

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO

DO TRABALHO DE
CAMPO
MULTIPROFISSIONAL

— 1993 —

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

ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE ITATIBA

Relatório apresentado à Comissão Organizadora do Trabalho de Campo Multiprofissional, para cumprir exigência no Currículo do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

São Paulo

1993

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

Não há exemplares para distribuição

"As idéias nada podem realizar. Para realizá-las são necessários homens que ponham a funcionar uma força prática".

Karl Marx

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Aluísio Afonso Filho	Biólogo
Ana Maria Ianni P. de Castro	Matemático
André Luis Torres da Silva	Cirurgião-Dentista
Carmem Silvia Carmona de Azevedo	Médica-Veterinária
Cássio Renato M. de Lima	Médico
Cristina Kazuko Y. Bruschi	Enfermeira
Lucimeire de S. Magalhães Brockveld	Cirurgiã-Dentista
Maria Eunice M. Felix Palmeira	Administradora
Maria Manuela Di Girolamo	Enfermeira
Neide Santiago de F. Aurélio	Médica
Roberta Asam Penha	Assistente Social
Rosane Aparecida Toquete	Psicóloga

ORIENTADOR: Prof. Dr. Délsio Natal

COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

Presidente:

Prof^a Dr^a Eunice Aparecida Bianchi Galati

Membros:

Prof^a Dr^a Sandra Maria Ottati de Oliveira Nitrini

Prof. Dr. Antonio Galvão Fortuna Rosa

Assistente José Cavalcante de Queiroz

Assistente Claudio Gastão Junqueira de Castro

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos à atenção e colaboração recebidas quando da pesquisa de campo levada a efeito no Município de Itatiba, em novembro de 1993, em especial:

- Sr. José Roberto Fumachi - Prefeito Municipal
- Dr. João Batista Chaves - Secretario da Saúde e Promoção Social
- Dr. Alexandre Augusto Redondano - Diretor de Saúde Pública
- Sr. Salim Andraus Júnior - Secretario da Educação
- Secretária da Promoção Social
- Escola Canarinho
- Equipes de Acidentes do Trabalho do INSS, SSPS e DRT
- Funcionários da Santa Casa e Hospital Regional
- Coordenadores de Programa e demais funcionários da Prefeitura Municipal
- Sr^a Maria Inês Factori de Azevedo - Secretária da Secretaria Municipal de Saúde
- Sr. Gentil de Oliveira Ramalho - motorista que nos acompanhou durante nossa estadia no Município.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública: Edméia Rita Temporini Nastari, Maria Lúcia de M. S. Soboll, Vera Anna Hofmeister, pela assessoria dispensada ao grupo durante levamento e análise dos dados.

Agradecemos especialmente ao Prof. Dr. Délsio Natal, nosso orientador, por sua integração à equipe, por sua paciência e eficiência e pelo estímulo proporcionado para que pudéssemos nos desenvolver como um grupo.

A Elaine Cristina B. de Oliveira pela dedicação na digitação e montagem final do trabalho.

E, ainda àqueles que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	009
2. METODOLOGIA	012
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	018
3.1 Histórico	018
3.2 Situação Geográfica	019
3.3 Situação Demográfica	020
3.4 Indicadores de Nível de Vida	024
3.5 Indicadores de Saúde	035
3.6 Saneamento do Meio	047
4. MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO MUN. DE ITATIBA	069
4.1 Histórico da Saúde no Brasil	060
4.2 Sistema Único de Saúde	077
4.3 Municipalização	081
4.4 Organização Administrativa e Gestão de Rec. Humanos	090
4.5 Organização dos Serviços de Saúde de Itatiba	098
4.5.1 Saúde Bucal	100
4.5.2 Saúde Mental	104
4.5.3 Saúde do Trabalhador	109
4.5.4 Saúde da Mulher e da Criança	134
4.5.5 Saúde do Adolescente	139
4.5.6 Programa de AIDS	141
4.5.7 Vigilância Sanitária	143
4.5.8 Vigilância Epidemiológica	148
4.6 Gestão Orçamentária e Financeira	151

4.7 Sistemas de Informação	172
4.8 Conselho de Saúde	182
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
6. BIBLIOGRAFIA	192

ANEXOS:

- A.1 - Divisão administrativa do governo e Município
- A.2 - Pirâmide etária do Município de Itatiba (1980 e 1991)
- A.3 - Sistema de Abastecimento de Água
- A.4 - Organograma do Município
- A.5 - Demonstrativo das despesas realizadas e repasse do governo de janeiro a outubro de 1993 ao Município de Itatiba no Setor Saúde.
- A.6 - Roteiro para estimativa rápida
- A.7 - Roteiros de entrevistas

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) é a aplicação dos conhecimentos adquiridos no transcorrer do Curso de Especialização em Saúde Pública, oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1993, possibilitando efetuar a sua conclusão.

Tem a intenção de realizar um estudo do Sistema Único de Saúde na cidade de Itatiba através da análise das políticas locais de saúde, tendo como premissa a Regionalização e a Municipalização preconizados na nova Constituição e na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Convém salientar que o presente trabalho, faz um relato do panorama histórico do Município de Itatiba, abordando aspectos econômicos, sociais e políticos, desde seus primórdios até o momento atual, bem como descreve o perfil epidemiológico da cidade, analisando a implantação do Sistema Municipal de Saúde que vem ocorrendo com ritmo e feições próprias no Município, num processo árduo e complexo.

Há também ênfase nas leis, diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde, bem como um breve histórico da Saúde no Brasil, como referencial teórico importante para nortear a metodologia e os objetivos propostos.

É, acima de tudo, resultado da troca de experiências profissionais e da soma dos conhecimentos específicos nas áreas temáticas:

- Educação em Saúde Pública;
- Epidemiologia;
- Gerenciamentos dos Serviços de Saúde;
- Odontologia
- Saúde Mental

Diante deste contexto, o exercício do trabalho em equipe, onde se reúnem atores de diferentes formações, idéias e bagagem teórico-prática, torna-se difícil e complexo, porém, ao mesmo tempo é enriquecedor no sentido em que aumenta nossa percepção global, levando à um fim comum, ao seja, a construção, a elaboração e reelaboração do conhecimento na área da Saúde Pública.

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Objetivos Gerais

. Descrever e analisar o Sistema de Saúde no Município de Itatiba, considerando a Regionalização e Municipalização dos serviços e políticas locais.

Objetivos Específicos

- . Caracterizar o município, abordando aspectos históricos, econômicos, sociais e de saúde.
- . Descrever e comentar aspectos relacionados à saúde do trabalhador.
- . Descrever e comentar aspectos relacionados ao meio ambiente.
- . Situar o município dentro da proposta da Norma Operacional Básica nº 01/93, que dispõe sobre a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (M. S.- D.O.U. 24/05/93).

2. METODOLOGIA

Para elaboração do presente trabalho, foram coletadas informações nas mais diversas fontes para uma avaliação do Sistema de Saúde no processo de Municipalização em Itatiba.

Optamos por uma análise qualitativa da situação de saúde e das políticas de saúde no Município que resultou das etapas de planejamento:

1. Preliminar de 04 a 19/11/93

- Definição da metodologia e escolha dos objetivos do trabalho, realizado através de reuniões de equipe com o professor/supervisor do trabalho.
- Ênfase nas leis diretrizes e princípios que regem os SUS, com referencial, teórico, para nortear os objetivos propostos.
- Levantamento de informações que permitissem caracterizar o Município em termos sócio-econômicos, demográficos e epidemiológicos.
- Análise das informações fornecidas pelo IBGE, SEADE, SES/CIS, CETESB, SABESP, Secretaria da Saúde e Promoção Social do Município de Itatiba.

- Entrevista com o Secretário e com o Diretor da Saúde do Município, onde foram abordados aspectos relativos à saúde e operacionalização da semana de trabalho de campo no Município.

A partir da caracterização do Município foi solicitado à Secretaria de Saúde o agendamento dos setores que poderiam fornecer subsídios para a análise que o estudo preliminar não permitiu constatar.

2. Trabalho de Campo

de 20 a 26/11/93

Realização do Trabalho de Campo na cidade de Itatiba que obedeceu a um programa de atendimento envolvendo visitas nos diversos setores. A Equipe do TCM dividiu-se em sub-grupos que foram destinados a visitas diferentes em cada dia da semana.

Para análise qualitativa da situação de saúde e suas políticas no Município, utilizamos estimativa rápida aplicada a informantes-chaves e entrevistas semi-estruturadas com roteiros diferenciados que foram complementados no momento, na medida da necessidade do contexto (Anexos A.6 e A.7).

As entrevistas foram estruturadas tendo como variáveis a organização do SUS (Hierarquização, Regionalização, Resolubilidade, Referência e Contra-Referência e outros), levando-se em consideração:

- Municipalização da Saúde;
- Administração de Serviços;
- Indicadores de Saúde
- Indicadores do Nível de Vida
- Participação Popular.

Os roteiros de entrevista constam do Anexo (A.5). Algumas entrevistas foram improvisadas de acordo com a necessidade de abordar os componentes que direta ou indiretamente interferem no Sistema de Saúde local.

Alguns dados se fizeram necessários, o levantamento quantitativo e em seguida qualitativo dada a característica específica.

Foram entrevistados e/ou visitados para compor esta análise:

2.1 Entrevistas

2.1.1 Autoridades

- . Prefeito
- . Secretário da Saúde
- . Secretário da Educação
- . Diretor de Saúde
- . Diretor da Promoção Social

- . Coordenador da Saúde do Trabalhador
- . Coordenadores de Programas
- . Delegado

2.1.2 Representantes

- . Associações de Bairro
(Parque São Francisco, Jardim das Nações,
Jardim Esplanada, Harmonia, Nosso Teto)
- . Associações Populares
(sem teto)
- . Hospitais
(Santa Casa de Misericórdia e Hospital Regional)
- . Organização Partidária
- . População
dos bairros(Jardim Esplanada, Galetto, Jardim
das Nações, Parque São Francisco, Tapera Grande)e
trabalhadores na saída da Fábrica de Palitos
(Rela S/A) significativa em acidentes do
trabalho.
- . Sindicatos
(Têxteis, Moveleiro, Agricultores, Professores da
Rede Municipal)
- . Professores e Funcionários da Saúde.

2.2 Visitas

2.2.1 Institucionais

Câmara Municipal

Creches

Centros de Saúde

Delegacia da Mulher

DRT

Escolas

INSS

SABESP

Vara do Menor e Adolescente

2.2.2 Fábricas

Empresas de Móveis

Fibralin

Pabreu

Scavone

2.2.3 Outros locais

Confluência do Rio Jacaré com Rio Atibaia

Aterro Sanitário

Matadouro

Olaria

ANÁLISE

A análise das entrevistas e/ou visitas baseou-se na avaliação qualitativa de cada componente da equipe multiprofissional, no cruzamento destas informações e no consenso da equipe com os diferentes enfoques, sempre baseados nos princípios preconizados pelo capítulo de Saúde na Constituição Federal/88.

Exceção feita aos dados da saúde do Trabalhador que exigiu quantificar os dados para sua caracterização.

A partir desta avaliação foi possível constatar como está ocorrendo o processo de municipalização da saúde em Itatiba.

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

3.1. HISTÓRICO

Por volta de 1805, correntes migratórias procedentes de Atibaia e Jundiaí, atraídas pela então fertilidade do solo, constituíram uma pequena população cujos primeiros habitantes foram José Pereira, Joaquim de Moraes, João de Assumpção e Antonio Rodrigues da Silva, cognominado " o Sargentão ". Este venerava em sua casa a imagem de nossa Senhora de Belém, em honra da qual se erigiu em 1814, a primeira capela da região.

Este núcleo populacional elevou-se a Freguesia pelo decreto de 9.11.1830 e à vila, com o nome de Belém de Jundiaí, pela Lei nº 2 de 20.02.1857, e à cidade, ainda sob a mesma denominação pela Lei nº 18, de 16.03.1876 .O município foi instalado em 12.11.1887, sendo neste dia, comemorado o "Dia do Município ", em lembrança a primeira sessão do Legislativo.

A Comarca de Itatiba foi criada pela Lei nº 10, de 07.02.1857, e instalada à 03.02.1890, abrangendo atualmente de Itatiba e Morungaba.

A Lei nº 37, de maio de 1897, deu à cidade a atual denominação de ITATIBA, vocábulo de origem tupi que significa "muita pedra".

3.2 SITUAÇÃO GEOGRÁFICA

O município de Itatiba pertence à região Administrativa de Campinas - região com maior crescimento do Estado de São Paulo nos anos 80, e Região de Governo de Jundiaí - Ersa 42. (ANEXO 1)

Apresenta área de 325 quilômetros quadrados, e limita-se ao Norte pelo Município de Morungaba, ao Sul Jundiaí, a Sudoeste, Louveira e Vinhedo, a Oeste, Valinhos, e a Leste, e a Sudeste, Jarinú.

Dista da Capital do Estado de São Paulo 80 quilômetros, sendo o acesso feito pelas Vias Anhanguera ou Bandeirantes, Via Jundiaí SP - 360. Está à 26 Km de Campinas pela Rodovia Dom Pedro I, e à 22 Km de Jundiaí pela SP-360. A duplicação da Rodovia Dom Pedro I facilitou e tornou mais seguro o acesso à este município.

Localiza-se à $523^{\circ} 01'00''$ de latitude e WGR $46^{\circ} 50'00''$ de longitude a uma altitude de 760 metros apresentando temperatura entre 18° e 25° , sendo o solo aproximadamente massapé.

Sua principal elevação é a Serra da Jurema. Os principais cursos d'água são os rios Ribeirão Jacaré e Atibaia.

O Rio Atibaia apresenta sua nascente no Município de Piracaia, e foz na formação do Rio Piracicaba. É classificado, segundo a resolução CONAMA, nº 20/86, como tipo 2, ou seja, são águas destinadas:

- a) ao abastecimento doméstico;
- b) à proteção das comunidade aquáticas;
- c) à recreação de contato primário (esqui-aquático, natação, mergulho);
- d) à irrigação de hortaliças e plantas frutíferas;
- e) à criação natural e/ou intensiva (aquicultura) de espécies destinadas à alimentação humana.

Quanto às terras, tem como características dominantes terras planas de solos arenosos com seríssimos problemas de fertilidade. Em relação à aptidão agrícola, são terras marginais para cultura devido à baixa fertilidade. As principais culturas para consumo interno são: batata inglesa, milho, uva, café, feijão, arroz e hortaliças. Quanto à pecuária há rebanhos bovinos, suínos e equinos.

3. SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA

A população de Itatiba, segundo o censo do IBGE de 1991, era de 61587 habitantes, sendo a taxa anual de crescimento 3,91 de 1970 a 1980, e de 3,62 de 1980 a 1991, mostrando uma diminuição de 7,45% no último período. Os

dados da população residente no período de 1970 a 1991, são demonstrados na tabela 1

Tabela 1: Distribuição do número segundo população residente, no Município de Itatiba nos anos de 1970, 1980 e 1991

ANO	POPULAÇÃO RESIDENTE
1970	28.376
1980	41.631
1991	61.577

Fonte: SEADE, 1992.

Os componentes do crescimento populacional, entre os anos de 1970 e 1991, estão descritos na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição do número dos componentes de crescimento populacional, no Município de Itatiba, nos anos de 1970 a 1991.

ANO	COMPONENTES		
	Saldo Vegetativo	Saldo migratório	Crescimento populacional
1970-1980	6.059	7.196	13.255
1980-1991	10.178	9.778	19.956

Fonte: SEADE, 1992

Os dados da tabela 2 mostram que houve um acréscimo de 68,0% no saldo vegetativo nos anos observados, enquanto que no saldo migratório este aumento foi de 35,9%.

A densidade demográfica do Município aumentou de 128,1 em 1980 para 189,5 em 1991. Esta população distribuiu-se desigualmente, estando 87,7% na área urbana e 12,3% na área rural, apresentando taxa de urbanização semelhante a do Estado de São Paulo, ou seja, na faixa de 80 a 90%.

A tabela 3, representa a distribuição populacional por sexo, mostrando uma ligeira predominância da população

masculina, sendo a razão de masculinidade de 103,76 em 1980 e 102,56 em 1991.

Tabela 3: Distribuição do nº e frequência da população, segundo sexo, no município de Itatiba, nos anos de 1980 e 1991

Ano	mulheres		homens		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1980	20.431	49,0	21.200	51,0	41.631	100,0
1991	30.404	49,4	31,183	50,6	61.587	100,0

Fonte: SEADE

PIRÂMIDE ETÁRIA

A pirâmide etária do Município de Itatiba em 1980 (Anexo 2), pode ser classificada como Tipo 1 de Thompson, apresentando base alargada, com 10,8% da população com menos de 10 anos, com diminuição das barras seguintes, demonstrando elevados coeficientes de natalidade e mortalidade infantil. A população acima de 60 anos é 7,1%, sendo 3,7% de mulheres e 3,4% de homens, sendo a razão de dependência alta.

Já a pirâmide etária do Município em 1991 (Anexo 2), pode ser classificada como transição do Tipo 1 para o Tipo 3 de Thompson, onde se observa um estreitamento da base quando comparada com a anterior, com 9,4% da população com menos de 10 anos demonstrando diminuição da natalidade e mortalidade infantil. Observa-se ainda um alargamento da barra dos 20-30 anos e alargamento do ápice, com 8,6% da população acima de 60 anos, o que demonstra provável melhora do nível de saúde, fazendo com que aumente a idade média da população, e diminua a razão de dependência.

3.4. INDICADORES DO NÍVEL DE VIDA

3.4.1. INFRA ESTRUTURA

O município é servido pela SABESP e apresenta índices elevados de atendimento, tanto domiciliar como industrial (Água: 16.500 economias e Esgotos: 95%). Não possui Estação de Tratamento de Esgotos.

A energia é fornecida pela CPFL (Companhia Paulista de Força e Luz), contando com 18.573 ligações elétricas.

A limpeza pública é realizada pela prefeitura e supre as necessidades dos diferentes bairros, com coleta realizada em dias alternados.

Segundo a população, o transporte inter-municipal e transporte coletivo urbano são suficientes para atender as necessidades, contando com uma estação rodoviária.

Os serviços de saúde são compostos por: 01 ambulatório central de saúde - INAMPS municipalizado; 01 centro de saúde II - unidade do estado municipalizada; 07 unidades básicas de saúde; Santa Casa de Misericórdia; Hospital Regional; 02 laboratórios de análises; 01 clínica de fisioterapia e reabilitação; 02 sindicatos (rural e têxtil) e 01 serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (APAE). Esses sindicatos contribuem de maneira inexpressiva no atendimento à saúde.

A estrutura da Secretaria de Educação, Cultura, Esporte e Lazer conta com 19 escolas estaduais de 1º grau, 04 escolas de 2º grau, SENAI, Escola de Educação Especial Professor Neyde Carvalho dos Santos Silva (antiga APAE), 19 EMEIS e 3 creches, estas últimas ligadas também a Secretaria da Promoção Social, sendo insuficientes para a demanda existente.

A rede de 2º grau possui cursos profissionalizantes como: magistério, contabilidade, enfermagem, secretariado, eletrônica e auxiliar de enfermagem. Com poucas vagas, preenchidas na sua maioria, por pessoas de baixa renda.

As escolas particulares são: Escola Canarinho, Pequeno Príncipe, Colégio Cidade de Itatiba (Objetivo) e outras dedicadas a Educação Infantil.

A Universidade de São Francisco possui os cursos de Engenharia, Filosofia, Ciências e Letras e Psicologia, sendo que apenas 5% dos alunos que completam o 2º grau prestam vestibular.

Segundo o secretário da educação, o número de escolas de 1º grau atende satisfatoriamente a demanda.

Não há dados concretos sobre a evasão escolar, sendo maior no bairro de São Francisco.

Também não há dados sobre o número de analfabetos. A prefeitura mantém 16 classes de alfabetização para adultos, embora não haja uma capacitação especial para professores. Existe grande rotatividade nestas classes, sendo que os alunos em sua maioria são migrantes.

Tabela 4: Distribuição do nº e porcentagem de alunos matriculados em escolas no Município de Itatiba, ano 1993

Modalidades	nº	%
Pré escola	1.746	8,0
1º grau	13.604	62,2
2º grau simples	828	3,8
Profissionalizante	2.400	11,0
Superior	3.046	13,9
Educação Especial	250	1,1
Total	21.874	100,0

Fonte: Secretaria da Educação, Cultura, Esporte e Lazer - Itatiba, 1993.

No que se refere à moradia, a cidade possui desde condomínios fechados de alto padrão a núcleos de habitação popular. A maioria das casas são de alvenaria, auto-construídas. A população adquire terrenos em parcelas e, quando necessário, a Prefeitura ajuda na elaboração de planta para construção de casa.

Há uma preocupação da administração em não permitir a construção de barracos de madeira, embora no bairro do Galetto esse tipo de construção seja encontrado.

Na área de Segurança Pública, o município possui três delegacias, sendo uma central e Cadeia Pública, que funciona 24 hs diárias, com atualmente 50 detentos; uma no Parque Municipal Antonio Ferraz Costa que serve de referência aos bairros vizinhos e a Delegacia da Mulher, em funcionamento desde dezembro/92. Está sendo construído um posto policial no bairro São Francisco, devido aos problemas apresentados por este.

Em outubro de 1993, foram registrados 124 boletins de ocorrência na Delegacia Central, sendo que 21,7% por furto e 14,5% por acidente de trânsito. Problemas com porte e consumo de drogas têm aumentado muito ultimamente. Segundo o escrivão de polícia desta delegacia, 70% da ocorrências são com migrantes.

Na Delegacia da Mulher as queixas mais frequentes são crime contra a honra e os costumes e atentado violento ao pudor, sendo que em 90% o fator precipitante é discussão doméstica, provocada pelo marido ou companheiro alcoolizado.

No setor de Assistência Social, o município conta com a Secretaria de Promoção, que realiza trabalhos conjuntos com a Secretaria de Saúde.

A Promoção, através do Serviço Social, em 1993 começou a estruturar suas atividades, uma vez que não havia sistematização ou algum programa escrito anteriormente.

O Serviço Social tem a proposta de trabalhar, através dos centros comunitários dos bairros, com a distribuição de benefícios às famílias carentes cadastradas. Para o diagnóstico social, estão sendo feitas visitas a essas famílias, com 1600 cadastradas.

Outro trabalho realizado é o plantão social, com o programa de planta popular e atendimento a famílias que necessitam de condução para realizar mudança dentro do município.

Na saúde, o Serviço Social realiza plantão para distribuição de medicamento (para famílias com renda inferior a 03 salários mínimos), transporte para tratamentos de saúde em outros municípios e distribuição de leite.

3.4.2. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL

A economia do município de Itatiba é voltada principalmente à indústria e comércio de móveis, embora também seja de destaque a agricultura e indústria têxtil.

Seu comércio é constituído por aproximadamente 900 estabelecimentos e sua indústria, por aproximadamente 140 unidades.

Suas principais indústrias são: Valeo Térmico (Radiadores de veículos); Valeo Climatização (condicionadores de ar); Colorobbia Brasileira (produtos para indústria cerâmica); Thalassa (silicone); AMP do Brasil (conectores elétricos para veículos); Textil Elizabeth (têxtil); PABREU (têxtil); SCAVONE (têxtil); ARTIVINCO (cartonagem, embalagem); TIMAVO do Brasil (acabamento têxtil); Palitos Gina (artefatos de madeira, palitos para dentes, sorvetes, etc); Fibralin (têxtil).

Itatiba conta, ainda, com 11 agências bancárias e na agricultura destacam-se as culturas de café e da uva.

Segundo entrevistas realizadas com moradores dos bairros periféricos (Parque São Francisco, Jd. das Nações, Jd. Esplanada, Tapera Grande e Galetto) e integrantes das associações de moradores, a grande maioria da população está inserida no mercado de trabalho formal sem registro em carteira ou no mercado informal. Segundo moradora do Jd. das Nações, isto ocorre porque "não tem emprego para todo mundo".

Os homens trabalham na agricultura (boia-fria, colonos ou meeiros), nas empresas, na construção civil, etc. As mulheres trabalham como domésticas, costureiras, cabelereiras, na roça e em empresas.

Algumas crianças já começam a trabalhar com 12 anos de idade (guardinha, ajudante em supermercado, doméstica, ajudante de pedreiro), para "ficar fora da rua e ajudar em casa", uma vez que a renda familiar na maioria das vezes é inferior a 03 salários mínimos e não existem espaços de lazer ou cultura onde possam desenvolver atividades.

No mercado formal podemos encontrar essas crianças trabalhando no abatedouro de aves (situado no Parque São Francisco) e na Empresa de Palitos Gina (A.Rela). Onde são verificados vários acidentes de trabalho, como o descrito no capítulo sobre Saúde do Trabalhador.

Como as creches são insuficientes e, para complementar a renda familiar, a mulher se vê obrigada a trabalhar, muitas crianças ficam em casa, onde as mais velhas tomam conta das mais novas, surgindo problemas como drogas e álcool entre os jovens. Associando-se ao álcool, há violência, particularmente no Bairro São Francisco.

O problema do alcoolismo foi citado diversas vezes pelos representantes da população e usuários dos serviços de

saúde, funcionários e representantes da administração. Pudemos constatar que em todos os bairros visitados, os bares tem um "papel" importante, aglutinando adultos e crianças, principalmente desempregados.

No município, geralmente há duas famílias morando numa mesma casa. Cada família composta por sete membros, com 3 a 4 crianças. Contando com alto contingente migratório, proveniente do Paraná e sul de Minas, principalmente.

De acordo com a preocupação do prefeito e secretário de saúde em relação aos "Bolsões de Pobreza" e a fome no Município, decidimos dar um enfoque maior nesses aspectos quando entrevistamos a população dos bairros. Porém, pudemos observar que Itatiba não pode ser considerada uma cidade pobre frente a realidade de outros Municípios. Apresenta uma população carente, de baixa renda porém não miserável.

Não detectamos "Bolsões de Pobreza" e sim focos disseminados por todo o Município. Por exemplo, na região central, na Av. da Saudade em frente à Santa Casa encontramos um cortiço no bairro Galetto encontramos barracos de madeira. Assim como, nas olarias uma situação **subhumana** de vida.

Na olaria visitada, os trabalhadores não são registrados, vivendo num sistema de semi-escravidão. Com aproximadamente onze famílias, distribuídas em quatro barracões, sem água. Existe um banheiro ("casinha") sem teto, sem porta, fonte de infecções. Há um tanque, onde a roupa e utensílios de cozinha de todas as famílias são misturados e lavados. Não há lugar específico para banho. São 25 crianças que vivem neste local, só duas vão para a escola, uma vez que esta é distante da olaria. Quando a população adoecer procura o Hospital Regional ou Santa Casa, uma vez que não tem nenhuma Unidade Básica de Saúde perto. Segundo o depoimento dos empregados esse quadro se repete em todas as olarias da região.

No setor cultural, a cidade conta com a Biblioteca Municipal "Chico Leme", coordenadoria de Cultura da Prefeitura e estabelecimentos de ensino de primeiro, segundo grau e, Universidade São Francisco.

