

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RELATÓRIO
DO
TRABALHO
DE CAMPO
MULTIPROFISSIONAL

CM
93 - PORTO FERREIRA
1991

**Aspectos da Municipalizacáo
da Saude no
Município de Porto Ferreira,**

Trabalho de campo multidiscipli-
plinar realizado durante o
Curso de Especializacáo de
Saude Pública, Faculdade de
Saude Pública / U.S.P.

S. Paulo, 1991.



GRUPO DE TRABALHO

ANTONIO FERREIRA DINIZ	Medicina
EDUARDO STERLINO BERGO	Biologia
FABIANO FERNANDES TOFFOLI	Arquitetura
KAREN GLAZER DE ANSELMO PERES	Odontologia
LUCIA REGINA DE ORTIZ LIMA	Enfermagem
PETRONOR DE CARVALHO FONSECA	Medicina
SONIA MARIA GIBELLO GATTI	Veterinaria
VERA LUCIA NAMURA	Ciencias Sociais
VERA MARIA DE MATTOS	Servico Social

ORIENTADOR

ROBERTO AUGUSTO CASTELLANOS FERNANDEZ

COORDENADORES

**FUMIKA PERES
ANTONIO GALVAO FORTUNA ROSA
MARIA LUCIA MOURA SILVA SOBOLL
CLAUDIO GASTAO JUNQUEIRA
JOSE CAVALCANTI DE QUEIROZ**

CONSULTORES :

**MARIA DA PENHA COSTA VASCONCELLOS
PAULO ANTONIO DE CARVALHO FORTES
SUELI GANDOLFI DALLARI
CARLOS ALBERTO VIEIRA
OMAR MIGUEL
JOSE LUIZ NEGRAO MUCCI
FRIDA MARINA FISCHER
JORGE DA ROCHA GOMES
JOSE CAVALCANTI DE QUEIROZ**

AGRADECIMENTOS

NOSSO GRUPO GOSTARIA DE AGRADECER A ATENÇÃO E A COLABORAÇÃO RECEBIDAS QUANDO DA PESQUISA DE CAMPO LEVADA A EFEITO NO MUNICÍPIO DE PORTO FERREIRA EM NOVEMBRO DE 1991 COM ESPECIAL CONSIDERAÇÃO A:

- Prefeito VALDIR BOSSO
- Dr. ARCYR GIARETTA BARCELLOS
- Dr. AYRTON NICOLAU
- Ass.Social SILVIA ANGELINA H. MACEDO
- Dr. JOAO VILAS BOAS
- Enf. EDELTRAUT NOTHLING ZOIA
- Sr. ANGELO (Chefe de Servicos Gerais do Depto. de Obras)
- Geol. SERGIO ANTONINI
- Tec. de Saneamento LUIS AUGUSTO LOUREIRO THOMAZ (Divisao de Aguas e Esgotos)
- Eng. JOAO BATISTA (Divisao de Aguas e Esgotos)
- e ao motorista que nos acompanhou durante toda nossa estadia no municipio

OS QUAIS TORNARAM POSSIVEL O ACESSO AS INFORMACOES QUE RESULTARAM NO PRESENTE TRABALHO, PARTICULARMENTE AOS DIGITADORES JOSÉ TEIXEIRA DE OLIVEIRA E LUCIO MAURO MACIEL.

I - INTRODUÇÃO	4
II - METODOLOGIA	5
III - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO FERREIRA	7
1 - Histórico	7
2 - Aspectos da Geografia Natural	7
3 - Aspectos demográficos	8
4 - Aspectos sócio-econômicos	12
IV - CONDIÇÕES SÓCIO AMBIENTAIS	18
1 - Tratamento de água	18
2 - Esgoto	20
3 - Coleta de lixo	22
4 - Saúde do trabalhador	25
5 - Dados Epidemiológicos (indicadores de saúde).....	30
5.1 - Coeficiente de Mortalidade Geral	30
5.2 - Mortalidade Proporcional por idade	32
5.3 - Mortalidade Proporcional por causa	32
5.4 - Coeficiente de Mortalidade Infantil	32
5.5 - Programa de Saúde na Escola	38
5.6 - Cobertura Vacinal	38
5.7 - Doenças de Notificação Compulsoria	38
5.8 - Cobertura de Coleta para Papanicolau em Mu- Iheres de 25 a 60 anos	46
5.9 - Cobertura de casas visitadas para controle de <u>Aedes aegypti</u>	48
5.10 - Número de serviços de saúde com ações consideradas mínimas para um programa implantado	48

V - SISTEMA LOCAL DE SAÚDE	Rg 49
1 - Processo de Municipalização	49
1.1 - Histórico	49
1.2 - Financiamento	49
1.3 - Processo de Implantação do Convênio SUS	49
1.3.1 - Avaliação	50
2 - Aspectos Legais	51
3 - Aspectos Administrativos e Operacionais	53
3.1 - Estrutura Organizacional	53
3.1.1 - Seção de Serviço Médico I	56
- Vigilância Epidemiológica	58
3.1.2 - Seção de Serviço Médico II	58
- Ambulatório Central	59
- Posto de Orientação Médico Social Valdir Alvares Menendes	61
- Posto de Orientação Médico Social Darcy Ripa	62
- Posto de Orientação Médico Social Cristo Redentor	63
- Posto de Assistência à Saúde João Malaman	65
3.1.3 - Seção de Administração	70
3.1.4 - Seção de Serviço Social Médico de Apoio à Saúde	70
3.1.5 - Seção de Odontologia	72
3.1.6 - Seção de Saneamento e Vigilância Sa- nitária	80
- Vigilância Sanitária	80
- Matadouro Municipal	81
3.1.6.1 - Casa da Agricultura	82

3.1.6.2 - Clínica Veterinária	83
3.1.6.3 - Abastecimento	83
- Análise e Sugestões	83
3.2 - Outros Recursos de Saúde do Município	86
3.3 - Da utilização dos Serviços	89
3.3.1 - Percepção popular	89
3.3.2 - Levantamento de demanda (Pronto Socorro)	96
VI - DISCUSSÃO	102
VII - SUGESTÃO	106
VIII - ANEXOS	107
IX - BIBLIOGRAFIA	133

I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho, elaborado por uma equipe multiprofissional de alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, realizou-se no Município de Porto Ferreira/SP, no período de 18 a 22 de novembro de 1991.

O objetivo geral foi analisar a inserção das Políticas de Saúde no município, utilizando, "in loco", os conhecimentos adquiridos, durante o Curso de Especialização, com os subsídios das áreas de graduação.

O objetivo específico foi avaliar o momento em que se encontra o processo de municipalização da saúde e como este avança em relação aos princípios fundamentais e diretrizes do SUS face a realidade de saúde local.

II - METODOLOGIA

Dentro de um trabalho cujo objetivo foi contemplar aspectos da Municipalização na cidade de Porto Ferreira, a equipe composta multidisciplinarmente desenvolveu etapas metodológicas procurando incorporar os conhecimentos de graduação de seus componentes à dinâmica a ser desenvolvida enquanto grupo.

Procurou-se, a priori, contactar diferentes órgãos que pudessem contribuir com informações referentes ao Município em questão, quais sejam:

- Cia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB
- ERSA - 53
- Secretaria de Estado da Saúde
- Secretaria de Estado do Meio Ambiente
- Coordenadoria de Relações do Trabalho
- Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN

De posse desses primeiros dados, em sua maioria quantitativos, em conjunto com os informes oferecidos pelo Plano Diretor de Saúde do Município, elaborou-se um roteiro de visitas, à saber:

- Santa Casa de Misericórdia "Dona Balbina"
- Ambulatório Central
- Postos de Saúde
- Delegacia de Ensino
- Matadouro Municipal
- Clinica Veterinária
- Casa da Agricultura
- Prefeitura
- Aterro controlado
- Indústrias Cerâmicas:
 - Cerâmica Porto Ferreira
 - Cerâmica Burguina

- Estação de Tratamento de Água
- Centro Odontológico
- Escolas Municipais de Educação Infantil
- Escolas Estaduais de 1º Grau

Por meio deste roteiro procurou-se compreender, através da observação e entrevistas com funcionários a estrutura organizacional dos diferentes serviços, nas suas peculiaridades de funcionamento; bem como propiciar um contato com a realidade local.

Houve preocupação quanto a visão que a comunidade possui das alterações ocorridas face ao processo de municipalização, principalmente no que se refere às questões de acesso, demanda e resolutividade do serviços; questões essas que foram contempladas em entrevistas com usuários e população.

Foi realizado levantamento das fichas de atendimento do Pronto Socorro, referentes aos meses de outubro/90 e outubro/91, afim de adquirir subsídios quanto aos aspectos de atendimento e demanda locais.

Em campo a equipe foi dividida em subgrupos, afim de desenvolver as ações propostas.

Lembramos que nesses momentos de elaboração dos instrumentos de trabalho, coleta e análise dos dados, procurou-se não perder o enfoque de saúde coletiva a que nos propusemos enquanto alunos desta casa.

III - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO FERREIRA

1 - HISTÓRICO

O município de Porto Ferreira nasceu em consequência de tres fatores distintos: a balsa que promovia a travessia do Rio Moji Guaçu (em torno de 1861), a ferrovia implantada em função da expansão cafeeira do estado (1880) e a utilização do Rio Moji Guaçu para navegação fluvial (1884). Até então, todo o vale do Moji Guaçu era habitado pelos índios Painguás, família Tupi-Guarani, onde haviam algumas aldeias nas terras que vieram a constituir o atual município de Porto Ferreira.

Em 1888 foi criada a freguesia, subordinada ao município de Descalvado até 1892 quando o distrito de Paz de Porto Ferreira passa a pertencer ao município de Pirassununga. Com o desenvolvimento advindo das atividades de transporte (navegação e ferrovia), através da Companhia Paulista de Vias Férreas e fluviais, devido à sua localização às margens do Rio Moji Guaçu, Porto Ferreira obteve sua emancipação política e administrativa a 29 de julho de 1896, através da lei estadual nº 424.

O nome do município advém do balseiro João Inácio Ferreira, que promovia a travessia de viajantes, tropas e mercadorias através do Rio Moji Guaçu.

2 - ASPECTOS DA GEOGRAFIA NATURAL

O município de Porto Ferreira localiza-se a 47°30' de latitude oeste e a 21°51' de longitude sul, distando 217Km da Capital, localizado na Depressão Periférica Paulista (parte setentrional), no Vale do Rio Moji Guaçu, a 519m de altitude em relação ao nível do mar (Anexo 1).

O município possui atualmente 246 Km². sendo seus municípios limítrofes: Santa Rita do Passo Quatro ao norte; Pirassununga ao sul; Santa Cruz das Palmeiras a leste e Descalvado a oeste.

A região de Porto Ferreira caracteriza-se como uma área de transição, tanto nos aspectos de solo (litológicos) pertencentes ao Grupo Tubarão, quanto nos de vegetação.

A constituição do solo é predominantemente laterizada e arenosa, de caráter sedimentar, pertencente à subprovincia geomorfológica do Moji Guaçu da depressão periférica paulista.

Sua vegetação natural compunha-se de mata tropical latifoliada, com a presença de cerradas e cerradões e vegetação típica de campo e campo serrado, além da presença marcante de mata ciliar e mata galeria, fundamentalmente do Rio Moji Guaçu.

A topografia do município caracteriza-se por baixa declividade em sua maior parte, particularmente por localizar-se na planície aluvial do Rio Moji Guaçu e ao norte morros e colinas de maior inclinação, de aspecto geomorfológico de transição às Cuestas Basálticas, já presentes no município de Santa Rita do Passo Quatro.

Na hidrografia do município, pertencente à Bacia do Rios Moji-Fardo, é marcante e determinante a presença do Rio Moji Guaçu, de largura média de 90M, chegando em alguns pontos a 120m, com vazões no município que oscilam entre 120 a 450m³/s, variando conforme os períodos de cheia e estiagem. Co-existem no município, além deste, rios de pequeno porte como o Ribeirão Bonito, Ribeirão Santa Rosa e Ribeirão Água Parada. São rios de baixa declividade pouco encacheiradas que fazem uso da planície aluvial, constituindo-se, por sua natureza favoráveis à exploração de areias e argila para uso da indústria de construção civil e cerâmica em geral.

Segunda Köppen o clima desta região é caracterizado como sendo do tipo mesotérmico com inverno seco e verão quente. com pluviosidade anual oscilando de 1.100 a 1.300mm e temperatura média anual variando entre 20°C e 21°C.

Importante notar que na região a atuação antrópica sobre o ambiente natural, extremamente sensível, particularmente a vegetação, em substituição por canais, vem contribuindo para a alteração dos corpos d'água provocando seu assoreamento e poluição.

A área total do município de Porto Ferreira é de 246,00Km², dos quais a área urbana ocupa 21,46Km² e a rural 224,54Km².

3 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Segundo projeções da Fundação SEADE para 1990, a população total de Porto Ferreira é estimada em 32.953 habitantes (Tabela 1). A população urbana é de 30.198 habitantes, o que confere ao município uma taxa de urbanização de 91,64%, extremamente alta, com crescimento previsto de 1,71% ao ano entre 1980 e 1990. No período 1970-1984 verifica-se uma taxa decrescente na natalidade (Figure 2)

TABELA 1 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DE PORTO FERREIRA
SEGUNDO SEXO E IDADE PARA 1990

Grupos de idade	1990	
	homens	mulheres
< 1	353	327
01-04	1241	1158
05-09	1543	1376
10-14	1628	1414
15-19	1655	1635
20-24	1518	1353
25-29	1379	1305
30-34	1435	1269
35-39	1148	1039
40-44	997	1151
45-49	951	990
50-54	945	871
55-59	646	642
60-64	557	340
65-69	409	243
70 e +.	430	772
Total	16835	16118

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE

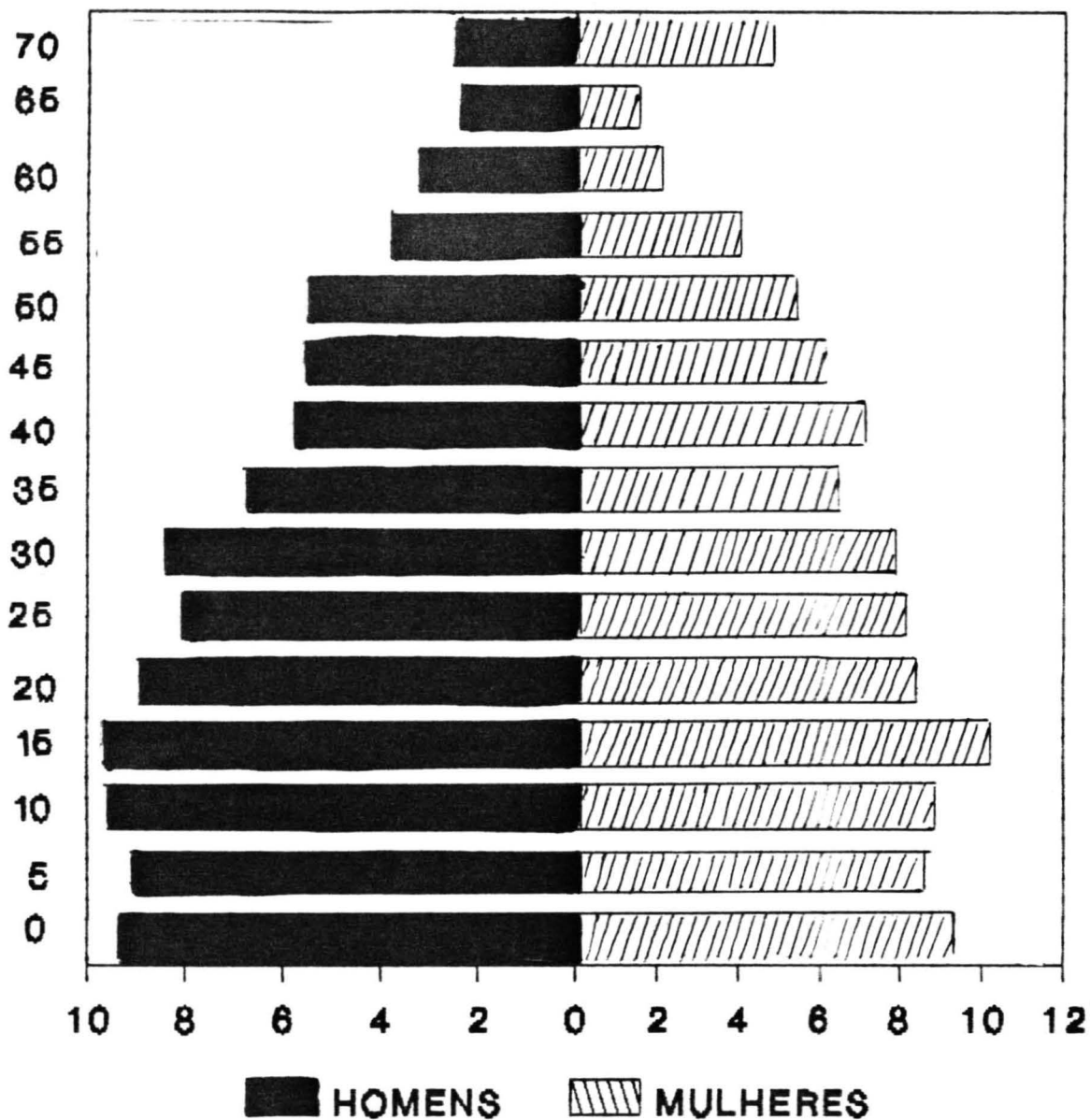
A razão de masculinidade para a população projetada é de 1044 homens para 1000 mulheres.

Em 1980 a razão de masculinidade no Brasil assumiu o valor de 987 homens para 1000 mulheres, variando de um máximo de 1118 homens para 1000 mulheres em Rondônia - explicada pela grande migração masculina - até um mínimo de 928 homens para 1000 mulheres no Estado da Paraíba (10).

A pirâmide populacional de Porto Ferreira, projetada para 1990, apresenta um formato tendente ao tipo 3 de Thompson (Figura nº 1).

Gráfico 1

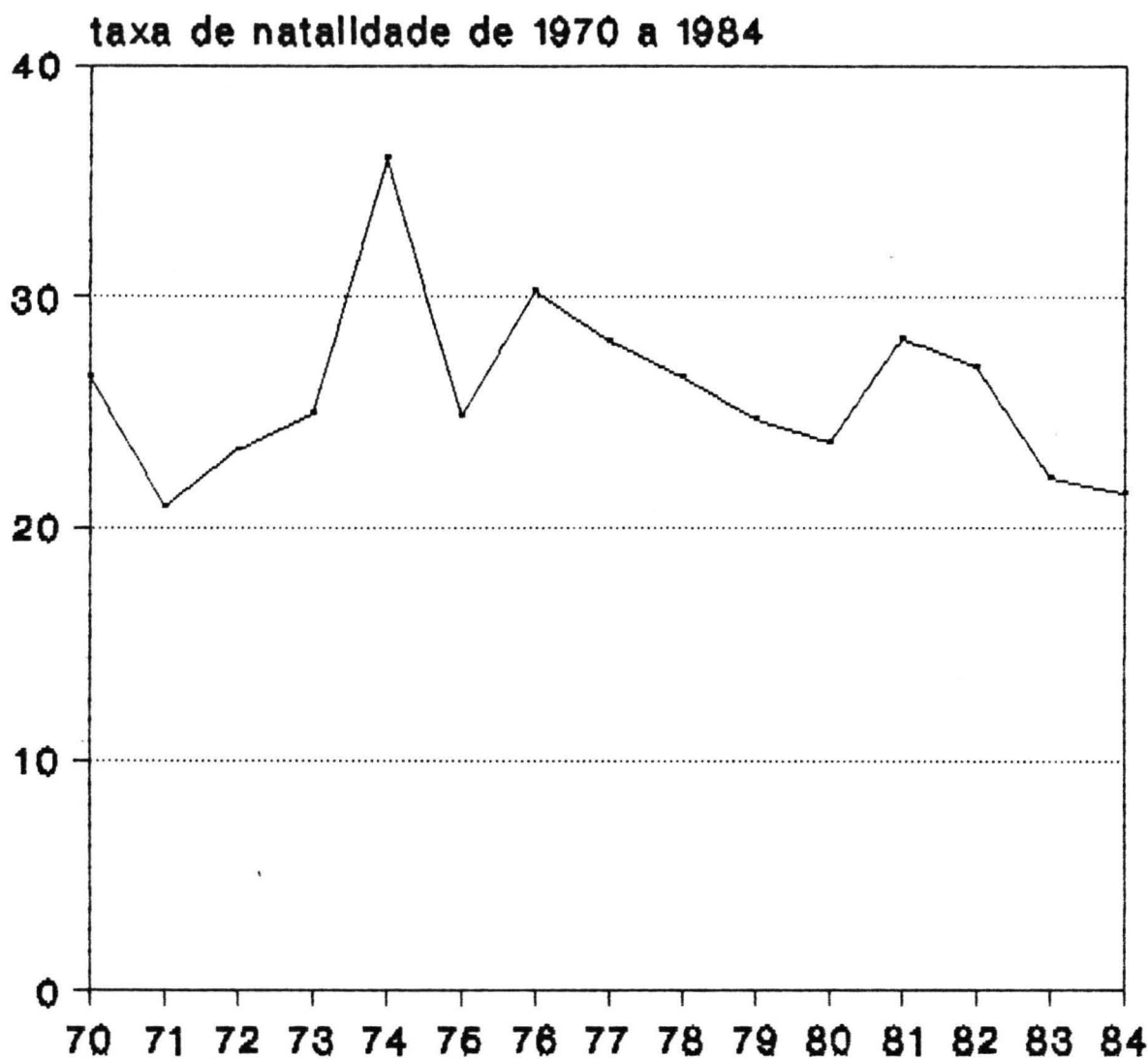
PIRAMIDE ETARIA DA POPULAÇÃO DE PORTO FERREIRA PROJETADA P/1990



FONTE: CIS/SEADE

Grafico 2

SERIE HISTORICA DA TAXA DE NATALIDADE DO MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA



— coeficiente

Taxa de natalidade no

1970 - 26,48
 1975 - 28,12
 1978 - 28,01
 1980 - 29,44

FONTE: CIS/SEADE

4 - ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

A tabela 2 indica a divisão da população economicamente ativa, segundo metodologia do IBGE, corrigida para 1991. Desta forma nota-se que a maior parte da P.E.A. situa-se no setor secundário, estando o setor de prestação de serviços a seguir e as atividades do setor primário com a menor parcela, caracterizando assim o município como industrial, de alta urbanização, devendo desta forma, as atenções de saúde estarem voltadas fundamentalmente à população urbana.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, SEGUNDO ATIVIDADE EM PORTO FERREIRA, 1991

População Economicamente Ativa	número	%
Agropecuária extração vegetal e pesca	3420	16,2
Transformação	7648	36,2
Construção	1399	6,6
Outras atividades industriais	247	1,1
Comércio de mercadorias	3244	15,3
Transporte e comunicação	1049	5,0
Prestação de serviços	2160	10,2
Atividades sociais	989	4,7
Administração pública	522	2,5
Outras atividades	461	2,2
Total	21139	100

Fonte: IBGE 1980, corrigido para 1991 de acordo com a indicação dos coeficientes do T.C.U.

No setor primário coexistem áreas de cultivo de pequeno, médio e grande porte com uma cultura razoavelmente diversificada, onde não existe preponderância das monoculturas ou a presença da agro indústria.

As propriedades estão diversificadas quanto ao porte, destacando-se as culturas de algodão, laranja, soja, arroz, milho, cana de açúcar e mandioca. No setor pecuário, a criação de gado bovino predomina no município.

O setor secundário de Porto Ferreira é razoavelmente estruturado, estando a produção industrial local voltada principalmente à atividade ceramista. Participam também em escala menor, no que tange à ocupação de pessoal na indústria, os ramos alimentícios e de mobiliário.

É importante notar que do ramo de transformação de minerais não metálicos - cerâmicas artísticas, em particular - a atividade não está associada à extração da matéria prima local, a argila e embora as condições naturais favoreçam, há pouca atividade cadastrada no que toca a extração de areia utilizada principalmente na construção civil. Há sem sombra de dúvida atividade tradicional de fabricação de tijolos, configurando-se como exploratória e passível de graves danos ambientais.

No setor terciário, a atividade gira em torno, principalmente da produção industrial local, e a seguir distribuída entre os diversos tipos e necessidades do comércio e serviços locais. O município tem cadastrados 811 estabelecimentos que, segundo o IRGE, são responsáveis por aproximadamente 25% da ocupação da F.E.A. No que refere a distribuição de renda, observa-se, segundo a tabela 3, que em torno de 85% da população tem rendimento familiar menor que cinco salários mínimos.

TABELA 3 - NÍVEL DE RENDA EM PORTO FERREIRA, EM SALÁRIOS MÍNIMOS, 1991

Nível de renda (SM)	População	%
> 1	6378	27,85
1 - 2	8492	37,08
3 - 5	5804	25,35
6 - 10	1437	06,28
10 ...	0788	03,44
Total	22899	100,00

Fonte: IBGE 1980, corrigido para 1991, segundo indicação de coeficientes do TCU

Similarmente ao nível de renda, observa-se que o nível de instrução da população de Porto Ferreira, configura-se de forma preponderante como elementar, conforme observa-se na tabela 04.

TABELA 4 - NÍVEL DE INSTRUÇÃO DA POPULAÇÃO DE PORTO FERREIRA, EM 1991

Nível de instrução (SM)	População	X
Elementar	15450	69,84
Primeiro Grau	03607	16,30
Segundo Grau	02473	11,18
Superior	00592	02,68
Total	22122	100,00

Fonte: IBGE 1980, corrigido para 1991, segundo indicação de coeficientes do TCU

As opções de lazer, públicas e privadas, são em número reduzido, para o total da população, segundo dados obtidos junto à Prefeitura, compondo-se de 01 ginásio de esportes, 02 centros comunitários, 01 clube de campo de caráter privado, 01 clube de futebol, além de um programa desenvolvido pela Prefeitura, denominado "manhãs de lazer", para as crianças da comunidade.

O transporte intermunicipal é feito principalmente através das rodovias estaduais Anhanguera (SP330/BR050) e da SF215 que liga o município a Descalvado e a Santa Cruz das Palmeiras. O transporte coletivo intermunicipal é promovido através de 04 empresas concessionárias.

O município possui cerca de 475 Km de rodovias vicinais, a grande maioria não pavimentada e o transporte coletivo é oferecido através de empresa particular perfazendo uma cobertura de aproximadamente 20%. Importante notar que há alguns anos a ferrovia foi desativada, bem como o transporte fluvial. A cidade possui um campo de pouso, para uso particular. As condições de habitação de Porto Ferreira são bastante razoáveis, onde não ocorre a sub habitação, apenas a diferenciação da auto construção e de construções planejadas. A tabela 5 demonstra a condição das habitações conforme a posse, e observa-se assim que o número de domicílios próprios prepondera, o que significa uma urbanização já consolidada e de crescimento compatível às demais atividades sócio econômicas.

TABELA 5 - CONDIÇÃO DE HABITAÇÃO, SEGUNDO POSSE EM PORTO FERREIRA

Condição de posse	Número	%
Próprios	5493	59,01
Alugados	2233	23,99
Cedidos	1582	17,00
Total	9308	100,00

Fonte: Cadastro Municipal s/rel.ano

Ao município é oferecido ensino público e particular de primeiro e segundo grau, estando distribuídos em número de 06 escolas municipais de ensino infantil atingindo a idade pré-escolar, 08 escolas estaduais de ensino de primeiro grau, sendo que duas destas abrangendo o ensino de segundo grau,

Quanto ao ensino particular, o município conta com 05 estabelecimentos, ressaltando-se o Centro Educacional do SESI e a Escola Especial pertencente à APAE.

A tabela 06 mostra o número de alunos distribuídos entre o nº de classes, para o primeiro grau, similarmente à tabela 07, para o segundo grau.

TABELA 6 - NÚMERO DE ALUNOS E NÚMERO DE CLASSES DE ENSINO DE 1º GRAU, EM PORTO FERREIRA

Primeiro Grau	nº de alunos	nº de classes
CBI	793	30
CBC	975	31
3ª	791	24
4ª	746	23
5ª	845	28
6ª	598	20
7ª	569	20
8ª	362	13
SUPLETIVO	73	2
TOTAL	5752	191

Fonte - Cadastro Municipal s/ rel. ano

TABELA 7 - NÚMERO DE ALUNOS E NÚMERO DE CLASSES DE ENSINO DE 2º GRAU EM PORTO FERREIRA, 1991

Segundo Grau	nº de alunos	nº de classes
1ª	352	11
2ª	287	08
3ª	195	06
4ª	87	03
Educ. Espec.	10	01
Supl. 2ºG.	/	/
TOTAL	921	28

Fonte - Cadastro Municipal

É desconhecida a taxa de evasão escolar, em função de a Delegacia de Ensino estar instalada há apenas um ano, mas soube-se através de entrevista que a taxa de evasão obedece ao universo nacional, qual seja:

- 2º grau > 1º grau
- início > término
- Periferia > Centro
- Noturno > Diurno

Interessante notar que a evasão nos cursos profissionalizantes é maior do que no curso de magistério, em função do mercado de trabalho oferecido no município.

A prefeitura oferece aos alunos da zona rural, transporte contratado junto a particulares para a locomoção destes ao centro urbano. A prefeitura mantém, conforme a disponibilidade, a merenda escolar, centralizada em uma cozinha piloto, que em parte é auxiliada pelo poder público estadual. Quanto aos equipamentos sociais, destinam-se principalmente à assistência em geral, distribuídos entre instituições de caráter público e privado, relacionados abaixo.

- Legião Brasileira de Assistência
- São Vicente de Paulo
- Fundo Social de Solidariedade

- Solar dos Jovens de Ontem
- Casa Maternal
- SAME-Serviço de Atendimento ao Menor
- Creche Saïd Adib
- Creche Roberto Henrique João
- Creche Casa Maternal
- Clube de Mães
- Rotary Clube
- Casa da Amizade
- Lyons
- Clube das Domaduras
- Associação dos Aposentados
- Grupo Fraternidade e Amizade
- Grupo Fraternidade Feminina

O município conta com uma emissora de rádio, 3 jornais e recebe todas as emissoras de televisão, não possuindo nenhuma retransmissora.

No tocante às questões de saneamento básico, a prefeitura possui a Divisão de Água e Esgoto, que cuida da captação e tratamento de água potável bem como a captação e despejo (in natura) de esgoto urbano, industrial e de águas pluviais. A prefeitura também é responsável pela coleta de lixo (urbano, industrial e hospitalar) e a varredura das ruas.

Os serviços de saúde do município estão distribuídos, a despeito do processo de municipalização em um hospital geral (Santa Casa), um ambulatório, um Centro de Saúde, tres postos de orientação médica, um centro odontológico, dois centros de medicina de grupo, tres laboratórios de análises clínicas, consultórios particulares e serviços médicos nas industrias. Como objeto fundamental de nosso estudo, posteriormente será detalhado a situação dos serviços de saúde com ênfase ao processo de municipalização, com suas implicações de caráter administrativo, legal e político.

IV - CONDIÇÕES SÓCIO AMBIENTAIS

1 - TRATAMENTO DE ÁGUA

O sistema de abastecimento de água de Porto Ferreira conta com três estações de tratamento (ETAs): ETA Principal, ETA "Negó Moço", ETA "Correa Porto" (Anexo 2), subordinadas à Divisão de Água e Esgoto da Prefeitura Municipal.

A principal estação de tratamento de água, inaugurada em dezembro de 1958, localiza-se no bairro Vila Nova ao lado da Divisão Municipal de Saúde e ocupa uma área de aproximadamente 6.500 m². Capta água do Rio Moji Guaçu e do Córrego do Sapé, ambos Classe 2 (Lei Estadual 8468-76), que chega à estação por recalque.

Essa ETA é composta por uma câmara de mistura rápida (chegada da água bruta), 2 floculadores, 2 decantadores convencionais, 3 filtros e pela casa de química (Anexo 3).

Atualmente o sistema principal está sendo ampliado, a partir de estudos solicitados à SABESP, e a perspectiva é passar de 60l/s para 180l/s até fevereiro de 1992, e depois para 300l/s, volume suficiente para abastecer uma população de 250 mil habitantes, segundo estimativas da Prefeitura (Anexo 4).

A ETA "Correa Porto" capta água da nascente Correa Porto e funciona como um sistema compacto de floculação, decantação e filtração. Essa estação abastece os bairros Jardim Porto Novo, Jardim Anibal e Vila Sibila, a uma vazão de 20 l/s.

A ETA "Negó Moço" capta água de duas nascentes, uma delas localizada a 4 Km, cuja água percorre essa distância por gravidade. Na chegada passa por câmaras de floculação, por um decantador e depois é armazenada num lago. Daí é bombeada, recebe o cloro e segue para um reservatório elevado. O filtro dessa estação está desativado por problemas de manutenção.

O volume dessa ETA é de 30l/s e abastece os bairros: Jardim Primavera, Jardim Anésia, Vila Santa Maria, Jardim Santa Marta e o Parque Residencial Areia Branca.

A capacidade dos reservatórios atualmente instalados perfaz o total de 2370m³, volume esse considerado insuficiente, pelos técnicos do município, para atender à demanda da população e indústrias.

Segundo o Chefe de Serviços Gerais da Divisão de Água e Esgotos, a necessidade atual de água tratada seria de 4000m³ em reservatórios enterrados e 2000m³ em reservatórios elevados. A estimativa quanto ao consumo, apresentada pelo Presidente do Condema, é de 155,51/hab./dia.

Embora as ligações de água cubram 100% do município (9567 ligações), a população está desenvolvendo o hábito de armazenar água em reservatórios alternativos, como tambores e latões, porque a oferta é intermitente. Muitas vezes a Prefeitura abastece o consumidor através de caminhões pipa.

A CETESB, através de sua regional em Campinas, realiza mensalmente, a pedido, a análise bacteriológica da água tratada. O controle do pH e a dosagem de cloro são feitos pela Divisão de Água e Esgoto. A dosagem de cloro na ETA principal é de 1,4mg/l, chegando na ponta da rede com valores de 0,4 e 0,5mg/l. Esse controle é feito diariamente.

A água de Porto Ferreira era fluoretada até o início da administração passada, quando então a fluoretação foi suspensa.

Parte da proposta da atual administração a retomada da adição do fluor, quando a ampliação do sistema de abastecimento estiver concluída.

Não há dados quanto à qualidade da água dos reservatórios domiciliares, como caixas d'água, nem quanto ao total de poços domésticos. Supõe-se que sejam poucos, em bairros periféricos, como o Parque Residencial Areia Branca.

Duas indústrias, Vidro Porto e Santa Marina, possuem poços semi-artesianos, aos quais a população recorre quando da falta d'água ou por acreditar ser essa água de melhor qualidade que a disponível na rede. Não há, até o momento, nenhuma análise da água desses poços. A Prefeitura Municipal instalou, no segundo andar do edifício da ETA principal, um laboratório capacitado para realizar análises bacteriológicas e físico-químicas da água. A equipe responsável por esse trabalho é composta por um Bioquímico e um Tecnólogo de Saneamento. Embora ainda sem um programa de funcionamento definido, esse laboratório foi inaugurado na semana de visita da nossa equipe à cidade.

