas para doenças crônicas como hipertensão e diabetes que têm alta incidência dentre os pacientes usuários da unidade.

Com relação à saúde da criança, também não existe um programa que contemple a integralidade da saúde destes usuários. Não há vacinação, coleta de PKU e trabalhos educativos, junto às mães, o que ocasiona uma precariedade no atendimento, que passa a se concentrar nas consultas médicas, que por si só não garantem a qualidade à saúde da criança , sobretudo do ponto de vista preventivo.

O NAI Sindicato Rural possui demanda justificável para a realização da coleta dos exames laboratoriais, ao menos uma vez por semana, na própria unidade, como pode ser observado através dos seguintes dados coletados.

1946 usuários foram encaminhados ao PPA, no período de janeiro à outubro de 1995, para a coleta de exames laboratoriais.

A média de exames laboratoriais coletados por usuários deste NAI , PPA foi de 2,9 exames , tomando por base o mesmo período mencionado acima.

Por parte dos funcionários , recebemos as seguintes queixas:

- A medicação fornecida pela prefeitura , para o NAI é insuficiente ; e

O material para curativos não tem sido fornecido pela Prefeitura, o que obriga o Sindicato a realizar a compra deste material , para que as atividades da enfermagem não sejam interrompidas.

Propostas: É necessário que se crie uma equipe mínima de profissionais para a realização de um Programa de Saúde da mulher que preste atendimento integral à esta.

Faz-se necessária a contratação de 1 ginecologista e 1 enfermeira, que realizem além da coleta do Papanicolau (única atividade desta área praticada atualmente), programas educativos, procurando a conscientização das pacientes sobre a importância das consultas de rotina com o ginecologista, bem como da realização de exames preventivos.

Estes mesmos profissionais, realizariam o acompanhamento das gestantes durante o Pré-natal, além de implantar um Programa de Planejamento Familiar, que muito iria auxiliá-las, individualmente , e mesmo com a participação de seus parceiros, para um melhor conhecimento de seus próprios corpos, o funcionamento de seus organismos, ajudando-os a refletir na

possibilidade de ter filhos ou evitá-los, programando-os para o momento desejado.

Com relação à saúde da criança, há a necessidade da implantação do Programa de Imunização, para que elas possam receber as vacinas em local apropriado e próximo às suas casas, evitando o deslocamento das mesmas até o PPA.

A realização do PKU deveria se dar também no próprio NAI, já que requer apenas um treinamento simples e pouco dispendioso ser ministrado para a equipe de enfermagem.

De posse de conhecimentos básicos de Puericultura, a equipe de enfermagem pode realizar programas educativos com as mães, inclusive incentivando o aleitamento materno, fator que garante melhor qualidade de vida e saúde das crianças, sobretudo recém-nascidos.

Na saúde do adulto é indicado a implementação de ações educativas, que ultrapasse o âmbito exclusivo dos atendimentos médicos realizados atualmente. Principalmente com o objetivo de atingir através destas ações os hipertensos e diabéticos, presentes em grande número na unidade.

Desta forma, garante-se a estes pacientes um atendimento de melhor qualidade, até mesmo por aprofundar aspectos preventivos, que evitarão os estágios mais graves das doenças.

Com relação à coleta de exames laboratoriais, é indicada a realização da coleta na própria unidade, com base nos dados apresentados anteriormente.

6.6.NAI Santa Rosa

Localização/Perfil de Usuários dos Serviços

Esta Unidade de Saúde se localiza no bairro Santa Rosa, na periferia da cidade. O prédio possui várias salas para atendimento, foi construído em 1990. Segundo informações de moradores, grande parte dos trabalhadores deste bairro é de trabalhadores rurais, "boias-frias". Trabalham no corte de cana, em fazenda do Município de Mococa e noutros Municípios vizinhos. Alguns são "catadores de lixo", uma vez que o lixão da cidade se localiza nesse bairro (vide caracterização da cidade).

Horário de Atendimento: Das 7:00 às 18:00 horas.

Administração/Funcionamento: gerência desta Unidade é exercida por uma Enfermeira.

Atendimento Médico: Segunda a Sexta-Feira: Pediatria, Clínica Médica e Dermatologia. Quarta-Feira: Ginecologia.

Atendimento Odontológico: O serviço é oferecido todos os dias para crianças de 7 a 14 anos. A concentração do atendimento é maior na parte da manhã, devido ao fato do Dentista contar com a colaboração de uma Auxiliar neste período. Sendo

que à tarde cumpre sozinho as duas tarefas. O profissional de Saúde Bucal demonstrou grande preocupação com a questão da prevenção. O número de atendimento é de 8,4 crianças por período. Existe grande fila de espera, gerando uma importante demanda reprimida.

Exames Realizados: A coleta de materiais para exames laboratoriais ocorre às quintas e sextas-feiras, por funcionários do PPA.

Recursos Humanos: Dois Pediatras, quatro Clínicos Gerais, um Dermatologista, um Ginecologista, um Odontólogo, uma Enfermeira, cinco Técnicos de Enfermagem, um Auxiliar de Enfermagem, um Auxiliar Administrativo, um Auxiliar Dentário, dois Faxineiros.

Observação: O espaço da Unidade é utilizado à noite por um grupo da comunidade que desenvolve um trabalho preventivo em relação às drogas.

Programas de Saúde Oferecidos:

Saúde da Criança: Há distribuição de leite para as famílias com renda de até dois salários-mínimos. Critério estabelecido pela Direção de Saúde do Município.

Observação: Este atendimento é vinculado ao Programa de Vacinação. A criança que não apresenta vacinação em dia deixa de receber o leite. Existe uma fila de espera de 100 a 150 crianças. Há Grupo de Puericultura, que é de responsabilidade

do Médico e de uma Enfermeira. Há Grupos de Crianças desnutridas e de Crianças com Verminoses.

Imunização: Há vacinação todos os dias, sendo que a BCG é feita às sextas-feiras.

Saúde da Mulher: O atendimento restringe-se à consulta médica e à coleta de Papanicolau, que somou, no período de jan/94-out/95, uma média de 103,5/mês.

Avaliação/Propostas: O serviço de Coordenação das Unidades é exercido por um funcionário. Sem poder de decisão é, portanto, impedido de iniciativa. A gestão, na prática, é centralizada na Direção Municipal.

Isto gera desestímulo à busca de soluções criativas pelo pessoal da Unidade, que acaba, na verdade, acatando e cumprindo normas que vem, não de quem de fato conhece aquela comunidade, e seus reais problemas.

A autonomia da equipe local promove responsabilidade, envolvimento e compromisso com a comunidade/clientela que é o seu público-alvo.

Outro aspecto que é merecedor de análise é o do processo de municipalização do SUS e como este é entendido pelos funcionários do Sistema de Saúde. Acreditamos que, em maior contato com o tema, que poderia ser promovido sob a forma de cursos, palestras, discussões em grupo, propiciaria maior familiaridade com aspectos importantes como: financiamento de recursos,

importância da participação popular, descentralização das várias instâncias de gerenciamento, responsabilidades e prerrogativas atribuídas ao Município, etc.

Saúde Bucal: O atendimento odontológico atinge somente a faixa etária de 7 a 14 anos, se restringindo somente a ações curativas. O fato da criança ter que esperar muito pelo atendimento, ainda na fase da primeira dentição, chegando ao serviço após os 7 anos, com os dentes já comprometidos, não permitindo, em muitos casos, o tratamento, necessitando extração, o que acarretará danos à próxima dentição.

É portanto indicativo, que a Administração Municipal de Saúde procure investir mais na ampliação deste serviço, objetivando um maior número de atendidos, diminuindo assim a fila de espera. Que o caráter preventivo seja priorizado, através das ações educativas e de orientação direta. Certamente o custo com a prevenção é muito menor e mais efetivo que as ações puramente curativas. Além do que, toda criança tem o direito de ser, em futuro, adulto com sua saúde integralmente garantida.

Saúde da Criança: Neste programa é feita a distribuição de leite, tendo como um dos critérios, a necessidade da criança estar em dia com a vacinação, para ter direito ao recebimento.

Sendo a vacina uma descoberta da ciência como uma forma de combate às doenças graves que levavam à morte milhares de

crianças, tornou-se necessária a implementação dos programas de imunização obrigatórios nos serviços de Saúde. A comunidade precisa ser incentivada de outras formas criativas a encaminhar suas crianças à vacinação e jamais vincular esse atendimento ao recebimento do leite. Este é um programa social e opcional do serviço de saúde. A falta de condições de comprar alimento está ligada à questão de baixa renda da maioria dos trabalhadores deste País é que responsabilidade de um sistema de exclusão social histórico e que necessita, portanto, de mudanças estruturais.

Saúde da Mulher: Este programa está voltado para a consulta médica com o Ginecologista e coleta de Papanicolau.

Entendemos ser de grande importância, que o serviço de saúde, utilizando-se de seus profissionais, devesse implementar um programa de atendimento à mulher que estivesse preocupada com todas as fases de sua vida, como: a orientação à adolescentes grávidas, considerando que a gravidez nesta fase da vida é comprometedora no sentido de colocar tanto a mãe como a criança em grupos de risco, atendimento e orientação integral a todas as gestantes.

Houve por parte de usuários, reclamação quanto ao horário de marcação de consultas que normalmente é muito cedo. Outro problema é em relação ao horário de atendimento ser até as 16:00 horas, dificultando o acesso dos trabalhadores rurais.

Talvez, se o atendimento pudesse se estender, dois dias da semana, até às 18:00 horas, resolveria esse problema.

Houve, também, queixa em relação ao atendimento da Recepção, que não fornece informações corretas e atende mal. Sugerimos a realização de reciclagens, no sentido de valorização dos próprios funcionários, para que isso resulte num retorno à melhoria do atendimento à população. (falta texto)

6.7. Centro de Saúde Dr. José Paione

Descrição da Unidade: Unidade de Saúde conhecida pela população como único Posto de Saúde de Mococa. A unidade é do Estado e, segundo informações, estaria sendo municipalizada.

Localização e caracterização: O Posto, localizado na praça central da cidade, é bastante grande, possuindo inúmeras salas, consultórios, um grande almoxarifado que centraliza e abastece as NAIS dos vários pontos da cidade. Não conseguimos uma planta do prédio que, segundo declarações do pessoal do posto, uma reforma estaria sendo estudada, buscando modernizar as instalações existentes.

Administração e funcionamento: Esta unidade é administrada diretamente pela Secretaria da Saúde, que mantém uma sala para a Secretária e seus assistentes diretos.

As especialidades médicas, como Psiquiatria, Ortopedia, Cardiologia, Urologia, Neurologia etc., estão centralizadas

neste grande posto que funciona diariamente, das 8:00 às 17:00 hs.

O sistema de marcação de consultas adotado funciona com as seguintes normas estabelecidas: marcação com uma semana de antecedência, sendo limitado a 14 consultas por dia por especialidade, onde se estabeleceu que os primeiros 14 usuários que estiverem na fila organizada terão direito à consulta solicitada. Logo na entrada, um cartaz informa os dias de atendimento para cada especialidade e o dia da marcação da consulta para tal especialidade.

Recursos Humanos: Não conseguimos o quadro de funcionários (profissionais que exercem funções na Unidade), pois existem diferentes formas de vínculo empregatício com as três diferentes esferas de governo (Município, Estado e União).

Perfil do usuário: A clientela do Paione é oriunda de todo o município, de zonas urbana (centro e periferia) e rural, que pode chegar ao posto tanto encaminhado por outro profissional de saúde (generalista) como por iniciativa do próprio usuário que julga necessário uma consulta com determinado especialista.

Programas de Saúde oferecidos:

Controle de Hipertensão: É realizado através de consultas que se alternam, do Médico e da Enfermagem, que mensuram a pressão, anotando em um mapa de acompanhamento. Não é feita

orientação nutricional pois no momento não contam com profissional da área.

Programa de Adolescentes: A equipe é composta por um Psicólogo, um Ginecologista, um Clínico e um Dentista. Segundo informações da Unidade, estão mudando a forma de agendamento, pois os grupos eram montados, comprovando que existe interesse da população no programa oferecido, e em pouco tempo o grupo abandonava as atividades propostas pela equipe. A idéia da equipe multiprofissional era de atrair Adolescentes para um serviço de orientação e aconselhamento.

Diabetes e Doenças Coronarianas: Usando a palavra da Enfermeira que está na Unidade, existe um "ensaio" para montar efetivamente o programa acima, pois existe uma demanda considerada/classificada de risco, portadores das doenças acima, e que atenderiam perfeitamente ao programa, evitando complicações inerentes a tais enfermidades.

Ainda segundo a Enfermeira, está sendo aguardada a presença de uma Nutricionista como elemento essencial para que o programa se efetive.

AIDS: O Programa de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) atualmente funciona no Centro de Saúde "Dr. José Paione", na região central da cidade.

O Programa conta com um Médico Infectologista, que também é o supervisor do Programa, uma Assistente Social, que é coor-

denadora, uma Enfermeira, que está afastada por motivo de saúde, e contava com um Psiquiatra, que faleceu num acidente automobilístico, que ainda não foi substituído.

Trabalham também no Programa um Cirurgião-Dentista, uma Auxiliar de Consultório Dentário e uma Auxiliar de Enfermagem.

O Programa de AIDS tem cerca de 4 anos e atende a todos os pacientes, tanto doentes quanto soro-positivos.

O teste de ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assays) para AIDS é colhido no Município de Mococa e analisado em Casa Branca. Já o Western Blot, teste mais específico para AIDS, também é colhido em Mococa, de onde vai para Casa Branca e de lá é encaminhado para Campinas.

Até novembro de 1995, Mococa tinha 79 pacientes em acompanhamento no Programa, incluindo neste número pacientes soro-positivos e com AIDS. Já faleceram 23 pacientes, e dentre esses óbitos, estão duas crianças. De 1986 a 1994, foram notificados 50 casos de AIDS.

Das crianças que iniciaram o acompanhamento, duas se tornaram soro-negativas e duas estão em acompanhamento.

Os primeiros pacientes chegaram ao ambulatório através do Banco de Sangue do Município.

Existe um trabalho educativo em escolas e indústrias, que conta com a participação de um grupo de teatro, e que tem trazido bons resultados de adesão aos métodos preventivos.

Raiva: O programa da Raiva no Município de Mococa é desenvolvido por um Médico Veterinário e três ajudantes, que possuem uma sala dentro do Centro de Saúde "José Paione".

O programa é desenvolvido seguindo as novas Normas do Ministério da Saúde, e além disso a Equipe realiza a vacinação rural casa-a-casa e sítio-a-sítio, e observa os animais suspeitos de estarem com Raiva.

A vacinação urbana é feita através de Campanhas e na procura direta ao Centro de Saúde "José Paione". Na zona urbana existem ainda postos fixos para vacinação. A vacinação é feita ainda em clínicas veterinárias particulares e através das cooperativas, mas não há um controle do número de doses aplicadas nesses locais.

Somente no ano de 1995, até o mês de novembro, foram confirmados 17 casos de raiva animal, sendo 3 a 4 casos de raiva canina e o restante de raiva bovina e eqüina.

Há três anos houve dois casos de raiva humana.

Na segunda semana de novembro deste ano, havia dois cães em observação.

de Assistência Integrada) "José Paione", na região central da cidade, onde trabalham 13 pessoas.

O controle é feito através de visitas domiciliares constantes, que são feitas pelos técnicos, num número de 30 visitas por técnico, por dia, onde os mesmos preenchem uma ficha detalhada sobre as condições de cada residência, eliminam criadouros e fazem orientação quanto às doenças transmitidas pelos insetos e a maneira de prevenir a proliferação dos mesmos.

Constantemente são distribuídos folhetos explicativos sobre Dengue, Febre Amarela e Encefalite, orientando a população sobre seus transmissores. São feitas orientações também em relação aos cuidados que se deve ter com o Escorpião.

As visitas cobrem 100% dos imóveis que são em número de 19.124, dos quais 14.932 são prediais e 5.192 são terrenos, e destes, 1.520 lotes possuem documentação irregular.

As larvas e "barbeiros" encontrados são analisados pela SUCEM de São João da Boa Vista.

O Município tem a classificação PIIB. Um município PII é um município infestado por *Aedes aegypti*, incluindo aqueles com incidência de Dengue menor que 300 casos autóctones por 100 mil habitantes nos últimos 5 anos. Um município com classificação B é um município sem transmissão no presente ano, mas com população superior a 50 mil habitantes.

Atualmente está sendo desenvolvido um Projeto que envolve tanto a SUCEM quanto o Núcleo de Educação da Secretaria da Saúde do Município e a Prefeitura Municipal de Mococa.

Anteriormente a este Projeto, foi realizada uma pesquisa junto à população para avaliar o impacto das atividades educativas de prevenção e controle de Dengue e Febre Amarela, no Município de Mococa.

Este Projeto se divide em duas partes: na primeira, será realizado um mutirão que abrangerá todo o Município, quando serão eliminados os criadouros. O Município será dividido longitudinalmente em duas partes, e em cada parte será feito o mutirão num dia. Na segunda, desenvolver-se-á uma parte educativa com a população, que será realizada por alunos do Curso de Magistério junto às crianças. Este Projeto foi apresentado na Câmara Municipal de Mococa no dia 10 de novembro de 1995, e o mutirão estava programado para os dias 11 e 12 do mesmo mês.

Outros Serviços Oferecidos:

Vigilância Sanitária: Segue normas do Ministério da Saúde

Vigilância Epidemiológica: Vide Análise Epidemiológica

Fornecimento de Medicamentos: Após consulta médica, os pacientes podem ter os medicamentos prescritos, caso a farmácia tenha o produto. A Secretária de Saúde declarou que existe um serviço de reembolso ao usuário que porventura não tenha conseguido no Posto. A entrega de medicamentos é vinculada à con-

sulta e prescrição médica. Os pacientes portadores de enfermidades crônicas também devem passar pelo mesmo processo. Neste ano, houve uma distribuição e administração de vermífugo em todas as crianças que estão nas várias escolas públicas do Município, buscando diminuir os índices de verminose na população.

Coleta de exame: Papanicolau

Eletrocardiograma/Encefalograma

Análise e avaliação da Unidade: A Unidade é bem localizada e de fácil acesso. Possui instalações amplas e apresenta bom estado de manutenção/conservação.

Nos dias em que nossa equipe lá esteve, em horários variáveis para uma melhor análise (6:00, 10:00, 14:00 e 17:00 hs), notamos um movimento relativamente baixo de usuários, considerando a importância da Unidade tanto pela variedade de serviços de saúde oferecidos, lá centralizados, como por sua privilegiada localização central.

O sistema de marcação de consultas comprova e justifica o baixo número de usuários na Unidade. Se somente 14 pessoas conseguem marcar consulta para determinada especialidade médica, o 15º paciente que chegar nem mesmo ficará aguardando na fila, pois sabe que não conseguirá marcar um horário para a semana seguinte e não é permitido marcar para a próxima semana caso o limite de agendamentos tenha sido preenchido.

A equipe da Unidade reconhece, em todos os níveis, que existe demanda reprimida tanto para as consultas médicas como para os programas de saúde que são, na verdade, um agrupamento de atendimentos por similaridade em especialidades clínicas (vide definição de "PROGRAMAS DE SAÚDE" na conclusão deste Capítulo).

Estivemos no Posto José Paione às 6:00 hs no dia em que, entre outras, estavam sendo marcadas consultas para psiquiatria e neurologia. Tivemos a oportunidade de entrevistar pacientes provenientes de zonas rurais, que estavam indo embora pois não conseguiram marcar consulta. Os depoimentos colhidos revelam que estes pacientes não só não conseguiram o atendimento como ficariam, por conta disto, sem a medicação usada, abandonando o tratamento. Sabemos do risco que isto representa para pacientes, por exemplo, em uso de: anti-convulsivantes (Gardenal, Hidantal, etc.) e/ou psicotrópicos (ansiolíticos como Haldol, entre outros), anti-hipertensivos, vasodilatadores, etc.

Programa de Adolescentes: Avaliando o importante e pertinente programa, chegamos à conclusão, junto com membros da equipe multidisciplinar, que é fundamental o preparo profissional, adequado ao desempenho necessário para atuação com tal grupo. Tal tarefa requer não só treinamento técnico como um profundo conhecimento teórico desta delicada fase de desenvolvimento, sua complexidade, resistências oferecidas (tanto do

grupo de jovens como da própria equipe que, caso não esteja preparada certamente desenvolverá), etc.

Programa de Saúde Mental: Em entrevista com a Dra. Regina e Sr. Barbosa (BIM), responsáveis pelo Hospital Psiquiátrico (Clínica de Repouso) localizado no Município e já descrito neste relatório. Fomos informados da grande dificuldade em acompanhamento ambulatorial adequado dos pacientes com doenças psiquiátricas. Declarações foram feitas revelando que pacientes poderiam ter alta hospitalar caso a rede garantisse o fornecimento de medicações e avaliações clínicas regulares e efetivas.

Propostas: Esta Unidade de Saúde funciona como um termômetro do Sistema de Saúde local, pois através dele pode-se avaliar:

♦ A resolutividade dos profissionais generalistas das NAIs (medido através dos encaminhamentos feitos).

♦ A integração das especialidades médicas com os serviços de saúde oferecidos nas NAIs. Estes dois aspectos revelam o grau de descentralização no sistema que poderiam "devolver" os pacientes às unidades distribuídas nos bairros com as orientações pertinentes de acompanhamento, entrega de medicação, controles necessários (referência e contra-referência).

As propostas da equipe, portanto, seriam:

1. Treinamento das equipes para uma adequada condução de grupos ou programas que teriam os objetivos citados na definição de programas de saúde mencionados na conclusão deste Capítulo. Lembrando que este treinamento, além de preparar o funcionário público, valoriza a sua atuação, motivando-o e, conseqüentemente, fazendo com que sua atuação tenha mais qualidade.

2. Contratação dos profissionais necessários para completar as equipes, considerando sempre a contribuição da multidisciplinaridade (lembramos a urgência na contratação de nutricionistas para viabilizar alguns programas como: Diabetes, Doenças Coronarianas, Hipertensão, Crianças, Idosos, Mulheres em Menopausas, etc.).

3. Garantia absoluta de não interrupção de entrega de medicamentos aos pacientes portadores de doenças crônicas, o que implicaria em risco de abandono no tratamento. Esta garantia se estenderia a todos os pacientes inclusos em qualquer um dos programas de saúde oferecidos pela Secretaria de Saúde de Mococa. Para tanto, o sistema de informatização, já em implantação na rede pública local, seria de grande valia, pois viabiliza o cadastramento destas pessoas com respectivas prescrições médicas, formas de acompanhamento preconizado, evolução médica, de enfermagem, reavaliações já marcadas/agendadas, enfim, todo o suporte necessário para garan-

tir a continuidade do tratamento iniciado, mantendo o mesmo padrão de qualidade.

6.8.PPA (Posto de Pronto Atendimento) -

Localização: Esta unidade está localizada em posição central na cidade de Mococa. É um prédio novo, arejado e bem iluminado, onde funcionam um Pronto-Socorro de Pediatria, um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro Odontológico e os seguintes ambulatórios : Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Fisioterapia.

Caracterização do Usuário: Por ser o PPA um centro de referência para atendimentos específicos, na cidade, a população por ele atendida é proveniente não apenas da região central, mas também de todos os bairros periféricos e das zonas rurais.

Funcionamento/Atendimento: O horário de atendimento do PPA está adequado aos diversos programas e serviços ali desenvolvidos e prestados. Sendo o pronto-socorro, o único com atendimento 24h por dia, pois possui entrada independente.

O atendimento realizado no PPA não possui critérios únicos para os diferentes setores.

A recepção é o primeiro setor a que se dirige a população a ser atendida, sendo as Recepcionistas responsáveis pela "triagem" e encaminhamento dos pacientes para os demais setores.

Ao serem indagadas, as Recepcionistas não foram capazes de fornecer informações sobre os programas desenvolvidos no PPA.

Fazem a marcação de consultas no dia anterior da mesma, que estabelece um limite de 16 para pediatria e 12 para cada uma das demais especialidades. Caso não haja vagas, é a Recepcionista quem avalia a gravidade do paciente, encaminhando-o ou não, ao Pronto-Socorro. Isso resulta em situações de grande insatisfação e conflito. Sobretudo, porque as Recepcionistas não possuem capacitação técnica adequada para identificar a existência ou não de gravidade em cada caso atendido, triando-os para o Pronto-Socorro ou não.

Segundo informações, o agendamento de consultas para a população rural pode ser feito por contato telefônico e, para as consultas de Neuropediatria, é necessário que haja um encaminhamento do Pediatra.

O PPA possui também atendimento de Psicologia e Fonoaudiologia.

Quanto ao Pronto-Socorro, sua estrutura física, material e organizacional é condizente com a população a ser por ele atendida.

Gerenciamento: Cada setor (serviço) é coordenado por uma Enfermeira, que no mesmo estilo dos NAIs não tem poder de de-

cisão, uma vez que a administração da saúde é ainda centralizada na Direção Municipal.

