

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DE EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM PENHA DE FRANÇA,
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - SP

Grupo VII

SÃO PAULO
1977

JCM-96

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DE EQUIPE MULTIPROFIS
SIONAL EM PENHA DE FRANÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-SP
GRUPO VII

SÃO PAULO
1977

AGRADECIMENTOS

Agradecemos de um modo especial à Dr^a Margarida M.M.B. de Almeida, Supervisora da Equipe Multiprofissional, Dr^a Regina S. Bianchi, Diretora Técnica do Centro de Saúde I da Penha de França, Dr^a Yoko Satomi, Médica Sanitarista do Centro de Saúde III de Cangaíba e demais pessoas que, direta ou indiretamente, nos auxiliaram na realização deste trabalho.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

ALUNOS DO CURSO DE SAÚDE PÚBLICA PARA GRADUADOS, ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR PARA GRADUADOS, E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA PARA GRADUADOS DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP - 1977 QUE REALIZARAM ESTE TRABALHO:

ELISABETH HOFSTÄTTER (ENFERMEIRA)
GERALDO ALVES DA COSTA (BIO-MÉDICO)
JOSÉ EVERARDO VAN DEN BRULE MATOS (ENGENHEIRO)
JUSSARA HELENA RAMIRIS BARDELI (EDUCADORA)
LOLITA ANGLADA CASANOVAS (MÉDICA)
MARIA ESTHER DE CARVALHO (FARMACÊUTICA-BIOQUÍMICA)
NARA BEVILÁCQUA MARTINS BALSÍ (SOCIÓLOGA)
NORIVAL PEREIRA (QUÍMICO)
ZÉLIA DE FARIA (NUTRICIONISTA)
ZILDA ARNS NEUMANN (MÉDICA)

Í N D I C E

1- INTRODUÇÃO	1
1.1- Objetivos	1
1.2- Metodologia	1
2- CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA	3
2.1- Considerações gerais	3
2.2- Serviço de abastecimento de água	5
2.3- Serviço de esgotos sanitários	7
2.4- Serviço de lixo e limpeza pública	8
2.5- Análise dos dados de mortalidade	8
3- RECURSOS DE SAÚDE DA ÁREA ESTUDADA	29
3.1- Centro de Saúde I de Penha de França	29
3.2- Centro de Saúde III de Cangaíba	123
3.3- Posto Municipal de Vila Esperança	124
3.4- INPS do Tatuapé	126
3.5- Hospital Cristo Rei	128
4- INQUÉRITO DOMICILIÁRIO	146
4.1- Introdução	146
4.2- Composição da população	146
4.3- Habitação	157
4.4- Água	158
4.5- Esgoto	161
4.6- Lixo	162
4.7- Comentários	162
5- RESUMO DO TRABALHO	180
6- BIBLIOGRAFIA	189

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objetivos

A atual abordagem dos projetos pertinentes à solução de problemas de saúde decorre do reconhecimento da necessidade de estudo, em suas várias fases de desenvolvimento, das dificuldades de planejamento e implementação.

Não só vários problemas devem ser estudados por diferentes profissionais; a intercomunicação decorrente - da formação de equipes integradas é imprescindível. É objetivo da Faculdade de Saúde Pública uma integração capaz de efetivar-se em condições reais. Resultou disso o Estágio de Campo com Equipes Multiprofissionais. Dos objetivos desse trabalho faz parte a análise de vários aspectos das situações reais encontradas na comunidade, vistos sob as perspectivas dos profissionais de vários campos de atividade de que se compõe a equipe.

Foi feito um estudo crítico do funcionamento do principal Centro de Saúde de um bairro, de um hospital e outras Agências de Saúde às quais recorrem pacientes em áreas das mais densamente povoadas do Município de São Paulo. Penha de França é local que exemplifica as condições citadas.

A equipe também teve a seu cargo o levantamento e a análise de indicadores de saúde, o saneamento de área, a elaboração de um pré-diagnóstico da situação de saúde e indicação aos Órgãos de Saúde, de medidas para a correção de falhas.

1.2. Metodologia

Considerações Gerais

Os trabalhos dos membros da equipe desenvolveram-se em três fases: duas de planejamento, realizado na Faculdade e uma no campo.

Na primeira fase a problemática foi estudada em sessões de Dinâmica de Grupo, fazendo-se o planejamento - de formulários, delimitação das áreas de estudo, apresentação dos supervisores e médicos sanitaristas dos Centros de Saúde a serem visitados. Elaborou-se o cronograma dos

trabalhos, adotado inicialmente e modificado de acordo com as necessidades.

A segunda fase dos trabalhos incluiu a aplicação de pré-testes a clientes do Centro de Saúde estudado, do que resultou reformulação do questionário. A demarcação da área a partir da qual foi feita a amostragem esteve a cargo da Equipe, com participação da Médica Sanitarista do Centro de Saúde. Todas as demais decisões, incluindo-se o sorteio de Unidade Amostral (família) estiveram a cargo do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Na área escolhida para o inquérito domiciliário havia 1.300 residências, 400 das quais seriam selecionadas, constituindo a amostra estabelecida pelo Departamento de - Epidemiologia (citado).