A proposta inicial, do Tecnólogo que nos acompanhou, era a de coletar algumas amostras de água em várias etapas da rede e testá-las, testando também os equipamentos do laboratório.

A Divisão de Água e Esgoto não pretende dispensar as análises periódicas feitas pela CETESB, mesmo quando do

pleno funcionamento do laboratório municipal, como forma de avaliar o padrão de qualidade desse laboratório.

As análises da água de Porto Ferreira, realizados pela CETESB nos meses de julho e outubro de 1990 e maio, julho e setembro de 1991, atendem aos padrões bacteriológicos e físico químicos de potabilidade, tanto nas estações de tratamento quanto na ponta da rede.

A ampliação do sistema de tratamento e reservatórios de água, atualmente em andamento, deverá melhorar muito o abastecimento do município.

Outro ponto positivo a ser ressaltado é a instalação do laboratório de microbiologia, que permitirá aos técnicos locais, o rápido acompanhamento da qualidade da água fornecida à população.

Com relação aos poços semi artesianos das indústrias Vidro Porto e Santa Marina, sugerimos que a população só tenha acesso a eles após a devida análise da água.

Finalmente, vale salientar a importância da fluoretação das águas de abastecimento público, como uma medida abrangente e eficaz em relação à prevenção da cárie dentária. Tal procedimento exige controle e manutenção permanente e esperamos que a Prefeitura crie condições para a retomada desse programa o mais breve possível.

2 - ESGOTO

O esgoto de Porto Ferreira não sofre nenhum tratamento antes de ser lançado em vários pontos da rede hídrica do município.

Os locais de descarga, bem como a rede coletora de esgoto e seu dimensionamento, podem ser observados na planta geral da área urbana (Anexo).

Dos 9567 imóveis do município, 8868 estão ligados à rede pública de esgotos (93% de cobertura). Não há distinção, quanto ao destino, dos resíduos doméstico, industrial e hospitalar, os esgotos são despejados em rede comum e lançados 'in natura' no Rio Moji-Guaçu.

A Divisão de Água e Esgoto estima que os despejos são lançados nos rios e córregos, dentro da área urbana, a uma vazão de 96l/s.

O único esgoto industrial que sofre tratamento, antes de ser lançado no Rio Moji-Guaçu, é o da Companhia Nestlé. A prefeitura lançava parte do esgoto doméstico do centro da cidade no mesmo ponto de descarga dessa indústria. A CETESB autuou a Cia. Nestlé pela má qualidade do efluente, rico em matéria orgânica advinda da descarga do município, obrigando a prefeitura a transferir a sua descarga para 500m rio abaixo.

Os domicílios não interligados pela rede de esgotos, assim como os da área rural, dispõem de fossas construídas sem orientação e supervisão de técnicos da Prefeitura ou outros órgãos. Segundo informações do Chefe de Serviços Gerais da Prefeitura, essas fossas localizam-se nos bairros Parque dos Laranjais (11 casas), Tio Chico (50 casas) e algumas na área conhecida como "Granjeiros".

As áreas cujos domicílios apresentam essas fossas localizam-se nas partes altas da cidade, distantes dos mananciais de água potável.

A captação da ETA principal, no Rio Mogi Guaçu, também se localiza a montante dos pontos de descarga de esgoto, distando cerca de 35m do primeiro ponto de lançamento, e, aproximadamente, 120m da entrada do Rio Santa Rosa.

Um dos principais problemas levantados, pelos funcionários da Prefeitura, com relação ao esgoto industrial, é a grande carga de sólidos em suspensão lançada à rede pelas indústrias cerâmicas.

Esse material, argila, gesso, etc., deposita-se ao longo das tubulações obstruindo a passagem do esgoto, provocando seu refluxo. Periodicamente a Prefeitura é acionada para fazer a limpeza da rede.

Atualmente a Prefeitura vem estudando a possibilidade de tratar o esgoto da cidade, em conjunto com os de outros municípios da bacia do Moji-Guaçu, a partir de um Consórcio a ser firmado entre eles.

Embora o número de imóveis ligados à rede pública de esgotos seja, significativo, devem-se somar esforços no sentido de aumentar a cobertura da rede para 100%.

Enquanto isso não for possível, deve haver apoio técnico à implantação de fossas sépticas pela população não atendida pelas ligações de esgoto. Esse apoio se estenderia, também, às fossas simples já instaladas em conformidade com a NB-47 da ABNT, que trata do assunto.

Além disso, é fundamental investir política e financeiramente na proposta de tratamento de todo o esgoto

produzido no município, seja através de soluções relativamente simples e adotadas isoladamente, como lagoas de estabilização, ou soluções mais complexas, adotadas em conjunto com outras cidades da região através de consórcio. Concorre para isso o fato de o município de Porto Ferreira se localizar às margens de um dos poucos rios ainda não totalmente comprometidos do Estado.

Comparando-se os dados do Censo Industrial de 1980(7) e os dados do Cadastro Industrial da CETESB, de 1989(3), é possível verificar que a indústria sofreu forte especialização do sub-ramo de produção de cerâmicas, no município. Independente das fábricas tradicionais, anteriores à década de 70, é possível afirmar que a maior parte delas são de pequeno e médio porte, despejando seus efluentes industriais na rede pública, juntamente com os despejos domésticos.

Comparando-se os Relatórios de Qualidade das Águas Interiores do Estado de São Paulo (Anexo 5 e 6), de 1985 a 1990, verifica-se que, embora o índice de qualidade das águas (IQA) do Rio Moji-Guaçu tenha se mantido estável, com qualidade definida como boa, os índices de metal pesado se elevaram significativamente. Apesar da CETESB não classificar nenhuma das indústrias instaladas no município como de alto risco, é possível avaliar que a somatória das descargas das pequenas e médias indústrias de Porto Ferreira contribui para a alteração da qualidade das águas, particularmente no que diz respeito a metais pesados (presentes na matéria do esmalte cerâmico) e à presença de sílica enquanto sólidos em suspensão, embora não haja medições ou controle desse material.

Nesse sentido, deve haver rigorosa fiscalização por parte do município em relação ao esgoto industrial, através de mecanismos legais que garantam, ao menos, a construção de caixas coletoras de material particulado em todas as fábricas de peças cerâmicas.

3 - COLETA DE LIXO

O lixo de Porto Ferreira é coletado diariamente por 6 funcionários da Prefeitura em 3 caminhões com caçamba fechada e prensa. A produção, estimada, é de 25t/dia e o destino final é o "aterro controlado".

Esse aterro localiza-se a 7Km da cidade, na antiga estrada para Descalvado, em propriedade particular emprestada por duas famílias que moram no local, em troca do direito exclusivo de separar o material reciclável para venda.

O lixo é descarregado nesse local geralmente duas vezes ao dia, ao final da manhã e ao final da tarde. Uma vez por semana, aos sábados, é coberto por uma camada de 30 a 40CM de terra, compactada com um trator, formando uma área plana de aproximadamente 20.000m². Por sobre essa área trafegam ainda os caminhões carregados com o lixo e sucata, que é remetida, normalmente, para Santa Cruz das Palmeiras.

Quando da visita da equipe ao aterro o lixo ainda não enterrado estava sendo queimado pela crianças que moram no local, segundo o Chefe de Serviços Gerais da Prefeitura que nos acompanhou. Por toda a área do aterro circula grande quantidade de porcos, em total liberdade.

As pessoas que residem no aterro utilizam a água de uma nascente próxima, que brota de um barranco localizado acima do nível do lixo.

O aterro atual está instalado há tres anos numa várzea do Rio Bonito que drena o "chorume". Anteriormente, o local de disposição final do lixo localizava-se em outra área particular, pertencente a um médico, onde era lançado em valas de 50m de comprimento, por 2m de largura e 2,20m de profundidade. Hoje essa área está totalmente aterrada e coberta por pasto. A cota do terreno era mais elevada em relação à atual.

O Rio Bonito que passa a poucos metros das bordas do aterro, capta esgoto e águas de lavagem de areia da mineração Jundu, do município de Descalvado. Deságua no Rio Moji-Guaçu, a jusante da captação de água de Porto Ferreira.

Tanto a área atual quanto a do antigo aterro, passaram por avaliação de engenheiros da CETESB, que condenaram a queima do lixo e recomendaram que esse material fosse enterrado frequentemente. O geólogo da Prefeitura reconhece que a área atual de descarte do lixo não é adequada.

Existem locais onde a Prefeitura e particulares jogam entulho, como terrenos acidentados ou áreas de retirada de argila para as indústrias cerâmicas. Não há diferenciação quanto à coleta e destino final do lixo doméstico, industrial e hospitalar (lixo séptico).

A orientação repassada às farmácias é a de que encaminhem o material séptico para a Santa Casa que se encarrega de remetê-lo para Santa Rita do Passo Quatro para incineração. A única intervenção da Prefeitura foi a preparação de tambores para esse transporte, mas não conseguimos saber se este vem se realizando.

Indústrias grandes, como a Cerâmica Porto Ferreira, têm aterro próprio na área da fábrica e ainda levam parte do lixo para o aterro municipal.

A Prefeitura faz a varrição diária das ruas do município e coleta o material resultante uma vez por dia com um caminhão. O Chefe de Serviços Gerais observou que não é generalizado o uso de sacos plásticos pela população. É bastante comum o uso de latas de lixo, que retardam o ritmo de trabalho dos coletores.

Os coletores trabalham sem uniforme próprio e o único equipamento de segurança que utilizam são luvas de couro.

Os acidentes mais comuns com esses trabalhadores são cortes e escoriações nos membros superiores. Todos recebem o adicional de insalubridade.

Embora a coleta de lixo seja diária em toda a área urbana, com exceção do Bairro Cuca Fresca onde é coletado uma vez por semana, parte da população joga lixo em terrenos baldios e córregos. Não é feito nenhum trabalho educativo junto a esse segmento da população.

A prefeitura não tem nenhum programa de reaproveitamento do lixo de Porto Ferreira.

A inadequação da área escolhida pela prefeitura para a disposição final do lixo, prejudica a opção pelo aterro controlado que, mesmo não sendo a melhor proposta técnica, ajuda a amenizar o problema.

O líquido que percola pelo lixo (chorume) é extremamente poluente e pode estar contaminando extensa área, inclusive o lençol freático que provavelmente é muito superficial naquele ponto.

Foderiam ser feitas análises quantitativas e qualitativas desse chorume, para se avaliar a ocorrência e extensão de danos causados aos meios aquático e terrestre pelo aterro municipal.

Com o lixo assim caracterizado, poder-se-ia escolher um novo local baseado em critérios exclusivamente técnicos, para a transferência, o mais breve possível, da disposição de lixo em Porto Ferreira.

A presença de pessoas morando e trabalhando sobre lixo municipal é condenável sob todos os aspectos. O "contrato", formal ou informal, mantido entre os

proprietários do terreno e a Prefeitura, deve ser revisto e anulado.

A coleta de lixo séptico, bem como seu destino final, deve ser assumida integralmente pela prefeitura.

A coleta e separação do material reciclável como papel, metais, plástico e vidro; é a solução moderna já adotada por muitas prefeituras e resolve vários problemas:

- ajuda a população na questão dos materiais inservíveis e descartáveis, que representam grande volume nos dias de hoje, face a industrialização, principalmente de embalagens de produtos comestíveis.
- diminui o volume de recipientes vazios disponíveis nos quintais, terrenos baldios e margens de córregos que podem servir como criadouros de vetores urbanos de doenças graves, como o caso do Aedes aegypti.
- esse material reciclável pode servir como fonte adicional de renda para o município ao invés de atender interesses particulares.
- uma vez vendido para reciclagem, contribui para diminuir o volume de material a ser aterrado, que se constituiria fundamentalmente apenas de lixo orgânico.

A queima do lixo é outro fator a ser considerado e evitado. Essa prática, além de lançar grande quantidade de gases e material particulado na atmosfera, concentra matéria orgânica, uma vez que o fogo consome, principalmente, madeira, papel, plástico, etc.

Essa matéria orgânica concentrada serve de substrato ideal para o desenvolvimento de larvas de muitas espécies de moscas e também outros animais nocivos, como ratos e baratas. O principal foco desses animais, na maioria dos municípios, localiza-se nos lixões.

Cabe ainda ressaltar que a presença de porcos no local, com livre acesso ao lixo, pode caracterizar-se como foco de zoonose com grave risco à saúde.

4 - SAÚDE DO TRABALHADOR

O município de Porto Ferreira tem na indústria cerâmica sua principal atividade econômica.

De 268 indústrias cadastradas pela CETESB (3), 168 estão relacionadas com a produção de artefatos cerâmico (tabela 8). Na sua maioria são as chamadas indústrias de cerâmica artística, que juntas produzem algo em torno de 700 mil peças/mês.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS INDÚSTRIAS DE PORTO FERREIRA, SEGUNDO TIPO E NÚMERO

Código, segundo SRF	Tipo de indústria	Número
00	Extração mineral	02
10	Indústria de material de barro cozido não cerâmico	08
10	Cerâmica	168
10	Artefatos de cimento, gesso, amianto	10
10	Indústria de vidro	02
11	Indústria de metalúrgica	08
12	Indústria mecânica	03
13	Indústria de material elétrico	03
14	Indústria de material de transporte	02
15	Indústria de madeira	03
16	Indústria do mobiliário	11
17	Indústria de papel e papelão	03
18	Indústria da borracha	02
20	Indústria química	02
24	Indústria textil	01
25	Indústria de material de vestuário	12
26	Indústria de beneficiamento de cereal	10
26	Indústria de beneficiamento de leite	01
26	Indústria de beneficiamento de farinha	03
26	Abatedouro	03
27	Indústria de bebidas	03
30	Diversos	08
Total		268

Fonte: CETESB, 1990

Não obstante o fato do presente trabalho não ser voltado especificamente para a questão da saúde do trabalhador, esse aspecto pode ser observado face a oportunidade que tivemos de conhecer as linhas de produção de duas fábricas locais: Cerâmica Porto Ferreira e Cerâmica Burguina.

A primeira, de grande porte, é uma indústria tradicional no município e até há pouco tempo fabricava a faiança Porto Ferreira, de renome nacional. Atualmente, com 720 funcionários, produz apenas pisos cerâmicos esmaltados.

O médico do trabalho da empresa informou-nos que, nessa indústria, não ocorrem casos de doenças ocupacionais como silicose, devido principalmente ao tamanho das partículas da argila e ao próprio processo de fabricação das peças. Refere que quando iniciou seus serviços, em 1987, a maior queixa dos trabalhadores era em relação à grande

quantidade de pó na fábrica, que os "sufocava". A instalação de exaustores diminuiu esse problema.

Anualmente é feita radiografia de tórax de todos os trabalhadores, procedimento esse não previsto no convênio de saúde que a Cerâmica Porto Ferreira mantém com a Balbina Clínicas, porém pago à parte pela empresa e não exigido pela mesma no exame admissional.

O médico relatou a ocorrência de somente um caso de pneumotórax, quando trabalhava no Pronto Socorro, em um senhor já aposentado. Segundo ele, esse caso estava associado à indústria cerâmica.

O maior problema de saúde ocupacional, enfrentado pela empresa, é a presença de chumbo no esmalte utilizado para dar brilho ao piso cerâmico.

Na linha de esmaltação trabalham 60 pessoas, homens e mulheres, em tres turnos. O turno da noite funciona com número reduzido de trabalhadores. Essa linha pára aos domingos.

Desde 1989, todos os funcionários da linha de esmaltação medem as taxas de chumbo no sangue a cada seis meses. As amostras são enviadas ao laboratório Emílio Ribas, em Campinas, para análise.

Eventualmente são detectadas alterações. Sempre que o funcionário apresenta taxas de chumbo acima do limite de tolerância ele é afastado da esmaltação, por no mínimo seis meses, quando se realizam novos exames.

Atualmente, as taxas de chumbo nos trabalhadores ficam em torno de 67ug/100ml de sangue e no máximo 70ug/100ml. No início do controle laboratorial chegava a 100ug/100ml de sangue.

Segundo técnicos da empresa, não há nenhum esmalte disponível no mercado nacional que não contenha chumbo, para substituir o atualmente utilizado. A importação de esmaltes alternativos aumentaria muito os custos da produção.

A empresa está estudando a possibilidade de fazer a dosagem de chumbo no exame admissional. Caso o candidato apresentasse taxas significativas não seria contratado.

Nessa indústria, as embalagens vazias do esmalte, formulado em pó solúvel, são devolvidas ao fornecedor para serem reutilizadas.

No exame admissional são colocados os riscos aos quais o trabalhador estará exposto e a necessidade do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs).

Os EPIs disponíveis são: luvas de borracha, avental de plástico e máscara tipo cirúrgica. Segundo técnicos da empresa são pouco utilizados. Os empregados queixam-se do calor e desconforto. Para mudar essa situação é feito um trabalho educativo junto aos trabalhadores.

Para o final deste ano está programada uma campanha de conscientização quanto à limpeza da fábrica e uso de EPIs. Estão previstos prêmios para a seção mais limpa (provavelmente um churrasco) e para funcionários que usam EPIs (sorteio de bicicletas).

Em reunião mantida antes da visita com o Vice Presidente dessa indústria, foi-nos colocado que a empresa distribui cestas-básicas aos funcionários que menos se acidentam no serviço.

Nenhum trabalhador recebe o adicional de insalubridade. Em 1982, o laudo elaborado por um médico da DRT de Campinas não considerou as atividades desempenhadas pelos trabalhadores como insalubres.

Atualmente, funcionários antigos estão solicitando aposentadoria especial, baseado em precedentes de trabalhadores do setor cerâmico dos municípios de Pedreira e Jundiaí. A empresa se comprometeu em contratar nova perícia, na tentativa de atender a essa reivindicação.

O ambulatório da indústria funciona com um médico do trabalho e uma atendente. Faz pronto atendimento e consultas. A própria empresa mantém um equipamento odontológico dentro do sindicato, o qual servia para absorver a demanda dos funcionários e seus dependentes. Atualmente este equipamento está desativado e a atenção à saúde bucal se resume às necessidades sentidas pelos funcionários, que são encaminhadas ao SESI. Existe a proposta de se reativar o atendimento a nível do sindicato.

A segunda fábrica que visitamos, a Cerâmica Burguina, apresenta características distintas da Cerâmica Porto Ferreira.

É uma indústria de médio porte, com 90 funcionários e produção estimada de 76 mil peças/mês. Fabrica peças decorativas, muitas pintadas à mão e também esmaltadas.

Embora a visita não tivesse caráter oficial, pudemos observar as condições inseguras a que estão expostos os trabalhadores.

Todas as etapas do processo produtivo, da mistura da massa até a esmaltação, encontram-se concentradas num único galpão.

Há riscos de acidentes graves junto aos misturadores da argila, que funcionam alinhados, numa área de livre trânsito de funcionários. Essas máquinas giram com certa velocidade e estão assentadas diretamente sobre o piso, numa altura perigosa.

Os dois funcionários que trabalham na esmaltação não usam luvas e máscaras, mas utilizam-se de pinças para apreensão do material, que se destinam apenas à proteção da pintura das peças.

As duas indústrias visitadas não podem servir de parâmetro para todas as outras do município, mas ajudam a ilustrar os agravos a que estão sujeitos os trabalhadores do setor cerâmico de Porto Ferreira.

Os riscos vão desde acidentes de graves proporções, como aos que estão expostos os trabalhadores que circulam próximos aos misturadores de argila da Cerâmica Burguina, até os de desenvolver doenças ocupacionais, como silicose e saturnismo.

O risco dessas doenças provavelmente é comum a todos os trabalhadores envolvidos na fabricação de peças cerâmicas, pelo volume de material particulado inalado e pela manipulação de compostos químicos a base de chumbo.

A recomendação para indivíduos expostos profissionalmente ao chumbo, com valores em torno de 60-70ug/100ml de sangue, é de afastamento do risco (Anexo 7); o que vem ocorrendo na cerâmica Porto Ferreira. A orientação preconiza ainda que devem ser feitas modificações tecnológicas e ambientais nos locais que apresentam esse problema.

A situação de mulheres em idade fértil, presentes na linha de esmaltação, também é preocupante, uma vez que o chumbo é embriotóxico e pode induzir ao aborto e nascimento prematuro. Estudos com animais sugerem que o chumbo pode ter efeitos teratogênicos⁽¹⁷⁾.

Durante a visita, pudemos constatar ainda, a presença de um funcionário com apenas 15 anos de idade na linha de esmaltação da Cerâmica Porto Ferreira.

Foi feito contato com entidades como ERSA-53, Secretaria do Estado da Saúde, Ministério do Trabalho, Sindicato local a fim de se obter dados estatísticos relativos a acidentes de trabalho. Não há documentação a respeito, mas este fato não exclui a possibilidade que os mesmos venham ocorrendo.

3

A conduta dos responsáveis pelas indústrias de cerâmicas de Porto Ferreira, de distribuir cestas básicas para os trabalhadores que apresentarem menor índice de acidentes de trabalho, pode estar provocando a subnotificação dos casos.

Em um município com tão grande número de indústrias, com predominância de cerâmicas, é preocupante o fato de não haver, por parte do Sistema Municipal de Saúde, programas voltados à saúde do trabalhador.

Gestões no sentido de se criar um sistema de notificações para acidentes do trabalho e doenças profissionais, passivo e ativo, devem ser desenvolvidas e, em segunda instância, implementado programas específicos de controle dos problemas prioritários.

5 - DADOS EPIDEMIOLOGICOS (INDICADORES DE SAÚDE)

O sistema de vigilância epidemiológica de Porto Ferreira restringe-se a um monitoramento baseado apenas em notificações - passivas - de algumas doenças.

O município não conta com sistema de informações adequado, sendo os dados consolidados a nível do ERSA-53 de São Carlos.

5.1 - Coeficientes de mortalidade geral

Analisando série histórica de Porto Ferreira, no período de 1977 a 1990 e de outros municípios do Estado (tabela nº9), verificamos que o município em estudo apresentou valores de coeficientes que se aproximaram da média dos outros, muito embora este fato não nos permita fazer inferências, pois temos que levar em conta as diferentes estruturas populacionais,

Especificamente em Porto Ferreira não observamos a alterações significativas dos coeficientes de idade geral, salienteando-se um patamar pouco elevado s anos 1972-79 e um discreto incremento a partir de igura nº3).

nº 9

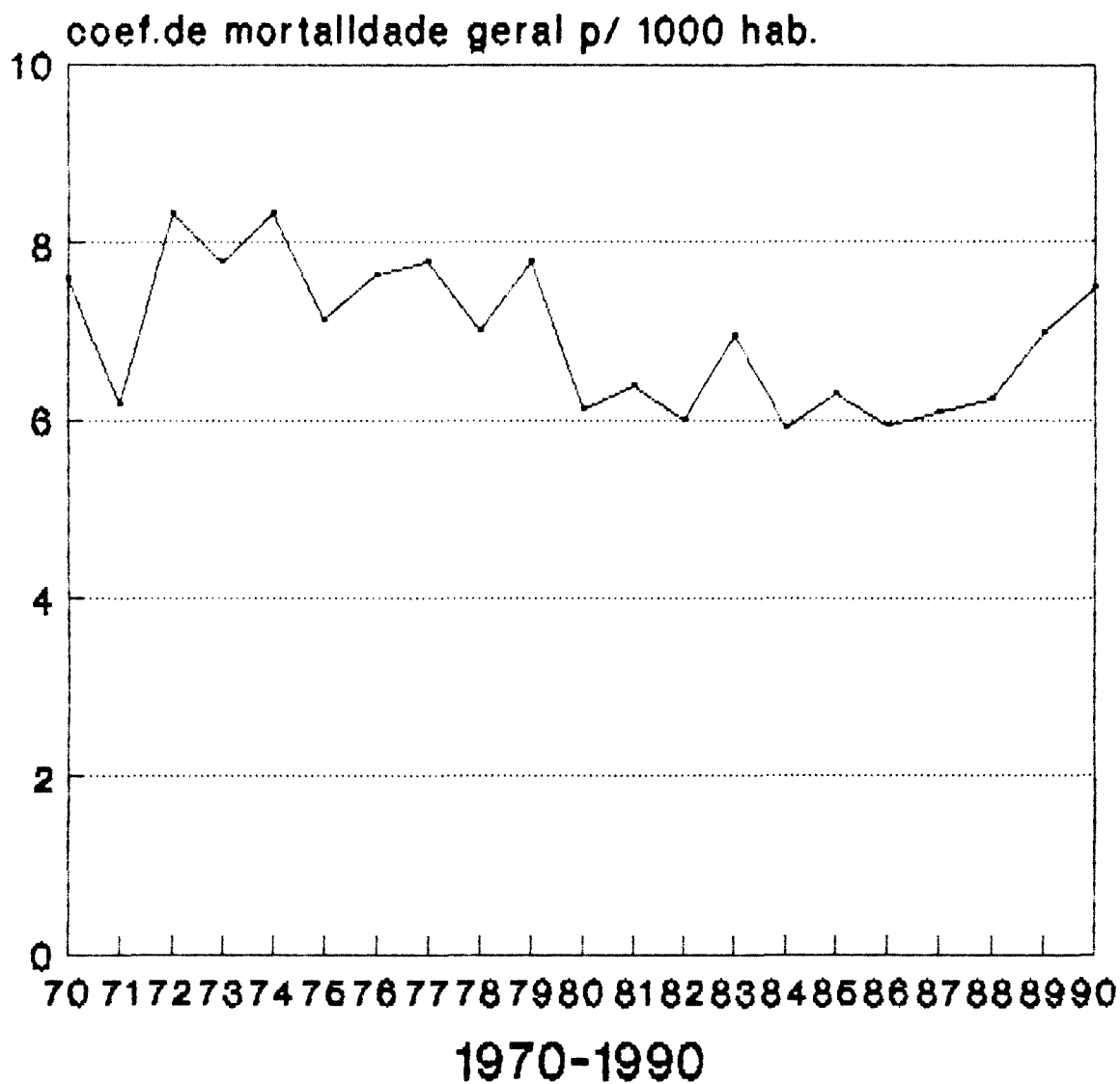
de Geral, por Municípios - por 1000 Habitantes

	Porto Ferreira	São José dos Campos	Itupeva	Spirito Santo do Pinhal	São João de Boa Vista	São José do Rio Pardo
0	6.82	6.42	6.36	7.01	7.87	7.81
1	6.18	5.71	5.71	6.19	6.60	6.62
2	6.66	6.08	6.53	6.52	6.45	7.77
3	6.11	6.41	4.53	6.99	6.07	6.92
4	6.54	5.83	4.83	7.60	6.13	7.14
5	6.64	4.95	5.07	9.41	7.12	7.10
6	6.95	4.99	5.19	8.00	7.66	7.96
7	6.91	4.90	5.28	8.55	7.10	7.51
8	6.36	4.56	7.64	8.52	6.07	7.97
9	5.94	4.81	5.65	8.28	6.75	8.27
10	6.09	4.65	5.57	9.91	6.76	7.51
11	6.23	4.60	7.60	10.11	9.34	8.91
12	6.98	4.60	8.19	8.99	7.57	8.51
13	7.47	4.24	7.30	8.24	7.76	8.91

SEABE.

Gráfico 3

TAXA DE MORTALIDADE GERAL DO MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA



— coeficiente

FONTE: CIS/SEADE

5.2 - Mortalidade proporcional por idade

Consolidando os dados de mortalidade - absolutos e proporcionais - por grupos de idade específicos para os anos de 1980, 1985 e 1989 em Porto Ferreira (tabela nº), construímos curvas "de Nelson de Moraes" que evoluíram do tipo III nível de saúde regular, para o tipo IV nível de saúde elevado (Figuras nº 4, 5 e 6).

O Indicador de Swaroop e Uemura evoluiu de 58,8% em 1980 - sendo bem mais elevado que os indicadores do Brasil (48,9%) e das regiões sudeste (53,2%) e sul (56,1%) - para 60% em 1985 e 68,7% em 1989. Esta evolução demonstra uma tendência à melhoria dos níveis de saúde deste município.

5.3 - Mortalidade proporcional por causa

Nos anos de 1980, 1985 e 1989 verificamos em Porto Ferreira razões de mortalidade proporcional mais elevadas por doenças cardíaco e cerebrovasculares, tumores malignos e causas externas, com queda de proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, comportamento semelhante ao que ocorre em regiões que estão em desenvolvimento. A proporção por causas mal definidas não é tão elevada, refletindo uma razoável qualidade de diagnóstico e baixo número de pacientes que evoluem para óbito sem assistência médica (tabela nº 12).

5.4 - Coeficiente de mortalidade infantil

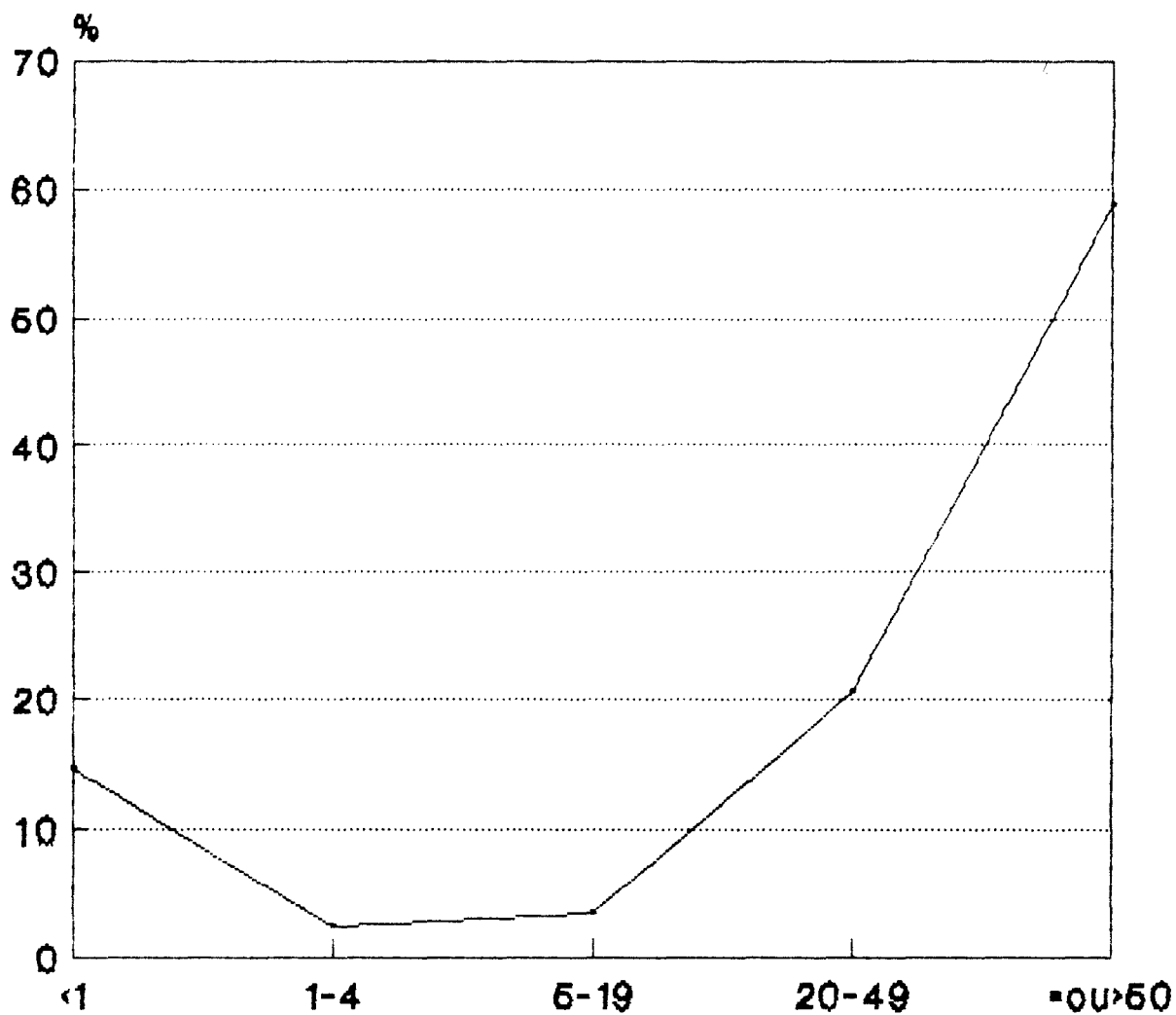
Uma série histórica compreendendo o período de 1977-90 mostra uma tendência decrescente com alguns picos de elevação nos anos 1974, 1977, 1983 e 1987 (Figura nº 7).

A análise comparativa com outros municípios mostra que os dados se comportam de maneira também decrescente, com valores bastante aproximados. ^{EM SÃO PAULO} no período de 1970-80, os coeficientes de mortalidade infantil variaram de 83,2% a 51,2%, sempre com tendência decrescente (19). Apesar dos dados de Porto Ferreira refletirem uma tendência a melhoria dos níveis de saúde da população, vale lembrar inúmeros fatores que, se existentes, poderiam provocar a distorsão do coeficiente de mortalidade infantil: invasão e evasão de óbitos de crianças menores de um ano; desconhecimento ou desatenção ao conceito de nascido vivo, registro de nascimentos fora do local de residência e subregistros de nascimentos e/ou óbitos.