Programas Oferecidos:

Saúde da Criança: Grupo de crianças portadoras de verminoses:

Refere-se as orientações preventivas e de tratamento, fornecidas às mães de crianças com diagnóstico confirmado de verminose (após a realização do exame protoparasitológico de fezes, com coleta de 3 amostras).

Distribuição do leite: É distribuído um litro/dia por criança. O critério de inclusão neste programa é definido pela Direção de Saúde do Município que determina o direito ao recebimento para as famílias com renda de até dois salários mínimos. Segundo informações de Funcionários da Unidade, a cidade "não tem desnutridos".

Imunização e Exames: No PPA são realizadas todas as vacinas e também o exame PKU (do "pezinho"), inclusive atendendo parte da população dos NAIS. Isto porque nem todas as vacinas, como por exemplo a BCG, e o exame PKU estão disponíveis nestas Unidades.

São feitas também visitas domiciliares pelo pessoal do Serviço Social e Enfermagem, onde são dadas orientações alimentares e higiênicas, além da verificação das cadernetas de vacina e a convocação dos faltosos .

Saúde da Mulher:

-Grupo de Planejamento Familiar: Reune-se uma vez por mês para consulta com o Ginecologista, dando orientações individuais a todas as mulheres.

-Grupo de Menopausa: As reuniões são quinzenais, com o intuito de prestar orientações dietéticas, esclarecendo sobre a necessidade da manutenção de um equilíbrio hormonal, para o bom funcionamento do organismo feminino. Além de enfatizar a importância da realização de exames como o Papanicolau e a Mamografia.

-Grupo de Gestantes: São prestadas orientações sobre a anatomia e a fisiologia do corpo feminino. Este serviço incluía ginástica para Gestantes, o que atualmente não ocorre mais em função de uma reestruturação sofrida pela sala onde são realizadas as reuniões.

Avaliação/Análise/Propostas: Um dos problemas verificados durante a nossa visita foi com relação ao uso que se faz das ambulâncias no PPA. Estas poderiam atender casos de emergência ocorridos no Município, transferindo-os ao Pronto-Socorro. No entanto, em decorrência das saídas delas em direção a outros municípios, transportando pacientes para a realização de exames e consultas, acaba por desfalcar os serviços. Assim, os pacientes que necessitam de socorro urgente, são obrigados a recorrer ao serviço do Corpo de Bombeiros.

Acreditamos que o município, poderia contar com um serviço de resgate domiciliar, garantindo assim o atendimento integral à saúde da população, inclusive nas situações de emergência.

Segundo a definição de Programa de Saúde já apresentada por nós, entendemos que os Programas desenvolvidos no PPA trabalham apenas com orientações referentes ao tratamento de diversas doenças. A ênfase maior deveria centrar-se no aspecto preventivo, ainda assim não com meras orientações e sim com um profundo trabalho político-educativo, só ele capaz de transformar mentalidades e ações.

6.9. Conclusão e Avaliação Geral (Serviços de Saúde)

Observou-se aspectos favoráveis na organização dos serviços de saúde de Mococa como:

- Distribuição geográfica estratégica e adequada dos serviços/unidades de saúde;
- Número satisfatório de unidades de atendimento;
- Construções amplas em bom estado de conservação e higiene;
- Profissionais de Enfermagem (Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares), de um modo geral, comprometidos, envolvidos e críticos em relação ao trabalho realizado.

Com relação ao quadro de funcionários verifica-se que teoricamente seria satisfatório, mas durante as atividades em campo constatou-se uma realidade carente de remanejamento, coordenação e supervisão no sentido de garantir produção efetiva e qualidade no atendimento.

Cabe também ressaltar que o esquema de gerenciamento centralizado e personalista adotado pela Secretaria Municipal de

O controle social, que se dá através da participação da comunidade, também pode ser conseguido através da integração efetiva com os recursos da comunidade (escolas, igrejas, clubes e outros), que assim contribuiria para que as políticas públicas fossem eficientemente implementadas. Tal medida conjugaria esforços para obtenção de objetivos comuns, permitindo assim, também, um conhecimento maior da realidade local. Ações isoladas e "descoladas" do contexto na qual estão inseridas tendem a não alcançar a meta proposta.

6.10. Santa Casa de Misericórdia de Mococa

Desde a sua inauguração, em 1911, a Santa Casa de Misericórdia de Mococa demonstra importante esforço comunitário. Este hospital continua sendo o único na cidade, atendendo a população com um bom nível de satisfação dos usuários.

Tal empreendimento foi possível graças à comunidade que, encabeçada por um grupo de benfeitores, sempre atendeu às solicitações que eram feitas no sentido de suprir necessidades

básicas do hospital, na luta contra as faltas de recursos, consolidando-o como entidade beneficente da população.

O prédio da Santa Casa se localiza em um privilegiado terreno, que toma um quarteirão situado no alto da Vila Mariana, bairro central da cidade. Possui amplos e arborizados jardins, por onde nota-se construções de várias unidades, que hoje abrigam: maternidade, núcleo de pediatria, pronto-socorro, e velório municipal. O prédio central sofreu, também, amplas reformas e ampliações (centro cirúrgico, novos apartamentos e o novo conjunto residencial das irmãs); todavia, estas reformas, feitas sem um cuidadoso planejamento arquitetônico, vêm infelizmente desfigurando a unidade do projeto original, elaborado em 1909 pelo arquiteto Gherardo Bozzani.

O Hospital, no início de suas atividades, encontrou grandes dificuldades em se estruturar em seus diversos setores de atendimento, as poucas, com perseverança e dedicação, os obstáculos foram sendo superados. Assim, em 27 de agosto de 1912, o Hospital melhorou os serviços de Enfermagem e de assistência aos doentes, com o dedicado trabalho das Irmãs Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, que até hoje supervisionam esses serviços.

Hoje, a Santa Casa possui 186 leitos distribuídos para Clínica Médica e Cirúrgica (80), Maternidade (33), Pediatria (63), Berçário de alto risco (6) e UTI adulto (4 leitos). O Pronto-Socorro funciona 24 horas e é na verdade "municipalizado", ou seja, a Prefeitura contrata e paga os Mé-

dicos plantonistas diretamente e repassa os atendimentos para a Santa Casa que é reembolsada pelo SUS. A Prefeitura entende tal acordo como uma forma de contribuição municipal.

O Hospital enfrenta problemas financeiros, aliás como a grande maioria das instituições filantrópicas que dependem do SUS, e vem buscando saídas, algumas vezes criativas, como a criação de um convênio próprio, que conseguiu cadastrar 800 planos, que revertem em caixa para diminuir um déficit mensal que se acumula. Tais opções mostram a aflitiva situação. Sem dúvida não é o ideal, mas é claro que refletem a política nacional de saúde que decide, por exemplo, reduzir as autorizações de internações (AIH) de 917 para 412. O nosso sistema de saúde permite que decisões como esta sejam tomadas em um gabinete e comunicadas ao prestador de serviços, exigindo assim verdadeiros malabarismos que não só colocam o SUS em risco como expõem a população, usuária dos serviços públicos garantidos pela Constituição, em evidente segurança e descrédito com relação a qualidade e até continuidade de atendimento recebido até hoje.

Vale lembrar que a Santa Casa é uma instituição filantrópica e que 80% do seu movimento de exames, internações e atendimentos no P.S. é direcionado à clientela SUS, que hoje representa uma parcela na receita do hospital que não cobre nem a folha de pagamentos. Torna-se clara a discrepância entre os valores cobertos pelo Sistema Único de Saúde e as de Medicina de Grupo privado existentes (tabelas anexas) na região.

Concluimos a análise com alguns cálculos simples, porém ilustrativos, da fragilidade a que instituições como a Santa Casa de Mococa estão expostas, graças a uma política de saúde que não considera um trabalho de auditoria e consultoria para embasar e dar respaldo técnico às diretrizes burocráticas impostas.

6.10.1. Análise Financeira da Santa Casa de Misericórdia de Mococa

A Santa Casa atende basicamente pacientes do município de Mococa, oferecendo serviços hospitalares nas áreas clínico-cirúrgicas e de maternidade. Conta também com uma UTI, com quatro leitos e um berçário de alto-risco.

Ultimamente este nosocômio vem apresentando crescentes dificuldades financeiras, com déficits orçamentários mensais. Frente a esta situação a direção optou por dois mecanismos de compensação dos crescentes déficits, a saber:

- 1) Negociou com a prefeitura local uma forma de ajuda ao Pronto-Socorro, que vem se realizando através do pagamento dos plantonistas e das medicações consumidas neste local pelo poder municipal;
- 2) Criou um Plano de Saúde próprio, introduzindo a modalidade de pré-pagamento como opção diferenciada para acesso a alojamentos particulares.

Estes mecanismos compensadores, segundo o administrador local da irmandade, passaram a se tornar fundamentais na medi-

da em que caíam as autorizações para internação hospitalar (AIH's) liberadas pelo núcleo regional de saúde.

Percebe-se, através da análise das taxas mensais de internação, uma crescente diminuição no número de altas hospitalares a cada mês, como evidenciado na tabela abaixo.

Tabela XII. Número de altas hospitalares a cada mês nas unidades de internação da Santa Casa de Mococa - dezembro de 1994 a outubro de 1995.

INTERNAÇÃO	MÊS										
	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
Hospital	716	709	692	464	408	453	464	494	452	465	439
Maternidade	155	167	116	147	133	165	139	129	111	130	125
Berçário Comum	109	108	115	113	107	134	103	105	84	102	97
Berçário Alto											
Risco	3	6	8	4	2	5	5	6	1	6	5
TOTAL	983	990	931	728	650	757	711	734	648	703	666

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Mococa

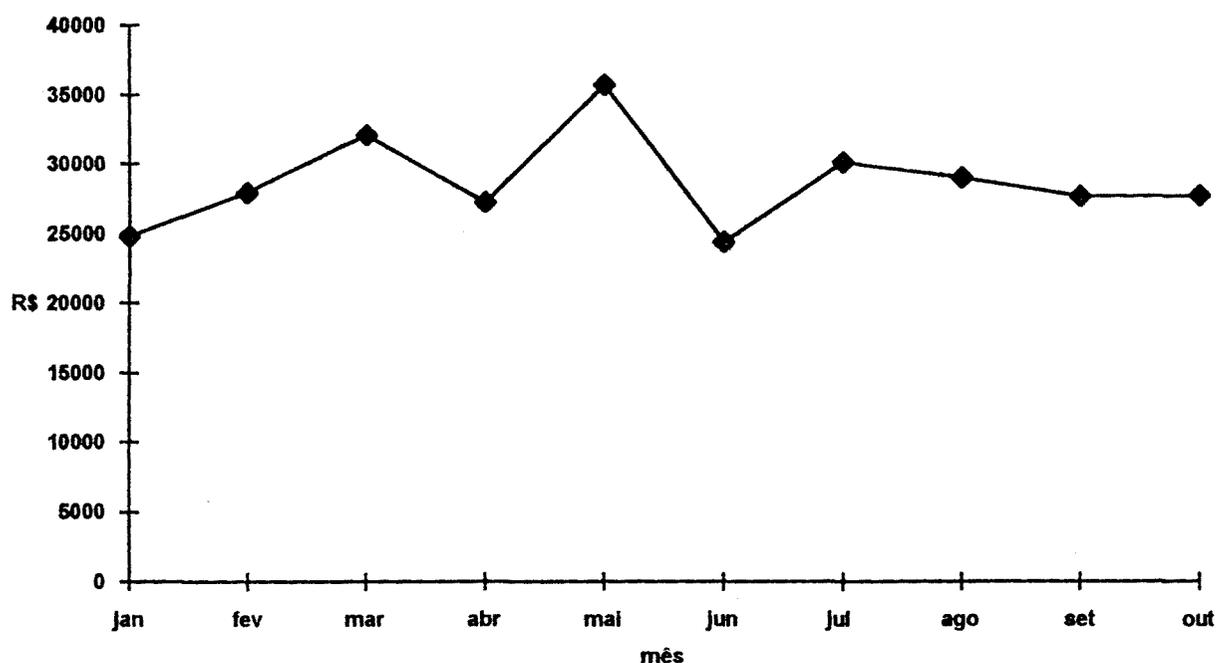
Somente pôde-se contar com os meses de setembro e outubro de 1995 como fonte de dados para os valores recebidos pelo sistema de pagamento de internações do SUS, através da emissão de AIH's. Assim, em setembro de 1995 foram pagos R\$ 58.467,39 e, em outubro, pagos R\$ 54.951,15. Devido à necessidade em se estimar os valores pagos pelas AIH's de meses anteriores, buscou-se a partir destes dois meses uma forma de estimativa de recebimento em outros meses. Dividiu-se, então, os valores pa-

gos nestes dois meses (set e out) pelo número de AIH's emitidas nestes meses, e foram estimados valores médios pagos por AIH. Utilizando-se deste valor médio pago por AIH, estimou-se então a fatura paga nos meses anteriores, desde janeiro até setembro de 1995. Este valor foi equivalente a R\$ 565.353,27.

Se somarmos este valor com as receitas mensais decorrentes do pagamento dos atendimentos ambulatoriais, através do sistema SIA/SUS, podemos obter uma estimativa da receita total paga pelo SUS à Santa Casa.

No gráfico abaixo são apresentadas as receitas mensais decorrentes do pagamento dos atendimentos ambulatoriais, através do sistema SIA/SUS.

Gráfico 1. Valores mensais recebidos pela Santa Casa de Mococa pelo sistema SIA/SUS



Fonte: SIA/SUS.

O total recebido até outubro, pela fatura do sistema SIA/SUS, foi equivalente a R\$ 286.726,74. Se considerarmos os valores pagos até setembro de 1995, e somarmos a este montante o valor pago pelas internações obtemos o equivalente a R\$ 824.358,60.

A receita total da Santa Casa, de janeiro a setembro de 1995, foi de R\$ 1.435.145,47, ou seja, foram arrecadados R\$ 610.786,87 através de pagamento por convênios (exclusivamente UNIMED) e pelo plano de saúde próprio.

Para fins comparativos com o setor privado, utilizou-se uma tabela de pagamento das internações de uma Medicina de Grupo que cobre somente a região Metropolitana de São Paulo, e devido a pedido desta não nos foi autorizada a divulgação do

nome desta empresa médica. Abaixo ilustram-se os valores pagos pelas diárias somente de pacientes em enfermaria, na UTI, e no berçário comum.

Diária da enfermaria ==> R\$ 45,23

Diária do berçário ==>> R\$ 45,23

Diária de UTI ==>>>> R\$ 220,75

Para fins de cobertura do ato médico utilizou-se a tabela da AMB, sendo o coeficiente de honorários igual a R\$ 0,20. O valor a ser pago por visita diária a cada doente é equivalente a 16 CH's; para parto normal é igual a 1000 CH's e, para parto cesareana igual a 800 CH's .

Calculou-se, em seguida, as médias de permanência dos pacientes que tiveram alta no mês de outubro de 1995, para cada uma das unidades de internação (Hospital, Maternidade, e berçário de alto-risco).

A tabela abaixo apresenta as médias de internação por unidade de internação.

Tabela XIII. Média de dias de permanência nas unidades de internação da Santa Casa de Mococa

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	MÉDIAS DE PERMANÊNCIA(em dias)
Hospital	4,1
Maternidade	2,5
Berçário Alto Risco	3,0

Fonte: Irmandade Santa Casa de Mococa.

Calculou-se também a proporção de partos cesareanas no total de partos, utilizando-se dos 125 partos no mês de outubro de 1995, tendo sido igual a 42%.

Com estes dados, então, pôde-se estimar o valor a ser recebido com a tabela acima, excetuando-se os valores a serem recebidos pelo material de consumo médico e das medicações consumidas.

A tabela abaixo apresenta os valores projetados pelas internações ocorridas de janeiro a setembro de 1995, utilizando-se dos dados estimados acima.

Tabela XIV. Valores estimados pelas internações de janeiro a setembro de 1995 nas unidades de internação da Santa Casa de Mococa - Tabela Medicina de Grupo

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	VALOR (R\$)
Hospital	1.155.048,84
Maternidade	415.953,78
Berçário Alto Risco	7.898,67
TOTAL	1.578.901,29

Fonte: Irmandade Santa Casa de Mococa.

Deve ficar claro que o valor total acima representa somente o pagamento das internações realizadas, excetuando-se todo o sistema de pagamento ambulatorial, e desconsiderando os recebimentos de material de consumo (medicações, material de enfermagem, cirúrgico, etc).

De janeiro a setembro de 1995 o total das despesas com todas as unidades da Santa Casa, incluindo aí o setor ambulatorial e as internações, atingiu o valor de R\$ 1.985.965,88. A receita total neste período foi igual a R\$ 1.996,499,48, sendo que deste total o equivalente a R\$ 441.010,47 (~ 22%) foi suprido pelo poder municipal através do acordo apontado acima. A proporção de participação das verbas do sistema único de saúde no total de despesas da Santa Casa foi estimada em aproximadamente 41,5%.

6.11. Instituto Regional de Psiquiatria Dinâmica

O Instituto localiza-se em um prédio grande, na região central da cidade, onde antigamente funcionava um Convento. Além dessa instalação, existem outras duas unidades separadas, correspondentes à UDEP (Unidade de Desinstitucionalização Progressiva), e o Hospital-Dia, ambos pertencentes ao Instituto.

O Instituto possui 500 leitos, todos pertencentes ao SUS, onde 20 deles são destinados ao Hospital-Dia.

Os leitos são distribuídos em unidades da seguinte forma:

- ◆ 100 para pacientes regredidos masculinos;
- ◆ 70 - para pacientes transferidos da cidade de Americana (devido ao fechamento de Unidade localizada na mesma);
- ◆ 40 - para pacientes alcóolicos e crônicos;
- ◆ 16 - para pacientes agudos;
- ◆ 40 - para pacientes sub-agudos;
- ◆ 10 - para pacientes na enfermaria clínica;
- ◆ 63 - para pacientes regredidos feminino;

- ♦ 35 - para pacientes agudos feminino;
- ♦ 50 - para pacientes crônicos feminino e
- ♦ 56 - dos quais não obtivemos informação. Acreditamos estarem na ala para pacientes neurológicos, onde não nos foi permitida a entrada.

No interior do Instituto, funciona uma oficina terceirizada da Caloi, onde os pacientes trabalham por meio período em empacotamento e separação de peças, recebendo um salário simbólico de R\$ 15,00 mensais.

Na obra de Terapia Ocupacional, desenvolvem-se as seguintes atividades: tecelagem, pintura, escultura, Teatro, ginástica, dança, natação, e jogos diversos. Há ainda um espaço utilizado para recreação e promoção de bailes, que são realizados em determinadas datas festivas. Além disso, o espaço também é utilizado para que os internos exponham obras de sua autoria.

Dentro do Instituto ainda, funciona o Lar Abrigado, onde alguns pacientes são autorizados a se ausentarem, devendo retornar à noite, aprendendo desta forma a conviver na UDEP. Uma vez por mês, os pacientes que iniciam o processo de transferência ao Lar Abrigado, vão à uma pizzaria da cidade, com a finalidade de se prepararem para a socialização.

O Instituto é considerado referência para as seguintes cidades: Caconde, Tapiratiba, Guaxupé (MG), Americana, Guarânia e São José do Rio Pardo, entre outras, que não possuem este tipo de serviço.

Ficou evidente para o grupo que acompanhou a visita, que o relacionamento entre o Instituto e os postos de saúde, é conflituoso, prejudicando assim, o sistema de referência e contra-referência.

O Hospital-Dia (HD), tem por objetivo a integração do indivíduo na sociedade e com a família; para tanto desenvolvem atividades domésticas, submetidos a um tratamento que envolve psicoterapia e medicamentos. Não se pode conhecer esta parte do estabelecimento, visto ser notório a preocupação da Diretoria Técnica do instituto em não permitir o diálogo entre os pacientes e nossa equipe.

No momento da visita ao local, alguns pacientes desenvolviam atividades de limpeza da casa, outros, trabalhos manuais e outros ainda, assistiam à televisão. No local convivem pacientes homens e mulheres. É uma casa com sala de estar, consultório, banheiro, sala de costura, cozinha e quarto para a auxiliar de enfermagem. Numa edícula, tem-se mais duas salas onde os pacientes realizam os trabalhos manuais. Os pacientes retornam à noite para suas casas, ou ainda ao próprio hospital.

A UDEP funciona como uma residência normal do paciente, permitindo a sua reintegração na sociedade, pois convivem e participam da comunidade como moradores habituais. Podem sair, porém têm horários preestabelecidos para retornarem à noite. Desenvolvem atividades domésticas, manuais, recebendo atendimento psicoterápico e às vezes medicamentoso. Quando não são

rejeitados pela família, recebem alta e retornam às suas casas.

Atualmente, adota-se no Instituto o sistema de medicamentos em envelopes plásticos, que contém a identificação do paciente e a dosagem diária. Busca-se com isso, evitar roubos, extravios e manuseio inadequado da medicação. Esta experiência vêm sendo implantado e pode ser considerada como modelo para outras instituições psiquiátricas do País.

Um fato que causou grande surpresa e preocupação, foi com relação ao montante recebido pela entidade, através da fatura de recebimento das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), no valor de R\$ 282.474,92, autorizada e liberada pela Secretaria de Estado da Saúde. Se compararmos esse montante, com àquele recebido pela Santa Casa "Dona Maria Figueiredo" (público), verificou-se, neste último, valores bem reduzidos, já que nesta, o número de AIHs foi reduzido em cerca de 50 %, também por deliberação da citada Secretaria.

De novo com relação ao instituto, obteve-se a informação de que, nos últimos três anos, 15 pacientes crônicos tiveram alta hospitalar.

Não foi possível o acesso ao número de profissionais existentes no quadro de pessoal do instituto, dificultando uma análise quanto à lotação de recursos humanos.

7.SAÚDE BUCAL

7.1.Introdução:

Dentro da área de Saúde Bucal, este trabalho, a partir de dados apresentados, relatos, entrevistas com a população e informações coletadas, se propôs a fazer uma análise global positiva e negativa da Saúde Bucal no Município de Mococa.

De posse desta análise foi possível fazer sugestões viáveis, visando uma colaboração para a melhoria da qualidade do serviço prestado e auxiliar a gerência local na resolução dos problemas.

7.2.Diagnóstico para Saúde Bucal:

O Município de Mococa possui um programa de saúde bucal, mas a sua prática é marcadamente individualizada e curativa, refletindo a necessidade de reorganização do Sistema Local de Saúde Bucal.

Para que ocorra essa reorganização faz-se necessário que o coordenador de ações em saúde bucal junto as representações da sociedade civil e o Conselho Municipal de Saúde (embora esteja criado na cidade não exerça as suas reais atribuições), definam uma política de saúde bucal local, com identidade própria, para o Município.

O Município de Mococa, tem uma população de 62.404 habitantes onde 13.524 habitantes pertencem a faixa etária de 5 a

sistência odontológica, visando alcançar as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000.

Cabe ressaltar que o município possui 100% da população abastecida por água tratada e fluoretada onde a concentração de flúor varia entre 0,7 à 0,9 ppm, o que constitui fator relevante para a prevenção.

De posse dos índices da concentração de fluor na água fornecidos pela Sabesp, faz-se necessário um conhecimento das concentrações ideais de fluor na água, já que o padrão estabelecido pela cidade para concentração de fluor ultrapassa os limites aceitáveis, podendo acarretar a médio e longo prazo problemas de saúde, como por exemplo fluorose.

Apresenta-se a seguir um quadro com a análise da concentração que deverá ser seguida para contribuir na prevenção da doença cárie.

QUADRO 1 - Faixas para classificação das amostras segundo o teor de fluor (**)

TEOR DE FLUOR	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	supra-ótima
0,80	máxima aceitável
0,81 a 1,19	inadequada
1,20 ppm	limite
1,21 ppm	inaceitável

(**) - Adaptado e desenvolvido a partir de MINUGUCHI (1972) in : Organização Mundial de Saúde . Fluoruros y salud. Geneva, 1972, p.305-16.

7.3. Recursos Humanos:

O quadro de pessoal da área de saúde bucal é composto por cirurgiões dentistas e atendentes.

Os cirurgiões dentistas são em números de vinte e seis (26):

- 20 dentistas são concursados e contratados pela Prefeitura (CLT);

- Um dentista é concursado e contratado pelo Estado (estatuário);

- Dois dentistas são conveniados (ação conjunta Sindicato e Prefeitura);

- Três dentistas são contratados por tempo indeterminado.

Dos 26 dentistas:

- Onze são contratados por quatro horas;

- Dez são contratados por seis horas;

- Cinco são contratados por oito horas.

O serviço conta com um quadro de dezesseis (16) atendentes, mas apenas uma (1) possui o curso de Atendente de Consultório Dentário (ACD), as demais são treinadas pelos próprios dentistas.

Das 16 atendentes:

- 12 são contratadas por tempo indeterminado;
- 4 são concursadas e contratadas pela Prefeitura.

Na coordenação de saúde bucal, está um cirurgião-dentista, que além da coordenadoria trabalha em consultório particular e na rede.