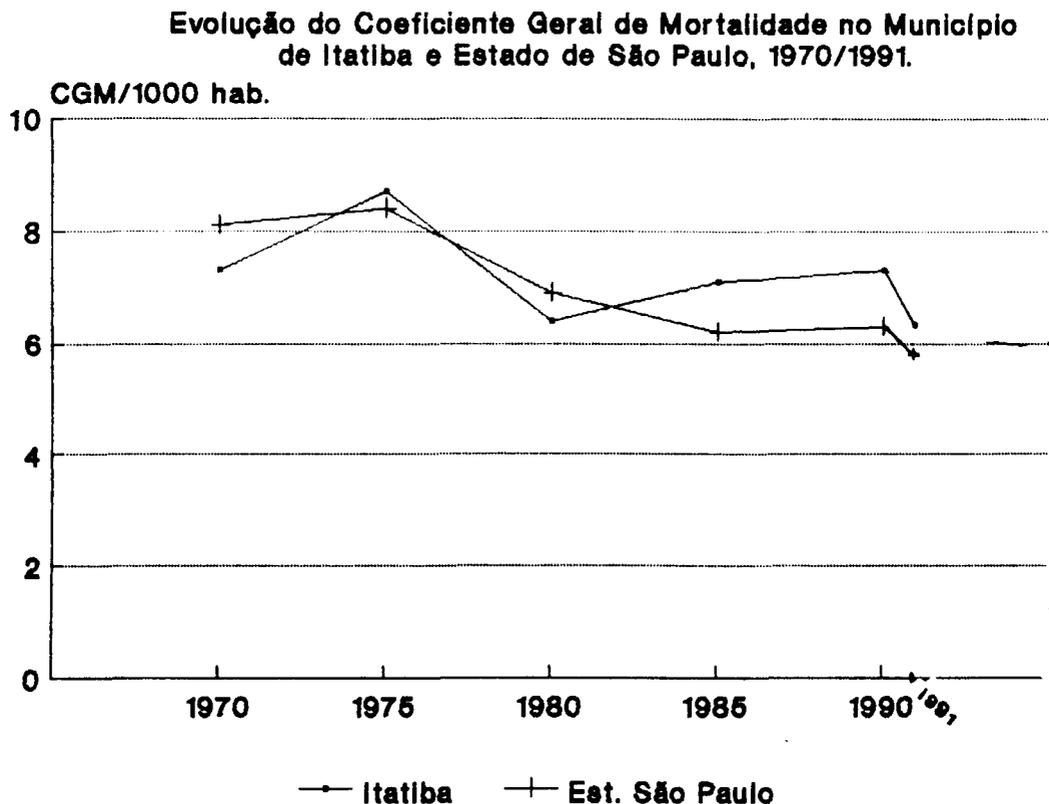
O setor de esporte e recreação é coordenado pelo SETUR - Serviços de Esportes Turismo e Recreação e as principais associações esportivas e recreativas locais são: Grêmio Cívico e Recreativo Itatibense, Itatiba Esporte Club, Sociedade Esportiva Bandeirantes, Rosita Futebol Clube, Associação Itatibense da Saudade, Operários Futebol Clube, São João Futebol Clube, Futebol Clube do Porto e outros.

Os eventos populares, religiosos, culturais e cívicos mais expressivos da localidade são a Festa da Padroeira, Festival de Outono, comemorações juninas, Carnaval de rua, desfile de 07 de Setembro, Festa do Peão de Boiadeiro, Festa do Dia do Município, Feira de Artesanato e FEIMOC - Feira do Móvel Colonial.

3.5 INDICADORES DE SAÚDE

3.5.1 - COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE

Gráfico 1



Fonte: Fundação SEADE

O Coeficiente Geral de Mortalidade diz respeito a todos os óbitos ocorridos em determinada área e período de tempo, sem especificação de causa, sexo ou idade.

A Mortalidade Geral, isto é, o seu coeficiente não serve para análises específicas para causas. É de se notar, porém, que uma variação brusca na tendência pode sugerir

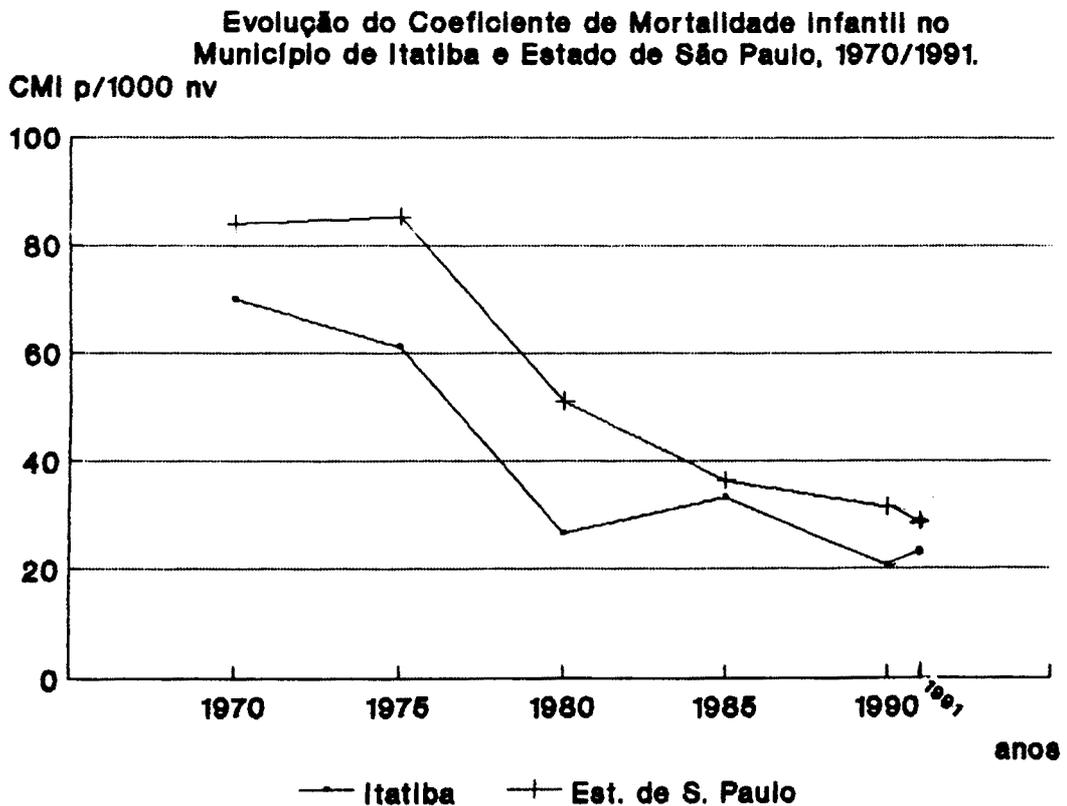
algumas mudanças de comportamento de alguma causa ou grupo de causas.

Segundo o gráfico 1, no Município de Itatiba houve um pequeno aumento do Coeficiente Geral de Mortalidade, entre 1980 e 1990, sofrendo um decréscimo no período de 1990 a 1991.

O Coeficiente Geral de Mortalidade do Município de Itatiba para o período de 1970-1991, apresenta comportamento semelhante ao Estado de São Paulo.

3.5.2 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES

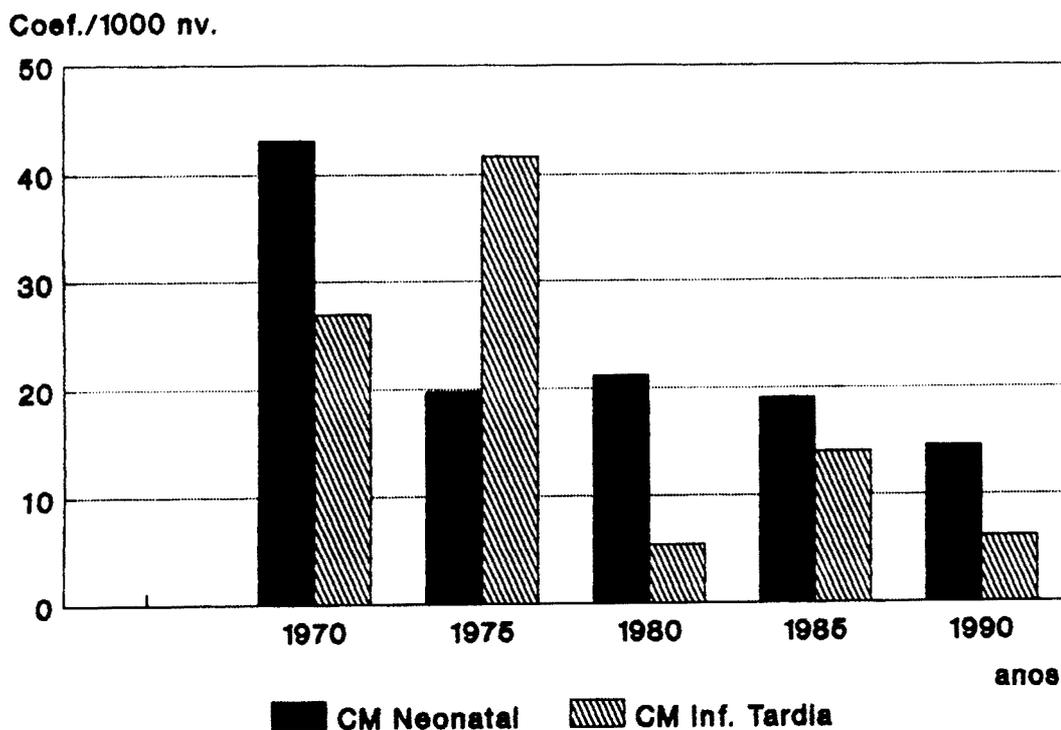
Gráfico 2



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 3

Evolução do Coeficiente de Mortalidade Neonatal e Infantil Tardia no Município de Itatiba, 1970/1990.



Fonte: Fundação SEADE

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é bastante utilizado em Saúde Pública, pois é considerado um dos melhores indicadores de saúde. Áreas desenvolvidas apresentam mortalidade infantil baixa, podendo-se citar, entre outras, alguns países Europeus onde já foram atingidos valores em torno de 6 a 10 por mil nascidos vivos.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil, por si só, da mesma maneira que o Coeficiente de Mortalidade Geral, não seria de grande utilidade do ponto de vista epidemiológico, pois variações de sua magnitude implicariam uma atuação de várias causas de morte.

Segundo o Gráfico 2, o Coeficiente de Mortalidade Infantil, do Município de Itatiba no período de 1970 a 1991 vem sofrendo uma redução, acompanhando a tendência do Estado de São Paulo.

Pode-se dizer que as condições de saúde do Município vem melhorando.

A Mortalidade Infantil é, por definição, composta de duas partes: Mortalidade Neonatal e Mortalidade Infantil Tardia.

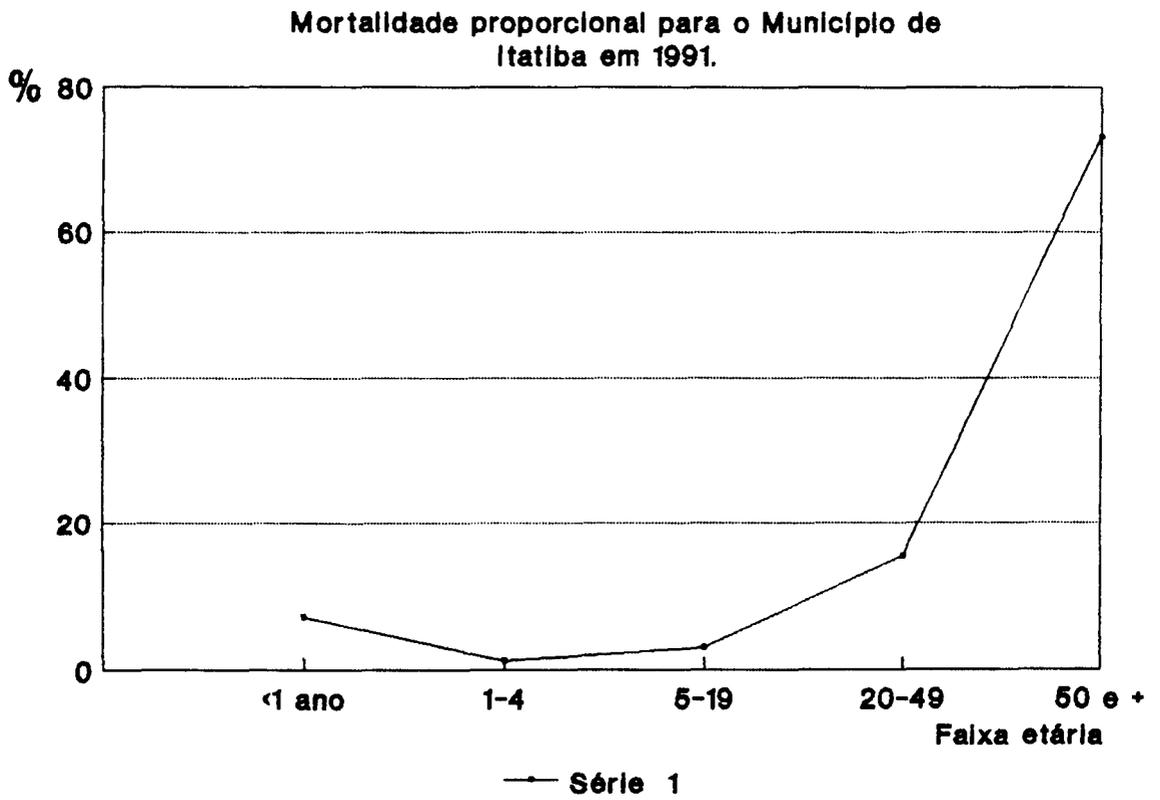
A razão dessa divisão arbitrária prende-se ao fato de que, nas primeiras semanas de vida, as causas mais freqüentes de morte são aquelas não dependentes do meio ambiente, mas, antes, a problemas maternos ligados à gestação e ao parto e a problemas de desenvolvimento fetal.

Por outro lado, a Mortalidade Infantil Tardia está ligada a fatores ambientais como doenças infecciosas e desnutrição.

No Município de Itatiba, conforme o gráfico 3, verifica-se que a queda da Mortalidade Infantil desde a década de 80, deve-se principalmente à diminuição da Mortalidade Infantil Tardia, sugerindo que houve melhora do saneamento básico. Verifica-se maior peso da Mortalidade Neonatal. Porém, há necessidade de melhorar as condições pré-natais, assistência ao parto e perinatais.

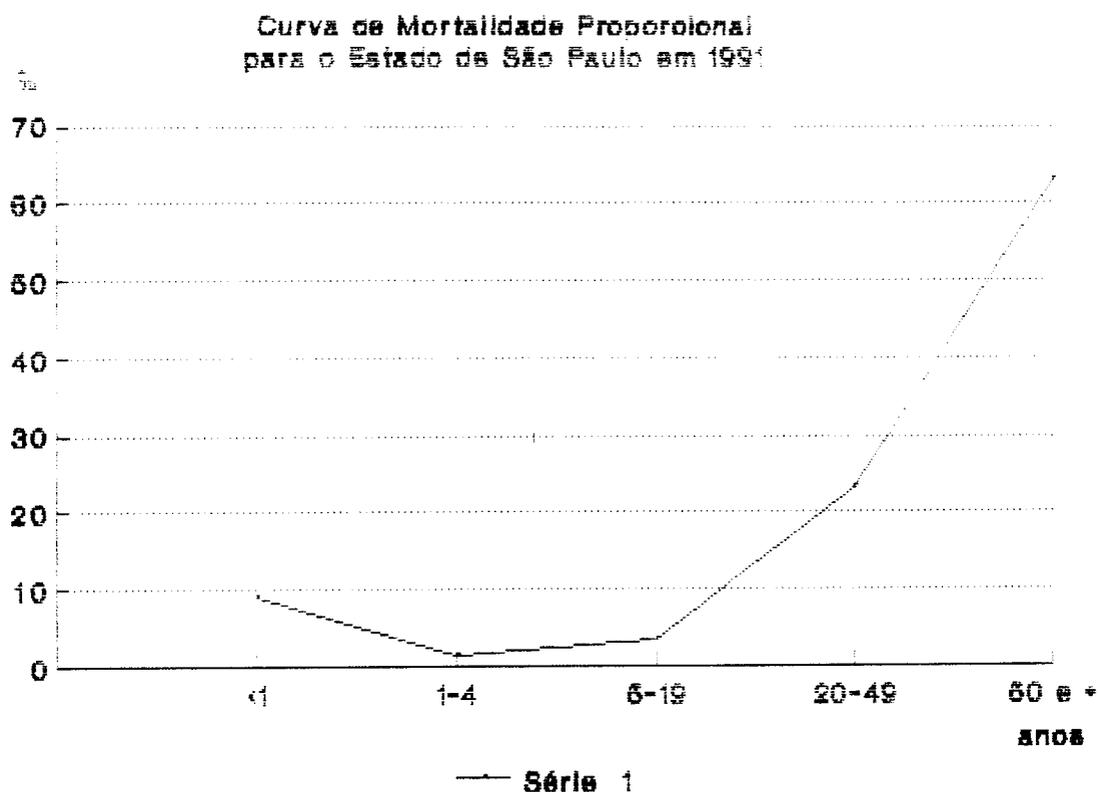
3.5.3 - CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL

Gráfico 4



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 5



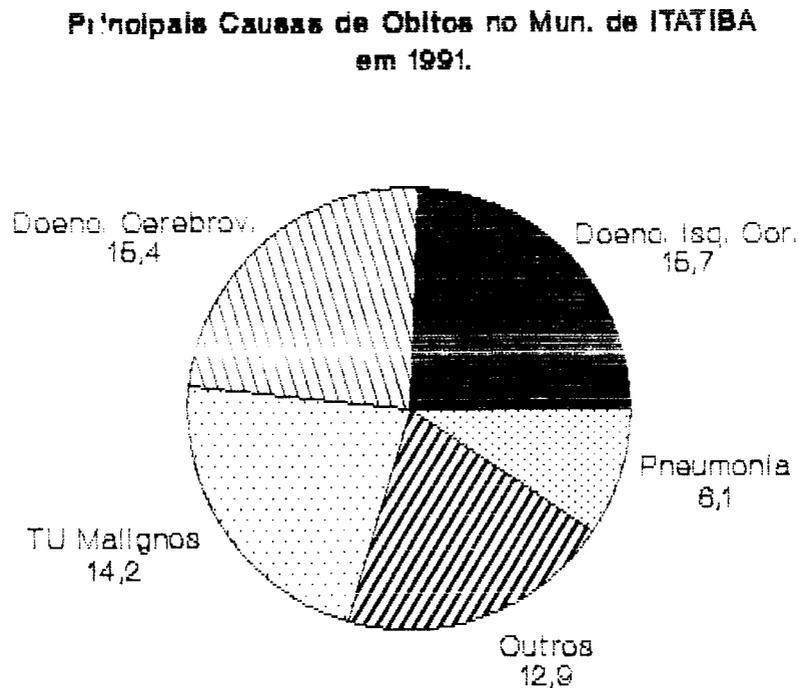
Fonte: OIB/SEADE

Em relação ao Coeficiente de Mortalidade segundo faixa etária, observa-se que ele é maior nos dois extremos da vida, qualquer que seja o nível de saúde da população. Nas áreas de alto nível de saúde, a mortalidade nas idades mais avançadas é muito maior que nas primeiras idades, ao passo que, em áreas de baixo nível de saúde, ou área em desenvolvimento, os coeficientes nos dois extremos são bastante próximos.

Segundo os Gráficos 4 e 5, as Curvas de Mortalidade Proporcional do Município de Itatiba (1991) e do Estado de São Paulo (1991) indicam um bom nível de vida, com baixa proporção de óbitos dos grupos infanti, pré-escolar ou jovem e um predomínio quase absoluto de óbitos de pessoas idosas.

3.5.4 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS

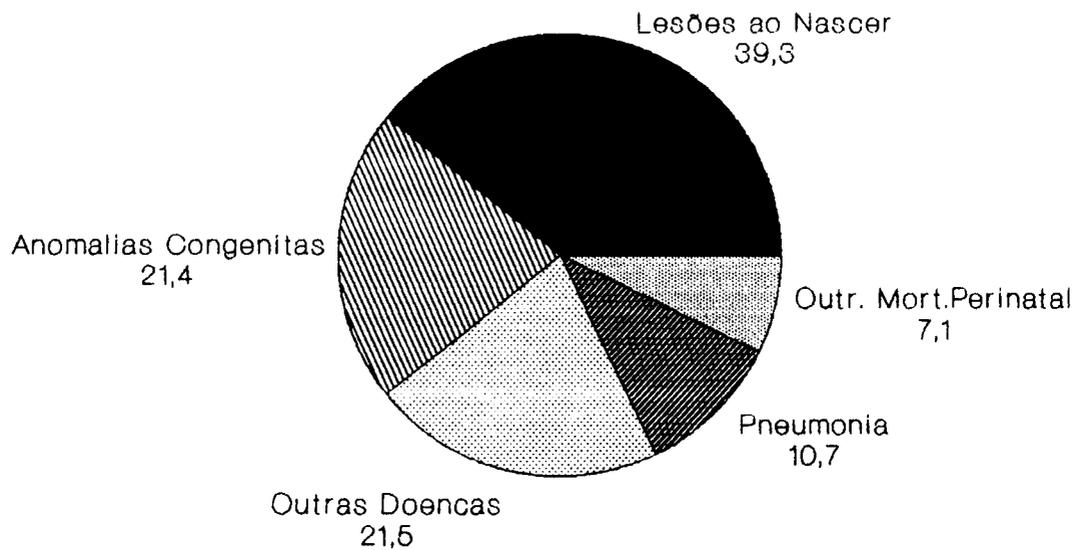
Gráfico 6



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 7

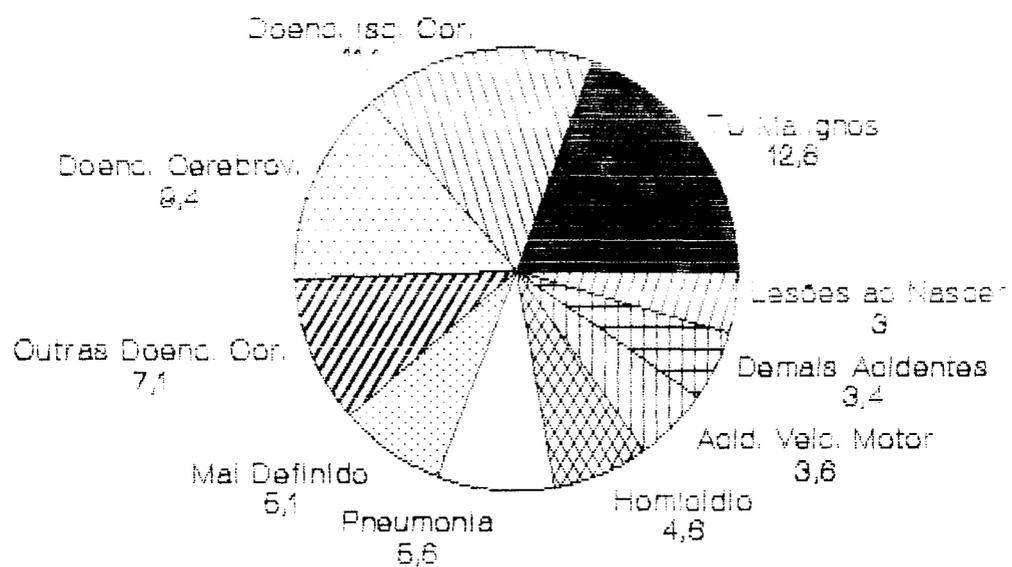
Principais Causas de Óbitos no Município de ITATIBA
grupo etário menores de 1 ano em 1991



Fonte: CIS / SEADE

Gráfico 8

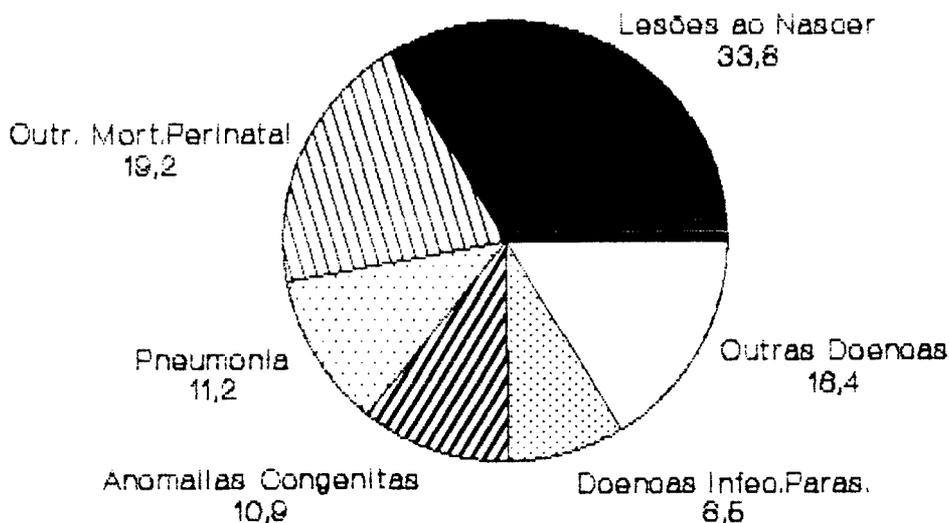
Principais Causas de Óbitos no Estado de São Paulo em 1991.



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 9

**Principais Causas de Óbitos em Menores de 1 ano
no Estado de São Paulo em 1991**



Fonte: OIS / SEADE

Os Coeficientes de Mortalidade por Causas vêm apresentando o seguinte comportamento: as doenças infecciosas vieram, progressivamente, declinando não representando papel de destaque na maioria dos países desenvolvidos. Mesmo nos países sub-desenvolvidos elas apresentaram redução acentuada. As doenças cardiovasculares e as neoplasias vêm apresentando coeficientes mais altos de mortalidade, mesmo em áreas pouco desenvolvidas.

Como se observa nos Gráficos 6 e 8, no Município de Itatiba (1991) e para o Estado de São Paulo (1991),

figuram as doenças cardiovasculares e as neoplasias como mais freqüentes causas de óbito na população em geral (CIS-SEADE).

Isto nos alerta para a necessidade de acompanhamento cuidadoso das doenças crônico-degenerativas.

Até o primeiro ano de vida, uma criança corre alto risco de morrer. O Coeficiente de Mortalidade Neonatal depende em primeiro lugar das características próprias de cada nascituro, as quais, constituem sua bagagem biológica ao nascer. A constituição física e as possíveis anomalias congênitas dão a cada recém-nascido distintas chances de sobrevivência. Esta limitação intrínseca determina um número de mortes de certa forma inevitáveis face ao conhecimento científico predominante em cada época. Em segundo lugar, as condições ligadas ao parto constituem a primeira agressão que o recém-nascido sofre ao separar-se do corpo materno e enfrentar a luz do dia. A partir do momento que superar estes riscos, ele estará sujeito a outros que vão depender da sociedade que ele passará a integrar, em função da classe social na qual sua família se insere. Para enormes camadas das populações dos chamados países menos desenvolvidos a falta da medicina preventiva e curativa aliado a fome crônica, configuram os principais fatores responsáveis pelos altos riscos de morrer no primeiro ano de vida. Tratam-se de fatores que poderiam ter sido evitados caso essas crianças estivessem vivendo em sociedade mais justas.

Idealmente, o coeficiente de mortalidade infantil "normal" deveria ser zero, isto é, não deveria morrer nenhuma criança menor de um ano de idade.

Segundo o Gráfico 7, no Município de Itatiba (1991), entre as mais freqüentes causas de óbitos, no grupo etário de menores de um ano, figuram as lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais como mais freqüentes causas de óbito. O mesmo se repete para o Estado de São Paulo (Gráfico 9).

Estes dados sugerem que a assistência materno-infantil esteja sendo deficiente em Itatiba e no Estado de São Paulo.

Em Itatiba, verificou-se dificuldade de acesso e deficiência de recursos humanos, nos serviços de saúde. Na rede hospitalar do município, a assistência ao parto é deficitária. A maior parte dos partos normais são realizados por parteiras, sem treinamento adequado. A recepção do recém-nascido é feita por berçarista, sem a presença da pediatra.

3.6 SANEAMENTO DO MEIO

3.6.1 SANEAMENTO BÁSICO

Introdução

As ações de saneamento básico envolvem o abastecimento de água, a coleta e disposição dos esgotos sanitários, o controle da poluição por esses esgotos, o acondicionamento, coleta, transporte e destino dos resíduos sólidos e, também, a drenagem de águas pluviais (para centros urbanos).

Além do grande significado econômico para a área da saúde, as ações de saneamento básico contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população. Atualmente, com o desenvolvimento das cidades e as características sócio-econômico-culturais da população tornou-se necessário um investimento significativo no setor.

No entanto, quando não atendidas devidamente, tais ações constituem em problemas de Saúde Pública, acarretando danos à saúde das pessoas, além de conseqüências de ordem social.

a) Sistema de Abastecimento de Água

O sistema de abastecimento de água envolve a captação, adução, tratamento, reservação e distribuição.

