

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RELATÓRIO
DO
TRABALHO
DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL

 992



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

ARARAQUARA

SÃO PAULO, 1992

" A LUTA PELA QUALIDADE DE VIDA COMEÇA
COM A CIDADANIA.
O GRANDE DIREITO É O DE VIVER COM
DIGNIDADE.
O GRANDE DEVER É O DE PRESERVAR
A VIDA"

(Citação)

DR. EDMUNDO JUAREZ

D E D I C A T O R I A

COM CARINHO AO PROFESSOR, DR. EDMUNDO JUAREZ, QUE GOSTA
DO TRABALHO " BEM FEITINHO" E NOS ENSINOU " QUE O GESTO PODE
PARECER PEQUENO, MAS O PENSAMENTO DEVE SER GRANDE "

A G R A D E C I M E N T O S

Ao Dr. Edmundo Juarez, pela acolhida, dedicação e atenção em todas as fases do desenvolvimento do trabalho.

A Professora, Ana Maria Cervato, pelo acompanhamento.

Aos funcionários do SESA, pela disponibilidade e carinho.

Ao Dr. Walter Figueiredo, Diretor do ERSA, e sua assessoria técnica, pela colaboração durante a permanência em Araraquara.

Ao Departamento Municipal de Saúde, em particular à Diretora, Dra. Regina Barbieri, e sua assessoria que nos abriram as portas para conhecermos os serviços.

A todos aqueles que de alguma forma nos propiciaram a realização deste trabalho.

Em especial aqueles que ainda acreditam na Saúde Pública.

M.U.N.I.C.I.P.I.O. D.E. A.R.A.R.A.Q.U.A.R.A

ORIENTADORA : PROFESSORA ANA MARIA CERVATO

ANA CRISTINA SALERNO BARROS	ENFERMEIRA
ANNA RITA DOS SANTOS NUNES	ENFERMEIRA
ANGELA DE FATIMA	PEDAGOGA
ANGELA MARIA DELLAQUA	ENFERMEIRA
CATLIN CRISTIANE PERES	ADVOGADA
CELESTE SOUSA COELHO DIAS	BIOLOGA
CLELIA MARIA B. ROCHA	MEDICA
EDNA TIEMI SAITO SUZUKI	ENFERMEIRA
ELLEN MORAES DE A. MANECHINI	DENTISTA
EVANISE SEGALA	MEDICA VETERINARIA
MARCELO KLINGER	MEDICO
VERA LUCIA DA SILVA VIANA	SOCIOLOGA

I N D I C E

- I - INTRODUÇÃO
- II - OBJETIVOS
 - 1. GERAL
 - 2. ESPECIFICO
- III - METODOLOGIA : ESTUDO DE CASO
- IV - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO
 - 1. SITUAÇÃO GEOGRÁFICA
 - 2. HISTÓRICO E POLÍTICA-ADMINISTRATIVA
 - 3. SITUAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA
 - 4. CULTURA E LAZER
 - 5. EDUCAÇÃO
 - 6. SANEAMENTO
 - 7. INDICADORES DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE
- V - SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
 - 1 - UNIDADES - ATENDIMENTO DE SAÚDE
 - 2 - SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL
- VI - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL - RETROSPECTIVA

- VII - MUNICIPALIZAÇÃO
- VIII- REUNIÕES E VISITAS
- IX - CONSIDERAÇÕES GERAIS
 - COMENTÁRIOS FINAIS
- X - AVALIAÇÃO DO TCM
- XI - BIBLIOGRAFIA

I - I_N_I_R_O_D_U_Ç_ã_O

O presente trabalho consiste em uma análise da implantação do Sistema Único de Saúde com a Municipalização e a interação dos vários segmentos de saúde em Araraquara.

Esta atividade visa 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 1992, como um exercício do processo ensino-aprendizagem. O grupo é constituído por uma equipe multiprofissional na intenção de se obter visão técnica global voltada aos principais preceitos da atual política de saúde.

II - O_B_J_E_T_I_V_O

1. Geral

Aplicar os conhecimentos de Saúde Pública, desenvolvido no curso até o momento através de trabalho multiprofissional.

2. Específicos

2.1 - Coletar informações sobre a implantação do SUS, segundo a visão dos gerentes das diversas instituições.

2.2 - Analisar os aspectos políticos da implantação do SUS, no Município de Araraquara.

III - M_E_T_O_D_O_L_O_G_I_A

Realizamos uma Pesquisa Institucional com interesse de identificar o processo de municipalização .

A Pesquisa Institucional é realizada dentro de instituições, portanto, não é uma Pesquisa Populacional.

Em decorrência desta pesquisa a metodologia empregada foi a de Estudo de Caso que reúne informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vistas a aprender a totalidade de uma situação.

Por isso ele recorre a técnicas de coleta das informações igualmente variadas como :

- Observação : que se conteve nas visitas às instituições, para se conhecer como a municipalização foi incorporada pelos profissionais.
- Entrevista Informal : que é menos estruturada possível e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados, além de oferecer uma visão geral do problema pesquisado.
- Análise de Documentos : que nos permitiu obter uma visão global do município.

IV - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1. Situação Geográfica (1)

Localiza-se na Região Centro-Oeste do Estado de São Paulo. Tem como limites, ao Norte - Ribeirão Preto e Pradópolis, ao Sul - Boa Esperança do Sul e Ribeirão Bonito, ao Leste - São Carlos e a Oeste - Matão.

Araraquara conta com 1.514 Km² de extensão territorial, sendo 78,44 Km² de área urbana. Altitude média de 646 m, sendo a máxima de 715 m, localizada no Jardim Tabapuã, a mínima de 600 m, no cruzamento do Córrego da Servidão com a SP 310. O clima é caracterizado como tropical. O relevo é levemente ondulado, sendo a topografia aplainada, pelo trabalho da rede hidrográfica comandada pelo Rio Mogi-Guaçu (afluente do Rio Pardo) e cursos d'água da bacia do Rio Tietê.

Dista 273 Km da Capital do Estado, posiciona-se a uma latitude Sul de : 21° 47' 31" e uma longitude WGR : 48° 10' 52" e está situada numa área integrante do "Planalto Ocidental" (Planalto arenítico - basáltico).

Uma parte do Município é ocupada por rochas sedimentares (arenitos e argelitos) dando origem a solos férteis (tipos Podzolizados) e mais férteis como o Latosol Vermelho Escuro. A predominância é de rocha efusivas basálticas de cor avermelhada escuro, tipo Latosol Roxo, extremamente férteis.

A vegetação primária do município era a Floresta Latifoliada Tropical, com presença de serrado em grande parte do município.

É servida por extensa rede de rodovias entre as principais a Radial S.P. 310 - Via Washington Luiz; S.P. 257 - Via Américo Brasiliense, Rincão; S.P. 255 - Taquarituba, Ribeirão Preto; S.P. 311 - Araraquara, Pirajuí; SP 326 - Araraquara, Colômbia. O sistema Ferroviário é formado pelas antigas Companhias Estrada de Ferro Araraquara, Companhia Paulista de Estrada de Ferro, agora integrando a FEPASA. A cidade conta ainda com um Aeroporto (Bartholomeu de Gusmão), um terminal Rodoviário amplo e um sistema de transporte interno que atende a todos os bairros da cidade. Esse transporte é realizado pela Companhia Troleibus Araraquara, tida como modelo a nível nacional e que utiliza ônibus elétricos e a Diesel, sendo que apenas dois bairros são cobertos por rede particular.

2. Histórico_e_Situação_Política-Administrativa (1)

O município é sede de 12ª Região Administrativa do Estado, que engloba os municípios de Américo Brasiliense, Boa Esperança, Borborema, Cândido Rodrigues, Dourados, Fernando Prestes, Ibitinga, Itápolis, Matão, Nova Europa, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, Tabatinga, Taquaritinga.

Constitui o município, os distritos de : Araraquara, Bueno de Andrade, Gavião Peixoto e Mutuca, este último encontra-se em processo de emancipação, tornar-se-á município independente, no início do ano vindouro.

O território do município é conhecido desde o início do século XVIII, por bandeirantes que procuravam ouro nas imediações dos "Sertões de Araraquara". A criação do Município ocorreu por força do decreto de 10 de julho de 1832, tendo sido instalado efetivamente em 24 de agosto de 1833.

Hoje, 1992, tem uma população estimada de 166.190 habitantes , sendo que 96,67% está na área urbana, e 3,33% na zona rural.

O município sofre um processo migratório muito grande entre os meses de maio à novembro, quando ocorre o corte da cana e coleta de laranja.

Esta população vem do Paraná e Nordeste, alojando-se nas fazendas , usinas ou periferia da Cidade.

3. Situação Sócio-Econômica

A economia do município tem como principais atividades, a agricultura, indústria, comércio e pecuária.

No setor primário, a partir da década de 30, a cultura do café deu lugar a lavoura de cana de açúcar, posteriormente, a partir da década de 60 o plantio de laranja. Em relação a área cultivada, a cana de açúcar ocupa o primeiro lugar, mas em valor de produção agrícola, a laranja predomina, sendo sua produção quase exclusivamente voltada para o mercado externo, através da industrialização de sucos, desenvolvida pelo próprio município. Outras culturas de menor expressão na região são: o café, a soja e cereais, especialmente o milho.(1)

O setor secundário no município é vinculado ao primário, que fornece grande parte da matéria-prima, havendo predominância da agro-indústria, principalmente no ramo da produção alimentícia, além da metalurgia, mecânica, têxtil e química, com total de 365 indústrias. Destacam-se entre outras :

Usina Zanni - Açúcar e Alcool Ltda.

Usina Maringá S/A - Indústria e Comércio

Usina Açucareira Sta. Luzia Ltda.

Sucocítrico Cutrale S/A.

Nestlé Cia. Ind. Com. Bras. de Produtos Alimentícios.

Anderson Dighton S/A - Indústria e Comércio.

Meias Lupo S/A.

Indústria Textil Highland S/A.

Equipamentos Villares S/A.

Arcângelo Nigro & Filhos Ltda.

Calmeira, Calderaria e Mecânica Araraquara Ltda.

Indústria e Comércio AgroFerro

Cargil Agrícola S/A.

TVP - Tecnologia em Vegetais e Proteínas S/A. (1)

O Setor terciário encontra-se em fase de crescimento, tendo sido incrementado a partir da década de 70 com o processo de urbanização. Atualmente, a grande parcela da população reside na zona urbana, conforme porcentagem referida anteriormente.(1)

O comércio conta com 2.636 estabelecimentos entre varejistas e atacadistas, beneficiados pela situação geográfica de Araraquara, centralizada e com bons recursos de transporte ferroviário e rodoviário, o que possibilita um rápido escoamento da produção.(1)

Quanto ao setor de prestação de serviço, contribui com 9.232 estabelecimentos (25) relacionados com as mais variadas atividades, entre elas : alojamento e alimentação (é uma cidade com grande contingente de jovens, que vem estudar nas várias faculdades ali existentes); conservação, reparação, manutenção, instalação e confecções sob medida; serviços auxiliares diversos; serviços pessoais e higiene pessoal; de compra e venda, incorporação, administração, locação e arrendamento de bens e imóveis; de rádio difusão; televisões, etc.

Na cidade estão representadas todas as agências bancárias, existentes no país, podendo-se dizer que ela está bem servida neste setor.

Araraquara não é uma cidade de grandes contrastes sócio-econômicos, não possui bolsões de miséria (cortiços e favelas), é considerada de classe média, porém, não tivemos acesso ao dado da renda per capita.

4. Cultura e Lazer

No que se refere a parte cultural e de lazer conta com: A Biblioteca Municipal "Mário de Andrade", e outras 4 pertencentes à faculdades e escolas particulares; - dois museus, o Histórico e o Pedagógico da Pátria, ligado à Rede de Museus Históricos da Secretaria de Cultura e o "Museu Ferroviário"; - quatro jornais, sendo três com edições diárias : "O Diário" , " O Imperial " e a "Folha da Cidade " , um semanal o "Hoje"; três emissoras de radiodifusão : "Rádio Cultura de Araraquara", "Rádio Morada do Sol", "Rádio Bandeirantes"; um canal de televisão, com geração própria, a " TV Morada do Sol". Também recebe imagens da TV Cultura , TV Globo , TV Bandeirantes, TV SBT ; um teatro, - quatro anfiteatros ; quatro cinemas, dois na área central o "Cisne Negro" e o " Cine Veneza " , e dois em bairros "Cine Plaza" e o "Cine Coral" ; quatro Clubes de Recreação e um Centro Municipal de Esporte e Recreação do Trabalhador "Otaviano de Arruda Campos".(1)

5. Educação:

Araraquara possui uma rede de escolas, que pode ser definida como sendo de grande porte, tanto na área urbana como rural.

O município conta com a Pré-escola, Ensino de 1o Grau, 2o Grau e Superior.

A população escolar do 1o Grau está distribuída por todos os bairros da cidade, inúmeras fazendas ou bairros rurais, e ainda pelos distritos de Gavião Peixoto, Mutuca e Bueno de Andrade.

A educação pré-escolar conta com vinte Centros de Educação e Recreação Municipal - CER.

Além dos Centros de Educação e Recreação, a Prefeitura mantém classes de pré-escola em instituições e fazendas.

O crescimento da rede escolar, tanto de 1o Grau como da pré-escola, deu-se através de um esforço conjugado do Município com o Governo do Estado, que tornou possível a construção de novas unidades escolares de 1o Grau e CER.

Quanto ao ensino de 2o Grau, as opções para os alunos se distribuem em 13 unidades escolares que oferecem vários cursos profissionalizantes. Os estabelecimentos públicos de 2o Grau são quatro.

Nas escolas particulares os cursos oferecidos são : Agrimensura, Edificações, Eletrotécnica, Eletrônica, Contabilidade, Processamento de Dados, Magistério, Química, etc.

Araraquara conta ainda com nove estabelecimentos de ensino superior distribuídos em vinte cursos de Graduação e oito de Pós-graduação - Mestrado e Doutorado.

Das escolas superiores existentes, quatro são oficiais, integrantes da UNESP, o restante integram a rede particular.

4. Saneamento

O sistema de saneamento de Araraquara, apresenta situação excelente no que tange ao abastecimento de água tratada na sede do município com cobertura em torno de 100% da população.

O sistema de esgotos sanitários também apresenta uma situação excelente no que refere à coleta dos esgotos com uma cobertura de 98% da população urbana.