No inquérito domiciliário utilizou-se um questionário elaborado por uma comissão de representantes das várias Equipes Multiprofissionais organizadas neste ano. A aplicação obedeceu rigorosamente aos critérios pré-estabelecidos: área pré-determinada (quarteirões marcados), unidade amostral, técnicas de entrevista, etc.

A análise crítica do Centro de Saúde principal - da área fundamentou-se em roteiro sugerido pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Toda a Equipe visitou, acompanhada pela Diretora Técnica, todas as dependências do Centro de Saúde. Subdividiu-se em seguida o grupo para efeitos de distribuição de atribuições, formando-se subgrupos de dois profissionais, encarregados de estudo em profundidade do funcionamento de áreas mais restritas.

Áreas prioritárias, como a Materno-Infantil foram analisadas de acordo com o "Sistema de Acreditação", de que resultam informações quantificadas.

Do fichário Central do C.S. obtiveram-se dados estatísticos sobre morbidade, vacinação e controle de doentes.

Informações sobre saneamento, mortalidade e caracterização de área foram colhidas, da Prefeitura Regional da Penha, SABESP, Centro de Informações de Saúde (CIS) e Departamento de Estatística do Estado, por membros da Equipe. Outras Agências de Saúde foram visitadas, sendo entrevistados os Médicos Chefes. A visita ao Hospital seguiu

o roteiro elaborado pela FSP/USP . Durante a visita ao hospital colheram-se os dados para a elaboração dos quadros de morbidade da área nos fichários do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do hospital.

A terceira e última fase - tabulação e análise dos dados, organização e redação do presente relatório - desenvolveu-se na Faculdade de Saúde Pública da USP, tendo sido exaustivamente discutidos, pelos membros da equipe, os tópicos julgados pertinentes. Dessas trocas de idéias surgiram as conclusões e sugestões que fazem parte de toda a investigação, de caráter nitidamente prático.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

2.1. Considerações gerais

A área escolhida para a aplicação do estágio de campo da equipe multiprofissional, grupo 7, foi a de Penha de França, localizado na Zona Leste do município de São Paulo.

Trata-se de uma região carente de vários serviços públicos e uma das mais populosas de São Paulo. É servida por várias empresas de onibus que demandam de outros bairros, com destino ao centro utilizando-se das 3 vias - rodoviárias principais de acesso. Conta com dois troncos de linha ferroviária da RFSa, com várias estações distribuídas pela área. O centro comercial da Penha dista aproximadamente 10 km do centro de São Paulo.

Vários dados foram levantados para melhor caracterização da região em estudo, e esse trabalho foi efetuado através de informações e tal levantamento diz respeito ao setor Penha.

A dificuldade encontrada em se levantar os dados solicitados acima mencionados foi em se fazer levantamento o mais coerente possível com a área estudada (Penha de França) pois os mapas que englobam a região da Penha - tanto da Prefeitura como da Sabesp são distintos entre si.

A Prefeitura Municipal de São Paulo, divide a Regional da Penha em: subdistrito Penha de França, subdistrito Cangaíba, parte do subdistrito da Vila Matilde e

parte do distrito de Ermelindo Matarazzo.

A Sabesp divide a Regional de Penha em subdistritos de: Penha de França, de Vila Matilde, de Itaquera, Guaianazes, Cangaíba, parte do subdistrito de Tatuapé e distritos de: São Miguel Paulista, Ermelindo Matarazzo.

A área em estudo conta com os seguintes serviços públicos:

- 22 Escolas Municipais
- 10 Escolas Municipais de Educação Infantil
- 70 Escolas Estaduais
- 1 Mobral
- 18 Ensino Supletivo
- 43 Ensino Profissionalizante
- 5 Faculdades da Zona Leste
- 3 Hospitais
- 1 Casa de Saúde
- 1 Pronto Socorro
- 1 Ambulatório
- 4 Centros de Saúde do Estado
- 2 Clubes
- 5 Bibliotecas
- 27 Paróquias
- 31 Templos Protestantes
- 74 Centros Espíritas e Umbandistas
- 5 Cartórios do Registro Civil
- 1 Cartório de Registro de notas
- 4 Postos do I.N.P.S.
- 10 Juizado de Menores
- 9 Agências de Correio
- 2 Jornais
- 2 Postos Telefônicos
- 6 Empresas de onibus
- 6 Estações ferroviárias
- 2 Batalhões de Polícia Militar
- 5 Delegacias de Polícia
- 1 Corpo de Bombeiros
- 1 Mercado Municipal
- 54 Feiras livres

Observação: dados obtidos na Prefeitura Municipal.

O subdistrito da Penha conta ainda com recursos

comunitários de vários tipos: assistenciais, de saúde e beneficentes.

Foi levantado junto ao Serviço Social do Centro de Saúde I de Penha os seguintes recursos comunitários do subdistrito e adjacências:

- 4 Creches
- 3 Postos de Saúde Municipal
- 6 Entidades Beneficentes e Assistenciais
- 5 Postos do I.N.P.S.
- 7 Hospitais
- 1 Centro Social do SESI

O Serviço do C.S.I. Penha serve-se de todos esses recursos comunitários para encaminhamentos, embora não oficialmente.

