

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

RELATÓRIO

**DO TRABALHO DE
CAMPO
MULTIPROFISSIONAL**

— 1993 —

Relatório do Trabalho de Campo Multiprofissional

**Considerações acerca do Sistema de Saúde
do Município de Itapetininga-SP.**

**Análise da proposta de cobertura assistencial
no meio rural, através do trabalho dos
Agentes de Saúde.**

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

**São Paulo
1993**

Equipe Multiprofissional

Andrea Paula Ferrara (enfermagem)
Antônio Carlos Frias (odontologia)
Cristiane R. Rossi Mazzoni (fisioterapia)
Fernanda Cristina Marquetti (terapia ocupacional)
João Carlos Ferreira (serviço social)
Lígia Maria A. K. Rodrigues (psicologia)
Luiz Donizeti Moreira da Cunha (ciências políticas)
Maria Lúcia Garcia Moita (nutrição)
Maria Salete Machado Rodrigues (psicologia)
Marisa Cambraia (psicologia)
Mônica de Almeida Mogadouro (medicina)
Tarcísio Alves Fragoso (ciências sociais)

Orientador

Prof. Roberto Augusto Castellanos Fernandez

Consultores

Prof. Claudio Gastão Junqueira
Profª. Maria da Penha C. Vasconellos

**Trabalho Acadêmico, não se constituindo publicação formal.
Não é permitido seu uso para fins de citação bibliográfica,
sem prévia autorização da Comissão Organizadora do
Trabalho de Campo Multiprofissional.
Não há exemplares para distribuição.**

Nossos agradecimentos,

**Ao Prefeito Municipal Ricardo Barbará da Costa Lima
À Secretária de Saúde Dra. Ângela Maria Pierrotti de Souza**

À enfermeira Aparecida de Pontes

Aos Agentes de Saúde:

**Cecília Maria Bueno
Cleide C. P. Carneiro de Oliveira
Edson de Almeida
Elisa Rodrigues de Melo
Iolanda Henrique Correa
Janice de Jesus Maricato da Silva
Lucélia Aparecida Jesus Nogueira
Malvina Neves Gonçalves
Maria Cecília Vieira Veiga
Maria de Lourdes Oliveira Soares
Marizete Aparecida S. F. Oliveira
Naraí Palma
Vicentina de Meira Soares
Waldemar Alves
Neli de Albuquerque**

**À Profª. Dra. Eunice Aparecida Bianchi Galati
Presidente da Comissão e Coordenação do Trabalho de Campo multiprofissional da
Faculdade de Saúde Pública da USP**

E a todos que contribuíram para a elaboração do presente trabalho.

ÍNDICE

página:

I. Introdução.....	01
II. Metodologia.....	03
III. Caracterização do Município	05
1. Aspectos topográficos e geográficos.....	05
2. Histórico.....	06
3. Localização e acesso.....	06
4. Características sócio-econômicas e organização política.....	07
5. Demografia.....	13
6. Dados epidemiológicos.....	18
6.1. Mortalidade.....	18
6.2. Morbidade.....	33
6.3. Doenças de notificação compulsória.....	36
7. Saneamento Básico e Ambiental.....	37
7.1. Sistema de abastecimento de água.....	37
7.2. Esgoto.....	38
7.3. Resíduos sólidos.....	38
IV. Sistema de Saúde.....	40
1. Municipalização.....	40
2. Organização dos serviços.....	41
3. Comentários.....	47
V. Agentes de Saúde na zona rural.....	51
VI . Considerações finais.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	68
ANEXOS.....	70

I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho integra o curriculum do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sendo este relatório produto final do Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) realizado no município de Itapetininga - SP, de 22 a 26 de Novembro de 1993. A Comissão Organizadora do TCM escolheu-o e estabeleceu os contatos necessários com a Prefeitura Municipal para a realização do mesmo.

O eixo de pesquisa foi definido após o conhecimento de dados preliminares através de informações secundárias e entrevista com a Secretária de Saúde do município.

Elaboramos um diagnóstico da região, com um breve histórico, sua caracterização atual, seu desenvolvimento sócio-econômico e as consequências destes fatores na vida da população. Na sequência, situamos o Sistema Local de Saúde em seu contexto, destacando a questão da municipalização do setor, tema de grande atualidade e importância para o Sistema de Saúde de todo o país.

Após discussões iniciais foi escolhido o sub-tema "Agentes de Saúde na Zona Rural", uma vez que em nosso primeiro contato a Secretária de Saúde enfatizou ser esse um projeto alternativo importante para a cobertura assistencial da zona rural.

Outra questão relevante é o fato de Itapetininga ser o terceiro município em extensão territorial do Estado de São Paulo. Mais de 70% dessa área compõe a zona rural, caracterizando uma desproporção entre esta e a zona urbana. Do êxodo rural, decorre uma grande densidade populacional, somando-se uma grande concentração de recursos de toda natureza e níveis no perímetro urbano.

Tais fatores nos motivaram a escolher o projeto mencionado através das relações de trabalho e de perfil dos agentes de saúde, bem como sua inserção no Sistema de Saúde Local, avaliando se contribuem para a viabilização das Ações Primárias em Saúde (APS) na zona rural do município.

Estabelecemos como objetivo geral a análise do Sistema de Saúde Municipal através dos seguintes aspectos:

- processo de municipalização.
- a adoção da programação em saúde verticalizada na organização dos serviços.
- a apreciação dos serviços de saúde em termos de cobertura assistencial e a inserção dos agentes no sistema.
- a referência e contra referência.

-a assistência nos vários níveis de complexidade e a hierarquização dos serviços.

Apontamos algumas sugestões, sem subestimar as inúmeras dificuldades e a complexa rede de conflitos sempre presentes nas decisões do setor saúde.

II. METODOLOGIA

O trabalho foi realizado em três fases: a primeira que durou duas semanas, foi utilizada para discutir e definir o sub-tema a ser estudado e também para fazer um levantamento de dados secundários com o objetivo de iniciar o diagnóstico; na segunda fase, o trabalho de campo propriamente dito, utilizamo-nos dos instrumentos de investigação que descreveremos a seguir. Na terceira, procedemos a organização e análise dos dados que resultaram no presente relatório .

- MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Trabalhamos principalmente com fontes de informação que nos permitissem uma primeira aproximação da realidade que nos propusemos a estudar, quais sejam:

1. dados objetivos de agências oficiais (SEADE, IBGE, Secretaria do Desenvolvimento Industrial e Secretaria da Saúde de Itapetininga).

2. análise do edital, da apostila e prova do concurso de agentes de saúde.

3. entrevistas e reuniões de trabalho:

a. Setor Saúde: secretária, coordenadores de área, diretoras de UBS e agentes de saúde

b. prefeito, secretários da Administração, Educação, Esportes e Cultura, Industrialização, Meio Rural e Abastecimento, Bem Estar Social, EMURBI (Empresa Municipal de Urbanização de Itapetininga)

4. participação em reuniões:

Reunião do Conselho Municipal de Saúde; sessão da Câmara dos Vereadores; debate na TV 44 sobre o papel dos Conselhos Municipais e Gestores

5. visitas:

a. UBSs, Santa Casa, Vigilância Sanitária, SABESP, ERS 36, lixão, Centro Cultural

b. Onze localidades da zona rural com reconhecimento de área, visitas a algumas moradias escolhidas pelos agentes, verificação do livro de registro dos atendimentos realizados por eles e, em alguns bairros, visita à casa dos mesmos. Todas as visitas foram realizadas em duplas e o transporte utilizado foi uma Kombi cedida pela Prefeitura. também utilizamos ônibus comum para chegarmos a três PAS.

PARÂMETROS DE ANÁLISE

1. Com relação às entrevistas:

a..Tentamos apreender a problematização que faziam da realidade do município, relativamente à área que lhes cabia, bem como dos objetivos de trabalho e os meios definidos para atingi-los.

b. nas entrevistas com a coordenadora do trabalho da zona rural, tentamos saber como foi o treinamento das agentes em termos de conteúdo teórico e prático; como se dava a coordenação e a supervisão do trabalho em campo e sua integração tanto ao nível da Secretaria de Saúde quanto das Unidades da cidade

2. Com relação às visitas na zona rural.

O conhecimento do local e o contato com os agentes foi uma opção que visou vários aspectos . Antes de mais nada deveria servir para nos sensibilizar e nos desarmar; sobretudo essa visita deveria ter a força de desorganizar as "hipóteses" que fomos construindo ao longo das duas semanas que antecederam o TCM . Mas também deveria produzir material que permitisse retomarmos as "hipóteses iniciais" e refazê-las. Tínhamos em mente alguns aspectos que cada dupla deveria observar:

- subjetivação desse papel: vontade pessoal expressa no ser e fazer do agente.
- inserção na comunidade
- desenvoltura para o trabalho
- o que dizem de sua função e quais atribuições reconheciam em seu papel
- relação com a Secretaria de Saúde e coordenação

Esses pontos serviram de roteiro para orientar-nos na visita.

III. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1. Aspectos Topográficos e Geográficos

- Coordenadas Geográficas: latitude - 23o 35' 08"s
longitude - 48o 02' 50"w
- Altitude Média - 670 metros
- Localização - no Sul do Estado, na Bacia do Alto Paranapanema, com extensão territorial de 1870 Km², o Município de Itapetininga, o terceiro do Estado de São Paulo em extensão, possui uma rede viária de 4.000 Km de estradas e fica distante 160 Km da Capital. Compreende uma micro (mapa do foldêr) Região Homogênea, com uma altitude diferenciada nos seguintes pontos: Distrito Sede - 670 m, Gramadinho - 640 m, Morro do Alto - 774 m e Rechã - 710 m.
- Pluviometria - a média anual total de precipitação pluviométrica é de 1.360 mm, sendo Agosto o mês mais seco. O mês mais chuvoso é Janeiro e o período mais seco vai de Abril à Setembro e o chuvoso de Outubro à Março. (Fonte: Posto de sementes de Itapetininga).
- Temperatura Média Anual - 20,9oC
Temperatura Mínima Média - 16,1oC
Temperatura Máxima Média - 25,7oC
Amplitude Térmica Média - 9,6oC
- Clima - pelo sistema de Koeppen, Itapetininga possui o tipo Cfa, clima temperado úmido, com estação seca inexistente. A temperatura média do mês mais quente (Fevereiro) é 24,5° C e a temperatura média do mês mais frio (Julho) é 16,8° C, sendo considerado como clima subtropical.
- Topografia - caracteriza-se por pequenas ondulações e extensas várzeas.
- Solo - predominam os latossolos vermelhos escuro distróficos, os latossolos vermelho amarelo, os solos hidromórficos gleizados e os solos litólicos. Estes tipos de solo, somados ao clima proporcionam uma grande diversidade de culturas.

2. Histórico

O Município de Itapetininga, nome que em Tupi-Guaraní significa "Pedra Seca", originou-se de um pouso de bandeirantes e tropeiros que, nos séculos XVII e XVIII, distando doze léguas da Vila de Sorocaba, abrigava aqueles que vinham do sul e paravam às margens do rio Itapetininga.

O local era bastante aprazível e foi escolhido por Domingos José Vieira, junto com outros desbravadores, para formarem um pequeno arraial.

Com o tempo, esse arraial foi abandonado, e a seis quilômetros dali, outro se formou com o auxílio destes mesmos povoadores, pioneiros da agricultura.

Por essa ocasião, novos povoadores, sob a direção de Paschoal Leite de Moraes, foram chegando e passaram a residir no local que havia sido abandonado por Domingos José Vieira.

Assim, na segunda metade do século XVII havia duas pequenas povoações, uma às margens do rio Itapetininga, habitada por Paschoal Leite de Moraes e outra, a seis quilômetros do rio, onde hoje se localiza a cidade, e onde residiam Domingos José Vieira e sua família.

Como ambos desejassem a criação da Vila em seus respectivos núcleos, o Capitão Geral da Capitania, Dom Luiz Botelho, baixou uma Portaria, a 17 de Abril de 1768, ordenando que fosse fundada a povoação de Itapetininga, nomeando Simão Barbosa Franco para fundar, dirigir e administrar a nova povoação. Foi elevada à vila por Portaria de 8 de Outubro de 1770 e em 5 de Novembro de 1770, conseguiu-se a criação da Freguesia de Nossa Senhora dos Prazeres. Esta data é considerada como a da fundação, sendo considerados fundadores de Itapetininga, Domingos José Vieira, Salvador de Oliveira Leme, e Simão Barbosa Franco.

O Município tem tradição na Educação, sendo chamado de "Atenas do Sul Paulista", quando a maioria dos professores do Estado de São Paulo procedia do Instituto de Educação "Peixoto Gomide" de Itapetininga ou do Colégio Caetano de Campos de São Paulo.

A partir da década de 70, com a implantação da Rodovia Castelo Branco e com o aumento de oferta de energia elétrica, Itapetininga começa a desenvolver-se na área industrial.

3. Localização e Acesso

O Município está localizado a 160 Km de São Paulo - Capital, possuindo um sistema de rodovias que a interliga à Piracicaba, Sorocaba, Campinas, Curitiba e outras cidades do sul do País e ao Estado de Mato Grosso. É ainda a principal cidade do ramal ferroviário de Itararé que a une, dentro da Rede Ferroviária Federal, ao sul do País, a São Paulo e ao porto de Santos.

O acesso é feito através da Rodovia Raposo Tavares e Rodovia Castelo Branco.

4. Características Sócio-Econômicas e Organização Política

O perfil socio-econômico da cidade de Itapetininga foi desenhado a partir de duas fontes de dados:

- 1) depoimentos de representantes do poder executivo
- 2) documentos do IBGE e da Secretaria do Desenvolvimento Industrial

O quadro socio-econômico atual de Itapetininga está relacionado diretamente com as transformações ocorridas nos últimos 10 a 15 anos. Mudanças acentuadas na composição da população tem ocorrido no município causadas, entre outros fatores, pela mecanização da agricultura, concentração da propriedade rural, e pela crescente industrialização, gerando a ampliação do tecido urbano através da ocupação de áreas periféricas da cidade. Segundo a Fundação SEADE, em 1980 a população rural correspondia a 25% da população do município e, em 1991, este percentual diminuiu para 16%.

O movimento populacional rumo ao centro urbano é composto, segundo depoimento da Coordenação da Promoção Social, em sua maior parte, por trabalhadores da zona rural de Itapetininga, Capão Bonito e norte do Paraná. É a principal causa do surgimento das favelas na cidade. Estima-se que aproximadamente 220 famílias ocupam quatro áreas invadidas no município. Trabalham como bóias-frias, (trabalhadores avulsos, sem carteira assinada) no plantio e colheita de batata, algodão, grama, cana de açúcar, como lenheiros e outras atividades. Essa demanda porém não é totalmente absorvida pelo mercado de trabalho. Por isso, a principal preocupação da Promoção Social do município é com a moradia e a inserção no mercado de trabalho da população de baixa renda. Programas e projetos habitacionais e incentivo à atividades agro-industriais, são as diretrizes mais amplas da prefeitura local, no sentido do enfrentamento dessa problemática, como veremos mais adiante.

A tabela que segue abaixo mostra a distribuição da população economicamente ativa de Itapetininga de acordo com as principais atividades e setores produtivos. Cabe aqui chamar a atenção para o fato de que a distribuição dos números absolutos e percentuais foi feita de acordo com as proporções registradas pelo censo de 1980. É de se esperar que, num intervalo de onze anos, tenham ocorrido substanciais transformações no parque produtivo local e, sendo assim, fica prejudicado uma descrição mais completa e detalhada das atividades econômicas do município.

Tabela 1 : Distribuição Estimada da População Economicamente Ativa por setor de atividade - Município de Itapetininga, 1991

Setor de atividade	Número Absoluto	%
Agropecuária	8527	24,3
Prestação de Serviços	6320	18,0
Comércio	4211	12,0
Indústria de Transformação	4037	11,5
Indústria da Construção	3289	9,4
Outras atividades	3032	8,6
Atividades sociais	2688	7,7
Administração Pública	2250	6,4
Procurando trabalho	736	2,1
TOTAL	35090	100,0

Fonte: IBGE - Dados preliminares do Censo de 1991

Obs.: Distribuição absoluta e percentual de acordo com o Censo de 1980.

A agropecuária se constitui em importante atividade no município. Ocupando aproximadamente 1/4 da População Economicamente Ativa (PEA), volta-se para a produção de batata, feijão, milho, cana, citros, arroz e uma importante bacia leiteira que produz 30 milhões de litros por ano.

Observando a Tabela 1, verifica-se que as atividades industriais (de transformação e construção) já em 1980, davam emprego a quase 21% da PEA. É de se esperar que este percentual tenha sido incrementado, devido ao aumento no número de agroindústrias que se instalaram no município nos últimos anos e as políticas de incentivo ao desenvolvimento industrial, muito atuantes na anterior e na atual administração municipal. A construção da rodovia Castelo Branco e a ampliação da rede de energia elétrica do sistema interligado Sul-Sudeste foram os principais fatores de impulsão do desenvolvimento industrial regional e municipal.

Uma evidência numérica incontestável, é a alta porcentagem de trabalhadores da PEA ocupados no setor terciário, em atividades relacionadas às três esferas da administração pública.

Talvez o fato de a cidade ser a sede da Região Administrativa do Governo Estadual e polo regional da organização política e administrativa, explique estes altos números. De acordo com o Prefeito, Itapetininga talvez seja a cidade que possua o maior número proporcional de

funcionários públicos do Brasil (por volta de 13000 -contas correntes cadastradas na agência do BANESPA da cidade).

Os dados referentes ao rendimento da PEA também obedecem a distribuição percentual do Censo de 1980. Por ser a única informação disponível, elaboramos a tabela abaixo com as informações obtidas junto ao IBGE, visando descrever o perfil de renda da população de Itapetininga.

Tabela 2 : Estimativa do Rendimento Familiar (em salários mínimos) das pessoas de 10 anos e mais - Município de Itapetininga, 1991

Rendimentos (em sal.mínimo)	NA	%
até 1	15899	20,7
+ de 1 a 1,5	8809	11,4
+ de 1,5 a 2	4180	5,4
+ de 2 a 3	5213	6,8
+ de 3 a 5	5139	6,7
+ de 5 a 10	3106	4,0
+ de 10 a 20	1149	1,5
+ de 20	403	0,5
sem rendimentos	33113	43,0
TOTAL	77008	100,0

Fonte: IBGE - Dados preliminares do Censo de 1991

Obs.: Distribuição absoluta e percentual de acordo com o Censo de 1980.