De posse dos dados e através da sua análise, permitimo-nos fazer sugestões de grande importância:

* Treinamento dos profissionais da área, no sentido de atualizá-los e aproximá-los das práticas de saúde no campo da saúde coletiva, assim como prepará-los para o trabalho em equipe;

* Formação de pessoal auxiliar (atendente de consultório dentário - ACD, técnico em higiene dental - THD), observando-se os requisitos estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação (Parecer 460/75), pois através do treinamento é possível delegar atribuições que irão favorecer o aumento de rendimento e da qualidade de serviços prestados;

* Reavaliar a questão da remuneração dos profissionais e pessoal auxiliar implantando a médio prazo um plano de cargos, carreiras e salários;

* Supervisão por parte da coordenação para acompanhamento e adequação dos profissionais aos programas, e avaliação da necessidade de reciclagem e/ou novos treinamentos;

* Conscientização dos profissionais da importância do cumprimento do horário e aumento de produção.

7.4. Capacidade Instalada:

A capacidade instalada inclui rede física, equipamentos e tipo de ambiente de trabalho.

São 16 consultórios odontológicos:

- 8 consultórios estão instalados em escolas (7 em funcionamento e 1 sem uso)

- 4 consultórios no P.P.A. (Posto de Pronto Atendimento)

- 4 consultórios distribuídos, 1 (um) em cada NAI (Núcleo de Assistência Integrada)

Os consultórios são tradicionais, contendo 1 cadeira odontológica, 1 mocho e 1 estufa, que apesar de antigos, parecem funcionar adequadamente.

No P.P.A. existe ainda um aparelho de Rx (sem alvará) e um aparelho de profilaxia desativado.

Não existe padronização de instrumentais, equipamentos e esterilização.

1- Sugestões:

1.1- Padronização da esterilização evitando perda de corte e de qualidade do material.

- Padronização dos instrumentais e equipamentos, para facilitar compras, e controle de custos.

- Ativação do consultório odontológico que não está sendo usado.

- Agilidade na parte de assistência técnica, impedindo ociosidade do equipamento.

7.5.Administração: (Aquisição, Estocagem e Distribuição de Materiais)

7.5.1.Aquisição:

A aquisição de materiais permanentes e de consumo odontológico é feita pelo setor de compras da prefeitura e o pagamento efetuado pelo setor de finanças, isto porque a gestão financeira é centralizada na Secretaria de Finanças do município, o que limita a coordenadoria de Saúde Bucal na elaboração de sua programação orçamentária, e no acompanhamento de compras.

O coordenador de saúde bucal, passa o pedido dos materiais para a Diretoria de Saúde assinar, em seguida é enviado para o setor de Compras que por sua vez envia para o setor de Finanças, que efetua a compra.

7.5.2.Estocagem:

Todo material da secretaria de higiene e saúde é estocado no almoxarifado central ("farmácia") que funciona no Centro de

Saúde José Paione, em uma sala pequena, com a iluminação e ventilação em condições inadequadas, sem fichas de prateleiras, sendo todo controle manual.

Neste mesmo local funciona a farmácia onde pacientes vão aviar suas receitas.

O material odontológico é mandado para o almoxarifado do P.P.A. onde é estocado numa sala arejada e bem iluminada, mas também sem ficha de prateleira e com controle manual de entrada e saída dos mesmos.

7.5.3.Distribuição:

A distribuição do material odontológico a partir do almoxarifado é realizada mediante apresentação de um pedido, feito pelo cirurgião-dentista ou auxiliar.

Cabe observar que para a entrega do material não existe uma grade padronizada para cada NAI, que leve em conta o registro do consumo médio mensal.

Levando-se em consideração todos os problemas observados no serviço público quanto a questão da gerência do setor de compras e almoxarifado, onde vários fatores de difícil controle estão envolvidos, apresentamos nossas sugestões:

- Informatização do setor de compras e almoxarifado;
- Necessidade de uma instalação adequada para o almoxarifado central;

- Adequação de uma grade de distribuição de material odontológico que leve em conta o consumo médio mensal de cada clínica;
- Centralização, em almoxarifado único nos NAI's, de todo material odontológico;
- Treinamento de almoxarifes.

7.5.4.Sistema de Informação

O Sistema de Informação do município não está organizado.

Não existe mapa mensal, ficha clínica padronizada que contemple todas as informações necessárias para avaliação, que é baseada nos procedimentos e fatura do SIA-SUS, dificultando o retorno das informações a nível local

Com relação ao levantamento epidemiológico, realizado no ano de 1994, o registro é informal e só tivemos acesso as informações de duas escolas.

7.5.5.Sugestões:

Necessidade de organização do Sistema de Informação visando um retorno dos dados levantados e das atividades realizadas, para se viabilizar uma avaliação.

Informatização de toda a rede com sistema de referência e contra-referência das unidades odontológicas.

7.6. Programa Odontológico:

A população assistida pelo programa encontra-se preferencialmente dos seis aos quatorze anos de idade, tanto nas escolas públicas como nos NAI's, também é realizado atendimento à gestante, paciente com AIDS, funcionários municipais, adolescentes, trabalhadores rurais (Sindicato). Com relação a população adulta o atendimento se restringe às emergências, que são atendidas em todos os NAI's.

Nos NAI's são agendados quatro a cinco pacientes na faixa etária de seis a quatorze anos onde são realizadas atividades preventivas e curativas individualmente, com ênfase para o tratamento das necessidades acumuladas, tratamento este feito por quadrantes.

Um problema sério enfrentado nos NAI's é a fila de espera para crianças de seis a quatorze anos que varia de seis a dez meses, refletindo um processo de demanda altamente reprimida no município.

O indicador em uso na cidade é o de atividade/cirurgião-dentista/hora, onde o preconizado é que o dentista contratado por quatro horas deve realizar no mínimo dez atividades, o contratado por seis horas deve realizar quinze atividades e o contratado por oito horas deve realizar vinte atividades.

Não existem outros indicadores de produção ou produtividade, além do indicador de atividade/hora/cirurgião-dentista.

O atendimento nas escolas é do tipo incremental "por classe" onde o dentista atende quatro a cinco crianças por período.

Em relação aos bochechos fluoretados, são realizados em cinco escolas, perfazendo um total de 4.000 bochechos/mês, exatamente o número repassado pelo SUS.

As escolas onde são realizados os bochechos, são:

- Escola Maestro - 1515 bochechos;
- Escola Carlos Lima Dias - 726 bochechos
- Escola Godoy - 581 bochechos
- Escola Oscar Villares - 442 bochechos
- Escola Zenaide - 741 bochechos

Segundo relatos, no ano de 1994 foi realizado um levantamento epidemiológico de cárie dental, nas escolas em que estão sendo feitos os bochechos, visando a implantação dos procedimentos coletivos.

Para o levantamento, os Dentistas envolvidos seguiram uma apostila de orientação do ERSA, sem definir critérios explícitos para a calibração.

O índice de CPOD (Cariados-perdidos-obturados) médio nas escolas não foi superior a 3,0, embora não tenhamos conseguido dados fiéis que comprovassem esse CPOD médio para a idade de

sete a dez anos, tão pouco o método da amostragem utilizado, e o período de duração do levantamento.

7.7. Comentários sobre o Programa Odontológico:

O programa odontológico do município de Mococa é basicamente curativo e individual, sendo ideal o trabalho coletivo, com incorporação de pessoal de nível médio (THD) e elementar (ACD); segundo o que preconiza o CONAS (Coordenadoria Nacional de Saúde e Prevenção), visando o aumento de cobertura, rendimento e qualidade do serviço, pois cada elemento da equipe terá suas atribuições e funções, sendo que com o trabalho em equipe pode ser adotado a técnica do "trabalho a quatro mãos".

Outro fator importante a ser realizado é o desenvolvimento de ações coletivas, preconizadas pela Secretaria Estadual de Saúde para um controle epidemiológico da doença cárie.

A padronização técnica e administrativa dos procedimentos (Exemplo: padronização de instrumentais, equipamentos, rede física, técnicas de biossegurança e até procedimentos clínicos), o que, a curto e médio prazos, permitirão, uma maior facilidade na compra de material e maior agilidade no trabalho dentro das clínicas, supondo um aumento de produtividade.

Dentro das ações programáticas em Saúde Bucal, é necessário por parte da Coordenadoria, que se faça o planejamento, execução e avaliação das mesmas, reconhecendo sua importância para o êxito do Programa.

Para avaliação e controle do Programa, faz-se necessária a utilização de indicadores de produção e produtividade, como: índice de atrição, índice de absenteísmo, cobertura geral, rendimento do instrumento, etc.

Em relação à análise de custos, não foi efetuada pois não tivemos acesso às informações necessárias.

7.8. Propostas Gerais Para a Saúde Bucal

- ⇒ Treinamento dos Profissionais da área, no sentido de atualizá-los e aproximá-los das práticas de Saúde, no campo da Saúde Coletiva, assim como prepará-los para o trabalho em equipe;
- ⇒ Formação de pessoal auxiliar (Atendente de Consultório Dentário-ACD, Técnico em Higiene Dental-THD), observando-se os requisitos estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação (Parecer 460/75), pois através do treinamento é possível delegar atribuições que irão favorecer o aumento de rendimento e da qualidade de serviços prestados;
- ⇒ Reavaliar a questão da remuneração dos Profissionais e Pessoal Auxiliar implantando, a médio prazo, um Plano de Cargos, Carreiras e Salários;
- ⇒ Supervisão, por parte da Coordenação, para acompanhamento e adequação dos Profissionais aos programas, ava-

liação da necessidade de reciclagem e/ou novos treinamentos;

⇒ Conscientização dos Profissionais da importância do cumprimento do horário no aumento de produção;

⇒ Padronização da esterilização, evitando perda de corte e de qualidade do material;

⇒ Padronização dos instrumentais e equipamentos, para facilitar compras, e controle de custos;

⇒ Ativação do consultório odontológico que não está sendo utilizado;

⇒ Agilidade na parte de assistência técnica, impedindo ociosidade do equipamento;

⇒ Informatização de todo o setor de Compras e Almojarifado;

⇒ Necessidade de uma instalação adequada para o Almojarifado;

⇒ Adequação de uma grade de distribuição de material odontológico, que leve em conta o consumo médio mensal de cada clínica;

⇒ Centralização, em Almojarifado único nos NAI's, de todo o material odontológico;

- ⇒ Treinamento de Almojarifes;
- ⇒ Necessidade de organização do sistema de informação visando um retorno das informações colhidas das atividades realizadas, para se viabilizar uma boa avaliação;
- ⇒ Informatização de toda a rede com sistema de referência e contra-referência das Unidades Odontológicas, incluindo as escolas e os NAI's.
- ⇒ Reavaliação do Modelo de Atenção à Saúde Bucal, passando do trabalho individual para o trabalho coletivo a médio prazo, com incorporação de pessoal de nível médio (THD) e elementar (ACD) formando uma equipe, visando aumento: cobertura, rendimento e qualidade do serviço, pois cada elemento da equipe terá suas atribuições definidas, podendo assim ocorrer delegação de funções. Com o trabalho em equipe pode ser adotado técnica de trabalho a quatro mãos;
- ⇒ Padronização técnica e administrativa dos procedimentos (Exemplo: padronização de instrumentais, equipamentos, redefísica, técnicas de biossegurança e até procedimentos clínicos);
- ⇒ Desenvolvimento de ações coletivas preconizadas pela Secretária Estadual de Saúde, que visam um controle epidemiológico da doença cárie;

- ⇒ Planejar, executar, avaliar e controlar ações programáticas em Saúde Bucal;
- ⇒ Implantação de uma vigilância da Fluoratação da água de abastecimento por parte do Município;
- ⇒ Uma vez que dentro do programa de saúde bucal existem os programas de natureza coletiva, os mesmos devem ser executados e avaliados e controlados;
- ⇒ Utilizar para avaliação e controle do programa indicadores de produção e produtividade, como: índice de atrição, índice de absenteísmo, cobertura geral, rendimento do instrumento, etc...

8. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

8.1. Indicadores de saúde:

Em Mococa, no período de 1984 a 1994, a mortalidade geral manteve coeficiente próximo a 6,0 por 10.000 habitantes. O índice de Swaroop-Uemura aumentou em 1989, e desde então tem se mantido em torno de 70%, com uma queda em 1993 (60,4%), mas mantendo o número absoluto de óbitos próximo ao de 1994. Em 1993, houve muitos óbitos, mas nas outras faixas etárias (Tabela XV ; gráfico 2).

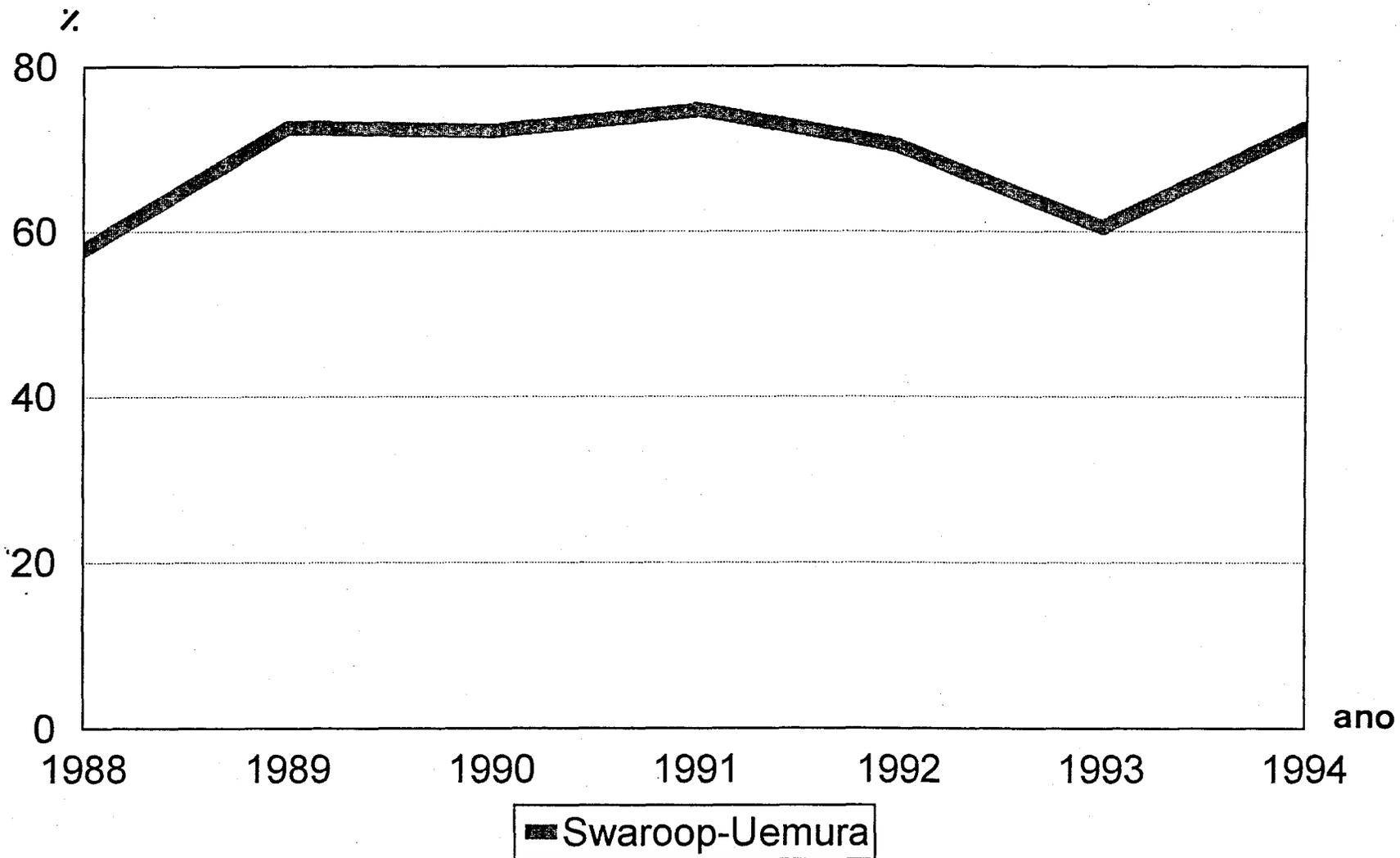
Tabela XV - Distribuição dos óbitos totais, óbitos acima de 50 anos e índice de Swaroop-Uemura, em Mococa, nos anos de 1988 a 1994.

ANO	ÓBITOS	ÓBITOS ACIMA DE 50 ANOS	ÍNDICE DE SWAROOP-UEMURA
1988	400	231	57,75
1989	328	238	72,56
1990	366	264	72,13
1991	348	260	74,71
1992	340	239	70,29
1993	409	284	69,44
1994	390	283	72,56

Fonte: CIS-SEADE.

A taxa de natalidade vem apresentando uma queda gradual, fato que mundialmente é observado.

Gráfico 2 - Índice de Swaroop-Uemura, em Mococa, de 1988 a 1994.



Fonte: Cartório de Registro Civil de Mococa e FSEADE

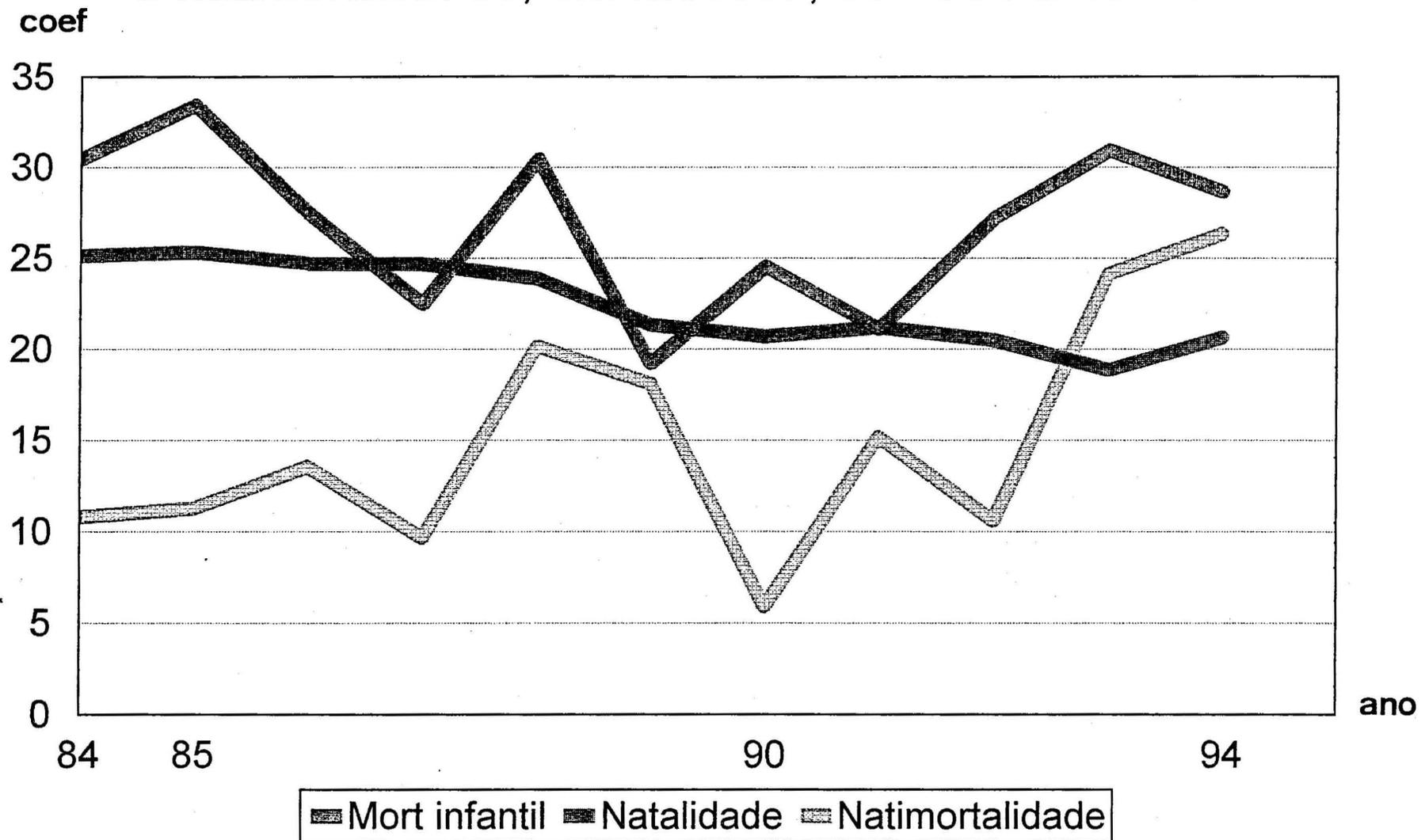
Suscita interessante questão a manutenção de taxas de mortalidade infantil em torno de 30 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a natimortalidade vem crescendo desde o ano de 1990, passando de 7 natimortos em 1.000 nascimentos, em 1990, para 34/1.000 em 1994. Pode-se sugerir que a mortalidade infantil mantém se estável à medida que não são corretamente classificados os óbitos pós-parto enquanto tais. Sugere-se que tais óbitos possam ser "mal-classificados" como natimortos, artificialmente compondo a taxa de natimortalidade e, não, a mortalidade infantil (Tabela XVI e XVII; gráfico 3).

Tabela XVI - Distribuição da mortalidade infantil e geral (nº e coef), em Mococa - 1984 a 1994.

ANO	MORTALIDADE INFANTIL		Nº	MORTALIDADE GERAL		Nº
		COEF			COEF	
1984	39	30,42	352	6,89		
1985	44	33,40	361	6,93		
1986	36	27,48	334	6,29		
1987	30	22,48	314	5,80		
1988	40	30,44	392	7,11		
1989	23	19,21	352	6,27		
1990	29	24,53	406	7,10		
1991	26	21,08	387	6,65		
1992	33	27,18	340	5,74		
1993	35	30,91	409	6,80		
1994	36	28,63	390	6,40		

Fonte: CIS-SEADE.

Gráfico 3 - Coeficiente de mortalidade infantil, taxa de natalidade e natimortalidade, em Mococa, de 1984 a 1994.



Fonte: CIS-SEADE e Cartório de Registro Civil de Mococa.

Apesar da curva de mortalidade proporcional de Mococa ter um padrão semelhante à letra "J", correspondendo a localidades com melhores indicadores de saúde, a percentagem de mortalidade em menores de um ano é de 9,23%, podendo ser considerada alta, visto que a região do ERSA 55 apresenta uma mortalidade, na mesma faixa etária, de 7,32%. Esta percentual alto de Mococa faz elevar também o percentual da região (Gráfico 4).

Tabela XVII - Distribuição dos nascidos vivos e nascidos mortos (n° e taxas de natalidade e natimortalidade), em Mococa - 1988 a 1994.

ANO	NASCIDOS VIVOS		NASCIDOS MORTOS	
	N°	COEF	N°	COEF
1984	1282	25,10	14	10,80
1985	1317	25,29	15	11,26
1986	1310	24,68	18	13,55
1987	1334	24,66	13	9,65
1988	1314	23,84	27	20,13
1989	1197	21,31	22	18,05
1990	1182	20,67	7	5,89
1991	1233	21,17	19	15,18
1992	1214	20,48	13	10,59
1993	1132	18,83	28	24,14
1994	1257	20,64	34	26,34

Fonte: CIS-SEADE.

Estes indicadores de saúde, relacionados à alta mortalidade em menores de um ano de idade e ao aumento da taxa de natimortalidade, sugerem estar havendo um aumento na perimortalidade,

dade. Esta hipótese nos leva a concluir que a qualidade da assistência pré e peri-natal pode estar comprometida.