Captação: consiste em retirar a água dos mananciais, sendo que estes podem ser superficiais (rios, córregos, ribeirões, etc) ou de águas subterrâneas (lençol artesiano). A captação de águas superficiais pode ser feita sem barragem ou com barragem (reservatórios). Já a captação das águas subterrâneas pode ser feita de fontes e poços.

Adução: conjunto de encanamentos e peças especiais com a finalidade de fazer circular a água desde o ponto de captação até à rede de distribuição. Existem adutoras por gravidade e por recalque (com conjunto elevatório) que permite que a pressão da água supere à atmosférica.

Tratamento: tem por objetivo melhorar a qualidade da água natural.

Os processos mais utilizados no tratamento da água são:

- **aeração:** remove gases dissolvidos na água.
- **sedimentação:** consiste na disposição (pela ação da gravidade) materiais em suspensão na água.
- **coagulação:** aumenta o tamanho das partículas em suspensão facilitando a sedimentação. Para isso, utiliza coagulantes (sulfato de alumínio) e álcalis (cal, carbonato de sódio).
- **filtração:** retém ou remove impurezas da água. O material mais utilizado é a areia.

Os filtros rápidos são lavados periodicamente, através da inversão da corrente de água. Nos filtros lentos, retira-se 2 ou 3 cm da camada de areia, submetendo-a, posteriormente a uma lavagem.

É recomendável a desinfecção da água que sai da estação de tratamento, para destruir as bactérias. O desinfetante mais usado é o cloro na forma líquida. A quantidade de cloro aplicado na água tratada é de 0,1 a 0,2 p.p.m.

- **Reservação:** armazena a água que será distribuída à população, numa vazão constante. Desta forma, atende-se às demandas da população, que pode variar ao longo dos dias do ano e das horas do dia.

De acordo com a topografia do terreno, os reservatórios podem ser enterrados, semi-enterrados e elevados. Nos dois primeiros casos, há alguns cuidados a serem observados:

- devem ser localizados em terrenos inacessíveis a enchentes.

- devem ser previstos diversores laterais.

- deve ser prevista declividade na superfície do solo circunvizinho.

- devem ser protegidos contra a água do subsolo e das tubulações de esgoto.

Os reservatórios devem ser bem cobertos, a fim de se impedir a entrada de insetos, aves, etc. Devem conter tubos de ventilação protegidos com telas. Além disso, após a construção, reparos ou limpeza dos reservatórios, os mesmos deverão ser desinfectados.

- **Distribuição:** a distribuição da água até as instalações prediais se dá através de um conjunto de tubulação e peças especiais, formando uma rede. Essa rede de distribuição deve garantir água potável aos consumidores atendendo a uma pressão adequada e à disponibilidade de água.

A rede de distribuição é a parte do sistema de abastecimento que apresenta um custo elevado, razão pela qual exige um cuidado especial.

Sistema de Abastecimento Público de Água no Município de Itatiba

Praticamente 100% da população de Itatiba recebe água tratada.

O serviço de abastecimento público de água está a cargo da Sabesp.

Há em torno de 16.500 economias, e não ligações de água. Isto porque moram, geralmente, numa mesma residência,

duas ou mais famílias que são atendidas por uma única ligação de água.

O consumo diário "per capita" é de 150 l, considerado baixo para o interior de São Paulo.

O manancial, de onde é retirada a água para o consumo humano é o rio Atibaia. Este manancial é do tipo superficial e classificado como pertencente à classe 2, segundo a Resolução CONAMA nº 20 de 18/06/86. A captação é feita próxima ao Bairro da Ponte. Vale frisar que o esgoto doméstico do bairro San Francisco chega ao rio Atibaia, antes da captação.

A água bruta é retirada do rio com o auxílio de uma bomba de recalque e chega à E.T.A. - Estação de Tratamento de Água - da Sabesp, misturada à parte química (cloro gás, sulfato de alumínio e cal). Quanto ao cloro, é aplicado 4 p.p.m.

É importante mencionar que a Sabesp de Itatiba opera com duas E.T.A.s.

O volume de água que chega à cada estação de tratamento é de 130 l/seg, sendo a vazão de '60-70 l/seg. Nas canaletas, por onde corre a água que chega, é aplicado 0,1 p.p.m. de polieletrólito, um catalisador, para acelerar a floculação. Em seguida, a água entra em Floculadores, num total de 4, para finalizar o processo. Na decantação, etapa

seguinte, a sujeira resultante deste processo é eliminada para o Ribeirão Jacaré.

A filtração funciona por gravidade, sendo utilizado como material o carvão mineral.

É aplicado 0,7 p.p.m. de flúor na água, valor este considerado ótimo para Itatiba, em função da temperatura média no município em torno de 27°C.

Há 2 vasos comunicantes e 4 bombas de recalque nas E.T.A.s. Os vasos comunicantes enviam água para 3 bairros e o centro da cidade. As bombas de recalque distribuem água para os demais bairros.

A distribuição de água tratada cobre as zonas alta e baixa da cidade, com 13 reservatórios, sendo 8 enterrados e 5 elevados.

O controle de qualidade da água é feito semanalmente pela Sabesp de São José dos Campos-SP e inclui as análises físico-químicas e biológicas. Além deste controle, a E.T.A. de Itatiba também realiza análises da água de hora em hora com os seguintes parâmetros: pH, turbidez, flúor e cloro. Não é feita a análise biológica.

A Sabesp opera com um total de 60 funcionários (escritório, leitura, operação no reservatório, etc), sendo que 12 destes atuam nas duas E.T.A.s.

Estão sendo instalados novos canos nas E.T.A.s para aumentar a pressão da água a ser distribuída aos reservatórios que cobrem bairros da cidade. Esta medida visa solucionar problemas no abastecimento de água, em virtude do tempo considerável que é gasto para encher os reservatórios.

O sistema de abastecimento de água de Itatiba é antigo e precário, tendo sofrido modificações ao longo do tempo. A própria topografia do município com inúmeros morros, favoreceu a implantação do sistema, sendo Itatiba, uma das cidades pioneiras a ter um sistema de abastecimento público de água no Estado de São Paulo. (ANEXO 3)

b) Resíduos Sólidos

Introdução

O lixo é provavelmente um dos maiores responsáveis pela poluição ambiental. Quando exposto aleatoriamente é um atrativo a roedores e insetos, como moscas e baratas que são vetores de doenças. E o que dizer ainda do fato de que o lixo serve como meio de vida para algumas pessoas?

Segundo Rocha et. al. (1993), apenas 36% de todo o lixo gerado nos municípios brasileiros são devidamente tratados e dispostos. Daí, a necessidade de dar ao lixo um destino adequado, sobretudo nas cidades onde esse problema continua crescendo. Existem diversos métodos de tratamento do lixo urbano. A escolha do método mais adequado vai

depende da composição do lixo e da política desenvolvida pelas autoridades sanitárias locais.

O problema do lixo, para ser solucionado, obedece às seguintes etapas:

- acondicionamento
- coleta
- transporte
- tratamento e/ou disposição final

Tanto a coleta como o transporte, podem constituir uma única etapa.

A execução de tais serviços exige pessoal habilitado e em número suficiente, além de veículos adequados.

Acondicionamento do Lixo

O acondicionamento do lixo tem um significado sanitário e de bem estar. O procedimento adequado envolve a manipulação adequada dos resíduos putrescíveis; a conservação dos recipientes e dos seus arredores em condições higiênicas e a construção de bases ou prateleiras para sustentar os recipientes.

É importante, também, a utilização de um recipiente apropriado (saco plástico, lata, saco de papel, etc) de acordo com o tipo de lixo, seja este domiciliar, comercial, industrial e outros. Quando se tratar de lixo de natureza hospitalar, o seu acondicionamento deverá ser feito em sacos plásticos de cor branco-leitosa e depositados em containers especiais.

Coleta e Transporte do Lixo

O sistema de coleta e transporte obedece a um estudo cuidadoso. Vale lembrar que boa parte do orçamento dos serviços de limpeza pública destina-se a coleta e transporte do lixo. A quantidade do lixo a ser coletado é determinada pela quantidade de lixo/dia produzido por pessoa.

A coleta do lixo na área central das cidades, bem como nos estabelecimentos comerciais e instituições, como escolas e hospitais, é feita, de modo geral, diariamente exceto domingo.

A coleta de lixo domiciliar pode ser feita até três vezes por semana. Quanto ao horário, este pode ser, de maneira geral, na zona residencial - 6:00 às 12:00 horas; e na zona comercial ou central - 20:00 às 24:00 horas.

O sistema de coleta e transporte pode se dar:

- por veículo coletor
- por via hídrica
- por sucção em tubulações especiais
- por estações de transferência

O trajeto da coleta pode ser fixado ou não.

De modo geral, as prefeituras municipais assumem a responsabilidade pela coleta e transporte.

Tratamento e/ou Disposição Final do Lixo

A solução deste problema é de grande interesse para a saúde pública, além do significado econômico. Este serviço é, geralmente, muito precário.

Deve-se levar em conta os seguintes aspectos:

- tratamento do lixo no local onde é produzido (trituração, incineração, compactação).
- tratamento e/ou disposição final em instalações centrais. Para este último aspecto, podemos citar como exemplo: aterro sanitário, incineração, fermentação aeróbica e digestão com lodos de esgotos sanitários.

Técnicas de Tratamento de Lixo mais Comumente Utilizadas

Serão considerados, neste trabalho, somente o aterro sanitário e a reciclagem.

Aterro Sanitário

Consiste em confinar o lixo na menor área possível, cobrindo-o com uma camada de terra, pelo menos, uma vez por dia. A escolha do local que se destinará ao aterro sanitário deverá respeitar os seguintes critérios:

- distância;
- estudo hidrológico;
- material de cobertura e
- ventos.

Philippi et. al. (1992), descrevem as operações básicas para a execução do aterro sanitário:

- descarga controlada do lixo em local preparado;
- espalhamento e compactação do lixo em camadas com, no máximo, 60 cm de espessura;
- cobertura do lixo com camadas de terra com cerca de 15 cm, pelo menos uma vez por dia. A relação volume do lixo/consumo de material de cobertura é de 4:1;

- na fase final do aterro, é colocada cerca de 60 cm de espessura de terra sofrendo, em seguida, compactação.

Os aterros sanitários devem estar instalados a, pelo menos, 1,5m do lençol freático evitando, assim, a sua contaminação.

Vantagens

- Respeitadas as normas de instalação e funcionamento, não causa danos ao ambiente.

- É de baixo custo operacional

Desvantagens

- compromete fisicamente áreas extensas

- se não for bem administrado, o aterro pode transformar-se num foco e difundir todo tipo de organismos patogênicos (baratas, ratos e insetos) - "lixão".

- não há reciclagem de materiais, devido ao fato de ser explorado isoladamente.

Reciclagem

Consiste no reaproveitamento dos materiais contidos no lixo, ou à sua conversão em energia.

Apesar de ser uma prática antiga, seu uso tem sido muito difundido atualmente pela importância que assumiram as questões ambientais, além de estar ligado a interesses econômicos. Por essas razões, é a técnica mais adequada.

Vantagens

- minimiza o impacto causado ao ambiente.
- há um reaproveitamento de diversos materiais, como papel, plásticos e metais.

Como são Tratados os Resíduos Sólidos no Município de Itatiba

Itatiba produz em torno de 30t/dia de lixo. A coleta é feita pela prefeitura com frequência de 3 a 6 vezes por semana, cobrindo bairros periféricos e o centro da cidade e em três horários distintos: das 7 às 11 h, das 12 às 16:30 hs e das 22 às 5:30 h. São utilizados 6 caminhões (4 circulam de dia e 2 à noite) e 1 ambulância, sendo que esta última cobre hospitais, postos de saúde, farmácias, etc. A prefeitura dispõe de 18 funcionários para executar os serviços de limpeza pública.

O depósito de lixo de Itatiba está localizado no bairro de Pinheirinho, em área particular, distante cerca de 6 Km do centro da cidade.

Em visita ao local, foi constatado que tanto os resíduos sólidos domésticos, como os hospitalares são dispostos num mesmo local. Estes resíduos são espalhados e, em seguida, é jogada uma camada de terra em cima, podendo ser considerado um aterro simples. Há uma vala de drenagem

no local que vai dar no Ribeirão dos Pintos. Este Ribeirão desemboca no Rio Atibaia.

O local é fonte de alimentação de moscas e urubus, além do odor desagradável.

No aterro, estão dispostos também os animais mortos, sendo esta coleta e transporte feitos pela prefeitura.

Há uma residência próxima ao aterro, de uma pessoa que vive do lixo.

Há interesse, por parte do prefeito, em construir um aterro sanitário, fazendo a reciclagem do lixo.

SUGESTÕES

O lixo é um sintoma do que ocorre no processo de produção e consumo de uma determinada sociedade.

Após uma breve apreciação sobre a questão do lixo de Itatiba, e contemplando as relações entre a quantidade de lixo produzido pelo município, a sua composição e o destino que lhe é dado, presume-se que tanto o desperdício de materiais, como os prejuízos causados ao meio ambiente sejam significativos, do ponto de vista econômico e sanitário.

Como proposta para a solução deste problema, sugere-se:

- que após a disposição final no aterro, o lixo hospitalar seja incinerado, evitando-se, assim, riscos de contaminação.
- que a prefeitura incentive as indústrias a desenvolverem projetos de reciclagem de resíduos sólidos reduzindo, por exemplo, as alíquotas de contribuições municipais. Tal medida permitiria, por parte das indústrias, a utilização de menos matéria-prima e energia por unidade de produção.
- que se promova uma campanha de informações aos consumidores sobre as questões relacionadas aos produtos que podem ser reutilizados ou recuperados. Com isso, os consumidores terão condições de optar conscientemente por aqueles produtos que menos desperdiçam materiais.

c) ESGOTOS

Os resíduos de natureza líquida compreendem os esgotos domésticos (águas imundas e águas de lavagem), os resíduos líquidos industriais, as águas pluviais e as águas de infiltração que penetram nos condutos.

Os resíduos líquidos devem ser adequada e convenientemente dispostos após coleta e tratamento, sem o que tornam-se meio ideal para a propagação de doenças infecciosas e enterites. Daí, a importância de se investir

no campo do saneamento básico. Trata-se de uma questão que se reveste de grande significado econômico e sanitário.

No entanto, nos países de terceiro mundo, os serviços de saneamento básico são precários. Sabe-se que no Brasil, 80% dos municípios não dispõem de qualquer tipo de tratamento de esgotos domésticos (ROCHA, 1993).

A solução para o problema do destino dos resíduos líquidos reside no estabelecimento de sistemas públicos de esgotos. Tais sistemas visam atingir objetivos de natureza sanitária, social e econômica.

Existem três tipos básicos de sistemas de esgotos:

- sistema unitário: uma única tubulação recebe todas as águas.
- sistema separador absoluto: formado pelos sistemas de esgotos sanitários (esgotos domésticos, resíduos líquidos industriais e águas de infiltração) e pelos "sistemas de drenagem urbana" (águas pluviais e de infiltração). É o sistema mais adotado no Brasil.
- sistema misto: é formado pelo sistema unitário e sistema separador absoluto.

Um sistema de esgotos sanitários é constituído pelas seguintes partes:

- condutos;

- órgãos acessórios;
- estações de tratamento

Tratamento de Esgotos

É o processo de autodepuração das águas poluídas. Este processo envolve transformações cíclicas e decomposição biológica da matéria orgânica dos esgotos, além da ação de agentes naturais físicos, químicos, bioquímicos e biológicos, fazendo com que as águas retomem as características anteriores à poluição.

As fases de tratamento de esgotos são

- tratamento preliminar: grades, desintegradores, caixa de areia, tanques de remoção do lodo, secagem do lodo, desinfecção do efluente, além dos processos anteriores.
- tratamento secundário: processo biológico, decantação final, além dos processos incluídos nas fases preliminar e primária.
- tratamento terciário: filtros intermitentes de areia, lodos ativados em seqüência à filtração biológica, lagoas de estabilização.

A tecnologia mais apropriada no tratamento de esgotos é aquela que além de resolver o problema proposto, leva em conta a realidade sócio-econômica local. É claro que sua viabilização depende de vontade política.

Situação dos Esgotos no Município de Itatiba

A rede coletora de esgotos cobre 95% dos domicílios de Itatiba. No entanto, os despejos domésticos são lançados "in natura" no Ribeirão Jacaré, uma vez que não há qualquer sistema de tratamento dos esgotos. Vale lembrar que 90% dos esgotos de Itatiba são de origem doméstica.

São lançados também nos esgotos, os resíduos industriais, além de sangue e restos de animais provenientes do matadouro. Em alguns trechos visitados, o Ribeirão Jacaré apresenta suas águas escuras, de aspecto desagradável e com forte odor. Foram encontrados entulho, copos descartáveis, sacos plásticos, pneus, etc. A queda das margens em alguns pontos em virtude da ausência de vegetação, provocou o assoreamento do ribeirão, segundo foi constatado "in loco". Aliás, sobre a poluição do Ribeirão Jacaré, há o projeto "Ecologia é Vida", desenvolvido pela Escola Canarinho, localizada em Itatiba, cuja proposta é criar discussão entre os vários segmentos da sociedade, a respeito da qualidade de vida das pessoas.

A constante sobrecarga de poluentes que recebe o Ribeirão Jacaré, ao longo do seu curso tem causado preocupação à população local. Por outro lado, encontra-se aprovado e em fase de licitação, a construção da Estação de Tratamento de Esgotos -ETE - para o município.

Além disso, algumas indústrias, como a FIBRALIN e a PABREU (no ramo de tecidos) por exemplo, estão implantando um sistema de tratamento de esgotos, visando minimizar a poluição do ribeirão. Esta iniciativa deve partir também das demais indústrias de Itatiba, sobretudo as que mais têm contribuído para poluir o Ribeirão Jacaré.

3.6.2 Saneamento do meio

a) Poluição Ambiental

A questão ambiental assumiu uma importância muito grande nos últimos tempos. O impacto ambiental provocado pelo modelo de desenvolvimento adotado pela civilização atual, associado ao processo de urbanização desenfreado, levou os governantes do mundo todo à assumir uma nova postura política e administrativa perante a questão ambiental.

Na verdade, este modelo de desenvolvimento, regido pelo código de valores implícitos ou explícitos na sociedade, foi incapaz de lograr a diminuição da pobreza, acentuando ainda mais as desigualdades.

No Brasil foram criados dispositivos, como o estabelecimento da Política Nacional de Meio Ambiente em 1981 que, através de órgãos ambientais competentes, visa

regular a implantação de toda e qualquer atividade poluidora que causa ou possa causar degradação dos recursos naturais.

Diante deste quadro, preconiza-se uma nova ética para o desenvolvimento, o que não pressupõe a ausência de crescimento econômico, mas o seu direcionamento para atender às necessidades das pessoas em termo de qualidade de vida. (Leal, 1992).

Um novo modelo de desenvolvimento sustentável - depende da participação dos indivíduos bem informados, das organizações não governamentais, da comunidade científica e das indústrias no planejamento, na tomada de decisões e na implantação de projetos desenvolvimentistas. (Rocha et al, 1993).

Além disso, só um ampla campanha educativa é capaz de gerar as mudanças desejadas, nas atitudes dos homens levando-os a administrar melhor os recursos disponíveis.

b) ÁGUA

A maior carga orgânica que vai dar no Ribeirão Jacaré é de origem doméstica (cerca de 90%) e não industrial, apesar da grande quantidade de indústrias existentes na região.

Por outro lado, a carga orgânica industrial que recebe este Ribeirão ao longo do curso, compromete ainda mais a qualidade de suas águas.

Os dejetos domésticos do bairro São Francisco e os detritos provenientes do aterro simples desembocam no Rio Atibaia antes da captação. Tal fato poderá constituir-se num problema, muito embora a Sabesp local tenha sobre controle o tratamento da água que abastece o Município.

c) POLUIÇÃO INDUSTRIAL

O Município possui muitas indústrias, sobretudo moveleiras e têxteis, mas que, quando se instalaram, não obedeceram um plano territorial previamente definido. Dessa forma, podemos encontrar em vários pontos do Município, indústrias muito próximas a residências ou mesmo instaladas em zonas residenciais. Em virtude disso, são comuns as queixas de moradores que se sentem incomodados com a atividade poluidora de tais indústrias.

Um exemplo que ilustra tal fato, é o número de protestos realizados por parte das comunidades do Jardim Delforno e bairros adjacentes contra as atividades da Indústria Química Rabechi. Segundo depoimento de um dos representantes dos moradores, a indústria, que foi recentemente adquirida pelo grupo Arisco, tem causado poluição atmosférica e sonora.

Apesar das penalidades recentes aplicadas à indústria, os problemas continuam a incomodar a população.

4. MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITATIBA:

4.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Para explicar a dificuldade de implantação do Sistema Único de Saúde, que é um capítulo de grande avanço social de nossa Constituição, devemos entender a organização do Estado Brasileiro que ao contrário do que aconteceu nas sociedades do Velho Mundo, é anterior à própria constituição da sociedade. Ao invés do Estado se formar a partir das forças entre classes sociais, o que ocorre é uma elite dirigente econômica e culturalmente autoritária, que molda a sociedade segundo seus próprios interesses, determinando uma instituição superior paternalista que age controlando a sociedade e bloqueando as formas de reivindicação popular (Heimann et al, 1992).

As políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico para a constituição e estabilização da ordem sócio-econômica brasileira.

Ajudaram a modelar traços estruturais como a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão política, econômica e cultural do país.

A Primeira República (1889-1930)

Na Diretoria Geral de Saúde, Oswaldo Cruz, organizou e implementou instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, adotou o modelo de "campanhas sanitárias", destinado a combater epidemias urbanas e mais tarde epidemias rurais com o objetivo de sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações.

Com este modelo consolidou-se uma estrutura administrativa centralista, tecno-burocrática e corporativista.

Enquanto o Estado estava preocupado em sanear o meio, os trabalhadores não tinham assistência médica levando-os a uma organização para a formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões que garantia acesso a benefícios sociais (assistência médica privada, pensões, aposentadorias). Estas Caixas conferiram poder aos trabalhadores permitindo até a financiar greves.

O Período Populista (dos anos 30 aos anos 50)

Com a ascendência e hegemonia do Estado populista, observamos a criação dos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs) organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas, favorecendo os trabalhadores urbanos

principalmente as categorias que alavancavam o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileiras.

A implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, os quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais "simpatizantes" e de exclusão das discordantes.

Neste período podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo do lado das instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica.

O Período do Desenvolvimentismo (anos 50 e 60)

Este período ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico "moderno" integrado à ordem capitalista industrial e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60.

As políticas de saúde se exprimiam através de uma dicotomia institucional: de um lado o modelo campanhista nos órgãos de saúde pública e do Ministério, do outro lado o modelo curativista dos serviços previdenciários de atenção

médica, ambos burocratizados e ineficazes face aos crescentes problemas de saúde das populações urbana e rural.

No início dos anos 60, surge um grande movimento social, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam "reformas de base" imediatas entre as quais uma reforma sanitária consistente e consequente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 64.

O Período do Estado Militarista e o "Milagre Brasileiro"

(1964-1984)

Durante o período do "Milagre" a política de saúde reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista.

A política de saúde se produziu coerente com a política econômica de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora. Esta política favoreceu técnicos e empregados dos setores de ponta que foram beneficiados com altos salários e incentivos o que possibilitou o aumento do consumo, assim como a difusão da ideologia do consumo.

A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo, um bem de consumo médico.

Com as graves condições de saúde da população, a medicina tornou-se sinônimo de cura da saúde individual e coletiva. Inicia-se a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com financiamento da Previdência Social, multiplicam-se as faculdade de medicina particulares, incrementa-se a política de convênios entre INPS e as empresas particulares de serviços médicos, em detrimento dos recursos, já parcos, destinados aos serviços públicos.

Como consequência, ocorreu a predominância de um sistema de atenção médica de massa, o surgimento de um setor empresarial médico, centrado muito mais na lógica do lucro do que na saúde ou na cura de sua clientela, o ensino médico passou a ficar desvinculado da realidade sanitária da população voltado para a especialização e sofisticação tecnológica dependente das indústrias farmacêuticas e equipamentos médico-hospitalares.

Desde o início dos anos 70, surgiram conflitos e insatisfações, constituindo-se o prelúdio da morte das políticas de saúde. Reduziram-se drasticamente as verbas da saúde pública e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência.

Nesta época, movimentos de internos e residentes médicos buscaram alianças e articulações com outros movimentos sociais procurando estalebecer mudanças nas políticas do regime.

Em 1982, quando ocorreram as primeiras eleições livres, muitos políticos se elegeram com programas centrados nas questões de saúde.

As condições de saúde da população tornaram-se críticas por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais era identificada com a crise do regime.

O Período da Nova República e a Luta pela Reforma Sanitária

‡ (1985-1989)

As políticas públicas, desde a sua origem, foram fortemente antidemocráticas e suas raízes penetraram profundamente nas estruturas existentes, tais condições não podem ser modificadas em poucos anos, na passagem de uma conjuntura a outra.

Nas proposições para uma nova política de saúde é necessário sublinhar a divergência, e às vezes o antagonismo entre os discursos institucionais de temas fundamentais. Destaca-se também o confronto de interesses econômicos e políticos. Esta oposição de interesses encontra sua

expressão mais acabada na alternância de orientação privatizante e internacionalizante contrapondo-se uma orientação estatizante e nacionalizante.

Uma característica nova foi a entrada em cena do empresário da saúde como ator político que defende publicamente seus interesses através de lobbies. Outra novidade foi a tomada de consciência, por parte da sociedade civil, que são os próprios trabalhadores que financiam os serviços médicos que deveriam, antes de tudo, servi-los.

Algumas medidas foram tomadas no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde através das Ações Integradas de Saúde (AIS) tendo em vista que a rede privada chegara a ser financiada em mais de 80% pelo Estado.

A grande oposição de base, nesse período, era a concepção da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, culminando com o reconhecimento formal quando da elaboração da Constituição.

Entretanto, para certos setores da sociedade, a saúde é um direito que se adquire pelo trabalho, esta proposta pode tornar os serviços médicos inacessíveis à maior parte da população brasileira: crianças, donas de casa, jovens não empregados, velhos sem aposentadoria, subempregados da economia informal, desempregados.

O lema "Saúde, direito de cidadania, dever do Estado" implica numa visão desmedicalizada da saúde, pois a saúde passa a ser bem mais do que a ausência relativa da doença, passa a ser um efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência.

Possível elemento inaugural, a reforma sanitária representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil. Opor-se à reforma ou negar a necessidade de implantá-la era opor-se à realização da transição política, no entanto, tanto no âmbito do Executivo, quanto no Legislativo, as oposições e os bloqueios a essas políticas sociais, inclusive as de saúde, permaneceram reais e atuantes.

Apesar das oposições podemos assinalar dois eventos institucionais muito importantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986 e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, um ano após. Durante esses eventos, foram praticamente unânimes os posicionamentos a favor de uma Reforma Sanitária apesar das divergências nítidas de conservadores neoliberais.

Um ponto que sempre esteve no centro das discussões trata da unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um só Ministério da Saúde que deveria ser o responsável pela Reforma Sanitária e de toda a política de saúde.

Com essa unificação, fica presente a necessidade de superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa e a construção de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos individuais previdenciários.

Apesar dos obstáculos, em 1987 venceu a tendência para a unificação dos serviços institucionais de saúde com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Mas ainda assim, permanece problemática, até hoje, a efetiva distribuição do poder institucional seja do Estado em relação à sociedade civil, seja dos grupos políticos que reivindicam sua parcela de poder nas decisões e orientações da política de saúde.

4.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Brasileira em 1988, consagrou o princípio de que "A saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos".

O conceito de saúde passou a ter um enfoque mais abrangente em que a saúde é resultante também das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e

posse da terra, acesso a serviços de saúde e não apenas ausência de doença.

Do ponto de vista jurídico, a partir de 1988, passa a ser reconhecido como um direito fundamental do ser humano e dentro da conceituação mais abrangente, deixa de significar apenas assistência médico-hospitalar curativa ou preventiva e contra-prestação de serviços, passando a ser um direito público subjetivo do indivíduo.