Uma leitura possível da tabela anterior informa que 37,5% das famílias recebem até 2 salários mínimos e que 6,0% recebem mais de 5 salários mínimos. Outra leitura permite afirmar que 65,8% dos trabalhadores que auferem renda, possuem rendimentos de até dois salários mínimos por mês. Ainda lembrando que baseamo-nos em uma distribuição feita de acordo com o Censo de 1980 e que os padrões de vida e de consumo de uma cidade média diferem em certa medida, daqueles de cidades maiores, podemos ainda assim, sugerir que as desigualdades sociais e de rendimentos mostram-se bastante aguçadas no município. Deve-se levar em conta que a tendência observada na década de 80 por vários estudos e pesquisas foi, no nível sócio-

econômico, o de aumento da concentração de renda, do arrocho salarial, das taxas de desemprego e a diminuição da qualidade de vida das camadas médias e das classes mais pobres e desfavorecidas da sociedade. Estas tendências muito provavelmente se fizeram presentes em Itapetininga, o que nos autoriza, de certa forma, a afirmar que o perfil de distribuição de renda sugerida pela tabela esteja sendo mais otimista em relação ao que ocorre concretamente.

A tabela a seguir espelha a estrutura fundiária do município de Itapetininga.

Tabela 3 : Situação fundiária do município de Itapetininga, 1991

Área (em ha)	Nº de propriedades	%	Área total (em ha)	% sobre o total
até 100	3273	91,42	61920,7	34,6
100 a 1000	296	8,27	73023,2	40,9
1000 a 10000	10	0,28	24116,1	13,5
mais de 10000	1	0,03	19664,8	11,0
TOTAL	3580	100,00	178724,8	100,0

Fonte: Secretaria do Desenvolvimento Industrial de Itapetininga

Em relação ao número de propriedades, observa-se a predominância da pequena propriedade (se considerado até 100 hectares), com 34,6% da área agricultável, correspondendo a 91,42% dos donos de propriedade do município. Agrupando as áreas de até 100, mais as de 100 a 1000 hectares e considerando-as como pequenas e médias propriedades rurais, temos que 75,5% da área disponível para agricultura no município estão enquadradas nesta categoria. Se o grande número das pequenas e médias propriedades não estiverem nas mãos de poucos "pequenos proprietários", dado de que não dispomos, podemos afirmar que a estrutura fundiária de Itapetininga apresenta um perfil menos perverso do que se observa no país e mais favorecedor da distribuição da riqueza na agricultura.

Cabem aqui algumas considerações quanto as propostas e ações do poder público, vistas por meio do discurso oficial, em seu possível impacto na conformação das estruturas sócio-econômicas e das relações sociais locais.

Na propaganda institucional de Itapetininga é muito forte a preocupação com a busca do desenvolvimento econômico e industrial, combinado com respeito ao meio ambiente e ao fomento da qualidade de vida. De acordo com a autoridade maior do município, o Prefeito Ricardo Barbará da Costa Lima, o papel central do setor público deveria ser o de fomentar o desenvolvimento de acordo com a vocação natural do município. "O desenvolvimento não pode se dar na contra-mão da vocação natural do município e o setor público deve ser o agente indutor desse desenvolvimento". O que seria essa "vocação natural"?

Um território com 70 km de um extremo ao outro, com predominância de pequenas propriedades rurais ocupadas com projetos e culturas variadas que vão da soja, milho, feijão a rosas e ameixas, todas adaptadas à natureza geográfica climática da região; isto define a vocação do município?

O Prefeito reconhece que o homem da zona rural só vem para a cidade quando é forçado. A prefeitura procura evitar essa fuga construindo 44 escolas, o que não basta. É a agro-indústria que mantém o homem na zona rural. "Os projetos agro-industriais devem respeitar a vocação natural da região, fixando o homem no campo. O poder público deve ser responsável pela infra-estrutura e pela qualidade de vida." Em resumo, "o homem do campo é uma solução no campo e um problema na cidade." Neste sentido, projetos como o da CITROVITA do Grupo Votorantim – três milhões de pés de laranja plantados, 2500 empregos, padrões internacionais de produtividade e o da canadense Mc Cain Foods, que absorverá a produção de 5000 hectares de batata, oferecendo 5000 empregos. Esses projetos põem em prática as diretrizes do discurso oficial.

O incentivo ao "pioneirismo da agro-indústria como opção de progresso" é feito buscando, na medida do possível, uma racionalidade no crescimento econômico e populacional. Ou seja, que haja um crescimento proporcional entre o PIB per capita e as taxas de crescimento populacional, (expectativa que não ultrapasse a taxa de 2% ao ano), podendo o município pagar um preço adequado por seu desenvolvimento.

Quanto à questão habitacional no município, 4 mil moradias, somente na zona urbana, deveriam ser construídas visando zerar o déficit habitacional estimado, sendo de 800 o número de unidades habitacionais hoje instaladas em favelas.

A EMURBI (Empresa Municipal de Urbanização de Itapetininga) - empresa de capital municipal constituída como autarquia de direito interno - é o órgão que centraliza as ações públicas municipais voltadas para o enfrentamento dos problemas de infra-estrutura urbana. Especificamente para o problema habitacional, desenvolve os programas de Mutirão, Cesta Básica e Reformas/Ampliações. Embora possa estar, quantitativamente, bastante distante da cobertura do déficit habitacional, mostra-se empenhada em propor e realizar ações nesse sentido,

com expressa preocupação com a participação da população nos projetos e programas realizados no município.

Organização Política

Do ponto de vista das Instituições que configuram o poder público, a representação política do município de Itapetininga faz-se através dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

PODER EXECUTIVO

Prefeitura Municipal de Itapetininga

Prefeito Engº RICARDO BARBARA DA COSTA LIMA

O Poder Executivo esta estruturado a partir de sete Secretarias e uma Empresa Municipal de Urbanização.

Secretaria de Gabinete

Secretaria de Obras e Serviços Municipais

Secretaria de Educação, Cultura, Esportes e Turismo

Secretaria de Administração

Secretaria de Meio Rural e Abastecimento

Secretaria de Saúde

Secretaria de Desenvolvimento Industrial

EMURBI (Empresa Municipal de Urbanização de Itapetininga)

PODER LEGISLATIVO

A Câmara Municipal de Itapetininga desenvolve seus trabalhos a partir do pleito de 1992 com dezenove vereadores eleitos pelas seguintes legendas partidárias:

PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) - 09 Vereadores

PDT (Partido Democrático Trabalhista) - 02 Vereadores

PPR (Partido Progressista Renovador) - 02 Vereadores

PTB (Partido Trabalhista Brasileiro) - 02 Vereadores
PTR (Partido Trabalhista Renovador) - 01 Vereador
PFL (Partido da Frente Liberal) - 01 Vereador
PT (Partido dos Trabalhadores) - 01 Vereador
PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) - 01 Vereador

PODER JUDICIÁRIO

Faz-se representar através de quatro Juizes de Comarca e quatro promotores representantes do Ministério Público.

5. Demografia

A população total do Município de Itapetininga é de 101.772 habitantes em 1991, conforme a publicação "O novo retrato de São Paulo" elaborado pela Fundação SEADE em 1992. Supondo uma estabilidade entre as faixas etárias, pode-se projetar para 1992 e 1993 uma população de 103.817 e 105.904 habitantes respectivamente, considerando-se uma taxa de crescimento anual de 2,01 %, a terceira mais baixa entre os municípios que compõe a região (2,85 % ao ano).

A distribuição populacional dá-se numa área de 1.767 Km² em 1991, com uma densidade populacional de 54,16 hab./Km², acima da região (48,14 hab./Km²). Cabe salientar que 84% da população encontra-se na área urbana, e que , portanto, a densidade rural deve ser bem menor que a urbana.

Evolução da População no período de 1960 a 1991:

1970 - 63.606 hab.

1980 - 84.384 hab.

1991 - 101.772 hab.

variação de 1970 a 1991 : 60,0%

Comparada com os municípios da região, sua taxa de crescimento populacional é das menores, dado que deve ser relacionado com mudanças socio-econômicas na área, e também com o desmembramento de Distritos que passaram à categoria de Municípios (Ex: Alambari, emancipado em 1991.).

TABELA 04 - População e Taxa de Ocupação por Domicílio - período de 1970 a 1991

ANO	POPULAÇÃO (habitantes)	No. DOMICÍLIOS	TAXA (hab/dom)
1970	63.606	13.130	4,85
1980	84.384	19.327	4,37
1991	101.772	25.279	3,35

FONTE: Fundação SEADE. - Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 1991.

Um dado que chama a atenção é que o crescimento populacional de 1980 a 1991 foi de 20,61% enquanto o número de domicílios aumentou em 30,8% o que evidencia ter havido investimento em infra-estrutura habitacional.

Observa-se também que menos pessoas ocupam os domicílios em 1991, dado possivelmente relacionado com a diminuição da fecundidade e da natalidade, como pode ser constatado na Pirâmide Populacional de 1991 (vide figura 1, página 16).

A taxa de ocupação por domicílio encontra-se na média da região (3,35 hab./dom.) e sua diminuição se explica, segundo a agência local do IBGE, pelas sucessivas crises ocorridas na década de 80 causando desemprego, queda na produção, gerando evasão de mão de obra. É mais provável que esta se explique pela já citada diferença entre o crescimento da população e o crescimento do número de domicílios.

TABELA 05 - Distribuição da população por sexo, no Município de Itapetininga, nos anos 1970, 1980 e 1991.

ANO \ SEXO	1970	1980	1991	% (em 1991)
MASCULINO	31.865	42.347	50.520	49,64
FEMININO	31.741	42.037	51.252	50,36
TOTAL	63.606	84.384	101.772 (*)	100,0

FONTE: Fundação SEADE.

(*) Excluída a população do Distrito de Alambari

Com uma razão de masculinidade de 98,57 homens para cada 100 mulheres, Itapetininga é o município que apresenta a menor relação da região. Isso, talvez seja outra evidência de evasão de mão de obra masculina, visto que a razão de masculinidade em 1980 foi de 100,74

TABELA 06 - Evolução da População por situação de domicílio, Itapetininga, 1960 a 1991

ANO \ ZONA	1960	1970	1980	1991 (*)	VARIAÇÃO 1960/91	CRESCIMENTO 1980/91 (%)	TAXA ANUAL 1980/91
URBANA	30.403	43.232	63.403	88128	108,87	39,0	3,04
RURAL	17.397	20.374	20.981	16943	-18,11	-19,24	-1,92

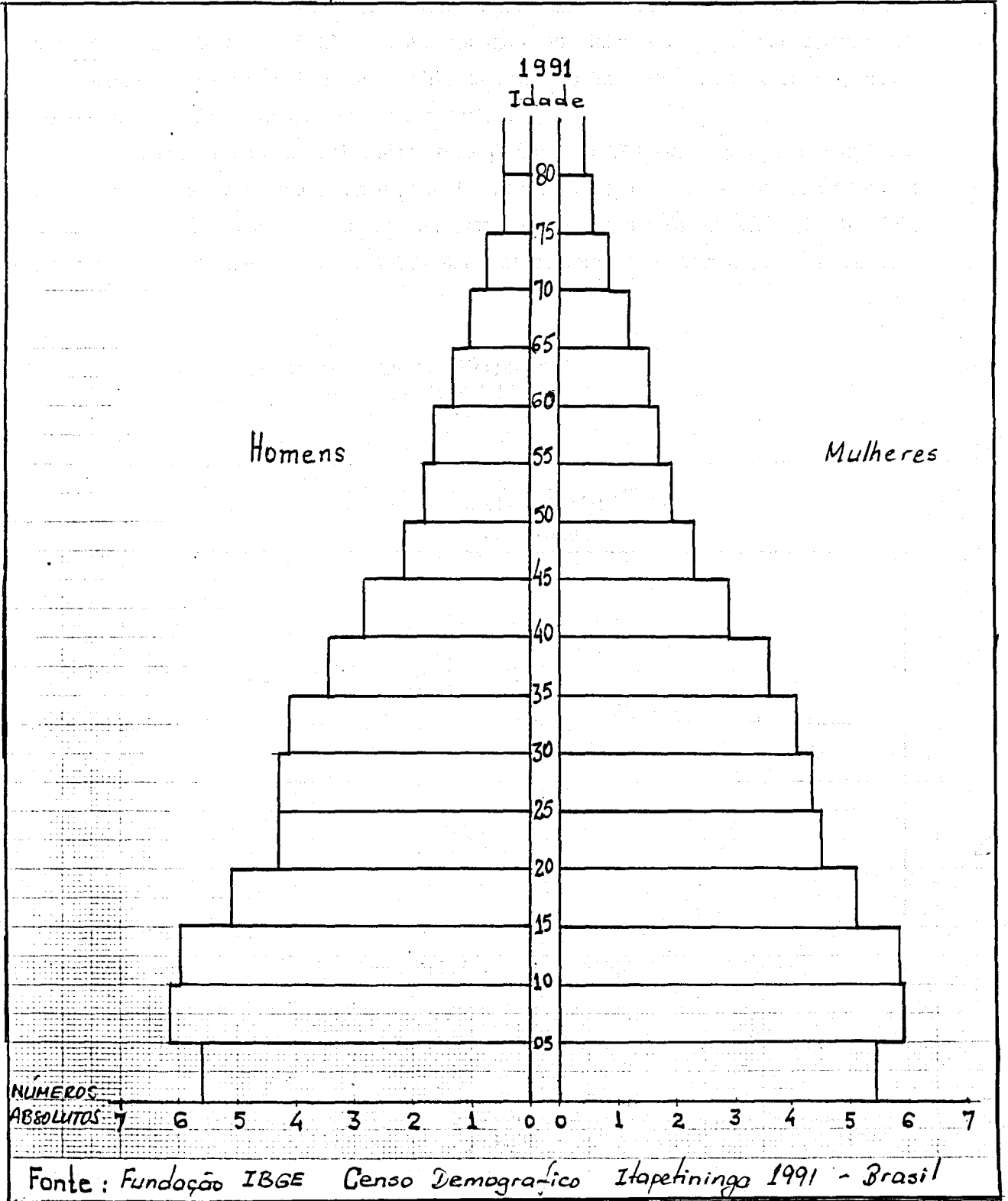
FONTE: Fundação SEADE

(*) Incluída a população do Distrito de Alambari

A taxa anual de crescimento da população urbana, 3,04% é a menor entre os municípios da região, cuja taxa anual de crescimento da população urbana, foi de 4,10% entre 1980 e 1991.

Cabe ainda registrar que do crescimento populacional ocorrido entre 1980 e 1991, 98,4% é composto pelo componente vegetativo e 1,6% é saldo migratório ("O novo retrato de São Paulo" - FUNDAÇÃO SEADE).

FIGURA 1: Pirâmide Populacional de 1991

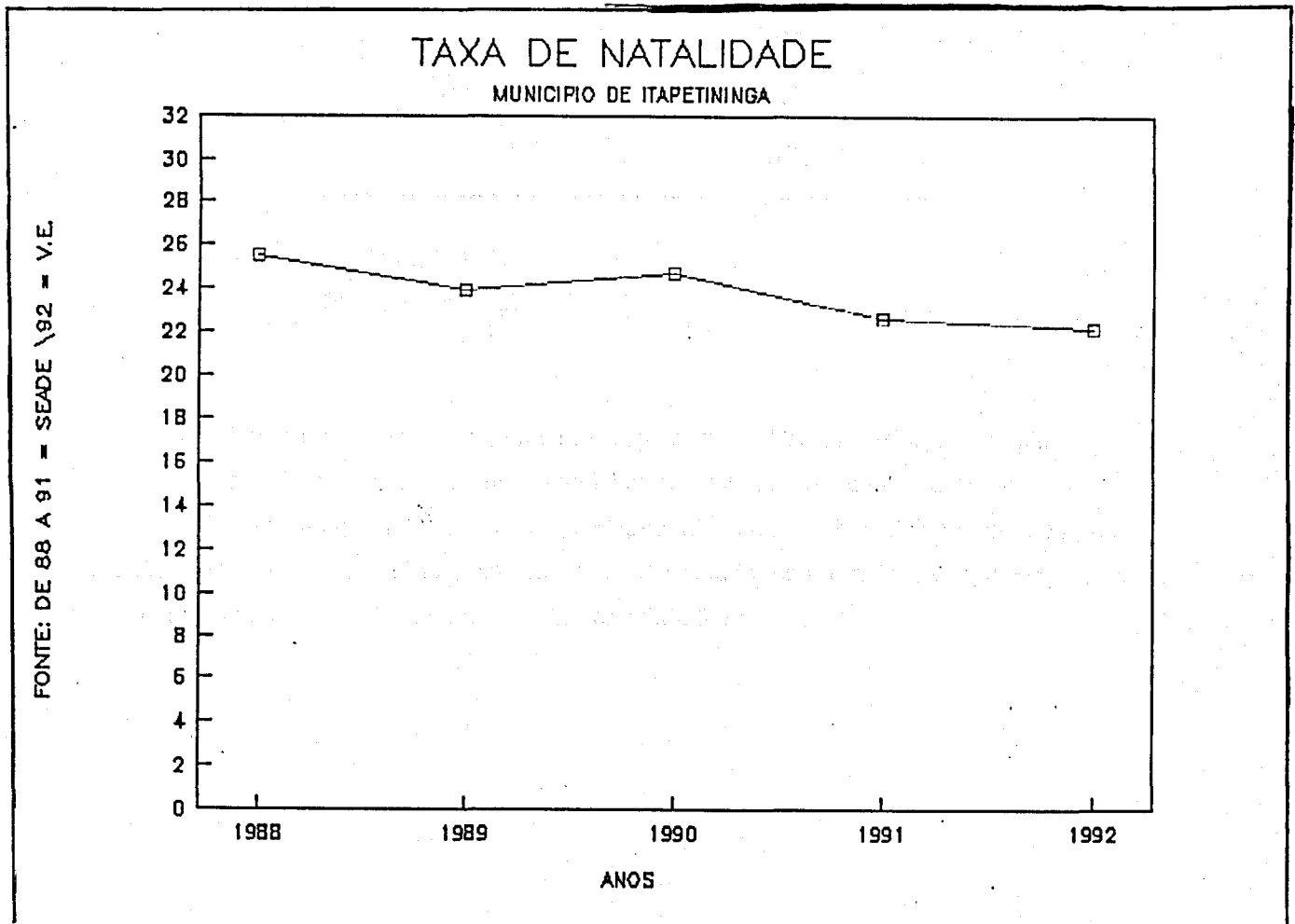


* Dados de população por faixa etária - disquete disponível no Departamento de Estatística / FSP, ainda não publicados.