O desdobramento do coeficiente de mortalidade infantil no período de 1970-84, mostra que a tendência

Grafico 4

CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA - 1980



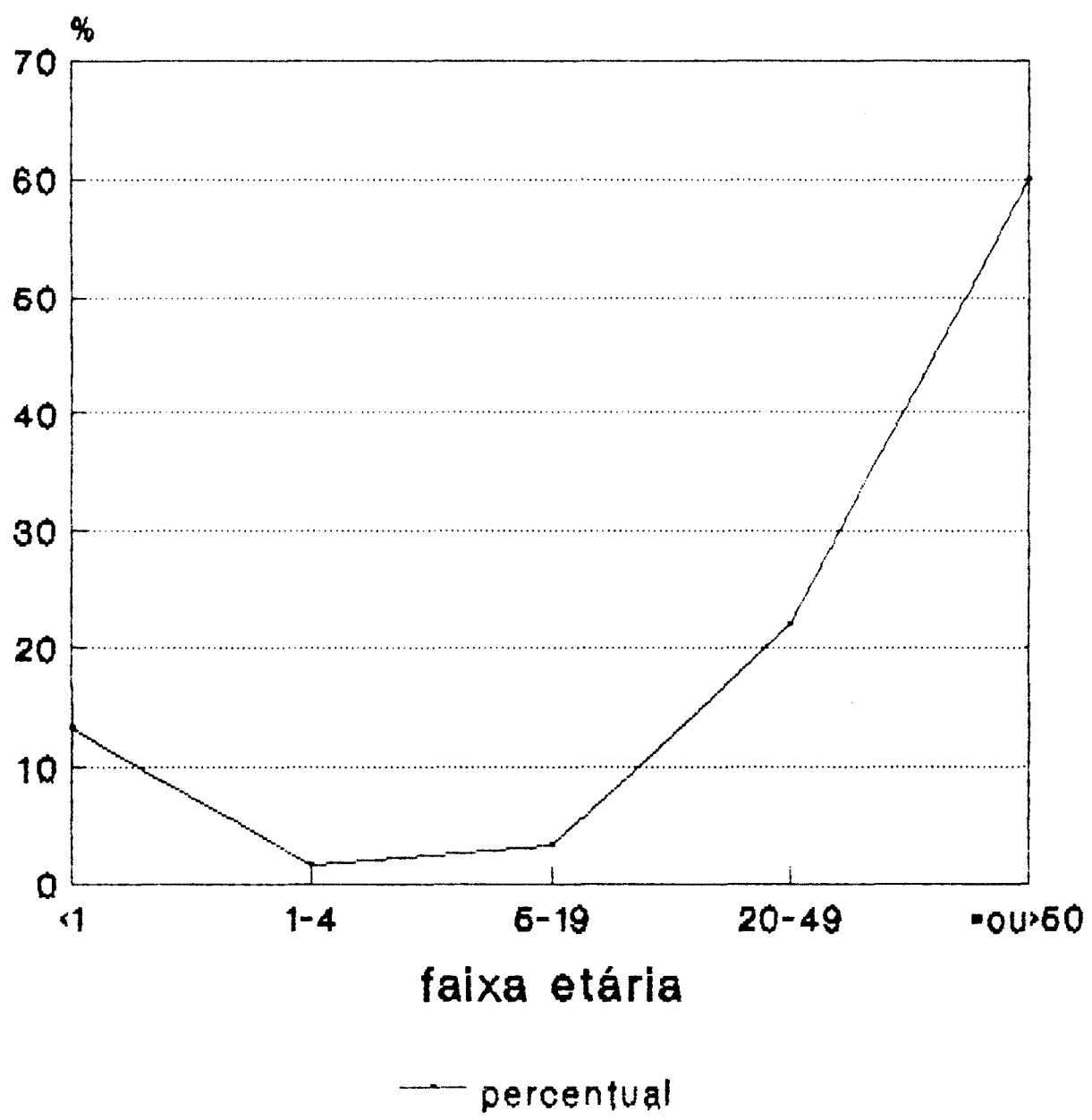
faixa etária

— percentual

FONTE: CIS/SEADE

Grafico 5

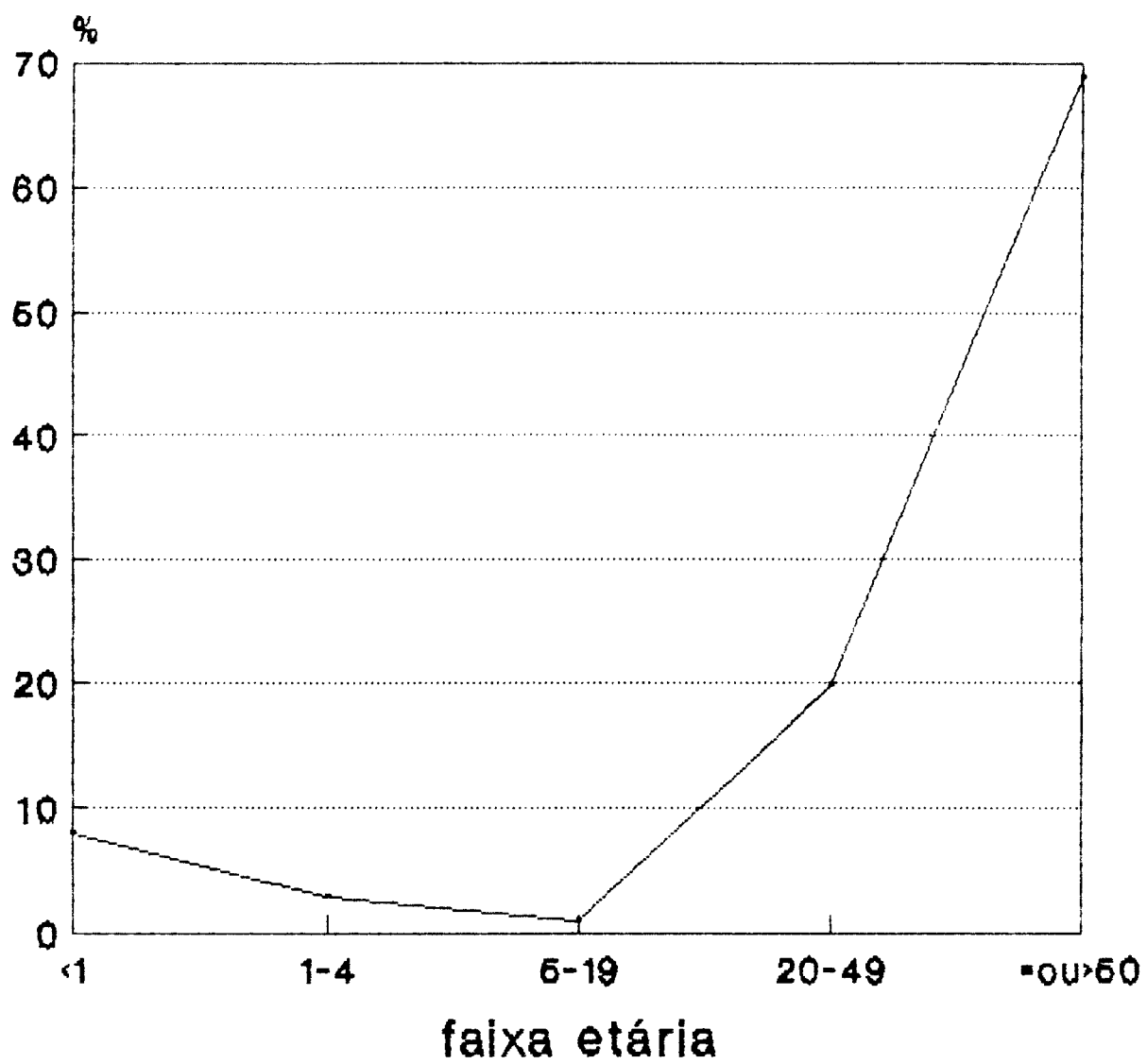
CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA - 1985



FONTE: CIS/SEADE

Grafico 6

CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA O MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA - 1989



— percentual

FONTE: CIS/SEADE

TABELA Nº12 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA EM PORTO FERREIRA NOS ANOS 1980, 1985 E 1989

CAUSAS	1980		1985		1989	
	INº OBITOS	%	INº OBITOS	%	INº OBITOS	%
DOENÇAS CAR- DIOVASCULARES E CEREBROVAS- CULARES	53	31,2	55	28,2	77	33,9
TUMORES MALI- GNOS INCLUIN- DO NEOPLASIA TECIDO LINFATICO	21	12,3	24	12,3	28	12,4
CAUSAS EXTER- NAS	17	10,0	30	15,4	24	10,6
DOENÇAS INFEC- CIOSAS E PARA- SITARIAS	12	7,0	13	6,7	10	4,4
MORTALIDADE PERINATAL	10	5,8	10	5,1	11	4,8
ESTADOS MORBI- DOS MAL DEFI- NIDOS	13	7,6	20	10,3	20	8,8
DEMAIS CAUSAS	44	26,0	43	22,0	57	25,1
TOTAL	170	100,0	195	100,0	227	100,0

Fonte: Fundação SEADE

Tabela nº 13

Taxa de Mortalidade Infantil, por Municípios - por 1000 Nasc. Vivos
1977 - 1990

Ano	Santos	Porto Ferreira	Sao Jose dos Campos	Itupeva	Espirito Santo do Pinhal	Sao Joao da Boa Vista	Sao Jose do Rio Pardo
1977	54.93	56.82	50.91	65.93	46.98	46.42	70.4
1978	44.12	46.55	41.89	34.13	52.00	54.48	46.9
1979	36.78	28.53	33.67	39.04	33.45	41.93	51.8
1980	33.21	37.94	29.49	31.65	57.64	31.76	31.8
1981	33.92	38.22	25.41	25.32	51.63	26.00	36.4
1982	32.28	33.50	25.57	32.79	66.12	19.69	49.8
1983	32.00	51.67	23.07	50.63	41.21	20.63	52.5
1984	30.47	36.81	26.31	30.03	34.65	22.38	30.0
1985	33.63	32.75	23.73	25.32	37.65	25.44	15.2
1986	28.52	23.36	24.47	18.29	24.31	19.97	31.5
1987	29.62	37.69	19.29	13.66	40.33	15.57	22.6
1988	27.09	24.27	21.56	30.05	26.35	15.66	17.0
1989	31.22	22.25	21.26	32.42	24.52	12.94	22.4
1990	36.30	24.93	20.81	21.94	26.61	11.39	28.1

FONTE: Fundacao SEADE.

decrecente se deveu principalmente ao componente coeficiente de mortalidade infantil tardia, apresentando os coeficientes de mortalidade infantil neonatal, um decréscimo pouco significativo tendo em 1984 sido responsável por 75% dos óbitos em menores de 1 ano. Este dado alerta para necessidade de melhor assistência ao parto (Figura nº 7 e 8 e 9)

5.5 - Programa de Saúde na Escola

No 2º semestre de 1991, a Divisão Municipal de Saúde tomou a iniciativa de realizar exames parasitológicos de fezes, nos alunos matriculados desde a pré-escola à 8ª série em 23 instituições distribuídas em 8 localidades.

De um total de 6617 exames realizados, 63,60% resultaram negativos, sendo o mais alto percentual de negatividade verificado no bairro Jardim Primavera (77%) e o mais baixo no bairro Cristo Redentor (34%), localidade esta com população nitidamente mais carente, em relação às outras.

Os alunos receberam os resultados nos Postos de Saúde, e os positivos foram submetidos a tratamento.

Apesar de ter sido denominado como "Programa de Saúde na Escola" não percebemos a conexão desta atividade dentro de um contexto programático (Figura nº 10 e 11).

5.6 - Cobertura vacinal

A cobertura vacinal no município no ano de 1990 nas faixas etárias de menor de 1 ano e 1-4 anos, levando-se em conta todas as doses aplicadas, ultrapassa bastante os 100% para todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações, induz à conclusão que a população alvo está subestimada. Entretanto, se incluirmos somente as 3ª doses no grupo etário (menor de 1 ano). Nenhuma vacina chega a atingir uma cobertura de 60%, percentual bastante abaixo do necessário, agravado pela possibilidade deste grupo de população também estar subestimado (tabelas nº 15, 16 e 17).

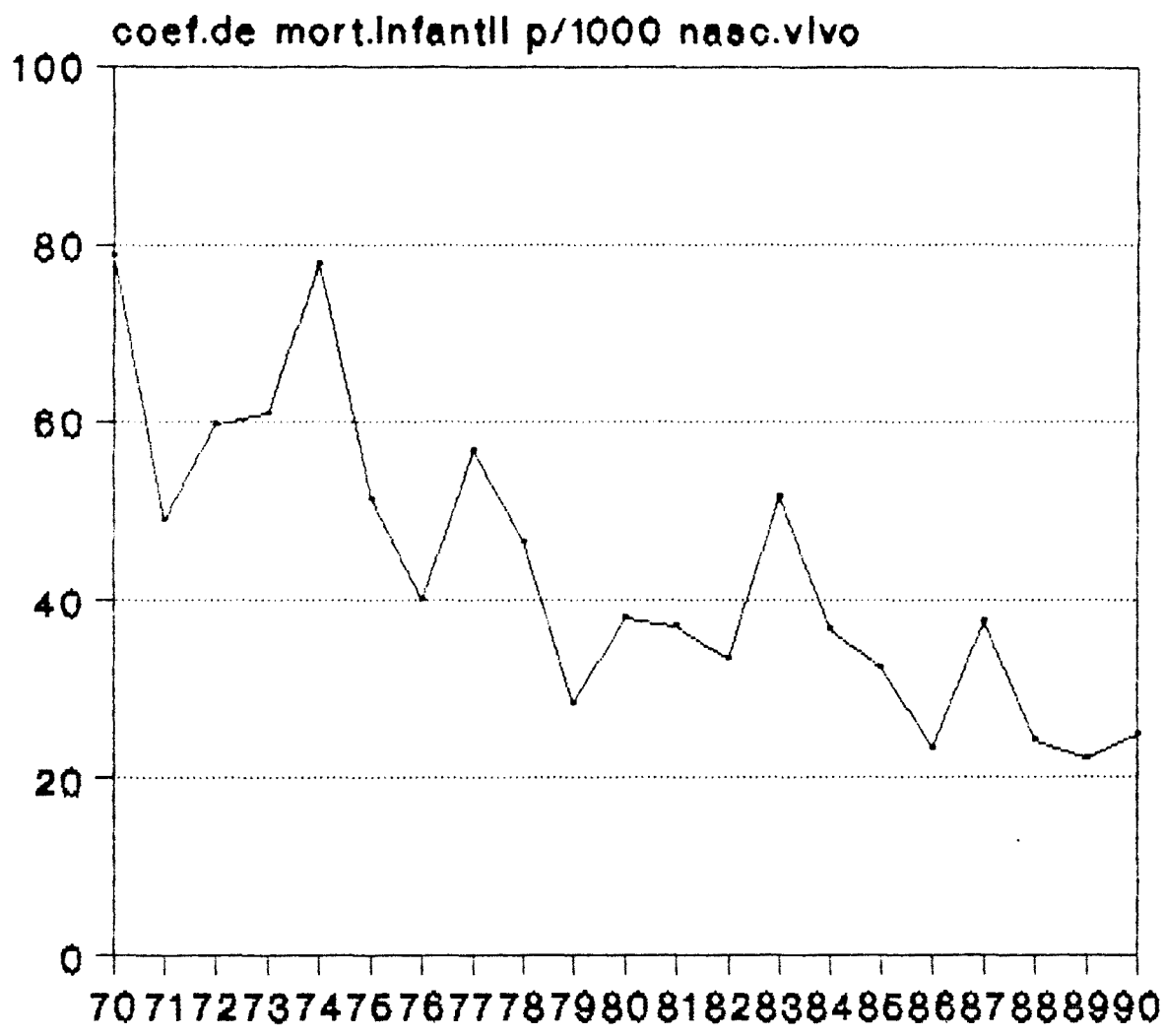
Estes resultados eram esperados já que neste município, até mesmo atividades de tão pouca complexidade como vacinação continuam centralizadas.

5.7 - Doenças de notificação compulsória

No período de setembro de 1985 a novembro de 1991, verificamos maior volume de notificações de casos de:

Grafico 7

SERIE HISTORICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DO MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA



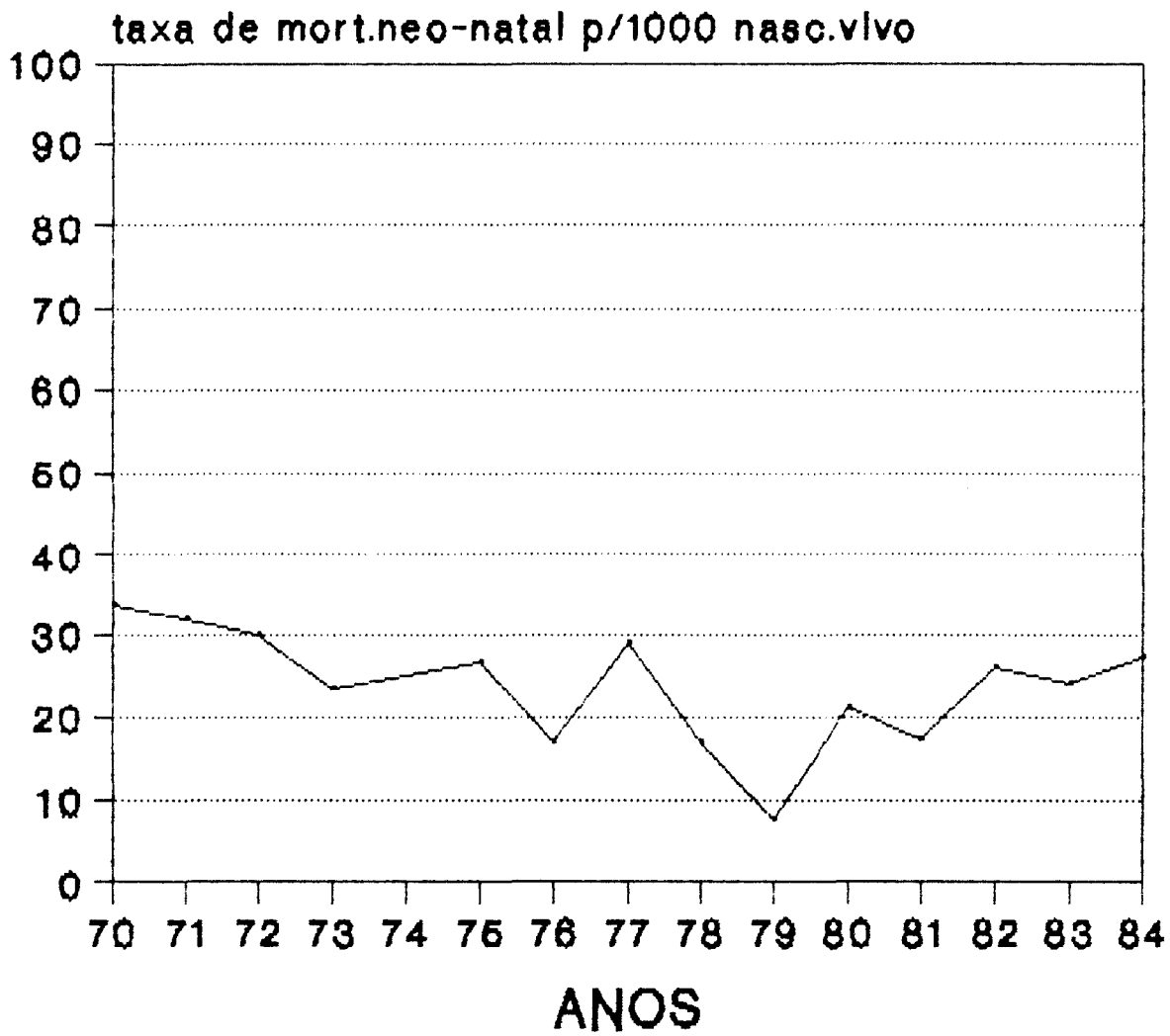
ANOS

— coeficiente

FONTE: CIS/SEADE

Grafico 8

SERIE HISTORICA DA TAXA DE MORTALIDADE NEO-NATAL DO MUNICIPIO DE PORTO FERREIRA



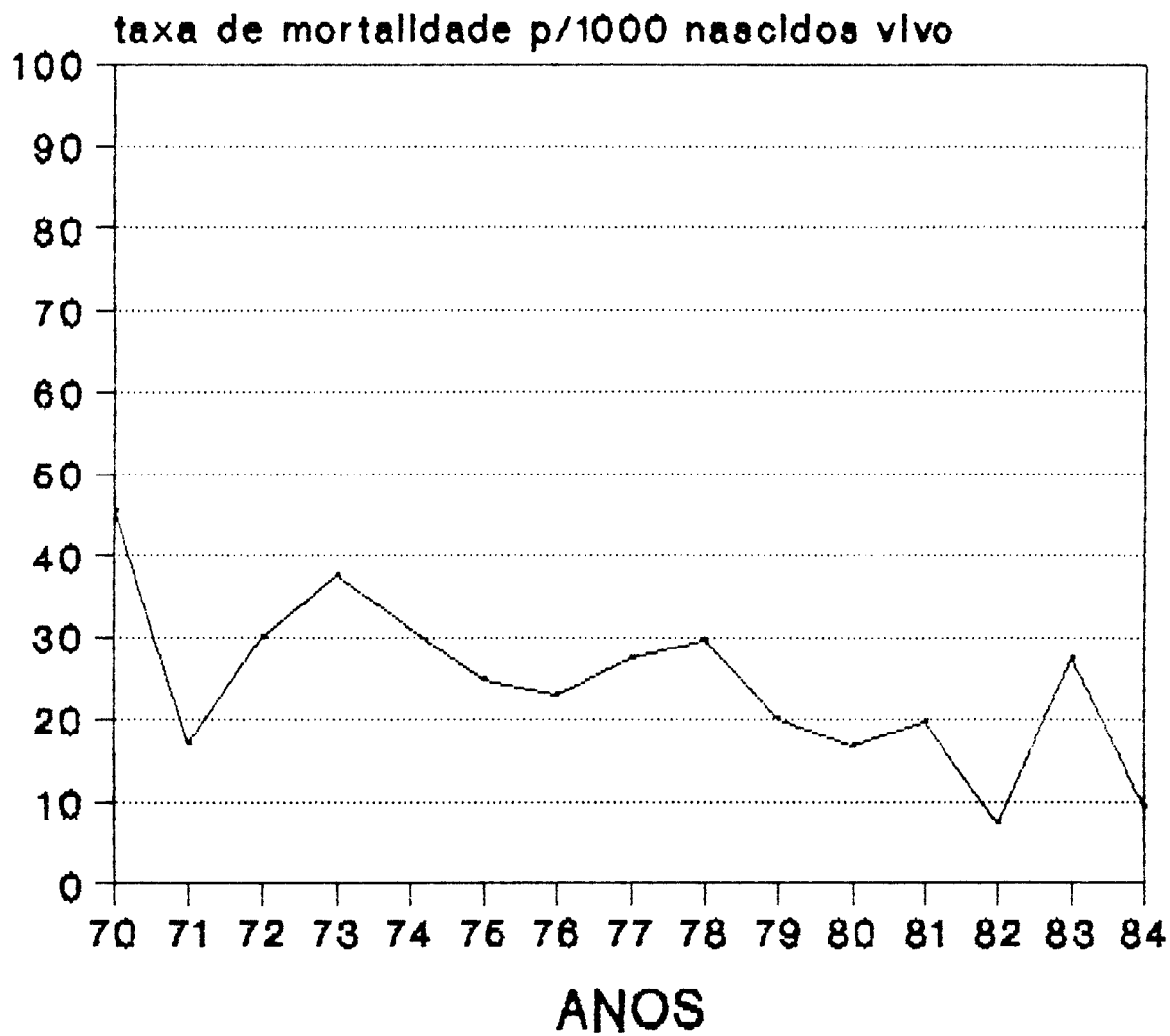
1970-1984

— coeficiente

FONTE: CIS/SEADE

Grafico 9

SERIE HISTORICA DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL-TARDIA DO MUNIC. PORTO FERREIRA



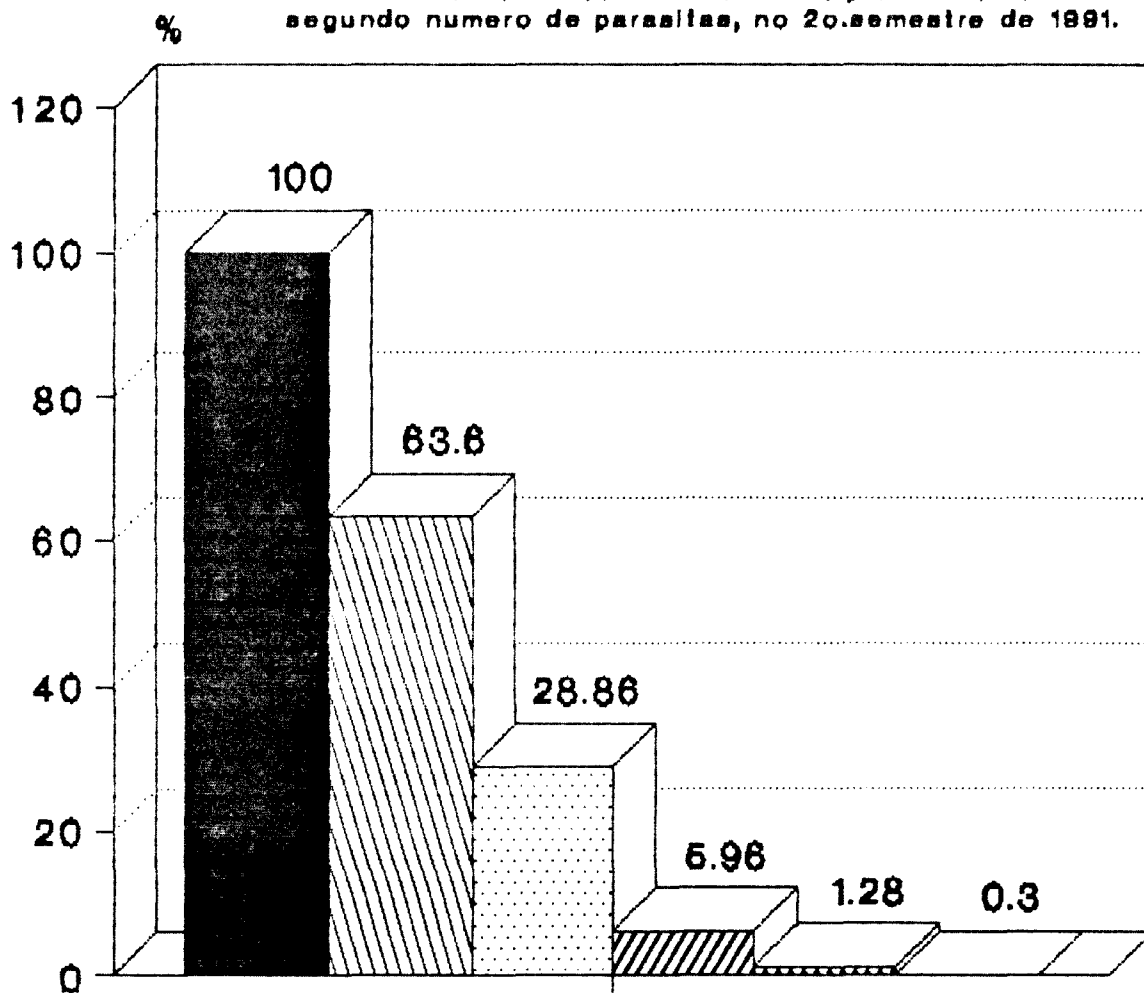
1970-1984

— coeficiente

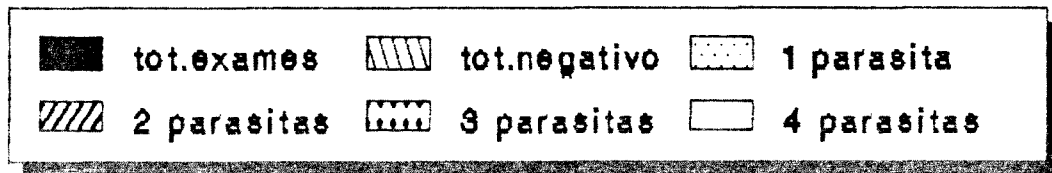
FONTE: CIS/SEADE

Grafico 10

Distribuição das porcentagens dos resultados dos exames de fezes realizado nas escolares do município de Porto Ferreira segundo numero de parasitas, no 2o.semestre de 1991.

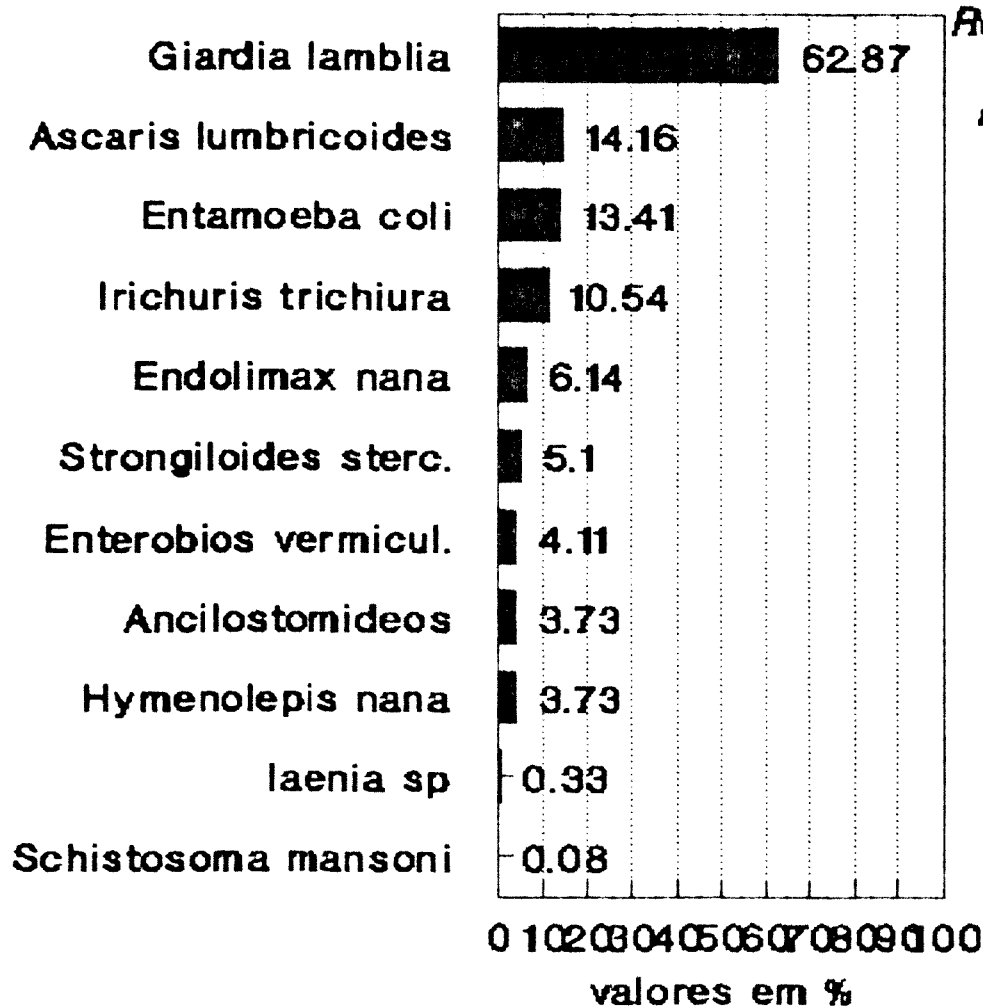


2o.semestre 1991



Fonte: Div. de Saúde da P.M. Porto Ferreira

Grafico 11



Resultado do exame de fezes, realizado em escolares do municipio de Porto Ferreira no 20.semestre de 1991

■ tipos de parasitas

Tabela nº 15 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano, ERSA 53, 1990

MUNICÍPIOS	V A C I N A S							
	SABIN		D.P.T.		SARAMPO		B.C.G.	
	Doses	%	Doses	%	Doses	%	Doses	%
Descalvado	558	77,39	485	67,27	484	67,13	541	75,03
Dourado	176	98,88	182	102,25	211	118,54	179	100,56
Ibaté	642	136,00	658	139,41	530	112,29	410	86,86
Ribeirão Bonito	198	73,88	192	71,64	290	108,21	335	125,00
Porto Ferreira	713	104,85	748	110,00	747	109,85	734	107,94
São Carlos	2518	61,03	2590	62,77	2694	65,29	2601	63,04
Santa Rita do Passa Quatro	365	78,49	379	81,50	367	78,92	362	77,85
TOTAL DO SUDS	5170	74,82	5234	75,74	5323	77,03	5162	74,70

Fonte: ERSA 53

Tabela nº 16 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano em Porto Ferreira, no período de 1987 a 1990.

ANO	87	88	89	90
TRÍPLICE	713	759	782	384
%	97%	106,45%	112,35%	56,47%
ANTI POLIO	1118	716	690	358
%	153%	100,42%	99,14%	52,65%
ANTI SARAMPO	782	709	732	366
%	107%	99,43%	105,17%	54%
BCG-ID	706	732	785	393
%	96%	102,66%	112,78%	57,39%
POP. MENOR 1 ANO	731	713	696	680

Fonte: Divisão Municipal de Saúde

Tabela nº 17 - Cobertura vacinal no grupo de 1 a 4 anos, ERSA 53, 1990

MUNICÍPIOS	V A C I N A S							
	SABIN		D.P.T.		SARAMPO		B.C.G.	
	Doses	%	Doses	%	Doses	%	Doses	%
Descalvado	111	112,00	19	93,10	560	124,00	10	121
Dourado	0	150,00	0	120,00	186	175,00	0	130,0
Ibaté	0	187,00	7	160,00	728	215,00	9	135,0
Ribeirão Bonito	50	136,00	35	146,00	246	181,00	20	157,0
Porto Ferreira	46	137,00	76	124,00	846	177,00	21	124,0
São Carlos	113	80,59	250	72,23	3363	103,00	88	78,8
Santa Rita do Passa Quatro	11	149,00	12	111,00	152	137,00	15	123,0
TOTAL DO SUDS	331	104,58	399	91,78	6081	126,87	163	98,3

Fonte: ERSA 53

- esquitossomose - os quais segundo a SUCEN são importados, não existindo transmissão no município.
- tuberculose.
- meningite - com pico em 1988.
- hepatite - maior nº de casos em 1989 e 1990

A grande flutuação no nº de casos de doenças como hanseníase, sífilis e leishmaniose, chegando a zero em alguns anos, e a ausência quase total de casos de doenças como caxumba e tétano, relativamente frequentes no nosso meio, são esperadas em um sistema de vigilância passivo (tabela nº 18).

Com tão baixos percentuais de cobertura vacinal, há possibilidade, pelo comportamento da doença, de ocorrência de um surto de sarampo.

A poliomielite está certamente sendo controlada pelas campanhas de vacinação, o sistema de vigilância para essa doença é mais efetivo.

Estranhamos a ausência de doenças como coqueluche e meningite tuberculosa, para as quais a cobertura vacinal não é suficiente para imunizar o grupo de menores de 1 ano.

O grande número de casos de leishmaniose cutânea em 1991 alerta para a necessidade de implantação de um programa de controle, já que a transmissão é autóctone.

Sugerimos a reestruturação do Serviço de vigilância, com ampliação e maior diversificação técnica dos recursos humanos, treinamento continuado, viabilizando um sistema passivo e ativo com participação de todas as instituições e toda a população.

Com a melhora do sistema de informações poder-se-ia implementar programas específicos para o controle de doenças prioritárias, eleitas por critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, etc.

Impressindível, como primeiro passo para aumentar a cobertura vacinal, é a descentralização do Programa de Imunizações.

5.8 - Cobertura de coleta para papanicolau em mulheres de 25 a 60 anos

No decorrer do período de 1987 a 1990, a cobertura máxima foi de 8,5% em 1989, considerada baixíssima, porém esperada, já que não existe um programa implantado, sendo o

Tabela 18 - Doenças de notificação compulsória em Porto Ferreira, de setembro a novembro de 1991.