Estabelece que todos têm direito a acesso, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis e a responsabilidade que tem o governo em garantir que isso se cumpra. Cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que constitui rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com gerenciamento único em cada esfera de governo, financiamento público, controle da sociedade na sua efetivação e participação do setor privado de forma complementar.

Todos os serviços públicos de saúde compõe o SUS, desse modo, ainda que alguns serviços como os hospitais penitenciários, os hospitais das Forças Armadas e os hospitais Universitários, sejam subordinados a outras Secretarias, passam a fazer parte do SUS e, o constitucional e legalmente, hão de submeter-se à direção única do SUS, no tocante à política de saúde.

É assim uma nova formulação político-organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

Os princípios doutrinários do SUS, baseados nos preceitos constitucionais são:

Universalidade: garantia de acesso a toda e qualquer pessoa a todos os serviços de saúde, seja ele público ou contratado pelo poder público.

Equidade: acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições em diferentes níveis de complexidade do sistema de acordo com a necessidade que o caso requeira, assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

Integralidade: refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde reconhecendo-se que cada um se constitui numa totalidade, isto é, o indivíduo tem o direito de ser assistido em todas as suas necessidades, das mais simples às mais complexas e o sistema de saúde deve estar preparado para suprir todas essas necessidades.

A organização do SUS está baseada em:

Regionalização e hierarquização: os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Deve ser oferecido a

uma determinada população, todas as modalidades de assistência. O acesso da população à rede será feito através dos serviços de nível primário, devendo ser referenciado a serviços de maior complexidade se for necessário.

Resolubilidade: o serviço da região deverá estar capacitado para enfrentar os problemas que surgirem e resolvê-los.

Descentralização: redistribuição do poder decisório dos recursos e da competência quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com nítido reforço do Poder Municipal, ou seja, a Municipalização da Saúde. Ao Município fica a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde.

Direito à informação: o direito do cidadão sobre sua própria saúde e o direito do indivíduo saber a quem recorrer em caso de necessidade e como utilizar-se dos serviços de saúde postos à disposição da população.

Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática: a vigilância epidemiológica caracteriza-se como um conjunto de ações no campo dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, visando recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, a utilização da epidemiologia é

fundamental para o estabelecimento das prioridades, para a alocação dos recursos e orientação programática.

Participação da comunidade: 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 de governo.

Complementariedade do setor privado: cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, a seguir complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de hierarquização, regionalização, universalização, estabelecendo normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados.

4.3 MUNICIPALIZAÇÃO

A Municipalização é uma estratégia para a obtenção de maior impacto possível nos principais problemas de saúde da população com vistas a melhoria do seu estado de saúde e para fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do SUS a nível local, visando a democratização e o controle social sobre a produção e consumo de serviços de saúde" (relatório final da 8ª Conferência, 1986).

De acordo com Mendes (1992), distingue-se três formas de efetivação da municipalização:

1 - Prestação de serviços: nesse caso não há transferência da gestão do Município, não ocorre mudança no modelo assistencial.

É a forma de municipalização que se iniciou com as Ações Integradas de Saúde e vem se consolidando com o SUS. É a forma mais comum de municipalização no Brasil.

O SUS determinou o repasse dos recursos, o parágrafo por produção e o repasse de unidades de serviço para a Administração Municipal. Esta forma de Municipalização não cumpre os princípios do SUS, o Município passa a ser mero prestador de serviços destinado ao atendimento a determinados grupos sociais.

2 - Inampização: há a transferência da gestão para o Município porém, sem a mudança do modelo assistencial.

3 - Distritalização: preconizada pela Lei 8080 como forma de integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde, significando que o Distrito Sanitário existe para possibilitar o atendimento de situações em geral não alcançáveis na prática da execução de um plano de saúde.

É o único modelo que visa a mudança do modelo assistencial hegemônico para o modelo epidemiológico de atenção à saúde.

A implantação da Reforma Sanitária se expressa na concretude de melhores serviços prestados e recebidos, e pela possibilidade de uma inserção cidadã no controle desses serviços. Daí deriva a proposta de distritalização sanitária.

Para que o processo de transformação tenha conseqüência, é necessário que ele signifique uma real reforma assistencial, expressa na modificação quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde e que seja um espaço social de exercício cotidiano de construção da democracia e, portanto, de criação de cidadania.

O Sistema Municipal de Saúde deve planejar, organizar, executar, avaliar e controlar as ações desenvolvidas pelos serviços públicos, estatais, privados, conveniados e contratados, conferindo ao Município um âmbito de governamento ampla, permitindo ao nível federativo, de fato, a condução da Política Municipal de Saúde.

O Distrito Sanitário reflete uma concepção ampliada do processo saúde-doença, os "problemas de saúde" não podem mais ser explicados somente pelo desequilíbrio dos fatores relacionados com o meio ambiente, hospedeiro e agente etiológico (modelo multicausal); na descrição dos problemas de saúde incorpora-se o processo social, levando a diferentes formas de viver, adoecer e

morrer dos indivíduos de diferentes classes e frações de classes sociais.

Levando-se em conta esta concepção, os DS devem ser organizados considerando-se:

1 - impacto: o DS só terá sentido se seus resultados se expressem no impacto dos níveis de saúde da população.

2 - orientações por problemas: só identificando, descrevendo e explicando um problema é que se pode atuar sobre suas causas. A orientação por problemas é uma alternativa de organização de serviços que se contrapõe aos métodos clássicos de organização para a atenção à demanda espontânea e por programas de saúde pública.

3 - Intersetorialidade: um problema de saúde vai expor ações que estão situadas fora dos limites convencionais do setor saúde. Ex: o problema de mortalidade infantil além de atividades de atuação médica, implica em ações de saneamento, introdução de um esforço integrativo nas ações setoriais e intersetoriais.

4 - Planejamento e programação local: cada serviço de saúde deve fazer seu planejamento e programação juntamente com a população de sua região devendo-se criar instrumentos para contribuir para o desenvolvimento de seres

criativos que sejam capazes de uma leitura político-técnica da situação de saúde.

5 - Autoridade sanitária local: tendo o papel de exercitar a administração estratégica local com o papel de condução, programação e gerência.

6 - Co-responsabilidade: entre relação de mútua responsabilidade entre os recursos de saúde a população adstrita.

7 - Hierarquização: é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde de distintas complexidades.

Os níveis de atenção primária, secundária e terciária constituem uma suficiência resolutive e cada nível desde o primário, depende de um nível de atenção de maior complexidade que lhe sirva de referência. É inerente à hierarquização, um tipo de organização funilar e de conotação seletiva que tem suas raízes no perfil das necessidades da população. Por outro lado, as necessidades de saúde de meios complexos têm maior frequência relativa que as mais complexas, podendo-se alocar de forma mais centralizada tecnologias de maior complexidade exigindo um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações denominados sistemas de referência e contra-referência, esta difusão de informação técnico-científica é básica para a qualidade dos

serviços, especialmente, como elemento motivados da equipe de saúde.

8 - Intercomplementariedade: com outros níveis do sistema de saúde.

9 - Integralidade: implica em reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para as ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras englobando a todos os indivíduos em seu ambiente natural e social.

10 - Adstrição: deriva de uma base territorial com responsabilidade política, jurídica, administrativa e técnica dos serviços de saúde ante a população que nasce, vive, adocece e morre naquele espaço, podendo ocorrer na área de abrangência de uma unidade (atenção à demanda) ou na micro área homogênea em termos de vida das populações (vigilância à saúde).

11 - Heterogeneidade: a heterogeneidade é constante na natureza e os serviços de saúde devem responder a elas, obedecidas as linhas gerais e os princípios organizativo-assistenciais.

12 - Realidade - O DS deve ser organizado segundo as necessidades e os recursos que existem no território.

O DS implica fundamentalmente num processo social de transformação das práticas sanitárias, sendo a expressão de um movimento não sujeito a leis conhecidas, criativo, contínuo, com proposições práticas em uma espiral contínua de ação-reflexão, que busca, a partir da utilização de permanente juízo estratégico e com a necessária flexibilidade de adaptação às incertezas, mudar o modelo assistencial existente.

O DS pode ser igual a um Município, parte de um Município ou conformado por um conjunto de Municípios (Consórcios).

Tendo em vista o DS como processo, deve-se considerar fundamental os conceitos de Território, Problemas, Práticas Sanitárias e Processos de Trabalho em Saúde, Planejamento e Programação Situacionais.

A dimensão territorial é um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na área política, permanecendo em constante construção e reconstrução.,

É um território econômico, político, cultural e epidemiológico que deverá ser esquadrihado de modo a configurar uma determinada realidade de saúde, sempre em movimento, segundo as condições de vida dos diferentes conjuntos populacionais.

O território do Distrito Sanitário pode ser subdividido em Território-Distrito, Território-Área, Território Micro-Área, Território-Moradia.

O Território-Distrito é a unidade político administrativa com sua autonomia decisória. O Território-Área significa a área de abrangência e uma unidade de saúde, sendo delimitada em função do fluxo e contrafluxo da população.

O território Micro-Área é definido segundo a lógica da homogeneidade sócio-econômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições objetivas de existência (áreas homogêneas de risco). O território Moradia institui-se no espaço de vida de uma micro unidade social sendo o locus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos.

Por **Problema** entende-se "a formulação por um ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência.

Em outras palavras, é a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser de acordo com padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social, havendo que se substituir portanto, o "enfoque por programas" por um "enfoque por problemas".

Para se trabalhar com o enfoque por problemas exige que se tenha claro a sua organização espacial expressa na sua microlocalização, visualizando-se as "situações" de risco.

Entende-se Práticas Sanitárias como o conjunto de processos de trabalho, articulados em operações, que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado.

A organização dessas práticas parte do processo de identificação, descrição e análise dos problemas, com base nas quais se estabelecem as formas de enfrentamento desses problemas.

Identificam-se, então, duas práticas sanitárias, uma, voltada para a intervenção sobre os problemas eleitos no âmbito de grupos populacionais com seu lugar principal na micro-área a vigilância à saúde. Outra, que se faz sobre os efeitos dos problemas ao nível individual, auto-percebidos: a atenção à demanda, no Território-Área, articulada na rede de serviços assistenciais.

A atenção à demanda deve ser a prioridade primeira do distrito sanitário, a vigilância à saúde é uma prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico, que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalhos relativos a situações de saúde a preservar,

riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas), grupo sociais e meio ambiente.

O problema, para vigilância à saúde, é escolhido pelo alto impacto que tem nas condições de existência de grupos populacionais e pela possibilidade de intervir sobre elas.

Quanto ao processo de trabalho em saúde tem sido posta como a possibilidade integradora que permita uma gestão eficiente do conjunto de instituições, no plano macro com a reintegração institucional sob uma política de saúde única, no plano micro, dito técnico-operacional, com a integração dos processos de trabalho através da formação de "equipes de saúde" dirigidos à execução de ações sobre danos específicos, grupos populacionais expostos a "risco" ou a fatores ambientais e agentes causais, que deveriam ser operacionalizados nos vários "níveis de prevenção" (primário, secundário e terciário).

Para viabilização do Distrito Sanitário vem se dando ênfase ao planejamento estratégico situacional visto que vai de encontro ao processo de transformação da situação de saúde, implicando em superar a insuficiência e má distribuição dos recursos, pluralidade de mando e a desarticulação programático-funcional.

4.4 - ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E GESTÃO DE REC. HUMANOS

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Com base nos princípios constitucionais a organização administrativa da saúde deve estar pautada no comando único em cada esfera de governo, com uma Secretaria Municipal de Saúde, dotado de amplo poder político e qualificação técnica, capaz de assumir não só o gerenciamento do sistema local, como também assegurar a qualidade dos serviços a nível das unidades assistenciais.

No Município de Itatiba, as Secretarias da Saúde e da Promoção Social formam uma só secretaria, subordinada ao gabinete do Prefeito, composta das diretorias: de Saúde Pública e de Promoção Social.

Ainda não existe o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde, mas quando estiverem atuando, estarão ligados horizontalmente ao Secretário da Saúde.

Existe uma Unidade de Avaliação e Controle (UAC) na própria secretaria, subordinada diretamente ao Secretário da Saúde.

O setor de almoxarifado, a administração e chefia de enfermagem estão diretamente vinculados ao Diretor de Saúde Pública, de onde se subordinam as Unidades de Saúde : CS/II, Tapera Grande, Cecap, Santa Cruz, Harmonia, São Francisco, Zupardo, Cruzeiro e o Ambulatório Central de Especialidades.

A Vigilância Epidemiológica está ligado ao CS/II, enquanto a vigilância Sanitária e demais programas como: saúde da mulher, da criança, do adolescente, mental, trabalhador, bucal, de hipertensão arterial, de diabetes, de prevenção e combate à AIDS e a farmácia estão ligadas diretamente ao Ambulatório Central de Especialidades. A farmácia fez a conexão com a Secretaria de Promoção Social.

A reforma administrativa é um dos instrumentos capazes de provocar a reflexão, porque já fazem parte do senso comum.

É a oportunidade de se analisar as instituições, desde a sua missão até o papel que desempenham na sociedade.

Os objetivos devem considerar os efeitos sobre a prestação e o fluxo de serviços (ANEXO 4).

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A área de Recursos Humanos (RH) é sempre o veículo de concretização das políticas de saúde em um dado momento, lugar e época. Sua gestão no setor público tem sido trabalhada, ao longo do tempo, apenas na perspectiva da administração de pessoal. É antigo o discurso sobre a valorização do funcionário e o desenvolvimento de recursos humanos, mas a sua transformação em prática é recente.

A reforma sanitária propõe, sistemática e persistentemente, para a área de Recursos Humanos, as seguintes diretrizes:

- (1) eliminação da dupla militância;
- (2) dedicação exclusiva para funções de chefia;
- (3) isonomia salarial entre as esferas federal, estadual e municipal;
- (4) estabelecimento de planos de carreiras, cargos e salários;
- (5) desenvolvimento de programas de educação e formação de recursos humanos para o sistema de saúde.

O objetivo subjacente a estas diretrizes é a fixação e valorização dos Recursos Humanos do Setor Saúde.

Segundo o artigo 27 da lei 8080 de 19.09.90, a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, valorização da dedicação exclusiva e da prática de ensino e pesquisa nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde

A descentralização de Recursos Humanos, impõe a necessidade de estruturar e organizar, nas secretarias municipais, as ações de recursos humanos, modificando,

assim, nessas secretarias as atividades desenvolvidas pelo departamento pessoal, incluindo os processos de planejamento, administração e desenvolvimento de recursos humanos.

Essas ações devem se dar de forma integrada e, qualquer intervenção na formação profissional e na produção de serviços deve estar associada, de forma que o planejamento e gestão levem em conta a interdependência do processo de formação e utilização de RH, sobrepondo o interesse coletivo ao corporativo.

A política de recursos humanos é sem dúvida o maior nó a ser desatado para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Existe insuficiência técnica e descompromisso dos profissionais de saúde. Por exemplo, em relação aos médicos, os currículos de ensino continuam desvinculados da realidade, formando profissionais na ótica mercantilista e individualista do mercado privado da saúde.

A situação de R.H. fica de difícil gerenciamento porque passam a conviver em uma mesma unidade, funcionários municipais, estaduais e federais, com diferentes formas contratuais e, portanto, jornadas, salários e direitos diferentes.

A falta de repasse de recursos da União tem, em muitos municípios, impedido o pagamento da equivalência

salarial entre os servidores gerando uma crise gerencial grave.

No que se refere à área de R.H., em 28/01/90, a Lei 8.142 estabelece como pré-requisito para o repasse de recursos financeiros para os Estados e Municípios, a criação de comissão para a elaboração de plano de cargos e salários e sua implantação em dois anos.

Pode-se afirmar que a gestão de R.H., no setor público, passa pelo desenvolvimento da cidadania, onde os funcionários precisam colocar-se como cidadãos. Nesse sentido, devem fazer valer seus direitos dentro da organização, lutando por um bom salário, boas condições de trabalho e, também pelo respeito ao direito da clientela de ter acesso a serviços de qualidade.

Neste contexto, o órgão de recursos humanos tem um importante papel. Cabe-lhe desenvolver com os funcionários um trabalho que lhes permita apreender e discutir, de forma crítica, os seus direitos e deveres enquanto cidadãos, no exercício de seus cargos.

SITUAÇÃO ATUAL:

De acordo com informações e observações, constata-se, no Município de Itatiba, a inexistência de uma preocupação política-administrativa com vistas a integrar a administração, a formação e o desenvolvimento dos Recursos Humanos.

A gerência de R.H. se limita a administração de pessoal (frequência, férias, controle de Hollerith) que é exercida por uma auxiliar administrativa, na Secretaria da Saúde. Não existe um departamento específico ou mesmo um trabalho na área de desenvolvimento e treinamento de pessoal.

A política vigente expressa em geral a o improvisado, o imediatismo, os interesses clientelistas e corporativos.

O problema do corporativismo deve ser analisado como um fenômeno de busca de manutenção de status e poder na sociedade, sendo um fator de impedimento ou de desvio de atenção em relação aos problemas e necessidades da sociedade.

Diferentemente do que reza a Lei 8.080 e a Constituição, quanto a descentralização para os Municípios dos serviços de saúde e da administração de Recursos Humanos, verifica-se que o Município dispõe de um quadro de

funcionários com diferentes formas contratuais. Esta situação acarreta, na gestão de Recursos Humanos, problemas, como conflitos entre os profissionais das três esferas e irregularidades no andamento do serviço.

SUGESTÕES:

. Criar na Secretaria Municipal uma estrutura formal de gerência e administração de R.H. que contemple atividades de planejamento, administração e desenvolvimento de Recursos Humanos;

. Elaborar a padronização de procedimentos administrativos referentes a deveres, direitos e vantagem dos funcionários das três esferas;

. Estabelecer consórcios e convênios com instituições educacionais visando o desenvolvimento e treinamento de pessoal;

Salienta-se que para a efetiva implantação e viabilização do S.U.S. é necessário que os gestores de R.H. não se limitem a conceber a saúde como um simples fenômeno biológico, mas o produto da interação de fatores sociais, políticos, econômicos e culturais.

4.5 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ITATIBA

1 - Descrição dos serviços

A Prefeitura Municipal de Itatiba oferece a população serviços de saúde por meio de :

- 7 unidades básicas de saúde;
- 1 centro de saúde II - Estadual Municipalizado;
- 1 ambulatório de especialidades (Inamps municipalizado);
- 2 hospitais;

Unidades Básicas de Saúde - funcionam das 07 às 17 hs, de 2ª à 6ª feira, oferecendo coleta de Papanicolau e vacinação, com exceção de B.C.G. e anti-rábica.

Na vacinação existem problemas em relação a Cadeia de Frio (oscilações térmicas significativas das vacinas). Conta com um pediatra e um clínico geral com carga horária de 20 hs. semanais e um ginecologista uma vez por semana por 4 h.

Centro de Saúde II - sede da Vigilância Epidemiológica (coordenada por um médico sanitarista com apoio de quatro visitantes sanitários); vacinação completa (única unidade do município que realiza B.C.G. e anti-rábica). Desenvolve atendimento de hanseníase e tuberculose. O quadro é composto por um pediatra e um clínico (20

hs/semanais) e um ginecologista 2 vezes por semana (8h semanais). Funciona das 07 às 19 hs. de segunda à sexta-feira.

Ambulatório de Especialidades - INAMPS municipalizado. Funciona das 07 às 19 hs, oferecendo serviços de assistência social, sete atendentes de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 3 auxiliares de odontologia, 2 cardiologistas, 1 clínico cirúrgico, 3 clínicos gerais, 2 farmacêuticos, 1 gastroenterologista, 6 ginecologistas, 1 neurologista, 4 oftalmologistas, 1 ortopedista, 1 otorrino, 8 cirurgiões dentista, 4 psicólogos, 2 psiquiatras, 5 pediatras.

As ações de saúde desenvolvidas neste local são relativas às necessidades percebidas da população, sem a preocupação de continuidade com maior ênfase no agendamento que é feito por oito funcionários do que ao atendimento ambulatorial (três funcionários).

Existe agendamento para cada especialidade uma vez por semana e o usuário só fica sabendo da rotina quando vai em busca de atendimento. Após o primeiro atendimento, mesmo se necessário, o usuário não tem garantido a marcação prévia da consulta de retorno.

Segundo informações colhidas junto a população, tanto no Ambulatório de Especialidades quanto nos Postos não são atendidos usuários sem agendamento prévio, portanto toda

e qualquer pessoa que necessite de atendimento imediato tem que recorrer aos pronto-socorros do hospital Regional e da Santa Casa, sendo que o hospital Regional não atende casos de maior complexidade.

O planejamento, organização, avaliação e controle de todas as ações de saúde nos serviços de saúde do Município é centralizado a nível do Secretario de Saúde. Após entrevistas com vários profissionais que trabalham nas diversas unidades, percebemos que não existe uma análise conjunta onde sejam considerados: a percepção desses profissionais em relação aos problemas da população, o impacto das ações, a co-responsabilidade.

A administração não conseguiu ainda, desenvolver ações de saúde levando em consideração a intersectorialidade e nem de intercomplementariedade com outros municípios.

4.5.1 SAÚDE BUCAL

A coordenação de saúde bucal está ligada à Secretaria da Saúde e Promoção Social, sem uma estrutura definida.

Os treze cirurgiões-dentistas e cinco auxiliares que compõem a rede municipal, estão assim distribuídos, segundo vínculo e carga horária:

- Ambulatório de Especialidades

2 cirurgiões-dentistas federais - 30 hs semanais cada

5 cirurgiões dentistas municipais - 20 hs cada

3 auxiliares municipais - 40 hs cada

- Centro de Saúde II

1 cirurgião dentista municipal - 20 hs semanais cada

1 cirurgião dentista estadual - 30 hs semanais

1 auxiliar municipal - 40 hs

- Posto do São Francisco

1 cirurgião - dentista municipal - 20 hs semanais

1 auxiliar municipal - 40 hs semanais

3 escolas estaduais

1 cirurgião-dentista municipal - 20 hs semanais

2 cirurgiões-dentistas estaduais 30 hs semanais cada

Houve a contratação de 05 auxiliares por concurso público, sendo condição para admissão possuir um ano de experiência em consultório dentário. Não houve capacitação específica para atendimento na rede municipal, sendo às instruções dadas em serviço, pelos dentistas de cada unidade.

Embora haja pessoal auxiliar, o dentista trabalha isoladamente, não havendo capacitação para trabalho à quatro mãos, embora a disposição dos equipamentos no Ambulatório de Especialidades permitisse fazê-lo.

Não há proposta de formação e/ou incorporação de técnicos em higiene dental.

Nos postos, atende-se à livre demanda, sem prioridade à nenhum grupo populacional específico, atendendo-se também os detentos, sendo preconizado o atendimento de 06 pacientes agendados e mais emergências para um período de 4 horas.

Não há lista de espera para atendimento, sendo que o paciente tem que ir diariamente cedo para conseguir uma vaga e ser atendido, marcando-se então seus retornos necessários, até completar o tratamento.

Nas escolas, o atendimento é feito por classes.

Não existe dados sob a cobertura dada à população. Há gráficos de número de pacientes atendidos e de procedimentos realizados por dentista, que são analisados pelo Diretor de Saúde Pública.

Não existem dados epidemiológicos da cárie dentária e doença periodontal. Neste ano, por determinação do Ersa 42, foi realizado o levantamento epidemiológico em 1000 crianças, tendo sido examinadas 200 crianças em 5

escolas, sendo que operacionalmente optou-se pelas 3 escolas que possuem atendimento odontológico, 1 escola próxima ao Posto do São Francisco e em mais uma escola estadual, atingindo a faixa etária de 7 à 10 anos. Não houve calibração dos examinadores e nem sorteio das crianças examinadas. Estes dados estão em fase de tabulação, não se conhecendo ainda seu resultado.

Existe flúor artificial na água de abastecimento que cobre 98% da população, desde 1983, sendo seu controle feito somente pela Sabesp, numa quantidade ideal para a cidade de 0,7ppm.

Nas 23 escolas estaduais, há bochechos semanais com flúor à 0,2%.

Não há sistema de referência e contra-referência, não existindo serviços para a atenção secundária e terciária, sendo que os pacientes que precisam de tratamento mais especializados, são orientados a procurar o serviço particular.

SUGESTÕES

Para um melhor desempenho nas atividades em saúde bucal, seria necessário a realização de um levantamento epidemiológico da cárie dentária, dentro dos padrões da Organização Mundial da Saúde, com uma amostra representativa

da população, pois a utilização da epidemiologia é fundamental para o estabelecimento de prioridades, para a alocação de recursos e orientação programática.

Há a necessidade do desenvolvimento dos recursos humanos sendo fundamental:

- treinamento e reciclagem dos profissionais da saúde bucal proporcionando a atualização técnica e garantido a aproximação das práticas odontológicas às práticas de saúde, no campo da Saúde Coletiva.

- formação de pessoal auxiliar - atendente de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD), para a formação da equipe de saúde bucal, aumentando em muito o rendimento e a cobertura dos serviços oferecidos.

O controle e vigilância sanitária da fluoretação da água de abastecimento público pela prefeitura seria muito importante, visto que a efetividade e eficácia deste método preventivo depende da rigorosa observância dos teores ótimos de flúor, sem interrupções ou subdosagens.

4.5.2 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

A saúde mental funciona apenas no Ambulatório de Especialidades, com o seguinte quadro de recursos humanos: 4 psicólogos, 2 psiquiatras, 1 fonoaudióloga (contratada recentemente), 1 assistente social (não exclusiva da saúde

mental), 1 neurologista que pertence às Especialidades, não contando com terapeuta ocupacional.

Estes profissionais atuam num corredor isolado do restante das outras especialidades, com uma sala de espera, um consultório médico, uma sala para a fonoaudiologia e uma para a psicologia. O espaço físico é insuficiente para o número de profissionais, pois a UAC (Unidade de Avaliação e Controle) ocupa uma sala que provavelmente seria destinada à Saúde Mental.

As consultas para a Psiquiatria, tanto o retorno quanto a primeira consulta são agendadas na recepção do Ambulatório, sendo marcadas 12 consultas/dia/médico. Porém a Coordenação tem por objetivo a redução do número de consultas para 8 consultas/dia/médico, que é o que preconiza a Secretaria de Estado da Saúde.

As atividades grupais desenvolvidas pelo Psiquiatra são o grupo de Psicóticos e de Alcoolismo, ambos abertos.

Na Psicologia, o controle do agendamento geralmente é feito pelo próprio profissional. A triagem é efetuada pela assistente social onde é feito o levantamento da queixa e esclarecimento sobre o tratamento.

Devido à demanda, o enfoque é para grupos abertos, o que não permite fila de espera. Para crianças e

adolescentes, os grupos são estruturados por faixa etária, exceção feita aos menores de 4 anos, onde o atendimento é individual. Já para os adultos, são desenvolvidos grupos de psicóticos, de pais, de adultos, de alcoolistas.

A Assistente Social, que até o final de 1992 atuava exclusivamente na Saúde Mental, realiza a triagem para a Psicologia e Fonoaudiologia, participa do grupo de alcoolismo, é responsável pelo grupo de família de internados e usuários, além de manter o controle dos pacientes internados no Hospital de referência, onde realiza visitas semanais com o intuito de sensibilizá-los para o tratamento ambulatorial.

A Fonoaudióloga, contratada a aproximadamente 30 dias, ainda não apresenta demanda reprimida, e a triagem para este profissional é também realizada pela Assistente Social.

A hospitalização quando necessária, é realizada no Instituto Médico Várzea Paulista, na Região de Jundiaí, e a internação de curta permanência para alcoolistas é realizada na Santa Casa e Hospital Regional, fato este devido aos médicos da Saúde Mental que também prestaram atendimento nestes hospitais. O reencaminhamento para o ambulatório é feito pela Assistente Social.

A principal patologia detectada pela equipe é o alcoolismo, que tem como fator precipitante os vários

alambiques clandestinos e as condições insalubres de trabalho. Outros problemas freqüentes são as depressões, a drogadição, e os problemas escolares na infância.