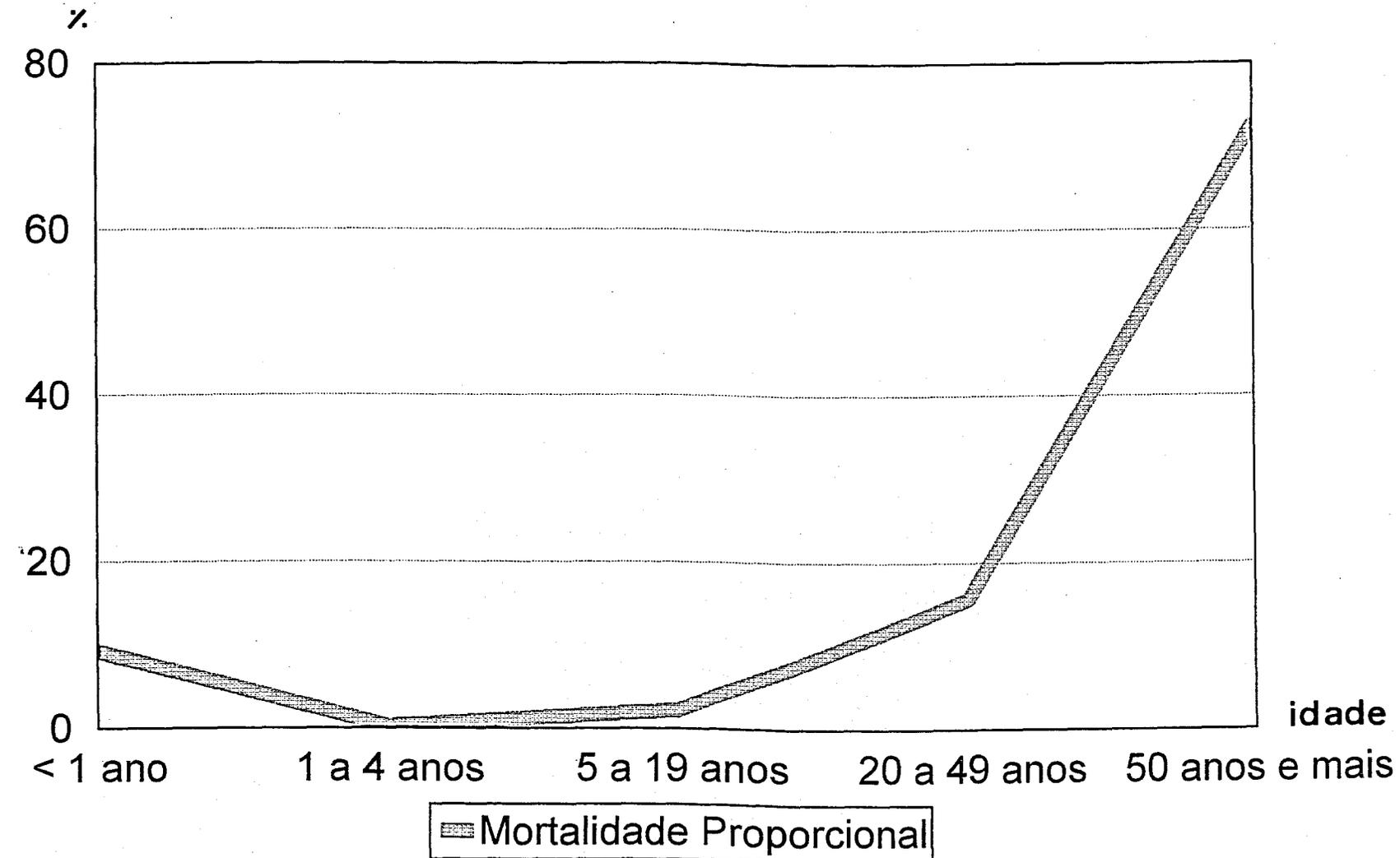
8.2. Vigilância epidemiológica em AIDS

O coeficiente de incidência de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) encontra-se em torno de 1,51 casos por 10.000 habitantes para o ano de 1993 e, de 1,64 por 10.000 habitantes, em 1994. No período de 1990 a 1992, houve um aumento significativo do número de casos, o que pode ser explicado pela distribuição de AZT para os pacientes notificados, que começou a ocorrer no final do ano de 1989.

Em Mococa, no período de 1986 a 1994, dos casos notificados de AIDS, 46% referiram o uso de drogas endovenosas, 32% referiram atividade heterossexual, 10% atividade homossexual, 8% atividade bissexual, e 4% apresentavam referência de transmissão vertical. Este padrão segue uma tendência mundial, visto que considera os casos acumulados, havendo ainda um predomínio do uso de drogas, mas já ocorrendo uma inversão no padrão relacionado à sexualidade, com maior participação da transmissão heterossexual nos dias de hoje. Há ainda um crescente número de casos por transmissão vertical (Gráfico 5).

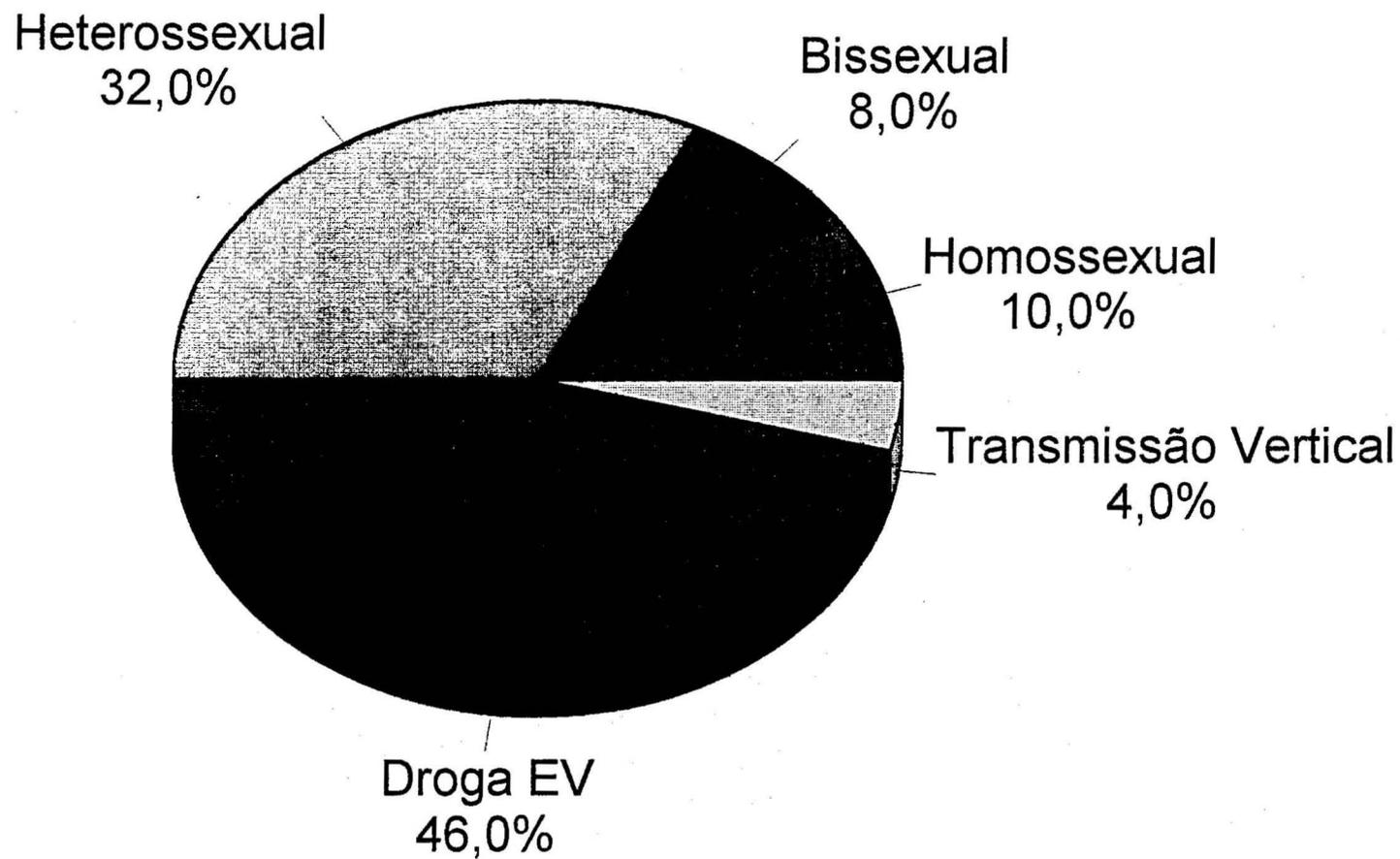
Neste mesmo período, foram notificados 50 casos (60,2%) no município de Mococa, de um total de 83 casos de todo o ERSA 55, que inclui os municípios de Caconde, Casa Branca, Itobi, Santa Cruz das Palmeiras, São José do Rio Pardo, Tambaú e Tapiratiba. Esta prevalência pode ser considerada alta para a região.

Gráfico 4 - Mortalidade proporcional, em Mococa, no ano de 1994.



Fonte: Cartório de Registro Civil de Mococa e FSEADE.

Gráfico 5 - Distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, em Mococa, de 1986 a 1994.



Fonte: S.V.E. - 3 ERSA 55

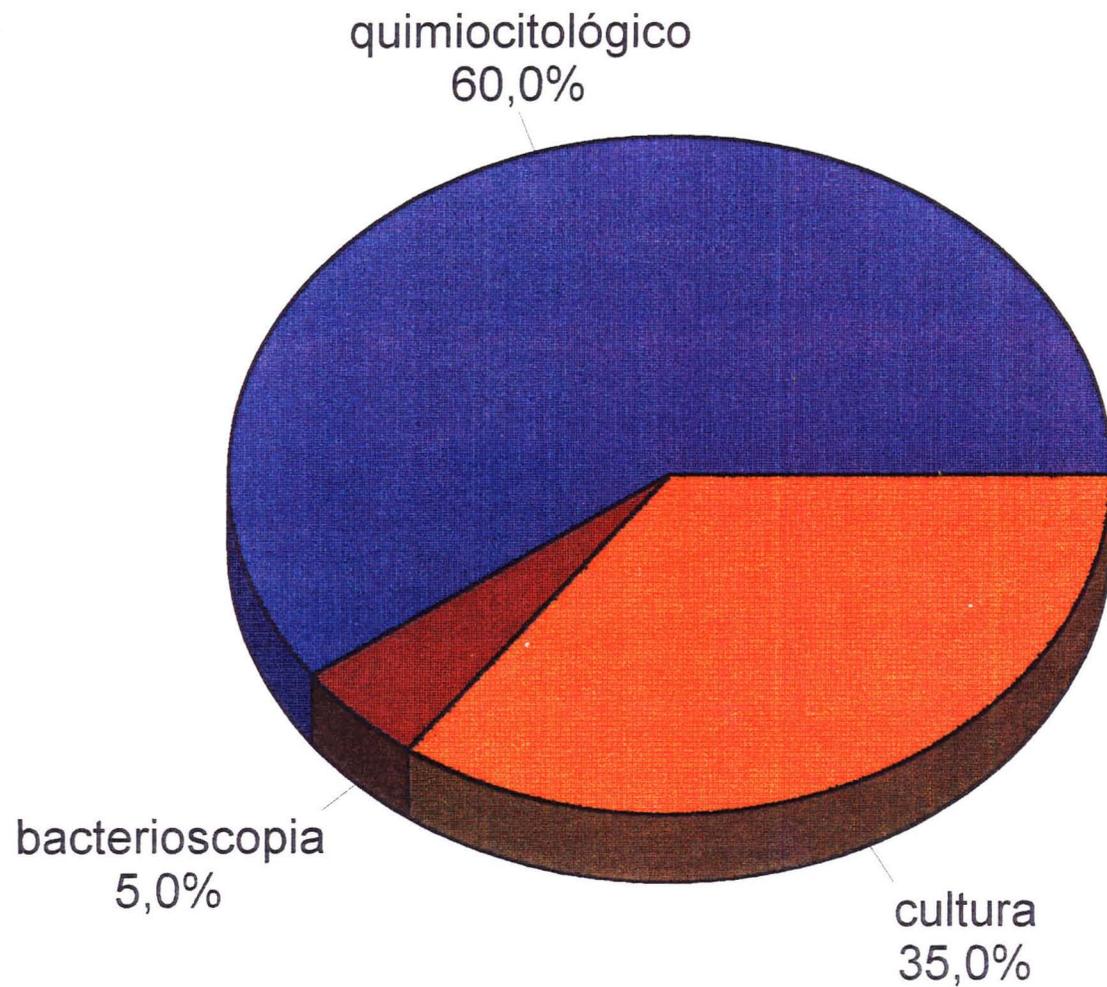
8.3. Meningites

As meningites diagnosticadas no município de Mococa não são completamente diferenciadas quanto à etiologia, havendo assim dificuldade em se diferenciar a doença meningocócica do restante das meningites. Em cerca de 35% dos casos foi realizada a cultura, mas não sabemos o percentual de resultados positivos. Na realidade, o diagnóstico se baseia na análise quimio-citológica do líquido (Gráfico 6).

As taxas de meningites, não diferenciadas quanto à etiologia, oscilam em torno de 3 casos por 10.000 habitantes. Houve um aumento final da década de 80, com taxa em torno de 6 casos por 10.000 habitantes nos anos de 1988 e 1989, passando a 9 casos por 10.000 habitantes em 1990, e queda em 1991, com 5,5 casos por 10.000 habitantes. Em virtude do diagnóstico basear-se na análise quimio-citológica do líquido, não podemos afirmar que no ano de 1990 houve um surto de meningite meningocócica, ou de outra etiologia (Gráficos 7, 8 e 9).

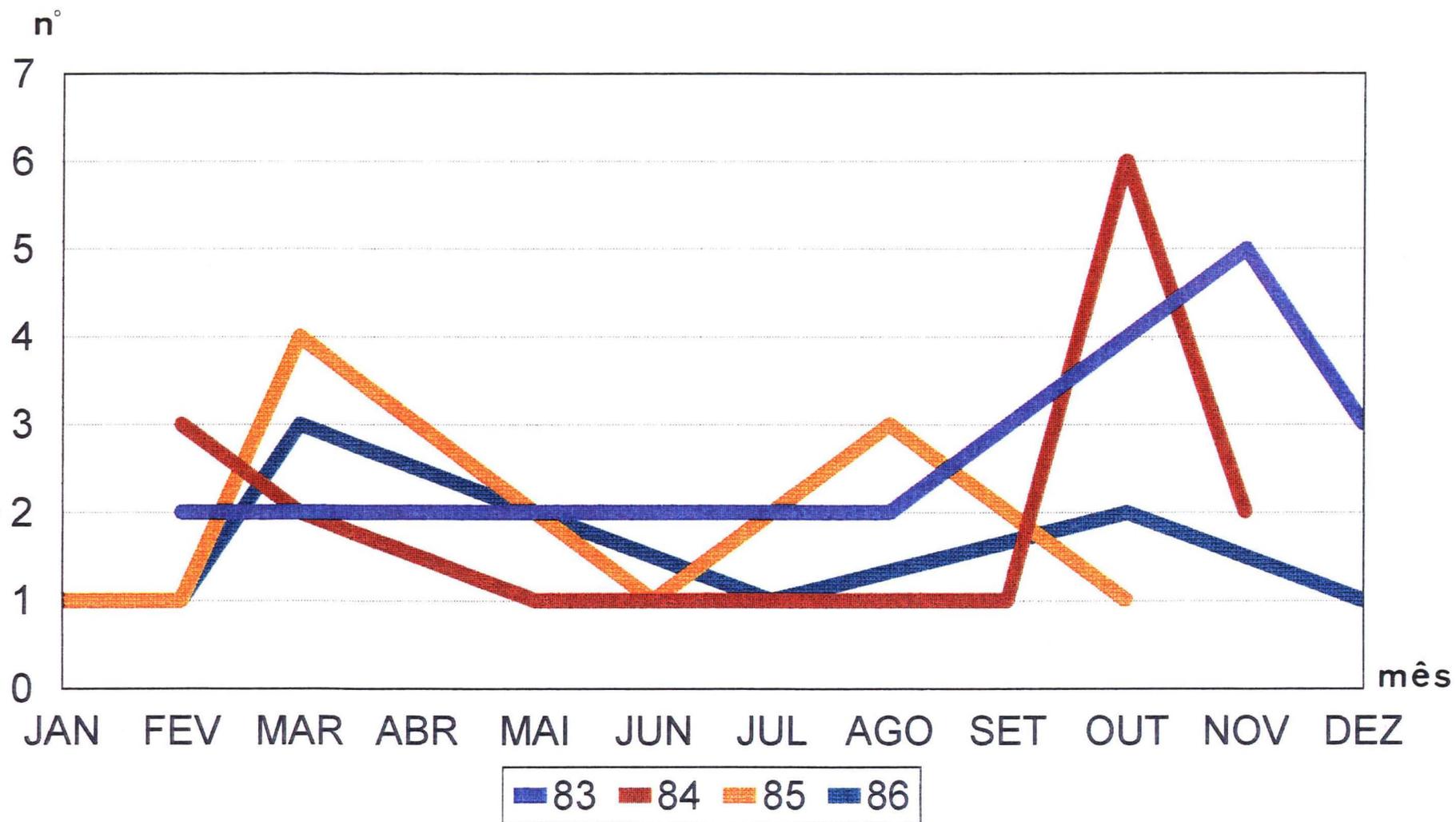
Em 1994, ocorreram 20 casos, 3 (15%) foram em menores de 1 ano, 3 (15%) em crianças de 1 a 4 anos, 2 (10%) em crianças de 5 a 10 anos, apenas um caso (5%) em criança de 10 a 14 anos, e 11 casos (55%) em indivíduos de 15 anos ou mais (Gráfico 10). Observando-se a faixa etária mais acometida, pode-se sugerir que a etiologia mais provável seja Pneumococo ou Meningococo.

Gráfico 6 - Distribuição de meningites segundo critério diagnóstico, em Mococa, em 1994.



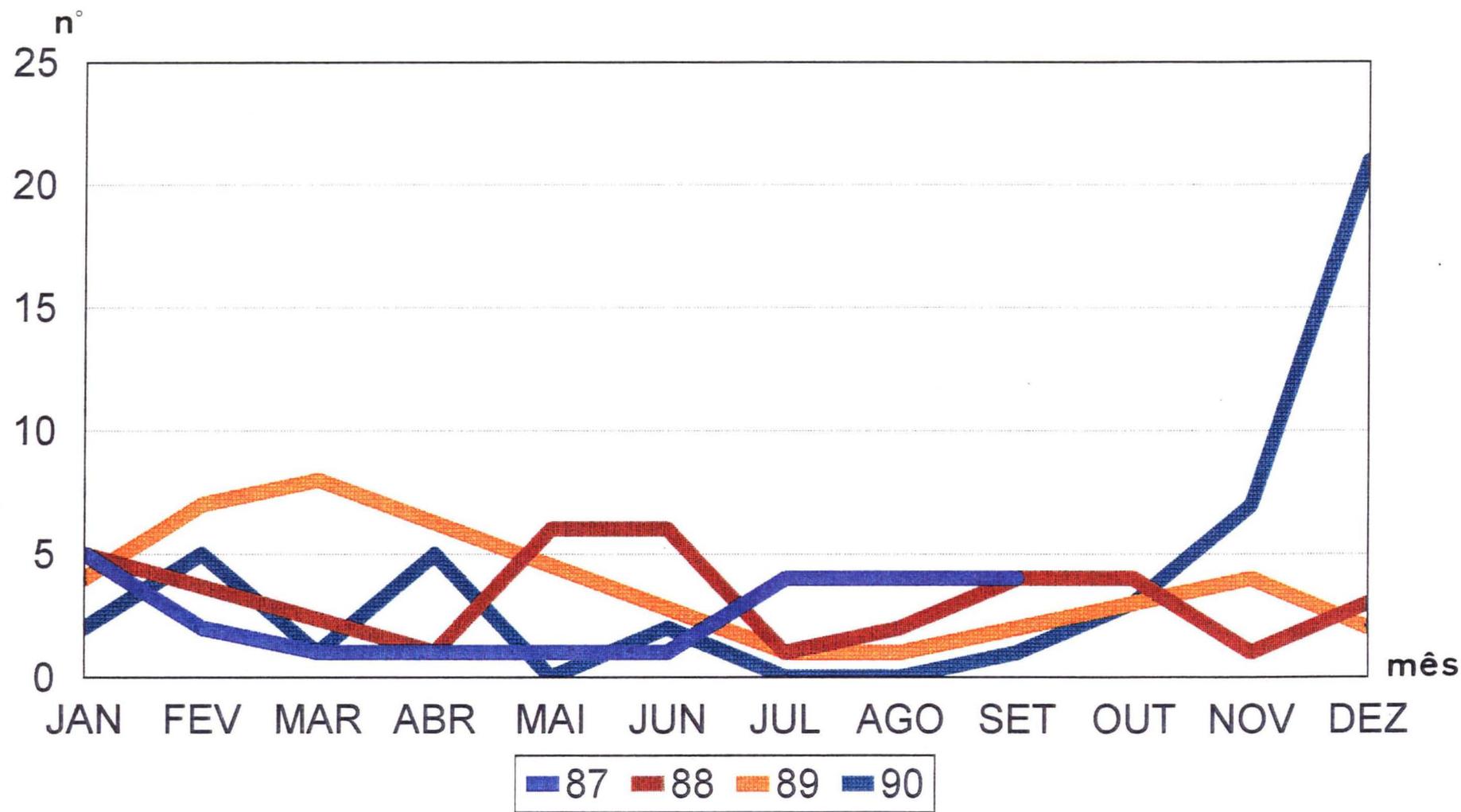
Fonte: S.V.E.-3 ERSA 55

Gráfico 7 - Distribuição mensal do número de meningites, em Mococa, de 1983 a 1986.



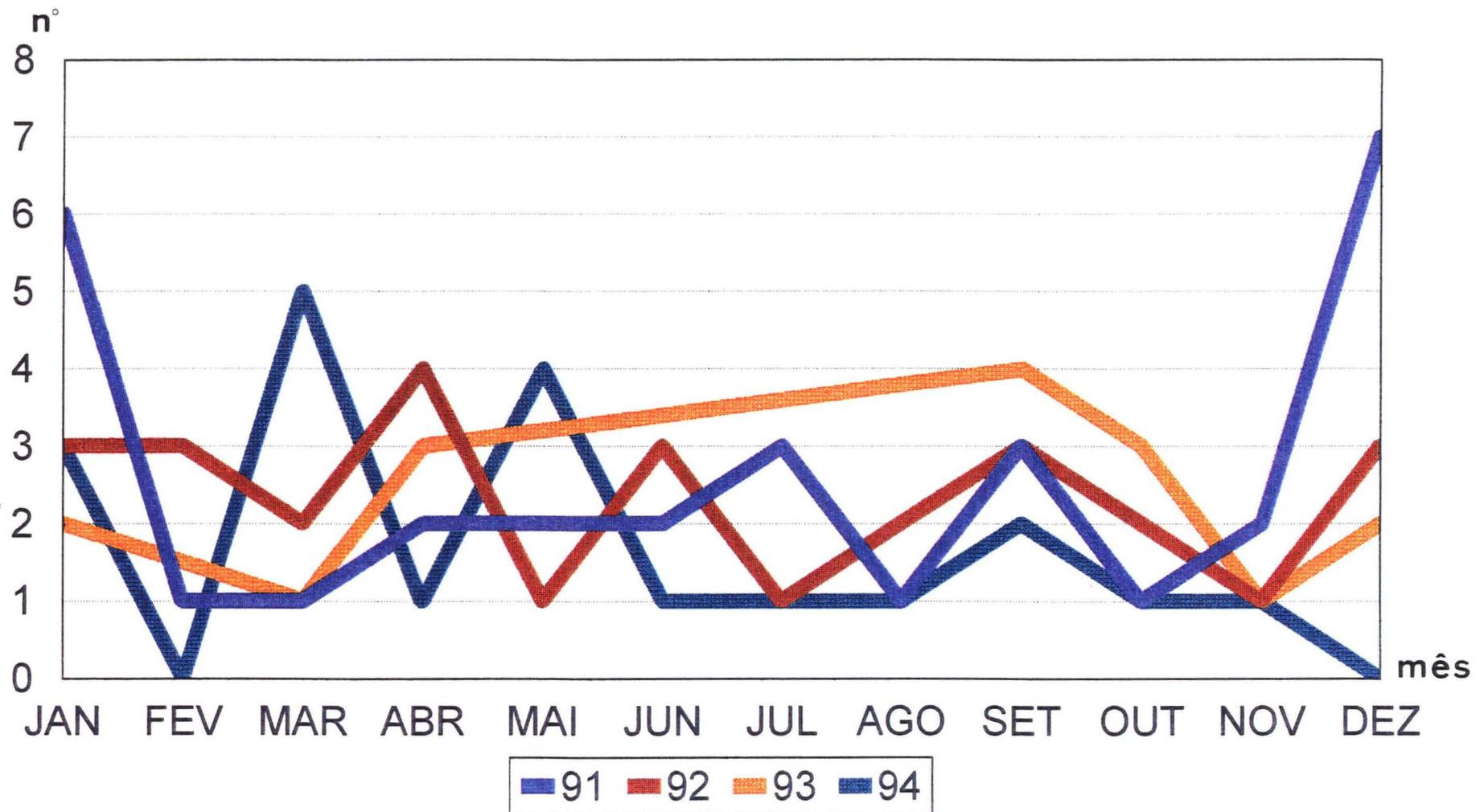
Fonte: S.V.E. 3 ERSA 55

Gráfico 8 - Distribuição mensal do número de meningites, em Mococa, de 1987 a 1990.