A área da Penha é de 52.236 km² (5223,6 ha) e a população é de 750.000 habitantes (estimada para 1977) com uma densidade populacional de 14.358 habitantes/km² (143,6 habitantes/ha).

2.2. Serviço de Abastecimento de Água

A Penha tem seu abastecimento de água feito pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP) através da Regional da Penha.

A população abastecida com água potável é de aproximadamente 85,00% da população total estando acima das recomendações feitas pelo "Plano Decenal de Saúde para a América" da O.P.S./OMS⁽¹²⁾. Portanto 637.500 habitantes são servidos com água da SABESP. O número de hidrômetros e de ligações é de 131.270.

2.2.1. Sistemas Abastecedores

A Penha é abastecida por 2 sistemas de abastecimento de água através dos reservatórios de Vila Guarani e de Penha.

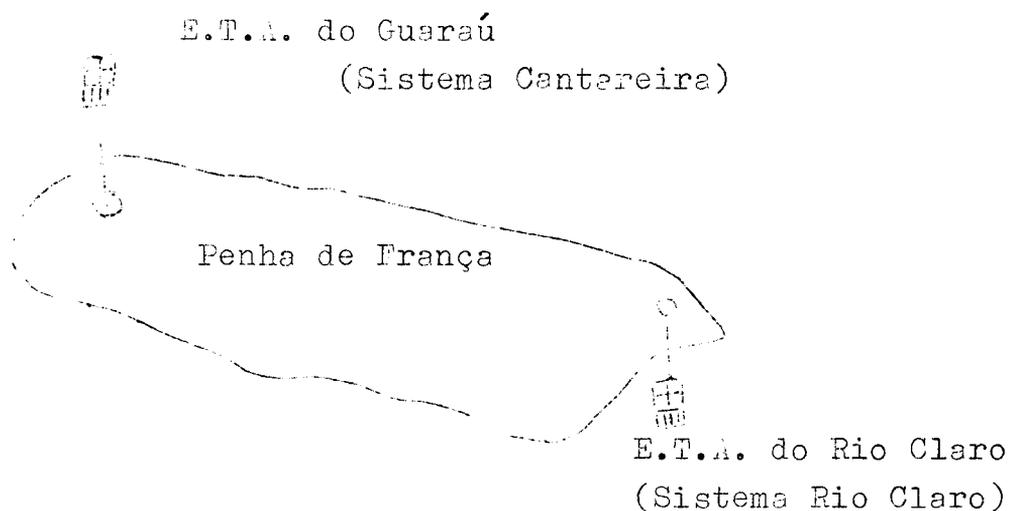
O reservatório de Vila Guarani é abastecido com água proveniente do Sistema Rio Claro (E.T.A. do Rio Claro, vazão: 3 m³/seg. cujo manancial é proveniente da Barragem do Ribeirão do Campo.

O reservatório da Penha recebe água proveniente do Sistema Cantareira (E.T.A. do Guaraú; vazão: $11 \text{ m}^3/\text{seg}$) cujo manancial abastecedor da E.T.A. de maior importância é a Represa Faiva Castro !

O tratamento realizado nas estações de tratamento de água é do tipo convencional e consiste basicamente de:

- pré-cloração ao break-point
- coagulação
- floculação
- decantação
- pós-cloração
- correção do pH

2.2.2. "Croquis" do Sistema de Abastecimento



Com relação à vazão aduzida para o Setor Penha fez-se o seguinte cálculo através dos dados de consumo (m^3) dos totais de hidrômetros, fornecidos pela Sabesp.

nº de hidrômetros: 131.270

consumo bimestral: $6.251.879 \text{ m}^3$

vazão aduzida = $\frac{6.251.879}{60 \times 86.400} \approx 1,2 \text{ m}^3/\text{seg.}$

A vazão aduzida aproximadamente é de $1,2 \text{ m}^3/\text{seg.}$

2.2.3. Cálculo de cota "per capita"

$$Q = 1,2 \text{ m}^3/\text{seg.} = 1,2 \times 86.400 = 103.680 \text{ m}^3/\text{dia}$$

$$Q = 103.680 \text{ m}^3/\text{dia}$$

$$P = 637.500 \text{ habitantes}$$

$$q \times P = Q$$

$$q = \frac{Q}{P} = \frac{103.680 \text{ m}^3/\text{dia}}{637.500 \text{ hab.}} = 0,16 \text{ m}^3/\text{dia} \times \text{hab.}$$

$$P = 637.500 \text{ hab.}$$

$$q = 160 \text{ l./habitante por dia}$$

Portanto o "per capita" de água calculado foi de 160 litros por dia.

2.2.4. Qualidade da água

Os dados relativos à qualidade da água dos sistemas abastecedores do setor Penha referem-se à qualidade dos efluentes finais das estações de tratamento de água de Rio Claro e Guaraú.