A análise da pirâmide populacional do município de Itapetininga indica, segundo a classificação de Sundbarg (07), uma configuração típica de população estacionária, apresentando 33,65% do total na faixa etária de zero a quinze anos, 51,11% entre quinze e cinquenta anos e 15,55% com cinquenta anos ou mais.

Tomando-se por base a classificação de Thompson (07) esta enquadra-se uma forma de transição do tipo de estrutura populacional I para o tipo V. Isso deve-se ao fato de que a fecundidade vem decrescendo e influenciando na queda da taxa de natalidade: 25,51 (1988); 23,92 (1989); 24,75 (1990); 22,60 (1991) por 1000 habitantes, conforme demonstra o gráfico 1 abaixo.

GRÁFICO 1: TAXA DE NATALIDADE DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA, 1988 A 1992



6. Dados Epidemiológicos

6.1. Dados de Mortalidade

6.1.1 - Coeficiente de Mortalidade Geral

TABELA 07 - Coeficiente de Mortalidade Geral (por mil habitantes), Itapetininga, período de 1987 à 1992.

ANO	MORTALIDADE GERAL
1987	7,33
1988	7,16
1989	7,15
1990	7,11
1991*	6,24*
1992*	7,12*

*dados estimados

FONTE: Fundação SEADE.

Os dados de mortalidade geral mostram não ter havido alterações significativas ao longo dos anos assinalados, mantendo os coeficientes relativamente constantes.

A distribuição geral dos óbitos, em 1992, no Município de Itapetininga, por setor, divisão territorial, tendo como referência as Unidades de Saúde como polo de aglutinação, estão representados no Quadro 1, na página 25, apresentado no item 6.1.4.

6.1.2 - Mortalidade Proporcional por Faixa Etária:

TABELA 08- Distribuição da mortalidade proporcional (porcentagem) por faixa etária. Itapetininga, 1991 e 1992.

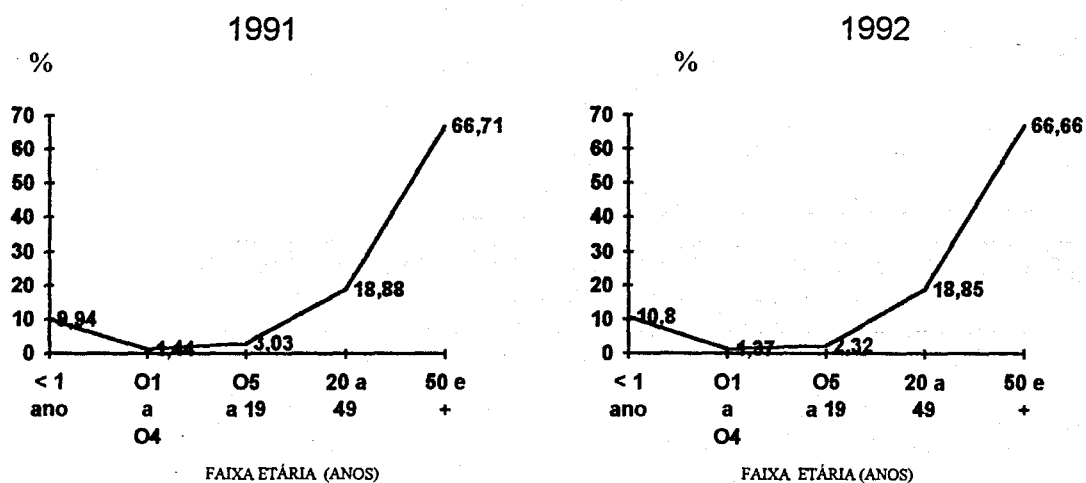
FAIXA ETÁRIA	1991 (%)	1992 (%)
< DE 01	9,94	10,80
01 A 04	1,44	1,37
05 A 19	3,03	2,32
20 A 49	18,88	18,85
50 E +	66,71	66,66
TOTAL	100,00	100,00

FONTE: Fundação SEADE.

Os dados de mortalidade proporcional, para menores de 1 ano, mostram uma pequena elevação, o que demonstra que ainda persistem problemas para a melhoria das condições de saúde e dos serviços.

O indicador de Swaroop-Uemura manteve-se constante nos dois anos assinalados na tabela, porem com valores abaixo de 75%, valor encontrado em países desenvolvidos, que apresentam boas condições de saúde. Quanto mais este indicador se aproxima dos 100%, melhores as condições de saúde da região. No entanto, este indicador está afetado por uma estrutura etária típica de regiões com população jovem e poucos idosos, o que dificulta esta análise.

Figura 2 : CURVAS DE MORTALIDADE PROPORCIONAL DO MUNICÍPIO DE
ITAPETININGA - S.P. - 1991 E 1992



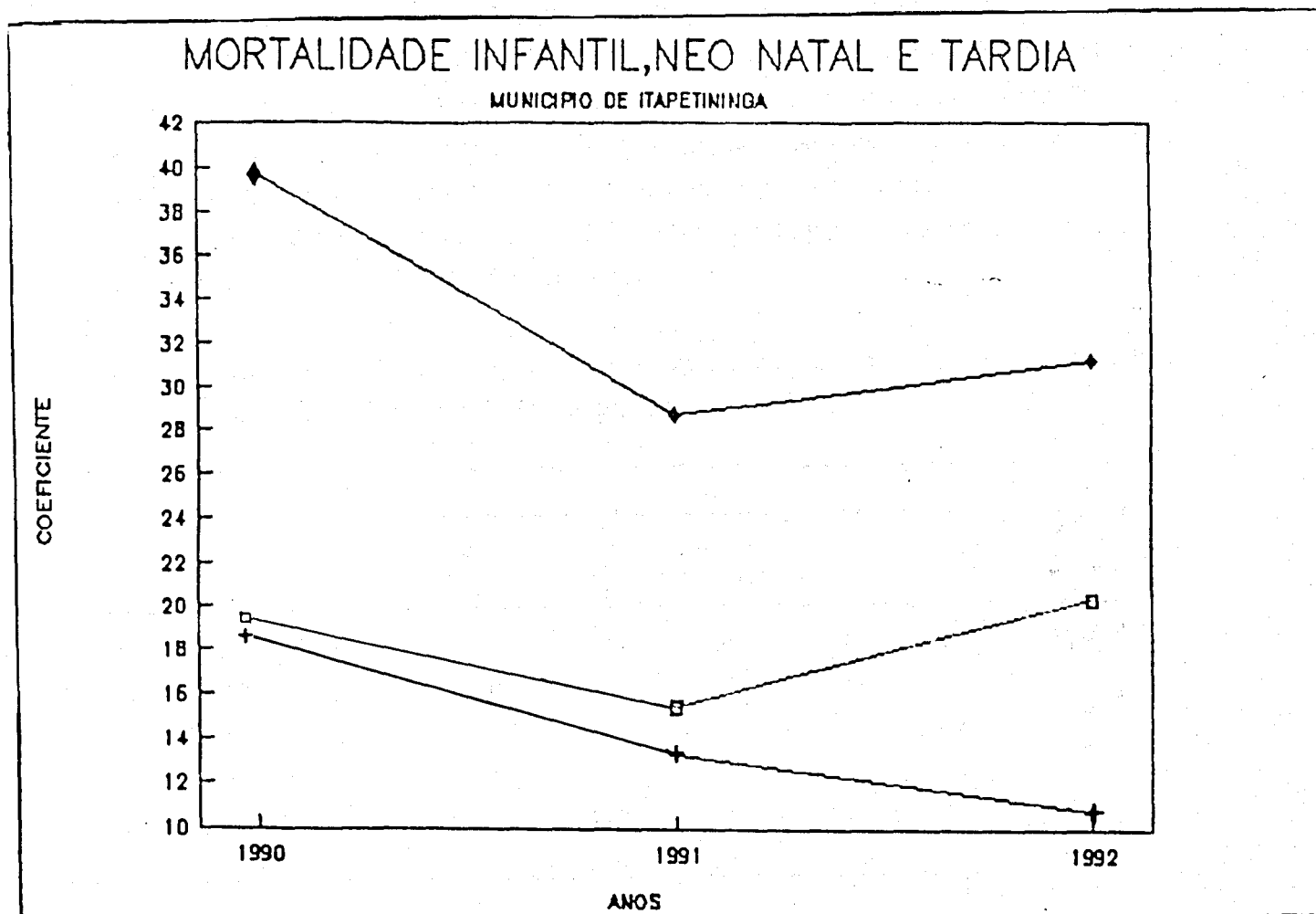
Fonte : Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga

As Curvas de Nelson de Moraes (Figura 2), para o ano de 1991 e 1992 representam a classificação do Tipo IV, caracterizando um bom nível de saúde.

Para melhor análise, seria necessário acompanhar uma tendência, verificando uma série histórica a cada 5 ou 10 anos, o que aqui não foi possível.

6.1.3 - Mortalidade Infantil:

Gráfico 2: Mortalidade Infantil, Neonatal e Tardia do município de Itapetininga, 1990/92.



■ Mortalidade neo-natal + Mortalidade infantil tardia ◆ Mortalidade infantil

Fonte : Fundação SEADE

O coeficiente de mortalidade infantil decresceu de 47,30 por mil nascidos vivos em 1987, para 38,41 por mil nascidos vivos em 1990 e os seus componentes, neo-natal e infantil tardia, decresceram de 21,35 por mil e 25,95 por mil nascidos vivos em 1987 para 19,62 por mil e 18,79 por mil nascidos vivos em 1990, respectivamente. Esses dados demonstram que, até 1989, os coeficientes de mortalidade infantil tardia eram maiores que os de neo-natal, indicando mortes por doenças infecciosas e desnutrição. Já em 1990 esses valores se invertem tomando os coeficientes de mortalidade neo-natal maiores que os de tardia, o que significa que, melhorando as condições de vida, sobressaem-se as mortes ligadas ao período perinatal, ou seja, mortes decorrentes do processo da gestação, parto e problemas congênitos (Verificar Gráfico 2).

O coeficiente de mortalidade infantil de 1991 é de 29,46 por mil nascidos vivos, no entanto, não obtivemos dados do número de óbitos no período neo-natal e infantil tardia. Para o ano de 1992, apesar de contarmos com esses dados, não conseguimos o número de nascidos vivos, por esta razão não foram calculados os coeficientes para estes períodos.

Os dados de mortalidade de 1992 mostram as principais causas segundo sexo e seus componentes neo-natal e infantil tardia como segue:

TABELA 9 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) de menores de 28 dias, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO					
	MASC		FEM		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
IMATURIDADE EXTREMA	9	45.0	14	50.0	23	48.0
SOFRIMENTO FETAL	1	5.0	3	10.7	4	8.4
HIPOXIA INTRA-UTERINA	3	15.0	-	-	3	6.2
SEPTICEMIA	2	10.0	1	3.6	3	6.2
DEMAIS CAUSAS	5	25.0	10	35.7	15	31.2
TOTAL	20	100.0	28	100.0	48	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

TABELA 10 - Distribuição dos óbitos na faixa etária de 28 dias a 1 ano, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	Nº	%	Nº	%		
MAL DEFINIDAS	7	35.0	2	20.0	9	30.0
SEPTICEMIA	4	20.0	1	10.0	5	16.7
BRONCOPNEUMONIA	3	15.0	2	20.0	5	16.7
PNEUMONIA	1	5.0	1	10.0	2	6.7
ANOMALIA CONGÊNITA	-	-	2	20.0	2	6.7
DEMAIS CAUSAS	5	25.0	2	20.0	7	23.2
TOTAL	20	100.0	10	100.0	30	100.0

FONTE: Fundação SEADE

6.1.4 - Mortalidade Proporcional por Causa e Sexo:

TABELA 11 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1991.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
EST. MÓRBIDOS MAL DEF.	48	12.2	45	15.0	93	13.4
DOENÇAS NÃO RELACIONADAS (*)	47	11.9	36	12.0	83	12.0
NEOPLASMAS	33	8.4	42	14.0	75	10.8
DOEN. ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO	46	11.7	22	7.3	68	9.8
DOENÇAS CEREBRO-VASC.	40	10.1	28	9.3	68	9.8
OUTRAS DOENÇAS DO CORAÇÃO	29	7.4	29	9.7	58	8.4
PNEUMONIA	17	4.3	13	4.3	30	4.3
DIABETES	16	4.1	11	3.7	27	3.9
ACIDENTES VEÍCULO MOTOR	21	5.3	5	1.7	26	3.7
DEMAIS ACIDENTES	16	4.1	6	2.0	22	3.2
LESÕES AO NASCER	4	1.0	9	3.0	13	1.9
RESPIRATÓRIAS	8	2.0	4	1.3	12	1.7
OUTRAS CAUSAS PERINATAIS	5	1.3	7	2.4	12	1.7
NEFROS. NEFRITES	8	2.0	4	1.3	12	1.7
DEMAIS CAUSAS	56	14.2	39	13.0	95	13.7
TOTAL	394	100	300	100.0	694	100.0

FONTE: Fundação SEADE

(*) ENTRE O CID 140 E 799.

TABELA 12 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	MASC		SEXO		FEM		TOTAL	%
	No.	%	No.	%				
EST. MÓRBIDOS MAL DEF.	50	12.0	39	12.3	89	12.1		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	34	8.2	29	9.1	63	8.6		
DOENÇA CEREBRO-VASCULAR	31	7.4	19	6.0	50	6.8		
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	35	8.4	16	5.0	51	7.0		
NEOPLASMAS	19	4.6	19	6.0	38	5.2		
BRONCOPNEUMONIA	20	4.8	15	4.7	35	4.8		
IMATURIDADE EXTREMA *	9	2.2	14	4.4	23	3.1		
FRATURAS MÚLTIPLAS**	19	4.6	5	1.2	25	3.3		
HIPÓXIA INTRA-UTERINA ***	1	0.2	1	0.3	2	0.3		
HIPERTENSÃO	5	1.2	17	5.3	22	3.0		
DIABETES	11	2.7	9	2.8	20	2.7		
RESPIRATÓRIAS	6	1.5	11	3.4	17	2.3		
OUTRAS RESPIRATÓRIAS	6	1.5	9	2.8	15	2.1		
DEMAIS CAUSAS ****	169	40.7	115	36.1	284	38.7		
TOTAL *****	415	100.0	318	100.0	733	100.0		

FONTE: Fundação SEADE

* 02 casos de sexo ignorado

** 01 caso de sexo ignorado

*** 21 casos de sexo ignorado

**** 05 casos de sexo ignorado

***** total de 29 casos de sexo ignorado

Analisando-se as tabelas 11 e 12, verifica-se que as principais causas de mortalidade se mantiveram de 1991 para 1992, iniciando-se pelas crônico-degenerativas, seguidas das infecciosas, dos acidentes, e das perinatais. Apesar das causas crônico-degenerativas, como primeiras causas de morte, indicarem um nível de saúde de primeiro mundo, ainda assim, constam, no conjunto das principais causas, mortes ligadas a precárias condições de vida e dos serviços de saúde como as infecciosas e as perinatais.

Verifica-se, ainda, que nos dois anos morreram mais homens que mulheres, numa pequena proporção, devido, principalmente, a acidentes, doenças do coração e doenças cerebrovasculares. Este fato pode estar relacionado ao stress que os homens sofrem devido a estrutura social, que faz com que estes estejam mais expostos a fatores de risco que predispõem às causas acima relacionadas.

Cabe salientar que consta como principal causa de mortalidade para esses dois anos: sintomas e estados mórbidos mal definidos e as não relacionadas; o que pode indicar um mau preenchimento das declarações, além da ausência de um serviço de verificação de óbitos e a falta de assistência. Isso reflete uma característica de municípios com grande área de zona rural e portanto não acompanha o padrão do Estado.

Observa-se ainda um acentuado decréscimo dos óbitos por doenças neoplásicas de 1991 para 1992, o que não ocorreu para as demais causas de óbito da mesma natureza. O coeficiente de mortalidade específica por neoplasias em 1991 é de 74 ‰ habitantes e para 1992 é de 37 ‰ habitantes. Espera-se não haver decréscimos nesses coeficientes para causas crônico-degenerativas, num curto espaço de tempo; o que poderia acontecer para causas infecto-contagiosas.

QUADRO 1- Principais causas de óbitos por setor, em 1992, segundo a Vigilância Epidemiológica do município de Itapetininga .

SETOR 1:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	35,30%
NEOPLASMAS	17,65%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	13,58%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	9,50%
CAUSAS EXTERNAS	7,24%
D. GL. END. NUTRIC. METAB. E TRANS. IMUN.	5,88%
D, APARELHO DIGESTIVO	3,61%
OUTROS	7,24%

SETOR 2:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	28,04%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	18,29%
NEOPLASMAS	13,41%
CAUSAS EXTERNAS	10,97%
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	9,75%
OUTROS	19,54%

SETOR 3:

DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	38,46%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	18,29%
CAUSAS EXTERNAS	10,25%
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	7,69%
NEOPLASMAS	7,69%
OUTROS	17,97%

SETOR 4:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	27,16%
NEOPLASMAS	19,75%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	14,81%
CAUSAS EXTERNAS	11,11%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	9,87%
OUTROS	17,30%

SETOR 5:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	47,27%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	14,54%
NEOPLASMAS	10,91%
CAUSAS EXTERNAS	9,10%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	7,27%
OUTROS	10,91%

SETOR 6:

DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	22,45%
NEOPLASMAS	16,32%
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	16,32%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	16,32%
CAUSAS EXTERNAS	10,20%
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	8,18%
OUTROS	10,20%

SETOR 7:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	31,58%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	19,30%
CAUSAS EXTERNAS	14,03%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	8,77%
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	5,26%
NEOPLASMAS	5,26%
OUTROS	14,03%

SETOR 8:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	18,67%
SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	17,33%
ALGUMAS AFEC. ORIGINADAS PER. PERINATAL	14,00%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	12,00%
NEOPLASMAS	9,33%
CAUSAS EXTERNAS	8,00%
OUTROS	20,67%

DEFINIÇÃO DOS SETORES:

Setor 1 - C S I

Setor 2 - C S Vila Rio Branco

Setor 3 - C S Jardim Mesquita

Setor 4 - C S Genefredo Monteiro

Setor 6 - C S Vila Belo Horizonte

Setor 7 - Zona Rural

Setor 8 - Endereço ignorado

Setor 5 - C S V.Nova Itapetininga

Fonte : Relatório da II Conferência Municipal de Saúde de Itapetininga, 1992.