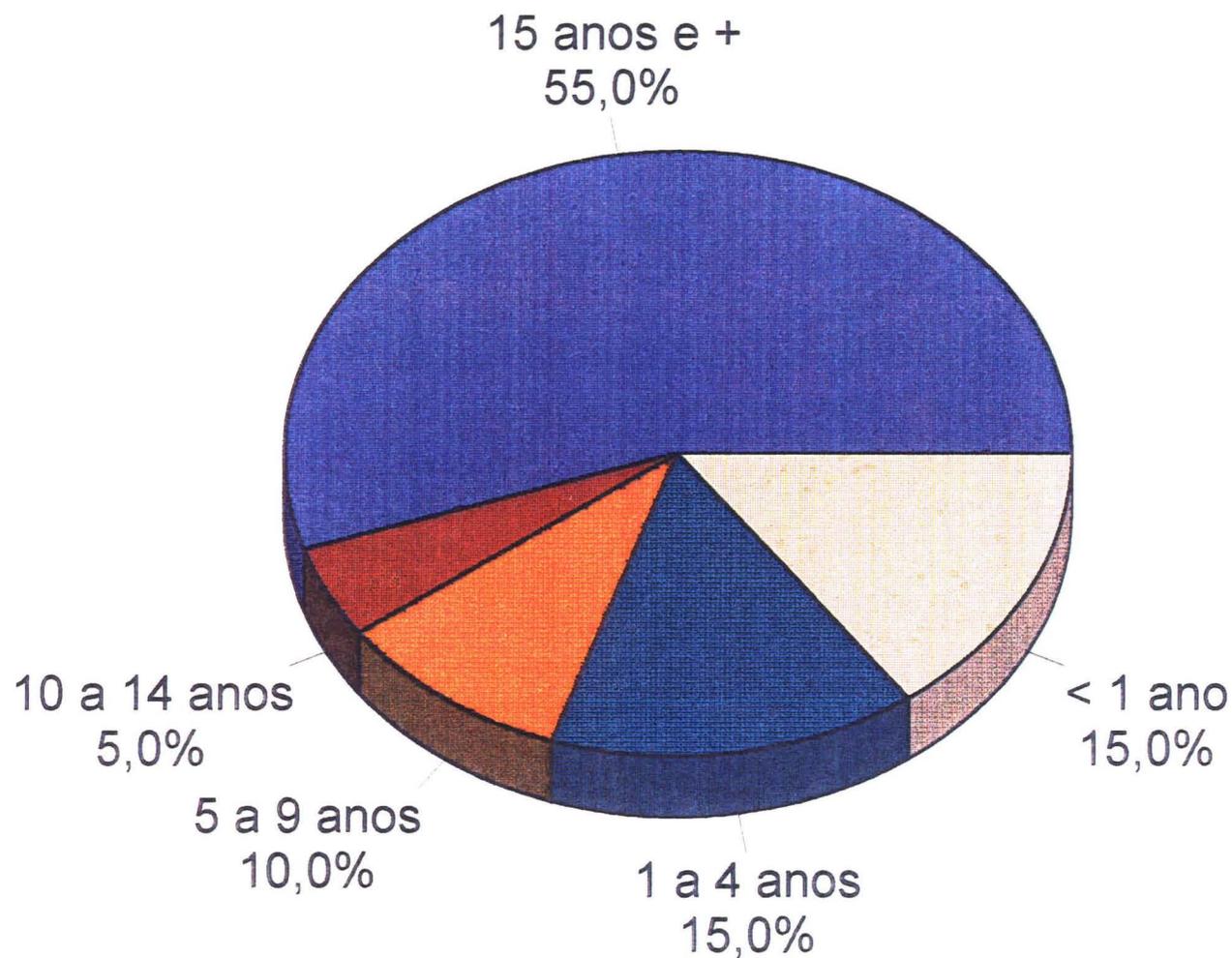
Fonte: S.V.E. 3 ERSA 55

Gráfico 9 - Distribuição mensal do número de meningites, em Mococa, de 1991 a 1994.



Fonte: S.V.E. 3 ERSA 55

Gráfico 10 - Distribuição dos casos de meningite segundo faixa etária, em Mococa, no ano de 1994.



Fonte: S.V.E. - 3 ERSA 55

A distribuição mensal dos casos de 1994 não acompanhou a tendência das meningites em geral, com um maior número de casos nos meses de janeiro, março e maio (Gráfico 11).

Neste ano, foram notificados ao Serviço de Vigilância Epidemiológica - 3 (S.V.E.-3), do ERSA 55 , 59 casos de meningites, sendo 20 notificações de Mococa (33,9%). Em toda a região, ocorreram 8 óbitos por meningite, sendo um deles em Mococa, o que corresponde a 12,5% dos óbitos por meningite no ERSA 55 de 1987, com 3,61 por 10.000 habitantes.

8.4. Tuberculose

A Tuberculose esteve estável nos anos de 1987 e 1988, com coeficientes de 4,06 e 4,53 por 10.000 habitantes, respectivamente. Nos anos seguintes, houve um aumento do número e coeficiente de incidência. No ano de 1994, estes índices acabaram mais baixos que no ano

Segundo os dados do S.V.E. -3, do ERSA 55, a Tuberculose vem ocorrendo em Mococa principalmente sob a forma pulmonar - 86,2% em 1993 e 92,3% em 1994.

Houve dois casos da forma ganglionar em 1993 (6,9%). Entre as outras formas, que excluem as formas pulmonar, pleural, ganglionar, óssea e de vias urinárias, houve 2 casos (6,9%) em 1993 e 1 caso (7,7%) em 1994 (Gráfico 12).

Analisando a faixa etária nos anos de 1993 e 1994, há um predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos (31,0%), 9 casos em

1993 e 4 em 1994. De 15 a 19 anos houve 3 casos (10,3%) no ano de 1993, e nenhum caso em 1994; de 20 a 29 anos, 5 casos (17,3%) em 1993 e 2 casos (15,4%) em 1994; de 40 a 49 anos, 5 casos (17,3%) em 1993 e 3 casos (23,0%) em 1994; e de 50 anos e mais, 7 casos (24,1%) em 1993 e 4 casos (30,3%) em 1994. No ano de 1994, até o mês 6, não havia sido notificado nenhum caso de Tuberculose em menores de 15 anos (Gráfico 13).

A maioria dos casos de Tuberculose não está associada a nenhuma patologia - 86,2% em 1993 e 76,9% em 1994 -, mas houve um caso associado a doença mental e um caso associado a alcoolismo, ambos em 1994, cada um correspondendo a 7,7% dos casos. Quanto à AIDS, foram 4 casos (13,8%) em 1993 e 1 caso (7,7%) em 1994 (Gráfico 14).

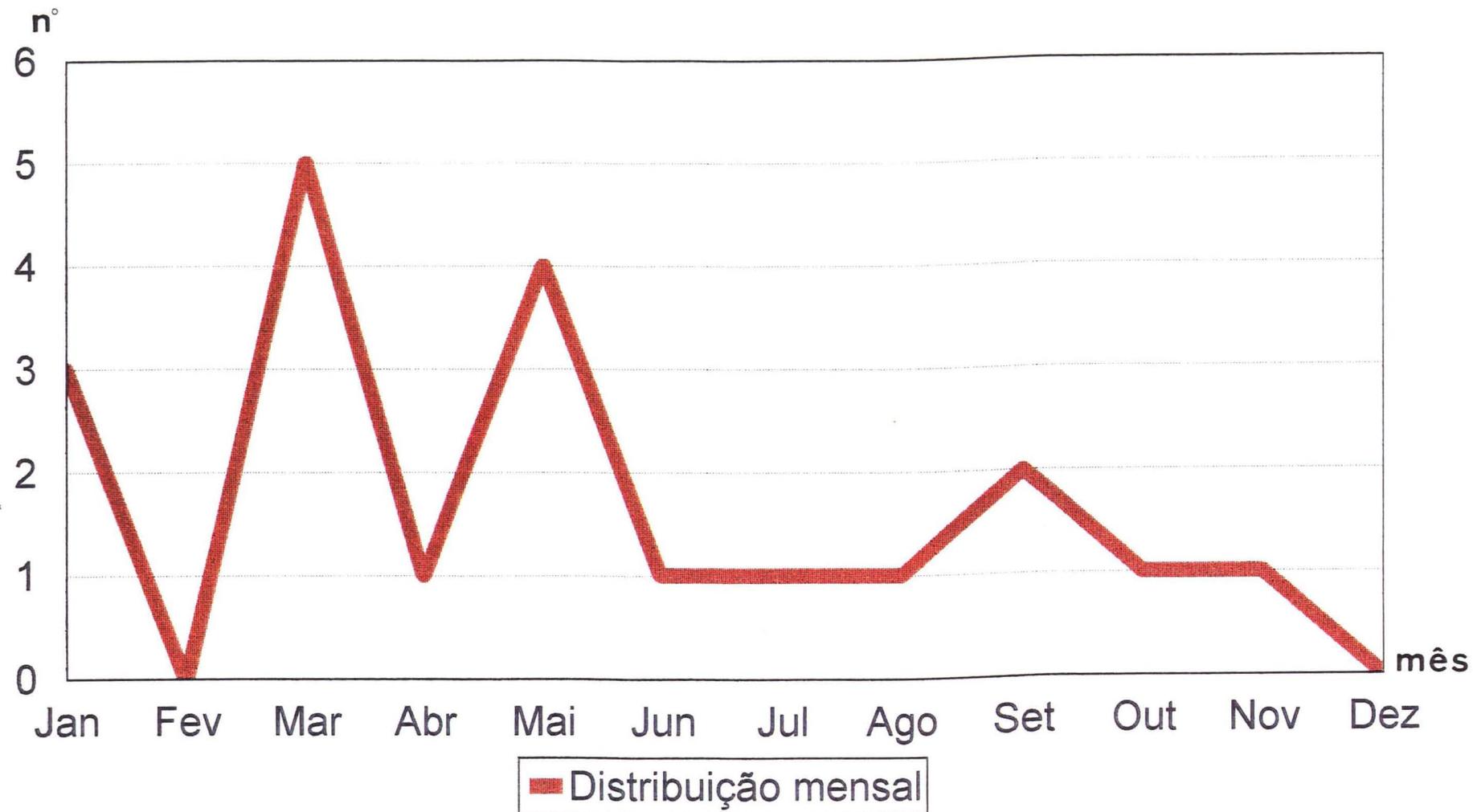
8.5. Vacinação

As Campanhas de Multivacinação com antipólio oral apresentam cobertura percentual superior a 100% em vários anos, nas faixas etárias de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos.

Esta cobertura vacinal acima de 100% deve corresponder à vacinação de crianças maiores de 5 anos que são consideradas na faixa etária de 1 a 4 anos, por ser prioridade das Campanhas (Gráficos 15 e 16).

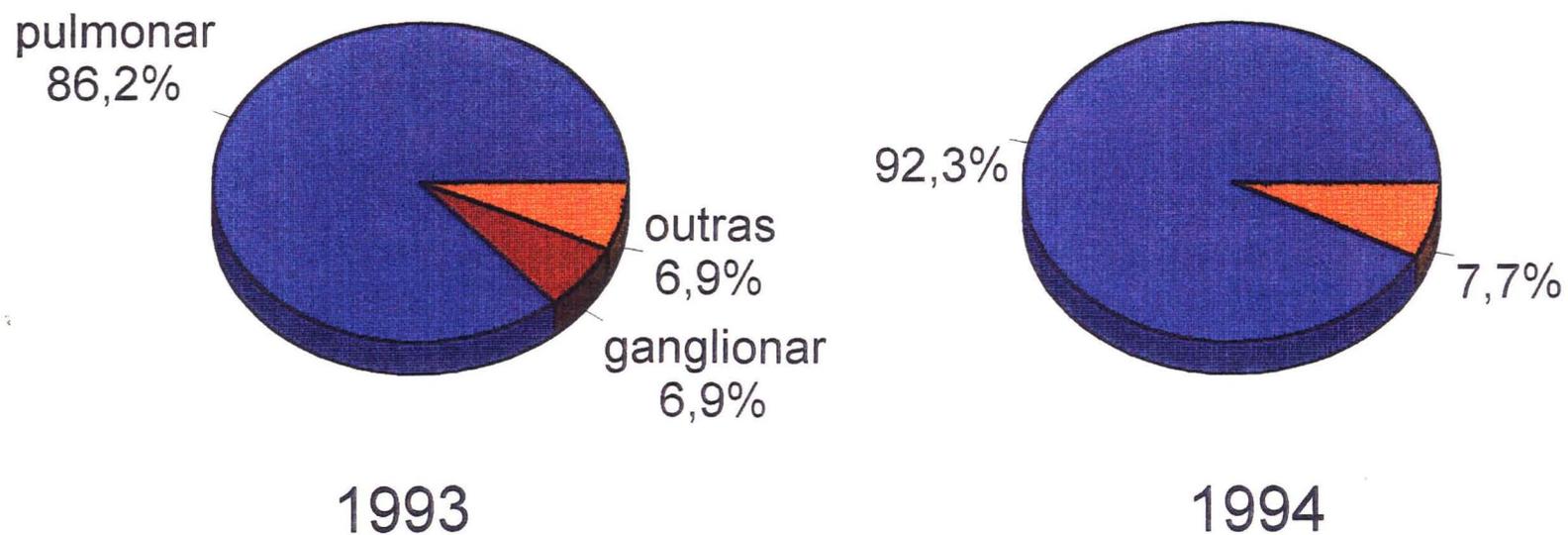
Observando-se esses dados, vemos que a cobertura vacinal oscila muito de um ano para o outro, não havendo uma tendência ou uniformidade.

Gráfico 11 - Distribuição mensal dos casos de meningite, em Mococa, em 1994.



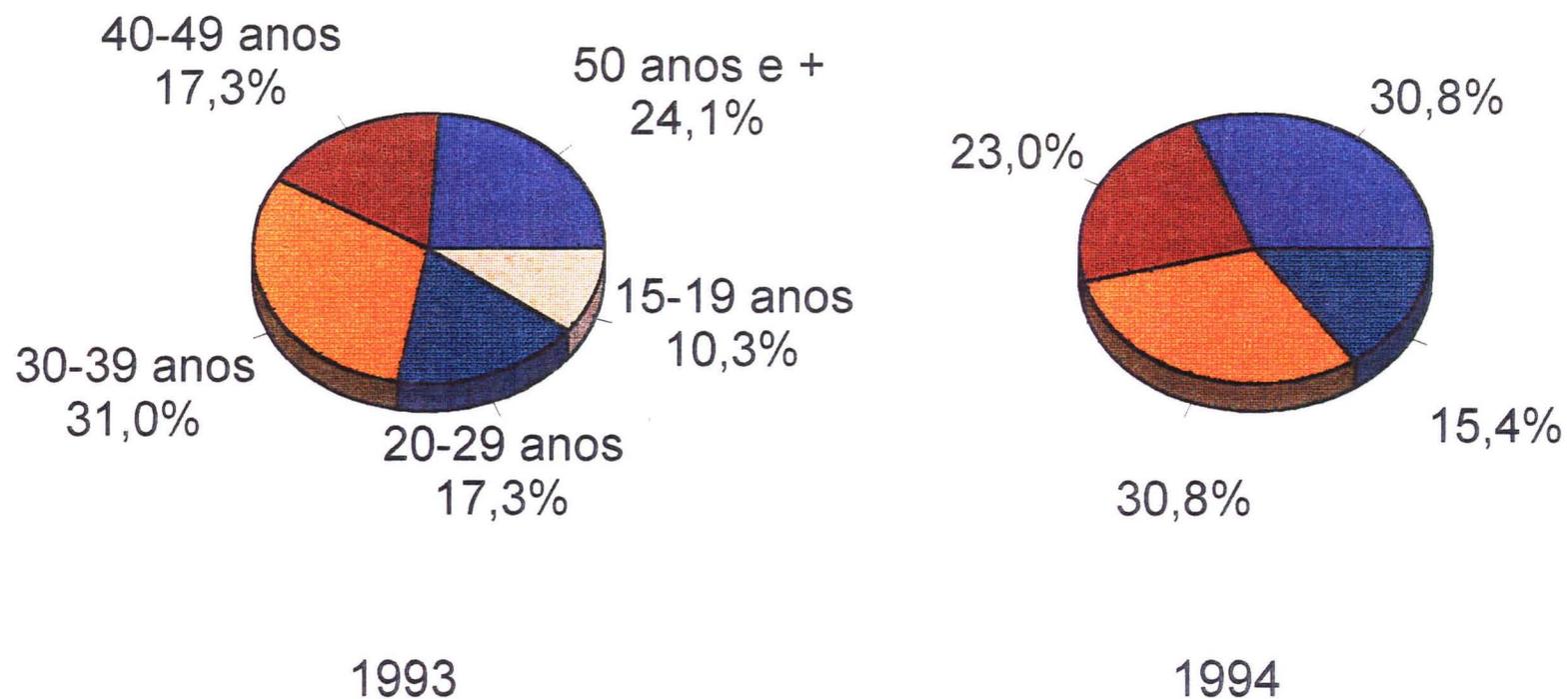
Fonte: S.V.E. - 3 ERSA 55

Gráfico 12 - Distribuição dos casos de Tuberculose segundo forma clínica, em Mococa, nos anos de 1993 e 1994.



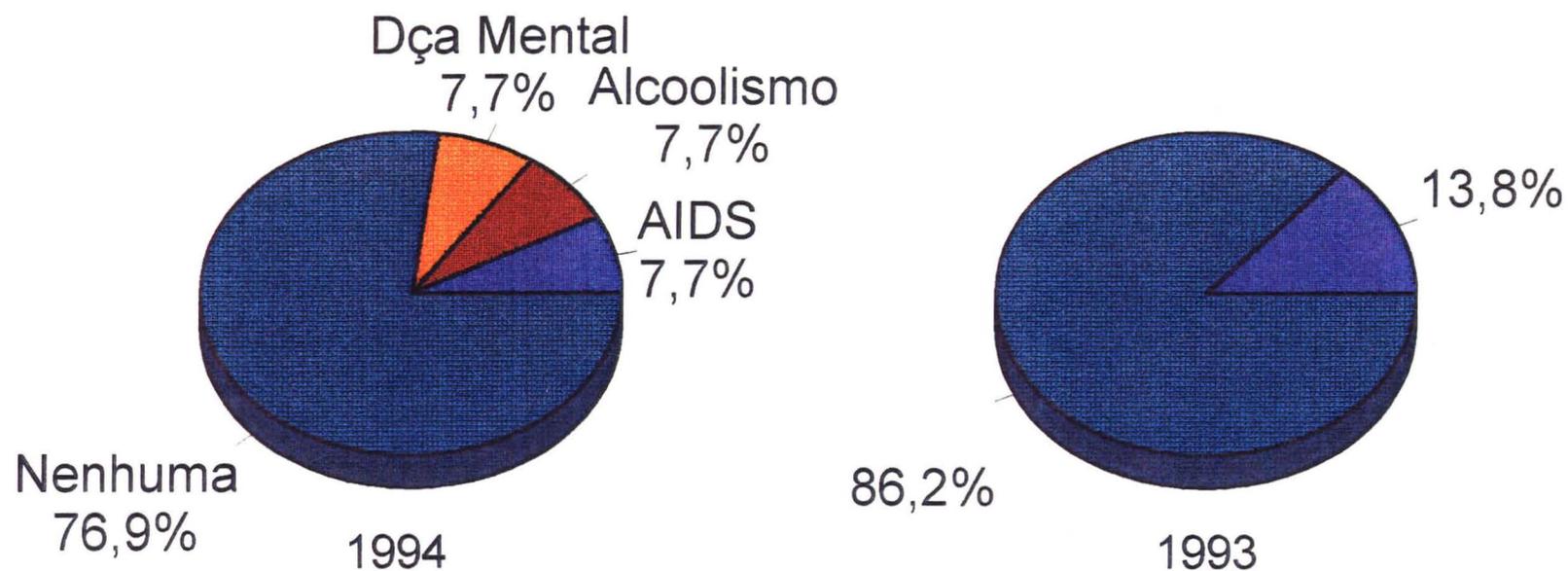
Fonte: S.V.E.- 3 ERSA 55

Gráfico 13 - Distribuição dos casos de Tuberculose segundo faixa etária, em Mococa, nos anos de 1993 e 1994.



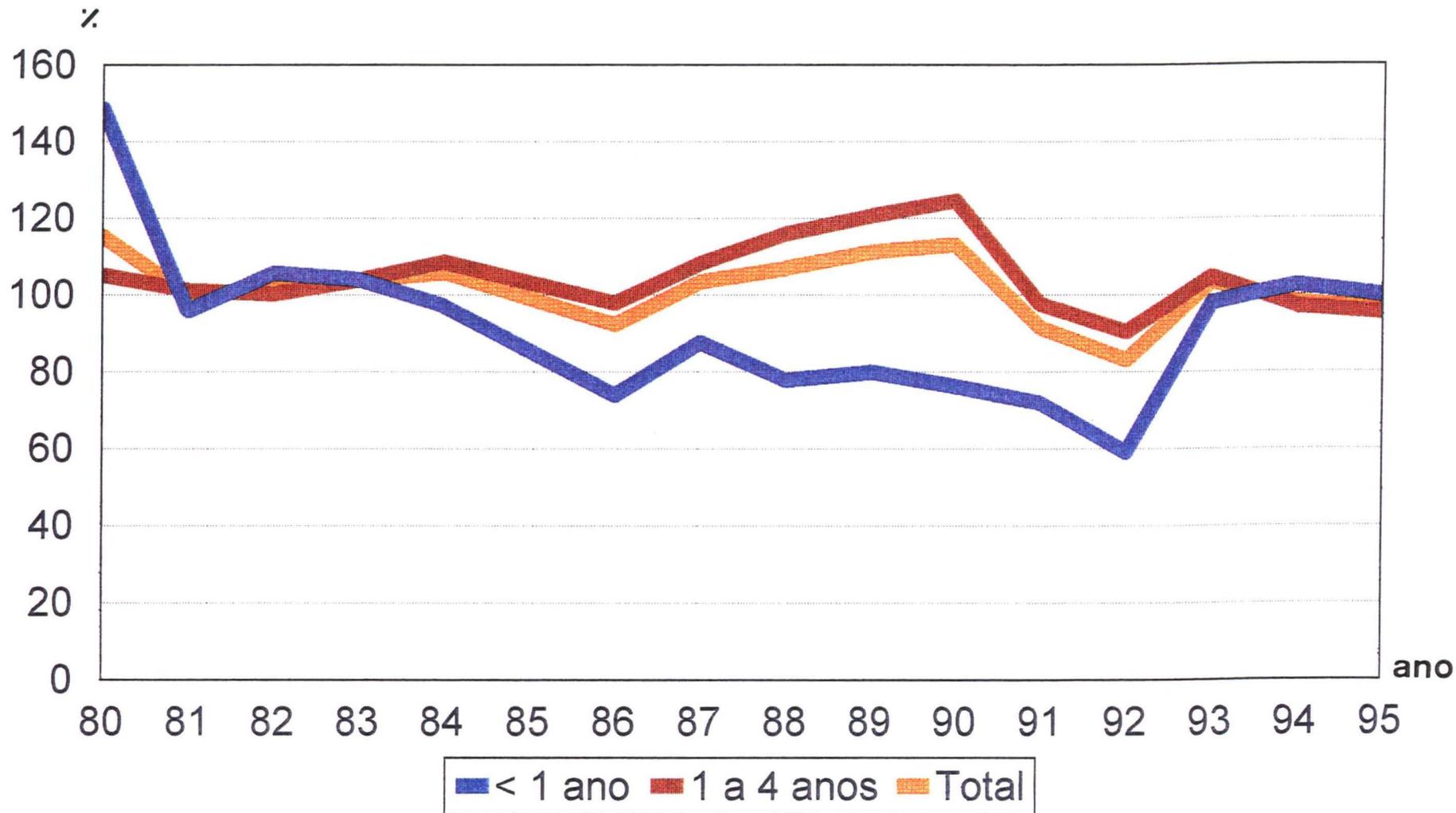
Fonte: S.V.E. - 3 ERSA 55

Gráfico 14 - Distribuição dos casos de Tuberculose segundo doenças associadas, em Mococa, nos anos de 1993 e 1994.