DOENÇA	ANO						
	85	86	87	88	89	90	Nov. 91
ESQUISTOSSOMOSE	5	17	10	4	10	11	11
TUBERCULOSE	1	31	22	14	16	21	17
HANSENÍASE	0	4	0	3	5	6	3
MENINGITE	6	27	36	50	20	7	16
HEPATITE	2	9	10	17	40	52	14
SARAMPO	2	11	29	3	3	1	0
CATAPCRA	8	16	0	0	0	1	0
RUBEOLA	12	42	0	0	0	3	3
CAXUMBA	4	1	0	0	0	0	0
DOENÇAS DE CHAGAS	0	1	0	0	3	1	0
CONJUNTIVITE	0	85	0	26	1	7	0
SÍFILIS	39	0	0	0	8	9	6
LEISHMANIOSE	0	1	6	6	2	0	10
ENCEFALITE	0	0	0	3	0	0	0
MALARIA	1	0	0	0	1	0	0
TÉTANO	0	0	0	0	1	0	0
FEBRE TIFÓIDE	0	0	1	0	0	0	0
AIDS	0	0	1	0	0	0	0
POLIOMIELITE	0	0	0	0	1	0	0

Fonte: Divisão Municipal de Saúde

Tabela 18 - Doenças de notificação compulsória em Porto Ferreira, de setembro a novembro de 1991.

ANO \ DOENÇA	85	86	87	88	89	90	Nov. 91
ESQUISTOSSOMOSE	5	17	10	4	10	11	11
TUBERCULOSE	1	31	22	14	16	21	17
HANSENÍASE	0	4	0	3	5	6	3
MENINGITE	6	27	36	50	20	7	16
HEPATITE	2	9	10	17	40	52	14
SARAMPO	2	11	29	3	3	1	0
CATAPORA	8	16	0	0	0	1	0
RUBEOLA	12	42	0	0	0	3	3
CAXUMBA	4	1	0	0	0	0	0
DOENÇAS DE CHAGAS	0	1	0	0	3	1	0
CONJUNTIVITE	0	85	0	26	1	7	0
SÍFILIS	39	0	0	0	8	9	6
LEISHMANIOSE	0	1	6	6	2	0	10
ENCEFALITE	0	0	0	3	0	0	0
MALÁRIA	1	0	0	0	1	0	0
TÉTANO	0	0	0	0	1	0	0
FEBRE TIFÓIDE	0	0	1	0	0	0	0
AIDS	0	0	1	0	0	0	0
POLIOMIELITE	0	0	0	0	1	0	0

Fonte: Divisão Municipal de Saúde

material colhido apenas das mulheres usuárias do Centro de Saúde, único serviço que executa esta atividade.

Considerada muito importante para prevenção de doença tão grave como o câncer de colo de útero, esta atividade deverá ser incrementada, juntamente com as atividades para prevenção de câncer de mama, através de um programa que poderá também ser descentralizado, considerando a baixa complexidade das tarefas (tabela nº19).

5.9 - Cobertura de casas visitadas para controle de Aedes aegypti

Verificou-se a ausência total de visitas domiciliares para controle de Aedes aegypti nos períodos 1987-1990. Este fato, somado à precariedade da vigilância, alerta para a possibilidade de surgimento de um surto de dengue (tabela nº20).

5.10 - Número de Serviços de Saúde com ações consideradas mínimas para um programa implantado

Durante o período estudado, 1987 a 1990, apenas uma instituição desenvolveu atividades para o controle de tuberculose e hanseníase, e nenhuma para o controle do diabetes, refletindo a lógica persistente do atendimento centralizado curativo, individual não programático.

Em 1989 e 1990 quatro unidades desenvolveram ações mínimas para o controle da hipertensão, não significando que estão implementadas todas as atividades programadas (tabela nº21).

O comportamento de alguns indicadores de saúde, tais como coeficientes de mortalidade geral e infantil, razão de mortalidade proporcional por idade e causa, demonstram, em séries históricas, melhoria nos níveis de saúde da população de Porto Ferreira, os quais se devem certamente à melhoria na qualidade de vida, no aspecto global, e não aos recursos de saúde, que continuam se restringindo à execução de atividades, em sua maioria centralizadas, curativas, individuais, não programáticas, voltadas apenas para a demanda espontânea.

Tabela nº 19 - Cobertura de coleta para Papanicolau em mulheres entre 25 a 60 anos (%) em Porto Ferreira no período de 1987 a 1990

ANO	87	88	89	90
Nº COLETA PAPANICOLAU	128	251	610	465
Nº MULHERES 25 A 60 ANOS	6.800	6.977	7.160	7.349
(%)	2,0%	3,6%	8,5%	6,3%

Fonte: Divisão Municipal de Saúde

Tabela 20 - Cobertura de casos visitados para controle de Aedes aegypti (%) em Porto Ferreira, no período de 1987 a 1990

ANO	87	88	89	90
Nº DE CASAS VISITADAS	-	-	-	-
Nº DE CASAS EXISTENTES NO MUNICIPIO	-	-	-	-
%	-	-	-	-

Fonte: Divisão Municipal de Saúde

Tabela nº 21 - Número de unidades com ações consideradas mínimas para um programa implantado em Porto Ferreira, no período de 1987 a 1990.

	ANO	87	88	89	90
Nº DE UNIDADES					
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL		-	-	4	4
DIABETES		-	-	-	-
DE Hanseníase		1	1	1	1
DE Tuberculose		1	1	1	1

Fonte: Divisão Municipal de Saúde

V - SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

1 - Processo de Municipalização

1.1 - Histórico

O Sistema de Saúde Municipal, antes do convênio de municipalização (1986), apresentava a seguinte estrutura: 1 Centro de Saúde do Estado, 2 Postos de Saúde da Prefeitura (PAS João Malaman e PAS Vila Sibila), 1 Pronto Socorro Municipal, que em 1981 foi anexado à Santa Casa, tornando-se de caráter particular.

Em 1984 houve a elaboração de um plano piloto do Estado, onde foi criado o Centro Odontológico que apresentava as seguintes características: Edifício da Prefeitura, dentistas da Prefeitura e do Estado e equipamentos do Estado.

Em 1987 foi assinado o Convênio de Municipalização, passando então para o município o Centro de Saúde do Estado e o Serviço Odontológico das Escolas.

Até março de 1991 o diretor do Centro de Saúde do Estado acumulava o cargo de Coordenador de Saúde do Município.

Em março de 1991, foi criado pela Lei Municipal nº1693 de 11 de março de 1991, a Divisão Municipal de Saúde.

1.2 - Financiamento

Até março de 1991, havia um repasse fixo e independente da produção, de Cr\$ 3.000.000,00 através da Secretaria de Saúde do Estado. Atualmente, o Diretor de Divisão relata que está recebendo em dia e integralmente o valor total da fatura de produção, acrescido em 10% da arrecadação mensal do município.

Como exemplo, no mês de outubro, houve o repasse ao SUS de Porto Ferreira de Cr\$14.500.000,00 (faturas de produção), que somado a Cr\$27.400.000,00 (10% do efetivo arrecadado) totalizaram Cr\$41.900.000,00. Deste total, subtraíram-se Cr\$30.000.000,00 (despesas com manutenção), ficando a Divisão de Saúde com saldo positivo de Cr\$11.900.000,00.

1.3 - Processo de Implantação do Convênio SUS

Os coordenadores das seções que compõem a Divisão de Saúde do Município, elaboraram planos específicos de trabalho em cada área.

Durante a 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em março de 1991, cada coordenador apresentou sua proposta aos respectivos grupos interessados do setor, que foram discutidas e aprovadas.

O Conselho Municipal de Saúde, foi formado a partir de indicação do Diretor da Divisão de Saúde. Inicialmente a proposta era a composição com um grupo de 21 pessoas, porém, após discussão e aprovação por parte da Câmara Municipal, esta foi ampliada para 48 pessoas, sendo 1 representante de cada instituição.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela lei nº1694 de 11/03/91. As reuniões são realizadas mensalmente, com uma média de frequência de 20 a 25 pessoas. A reunião não possui agenda pré-estabelecida, à exceção da aprovação das contas da Divisão de Saúde.

Durante a 1ª reunião do Conselho, ocorreu a aprovação do Plano Municipal de Saúde, elaborado durante a 1ª Conferência Municipal de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº1695. de 11/03/91, com a seguinte composição:

Presidente: Arcyr Giaretta Barcellos, Diretor da Divisão Municipal de Saúde.

Coordenadora: Cilia Aparecida Malaman Diegues, contadora da Prefeitura Municipal de Porto Ferreira.

Tesoureiro: Arlindo Martins Junior, tesoureiro da Prefeitura Municipal de Porto Ferreira.

1.3.1 - Avaliação do Processo de Implantação do SUS

O Diretor relata ter atingido as seguintes metas do Plano Diretor:

- inauguração do laboratório de análise físico-química e microbiológica da Estação de Tratamento de Água;
- contratação de um tecnólogo de saneamento;
- início do controle do Aedes aegypti;
- implantação de RX simples no município, através de convênio com a Santa Casa;
- contato com a SUCEN para início de um programa de rastreamento da leishmaniose;

- reforma de uma escola, transformando-a na Seção de Serviço Médico II, na Divisão de Saúde;
- centralização do atendimento ginecológico no Centro de Saúde do Estado, atualmente denominado de Seção de Serviço Médico I, retirando deste a Clínica Geral e a Pediatria;
- centralização do atendimento de Clínica Geral, exceto no P.A.S. João Malaman, na Seção de Serviço Médico II;
- convênio com a Santa Casa para Pronto-Atendimento;
- contrato com médicos especialistas do município para atendimento da população.
- aumento do nº de profissionais: médicos de 8 para 18, dentistas de 12 para 18;
- a comissão de Plano de Carreira Cargos e Salários, já elaborou um plano que foi entregue no final de novembro, para avaliação pelo Diretor de Divisão.

O Diretor de Divisão acredita que dentro dos princípios do SUS, alguns deste não são aplicáveis em Porto Ferreira e devido a isso, foram centralizados atendimentos na Seção de Serviço Médico II, para evitar a ociosidade e a impossibilidade de controle do horário dos médicos. O núcleo urbano foi dividido em módulos com capacidade para 6000 hab., e somente quando for atingido esse número, será implantada a equipe completa do Posto de Assistência Médica (PAS). A universalização existe no atendimento básico; no nível secundário o usuário só tem acesso após uma triagem socio-econômica, feita pela Seção de Serviço Social Médico de Apoio à Saúde, localizado junto a Seção de Serviço Médico II.

No tocante à hierarquização e regionalização, a dificuldade situa-se em relação ao número de vagas oferecidas nos locais de referência.

A partir da implantação do plano de saúde, o transporte de pacientes para outros municípios, reduziu de 1500 viagens/mês para 400 viagens/mês, estando a rede atendendo em torno de 5000 pessoas por mês.

2 - Aspectos legais

A Constituição Federal no seu artigo nº196 diz: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo

mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A Constituição Estadual reafirma isso em seu artigo nº219: "A saúde é direito de todos e dever do Estado:

Par. Único - Os Poderes Públicos Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

1 - políticas sociais, econômicas e ambientais que visem o bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos;

2 - Acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde em, todos os níveis;

3 - direito à obtenção de informações, esclarecimentos de interesse de saúde individual e coletivo, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema;

4 - atendimento integral ao indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde".

Sendo que ainda no artigo nº222, inciso V, garante a gratuidade dos serviços prestados, vedado a cobrança de despesas e taxas sob qualquer título.

A Lei Orgânica do Município reproduz os artigos 197 da Constituição Federal - "São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público, dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devido sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O artigo nº198: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes". Aqui a Lei Orgânica difere da Constituição Federal.

Os incisos da Constituição I, II e III são os seguintes:

"I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade."

Na Lei Orgânica Municipal os incisos I e II são os seguintes:

"I - municipalização dos recursos, serviços e ações com posterior regionalização dos mesmos;

II - integralidade na prestação das ações, preventivas e curativas."

O artigo nº199: "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada". A Lei Orgânica faz do primeiro parágrafo da Constituição Federal o parágrafo único:

"As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos."

O segundo parágrafo do artigo nº199 da Constituição Federal:

"É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos". É transformado na Lei Orgânica em parágrafo único de outro artigo.

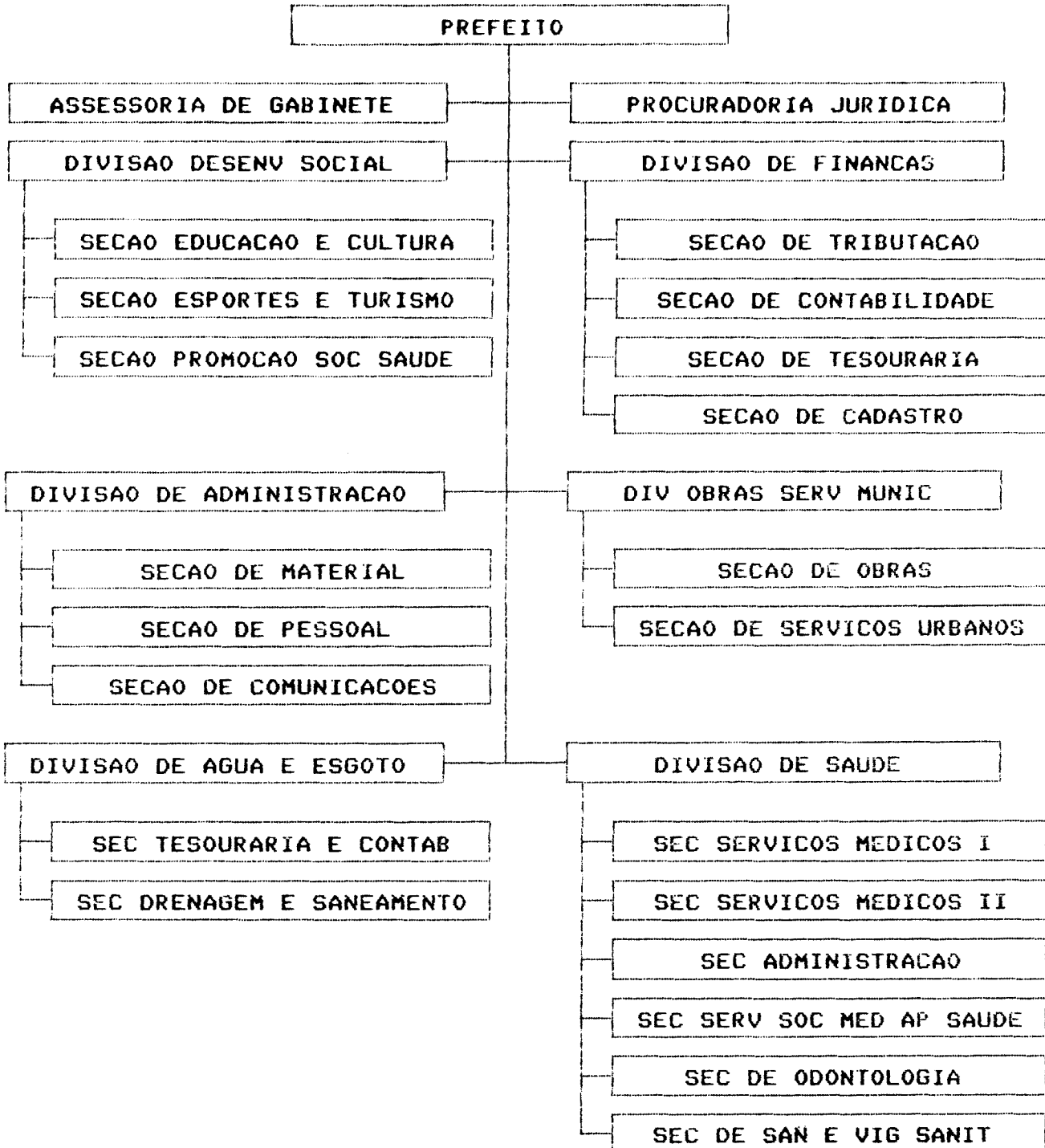
Ressalta-se que em momento algum a Lei Orgânica Municipal declara que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" e nem se garante o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde em todos os níveis.

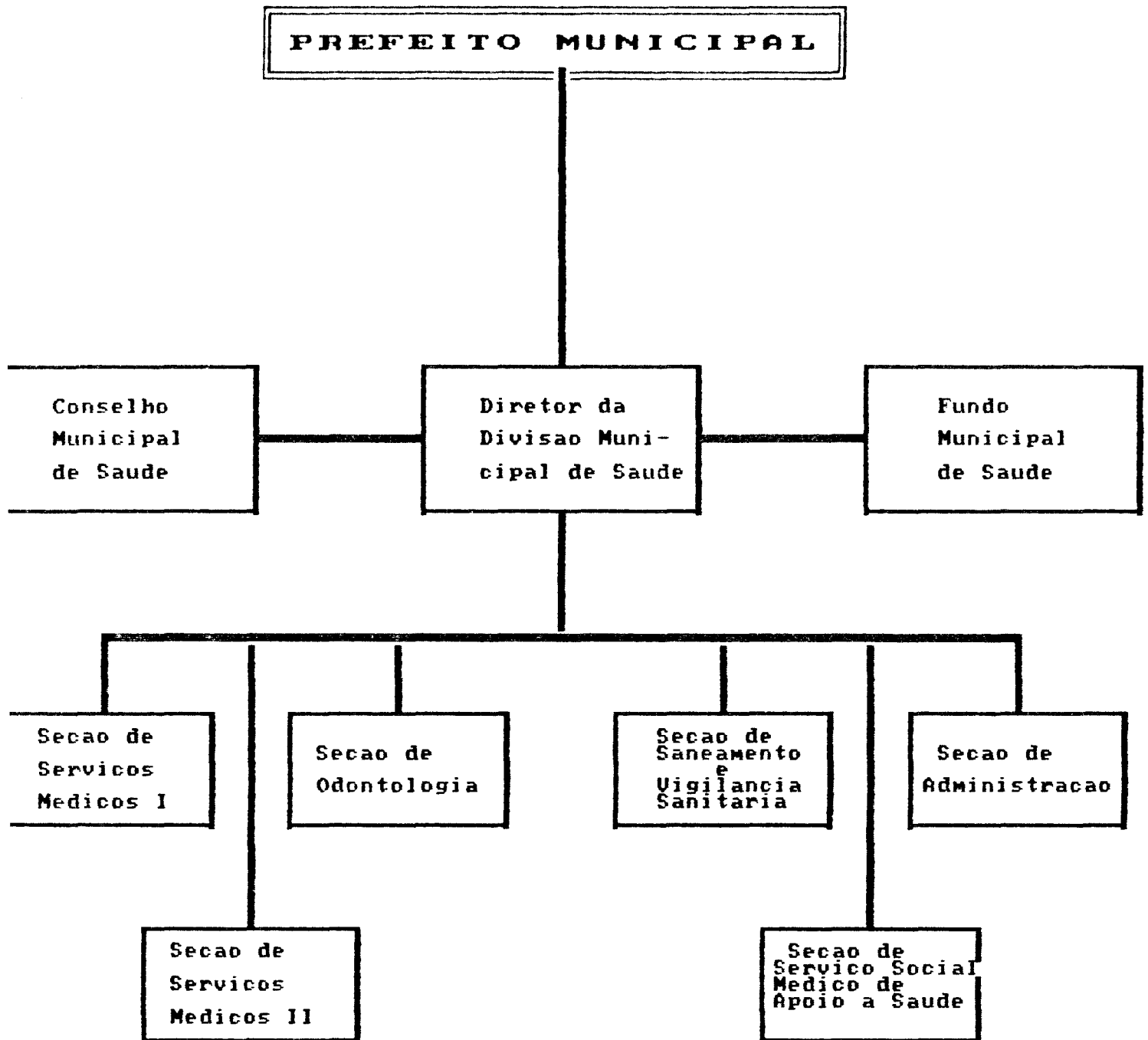
3 - Aspectos administrativos e operacionais

3.1 - Estrutura organizacional

Para permitir uma melhor visualização da estrutura, apresentamos o organograma da Prefeitura Municipal de Porto Ferreira e o da Divisão Municipal de Saúde:

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA





Fodê-se notar que a Divisão Municipal de Saúde está hierarquicamente ligada ao Prefeito.

A Divisão de Saúde é composta por 6 seções, relacionadas abaixo:

COMPOSIÇÃO:

Diretor: ARCYR GIARETTA BARCELLOS, Cirurgião Dentista - Sanitarista.

Seção de Serviço Médico I, chefiada por Neif João - Médico.

Seção de Serviço Médico II, chefiada por Ayrton Nicolau - Médico.

Seção de Administração, chefiada por Orlando Pedro - Advogado.

Seção de Serviço Social Médico de Apoio à Saúde, chefiada por Silvia Angelina Haleplian Macedo - Assistente Social.

Seção de Odontologia, chefiada por João Vilas Boas - Cirurgião Dentista.

Seção de Saneamento e Vigilância Sanitária, chefiada por Edeltraut Nothling Zóia - Enfermeira.

3.1.1 - Seção de Serviço Médico I

A Seção de Serviço Médico I, funciona no prédio do Centro de Saúde.

Dali, foi retirada a clinica geral e a pediatria, ficando apenas a ginecologia e obstetrícia, vigilância epidemiológica, vacinação, programa de tuberculose e Hanseníase, distribuição de leite, curativo só de hanseníase, aplicação de injeção - inalação. Não possui área de abrangência, pois somente o C.S. desenvolve estas atividades no município, e todas as outras unidades encaminham os casos e os prontuários para este serviço. O prontuário é individual e só fazem matriculas aos usuários de hanseníase, tuberculose, ginecologia e obstetrícia.

Nos programas é feito agendamento, controle de faltosos, visita domiciliária e convocação, a qual no caso de vacinação, é feito um aerograma. Segundo dados do SUDS, a cobertura vacinal é em torno de 100%. As crianças comparecem para fazer a BCG com 1 mês de idade.

nº	Recursos Humanos	nº/h	período	atividade desenvolvidas
3	ginecologista	4	1-manhã 2-tarde	obstetrícia + ginecologia - exame papanicolau + cauterização
1	diretor geral	8	integral	além da chefia faz a vigilância epidemiologica
1	clinico geral	6	tarde	vigilância hansem e tuberculose
1	enfermeira	6	rodizio horario	responsável pelo pessoal de enfermagem
1	enfermeira	8	integral	chefe seção de saneamento e vigilância sanitária
2	tecnicas de enf.	8	integral	acompanha ginecologista + curativo de hanseniose + vacinação
1	auxiliar de enf.	8	integral	sala de vacinação
3	visit. sanitárias	2-8h 1-6h*	integral	fazer tudo que se diz respeito a vigilância epidemiologica
2	atendentes de enf.	8	integral	1 fichario central 1 acompanha ginecologista
3	aux. de serviço	8	integral	2 vigilância sanitária 1 acompanha ginecologista
1	fiscal	8	integral	vigilância sanitária
1	chefe de seção	8	integral	responsável pela parte administrativa
2	agentes administr.	1-8h 1-6h	integral	executam serviços burocráticos
2	motoristas	8	integral	
2	serventes	8	integral	

Vigilância Epidemiológica

Essa atividade é realizada na Seção de Serviço Médico I por um médico e uma visitadora sanitária, que foi entrevistada.

Foi relatado que trabalha com vigilância epidemiológica há oito anos e é responsável pela pré-consulta, investigação e preenchimento do SVE2.

Para o desempenho dessa atividade, a funcionária nunca recebeu treinamento formal, apenas orientações repassadas pela funcionária que ocupava anteriormente o mesmo posto. Também nunca passou por reciclagem.

Recentemente a visitadora foi treinada no ERSA-53 sobre baciloscopia e novo esquema de tratamento quimioterápico para pacientes de hanseníase. Segundo a entrevistada, a notificação no município é deficiente porque as outras unidades de saúde e os médicos particulares não notificam as doenças, dificultando o trabalho. Nunca foi feita uma reunião a nível municipal com os funcionários de saúde para discutir o assunto.

O apoio laboratorial dado à vigilância epidemiológica é dado, em parte, pelo Instituto Adolfo Lutz de São Carlos. Exames como biópsia da pele de suspeitos de Leishmaniose são encaminhados a laboratório particular. Como o IAL de São Carlos está sobrecarregado com exames de outras unidades que compõe o ERSA-53, as amostras para baciloscopia serão encaminhadas ao Hospital Psiquiátrico de Santa Rita de Passa Quatro para análise.

A visitadora prevê dificuldades operacionais para o início e manutenção dessas remessas, uma vez que o Centro de Saúde dispõe apenas de um veículo para todas as atividades, e como os horários disponíveis da viatura nem sempre coincidem com os da visitadora, esta eventualmente tem utilizado o seu carro particular para algumas visitas.

Não há estrutura montada para casos de AIDS. No final de 1990 foi comunicado pela vigilância epidemiológica de Pirassununga, o caso de um paciente residente em Porto Ferreira, já em fase terminal e que foi a óbito na semana seguinte.

3.1.2 - Seção de Serviço Médico II

A Seção de Serviço Médico II é responsável pelo Ambulatório Municipal, pela contratação de serviços médicos

especializados, exames complementares, serviços hospitalares, convênios e consórcios intermunicipais.

A esta seção estão também ligados o Posto de Assistência à Saúde "João Malaman", os Postos de Orientação Médico Social "Darci Ripa", "Cristo Redentor" e "Valdir Alvaro Mendes".

Ambulatório Central:

É centralizado todo o atendimento de clínica geral com exceção da área de abrangência do PAS João Malaman. Possui uma área de abrangência em pediatria que atinge também o centro, a zona rural e regiões onde não há centro de saúde, possuindo também um psiquiatra e um reumatologista semanalmente.

Não ocorre agendamento na UBS, com exceção da psiquiatria e reumatologia, sendo rotina os usuários comparecerem uma hora antes do início do atendimento médico e caso não hajam condições para o atendimento, os usuários presentes, recebem das atendentes de enfermagem, senha, que lhes garante o atendimento, sem que tenham que incorrer aos procedimentos de um novo agendamento.

O prontuário na Unidade, ocorre de forma individual e relatou-se que teoricamente existem os programas da Secretaria de Saúde, mas na realidade não ocorrem efetivamente, funcionando a unidade apenas como um pronto-atendimento, já que não possui agendamento ou controle de faltosos.

Esta unidade faz consultas médicas (pediatria, clínica geral, psiquiatria e reumatologia); inalação e injeção desde que com prescrição médica e curativo, mas antes observa-se a necessidade de passar pelo clínico geral ou pediatra. Nesta unidade não se realiza Vigilância Epidemiológica, visitadomiciliar, vacinação ou trabalhos em grupo.

Quando o médico da unidade interna o paciente aos seus cuidados, ele recebe uma remuneração de 4 horas à mais por paciente internado.

Há distribuição de medicação, mas anteriormente, é necessário que se passe pela triagem social. O usuário pode ser beneficiado, desde que sua renda permita, mesmo que tenha recebido atendimento em outro serviço particular.

A população atendida em todos os outros centros de saúde devem ir ao ambulatório central, para serem triados a fim de receber medicação ou exames gratuitos. Há uma lista de medicamentos padronizados; quando há a medicação não

6

existe e o usuário não tem como adquiri-la, a assistente social pode comprá-lo em uma farmácia.

Há demanda reprimida, principalmente às segundas-feiras, que varia de acordo com horário de preferência pelos médicos mais antigos no serviço, mas o entrevistado acredita que a oferta está boa.

A UBS não desenvolve nenhuma atividade externa, e a população não é oferecida nenhuma participação. Este semestre esta unidade, em conjunto com a Delegacia de Ensino fez exame de fezes e sangue em todos os escolares.

A maioria dos usuários que procuram a UBS são carentes. Há predominância na clínica geral de idosos e 40% de crianças. Mas está verificando-se que a classe média começa a procurar os serviços públicos de saúde. Estas crianças começam a chegar a unidade por volta do 1º e 2º mês.

Os instrumentos de informação utilizados na UBS são o SIA-SUDS.

O responsável por essa unidade é o médico Ayrton Nicolau que também chefia os médicos das outras unidades menores. Funciona também nesse prédio a Seção de Serviço Social médico de Apoio à Saúde, chefiada pela assistente social Silvia Angelina Haleplian Macedo, e a Divisão Municipal de Saúde chefiada por Arcyr Giaretta Barcellos - cirurgia dentista - sanitaria.

Na unidade só é utilizado material descartável, e na eventual necessidade de esterilização, a unidade possui uma estufa e uma autoclave.

Há quantidade suficiente de instrumental e de equipamentos, sendo que todos encontram-se em bom estado de conservação.

Quanto ao lixo hospitalar não foi possível avaliar quanto a coleta.

O horário de funcionamento dessa unidade é das 7:00 às 18:00 h. Os funcionários não se alternam em suas funções; não há treinamento nem reciclagens e os funcionários são inseridos no trabalho através do contato com os mais antigos.

Esta unidade não existia antes da municipalização, e funciona em um pequeno prédio reformado, o que causa desconforto aos usuários.

Posto de Orientação Médico Social "Valdir Alvares Mendes"

Localizado no Jardim Alto da Serra D'Água, atende a uma população de cerca de 6000 pessoas, aproveitando uma antiga escola, ocupando apenas 1/3 da área construída.

Conta este posto com uma técnica de enfermagem, trabalhando 40h semanais no período das 7:00 às 11:00h e das 13:00 às 17:00h, desempenhando apenas as atividades de marcar consultas na Seção de Serviço Médico II, onde há um clínico geral e um pediatra lotados no POM e trabalhando neste serviço para atender os pacientes encaminhados pelo posto. Ainda é realizado por esta técnica a administração de medicamentos injetáveis, verificação de pressão arterial e medida de temperatura axilar.

O paciente deve comparecer ao posto entre 7:00 e 9:00h da manhã, horário estabelecido para o chamado "agendamento", em que a funcionária mantém contato telefônico com a Seção de Serviço Médico II e são marcadas 10 consultas, no máximo, para cada um dos dois médicos designados a atender esta clientela, com a ressalva de não poder agendar com outro profissional. Em seguida é explicado ao usuário que ele deve comparecer às 14:00h no local de consulta, distante cerca de 10 Km do POM.

A matrícula é feita no local da consulta, não sendo possível fazê-la no POM, pois o paciente teria que levar o prontuário até o consultório do médico.

A unidade abrange os bairros de Serra D'Água, Santa Rosa I e II e Lagoa Serena, existindo uma boa integração com as outras unidades do sistema. Não exerce nenhum programa ou atividade com os usuários, não realizam visitas domiciliares, não fazem busca ativa de doenças. Em caso de urgência de internação mantém contato com o Pronto Socorro afim de providenciar a remoção do paciente, mas, durante o período em que foi feita a visita a esta unidade, houve necessidade deste procedimento, mas não conseguiu-se contato telefônico.

Pelo que se observou, deve haver demanda reprimida, pois grande parte desta, procura o serviço para verificação da pressão arterial, e, mesmo em níveis elevados não há vazão para o atendimento clínico.

Segundo informação de servidora, o local para a implantação da unidade foi escolhido por já existir o edifício, entendendo também, ser de fácil acesso a população atendida, embora não saiba referir o contingente desta, e a porcentagem que se utiliza dos serviços, como também não se referiu se há alguma microárea com peculiaridades diferentes do todo.

A unidade está vinculada ao ambulatório central, Seção de Serviço Médico II, sem sistema de informação, não ocorrem por escrito os procedimentos de rotina da unidade, ficando por conta da servidora o estabelecimento das mesmas, as modificações são feitas verbalmente. Enfim, todas as tarefas são realizadas somente por esta servidora, única, durante todo o expediente.

As crianças em geral fazem o primeiro atendimento aos 20 dias de nascido.

A unidade possui um esfignomômetro, estetoscópio, inalador e seringas descartáveis em quantidades suficientes para a administração de medicamentos, e após o uso das seringas, a agulha é recolhida a parte, e as seringas vão para o lixo comum. O funcionário não soube explicar o porque desse procedimento.

A servidora não passa por qualquer tipo de avaliação ou controle, nem de frequência, não participa de treinamento ou reciclagem, e segundo ela, não têm condições de avaliar o que mudou na unidade com a municipalização, e acredita que de uma maneira geral a comunidade acha bom o serviço prestado pelo posto. Observou também que a unidade não apresenta problemas, porém ouviu dizer que servidores do ambulatório central, algumas vezes, não recebem com urbanidade os pacientes que são encaminhados para consultas.

Posto de Orientação Médico Social "Darcy Ripa"

Localizado na Vila Sibila, este Posto conta com os seguintes profissionais: um médico, trabalhando 10h por semana, uma atendente de enfermagem, trabalhando 40h semanais, e uma auxiliar de serviços, servidora do Estado, que trabalha 40h semanais. As duas últimas trabalham das 7:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00h e o médico das 9:00 às 11:00h.

O usuário ao chegar à unidade dirige-se à atendente ou auxiliar de serviços, que procura a matrícula e o prontuário. Não existindo matrícula é realizado uma provisória, e o mesmo é atendido pelo médico, porém é necessário que ao final, tenha efetuado a matrícula.

O arquivo da unidade é organizado por ordem alfabética e fichas individuais, e o "agendamento" é realizado das 7:00 às 9:00h para o atendimento no mesmo dia, não sendo permitido marcar consulta para datas posteriores.

A unidade funciona em uma casa, onde existe uma sala, na qual localiza-se o arquivo, um consultório, uma sala para pré-consulta, local em que são pesados e medidos os pacientes e um banheiro externo. Há boa integração com as

6:

outras unidades do sistema e atende aos seguintes bairros: Vila Sibila, Jardim Anibal, Porto Novo, Estância dos Granjeiros, Jardim Salgueiro e a Zona Rural. Não sabe quantificar a população que a unidade atende. Dentro da sua área de abrangência, existe uma micro-área chamada Posqueiro, que dista cerca de 3 Km da unidade, onde não há coleta de lixo e abastecimento de água, e as pessoas que moram neste local andam até a Unidade por não haver transporte coletivo.

O Posto realiza o controle do desenvolvimento ponderal até o 1º ano de vida, com consultas marcadas para o pediatra durante este período, existindo também um programa de suplementação alimentar que atinge crianças até o 3º ano, com distribuição de leite. Afora este programa, que não consegue atender a demanda que não a cobre, a unidade não realiza qualquer outro tipo de programa.

Na unidade existe verificação de pressão arterial de adultos, com grande demanda, e em casos de estar elevada esta pressão, o usuário é encaminhado a consulta com clínico no ambulatório central. Não há Vigilância Epidemiológica e não se realizam visitas domiciliares.

Não puderam referir qual o critério de escolha para a localização da unidade, e a demanda é considerável na pediatria, porém acreditam ocorrer demanda reprimida de adultos, principalmente idosos. Dentre as atividades mais procuradas encontra-se a medida de pressão arterial e acredita-se haver muitos hipertensos.

A unidade conta com os seguintes equipamentos: duas balanças, inalador, aparelho de PA, estetoscópio, otoscópio e material de expediente; a farmácia conta com poucos medicamentos, existindo falta de alguns remédios.

Durante o expediente, as duas servidoras revezam-se nas tarefas de "agendamento", pré-consulta, entrega de leite e medicamento, orientação para encaminhamento, administração de medicamentos injetáveis, não fazem curativo e o médico atende cerca de 20 consultas. O lixo contaminado não é separado. Os servidores não passam por qualquer tipo de treinamento ou reciclagem.

Para as servidoras não há reclamação em relação aos seus serviços, porém a comunidade sente a falta de um clínico geral. Vêem como maior problema o programa do leite e entendem que com a municipalização não houve alteração na dinâmica do serviço.