Com relação a integração com outros programas e instituições, a equipe atua no Grupo de Gestantes, é freqüentemente solicitada a realizar palestras em escolas e empresas, está estruturando trabalho com as Associações de Bairro, visando detectar os problemas de Saúde Mental local, e trabalho com a Guarda Municipal.

Quanto a supervisão, existia enquanto paga pelo SUDS até a gestão anterior, porém na atual deixou de ocorrer quando passou a ser função do Município, com isso a reunião da equipe que ocorria semanalmente, foi se desestruturando, e atualmente tem freqüência mensal.

SUGESTÕES

- 1) Melhor divulgação do trabalho da equipe da Saúde Mental, junto aos demais profissionais que atuam no Ambulatório de Especialidades.
- 2) Reuniões com os profissionais das UBS a fim de se esclarecer o Programa de Saúde Mental, com o objetivo de serem melhor detectados e encaminhados os problemas das regiões a que pertencem.

- 3) Que os casos de urgência possam também serem atendidos por profissionais especializados nos Pronto-Socorros de ambos hospitais, e que os leitos de observação de curta permanência sejam estendidos a todas as patologias, a fim de que se diminua o número de internações em Hospitais Psiquiátricos.
- 4) Que a Secretaria Municipal da Saúde crie condições favoráveis para que os profissionais da Saúde Mental participem de cursos de aprimoramento e reciclagem, assim como possibilite a participação em reuniões de supervisão.
- 5) Integrar o Programa da Saúde Mental com os da Secretaria da Educação, Esporte, Cultura e Lazer, visando a ressocialização dos pacientes crônicos através da melhor utilização dos equipamentos municipais existentes.
- 6) Criação de programa conjunto com Escolas de Primeiro Grau, EMEI, e creches a fim de que se possibilite um melhor acompanhamento do desenvolvimento escolar da criança.

4.5.3 SAÚDE DO TRABALHADOR

INTRODUÇÃO

"Saúde do trabalhador", conceito dinâmico que tem como pressuposto rejeitar a hipótese de que saúde e doença possam significar dois estados separados por limites distintos; rejeitar a unicausalidade das doenças.

O homem vive num contexto físico, representado por clima, topografia, relevo do solo, hidrografia, mas também por elementos do micro ambiente profissional e domiciliar, traduzidos por poluição sólida ou líquida, temperatura, ruído, iluminação e ventilação inadequadas, assim como falta de higiene, saneamento básico e coleta de resíduos, presença de vetores. Essa relação ativa e dinâmica com o ambiente é a sua capacidade de interagir com ele.

O processo de industrialização cobra da comunidade um preço pela riqueza que é capaz de gerar, isto é, condições que propiciam prejuízo em geral à saúde do trabalhador, seja pelo desenvolvimento das doenças do trabalhador, pela poluição do meio ambiente, seja pela possibilidade de acidentes de trabalho.

As doenças profissionais decorrem da exposição do trabalhador a agentes físicos, químicos e biológicos ambientais que agridem seu organismo.

Os acidentes do trabalho representam o mais grave problema do trabalhador, pelas conseqüências que podem acarretar: incapacidade temporária, redução da capacidade de trabalho, incapacidade definitiva e até a morte.

Dois fatores distintos são causas de acidentes do trabalho, isolado ou conjuntamente.

- Condições inseguras de trabalho - correspondem a situações ambientais e a instrumentos que envolvem risco à integridade física ou mental do homem que trabalha;

- Atos inseguros correspondem a comportamentos inadequados do trabalhador envolvendo sua integridade física.

EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NA ÁREA DE HIGIENE, MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO

Numa suscinta cronologia histórica da legislação que vem regendo as ações voltadas à garantia da segurança e saúde dos trabalhadores

1919 a 1940 - caracterizada excencialmente pela definição de ações reparadoras e/ou indenizatórias frente aos acidentes de trabalho.

O acidente era visto como consequência de trabalho e o pagamento de indenização decorrente, dependia de prova de culpa do patrão.

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

A Constituição de 1934 estabeleceu em leis ordinárias, de condições de trabalho na cidade e no campo visando a proteção social. Ao mesmo tempo, institui indenizações nos casos de acidentes do trabalho.

1930 - IAPs

1939 - Portaria Ministerial do Trabalho institui o primeiro quadro de atividades insalubres e normas para redução de riscos.

1941 a 1972 Caracterizada pela intervenção dos Organismos Públicos junto às Empresas pressionando a adoção de medidas corretivas e preventivas para o resguardo de seus empregados.

1943 - Decreto lei nº. 5.452 de 15/05/1943, institui a CLT com medidas preventivas dos riscos ocupacionais.

1945 - Regulamentado o Decreto nº 7.036 de 10/11/1944, define como acidente do trabalho: todo evento que tivesse relação de causa e efeito, ainda que não fosse o único responsável pela morte ou incapacidade para o trabalho.

1944 - a prevenção de acidentes e a prevenção das CIPAS vincularam-se ao Ministério do Trabalho.

1955 - Lei nº 2.753 - institui o Adicional de Periculosidade para trabalhos com inflamáveis.

1966 - Lei nº 5.161 institui a FUNDACENTRO, vinculada ao Ministério de Trabalho com a finalidade de pesquisa e assistência às empresas objetivando a prevenção do trabalho.

1967 - INPS foi criado para prestar serviços:

- seguridade social (benefícios)

- Assistência médica (população previdenciária)

1969 - Emenda Constitucional nº 1 - Artigo 165 - assegurado aos trabalhadores a Previdência Social e nela inserido o direito ao seguro contra acidentes do trabalho, mediante contribuições da União, do empregador e do empregado.

1972 a 1988

1972 - Portaria nº 3.237, com apoio do artigo da CLT tornou obrigatório a criação dos serviços especializados em segurança, higiene e medicina do trabalho, assim como das CIPAS.

1975 - Lei 6.229/75 divide as ações:

- ações de caráter coletivo - preferencialmente para o Ministério da Saúde

- ações de assistência médica - INAMPS, para a população inserida no mercado de trabalho.

1976 - Lei nº 6.367 manteve o monopólio estatal do seguro de acidentes do trabalho, introduzindo a readaptação profissional para o acidentado

1977 - Lei nº 6.514, grande avanço em favor da saúde do trabalhador

- reordenou a legislação

- dotou os agentes do poder público para compelir os empresários, a cumprir a lei definindo sanções aos faltosos.

- definiu responsabilidades na ação prevencionista

- criou estabilidade para representantes dos empregados na CIPA.

- outorgou aos Sindicatos a representação dos trabalhadores na justiça em questões de insalubridade e periculosidade.

1977 - Lei nº 6.439 implanta o SINPAS, separando:

INPS - prestação de benefícios em cruzeiros

INAMPS - prestação de assistência médica

- extinguiu o FUNRURAL

A assistência médica aumentou de forma imprevisível e num ritmo maior que o da receita previdenciária representando o

ponto crítico no equilíbrio financeiro da Previdência Social, acentuado pela ineficácia dos serviços médico-hospitalares contratados o conveniados.

1980 - os princípios que marcaram foram:

- privatização e clientelismo da máquina social.
- extrema centralização política e financeira no nível federal;
- exclusão da participação social e política nos processos decisórios.

1983 - viabilizadas as AIS, surge a proposta da AIH, que permite maior controle do Setor Privado.

1988 - VIII Conferência Nacional de Saúde, SUS com princípios que integram os subsistemas:

- Seguridade Social - Ministério da Previdência
- Assistência médica - Ministério da Saúde.

CARACTERIZAÇÃO

Itatiba é um polo atrativo de migração porque detém um parque industrial importante com uma população ativa estimada de 41.301 habitantes, ou deseja 67% da população do Município. A tabela abaixo demonstra o parque industrial segundo ramo de atividade.

TABELA 5 - Distribuição das empresas por ramo de atividade no Município de Itatiba em 1993.

TIPO DE INDÚSTRIA POR RAMO ATIVIDADE	No.	%
Moveleira	73	40
Têxtil	35	19
Metalúrgica	27	15
Cimento	11	6
Química	7	3
Alimentos e Bebidas	5	2
Artefatos de Couro	5	3
Papel	4	4
Outros	14	8
TOTAL	181	100

FONTE: Prefeitura do Município de Itatiba (Nov./93)

Aparentemente não houve no passado um zoneamento industrial, o que resultou na instalação de indústrias no centro e ao redor da cidade. É fácil imaginar as

repercussões dessas condições específicas de urbanização e seu intenso crescimento sobre as condições de saúde da população.

Geralmente os (migrantes) em busca de emprego, muitas vezes portadores de doenças endêmicas, sistematicamente residem na periferia, onde são precários os recursos de saneamento básico, contribuindo para um provável aumento da morbi-mortalidade local. Ocorre também que esses imigrantes na maioria tem baixa qualificação e não tendo treinamento adequado nas empresas, passam a integrar e agravar o quadro de riscos.

Há proliferação de pequenas empresas, principalmente no ramo moveleiro, onde o empregado com a obtenção de três maquinários básicos essenciais ao setor, instalação de uma "fábrica" de pequeno porte e baixo custo, muitas vezes, no fundo da sua casa, tornando-se patrão podendo ter como conseqüências, tanto a sub-notificação de mão-de-obra, como de acidentes de trabalho.

Considerando o aumento de trabalho e horas extras na indústria moveleira, que nesse Município assume peculiaridades de organização informal o empregador por vezes substitui o café pela "pinga" como recompensa pela hora excedente de seus empregados. Provavelmente, este fato somado às exigências de aumento da produção, esteja vinculado no contexto de aumento dos acidentes.

O depoimento das Associações de Bairros e Sindicatos de Trabalhadores sobre as condições ambientais nas fábricas, os lançamentos de efluentes industriais no meio ambiente, e as repercussões sobre os riscos potenciais para a saúde da população. Isso veio mostrar que o número de empresas e a diversidade dos ramos de atividades, torna complexo um sistema de prevenção de acidentes do trabalho e doenças profissionais no contexto do Município;

- pode-se perceber, no entanto, que em termos quantitativos (e historicamente associadas a alto risco) as indústrias moveleira e têxtil emergem como prioritárias.

Em face da estrutura industrial/ocupacional percebida na caracterização do Município, foi feita solicitação a Secretaria da Saúde e Promoção Social, para fornecimento das informações disponíveis quanto ao número de Acidentes do Trabalho, especialmente nas áreas têxtil, moveleira e da construção civil, objetivando estimar o risco ocupacional para a população local.

TABELAS 6 E 7: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS
MENSALMENTE EM 1992 E 1993 EM ITATIBA

ACIDENTE DE TRABALHO

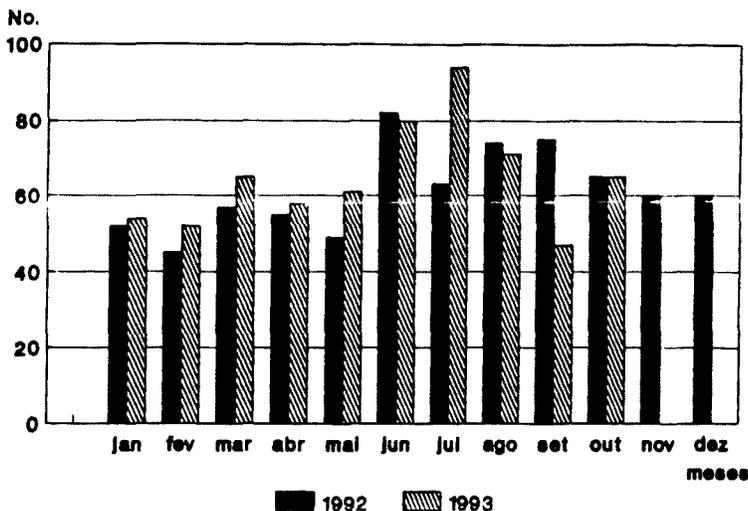
ANO 1992

MESES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
REGISTROS													
Típico	52	45	57	55	49	82	63	74	75	65	60	60	724
Doenças	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Trajetos	02	02	02	02	01	01	02	01	01	01	01	03	19
TOTAL	54	47	59	59	50	83	65	75	76	66	61	63	745

ANO 1993

MESES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
REGISTROS													
Típico	54	52	65	58	61	80	94	71	47	65	-	-	647
Doenças	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Trajetos	03	01	01	01	02	02	03	01	01	02	-	-	16
TOTAL	57	53	66	59	63	83	97	72	48	67	-	-	664

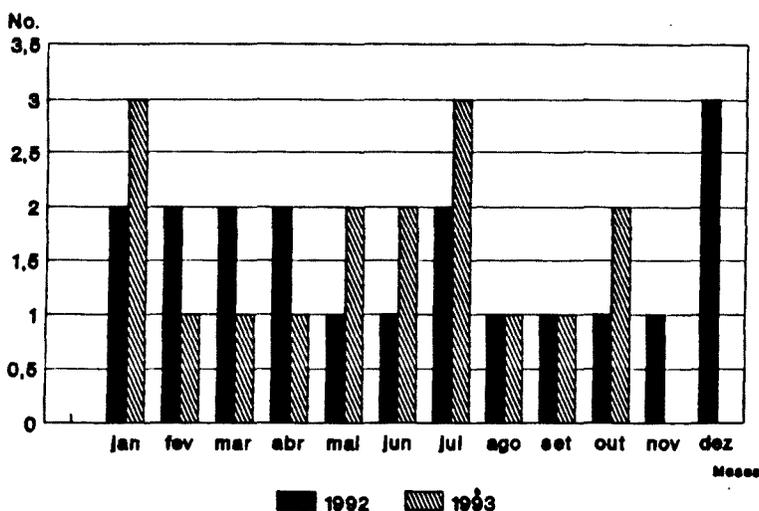
FONTE: INSS e Prefeitura Municipal de Itatiba



Fonte: Secretaria da Saúde e da Promoção Social/ Itatiba e INSS

GRÁFICO 11 -

Distribuição dos acidentes de trajeto nos anos de 1992 e 1993 em Itatiba, Estado de São Paulo



Fonte: Secretaria da Saúde e da Promoção Social/ Itatiba e INSS

É interessante observar a interpretação dada pela Secretaria da Saúde e Promoção Social reproduzida a seguir:

ACIDENTE DE TRABALHO

Através do levantamento dos anos de 1992 e 1993 realizado na agência do INSS de nosso município, constatamos uma maior concentração de acidentes de trabalho em nossas indústrias da área têxtil e de móveis coloniais além da construção civil.

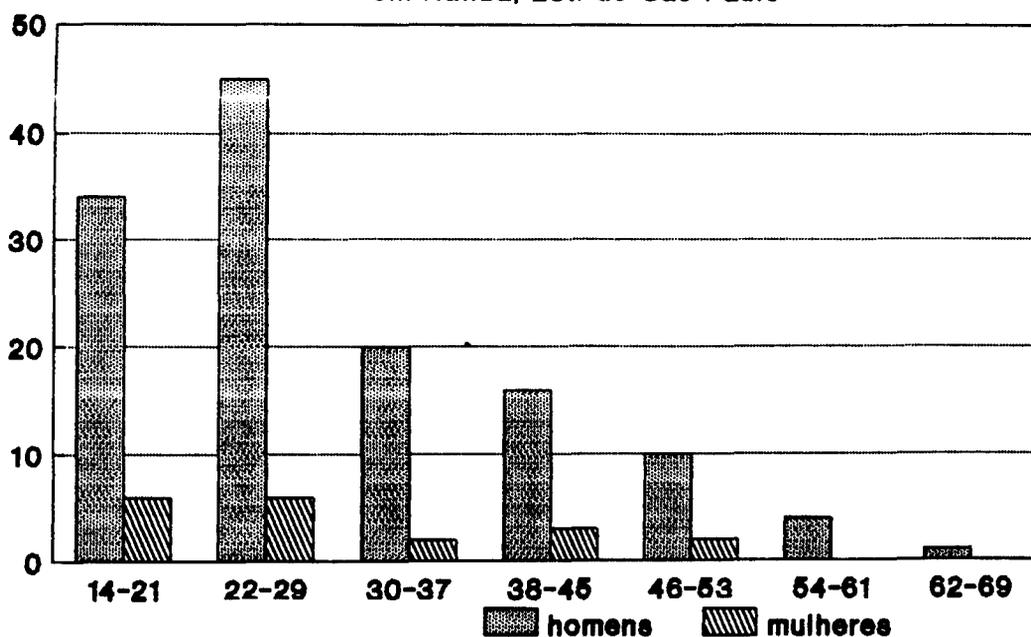
Notamos também uma maior incidência na faixa etária dos 20-30 anos sendo que 90% são do sexo masculino e, em relação a mortalidade detectamos 04 casos no corrente ano.

TABELA 8 - DE DISTRIBUIÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO POR MÊS, FAIXA ETÁRIA E SEXO

MÊS FAIXA ETÁRIA	AGO		SET.		OUT.		SUB.TOTAL		TOTAL
	SEXO H	M	H	M	H	M	H	M	
14-21	13	3	8	2	13	1	34	6	40
22-29	14	2	15	2	16	2	45	6	51
30-37	11	-	5	2	4	-	20	2	22
38-45	6	2	5	-	5	1	16	3	19
46-53	1	1	6	1	3	-	10	2	12
54-61	2	-	1	-	1	-	4	-	4
62-69	1	-	-	-	-	-	1	-	1
TOTAL	48	8	40	7	42	4	130	19	149

FONTES: INSS e Santa Casa de Misericórdia/ITATIBA-1993

GRÁFICO 13 - Distribuição dos acidentes de trabalho por sexo nos meses de agosto a outubro de 1993 em Itatiba, Est. de São Paulo



Fonte: INSS e Santa Casa de Misericórdia de Itatiba

Observamos que há predominância de acidentes nas faixas etárias de 14-21 e de 22-29 anos, sendo que foram levantados acidentes em 17 menores (12H e 5M). Não ocorreram acidentes em mulheres acima de 53 anos.

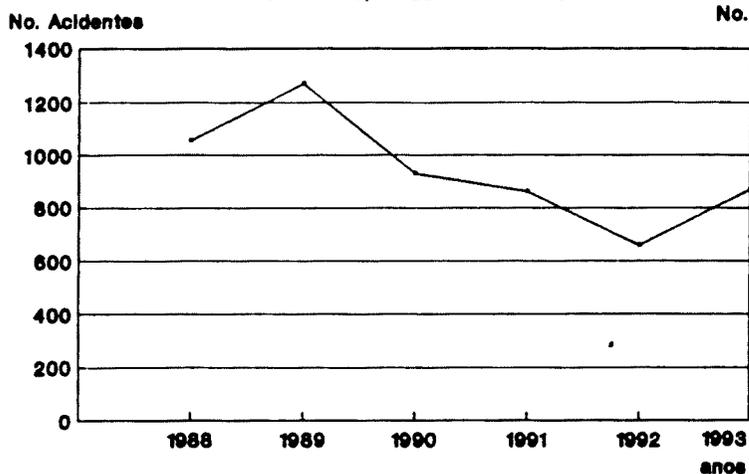
TABELA 9 - ACIDENTADOS NO TRABALHO E NO TRAJETO NOS ANOS
1988 A 1993, EM ITATIBA, ESTADO DE SÃO PAULO

ANO	TRABALHO	TRAJETO	TOTAL
88	1057	17	1074
89	1269	26	1295
90	932	27	959
91	862	35	897
92	658	15	673
93*	870	25	895

FONTES: INSS e Santa Casa de Misericórdia/ITATIBA
1993

* o último bimestre foi estimado

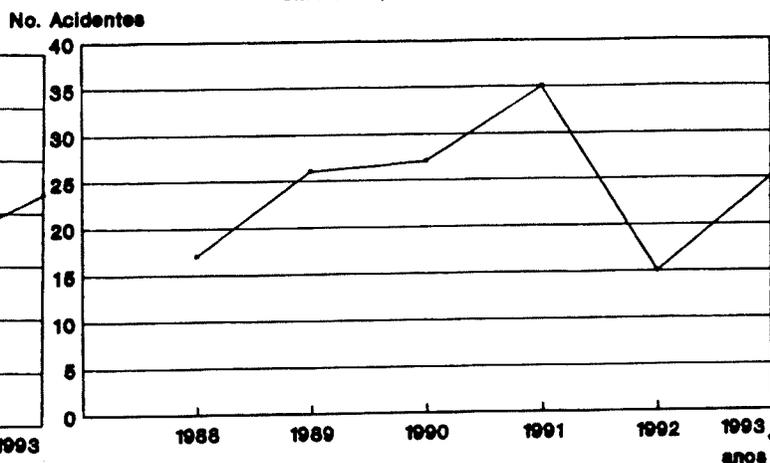
GRÁFICO 14 Acidentados no trabalho nos anos de 1988 a 1993,
em Itatiba, Estado de São Paulo



— Ac. trabalho

(*) com estimativa para o último bimestre
Fonte: INSS e Santa Casa de Misericórdia de Itatiba

GRÁFICO 15 Acidentados no trajeto nos anos de 1988 a 1993,
em Itatiba, Estado de São Paulo



— Ac. de trajeto

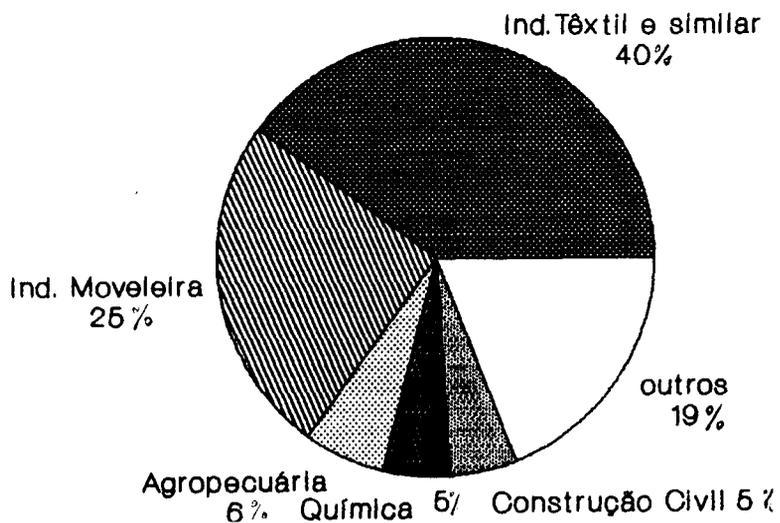
(*) com estimativa para o último bimestre
Fonte: INSS e Santa Casa de Misericórdia de Itatiba

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO POR RAMO DE ATIVIDADE, NOS MESES DE AGOSTO A OUTUBRO DE 1993, EM ITATIBA, ESTADO DE SÃO PAULO

RAMO DE ATIVIDADE	TOTAL	%
IND. TÊXTIL E SIMILARES	59	40
IND. MOVELEIRA E SIMILARES	37	25
AGROPECUÁRIAS	9	6
QUÍMICA	7	5
CONSTRUÇÃO CIVIL	8	5
OUTROS	29	19
TOTAL	149	100

FONTE: INSS e Santa Casa de Misericórdia de Itatiba

GRÁFICO 16 - Distribuição dos Acidentes de Trabalho por ramo de atividade nos meses de agosto a outubro de 1993, em Itatiba, SP.



Fonte: INSS e Santa Casa de Misericórdia / Itatiba

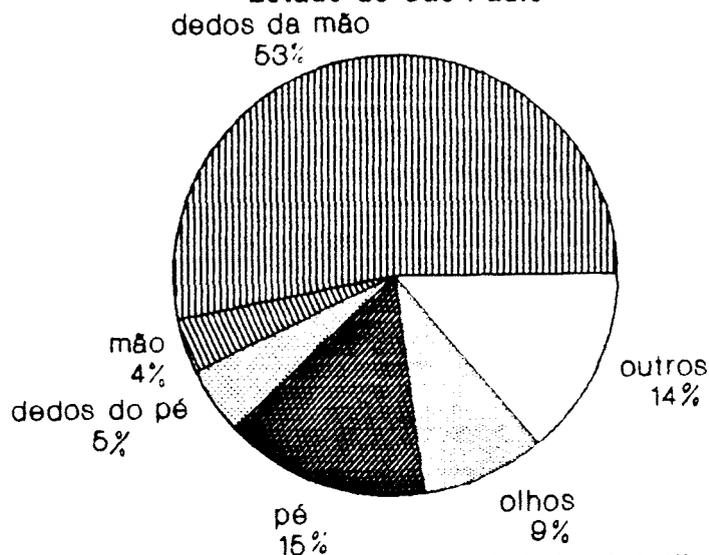
Verificamos no gráfico acima que dos acidentes notificados 40% são da indústria têxtil, 25% da indústria moveleira e 6% agropecuárias.

TABELA 11 DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO POR LESÃO NOS MESES DE AGOSTO A OUTUBRO DE 1993 EM ITATIBA, ESTADO DE SÃO PAULO

LESÃO	QUANTIDADE	%
DEDOS DA MÃO	79	53
MÃO	6	4
DEDOS DO PÉ	8	5
PÉ	22	15
OLHOS	14	9
OUTROS	20	14
TOTAL	149	100

FONTE: INSS e Santa Casa de Misericórdia de Itatiba

GRÁFICO 17 - Distribuição dos acidentes de trabalho por lesão, nos meses de agosto a outubro de 1993 em Itatiba, Estado de São Paulo



Fonte: INSS e Santa Casa de Misericórdia / Itatiba

Observamos 53% das lesões nos dedos da mão e mãos, 20% dedos dos pés e pés e 9% nos olhos. Portanto, podemos adotar ações dirigidas à saúde ocupacional e estudos ergonômicos específicos, assim como a utilização de equipamentos de proteção

Ocasionaram acidentes de trabalho, observando-se o período de agosto a outubro de 1993.

- 1º Utilização de desempenadeiras, tupias, plainas, lixas, lixadeiras, torno, serra, serra-circular, moto-serra, etc;
- 2º As operações ou limpeza de máquinas com correias, correntes, cilindros, polias, prensas, soldas, etc;
- 3º O transporte, carregamento de materiais de trabalho;
- 4º A utilização da lâminas de corte em geral ou manipulações de pedaços ou chapas de ferro;
- 5º O uso de marretas, martelos, etc;
- 6º Queimaduras com água fervendo ou com produtos químicos;
- 7º Desequilíbrio ou quedas em escadas, degraus, etc.

Observamos no Município de Itatiba:

- 40% das indústrias pertencem ao ramo moveleiro e 19% no ramo têxtil; totalizando 59% do total de empresas;
- Embora o ramo têxtil represente 19% do total de empresas, absorve o maior número de trabalhadores porque são indústrias de médio e grande porte; embora tenha reduzido aproximadamente 70% da sua de obra em função da assimilação de novas tecnologias. Presumimos que estas tecnologias reduzam o número de acidentes;
- 2,17% de acidentados na população ativa (estimada) em 1991, dos acidentes notificados, com afastamento acima de 15 dias (casos graves), sem considerar as subnotificações e subregistros de empregados;
- De 1990 a 1992 houve uma redução dos acidentes;
- De 1992 a 1993 uma sensível elevação na curva. Os acidentes de trajeto acompanham a mesma curva.
- Dos acidentes levantados de agosto a outubro de 1993, 40% ocorrem na indústria têxtil e 25% na indústria moveleira, totalizando somente nestes dois ramos 75%.
- Notamos o aumento de acidentes nos meses de junho a agosto, o que sugere decorrência da sazonalidade no esquema de produção das indústrias têxtil e moveleira.

- Chamou a atenção, com base no levantamento realizado o grande número de mutilados na cidade. Isso também foi referido pela população entrevistada, pelas Associações e pelos próprios trabalhadores.