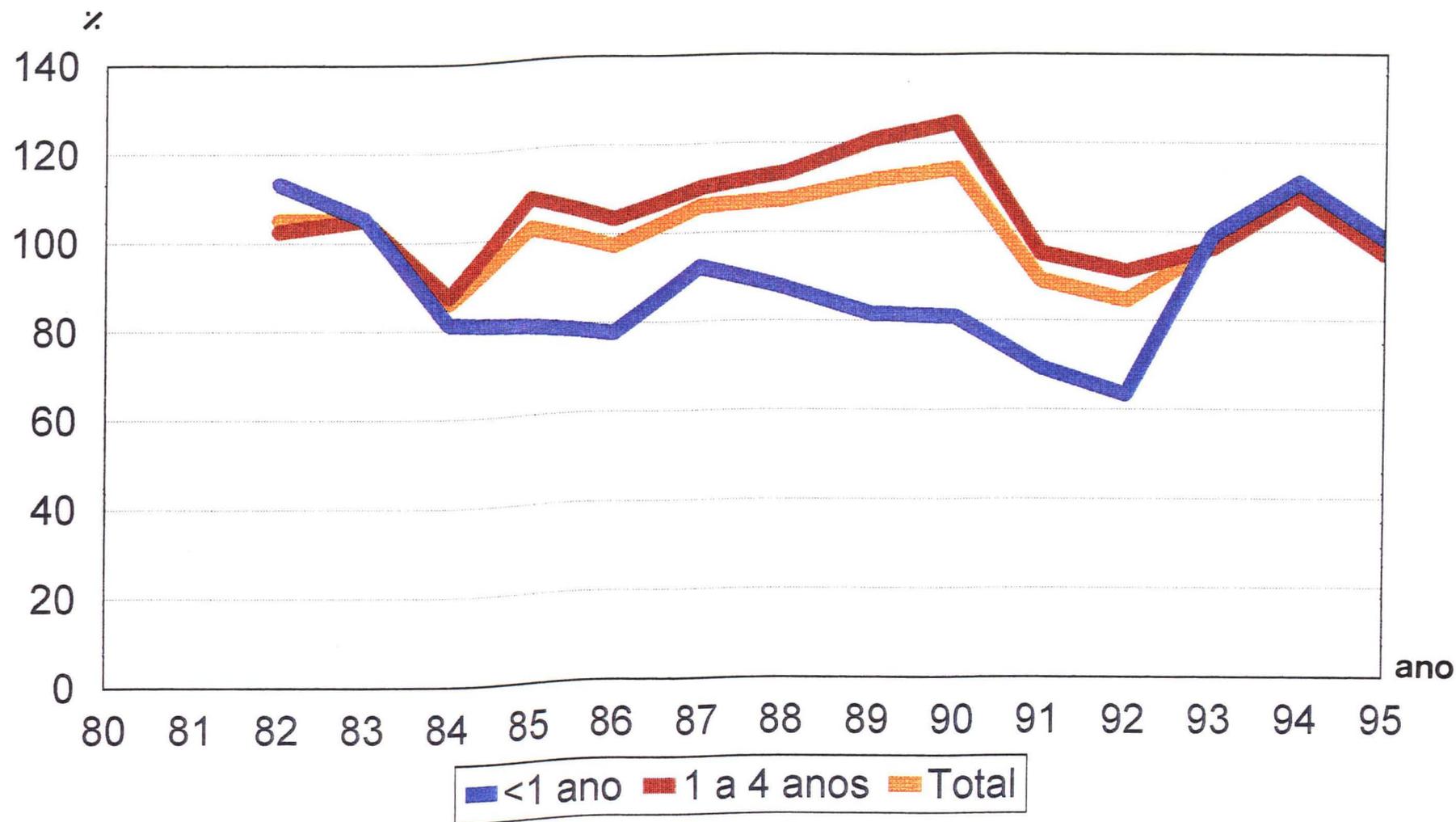
Fonte: S.V.E. - 3 ERSA 55

Gráfico 15 - Cobertura vacinal da antipólio oral, na primeira fase da campanha de vacinação, em menores de 1 ano e em crianças de 1 a 4 anos, em Mococa - 1980 a 1995.



Fonte: Vigilância Epidemiológica - ERSA 55

Gráfico 16 - Cobertura vacinal da antipólio oral, na segunda fase da campanha de vacinação, em menores de 1 ano e em crianças de 1 a 4 anos, em Mococa - 1980 a 1995.



Fonte: Vigilância Epidemiológica - ERSA 55

8.6.Morbidade e Mortalidade

A morbidade hospitalar foi avaliada com base nos dados do mês de maio de 1995, do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal causa de internação hospitalar foram os transtornos mentais, com 157 internações (22,8%).

A segunda causa de internação foram as complicações da gravidez, parto e puerpério, com 132 internações (19,2%). Dessas 132 internações, 68 (51,5%) foram para partos normais.

Posteriormente, com percentagem acima de 10,0%, estão as doenças do aparelho respiratório com 78 internações (11,3%), sendo as principais patologias as pneumonias e broncopneumonias, com 49 casos (62,8%).

Doenças do aparelho circulatório são a quarta maior causa de morbidade hospitalar com 59 casos (8,6%).

Lesões e envenenamentos e doenças do aparelho digestivo, respondem por uma morbidade hospitalar em torno de 5,0%.

Doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho genitourinário e sintomas, sinais e afecções mal definidas são responsáveis por uma morbidade hospitalar entre 4,5 e 4,9%.

Doenças do Sistema nervoso e órgãos do sentido responderam por uma morbidade de 4,4%. Enquanto as Neoplasias são responsáveis por 2,5% da morbidade hospitalar.

As demais causas de morbidade foram responsáveis por percentuais abaixo de 2,0% (Tabela XVIII).

Tabela XVIII - Morbidade hospitalar por capítulos do Código Internacional de Doenças (CID), em Mococa, em maio de 1995.

CAPÍTULO DO CID	ALTAS HOSPITALARES	
	Nº	%
Doenças infecciosas e parasitárias	33	4,8
Neoplasias	17	2,5
Doenças de glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo e transtornos imunitários	11	1,6
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	4	0,6
Transtornos mentais	157	22,8
Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido	30	4,4
Doenças do aparelho circulatório	59	8,6
Doenças do aparelho respiratório	78	11,3
Doenças do aparelho digestivo	39	5,6
Doenças do aparelho genitourinário	33	4,8
Complicações da gravidez, parto e puerpério	132	19,2
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	6	0,9
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	11	1,6
Anomalias congênitas	2	0,3
Algumas afecções originadas no período neonatal	5	0,7
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	31	4,5
Lesões e envenenamentos	40	5,8
TOTAL	688	100,0

Fonte: SIH/SUS.

Analisando a morbidade segundo município onde o paciente residente em Mococa foi atendido, observamos que 92,1% dos casos são atendidos no próprio município de Mococa. Do total dos casos de cirurgia, 39,1% foram atendidos em outros municípios.

E os municípios que mais atenderam casos foram: São José do Rio Pardo e Divinolândia, sendo este último referência para a região em Oftalmologia. Vários casos são encaminhados para outros municípios para quimioterapia e radioterapia. Esses casos são contados como casos cirúrgicos. Destes casos, não tivemos a informação do número nem para onde foram encaminhados. Soubemos apenas que existem vários encaminhamentos para Ribeirão Preto, Campinas e São Paulo.

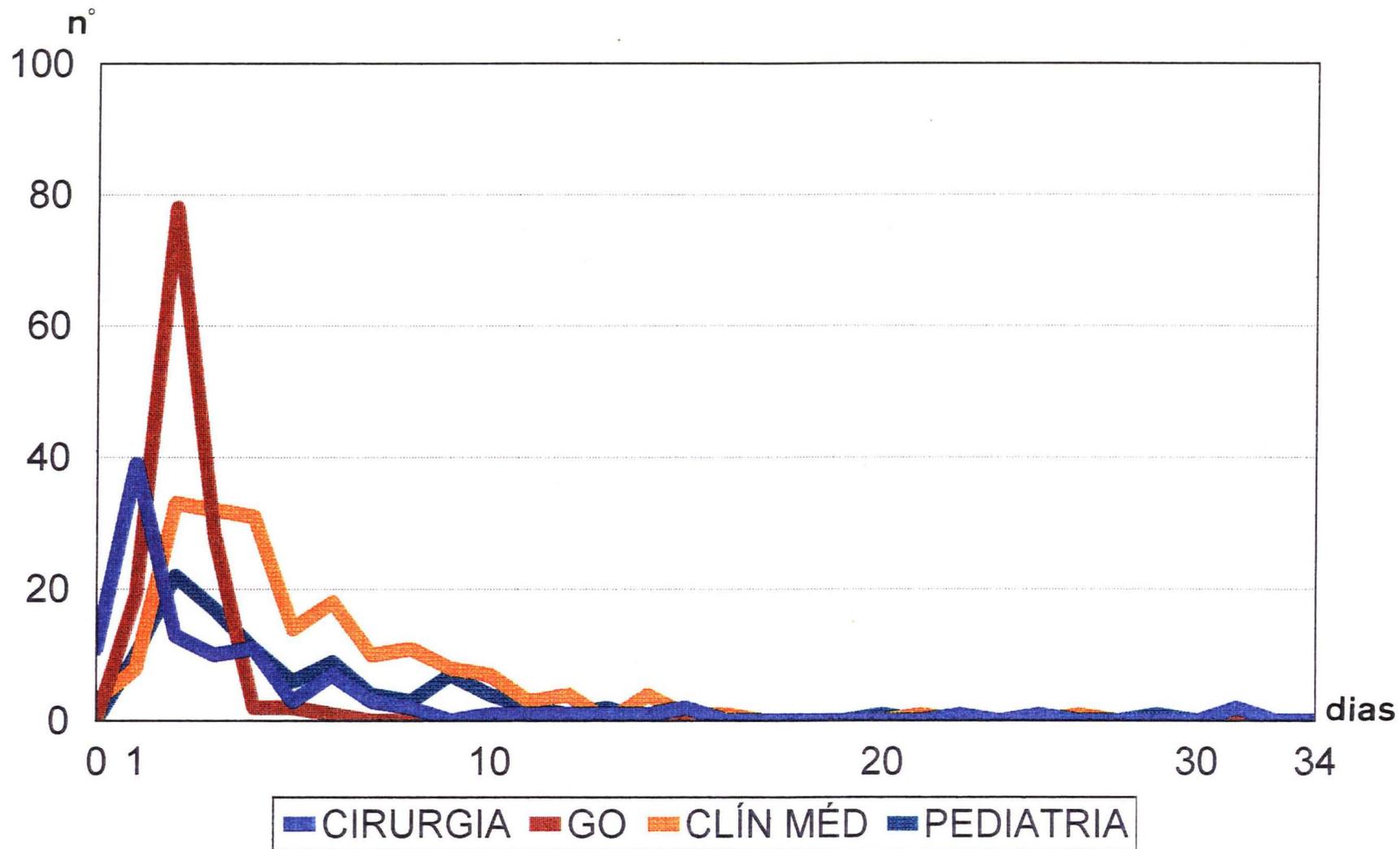
Na área de Ginecologia e Obstetrícia, houve uma resolubilidade de 99,2%. Enquanto na Clínica Médica a mesma foi de 96,3%.

A Psiquiatria teve 98,1% dos casos atendidos em Mococa. Devemos lembrar que o Hospital Psiquiátrico é referência para a região.

Na Pediatria, apenas 1,0% dos casos foram atendidos em outros municípios (Tabela XIX).

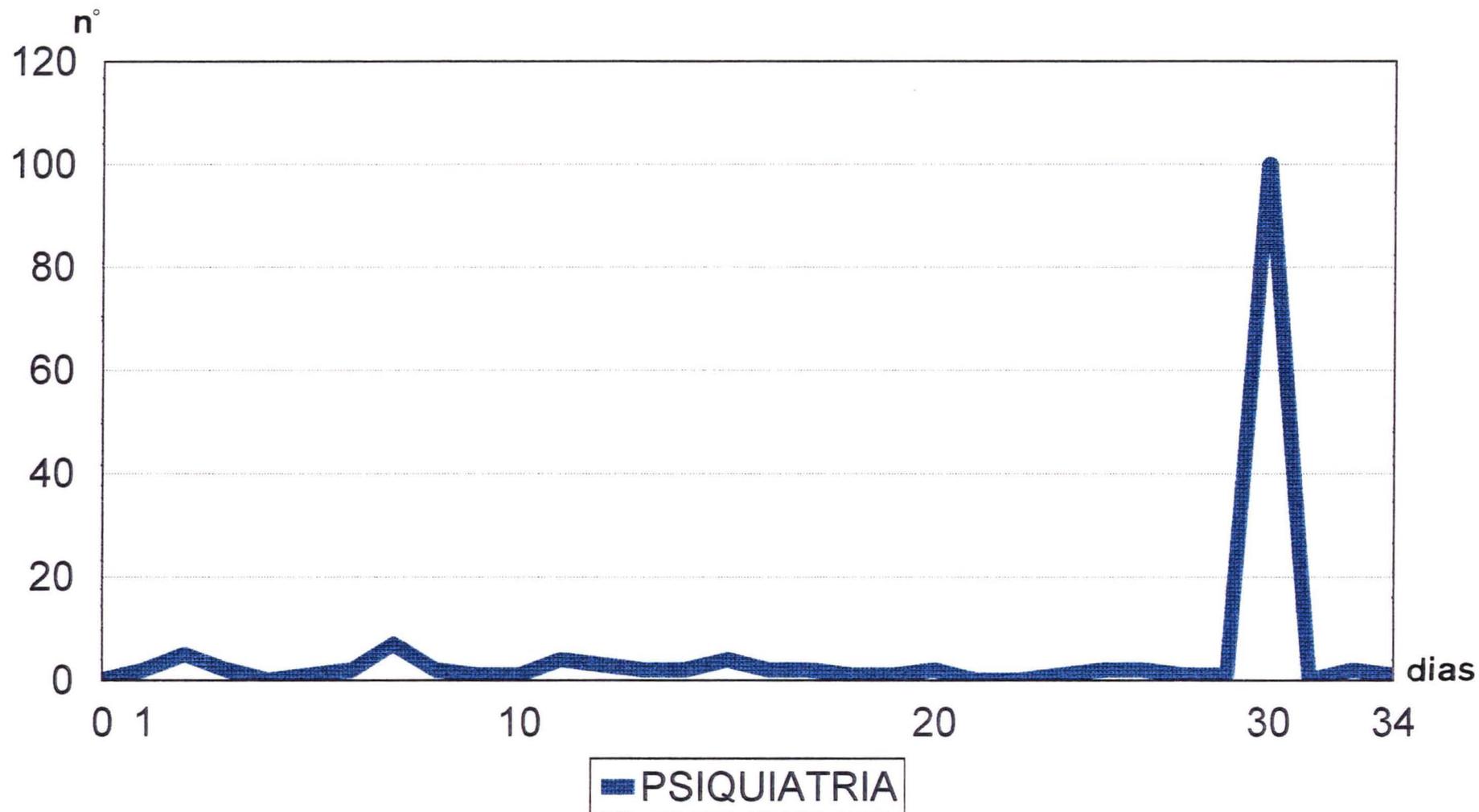
A permanência hospitalar varia de acordo com a especialidade. O que observamos foi que, no total, a curva de permanência por especialidade é bimodal: uma moda que engloba as especialidades de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e cirurgia, com uma permanência em torno dos 8 dias de internação; e uma segunda moda pela qual a psiquiatria é a responsável, com 64,1% das suas 156 internações permanecendo por 30 dias (Gráficos 17 e 18).

Gráfico 17 - Distribuição das altas hospitalares por dias de permanência segundo especialidades, em Mococa - maio de 1995.



Fonte: SIH-SUS

Gráfico 18 - Distribuição das altas hospitalares por dias de permanência na Psiquiatria, em Mococa - maio de 1995.



Fonte: SIH-SUS

Tabela XIX - Distribuição das altas hospitalares por especialidades nos diversos municípios de atendimento, no mês de maio de 1995.

MUNICÍPIO	ESPECIALIDADES MÉDICAS					
	CIRUR	GO	CL MÉD	PSIQ	PEDIAT	TOTAL
	%	%	%	%	%	%
Bauru	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Campinas	3,7	0,0	1,1	0,0	0,0	0,9
Casa Branca	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Divinolândia	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
Itapira	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1
Mococa	60,9	99,2	96,3	98,1	99,0	92,1
Ribeirão Preto	8,2	0,8	1,6	0,0	0,0	1,9
São João da Boa Vista	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1
São José do Rio Pardo	13,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
São José do Rio Preto	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1
São Paulo	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Tapiratiba	0,9	0,0	0,0	0,0	1,0	0,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS.

De acordo com os dados do SIH/SUS, em maio de 1995, houve 14 altas por óbitos, o que representa uma percentagem de 2,03% do total de internações.

Dentre as afecções originados no período neonatal, houve um óbito, que corresponde a 7,1% do total de óbitos no mês, mas

significa uma letalidade de 20,0% entre as patologias internadas por esse motivo - 5 casos.

Vimos que as doenças do aparelho circulatório tiveram um total de 7 óbitos, o que corresponde a 50,0% do total de óbitos no mês.

As doenças do aparelho genitourinário e sintomas, sinais e afecções mal definidas tiveram dois óbitos cada, sendo responsáveis por 14,3% dos óbitos no mês.

As doenças do aparelho digestivo e lesões e envenenamentos, assim como as afecções originadas no período neonatal tiveram um óbito cada, correspondendo a 7,1% dos óbitos no mês. Diferentemente das afecções originadas no período neonatal, as doenças do aparelho digestivo e as lesões e envenenamentos foram responsáveis por taxas de letalidade inferiores a 3,0%.

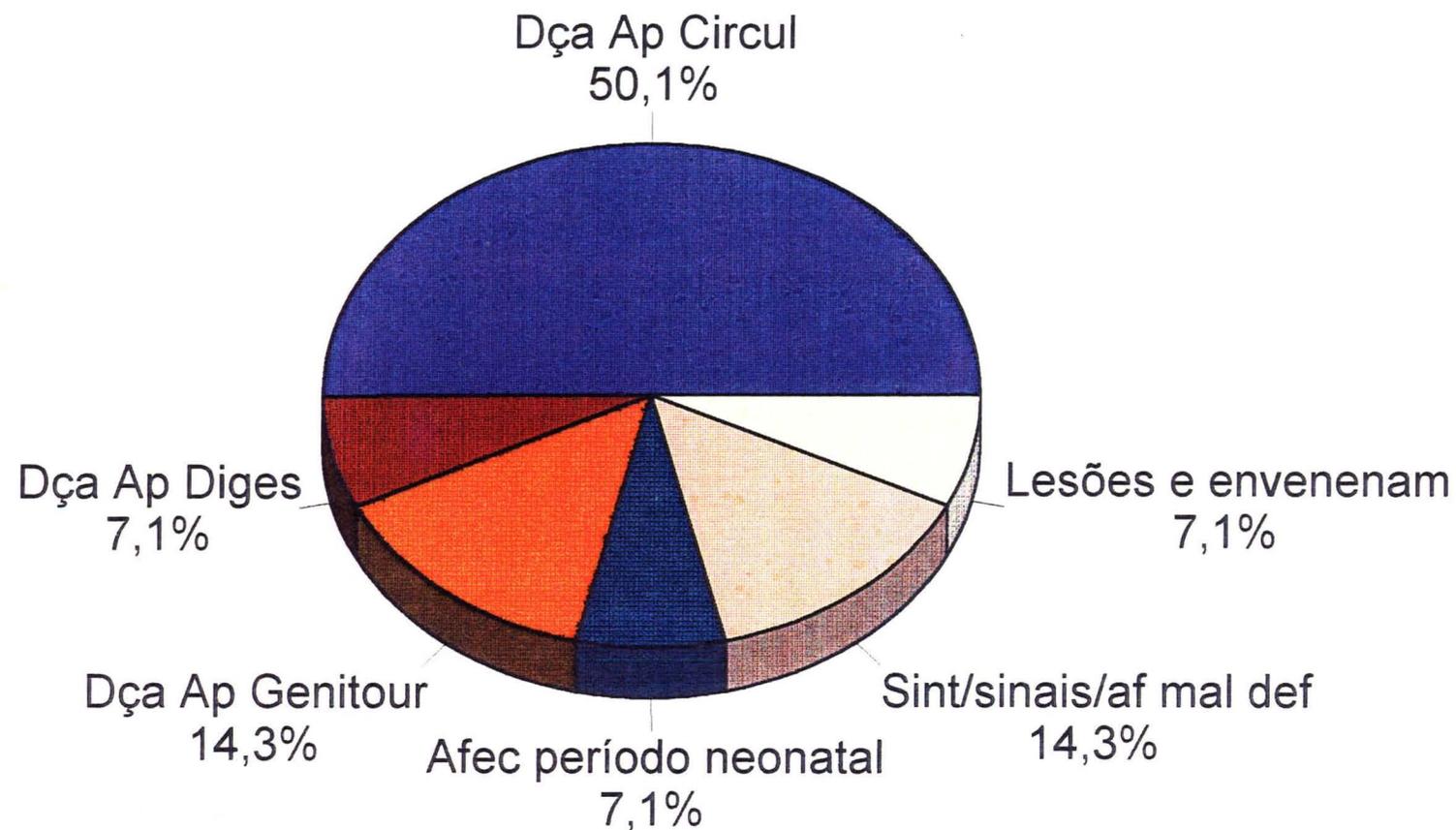
As demais causas de morbidade hospitalar, ressaltando as doenças infecciosas e parasitárias, não foram responsáveis por óbitos neste período (Tabela XX ; gráfico 19).

Tabela XX - Mortalidade hospitalar por capítulos do Código Internacional de Doenças (CID), em Mococa, em maio de 1995.

CAPÍTULO DO CID	ÓBITOS	
	Nº	%
Doenças infecciosas e parasitárias	0	0,00
Neoplasias	0	0,00
Doenças das glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo e transtornos imunitários	0	0,00
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos	0	0,00
Transtornos mentais	0	0,00
Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido	0	0,00
Doenças do aparelho circulatório	7	11,86
Doenças do aparelho respiratório	0	0,00
Doenças do aparelho digestivo	1	2,56
Doenças do aparelho genitourinário	2	6,06
Complicações da gravidez, parto e puerpério	0	0,00
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	0	0,00
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0	0,00
Anomalias congênitas	0	0,00
Algumas afecções originadas no período neonatal	1	20,00
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	2	6,45
Lesões e envenenamentos	1	2,50
TOTAL	14	2,03

Fonte: SIH/SUS.

Gráfico 19 - Distribuição da mortalidade segundo os capítulos do Código Internacional de Doenças (CID), em Mococa, no mês de maio de 1995.



Fonte: SIH-SUS

9. PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO

9.1. Histórico da Municipalização

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes transformações neste século, acompanhando as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas da sociedade brasileira.

No início do século, o modelo hegemônico de saúde foi caracterizado pelo sanitarismo campanhista que continha em si uma visão militarista de combate às doenças de massas. A intervenção era marcada pelo estilo repressivo de atuação no individual quanto no social.

O modelo de desenvolvimento adotado, apoiado na economia agro-exportadora, necessitava de uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis, buscando o controle de doenças que pudessem ameaçar a exportação.

Nos anos 30-40, a assistência médica era prestada principalmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, ficando a assistência hospitalar concentrada nas instituições religiosas ou filantrópicas.

A assistência médica às populações cativas era prestada pela Previdência Social, ainda incipiente. Na década de 20, iniciava-se a organização de um sistema de previdência, com as Caixas de Aposentados (CAPs). Nos anos 30, passa-se a estruturar este sistema por categorias profissionais, passando a se chamar Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Já é

sentida neste período a forte presença financeira e administrativa do Estado que, entretanto, continuava a utilizar os serviços da iniciativa privada.

O Ministério da Saúde, através dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), órgão criado, em 1942, com apoio dos Estados Unidos, mantinha como objetivo, o saneamento do ambiente e assistir os moradores da zona da borracha.

Os IAPs são substituídos, em 1966, por um único e poderoso Instituto, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). A criação de um órgão centralizador como este significou a uniformização dos benefícios.

A previdência passa a diversificar a forma de contratação de serviços, adotando o chamado convênio empresa, por meio do qual as empresas tornam-se responsáveis, direta ou indiretamente, pela assistência médica dada à seus funcionários. Em contrapartida, a empresa recebia subsídios da Previdência. Em função disto, as empresas começam a contratar organizações privadas responsáveis pela assistência médica dos trabalhadores, surgindo assim, as denominadas medicinas de grupo.

Com a crise econômica e o processo de abertura política da década de 70, surgem novos atores sociais que passam a questionar as políticas e práticas governamentais. Estes movimentos passam a pressionar no sentido da democratização e é neste contexto que as medidas que se seguem devem ser compreendidas.

Diante do agravamento da crise previdenciária, em 1981, constituiu-se o CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), composto por notáveis da medicina e representantes de vários Ministérios, trabalhadores, empresários e prestadores de serviços. Seu objetivo era o de reorganizar o setor, reduzindo os custos e controlando os gastos.

Estabeleceu-se, em 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS) como uma "estratégia-ponte" que visava à reorientação das políticas de saúde para reorganização dos serviços. As AIS foram consideradas pelos partidos políticos e pelo movimento popular, além de racionalizadoras, uma das possibilidades de ampliação dos poucos democráticos.

A efetiva reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, se deu através da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, durante a "Nova República". Esta Conferência deliberou que a reestruturação devia resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que representasse a construção de um arcabouço institucional, separando totalmente a Saúde da Previdência, através de uma ampla reforma. Além disso, o relatório final produzido nesta Conferência definiu saúde como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde e, assim, antes de tudo resultado das formas de organização social produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida".

É criado então, em 1987, o SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde nos estados da federação, com o objetivo de contribuir para com a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, na medida em que apresentava instâncias mais permanentes de participação popular (Conselhos de Diretores de Unidades, Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde). Experimentando novas formas organizativas e gerenciais como: a criação de estruturas administrativas, a implantação de distritos sanitários e o controle dos contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS, no âmbito do Estado.

Nesse sentido, o direito à saúde, identificado no interior do movimento da Reforma Sanitária, permitiu a criação do SUS e trouxe consigo a participação e a pressão dos setores mais populares, como resultado das mudanças na relação entre Estado e Sociedade. Conseqüentemente, com a Constituição de 1988, devolveu-se aos municípios diversas prerrogativas que haviam sido perdidas durante o período autoritário, sendo que uma das grandes conquistas foi a autonomia para elaboração da Lei Orgânica do Município. Assim, o município volta a se constituir formalmente como uma esfera de poder autônoma no sistema federativo.