Posto de Orientação Médica Social "Cristo Redentor"

Este Posto situa-se no Bairro Cristo Redentor, que

6

segundo as informações dos moradores é a área com maior carência da cidade. A unidade funciona em uma casa alugada e conta com dois médicos, sendo que um trabalha quatro dias na semana pela manhã, duas horas por dia e o outro apenas às terças-feiras à tarde, também duas horas (total 10 h/semana). Existem duas serventes com carga horária de 30 horas semanais e uma atendente com 20 horas semanais e uma atendente com 20 horas, cujo serviço se desenvolve no período matutino e vespertino respectivamente.

A unidade atende a população deste bairro, que é o mais distante do centro da cidade, e as vilas circunvizinhas, sendo o limite o Rio Moji-Guaçu. Não soube, a entrevistada, referir qual o critério utilizado para a escolha do local da unidade, como também a população e a porcentagem desta que é atendida pelo serviço.

Dentro da área de abrangência da unidade, não foi observado nenhuma microárea com características diferentes do restante do bairro.

No Posto foi encontrada uma pequena farmácia, um arquivo organizado por ordem alfabética, um consultório médico, uma sala para pré-consulta, onde é verificado peso e altura, e uma copa. Dispõe de tensiômetro, estetoscópio e material de expediente. O otoscópio foi furtado após arrombamento da Unidade.

Todos os usuários têm matrícula com prontuários individuais, e àqueles que não têm, é solicitada certidão de nascimento e RG do responsável para efetuar-se a matrícula, pois o atendimento só é feito para pediatria. A unidade não utiliza qualquer tipo de atividade com participação da comunidade.

O horário de funcionamento da unidade é das 7:00 às 17:00h, não fechando para o almoço, sendo que os usuários chegam um pouco mais cedo porque as fichas para consultas obedecem à ordem de chegada e são distribuídas das 7:00 às 9:00hs pela auxiliar de serviços gerais, que também é responsável pela distribuição do leite, administração de medicamentos injetáveis, entrega de medicamentos e até verificação de PA. Os encaminhamentos são realizados pelos médicos que atendem até 28 consultas em um período de 2 horas. A outra auxiliar de serviços gerais é responsável pela limpeza da unidade. A atendente de enfermagem trabalha no período da tarde das 13:00 às 17:00hs, fazendo a pré-consulta nas terças-feiras, quando existe consulta à tarde.

Esses servidores não recebem treinamento ou reciclagem e estão administrativamente subordinados ao ambulatório central.

Não existe na unidade qualquer programa de saúde, não se fazendo nem mesmo vacinação. Os usuários têm que se deslocar à Seção de Serviço Médico I, antigo centro de saúde do Estado, deslocamento este, feito através de um coletivo circular, cujo o preço da passagem à época da visita era de Cr\$ 150,00 e com periodicidade de 1 hora.

A Vigilância Epidemiológica e as visitas domiciliares também não são feitas, e mesmo na demanda espontânea parece não existir preocupações com doenças como tuberculose ou hanseníase.

Os casos de urgência são encaminhados ao Pronto Socorro. Não se faz curativo na unidade e informou-se que o lixo contaminado não é separado.

Há um grande número de idosos que vão medir a pressão arterial e, segundo informação da auxiliar de serviços gerais, a maioria é hipertensa. A maior queixa, segundo ela, é a falta de um generalista, que antes existia ocorrendo demanda. Devido a esse fato, ela acredita ter havido piora do serviço após a municipalização.

Posto de Assistência à Saúde "João Malaman"

Localizado no bairro Vila Santa Maria, foi inaugurado em 29 de julho de 1990, muito embora tenha funcionado em outro prédio localizado em uma área próxima desde 1º de maio de 1984. Os entrevistados citaram como critérios de localização a facilidade de acesso e o fato da população deste bairro crescer acentuadamente em virtude de grande fluxo migratório. Sua área física é composta de: sala de espera, farmácia, fichário, sala de pré-consulta e pós-consulta, consultórios odontológicos (1), consultórios médicos (2), sala de curativos e inalação, copa/cozinha, sanitário para os usuários (2), sanitário para os servidores auxiliares (1), sanitário para os médicos (técnicos) (1).

Referente as questões de instalação e equipamentos, verificamos e conseguimos informações dos servidores de que a oferta de água é insuficiente, comprometendo a higiene e a oferta para o consumo humano. Constatamos muito desconforto em todas as salas, principalmente pela elevada temperatura e ausência de circuladores de ar. A sala de espera não dispõe de acomodações suficientes e o PAS tem carência de mesas, cadeiras... e manutenção para balanças e bebedouros.

RECURSOS HUMANOS

Recursos	nº	período	h/trabalhadas	atividades
Médico Clínico	1	tarde	4h/dia	consultas adultos até 30
Médico Pediatra*	1	manhã	4h/dia	consultas crianças

				média 15
Médico Pediatria**	1	manhã	1h/dias alternados	consultas crianças média 5
Odontólogo	1	manhã	4h/dia	procedimen- -tos pré- -escola a 8ª Série
Odontólogo	1	tarde	4h/dia	procedimen- -tos pré- -escola a 8ª Série
Atendentes	3	integral	8h/dia	atendimen- -tos básico auxiliar odontólogo
Servente	1	integral	8h/dia	serviços gerais e dispensa- -ção medi- -camentos

Não há estrutura hierárquica neste PAS, estando portanto sem autonomia e diretamente subordinado às subdivisões de saúde - Seção de Serviço Médico II (Dr. Airton Nicolau), Seção de Administração (Dr. Orlando Pedro) e Seção de Odontologia (Dr. João Vilas Boas).

A área de abrangência atende aos seguintes bairros:

- Vila Santa Maria
- Jardim Bela Vista
- Jardim Santa Maria
- Jardim Aeroporto
- Jardim Santa Rosa 1
- Jardim Santa Rosa 2
- Jardim Alto da Serra D'Água

A demanda provém da área de abrangência e é calculada pela Divisão em torno de 6000 habitantes, tendo matriculados em torno de 5000 usuários - difícil calcular o

número exato pois com a municipalização as inscrições seguiram com outra ordem numérica - correspondente a 83%. Constitui-se em sua maioria de pessoas carentes, com exceção de alguns pacientes da classe diferenciada que fazem tratamento homeopático com o clínico.

Basicamente se atende à demanda sem agendamento, ofertando as seguintes atividades, predominantemente de natureza curativa com ênfase ao preventivo individual:

- Pré e pós-consultas
- Consultas
- Procedimentos odontológicos
- Curativos
- Injeções
- Inalações
- Dispensação de medicamentos
- Distribuição do leite
- Referência p/ outras especialidades

Implementaram os programas Controle de Hipertensão Arterial e Controle da Diabete Melitus até o final de 1990, porém a partir deste período não houve cobrança das informações e a equipe não mais controlou a adesão. Ao final de cada mês, através das fichas de atendimento ambulatorial a equipe consolida os atendimentos por atividade programática e não programática.

No programa de distribuição de leite, são inscritas crianças de até 30 meses, as quais tem o peso e estatura mais diâmetro do braço controlados diariamente, sendo classificados em: eutrófico, eutrófico de risco e desnutrido. O desligamento ocorre aos 3 anos de idade, mesmo em crianças de baixo peso.

O FAS participa de atividades de vacinação somente durante as campanhas, muito embora a população conteste a centralização das atividades de rotina.

Há 1 mês a equipe recebe do Centro de Saúde um modelo semanal contendo uma lista com doenças de notificação compulsória, onde no verso o funcionário preenche, quando ocorre um caso, os dados de identificação do paciente e o diagnóstico, remetendo-o de volta após transcrito o período quando então receberá novo modelo.

Neste PAS não ocorrem reuniões com os usuários e a equipe não participa de atividades de campo.

Distribuindo o horário de trabalho da equipe auxiliar-2 atendentes e a servente - em 2 períodos não coincidentes, a Divisão de Saúde faz com que o PAS funcionasse ininterruptamente com atividades básicas durante 10hs diárias nos dias úteis:

	manhã	tarde
1º servidor	7-10h	12-17h
2º servidor	7-12h	14-17h
3º servidor	7-11h	13-17h

O atendimento é feito conforme a ordem de chegada do usuário. Conhecendo o nº de matrícula existente no Cartão de Identificação e Agendamento, o funcionário localiza o prontuário individual. Desarquivado o prontuário o paciente se submeterá à pré-consulta, consulta, uma outra atividade básica se necessária, pós-consulta e recepção dos medicamentos.

Os pacientes encaminhadas para tratamento ginecológico, de tuberculose e de hanseníase, são referenciados através de modelo padronizado, tendo que ser aberto num outro prontuário e o paciente receber outro Cartão de Identificação. Não ocorre a contra-referência.

Os pacientes encaminhados para especialidades contratadas pelo SUS são encaminhados à Seção de Serviço Social Médico de Apoio à Saúde.

Os casos de urgência de pediatria são atendidos em primeira instância pelo pediatra do PAS, sendo comunicado por telefone se tiver se ausentado. Os adultos são encaminhados ao Pronto Socorro através de "bilhetinhos" preenchidos em papel rascunho pelo pessoal auxiliar ou de modelo padronizado preenchido pelos médicos. Nestes casos também não ocorre contra-referência.

A maior demanda corresponde a pediatria, segundo os entrevistados, decorrente da existência do programa do leite. Os recém-nascidos vem pela primeira vez ao serviço aos 15 dias de vida em média, encaminhados pelo pediatra do berçário.

Informam que a demanda reprimida é bem pequena para o clínico, e mesmo assim registram-se casos de pacientes que rasgam o Cartão de Identificação por não ser atendido de imediato.

O pediatra em geral não atende o número limite de fichas.

Os servidores também percebem muitos atendimentos aparentemente desnecessários, retornos precoces após 24h para o mesmo profissional ou outro, não aceitando estes pacientes as orientações do pessoal auxiliar.

As patologias predominantes são parasitoses intestinais, destacando-se a giardíase - IVAS, infecções respiratórias, diarreias e doenças carenciais, desnutrição, anemia, etc.

Os exames complementares mais simples, têm seus resultados retornando ao PAS em aproximadamente uma semana.

O material de consumo utilizado é em geral descartável, sendo a estufa utilizada para esterilização dos utensílios utilizados nos curativos e procedimentos odontológicos.

O lixo contaminado é regularmente recolhido separadamente, e juntamente com o hospitalar remetido para o Sanatório de Santa Rita do Passa Quatro.

As atividades são anotadas e consolidadas diariamente e remetidas à Divisão mensalmente nos seguintes modelos:

- mapa diário de atendimento básico
- controle de produção dos médicos e odontólogos (fichas de atendimentos ambulatoriais e odontológicos)
- mapa de trabalho diário do Programa do leite fluido.

O relacionamento é satisfatório com os serviços municipais, porém difícil com o Centro de Saúde Municipalizado, cujo corpo funcional procura diferenciar-se criando barreiras durante as reuniões. Os servidores do hospital ficam um pouco distante das discussões.

A participação da população só ocorre a nível de usuário que se queixa à Seção de Administração sobre atendimento insatisfatório, e esta Seção toma medidas sem atentar para a versão dos funcionários. O PAS só é visitado por membros da Divisão em horários que não existe demanda.

Acreditam os servidores que apesar da tendência centralizadora, a municipalização trouxe benefícios para os usuários, os quais passaram a ter acesso às mais variadas especialidades e exames complementares de alta complexidade tecnológica, reduzindo a necessidade de encaminhamentos para outros municípios.

Os técnicos reclamam que não têm incentivos para o atendimento na periferia, nem de natureza financeira, nem científica. O processo representa um mau negócio para os funcionários do Estado, pois além da falta de incentivo perdem alguns benefícios como o auxílio alimentação e ainda têm que arcar com maior volume de encargos.

Os funcionários de nível auxiliar queixam-se de maior volume de atividades; aumento da burocracia; maior número de reclamações dos usuários e conseqüente cobrança dos superiores; falta de chefia no próprio FAS que vivencia os problemas dos servidores; baixos salários e retardo no cumprimento da promessa de implantação de plano de cargos e salários.

3.1.3 - Seção da Administração

A Seção da Administração é responsável pela administração de pessoal, materiais permanentes e de consumo, controle de estoque de medicamentos e afins, estatística, transporte, comunicação, protocolo.

3.1.4 - Seção de Serviço Social Médico de Apoio à Saúde

Criada em março de 1991, com o objetivo de centralizar e organizar o atendimento, visando educar e conscientizar a população.

O atendimento prestado refere-se às necessidades do município na área de saúde pública, abrangendo: Centro de Saúde, os Postos de Orientação Médica Social, Centro Odontológico, Posto de Assistência à Saúde, o Ambulatório, consultas com especialistas dentro e fora do município, transporte de pacientes, controle da doação de medicamentos, etc.

A Seção de Serviço Social também é responsável pela elaboração, implantação e acompanhamento de programas:

- 1 - Doenças infecto-contagiosas (hanseníase, tuberculose, AIDS, entre outras)
- 2 - Clínica médica
- 3 - Especialidades médicas
- 4 - Clínica odontológica
- 5 - Campanha de esclarecimento à população, com enfoque especial nas escolas, igrejas, associações de

bairros, clubes de serviços, entidades filantrópicas, etc.

- 6 - Campanhas de vacinação
- 7 - Epidemias
- 8 - Programa de saúde da criança
- 9 - Programa da gestante
- 10- Programa do hemofílico
- 11- Programa do hipertenso
- 12- Programa do diabético
- 13- Programa de saúde mental
- 14- Programa de atendimento oftalmológico a pacientes portadores de catarata.
- 15- Programa do idoso
- 16- Programa de saúde do escolar
- 17- Programa do adolescente saúde e escola
- 18- Programa de prevenção e educação

O atendimento à população é realizado, através de uma triagem sócio econômica.

Para realizar esta triagem são utilizados os seguintes critérios de avaliação:

- histórico familiar
- situação habitacional
- situação econômica e profissional
- receita mensal da família
- situação de saúde, aspecto físico e emocional.

Cabe aqui esclarecer, que esta triagem é realizada para aqueles que são encaminhados para consulta especializadas e que necessitam de medicamentos e exames laboratoriais mais complexos.

O fluxo da população pode ser assim descrito:

atendimento ----> Serviço Social ----> avaliação sócio-
econômica ----> especialidade
farmácia

O encaminhamento tanto para o especialista como para a farmácia é feito através de uma guia.

Para a consulta o usuário leva além da guia, a ficha de atendimento ambulatorial, e a ficha de referência e contra referência.

No caso de retorno, o usuário comparece novamente ao Serviço Social para obter nova guia e reiniciar o processo.

Quando na avaliação sócio-econômica, a pessoa é considerada como carente, o atendimento é gratuito. Os classificados como não carentes contribuem com uma taxa para o Fundo Municipal de Saúde, a qual é recolhida em rede bancária, sendo o dinheiro arrecadado revertido em benefício da população.

A Seção de Serviço Social realizou em junho deste ano o projeto "Saúde tem pressa", onde foram entrevistadas todas as pessoas residentes nos bairros, com o objetivo de conhecer e identificar as necessidades prementes da população. Para esta entrevista foi utilizado questionário. Até o momento não foi feita a tabulação desta pesquisa, por falta de tempo e de recursos humanos.

Em relação aos recursos humanos, a Seção conta com 9 funcionários sendo:

- 3 - Assistentes Sociais
- 2 - Psicólogos
- 1 - Psiquiatra
- 3 - Atendentes

As informações acima foram prestadas pela A.S. Silvia Angelina Haleplian Macedo, Chefe de Seção de Serviço Social Médico de Apoio à Saúde.

3.1.5 - Seção de Odontologia

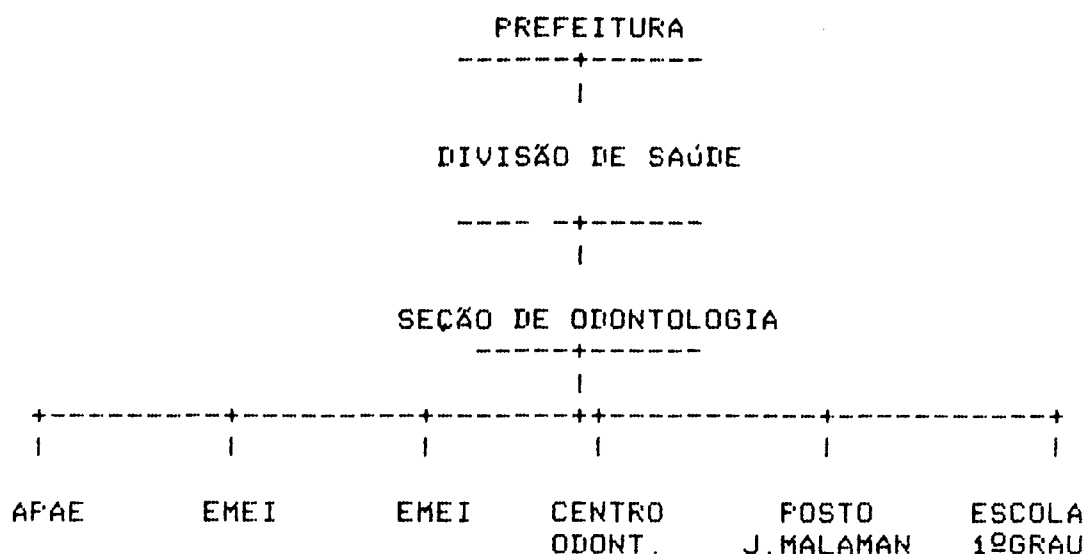
O organograma da Prefeitura de Porto Ferreira apresenta a Divisão de Saúde que possui uma Seção de Odontologia. O Serviço de Saúde está municipalizado e existe um Chefe de Seção de Saúde Bucal. Foi observado um serviço centralizado com a existência de um centro odontológico, no

qual presta-se atendimento aos escolares, funcionários públicos municipais e adultos.

Além do Centro Odontológico, existem profissionais na rede escolar, pré-escolar e na APAE.

O Chefe de Seção concentra função de gerência, coordenação e supervisão do serviço, atendendo demandas de toda a rede operacional.

ORGANOGRAMA



No Centro Odontológico, com relação as instalações no ambiente de trabalho, foi verificado uma sala ampla, composta por 4 equipamentos completos onde trabalham dentistas e uma THD. Além desta sala, existe um outro equipamento completo em sala separada, onde um dentista atende a demanda de exodontias da população.

Os períodos da manhã e tarde são destinados para escolares da 1ª a 8ª séries, mas priorizam as da 1ª à 4ª séries. É feito um contato inicial com as escolas pelo THD, onde as crianças são convocadas para o exame clínico. A THD não mantém nenhum contato com os pais destas crianças e não desenvolve palestras educativas.

No exame clínico inicial, o cirurgião-dentista faz uma rápida avaliação da necessidade ou não de tratamento. A partir daí, as crianças triadas são agendadas para iniciar a fase curativa.

Os procedimentos utilizados nesta fase, são constituídos de restaurações à amálgama, e resumo, extrações, pulpotomias, forramentos, raspagem e polimento,

Os dentistas trabalham auxiliados mas não desenvolvem o sistema à quatro mãos. A relação é de 1 auxiliar para 2 dentistas.

É sugerido que se desenvolvam as atividades por hemi-arcada, mas nem sempre isto ocorre. O atendimento visa o tratamento completado.

O agendamento é de 8 crianças por dentista por período.

Existe uma produção mínima exigida que é de 20 procedimentos (5 procedimentos/hora).

Não há avaliação de concentração e atrição, o rendimento é comparado entre os profissionais de maneira quantitativa, entre os diferentes períodos de um mesmo local de trabalho. No período noturno, destinado aos adultos, o sistema utilizado é de livre acesso. É garantido o tratamento curativo básico e existe um serviço de especialidade (endodontia, radiologia e prótese), que quando necessário, o paciente passa por uma avaliação sócio-econômica antes de ser encaminhado. O fluxo de acesso ao serviço ocorre da seguinte maneira: o indivíduo recebe esclarecimentos sobre o atendimento no Centro Odontológico e é encaminhado para o mesmo que deverá realizar o agendamento e o exame clínico inicial.

Se houver necessidade de algum tratamento de especialidade, é feito um plano de tratamento que será encaminhado novamente para o Serviço Social, onde será feita a avaliação sócio-econômica por uma assistente social que estipulará em comum acordo com o paciente a forma de pagamento ou não do serviço. Esta parte burocrática é solucionada exclusivamente no serviço social, ficando o Centro Odontológico responsável pelo desenvolvimento técnico do serviço.

Além do Centro Odontológico, existe o Posto de Assistência Médica João Malaman, localizado num bairro do município, que serve de referência às escolas e EMEIS da região. O agendamento dessas escolas é feito através do contato direto da auxiliar de odontologia com as classes. O atendimento é feito por classes. Além deste Posto de Saúde, existem 1 EMEI e 1 EEPSG com consultório. Nestas unidades são atendidas as demandas próprias. O Município de Porto Ferreira possui uma população na zona rural cuja referência para o tratamento odontológico é a EMEI Laura Salgueiro Torres. Além desta população esta EMEI também é referência para os bairros: Cristo Redentor, Creche Roberto João, Vila Sibila, Salzano.

Na EEFG e EMEI que possuem equipamento odontológico, além do tratamento curativo, são desenvolvidas

palestras educativas e bochechos com solução fluoretada. Não há controle efetivo destes bochechos. Também é feita escovação supervisionada, porém não há periodicidade.

As crianças da zona rural também são atendidas na EEFG "Pedreira Fiores Zadra".

Em relação aos programas, não há nada documentado. A atenção é curativa para todas as faixas etárias que respondem a convocação nas escolas e aos adultos que procuram o serviço, visando tratamentos completados.

O atendimento de urgência parece ser garantido em todas as unidades.

Se considerarmos o parâmetro de rendimento (5 procedimentos/hora), verificamos que o real produzido, está bem abaixo, sugerindo tempo ocioso do profissional.

Nas fichas clínicas são feitas anotações das necessidades (C+Ei) encontradas. Não há levantamento epidemiológicos nem planejamento em serviço.

Os tratamentos endodônticos são realizados nos consultórios particulares dos dentistas credenciados e contra referidos à rede em seguida. Tratamento de canal uni-radicular é gratuito e não existe atendimento pela rede de endodontia de molares para crianças. O tratamento endodôntico em molares para adultos, é triado pelo serviço social.

O centro odontológico mantém ainda recursos para moldagens e preparo de próteses e credenciamento com um laboratório para a confecção desta.

Um cirurgião dentista atende uma vez por semana as crianças na APAE.

As ações preventivas não estão descritas em programas, baseando-se em bochechos com flúor, escovação supervisionada e palestras educativas. Estas ações são desenvolvidos somente em escolas e EMEIS e através de relatórios trimestrais, verificou-se que o número de bochechos realizados é inferior ao mínimo necessário para a eficiência do método (25 a 30 bochechos criança/ano).

A distribuição do material, bem como a aplicação dos bochechos é feita pelo próprio dentista, ficando assim comprometido os dias em que o dentista fica parado executando os bochechos.

No centro odontológico, no final de cada tratamento, é feita a aplicação de Profi e fluor gel em cada

paciente, mas não é garantida uma frequência mínima desta aplicação.

Os pacientes que ao exame clínico não é detectada a necessidade de tratamento, não recebem atenção preventiva.

A THD não é aproveitada no total de sua capacidade e não está integrada à equipe de Saúde Bucal, o que possibilitaria aumentar a dinâmica do serviço junto ao desenvolvimento do trabalho à quatro mãos.

A ficha clínica proporciona acompanhamento do indivíduo por quatro períodos de tratamento, mas esta é utilizada apenas para o levantamento das necessidades.

Existem boletins que consolidam a produção dos dentistas. A única avaliação feita é a de comparação quantitativa (numérica) entre os profissionais de diferentes períodos.

Não há avaliação de impacto da produção sobre a população.

Após a Municipalização em Porto Ferreira, o quadro de profissionais no setor de Saúde Bucal incorporou muitos profissionais da rede estadual que apresentam salários bem abaixo daqueles pagos pela Prefeitura aos servidores municipais. Não há complementação salarial pelo SUS.

Devido a Municipalização, existem várias formas de vínculo empregatício (CLT, estatutário, admitido, servidor, etc).

Os profissionais encontrados no serviço, não receberam treinamento para se adequar a nova realidade e não recebem incentivo por parte do serviço para reciclagem e aperfeiçoamento. Ao entrevistarmos alguns deles, todos se mostraram dispostos a desenvolver novos conhecimentos e pensam que não haveria impedimento para tal, por parte da coordenadoria. Quando um profissional tinha participação em algum curso ou congresso, este apresentava caracteristicamente o enfoque clínico e raramente em Saúde Pública.

A rede de profissionais é composta por 17 dentistas, 1 THD e 7 auxiliares distribuídos da seguinte maneira: 13 dentistas no Centro Odontológico, 2 dentistas no PAS "João Malaman" com 1 auxiliar, 2 dentistas na EMEI "Laura Salgueiro Torres" com 1 auxiliar e 2 dentistas no EMEI "Prof. Pereira Pires Zadra" com 1 auxiliar.

Estes profissionais estão sob supervisão direta do Coordenador de Saúde Bucal à nível central.

Não obtivemos dados sobre o plano de cargos e funções. Existe a insatisfação por parte dos profissionais devido a remuneração. Esta diferença parece ser um pouco compensada com a carga horária. Os dentistas trabalham um período de 2 horas e 1/2 por dia.

Os dentistas credenciados por especialidade são também funcionários da Prefeitura e recebem os serviços realizados no consultório particular através de uma tabela de preços estipulada pelo serviço.

Os auxiliares receberam treinamento em serviço e o THD não possui o título dessa função mas fez um estágio para adquirir o conhecimento de algumas técnicas desenvolvidas em Ribeirão Preto.

O almoxarifado está localizado no Centro Odontológico e serve a toda rede. Mensalmente o dentista faz o levantamento das necessidades de material de consumo, mas nada impede dele requerer algum tipo de material fora da data prevista. A locomoção e aquisição é feita pelo próprio profissional ou auxiliar.

Não existe parâmetro para consumo nem controle efetivo de estoque.

A compra de materiais é feita através de uma única casa de material odontológico.

Os técnicos de manutenção atendem satisfatoriamente a demanda, sendo possível a manutenção preventiva dos equipamentos. Quando necessário uma tecnologia mais avançada, é solicitada a presença de um técnico de outro município próximo.

A solicitação da manutenção é feita ao Coordenador do Setor de Saúde Bucal.

O serviço de saúde bucal do Município de Porto Ferreira, está organizado e distribuído para atender a população escolar, essencialmente. Tendo conhecimento da importância dessa faixa etária, torna-se necessária a elaboração de programas abrangentes direcionados a cobrir amplamente as necessidades e principalmente a reduzir as doenças bucais.

Isso seria possível, através do reconhecimento da população alvo (crianças matriculadas em creches, EMEIS e escolas) e levantamentos epidemiológicos periódicos, através dos quais seria fundamentado o planejamento, execução e avaliação dos programas. Desta forma cada área de referência poderia determinar as ações necessárias para a cobertura das necessidades e controle da cárie e doença periodontal. Dentro do planejamento pode ser definido formas de

agendamento, afim de determinar o número de retornos necessários, aumentando o rendimento e diminuindo o tempo ocioso do profissional. Para que esse sistema alcance maior efetividade, o trabalho à quatro mãos torna-se imprescindível. O serviço apresenta um número considerável de auxiliares odontológicos e espaço físico adequado para desenvolver este tipo de atividade.

O programa curativo deve compreender o controle epidemiológico das doenças, com remoção de focos infecciosos, de fatores retentivos na placa bacteriana e priorizar restaurações definitivas para dentes permanentes.

Associado às atividades curativas, deve existir um programa preventivo com atuação frequente e permanente. Vale salientar que as crianças identificadas através do levantamento epidemiológico como livres de cárie, também deverão participar do programa preventivo.

Para o desenvolvimento deste programa é importante que a Divisão de Saúde desenvolva treinamento e formação de pessoal auxiliar para execução de suas atividades no serviço, complementando assim a atuação do cirurgião dentista.

Na elaboração do programa preventivo, é fundamental a participação da equipe de saúde bucal como um todo (cirurgiões dentistas, auxiliares, THD, etc). Os métodos preventivos devem ser adequados à realidade de cada região, sendo que os já existentes (bochechos e/ou aplicação tópica de fluor gel, escovação supervisionada) devem ser seguidos de forma a alcançar a eficácia devida. Salientamos a necessidade da equipe local de saúde bucal, desenvolver atividades educativas para sensibilizar a comunidade, como por exemplo reuniões com os pais, creches, professores, comunidades de bairro, sindicatos, etc.

Os dados de aplicação dos programas preventivos devem ser consolidados à nível central para possível avaliação do impacto dessas ações.

Com relação ao atendimento da população adulta é mantida a necessidade de se complementar o programa existente com ações educativas e preventivas que levarão a um controle mais eficaz das doenças bucais e a manutenção prolongada dos trabalhos já realizados e presentes na cavidade bucal. Esse procedimento, a longo prazo, diminuirá as necessidades curativas e conseqüentemente aumentará a cobertura.

É reconhecida a postura do serviço de manter não só o atendimento ao adulto segundo suas necessidades básicas, mas também de proporcionar acesso a níveis de atenção de maior complexidade. Porém, a partir de

entrevistas realizadas junto a população, verificou-se um alto nível de desconhecimento por parte desta em relação ao serviço.

O Serviço de Saúde Bucal do Município tem condições de desenvolver um Sistema de Informação que permita avaliar de forma tanto quantitativa quanto qualitativa os programas.

A ficha clínica utilizada, deve ter o preenchimento completo do odontograma, fazendo o registro da situação inicial da boca, incluindo as restaurações presentes e os dentes já extraídos. Isto permite a determinação do CPO-D e/ou CPO-S.

A avaliação qualitativa pode ser conseguida através da comparação entre tratamentos conservadores e radicais, tratamento entre dentes permanentes e decíduos, cobertura da população e impacto epidemiológico. Deve-se modificar a forma de arquivo das fichas com tratamento completado. Estas, não devem ser misturadas com as fichas de pacientes que interromperam o tratamento, a fim de possibilitar o registro do índice de atrição para posterior avaliação do programa.

Não podemos deixar de lembrar que as urgências devem continuar garantidas em toda rede de assistência odontológica.

Os profissionais da rede pública do Município, como na maioria dos serviços, apresentam um perfil de formação voltada para o atendimento individual em consultórios particulares. Isso demonstra a necessidade de adequar os conhecimentos à realidade do trabalho em saúde coletiva. Essa adequação deve partir do Serviço de Saúde Bucal do Município, através de informações técnicas e epidemiológicas, a fim de aplicar adequadamente os programas previstos.

O profissional deve ter noção da realidade do Município em geral, do local de exercício e o conhecimento das metas previstas. A supervisão deve ter capacidade de avaliação desses fatores integrados ao ambiente de trabalho de cada profissional.

O serviço deve estimular a participação das auxiliares em cursos e treinamento em outros Municípios ou desenvolver recursos próprios para tal. Fica evidente a necessidade de aperfeiçoamento da THD, bem como a formação e contratação de profissionais de nível médio para execução das ações coletivas.

Através do controle de estoque e do consumo, existe a possibilidade de se avaliar a quantidade gasta de

materiais de consumo num período determinado. Fode-se relacionar o padrão de consumo com os diferentes programas aplicados.

Com relação ao tipo de material, é conveniente que exista uma lista padronizada e que haja participação dos profissionais nesta padronização.

A manutenção dos equipamentos pareceu não apresentar maiores problemas, apesar dos mesmos possuírem muito tempo de uso, sua manutenção costuma ocorrer dentro do prazo previsto.

3.1.6 - Seção de Saneamento e Vigilância Sanitária

Vigilância Sanitária

A Seção de Saneamento e Vigilância Sanitária é chefiada por uma enfermeira. A equipe é composta ainda por um agente de saneamento e dois funcionários de campo, treinados pela SUCEN, responsáveis pelo controle de vetores, em especial o Aedes aegypti.

Desde 1988, por ocasião da aposentadoria dos funcionários responsáveis pela Vigilância Sanitária, a mesma encontrava-se desativada no município, retornando as atividades nessa atual gestão da administração municipal.

Procura atender todos os tipos de reclamações e denúncias feitas pela população ou encaminhá-las aos respectivos órgãos competentes. Está integrada à Vigilância Epidemiológica, num trabalho preventivo, porém não conta com apoio laboratorial.

Recebe apoio técnico da SUCEN, ERSA-53 e da C.A.T.I. de Tambaú, através da Médica Veterinária, como no caso da campanha de vacinação anti-rábica.

Não realiza o controle de roedores e no controle de Zoonoses só trabalha com a campanha de vacinação anti-rábica, assumida apenas a partir desse ano pela Prefeitura. Não existe captura de cães.

Não faz controle do abastecimento e reservatórios de água domiciliares.

A parte de controle sanitário de alimentos está começando a ser feita, e tem como trabalho inicial, o recadastramento dos estabelecimentos comerciais. Nunca foi detectado um surto de toxinfecção alimentar.

O poder de atuação (poder de polícia) está dividido ou não existe, por não possuir respaldo jurídico e

legal e um código sanitário municipal de normas e procedimentos. As autuações são feitas a nível de auto de infração, sendo que a sequência que seria o auto de multa, é feita após avaliação e supervisão do órgão Estadual (ERSA-53). O Estado arrecada a multa emitida.

Existem planos para a contratação de 6 (seis) agentes de saneamento, através de concurso e mais um médico-veterinário, para integrar a equipe.

A Vigilância Sanitária, dispõe de uma perua Kombi que realiza o deslocamento do pessoal da equipe em suas atividades de campo.

Baseado na preocupação nacional com a questão "cólera" e "dengue", montou-se um trabalho de divulgação através de jornais e da rádio local, em conjunto com o Rotary, Lions, Igreja, Pastorais, Escolas, etc.

Atualmente, como programa de educação sanitária, está sendo elaborado uma cartilha educativa sobre alimentos, ainda em fase de estudos no que diz respeito a sua forma de distribuição junto a população.

Um dos grandes problemas da Vigilância Sanitária é o matadouro municipal, que não reúne condições higienico-sanitárias para seu funcionamento; abate animais regularmente, abastece a cidade e com o agravante de possuir um laudo técnico realizado por uma médica veterinária do Ministério da Agricultura e Reforma Agrária (MARA) que recomenda o fechamento do mesmo.

Matadouro Municipal

Localizado em perímetro urbano, próximo ao córrego Serra D'Água, afluente do Ribeirão Santa Rosa, que desagua no rio Moji-Guaçu.

Sua estrutura física encontra-se em precárias condições de manutenção e não possui Serviço de Inspeção Veterinária no local. Como consequência não existe um controle sanitário da procedência dos animais que chegam para o abate, bem como inspeção durante o mesmo.

Os animais para abate, provém de criações próximas ao local, no município e permanecem em dieta hídrica por 48 horas. A sangria, esfola e separação das carcaças são feitas num único local e o sangue é escoado para o córrego Serra D'Água diretamente.

O único método de higienização usado é a lavagem local com água corrente. As condições de higiene são

precárias, insatisfatórias, caracterizando uma área de grande risco à saúde.