O sistema de interceptação protege sanitariamente o manancial de captação de água bruta. Não existe tratamento dos esgotos.

6.1. Saneamento_Básico

O saneamento básico da cidade de Araraquara está municipalizada, sob a responsabilidade do DAAE (Departamento Autônomo de Água e Esgoto) que controla o Sistema de Abastecimento de Águas e o Sistema de Esgotos Sanitários.

6.1.1. Sistema_de_Abastecimento_de_Água

O atual Sistema de Abastecimento de Águas do Araraquara conta com :

a) Captação_de_água_bruta

Superficiais : Captação do Ribeirão das Cruzes

Captação do Ribeirão das Anhumas

Subterrâneas : Poços profundos : Paiva, Santana, Santa Lúcia, Ouro, Paiol, Parque São Paulo.

A água bruta captada no Ribeirão das Cruzes e Ribeirão das Anhumas é recalçada até a Estação de Tratamento de Água (ETA).

As águas extraídas dos poços profundos são encaminhadas para poços de sucção de estações elevatórias, situados ao lado dos respectivos poços, de onde são levadas para reservatórios ou diretamente para a rede de distribuição, após serem submetidas à desinfecção.

Baseado no Anuário Estatístico do Estado de São Paulo (1990) (16) a situação operacional dos Sistemas de Abastecimento de Água produz um volume médio mensal (1000m³) superficial de 1.269, subterrâneo de 484 com um total de 1.753.

b) Estação de tratamento de água

A ETA é do tipo convencional, composta de mistura rápida, decantação acelerada, filtros rápidos por gravidade e desinfecção.

Após o tratamento a água é encaminhada aos reservatórios para distribuição, podendo ir para outros reservatórios através do sistema de adução e sub-adiução de água tratada composta por estações elevatórias e linhas de distribuição.

Segundo o Anuário Estatístico (16) a capacidade de reservação é de 23.450m³ com número de ligações por residência de 36.094, comerciais públicas de 3.642 e industriais de 162, com um total de 39.898 ligações.

c) Reservação

O atual sistema de abastecimento de água conta com 14 reservatórios.

d) Rede de Distribuição

A rede de distribuição de água tratada atualmente possui uma extensão total de 597 Km.

São efetuadas as análises de rotina no que diz respeito a qualidade da água de abastecimento público, na própria estação de tratamento, sendo que o SESA mantém um programa de controle de potabilidade, fazendo determinações dos teores de cloro e fluor, além das análises bacteriológicas.

6.1.2 - Sistema de Esgoto Sanitário

O sistema de esgoto sanitário de Araraquara é composto, basicamente, por uma rede coletora, coletores tronco, interceptores e uma estação elevatória de esgotos. Segundo o Anuário Estatístico 1990 (16), a extensão total da rede de esgotos é de 555 Km, sendo o corpo receptor do esgoto o córrego. O número de ligações residenciais é de 34.485, comerciais públicas de 3.432 e industriais de 162, com um total de 38.079.

a) Rede_Coletora

A atual rede coletora de esgotos atende praticamente todo o centro e bairros da cidade situados dentro do perímetro urbano, com alguns loteamentos destinados à implantação de chácaras.

Segundo o DAAE (Departamento Autônomo de Água e Esgoto) a rede coletora existente encontra-se em geral, em bom estado de conservação operando normalmente.

b) Coletores=tronco_e_Interceptores

A área urbana da cidade de Araraquara está distribuída em duas bacias hidrográficas principais : Ribeirão de Anhumas e Ribeirão das Cruzes. Esses cursos d'água estão situados na bacia do Médio Tietê.

Na área urbana, cada uma das bacias principais está subdividida em várias sub-bacias. Cada sub-bacia possui um coletor tronco ou coletor principal de esgotos responsável pela condução do fluente da respectiva área, até o interceptor existente, ao longo do fundo do vale principal das bacias.

c) Estação Elevatória

O atual Sistema de Esgotos Sanitários de Araraquara é composto também de uma estação elevatória, dotada de bomba submersível.

6.2. Resíduos Sólidos

A coleta dos resíduos sólidos na Cidade de Araraquara, com relação aos resíduos domésticos e hospitalares estão sob a responsabilidade e execução da Administração Municipal, englobando os serviços de varrição, coleta transporte e destinação final dos resíduos sólidos produzidos. Quanto aos resíduos industriais, o seu controle está sob responsabilidade da CETESB (Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental), com as fases de armazenamento, coleta e destinação final dos resíduos sob a responsabilidade e execução da própria indústria geradora do resíduo, sob a orientação e controle do órgão de meio ambiente.

6.2.1. Varrição

A varrição das ruas é realizada por funcionários contratados pela Prefeitura Municipal, sendo a cidade dividida em zonas de atendimento. Na região central a varrição é diária e realizada pela manhã. Em direção à zona periférica da cidade o atendimento passa a ser realizado com frequência semanal, quinzenal e mensal, de acordo com a necessidade.

6.2.2. Coleta

A coleta dos resíduos resultantes da varrição é realizada através de carroções tradicionais.

A coleta dos resíduos domésticos é feita por uma frota de 10 veículos sendo seis caminhões do tipo "Colecon" e 4 do tipo "Cita".

A cidade não possui qualquer tipo de coleta seletiva, há coleta diária na zona central e alternada nos demais bairros.

Realiza coleta especial noturna diária na zona do comércio, indústria e prestações de serviços. Realiza, também, coleta especial dos resíduos sépticos, em hospitais, clínicas, laboratórios, farmácias e centros de saúde.

6.2.3. Transporte

Os resíduos domésticos resultantes da coleta normal e da varrição, bem como a escória resultante da incineração dos resíduos sépticos, são transportados para um aterro situado a cerca de 8 Km do centro da cidade.

Este transporte é realizado pela frota de veículos coletores da Prefeitura Municipal, que se dirigem ao aterro, para disposição final do mesmo.

6.2.4. Disposição Final

A cidade dispõe, atualmente, de um sistema de tratamento de resíduos sólidos, constituído de uma usina de compostagem e um aterro simples. Neste aterro não existe controle dos resíduos nele depositados, sendo operado de forma totalmente inadequada, sem a menor preocupação do emprego de técnicas que propiciem uma drenagem superficial das águas pluviais, drenagem sub-superficial de percolados e chorume e drenagem de gases produzidos na massa do aterro. O aterro é apenas recoberto com terra. O resíduo séptico coletado, está sendo incinerado em um incinerador próprio da Prefeitura, instalado junto à Usina de lixos, sendo que a coleta desse lixo é realizada pela Prefeitura.

6.2.5. Serviço de Conservação

Além da limpeza pública, é de responsabilidade da Prefeitura a manutenção e conservação de prédios, logradouros públicos, como praças, jardins, hortas, cemitérios, etc.

6.3. Drenagem Urbana

A cidade de Araraquara é dotada de galerias de águas pluviais.

Dentre as obras de drenagem urbana existentes, destacam-se a canalização do Córrego Servidão, que corta a área central da Cidade e a retificação e canalização do Ribeirão do Ouro.

6.4. Poluição Ambiental

6.4.1. Poluição das Águas

Araraquara apresenta uma poluição ambiental crítica principalmente quanto a poluição das águas superficiais.

Não existe qualquer tipo de tratamento do esgoto doméstico, sendo este lançado diretamente nos córregos da região. Um cuidado que é tomado, é o lançamento do esgoto a jusante do local de captação de águas, sem eliminar o problema de poluição das águas.

Com relação ao esgoto industrial, verificarse que a maioria das indústrias instaladas no município estão dotadas de sistemas próprios de tratamento de seus efluentes, que são monitoradas pela CETESB.

O vinhoto, resíduo resultante da fabricação do açúcar e do álcool, que em outras épocas traziam sérios problemas de poluição dos cursos d'água na região, é lançado na própria lavoura de cana de açúcar como corretivo do solo.

A captação de água utilizada pelo DAAE do Ribeirão das Anhumas, está bastante afetada pelo desmatamento da mata nativa, sendo prejudicada pela proximidade da cultura de cana de açúcar, que pode trazer alguns riscos de degradação desse manancial.

6.4.2.- Poluição_do_Solo

Na questão dos resíduos sólidos industriais, estes não são problema relevante no Município, pois, o maior volume destes, gerados pelas indústrias locais, são oriundos do processamento da laranja e da cana de açúcar.

O bagaço de laranja é totalmente aproveitado, na fabricação de ração bovina, exportada para países da Europa e o bagaço de cana de açúcar é utilizado na própria usina como combustível.

6.4.3. Poluição_do_Ar

Nota-se uma deterioração da qualidade do ar principalmente com relação ao material particulado embora os níveis medidos pela CETESB encontrem-se distantes dos níveis críticos. A cidade sofre com o problema de emissão de material particulado, oriundo da queima de canaviais e da combustão do bagaço de cana, utilizado nas caldeiras de algumas indústrias.

6.5. Controle de Zoonoses e Endemias

A SUCEN é o órgão estadual responsável pelo controle e combate das doenças endêmicas. A atual fonte de preocupação é a incidência de casos autóctones de Esquistossomose.

Atualmente, esta Superintendência de Controle de Endemias está transferindo para o Município o serviço de controle do mosquito *Aedes Aegypti*, agente transmissor da Dengue e Febre Amarela.

O SESA (Serviço Especial de Saúde de Araraquara) mantém um serviço de profilaxia da raiva, onde é feito tratamento anti-rábico humano e observação de cães agressores. O trabalho de apreensão e vacinação de animais, está desvinculado deste serviço, sendo executado pela prefeitura.

6.6. Vigilância Sanitária

Até o momento a Vigilância Sanitária não tinha sido assumida pela Prefeitura Municipal, sendo formada agora uma equipe com elementos da Prefeitura e do SESA que deverão assumir basicamente a Vigilância em propriedades particulares e controle dos estabelecimentos comerciais. A Prefeitura já realiza controle de edificações com expedição de alvarás, ficando a cargo do ERSA a Vigilância de indústrias.

6.7. Energia Elétrica

6.7.1. Geração

O Município de Araraquara é suprido por um sistema de distribuição feita pela Companhia Paulista de Força e Luz e linhas alimentadoras que provém de usinas da CESP e FURNAS.

7. Indicadores Demográficos e de Saúde

7.1. Dados Populacionais

Segundo dados do censo de 1980, a população do Município de Araraquara era de 128.109 habitantes, sendo 49,78% composta de homens e 50,22% de mulheres (1). Dados obtidos para o ano de 1992 (segundo plano municipal de saúde) é de 166.190 habitantes, sendo 50,7% de homens e 49,3% de mulheres (25).

7.2. Distribuição da População por faixa etária e sexo

Devido a não divulgação pelo IBGE, até a presente data, da distribuição da população por faixas etárias, trabalhamos com dados estimativos, para o ano 1992.

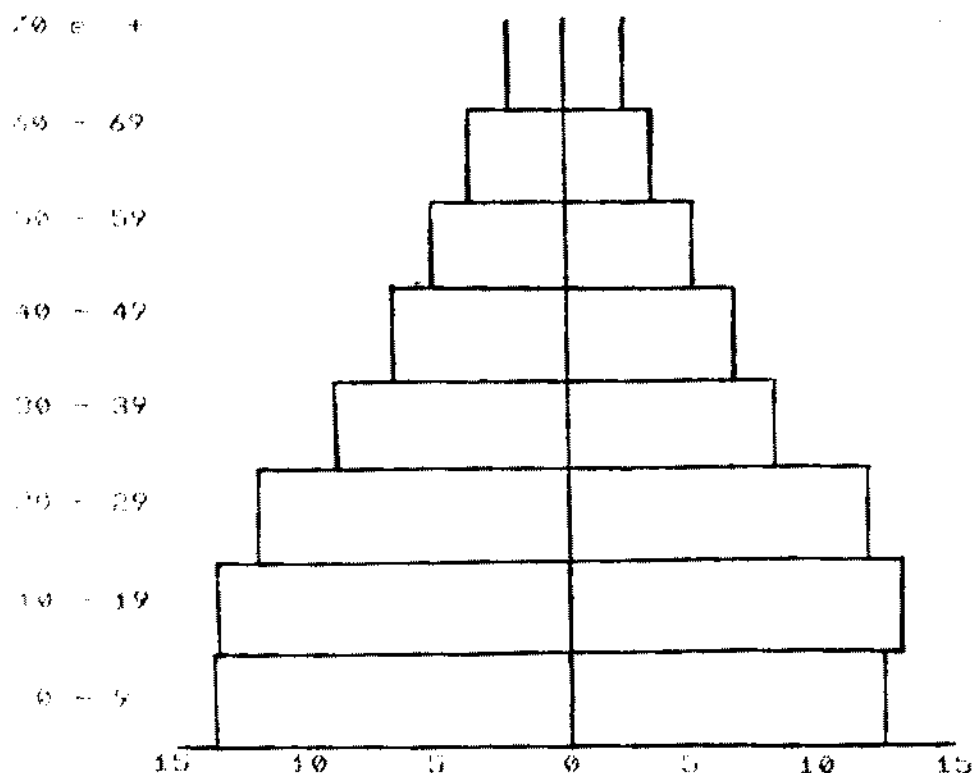
A pirâmide de 1980, se baseia em dados censitários.

TABELA 1 - Número e porcentagem da população de Araraquara por sexo e grupo etário - ano 1980 .

FAIXA ETÁRIA (anos)	S E X O			
	HOMENS		MULHERES	
	N	%	N	%
0 --- 9	13.589	10,65	12.964	10,16
10 --- 19	13.306	10,49	13.110	10,27
20 --- 29	12.131	9,51	12.075	9,46
30 --- 39	7.946	6,23	8.207	6,43
40 --- 49	6.605	5,18	6.708	5,26
50 --- 59	4.966	3,89	5.273	4,13
60 --- 69	2.990	2,34	3.322	2,60
70 --- +	1.991	1,56	2.430	1,90
TOTAL	63.527	49,78	64.085	50,22

FONTE > Censo Demográfico IBGE - Ano 1980 (retirado do TCM 1990) (1)

FIGURA 1 - PIRAMIDE POPULACIONAL. ARARAQUARA, 1980.



Quando se analisa a pirâmide de 1980, observa-se que a base não é muito larga, característica de países desenvolvidos. Pode-se supor uma diminuição da natalidade e ainda, que houve uma diminuição da mortalidade infantil, pois não ocorre um degrau da faixa etária superior .