Esses direitos, entretanto, não se materializam simplesmente pela sua formalização no texto constitucional de 1988, mas há, simultaneamente, a necessidade do Estado assumir explicitamente essas políticas de saúde e integrá-las às demais

políticas, assegurando para isso os mecanismos que possam efetivá-las.

Isso só poderá ser garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

9.1.1. Conceito de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1.986, formulou um conceito abrangente de saúde - com implicações políticas e institucionais - que admite fatores determinantes e condicionantes:

- no meio socio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.);
- no meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.);
- na oportunidade de acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Constituição de 1.988, expressando de forma inequívoca o conceito assinado e também percebendo as implicações geradas por sua adoção, estabeleceu o direito de todos terem acesso, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, bem como a responsabilidade do Governo em garantir o pleno gozo deste direito. Desta forma o conceito de saúde evoluiu para "o completo bem estar físico, mental e social e não

apenas a ausência de doença", como definiu a Organização Mundial de Saúde.

A Constituição criou o Sistema Único de Saúde - SUS - formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada esfera de Governo e sob controle dos usuários. O Sistema Único de Saúde constitui, portanto, o conjunto de idéias, princípios e conceitos estabelecidos pela Constituição, além de significar também uma concepção gerencial.

Os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde estão baseados nos preceitos constitucionais e são os seguintes:

Universalidade - garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

Equidade - garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, independentemente de onde resida o cidadão, sem privilégios ou barreiras. Para o SUS, todos são iguais e serão atendidos conforme suas necessidades, até o limite que o sistema possa oferecer.

Integralidade - refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem em todo, não

podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

A Organização está baseada em:

Regionalização e Hierarquização - os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Devem oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de resolutividade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas. Os demais deverão ser referenciados aos serviços de maior complexidade tecnológica. Assim, a rede de serviços deve garantir um sistema de referência e contra-referência eficiente e eficaz, que vise equacionar os problemas relativos ao atendimento das necessidades apresentadas pelos usuários do sistema. Esta forma de organização dos serviços favorece ações de vigilância sanitária e epidemiológica, controle de vetores, educação em saúde, além de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolutividade - é a exigência de que, quando uma pessoa busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto co-

letivo sobre a saúde, o serviço esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

Descentralização - é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre as três esferas de governo. Assim, o que é da alçada de um Município deve ser de responsabilidade do Governo Municipal; o que abrange um Estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do Governo Estadual; o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, centrando principalmente o poder municipal sobre a saúde. É o que se chama de MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE. Aos Municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Participação dos cidadãos - é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação. Conforme a Lei n° 8.142/90, o Conselho de Saúde será composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e

usuários. A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº33 de 23/12/92 recomenda que o número de conselheiros não seja inferior a dez, nem inferior a vinte membros. O poder público não pode indicar nem vetar esses representantes, a não ser os seus próprios. Os Conselhos devem ter acesso a todas as fontes de dados e informações gerais da administração do Sistema Único de Saúde e, em especial, sobre a questão financeira. As reuniões devem ser abertas ao público com pauta e datas divulgadas previamente.

Complementariedade do Setor Privado - a Constituição definiu que quando for necessário contratar serviços privados por insuficiência do setor público, isto deve se dar sob as seguintes condições: celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular;

- * a instituição privada deve seguir os princípios básicos do SUS, ou seja, universalidade, equidade, etc. como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

- * a integração dos serviços privados deverá também seguir a lógica organizativa do SUS, no sentido de rede regionalizada e hierarquizada de serviços, o que equivale a dizer que cada região deve ter estabelecido, considerando

os serviços públicos e privados contratados, quais as atribuições de cada um.

Entre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização e universalização, tornando-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratado.

9.2.Sistema Municipal de Saúde

A configuração de um sistema municipal de saúde deve expressar de forma clara os princípios políticos e gerenciais do SUS. Assim, cada Município deverá dispor de uma legislação específica, integrante de sua própria Lei Orgânica, no que diz respeito à saúde. Deverá constituir um Conselho Municipal de Saúde e realizar periodicamente as Conferências Municipais de Saúde, com vistas à fixação de diretrizes e políticas setoriais, seu acompanhamento e avaliação.

A Administração Municipal deverá estar norteada por um Plano Municipal de Saúde, aprovado e acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde. Deve ter a organização necessária para desenvolver as atividades que lhe são atribuídas nos campos da promoção, proteção e recuperação da saúde. A rede de assistência deve estar estruturada de forma a hierarquizar os procedimentos, bem como serviços ou unidades de reabilitação, do mais

simples ao mais complexos, em postos e centros de saúde, ambulatórios especializados, hospitais e laboratórios.

Nem sempre um Município necessita de todos os níveis de complexidade para a atenção médica, seja pela baixa demanda de tais serviços, seja por seu alto custo ou por ambas as razões. Mas todos precisam estar preparados para as ações a que se propõem e para isto precisam contar com mecanismos eficazes, como a referência de pacientes para atendimentos fora de seu alcance imediato, a realização de consórcios intermunicipais para a criação de novos recursos assistenciais, o treinamento e/ou reciclagem de pessoal para novas atividades a serem desenvolvidas.

No que diz respeito ao controle de doenças, em particular as doenças transmissíveis, todos os Municípios têm de estar estruturados para a sua prevenção. É o caso, por exemplo, das doenças preveníveis por vacinação, em que as vacinas devem estar ao alcance e o mais próximo possível da população no momento adequado. Quanto à vigilância sanitária, é fundamental que o Município esteja preparado para realizar esta atividade principalmente no que diz respeito ao controle de alimentos e dos estabelecimentos que os manipulam, por exemplo, os matadouros, bem como hospitais, clínicas, banco de sangue, etc.

9.3. Financiamento do SUS.

Os investimentos e o custeio do SUS são feitos com recursos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Os recursos federais para o SUS provêm do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social) acrescidos de outros recursos da União, constantes da LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIA, aprovada anualmente pelo Congresso Nacional.

Esses recursos, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para o investimento e custeio das ações federais; a outra é repassada às secretarias de saúde, estaduais e municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial.

Em cada estado, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos alocados pelo próprio governo estadual, de suas receitas, e geridos pela respectiva secretaria de saúde, através de um fundo estadual de saúde. Desse montante, uma parte fica retida para as ações e os serviços estaduais, enquanto outra parte é repassada aos municípios, de acordo, também, com critérios específicos.

Finalmente, cabe aos próprios municípios destinar parte adequada de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população.

Assim, cada município irá gerir os recursos federais e estaduais repassados a ele e os seus próprios recursos alocados pelo governo municipal para o investimento e custeio das ações e serviços de saúde de âmbito municipal. Os municípios administrarão os recursos para a saúde através de fundos municipais de saúde.

A criação dos fundos é essencial, pois asseguram que os recursos da saúde sejam geridos pelo setor saúde e não pelas secretarias de fazenda ou de finanças, em caixa único, estadual ou municipal, sobre o qual a Saúde tem pouco ou nenhum acesso.

Hoje, a maior parte dos recursos aplicados em saúde tem origem na Previdência Social. Esta tendência deverá alterar-se até que se chegue a um equilíbrio das três esferas de governo em relação ao financiamento da saúde. Para tanto, os estados e municípios deverão aumentar os seus gastos com saúde, atingido em torno de 10% de seus respectivos orçamentos, e a União deverá elevar a participação do seu orçamento próprio, de acordo com as necessidades do financiamento, a serem indicadas pelo processo do planejamento-orçamentação ascendente.

De acordo com a Lei n° 8.142/90 em seu Art. 4°, para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, os municípios deverão contar com:

I - Fundo Municipal de Saúde.

II - Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária de acordo com o Art. 1º parágrafo 4º desta lei.

III - Plano Municipal de Saúde.

IV - Relatório de gestão que permitam o controle de que trata o parágrafo 4º do art 33 da Lei nº 8.080/90.

V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

IV - Comissão de elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salário (PCCS) - previsto o prazo de 02 anos para a sua implantação.

Ainda no parágrafo único desta lei diz-se que, o não atendimento pelos Municípios, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que, os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

9.4. Recursos Humanos

Conforme Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos, "por mais bem estruturado que venha a ser o SUS, por mais abrangente e pormenorizada que venha a ser a legislação ordenadora do SUS, por mais recursos financeiros e materiais de que disponha o sistema, e por mais avançados que sejam os enunciados da política de saúde e os objetivos fixados na Lei Orgânica da Saúde, o SUS não funcionará como se espera e seus ideais estarão fadados ao fracasso se não dispuser de recursos humanos qualificados e, obviamente valorizados sempre".

É necessário que haja uma reformulação na política de recursos humanos existente, em nível federal, estadual e municipal, de forma a garantir que estes sejam idôneos, envolvidos de corpo e alma nos objetivos do SUS, suficientemente formados, regularmente aperfeiçoados, permanentemente incentivados, adequadamente remunerados e coerentemente exigidos no cumprimento de seus deveres.

9.5. Síntese das disposições da NOB N° 01/93 (Norma Operacional Básica, SUS).

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS - a Lei 8.080 de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90 - e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15/04/93.

A Norma Operacional Básica n° 01/93 aborda três subtemas:

9.5.1. Gerenciamento do processo de descentralização

Para gerenciamento do processo de descentralização e com o objetivo de incentivar uma prática de planejamento integrado são criadas, em níveis federal e estadual, Comissões de Intergestores como instâncias de planejamento e negociação, e rea-

firmando o papel deliberativo dos correspondentes Conselhos de Saúde.

Quadro 2 - Comissões Intergestoras em nível federal, estadual e municipal, composição e atribuições. .

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
<p>COMISSÃO TRIPARTIDE</p> <p>Representantes do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais (CONASS e CONASEMS).</p> <p>Elaborar propostas para o SUS, submetendo-as ao CNS (Conselho Nacional de Saúde)</p>	<p>COMISSÃO BIPARTIDE</p> <p>Representantes da Secretaria Estadual e do órgão de representação das Secretarias Municipais, sendo membro nato Secretário de Saúde da capital.</p> <p>Instância de negociação e decisão quanto à operacionalização do SUS.</p>	<p>CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>Instância permanente e deliberativa. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde.</p>

9.5.2. Condições de Gestão

Neste ponto, a normatização estabelece as distintas etapas do processo de descentralização, definindo tanto para Estados quanto para Municípios diferentes estágios de gestão: incipiente, parcial e semi-plena.

Quadro 3 - Requisitos necessários para os municípios se enquadrarem nas gestões incipiente, parcial e semi-plena

GESTÃO INCIPIENTE	GESTÃO PARCIAL	GESTÃO SEMI-PLENA
<p>Manifestar interesse à Comissão Bipartite;</p> <p>Dispor de Conselho Municipal de Saúde e de Fundo Municipal de Saúde;</p> <p>Encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação do gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas;</p> <p>Dispor de médico responsável pela emissão das AIH's que não seja credenciado pelo Sisma nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;</p> <p>Dispor de condições técnicas e materiais para a prestação dos serviços;</p> <p>Manter o registro e a remessa mensal de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde.</p>	<p>Os mencionados ao lado e:</p> <p>Apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde, relatório de gestão e comprovante de plano ou de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da Saúde;</p> <p>Comprovar também anualmente à Comissão Bipartite a contra-partida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde.</p>	<p>Os mencionados na gestão parcial e:</p> <p>Manter Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)</p>

Quadro 4 - Responsabilidades e Prerrogativas dos Municípios de acordo com a gestão

INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI-PLENA
<p>Assumir a contratação e autorização do cadastramento de prestadores.</p> <p>Programar e autorizar a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais.</p> <p>Controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos.</p> <p>Demonstrar disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas.</p> <p>Incorporar à rede, ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica, sanitária e dos ambientes/processos de trabalho e assistência ao trabalhador.</p>	<p>Os mencionados na incipiente e:</p> <p>Receber mensalmente recursos financeiros correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas.</p>	<p>Os mencionados na gestão parcial e:</p> <p>Assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares.</p> <p>Assumir o gerenciamento de toda a rede pública, exceto hospitais de referência sob gestão estadual.</p> <p>Assumir a execução e o controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;</p> <p>Receber o total de recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatoriais e hospitalar</p>

Para exemplificar, foram sintetizadas no quadro acima as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios nos diferentes estágios de gestão, bem como os requisitos que deverão ser preenchidos em cada caso.

9.5.3. Financiamento com recursos arrecadados pela União

A atual sistemática de repasses financeiros do nível federal para os Estados e Municípios está composta por cinco fluxos de recursos:

1) Financiamento das atividades hospitalares: O repasse dos recursos financeiros continuará sendo efetuado através das AIH faturadas pelos diferentes prestadores (hospitais públicos, filantrópicos ou privados. Cabe lembrar que esse instrumento é aplicado exclusivamente para o pagamento das internações hospitalares, as quais são re-muneradas por "procedimentos" e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação, e que o valor de cada procedimento é previamente definido pelo nível central, sem distinção entre os diferentes tipos de prestadores (excetuando os hospitais universitários que recebem um valor diferenciado por acumularem funções de ensino). Os recursos destinados a cada Estado ou Município não podem superar os tetos quantitativos e financeiros definidos pelo MS. O teto quantitativo anual é definido em número de AIH, correspondendo a cada Unidade da Federação uma cota máxima calculada em base populacional e tomando-se como parâmetro 0,10/AIH/hab/ano. Para

as instâncias estaduais e municipais foram definidos subtetos, utilizando-se como parâmetro, 0,02 e 0,08/AIH/hab/ano, respectivamente. A cota dos Municípios que não alcancem os requisitos mínimos da gestão incipiente é administrada pela correspondente instância estadual. A definição de subtetos, segundo prestadores públicos, filantrópicos ou privados, é efetuada pelas correspondentes Secretarias de Saúde e os respectivos Conselhos de Saúde, dando prioridade aos prestadores públicos.

2) Financiamento das atividades ambulatoriais: As atividades ambulatoriais efetuadas pelos distintos prestadores (públicos, filantrópicos ou privados) são remunerados a partir dos valores pré-fixados pelo nível federal na correspondente tabela de práticas ambulatoriais. Entretanto, o total de recursos repassados para cada Unidade da Federação não poderá superar o teto financeiro definido segundo o número de habitantes e correspondente valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). O valor da UCA, que representa o volume de recursos per capita para financiamento das atividades ambulatoriais, é estabelecida pelo MS, com prévia consulta à Comissão Tripartite e aprovação do CNS.

3) Apoio às instâncias estaduais e municipais: Tanto Estados como Municípios podem receber um adicional de recursos de 5% do correspondente teto ambulatorial. No primeiro caso quando enquadrados na gestão parcial e no segundo a partir da gestão incipiente. O correspondente aos Estados deve ser destinado ao financiamento das atividades de tratamento fora de domicílio,

aquisição de medicamentos especiais, provisão de órteses e próteses ambulatoriais. Em nível municipal não existe uma pré-determinação para a locação do recurso pretende ser um incentivo para o alcance do requisito de gestão definidos como desejáveis pelo nível federal para efetivar o processo de descentralização.

4) Financiamento das ações de vigilância em saúde: Pouco pode se dizer a respeito deste financiamento, já que a NOB explicita unicamente que a modalidade a ser adotada deve ser definida em norma complementar. Entretanto é de se esperar que este fluxo financeiro não seja definido como os anteriormente expostos, em função da produção e a partir de uma tabela de valores por unidade de produção.

5) Financiamento para as despesas de investimento: Serão realizadas por separado segundo o estabelecido no Plano Nacional de Prioridades em Investimentos. Conseqüentemente pode-se estimar que permanecerá uma forma de alocação que responderá muito mais às negociações políticas que as efetivas necessidades regionais. Em outras palavras, em lugar de distribuições mais equitativas, continuarão os repasses em função da capacidade de barganha de cada esfera.

9.6.0 Processo de Municipalização em Mococa

O processo de municipalização em Mococa ainda está começando a se estruturar. O Termo de Adesão ao Convênio SUS foi assinado na gestão anterior, em 26/10/87. Apesar da assinatura

desse convênio, os serviços não se encontram, de fato, municipalizados, apesar da afirmação da Diretora do Departamento de Saúde, uma vez que o poder municipal não mantém nenhuma relação com os serviços privados existentes no município. O objetivo atual dos dirigentes é atingir o nível de **gestão parcial**, onde este passaria a gerir os recursos repassados pelo SUS de acordo com suas prioridades.

Para que o município possa assumir o primeiro nível de gestão previsto na NOB-SUS 01/93 - **gestão incipiente** - deve ser provido de requisitos básicos como o Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, que já está criado, porém sem exercer as suas reais atribuições. Sem estes requisitos básicos o município se caracteriza como **prestador de serviços**.

Conforme informações e observações, o Município tem um Departamento de Saúde que funciona em uma sala do Centro de Saúde Dr. José Paione, não possuindo portanto o seu prédio próprio e provavelmente também por apresentar uma infraestrutura administrativa insuficiente (falta de recursos humanos) não consegue, como órgão gestor ter estrutura de poder político para articulação, negociação e a integração em termos intra e interinstitucionais, ficando prejudicada a competência técnica nas áreas-meio- (administração, planejamento) e fim- (epidemiologia, controle de doenças, organização e prestação de ações e serviços).

9.6.1. Controle Social e Participação

Conselho Municipal de Saúde de Mococa foi criado por Decreto Lei nº 2.857, de 02 de Dezembro de 1.993 e a sua composição é a seguinte:

- ◇ Diretoria Municipal de Saúde - Presidente do Conselho

- Membros:

- ◇ Representante do Serviço de Saúde do Município
- ◇ Representante do Movimento Ecológico
- ◇ Representante da OAB
- ◇ Representante dos Funcionários da Saúde do Município
- ◇ Representante da Escola Técnica de Enfermagem
- ◇ Representante do Sindicato dos Metalúrgicos
- ◇ Representante da Santa Casa e Hospital "Carolina Figueiredo"
- ◇ Representante dos Funcionários Públicos Municipais
- ◇ Representante da APM
- ◇ Representante do Núcleo Habitacional "Nenê Pereira Lima"
- ◇ Representante do Bairro Mocoquinha
- ◇ Representante do Bairro São Domingos
- ◇ Representante do Bairro Vila Quintino

A Municipalização como estratégia para alcançar o SUS não se dá sem a participação da população, e o que se vê no texto constitucional foi conquistado por esta mesma população que é a cada momento chamada a assumir seu papel histórico, a continuar o processo de democratização, a fazer sair do papel "a lei" e torná-la viva na conquista do Direito à Vida.

Segundo informações da Diretora de Saúde, o município de Mococa não tem participado de nenhum processo de discussão mais amplo e democrático, como numa Conferência Regional ou Municipal, constatando-se uma forma muito clara de não participação e controle social nas discussões e metas da política de saúde do município, sem o que a viabilidade de implantação do SUS está comprometida. O Conselho, embora instalado, não apresenta uma periodicidade de reuniões, e acontece esporadicamente.

Percebe-se o desconhecimento, por parte da população, da existência do Conselho Municipal de Saúde, comprovado nas entrevistas realizadas pela equipe de saúde da USP (vide gráfico).

É fundamental a preservação do caráter deliberativo do Conselho e de sua posição de independência em relação aos dirigentes. É uma postura equivocada posicioná-lo de forma subordinada à Diretoria de Saúde, por exemplo, como se tem observado em alguns municípios. A adequada relação entre o Conselho e a Câmara de Vereadores poderia contribuir significativamente para o êxito do processo de condução. Os conselhos de

gestão local, das unidades básicas e das unidades mais complexas, podem ser espaços viabilizadores do processo descentralizado e democrático de gestão.

O Conselho Municipal de Saúde seria, ainda, o espaço privilegiado para a regulação do setor privado: aí deveriam ser definidos os critérios para reger a relação entre os serviços estatais e os privados, ser discutidos e aprovados os convênios, etc. O conselho poderia criar comissões ou grupos de trabalho para o processo de acompanhamento e avaliação dos serviços privados e da relação público-privado em seus marcos gerais.

Em Municípios pequenos, a função de avaliação dos serviços privados também poderia ser realizada por membros da equipe central da organização municipal de saúde que se encarregaria de levar as informações para as decisões do conselho.

9.6.2. Recursos Humanos

As determinações jurídico-legais emanadas da Constituição e da Lei 8.080/90 são claras quanto à descentralização, para os municípios, dos serviços de saúde e a administração dos Recursos Humanos. Na prática verifica-se que o Município de Mococa dispõe de um quadro de pessoal com funcionários cujo vínculo é do Estado, INAMPS e do próprio Município, portanto, funcionários com carga horária, direitos, deveres, vantagens e salários diferentes. Esses funcionários possuem regime jurídico diferentes e continuam tendo suas relações de contrato de trabalho com departamento de pessoal específico do órgão de

origem, Estado ou Inamps. Esta situação acarreta na gestão de Recursos Humanos muitos problemas, pelo fato de não haver uma padronização de procedimentos administrativos no tocante a estes funcionários municipalizados (funcionários da gestão federal ou estadual que foram cedidos a gestão municipal por ocasião da assinatura do termo de adesão ao SUS) permanecendo assim várias questões pendentes: o próprio andamento dos serviços, a subordinação funcional, frequência, férias, salários, gratificação e isonomia, etc.

Segundo o Art. 4º da Lei 8.142/90, para receberem os recursos do que trata o artigo 3º desta mesma lei, os municípios deverão contar com uma comissão de elaboração de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para implantação.

Segundo informações da Diretora de Saúde e observações da equipe de TCM, o município não possui nenhum programa de capacitação e reciclagem de seus servidores, ficando a critério da DIR XX a questão do planejamento nessa área e o município encaminha aleatoriamente seus servidores para participarem de algum evento. A Secretaria de Educação do Município realiza o Curso de Técnico de Enfermagem sem inserir em seu conteúdo programático a questão de saúde pública e abordagem da metodologia ensino-serviço.

9.6.3. Financiamento do Setor Saúde

O que se observa no Município de Mococa é a alocação de recursos feita por pagamento de produção de serviços, enfati-

zando um modelo assistencial curativo, com enfoque no ato médico e assistência hospitalar, uma vez que o município ainda não assumiu nenhum nível de gestão prevista na NOB-SUS 01/93 e por isso caracterizar-se apenas como prestador de serviços ao SUS então o seu financiamento é por procedimentos na fatura mensal que é repassada pela Secretaria de Estado da Saúde / SP. Outra fonte de financiamento é o Tesouro Municipal onde o município destina, conforme declarações da Diretora de Saúde, cerca de 20% de sua arrecadação para a área da saúde. O Município possui o Fundo Municipal de Saúde e o seu gestor é o Diretor de Finanças Municipal, impedindo com isso que a saúde possa elaborar sua programação orçamentária e efetuar o acompanhamento da execução orçamentária.

Na elaboração do orçamento é importante a participação democrática da população, através de suas entidades representativas, permitindo a aplicação mais adequada dos recursos públicos e melhor distribuição de benefícios. A instalação dos conselhos municipais de saúde atende a essa finalidade (entre outras atribuições), por reunir ampla representação de interesses diretamente vinculados à saúde (usuários, prestadores de serviços públicos e privados, trabalhadores da saúde e governo).

9.6.4.Sistema de Informação em Saúde

O Departamento de Saúde do Município de Mococa não aponta um Sistema de Informações em Saúde organizado. Não há coleta e análise de dados ocorrendo de forma sistemática a não ser os

dados de produção de serviços ambulatoriais e informes de internação hospitalar que são obrigatórios dentro do esquema atual de serviços que é o de pagamento por prestação de serviços. Conhece-se pouco sobre o fluxo dos informes normalmente coletados.

Não há preocupação com o repasse das informações para os serviços de saúde, seja aos trabalhadores de saúde, seja aos usuários dos serviços. Menos ainda há a preocupação com o informe à população em geral sobre as atividades dos serviços de saúde, bem como indicadores de nível de vida e saúde, informações estas tão necessárias para a obtenção de uma consciência da realidade sanitária do ambiente em que vivem e possibilita a real participação dentro da gerência das atividades de saúde do município.

Quanto à informatização só se verifica no departamento de finanças do município. O departamento de saúde não conta com esse meio, porém, não se pode considerar prioritária a informatização quando não se tem claro ainda uma sistemática adequada na coleta, análise e repasse das informações em saúde. Modernizar não é simplesmente aquisição de tecnologia, mas sim possibilitar um Sistema de Informações em Saúde adequado.

A informação se torna importante a partir do momento em que o SUS determina a municipalização das atividades de saúde, pois disso advém a necessidade de informação sobre recursos financeiros e sua utilização, produtividade, resolutividade dos serviços e determinação do impacto das ações de saúde na

população para que o gerenciamento dos serviços de saúde seja facilitado.