Os exames físico-químicos e bacteriológicos das águas provenientes de ambas as estações de tratamento de água acima mencionados, são realizados nos laboratórios da SABESP e da CETESB. O quadro 1 relaciona as características físico-químicas e bacteriológicas dos efluentes finais dos Sistemas: Rio Claro e Guaraú.

Quadro 1 - Características físico-químicas e bacteriológicas dos sistemas Rio Claro e Guaraú

Características físico-químicas e bacteriológicas	Rio Claro	Guaraú
Cor	10 U.C.	10 U.C.
Turbidez	2 UJT	2 UJT
pH	Ao pH de saturação (pH ± 0,5)	Ao pH de saturação (pH ± 0,5)
Cloro	2,0 ± 0,3 ppm Cl ₂	1,5 ± 0,3 ppm Cl ₂
Ferro	0,30 ppm Fe	0,30 ppm Fe
Dureza total	100ppmCaCO ₃	100ppm CaCO ₃
Alcalinidade OH ⁻	zero	zero
Alcalinidade CO ₃ ⁻	120ppmCaCO ₃	120ppm CaCO ₃
Colimetria	Ausência de Coliformes totais e fecais	Ausência de Coliformes totais e fecais

Fonte: Divisão de Controle de Qualidade de água do Departamento de Controle Sanitário da SABESP

2.3. Serviço de Esgotos Sanitários

O Serviço de Esgotos Sanitários do setor Penha é

feito também pela SABESI e pertence igualmente à Regional Penha. (Ver "croquis" de Serviços de Esgotos).

A população da área é de aproximadamente 750.000 habitantes (estimada para 1977) e a população esgotada corresponde a 33,33% da população total, isto é, aproximadamente 250.000 habitantes são servidos por esgoto. Como se vê o Serviço de Esgotos Sanitários da Penha é bastante precário.

O corpo receptor de todos os esgotos é o Rio Tiete e não existe nenhum tratamento prévio desses esgotos.

2.4. Serviço de Lixo e Limpeza Pública

O Serviço de coleta de lixo e limpeza pública do setor Penha está inteiramente sob a responsabilidade de uma firma contratada, a Vega-Sopave.

O total de lixo coletado atinge uma média de 10.000 toneladas por mês.

2.4.1. Limpeza de feiras

Semanalmente a firma contratada (Vega-Sopave) mobiliza em torno de 5 homens para atender cada feira, isto é, um total aproximado de 270 homens para atender as 54 feiras livres existentes na Penha.

2.4.2. Frequência de coleta de lixo

A coleta é feita três vezes por semana e cobre toda a área da Penha (52 km²) atendendo toda a população existente (750.000 habitantes).

2.4.3. Disposição final do lixo

Todo o lixo doméstico coletado no setor Penha pela firma contratada (Vega-Sopave) é destinado ao Aterro Sanitário de Eng^o Goulart.

2.5. Análise dos dados de mortalidade

2.5.1. Principais causas de óbitos segundo idade e sexo

Analisando a Tabela 1, verificou-se que as três primeiras causas de óbito do ano de 1970 foram referentes a doenças cérebro-vasculares, doenças isquêmicas do coração e tumores malignos, incluindo-se os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos, que somados representam **41,7%** do total de óbitos, atingindo mais o grupo etário de cinquenta anos ou mais.

Essa proporção de óbitos por doenças degenerativas é peculiar dos países industrializados.

A poluição do ar, "stress", causado pelo tumulto das grandes cidades são fatores coadjuvantes na prevalência dessas causas de morte.

As enterites e outras doenças diarreicas ocupam o 4º lugar, como causas de morte, sendo que a sua incidência maior é no grupo etário de menores de 1 ano de idade (89,0%).

A deficiência nutricional costuma ser uma das causas predisponentes de grande parte dos óbitos por enterites e outras doenças diarreicas nessa faixa etária de menores de 1 ano.

Analisando a Tabela 2, do ano de 1971, observou-se que as 3 primeiras causas de óbito, continuam sendo as Doenças isquêmicas do coração, Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos e as Doenças Cérebro-vasculares, que somam 34,99% do total de óbitos, atingindo em maior escala o grupo etário de 50 anos e mais.

A pneumonia, responsável por 8,17% dos óbitos, é mais frequente no grupo etário de menores de 1 ano (57,7%).

As enterites e outras doenças diarreicas figuram como 6ª causa de morte, contribuindo com 6,22% dos óbitos em geral, sendo que sua frequência maior se situa na faixa etária de menores de 1 ano, que são responsáveis por 94,9% dos casos.

Figuram os acidentes de veículos e a motor como 9ª causa de morte, contribuindo com 3,96% dos óbitos em geral.

Lesões ao nascer, parto, distóxias e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais contribuem com 4,08%

dos óbitos em geral.

Não é difícil compreender a alta contingência de morbidades consequentes dessas mesmas causas, que custam - pesado tributo à sociedade e que não chegaram a levar ao óbito.

Na Tabela 3, do ano de 1972, verifica-se como nos demais, que as primeiras causas de óbito continuam sendo as Doenças isquêmicas do coração, tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos e Doenças cérebro-vasculares, com maior frequência - no grupo etário de maiores de 50 anos.