Chama atenção que os dados de mortalidade por neoplasias tenham diminuído 75 casos, 10,8% da mortalidade geral para o ano de 1991, para 38 casos, 4,99% para o ano de 1992, o que não ocorreu com as demais doenças da mesma natureza. Espera-se que para as crônico-degenerativas não haja decréscimos na mortalidade num curto espaço de tempo, o que poderia ocorrer com doenças infecto-contagiosas.

6.1.5 - Mortalidade Proporcional Por Faixa Etária:

TABELA 13 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) em menores de um ano, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1991.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
LESÕES AO NASCER	13	37.1	8	23.5	21	30.4
OUTRAS CAUSAS PERINATAIS	5	14.3	7	20.6	12	17.4
EST. MÓRBIDOS MAL DEFINIDOS	5	14.3	7	20.6	12	17.4
PNEUMONIAS	3	8.6	4	11.8	7	10.1
DEMAIS CAUSAS	9	25.7	8	23.5	17	24.7
TOTAL	35	100.0	34	100.0	69	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

TABELA 14- Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) de menores de 1 ano, segundo sexo e principais causas , Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
IMATURIDADE EXTREMA	9	22.5	14	36.8	23	29.5
MAL DEFINIDAS	7	17.5	2	5.3	9	11.5
SEPTICEMIA	6	15.0	2	5.3	8	10.3
BRONCOPNEUMONIA	4	10.0	3	7.9	7	11.5
SOFRIMENTO FETAL	1	2.5	3	7.9	4	5.1
DEMAIS CAUSAS	13	32.5	14	36.8	27	34.6
TOTAL	40	100.0	38	100.0	78	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

Nas tabelas 13 e 14 pode-se verificar que as mortes ocorridas em menores de um ano estão relacionadas às causas perinatais e respiratórias, problemas estes decorrentes, basicamente, da organização dos serviços de saúde, no que diz respeito às perinatais, como assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

TABELA 15- Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária de 1 a 4 anos, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1991.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
INFECTO CONT. PARASITÁRIAS	1	25.0	1	20.0	2	22.2
AVITAMINOSE/ DEF. NUTRICIONAL	-	-	2	40.0	2	22.2
PNEUMONIAS	1	25.0	1	20.0	2	22.2
ANOMALIAS CONGÊNITAS	-	-	1	20.0	1	11.1
ACIDENTES VEIC. MOTOR	1	25.0	-	-	1	11.1
DEMAIS CAUSAS	1	25.0	-	-	1	11.2
TOTAL	4	100.0	5	100.0	9	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

TABELA 16 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária de 1 a 4 anos, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
CAUSAS DESCONHECIDAS	1	50.0	1	16.7	2	25.0
DESNUTRIÇÃO PROT-CALORICO	-	-	2	33.3	2	25.0
DEMAIS CAUSAS	1	50.0	3	50.0	4	50.0
TOTAL	2	100.0	6	100.0	8	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

As mortes ocorridas na faixa etária de 1 a 4 anos são decorrentes da desnutrição proteico-calórica, que está associada a condições de vida precária e que se manifesta também nas doenças infecciosas e parasitárias.

TABELA 17 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária de 5 a 19 anos, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1991.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
ACIDENTES VEIC. MOTOR	3	30.0	2	18.2	5	23.8
HOMICÍDIOS	4	40.0	1	9.1	5	23.8
DEMAIS ACIDENTES	1	10.0	1	9.1	2	9.5
MAL DEFINIDOS	-	-	2	18.2	2	9.5
DEMAIS CAUSAS	2	20.0	5	45.4	7	33.4
TOTAL	10	100.0	11	100.0	21	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

TABELA 18 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária de 5 a 19 anos, segundo sexo e principais causas , Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	Nº	%		
FRATURAS MÚLTIPLAS	5	35.7	-	-	5	29.4
QUEIMADURAS	1	7.1	2	66.7	3	17.6
BRONCOPNEUMONIA	2	14.3	-	-	2	11.8
DEMAIS CAUSAS	6	42.9	1	33.3	7	41.2
TOTAL	14	100.0	3	100.0	17	100.0

FONTE: Fundação SEADE

Na faixa etária de 5 a 19 anos, surgem como principais causas os acidentes, decorrentes, provavelmente, da atividade social a que este grupo está exposto, como o transporte, o trabalho, etc.

TABELA 19 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária de 20 a 49 anos, segundo sexo e principais causas , Itapetininga, 1991.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
MAL DEFINIDAS	13	13.4	2	5.9	15	11.5
DOENÇAS NÃO RELACIONADAS	11	11.3	4	11.8	15	11.5
ACIDENTES VEIC. MOTOR	13	13.4	2	5.9	15	11.5
DOENÇAS CÉREBRO- VASC.	6	6.2	7	20.6	13	9.9
DEMAIS ACIDENTES	11	11.3	2	5.9	13	9.9
NEOPLASMAS	5	5.2	5	14.7	10	7.6
DOENÇAS ISQUEMICAS CORAÇÃO	6	6.2	1	2.9	7	5.3
DEMAIS CAUSAS	32	33.0	11	32.3	43	32.8
TOTAL	97	100.0	34	100.0	131	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

TABELA 20 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária de 20 a 49 anos, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
MAL DEFINIDAS	14	21.2	7	14.0	21	18.1
FRATURAS MÚLTIPLAS	8	12.1	3	6.0	11	9.5
INFARTO AGUDO MIOCARDIO	4	6.1	3	6.0	7	6.0
DOENÇAS CÉREBRO VASC.	2	3.0	4	8.0	6	5.2
DEFICIÊNCIA IMUNITARIA	5	7.6	1	2.0	6	5.2
DEMAIS CAUSAS	33	50.0	32	64.0	65	56.0
TOTAL	66	100.0	50	100.0	116	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

Os acidentes na faixa etária de 20 a 49 anos, ainda são as principais causas de morte; porém, já aparecem aqui, secundariamente, as doenças crônico-degenerativas.

TABELA 21 - Distribuição do números de óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária acima de 50 anos, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1991.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
NÃO RELACIONADAS	35	14.1	32	15.0	67	14.5
MAL DEFINIDAS	32	12.9	31	14.4	63	13.6
NEOPLASMAS	28	11.3	35	16.3	63	13.6
DOENÇAS ISQUEM. CORAÇÃO	40	16.1	21	9.7	61	13.1
OUTRAS DOENÇAS CORAÇÃO	28	11.3	27	12.6	55	11.9
DOENÇAS CEREBRO VASC.	34	13.7	21	9.7	55	11.9
DEMAIS DOENÇAS	51	20.6	48	22.3	99	21.4
TOTAL	248	100.0	215	100.0	463	100.0

FONTE: Fundação SEADE.

TABELA 22 - Distribuição dos óbitos e mortalidade proporcional (%) na faixa etária acima de 50 anos, segundo sexo e principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	MASC		FEM			
	No.	%	No.	%		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	32	12.1	29	13.0	61	12.5
MAL DEFINIDAS	27	10.2	27	12.0	54	11.1
INFARTO DO MIOCARDIO	31	11.7	13	5.8	44	9.0
DOENÇA CÉREBRO VASC.	28	10.6	14	6.3	42	8.6
BRONCOPNEUMONIA	12	4.6	10	4.5	22	4.5
HIPERTENSÃO	5	1.9	15	6.7	20	4.1
DEMAIS CAUSAS	129	48.9	116	51.8	245	50.2
TOTAL	264	100.0	224	100.0	488	100.0

Fonte: Fundação SEADE.

Na faixa etária acima de 50 anos predominam as mortes por doenças crônico-degenerativas, o que indica um perfil de saúde de país desenvolvido, não fosse o indicador de Swaroop-Uemura baixo.

6.2 - Dados de Morbidade

Os dados de morbidade refletem o perfil da Rede de Unidades Básicas do Município, de forma que ficam excluídos todos os casos que não procuram a assistência e aqueles que são atendidos no Hospital. Neste perfil de morbidade não é possível discriminar os casos que vêm da zona rural porque não é identificada a procedência do usuário.

TABELA 23 - Distribuição da frequência e porcentagem da morbidade, segundo principais causas, Itapetininga, 1992.

PRINCIPAIS CAUSAS	No.	%
GRAVIDEZ NORMAL	8.103	6,53
HIPERTENSÃO	5.608	4,52
INF. VIAS RESPIRATÓRIAS	4.966	4,00
MAL DEFINIDAS	4.658	3,76
EXPEDIÇÃO CER. MÉDICO	4.574	3,69
DOENÇAS PARASITÁRIAS	4.280	3,45
AMIGDALITE AGUDA	3.460	2,79
DIABETES MELLITUS	3.256	2,63
BRONQUITE	2.964	2,39
DEMAIS CAUSAS	82.156	66,24
TOTAL	124.025	100,00

FONTE: Sistema de Gerenciamento Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga.

A primeira causa de morbidade, gravidez normal, está expressando, provavelmente, a cobertura do Programa da Mulher no acompanhamento gestacional. O grande número de casos classificados como mal definidos indica um preenchimento dos prontuários inadequado e, provavelmente, o grupo de poliqueixosos.

Quanto à quinta causa, expedição de certificados médicos, uma das UBSs da Rede, se responsabiliza pela totalidade dos atestados para os funcionários públicos, que são estimados em 13.000. Isso relaciona-se ao fato de Itapetininga ser sede de região.

No todo, esse perfil de morbidade é semelhante ao que se passa em outros municípios, se considerarmos as características dos Programas de Saúde, em UBS, no Estado de São Paulo.

É importante salientar que a coleta de dados para o levantamento da morbidade da tabela 24, expressa não somente a morbidade propriamente dito, mas a oferta dos serviços, indicado pela dado de gravidez normal e expedição de certificado médico, o que pode falsear a análise e a relação deste com outros indicadores de saúde.

As principais causas de morbidade de Janeiro à Julho de 1993 são as seguintes:

- 1a. - Gravidez;
- 2a. - Expedição de Certificados Médicos;
- 3a. - Hipertensão Essencial;
- 4a. - Infecção Aguda das Vias Respiratórias;
- 5a. - Doenças Parasitárias e as Não Específicas;
- 6a. - Causas Mal Definidas;
- 7a. - Diabetes Mellitus;
- 8a. - Amigdalite Aguda;
- 9a.- Bronquite Não Especificada.

TABELA 24 - Distribuição do número e porcentagem da morbidade geral, segundo faixa etária, Itapetininga, 1992.

FAIXA ETÁRIA	No.	%
MENOR DE 1 ANO	8.227	6,63
DE 1 A 4 ANOS	13.859	11,17
DE 5 A 19 ANOS	27.010	21,79
DE 20 A 49 ANOS	53.434	43,08
50 ANOS E MAIS	21.495	17,33

FONTE: Sistema de Gerenciamento Ambulatorial da Secretaria Municipal de Itapetininga.

TABELA 25 - Distribuição do número e porcentagem da morbidade geral, segundo Unidades Básicas de Saúde do Município de Itapetininga, 1992.

UNIDADES BÁSICAS	No.	%
C S I	45.154	36,41
CS II VILA RIO BRANCO	18.356	14,80
CS II JD. MESQUITA	18.825	15,18
CS II GENEFREDO MONTEIRO	16.137	13,01
CS II VILA NOVA ITAPETININGA	9.279	7,48
CS II VILA BELO HORIZONTE	8.104	6,53
CSII GRAMADINHO	2.714	2,19
PAS RECHA	4.318	3,48
PAS MORRO DO ALTO	1.138	0,92
TOTAL	124.025	100,00

FONTE: Sistema de Gerenciamento Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de Itapetininga.

6.3 - Dados de Notificação Compulsória

TABELA 26 - Distribuição do número e coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes de casos de notificação compulsória, segundo patologias, Itapetininga, 1989 à 1993.

PATOLOGIA	1989	1990	1991	1992	1993
HANSENÍASE	05 (0,51 ‰)	10 (1,00 ‰)	26 (2,55 ‰)	13 (1,26 ‰)	11 (1,05 ‰)
TUBERCULOSE	60 (6,08 ‰)	60 (5,99 ‰)	67 (6,60 ‰)	69 (6,68 ‰)	62 (5,91 ‰)
HEPATITE	146 (14,80 ‰)	32 (3,20 ‰)	90 (8,84 ‰)	123 (11,90 ‰)	48 (4,60 ‰)
LEISHMANIOSE	--	--	01 (0,10 ‰)	01 (0,10 ‰)	01 (0,10 ‰)
MENINGITES	20 (2,03 ‰)	25 (2,50 ‰)	24 (2,36 ‰)	36 (3,50 ‰)	14 (1,33 ‰)
MALÁRIA	--	01 (0,10 ‰)	01 (0,10 ‰)	--	01 (0,10 ‰)
ESQUISTOSSOMOSE	04 (0,40 ‰)	02 (0,20 ‰)	01 (0,10 ‰)	01 (0,10 ‰)	01 (0,10 ‰)
LEPTOSPIROSE	02 (0,20 ‰)	--	01 (0,10 ‰)	--	--

FONTE: S V 2 da Secretaria Municipal de Itapetininga.

Os dados de notificação compulsória de Hanseníase têm se mantido ao longo dos anos citados, exceto no ano de 1991 quando ocorreu um acentuado aumento. O coeficiente de prevalência para o Estado de São Paulo tem variado em torno de 0,12‰ habitantes conforme Relatório de Avaliação Anual de Hanseníase do Ministério da Saúde.

Os coeficientes de notificação compulsório de Tuberculose têm se mantido acima do padrão do Estado de São Paulo que tem variado de 4,72 a 52,3‰ habitantes, no ano citado, conforme informação do C.V.E. (Centro de Vigilância Epidemiológica).

Nota-se dois surtos epidêmicos de Hepatite, um em 1989 e outro em 1992.

O Sistema de gerenciamento ambulatorial da Secretaria de Saúde, responsável pelos dados de morbidade de 1992, não deu tratamento aos mesmos por sexo, somente por faixa etária.

7. Saneamento Básico e ambiental

7.1 Sistema de abastecimento público de água

O Município de Itapetininga situa-se na Unidade de Gerenciamento de Recursos Hídricos do Alto Paranapanema. Ele possui recursos hídricos superficiais abundantes e baixo potencial de exploração do manancial subterrâneo, boa qualidade de águas, extensas áreas irrigadas e áreas de ocorrência de inundações em concentrações urbanas.

São captados 400 litros/s de água do Rio Itapetininga, sendo que sua capacidade é de 800 litros /s . O tratamento de água é feito pelo SABESP, centralizado em uma única Estação de Tratamento (E.T.A.), onde ela recebe flúor, cal, sulfato, cloro e algumas vezes polieletrólitos. A quantidade de flúor colocada é calculada pela vazão de água que entra para tratamento .

A qualidade da água que está sendo tratada é analisada de hora em hora, através do método colorimétrico, para controle do cloro, flúor, pH e turbidez e diariamente é feita análise de água, coletada em vinte pontos diferentes , em pontas de rede, sendo a dosagem de cloro verificada no local da coleta e o restante feito na ETA em dois laboratórios. Um desses laboratórios é bacteriológico onde são analisados coliformes totais e fecais e um físico-químico que analisa pH, coloração, turbidez, alcalinidade, dureza, cálcio, alumínio, ferro, manganês, sulfato, flúor e sólidos totais. O flúor é analisado, neste momento, pelo método politenciométrico e eletrodo seletivo, que é mais sensível que o colorimétrico Scott Sanches, feito anteriormente.

Tabela 27 - Número de ligações de água e porcentagem de atendimento no Município de Itapetininga

	Novembro 1990	Janeiro 1991	Março 1993
Rede (metros)	155.603	322.916	341.440
Ligações (N °)	12.697	22.543	24.967
Reservação (m ³)	6.385	7.810	10.410
Atendimento (%)	87,0	90,0	99,0

Fonte - SABESP, 1993

A captação de água nos bairros rurais é feita através de poços artesianos.

7.2 Sistema de esgotos sanitários

O esgoto captado nas casas, indústrias, comércio e repartições públicas não recebe tratamento e é lançado em dois rios que cortam o município : o Ribeirão do Chá e o Ribeirão dos Cavalos.

Tabela 28 - Número de ligações e captação de esgoto no Município de Itapetininga

	Nov. /80	Janeiro / 91	Março / 93	Set / 93
Rede (metros)	124.482	155.978	183.887	192.325
Ligações (N°)	10.845	17.602	20.094	20.660
Atendimentos(%)	73,0	70,3	77,4	79,1

Fonte - SABESP / 93

7.3 Resíduos sólidos

A coleta de resíduos sólidos é de responsabilidade da Prefeitura Municipal. Até 1992, era realizada a coleta seletiva do lixo hospitalar. Atualmente, não há mais essa diferenciação e o lixo contaminado é destinado ao mesmo local do lixo comum. Ambos são compactados, mas mesmo assim, o lixo hospitalar fica exposto. Não há drenagem e o chorume corre a céu aberto.

O "lixão ", localiza-se aproximadamente a 12 Km do centro da cidade, sendo que há seis ou sete famílias vivendo no local, sustentando-se a partir da comercialização de lixo reciclável.

Existe um projeto de instalação de uma usina de compostagem, através de um consórcio intermunicipal, que deverá ser financiado em parte pelo Banco Mundial.

IV. SISTEMA DE SAÚDE

1. MUNICIPALIZAÇÃO

Visando efetivar o princípio da regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde, o governo Federal vem adotando como estratégia política, técnica e administrativa a chamada municipalização.

Nesse processo de descentralização do poder e dos recursos disponíveis (econômicos, organizativos e técnicos), há que se levar em conta as características que marcam as diferenças regionais e os conflitos de poder ao nível das esferas de governo federal, estadual e municipal-- e aqueles decorrentes da relação com o setor privado.

É necessário ter presente as várias dimensões da municipalização para que o seu processo se dê de forma eficaz e se atinjam resultados eficientes. Essas dimensões configuram-se nas seguintes áreas:

*Administração/Gestão dos Serviços de Saúde -- públicos e privados;

*Participação/Controle social;

*Modelo Assistencial de Vigilância à Saúde que, além do atendimento à demanda, deve priorizar o planejamento e a organização dos serviços a partir do perfil epidemiológico (problemas de saúde prevalentes).

Como instrumento para viabilizar a gerência desse processo, o Ministério da Saúde implantou a Norma Operacional Básica n. 01/93, que determina o novo modo de repasse de verbas federais e financiamento do setor Saúde, levando-se em conta o potencial de cada município.