10. PESQUISA DE OPINIÃO COM BASE POPULACIONAL

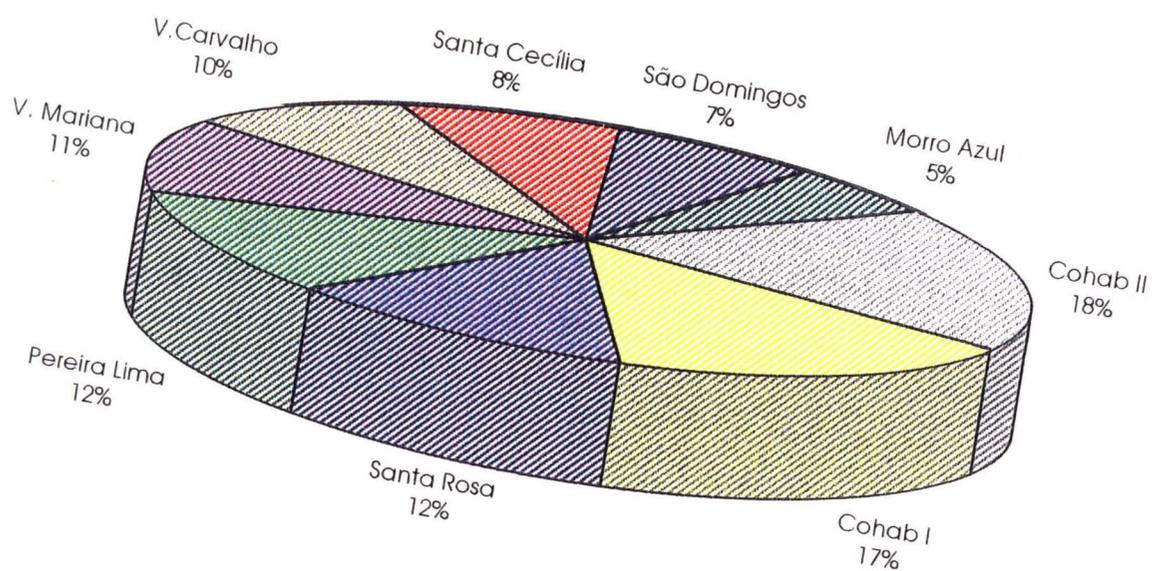
Os resultados da pesquisa são auto-explicativos, ainda assim alguns pontos são relevantes após o estudo das respostas obtidas. Para tanto foi feito o agrupamento das perguntas em quatro blocos, onde o primeiro selecionam a população que necessitou de algum atendimento na área de saúde e qual o tipo de serviço foi utilizado. O segundo bloco avalia o atendimento recebido. O terceiro, ilustra a avaliação feita no bloco anterior, após exploração da percepção do usuário. O quarto, revela a percepção de problemas da cidade, a avaliação da atuação da atual Prefeitura e ilustra a questão da participação popular em reuniões sobre saúde.

Bairros

	Total %
Cohab II	19,0
Cohab I	16,7
Santa Rosa	11,9
Perelra Lima	11,9
Vila Mariana	10,7
Vila Carvalho	9,5
Santa Ceclia	8,3
São Domingos	7,1
Morro Azul	4,8
	Base* 84

* Total de respondentes

Bairros



I

.Atendimento nos últimos meses

.Tipo de serviço utilizado

.Prevalência de doenças

Atendimento nos últimos meses

	Total %
Sim	71,4
Não	27,4
Recusa	1,2

Base* 84

* Total de respondentes

Tipo de serviço utilizado

	Total %
Posto de Saúde/ Centro de Saúde	48,8
NAI	25,0
PPA/PS	25,0
Particular	17,9
Santa Casa PA	13,1
Convênio/ Unimed	11,9
Convênio profissional	10,7
Serviço fora do município	7,1
Farmácia	4,8
Santa Casa (particular)	2,4
Santa Casa (serviço gratuito)	2,4
Serviço público sem especificar	1,2
Não quis responder	1,2

Base* 84

* Total de respondentes

Há alguém doente em casa hoje?

	Total %
Sim	28,6
Não	70,2
Recusa	1,2
Base*	84

* Total de respondentes

II

.Percepção do atendimento recebido

.Razões de percepção positiva

.Razões de percepção negativa

Percepção do atendimento recebido

	Total %
Percepção positiva	75,0
Percepção negativa	25,0
Base*	60

* Respondentes que usaram serviços de saúde

Razões de percepção positiva

	Total %
Atendimento bom/ atencioso	62,2
Médico bom/ excelente/ profissional	51,1
Eficiente/ resolve os problemas	44,4
Médico conhecido/ de confiança	20,0
Retorno agendado/ acompanhamento	13,3
Serviços de suporte bom/ eficiente	8,9
Atendimento médico rápido/ imediato/ disponível	6,7
Fornecimento de remédios	4,4
Apesar de...	
Demora para marcar exame/ consulta/ encaminhamento	17,8
Atendimento médico ineficiente/ não resolve	8,9
Não há vaga/ superlotado	8,9
Forçam pagamento/ só há bom atendimento, pago	6,7
Falta medicação/ não fornecem medicação	6,7
Médicos são mercenários/ preocupação com dinheiro	4,4
Não dão atendimento completo/ não possuem exames/ outros serviços	4,4
Atendimento ruim/ desatencioso/ demorado	2,2
Atendimento médico demorado/ ruim	2,2
Não tem médico/ médico ausente	2,2

Base* 45

* Respondentes que tiveram percepção positiva dos serviços

Razões de percepção negativa

	Total %
Atendimento ruim/ desatencioso/ demorado	53,3
Atendimento médico ineficiente/ não resolve	46,7
Forçam pagamento/ só há bom atendimento, pago	46,7
Médicos são mercenários/ preocupação com dinheiro	40,0
Atendimento médico demorado/ ruim	33,3
Não dão atendimento completo/ não possuem exames/ outros serviços	26,7
Atendimento para médico ruim/ desatencioso/ ineficiente	20,0
Não tem médico/ médico ausente	6,7
Falta medicação/ não fornecem medicação	6,7
Demora para marcar exame/ consulta/ encaminhamento	6,7
Não há vaga/ superlotado	6,7
Apesar de ...	
Atendimento bom/ atencioso	13,3
Retorno agendado/ acompanhamento	6,7
Eficiente/ resolve os problemas	6,7
Serviços de suporte bom/ eficiente	6,7

Base* 15

* Respondentes que tiveram percepção negativa dos serviços

III

.Índice de satisfação com o atendimento recebido

- Razões de alta satisfação

- Razões de média satisfação

- Razões de insatisfação

.Avaliação por tipo de serviço utilizado

.Sugestões para um melhor atendimento

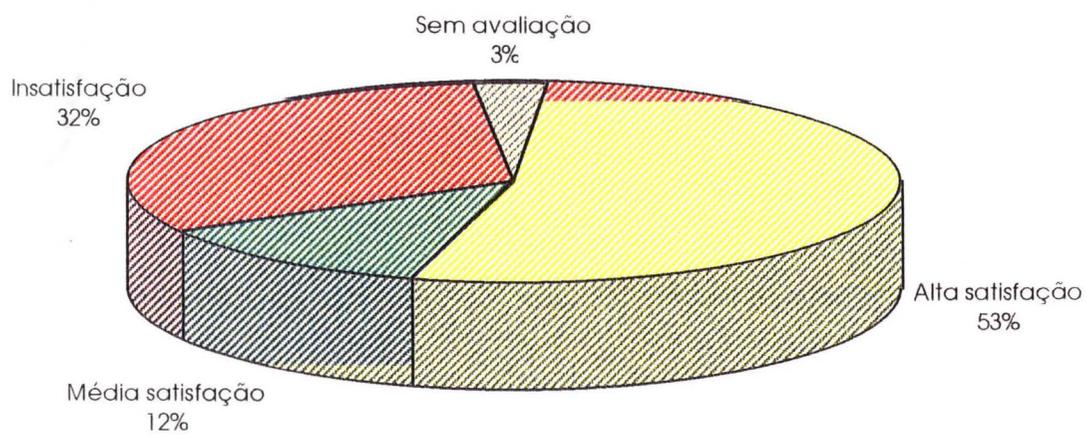
Índice de satisfação com o atendimento recebido

	Total %
Alta satisfação	53,3
Média satisfação	11,7
Baixa satisfação	31,7
Não saberia/ não quis avaliar	3,3

Base* 60

* Respondentes que usaram serviços de saúde

Índice de Satisfação Atendimento Recebido



Razões de alta satisfação com o atendimento recebido

	Total %
Atendimento bom/ atencioso/ prestativo	50,0
Atendimento médico/ odontológico eficiente/ bom/ resolveu	21,9
Médico de confiança/ conhecido	6,3
Rapidez/ facilidade para marcar consulta	3,1
Atendimento diferencial/ se paga é eficiente/ quem paga e não	12,5
Não saberia dizer	6,3

Base* 32

* Respondentes que mencionaram alta satisfação com o atendimento recebido

Razões de média satisfação com o atendimento recebido

	Total %
Filas/ muita gente/ demora/ morosidade	28,6
Tem que dormir na fila/ madrugar	14,3
Não é completo/ não faz tudo que precisa	14,3
Atendimento bom/ atencioso/ prestativo	14,3
Foi bom (sem especificação) Tenho que dar nota boa	14,3
Não saberia dizer	14,3

Base* 7

* Respondentes que mencionaram média satisfação com o atendimento recebido

Razões de insatisfação com o atendimento recebido

	Total %
Filas/ muita gente/ demora/ morosidade	21,1
Não resolveram o problema/ ineficiente	21,1
Tem que dormir na fila/ madrugar	15,8
Recebem e não comparecem/ falta de ética	15,8
Atendimento péssimo (sem especificação)	15,8
Não há vagas/ lugar	10,5
Falta de médicos/ médicos ausentes/ não atendem	10,5
Atendimento diferencial/ se paga é eficiente/ quem paga e não	10,5
Não é completo/ não faz tudo que precisa	10,5
Falta/ não dão remédios	5,3
Falta higiene/ limpeza	5,3

Base* 19

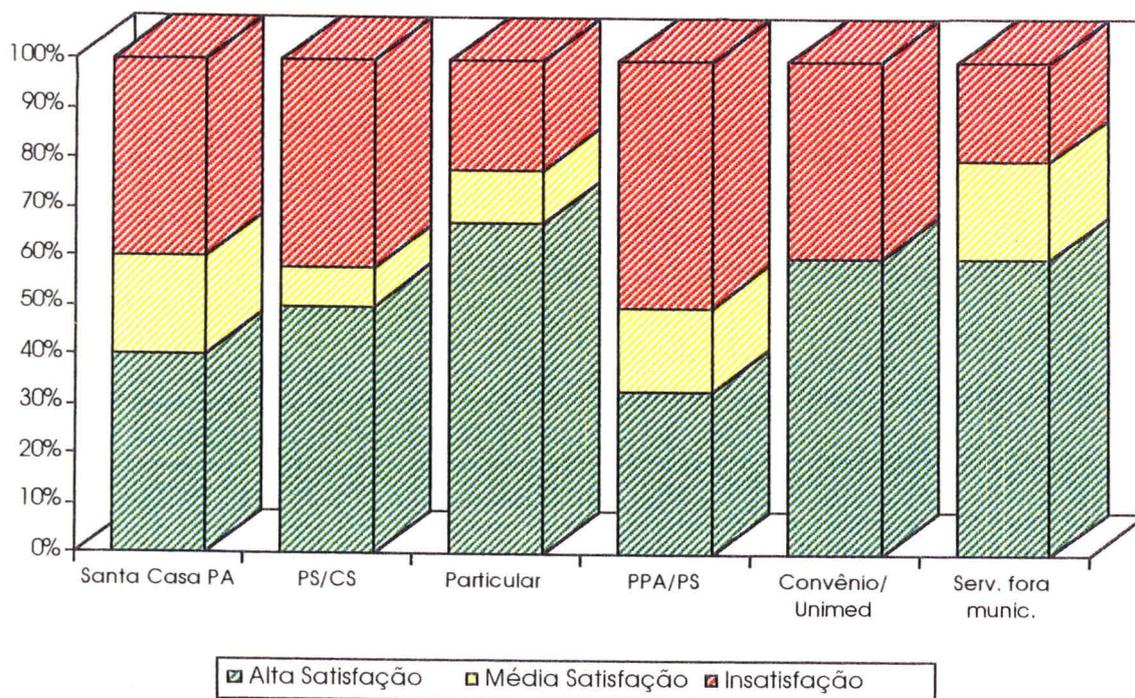
* Respondentes que mencionaram insatisfação ao atendimento recebido

Avaliação dos serviços utilizados

	Satisfação			Total %	
	Alta %	Média %	Baixa %		
Santa Casa PA	40,0	20,0	40,0	25,9	
Posto de Saúde/ Centro de Saúde	50,0	8,3	41,7	20,7	
Particular	66,7	11,1	22,2	15,5	
PPA/PS	33,3	16,7	50,0	10,3	
Convênio/ Unimed	60,0	0,0	40,0	8,6	
Serviço fora do município	60,0	20,0	20,0	8,6	
Santa Casa (serviço gratuito)	100,0	0,0	0,0	6,9	
NAI	100,0	0,0	0,0	3,4	
Santa Casa (particular)	100,0	0,0	0,0	1,7	
Convênio profissional	0,0	0,0	100,0	1,7	
Farmácia	100,0	0,0	0,0	1,7	
	Base*	32	7	19	58

* Respondentes que usaram serviços médicos

Avaliação dos Serviços Utilizados



Sugestões

	Total %
Melhorar atendimento para o público	14,3
Atendimento mais humano/ atencioso/ prestativo/ digno/ mais dedicado/ mais preocupado	14,3
Aumentar número de médicos/ mais médicos	13,1
Tornar desnecessário dormir na fila/ rapidez/ diminuir a espera para ser atendido	10,7
Tratar a saúde com eficiência/ mais competência/ resolver os problemas	8,3
Prioridade a população carente/ pessoas com menos recursos	6,0
Tratar a saúde como prioridade e não só fazer política	4,8
Ter várias/ todas especialidades no serviço público de saúde/ ortopedistas/ otorrinos/ fisioterapeutas/ psiquiatra	4,8
Rapidez/ diminuir prazo para marcação de consultas	4,8
Médico de plantão/ permanente	4,8
Aumentar número de postos/ mais postos	4,8
Aumentar disponibilidade/ número de vagas	4,8
Providenciar/ dar remédios	3,6
Atendimento mais completo com exames	3,6
Ter dentistas para atender nos postos	2,4
Para com atendimento pago na Santa Casa	2,4
Melhorar salários para médicos (profissionais públicos)	2,4
Maior responsabilidade/ ética dos médicos/ recebem e não comparecem	2,4
Asfaltar rua para acabar com poeira	2,4
Acabar com máfia de médicos	2,4
Tirar animais que infestam rua	1,2
Ter médicos de fora	1,2
Os médicos deveriam contribuir com uma parte do que ganham	1,2
Orientação e esclarecimentos para mães	1,2
Maior disposição de recursos	1,2
Atendimento/ postos em lugares distantes	1,2
Arrumar esgotos e águas paradas	1,2
Ambulância para emergência	1,2
Não tenho idéia/ não saberia dizer	11,9

Base* 84

* Total de respondentes

IV

- .Participação em reuniões sobre saúde
- .Opiniões relacionadas à Santa Casa
- .Referência de principal problema da cidade

Participou de alguma reunião? ... Qual

	Total %
Sim	17,9
Na escola	26,7
Em outra cidade	20,0
Grupo de mulheres na menopausa	13,3
Médico Unicamp sobre doenças venéreas	6,7
Acompanhamento de gestante	6,7
Organizo reunião no NAI	6,7
Palestras no Centro de Saúde	6,7
Funcionários das creches	6,7
Igreja	6,7
Não	81,0
Recusa	1,2

Base* 84

* Total de respondentes

Opiniões relacionadas à Santa Casa

	Total %
Falta de recursos/ carente tem problema de falta de dinheiro	39,3
Médicos diferenciam tratamento entre quem paga e quem não paga/ médicos forçam pagamento	31,0
Bom atendimento/ eficiente	28,6
Precisa de ajuda/ suporte/ dinheiro da comunidade	20,2
Atendimento ruim/ ineficiente	14,3
Único hospital filantrópico/ é importante/ útil em emergências	10,7
Ministério da Saúde desvia verbas/ recursos	3,6
PA é bom/ resolve/ ajuda	3,6
Responsabilidade do governo	3,6
Está reduzindo/ não está atendendo muito	2,4
Absurdo pedir ajuda na conta de água	2,4
Problema é administrativo/ desonestidade/ roubo	2,4
Não tenho confiança/ não é confiável	1,2
Melhor que serviço público	1,2
Falta remédio/ não dão remédios/ deveria ter remédio	1,2
PA é ruim/ moroso/ ineficiente	1,2
Não saberia dizer/ não tenho opinião	8,3

Base* 84

* Total de respondentes

Principal problema da cidade

	Total %
Comércio ruim/ fraco	29,8
Transporte ruim/ precário	27,4
Desemprego/ falta de serviço	16,7
Habitação/ programa para população carente	7,1
Trânsito ruim/ perigoso	4,8
Saúde/ serviços de saúde	3,6
Saneamento básico/ esgotos/ infraestrutura	3,6
Creche/ educação infantil	2,4
Sujeira/ sujeira nas ruas/ serviço de limpeza	2,4
Falta de prefeito	2,4
Asfalto	2,4
Violência	1,2
A Santa Casa	1,2
Não saberia dizer	15,5

Base* 84

* Total de respondentes

11. CONCLUSÃO

Este trabalho atendeu plenamente aos objetivos pré-determinados. Teve-se a oportunidade de exercer ricamente a prática acadêmica proposta ao se analisar o sistema de saúde do Município de Mococa dentro do cenário político e sócio-econômico em que a cidade está inserida.

Cabe ressaltar que ao longo deste trabalho, percebeu-se uma qualidade, nem sempre considerada neste moderno conceito de eficiência: **A qualidade da intenção.**

É na qualidade da intenção que se percebe a vontade em acertar e esta fica clara em vários momentos. Um deles, para este grupo o mais revelador, estava na grande expectativa demonstrada pela Prefeitura pelo resultado deste trabalho. Só aquele que quer acertar procura críticas de seu próprio desempenho. Para tanto a cidade foi colocada à disposição desta equipe de sanitaristas, que teve livre acesso a todo e qualquer tipo de documento, serviço, instituições pública ou privadas e até, a quem se agradece, às famílias mocoquenses que responderem a entrevista realizada.

Outro aspecto que claramente é fator determinante de qualidade na intenção é a verba destinada à saúde: 20% da receita do Município é direcionada ao setor que cobre 80% do valor gasto com a saúde. As instâncias estaduais e federais deveriam contribuir com repasse de verbas na evolução e consolidação do processo de municipalização, previsto por lei.

Uma outra dificuldade enfrentada neste processo de consolidação da municipalização é a resistência explícita à participação popular, pré-requisito determinante para implementação do SUS. A quebra desta resistência deveria se tornar tarefa primordial da atuação da atual administração municipal.

A participação popular pressupõe muitas vezes conflito. O consenso portanto, necessita da disposição para o diálogo e debate que não pode ser restrito aos membros do sistema de atendimento à saúde. A comunidade toda precisa discutir, opinar e optar, distinguindo as funções do executivo, da iniciativa privada e dos variados planos alternativos de assistência que operam neste âmbito.

Sem dúvida trata-se de tarefa difícil, que deve ser encarada como um desafio, até porque é a única alternativa para se partilhar responsabilidades e direitos.

É importante comentar a dificuldade em gerenciar pessoas, serviços, setores, isto é, os Recursos Humanos que, especificamente, na saúde são voltados ao atendimento de pessoas, seu público alvo. E uma aproximação mais efetiva com a população poderia melhorar o atendimento médico principalmente, uma vez que esta atuação carrega em si uma imagem negativa evidenciada nas entrevistas realizadas.

Finalmente a importante questão do gerenciamento dos serviços, vista como o principal problema do setor, torna-se a questão merecedora de maior investimento por parte da Prefeitura. Isto através do exercício de uma liderança clara, forte,

autêntica e pessoalmente comprometida que potencialize e valorize os trabalhadores da saúde, buscando sempre a melhoria do atendimento.

12. ANEXOS

12.1. Roteiro da Entrevista com as Entidades Civas

1- Identificação da empresa

Nome: _____

Área de atuação/ produção: _____

Local: _____

Número e perfil do quadro de funcionários: _____

Piso salarial da categoria: _____

Benefício oferecido aos funcionários: _____

2- Qual é o critério de seleção estabelecido para a contratação de funcionários? _____

3- Esta empresa possui ambulatório médico em suas dependências? Em caso afirmativo: explorar o horário de funcionamento, descrição da equipe/funções estabelecidas, característica do atendimento, tipo e média diária de consultas, etc.:

4- A empresa possui algum tipo de convênio de saúde? Se positivo descrever: _____

5- Esta empresa possui algum tipo de acompanhamento/avaliação médica de rotina? Como se dá? (admissional, demissional e periódicos): _____

6- Como se dá o controle de coberturas de vacinação/imunização? _____

7- Quais são os acidentes de trabalho mais frequentes?

8- É realizado Mapeamento de Risco? Como e por quem?

9- Esta empresa possui CIPA? Como funciona e como foi organizada? _____

12.2. Instrumento de Entrevista com a população

Nome do Entrevistador: _____

Bairro: _____

Rua: _____

Pessoa Entrevistada: _____

(mulher responsável pelo lar)

Apresentação:

Bom-dia/Boa-tarde

Meu nome é _____, sou da Faculdade de Saúde Pública da USP e estamos realizando um estudo sobre a saúde da cidade. A sua opinião é muito importante. (Garantir sigilo)

1. Quando alguém fica doente , ou tem algum problema de saúde, que tipo de serviço (ou ajuda) você procura? _____

2. Alguém nesta casa precisou de algum atendimento de saúde nos últimos 3 meses? _____

3. Como foi o atendimento ? (explorar a primeira verbalização. Se positiva após exploração perguntar...) _____

...e aconteceu alguma coisa que não a agradou ? _____

(se a percepção for negativa perguntar:...)

...o que te agradou no atendimento ? _____

Obs: Lembrar de explorar questões como: resolutividade, fornecimento de medicação , retorno, tipo de atendimento etc.

4. De 0 a 10 , que nota você daria ao atendimento recebido? Por quê ? _____

5. Há alguém doente na casa hoje ? (explorar percepção de doença, motivo atribuído à doença etc) _____

6. Qual a sua sugestão para melhorar a situação da saúde desta comunidade? (explorar conceito de saúde/saneamento básico/saúde bucal) _____

7- Você já participou de alguma reunião sobre saúde?

Sim () Não ()

Caso positivo, explorar : quando, onde, sobre que assunto. _____

8- Na sua opinião , qual o principal problema da cidade?

9- De 0 a 10 , que nota você daria à atual Prefeitura?

Justifique sua nota _____

10- Qual a sua opinião com relação à Santa Casa ? _____

13. BIBLIOGRAFIA

- BERQUÓ, E.S. et al. Bioestatística. São Paulo, EPU, 1981, 1ª ed.
- BOLETIM INFORMATIVO DO SUS-RECURSOS HUMANOS. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. LEIS, ETC. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- _____. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1991, 2ª ed.
- _____. Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 33, de 23.12.1992. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.
- BUSS, P.M. & LABRA, M.E. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/FIOCRUZ, 1995.
- CARVALHO, G.I. & SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo, Hucitec, 1992.
- CETESB. Relatório para estabelecimento de fatores de emissão: indústrias de laticínios e produtos derivados. São Paulo, agosto/79. p.17.

_____. São Paulo-1992: perfil e estratégias. São Paulo, agosto/91. p.18-32.

_____. Relatório de qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo. São Paulo, 1994. p.243-245.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE. Resolução nº 001, de 23.01.1986. p.26.

ENCICLOPÉDIA NOSSO SÉCULO. São Paulo, Ed.Abril, 1987. Vols. 3-4.

FIORI, J.L. Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. Brasília, OPAS/OMS, 1991. [mimeo]

FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico: dados distritais. Rio de Janeiro, 1982. Vol.1, T.3, N.17. (IX Recenseamento Geral do Brasil, 1980).

_____. Censo demográfico: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 1994. n.21 (X Recenseamento Geral do Brasil)

HEIMANN, L.S. et al. O município e a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.

HOLANDA, S.B. et al. História do Brasil: da Independência aos nossos dias. São Paulo, Cia.Ed.Nacional, 1975. 3° ed.
(Col. Sérgio Buarque de Holanda, 2)

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, 1993.

LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. São Paulo, EPU/EDUSP, 1985.

MENDES, E.V. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avançando para a municipalização plena na Saúde: o que cabe ao Município. Brasília, Ministério da Saúde, 1994. (SUS-Sistema Único de Saúde)

_____. Conselho de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização. Brasília, Ministério da Saúde, s.d.

PALADINI, C.A. Assim nasceu Mococa. São Paulo, Ed.Alfa-Omega, 1995.

PHILIPPI JR., A. (Org.). Saneamento do meio. São Paulo, FUNDACENTRO, 1988.

REDE CEDROS. GT SAÚDE BUCAL EM SILOS. O que fazer nos municípios? Cadernos de Saúde Bucal, 1. Rio de Janeiro, Cedros, 1992. 19p.

SEBRAE. Diagnóstico municipal: Mococa. São Paulo, SEBRAE, 1995.

SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE. Região Sudeste: perfil ambiental. São Paulo, Secretaria de Estado do Meio Ambiente, 1992.