A pneumonia ocupa o 42 lugar pela ordem de frequência, contribuindo com 8.44% dos óbitos, sendo o grupo etário de menores de 1 ano o mais atingido, responsável por 60,9% dos óbitos por essa causa.

Como se verificou nas Tabelas anteriores, o grupo etário de menores de 1 ano é responsável pela quase totalidade dos óbitos por Enterites e outras doenças diarreicas, atingindo a proporção de 98,8% dos óbitos por essa causa.

Na Tabela 4, referente às dez principais causas de óbito do ano de 1973, nota-se como nos anteriores que as Doenças isquêmicas do coração, Doenças cérebro-vasculares, tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hemotopoiéticos figuram como as 3 primeiras causas de óbito, e contribuem com 32,8% dos óbitos em geral, atingindo mais o grupo de 50 anos e mais.

O grupo etário de menores de 1 ano é responsável por 60,9% dos óbitos por pneumonia e 85,8% dos óbitos por enterites e outras doenças diarreicas.

Tabela 4 - Principais causas de óbitos por idade, sexo, número e percentagem* para os residentes em Penha de França em 1973

CAUSAS (LISTA B**)	IDADE (anos)		1-4		5-19		20-49		50 +		TOTAL			
	SEXO		M	F	M	F	M	F	M	F	Nº	%		
1 Doenças isquêmicas do coração (B-28)			-	-	-	-	16	4	120	81	221	13,23		
2. Doenças cerebro-vasculares (B-30)			-	-	1	-	1	1	21	10	71	68	173	10,23
3. Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hemato-poéticos (B-19)			-	-	2	3	3	4	5	14	83	41	155	9,28
4. Pneumonia (B-32)			52	34	5	4	1	2	9	6	15	13	141	8,44
5. Enterite e outras doenças diarrêicas(B-4)			52	39	2	5	-	-	2	1	2	3	106	6,35
6. Todas as demais doenças (B-46)			9	7	2	-	-	2	14	17	26	23	100	5,99
7. Diabetes Mellitus (B-21)			-	-	-	-	2	-	2	4	19	48	75	4,49
8. Acidentes de veículos a motor (BE-47)			-	-	4	-	8	4	26	4	9	7	62	3,71
9. Outras causas de mortalidade perinatal (B-44)			27	19	-	-	-	-	-	-	-	-	46	2,75
10. Sintomas e estados mórbidos mal definidos (B-45)			6	6	1	1	1	-	10	2	6	12	45	2,69

* Percentagem sobre o total de 1670 óbitos

** Lista B da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Fonte: Centro de Informações da Saúde (C.I.S.)

Tabela 3 - Principais causas de óbitos por idade, sexo, número e percentagem* para os residentes em Penha de França em 1972

CAUSAS (LISTA B**)	Idade (anos)		SEXO		TOTAL							
	< 1	1-4	5-19	20-49	50 +			Nº	%			
1. Doenças isquêmicas do coração (B-28)	-	-	-	-	-	-	20	7	120	86	233	14,53
2. Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (B-19)	-	-	-	1	2	2	31	14	77	51	178	11,10
3. Doenças cerebro-vasculares (B-30)	-	-	-	-	-	1	11	10	80	56	160	9,98
4. Pneumonia (B-32)	42	29	4	5	6	-	16	10	29	7	139	8,67
5. Todas as demais doenças (B-46)	11	3	2	-	1	-	16	14	37	31	115	7,17
6. Enterite e outras doenças diarrêicas (B-4)	48	32	-	1	1	-	1	1	2	1	87	5,42
7. Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (B-43)	47	13	-	-	-	-	-	-	-	-	60	3,74
8. Acidentes de veículos a motor (BE-47)	-	-	-	-	6	3	21	4	15	7	56	3,49
9. Diabetes Mellitus (B-21)	-	-	-	-	-	-	3	3	15	31	52	3,24
10. Outras formas de doença do coração (B-29)	1	1	-	-	1	-	9	3	15	22	49	3,05

* Percentagem sobre o total de 1604 óbitos

** Lista B da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Fonte: Centro de Informações da Saúde (C.I.S.)

Tabela 2 - Principais causas de óbitos por idade e sexo, número e percentagem* para os residentes em Penha de França em 1971.