No caso de Itapetininga, a municipalização encontra-se em fase de solicitação oficial à Comissão Bipartite do Estado de São Paulo para ingressar na classificação de gestão semi-plena, conforme a NOB n. 01/93.

Até o momento já houve a transferência de duas unidades de saúde do Estado para a gestão municipal, em 1987, e também foi criado o serviço municipal de Vigilância Epidemiológica.

O município conta com o Conselho Municipal de Saúde e já foram realizadas duas Conferências Municipais de Saúde.

A Secretaria ainda não conseguiu encontrar um profissional que se responsabilize pelo controle das emissões de AIHs. Quanto ao Plano Municipal de Saúde e o Plano de Carreiras dos Profissionais de Saúde estão em fase de elaboração.

A criação de um sistema de informação local de saúde, para o monitoramento e vigilância do setor, é um dos pontos principais para a efetivação do processo.

Só será possível a mudança do eixo sanitário, que hoje está voltado para o atendimento da demanda, através de um gerenciamento adequado do sistema que evite, por exemplo, internações desnecessárias e cobra procedimentos de alto custo.

O processo de municipalização apresenta alguns pontos críticos que, de certa forma, intranquilizam o poder local:

- a instabilidade do repasse de verbas federais que não é sistemático
- o valor estabelecido pelo Ministério da Saúde para o pagamento das ações e procedimentos, não cobre a totalidade dos gastos.

2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O Sistema de Saúde de Itapetininga compõe-se atualmente de 6 Unidades Básicas em zona urbana, 3 Unidades Distritais e 14 Postos em zona rural, 1 Ambulatório de Especialidades e 1 Hospital de referência do qual fazem parte 3 Unidades (hospital geral, maternidade e hospital infantil). Conta ainda com laboratório clínico (Adolfo Lutz, estadual), Centro Regional de Fisioterapia (também estadual) e Centro Psiquiátrico Regional (do CONDERGI, consórcio de 12 Municípios da região).

A) Unidades Básicas (de zona urbana).

As seis UBSs estão bem distribuídas pela zona urbana; duas localizam-se na região central e quatro nas áreas mais periféricas. Dessas unidades, duas eram Estaduais e foram municipalizadas e quatro foram construídas após a municipalização. Todas funcionam de 7 às 19 horas de 2a. a 6a. feira. São Unidades bastante centradas na figura do médico e organizam-se para atendimento da demanda sentida, ou seja, a população que procura o serviço, realizando programas de atenção à diabetes, hipertensão arterial, saúde bucal, saúde da mulher e saúde da criança. Esses programas são constituídos por atendimento médico, de enfermagem, alguns grupos de orientação e, na maioria das unidades, busca dos faltosos através de visita domiciliar.

Os médicos dessas UBSs, com poucas exceções, atendem de dezesseis a vinte pacientes, ou seja, pouco mais de 100% de sua capacidade máxima. De modo geral são reservados, por dia e por médico, duas vagas para urgências.

Desde o início de 1993, cinco dessas Unidades têm em sua direção enfermeiras e apenas uma manteve a direção médica. Essa decisão, tomada pela Secretaria da Saúde em

resposta ao pouco envolvimento dos médicos com as Unidades, parece apresentar frutos positivos (melhor gerenciamento, por exemplo) e negativos (principalmente oposição de médicos).

As UBSs fazem diariamente estatísticas de produção e mensalmente de morbidade, dados que nos pareceram pouco utilizados no planejamento interno.

Todas as Unidades trabalham com Conselho Gestor.

B) Unidades Distritais.

São Unidades localizadas em pontos extremos do Município de Itapetininga: Rechã, Morro do Alto e Gramadinho (vide mapa anexo). São semelhantes às de zona urbana em organização e recursos humanos, com médicos fixos e atendimento diário. Esses bairros são os mais populosos da zona rural e, segundo a Secretaria da Saúde, provavelmente, no futuro, serão novos Municípios.

C) P.A.S.

São postos de saúde rurais, caracterizados essencialmente pela presença de agentes de saúde e não pela existência propriamente de uma Unidade. Alguns agentes utilizam salões de igrejas e até sua própria residência para sediar o trabalho, embora a maioria dos PAS, esteja ocupando já uma sede própria e outros estejam sendo construídos. São edificações de madeira que seguem o seguinte padrão: sala de recepção e atendimento do agente, sala de curativos, sala de inalação, farmácia, copa, consultório médico e banheiro.

Alguns recebem médico para atendimento (também de 16 a 20 consultas por dia) uma vez por semana, outros uma vez por mês; outros ainda não recebem atendimento médico regular.

Os agentes realizam visitas domiciliares (a previsão é de 20 por mês), palestras em escolas, medem pressão arterial e temperatura, fazem curativos em ferimentos simples, retiram pontos. Podem prescrever soro para hidratação oral, analgésicos e anti-térmicos mais comuns. Espera-se que orientem a comunidade com relação a higiene, cuidados básicos de saúde, encaminhem às Unidades ou agente para o médico de seu PAS, os casos que demandem consulta , gestantes para pré-natal, crianças com falhas de vacinação, etc.. Espera-se ainda que auxiliem as pessoas para marcar exames, receber medicamentos e transporte em caso de urgência.

Há , no momento, 14 PAS na zona rural de Itapetininga, com 16 agentes de saúde.

D) Ambulatório de Especialidades.

Trata-se de Unidade Estadual, não foi municipalizada. Fica no centro da cidade, próximo ao C.S. I.

É referência ambulatorial nas seguintes especialidades: otorrinolaringologia, oftalmologia, neurologia, cirurgia geral, gastroenterologia, cardiologia, ginecologia (inclusive colposcopia), dermatologia, urologia e ortopedia.

E) Hospital.

A Santa Casa de Itapetininga é o único hospital da cidade e é composto por três Unidades: hospital geral com 202 leitos, maternidade com 53 leitos e hospital infantil com 80 leitos. Essas Unidades são dirigidas por dois administradores e uma mesa administrativa (provedor, tesoureiro, secretário e mordomo) comum às tres, e um Diretor Clínico para cada Unidade. O Complexo possui 461 funcionários, entre os quais 65 médicos e 8 enfermeiras.

Do total de atendimentos 85% provém do SUS e o restante de convênios (UNIMED, Banco do Brasil e outros) e particulares.

A Santa Casa possui pronto-socorro, enfermarias clínica e cirúrgica, centro cirúrgico, enfermaria de isolamento, UTI, banco de sangue, laboratório para exames de rotina e radiologia.

A entrada do paciente se dá, em sua maioria, através do Pronto-Socorro. As urgências gerais e pediátricas são atendidas no P.S. geral, e as emergências ginecológicas e obstétricas são atendidas diretamente pela Maternidade.

Embora a maioria dos casos seja do próprio Município de Itapetininga, a Santa Casa funciona como referência para alguns municípios vizinhos.

Os plantonistas do Pronto -Socorro são generalistas mas há sempre um ortopedista de plantão. Os demais especialistas fazem plantão à distância, sendo contatados quando necessário.

O Pronto-Socorro realiza de 7000 a 7500 atendimentos mensais entre consultas, curativos, exames radiológicos, suturas e outros. Segundo o administrador do hospital, a maioria desses atendimentos poderia ser feito em Unidades Básicas e já chegou a ser de 10.000 por mês. São realizados atendimentos ambulatoriais apenas na Ortopedia. Os médicos atendem tanto pelo SUS quanto pelos convênios e recebem por produtividade, além de atender também a consultas particulares, que não constituem um número expressivo.

F) Laboratórios.

Existe no município o Laboratório II Itapetininga, do Instituto Adolfo Lutz, referência regional da administração estadual. Realiza os exames mais complexos(imunofluorescência e outros que demandam procedimentos mais sofisticados), ficando os mais simples com os laboratórios conveniados com o SUS.

G) Centro Regional de Fisioterapia

O C.R.F. funciona de segunda à sexta feira das 7:00 às 17:00 horas com agendamento prévio de pacientes. São responsáveis pelo Centro dois fisioterapeutas que se revezam por períodos de cinco horas, respondendo pela avaliação e tratamento fisioterápico indicado; existem ainda doze auxiliares para a execução do trabalho.

O equipamento existente é completo e responde às necessidades do Centro, que atende as seguintes áreas: Ortopedia e Traumatologia, Pneumologia e Neuropediatria, sendo que 89% dos atendimentos se relaciona a problemas de coluna.

Os pacientes atendidos são em sua maioria segurados do INSS de Itapetininga e de de municípios vizinhos e há um grande número de pacientes provenientes do Ambulatório de Ortopedia da Santa Casa . Por dia são atendidos em média 180 pacientes.

Além de se utilizar do Centro Regional de Fisioterapia, o município mantém convênio com uma clínica privada (Ortoclinica).

H) Saúde Mental

Na rede básica de saúde de Itapetininga existe uma única equipe de Saúde Mental, no CS I , composta por um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social, que trabalham principalmente com adolescentes. Essa mesma equipe também faz parte de um atendimento articulado com o infectologista dessa Unidade na atenção aos aidéticos e portadores de HIV positivo, programa este que é referência para toda a rede.

A atenção específica à Saúde Mental está toda centralizada no Centro Psiquiátrico Regional que é mantido pelo CONDERGI (como já foi mencionado, é um consórcio de doze prefeituras da região). Trata-se de um complexo que reúne, num mesmo local e com a mesma equipe, uma Unidade de Emergência com quatro leitos de observação, uma Unidade de Internação com sessenta leitos (quarenta masculinos e vinte femininos), um Núcleo de Atenção Psicossocial

(NAPS) com cerca de trinta e cinco pacientes em regime de hospital-dia e uma Unidade Ambulatorial para adultos e crianças.

Esse complexo fica numa área de 16 alqueires cedida pelo Estado e que era ocupada anteriormente pela Escola Agrícola. Apesar de localizar-se na zona rural, bairro da Chapadinha, é bastante próximo da zona urbana.

Foi criado há quatro anos, a partir das concepções de hospital aberto e que utilizaria internações curtas, apenas para tratamento de crises, com equipe multiprofissional extremamente envolvida com essa proposta. Ao longo deste período, esse Centro vem sofrendo diversos problemas como a perda de pessoas importantes para o projeto, dificuldades no relacionamento com as prefeituras participantes do Consórcio, perdas salariais significativas etc., que desencadearam uma verdadeira crise institucional. A equipe técnica, que já teve mais de trinta profissionais, conta hoje com: três psiquiatras, dois clínicos que se revezam nos plantões, dois psicólogos, uma nutricionista, dois recreacionistas, dois assistentes sociais, dentistas e um professor de educação física.

Possuem criação de porcos, codornas e galinhas, uma grande horta que fornece produtos para todas as creches da Prefeitura e pomar.

Procuram estreitar seus contatos com a comunidade realizando festas abertas, palestras em escolas, visitas às Unidades de Saúde, cursos sobre alcoolismo em empresas como SABESP, 3M, etc..

I) Atendimentos particulares

Chama a atenção o grande número de consultórios médicos particulares na cidade. Diversos funcionários das Unidades Básicas de Saúde referiram-se a problemas de horário dos médicos quanto ao período de trabalho, ou seja concentração de profissionais em determinado período e escassez em outro, justificando; "no outro período eles estão no consultório". Este fato, usual e corriqueiro em todos os lugares do país, chama a atenção, no entanto, por parecer um tanto excessivamente incorporado no discurso da rede pública, sugerindo uma certa cumplicidade entre público e privado.

Outro fato que merece menção especial é que a assistência médica oferecida pela Prefeitura aos seus funcionários é realizada através de convênio com a UNIMED, cooperativa médica, e portanto não se utilizam da rede pública de saúde onde prestam serviço.

J) Vigilância Epidemiológica

A cidade conta com um sistema de Vigilância Epidemiológica precário, composto de duas pessoas que trabalham ao nível municipal e é centralizado no ERSA 36. O sistema ainda não é informatizado. É utilizado o Setor de Informática da Prefeitura para a condensação dos dados e confecção de relatórios sobre morbidade, mortalidade e registro de nascidos vivos e nascidos mortos, mas não há análise posterior desses dados.

A coleta de dados é realizada de forma manual, sendo que os de morbidade são provenientes das F.A.A.s das Unidades e os referentes às doenças de notificação compulsória, provenientes da Santa Casa e Ambulatórios de Especialidades. Os dados sobre mortalidade são obtidos através dos registros de óbito dos cartórios e de visitas aos cemitérios para a comparação de informações.

K) SUCEN

A base de sua equipe esta sediada em Itapetininga mas dá cobertura à toda a região do ERSA 36. No momento, faz controle de vetores de febre amarela e de dengue. Na zona rural realiza pesquisa sobre o barbeiro e casos de leishmaniose em um dos bairros. Trabalha em conjunto com a Vigilância Epidemiológica.

L) Vigilância Sanitária

A equipe de Vigilância Sanitária é formada pelos seguintes profissionais: um farmacêutico, um cirurgião-dentista, um engenheiro, um advogado e dois agentes de saneamento. Está sob o controle do ERSA 36, não tendo sido municipalizado.

A Vigilância desenvolve atividades educativas como palestras em escolas para professores e merendeiras e utiliza alguns meios de comunicação para a divulgação de informes. A participação da população é pontual, resumindo-se a denúncias. Na área de saúde do trabalhador não há nenhuma atuação.

Quanto ao controle de alimentos, os produtos de origem vegetal não sofrem fiscalização regular e os de origem animal não têm nenhum controle, sendo que 80% da carne consumida é de origem clandestina.

Nos estabelecimentos de varejo e indústrias de transformação de produtos não há controle. Nos estabelecimentos de consumo, nas feiras livres e ambulantes, há inspeção e coleta de material para análise.

O controle de zoonoses é realizado pelo município e a retaguarda laboratorial, para análise do material colhido, é feita pelo Laboratório Adolfo Lutz.

M) Saúde Bucal

O Programa de Saúde Bucal possui uma equipe composta de: quarenta cirurgiões dentistas, vinte e seis atendentes de consultório dentário (ACD) e uma auxiliar de enfermagem. A equipe está distribuída nas seis unidades de saúde urbanas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, oito escolas, quatro unidades de saúde rurais e duas equipes modulares simplificadas móveis.

O atendimento prioritário é dirigido a crianças de zero a catorze anos, mas também realizam o atendimento de toda a demanda: gestantes e nutrízes, adultos em pronto-atendimento, atendimento de emergência e nas especialidades.

3. COMENTÁRIOS

O sistema de saúde de Itapetininga, dentro de seu perímetro urbano, atinge os parâmetros recomendados pela OMS em termos de equipamentos.

Há afinidade entre o perfil epidemiológico e as ações programáticas das UBSs. Segundo o plano diretor das unidades, o planejamento do serviço é basicamente o mesmo em todas elas:

- programa de saúde da mulher
- programa de planejamento familiar
- programa da gestante
- programa de aleitamento materno
- programa de crescimento e desenvolvimento
- programa de imunização
- programa de verminoses
- programa de hipertensão
- programa de diabetes

Apesar disso sofrer pequenas variações de unidade para unidade, interessa saber o que vêm a ser esses programas.

Sabemos que a partir da década de 70 o movimento sanitário lutou pela alteração, entre outras coisas, dos padrões de produção nos serviços de saúde. Em "A Saúde Pública e a Defesa da Vida", Gastão Wagner avalia que hoje em dia "de certa forma, estaria se

concretizando a antiga utopia sanitária da subordinação dos serviços de saúde a lógica da epidemiologia e do planejamento". (3)

A organização programática prescrita em muitos dos documentos do Ministério da Saúde é uma busca em se estabelecer a prática sanitária a partir da epidemiologia, caminho pelo qual as necessidades de saúde seriam identificadas.

A questão é que creditar à Epidemiologia, exclusivamente, a legitimação do que pode ser definido como necessidade talvez seja um excesso. Há quem se oponha a essa concepção por considerar que possivelmente haja "... até mesmo a impossibilidade de um diagnóstico epidemiológico apontar as legítimas necessidades de saúde. Isto porque uma legitimidade é sempre socialmente definida, dependendo da cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada época, e não consta que a Epidemiologia seja capaz de tecnicamente realizar a proeza de definir o que, em última instância, só é definido pela ação individual e coletiva de milhões de sujeitos sociais, pertencentes a diferentes classes sociais e com capacidades de influenciar a composição final desse mosaico, conforme sempre o é a necessidade concretamente reconhecida como legítima em cada situação específica." (3)

A programação na ótica da CENDES/ OPS seria um método de " ... recortar a realidade por meio de danos à saúde e, assim , através desta técnica, se aproximar das necessidades sociais pela via das doenças ".(3)

Embora os programas sejam um instrumento para a realização da promoção e prevenção em saúde (prática sanitária), incluindo o tratamento, seriam além disso uma forma de se normatizar demanda deslocando o eixo de trabalho da prática curativa para a prática sanitária. A questão é saber se de fato esse deslocamento ocorre.

Achamos que isso mais parece uma forma de denominar o que se faz no interior dos serviços, do que a expressão daquilo que é feito mesmo. Apesar de apoiados no elenco de patologias que representam os grupos de risco, e de priorizarem as ações nessa direção, os programas não alcançam transcendência objetiva, isto é, não chegam a mudar o perfil dos serviços a ponto de diferenciá-los daqueles que, a exemplo dos antigos postos do INAMPS, realizavam a prática clínica, a "consulta" como alguns autores a denominam.

Na verdade as questões que giram em torno da discussão sobre prática clínica, definida como modelo de atenção individual curativa, e a prática sanitária, apoiada na Epidemiologia e ocupada do coletivo parecem criar uma falsa dicotomia entre Clínica e Epidemiologia, pois não é verdade que a Clínica ignore a Epidemiologia.

Entramos nessa discussão apenas para tentar encontrar as concepções subjacentes a essa "apresentação" tão familiar, ao menos no Estado de São Paulo, dos serviços, pois achamos que "fazer programas" é quase que uma exigência para se conseguir respeitabilidade sanitária.

Na realidade os programas não abarcam de fato as ações de promoção, limitando-se ao controle das doenças crônicas, com algum incremento da prevenção (no caso do programa de saúde da mulher e dos programas de imunização), e apoiados principalmente nas consultas médicas.

Não sabemos como aprofundar essa questão. Fato é que a repressão de demanda referida também em Itapetininga sempre gira em torno da incapacidade dos médicos absorverem o volume potencial de consultas que não conseguem entrar na agenda, ou seja, pessoas que não conseguem acesso ao serviço. Porém é preciso considerar que a ênfase na oferta de consultas gera demanda por consultas, prática que ao longo dos anos, somada a uma " mentalidade hipocondríaca" de época, deve também ser objeto de atenção dos serviços.