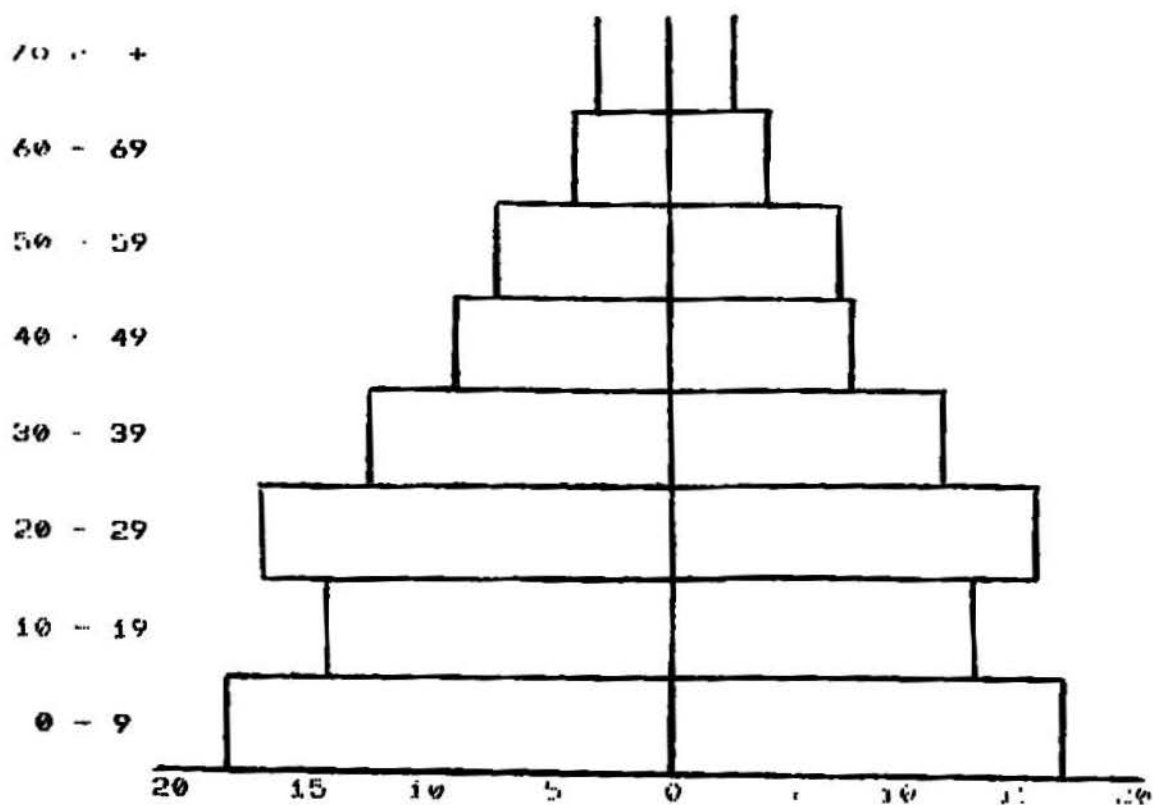
Observe-se uma pequena diferença numérica a favor da população masculina, na faixa etária de 20 a 29 anos. A partir da faixa etária de 30 a 39 anos, esta tendência se inverte, o que pode ser explicado pela saída da população masculina do município a procura de emprego em outros locais.

TABELA 2 - Número e porcentagem da população de Araraquara por grupo etário e sexo - ano 1992 .

FAIXA ETÁRIA (anos)	S E X O			
	HOMENS		MULHERES	
	N	Z	N	Z
0 --- 9	17.563	10,57	16.766	10,09
10 ---- 19	14.172	8,53	13.658	8,22
20 --- 29	16.663	10,03	15.723	9,46
30 --- 39	11.933	7,18	12.097	7,28
40 --- 49	8.394	5,05	8.607	5,18
50 --- 59	6.988	4,20	7.663	4,61
60 --- 69	4.367	2,63	4.591	2,76
70 --- +	3.126	1,88	3.879	2,33
TOTAL	83.206	50,07	82.984	49,93

FONTE : Plano Municipal de Saúde (1992) (25)

FIGURA 2 - PIRAMIDE POPULACIONAL. ARARAQUARA, 1992



Quando se analisa a pirâmide populacional de 1992, observa-se novamente uma base larga, significando possivelmente aumento da natalidade, característica de países sub-desenvolvidos.

Observa-se um incremento populacional na faixa etária de 20-29a, explicado provavelmente pela migração ocasionada pelo desenvolvimento do setor econômico, primário e secundário, nos últimos anos e também devido a existência de várias faculdades. Na faixa etária superior, ocorre uma diminuição da população em ambos os sexos, talvez indicando o retorno dos migrantes aos locais de origem, devido as características de sazonalidade do emprego ofertado pelo setor primário. Estes trabalhadores e os estudantes não fixam residência permanente.

7.3. Razão de Masculinidade

A projeção efetuada fornece uma razão de masculinidade para o ano de 1992, de 1003 homens para 1000 mulheres.

Trabalhando com dados obtidos através da Fundação SEADE, observa-se um ligeiro aumento dessa razão, pois em 1985, a razão de masculinidade era de 998 homens para 1000 mulheres.

7.4. Razão de Dependência

Através dos dados obtidos do TCM realizado em 1990, a razão de dependência encontrada para o ano de 1987 era de 39,6% o que significa dizer que é baixa, ou seja, a população economicamente ativa é grande em relação a não produtiva.

7.5. Coeficiente de Mortalidade Geral

TABELA 3 - Distribuição do coeficiente de mortalidade geral, por ano, no Município de Araraquara, de 1985 a 1990 .

ANO	COEFICIENTE P/ 1000 HABITANTES
1985	6,67
1986	7,14
1987
1988	7,31
1989	6,86
1990	6,55
**	

** dados preliminares

FONTE : Fundação SEADE

7.6. Coeficiente de Mortalidade Infantil

TABELA 4 - Distribuição do coeficiente de mortalidade infantil, por ano, no Município de Araraquara, de 1985 a 1990.

ANO	COEFICIENTE P/ 1000 NV
1985	21,32
1986	21,96
1987
1988	24,57
1989	17,69
1990	27,78
**	

** Dados preliminares

FONTE : Fundação SEADE

Observa-se considerável acréscimo das taxas de mortalidade nos últimos anos. Supõe-se algumas hipóteses como : queda no padrão de vida da população, migração - a população estaria chegando e estabelecendo-se em condições precárias.

7.7. Coeficiente de Natimortalidade

Nos anos de 1986 e 1988, o coeficiente de natimortalidade era de 11,2%.

No ano de 1990, de acordo com dados preliminares, o valor era de 18,10%.

Tais dados merecem especial atenção, pois podem refletir deficiências na assistência ao período peri-natal e ao parto.

TABELA 5 - Distribuição das mortalidades neonatal e tardia no Município de Araraquara, no 1o Semestre de 1990

O B I T O S	N	%
NEONATAL	28	58,30
TARDIO	20	41,70
T O T A L	48	100,09

FONTE : SEADE (17)

TABELA 6 - Distribuição da mortalidade neonatal, segundo as principais causas de morte, no Município de Araraquara, no 1o Semestre de 1990 .

CAUSAS	N	%
PERINATAIS	24	85,71
ANOMAL.CONG.	03	10,71
OUTRAS CAUSAS	01	3,57
INFECCIOSAS	---	---
T O T A L	28	100,00

FONTE : SEADE (17)

TABELA 7 - Distribuição da mortalidade infantil tardia, segundo as principais causas de morte, no Município de Araraquara, no 1o Semestre de 1990 .

CAUSAS	N	%
INFECCIOSAS	09	45,00
AP.RESPIRAT.	04	20,00
OUTRAS CAUSAS	04	20,00
ANOMALIAS	03	15,00
T O T A L	20	100,00

FONTE : SEADE (17)

Analisando as tabelas de mortalidade neonatal e tardia, podemos observar a prevalência do coeficiente neonatal em relação a tardia. Esse aumento deve-se em grande parte as causas perinatais. Sabe-se que as possíveis causas de aumento de coeficiente de mortalidade perinatal são problemas de assistência a gestação, parto e problema congênitos. Sabendo da boa cobertura de pré-natal na cidade, os dados de anomalia congênita, levantamos como hipótese explicativa o alto índice de cesária no município. Em relação a mortalidade tardia podemos observar que a maior causa ainda são as doenças infecciosas, apesar da boa cobertura vacinal, do sistema de abastecimento de águas, rede de esgoto e coleta de lixo.

7.8 - Mortalidade proporcional por idade

(Curva de Nelson de Moraes).

Foram efetuados dos anos de 1985 (antes da implantação do processo de Municipalização) e 1990 (quando o processo já estava em andamento), com o objetivo de verificar prováveis alterações.

Como observa-se nas tabelas 08 e 09 e gráficos 1 e 2 não houve alterações significativas nos anos estudados. O perfil da curva pode ser classificado como de tipo IV indicador de um nível de saúde elevado.

TABELA B - Distribuição da mortalidade geral por faixa etária, no Município de Araraquara, em 1985 .

ÓBITOS	N	%
< 1 ano	73	7,70
1 -- 4 a	12	1,27
5 -- 19 a	31	3,27
20 -- 49 a	157	16,56
50 -- +	675	71,20
T O T A L	948	100,00

FONTE : Fundação SEADE

GRAFICO 1

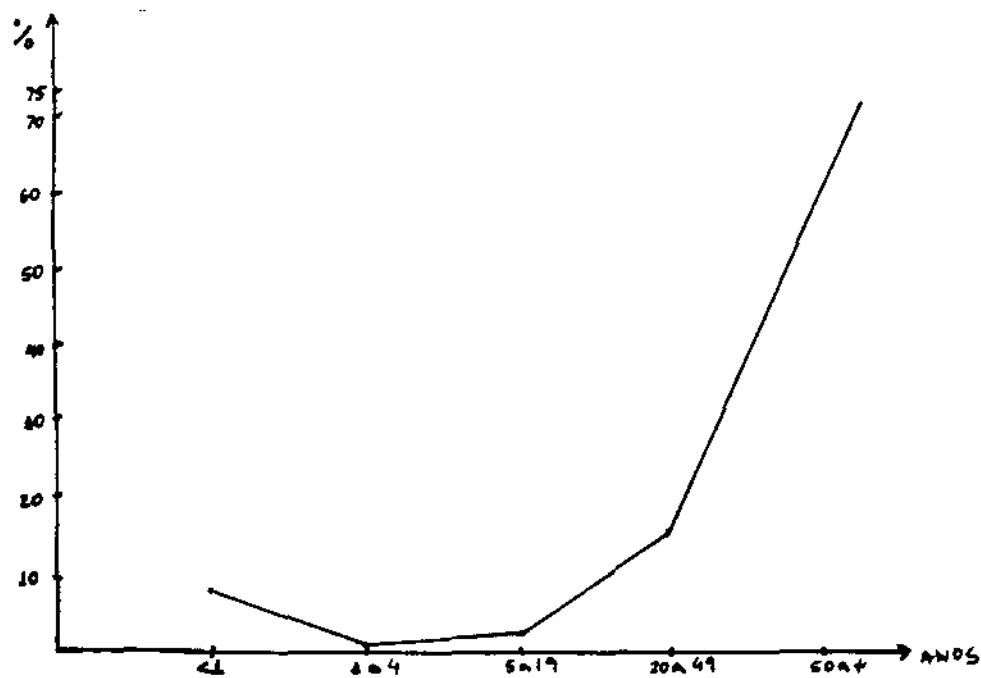
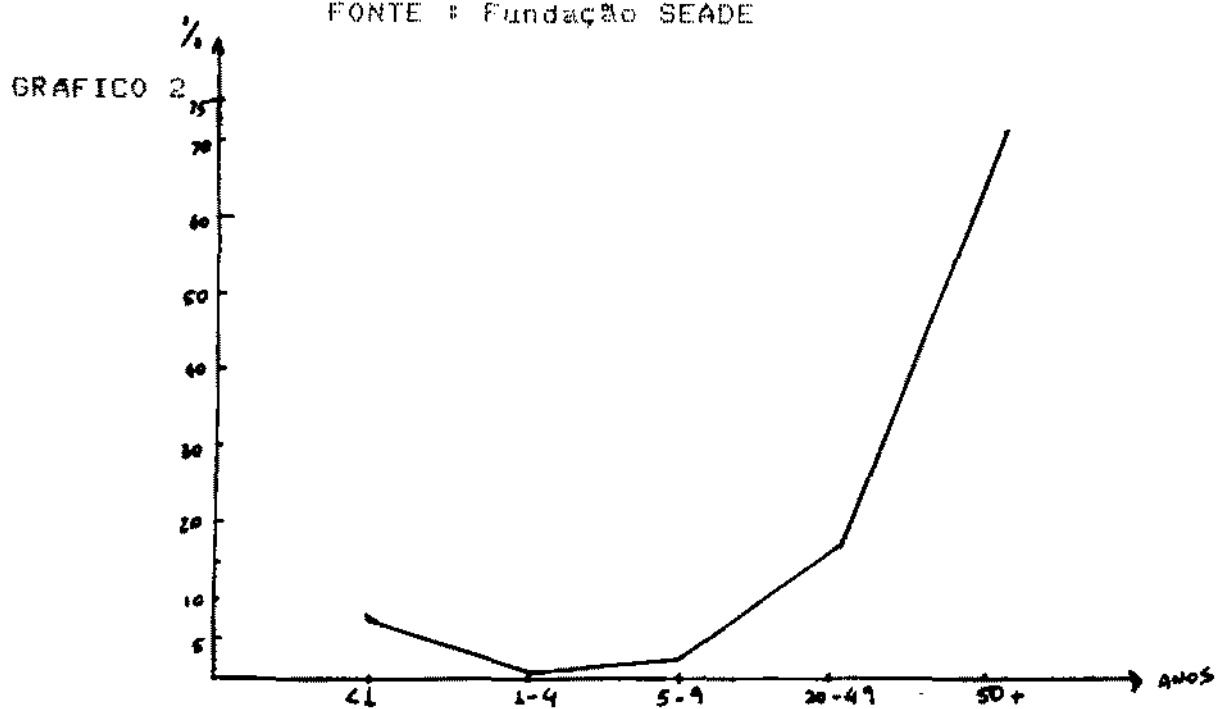


TABELA 9 - Distribuição da mortalidade geral por faixa etária, no Município de Araraquara, em 1990 .