CAUSAS (LISTA B**)	Idade (anos)		1-4		5-19		20-49		50 +		TOTAL	
	Sexo		M	F	M	F	M	F	M	F	Nº	%
1. Doenças isquêmicas do coração (B-28)	-	-	-	-	-	-	12	6	109	88	215	13,51
2. Tumores malignos incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (B-19)	-	-	1	1	2	1	22	20	76	57	179	11,24
3. Doenças cerebro-vasculares (B-30)	1	-	1	-	-	-	16	19	56	69	162	10,18
4. Pneumonia (B-32)	35	40	3	4	1	6	16	2	13	10	130	8,17
5. Todas as demais doenças (B-46)	8	6	3	2	3	2	16	13	40	20	113	7,10
6. Enterite e outras doenças diarrêicas (B-4)	45	49	-	1	-	-	-	49	1	2	99	6,22
7. Outras formas de doenças do coração (B-29)	-	2	1	1	-	1	5	6	30	20	66	4,15
8. Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (B-43)	31	34	-	-	-	-	-	-	-	-	65	4,08
9. Acidentes de veículos a motor (BE-47)	-	-	1	-	6	7	24	10	11	4	63	3,96
10. Sintomas e estados morbidos mal definidos (B-45)	14	18	1	3	1	1	8	2	6	6	60	3,77

* Percentagem sobre o total de óbitos: 1592

** Lista B da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Fonte: Centro de Informações da Saúde (C.I.S.)

Tabela 1 - Principais causas de óbitos por idade, sexo, número e percentagem* para os residentes em Penha de França em 1970.

CAUSAS (LISTA B**)	IDADE (ANO)		SEXO		5-19		20-49		50 +		TOTAL	
	< 1	1-4	M	F	M	F	M	F	M	F	Nº	%
1. Doenças cerebro-vasculares (8-30)	-	-	-	1	-	-	13	10	94	87	287	18,71
2. Doenças isquêmicas do coração (B-28)	-	-	-	-	-	-	17	5	96	88	206	13,43
3. Tumores malignos incluídos os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos (B-19)	-	1	-	2	1	-	17	17	59	50	147	9,58
4. Enterite e outras doenças diarreicas (B-4)	58	48	1	2	-	1	4	-	2	3	119	7,76
5. Todas as demais doenças (B-46)	7	12	-	-	-	4	13	14	32	26	108	7,04
6. Pneumonia (B-32)	36	27	1	5	2	3	9	3	6	7	99	6,45
7. Outras formas de doença coração (B-29)	1	2	-	1	-	-	10	2	28	38	82	5,35
8. Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (B-43)	41	23	-	-	-	-	-	-	-	-	64	4,17
9. Sintomas e estados mórbidos mal definidos (B-45)	13	4	1	-	1	-	7	6	9	8	49	3,19
10. Outras causas de mortalidade perinatal (B-44)	27	20	-	-	-	-	-	-	-	-	47	3,06

* Percentagem sobre o total de 1534 óbitos

** Lista B da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Fonte: Centro de Informações da Saúde (C.I.S.)

2.5.2. Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil, mede o risco de morte nos vários meses compreendidos dentro do primeiro ano de vida. Como os coeficientes assim obtidos referem-se sempre ao total de nascidos vivos, sua soma reproduz o coeficiente de mortalidade infantil para este ano, que pretende representar um dos índices mais sensíveis das condições de saúde de uma população⁽¹⁾. Idealmente nenhuma criança deveria morrer, exceto, é claro, as nascidas com sérias deficiências tais como, vícios de conformação congênitos ou desordens que se originam na vida uterina⁽¹⁴⁾.

Estuda-se a mortalidade infantil desdobrada porque as causas de morte de menores 1 ano não se distribuem uniformemente durante o período. Os vícios de conformação congênitas e as causas ligadas ao parto fazem sentir sua influência com maior intensidade nos primeiros dias de vida, ao passo que as doenças respiratórias, infecciosas e alimentares, refletindo mais diretamente as condições do meio, só mais adiante é que pesam no abituário infantil⁽¹⁴⁾.

Usualmente decompõe-se a mortalidade infantil em duas frações: a mortalidade neo-natal e a mortalidade infantil tardia, que medem respectivamente, a força da mortalidade durante o primeiro mês e no restante do primeiro ano de vida⁽¹⁴⁾.

Costuma-se classificar a mortalidade infantil em:

Fraca; quando o coeficiente é inferior a 50

Moderada; quando variando entre 50 e 70

Forte; quando situada entre 70 e 100

Muito forte; quando acima de 100 óbitos por 1000 nascidos vivos⁽¹⁴⁾.

Pelos dados obtidos verifica-se que a mortalidade infantil de Penha de França, S.P. de 1970 a 1973 - classifica-se como forte.

Os dados obtidos são compatíveis com os relacionados por Yunes⁽¹⁶⁾, para o Município de São Paulo, onde se observa um aumento gradual do coeficiente de mortalidade infantil a partir de 1960, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Evolução da mortalidade geral e infantil, no Município de São Paulo, de 1960 a 1969.

ANO	MORTALIDADE GERAL POR MIL HABITANTES	MORTALIDADE INFANTIL POR MIL NASCIDOS VIVOS
1960	8,3	62,9
1961	8,1	60,2
1962	8,7	64,4
1963	9,0	69,9
1964	8,7	67,7
1965	8,6	69,4
1966	8,8	73,8
1967	8,7	74,4
1968	8,1	75,1
1969	9,3	83,8

Fonte: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil - Rio de Janeiro 1950 - 1972