O que pudemos observar no Sistema de Saúde de Itapetininga é que, além dos programas nos moldes do que acabamos de comentar, e no mais semelhantes ao que acontece na rede pública, por exemplo da cidade de São Paulo, existem elementos mais ricos no cotidiano das U.B.S.s que mereceriam destaque.

O fato de todas as unidades possuírem Conselho Gestor faz com que algumas necessidades da comunidade cheguem ao serviço por outra via que não a da consulta. Além dos conselhos, a Pastoral de Saúde tem núcleo em muitos bairros, há ainda o trabalho dos Vicentinos; e as próprias agentes de saúde. São movimentos todos eles que se cruzam e acabam gerando uma demanda completamente diversa e irredutível a agendas e ao espaço físico da unidade. Achamos que o interesse participativo das pessoas que compõem esses grupos pode ser a base para o planejamento de cada unidade, pois é através deles que o perfil de morbidade ganha contexto. Quem sabe por esse caminho se conseguisse um casamento bem sucedido, e não pró-forma, da Clínica e da Epidemiologia, ambas inseridas na produção social e cultural das comunidades. Pode também ocorrer que, ao se deixar penetrar por essas necessidades geradas ao redor e extra-unidade, a programação seja de fato uma forma de organizar o trabalho técnico e de fazê-lo abarcar a promoção, cuidando para que as necessidades de saúde ganhem legitimação na produção desse trabalho.

Comentando outro aspecto do Sistema de Saúde do Município, que também não difere em nada do que acontece em quase todo o país, o sistema de referência e contra-referência limita-se a encaminhar para outro serviço os casos que, esgotada a capacidade de resolução do equipamento, podem ser atendidos em outro. No caso específico dos encaminhamentos das agentes de saúde, na maioria das UBSs não há qualquer prioridade; elas entram na fila de marcação de consultas como aqueles que procuram espontaneamente o serviço. São fatos como esse que sugerem que a programação, por si só, não dá conta de organizar, normatizar e facilitar o acesso.

Para a área urbana as UBSs são porta de entrada, mas para a zona rural, dada a distância e o trabalho das agente, elas deveriam funcionar como referência efetiva.

O Ambulatório de Especialidades responde pelo nível secundário e a hierarquização do sistema é completada pela Santa Casa, único hospital conveniado com o SUS.

Do ponto de vista da oferta de leitos, parece não haver insuficiência. Não pudemos, no entanto, avaliar a qualidade da assistência. Vimos que o planejamento conjunto com a Secretaria Municipal da Saúde se dá de forma incipiente, mas já pôde reduzir em 25% o volume de atendimentos do Pronto Socorro que, segundo o administrador do hospital, poderiam em sua grande maioria ser resolvidos nas UBSs.

Espera-se que a entrada do município no sistema de gestão semi-plena altere esse vínculo, devido ao controle do repasse de verbas que a Secretaria passará a exercer.

Não diretamente ligado aos equipamentos de saúde, mas parte fundamental do sistema, a Vigilância Sanitária não foi municipalizada, estando a cargo do ERSA 36. A falta de alguns profissionais especializados, além de ser ela responsável por muitos municípios, limita por demais a sua operatividade no sistema. A intenção de se enquadrar na norma operacional n.01/93 exige esforços do município no sentido de assumi-la de fato.

Quanto à Vigilância Epidemiológica, o sistema de informação local de saúde precisa ser constituído de uma forma mais efetiva para que haja uma dinâmica de aproveitamento contínuo. O controle dos dados de morbidade, que pareceu-nos eficiente, somado à setorização territorial já estabelecida, seriam elementos suficientes para desencadear um processo de planejamento local em saúde a partir das unidades. Isso certamente modificaria o perfil de seu atendimento, hoje baseado na programação verticalizada.

Cabe ressaltar ainda que os dados de mortalidade apresentam-se com um viés bastante acentuado, uma vez que a segunda causa de óbito é apontada como "causas mal definidas / sem assistência médica". Isso no nosso entender se dá pela ausência de assistência médica e de um Serviço de Verificação de Óbitos no município.

Não comentamos até aqui sobre a Saúde Mental. Na verdade, apesar de diagnosticados em UBSs. casos referentes a questões psíquicas, a Saúde Mental não está incluída na Atenção Primária. Toda a assistência em Saúde Mental está concentrada no Centro Regional de Psiquiatria (CONDERGI) que, a despeito de sua inspiração, não conseguiu penetrância, até onde pudemos perceber, no conjunto de ações realizadas no sistema de saúde do município.

V. AGENTES DE SAÚDE NA ZONA RURAL

Através de informações obtidas na reunião do coletivo das agentes coordenada por parte da equipe do T.C.M., nas visitas a onze áreas rurais, entrevistas com as agentes e com a assessoria técnica da Secretaria Municipal da Saúde, foram coletadas informações e dados sobre o que é, e qual é o trabalho do agente comunitário de saúde no Município de Itapetininga.

As experiências de trabalho com agentes de saúde são inúmeras, em mais de trinta e cinco países no mundo. A OMS / UNICEF tem relatado experiências dessa natureza sobretudo no continente africano. Destaca-se também a experiência brasileira do estado do Ceará. Bastante conhecido e divulgado no estado de São Paulo é o projeto dos agentes comunitários de saúde da região do Vale do Ribeira, coordenada pelo ERSA 49.

Em Itapetininga esse trabalho começou há doze anos com o então Secretário da Saúde do Município, Dr. José Maria G. Bastos.

Na época, a Secretaria Municipal da Saúde arregimentou voluntárias destacadas em diversos bairros - segundo relatam, escolhidos pela comunidade através de eleição - e procedeu a um treinamento essencialmente prático para que estes pudessem responder às demandas de saúde pública, porém de forma extremamente limitada. A idéia que se tinha era de um voluntário sem vínculo institucional mas que fosse referência para as questões de saúde. A eles era atribuída a dedicação de um "Bom Samaritano", despojado e "aberto para servir à comunidade". Isso se confirma através do título grafado nos certificados do treinamento: "Voluntárias Samaritanas".

Dessa maneira, informalmente, o trabalho veio se desenvolvendo quase sem nenhum vínculo com a Secretaria Municipal da Saúde. Isso fez com que, com o passar dos anos, algumas dessas agentes voluntárias se desinteressassem e desistissem da tarefa de que foram incumbidas; outras porém mantiveram-se "fiéis à missão".

Em 1992, a Secretária Municipal da Saúde, preocupada com a questão da cobertura assistencial na zona rural que, segundo já relatado, é bastante extensa territorialmente e, entendendo que essa experiência poderia vir a contribuir para tal propósito, decidiu oficializar o projeto dos agentes de saúde abrindo o edital de concurso público para a função em várias localidades, algumas que já possuíam agentes voluntários e ampliando para outras. A seleção desses agentes tentou respeitar, em alguns casos, a legitimidade da escolha e indicação pela própria comunidade, apesar da necessidade de submeterem-se ao concurso público. A partir desse concurso os agentes passaram a ser funcionários públicos assalariados. Cabe ressaltar

que muitos dos agentes voluntários não puderam participar do mesmo pois não preenchiam o requisito de serem alfabetizados.

Dessa forma, muitas pessoas inscreveram-se na tentativa de ingressar no serviço público, já que o único pré-requisito era ser morador do bairro ao qual pertencesse a vaga a que estavam se candidatando.

Hoje, contratados, alguns desses agentes pensam que não seriam as pessoas mais indicadas para a função, atribuindo a outras mulheres, em geral mais velhas, características que julgam necessárias, tais como: experiência, liderança, respeito da comunidade etc. Parte delas consegue organizar o trabalho de forma articulada e respeitosa com as antigas voluntárias e parteiras do bairro, que continuam exercendo esse papel. Aliás, parece que a população do campo entende como sendo feminina a tarefa de cuidar da saúde.

Quando há referência ao "bairro", este tem o significado de uma área de abrangência que engloba um conjunto de bairros, mais ou menos extensa e esta relacionada ao número de habitantes que se deve atender. Em geral a densidade demográfica é bastante baixa na zona rural. A "sede" do bairro normalmente aglutina o prédio da escola rural, uma capela e freqüentemente um bar ou armazém, além do prédio do Posto de Assistência à Saúde (PAS), quando ele existe, ou a sala de atendimento da agente na igreja ou em sua própria casa.

Das doze localidades que contam com o trabalho de agente de saúde, visitamos onze, das quais quatro têm PAS em funcionamento, duas atendem em ambulatórios de fazenda, três atendem em salas cedidas pela igreja local e as demais atendem em seu domicílio. Há quatro PAS em fase de construção ou de instalação de equipamentos.

Os dois ambulatórios localizados em fazendas, apesar de serem espaços privados, têm a responsabilidade de oferecer cobertura também à população adjacente. Um desses ambulatórios é, na verdade, uma Unidade Básica de Saúde, com atendimento médico praticamente diário, com diversas especialidades. Os recursos humanos pertencem ao quadro funcional municipal mas a administração está a cargo de um funcionário contratado pela fazenda.

Os agentes passaram por um período de treinamento em serviço nas Unidades de Saúde localizadas no centro da cidade e tiveram instrução teórica. Tal treinamento teve variações quanto à duração e conteúdo. Havia uma previsão nesse treinamento das áreas pelas quais os agentes deveriam estagiar. Porém um dos problemas referidos por eles foi o de que houve falhas no rodízio do estágio de observação. Por iniciativa pessoal, alguns deles ficavam além do horário previsto para poderem tomar contato com as questões mais práticas da

função. Exemplo disso é o de uma agente que passou quase todo o tempo do estágio na farmácia da Unidade de treinamento.

A partir daí, os agentes de saúde contratados iniciaram suas atividades nos bairros, instalando-se da melhor maneira possível. As instalações e equipamentos com os quais eles contam variam muito. Alguns estão mais equipados, mas a maioria conta com esfigmomanômetro, estetoscópio, material de curativo, termômetro, inalador, seringas e agulhas e alguns medicamentos básicos : dipirona, AAS, Berotec, soro de reidratação oral e medicamentos para verminose e pediculose.

Os agentes referem que a Secretaria algumas vezes sugeriu que se organizassem na comunidade para obterem o mobiliário necessário para o PAS, o que consideraram inviável devido à carência de recursos da população.

As vias de acesso às localidades onde os agentes atuam são muito variadas. Algumas contam com ônibus em vários horários, outras apenas uma vez por dia ou duas vezes por semana e um deles não tem acesso direto, pois para atingir o centro é necessário atravessar o município vizinho.

Nessa atividade eles tem o apoio inegável de seus familiares que, de certa forma, dão conta das necessidades domésticas na impossibilidade de os mesmos estarem disponíveis, ou mesmo para acompanhá-los em uma visita quando esta é solicitada à noite.

Em seu cotidiano realizam as mais diversificadas atividades, sendo uma queixa da maioria que, em função de não haver uma assistência médica mais presente e sistemática na maior parte dos locais, eles usam quase todo o seu tempo realizando ações curativas, em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde coletiva, as quais entendem ser sua atribuição primordial. Referem ainda que realizam muitas atividades que seriam atribuições de atendente, escriturária, servente etc.

Várias atividades de caráter preventivo que hoje são realizadas apenas na zona urbana, segundo relatam, poderiam ser realizadas na zona rural evitando-se que a população tivesse que se deslocar, por exemplo, para vacinação, coleta de Papanicolau e de exame de fezes etc.

Pelos relatos dos agentes pudemos observar que eles valorizam suas ações reconhecendo as especificidades das mesmas e as diferenciam dos atos médicos. Não se sentem ocupando provisoriamente o lugar do médico.

Porém o reconhecimento social não se dá da mesma forma e algumas referem que a população desvaloriza, de certa maneira, sua ação quando diz que de nada adiantam suas orientações se não há a presença do médico no bairro. Há casos de localidades em que os médicos deixaram de atender e é dito que "no posto não há mais nada", apesar de continuarem a procurar os agentes para curativos e outros procedimentos.

Essa procura por parte da população, apesar dos agentes terem contrato de trinta horas semanais de trabalho, se dá nas 24 horas do dia, dependendo da disponibilidade dos agentes ou das necessidades e proximidade do bairro em relação à área urbana. A maioria dos agentes acredita que essa situação é inerente à função.

O sistema de saúde, de acordo com a percepção dos agentes, não está organizado considerando sua inserção no mesmo. Eles têm que se articular com a unidade de saúde mais próxima para organizar sua referência sem nenhum suporte institucional mais amplo. A contra-referência só ocorre através do aviamento de receitas, orientação sobre o medicamento prescrito, aplicação de injeções, inalações, etc. Quando o agente necessita agendar consultas, o que em geral ocorre semanalmente, vai até a Unidade de Saúde ficando na fila de agendamento como qualquer usuário.

Uma frase dita por uma das agentes sintetiza uma representação que elas julgam ter: "Minha assinatura não vale nada ("sic") referindo-se ao fato de que só os pedidos de exame (fezes) assinados pelo médico são aceitos.

Muitas vezes conseguem discriminar que as pessoas da comunidade as procuram com o pretexto de "medir a pressão " ou em busca de analgésicos por exemplo, mas na verdade querem contar problemas pessoais, buscando com elas um vínculo de ajuda ou de apoio e orientação para questões familiares. Isso é referido por elas como um reconhecimento de seu papel e de sua importância na comunidade. Existem casos inclusive em que chegam a suprir carências materiais de algumas famílias que lhes solicitam mantimentos básicos ou mesmo dinheiro. Sobre isso dizem: "Nessa profissão a gente tem até que dividir o que é da gente".

Apesar de a prevenção ser o eixo de sua prática, dizem: : "o brasileiro já nasceu doente, como fazer prevenção com pessoas já doentes?". Essa discussão desencadeou uma repetição

de frases de caráter higienista e até mesmo uma certa reflexão acerca das múltiplas causas das doenças: pobreza, condições precárias de moradia e alimentação etc..

Falam: "o brasileiro é preguiçoso", referindo-se ao abandono do cultivo da terra e que a falta de higiene é o principal problema de saúde. Seguindo na discussão, vão considerando as questões que forçam ao êxodo rural, como o financiamento muito caro, falta de incentivo agrícola, perda de safras, hipoteca de propriedades, etc. Aham que a falta de recursos leva a população do campo ao assalariamento e que as condições de moradia, alimentação e saúde expressam essa condição.

Apesar do reconhecimento das questões estruturais como determinantes da situação de saúde, o discurso das agentes não deixa de ser uma mescla de visões que se aglutinam com elementos do discurso oficial, da prática no campo e de elementos veiculados pela mídia.

Observamos ainda que dependendo do perfil do agente de saúde, este dedica-se mais ou menos à tarefa curativa. A prevenção é mais enfatizada pelas agentes que já foram voluntárias ou que se sentem identificadas com a população que atendem. Por outro lado, a ênfase curativa é dada por aqueles que desejam tornar-se auxiliares de enfermagem, e que não evidenciam iniciativa para a prevenção, sendo estes ainda os que mais necessitam de espaço restrito e estruturado para trabalhar.

Exemplo disso é a crise vivida por eles quando a Secretaria Municipal da Saúde determina a quantidade de visitas domiciliares a serem realizadas. Alguns referem-se à invasão de privacidade sentida pelas famílias abordadas e remontam a questões discutidas na prática da vigilância à saúde, como o poder de polícia sanitária. Outros encaram as visitas como uma prática usual, que envolve solidariedade, não passando por este viés de invasão ou autoritarismo. Os agentes que residem há mais tempo no bairro de modo geral são recebidas com tranquilidade e acatamento por parte dos usuários, o que podemos observar diretamente.

Falou-se também das práticas alternativas e naturais de saúde da zona rural. No geral, todos recomendam o uso de fitoterapia (chás), pois foram treinadas para isso, mas na verdade tais informações já fazem parte do universo cultural dessas comunidades.

Quando falam em curandeiros e benzedadeiras, há opiniões controversas. Alguns acreditam e muitas vezes lançam mão destes recursos em sua vida: "cada um tem o seu código...como o médico vai curar algo que ele não sabe o que é ? " (referindo-se ao quebranto). Outros assumem a postura da medicina mais "científica": "consegui acabar com isso lá no meu bairro."

Nas visitas que realizamos vimos alguns "casos graves". Em geral cada agente tinha um ou dois casos cuja desagregação cultural e social, associadas algumas vezes a transtornos

mentais (psicose crônica ou deficiência mental) , era tão alarmante que elas julgavam inúteis os esforços que faziam para ajudá-los.

Um exemplo disso : uma família de prole numerosa em situação de pobreza absoluta, muita sujeira, verminoses e "bichos de pé ", onde a atenção do agente não surte efeito, ou seja , a situação continua imutável, apesar de constantes visitas e intervenções (banho geral , catar piolhos, cortar as unhas , tirar os bichos do pé , conversar sobre a necessidade de vacinação e das crianças freqüentarem a escola).

Algumas vezes demonstraram expectativa de que fizéssemos algo para estas famílias e que ao menos reiterássemos junto à supervisora a necessidade de uma intervenção mais resolutiva, embora não explicitassem qual fosse. Esse desejo de que fossemos os interlocutores junto à supervisora foi manifestado por algumas, mais ou menos intensamente, durante as visitas , não só no que se referia a esses chamados "casos graves", como no geral de suas ações. Expressavam a necessidade de uma supervisão mais constante, acreditando que com "mais estímulo" (sic) seriam capazes de ser mais criativas e resolutivas.

Consideraram importante a reunião que realizamos, pois propiciou a discussão de problemas comuns sendo, segundo eles, a primeira vez que isso ocorria, ou seja, de todos estarem juntos numa reunião, desde o início do projeto.

Mencionaram, em sua maioria, que raramente eram visitadas pela supervisora e que, quando isso ocorria, era de forma muito rápida e mais focada na cobrança de tarefas e relatórios de produção, do que na discussão de casos , acompanhamento das ações ou mesmo para conhecimento da realidade local. Essa supervisão refere-se, basicamente, às tarefas de atendente de enfermagem.

Uma das supervisoras, por outro lado, aponta dificuldades de locomoção à zona rural já que falta transporte e o tempo é exíguo para essa tarefa. Também refere que apesar de freqüentemente tentar acionar outras Secretarias para abordar os problemas da zona rural, não tem sucesso, obtendo como justificativa as dificuldades a serem enfrentadas na área urbana.