Não existe armazenamento da carne que é distribuída diretamente aos açougues por caminhões.

A condenação das carcaças é feita por funcionários da Prefeitura, não especializado e, o produto dessa condenação, de descarte, permanece no local (cabeça, língua, fígado, etc.) até ser recolhido por uma indústria de subprodutos (sabão) do município de Leme.

Os funcionários que trabalham na linha de abate, são funcionários dos açougues ou os próprios açougueiros. Para utilizar o local de abate, uma pequena taxa junto a Prefeitura é recolhida pelos mesmos.

Não existe conscientização da população sobre esse serviço e nem programas de educação sanitária nesse sentido.

3.1.6.1 - Casa da Agricultura

Fossui um corpo técnico formado por um engenheiro agrônomo e um auxiliar. Na Casa da Agricultura não estão lotados Médicos Veterinários e Zootecnistas, conseqüentemente a orientação técnica, quando necessária vem da Casa de Agricultura de Tambaú que possui na equipe um médico veterinário.

Trabalha basicamente com a orientação à produtores (agricultores) e a regulamentação da venda de defensivos agrícolas, através da emissão de receituário agrônomo. Não há um acompanhamento técnico necessário quando da utilização desses produtos.

Um dos problemas que a Casa da Agricultura enfrenta é a falta de normas técnicas no que diz respeito ao descarte das embalagens usadas defensivos agrícolas, que já causaram sérios danos ao meio ambiente, com altos índices de mortalidade entre os animais silvestres. Possui o Município reservas florestais que estão sob a fiscalização da Casa da Agricultura. Ainda que possua um engenheiro agrônomo responsável pela fiscalização das reservas, seu trabalho é limitado devido a falta de pessoal técnico e de apoio.

O matadouro municipal é outro grave problema apontado pelo engenheiro agrônomo da Casa de Agricultura, que relatou existir um projeto feito pela CATI, para a construção de um novo matadouro municipal, em área sediada pela Prefeitura.

A falha no organograma da Secretaria e a falta de interesse político-administrativo para o "problema da

agricultura", a nós relatado, são entraves para o bom funcionamento da Casa de Agricultura.

3.1.6.2 - Clínica Veterinária

Existe uma única clínica veterinária no Município, que atende também a população de pequenos animais (cães e gatos) das regiões de Santa Rita do Passa Quatro, Pirassununga e Descalvado.

Segundo relatos do médico veterinário, proprietário da clínica, nunca detectou casos de toxoplasmose canina confirmado, atende em média um caso de leptospirose canina por ano, e o único caso de raiva canina, atendido, provinha do Município de Descalvado.

Realiza palestras relativas à Zoonose, em escolas municipais, à convite das próprias escolas.

Não mantém contato com a Vigilância Sanitária Municipal, apesar de estar a disposição para palestras sobre zoonoses e não foi solicitado a prestar serviços de orientação junto a campanha de vacinação anti-rábica, realizada pela Prefeitura.

3.1.6.3 - Abastecimento

Caracterizado por uma rede local de supermercado, mercearias, bares e padarias. Não possui feiras-livres e mercado municipal. O abastecimento de frutas e hortaliças é feito por sacolões particulares, que recebem seus produtos de venda, do CEAGESP-SF. Um dos respectivos sacolões, está ocupando área municipal, sedida pela Prefeitura, como forma de estímulo a esse tipo de comércio. O leite no município provém do Laticínio Malibu, de São Carlos. Existe a distribuição de leite direta, feita pela Prefeitura junto aos Postos de Saúde, no programa "Suplementação Alimentar" e a distribuição desse mesmo leite no comércio local.

Análise e Sugestões

Vigilância Sanitária

Funciona precariamente com poucos recursos materiais, físicos e humanos. Não possui um plano de trabalho definido em ações de vigilância, bem como estratégia de prioridades. Carece de normas e padrões de postura, e de apoio laboratorial e amparo jurídico-legal.

Para otimizar o desempenho de suas atividades, necessário seria:

- efetuar um levantamento das reais necessidades em recursos humanos e materiais.
- equipar ou reequipar as unidades.
- definir programas e estabelecer prioridades.
- elaborar um código municipal de normas e procedimentos.
- executar o treinamento e orientação junto ao pessoal que trabalha direta ou indiretamente com produtos de consumo (manipuladores).
- capacitação técnica dos funcionários e efetivos atuantes.
- divulgar e promover junto à população, programas de orientação em educação sanitária.
- sensibilização e conscientização do poder público, da importância da vigilância sanitária como instrumento de proteção à saúde da população.
- apoio laboratorial.
- intercambio entre os diversos órgãos que atuam na vigilância sanitária, em diferentes esferas.

Quanto ao controle de zoonoses, em especial a campanha de vacinação anti-rábica:

- estabelecer metas e prioridades.
- definir necessidades técnicas e materiais.
- estabelecer o treinamento do pessoal envolvido na realização da campanha.
- contar com o apoio técnico de profissionais da área (médico veterinário) antes, durante e após a campanha.
- realizar a captura de cães errantes.
- programas de educação sanitária junto à população, para que mantenha seu cão vacinado anualmente e domiciliado.
- utilização de todos os meios de comunicação disponíveis para a divulgação prévia da campanha.
- laboratório para referência

Vetores e Roedores

O problema do controle de vetores urbanos da febre amarela e Dengue (Aedes aegypti) no município, já está equacionado porque existe um repasse de ações, feito pela SUCEN.

Quanto aos vetores da Leishmaniose, doença de alta prevalência na região, faz-se necessário um programa inter-institucional para estudar os aspectos epidemiológicos dessa transmissão.

Quanto ao controle de roedores, mesmo não tendo sido caracterizado como um problema, seria interessante o município definir:

- programa e prioridades.
- treinamento de pessoal para ações de emergência.
- repasse de apoio e orientação técnica.

Casa da Agricultura

Apesar do município possuir um pequeno rebanho, existe a necessidade de repasse técnico de outros municípios (CATI-Tambaú). Sendo assim, a contratação de maior número de funcionários de apoio e de nível técnico especializado (médico veterinário) aliado a um programa de acompanhamento técnico ao produtor, antes, durante e após a utilização de defensivos agrícolas, atenderia as necessidades através do município, em parte.

Definição de normas e procedimentos técnicos e a conscientização do poder público sobre o problema "agricultura", viriam auxiliar nas ações da mesma.

Matadouro Municipal

Não justifica o seu funcionamento, uma vez que o número de animais abatidos é pequeno, a arrecadação tributária municipal irrisória, que serve a interesses diversos, contemplando a um pequeno grupo de representantes do comércio local (açougueiros). Principalmente, o risco a saúde, deveria ser prioritário para uma ação imediata.

A tentativa de se coibir o abate clandestino, não o caracteriza como um matadouro oficial e nem o diferencia de um serviço irregular, uma vez que o mesmo não possui inspeção veterinária local.

Estando sob um pedido de fechamento e não tendo na reforma do prédio a solução para o problema, uma vez que o local não reúne condições para sua instalação, alternativas a longo e curto prazo, podem ser encontradas e até viabilizadas:

- longo prazo - Implantação do projeto de construção de um novo matadouro municipal
 - Privatização do mesmo
- curto prazo - Utilização de matadouros municipais da região, na forma de consórcio entre municípios
 - Utilização do matadouro - escola da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootécnica da USP - CIZIP - no campus da universidade, em Pirassununga

3.2 - Outros Recursos de Saúde do Município

- Santa Casa de Misericórdia Dona Balbina

Localizada no centro da cidade, oferecendo 80 leitos distribuídos em clínica cirúrgica, clínica médica, pediatria e obstetricia. É o único instituto hospitalar do município.

Possui um Fronto-Atendimento com 7 médicos que se alternam em plantão de 12/36 horas. A área é pequena composta por: 1 sala para pequenas cirurgias, 1 sala curativo contaminado, 1 sala de observação onde também se faz curativos limpos, aplicação de injeções, 1 sala de gesso, 1 consultório para atendimento geral, 1 sala de RX, uma sala de ultrassom (somente para uso particular). Tem uma produtividade média de 3.500 - 4.000 atendimentos mensais.

Na área de ortopedia a Divisão de Saúde tem um contrato com o hospital, onde são compradas 180 consultas ortopedicas/mês e paga a diferença entre o preço real e o preço da tabela do SUS, nos procedimentos ortopédicos.

O hospital possui enfermarias com 2, 3 e 7 leitos e também uma área com 6 quartos particulares.

As enfermarias cirúrgicas têm 1 banheiro cada; nas enfermarias da clínica médica há apenas 1 banheiro para homens e outro para mulheres, que servem toda a clínica.

A enfermaria obstétrica localiza-se junto a cirúrgica e não possui alojamento conjunto. O berçário é dividido em normal e patológico.

O Hospital, não possui isolamento, quando necessitam isolar um paciente, utilizam-se de um quarto com banheiro e o destinam apenas para o mesmo.

As enfermarias e os corredores apresentavam boas condições de higiene. Todas as clínicas tinham expurgo e todo material era transportado em carrinhos fechados, com os funcionários usando EPIS.

A Pediatria fica separada das outras clínicas, dividida em duas enfermarias, com paredes envidraçadas para permitir que do posto de enfermagem se tenha visão geral de ambas. Há um salarium que é usado como área de secreção. As mães acompanham as crianças durante a internação, independente do tipo de convênio.

O centro cirúrgico não está em condições ideais de uso. Muito velho, as paredes não são favoráveis e está com pinturas mal conservada, não tem fluxo independente de material esterilizado e contaminado. O centro obstétrico está contido dentro dele, tendo uma sala de reabilitação anestésica que quase não é utilizada. É prioridade do hospital reformá-lo. Esta instituição não conta com Centro de Terapia Intensiva.

A cozinha possui boas condições de higiene, a área de preparo é separada da área de distribuição. Não houve oportunidade de observar como são estocados os alimentos.

Há uma nutricionista que comparece diariamente para levantar a preferência dos internados e para elaboração do cardápio. A distribuição é feita em bandejas que já saem montadas da cozinha. (centralizada)

As roupas chegam até a lavanderia em carrinhos fechados e com as roupas contaminadas separadas e identificadas. As funcionárias usam EPIS.

A roupa contaminada não é manipulada pelas lavadeiras, vai direto para as máquinas e lá fazem a desinfecção.

A medicação sai da farmácia separada por clínica e por paciente. Houve referência, pela responsável, de falta de medicamento.

O hospital só faz RX simples.

Os exames laboratoriais são colhidos no hospital duas vezes por semana e encaminhados à São Carlos. No

sangue dos doadores são feitos os exames para AIDS, Sífilis, Chagas, Hepatite.

Dados Gerais do Hospital

Recursos Humanos

22 administração	Salário Variável
15 (recepção)	Cr\$ 91.032,00
15 (cozinha)	Cr\$ 83.331,00
1 (horta)	Cr\$ 83.331,00
11 (lavanderia)	Cr\$ 83.331,00
1 (costura)	Cr\$ 83.331,00
13 (faxineiras)	Cr\$ 83.331,00
52 (atendente de enfermagem)	Cr\$ 108.999,00 à Cr\$121.833,00
1 (técnica de enfermagem)	Cr\$ 121.833,00
1 (aux.de serviços de enfer- magem)	Cr\$ 101.299,00
2 (enfermeira - chefe)	Cr\$ 174.321,00
2 (operadores RX)	Cr\$ 194.844,00
4 (vigias)	Cr\$ 101.299,00

dados mês de maio/91

média de permanência	= 3.51 dias
taxa de mortalidade geral	= 1,94%
taxa de ocupação	= 45,61%
total cirurgia realizada	= 103
total de partos	= 67
percentual de cesárias	= 61%
movimentos pacientes externos (ambulatório)	= 4358
total de refeições servidas	= 8177
número de recém nascidos	= homens = 29 mulheres = 38
relação de natimorto e recém nascido de baixo peso	= natimorto = 1 menos de 2500 grs = 8

Apesar de não se tratar da média, a taxa de ocupação do mês de maio revela sub-utilização ja que a ideal fica em torno de 85%.

A taxa de motalidade geral foi satisfatória, porém o percentual de cesárias foi bastante elevado durante o referido mês.

A média de permanência é baixa, porém compatível com hospital de cidade do interior, que por não dispor de

complexidade maior, não trata pacientes muito graves e os crônicos

- 3 laboratórios de análises clínicas (que mantêm convênio com a Prefeitura)

- 2 medicinas de grupos com convênios ambulatoriais (Uniclínica e Balbina Clínica)

- AFAE

- Consultórios médicos particulares (que mantêm convênio com a Prefeitura). A Prefeitura contrata as seguintes especialidades nas seguintes quantidades:

Especialidades	consultas
Oftalmologia	1008
Cardiologia	756
Otorrinolaringologia	684
Neurologia	432
Dermatologia	396
Pneumologia	408
Urologia	324
Reumatologia	156
Doenças vasc. periférica	120
Gastroenterologia, endocrinologia, alergia, proctologia, oncologia, nefrologia, hematologia, neurologia	960

3.3 - Da Utilização dos Serviços

3.3.1 - Percepção Popular

Dentro do contexto do presente trabalho além de uma análise estrutural do Sistema de Saúde local, buscou-se um contato comunitário com a circunvizinhança das Unidades Básicas, do Ambulatório Central e do Centro de Saúde do Estado. Arguiu-se, ainda, os usuários presentes no Ambulatório Central, PAS João Malaman e CS do Estado.

Objetivou-se nesse contato, buscar junto a essa parcela da população dados que revelassem as impressões dos indivíduos quanto a estrutura de saúde local (condições de acesso, percepção quanto a mudanças ocorridas, frequência de uso, universo relacional, confiabilidade, etc).

O contato comunitário trabalhou especificamente com análise de dados qualitativos.

Para a coleta de dados, dentre os entrevistadores, procurou-se uniformizar os procedimentos. Não se elaborou questionário com perguntas fechadas; uma vez que objetivou-se coletar informes "despojados" sobre como se dá a interação entre o sistema e a comunidade; podendo-se encarar o entrevistador dentro desse contexto, como um facilitador. Lembramos que quando da abordagem, houve a identificação do entrevistador, bem como a razão da presença do grupo no município em questão.

Para a entrevista, estipulou-se sempre a quarta casa do lado direito da rua, dentro de um raio estimado de 500 metros.

Foram entrevistados um total de 139 depoentes dessa forma distribuídos:

- ambulatório central (usuários) = 06

(população)= 17

- P.O.M.S. Cristo Redentor = 29

- P.O.M.S. Darcy Ripa = 29

- P.O.M.S. Valdir Alvares Menendes = 13

- P.A.S. João Malaman (usuários) = 05

(população)= 16

- CS Estado (usuários) = 04

(população)= 20

O Centro de Saúde do Estado e o Ambulatório Central, localizam-se à região central do município; sendo por esse motivo circundado por uma população diferenciada, ou seja, residências e estabelecimentos comerciais; cujos moradores e/ou funcionários, usando como parâmetro o fator estético e de construção das residências bem como a desenvoltura no falar; podem ser caracterizados como de poder aquisitivo maior e de naturalmente, acesso mais fácil às informações locais em comparação à circunvizinhança das Unidades Básicas periféricas. Estes por sua vez situam-se, em bairros residenciais, os quais, se pudessemos graduar em termos de carência (ausência total ou parcial de asfalto, distância do centro e aparente baixo nível salarial) obedeceria a seguinte ordem crescente: P.O.M.S. Cristo Redentor, Darcy Ripa, Valdir Alvares Menendes e P.A.S. João Malaman.

Aliada à questão metodológica onde repetimos, buscou-se uniformizar os procedimentos, os entrevistados

priorizados foram mulheres, em sua maioria donas de casa e/ou aposentadas, moradoras há mais de um ano no município; sem haver, no entanto, a necessidade de serem usuárias do sistema; uma vez que a questão do acesso e integração dos serviços à comunidade local também foram fatores à serem contemplados em nossa análise.

Dos entrevistados, observou-se que, ao princípio do relato, a manifestação foi na maioria das vezes, de aceitação da estrutura da saúde local, porém, ao discorrer efetivamente sobre sua forma de utilização, iniciavam-se as colocações que, de fato, nos interessavam, ou seja, a percepção pessoal do indivíduo em relação à estrutura em questão.

a) P.O.M.S. Valdir Alvares Menendes, sua estrutura se restringe à presença de uma técnica de enfermagem que tem como função emitir guias para consulta que o usuário realizará no Ambulatório Central e eventualmente, medir a pressão arterial de algum solicitante.

Localiza-se no bairro Alto do Serra D'Água, sua área de abrangência é composta por bairros, predominantemente, residenciais. Distante do centro cerca de 1,5 Km.

A população local reside em casas próprias, em sua maioria, trabalhadores de indústrias ou funcionários municipais.

Os depoentes revelaram fazer uso de convênio ou médico particular, sendo que, eventualmente, são utilizados recursos médicos de cidades vizinhas. Não tendo havido manifestações referentes a ocorrência de patologias passíveis de tratamento mais especializado.

O posto, antes das mudanças ocasionadas pelo processo de Municipalização era mais utilizado pela comunidade face a presença de médicos no local; atualmente, os poucos usuários do serviço, manifestaram preferência às condições de atendimento anteriores, uma vez que: alguns revelaram ter pago pela assistência; tem havido dificuldades na aquisição de medicamentos, questiona-se a presença da estrutura física do posto contrastando com a ausência de profissionais para atendimento e ainda, o conseqüente deslocamento do usuário ao Ambulatório Central.

b) P.A.S. João Malaman, localiza-se na Vila Santa Maria, abrange bairros mistos cuja característica dos assentamentos encontra-se dividida entre residência e estabelecimentos comerciais e industriais (cerâmicas e de móveis) distando do centro aproximadamente 1,1 Km.

A maior parte dos entrevistados informa utilizar-se dos serviços do posto, principalmente, do atendimento odontológico, outros usufruem do Programa de Suplementação Alimentar (distribuição de leite). A característica desse usuário, tomando-se como base os relatos, é infantil.

Relatou-se que em alguns casos foi solicitado pagamento para utilização de recursos de especialistas.

Somente em casos de urgência essa população recorre ao pronto socorro e eventualmente, por conta própria, se desloca a outros municípios para utilização dos serviços médicos, os quais apontam ter maior confiabilidade.

Não obstante para aquisição de medicamentos, recorrem ao posto, não sendo obtidos com facilidade.

Verifica-se que grande parte dos depoentes possui convênio, porém como já relatado, não fazem uso tão somente do mesmo.

c) F.D.M.S. Darcy Ripa, sito na Vila Sibila, dista do centro cerca de 1,8 Km, presta atendimento à bairros circunvizinhos de característica predominantemente residencial.

Grande parte dos entrevistados é frequente usuária do serviço de saúde local, tanto no que se refere ao posto (para atendimento infantil, distribuição de leite, solicitação de guias) quanto ao ambulatório central.

Os usuários, não sabem discorrer sobre as mudanças implantadas face a municipalização. No entanto, informam, à sua maneira, uma burocratização dos procedimentos.

Quando da necessidade de especialistas ressentem quanto a distância a ser percorrida, muitas vezes a pé, entre seu bairro e o Ambulatório Central; incorrendo numa desistência de atenção à saúde.

Relatou-se problemas de ordem pessoal entre funcionários (médicos e atendentes) e usuários, os quais interferem nos depoimentos de avaliação de eficiência e prestação de serviços do posto em questão. Uma vez que reduz-se a esses termos a dificuldade em agendar consultas e conseguir medicamentos.

Essa população não citou, significativamente, ter acesso a convênio, daí o afluxo ao serviço local. Curiosamente, nas imediações dessa unidade, dentre os entrevistados, aparentemente de classe baixa ou operária, foi onde narrou-se de maneira mais enfática o descontentamento no que se refere a necessidade de pagamento para usufruto à consultas e eventuais exames.

d) P.O.M.S. Cristo Redentor, situa-se no Parque Residencial do Redentor, conhecido como "Cristo", distando do centro a estimados 2,0 Km. Trata-se de bairro periférico que muito embora dotado de rede pública de água e esgoto não conta com asfaltamento nas ruas; existem vários terrenos baldios nos quais parte da população despeja lixo.

Convivem nesse cenário grande quantidade de crianças em idade não escolar e diversos animais (cães, gatos, vacas, cavalos, galinhas e coelhos).

Conforme relato local, o bairro apresenta significativo índice de violência (estupro, alcoolismo e agressões físicas).

Assentam-se nessa área, o operariado de baixo poder aquisitivo e os migrantes advindos da zona rural, outras cidades e/ou estados.

Profissionalmente, os indivíduos em sua maioria empregam-se em pequenas indústrias cerâmicas e na prestação de serviços não especializados no centro da cidade.

A administração anterior dentro de uma política habitacional, doou lotes a uma parcela da comunidade para que em regime de mutirão se construíssem casas populares.

A maior parte dos depoentes informou ser usuário do P.O.M.S. local, tanto na distribuição de leite quanto na atenção médica às crianças. Relatou-se que a presença de doenças infantis é uma constante (bronquite, verminose, diarreia, entre outras).

Frente a uso constante, a população encontra-se ciente da forma de utilização dos serviços, tendo sido perceptíveis as alterações estruturais havidas após a municipalização.

Não obstante, avaliam a situação anterior como mais satisfatória relatando: o médico local era reconhecido pela comunidade como de confiabilidade e atenção nas consultas e havia profissionais durante todo o período.

Atualmente, apontam como fatores negativos, a dificuldade em agendar consultas, entendem como discriminatória a distribuição de medicamentos; caso haja a necessidade de especialistas a distância entre a região e o ambulatório central passa a ser fator de restrição uma vez que o percurso é, na maioria das vezes, percorrido a pé por adultos com ou sem crianças e/ou idosos, haja visto que o transporte local é exíguo e a respectiva tarifa é entendida, diante da realidade, como um impeditivo.

Alguns indivíduos acostumaram-se a frequentemente utilizarem-se do pronto socorro, esses não levam em consideração o fator distância arrolado acima, entendem que embora possa haver demora, serão atendidos sem que haja necessidade de agendamento anterior.

Os próprios depoentes entendem que a realidade da região exige uma creche com serviço pediátrico e um clínico geral no posto.

Nessa região, a maioria dos entrevistados informou manter conta na farmácia.

e) C.S. do Estado e Ambulatório Central, localizam-se em áreas central do município. A circunvizinhança de ambos os locais têm características similares (residências e estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços).

Trata-se de população de classe média assalariada, com fácil acesso às informações locais.

Daqueles que se classificam como usuários do Ambulatório Central, ouviu-se relatos referentes a melhoria da instalação física local, no entanto, deparam-se constantemente, com inúmeras pessoas em filas para conseguir remédios agendamento de consultas médicas e para o serviço social.

Considerável parcela dos entrevistados revelou fazer uso de convênio e/ou médicos particulares, inclusive em municípios vizinhos. Por conta disso, não têm claro os aspectos de funcionamento e acesso ao Sistema de Saúde.

Ao C.S. do Estado, afluem, principalmente, para vacinação infantil.

Atendo-se aos depoimentos dos usuários observa-se que esses são oriundos não da circunvizinhança e sim de bairros mais distantes, sendo que esses indivíduos não apresentam significativos problemas de saúde os quais justificassem esse deslocamento.

À vista dos relatos, o afluxo ao pronto socorro se dá especialmente, quando o problema atinge crianças sendo que a maioria dos adultos se furta à atenção de sua saúde, principalmente quando se trata do "chefe da família", justificando esse proceder com o excesso de burocracia, dificuldade para se ausentar do emprego e distância do ambulatório central.

Embora a maioria tenha se adaptado às novas condições de acesso aos serviços, não percebem que as

alterações havidas passam, inclusive, por avaliação sócio-econômica.

Entendem, no entanto, que as condições anteriores eram mais satisfatórias a nível comunitário pela presença de um clínico constante no posto e o não deslocamento ao centro; só em caso de efetiva necessidade. Dados esses, exaustivamente citados em diferentes regiões.

Foi sentida necessidade de integração entre os serviços e a população, podendo ser feito esse caminho pelo processo de Educação em Saúde, onde se condicionaria as características do posto a realidade emergente à região, onde o mesmo se encontra instalado (vide observações feitas pela população no P.O.M.S. Cristo Redentor) tendo como decorrência projetos específicos e mesmo acompanhamento às condições de saúde das famílias locais.

Dentro desse enfoque de necessidade de Educação em Saúde, lembra-se que o uso do serviços seria feito de maneira mais racional e organizada, em conjunto com a comunidade usuária; podendo ser utilizado para tal estratégia educativa e de participação popular a equipe que compõe a Seção de Serviço Social Médico de apoio à saúde; ampliando assim, suas ações e integrando esses profissionais com a real problemática local.

A nosso ver essa seção vem desprendendo, até então, energia tão somente para equacionar problemas burocráticos não revertendo tal proceder a benefícios imediatos e objetivos da população.

O processo de ação educativa que propomos, reside numa interação entre uma equipe multidisciplinar e a comunidade, levando-se em consideração as peculiaridades de seu universo cultural afim de que, de fato, se caminhe no sentido de uma democratização do conhecimento e acesso a saúde.

Dentro dessa ótica, a comunidade desenvolveria uma consciência crítica de seus problemas, atuando a equipe, como facilitadora na reflexão sobre aspectos da realidade local (identificação de problemas gerais) que abrangem não só a especificidade das manifestações patológicas, mas como as causas que dão origem às mesmas e as que permeiam as condições de vida locais (exemplo: condições de moradia, educação, produção, higiene, lazer, etc) o que culminaria com estabelecimento de prioridades a serem trabalhadas (problemas específicos) em termos de estratégias de planejamento, em conjunto com os demais setores e profissionais envolvidos.

Tais procedimentos seriam desenvolvidos, repetidos, por uma equipe multidisciplinar, podendo ser amparado basicamente ou a priori pela Seção de Serviço Social. Há necessidade de se compartimentalizar essa ação inicial por área de abrangência dos postos, haja visto o aspecto operacional de implantação da proposta, ou seja, cada região diagnosticaria seu problema prioritário e nesse sentido se estabeleceria um plano de ação específico.

Feito esse caminho, poder-se-ia dar cabo às ações burocráticas e administrativas desse processo. Objetivando-se a possibilidade de acesso do usuário com efetiva interação entre a unidade de saúde e a população atendida. É igualmente importante manter os indivíduos (usuários ou não) informados do que o sistema de saúde local oferece, bem como suas alterações; abrindo permanente espaço para discussão e avaliação dessa prestação de serviços pelos membros dessa comunidade e profissionais envolvidos. Disso resultaria um relacionamento horizontal, com o redimensionamento de postura profissional extensivo às relações com a população, donde se espera, terá como consequência dessa ação interativa, um gradativo crédito dos serviços pela população acrescido ao compromisso de melhoria da qualidade de vida que deve ser objetivo não específico das ações do setor de saúde mas da administração do município como um todo.

3.3.2 - Levantamento de Demanda

Entre as atividades desenvolvidas na Santa Casa Dona Balbina, realizamos uma pesquisa com a finalidade de caracterizar a demanda do Pronto Socorro deste nosocômio, único do município, quanto a sexo, idade, dia e hora de atendimento, procedência e diagnóstico, em dois períodos distintos, outubro de 1990 e outubro de 1991, tentando também identificar mudanças por ventura ocorridas após o processo de municipalização.

Dentre um universo de aproximadamente 9.275 fichas de atendimento ambulatorial, selecionamos uma amostra de 20%, 1.032 em outubro de 1990 e 823 em outubro de 1991, a quinta em cada sequência de cinco, tendo a primeira de cada período sido obtido por sorteio entre os números 1 a 5.

Verificamos inicialmente uma redução de cerca de 20% no volume de atendimento em outubro de 1991 com relação ao mesmo período do ano anterior, motivada provavelmente pela criação do Ambulatório Central.

Com relação a variável sexo, encontramos predominância pouco acentuada na demanda do sexo masculino

em ambos os períodos, tendo a diferença se acentuada em outubro de 1991 (tabela nº 22).

No grupo etário (de 15 a 50 anos) a demanda foi bem elevada, estando neste grupo incluído a população economicamente ativa. Estranhamente o percentual do grupo menor que um ano foi baixo, com redução acentuada em outubro de 1991, provavelmente pela ausência de pediatras no corpo clínico do Pronto Socorro (tabela nº 23).

TABELA 26 - NÚMERO E PERCENTUAL DE USUÁRIOS, SEGUNDO ~~DIAS DA SEMANA~~ ^{PROCEDENCIA}, ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DONA BALBINA EM PORTO FERREIRA-SF (out./90 e out./91)

BAIRROS E OUTRAS	1990		1991	
	Nº	%	Nº	%
VILA SANTA MARIA	140	14,0	96	11,8
VILA NOVA	132	13,1	100	12,3
CENTRO	102	10,1	103	12,7
JARDIM PRIMAVERA	97	9,6	77	9,5
CRISTO REDENTOR	86	8,6	61	7,5
ZONA RURAL	67	6,7	64	7,9
VILA SIBILA	54	5,4	47	5,8
SALGUEIRO	52	5,2	39	4,8
SERRA D'ÁGUA	47	4,7	40	4,9
VILA DANIEL	44	4,4	25	3,0
J. BELA VISTA	23	2,3	23	2,8
J. ANESIA	16	1,6	18	2,2
PORTO NOVO	14	1,4	6	0,7
BOTAFOGO	14	1,4	13	1,6
LAGOA SERENA	13	1,3	8	1,0
OUTROS MUNIC.	16	1,6	-	-
DEMAIS PROVID.	86	8,6	90	11,0
IGN	29	-	13	-
TOTAL	1032	100,0		100,0

Fonte: SAME do Pronto Socorro

TABELA 22 - NÚMERO E PERCENTUAL DE USUÁRIOS, SEGUNDO SEXO, ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DONA BALBINA EM PORTO FERREIRA-SF (out./90 e out./91)

SEXO	1990		1991	
	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	552	53,6	458	55,7
FEMININO	477	46,4	365	44,3
ILEGIVEL	3	-	-	-
TOTAL	1032	100,0	823	100,0

Fonte: SAHE do Pronto Socorro

TABELA 23 - NÚMERO E PERCENTUAL DE USUÁRIOS, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DONA BALBINA EM PORTO FERREIRA-SF (out./90 e out./91)

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO	1990		1991	
	Nº	%	Nº	%
< 1 ANO	31	3,0	15	1,8
1 - 5 ANOS	90	8,7	49	6,0
5 - 15 ANOS	140	13,6	123	15,0
15 - 50 ANOS	584	56,6	481	58,6
50 E + ANOS	186	18,1	153	18,6
IGNORADO Nº ANOS	1	-	2	-
TOTAL	1032	100,0	823	100,0

Fonte: SAHE do Pronto Socorro

TABELA 24 - NÚMERO E PERCENTUAL DE USUÁRIOS, SEGUNDO DIAS DA SEMANA, ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DONA BALBINA EM PORTO FERREIRA-SF (out./90 e out./91)

DIAS DA SEMANA	1990		1991	
	Nº	%	Nº	%
SEGUNDA	145	14,1	140	17,0
TERÇA	253	24,5	139	17,0
QUARTA	190	18,4	136	16,5
QUINTA	96	9,3	146	17,7
SEXTA	149	14,4	100	12,1
SABADO	102	9,9	88	10,7
DOMINGO	97	9,4	74	9,0
TOTAL	1032	100,0	823	100,0

Fonte: SAME do Pronto Socorro

TABELA 25 - NÚMERO E PERCENTUAL DE USUÁRIOS, SEGUNDO HORÁRIO, ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DONA BALBINA EM PORTO FERREIRA-SF (out./90 e out./91)

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO	1990		1991	
	Nº	%	Nº	%
7 - 17hs	755	74,2	570	69,7
17 - 0hs	209	20,5	177	21,6
0 - 7hs	54	5,3	71	8,7
ILEGIVEL	14	-	5	-
TOTAL	1032	100,0	823	100,0

Fonte: SAME do Pronto Socorro

A demanda predomina durante os dias úteis e no horário diurno em ambos os períodos. (tabela nº 24 e 25)

Aproximadamente 46% da demanda procede de bairros localizados em uma mesma área, próximos ao serviço em ambos os períodos - Vila Santa Maria - Vila Nova - Centro - Jardim Primavera, permanecendo o restante diluído em grande diversidade de localizações, muitas das quais com dificuldade de acesso, motivada possivelmente pela escassez de transporte. (tabela nº 26)

Com relação a diagnósticos e procedimentos, 33% em outubro de 1990 e 35% em outubro de 1991 referiram-se a ferimentos, contusões, fraturas e traumatismos, podendo estar relacionados a atividades laborativas, considerando-se também a demanda elevada da faixa etária 15-50 anos e do sexo masculino.

Aproximadamente 60% dos procedimentos, em ambos os períodos, onde se incluem curativos, verificações de pressão arterial, consultas de retorno, acompanhamento de pós-operatório, diagnóstico de gravidez e atendimentos a casos clínicos de pequena complexidade, como rubéola, sarampo, parotidite, otite, amigdalite, gripe, etc, poderiam ser realizados por outros serviços da rede básica, como Centro e Postos de Saúde. Reforça esta referência o elevado percentual de demanda no período diurno nos dias úteis.

VI - DISCUSSÃO

A rede Municipal de Saúde de Porto Ferreira, estando composta por quatro Unidades de Saúde (Postos), distribuídas pela periferia da cidade e os demais equipamentos - o Hospital Geral, o Ambulatório Central, o Centro de Saúde do Estado, e o Centro Odontológico - no centro urbano, possuindo desta forma, particularidades que serão objeto de análise, dentro de alguns aspectos que compõem os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Na periferia, as Unidades de Saúde foram distribuídas, segundo consta, por critérios de distância, condições sócio-econômicas e número de habitantes. O município foi dividido em módulos de 6.000 habitantes, ou com a possibilidade de expansão até este número, assim tal módulo possuiria uma unidade de referência. Atualmente, na periferia, o município possui um Posto de Assistência Médica com equipe completa, composta por 02 pediatras, 01 clínico geral, 02 atendentes de enfermagem, 02 dentistas, 01 auxiliar de odontologia e 01 servente; há também 02 outros postos com equipes incompletas, visto que não preenchem o número mínimo de cobertura de (6.000 habitantes) e finalmente um posto de orientação Médico Social, que não oferece atendimento médico, servindo apenas para marcar consultas através de uma técnica de enfermagem.

Observa-se, desta maneira, uma desconexão entre essas Unidades de Saúde, que trabalham isoladamente, não parecendo estarem conectadas a uma rede! Inexistem ações preventivas, estando o atendimento voltado às ações assistencialistas individuais curativas, dirigidas somente à demanda espontânea. Serviços como visitas domiciliares, acompanhamento do desenvolvimento infantil, entre outros poderiam ser trabalhados, visto inclusive a observação de pessoal sub-utilizado na rede. Acreditamos que tais distorções ocorrem devido a ausência de planificação das ações, bem como mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação; de qualquer forma, é perfeitamente possível a reversão deste quadro, bastando para tal, iniciativa política através de uma avaliação seguida de condução técnico-administrativa.