Observando-se a Tabela 6 nota-se que o coeficiente de mortalidade neo-natal se apresenta mais alto que o da infantil tardia nos anos de 1970 e 1971, diminuindo em 1972. Estes dois coeficientes quase se igualam, talvez devido a uma melhora nos serviços de pré-natal e assistência ao parto, e nas condições gerais de saneamento básico da região. Em 1973 pode-se observar que a mortalidade neo-natal se mantém no mesmo nível que em 1972 enquanto que a mortalidade infantil tardia se eleva e ultrapassa os níveis dos anos anteriores, elevando desta maneira o coeficiente de mortalidade infantil. Isso pode ser atribuído a uma piora nas condições sócio-econômicas (pois o salário mínimo não tem acompanhado o aumento do custo de vida) e de saneamento básico, uma vez que este é sensível às condições sócio-econômicas. Observando-se as Tabelas 1, 2, 3 e 4 de causas de óbitos nota-se que houve um aumento no número de óbitos por enfermidades infecciosas e parasitárias na faixa etária de 0 a 1 ano, podendo ter sido o maior responsável pelo acréscimo na mortalidade infantil em 1973, ou talvez neste ano tenha ape

nas melhorado a coleta de dados. Tem sido objeto de verificação comum que das duas parcelas da mortalidade infantil, a de mais difícil redução é a representada pela mortalidade neo-natal, pelo fato de muitas de suas causas escaparem a qualquer controle, mantendo-se à margem dos progressos da medicina. É devido a isso que nos países em que está baixando a mortalidade infantil, a redução de óbitos ocorre principalmente na faixa etária de 1 a 11 meses.

Tabela 6 - Coeficiente de mortalidade neo-natal, infantil tardia e infantil em Penha de França dos anos de 1970 a 1973

ANO	MORTALIDADE NEO-NATAL %	MORTALIDADE INFANTIL TARDIA %	MORTALIDADE INFANTIL %
1970	45,84	39,09	84,93
1971	47,13	40,74	87,87
1972	41,63	38,16	79,79
1973	41,24	46,93	88,17

Fonte: Centro de Informações de Saúde (C.I.S.)

A mortalidade neo-natal, embora decrescente é considerada alta, sabe-se que a mesma pode ser reduzida proporcionando-se uma melhor assistência materno-infantil onde é importante lembrar que as doenças infecciosas ainda colaboram em grande parte para o aumento destes coeficientes. Sabe-se que as doenças infecciosas são evitáveis com melhor atendimento médico sanitário e educacional e melhor oferta de alimentos (prevenindo desnutrição).

Deve-se levar em conta o problema do sub-registro de nascidos vivos que na cidade de São Paulo, apesar de pequeno, ainda existe, como se comprovou no inquérito domiciliário onde se verificou que uma das causas das crianças não frequentaram o serviço médico e de imunizações era a falta de registro civil.

Sugere-se que seja proporcionada a gratuidade na efetuação do Registro Civil e que o mesmo possa ser feito tanto no local de nascimento como de residência, -

atendendo a conveniência da família do recém-nascido.

Tabela 7 - Taxas de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos, em alguns países de vários continentes, no período de 1966/1970

Continentes e países	Taxa por 1.000 Nascidos Vivos				
	1966	1967	1968	1969	1970
EUROPA					
Suécia	12,6	12,9	13,1	11,7
Noruega	14,6	14,8	13,7	13,8
Dinamarca	16,9	15,8	16,4	14,8	14,2
França	21,7	20,7	20,4	19,6	15,1
Tchecoslováquia	23,8	22,9	22,2	23,1	22,1
ÁSIA E OCEÂNIA					
Japão	19,3	14,9	15,3	14,2	13,1
Austrália	18,2	18,3	17,8	17,9	17,9
Nova Zelândia	17,7	18,0	18,7	16,9	16,7
AMÉRICA DO NORTE					
Canadá	23,1	22,0	20,8	19,3	18,8
Estados Unidos	23,7	22,4	21,8	20,7	19,8
AMÉRICA DO SUL					
Venezuela	46,5	42,4	45,5	46,9	48,7
Uruguai	43,3	50,0	53,9	48,7	42,6
Brasil*	97,0	92,7	92,0	94,0	96,0

Fonte: Demographic Yearbook - United Nations - Divisão de Estatística DNEES - MS

* Dados referentes a 22 capitais, em média.

Em relação à Mortalidade Infantil, Penha de França pode ser considerado de baixo nível de saúde, variando em indicador de 84,93% em 1971, baixando para 79,79% em 1972 e aumentando novamente para 88,17% mortos vivos em 1973 (Tabela 6).

Comparando com o Município de São Paulo, Tabela 5, apesar de não coincidirem os anos, nota-se que é em média mais elevada.

Se compararmos com as capitais do Brasil, Tabela 8 com todas as distorções que possam ser identificadas (principalmente pelo subregistro e má coleta de dados) verificamos que Penha de França está em situação menos grave que a maioria das capitais brasileiras.

Se compararmos com a Tabela 7, verificamos que a taxa de mortalidade infantil em Penha de França é elevadíssima, comparada com a de outros países.

Sabemos que entre as principais causas de óbito na população infantil, a grande maioria evitáveis, encontram-se doenças infecciosas. A desnutrição é frequente como causa principal ou associada de morte.