Os agentes que contam com a assistência médica em seu local de atuação questionam o fato de os profissionais médicos não discutirem os casos encaminhados por eles à consulta.

Há fornecimento de passes para os agentes, mas em número insuficiente para as necessidades de trabalho, uma vez que devem ir à cidade pelo menos semanalmente . A quantidade de passes é padronizada, não levando em consideração a distância do bairro onde atuam. O excesso de gastos com transporte na execução das tarefas não é reembolsado pela Secretaria.

Associada à questão das dificuldades na prática do agente de saúde, uma colocação foi recorrente: "O pessoal da cidade fala como se a zona rural fosse uma favela, onde todo mundo é

desnutrido. Isto não é verdade! Não vou dizer que tenham uma saúde perfeita, mas favela não é ! "

Esse aparente desconhecimento da realidade rural percebido pelos agentes faz com que, por outro lado, possamos observar, naqueles que nasceram ou que há muito tempo residem no bairro, o íntimo conhecimento dos usuários , suas histórias de vida e a associação destas com os problemas de saúde que apresentam, os núcleos que conseguem identificar dentro de sua área de abrangência e que apresentam diferentes características e necessidades.

A maneira dos agentes abordarem a população é bastante espontânea. Ao visitarem as famílias, são recebidos sem formalidades, como um auxiliar "natural". Aproveitam os encontros do cotidiano para acompanhar a situação de saúde das pessoas, não aguardando necessariamente sua procura ao PAS.

QUADRO 2: LENÇOL DOS DADOS DOS AGENTES DE SAÚDE

INFORMAÇÕES LOCAIS	TEMPO DE RESIDÊNCIA NO BAIRRO	AGENTE VOLUNTÁRIA / TEMPO	TEMPO DE CONTRATAÇÃO	OUTRA OCUPAÇÃO	SITUAÇÃO FAMILIAR (No. FILHOS)	IDADE APROXIMADA
VARGINHA	-	-	-	AGRICULTORA	-	-
CHAPADINHA	DESDE QUE NASCEU	SIM / 03 ANOS	01 ANO E 6 MESES	ATEND. ENF. (NOTURNO) + CURSO AUX. ENFERMAGEM	CASADA / 03 FILHOS	-
TUPI	40 ANOS	SIM / 09 ANOS	01 ANO	ESTUDANTE (6a. SÉRIE) + DONA-DE-CASA	CASADA / 03 FILHOS	-
RIO ACIMA	51 ANOS	SIM / 10 ANOS	01 ANO	DONA-DE-CASA	CASADA / 03 FILHOS (SÓ UM COM ELA)	52 ANOS
VISTA ALEGRE	30 ANOS	SIM / 08 ANOS	01 ANO E 06 MESES	ADMINISTRA A ASSIST.SOCIAL DA FAZENDA	CASADA / 01 FILHA CASADA E UM NETO	41 ANOS
CAPÃO ALTO	05 ANOS	NÃO	06 MESES	DONA-DE-CASA	CASADA / 03 FILHOS	40 ANOS
VIRACOPOS	DESDE QUE NASCEU	NÃO	01 ANO E 06 MESES	AGRICULTORA E DONA-DE-CASA	CASADA / 01 FILHO E 01 FILHA CASADA, NETOS	APROX. 50ANOS
SÃO ROQUE	20 ANOS	NÃO	03 ANOS (CONDERJ) 01 ANO	CURSA MAGISTÉRIO	CASADA / 01 FILHO	22 ANOS
CHAPADA GRANDE	25 ANOS	NÃO	01 ANO E 06MESES	DONA-DE-CASA CURSO AUX. ENFERMAGEM	CASADA 01 FILHO	APROX. 30 ANOS
ANÁLIA FRANCO	DESDE QUE NASCEU	SIM	01 ANO	DONA-DE-CASA	SOLTEIRA	25 ANOS
RETIRO	DESDE QUE NASCEU	NÃO	01 ANO	DONA-DE-CASA	CASADA / 01 FILHO	21 ANOS
BARRO BRANCO	03 ANOS	NÃO	01 ANO	-	-	-

QUADRO 2 - Lençol dos dados dos Agentes de Saúde (cont.)

	No. de agentes	distância aproxima- da em rela- ção ao centro (em KMs)	população atendida	perfil sócio- econômico da população alvo
Varginha *	1	25	sem informação	...
Chapadinha	1	5	800 habs.	assalariados urbanos
Tupi	1	20	800 eleitores	assalariados rurais (CITROVITA e acampamento de lenhadores itinerantes)
Rio Acima	1	60	500 habs.	assalariados rurais e peq. proprs. rurais
Vista Alegre	1	20	500 habs. 100 domicílios	assalariados rurais da fazenda Vista Alegre e população adjacente
Capão Alto	1	15	250 habs.	peqs. propriet. rurais (assentamento do Movimento Sem- Terra) assalariados rurais e alunos e funcs. da Escola Agrícola
Viracopos	1	20	200 habs. 51 dom.	assalariados rurais peqs. proprs. rurais
São Roque	1	32	500 habs. 110 dom.	assalariados rurais peqs. proprs. rurais
Chapada Grande	2	5	sem informação	assalariados urbanos
Analia Franco	2	15	2000 habs.	assalariados rurais (funcionários da fazenda e população adjacente)
Retiro	2	45	300 dom.	assalariados rurais (funcionários da fazenda e população adjacente)
Barro Branco **	1

* A visita não ocorreu pois o agente estava doente

** A visita não foi agendada pois a agente estava de férias

QUADRO .2.- Lençol dos dados dos Agentes de Saúde (cont.)

	Tipo de local de Atendimento	Frequência da presença do médico	Equipamentos e Material disponível	Tipo de transporte utilizado pelo agente na função
Varginha *	sala da igreja	não obtivemos informação		não obtivemos informação
Chapadinha	residência da agente	não há	- Material básico *** - Telefone público	- ônibus - a pé
Tupi	Posto de Assistência a Saúde	uma vez por mês	- Material básico - Telefone público (não funciona)	- ônibus - a pé
Rio Acima	residência da agente	não há	- Material básico	- ônibus intermunicipal
Vista Alegre	ambulatório da fazenda	uma vez por semana (contratado pela fazenda)	-Material básico - Balança p/ bebe - Telefone da fazenda - Ambulância da fazenda	- carro próprio ou da fazenda - a pé
Capão Alto	residência da agente	não há	- Material básico - Telefone da Escola Agrícola	- ônibus - a pé - bicicleta
Viracopos	sala da igreja	não há	- Material básico	- ônibus - a pé - carro próprio
São Roque	sala da igreja PAS em construção	uma vez por semana	- Material básico - Telefone público	- ônibus - a pé - bicicleta - carro próprio
Chapada Grande	Posto de Assistência a Saúde.	três vezes por semana	- Material básico - Balança p/ bebe - Telefone público	- ônibus - a pé
Analia Franco	Posto de Assistência a Saúde	não há	Ambulatório completo, inclusive equipo de odonto	- ônibus - a pé - bicicleta - cavalo - carro da fazenda
Retiro	Posto de Assistência a Saúde	não há	- Material básico - Telefone e rádio da fazenda	
Barro Branco **				

* A visita não ocorreu pois o agente estava doente

** A visita não foi agendada pois a agente estava de férias

*** Material Básico: - Inalador

- Esfigmomanômetro

- Estetoscópio

- Material para curativos e primeiros socorros

- Termômetro

- Medicamentos : Dipirona

A.A.S

Berotec

Seringas e Agulhas

Soro de Reidratação Oral

Hipoclorito de Sódio

COMENTÁRIOS SOBRE O TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE

O ideário da OMS para que se atinja a "Saúde para todos no ano 2000" - SPT - preconiza a Atenção Primária em Saúde (APS) como meio de se chegar a isso e como política a ser adotada por todos os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Do ponto de vista ético, esse ideário apóia-se no princípio da equidade, que pode ser definida como "disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; conjunto dos princípios imutáveis que levam o juiz a um critério de moderação e igualdade, mesmo com prejuízo do direito objetivo; sentimento de justiça que se opõe a um critério de julgamento ou tratamento rigoroso e estritamente legalista" (FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda).

Nos países em que as desigualdades sociais são muito aberrantes, é preciso determinação política para que se garanta a extensão da atenção à Saúde às comunidades e a cada indivíduo. Na verdade, o "todos" da SPT significa prioridade aos mais alijados.

A APS, entendida como o conjunto de ações que devem fomentar as condições para alcançar melhor qualidade de vida, é condição primordial para se garantir, minimamente, o acesso de todos aos produtos do desenvolvimento dos países.

Segundo os princípios imperativos da Saúde para Todos (17), APS não é:

- atenção médica primária;
- só o contato inicial da assistência médica ou sanitária;
- só os serviços de saúde para todos

Ampliando esta listagem consideramos ainda, como bem definiu Testa, que APS não é atenção primitiva no sentido de ofertar serviços de segunda categoria para uma população de segunda categoria ." O mal de muitas das soluções propostas é que se fundamentam sobre outras considerações, deixando de lado aquelas que se referem às necessidades dos pacientes. Isso acontece em nossos países devido a uma dupla circunstância: por um lado , pela existência de serviços diferenciados para distintos grupos sociais, de maneira que a discussão não se realiza em torno da questão de serviços para toda a população, mas apenas para aquela que se acha em situação menos favorecida ; por outro, em estreita relação com o anterior , entram as considerações de custos , de modo que a APS é traçada como uma forma de reduzir o gasto social com a saúde , embora isso introduza grandes ineficiências no funcionamento de todo o sistema."(13)

Também não é possível realizar a APS exclusivamente através de medidas técnico-administrativas, já que o conceito pressupõe a participação na gestão das coisas.

Essa participação é dada tanto pela criação de conselhos, quanto pelo investimento na formação de líderes que possam favorecer e serem porta-vozes das necessidades locais; também devem ser capazes de fazer circular e de produzir informação, mobilizando a comunidade para realizar ações que beneficiam o seu desenvolvimento.

O papel dos agentes de saúde em lugares onde as condições de vida carecem de infraestrutura e o acesso a serviços está dificultado é fundamental para viabilizar a APS.

O documento de Alma-Ata destaca que a participação da comunidade, o papel da mulher e dos agentes de saúde é a base para a efetivação da APS, que propõe-se a chegar aos lugares e a famílias, sem limitar-se aos estabelecimentos sanitários . Sugere que se faça isso através de:

"- agentes de salud de la comunidad, formados em la comunidad y respetados por ella, que den fácil acceso a lo que sabem y, en lo posible, a los servicios de salud que los respaldan;

-registros familiares, con el estado de imunización, la ficha de crecimiento e información relativa a factores de riesgo en la madre y otros miembros de la familia;

- visitas periódicas al menos por um agente de salud comunitario supervisado, una vez cada 1-3 meses cuando haya niños menores de dos años en la familia;

- atención clínica para problemas comunes y envío de los casos más complejos al nivel superior;

- fuentes de conocimiento sobre los aspectos críticos de la vida familiar.(11)

Tentamos até aqui demarcar as concepções que nos servirão de subsídios para apreciar o trabalho das agentes de saúde de Itapetininga. Fizemos essa opção porque em muitos aspectos o trabalho se aproxima dessas "recomendações ".

Parece-nos que o município adotou , em 92, o trabalho com agentes como uma solução de problemas de diversas ordens: grande extensão da área rural; baixo nível sócio-econômico de grande parte da população; recursos municipais insuficientes que dificultam a contratação de pessoal e ampliação de mais serviços, entre outros. Talvez tenham feito uma escolha em que preponderaram os aspectos técnico-administrativos; de qualquer forma entenderam que promover saúde não equivale a semear unidades por todos os lados.

Certamente essa escolha foi uma forma de estender a atenção à saúde abarcando as comunidades da zona rural que têm grande dificuldade de acesso aos serviços.

Pelo que podemos conhecer do trabalho dos agentes, essa extensão de atenção aproxima-se daquilo que define a APS, e que é meta para a Saúde do mundo todo." Para conseguirla es imprescindible conseguir objetivos definidos em cada país, pero haciendo hincapié especial en la reducción de la mortalidad y la morbilidad en los grupos vulnerables "(11). As

estratégias de imunização, reidratação oral, cuidados com a saúde da criança, cloração da água, pré-natal, etc., são meios para se diminuir essas taxas.

Pudemos observar, no entanto, uma proposta repleta de contradições, algumas que nos pareceram inerentes a um projeto desse porte e outras que estão mais ligadas a entraves políticos e administrativos.

A idéia de institucionalizar através da contratação(com salário, direitos trabalhistas, folha de produção, horário, frequência, etc..) um trabalho que, para ter bom resultado, depende de capacidade de liderança, boa inserção na comunidade, criatividade e grande disponibilidade pessoal, mereceria, já de saída , grande atenção e cuidado.

Seria purismo contratar alguém dentro das leis trabalhistas e esperar que essa pessoa denegasse isso. Ouvimos mais de uma vez que a disponibilidade dos agentes deveria não só ser de 24 horas por dia, mas também de 365 dias por ano, apesar de serem contratados por seis horas diárias e terem direito a trinta dias de férias. Essas são exigências inusitadas, tanto para uma voluntária quanto para um funcionário público. Por outro lado, é admitida a idéia de que possam ter outro emprego, desde que não haja incompatibilidade de horário. Também ouvimos que, embora o agente deva estar em local acessível por seis horas diárias, é necessário que se ausente para visitas e, já que deve estar disponível inclusive durante a noite, não é necessário que permaneça seis horas no seu local de trabalho.

Nessas ambivalências vemos dois aspectos: o primeiro refere-se à confiança que deve ser depositada no agente que exerce seu trabalho de forma bastante pessoal, muitas vezes autônoma mesmo, e em local inacessível aos olhos da Secretaria. Essa inacessibilidade precisa ser superada para que não se estabeleçam relações de desconfiança. A distância física e o modo de viver dessas comunidades são evidências que devem estar muito presentes para a supervisora, do contrário as orientações e treinamentos redundam numa supervisão tradicional de enfermagem, perdendo a riqueza das especificidades e do contexto desse trabalho. A presença regular da supervisão no local é imprescindível; além do mais, uma supervisão tem que ter dupla mão: o supervisor tem que se despojar do que sabe para poder aprender com a situação, elaborar as informações e transformá-las em observações e sugestões úteis para o agente. Isso costuma ter mais eficácia do que as tentativas de se normatizar condutas.

O segundo aspecto refere-se à oposição trabalho voluntário X trabalho institucional. Ao contratar os agentes a Secretaria retirou o caráter voluntário desse trabalho. Se se perder de vista que os agentes estão dentro e fora do sistema de saúde, ou seja, que eles são a ponte entre a comunidade e o sistema, corre-se o risco de burocratizar esse vínculo, descaracterizando o seu sentido comunitário.

Do ponto de vista do tipo de seleção, era necessário que a candidata fosse alfabetizada e, capaz de responder questões básicas de saúde que necessitam de certa familiaridade com conceitos científicos de saúde e doença, condutas clínicas etc. Além disso, vem sendo estimulado que elas façam o curso de Auxiliar de Enfermagem, para o qual é necessário a oitava série (exigência do COREN).

O fato da secretaria de saúde, de uma certa forma, contar com essa futura capacitação deixa implícita sua expectativa de que elas venham desempenhar também esse papel. Por um lado, essa forma de seleção que exige alfabetização elimina pessoas que possam ter traços pessoais extremamente facilitadores para um trabalho desse tipo. Por outro, dentro das especificidades desse projeto (dificuldade de contratação de pessoal para trabalhar na zona rural, população dispersa etc) e respeitando as características de cada agente e de cada comunidade, talvez fosse interessante que elas pudessem realizar, além de promoção de saúde, ações básicas tais como: vacinação, coleta de exames (inclusive Papanicolau), controle de desenvolvimento de crianças etc. Na verdade, o que observamos foi que, além de promoção, as agentes também desempenham algumas ações mais técnicas, tais como: prescrição de alguns medicamentos simples (analgésicos, anti-térmicos, anti-helmínticos), curativos, controle de P.A. e, inclusive, triagem e encaminhamento de casos para assistência médica. Ou seja, já exercem de forma incipiente essa dupla função.

Na prática, o curso de auxiliar de enfermagem, para grande parte das agentes, significa uma possibilidade de ascensão, de trabalho na cidade; uma ruptura com o campo, enfim. Para outras, aquelas mais enraizadas no meio rural, que não têm como projeto a cidade, a habilitação profissional é um anseio pela possibilidade de ampliar sua atuação.

São dados de realidade que as normas que regem o serviço público são tão restritivas e a burocracia tão cristalizada, que as estruturas são incapazes de refletir projetos novos e de renovarem-se com eles. No caso, o edital do concurso oferecia vagas para "atendente de saúde rural". Seria desejável criar o cargo de agente de saúde em vez de utilizar esse artifício.

Falando de outra contradição, chamou-nos atenção a importância dada ao projeto de agentes, "menina dos olhos da Secretaria", no discurso de todos os níveis dos trabalhadores de saúde. Secretária, coordenadores, médicos, diretores de UBSs e funcionários falam de um trabalho muito importante e parecem manter laços afetivos com o campo e especificamente com esse projeto. Por outro lado, visitando os PAS, verificamos que a Secretaria é presença ausente. Ou seja, todos os agentes sentem-se pertinentes ao projeto, porém incorporam esse vínculo muito mais pelas obrigações formais que devem cumprir e muito pouco pelo que teriam a contribuir. Na verdade, não há feed-back do trabalho de ambas as partes, o que significa um prejuízo com relação à formação dessas agentes em termos de mentalidade. De seu lado a

Secretaria não refina suas teorias acerca da zona rural, muitas delas incompatíveis com a observação das agentes, algumas das quais são profundas conhecedoras dos problemas de seu bairro. Não ignoramos que muitas das teorias das agentes são pré-conceitos. Mas do outro lado o mesmo se passa. Isso resulta num choque de visões que endurece as relações e numa incorporação alienada de algumas práticas. Por exemplo, algumas agentes referem com certa mágoa que a Secretaria considera a zona rural um lugar repleto de miseráveis. Não importa aqui se isso é fato, mas essa observação desconsidera as relações afetivas e o investimento dessas pessoas com a sua gente. É óbvio que isso gera defesas e faz com que essas agentes resistam a verificar se sua teoria está correta, a observar com outros referências - os que a Secretaria gostaria de transmitir - as condições objetivas, por exemplo, das moradias.