- A partir do depoimento do médico e do INSS sobre as solicitações dos acidentados para retornarem ao trabalho, das informações das Associações de Bairros e dos Sindicatos de Empregados e na própria D.R.T., pode-se perceber que os empregados recebem um salário maior que o registrado em carteira. Esse é reduzido sensivelmente quando recebido como **benefício** ocasionado pelo afastamento em decorrência do acidente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

LEGISLAÇÃO

Historicamente a legislação sobre Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho apresenta

- grande profusão de instrumentos legais (Leis, Decretos-leis, Decretos, Portarias, etc) emanados dos vários níveis decisórios;
- A vigência destes instrumentos é curta, gerada por mudanças filosóficas, ideológicas, resultante da mudança dos interesses políticos, econômicos e sociais envolvidos;
- não perdurando tempo suficiente para produzir resultados efetivos ou comprovar ineficácia. Muitas vezes não chegam ao conhecimento do interessados, devido a burocracia.
- O artigo 468 da CLT - "descreve que o empregado não pode fazer serviço diverso daquele para o qual foi contratado sob pena de nulidade do Contrato de Trabalho". Diante do conteúdo legal, surge o obstáculo para o reaproveitamento do empregado em outra tarefa. O serviço médico atende o acidentado, atesta a sua capacidade de trabalho reduzida por lesão ou mutilação

e no entanto a legislação não permite o seu reaproveitamento.

RISCOS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A distribuição e estrutura do parque industrial instalado determina riscos específicos à saúde do trabalhador, influenciando no perfil de morbidade do Município. Como não haveria tempo hábil para levantar todos os fatores para o estabelecimento de nexos causais entre forma de exposição e o aparecimento de doenças, limitamo-nos a fazer algumas reflexões sobre os dados disponíveis.

Assim, parece-nos importante atentar para a busca intencional de casos de morbidade por doenças específicas nos serviços de saúde locais, com ênfase especial em:

- doenças respiratórias (doenças pulmonares obstrutivas crônicas, alergias extrínsecas;
- asma ocupacional ou bagaçose (por exposição à cana-de-açúcar mofada, considerando a quantidade de pequenos alambiques).
- disacusias/surdez ocupacional;

- HAS + doenças hepáticas (por exposição a resinas na indústria moveleira, associada ao hábito de consumo de álcool);

Esse conjunto de características dificulta a atuação das empresas e absorção das ações, de organização, e de operacionalização acentuado pela diversidade dos ramos de atividade, condições econômicas e tecnológicas, maturidade gerencial e diferente culturas organizacionais.

Mesmo que a assistência médica ao acidentado no trabalho fosse ser eficiente, pelo hospital e pelos médicos do INSS e Secretaria de Saúde Municipal, Porém a sua recuperação seria prejudicada pela pressa do empregado em retornar ao trabalho, dado o atual contexto econômico. Embora haja n atendimentos ao acidentado em decorrência do mesmo acidente, o procedimento só é cobrado no primeiro atendimento, o que onera a Secretaria do Município.

As prestações devidas aos Acidentes do Trabalho (assistência médica, farmacêutica, odontológica,...) constitui encargo exclusivo do Empregador (Constituição Federal - inciso XVIII do Art. 7º. Cap. II. As empresas pagam ao INSS a tributação fixada de acordo com o risco da atividade da empresa em 0,4%, 1,2%, 2,5% da folha de salários de contribuição dos empregados (Art. 15 da Lei nº 6.367).

Considerando o caráter securitário da Lei nº 6.367 e a absorção do Seguro de Acidentes do Trabalho pela Previdência, presume-se por razões legais, éticas e morais, que o Ministério da Previdência repassar a receita correspondente assumir aos encargos decorrentes do Acidente do Trabalho, relativos a assistência médica, farmacêutica e odontológica pela Secretaria do Município de Itatiba.

3. ASPECTOS FUNCIONAIS

Atualmente, o atendimento ao acidentado do trabalho está vinculado a três ministérios:

- da Saúde: atendimento imediato e assistencial;
- da Previdência: através do INSS - perícia médica e pagamento de benefício ao acidentado;
- do Trabalho: fiscalização das empresas quanto à prevenção dos Acidentes do Trabalho.

Em decorrência dessa fragmentação, observamos:

- O acidentado e/ou familiares transitam do Hospital local ao INSS; do INSS à Secretaria da Saúde; ao Hospital em Campinas para cirurgia e de volta num círculo vicioso. É vítima também da habitual burocracia do processo de Acidentado do Trabalho e das Instituições;

- A atuação dos médicos e profissionais da saúde do trabalhador é seccionada pela atuação em diferentes Instituições, acarretando informações fragmentadas, divisão de poder, inexistência de uma política única que possa nortear a equipe.

SUGESTÕES

Nosso objetivo é propor alternativas que possam contribuir para o equacionamento dos problemas levantados:

- Facilitar o acesso e tramitação de documentos do acidentado do trabalho, dando atendimento diferenciado e imediato;
- Formar uma Comissão de Saúde do Trabalhador envolvendo também representação dos trabalhadores através dos seus Sindicatos que defina políticas de prevenção e atendimento compatíveis com os três Ministérios e a necessidade do Município de Itatiba;
- Articular e desenvolver a Coordenação da Saúde do Trabalhador para o planejamento local, embora efetivados em diferentes funções em diferentes Instituições;
- Orientar constantemente a equipe médica com a finalidade de se cumprir o previsto em Lei e em Ordens de Serviço;
- Desenvolver programas preventivos voltados para as empresas, com prioridade para saúde ocupacional das empresas dos ramos têxtil e moveleira;
- Intensificar a fiscalização das empresas com o objetivo de conscientizá-las do seu papel e importância da saúde do trabalhador para sua produtividade;

- Promover reuniões com segmentos específicos da indústria que decidam sobre os aspectos de riscos, ergonômicos, higiênicos, médicos e sanitários;
- A Legislação deve ser clara no sentido de se dar cobertura necessária ao trabalhador, principalmente no que tange à mudança de função, permitindo o seu reaproveitamento e a prevenção do agravamento da lesão; Deve permitir ainda a legislação, mudança provisória da função do recém-acidentado;

Programa de atenção a saúde do Trabalhador

- Atenção médico aos trabalhadores, a ser prestado no Centro de Saúde, incluindo exames médicos pré admissionais e periódicos;
- Avaliação dos ambientes de trabalho com propostas de controle dos riscos identificados;
- Incentivar a adesão ao Programa dos pequenos e micro empresários desses setores prioritários, uma vez que os riscos são altos, muitas vezes desconhecidos deles. As pequenas empresas abrangem pelo menos 70% da população trabalhadora, que freqüentemente está a descoberto na obrigatoriedade de sistemas de atenção à saúde.

4.5.4 SAÚDE MATERNO INFANTIL

A saúde da mulher no Município de Itatiba está assim dividida:

Prevenção do câncer ginecológico - feito em todas as unidades de saúde do Município, por pessoal auxiliar com supervisão das enfermeiras. A colposcopia é feita no Ambulatório de Especialidades, sendo o agendamento feito por telefone. Na necessidade de cirurgia, esta é feita na Santa Casa de Itatiba e em caso de radio ou quimioterapia, a Secretaria da Promoção Social encaminha a paciente à outro município, com grande dificuldade de transporte e vaga.

Pré-natal - segundo a administração todas as gestantes recebem atendimento mensal a partir do 2 ou 3 mês de gestação. Este acompanhamento é feito por um médico obstetra nas Unidades Básicas e no Ambulatório de Especialidades, com acesso à todos os exames laboratoriais de rotina.

O parto é geralmente hospitalar, sendo feito por parteiras práticas, no caso de ser normal e por obstetras quando é cesária, sendo estes a maioria.

Segundo a percepção da população, as gestantes não conseguem os serviços de pré-natal nas UBS, por dificuldade

de acesso e devido a forma de agendamento oferecido, que não garante o acompanhamento sistemático da gestação.

Mensalmente, o Ambulatório de Especialidades oferece uma reunião multiprofissional às gestantes. Este grupo é desvinculado do atendimento, aberto à população, desconsiderando as singularidades de cada região e o impacto desta ação de saúde.

Este tipo de atendimento desarticulado indica a alta mortalidade neonatal e perinatal existente no Município.

Planejamento familiar - são oferecidos métodos anticoncepcionais gratuitamente, quando da consulta médica, porém não existe uma organização administrativa que garanta a divulgação, conhecimento e acesso ao direito da família de optar conscientemente por algum método.

Atenção à menopausa - está sendo desenvolvido um projeto para acompanhamento de mulheres para a prevenção da osteoporose, que inclui grupos de orientação e grupos de caminhada, além de exames específicos fornecidos por outros municípios.

SUGESTÕES

- assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério;

- controle do estado nutricional e das anemias carenciais;
- ações educativas de estímulo ao parto natural;
- orientação educativa sobre hábitos de higiene, aleitamento, desmame, etc.;
- acompanhamento ginecológico, prevenção periódica de câncer de útero e da mama, com orientação para utilização de auto exame;
- acompanhamento de vítimas de violência sexual
- planejamento familiar com garantia de direito do homem, mulher ou do casal de procriação ou não, orientação sobre anticonceptivos, utilização de tecnologias apropriadas para garantir a fertilidade.

A Saúde da Criança no Município de Itatiba, segundo o coordenador do Programa, é desenvolvido da seguinte forma:

- Todas as UBS contam com um pediatra com atendimento diário de 4h com 16 consultas por dia, sendo que o sistema municipal oferece 10 pediatras no total.

No Ambulatório de Especialidades existe um pediatra atendido especificamente adolescentes.

- Programa de defesa da vida do lactente: nas crianças de 0 a 6 meses é feito um acompanhamento especial de puericultura, porém, a população enfrenta grandes dificuldades de acesso ao programa devido à forma como está estruturado o agendamento.

- Programa de suplementação alimentar: a Secretaria Municipal de Saúde oferece 600 litros de leite por dia a população carente nas UBS após triagem do serviço social.

- Vacinação: oferecida em todas as UBS exceto BCG que é centralizadora no CS-II. A população tem dificuldade de ser vacinada nas UBS devido a irregularidade de transporte e conservação das vacinas, procurando então o Ambulatório de Especialidades. Não existe um programa de educação para a vacinação e nem controle de faltosos.

- Incentivo do exame de fenilcetonúria e T4; o material para exame é colhido nas UBS, não sendo realizado nos hospitais do Município que orientam a mãe a procurar a UBS da região.

- Saúde do escolar: é feito um trabalho em conjunto com o Estado, onde as escolas preenchem um questionário com informações de saúde de cada criança, porém, não existe um plano de ação a ser desenvolvido após a análise de dados.

Observa-se na forma de estruturação da assistência à saúde da criança uma prática médica assistencial curativa, não se desenvolvendo ações de saúde que enfoquem a promoção, proteção e recuperação da saúde com ações coletivas e individuais que visem melhorar a qualidade de vida da população.

SUGESTÕES

- identificação do recém-nascido de alto risco;
- tratamento de anomalias do metabolismo;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuro-psíquico-motor, assistência à morbidade prevalente, prevenção e tratamento de diarreias, (inclusive desidratação), de doenças respiratórias, vacinação, assistência nutricional e suplementação alimentar;
- na idade pré-escolar e escolar, as ações devem ser conjuntas com a área da educação, com acompanhamento médico, dentário e oftalmológico, para identificação precoce de agravos à saúde.

4.5.5 PROGRAMA DO ADOLESCENTE

O programa foi iniciado este ano, instalado no Ambulatório de Especialidades, e está em fase de expansão.

Deveria contar com os seguintes profissionais: Hebiatra (Pediatra especializado em adolescentes), enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Dentista, Nutricionista; porém conta apenas com o Hebiatra, que é o Coordenador do programa, e uma Assistente Social, que também pertence à saúde mental.

O programa surgiu devido a demanda crescente, ao Estatuto da Criança e Adolescente, e a existencia de profissional especializado disponível, e têm por objetivo a proteção, promoção e recuperação da saúde do adolescente.

Atende a faixa etária dos 11 aos 20 anos, sendo a maior demanda dos 14 aos 16 anos, e as principais queixas são as doenças venéreas, verminoses, e as preocupações com o desenvolvimento físico e sexual.

A divulgação do programa é feita através de cartazes e por outros profissionais. Os encaminhamentos vêm da Santa Casa e das UBS, porém existe também a demanda espontânea. A matrícula é feita em qualquer época, com aprazamento em livro exclusivo, contendo número de registro e nome. Os retornos são marcados 15 dias após a primeira consulta, e depois programados de 4/4 meses havendo ainda a possibilidade de retornos eventuais.

As consultas são individuais, sendo agendadas 16 consultas/dia. O enfoque é basicamente clínico, respeitada a queixa, havendo também a preocupação com a prevenção através do controle da vacinação e alimentação, realização de exames laboratoriais periódicos e orientação. Há projetos para grupos com adolescentes e mães de adolescentes em estruturação. Não há interação com outros programas.

SUGESTÕES

- 1) Expansão do programa através de treinamento de Pediatras e demais funcionários interessados das UBS, permitindo atender localmente e em maior número, a população alvo.
- 2) Integrar este programa com outros já existentes, como os da Saúde Mental e AIDS, e com outras Secretarias, a fim de que o adolescente possa ser visto como um ser bio-psico-social.
- 3) Criar programas conjuntos com outras Especialidades como: Ginecologista, Dentista, Endocrinologista e outros.

4.5.6 PROGRAMA DA AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida representa um dos mais importantes problemas de saúde pública e, em nosso meio o número de casos está em expansão, atingindo faixas etárias cada vez mais jovens, causando um expressivo número de mortes de pessoa em idade produtiva, além de acarretar uma forte pressão sobre os serviços públicos de saúde para o atendimento dos pacientes infectados e os doentes. Diante deste quadro, torna-se de grande importância que todas as esferas responsáveis pela saúde cumpram o seu papel e, especialmente o nível municipal, que atende e detecta os casos, deve estar estruturado para desenvolver as atividades de vigilância

epidemiológica, assistência ambulatorial e hospitalar dos doentes e infectados, bem como realizar ações educativas visando a prevenção da doença.

O programa de AIDS no Município foi iniciado em 1991. A equipe é composta por um Médico, uma Enfermeira e um Farmacêutico, porém, não existe interação entre os componentes.

Segundo o Coordenador do programa de AIDS, campanhas públicas de prevenção vem sendo realizadas em clubes e escolas através de, faixas, rádio, jornal e cartazes. Foram realizados três Simpósios Municipais de AIDS. Houve treinamento dos Dentistas da rede municipal.

O programa de AIDS está desvinculado da Vigilância Epidemiológica para onde são encaminhados as notificações dos casos de outras doenças de notificação compulsória.

SUGESTÕES:

- 1 - Integração com programas como da saúde mental, da mulher, da saúde bucal e outros.
- 2 - Integração com a Vigilância Epidemiológica.
- 3 - Divulgação de informações e treinamentos para todos os funcionários da saúde
- 4 - Desenvolver programa conjunto com a Secretaria da Educação, Esporte, Cultura e Lazer.
- 5 - Desenvolver trabalho específico de orientação para prostitutas, drogadictos e viajantes.

4.5.7 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Polícia médica, higiene social, medicina do espaço urbano, todas são denominações que a Vigilância Sanitária recebeu.

As práticas de intervenção, voltadas para o coletivo começam a se desenvolver no Brasil a partir da chegada da Família Real Portuguesa, em 1808. Neste ano, D. João VI cria um órgão responsável pela saúde pública e se esboça a idéia de organizar um Polícia Sanitária da cidade para resolver os problemas de higiene do urbano.

Para combate dos males se propunha a urbanização da cidade, com aterro de pantanos, demarcação de ruas e lugares de construção, organização de uma rede de água e esgotos, organização de cemitérios, criação de normas higiênicas para o enterro de mortos, etc. Deve-se também combater o mal estado dos alimentos, surgindo então a necessidade de controlar o comércio, os matadouros, açougues, etc.

O principal objetivo do desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária é, em última instância, a melhoria da qualidade de vida do conjunto da população. O resultado de suas práticas deve reduzir ou eliminar os riscos decorrentes do uso de produtos químicos, de medicamentos, alimentos, saneantes, cosméticos; do exercício do trabalho; da intervenção do homem sobre o meio ambiente e do consumo de serviços.

Desta forma, pela abrangência e importância, a Vigilância Sanitária não deve se constituir em processo estanque, mas se converte em um efetivo processo de avaliação permanente, baseando-se no método epidemiológico da avaliação de riscos.

A Vigilância Sanitária deve incorporar os procedimentos e técnicas epidemiológicas, com prioridades definidas nos níveis regional e local, bem como prever a participação da população, no acompanhamento de suas ações.

A identificação de áreas de maior risco possibilita trabalhos diferenciados, buscando maior eficácia das ações de saúde.

Da legislação atual, depreende-se que compete ao município exercer praticamente todas as ações de vigilância sanitária, com toda a plenitude do poder de polícia inerente a ela, em qualquer atividade industrial, comercial ou de prestação de serviços que possam interferir na saúde individual e coletiva de sua população. Para tanto, deve atender as normas técnicas e legais, estaduais e federais, podendo legislar completariamente sobre aquilo que não lhe é constitucionalmente vetado (artigos 21 a 25 da Constituição Federal).

Vale ressaltar que essas ações, em todas as suas formas poderão ser realizadas pelo município independente de delegação de competência ou qualquer outro instrumento convenial, em todos os locais ou situações, qualquer que seja a complexidade da atividade desenvolvida.

Assim, compete ao município, com a cooperação técnica e financeira da União e dos governos estaduais, executar todas as ações de controle e fiscalização de serviços, produtos, meio ambiente, ambientes e processos de trabalho necessários a garantir e promover a qualidade de vida do município.

Uma vez que o espectro de ações da Vigilância Sanitária é tão amplo, estas ações devem ser desempenhadas por uma equipe multiprofissional (engenheiro sanitarista, médico sanitarista, farmacêutico, veterinário, enfermeiro, nutricionista e biólogo), para que não se corra o risco de realizar a Vigilância de maneira incompleta.

O serviço de Vigilância Sanitária no município de Itatiba está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde, sendo coordenado e executado por uma médica veterinária que dispõe de 5 agentes de saneamento. As atividades se limitam à fiscalização de alimentos e estabelecimentos que os comercializam tais como padarias, açougues, supermercados, além do atendimento à denúncias dos munícipes.

O município possui um matadouro que abastece toda a população da região com carne bovina e suína. O matadouro possui condições físicas muito precárias e equipamentos deficientes.

Segundo informações obtidas, os resultados de um trabalho epidemiológico revelou que a maioria dos funcionários do matadouro são soropositivos para brucelose e alguns são soropositivos para tuberculose. Não existem dados sobre a prevalência de teníase e cisticercose no município.

Os dejetos e sangue dos animais são despejados diretamente no Ribeirão Jacaré, sem prévio tratamento.

Foi constatado que a Vigilância Sanitária não tem poder de intervenção sobre o matadouro e que existe um parecer da CETESB desaconselhando a permanência deste naquele local.

Existe uma granja de aves com abate no Jd. das Nações, cuja fiscalização é de competência federal. A população refere problemas respiratórios e os associa ao funcionamento da granja.

Quanto ao controle de qualidade dos alimentos é feito apenas pelas características organolépticas, pois não há um laboratório de apoio.

A água de abastecimento do município é coletada de pontos como piscinas, caixas d'água, olarias, etc, pelo Departamento de Vigilância Sanitária e enviada para o Instituto Adolfo Lutz semanalmente para análise.

Reclamações da população acerca de esgotos a céu aberto são atendidas juntamente com a SABESP.

O controle de zoonoses se restringe ao combate da raiva com vacinação de cães e gatos uma vez por ano, não havendo apreensão de cães errantes. O controle da raiva silvestre consiste na redução da população de morcegos.

Devido a ocorrência de focos de escorpiões, cobras e aranhas é desenvolvido um trabalho para controle dos mesmos. Apesar de grande número de espécies capturadas nas

residências, a notificação de casos de acidentes, por esses animais é quase nula.

A médica veterinária relatou a existência de programas de controle de cólera, dengue, alimentos e animais sinantrópicos. Foi realizado no município uma operação arrastão para combater a dengue, quando todos os locais que facilitam a proliferação do *Aedes aegypti* foram controlados. O poder de multa é de atribuição exclusiva do prefeito por um decreto da Câmara de Vereadores.

Pelo exposto, podemos constatar que a Vigilância Sanitária no município de Itatiba está muito aquém do previsto em lei, principalmente pela falta de recursos materiais, humanos e vontade política.

SUGESTÕES

- Formação de uma equipe multiprofissional para que a Vigilância Sanitária possa acontecer de maneira integral.
- Mudar a visão do serviço de vigilância sanitária de uma visão policialesca para uma visão mais educativa e preventiva.

4.5.8 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O termo vigilância pode significar o escrutínio contínuo dos fatores que determinam a ocorrência e a

distribuição da doença e condições de saúde. É aceito como sendo essencial para atividades efetivas de controle e prevenção, e inclui coleta, análise, interpretação e divulgação dos dados relevantes.

A vigilância tem o propósito de gerar prontamente informações que possam ser analisadas a fim de determinar a frequência (normalmente incidência) e responder as perguntas quem? onde? e quando?

No Município de Itatiba, a equipe de Vigilância Epidemiológica é composta por um Médico Sanitarista, uma Enfermeira e três Visitadores Sanitários. Atualmente instalada no Centro de Saúde II.

Em 1989, a equipe foi formada para o controle e combate à Dengue.

Hoje, as atividades se tornaram mais amplas; incluindo a coleta de dados de mortalidade, registro de nascidos vivos, vigilância de alterações de glicemia, verminose e doenças infecto-contagiosas, programa de controle de Hanseníase e Tuberculose, profilaxia da Raiva Humana, acidentes por animais peçonhentos e vacinação.

A coleta de dados se dá de forma ativa e passiva. Os dados de mortalidade e nascidos vivos são obtidos através de óbitos fornecidos pelas funerárias e das declarações de

nascidos vivos obtidas do Hospital Regional de Itatiba e da Santa Casa de Itatiba.

A incorreção do preenchimento do atestado de óbito tem sido um grande problema na análise dos dados de mortalidade, para tanto, informações acerca do correto preenchimento do atestado de óbito vem sendo publicados em boletins informativos.

A análise das doenças de notificação compulsória também apresenta grandes dificuldades, devido a não notificação dos casos pelos profissionais de saúde.

A Vigilância Epidemiológica emite uma Guia de Contra-Referência para os casos notificados e para pacientes encaminhados com moléstias infecto-contagiosas; onde é informada a confirmação ou não da suspeita.

Dados de verminose, glicemia e sorologia são obtidos através da busca ativa nos laboratórios do Município.

A divulgação se dá através dos Boletins Epidemiológicos Semestrais (atualmente no terceiro) onde são divulgados dados acerca da cobertura vacinal com BCG, distribuição de casos de meningite, profilaxia de raiva, óbitos por causa básica, moléstias de notificação compulsória, incidência de verminoses e diabetes e, acidentes por animais peçonhentos.

A equipe encontra dificuldades na divulgação dos boletins, devido a limitação da tiragem, determinada pela Secretaria da Saúde do Município.

SUGESTÕES

- Formação de uma equipe multiprofissional para que a Vigilância Epidemiológica possa acontecer de forma integral.

4.6 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

O texto descrito em seguida foi extraído do artigo "A Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a Partilha dos Recursos", de Solon Magalhães Viana e do livro **Sistema Único de Saúde**, de Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos , entre outros artigos citados nas bibliografias.

Até outubro de 1988, o sistema público de saúde disputava recursos no âmbito federal em duas esferas distintas:

- 1) **Na órbita previdenciária** repartia-se o orçamento da SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) que desenvolvia programas como: benefícios previdenciários, ações de assistência social e atenção médico-hospitalar.

2) No orçamento fiscal, os programas a cargo do Ministério da Saúde concorriam com outros ministérios, como a Educação, Justiça, Transportes, Defesa Nacional, Previdência dos Servidores Públicos e demais responsabilidades da União.

A partição dos orçamentos ocorria autonomamente; o orçamento do SINPAS não era apreciado pelo Congresso Nacional e, na prática, sua elaboração não sofria interferência do órgão orçamentário central. As receitas do SINPAS eram arrecadadas pela própria Previdência Social, não se confundindo com os recursos que compunham o orçamento fiscal onde os Ministérios inclusive a Saúde iam buscar suas fontes de financiamento.

A nova Constituição (1988) alterou esse quadro. Seu grande avanço foi fazer com que o Congresso Nacional passasse a apreciar não apenas o orçamento fiscal, mas também os outros orçamentos federais.

Com a criação da Seguridade Social, definida pela Constituição Federal, artigo 194, por um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à Assistência Social, o Sistema de Saúde passou a disputar recursos só no orçamento da seguridade social, o que não se tornou necessariamente mais vantajoso para o setor.

De acordo com o artigo 195 da Constituição Federal, a Seguridade passou a ser financiada, na esfera federal, mediante recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais:

- I) dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro
- II) dos trabalhadores (descontado diretamente no hollerith)
- III) sobre a receita de concurso de prognósticos

Com o orçamento próprio e fontes vinculadas, o passo seguinte para aumentar o grau de autarquização da seguridade social seria atribuir-lhe competência, para o recolhimento de todas as contribuições sociais. Tal pretensão não prosperou, a responsabilidade sobre a arrecadação das contribuições sociais sobre o faturamento, lucro e concursos de prognósticos ficou com a Receita Federal. A seguridade social manteve a prerrogativa histórica da previdência social sobre o recolhimento das contribuições sobre a folha de salário (Lei nº 8212/91, artigo 33), assim na medida que o governo adota a política recessiva como forma de combater a inflação (essa fonte de receita é extremante sensível à evolução da massa salarial) passa a diminuir os recursos disponíveis da área da Saúde.

Além desta fonte tradicional de financiamento da Saúde, temos as fontes complementares, formadas por recursos

fiscais e pelas novas receitas constitucionais, que há muito estão sendo usadas no financiamento de outras despesas. Soma-se a isso o fato de também o FINSOCIAL ter demonstrado ser altamente dependente da evolução da economia e do seu nível de evasão ter aumentado significativamente por meio de ações na justiça pelos empresários alegando a sua inconstitucionalidade.

Ao se integrar a previdência e a assistência social, o SUS entrou em competição que lhe é desfavorável. O custeio das prestações a cargo do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), através do pagamento de pensões e aposentadorias, principalmente, demanda um volume crescente de recursos que a médio e a longo prazo, tende a absorver a totalidade das contribuições sociais, tendo o envelhecimento da população como um dos fatores.

Ao mesmo tempo, o governo tem mantido em valores insatisfatórios as transferências do Tesouro para o OSS (Orçamento da Seguridade Social) previstas na Constituição (Artigo 195, Capit. e Artigo 198, Parágrafo Único), como passou ainda, a incluir entre as responsabilidades da seguridade social, o financiamento de programas que, até 1980, eram atividades do orçamento fiscal.

Tudo isto, torna cada vez mais problemático o financiamento do SUS. A fatia de 30% habitualmente pleiteada pela saúde é poucas vezes alcançada.

A situação se tornou crítica no 1º semestre de 1993, quando foi convocada por um decreto presidencial em 17/06/93, uma Comissão Especial na Câmara dos Deputados, com o objetivo de propor medidas objetivas e emergenciais a serem implementadas para a solução do problema de assistência médica e hospitalar. Tal comissão fez um diagnóstico da situação da Seguridade Social para tentar solucionar o atraso no pagamento dos serviços de saúde médico-hospitalares.

Entre outras medidas, ficou estipulado que, caso não sejam encontradas as fontes para a cobertura total do déficit, seja declarado **estado de calamidade pública** e sejam feitas as alocações emergenciais necessárias, como foi levantado na época e depois consumado, um empréstimo junto ao FAT (Fundo de Amparo ao Trabalho) do Ministério do Trabalho.

A Constituição garantiu a universalidade de acesso aos serviços de saúde e, para assegurar o seu financiamento, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem contribuir com recursos próprios nas bases fixadas pela Constituição, principalmente no tocante a garantia do acesso gratuito e igualitário a todo cidadão.

Entretanto, essa participação financeira não vem ocorrendo de forma eficiente. A estrutura financeira da Seguridade Social está longe de prover seu financiamento.

Fora os fatores estruturais, outros vêm agravando a gestão do financiamento da Seguridade Social, como por exemplo, a Constituição que garantiu a descentralização política dessas ações e serviços e o acesso universalizado, sem o correspondente aumento da oferta de serviços; como foi dito anteriormente, a política recessiva para o controle da inflação diminui a arrecadação de tributos e contribuições sociais e a retração dos Estados e Municípios no orçamento fiscal para o financiamento da Saúde.