FAIXA ETARIA	O B I J E T O S	
	N	%
< 1 ano	89	7,51
1 ---- 4 anos	8	0,68
5 ---- 9 anos	23	1,94
20 ---- 49 anos	220	18,57
50 ---- +	845	71,20
T O T A L	1.185	100,00

FONTE : Fundação SEADE



Observa-se que não houve alterações significativas nos anos estudados. O perfil da curva pode ser classificado como de nível IV, indicador de um nível de saúde elevado.

7.9. Razão de Mortalidade Proporcional

(Indicador de Swaroop - UEMURA)

Em Araraquara, não houve alteração do indicador, nos anos de 1985 e 1990. Permanecendo o mesmo no segundo nível.

TABELA 10 - Distribuição de óbitos gerais por sexo e faixa etária, no Município de Araraquara, em 1985.

FAIXA ETÁRIA	Ó B I T O S				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	Z
	N	Z	N	Z		
< 1 a	49	5,16	24	2,53	73	7,69
1 -- 4 a	4	0,42	8	0,84	12	1,26
5 -- 19 a	24	2,52	7	0,74	31	3,26
20 -- 49 a	106	11,16	51	5,37	157	16,53
50 -- 69 a	179	18,86	107	11,28	286	30,14
70 -- +	169	17,92	200	21,07	369	38,99
Ignorada	01	0,13	--	--	01	0,13
TOTAL	552	58,17	397	41,83	949	100,00

FONTE : Fundação SEADE

TABELA 11 - Distribuição de óbitos gerais, por sexo e faixa etária no Município de Araraquara, em 1990.

FAIXA ETÁRIA	Ó B I T O S					
	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	N	%	N	%	N	%
< 1 a	51	4,30	38	3,21	89	7,51
1 - 4 a	2	0,17	6	0,51	8	0,68
5 - 19 a	12	1,01	11	0,93	23	1,94
20 - 49 a	161	13,59	59	4,98	220	18,57
59 - 69 a	208	17,55	125	10,55	333	28,10
70 - +	255	21,52	257	21,69	512	43,21
TOTAL	689	58,14	496	41,86	1185	100,00

FONTE : Fundação SEADE

TABELA 12 - Distribuição de óbitos gerais por sexo, e principais causas resumidas (CID) , segundo frequência, no Município de Araraquara em 1985 .

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
Doenças Isquêmicas do Coração (410-414)	82	8,64	52	5,48	134	14,12
Tumores Malignos incluindo neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (140-208)	75	7,90	58	6,11	133	14,01
Doenças cerebrovasculares (430-438)	60	6,32	62	6,53	122	12,86
Outras formas de doenças do coração (420-429)	46	4,85	37	3,90	83	8,75
Pneumonia (480-486)	28	2,95	19	2,00	47	4,95
Acidentes de veículos c/ motor (E810-E819)	30	3,16	10	1,05	40	4,21
Sintomas e sinais morbidos mal definidos (Z80-Z99)	18	1,90	18	1,90	36	3,79
Outras Causas	213	22,44	141	14,86	354	37,30
T O T A L	552	58,17	397	41,83	949	100,00

FONTE : Fundação SEADE

TABELA 13 - Distribuição de óbitos gerais, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, em 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	M A S C U L I N O		F E M I N I N I O		N	Z
	N	Z	N	Z		
Doenças Isquêmicas do coração (410-414)	102	8,61	75	6,33	177	14,94
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-208)	84	7,09	88	7,43	172	14,51
Doenças cerebrovasculares (430-438)	75	6,33	54	4,56	129	10,89
Outras formas de doença do coração (420-422)	56	4,73	45	3,80	101	8,52
Pneumonia (480-484)	39	3,29	44	3,71	83	7,00
Acidentes de veículos motor (E810-E819)	37	3,12	5	0,42	42	3,54
Diabetes Mellitus (250)	10	0,84	23	1,94	33	2,78
Outras Causas	286	24,14	162	13,67	448	37,81
T O T A L	689	58,14	496	41,86	1185	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 14 - Distribuição de óbitos de menores de 1 ano, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, 1985.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	MASCULINO		FEMININO		N	Z
	N	Z	N	Z		
Outras causas de mortalidade perinatal (Z60-Z66, Z72-Z79)	13	17,81	5	6,85	18	24,66
Anomalias Congênitas (Z40-Z59)	8	10,96	3	4,11	11	15,07
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (Z6Z-ZZ0)	5	6,85	6	8,22	11	15,07
Enterite e outras doenças diarreicas (008-009)	6	8,22	0	---	6	8,22
Pneumonia (480-486)	4	5,48	2	2,74	6	8,22
Outras Causas	13	17,81	8	10,96	21	28,77
T O T A L	49	67,12	24	32,88	73	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 15 - Distribuição de óbitos de menores de 1 ano, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, em 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		N	%
	N	%	N	%		
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anoxicas e hipóxicas perinatais (Z6Z-ZZQ)	21	23,60	13	14,61	34	38,20
Outras causas de mortalidade perinatal (Z6Q-Z66, ZZ2-ZZ9)	7	7,87	7	7,87	14	15,73
Anomalias Congenitas (Z40-Z59)	5	5,62	3	3,37	8	8,99
Enterite e outras doenças diarréicas (008-009)	3	3,37	5	5,62	8	8,99
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais (260-269)	2	2,25	2	2,25	4	4,49
Outras	13	14,61	8	8,99	21	23,60
T O T A L	51	57,30	38	41,70	89	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 16 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 1 a 4 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID) segundo frequência, no Município de Araraquara, em 1995.

C A U S A S	O B I T O S				T O T A L	
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		N	%
	N	%	N	%		
Tumores malignos, incluindo as neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos: (140-208)	1	6,25	2	12,50	3	18,75
Acidentes de veículos motorizados (E810-E819)	0	0,00	2	12,50	2	12,50
Demais causas	8	50,00	3	18,75	11	68,75
T O T A L	9	56,25	7	43,75	16	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 17 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 1 a 4 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID) segundo frequência, no Município de Araraquara, em 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S					
	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	N	Z	N	Z	N	Z
Tumores malignos incluindo, os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (140-208)	0	0,00	2	25,00	2	25,00
Avitaminoses e outras doenças nutricionais (260-269)	0	0,00	1	12,50	1	12,50
Anemias (280-285)	1	12,50	0	0,00	1	12,50
Demais acidentes (E800-E807), (E820 - E849)	0	0,00	1	12,50	1	12,50
Outras Causas	1	12,50	2	25,00	3	37,50
T O T A L	2	25,00	6	75,00	8	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 18 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 5 a 19 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, 1985.

C A U S A S	Ó B I T O S					
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		T O T A L	
	N	Z	N	Z	N	Z
Acidentes de veículos c/motor (E810-E819)	10	32,26	1	3,23	11	35,48
Demais acidentes (E800-E807), (E820 - E242)	5	16,13	3	9,68	8	25,81
Homicídios (E260-E262)	3	9,68	0	0,00	3	9,68
Sintomas e sinais mor- bidos mal definidos (Z80-Z99)	2	6,45	0	0,00	2	6,45
Outras Causas	4	12,90	3	9,68	7	22,58
T O T A L	24	77,42	7	22,58	31	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 19 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 5 a 19 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
Os demais acidentes (E800-E807), (E820 - E849)	6	26,09	1	4,35	7	30,43
Acidentes de veículos c/motor (E810-E819)	4	17,39	2	8,70	6	26,09
Pneumonia (480-486)	0	0,00	2	8,70	2	8,70
Outras Causas	2	8,70	6	26,09	8	34,78
T O T A L	12	52,17	11	47,83	23	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 20 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 20 a 49 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, 1985.

C A U S A S	Ó B I T O S					
	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	N.	%	N.	%	N.	%
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (140-208)	11	7,01	9	5,73	20	12,74
Acidentes de veículos c/ motor (E810-E819)	11	7,01	5	3,18	16	10,19
Doenças cerebrovasculares (430-438)	6	3,82	8	5,10	14	8,92
Cirrose Hepática (571)	8	5,10	4	2,55	12	7,64
Homicídios (E940-E949)	12	7,64	0	0,00	12	7,64
Outras Causas	58	36,94	25	15,92	83	52,87
T O T A L	106	67,52	51	32,48	157	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 21 - Distribuição de óbitos na faixa etária de 20 a 49 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Anaraquara, 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		N	%
	N	%	N	%		
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (140-208)	14	6,36	20	9,09	34	15,45
Acidentes de veículos c/motor (E810-E819)	27	12,27	2	0,91	29	13,18
Doenças cerebrovasculares(430-438)	12	5,45	5	2,27	17	7,73
Doenças Isquêmicas do coração(410-414)	14	6,36	5	0,45	15	6,82
Homicídios (E960-E969)	14	6,36	0	0,00	14	6,36
Outras Causas	80	36,36	31	14,09	111	50,45
T O T A L	161	73,18	59	26,82	220	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 22 - Distribuição de óbitos na faixa etária de 50 a 69 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID) , segundo frequência , no Município de Araraquara, 1985.

CAUSAS	Ó B I T O S				T O T A L	
	MASCULINO		FEMININO		N	Z
	N	Z	N	Z		
Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (140=208)	38	13,29	29	10,14	67	23,43
Doenças Isquêmicas do coração (410=414)	34	11,89	12	4,20	46	11,08
Doenças cerebrovasculares (430=438)	27	9,44	19	6,64	46	16,08
Outras formas de doenças do coração (420=429)	23	8,04	14	4,90	37	12,94
Outras Causas	57	11,92	33	11,54	90	31,47
T O T A L	179	62,59	107	37,41	286	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 23 - Distribuição de óbitos na faixa etária de 50 a 69 anos, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência no Município de Araraquara, 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		N	%
	N	%	N	%		
Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (140-208)	45	13,51	29	8,71	74	22,22
Doenças Isquêmicas do coração (410-414)	31	9,31	23	6,91	54	16,22
Doenças cerebrovasculares (430-438)	33	9,91	16	4,80	49	14,71
Outras formas de doenças do coração (420-429)	25	7,51	11	3,30	36	10,81
Outras Causas	74	22,22	46	13,81	120	36,04
T O T A L	208	62,46	125	37,54	333	100,00

FORNE : SEADE

TABELA 24 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 70 anos e mais, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, 1985.

C A U S A S	Ó B I T O S				T O T A L	
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		N	%
	N	%	N	%		
Doenças Isquêmicas do coração (410-414)	42	10,80	37	9,51	79	20,31
Doenças cerebrovasculares (430-438)	27	6,94	35	9,00	62	15,94
Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgão hematopoiéticos (140-208)	23	5,91	18	4,63	41	10,54
Outras formas de doença do coração (420-429)	15	3,86	20	5,14	35	9,00
Sintomas e sinais morbidos mal definidos (780-799)	14	3,60	16	4,11	30	7,71
Outras Causas	68	17,48	74	11,02	142	36,50
T O T A L	189	48,59	200	51,41	389	100,00

FONTE : SEADE

TABELA 25 - Distribuição de óbitos, na faixa etária de 70 anos e mais, por sexo e principais causas resumidas (CID), segundo frequência, no Município de Araraquara, 1990.

C A U S A S	Ó B I T O S					
	M A S C U L I N O		F E M I N I N O		T O T A L	
	N.	%	N.	%	N.	%
Doenças isquêmicas do coração (410-414)	57	11,13	51	9,96	108	21,09
Doenças cerebrovasculares (430-438)	30	5,86	33	6,45	63	12,30
Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopoiéticos (140-208)	25	4,88	36	7,03	61	11,91
Outras formas de doença do coração (420-429)	27	5,27	31	6,05	58	11,33
Pneumonia (480-486)	24	4,69	29	5,66	53	10,35
Outras Causas	92	17,97	77	15,04	169	33,01
T O T A L	255	49,80	257	50,20	512	100,00

FONTE : SEADE

7.9. Comentários Gerais sobre Mortalidade em Araraquara

Analisando-se as tabelas de óbitos gerais dos anos de 1985 e 1990 observamos que as seis principais causas de óbitos permanecem as mesmas. A única diferença notada é o não aparecimento em 1990 de sintomas e sinais mórbidos mal definidos.

Quando observamos a faixa etária de menores de um ano a porcentagem de óbitos por lesões ao nascer sobe brutalmente indo de 15,07 para 38,2% dos óbitos, podendo indicar mais uma vez problemas de assistência ao parto. Observamos ainda que se mantém na faixa etária de 05-19 anos como principal causa de óbitos as lesões externas.

No geral observamos que permanece em primeiro lugar as doenças crônico-degenerativas, o que indica perfil de primeiro mundo.

Pelos indicadores analisados, conclui-se que o nível de saúde é bom e que as alterações observadas no perfil da mortalidade dos dois anos são pequenas.

7.10. Morbidade

Obtivemos os dados de Morbidade de atendimento do Centro de Saúde da Prefeitura e do SESA, porém optamos por não utilizarmos por achar que não seria representativo da população assistida no Sistema de Saúde da cidade, pois falta os dados dos atendimentos diários realizados pelo PAM, que por não dispor de registro em prontuários não podem ser levantado.

V - SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

1. UNIDADES

1.1. REDE MUNICIPAL :

- . 11 unidades básicas em funcionamento
- . 2 unidades básicas prontas, equipadas, aguardando contratação de pessoal para início das atividades
- . 3 Pronto Socorros
- . 1 Clínica de Diagnósticos Gráficos
- . 1 Centro de Reabilitação

1.2. REDE_ESTADUAL :

- . PAM (Posto de Assistência Médica)
- . CEAMA
- . SESA (Serviço Especial de Saúde de Araraquara)
Laboratório de análises clínicas da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da U.N.E.S.P.