Assim, numa avaliação com relação aos principais conceitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde, podemos inferir algumas observações:

Com relação a acessibilidade, observou-se que a rede não está estruturada a facilitar a entrada do usuário, pois apesar da criação de um ambulatório central, com a ampliação do quadro de recursos humanos e a contratação de consultas especializadas da rede privada, a Divisão Municipal de Saúde, estabeleceu barreiras de caráter

geográfico, ao transferir médicos clínicos dos postos para ambulatório; de caráter burocrático ao exigir que o usuário necessite marcar consulta através do posto de sua área para ser atendido no Ambulatório Central; e finalmente de caráter sócio-econômico, ao submeter a uma triagem aqueles que por ventura, necessitem de serviço especializados. Isto se reflete no atendimentos do Pronto Socorro, quando verificamos 60% da morbidade refere-se à patologias que poderiam ser atendidas pela rede básica, já que os procedimentos são de baixa complexidade e demandam no horário diurno.

O acesso às internações das especialidades básicas está garantindo, visto que o percentual de ocupação dos leitos do hospital local, aparenta ser bastante baixo.

O referenciamento para o nível terciário é realizado sem a garantia de atendimento.

Constatou-se que o princípio de territorialidade está distorcido, uma vez que a população não tem garantido o atendimento básico, na sua área de abrangência.

É discutível a utilização de módulos de 6.000 habitantes como parâmetro para a área de abrangência, uma vez que não leva em consideração características culturais, barreiras geográficas e a intervenção antrópica, bem como as necessidades não sentidas da população, que necessitam de intervenção a nível coletivo e de natureza preventiva.

O sistema municipal de saúde não está se organizando para o atendimento integral no contexto individual, familiar e coletivo; pois a criação do ambulatório central contribuiu, ainda mais, para a dicotomia preventivo-curativo, deixando apenas o Centro de Saúde responsável por algumas ações de natureza preventiva inseridas em alguns programas não articulados entre si. Atividades como consultas médicas, vacinação, pré-natal e pronto-atendimento, entre outras são desenvolvidas em diferentes instituições de saúde, impossibilitando a elaboração de um prontuário único.

A rede de saúde não está solidamente estruturada à nível regional, pois como citamos, inexiste garantia para o referenciamento a nível terciário. Existe demanda reprimida a nível primário o qual praticamente não desenvolve ações coletivas e integradas de saúde.

Existe uma complementariedade do setor privado, com relação aos serviços não disponíveis na rede pública - serviços médicos especializados - através da firmação de contratos que determinam o pagamento por consulta no valor do dobro da tabela da A.M.B.. A divisão compra também um

número fixo de consultas ortopédicas à Santa Casa e complementa a diferença entre o custo real dos exames radiográficos utilizados e a tabela do SUS.

No processo de reorganização, a centralização das ações e recursos de saúde, foi justificada pelo Diretor da Divisão como condição necessária ao gerenciamento e controle adequados. O mesmo ocorreu na área odontológica.

O poder de decisão está reconhecidamente centralizado na pessoa do Diretor de Divisão, não tendo havido participação popular na elaboração e avaliação do plano, e o Conselho Municipal de Saúde tendo sido indicado por parte do Poder Municipal. Os postos de saúde não tem autonomia, ficando diretamente subordinados ao poder central da Divisão de Saúde.

Tomou-se conhecimento de uma avaliação de percepção da população a qual mostrou desconhecer seus direitos básicos, bem como o funcionamento da rede.

O convênio junto ao INAMPS está cumprindo integralmente, estando a prefeitura repassando mensalmente 10% do total efetivamente arrecadado para a Divisão Municipal de Saúde, a qual encontra-se no momento, com saldo de recursos monetários disponíveis para investimento.

Apesar se ter conhecimento de que as 1.500 viagens mensais para transporte de enfermos para outros municípios terem sido reduzidas para 400 viagens mensais, após a implementação da reforma, não foi possível avaliar o grau de resolubilidade, já que para isso ter-se-ia que realizar pesquisas acerca de satisfação dos usuários, concentração de atendimentos, mudança dos indicadores de saúde entre outros. De qualquer forma, percebeu-se grande carência de recursos humanos especializados no município e conseqüentemente da rede, comprometendo e muito, a qualidade das ações e resolubilidade.

O princípio de universalidade explicitado na Constituição Federal, não está sendo cumprido integralmente, uma vez que para se ter acesso a medicamentos, consultas especializadas, procedimentos odontológicos e exames complementares de maior complexidade é necessário passar por uma triagem sócio-econômica que pode vir a fazer uso da cobrança de uma taxa definida como "Contribuição dos Usuários, supostamente, não carentes".

Concluindo, o processo de municipalização encontra-se em um estágio que se classifica segundo o Dr. Eugênio Vilaça como "Inampização", pois o ocorrido até o momento se restringiu a descentralização da gestão para nível municipal.

Em nenhum momento foram encaminhadas propostas para um novo modelo assistencial, centrado no coletivo baseado em diagnósticos epidemiológicos com níveis de riscos e priorização de áreas homogêneas sujeitas a níveis mais elevados, conforme propõe a Reforma Sanitária

VII - SUGESTÃO

A Divisão de Saúde através da Seção de Serviço Social-Médico realizou um trabalho de pesquisa junto a população denominado "Saúde tem pressa", o qual objetivou levantar aspectos das necessidades e peculiaridades locais.

Acreditamos que à partir da obtenção dos resultados desse trabalho, a Divisão, terá condições de vislumbrar fatores de real significância para cada bairro, reconhecendo, por conseguinte, a especificidade de cada local e possibilitando a visualização de uma população específica que vive em tempo e espaço determinados.

É nessa questão que apontamos, um aspecto fundamental, que é o da Divisão aproveitar o resultado do trabalho, como referencial para a elaboração de uma Política de Saúde voltada para a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada; buscando a consolidação de um sistema de saúde eficiente, eficaz e equitativo.

Consideramos que os resultados do citado trabalho poderão proporcionar a priori uma "leitura da realidade", a partir da qual, se viabilizaria não só o levantamento de necessidades, mas também num segundo momento, contribuiria para redirecionar aspectos de identificação de espaço geográfico, perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social.

Utilizamos o conceito de Carmen Viera de Souza Unglert onde: "...espaço local-território, é o cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram programas."

O entendimento desse conceito, implica no compromisso da Divisão trabalhar com planejamento local e participação popular, porque somente com a apropriação dos atores sociais, da condução do processo, estará garantida a sua manutenção; não o deixando vulnerável, inclusive, a mudanças de governo local.

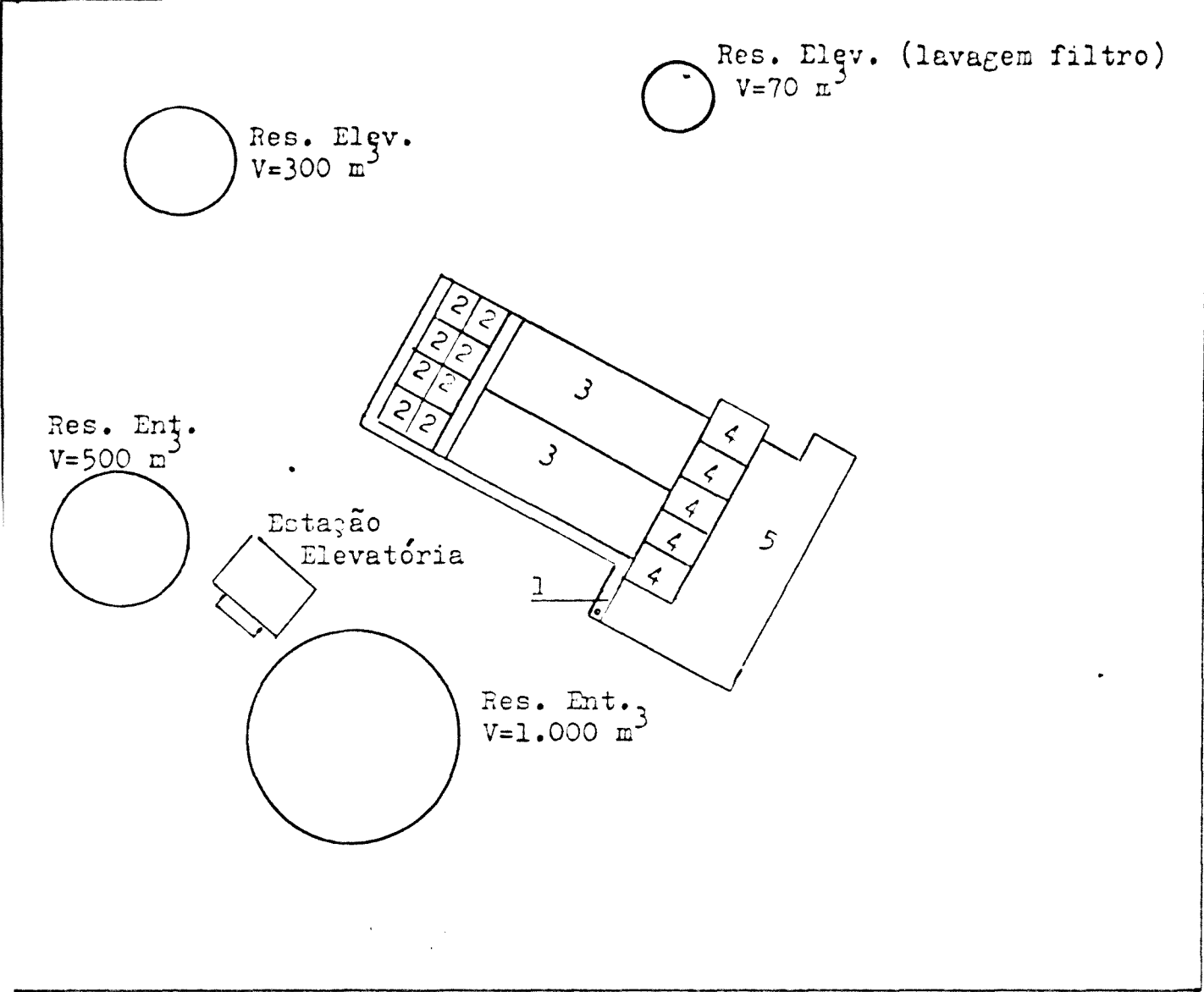
A questão que nos parece relevante, seria o de tentar conhecer o quanto a saúde é defendida por movimentos sociais e, como esses influenciam no planejamento e condução do processo, enfim verificar se existe democratização dos serviços saúde do município.

VIII - ANEXOS

SÉTIMA ZONA HIDROGRÁFICA



Rua João Salgueiro

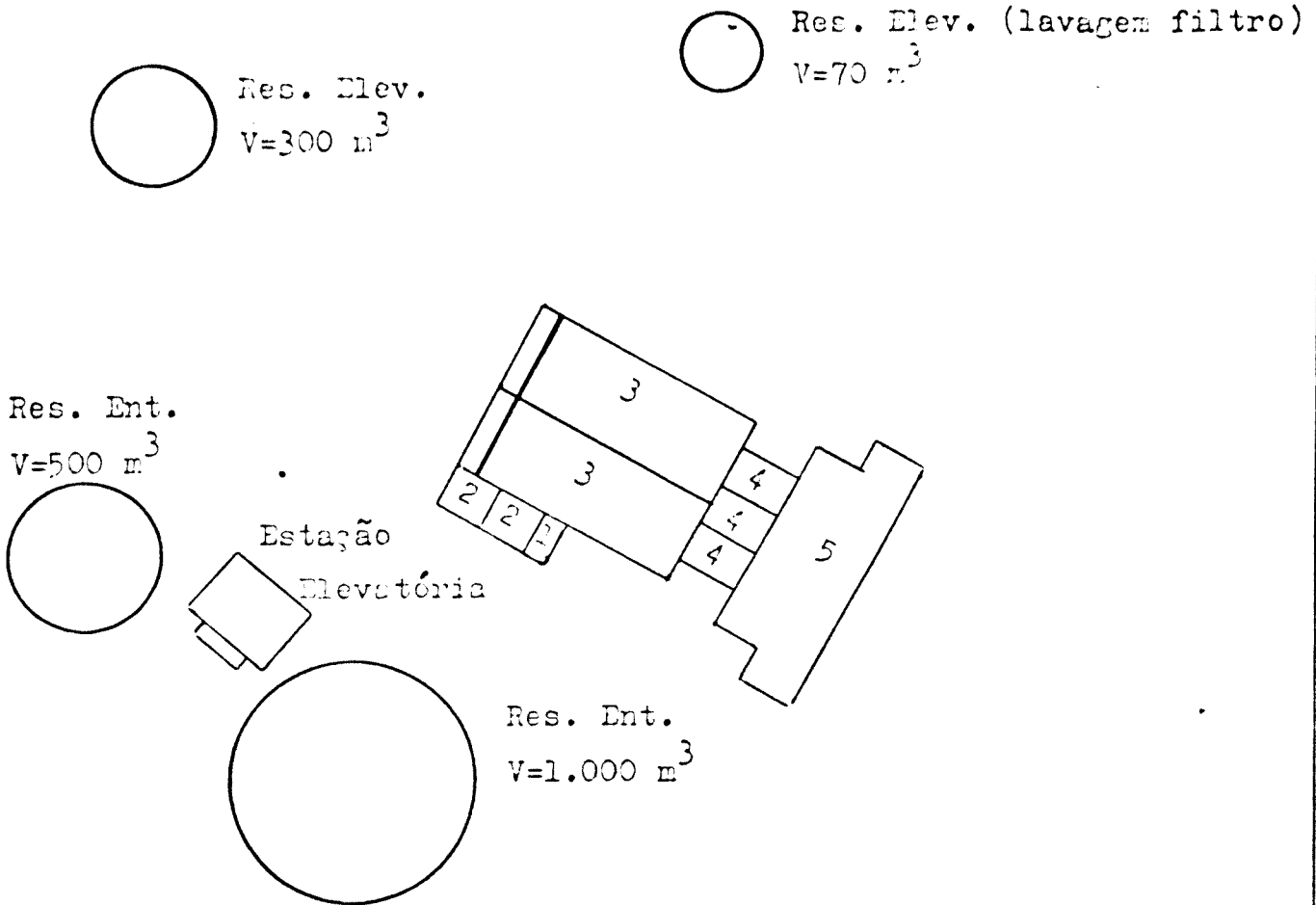


Rua Nelson Pereira Lopes

Rua Dona Balbina

- 1 - Chegada Água Bruta - Calha Parshall
- 2 - Floculadores
- 3 - Decantadores
- 4 - Filtros
- 5 - Casa de Química

Rua João Salgueiro



Rua Dona Balbina

Rua Nelson Pereira Lopes

1. Chegada Água Bruta (mistura rápida)
2. Floculadores
3. Decantadores
4. Filtros
5. Casa de Química

Tabela 1 — CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO PARA INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO, EXPOSTOS PROFISIONALMENTE AO Pb

Indicador biológico	Classes de exposição			
	I	II	III	IV
PbS (µg/dl)	< 40	40 - 60	60 - 70	> 70
ALA-U (mg/l)	< 6	6 - 10	10 - 18	> 18
ZPP (µg/dl)	< 40	40 - 110	110 - 170	> 170
Medidas individuais	controle anual	controle trimestral	afastamento do risco	tratamento
Medidas ambientais	nenhuma	controle do ambiente de trabalho	necessárias modificações tecnológicas e ambientais	

(Orientação preconizada pela Clínica Del Lavoro de Milão.)



PREFEITURA MUNICIPAL
DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE-DMS

CARTÃO-ÍNDICE

Nome: _____
 Matrícula nº _____ Data de Matr _____
 Data de Nasc. _____ Sexo _____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: _____
 Seg () Dep ()
 Depend de: _____
 C P Nº _____ Série _____
 C S : _____

Endereço _____

1 _____

2 _____

3 _____

Transferido para _____

_____ Data _____

Observações : _____

*Prefeitura Municipal de Porto Ferreira*

Divisão Municipal de Saúde

RUA DONA BALBINA N.º 923 — CEP 13660 - PORTO FERREIRA — SÃO PAULOIDENTIFICAÇÃO.....
Documentos:

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Sexo:

Cor:

Naturalidade:

Estado:

Filiação:

Estado Civil:

Conjuge:

Profissão:

Previdenciário:

Instrução

Residência:

Bairro:

Município:

Procedência:

Estado:

Responsável:

Gráu Parentesco:

Endereço:

Bairro:

Município:

Telefone:



SUDS-SP
FICHA DE
ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

CARIMBAR OU COLAR ETIQUETA

NÚMERO DE ORDEM

--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO UNIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DO ATENDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--

HORÁRIO: _____ h.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MATRÍCULA	EST.	R.G.	DC	SEQ.	DATA NASC.	SEXO
						12. () MASC. 25. () FEM.

NOME

END. CEP.

BAIRRO MUNICÍPIO Cód. Munic.

- TIPO DE ATENDIMENTO**
- 13 () URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
 - 26 () PRONTO ATENDIMENTO U.B.S.
 - 39 () PRIMEIRA CONSULTA
 - 52 () CONSULTA DE RETORNO
 - 65 () URGÊNCIA/EMERGÊNCIA REFERENCIADA
 - 78 () CONSULTA REFERENCIADA
 - 91 () 1º ATENDIMENTO NO ANO NA UNIDADE

- ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE**
- 11 () RETORNO NA MESMA UNIDADE
 - 24 () ALTA
 - 37 () ÓBITO
 - 50 () ENCAMINHAMENTO PARA PROGRAMA
 - 63 () INTERNAÇÃO
 - 76 () AUSENTOU-SE SEM CONDOTA

- ENCAMINHAMENTO A OUTRA UNIDADE**
- 10 () AMBULATORIAL BÁSICA
 - 23 () URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
 - 36 () EXAMES PARA DIAGNOSE
 - 49 () AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
 - 62 () INTERNAÇÃO
 - 75 () PROCEDIMENTO E TERAPIA DE ALTO CUSTO

PROCEDIMENTO	ESPEC.	TIPO	GR	PR	CID

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL CR

SUDS-SP
SÃO CARLOS

Sistema de Informação Ambulatorial
Ficha de Requisição de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)



Número de Ordem

CÓDIGO UNIDADE

Nome da Unid. Requirante

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Matrícula

Est.

R.G.

DC Seq.

Data

SEXO

12 () Masc. 25 () Fem.

Nome

Município

Cód. Munic.

SUSPEITA CLÍNICA

Data primeiros sintomas ____ / ____ / ____

Uso de até: _____

Outros Medicamentos: _____

Caso Comunicante De doença not. compulsória

SADT SOLICITADO

Código

Diagnóstico

Controle

Nº Seções

Material enviado

Data de Requisição

/ /

1. Amostra

2. Amostra

Nome da Unidade que Realizará o SADT

Encaminhado para

Cód. Unidade

Endereço

Telefone

Assinatura do Profissional Responsável

CR

Evolução Psico Social

DATA _____

DATA	HORA	

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA

DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE — Rua Dona Balbina N.º 923 — CEP 13.660 — PORTO FERREIRA — SP

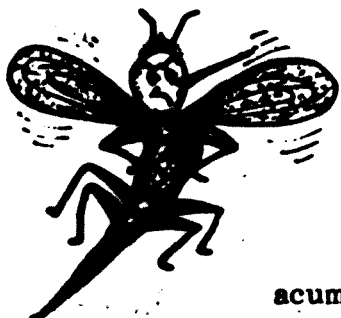
Encaminhamos o Sr.(a).....
para

Porto Ferreira,.....de.....de 19.....

Assistente Social

"A SAUDE TEM PRESSA"

Cuidado com a Dengue



LIXO: Não acumule lixo em casa, escolas, ruas, terrenos e quintais, pois servem para criar mosquitos e ratos.

Latas vazias, garrafas, plásticos, pneus velhos e outros objetos, podem acumular água, servindo de criadouros. Utilize a coleta municipal.

VASOS DE PLANTAS: Troque a água dos vasos a cada três dias e lave-os bem para descolar os ovos do mosquito da DENGUE.

Coloque areia grossa nos pratos dos vasos de xaxim.

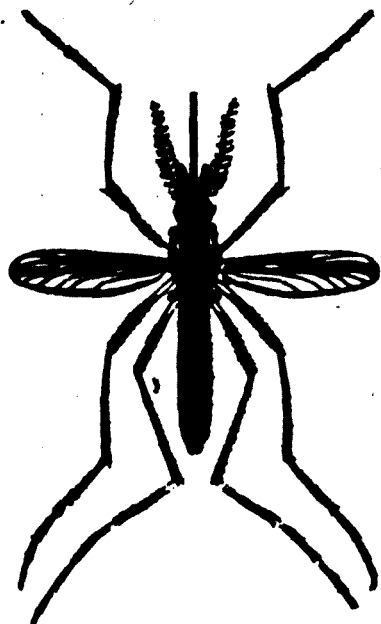


LEMBRE-SE: Os ovos dos mosquitos da DENGUE crescem em água limpa e parada e se transformam em adultos em 39 dias.

O mosquito pode voar a 200 metros de seu criadouro, portanto se o terreno do vizinho está "sujo" insista para que o limpe.

Denuncie no Centro de Saúde os locais de criadouros do mosquito da DENGUE.

SEJA UM FISCAL DA DENGUE!



129

Nome do Aluno _____

Srs. Pais ou Responsável

Estamos informando à V. Sa., que seu filho(a) deve comparecer ao Centro Odontológico, à rua Francisco Prado, n.º 982 (próximo ao Pronto Socorro) no dia _____ ou _____ de 1.99 ____ das _____ as _____ horas, para tratamento dentário.

Porto Ferreira, _____ de _____ de 19 ____

 Inspetor Odontológico

CENTRO DE ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA AO ESCOLAR
DR. EDUARDO R. R. DA SILVA

NOME _____

EEPG _____

IDADE _____ SÉRIE _____

DIA	HCRA

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO - D.A.E. - D.E.N.P.A.O.
INSPETORIA ODONTOLÓGICA DE PIRASSUNUNGA
C. A. D. E. - "DR. EDUARDO RAMOS RIBEIRO DA SILVA"

Porto Ferreira, _____ de _____ de 198 _____

SENHORES PAIS:

Seu(ua) filho(a) _____
_____ terminou o tratamento de seus dentes.
Todo nosso serviço de nada valerá se não houver, de agora em diante, uma
boa higiene bucal.

Para isto, os senhores deverão fazer com que o(a) mesmo(a)
escove os dentes corretamente quatro vezes por dia (Após levantar-se, após as
refeições e antes de dormir).

Ajude seu(ua) filho(a) a possuir bons dentes e portanto boa
saúde, fazendo com que o(a) mesmo(a) obedeça os conselhos do Dentista.

Atenciosamente,

Dr. Arcyr G. Barcellos - Inspetor Odontológico

IX - BIBLIOGRAFIA

- 1) BRASIL. Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988. Seção II. Da Saúde.
- 2) CETESB. Qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo 1985. São Paulo, 1985.
- 3) CETESB. Relatório de qualidade das águas interiores do Estado de São Paulo, 1990 (série relatos, junho/91)
- 4) COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS. Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1983 (OMS Série de Informes Técnicos, 690)
- 5) COSTA, D. F. do et al. Programa de Saúde dos Trabalhadores. São Paulo, Editora Hucitec, 1989
- 6) FERREIRA, F. W. Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em mudanças. 11ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.
- 7) FUNDAÇÃO IBGE. Censo Industrial: dados gerais São Paulo, 1980. v.3, t.2, n.19. (9º Recenseamento geral do Brasil - 1980)
- 8) INSTITUTO DE SAÚDE. Serviço de Educação em Saúde Pública. Cartilha sobre Educação. São Paulo, 1988.

- 9) Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo. Divisão de Minas e Geologia Aplicada. Mapa geomorfológico do Estado de São Paulo - São Paulo, 1. 1981.
- 10) LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1987.
- 11) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação Participativa: metodologia. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.
- 12) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação Participativa: produção de materiais instrucionais. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
- 13) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação Participativa: capacitação de pessoal. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.
- 14) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação Participativa: avaliação de experiências.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

CARLOS ALBERTO LISBOA VIEIRA, CLÁUDIO GASTÃO JUNQUEIRA DE CASTRO, FUMIKA PERES pela colaboração e apoio indispensáveis ao desenvolvimento do trabalho.

ANA MARIA DIANEZI GAMBARDELLA - pela orientação e carinho dedicado ao grupo.

DR. GILSON M. DE CARVALHO - Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos pela transferência de seu vasto conhecimento, que, e muito, enriqueceu o trabalho.

A todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura de São José dos Campos pela atenção e colaboração

ELIZABETH SANTOS SOUZA E REGINA RODRIGUES - pelos serviços de datilografia, pela boa vontade e colaboração.

E, ainda, áqueles que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração do TCM.

GRUPO DE PESQUISA

ANA MARIA DIANEZI GAMBARELLA - Orientadora

EQUIPE:

ABISAI DE OLIVEIRA SOUSA.....Veterinário

DENISE MARIA MEDEIROS ROCHA.....Médica

ESTELA ETSUKO SUZUKI.....Pedagoga

GUSTAVO GONÇALVES GUERRA.....Odontólogo

HERMANN GURGEL DE MEDEIROS.....Médico

MARCIA LUISA VANNUCCI SALEM.....Advogada

MARIA JOSÉ G.R.DE CASTRO NUNES.....Educadora-Social

MARIA THERESA VARGAS FERRAZ DE CARMARGO.....Bióloga

ZILÁ GOUVEIA DA SILVA.....Enfermeira

RESUMO

Como parte de uma experiência de pesquisa de campo multiprofissional, objetivando analisar o processo de municipalização do setor saúde em São José dos Campos, foram realizadas entrevistas, com questionários abertos, envolvendo os diferentes atores do processo: Técnicos de nível central e operacional, usuários do sistema, como também, não usuários. Com vistas a entender a implantação e desenvolvimento do processo de MUNICIPALIZAÇÃO, como parte importante de uma Reforma Sanitária que ora ocorre no Brasil.

INDICE

1. INTRODUÇÃO
2. OBJECTIVOS
3. METODOLOGIA
- 4- CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO
- 5- EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE MUNICIPALIZAÇÃO
- 6- ORGANOGRAMA
- 7- ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
- 8- DADOS ESTATÍSTICOS
- 9- FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE
- 10- RESULTADOS
- 10.1- NÃO USUÁRIO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE
- 10.2- USUÁRIO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE
- 10.3- NÍVEL OPERACIONAL : GERENTES DE UNIDADES E AGENTES DE SAÚDE.
- 10.4- NÍVEL CENTRAL: SECRETÁRIO DA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E ASSISTENTES TÉCNICOS.
- 11- COMENTÁRIOS
- 12- SUGESTÕES
- 13- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- 14- ANEXOS

INTRODUÇÃO

A Saúde no Brasil como nos demais setores sociais, obedeciam a um federalismo centralizador, que como consequência não permitia a existência de um processo participativo e real para o atendimento das necessidades de saúde nos municípios.

Em 1975, com a criação da lei federal 6229 é dada ao município a competência de prestar atendimento de "Pronto Socorro". Tal atividade tornou-se extremamente difícil de ser implantada por ser onerosa e não contar com recursos suficientes para tanto.

Em 1983, um atendimento ao movimento dos profissionais de saúde e como mais um passo no sentido da municipalização, foram implantadas as AIS (Ações Integradas de Saúde). A discussão da criação de um novo modelo de assistência à saúde, acompanhava de perto a mobilização de toda sociedade civil, a qual reivindicava participação efetiva na redemocratização do país, trazendo para o campo da saúde a decisiva participação popular na Ba. Conferência Nacional de Saúde, ponto de partida na construção do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

A Ba. Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, corresponde ao momento de síntese da proposta para a ampla reformulação do arcabouço jurídico institucional do sistema de saúde. O desdobramento deste processo no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte, conduziu à aprovação do Capítulo Saúde na Constituição de 1988, onde explicita-se um conceito ampliado de saúde (garantindo mediante política sociais e econômicas) na qual a assistência é apenas um dos componentes.

A Constituição aponta em seu artigo 198 a seguinte conformação para o Sistema:

Ações de serviços públicos de Saúde integram um rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- 2. Atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- 3. Participação da comunidade a construção deste Sistema Único de Saúde/SUS, como parte do exercício pleno da cidadania, vem sendo realizada no plano jurídico político ao nível Nacional através da formulação e discussões de propostas da nova Lei Orgânica da Saúde, que se pretende regulamentar o SUS, definido as atribuições e competência da várias instâncias de gestões, os mecanismos de financiamento e as orientações gerais para a reorganização prestação de serviços à população.

No plano estadual este processo vem se verificando no âmbito das Assembleias Constituintes Estaduais e desdobra-se no plano Municipal, em torno das novas Leis Orgânicas dos Municípios.

A partir do aprofundamento da estratégia das AIS - Ações Integradas de Saúde já em 1987, em um novo contexto político setorial, se cria e começa a ser implantado o SUS - Sistema Unificado e ~~Descentralizado~~ de Saúde em todo Estados da Federação.

A implantação do SUDS tem gerado uma série de avanços em termos de fortalecimento do processo de descentralização, com um impulso a Municipalização.

Apesar das limitações dada à heterogeneidade dos processos políticos nos planos Nacional, Estadual e Municipal, o plano técnico-organizativo e operacional da rede de serviços vem

permitindo a acumulação de conhecimento e metodologia de trabalho que apontam para a construção desse nosso modelo assistencial, universal, integral e equânime.

II-OBJETIVO

Diagnósticar a municipalização do setor saúde, na Cidade de São José dos Campos, tendo em vista o Sistema Unico de Saúde -SUS - levando em conta a ótica dos trabalhadores, dos usuários e dos não usuários da rede pública de saúde, analisando, com mais ênfase, o princípio da descentralização e sua extensão às regiões de saúde do Município.

OBS: O município não elegeu nenhum problema específico para que o grupo pudesse analisar.

III -METODOLOGIA

1. Universo

Trabalhadores da saúde, no Município de São José dos Campos (do nível Central e do nível Operacional), os usuários e não usuários da rede pública de saúde.

2. Entrevistas

A pesquisa foi desenvolvida segundo a seguinte metodologia:

a) Entrevistas semi-estruturada, de conteúdo qualitativo, a serem feitas com 4 tipos de roteiro questionário (anexos I, II, III e IV) elaborados pelo grupo participante do TCM de São José dos Campos. O questionário foi previamente discutido e analisado, tendo sido estabelecido que as perguntas dirigidas as pessoas do nível central seriam feitas de forma ampla e que decodificações só seriam feitas, caso a pessoa argüida não tocasse no assunto da forma esperada pelos pesquisadores. (Anexo I).

O roteiro contemplou questões ligada a:

Universalidade

Equidade

Integralidade

Regionalização

Hierarquização

Resolutividade

Descentralização

Complementariedade

Democratização

Financiaamento

Desenvolvimento científico e tecnológico

Recursos Humanos

Decidiu-se pela gravação das entrevistas feitas com o pessoal do nível central e com os chefes de unidades, para posterior transcrição e tratamento das informações. As demais entrevistas - com agentes de saúde, usuários e não usuários - deveriam ter as respostas escritas, no próprio questionário, pelo pesquisador.

A realização das entrevistas obedeceu a seguinte rotina (ver quadro cronograma)

. Através da Dra. Vilma marcar, previamente (antes da viagem) as entrevistas com o pessoal do nível central.

. Marcar, através de telefone e já em São José dos Campos, data para entrevista com os chefes das unidades.

. Pedir autorização aos chefes das unidades a serem entrevistados, para aplicação do questionário ao agente de saúde do local, e na sua falta em outro profissional, bem como para usuários presentes no momento, que, na medida do

C R O N O G R A M A

QUADRO - Atividades desenvolvidas.

		P E R Í O D O*									
		2a. FEIRA		3a. FERIA		4a. FEIRA		5a. FEIRA		6a. FEIRA	
EQUIPES	REGIÕES	MANHÃ *	TARDE *	MANHÃ *	TARDE *	MANHÃ *	TARDE *	MANHÃ *	TARDE *	MANHÃ *	TARDE *
I. MÁRCIA HERMANN	CENTRO	ENTREVISTAS NA SEDE	COLETA DE DADOS NA SEDE	UNIDADE ESPECIAL B = 2 C = 3		U. B. S. LIMOEIRO B = 2 C = 3	STA. CASA B = 2 C = 3			SEDE	RETORNO
II. MARIA JOSÉ ESTELA	NORTE	ENTREVISTAS NA SEDE	COLETA DE DADOS NA SEDE	U. B. S. V. PAIVA B = 2 C = 3		D = 6		U. A. S. B = 1 C = 3		SEDE	RETORNO
III. DENIZE GUSTAVO	SUL	ENTREVISTAS NA SEDE	COLETA DE DADOS NA SEDE	U. B. S. B = 2 C = 3		D = 3		D = 9		SEDE	RETORNO
IV. ZILÁ ABISAI TEREZA	LESTE	ENTREVISTAS NA SEDE	COLETA DE DADOS NA SEDE	U. B. S. V. DETROITI B = 2 C = 3		D = 6	P. S. M. B = 2 C = 3			SEDE	RETORNO

A = nível central

B = chefes de unidades e agentes

C = usuário

D = não usuário

* Manhã = 8:00 às 12:00 h

* Tarde = 14:00 às 17:30 h

possível deveriam ser escolhidos entre: acompanhante de criança usuária, adulto e idoso.

Nas datas atrasadas, realizar as entrevistas, as quais não deveriam dispendir mais de uma hora, e para aquelas que fosse gravadas pedir prévia autorização do pesquisado.

Para aplicação dos questionários aos não usuários o critério estabelecido foi o da exclusão e sempre que possível escolhidos dentre os moradores das regiões onde houvesse sido sorteada a unidade, cujo chefe e agente de saúde tivessem sido entrevistados.

O grupo deveria estar atento para estabelecer contato com pessoas que, de alguma forma, pudessem contribuir para o enriquecimento da pesquisa assim como, também para participar de atividades de interesse ao trabalho.

3. Tamanho da amostra conseguida

Face ao pouco tempo disponível para realização da pesquisa, o grupo conseguiu:

a) No nível central entrevista com o Secretario de Saúde e 3 assessores - total 4.

b) No nível operacional foram sorteadas 8 unidades entre as Unidades de saúde do município de cada região, conforme divisão da cidade feita pela Secretaria Municipal de Saúde e em cada uma delas foram entrevistados: O chefe da unidade

e um agente de saúde e na falta deste, outro profissional - total 8 chefes de unidades e 8 agentes.

c) Quanto aos usuários, foram entrevistados três em cada uma das 8 unidades total - 24.

d) Número de entrevistas com não usuários não foi o mesmo dos usuários, como pretendido inicialmente total - 21.

Total Geral de Entrevista = 65

4. Tempo dispendido

. Total: 5 dias

. Por entrevista: 1 hora, em média

5. Tratamento dos dados

Os dados obtidos nas gravações foram:

- a) transcritos manualmente, na íntegra;
- b) grupados, inicialmente, por tipos de respostas a cada questão; a seguir, foram
- c) tabulados.

Quanto aos dados obtidos nas entrevistas não gravadas foram:

- a) grupados por tipos de respostas a cada questão;
- b) tabulados.