A proposta orçamentária da Saúde é elaborada anualmente após a edição da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), pela direção Nacional, juntamente com os órgãos da previdência social e assistência social. A cada ano, depois de editada a LDO, com metas e prioridades, é que se saberá quanto, do OSS se destinará para a Saúde, uma vez que não houve definição na Lei Orgânica da Seguridade Social (LOSS) da divisão dos recursos. Caberá sempre a LDO, definir os percentuais das três áreas que compõem a Seguridade Social.

Além dos recursos da OSS e das receitas fiscais da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, também integram o orçamento da Saúde outras fontes (Lei nº 8080/90 artigo 32):

- I) serviços que possam ser prestados sem prejuízo à saúde
(perícias, laudos, assistência técnica, etc)
- II) ajudas, contribuições, doações e donativos

III) alienações patrimoniais e rendimentos de capital
(vendas, permutas, aluguéis e outros)

IV) taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados
no âmbito do SUS

V) rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais

Pela Lei 8080 - Capítulo II - Da Gestão Financeira
- artigo 33: "Os recursos financeiros do SUS serão
depositados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de
Saúde

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários
do OS de outros Orçamentos da União, além de outras fontes,
serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do
Fundo Nacional de Saúde (FNS)".

Os repasses devem ser feitos na forma estabelecida
na Lei nº 8142/90 em seu Artigo 3º, ou seja, os recursos
consignados no orçamento da União, para transferência aos
Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento
das ações e serviços de saúde, alocados aos FNS, serão
repassados de forma automática, conforme critérios previstos
na LOS, e desde que os Municípios, Estados e Distrito
Federal preencham os requisitos presentes na mencionada lei:

- a) Contar com Fundo de Saúde
- b) Conselho de Saúde
- c) Plano de Saúde

- d) Relatório de Gestão
- e) Contrapartida no orçamento
- f) Comissão para elaboração de plano de carreira, cargos e salários

O Decreto-Lei nº 1805 de 01/10/80 (que dispõe sobre a transferência aos Estados, Distrito Federal e Municípios das parcelas ou quotas-partes dos recursos tributários arrecadados pela União, quotas-partes estas em duodécimos), estabelece que o "Banco do Brasil creditará, imediatamente, nas contas especiais mantidas pelas entidades credoras (Estados, Distrito Federal e Municípios) as quantias devidas com base nos respectivos percentuais de distribuição ou índices de rateio".

O Artigo 35 da Lei 8080 fala da combinação de critérios para a fixação de valores a serem transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios, que serão feitos de acordo com:

- I) perfil demográfico da região
- II) perfil epidemiológico da população a ser coberta
- III) características quantitativas e qualificativas da rede da saúde na área
- IV) desempenho técnico, econômico, financeiro no período anterior

V) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais

VI) previsão de plano quinquenal de investimento na rede

VII) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de Governo

Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

O Artigo 36 da mesma Lei diz que o processo de planejamento e orçamento do SOS será ASCENDENTE, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Parágrafo 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programação de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

Parágrafo 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstos nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Aspectos importantes a ressaltar:

- os recursos financeiros do SUS de cada esfera do Governo serão dispensados pelo fundo de saúde, de forma regular e autônoma e movimentados sobre a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (Conselho Federal, Estadual e Municipal).
- O município, Estado e Distrito Federal serão os gestores na sua esfera do governo, do SUS, por isso a União não pode reter recursos destinados a estas esferas, com a finalidade de pagar centralizadamente os hospitais públicos e privados, contratados ou conveniados.

A LDO usa o termo TRANSFERÊNCIA de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios, tal transferência significa ir de um lugar para outro, no caso, sair do orçamento da União e ingressar no orçamento dos Estados, Distrito Federal e Municípios e não ficar centralizados no caixa da União.

O INAMPS distribui aos Estados, Distrito Federal e Municípios cotas denominadas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), que são autorizações de pagamento a serem preenchidas quando da internação de um paciente em hospital público ou conveniado com o Poder Público. Esse documento - verdadeiro "cheque em branco" - será pago diretamente ao prestador dos serviços pelo INAMPS. Essas cotas de AIH são verdadeiras moedas, mas que não permitem

troca. Se o Estado ou Município não utilizar toda sua quota de AIH, os recursos daquele serviço não pode ser trocado por outro (por exemplo, saúde coletiva).

O mesmo ocorre com os serviços ambulatoriais, denominados UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial), que não podem ser trocados por internação hospitalar.

Todas as unidades de pagamento criadas pelo INAMPS e destinadas a Estados, Distrito Federal e Municípios não são transferências financeiras, pois os recursos ficam no INAMPS, mas sim, uma carta de crédito vinculada a determinada prestação de serviços, que será utilizada para pagamento direto ao emitente da fatura.

Isto gera uma distorção de não permitir aos Estados, Distrito Federal e Municípios, com a autonomia que têm, e dentro das diretrizes dos SUS e dos seus planos de saúde, organizarem e administrarem o seu sistema de saúde regional ou estadual. Essa prática constitui certamente uma forma de se manter centralizados os recursos do SUS.

Para os Estados, Distrito Federal e Municípios participarem dessa forma de financiamento, são obrigados a celebrar convênios e se subordinarem a toda normatividade federal reguladora dos convênios em geral.

Os serviços públicos de saúde também são remunerados por tabelas mediante apresentação de fatura.

O INAMPS reduziu Estados e Município a meros prestadores de serviços, tornando este sistema perverso que nada tem a ver com os fundamentos do SUS.

Na tentativa de reverter este quadro, o Ministério da Saúde publicou no D.O.U. em 24/05/93 portaria nº 545 que estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de "Descentralização da gestão 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.

O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual fragmentada e sem a garantia da qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e eqüânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

O financiamento das atividades é dividido em: ambulatoriais e hospitalares.

A) Financiamento das atividades ambulatoriais:

Ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados que integram o SUS serão custeados através do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e a por

formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo - APA; sendo sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com o prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

Temos a UCA, destinada a definir valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, considerando a classificação dos Estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual no ano anterior.

Temos a RCA (Recursos de Cobertura Ambulatorial) determinados anualmente aos Estados e ao Distrito Federal, a título de cobertura do valor da UCA pela população da unidade da Federação.

Temos ainda o FAE (Fator de Apoio do Estado) que se caracteriza como o repasse de recursos de custeio enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena, para utilização nas atividades de tratamento fora do domicílio, aqui visão de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais.

A base de cálculo para o estabelecimento do teto financeiro mensal para os Municípios será a média de seu gasto histórico (Janeiro a Dezembro de 1992) corrigido pela

sua capacidade potencial de produção (equipamento X recursos humanos), população adscrita e complexidade da rede.

Para os Estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCA/mês, os tetos fixados para seus Municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

Finalmente, quanto ao financiamento das atividades ambulatoriais temos ainda a FAM - Fator de Apoio ao Município que se caracteriza como repasse de recursos de custeio aos Municípios enquadrado nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

B) Financiamento das Atividades Hospitalares

Serão custeadas através do Sistema de Financiamento Hospitalar, tendo como instrumento operacional, o Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS e seu formulário próprio, a AIH.

O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para os Municípios, será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no Município (Janeiro a Dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica da remuneração de procedimentos hospitalares.

Os Municípios poderão pleitear AIH_S adicionais para a Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a Municípios vizinhos para unidades que atuam como referência.

Os Estados enquadrados nas condições da gestão parcial e semi-plena receberão prioritariamente em relação aos demais.

Quanto as condições de gestão, o processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e a municipal.

Há a seguinte sistemática deste relacionamento:

1) **Condição de gestão incipiente** - A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assume *imediate* ou *progressivamente*, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com a comissão Bipartite, em cada Estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade, controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, incorpora à rede de serviços, ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária,

desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

Para o enquadramento, deve manifestar a Comissão Bipartite interesse em assumir as responsabilidades, dispor de Conselho Municipal de Saúde, em funcionamento, dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, dispor de médico responsável pela emissão de AIHS dentro das normas descritas anteriormente, dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços.

2) Condição da gestão parcial - basicamente, a SMS *assume imediatamente* as responsabilidades como descrito na incipiente, e ainda recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas no município e deve apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão atualizados, ainda comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal e a elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) de saúde para o município.

3) Condição de gestão SEMI PLENA - A SMS *assume a completa* responsabilidade sobre a gestão e recebe mensalmente o **TOTAL DOS RECURSOS FINANCEIROS** para custeio

correspondentes a tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Tem ainda como requisitos para o enquadramento:

- apresentar à Comissão Bipartite, Termo de Compromisso aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as metas que a gestão se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite determina a perda da condição.

- processo de habilitação dos Municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Tripartite a qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras.

É importante ressaltar que os Municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em NENHUMA das condições descritas, serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do Estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham cumprir os requisitos para a sua inclusão nesta sistemática.

Estas condições aplicam-se tão somente aos Municípios, o que não impede a formação de consórcios, ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA EM ITATIBA

O convênio de Municipalização dos Serviços de Saúde em Itatiba foi assinado em 1988.

O financiamento da Saúde Municipal tem origem nos investimentos da própria Prefeitura, e dos repasses do Governo Federal, através do SUS e as quotas de AIHs.

De acordo com o ANEXO (), o investimento médio da Prefeitura em Saúde, no período de Janeiro a Outubro de 1993, foi de 12,2%, oscilando entre valores de 7,23% a 16,89%.

Da relação entre as despesas totais com Saúde e o valor repassado da verba INAMPS, a Prefeitura investiu em média 85,78% no mesmo período citado anteriormente, havendo variação de 64,48% a 99,64%.

Todos os procedimentos pagos pelo SUS para atividades ambulatoriais são efetuados mediante apresentação de fatura, sendo repassados posteriormente. Não há dados sobre cortes feitos dos valores destas faturas.

O Município recebe cotas mensais de AIHs que são distribuídas à Santa Casa de Misericórdia de Itatiba (serviço conveniado) e o Hospital Regional de Itatiba (serviço contratado).

Segundo as tabelas (), em 1992 as quotas de AIHs foram em média 12,67% maiores para Santa Casa de Misericórdia de Itatiba em relação ao Hospital Regional de Itatiba. Em 1993 esta porcentagem foi de 7,09%. Essa tendência se dá, por ser a Santa Casa a referência da população para atendimento hospitalar em Saúde Pública e estar situada em Região Central.

Tabela: Distribuição do número de AIH_s, segundo tipo de prestador de serviço no ano de 1992 - Itatiba, SP

Meses do Ano	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Tipo de Prestador												
Santa Casa	618	424	557	495	536	620	641	667	598	530	529	624
Hospital Regional	418	421	385	412	400	531	534	512	512	512	512	532
TOTAL	1036	845	3942	906	936	1151	1175	1119	1110	1042	1041	1156

Fonte Sec. Munic. da Saúde e Prom. Social de Itatiba.

Tabela: Distribuição do número de AIHs, segundo tipo de prestador de serviço entre janeiro e outubro de 1993 - Itatiba, SP

Meses do Ano	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Tipo de Prestador										
Santa Casa	563	549	620	719	688	646	640	651	647	605
Hospital Regional	512	512	541	563	582	549	555	558	546	541
TOTAL	1112	1061	1161	1282	1270	1195	1125	1209	1193	1246

Fonte: Sec. Munic. da Saúde e Prom. Social de Itatiba.

No Gráfico (10), vemos a distribuição destas AHI's entre a Santa Casa de Misericórdia de Itatiba e o Hospital Regional de Itatiba entre Janeiro de 1992 e Outubro de 1993.

GRÁFICO

A Secretaria Municipal de Saúde tem até o final de 1993 para se enquadrar em alguma forma da Gestão. A intenção é de se enquadrar na semi-plena, porém depende da implantação do Conselho e o Fundo Municipal de Saúde entre outras medidas citadas anteriormente.

Não temos os dados que mostram quanto do orçamento Municipal em Saúde é destinado para pagamento de Recursos Humanos.

Procedendo a uma análise superficial da conjuntura orçamentária e financeira Saúde em Itatiba (já que os dados obtidos não permitiram um maior aprofundamento) constatamos que o município encontra-se em condições de optar pela gestão semi-plena, porém depende de vontade política. O município tem estrutura física e recursos humanos para tal, mas o sistema de financiamento existente (pagamentos por procedimentos realizados) não permite que a estrutura montada seja usada para, na realidade, atender às necessidades do conjunto da população, e sim manter um sistema de atendimento médico individualista, mediante e excludente, já que não há uma visão de atendimento que contemple o perfil epidemiológico da população e atividades de saúde coletiva.

A opção por esta forma de gestão, se obedecidos seus princípios básicos, seria uma forma de reverter este processo, de um lado o governo municipal (realmente preocupado com a questão saúde) e de outro a participação popular através da sociedade civil organizada realizarem uma verdadeira gestão democrática para poderem alocar e realocar os recursos a fim de estruturarem um sistema de saúde mais equânime.

4.7 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

"Sistema de informação em saúde serve às necessidades de quem o usa. Informação é poder apenas na

medida em que é potencialmente sustentadora de ação. Os sistemas de Informação refletem a organização na qual estão inseridos" .

Dentro de leque de instrumentos necessários à condução do processo de gerenciamento e implementação dos princípios básicos dos Distritos Sanitários, o sistema de Informação representa provavelmente a área mais estratégica, com o objetivo de suporte e fortalecimento do processo de tomada de decisões.

Na prática, contudo, os sistemas de informações geralmente só produzem dados descritivos, assim como os computadores são utilizados só como "instrumentos de entrada", e não de uso dos dados. Porém, é indispensável que o sistema de informação seja elaborado com um enfoque de processo.

A seguir relacionamos os princípios de um sistema de informação para Distritos Sanitários:

- flexibilidade no que diz respeito à capacidade de identificar problemas e recursos relevantes à nível local;

- especificidade e capacidade de discriminação das informações, obtidas através de um enfoque microlocalizado acerca de distribuição especial em mapas e bancos de dados informativos;

- forte capacidade de elaboração dos dados, cujos resultados fornecem à gerência indicações precisas:
- participação dos profissionais e da população organizada
- gradualidade no desenho e na implementação do sistema.

É importante salientar que, na idéia de distrito sanitário, cada realidade tem a própria especificidade, e as mesmas necessidades da população devem orientar a oferta de serviços. De qualquer forma, tenta-se aqui dar algumas indicações que podem ajudar o nível local na construção do próprio sistema de informação de saúde.

Coleta de dados demográficos

Apesar da existência de várias instituições públicas que trabalham com dados populacionais e censitários, a disponibilidade de dados demográficos confiáveis pode ser escassa quando se trata de uma área com elevado e irregular fluxo migratório e o nível de desagregação requerido pelo distrito sanitário não coincide com o disponível (censitário).

Assim, é possível utilizar como fonte de dados, outras organizações "não oficiais" (como associação de favelados). Em alguns casos, as fotografias aéreas,

geralmente disponíveis no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou nas companhias de desenvolvimento estaduais, constituem uma ajuda considerável para estimar a população em nível desagregado.

Coleta de dados socio-econômicos

Os dados disponíveis pelas instituições públicas, privadas e acadêmicas não atingem o nível de desagregação requerido pela gerência de um distrito sanitário. Dessa forma pode-se complementá-la através de observação local e inquéritos "ad hoc", com aplicação de questionários específicos. Como por exemplo, pesquisas de tipo qualitativo baseados em entrevistas de "informantes-chave", a estimativa rápida. Esse trabalho pode ser feito, através de convênios com instituições acadêmicas, por estudantes e estagiários, a um custo quase zero.

Pode-se considerar como vantagem desse método:

- a cultura popular é "naturalmente" intersetorial e, se oportunamente orientada, tem capacidade de ligar causas e efeitos; ela está baseada de um enfoque holístico que consegue tomar conta da complexidade das situações de pobreza e marginalização e mostrar a sinergia produzida pela interação de diferentes fatores;

- os dados qualitativos possuem um poder analítico que, freqüentemente, os dados quantitativos perdem (porém em favor de uma maior capacidade de generalização); portanto, é possível, através deles, reconstituir processos e, assim, obter cadeias explicativas dos problemas detectados.

Coleta de dados epidemiológicos"

As informações disponíveis pelos bancos de dados centrais possuem um nível de agregação demasiadamente alto para permitir a construção de indicadores locais específicos e confiáveis, requeridos pelo gerenciamento do distrito sanitário.

O conhecimento do perfil de saúde do Distrito deve ser entendido como o conhecimento das micro-realidades presentes em cada pequena porção do território, e não a simples média aritmética do conjunto de dados.

A média pode disfarçar desigualdades que não foram modificadas pela gestão do sistema local de saúde. A "priori" área do distrito pode continuar sendo a pior, apesar de que o indicador-médio de todo o distrito aponte uma melhoria geral.

Quando não for possível obter a curto prazo a descentralização das informações de mortalidade que permitam

construir as taxas tradicionais, podem-se utilizar indicadores mais simples e fáceis a serem construídos.

Um indicador que oferece um bom poder discriminatório é o coeficiente de mortalidade proporcional, que permite a efetuação de comparações orientando, assim, o planejamento, a alocação de recursos e o processo de acompanhamento e avaliação.

Outros dados podem ser coletados pela comunidade: por exemplo, através de um programa de voluntários locais de saúde que efetuem visitas regulares casa a casa.

Deve ser incluído no modelo assistencial do distrito sanitário, juntamente com dados relativos às doenças de notificação compulsória, dados referentes aos problemas de saúde específicos e graves do território, assim como estes são percebidos pela comunidade.

Dados procedentes dos serviços assistenciais

Diante de uma atitude histórica de um sistema de saúde que orienta a demanda de serviços em função de oferta disponível , e não vice-versa, o perfil de saúde que emerge da demanda de prestação de serviços aos estabelecimentos de saúde, não necessariamente coincide com as reais necessidades de saúde da população.

Assim, uma metodologia que pode ajudar no processo de interpretação das necessidades de saúde da população de uma área de abrangência é a seguinte:

- analisar os dados de demanda espontânea disponíveis, partindo de uma perspectiva territorial-populacional. Isto pode ser feito através de um levantamento de amostras de prontuários nos centros de saúde, para calcular a porcentagem de cidadãos atendidos que residem na área de abrangência da unidade;

- estudar a distribuição especial dos eventos registrados e dos procedimentos efetuados nas unidades ambulatoriais;

- "pesar" os dados procedentes das unidades ambulatoriais com informações qualitativas geradas por representantes da população, como os problemas de saúde são percebidos pela comunidade, estabelecendo em que medida coincidem com os dados da demanda espontânea.

Treinamento

Qualquer atividade de capacitação para os profissionais que trabalham ao longo de todo o processo de construção de um novo sistema de informação não pode estar desvinculada de uma estratégia pedagógica abrangente, que

esclareça os princípios de mudança implícitos no distrito sanitário.

Esse treinamento não deve limitar-se apenas a como preencher os formulários de maneira correta, mas, sobretudo, deve explicar em que medida a informação pode melhorar a qualidade de trabalho.

Uso de dados

É de fundamental importância que o sistema de informação seja simples e de fácil utilização e que a informação proporcionada permita identificar de maneira específica problemas, objetivos, métodos para alcançá-los e ainda, acompanhar o desdobramento das atividades e o impacto destas.

Quanto a relevância dos dados é importante levantar que é preferível trabalhar com poucas informações, porém, freqüentemente consultadas em apoio ao processo decisório. Uma grande quantidade de dados, além de ser em boa parte inútil, freqüentemente confunde os responsáveis pela decisão

Assim, um dado torna-se relevante quando:

- reflete uma situação relacionada com um problema principal da área;

- leva à construção de indicadores ou ele mesmo representa um indicador, por ser quantificável;
- permite comparar entre si diversos territórios ou diversas situações no tempo;
- tem condição de influenciar as ações da gerência do distrito ou das unidades ambulatoriais no que diz respeito ao planejamento, programação local, implementação das práticas assistenciais e de vigilância à saúde, acompanhamento e avaliação;
- possui um bom nível de objetividade, seja pelas suas características intrínsecas, seja porque a sua precisão pode ser "pesada", utilizando fontes de informações procedentes das instâncias inseridas na realidade;
- pode ser localizado numa das divisões territoriais ou num ponto geográfico determinado.

Situação Atual

O Departamento de Saúde do Município de Itatiba não suporta um sistema de informação em saúde (SIS) organizado, uma vez que a coleta de dados demográficos, epidemiológicos e dos serviços de assistência e socio-econômicos, acontece de forma desarticulada, centralizada e sem preocupação qualitativa, na maioria das vezes.

Não há preocupação , por parte da administração , com o repasse das informações, seja aos trabalhadores de saúde, seja aos usuários dos serviços e comunidade em geral.

A questão, porém, não é só informar os cidadãos, mas explicitar e tornar transparentes e abertos os canais de participação. A informação aos cidadãos não só é necessária desde o início do processo administrativo, mas deve comportar a possibilidade de comunicação, diálogo e interpretação como parte de um movimento permanente de interação entre Estado e cidadãos usuários dos serviços públicos.

A informação à população deve considerar todo tipo de comunicação, de diálogo e de questionamentos, para tanto, deve-se fazer uso de todos os meios disponíveis, desde os mais tradicionais até os mais avançados, assim como criar maneiras de viabilizar e multiplicar a existência de publicações de bairros e regiões, como uma forma de motivar e sensibilizar as pessoas, na sua grande maioria desinformadas ou registrando a informação deturpada sobre a dimensão da prática implantada.

O direito à informação no campo da saúde implica em transparência da administração hospitalar em fornecer dados e informações contidas no prontuário médico, assim como a utilização, por parte dos profissionais de saúde de uma linguagem clara e de fácil acesso à população.

A questão da Divulgação de Informação diz respeito a esclarecer a população sobre como utilizar-se dos serviços de saúde disponíveis (modalidades , horários de atendimento, número de leitos etc.) e a ter acesso sobre as condições de saúde, seus determinantes e condicionantes.

O Sistema de Informação precisa ser unificado, contendo dados sobre poluição ambiental, acidentes de trânsito, uso de agrotóxicos e riscos ocupacionais, dados das áreas de saneamento etc.

Com a informação sobre as condições epidemiológicas e seus determinantes sociais, tornar-se-á possível a criação de uma consciência sanitária organizada, possibilitando aos cidadãos determinarem uma nova direção nas políticas de saúde, onde o controle social se efetive e, principalmente possibilite uma tomada de consciência da cidadania de um povo que até hoje tem ficado alijado de seus direitos.

4.8 CONSELHO DE SAÚDE

A Constituição de 1988 nos artigos 194 e 198, e a Lei nº 8080/90 no artigo 198 e 7º prevê a participação popular no SUS. Porém é a Lei nº 8142, de 28/12/90, que regulamentou esta participação, criando as instâncias colegiadas dos SUS, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde tem como objetivo a discussão e decisão sobre as questões de saúde, participando do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, sendo importante que tenha consciência do coletivo, do bem comum e comprometimento com o grupo representado.

Suas principais funções são:

- pesquisar a realidade de saúde do Município;
- traçar o plano de trabalho, decidir prioridades e programas que serão desenvolvidos;
- planejar e avaliar o atendimento;
- participar da elaboração do orçamento;
- discutir os recursos humanos e materiais necessários;
- propor treinamento e reciclagem de funcionários;
- manter canal de informação com a Secretaria do Estado de Saúde;
- cobrar a execução das decisões.

O Conselho deve ser tripartite, com participação de usuários, funcionários, e prestadores de serviço e, paritário, onde os usuários tem 50% dessa participação em relação ao conjunto dos demais seguimentos representados.

A estrutura e funcionamento do Conselho pode ser regido pela Lei Orgânica Municipal, ou lei ordinária, ou ainda por um decreto, desde que sejam estabelecidas claramente as regras. A autoridade do prefeito ou secretário

municipal de saúde é que valida a existência do Conselho e seus membros.

O Conselho é um **órgão deliberativo** que elege prioridades e fixa diretrizes para a atuação do Executivo em matéria de saúde; e **consultivo** porque auxilia tanto a Câmara Municipal na elaboração de leis como o Prefeito na execução destas leis, e a ambos, Câmara e Prefeito, na condução dos assuntos de saúde do Município.

A eleição dos representantes do Conselho se dará conforme a lei ou decreto de seu funcionamento. A discussão e votação de matéria colocada em pauta para a deliberação dependerá do regimento interno do Conselho, o que prevê também sobre as faltas e ausências, sendo que se um membro do Conselho faltar no período de um ano de mandato, a um certo número de sessões, justificada ou injustificadamente, perde automaticamente o cargo. Isto deve ocorrer como punição pela violação do dever de comparecer e participar.

Para a realização das reuniões pode haver um calendário anual, com os dias previamente marcados ou haver convocação com 5 ou 10 dias úteis de antecedência, devendo haver um número mínimo de membros do Conselho tanto para abertura dos trabalhos como para aprovação de matéria.

Outro aspecto a ser considerado é o da proibição de participação no Conselho de membros de outros Poderes ou instituição como o Ministério Público.

O Presidente do Conselho deve apenas ter o voto de desempate, principalmente se for o Secretário da Saúde. Este critério parece ser razoável, pois, não sendo ele membro do Conselho, e votando apenas nas situações em que o empate persistir, a composição paritária não estará sendo maculada.

O Conselho pode também ter um Vice-Presidente eleito do mesmo modo que o Presidente, que o substituirá em suas faltas e impedimentos. Se estiverem ausentes o Presidente e o Vice, podem assumir a direção dos trabalhos, pela ordem, dois outros representantes previamente indicados na lei, decreto ou no regimento interno; na ausência de todos pode-se escolher um Presidente "ad hoc".

SITUAÇÃO ATUAL

Na cidade de Itatiba, o Conselho Municipal de Saúde está previsto na Lei Orgânica do Município, no Título V da Ordem Social, capítulo II da Seguridade Social, seção II da Saúde; no artigo 206, inciso III, parágrafo único e artigo 207, nos incisos I, II e III, aprovada em 4 de abril de 1990.

Porém, na realidade este Conselho ainda não se efetivou. Segundo o Secretário Municipal da Saúde há interesse de se fazer reuniões com representantes de sindicatos e associações de bairros para estruturação do

Conselho. Há previsão de que este inicie seu funcionamento até o final de 1993.

É preciso salientar, contudo, que a participação estimulada pelo Estado pode transformar-se em pseudoparticipação, onde não se descentraliza o processo decisório, mantendo-se uma lógica participativa verticalizada. Esta tem sido a lógica predominante na maioria das gestões municipais, onde a questão é tratada dentro de uma perspectiva de integração ao sistema social vigente.

Concluindo, é necessário que o Conselho Municipal de Saúde não seja meramente formado para garantir repasses de verbas federais e estaduais e realizar os convênios e, sim, um canal de controle social das ações, atividades e decisões da política municipal de saúde.

SUGESTÕES

- realizar um trabalho educativo com o objetivo de divulgar o Conselho de Saúde, suas funções e perfil de seus participantes (população, funcionários e prestadores de serviços);
- proporcionar condições para que os membros do Conselho sejam representativos da população, possibilitando que os

serviços de saúde passem a atender as reais necessidades da comunidade.

Assim, se o desafio é ampliar as condições de apropriação dos bens e serviços públicos para uma vasta parcela da população, notadamente aquela que habita as regiões periféricas, a administração pública tem de estar voltada para a implantação de canais de participação que permitam um amplo envolvimento dos mais diversos extratos sociais enquanto receptores e emissores da gestão cidadina.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição de 1988 confere amplos poderes ao Município, facultando a ele a elaboração e aprovação de sua própria Lei Orgânica. Isto tornou possível contemplar na forma da lei, a atenção à saúde preconizada pelo SUS.

De uma maneira geral, a implantação do SUS não se verifica na prática, constituindo ainda, um grande desafio a ser enfrentado.