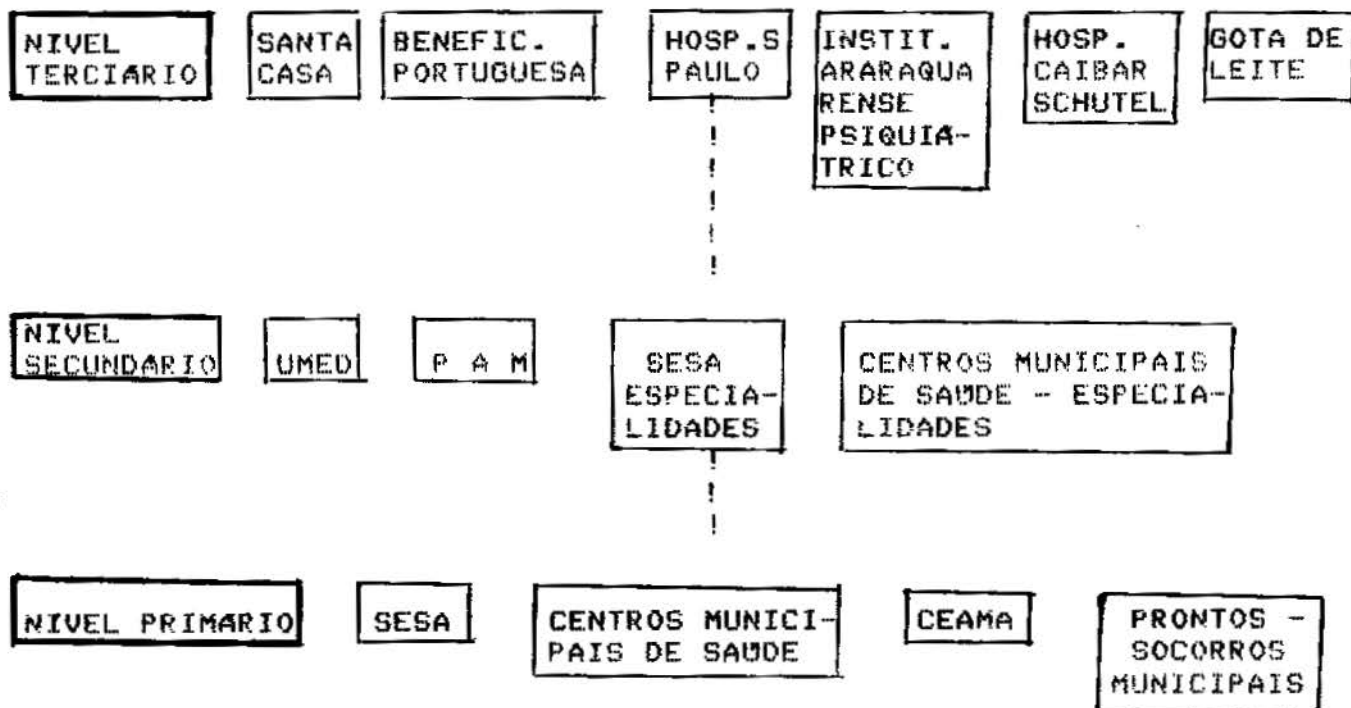
1.3. FILANTRÓPICOS

- . Maternidade Gots de Leite
- . Santa Casa de Misericórdia - Santa Isabel
- . Santa Casa de Misericórdia - Beneficência Portuguesa

1.4. PRIVADOS - CONTRATADOS :

- . Hospital São Paulo
- . Instituto Araraquarense de Psiquiatria
- . Hospital Caibar Schutel
- . Instituto de Fisioterapia de Araraquara
- . Instituto Médico Araraquarense (Serviço de Cardiologia).

HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA



2. SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

A água de abastecimento público de Araraquara foi fluoretada a partir de outubro de 1963. Segundo pesquisadores, a água fluoretada ainda é o melhor método preventivo de combate à cárie dental.

Observando a tabela abaixo nota-se que de 1962 à 1972 houve reduções no índice de cárie de 54,6% . De 62 à 82 a redução não foi o esperado, indo para 41,8%.

TABELA 26 - Comportamento dos índices CPO antes e após fluoretação das águas de Araraquara, nas diferentes idades em vários estudos realizados.

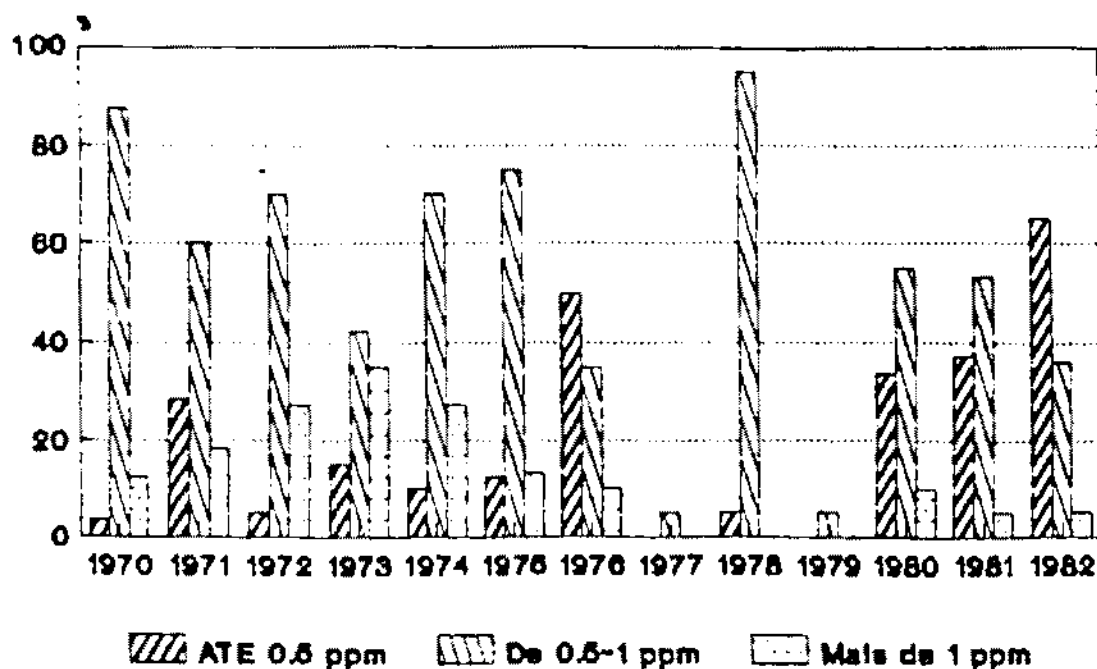
IDADE	CPO *	CPO 72	CPO		REDUÇÃO NO INSCR.		% REDUÇÃO ENTRE CPO	
			1979	1982	1962/72	1962/82		
7	3.9	1.3	2.09	1.4	2.5		64.1	
8	4.8	1.8	2.71	2.8	2.0		41.6	
9	5.7	2.6	3.05	3.2	2.5		43.8	
10	7.3	3.1	3.60	4.0	3.3		45.2	
11	9.4	4.2	4.82	5.3	4.3		43.6	
12	11,7	5.5	5.47	6.8	4.9		41.9	
TOTAL	6.7	2.8	---	3.9	2.8		41.8	

FONTE : Departamento de Saúde do Município de Araraquara.

* CPO - cariado, perdido e obturado.

Sabe-se que, para a fluoretação de água ser um método preventivo realmente eficaz no combate à cárie, é necessário que a concentração de fluor adicionado à água seja em concentrações que oscile dentro da faixa de 0,6 a 0,8 ppm/l e que esta dosagem seja constante, sem interrupções no abastecimento da água. Caso isto não ocorra, não se pode esperar um resultado satisfatório na redução da cárie dental por este método (Vide Gráfico 3).

GRAFICO 3 - Variações percentuais das concentrações de fluor nos exames das águas da rede de abastecimento de Araraquara, para o período de 1970-1982, nos anos 1977 e 1979, não foram fornecidos resultados :



FONTE: DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Através deste gráfico podemos ver a grande variação percentual das concentrações de fluor de 1970 à 1980. Houve uma descontinuidade na manutenção dos teores ideais de fluor. Com estes dados e com um resultado abaixo do que se esperava, tornou-se imperativo um controle sistemático em relação à fluoretação. A partir de 1986 este controle foi transferido para o SESA e para a Estação de Tratamento de Água (ETA). O SESA faz o controle periódico através de coletas de amostras de água na própria ETA, e em pontos de saída de água em locais aleatórios da rede de distribuição. Atualmente esta coleta é feita às terças e quintas feiras.

Com a padronização e a constância na dosagem ótima de fluor, pode-se esperar resultados reais de redução do índice CPDB, conforme Tabela.(27)

TABELA 27 - Índice CPO-D e componentes em escolares de ambos os sexos, segundo a idade, na cidade de Araraquara, 1989.

IDADE	N. DE ESCOLARES	*	**	***	****	*****	TPI
		C	EI	E	O	CPO-D	
7	139	0,09	0,00	0,00	0,39	0,48	9,14
8	236	0,21	0,02	0,00	1,03	1,26	11,90
9	412	0,26	0,05	0,01	1,46	1,78	15,06
10	157	0,07	0,03	0,03	2,22	2,63	18,75
11	245	0,43	0,11	0,04	2,87	3,45	23,29
12	283	0,43	0,12	0,07	3,16	3,78	25,68
TOTAL	1.472	0,28	0,06	0,02	1,92	2,23	17,90

TPI - Total de Permanentes Irrompidos

FONTE : Departamento de Saúde do Município de Araraquara.

Observação :

- * cariado
- ** extração indicada
- *** extraído
- **** obturado
- ***** cariado, perdido e obturado

VI - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL -

REIROSPECIIVA

Até o início da década de 80 o Sistema de Saúde apresentava divisões marcantes de atribuições entre as três esferas do Governo - o INAMPS, a nível Federal, atuava na assistência médica ao previdenciário, principalmente pela compra de serviços privados - os Governos Estaduais praticavam ações de saúde coletiva, através de programas verticalizados - o Município atuava no atendimento de urgência e emergência, os de maior porte através de serviços próprios e os menores através de remoção.

Em 1980 o INAMPS era responsável por mais de 70% dos recursos aplicados no setor, o Governo Estadual 23% e os municípios 6%.

Em 1980, após a VII Conferência Nacional de Saúde, segue-se a elaboração do PREV-SAUDE, que propunha a unificação das ações do Ministério da Saúde e do INAMPS e em 1982 é concebido o CONASP, com a proposta de racionalizar e moralizar as práticas e sanar as finanças da Previdência através da mudança no sistema de pagamento das internações, da racionalização ambulatorial e do programa de ações integradas de saúde (AIS).

Em 1983 foram assinados os primeiros convênios das AIS, envolvendo os Ministérios da Previdência e da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais, que representaram considerável aporte de recursos e, permitiram pela primeira vez, graças a criação de órgãos colegiados gestores (CIS - CRIS - CIMS), um início de participação das Secretarias no planejamento e na administração do setor saúde como um todo.

Se no primeiro ano de vigência das AIS houve um maior aporte de recursos Federais, com uma menor participação dos Estados e Municípios, nos anos subsequentes se verificou o contrário, obrigando os Governos Estaduais e Municipais a injetar mais recursos, dada a demanda real por serviços de saúde e o compromisso assumido com os movimentos organizados da população.

Em 1985 o Município se via obrigado ao atendimento médico das populações desamparadas pelo sistema previdenciário principalmente as do meio rural.

Nesse período (1986-1987), percebendo-se essa nova tendência Municipal e os resultados obtidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, surge a proposta que culminou com a implantação do SUDS (Sistema Unificado de Descentralização de Saúde), sistema radicalmente diferenciado do anterior, onde se definia claramente a descentralização da gestão das ações da esfera Federal aos

Estados e Municípios, com transferência de recursos humanos, físicos e financeiros, baseados em Programação e Orçamentação Integrada - (MEC, MPAS, MS, Estados e Municípios).

O novo sistema visava a adesão pública estadual e municipal de maneira organizada e planejada para um atendimento não mais aos previdenciários por parte da rede privada, contratada e conveniada, mas universalizado a toda a população.

No primeiro ano de vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, houve um aumento real de aporte de recursos principalmente através dos níveis Federais e Municipais. Nos anos subsequentes o Governo Federal diminui significativamente sua participação no Sistema, ao contrário do verificado nos Governos Estaduais e Municipais.

Desta forma, se em 1980 o INAMPS era responsável por mais de 70% dos recursos aplicados na saúde, o Governo Estadual 23% e os Municipais 6%, em 1990 a participação Federal cai para 38%, a do Estado se eleva a 38% e a participação dos Municípios se eleva a quase 24% (7 vezes mais que em 1980).

No esforço para o financiamento do setor saúde, o sistema teve nos Municípios seu principal partícipe na última década, grande parte dos Municípios de São Paulo e das capitais estaduais aplicam 10% ou mais de seus

orçamentos no setor saúde, apesar disso, os Municípios ainda são menos coadjuvantes na gestão local, dadas as regulamentações do SUDS e mais recentemente do SUS.

A nível do Governo do Estado de São Paulo, o mesmo acontece, a Secretaria Estadual de Saúde também não detém qualquer poder sobre a demanda de recursos, competindo a ela, ainda , o controle sobre a iniciativa privada, principal produtora de serviços financiados pelo Governo Federal.

Regulamentando o disposto na Constituição em 1990, as Leis Federais n. 8080 e 8142 buscaram avançar no processo de implantação do SUS, iniciando em 1991 uma nova sistemática de financiamento Federal, através de regulamentação provisória instituída pelo Ministério da Saúde\INAMPS.

Na Lei das Diretrizes Orçamentárias Anual, Artigo 55 das Disposições Transitórias define-se que " até aprovação da Lei das Diretrizes Orçamentárias, 30% no mínimo do Orçamento da Seguridade Social (excluído o seguro desemprego) será destinado ao Setor Saúde".

Na regulamentação provisória instituída pelo Governo Federal alguns fatores e critérios acabaram não sendo definidos, deixando de conferir ao sistema uma condução transparente e à prova de casuismo na distribuição de

recursos a Estados e Municípios. Alguns pontos contrariam a legislação em vigor e as propostas defendidas pela Reforma Sanitária :

- 1 - Passagem de recursos pela forma convencional.
- 2 - Passagem de recursos, nem pelo quociente populacional , nem pela combinação proposta no artigo 35 da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080).
- 3 - Uso do critério de produção para os prestadores públicos mecanismo conhecido como fonte de corrupção incontrolável, e que não cobre a dívida social acumulada quando se tem uma rede de serviços a se criar e a que existe encontra-se sucateada.
- 4 - Manutenção de recursos a nível Federal para repasse a Estados e Municípios (custeio e investimento) que deveriam ser repassados segundo a Lei.