Mas não é só isso. Concretamente, as agentes ficam quase abandonadas. Faltam meios que instaurem a comunicação. Falta um telefone ou rádio-amador que desobrigasse a agente de ir à cidade para agendar uma consulta ou pedir ajuda à supervisora e que permitiria contatos regulares da Secretaria com os PAS. Falta troca de informações, seja através de reuniões ou supervisões. Falta disposição para ouvi-las e uma autorização, que foi prometida às agentes, que lhes dispensasse de pagar a passagem de ônibus. Faltam passes de ônibus, restritos a 8 por mês, e um carro que facilitaria o deslocamento da supervisora aos bairros rurais. Falta investir mais dinheiro nesse projeto, por exemplo, pagando um adicional aos demais profissionais de saúde como forma de incentivo ao trabalho na zona rural. Falta um efetivo acesso das agentes às UBSs quando, por exemplo, são tratadas como usuários, entrando na fila para agendamento quando estão, do lugar de agentes, marcando consultas para pessoas de seu bairro.

Enfim, o trabalho é muito importante, mas há pouca disponibilidade para dotá-lo de condições mínimas, sem as quais a qualidade e o aprimoramento ficam muito prejudicados.

A despeito dessas contradições e retomando o que foi dito sobre Atenção Primária em Saúde, pensamos que potencialmente esse projeto é um meio de viabilizá-la. Para isso, no entanto, seria desejável que ele estivesse inserido num projeto mais ambicioso de desenvolvimento voltado para melhoria das condições de vida e trabalho da população rural. Um plano de colaboração intersetorial que incluísse a participação comunitária na gestão da política de desenvolvimento agro-industrial, deveria, a exemplo de tantos países, mobilizar as comunidades a criarem projetos que aumentassem a sua autonomia.

Um ano de projeto é muito pouco tempo para se implantar tudo o que foi idealizado. Mas não é pouco tempo para se saber os entraves que podem impedir seu avanço. As contradições que apontamos, e o fizemos com a intenção de colaborar, podem ser cristalizadas

comprometendo os objetivos da proposta, ou podem caminhar no sentido da sua superação, de um amadurecimento do projeto e da consecução de suas metas.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim dessa avaliação e apenas para destacar alguns pontos dos comentários que fizemos, dentro do processo de municipalização, consideramos que o município tem condições de entrar na gestão semi-plena, como pretende pleitear.

Avaliamos que haveria um ganho qualitativo importante no trabalho se passassem a utilizar o planejamento local como um norte, a partir dos dados das UBSs e da contribuição das diversas instâncias organizadas da comunidade.

Com relação ao nosso objeto, o trabalho das agentes de saúde na zona rural, seria preciso desenvolver instrumentos específicos para que o impacto desse projeto pudesse ser avaliado. Seria preciso também torná-las efetivamente ponta do Sistema de Saúde. Também na zona rural, pensamos que seria muito vantajoso o planejamento local em saúde a partir das características de cada bairro, que nos pareceram bastante heterogêneas.

Referências Bibliográficas

01. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO: 1981-1992. São Paulo, Fundação SEADE, 1993.
02. BERQUO, E.S. et al. *Bioestatística*. São Paulo, EPU, 1980.
03. CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1991.
04. CARVALHO, G.C.M. O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde e Sociedade*, 2(1): 24-09, 1993.
05. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2., *Relatório*. Itapetininga, 1993.
06. KINGMA, S.J. et al. Assistência Primária: Exemplos, In *Coleção Saúde Comunidade*. São Paulo, Ed. Paulinas, 1979.
07. LAURENTI, R. et al. *Estatística de Saúde*. 2a. ed. São Paulo, EPU, 1980.
08. MAX-NEEF, M. et al. Desarrollo a Escala Humana una opción para el futuro. *Development Dialogue*, (no. esp.), 1986.
09. MENDONÇA, G.F. Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde, in *Ação Participativa: Metodologia*. *Anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Nordeste*, 1982. Brasília, Ed. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Humanos. Administrativa e Recursos *Capacitação Pedagógica para Instrutor/ Supervisor - Área da Saúde*. Brasília, 1989.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *De Alma - Ata al año 2000: reflexiones a medio camino*. Ginebra, 1991.
12. PLANO Diretor da Saúde do Município de Itapetininga. Itapetininga, 1993.
13. TESTA, M. *Pensar em Saúde*; trad. W.M.F. Settineri. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1992.
14. WERNER, D. Programas Rurais de Saúde na América Latina e o Agente de Saúde. In: *Saúde da Comunidade - Um desafio*. São Paulo, Ed. Paulinas, 1984.
15. O NOVO RETRATO DE SÃO PAULO--1991. São Paulo, Fundação SEADE, 1993.

ANEXO 1: QUADRO GERAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ITAPETININGA -1993

UNIDADE	TIPO	POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA	RECURSOS HUMANOS	ESPECIFICIDADES
CS I DE ITAPETININGA	UBS III Estadual Municipalizado	28.708	14 médicos 1 enfermeira 3 dentistas 1 psicólogo 1 assistente social 22 auxs. de enferm.	aids tuberculose hanseníase
CS II Genefredo Monteiro	UBS III Municipal	11.000	6 médicos 1 enfermeira 5 dentistas 8 auxs. de enferm.	homeopatia
CS II Jardim Mesquita	UBS II Estadual Municipalizado	10.807	4 médicos 3 dentistas 12 auxs. de enferm.	perícia atestados exames de admissão trabalho c/ pastoral
CS II Vila Rio Branco	UBS III Municipal	16.737	6 médicos 4 médicos/ USG 10 dentistas 1 enfermeira 9 auxs. de enferm.	referência para USG trabalho c/ pastoral
CS II Vila Belo Horizonte	UBS III Municipal	12.031	3 médicos 1 enfermeira 2 dentistas 6 auxs. de enferm.	população de "bóias-frias"
CS III Vila Nova Itapetininga	UBS III Municipal	11.000	4 médicos 1 enfermeira 2 dentistas 6 auxs. de enferm.	

ANEXO 2 -

PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

1. Composição de recursos humanos

O quadro funcional é formado por 40 cirurgiões dentistas, 26 atendentes de consultório dentário (ACD) e uma auxiliar de enfermagem. São distribuídos em seis Unidades de Saúde Urbanas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, oito escolas, quatro unidades de saúde rurais e duas equipes modulares simplificadas móveis.

O treinamento e a reciclagem desses profissionais são realizados pelo ERSA 36. Foi realizado um curso de capacitação pedagógica e um curso de ACD pelo projeto larga escala e há proposta de criação de um Centro de Formação.

2. Recursos Materiais

A aquisição de material de consumo é feita por licitação e a armazenagem é centralizada na Secretaria de Saúde. O controle é feito por ficha de prateleira, sendo o pedido mensal através de uma ficha padronizada e a distribuição realizada pelo correio.

A manutenção dos equipamentos é feita por um técnico contratado da Dabi Atlante da região. O pagamento é feito através de apresentação de nota do serviço de manutenção.

3. Sistema de Informação

Ocorre através de:

- fichas de procedimento baseada nos códigos do SUS
- fichas diárias que indicam o número de procedimentos, exames clínicos, número de consultas e tratamentos concluídos
- fichas de cadastramento de ações coletivas

4. Programas

- atendimento prioritário para crianças em idade escolar, matriculadas ou não na escola

- atendimento para gestantes e nutrízes
- atendimento de adultos no pronto atendimento em três Unidades Urbanas
- atendimento de emergência
- atendimento nas especialidades: radiologia, patologia, endodontia, cirurgia e pacientes especiais da APAE

- atendimento de crianças de creches e EMEIS (agendados e feito nas próprias escolas ou nas Unidades de Saúde mais próximas)

São agendados 7 pacientes por dia para cada cirurgião dentista e 21 procedimentos. No pronto atendimento a demanda é livre.

5. Ações coletivas em preventiva

Estão cadastradas 9.000 crianças, sendo atendido 60% das creches e EMEIS do município e 70% de escolas. As ações são executadas pelas ACDs e consta de orientação educativa, evidenciação e escovação supervisionada (entrega de escova e creme fluorado) e bochecho semanal com flúor.

6. Programa mutirão

Este programa terá uma descrição mais profunda com caracterização, análise e propostas por ser entendido como a melhor resposta de atenção à saúde na área bucal em um município com grande extensão rural, como Itapetininga.

O atendimento está vinculado com equipamentos simplificados, modulares e móveis. Há na rede três equipamentos transportáveis, sendo que um está fixo em um PAS.

A equipe que realiza este programa é composta por 2 cirurgiões dentistas, 2 ACDs e 1 auxiliar de enfermagem. Esta equipe faz atendimento em crianças de 0 a 14 anos (idade escolar), em todas as creches, EMEIS e escolas da região.

São feitos procedimentos clínicos, exodontia, remoção de foco, pulpectomia, restauração em amálgama e resina composta, aplicação de flúor, selante, orientação educativa e evidenciação de placa.

O transporte para a zona rural é feito por viaturas da prefeitura.

7. Propostas

A. Para o sistema mutirão

- vincular a Unidade Desmontável ao atendimento de apenas alguns bairros rurais para que esta possa fazer um controle da doença cárie nestas comunidades, não permitindo que ultrapasse de 12 meses o períodos de visitas, evitando que ocorra um exagerado incremento de cárie

- implantar novas clínicas transportáveis para atendimento de outras áreas rurais como também na periferia da cidade

- aproveitamento das ACDs para desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção em saúde bucal. Treinamento de uma pessoa da escola, creche ou comunidade para manutenção das atividades preventivas, principalmente bochecho semanais com flúor, escovação supervisionada e evidenciamento de placa bacteriana . Essas atividades deveriam continuar mesmo quando o módulo estiver afastado da comunidade.

-preenchimento de ficha clínica para todas as crianças atendidas e a partir destas fazer um levantamento epidemiológico imediato. Obtendo-se, assim, um perfil das doenças bucais e a evolução dos índices CPO-D e ceo-d durante o retorno do mutirão e observar se está ocorrendo impacto e queda destes devido as atividades realizadas.

B. Para toda a Rede

- realização de um levantamento epidemiológico imediato por amostra para traçar o perfil das doenças bucais do município, segundo padrões da OMS

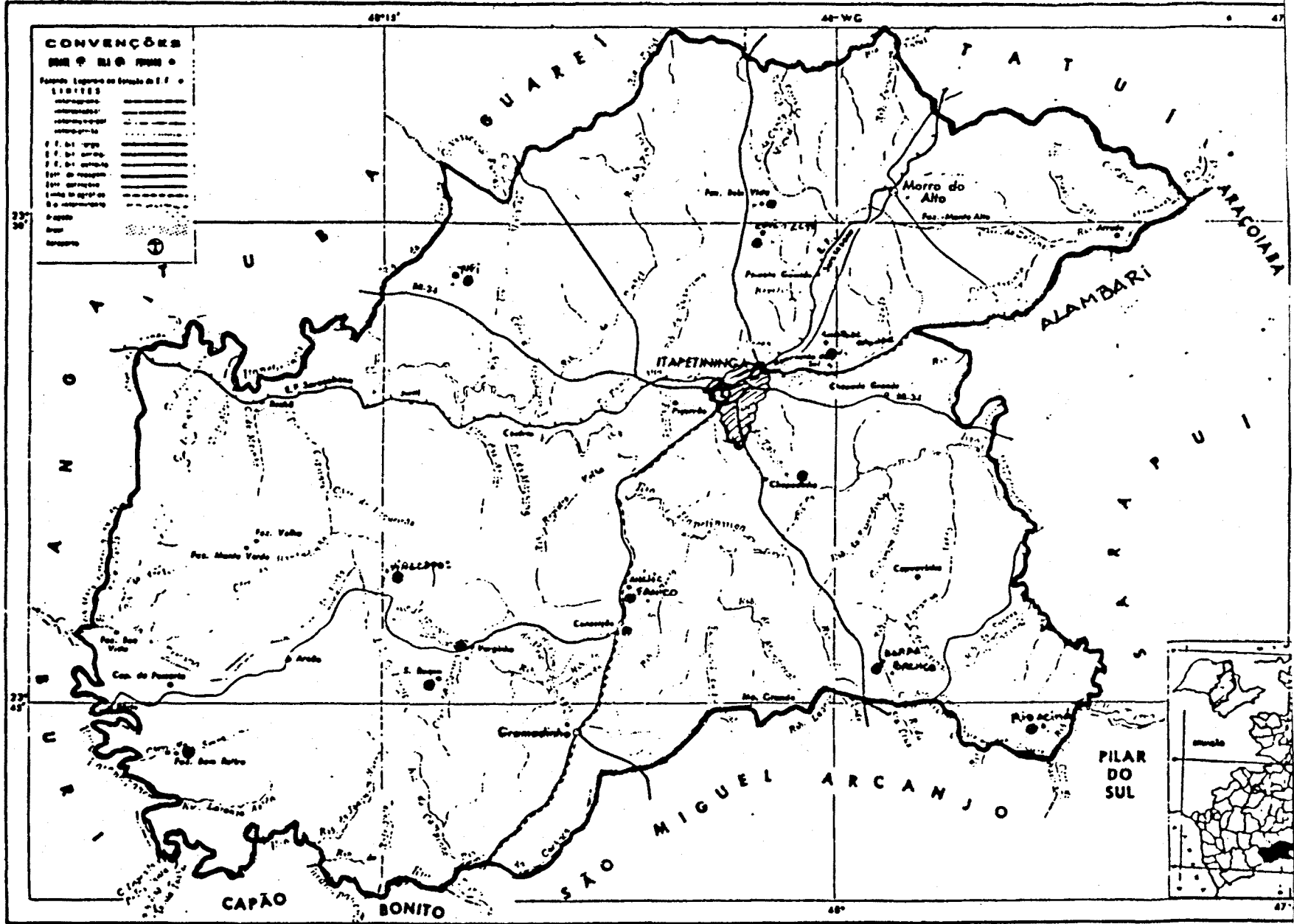
-reciclagem técnicas para cirurgiões-dentistas e para ACDs para verificar conceitos , enfatizando o programa a ser desenvolvido

-melhoria do instrumento de coleta de informação produzida pela equipe de saúde bucal é condição sine qua non para análise e avaliação do programa desenvolvido. Especificar dados como restauração de uma, duas ou mais fâcies, colocação de restauração provisória e outros

-melhoria do mapa de ações coletivas de modo de conste o número de crianças matriculadas, o número de crianças envolvidas nas atividades educativas, escovação supervisionada com evidenciação de placa e bochechos semanais com flúor, bem como temas desenvolvidos nas palestras e a quem se destinam.

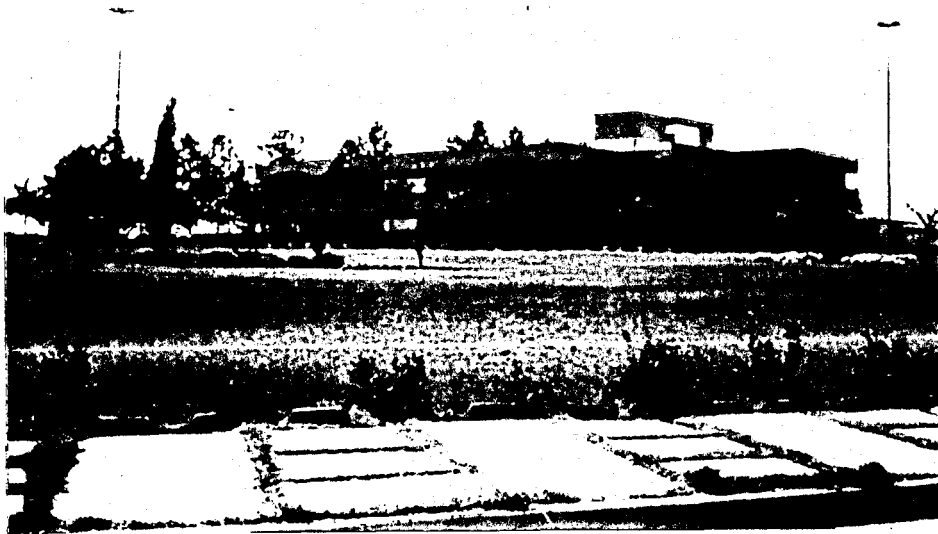
-formação através do ERS 36 de THD (técnico em higiene dental) e incorporação deste profissional na equipe de saúde bucal garantindo, assim, aumento de atenção e produtividade do serviço.

-controle de flúor no abastecimento de água pela Prefeitura, além de ser realizado pela SABESP.



AS
FAZ RURAIS

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



SEDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA



COLÉGIO PEIXOTO GOMIDE



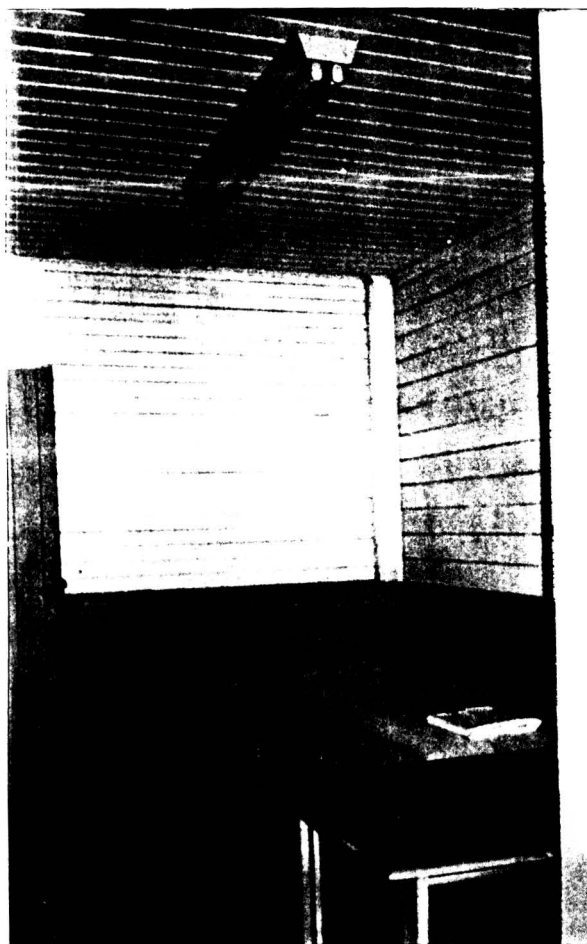
AGENTE DE SAÚDE ATENDENDO
EM SUA RESIDÊNCIA



PAS RURAL NO SALÃO PAROQUIAL



PAS RURAL ("POSTINHO DE MADEIRA")
TUPY



SALA DE ATENDIMENTO
PAS TUPY



" LIXÃO "



LIXO HOSPITALAR