Quanto aos princípios do SUS, a organização dos serviços de saúde em Itatiba, ainda não observa na íntegra:

- a Universalidade, uma vez que a forma de agendamento dificulta o acesso aos serviços;

- a Integralidade, porque o Município não consegue atender a todos os níveis de complexidade de atendimento, e os serviços de saúde não estão estruturados em consórcio com os Municípios vizinhos;

- a Eqüidade, pois não atende o indivíduo conforme as suas necessidades, não diferenciando o grau de risco de cada paciente;

Com relação às diretrizes do SUS, ainda não foram observadas;

- a hierarquização, uma vez que não há organização dos níveis de saúde em complexidade tecnológica crescente;

- a regionalização - os serviços de saúde não estão dispostos em área geográfica delimitada e não há definição da população a ser atendida.

- a resolubilidade - as demandas não tem garantido nem o atendimento nem o acompanhamento até a resolução do problema.

- o direito à informação e participação da comunidade. Não existe um trabalho de conscientização junto à população, para que esta possa exercer seu direito de participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução. A população não é vista como um "indicador" das singularidades de cada micro-espço;

- a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática. O atendimento é orientado pela demanda espontânea e apenas para os problemas sentidos;

- a descentralização - o poder está centralizado na Secretaria Municipal de Saúde levando à elaboração de programas total, e desvinculados das realidades locais;

O modelo assistencial prioriza a assistência médica-curativa, não havendo uma prática sanitária voltada para as ações coletivas de saúde.

Os serviços de saúde não possuem uma lógica de hierarquização ficando comprometido o sistema de referência e contra-referência, ocorrendo inclusive duplicidade de ações entre as UBS, o Ambulatório de Especialidades e os hospitais, fazendo com que haja desigualdades no acesso, a exclusão de certos grupos populacionais e interações e exames desnecessários.

O objetivo básico do poder municipal é ampliar as oportunidades dos indivíduos, dar condições de acesso à renda e ao emprego, à educação, à saúde, a um ambiente físico limpo e seguro, proporcionar oportunidades de realização pessoal, quando já estiver garantido um nível de vida mínimo aceitável.

A relação entre Estado, grupos sociais e indivíduos, deve possibilitar a construção de modelos de proteção à saúde que contemplem a justiça social, na diversidade, utilizando os recursos científicos e tecnológicos, patrimônio da humanidade, de modo a assegurar uma qualidade de vida que incorpore uma relação harmônica com o ambiente.

A municipalização dos serviços de saúde possibilita a realização do direito à saúde, enquanto direito individual, permitindo a liberdade real do indivíduo, na promoção de sua saúde; facilita sua realização enquanto direito coletivo, garantindo a igualdade de todos

os membros da comunidade na participação das decisões relativas à atenção à saúde; viabiliza sua realização enquanto direito ao desenvolvimento, elevando o nível de saúde em cada Estado, condição para que se estabeleça a paz pela cooperação. Assim sendo, a opção pela organização sanitária fundada na autonomia municipal se constitui, indubitavelmente, num meio para a integralização do direito à saúde.

Para tanto, é necessário vontade política, determinação e engajamento de todos os setores da sociedade, objetivando satisfazer as necessidades humanas e dar conta das necessidades de manutenção da vida, do ter, e de valorização da existência humana, do ser.

A elaboração deste trabalho pretende ser uma pequena contribuição no sentido de somar esforços para vencer as dificuldades impostas no caminho da municipalização das ações de saúde em Itatiba.

6. BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA FILHO, N. de. **Introdução a epidemiologia moderna**, 2ª ed. Belo Horizonte - Salvador - Rio de Janeiro, COPMED - APCE- ABRASCO, 1992.
- BOLETIM INFORMATIVO. São Paulo. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 12, 1992.
- BERQUÓ, E.S. et al. **Bioestatística**. São Paulo, EPU, 1981.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990.
- BRASILIA. Portaria nº 545, de 20.05.93. **Norma Operacional Básica SUS 01/93**. Brasília, 1993.
- BRASIL. **Relatório final da Comissão especial instituída pelo decreto presidencial**, Brasília, Câmara dos Deputados, 17 de junho de 1993.
- BRASIL. **Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988. Título VIII. Capítulo II. Seção I e II da Saúde e Seguridade Social.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Itatiba, Secretaria Municipal de Saúde, 1/2/3, 1993.

- COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO.
Nosso futuro comum. Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1988.
- CARVALHO, I.G. de & SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde.** São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.
- CARVALHO, I.G. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei... **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2(1):75-92, 1993.
- CETESB. **Diagnóstico de poluição ambiental: interior do estado de São Paulo.** São Paulo, CETESB, 1992.
- DEVER, G.E.A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde:** trad. L.G. Cesar et al. São Paulo, Ed. Pioneira, 1988.
- FORATTINI, O.P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade.** São Paulo, Ed. Artes Médicas - EDUSP, 1992.
- FUNDAÇÃO IBGE. **Enciclopédia dos municípios brasileiros.** Rio de Janeiro, 28, 1957.
- FUNDAÇÃO SEADE. **O novo retrato de São Paulo.** São Paulo, 1992.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Sistema de informações de saúde.** São Paulo, 1993.

- GOMES, L.S. **O que devemos conhecer de economia e finanças.**
Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1970.
- HEIMANN, L.S. et al. **O município e a saúde.** São Paulo, Ed.
Hicitec, 1992.
- ITATIBA. **Lei Orgânica do Município,** Itatiba, Câmara dos
Vereadores, 1990.
- JACOBI, P. Participação e gerência dos serviços de saúde:
desafios e limites no município de São Paulo. **Revista de
Administração Pública,** Rio de Janeiro, 26(2):32-43, 1992.
- JUNQUEIRA, L.A.P. A gestão de recursos humanos e a
municipalização na saúde. **Boletim Informativo Recursos
Humanos para o SUS,** Brasília: Ministério da Saúde,
3(2):12-13, 1993.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de
"transição democrática"- anos 80. **Physis - revista de
Saúde Coletiva,** UERJ, Rio de Janeiro, 1(1):77-96, 1991.
- LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde.** 2ª ed. São
Paulo, EPU/EDUSP, 1987.
- LEAL, M.C. et al., org., **A ética do desenvolvimento das
relações com saúde e ambiente.** Fundação Oswaldo Cruz.
Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992.

MENDES, E.V., org., **Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**, São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Descentralização das ações e serviços da saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993.

MARQUES, R.M. O financiamento da saúde e a lei de critério da seguridade social. **Rev. Saúde em Debate** (37):20-25, 1992

PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 1(2):29-47, 1992.

PHILIPPI JÚNIOR, A., org. **Saneamento do Meio**. São Paulo, FUNDACENTRO; Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental, 1992.

RIVERA, F.J.U., org. **Planejamento e programação em saúde um enfoque estratégico**. 2ª ed. São Paulo, Ed. Cortez - ABRASCO, 1992.

ROCHA, A.A. et. al. **Ecologia: a qualidade da vida**. Serviço Social do Comércio, São Paulo, 1993.

SOUZA, M. de F.M. et al. **Vigilância a saúde: textos**. **Cadernos CEFOR**, São Paulo, textos 2, 1992.

- SIMIONI, A.M.C. & ATIQUE, N. Recursos humanos e municipalização: notas sobre o panorama legal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2(1):75-92, 1993.
- SOUZA, A.M. de A. Recursos humanos do Sistema Único de Saúde. **Boletim Informativo Recurso Humanos para o SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 3(2):16, 1993.
- SAÚDE E TRABALHO. **Revista Brasileira para Desenvolvimento da Saúde Ocupacional**, São Paulo, 2(supl.), 1988.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITATIBA . **Diagnóstico administrativo**. Itatiba, 1992.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITATIBA. **diagnóstico do Município**, 1992.
- TASCA, R. et al. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. **Saúde em Debate** 55, São Paulo - Rio de Janeiro, 267-310, 1993.
- VIANA, S.M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha de recursos, **Saúde e sociedade**, São Paulo, 1(1):43-58, 1992.

**Divisão Administrativa do Estado
de São Paulo, R. A. Campinas**



**Regiões de Governo do Estado
de São Paulo, Região de Jundiaí
ERSA - 42**

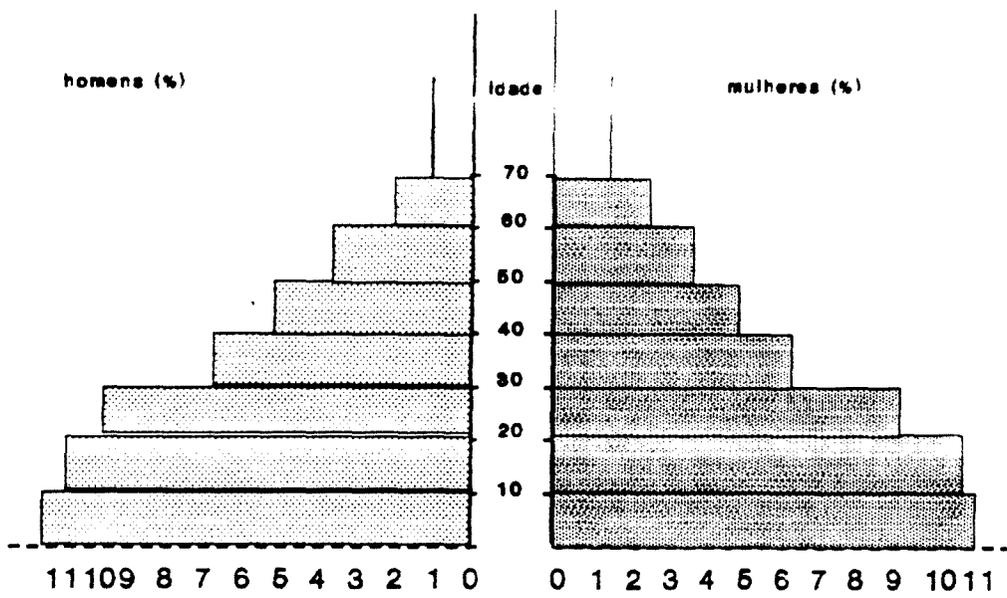


**Região Administrativa de Campinas,
Região do ERSA - 42**



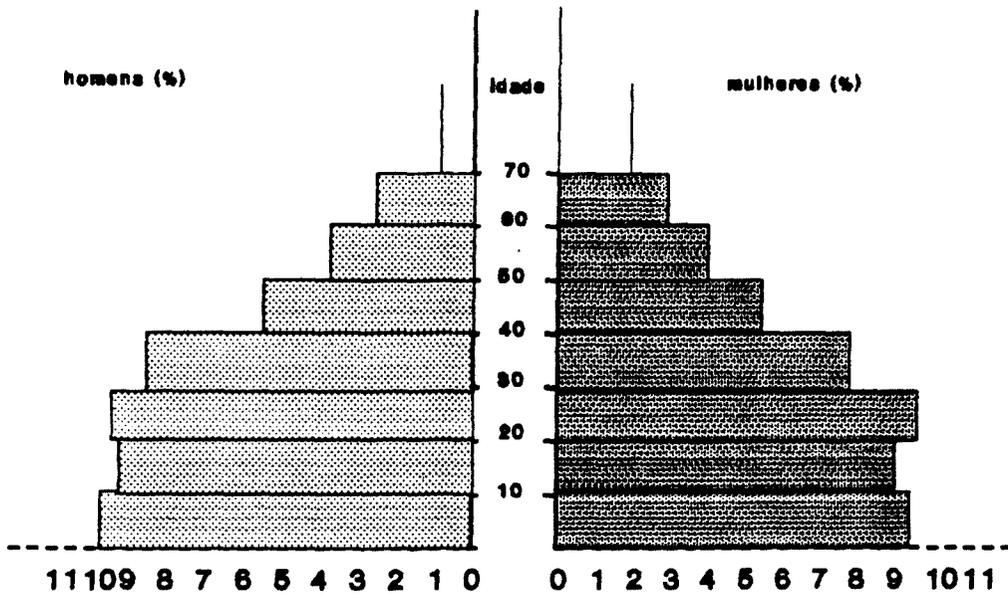
Município de Itatiba

Pirâmide etária do município de Itatiba, 1980



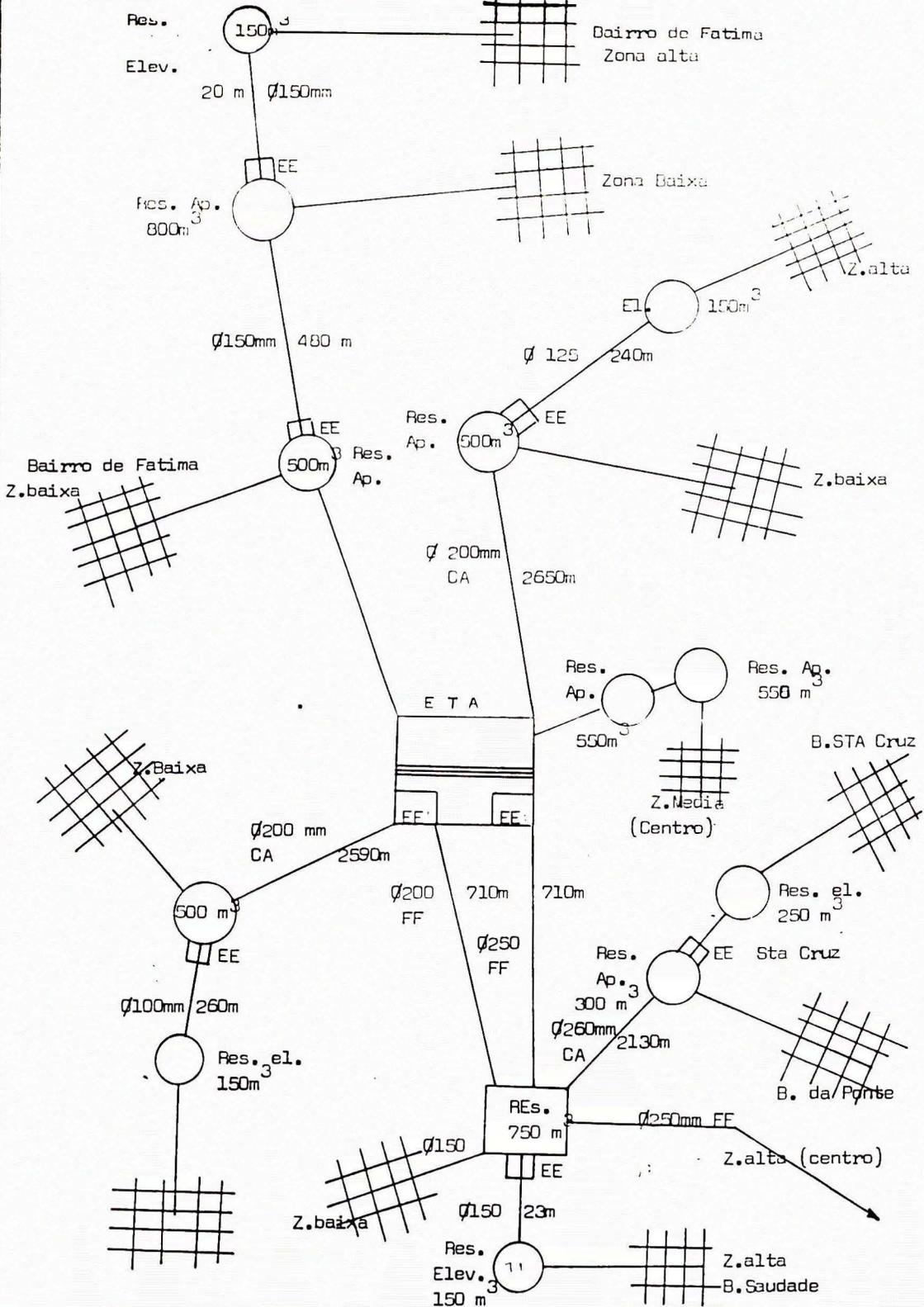
Fonte: SEADE

Pirâmide etária do município de Itatiba, 1991



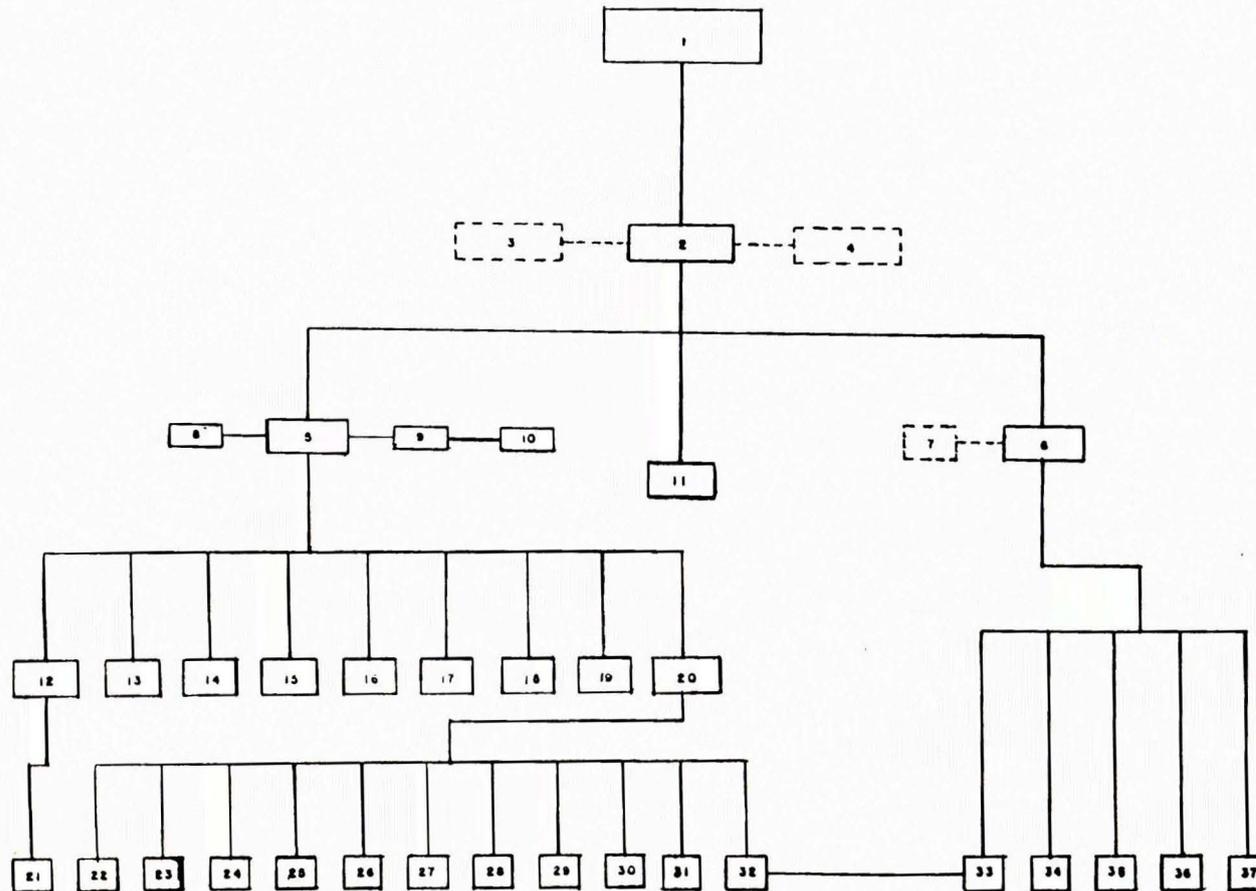
Fonte: ERSA 42, Jundiaí.

A.3 sistema de Abastecimento de Água



ITATIBA

SECRETARIA DA SAÚDE E DA PROMOÇÃO SOCIAL Prefeitura do Município de Itatiba



LEGENDA

- 01 - Gabinete do Prefeito
- 02 - Secretário de Saúde e da Promoção Social
- 03 - Conselho Municipal de Saúde
- 04 - Fundo Municipal de Saúde
- 05 - Diretor de Saúde Pública
- 06 - Diretora de Dep. de Promoção Social
- 07 - Assessoria de Promoção Social
- 08 - Setor de Almozarifado
- 09 - Administração
- 10 - Chefe de Enfermagem
- 11 - U.A.C.
- 12 - U.B.S. - C.S. II
- 13 - U.B.S. - Tapera Grande
- 14 - U.B.S. - Cocap
- 15 - U.B.S. - Cruzeiro
- 16 - U.B.S. - Santa Cruz
- 17 - U.B.S. - Harmonia
- 18 - U.B.S. - São Francisco
- 19 - U.B.S. - Zepardo
- 20 - Ambulatório Central de Especialidades
- 21 - Vigilância Epidemiológica
- 22 - Vigilância Sanitária
- 23 - Programa de Saúde da Mulher
- 24 - Programa de Saúde da Criança
- 25 - Programa de Saúde do Adolescente
- 26 - Programa de Saúde Mental
- 27 - Programa de do Trabalhador
- 28 - Programa de Hipertensão Arterial
- 29 - Programa de Diabetes
- 30 - Programa de Prevenção e Combate à AIDS
- 31 - Programa de Saúde Bucal
- 32 - Farmácia
- 33 - Programa de Assistência à Saúde I
- 34 - Programa de Assistência à Saúde II
- 35 - Programa de Habitação
- 36 - Programa de Apoio às Famílias
- 37 - Programa de Assistência Social



DEMONSTRATIVO DE DESPESAS REALIZADAS E REPASSES DO GOVERNO DE JAN. A OUTUBRO 1993							
MES	DESPESA TOTAL DA PREFEITURA	DESPESAS TOTAL MENOS VERBA DO INAMPS	DESPESA TOTAL COM SAÚDE	VALOR DA VERBA DO INAMPS	GASTO REAL DA PREFEITURA COM SAÚDE	% Rela- ção a Orçam.	% Rela- ção INAMPS
01	6.140.001,34	5.904.876,00	662.101,37	235.125,26	426.976,11	7,23	64,48
02	17.599.999,87	17.349.475,69	3.021.712,39	250.524,18	2.771.188,21	15,97	91,70
03	28.950.906,70	28.715.051,60	3.050.886,46	235.855,10	2.815.031,36	9,81	92,27
04	22.642.214,07	22.258.409,88	4.101.057,60	383.804,19	3.717.253,41	16,70	90,65
05	30.215.472,68	30.200.472,68	4.114.579,90	15.000,00	4.099.579,90	13,58	99,64
06	34.770.007,78	34.425.589,47	6.158.002,47	344.418,31	5.813.584,16	16,89	94,41
07	61.083.318,43	59.646.851,04	6.720.442,97	1.436.467,39	5.283.975,58	8,86	78,63
08	60.026.004,84	58.665.774,69	9.718.041,00	1.360.230,15	8.337.810,85	14,22	85,80
09	100.221.426,23	98.163.963,12	10.031.106,35	2.057.463,11	7.973.643,24	8,13	79,49
10	120.959.692,52	117.945.090,46	15.685.534,18	3.014.602,06	12.670.932,12	10,82	80,78
TOTAL	482.609.044,46	473.275.554,63	63.263.464,69	9.333.489,75	53.909.974,94	11,39	85,22

RESUMO DO VALOR TOTAL DOS REPASSES DO GOVERNO

SUS Cr\$ 8.571.470,51
 SUCEN Cr\$ 15.000,00
 CONV.MUNICIP. MS/INAMPS/MP Cr\$ 747.019,24
 TOTAL..... Cr\$ 9.333.489,75

ROTEIRO/ESTIMATIVA RAPIDA

Habitação: tipo: encosta / perto de córrego
alvenaria / madeira
número de cômodos
se tem banheiro e cozinha

Saneamento básico: coleta de lixo
canalização do esgoto doméstico
águas pluviais
fossa: séptica
negra
água canalizada
poço (distância da fossa)

Transporte: tipo de transporte
quantidade
qualidade

População: número médio de pessoas / habitação
idade média das crianças / Habitação
número de adultos / Habitação

Equipamentos Sociais: acesso a creches
acesso a escolas
acesso a centro da juventude
acesso a centro de convivência

Violência: tipo de violência
drogas
crime organizado

Saúde: Como nascem as crianças?
Principais doenças encontradas
Principais causas de mortes
Diarréia
DRI
assistência à mulher
gestante
parto
puerpério
adulto
idoso
adolescente
criança
trabalhador
bucal
mental
Serviços de saúde na região
Resolutibilidade dos serviços

Trabalho: média de renda familiar
profissão / ocupação por sexo
mercado formal / informal
crianças estão no mercado de trabalho

Escolaridade: média de escolaridade
 cursos profissionalizantes
 Migração: origem
 Migração no próprio município
 permanente / temporária
 Organização Social: existem entidades sociais
 regulamentadas ou informais
 representatividade

ROTEIRO / ADMINISTRADORES / UNIDADES

- 1) Qual sua opinião sobre o SUS?
- 2) As unidades participam do planejamento central?
- 3) O planejamento das atividades se baseia no diagnóstico epidemiológico da população atendida?
- 4) Quais são os serviços oferecidos?
- 5) Como o paciente chega à unidade?
- 6) Qual é o tempo de espera?
- 7) A unidade dá conta da demanda?
- 8) Como é feita a divulgação dos serviços de saúde?
- 9) Como é feito o encaminhamento?
- 10) Quais são as principais reclamações?
- 11) Quais são os programas preventivos de saúde desenvolvidos?
- 12) Quantos funcionários?
- 13) Qual a composição do quadro de funcionários?
- 14) Quais os problemas com os funcionários?
- 15) Como é feita a capacitação (preparo p/ exercer a função) dos funcionários?
- 16) Já ouviu falar sobre o Conselho Municipal de Saúde? Qual sua opinião sobre o Conselho?
- 17) Qual sua opinião e expectativa sobre a municipalização?

ROTEIRO / USUARIOS

- 1) Usa sempre este local? Por que?
- 2) É encaminhado ou devido a fácil acesso?
- 3) Os seus problemas de saúde são sempre resolvidos pelos serviços de saúde? Por este serviço
- 4) Já ouviu falar do Conselho Municipal de Saúde?
- 5) Acha importante que você participe dos serviços de saúde?
- 6) Do que as pessoas adoecem mais?
- 7) A que você atribui estas doenças?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM SINDICATOS, ASSOCIAÇÕES, CENTROS
COMUNITARIOS,...

- 1) Quando e como se formou a instituição?
- 2) Quais as conquistas realizadas por esta instituição?
- 3) Quais as dificuldades vocês tem enfrentado?
- 4) Como vocês resolvem os seus problemas?
- 5) Como é o contato de vocês com as autoridades públicas?
- 6) Quais as queixas mais frequentes relacionadas à saúde que vocês têm recebido?
- 7) Vocês acham importante participar nas decisões no campo da saúde?
- 8) Quais problemas vocês têm percebido no seu bairro?
- 9) O que vocês acham que têm causado tais problemas?

ROTEIRO / FUNCIONARIO DA SAUDE

- 1) Quais, na sua opinião, são os maiores problemas de saúde em Itatiba?
- 2) Na sua opinião, os serviços de saúde resolvem estes problemas?
- 3) Você está satisfeito com seu serviço?
- 4) Quais os problemas que você tem no desempenho de suas funções?
- 5) O que você sabe sobre a municipalização da saúde?
- 6) O que você acha que mudou com a municipalização? Como era antes?
- 7) O que você espera que venha a acontecer com o processo de municipalização?
- 8) Qual sua opinião sobre a participação dos funcionários no Conselho Gestor?
- 9) Qual sua opinião sobre a participação dos usuários no Conselho Gestor?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS DIRETORES DE HOSPITAIS

- 1) Como funciona a procura por atendimento (encaminhamento, demanda espontânea)?
- 2) Em que casos há encaminhamento?
- 3) Há atendimento ambulatorial?
- 4) Quais as especialidades?
- 5) Há referência e contra-referência com as unidades de saúde (postos)?
- 6) Como estão organizados e estruturados os serviços (em relação ao nível de complexidade tecnológica, clínicas, exames laboratoriais e banco de sangue)?
- 7) Como está organizada a Comissão de Vigilância Epidemiológica (doenças de notificação compulsória), Comissão de Infecção Hospitalar e Comissão de Ética Médica?
- 8) É feito controle de qualidade e avaliação da assistência ao cliente?
- 9) Existe convênio com o SUS?
- 10) Quais os serviços prestados para o SUS?
- 11) Como é feito o pagamento
- 12) Existem outros convênios
- 13) Qual a sua opinião em relação a municipalização da saúde em Itatiba e qual o papel do Hospital dentro deste processo?
- 14) O fato de ser filantrópico ou particular faz diferença?