VII - A...M...U...N...I...C...I...P...A...L...I...Z...A...Ç...A...O

Já em setembro de 1978, na Declaração de Alma-Ata , reconheceu-se a necessidade de coordenação das atividades do setor saúde, privilegiando o planejamento executado em nível local, como a única forma de tornar acessível os cuidados de saúde a todas as populações e favorecer a participação comunitária.

O Brasil aderiu às recomendações da Declaração de Alma-Ata, quando no III Plano Nacional de Desenvolvimento - período 1980-1985 - previu a descentralização das atividades do setor saúde e a transferência das atribuições de planejamento e prestação dos serviços aos Estados e Municípios. Também quando em 1982, editou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social - CONASP - objetivando a um sistema regionalizado hierarquizado e integrado.

O processo de Municipalização é um processo social amplo, que se insere na proposta de democratização da sociedade com fortalecimento do poder local. Para isso, deve-se apoiar numa firme decisão política, que esteja comprometida com os interesses da população.

A Municipalização não tem um fim em si mesma, é sim, um meio para melhorar o nível de saúde da população. Com a administração única dos serviços de saúde pelo Município, evitar-se-á distorções como a duplicidade de serviços, em contraposição à carência de outros, podendo-se planejar a distribuição dos componentes de um complexo assistencial e seus níveis de complexidade, considerando as variáveis próprias da população a servir.

Planejando para uma área física menor, com maior identidade cultural, é de ser esperar que haja menor variação dos problemas sanitários, o que facilitará a fixação de objetivos e sua priorização, com menor dispêndio financeiro.

É importante não se confundir a descentralização, que respeita a distribuição do poder político com a descentralização simples que consiste na distribuição de funções administrativas.

Os Municípios deverão promover, a integração necessária dos recursos próprios e dos que lhe devem ser transferidos (rede física, equipamentos, recursos humanos e recursos financeiros).

Cada Município ou Consórcio de Municípios deverá levantar seus problemas de saúde e buscar soluções, evitando a má distribuição dos recursos.

Para administrar os recursos com eficácia e eficiência, obtendo o máximo de rendimento dos gastos públicos o Município deve criar seu Plano Diretor de Saúde e um instrumento de Programação e Orçamentação, baseando-se nas necessidades, perfis epidemiológicos e prioridades locais.

Deve buscar a participação dos trabalhadores da saúde e da população em todo o processo de gestão, levando a uma maior consciência sanitária e ao controle social. Com a implantação e o fortalecimento das comissões gestoras, teremos a participação de representantes de trabalhadores da saúde, população e administração com caráter deliberativo para o planejamento, orçamento execução e avaliação das Políticas de Saúde.

O Município deve buscar ainda, a integração da Secretaria da Saúde com as outras Secretarias, pois, os problemas de saúde, devem ser analisados em seu caráter integral, inseridos nas condições de vida de um grupo social (moradia, transporte, trabalho, lazer, etc.).

Quanto ao financiamento, há necessidade de se fixar os percentuais a serem repassados pelas três esferas de poder governamentais para o Setor Saúde.

Os recursos Federais e Estaduais repassados, e os recursos alocados pelo Governo Municipal, para a saúde deverão ser administrados pelos Fundos Municipais de Saúde, que deverão ser controlados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

A sistemática que vem sendo institucionalizada pelo INAMPS, de pagamento por produção, que envolve remuneração dos prestadores de assistência médico-hospitalar e ambulatorial através de tabelas de valores padrões para os diversos procedimentos não é uma forma efetiva para a equidade na alocação de recursos, pois moldar-se às características da oferta de serviços (rede), ao invés das necessidades de saúde da população. Incluir o setor público na forma de pagamento por produção estimula a assistência médica em detrimento das ações coletivas de saúde.

Quanto ao setor privado, o Município deverá contratar seus serviços, quando necessário, pagando por produção, mas deve fazer controle e avaliação dos serviços prestados, exigindo produção com qualidade.

É imprescindível que o gerente de saúde tenha poder para decidir, tenha competência técnica para elaborar soluções, tenha disponibilidade de recursos e meios para agir, tenha criatividade e, finalmente tenha compromisso com os objetivos a serem alcançados.

O poder de decisão do gerente é diretamente proporcional ao seu grau de autonomia, o qual no serviço público atual é praticamente inexistente.

A mudança do atual modelo gerencial dos serviços de saúde é uma tarefa inadiável, os problemas devem ser enfrentados com ousadia e força de vontade.

Em primeiro lugar, é necessário a clara definição das atribuições de cada nível de Governo. Sabendo o que será gerenciado e com que objetivo poder-se-á, então definir como e quem irá fazê-lo.

No Estado de São Paulo, a efetivação das novas atribuições do Governo do Estado na área da saúde, obrigará a uma completa modificação nos objetivos, na estrutura e nos métodos atualmente utilizados.

QUALQUER PROPOSTA DE MUNICIPALIZAÇÃO DEVERIA CONSIDERAR :

- Garantia de repasse financeiro das três esferas de Governo.
- Gestão dos equipamentos públicos dos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), e das ações de vigilância à saúde.

- Isonomia salarial e plano de carreira para os trabalhadores da saúde.
- Efetivação da gestão democrática dos serviços com a participação da população organizada e dos trabalhadores da saúde nos processos decisórios.
- Controle do setor privado prestador de serviços , pelo Município.
- Sistema de controle e avaliação da prestação de serviços.

A experiência vem demonstrando, que a simples afirmação, no texto constitucional , do direito à saúde, não basta para a sua efetiva aplicabilidade.

Até o momento, a tendência histórica da organização do Sistema de Saúde e sua forma de financiamento não conseguiu assegurar os princípios estabelecidos pelo SUS, os quais estão relacionados com a efetivação do direito à cidadania de todo indivíduo, direito definido na constituição de 1988.

VIII - REUNIDOS...E VISITAS

1 - E R S A

Na primeira entrevista informal realizada com o diretor do ERSA, solicitamos que ele nos relatasse qual a avaliação que ele fazia da implantação da Municipalização na cidade.

" O ERSA ainda se responsabiliza parcialmente pela referência - alguns exames e internações -, há alocação de funcionários do Estado em Unidades Municipais, gerando conflitos, porque não há definição quanto à isonomia salarial e à carga horária.

Observamos outras distorções no sistema de implantação. A rede pública de serviços foi ampliada com a implantação de novos postos de saúde, realocação de funcionários, implantação de centros de diagnóstico e reabilitação. A rede conveniada e o PAM não foram municipalizados, sendo ainda de responsabilidade do Estado.

A proposta da nova política de saúde, redefine os papéis do Estado e do Município, havendo distribuição do poder político e realinhando a força de mando. Com isso, o Município assume a gestão do sistema de saúde local. Levando clara a perda de identidade e a falta de perspectiva do ERSA, no contexto.

Quando o Estado tutela algumas ações e serviços considerados de responsabilidade do Município, na realidade ele mantém o Status QUO, uma parcela do poder e se reafirma enquanto instituição.

Há uma mistura de inabilidade e conveniência para lidar com a nova política de saúde.

Os hospitais funcionam com uma proporção mínima de médicos com vínculos empregatícios. A maior parcela atende nos hospitais através de cadastramento. O esquema de atendimento de pacientes cirúrgicos se faz "personalizadamente" - cada médico atende "seu paciente"-, dando margem a negociações para pagamento de honorários extras. Vale ressaltar que muitos pacientes têm convênios e, mesmo os que são atendidos pelo INAMPS, efetuam pagamento extra.

Quando houve o credenciamento pelo INAMPS, foi comprado um determinado número de leitos e exames. O corpo clínico não participou das negociações quanto aos valores de cada procedimento, o que gerou conflito na aceitação dos valores pagos. Mediante esta situação, os médicos utilizam essa justificativa para a cobrança desses honorários".

Solicitamos ao ERSA que nos informasse a percentagem da verba que o Estado repassava ao Município. O Diretor respondeu-nos que desconhecia o valor e que "gostaria de saber".

“ Segundo as diretrizes do SUS, a Prefeitura recebe por serviços prestados, o que deteriora a qualidade do serviço quando supervaloriza os procedimentos, dificulta o desenvolvimento e a evolução dos programas de saúde, e incentiva a fraude, quando abre perspectivas para o superfaturamento.

O SUS nivela os municípios porque iguala todos os prestadores de serviços, realizando os pagamentos por fatura. Não há uma avaliação da realidade de cada Município, diferenciando o valor das verbas destinadas segundo as necessidades de cada um deles”.

2 - P A M

Através da entrevista informal realizada com o diretor do PAM, foi nos relatado que a partir de 1988, houve a implantado no PAM um núcleo de gestão assistencial, composto por 1 representante de sindicato, 1 representante da APM (Associação Paulista de Medicina), 1 do ERSA 19 (Escritório Regional de Saúde) e o vice-prefeito.

O PAM atende uma média de 800 consultas médicas por dia, o quadro de recursos humanos de nível superior é composto por 50 médicos (apenas 01 é oftalmologista), 2 odontólogos e 4 enfermeiras.

O Serviço funciona como referência de outras cidades da região porque atende especialidades. Entretanto apresenta vários problemas administrativos.

1. A fila e os usuários - apresentam problemas específicos. O grupo dos usuários frequentam a fila rotineiramente para pegar a senha. O grupo de referenciados (dos serviços de Araraquara ou de outras cidades) optam por frequentar a fila porque se comparecerem ao Serviço com guia de encaminhamento, eles serão encaixados nas consultas dos dias e meses subsequentes, obrigando-os a comparecerem mais de uma vez ao PAM, além de haver a probabilidade de uma longa espera. O problema dos que comparecem ao PAM sem referência ou agendamento prévio (eventuais) é que eles formam a maior porporção de pacientes e, segundo discurso dos profissionais, solicitam habitualmente atestados médicos.

2. Espaço físico e instalações inadequadas.

3. Salários e isonomia - o PAM tem funcionários Federais e Estaduais, que recebem um salário menor. Por outro lado, o salários dos funcionários Federais, com a recessão econômica, defasou. Esta situação ocasiona conflitos, pois os funcionários recebem salários diferentes, com cargas horárias diferentes.

4. Profissionais médicos - há grande concentração de profissionais no período da manhã (recusando-se a participar de uma distribuição uniforme pelos horários). Uma outra questão, é a grande concentração de profissionais em determinada especialidade (gastroenterologia).

5. Referência e contra-referências para internações - certas especialidades não realizam cirurgias e os pacientes são encaminhados para outras cidades (os médicos alegam não serem contratados como cirurgiões) . Outra questão seria a de que os serviços não tem leitos reservados para urgência e, sim, para cirurgias eletivas.

6. Prontuários - os atendimentos não são registrados, dificultando o atendimento quando o paciente é referenciado para outras clínicas e implicando na oneração do Estado, quando são pedidos os mesmos exames.

7. Gerenciamento - foram apontadas algumas dificuldades quanto a dinâmica de relacionamento entre os médicos e a Administração e o descompromisso dos profissionais para com o serviço, quais sejam :

- . Não cumprimento do horário de trabalho (ociosidade no período vespertino);
- . Desafio direto à autoridade do Diretor;
- . Tráfico de influência (alguns médicos têm influência junto à políticos)
- . Recusa quanto a executar procedimentos compatíveis com sua condição profissional - interpretações de eletroencefalograma e eletrocardiograma.

3 - E R S A

Reunião realizada em 18 novembro de 1992, no ERSA, com os Coordenadores dos Programas de Saúde da Mulher, da Criança, Saúde Bucal, Assessoria de Planejamento e que posteriormente contou com a Coordenadora do Programa de Assistência Farmacêutica e da Assessora do Diretor do ERSA.

Para iniciar a reunião a equipe do TCM colocou duas questões :

- Como os técnicos estão vendo seu perfil na Municipalização ?
- Como se dá o relacionamento com a Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara ?

Foi nos colocado pelos diferentes técnicos que :

" É necessário definir papéis".

" Eu vejo o papel como de coordenação , supervisão, formação de mão-de-obra, treinamento e reciclagem".

" O Setor Público foi transformado em prestador de serviços sem pedir. Igualado ao Setor Privado".

" A Secretaria foi desmontada tecnicamente. Houve sucateamento dos técnicos"

" Não existe Política de Saúde definida"

" O relacionamento do ERSÁ com a P.M. é muito boa. Existe penetração, respeito técnico nos Centros de Saúde do Município, pois eles nos conhecem por trabalhos anteriores".

" Como não há definição de papéis não existe integração no trabalho".

" Não temos mais o controle dos dados".

" Não sabemos como eles (D.M.S.) estão trabalhando os dados"

" O Sistema de informação perdeu com o SUS" .

" Do SUDS para o SUS houve um retrocesso. A Municipalização trouxe mais desvantagens do que vantagens".

" A população não tem consciência da mudança, mas já viu, sentiu que a oferta de consultas aumentaram e que o problema continua o pagamento por fora na internação. Foi tudo INAMPIZADO".

" A rede aumentou o atendimento e a situação não melhorou, a avaliação agora está mais difícil".

" Na alocação de recursos humanos foram contratados mais médicos e dentistas, faltam profissionais auxiliares para tocar os programas".

" Na forma de repasse de verba, "por prestação de serviços", o mais importante não são os programas e sim a "fatura" , "prestação de serviços" , assistencialismo".

" O pagamento dos procedimentos realizados pelos municípios tem sido feito com dois meses de atraso. Estão exigindo cortes que variam em porcentagem chegando até 40% para alguns municípios. Os critérios de corte não são esclarecidos".

" A fatura passa pelo ERSA mas o dinheiro é depositado direto na conta do prestador de serviço. O Estado não está investindo na Saúde, o pouco que aplica é em estrutura pública".

" Na Municipalização a Secretaria não está garantindo a manutenção dos programas. Está faltando medicamentos para os diversos programas entre eles o de adulto (medicação para hipertensão e diabetes), fisiologia etc..Esta havendo a descentralização do Programa de Assistência Farmacêutica, está sendo passado para os Municípios, mas os recursos são pequenos, houve sucateamento. A provisão de medicação é feita 80% pela CEME e 20% pela FURP, mas não tem sido feita de maneira constante, porque segundo informações obtidas em Reunião da Comissão de Medicação a nível central, a produção não consegue atender a demanda."

" Com a Municipalização o repasse de recursos é feito pela prestação de serviços e isso sucateia os programas".