6. Recursos utilizados

- 5 gravadores
- 10 fitas cassete
- 2 vídeos
- 3 fitas de vídeo
- 2 máquinas fotográficas
- 3 filmes
- 4 automóveis (1 do município, 3 dos integrantes do grupo)
- combustível

- máquina para datilografia
- computador
- papel sulfite e folha contínua
- material de escritório em geral
- outros

7. Dificuldades encontrada no desempenho da pesquisa

. Devido ao feriado no dia 15 de novembro não foi possível marcar, antecipadamente, as entrevistas com as pessoas do nível central, razão pela qual não obedecido o cronograma inicial. Os dias 18 e 19 foram colocados integralmente a disposição daquelas pessoas face ao pouco tempo de que dispunham para atender ao grupo. Conseqüentemente as demais entrevistas com nível operacional, o usuários e não usuários sofreram alteração.

. A exiguidade do tempo não permitiu um pré-teste.

. Um chefe de unidade não permitiu a gravação da entrevista em algumas questões impôs ao pesquisadores mudança na resposta original.

. O grupo houve por bem incluir a Santa Casa de Misericórdia no rol da unidades a serem entrevistadas já que é uma peça fundamental no atendimento hospitalar da cidade, entretanto, o roteiro-questionário não foi integralmente aplicado ao Diretor Clínico e ao médico que se dispuseram a contribuir com o trabalho, porque algumas questões diziam a respeito, a atividades desenvolvidas ou conhecidas apenas pelo nível central da S.M.S..

A amostra de 24 não usuários, inicialmente determinada, não foi cumprida visto que na Região Norte, no bairro de Bonsucesso, os pesquisadores depois de muita procura, não conseguiram encontrar qualquer pessoa que se enquadrasse nessa condição.

Assim, a mostra baixou para 21 não usuários.

8. Outros dados

Seguindo o proposto, o grupo houve por bem entrevistar o Dr. Paulo Recco, o Senhor João Martins representante do Conselho Municipal de Integração Comunitária, no COMUS e os responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária do Município.

As entrevistas não seguiram qualquer roteiro-questionário pré-estabelecido. Foram feitas perguntas conforme o interesse dos pesquisadores, mas dentro do tema da municipalização e gravadas.

As respostas obtidas foram muito esclarecedoras e enriqueceram as informações sobre a municipalização da Saúde em São José dos Campos, razão pela qual, o grupo decidiu fazer as transcrições das gravações, na íntegra, e utilizá-las na análise (Anexos).

O grupo ainda participou a convite do Senhor Secretário Municipal de Saúde, da reunião semanal da Diretoria Executiva do COMUS, na qual puderam observar a sistemática de trabalho.

CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

São José dos Campos é uma das mais importantes cidades do Vale do Paraíba. Situa-se numa altitude de 600m e possui 1.118 km quadrados de área. É cortada pela Rodovia Dutra e pela estrada de ferro Central do Brasil, distando 85 km da capital.

O Município possui clima tropical e sua rede hidrográfica é formada pela bacia do Rio Paraíba do Sul, Rio Buqueira, Rio Jaguaré, Rio do Peixe e Rio Turvo. Tem como limites.

Ao Norte: Camanducaia, Sapucaí-Mirim, - MG

Ao Sul : Jacareí - SP

A Leste : Caçapava -SP

A Oeste : Igarata -SP

A ocupação do Vale do Paraíba do Sul, remonta de aproximadamente quatrocentos anos. Suas características topográficas, o clima favorável e a fertilidade da terra favoreceram o surgimento de um grande ciclo econômico: do Café.

A grande absorção de mão-de-obra no campo acelerou, o processo de ocupação e urbanização. O ciclo do café produziria acúmulo de capital que iria contribuir na configuração de um espaço urbano de boas características.

A sua produção industrial é bastante diversificada: desde cobertores, cerâmicas, calçados e equipamentos eletrônicos; material fotográfico, produtos químicos farmacêuticos, automóveis, mísseis e materiais bélicos. Devido ser polo industrial importante, apresenta um grande crescimento populacional, praticamente duplicando sua população a cada 10 anos com forte contribuição no processo migratório.

O crescimento acelerado, se por um lado conferiu grande importância econômica, por outro, criou dificuldades para expansão da infra-estrutura no saneamento básico, e no meio ambiente.

O processo de industrialização do Município é o grande responsável pelo intenso fluxo migratório e êxodo rural da região, favorecendo a ocorrência de "bolsões" populacionais, em precárias condições de vida e ^{de}saúde o que pode ser detectado por exemplo, pelo rápido crescimento das populações faveladas e elevada porcentagem de emprego informal, que vem ocorrendo nos últimos anos.

5

O município apresenta uma urbanização crescente, ainda que com extensa área rural, em pesquisa de 1985: 24% da população em área rural. Existem 300 bairros, e a cidade cresce a razão de 1 bairro/mês. Há um grande crescimento de núcleos favelados nos últimos anos. Em 1982 tínhamos 2 núcleos favelados com 2.000 moradores, em 1989 já existiam 24 núcleos com 10.000 moradores.

A população é jovem com 36,8% de moradores com 15 anos e 4% com mais de 60 anos; segundo a classificação de Sundberg trata-se de uma população progressiva.

A renda encontra-se com distribuição: até 2 salários mínimo (S.M.) - 22,7%, até 3 S.M. - 32,0%, até 5 S.M. - 41,4%. O analfabetismo acima de 7 anos é de 7,4%. O primeiro grau incompleto - 70,1% e completo - 5,6%, segundo grau incompleto - 5,7% e completo - 3,7%, terceiro grau incompleto - 2,9% e completo - 3,7%. Estes percentuais tem relação com a questão migratória para um parque industrial onde se exige um melhor preparo das pessoas. Há um grande déficit de moradia em torno de 10.000.

UNIDADES DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA

Unidade Básica de Saúde - 29

Unidade Avançada de Saúde - VAS - 2

Unidade Especializada de Saúde - VES - 6

Unidade de Pronto - Atendimento - UPA - 3

Pronto Socorro - Municipal PSM - 1

Unidade de Saúde - FMME -1

DISTRIBUIÇÃO POR REGIÕES

Região Norte: - UBS- 6; VAS -2; UPA-1; UES-1

Região Sul:- UBS-7; UPA-1; UES-1;

Região leste:- UBS-8; PSM-1;

Região Centro:- UBS-9; UES-4; FAMME-1

Existem projetos para a construção de 14 UBS e 5 hospitais, distribuídos nas quatro regiões do Município

LEITOS HOSPITALARES

A questão de oferta de leitos hospitalares no Município de São José dos Campos passa pela seguinte problemática:

1) O desinteresse dos hospitais privados na manutenção de convênios com o setor público.

2) A desativação compulsória recente, de mais leitos devido a falta de condições sanitárias.

3) Redução significativa 50% de oferta de leitos nos últimos dez anos.

No ano de 1991 a situação teve um agravante, 30 dos 180 leitos oferecidos pela "Santa Casa" foram desativados e, os demais hospitais prestadores de serviços nunca apresentam leitos disponíveis quando solicitados.

Na atual crise econômica que o país atravessa, existe uma tendência ao aumento da população que se utiliza do serviço público de saúde, uma vez que como consequência de demissões os desempregados perdem direito ao convênio. Esse fato gera um aumento da demanda e uma carência ainda maior no número de leitos disponíveis.

Por outro lado existe uma falta específica de leitos em determinadas áreas com: UTI pediátrica, maternidade e clínicas médicas e cirúrgica. Cabe dizer que, parte significativa - 31%, dos leitos disponíveis são destinados à psiquiatria.

**Tabela nº - Leitos Hospitalares Gerais por hospitais:
Capacidade Instalada, Leitos Utilizados
1981, 1989, Abril 1990 - São José dos Campos**

Hospitais	Capacidade Instalada	Leitos Utilizados		
		1981	1989	1990
Santa Casa	228	228	166	137
Pio XII	133	133	105	100
Fatima	154	154	074	074
Central	153	153	105	080
Policlin	098	098	080	048
C.T.A	012	012	012	012
AMICO	037	0	037	047
A.Rocha Mar.	094	090	070	078
PRONTIL	018	040	010	015
P.S.M.	032	032	031	026
UPA - Parque	060	0	008	008
TOTAL	1021	940	698	625

Fonte:

Plano Diretor de Saúde 1990 - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

**Tabela nº - Leitos Hospitalares Disponíveis em Abril de
1990 - São José dos Campos**

Hospitais	Matern.	Ped.	Clínica	Cirur.	Apart.	Total Ad.	Total	UTI*
Santa Casa	040	006	026	049	016	091	137	006
Pio XII	020		037	021	022	080	100	005
Fatima	018	010	014	008	024	046	074	003
Central	016	010	008	024	022	054	080	010
Policlin			014	014	020	048	048	006
C.T.A	003	003	003	003	(6)**	006	012	
AMICO	028	019					047	
A Rocha Mar.		078			(8)**		078	
PRONTIL		015			(10)**		015	
P.S.M.		009	010	007		017	026	005
UPA-Parque		002	006			006	008	
Total	125	152	118	126	104	348	625	035

* Leitos de UTI não são computados

** Apartamentos já computados nos leitos de pediatria e maternidade

Fonte:

Plano Diretor de Saúde 1990 - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

**Tabela nº - Leitos Psiquiátricos Disponíveis Segundo
Capacidade Instalada e Leitos Utilizados
1981,1989, Abril de 1990 - São José dos Campos**

Hospitais	Capacidade Instalada	Leitos Utilizados		
		1981	1989	1990
Francisca Julia	159	150	100	150
Inst. Psiquiatria	208	208	196	196
Saude Mental	15		15	1515
Total	382	367	326	376

Fonte:

Plano Diretor de Saúde 1990 - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

**Tabela nº - Leitos necessários segundo parâmetro e
ideal, população oficial e estimada -1990
São José dos Campos**

Especial.	1,82leitos/1000h. CONASP				1,9851 leitos/1.000h. POI-Plano Diretor				3 leitos/1000/h. OMS			
	Pop. Oficial 473.604		Pop.Estimada 550.000		Pop. Oficial 473.604		Pop.Estimada 550.000		Pop. Oficial 473.604		Pop.Estimada 550.000	
	Nec.	Def.	Nec.	Def.	Nec.	Def.	Nec.	Def.	Nec.	Def.	Nec.	Def.
Maternid.	165	40	193	68	184	60	215	89	274	149	319	194
Pediatria	179	27	209	57	198	46	231	79	79	293	141	341
Adulto	515	167	599	251	558	210	649	301	851	503	990	642
Total	859	234	1001	376	940	316	1095	470	1418	793	1650	1025

Fonte:

Plano Diretor de Saúde 1990 - Prefeitura Municipal de São José dos Campos

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE MUNICIPALIZAÇÃO

Em 1986, realiza-se a 8a. Conferência Nacional de Saúde, com a participação de 5.000 pessoas. A Conferência apontou para a necessidade da criação de um Sistema Único de Saúde, através de uma ampla Reforma Sanitária. O novo Sistema Nacional de Saúde deverá ser coordenado por um único Ministério, tendo como principal objetivo uma progressiva estabilização do setor. O mesmo deverá ter os seguintes princípios:

- 1) Descentralização na gestão de serviços;
- 2) Integralidade de ações, universalização em relação à cobertura, equidade em relação ao acesso;
- 3) Unidade na condução das políticas setoriais;
- 4) Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- 5) Participação da população, através de suas entidades representativas na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- 6) FORTALECIMENTO DO PAPEL DO MUNICÍPIO:
- 7) Introdução de políticas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde;

8) Política de recursos humanos, levando em conta a isonomia salarial, capacitação e reciclagem permanente, composição multi-profissional de equipes, etc.

- Coube a esfera federal a formulação e condução da política nacional de saúde, e ao município a gestão de serviços básicos de saúde.

- Em 20 de julho de 1987, através do Decreto no. 94657, fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS). Para tanto se faz necessária uma redefinição das atribuições dos três níveis federativos, contemplando a necessária redistribuição regional da renda no país, o que implica numa delimitação dos papéis da União, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde.

- Os recursos para saúde destinados à assistência médica-hospitalar, odontológica e farmacêutica, serão provenientes da contribuição previdenciária e administrados pelo MPAS, através do INAMPS, que por um processo de planejamento de orçamentação integradas a nível federal, estadual, e municipal continuara sendo o repassador dos recursos.

- O processo de programação-orçamentação integrado se constituirá no instrumento básico de gestão colegiada e conterá o conjunto de recursos das instituições, contabilizando-os com as necessidades expressas epidemiologicamente, tendo como objetivo programático o Distrito Sanitário. Os recursos estaduais e municipais serão gradualmente integrados na sistemática de planejamento e orçamentação. As ações de atenção integral à saúde (promoção, proteção e recuperação) deverão estar asseguradas nesse planejamento único. Neste mesmo ano, 1987, assina-se o termo de compromisso Institucional entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (através do INAMPS) e o Governo do Estado de São Paulo, (através da SES), com a interveniência do Ministério da Saúde, com o objetivo de fixar as diretrizes e bases da implantação do SUDS - SP, segundo a legislação vigente e os documentos básicos da Reforma Sanitária do Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República e da política de Ações Integradas de Saúde.

- As diretrizes que norteiam o termo de compromisso são: a universalidade, a integralidade das ações de saúde sob responsabilidade de um único sistema público, regionalizado e hierarquizado, a resolubilidade dos serviços nos diversos níveis de assistência, a participação dos funcionários e da população no processo de planejamento e de gestão integradas do sistema, a descentralização através da municipalização das ações de saúde.

As bases institucionais são:

- municipalização da rede básica de saúde;
- definição de uma política hospitalar que assegure adequada referência à rede básica, numa efetiva integração do sistema hierarquizado e regionalizado;
- organização e implementação de estrutura programática comum de atividade fins.

As bases operacionais são :

- organização do sistema integrado de planejamento;
- organização do sistema integrado de gestão financeira;
- organização do sistema integrado de gestão e desenvolvimento de R.H.;
- organização do sistema integrado e informação na saúde;

- as propostas decorrentes deste compromisso Interinstitucional tem como instância decisória final a Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS-SP- que deverá incorporar representação municipal e dos usuários.

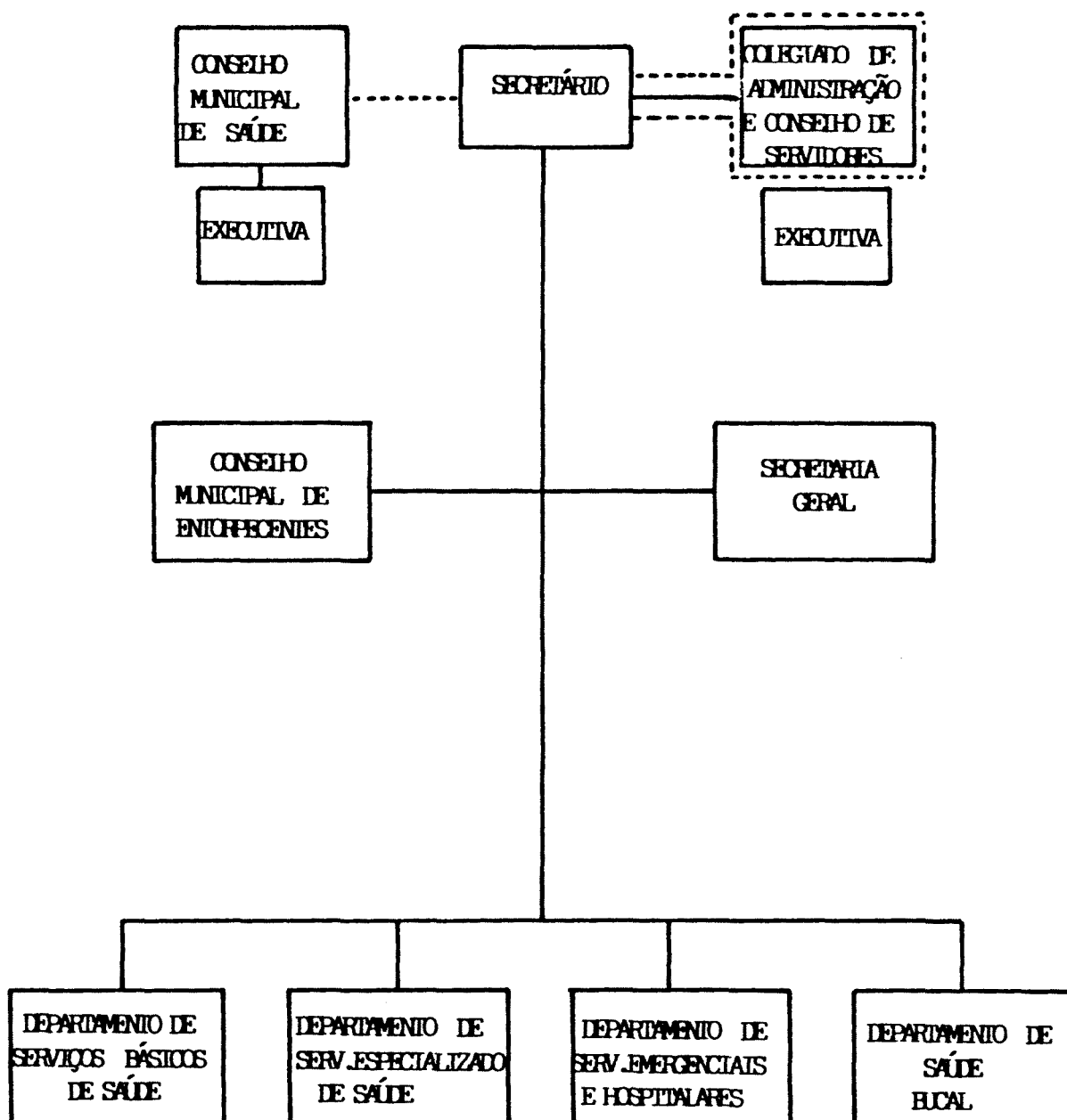
- o repasse dos recursos federais dar-se-á por valores globais, obedecendo a um programa ajustado.

- Em junho de 87 foi celebrado o convênio de municipalização entre a Secretaria do Estado da Saúde e os municípios, observando os preceitos da AIS e as disposições do compromisso Interinstitucional celebrado em 25/05/87. O convênio se constitui em instrumento único de programação e orçamentação integrada do município.

Em 17 de maio de 1988, o Congresso Nacional Constituinte aprovou a proposta do Sistema Único de Saúde que visa a um comando único em cada nível de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, descentralização político administrativa, controle e planejamento das ações de saúde pública e conveniadas.

O convênio de municipalização MS/INAMPS São Jose dos Campos, visando implementar a municipalização no Estado, foi celebrado em tendo como representantes da União, o Ministro da Saude, Alcení Guerra e pelo Presidente do INAMPS, Ricardo Akel e do outro lado a Prefeitura Municipal de São Jose dos Campos e sua Secretaria de Saúde representados, respectivamente pelo Prefeito Pedro Yves Simão e Secretário Municipal de Saúde Gilson de C.M. de Carvalho, com base no texto constitucional/88, título VIII, da Ordem Social, Capítulo II, da Seguridade Social, Seção II, da saúde, nas Leis no.8074, de 31 de julho de 1990, no.8080 de 19 de setembro de 1990 e no. 8142, de 28 de dezembro de 1990, no artigo 10, parágrafo 10. alínea B do Decreto-lei no. 200, de 25 de fevereiro de 1967, tendo em vista ainda, no que couber, as normas do Decreto-lei no. 2300, de 21 de novembro de 1986, com as alterações posterior e o Decreto de no. 93872, de 23 de dezembro de 1986 e ainda conformidade com as Instruções Normalistas no. 12 de 08 de julho de 1987, da Secretaria do Tesouro Nacional, e instrução Normativa no. 08 de 21 de dezembro de 1990, da Delegacia do Tesouro Nacional e Instruções Normativas no. 03 de 27 de dezembro de 1990 da Secretaria da Fazenda Nacional.

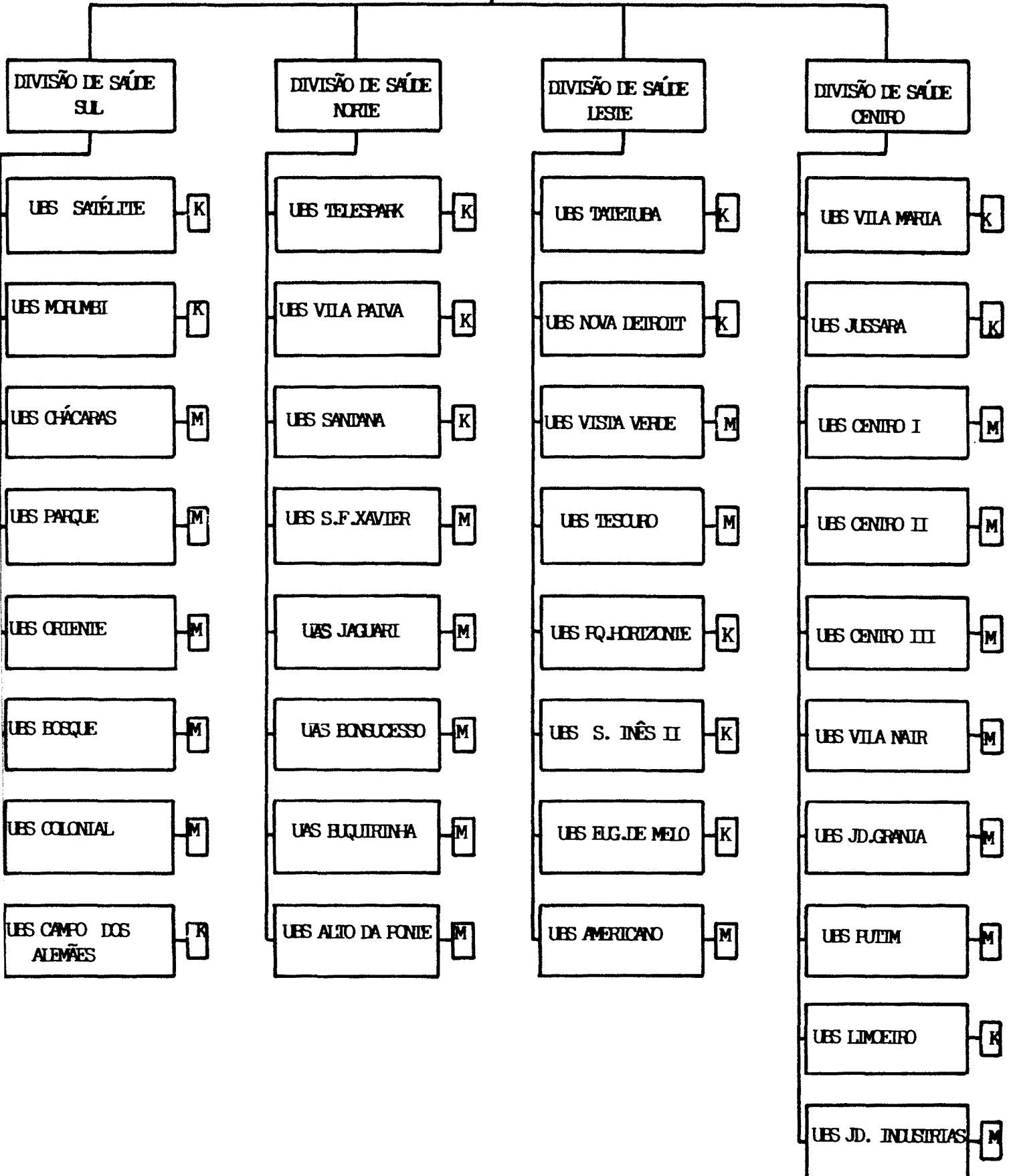
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS



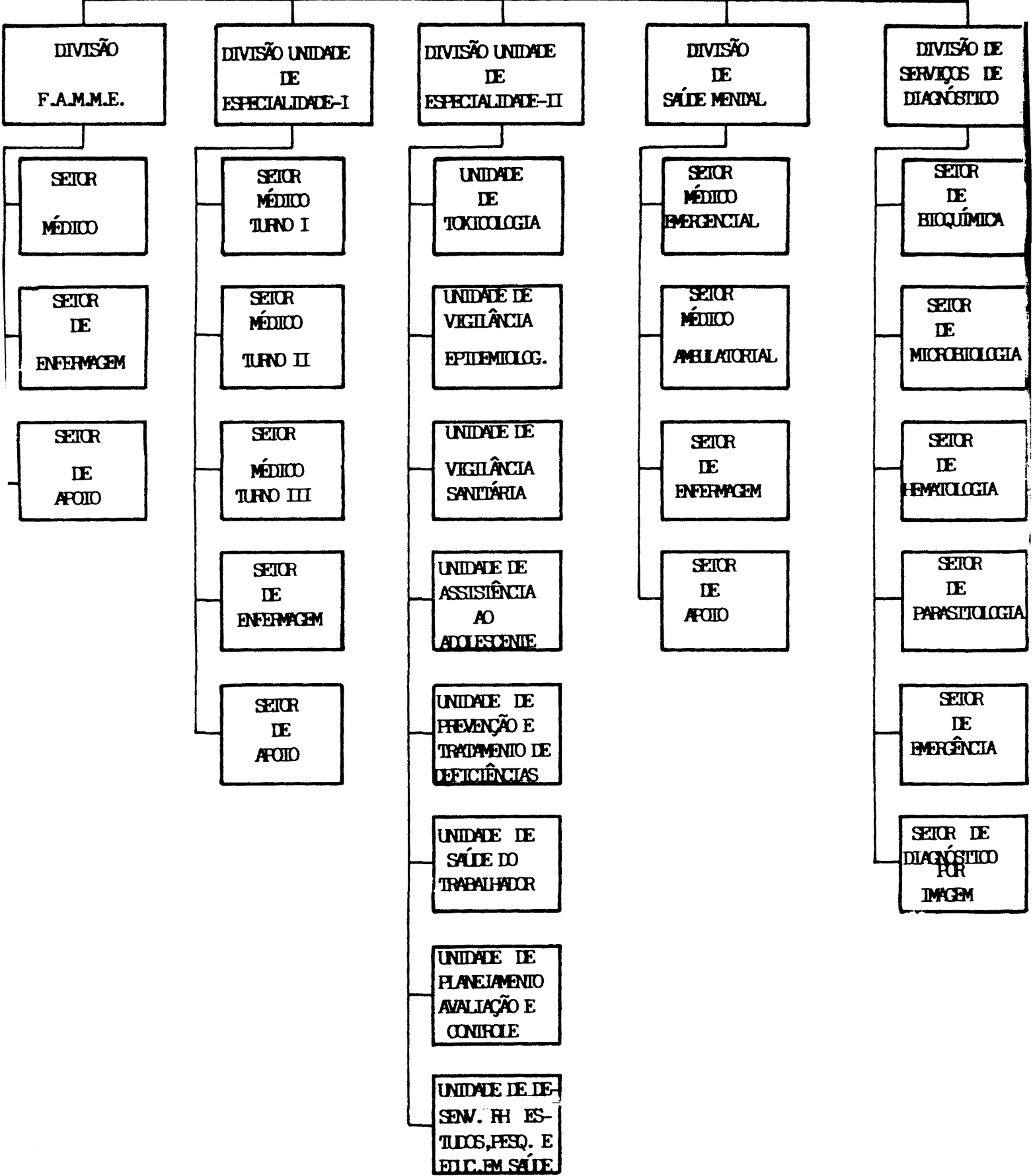
SECRETARIA
GERAL

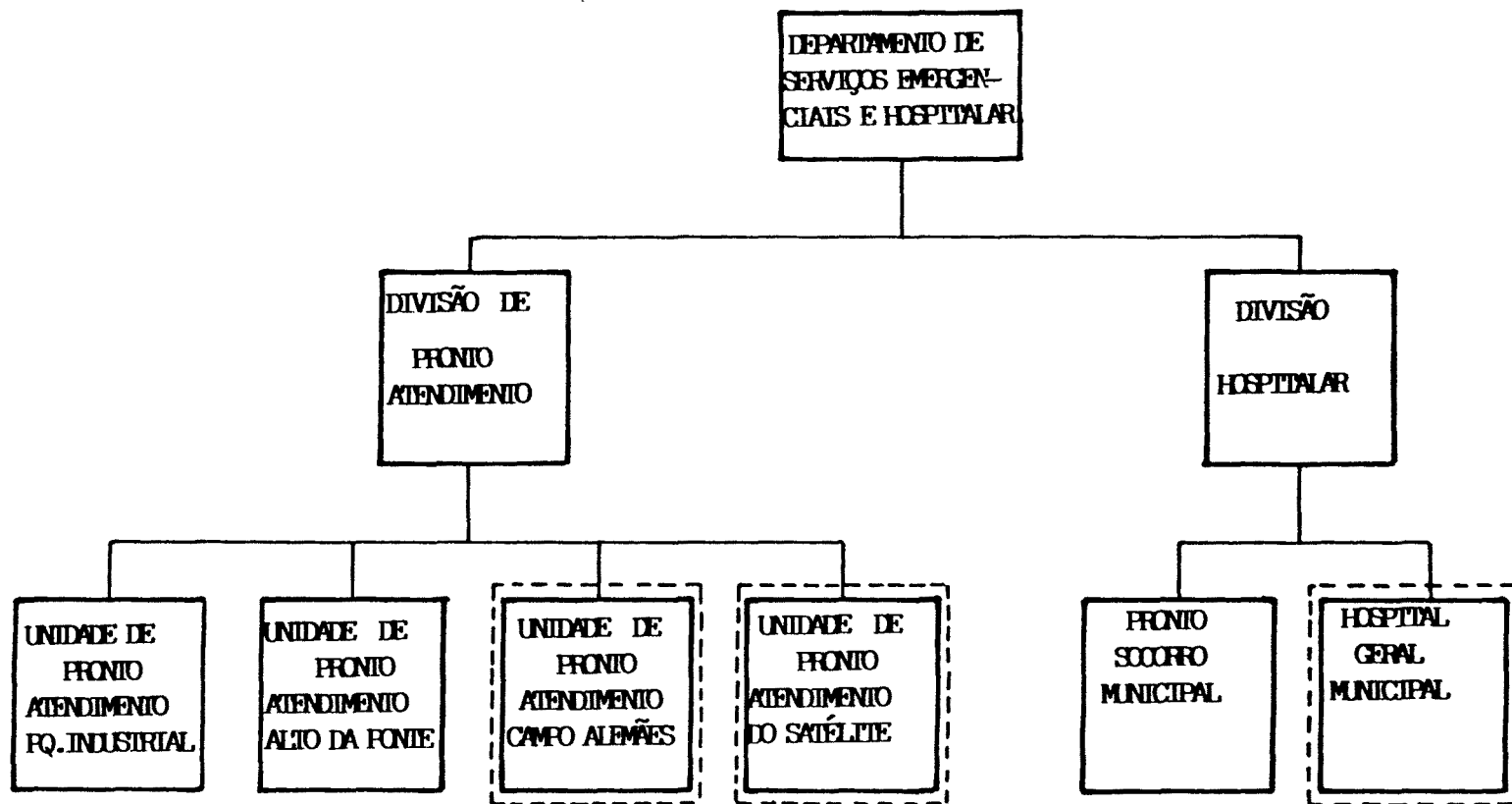
SERVICOS GERAIS
SUPERINTENDENCIA
ESTADISTICA
TRANSPORTES
INFORMÁTICA
MANUTENÇÃO
E.S.S.A.
FINANÇAS
ASSISTENCIA TÉCNICA ODONTOLÓG.

DEPARTAMENTO DE
SERVIÇOS BÁSICOS
DE SAÚDE

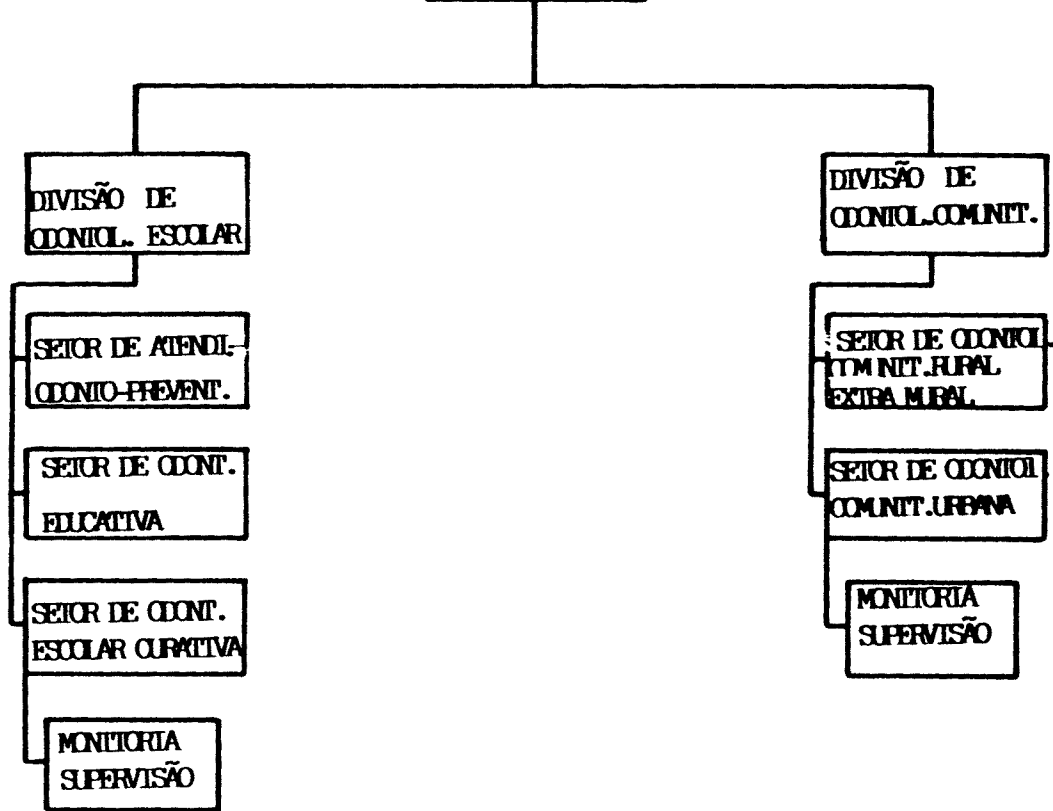


DEPARTAMENTO DE
SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS DE
SAÚDE





DEPARTAMENTO
DE
SAÚDE BUCAL



Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

- 15) MIZUKAMI, M. G.N. Ensino: As abordagens do processo. São Paulo, EPU, 1986.
- 16) OFICINA DE TRABALHO SOBRE TERRITÓRIO. Projeto de Desenvolvimento Gerencial. Secretaria Municipal de São Paulo. São Paulo, 1991.
- 17) PHOON, W.O. Practical Occupational Health. Pg. Publishing Singapore, 1988.
- 18) PORTO FERREIRA. Constituição Municipal. Lei Orgânica do Município de Porto Ferreira, 1990.
- 19) ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, Editora MEDSI, 1988.
- 20) São Paulo (Estado). Constituição 1989. Constituição do Estado de São Paulo, 1989. Seção II. Da Saúde.
- 21) SEADE, Fundação São Paulo em números: projeções demográficas. v.2, agosto, 1988.