" O sistema SUS desfigurou o conceito de Município quanto à sua autonomia econômica e política, porque não considera mais o Município na sua caracterização geo-política, pois paga por prestação de serviços"

Os técnicos discorreram ainda sobre os Programas de :
Saúde_da_Mulher :

- o que é feito.
- problemas enfrentados com a taxa altíssimas de cesária em determinados meses, em alguns Hospitais chega a 100%, e o desconhecimento das causas de morte materna.
- a reforma do "Gota de Leite" maternidade filantrópica ,que será referência para o Sistema de Saúde da cidade, e que o Estado está financiando, e onde estão sendo criadas as unidades de "Gestante de Risco" "Berçário de Risco" além de um "Banco de Leite".

Redução_da_Mortalidade_Infantil :

- os pontos a serem abordados dentro do programa dado,ênfase ao aleitamento materno com a implantação do referido Banco de Leite, que será administrado pelo Município com a coordenação do Estado.
- novamente o problema das crianças, aumentando a incidência de prematuridade e suas conseqüências como a membrana hialina.

4 - SAÚDE BUCAL

Desde a gestão anterior, segundo o Cirurgião Dentista João Roberto do ERSA 19, Diretor de Saúde Bucal do Município de Araraquara: " A Saúde Bucal começou a merecer das autoridades em Saúde, a sua devida importância dentro do complexo saúde-doença dos indivíduos.

Ela entrou como a quinta prioridade na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Estruturou-se de uma tal maneira que cada ERSA tem hoje 1 Assistente de Saúde Bucal. Em todas as cinco macro regiões de saúde do Estado tem 1 cirurgião dentista responsável pela Saúde Bucal, e nos Municípios há 1 cirurgião dentista coordenador da Saúde Bucal.

Desta maneira, ficou mais fácil o gerenciamento de seus programas.

A Saúde Bucal municipalizou-se em Araraquara, com isto, houve um grande aumento de recursos financeiros e levamos para o Setor. As faturas da Saúde Bucal ocupam a porcentagem de 50% das faturas totais aplicadas na área da saúde. Hoje o Município conta com 57 cirurgiões dentistas e 43 auxiliares no seu quadro de recursos humanos com a maioria deles lotados nas escolas públicas.

" Os serviços odontológicos existentes no Município são quase que exclusivamente voltados aos escolares na faixa etária de 3 a 14 anos ".

Em 1989, o Programa de Saúde Bucal, tinha a finalidade de proporcionar assistência odontológica à população integrado com os demais programas existentes : como o Programa da mulher, do adulto, da criança e do trabalhador. Na realidade, isto não ocorreu, fato que é comum na maioria dos Municípios do País.

A população adulta é totalmente desassistida de programas de saúde na área bucal.

4.1. P_R_O_G_R_A_M_A_S :

Nas creches desenvolve-se o programa de prevenção para os alunos de 3 a 6 anos com os procedimentos coletivos P C 1, que conta de : aplicação tópica de fluor feita pelo cirurgião dentista, bochechos com fluor para as crianças de 6 anos, feito pelos professores, aplicações de selantes e cariosstáticos em todos os dentes permanentes e escovação, supervisionado pelo cirurgião dentista.

O tratamento curativo P C 2 consta de : restauração provisória. E o P C 3 : engloba as restaurações definitivas, nos dentes permanentes, em amálgama ou em resina e as exodontias que se fizerem necessárias.

Para os alunos de 7 a 14 anos, se faz os procedimentos seletivos P C 1 em todos os alunos matriculados na escola; depois se realizam o P C 2 e P C 3.

No Sistema de Saúde Bucal de Araraquara, tem um grande problema a ser resolvido, é a ausência de um centro de referência e contra referência para se encaminhar os alunos ou adultos das UBS caso necessitem.

Segundo o Dr. João Roberto, há intenção da Coordenadoria de Saúde Bucal do ERSA 19 e da Prefeitura, em firmar um convênio com a Faculdade de Odontologia de Araraquara para que esta funcione como um centro de referência e contra referência para o Município. Por enquanto, não há qualquer tipo de Integração da Faculdade com a Comunidade em termos de prestação de serviços, a não ser de casos específicos que, segundo os critérios científicos da Instituição a ela interesse.

4.2. CONCLUSÃO :

- Observa-se que há um ponto de estrangulamento no Sistema de Saúde Bucal do Município de Araraquara, com a ausência de um centro de referência e contra-referência para o Município.
- Uma alternativa seria montar 1 Pronto Socorro que tivesse 1 Depto. para emergências em Saúde Bucal com 1 RX, 1 cirurgião dentista radiologista, 1 cirurgião dentista buco-maxi lo-facial e 1 cirurgião dentista clínico-geral, funcionando do 24 horas, inclusive nos finais de semana.

- Agilizar cursos para formação de pessoal auxiliar (ACD e THD), de forma que este pessoal possa ser incorporado, através de concurso público, à rede de serviços pública, aumentando-se assim, a produtividade com o conseqüente aumento da cobertura à população.

5 - P R E F E I T U R A

Na atual gestão não existe na Prefeitura a Secretaria Municipal de Saúde e sim um Departamento que gerencia os Serviços Médicos, de Enfermagem, Saúde Bucal e Saúde Pública (Vigilância Sanitária e Epidemiologia).

O Município dispõe de 3 Pronto Atendimentos, 1 situado no centro, sendo o Pronto Socorro Municipal com atendimento direcionado para criança e adulto, e os outros 2 localizados na Vila Xavier e Santa Angelina, fazem atendimento de Clínica Médica.

Nesta administração houve um incremento de unidades de saúde distribuídas pela periferia, formando assim um cinturão de saúde, totalizando 10 unidades de saúde, com um incremento de 100%.

Na zona rural foram criadas 2 unidades básicas de saúde.

As unidades básicas contam com no mínimo 1 pediatra, 1 clínico geral, 1 ginecologista, 1 enfermeira que é a coordenadora da unidade, e agentes de saúde. Os programas desenvolvidos são os da Secretaria de Saúde do Estado, que são os programas da criança, do adulto, da mulher e de vacinação.

O Sistema de Saúde Municipal conta também com uma unidade de método e diagnóstico onde funciona os serviços de eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia e ecocardiograma. O Estado repassou os equipamentos e a Prefeitura contratou os funcionários e gerência a unidade. Esta unidade presta serviço para as unidades de saúde da Prefeitura e para os Municípios do ERSA 19.

Há também uma unidade de reabilitação que iniciou atendimento nesta administração, sobre gerência municipal, contando com fisioterapia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia (recuperação de deficiência auditiva) e saúde mental.

Quanto a saúde bucal a assistência é dada à quase 100% dos alunos matriculados em creches e escolas públicas do 1º Grau, na faixa etária de 3 à 14 anos.

Desde 1963 Araraquara conta com a fluoretação de suas águas. A partir de 1983 com o controle do nível de fluor ideal, o Índice de CPO segundo os padrões da O.M.S. é um dos melhores.

Segundo o relato da Diretora de Saúde :

" Em função da Municipalização da Saúde começamos atuar no controle do mosquito que transmite a dengue, febre amarela, passamos a assumir a SUCEN , mas é a Prefeitura que administra, gerencia, coordena e faz o trabalho de campo. Na área do controle do Aedes, temos vinte auxiliares de campo, fazendo o controle de larvas, controle da infestação e dos focos. Temos um sistema de coleta diferenciada, a cada 3 meses, ela retorna no mesmo setor e assim abrange todo o Município. Temos uma equipe de bomba, que é a equipe que tem inseticida. Todas as borracharias e ferros velhos são visitados periodicamente, aplicando-se inseticida, inclusive no cemitério que era o grande foco, e há mais de um ano estamos mantendo 0,5% do Índice de vetor (Índice de Breteau).

Desde o mês de outubro municipalizamos a vigilância sanitária, ela pertencia ao serviço especial de saúde (SESA) estamos em fase inicial de trabalho. Temos uma pequena equipe que está em treinamento e há um responsável pelo setor. No momento estamos fazendo um levantamento da situação para fazer uma proposta de trabalho".

" O primeiro Conselho Municipal foi instituído em 1987, ele existiu no período de 1988 a 1989, foi delimitado e não democrático, havia representantes da população mas basicamente era formado pelo pessoal que trabalhava na área da saúde".

" Em 1990, foi criado novo Conselho, que é o atual. No primeiro momento, foram convidados para uma reunião todos os representantes do Município : Entidades de classe, Sociedade Amigos de Bairro, Hospitais, Prefeitura, ERSA, Sindicatos da Indústria e Comércio, Universidades e outras. Nesta ocasião foi solicitado que as Entidades encaminhassem os nomes de seus representantes. A escolha foi definida pelo Prefeito e o vice-prefeito, que era o representante da saúde. Os nomes indicados foram respeitados e havia sempre dois representantes, um titular e um suplente."

" Não existe movimento popular de saúde. Existe uma Sociedade de Amigos de um bairro que participa deste Conselho, porque foi a única que encaminhou um nome e o mesmo representa o interesse de seu bairro."

" Embora a escolha do conselho não tenha sido a melhor forma, teve um saldo positivo, forçou para que a Prefeitura assumisse a Vigilância Sanitária. A partir do Conselho houve a formação de grupos para estudar as diretrizes de gerenciamento do PAM e dos Hospitais, solicitou que o encaminhamento de verba fosse via Conselho pelo Ministério; antes o Conselho tinha notícia da chegada de verba através dos Jornais. O Presidente do Conselho, foi até o mês de julho, o vice-prefeito, que atuou fundamentalmente nas reivindicações junto ao Prefeito."

" O Conselho poderia ser mais atuante, mas foi positivo, pois percebeu suas falhas e propiciando futuros acertos. Ele pelo menos funcionou embora precisasse ser aprimorado. O pessoal que assumirá a área de saúde, já está tendo contato e já foi discutido sobre a eleição do novo Conselho".

6 - VISITA AO POSTO DE SAÚDE BELA VISTA

O Posto de Saúde Municipal da Bela Vista está situado na zona rural e dista 22 km do centro da cidade, tendo sido estabelecido na antiga fazenda da família Morganti, onde foram assentadas 160 famílias.

Os serviços oferecidos à comunidade se concentram em 3 especialidades - pediatria, clínica médica e ginecologia. São ainda realizadas atividades de vacinação.

Quanto aos recursos humanos, o serviço conta com 3 médicos - que se revezam durante a semana, - 1 enfermeira - que se reveza entre 2 postos de saúde, comparecendo ao Bela Vista 2 vezes por semana, - e 2 agentes de saúde, que na realidade são auxiliares de enfermagem.

Observamos que o modelo de atendimento é assistencialista, ocorrendo segundo demanda espontânea, para atender as necessidades imediatas da população. Não foi realizado um diagnóstico de saúde para definir a política de trabalho e direcionar as atividades realizadas. Esta situação distorce as diretrizes da saúde pública, quando não permite o envolvimento dos profissionais com a comunidade, num esforço conjunto pela prevenção e promoção da saúde.

O atendimento de emergência é precário atenta contra a manutenção da vida, pois a solicitação de ambulância se faz por rádio e o Posto de Saúde não tem materiais, medicamentos e profissionais treinados para atendimentos a esses casos. Esta situação também é incompatível com as diretrizes da Municipalização no tocante à referência e contra referência.

7 - U M E D

(Unidade de Métodos Diagnósticos)

A visita nesta unidade foi feita com o acompanhamento da Chefe de Seção de Enfermagem, da Diretora Municipal de Saúde de Araraquara.

Segundo esta profissional o serviço foi implantado recentemente. Os equipamentos existentes no local para realização de ultrassonografia, eletrocardiograma e eletroencefalograma, foi um repasse do Estado, através do ERSA. E a Prefeitura se encarregou de alugar um lugar para instalação dos mesmos, e alocação de pessoal para o funcionamento.

O imóvel onde a unidade está sediada se localiza na região central da cidade para facilitar o acesso da população.

O funcionamento do mesmo é de segunda à sexta feita das 07:30 às 20:00 horas.

Funciona como referência para as unidades básicas do Município e o agendamento dos exames pode ser feito tanto diretamente no local como por telefone pela própria unidade de origem. São também reservadas vagas para eventuais exames de urgência.

Os exames de ECG e EEG são realizados por pessoal treinado para esse fim. Médicos neurologistas e cardiologistas leem os exames uma vez ao dia, fazem 01 hora extra além do serviço normal e ganham por isso separadamente.

Ultrassonografia e Ecocardiograma são feitos pelos próprios médicos. Essas informações acima, como já foi dito nos foram prestadas pela profissional que nos acompanhou.

Quando indagada a respeito dos demais exames laboratoriais de rotina, informou que são realizados através do convênio da Secretaria da Saúde do Estado com os laboratórios da UNESP, Santa Casa, Beneficência e Hospital São Paulo, este último com cota menor,.

Para RX são utilizados Santa Casa e a Beneficência. As tomografias são realizadas na Santa Casa após autorização do ARE (Ambulatório Regional de Especialidades) que conta com cota fixa mensal de 147 exames.

Durante nossas observações observou-se que o local é adequado não existia fila, apenas 02 pessoas estavam na sala de espera no horário de nossa visita, (em torno das 14:30 horas) apenas um exame estava sendo efetuado, com aparelhagem das mais modernas e adequadamente instaladas.

8 - CENTRO DE SAÚDE JARDIM AMERICA

Visita feita com acompanhamento do Chefe de Enfermagem da Diretoria Municipal de Saúde.

Localizado em bairro carente e periférico da cidade. Apresenta-se acoplado a um centro de educação e recreação que atende crianças de 03 meses à 06 anos. No qual, o centro de saúde tem responsabilidade pela assistência médica.

Funciona no período das 08:00 às 16:00 horas e conta com 2 pediatras, 01 clínico geral e 01 ginecologista por período.

A coordenação da Unidade é feita por uma enfermeira. Existe também uma psicóloga clínica que atua na linha preventiva, fazendo estimulação psicomotora dos casos encaminhados pelo pediatra.

Os casos de doença mental são encaminhados para outro centro de saúde que possui um serviço de saúde mental, que é Referência para a rede Municipal, e consta da equipe composta de psiquiatras, psicólogos e assistente social.

No centro de saúde visitado funciona a central de estoque de vacinas do Departamento Municipal de Saúde.

Para este fim é utilizado a própria sala de vacina da unidade que é acrescida de 02 freezers e 01 geladeira.

A quantidade estocada normalmente é para o consumo mensal, pois não existe no local gerador próprio.

Quando existe interrupção de energia elétrica programado, o Departamento de Saúde é comunicado pela Companhia de Força e Luz e todo estoque é transferido para outro local.

Fomos informados que o esquema de agendamento de puericultura se dá aos 03, 06, 09, 13 e 24 meses.

O que nos chamou atenção pelo fato de ser só a partir de três meses de idade.

9 - CENTRO DE REABILITAÇÃO

Inaugurado em agosto de 1992, localizado na região central, com gerenciamento municipal é tido como referência do ERSA 19. Segundo a Assistente da coordenação do Centro de Reabilitação presta assistência não somente à região como também à população encaminhada de outras regiões.

Possui funcionários de nível Federal, Estadual e Municipal com diferente carga horária e não existindo isonomia salarial.

Possui os seguintes especialistas : Psiquiatra, Otorrino e Neurologista infantil, Psicóloga, Enfermeira, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Professor de Educação Física.

Está sendo implantado o serviço de Assistência Social cuja função é receber a população, fazer a triagem e quando necessário é realizado encaminhamento aos diversos serviços.

O horário de funcionamento é de segunda à sexta feira das 7:30 às 16:30 horas. O atendimento médico é realizado nos dois períodos e todas as consultas são agendadas.

A área física é constituída por salas para as diferentes especialidades, além de dependência equipada para fisioterapia e psiquiatria. As atividades que abrangem hidroterapia são realizadas em um clube da cidade.

10 - PROF. JUAREZ FALANDO SOBRE O SESA

O SESA (Serviço Especial de Saúde de Araraquara), foi criado em 1947 no Governo Ademar de Barros. Teve como idéia inicial, ser um órgão formador de mão de obra em duas áreas : saneamento e enfermagem.

Esse serviço contava com um Centro de Saúde Urbano e um Centro de Saúde Rural.

O Centro de Saúde Rural, localizado em Araraquara, tinha como proposta desenvolver o saneamento rural. A preparação dos profissionais era feita visando pequenos projetos, a fim de melhorar as condições de saneamento que eram muito precárias. Outro serviço implantado pelo SESA, foi o desenvolvimento de programas de Saúde, comandados por enfermeiros que visavam a promoção e prevenção da saúde.

O SESA tinha projeção internacional contando com o apoio, da OMS e OPAS. Deixou de ser potência formadora de profissionais especializados, no Governo Jânio Quadros, quando foi esvaziado com o retorno dos funcionários públicos ao local de origem.

A partir de 1975 o SESA renasceu com a proposta de fazer Cursos Descentralizados de Saúde Pública.

Com a crescente urbanização do Estado, o atendimento à população rural passou para segundo plano, mudando o perfil do SESA, para um Centro de Saúde Urbano.

Segundo o professor Juarez : " Municipalização é a distribuição de recursos, e além disso é a distribuição do poder. Araraquara tem tudo para se Municipalizar, faltando um bom gerenciamento, sendo a gerência seu grande estrangulamento"

" O poder está distribuído de forma anárquica. Eu sou contra o poder que é castrador, a anarquia é estimulante. Quem tem poder dita normas, se torna castrador. O exercício do poder é muito complicado, não deve haver normas escritas. O funcionário deve ter sempre em mente que atrás de um ombudo e na frente de uma agulha tem gente".

" O problema dos programas de saúde é uma questão de gerência, que não existe, geralmente são utilizados como instrumento de política eleitoral. O gerente deve saber fazer o que manda. A gerência sem apoio não existe. Como se cria um programa dentro de quatro paredes ? Devemos andar e procurar. Não há epidemiologia que me convença que a ocorrência de um caso, não é a constatação de que o programa é falho. Todos os programas possuem uma ascensão e queda, tornando-se ruins".

" O serviço de Saúde Pública é uma contradição, é um desafio e deve haver sempre um recomeço para que ele caminhe baseando-se nos desafios. A possibilidade de uma meta admite um fracasso e a acomodação a esse fracasso. O programa de saúde não pode ter previsão de fracasso e sim previsão de abrangência".

10.1. O SESA NA MUNICIPALIZAÇÃO

Em 1983 dá-se a organização dos Serviços de Saúde Municipais de Araraquara.

O SESA que era uma Instituição hegemônica em relação ao Município passa a dividir os serviços de Saúde com outros 13 Centros de Saúde. Torna-se um Centro de Saúde comum, com muitas desvantagens, como por exemplo : estar localizado em uma zona central.

O SESA , possui especialidades desenvolvendo vários programas como o da mulher e da criança, sendo referência para a Vigilância Epidemiológica em Araraquara. Desenvolve também os programas da Hanseníase, AIDS e Tuberculose, tido como referência para a região, de baciloscopia de tuberculose e hanseníase. O SESA faz também periodicamente exames para o controle do fluor e cloro, assim como exames bacteriológicos da água do sistema de abastecimento da cidade.

O SESA atende independente de regionalização, atingindo dois extremos da cidade.

Em oito anos, foram criados vários postos com uma ampliação dos serviços e o pronto atendimento, porém o SESA não se inseriu no processo de regionalização.

Para o professor Juarez : " A distribuição dos serviços, sem pensar numa demarcação de área é impossível. A regionalização ainda não está resolvida, o que há é o atendimento das pessoas de uma área e não a responsabilidade pelas pessoas daquela área. Não podemos subordinar as pessoas a um sistema, mas se tivermos um sistema que atinja as pessoas, estamos exercitando a responsabilidade".

" A Secretaria de Saúde ainda não definiu uma política de Saúde. O Sistema de Saúde não precisa ser organizado podendo ter vontades políticas com a participação popular e de vários segmentos da sociedade".

" Se a Municipalização introjetar a questão de Saúde Pública, então ela caminhará . Quanto a internação no SUS formalmente o ERSA é o responsável e acompanhando inclusive o desempenho dos hospitais contratados. Os hospitais são divididos em clínicas com chefes vitalícios."

" A administração central não tem controle sobre os leitos, quando necessita de vaga de internação, entra em contato com o " dono do leito" que a autoriza ou não ".

" O hospital está comprometido com o SUS mas não está envolvido".

IX - CONSIDERAÇÕES GERAIS A RESPEITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ARARAQUARA

A Prefeitura, no atual momento, é responsável pela assistência médica de nível primário, realizando atendimento em unidades básicas.

A rede básica foi duplicada nos últimos quatro anos, na tentativa de formar um cinturão de saúde na periferia da cidade. No entanto, observamos que algumas unidades básicas foram instaladas não levando em consideração critérios técnicos, mas sim políticos. Com a ampliação da rede, houve aumento das despesas com recursos humanos e materiais, levando o Município a arcar com 80% dos gastos com a saúde.

Devido ao repasse inadequado do Estado, verificamos que o Município está gastando além do previsto inicialmente no orçamento .

O Município gerencia também o Centro de Diagnóstico e Centro de Reabilitação, e exerce a vigilância sanitária e controle de *Aedes aegypti* (anteriormente executado pela SUCEN). Em alguns desses serviços, convivem funcionários federais, estaduais e municipais, com atribuições semelhantes, mas com vencimentos e carga horária distintas, gerando problemas administrativos de difícil solução.

A Secretaria Estadual da Saúde, através do ERSA 19, é responsável pelo controle dos serviços conveniados e contratados, pelo Ambulatório de Especialidades (ex PAM-INAMPS).

O tipo e a qualidade do atendimento desenvolvido no P.A.M. pouco satisfaz as necessidades da comunidade, beneficiando sim as aspirações de determinados grupos de servidores médicos. Os horários de atendimento não são distribuídos, concentrando-se no período da manhã, e o registro da consulta em prontuário é precária ou inexistente. Há pouca resolutividade, não integrando um sistema de referência e contra-referência.

HOSPITALIZAÇÃO PELO SUS EM ARARAQUARA

Araraquara não dispõe de hospital público. O SUS utiliza os hospitais filantrópicos e privados existentes através de leitos contratados ou conveniados. Os recursos são transferidos diretamente do Governo Federal para o Hospital através de pagamentos das A.I.H.S enviadas. O ERSA é responsável pela revisão dessas contas e pelo controle do desempenho hospitalar.

A prestação de serviços hospitalares foi regulamentada através de um contrato. Não houve a participação dos médicos na assinatura do contrato, e não existe envolvimento com a ideologia do SUS.

Os Hospitais estão divididos em clínicas de especialidades, que são de responsabilidade dos chefes de clínica e integrantes do corpo clínico, que responsabilizar-se-ão pelo acompanhamento do paciente.

Percebe-se assim, que o SUS não tem real controle sobre as internações e que qualquer internação está na dependência de diversas variáveis, inclusive a boa vontade do corpo clínico do hospital, não comprometido com a nova política de saúde.

A municipalização é uma etapa fundamental na implantação do SUS. O município deve garantir a todos os cidadãos os princípios que norteiam o SUS - universalização do atendimento e a atenção à saúde de forma integral em todos os níveis. A população deve participar e fazer-se representar através dos conselhos municipais de saúde.

Em Araraquara, observamos que o sistema não funciona de forma integrada. Não ocorre integração entre os gerentes das várias instituições. Os problemas são resolvidos na perspectiva pessoal, em detrimento da instituição, distorcendo e fragilizando o sistema.

Considerando a proposta do SUS, na municipalização, faz-se necessária a criação de um Conselho Municipal de Saúde, com representatividade e de caráter deliberativo. Enquanto entidade, o conselho existe, porém diante do fato da não existência de um movimento popular de saúde e de sua composição ser realizada pelo prefeito, a representatividade fica comprometida.

Está ocorrendo distorção no atendimento do nível secundário do SUS, pela intervenção de " lobby " da categoria médica, que só atende pelo sistema mediante pagamento extra.

Quanto ao financiamento feito pelo Governo Federal, observou-se que o pagamento está ocorrendo unicamente mediante produtividade , ao contrário do que determina a Lei. Esta conduta favorece a implantação de um modelo assistencialista e reduz o município a mera condição de prestador de serviços; equiparando-o aos demais, inclusive privados. Os recursos gastos com procedimentos não cobrem os custos reais do atendimento cabendo ao município o ônus da diferença.

A participação do Governo Estadual restringe-se a eventuais investimentos em estrutura física e equipamentos, baseados predominantemente em critérios políticos ao invés de técnicos.

A atuação isolada dos gerentes do Sistema de Saúde em Araraquara inviabiliza o desenvolvimento da proposta do Sistema Único de Saúde. Tem-se a impressão de que cada nível institucional gerencia um sistema de saúde diferente, o que confere baixa resolutividade e integralidade na assistência.

X - AVALIAÇÃO DO I.C.M

A escola nos prepara para o estágio de campo ?

Desde o início do curso, vem nos sendo ressaltado a importância do TCM. Muita teoria nos foi dada, mas sentimos em algumas disciplinas a falta de uma orientação para a aplicação desta teoria.

O TCM foi um bom meio de se identificar as dificuldades no trabalho do dia a dia, que são grandes, desde uma coleta de dados até a análise de um sistema de saúde.

Este exercício foi interessante, para nos colocar frente à realidade.

XI - BIBLIOGRAFIA

1. ARARAQUARA, 1990. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP. 1990 (Trabalho de Campo Multiprofissional apresentado no Curso de Especialização em Saúde Pública).
2. BARROS, F. et al. Why so many caesarean sections ? The need for a further policy change in Brasil. *Health Policy and Planning*, 1 (1) : 19-29, 1986.
3. BERQUO, E.S. et al *Biostatística*. São Paulo, EPU, 1981.
4. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. *Relatório de qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo*. 1989. São Paulo, 1990.
5. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. *Relatório de qualidade ambiental 1989*. São Paulo, 1990.
6. CONFERENCIA ESTADUAL DE SAUDE, 1a. São Paulo, 1991. *Constituição Federal (Extractos), Constituição Estadual (Extractos), Lei n. 8080, Lei n. 842*. São Paulo, 1991.
7. CONFERENCIA ESTADUAL DE SAUDE, 1a. São Paulo, 1991. *Relatório Síntese*, São Paulo, Secretaria de Saúde, 1991.

8. CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE, 8a, Brasilia, 1986. Anais Brasilia, Ministério da Saude, 1986.
9. CORDEIRO, H.- A Municipalização da Saude na estratégia para o Sistema Unico de Saude.
10. CYRINO, A. de P.F. et al. Perspectivas da descentralização e municipalização do Estado de São Paulo. Saude em debate 29 : 37-42.
11. DALLARI, S.G. Municipalização dos Serviços de Saude. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.
12. DALLARI, S.G. O Papel do municipio no desenvolvimento de politicas de saude. Rev. Saude Pública, São Paulo, 25(5): 401-5, 1991.
13. DEPARTAMENTO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTOS (Araraquara). Relatório de estudo de concepção do sistema de tratamento de esgotos. Araraquara, 1990.
14. DEPARTAMENTO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTOS (Araraquara). Diagnóstico do Sistema de Saneamento básico da cidade de Araraquara. Araraquara, 1990.

15. DOCUMENTO ELABORADO POR TÉCNICOS DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DOS MUNICÍPIOS EM DISCUSSÃO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do Sistema Único de Saúde . Versão de 18 de outubro de 1990.
16. FUNDAÇÃO SEADE. Conjunturas Demográficas n. 13 São Paulo, 1990.
17. FUNDAÇÃO SEADE. Conjunturas Demográficas n. 1415. São Paulo, 1991.
18. FUNDAÇÃO SEADE. Óbitos gerais segundo as causas de morte resumidas por idade e sexo na cidade de Aracaquara. São Paulo, 1985 e 1990.
19. GONZALES, A.J. Programación regional. Principios y prácticas de la administracion de salud, 215-230.
20. MARQUES, R. M. O financiamento da Saúde Pública (Texto didático para o curso de especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública U.S.P.), 1992.
21. MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social. Notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. São Paulo, 1991.

22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC , do SUS : Doutrinas e Princípios. Brasília, SNAS, 1990.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde : Saúde para todos. Brasília Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
24. NETO, J.S.M. O município e o financiamento da Saúde, Saúde em Debate , 27 : 23-28, 1989.
25. PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. Plano Diretor do Município de Araraquara. Araraquara , 1992.
26. PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. Departamento de finanças, Divisão de Finanças. Demonstrativo dos recursos Federais e Estaduais recebidos para o programa de municipalização dos Serviços de Saúde, no período de janeiro à setembro de 1992.