Em relação à Mortalidade Neo Natal, conforme Tabela 6, verificamos que ela é elevada, observando-se 45,84 por mil nascidos vivos em 1970, 47,13 por mil em 1971, 41,63 por mil em 1972 e 41,24 por mil em 1973. Se forem comparados com outros países de acordo com o "Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez"⁽²⁾, por exemplo na Califórnia onde em 1973 a mortalidade Neo Natal atinge a 12,7 por mil nascidos vivos, notamos que em Penha de França morrem 3,25 vezes mais crianças nos primeiros 28 dias de vida do que na Califórnia.

Se compararmos com Recife que nesse mesmo ano de 1973 contou com uma mortalidade neo natal de 35,3 por mil nascidos vivos, notamos que em Penha de França ainda é mais elevada (41,24 por mil nascidos vivos).

A ação de múltiplos fatores influem na elevada taxa de mortalidade neo natal.

Assim o estado de saúde da mãe antes e durante a gestação, bem como os riscos do parto.

O conhecimento em nosso meio sobre os fatores bio-psicosociais, associados à ocorrência de recém-

-nascidos de baixo peso é bastante precário, sabe-se que o baixo peso ao nascer concorre com a maior mortalidade neo-natal e peri natal.

Em geral é baseado na literatura estrangeira que relaciona como fatores principais o tempo de gestação, paridade, a idade da mãe, complicações maternas, nutrição, classe social, hábitos de fumar e outros fatores maternos.

2.5.3. Coeficiente Geral de Natalidade

Tabela 9 - Coeficiente Geral de Natalidade em Penha de França, São Paulo, de 1970/1973

Ano	Nascidos Vivos	População	Coeficiente geral de Natalidade (%)
1970	4298	137.818	31.19
1971	4541	141.801	32.02
1972	4612	146.401	31.50
1973	4219	150.600	28.01

Fonte - Centro de Informação de Saúde (CIS)

Esse indicador mede a velocidade com que os nascimentos estão ocorrendo na população.

O coeficiente geral de natalidade na região de Penha de França revela uma leve tendência a diminuir nos últimos 3 anos pesquisados.

Segundo dados do Programa Materno Infantil, espera-se para o Brasil um aumento demográfico que em 1970 e 1980 se situaria entre 2,7 e 2,8% e nas décadas seguintes continuaria a tendência declinante, de forma bem mais acentuada.

Isso faria com que "o aumento das oportunidades de emprego, se continuarem prevalecendo as atuais taxas, seria superior a 3,5% ao ano, bem mais rápido, que o crescimento populacional".

2.5.4. Coeficiente de Mortalidade Materna

Tabela 10 - Coeficiente de Mortalidade Materna em Penha de França, São Paulo, de 1970/1973

ANO	Número de Óbitos	Nascidos Vivos	Coeficiente por 1000 nascidos vivos
1970	3	4298	0.70
1971	-	4541	-
1972	3	4612	0.65
1973	5	4219	1.19

Fonte- Centro de Informações de Saúde (CIS)

Nota-se que a mortalidade Materna é elevada. Embora a observação da pesquisa realizada em Vila Ré, em relação a toda a região de Penha de França, possa ser de valor limitado, é válida a observação de que, embora os recursos disponíveis tenham sido procurados, como se verifica na análise das entidades procuradas pela população amostrada de Vila Ré, para o ano de 1977, os valores numéricos mostram a deficiência no atendimento às gestantes da região.

Se compararmos com os dados gerais do Brasil, para os anos de 1965/69, da Tabela 11, verifica-se que estão melhores; mas se compararmos com países desenvolvidos notamos o subdesenvolvimento através desse dado.

Tabela 11 - Taxa de Mortalidade Materna por mil nascidos vivos, em alguns países de vários continentes, no período de 1965/69

Continentes e países	Taxa por 1.000 Nascidos Vivos				
	1965	1966	1967	1968	1969
EUROPA					
Suécia	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Noruega	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1
Dinamarca	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Tchecoslováquia	0,3	0,3	0,3	0,3	...
ASIA E OCEANIA					
Japão	0,9	...	0,7	0,7	...
Austrália	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Nova Zelândia	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2
AMÉRICA DO NORTE					
Canadá	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
Estados Unidos	0,3	0,3	0,3	0,2	...
AMÉRICA DO SUL					
Venezuela	1,1	1,2	...	0,8	0,7
Brasil*	1,5	1,6	1,5	1,5	1,1

Fonte - Demographic Yearbook - United Nations - Divisão de Estatística DNEES - Ministério da Saúde

* Dados referentes a 20 (vinte) capitais, em média.

2.5.5. Coeficiente de Mortalidade Geral

Sabe-se que o coeficiente de Mortalidade Geral não tem valor como indicador de saúde se não se fizer previamente a sua padronização.

Tabela 12 - Coeficiente de Mortalidade Geral da Região de Penha de França, São Paulo, de 1970/73

ANC	Óbitos	População	Coeficiente de Mortalidade geral (por mil)
1970	1534	137.818	11.13
1971	1592	141.801	11.23
1972	1670	146.401	11.41
1973	1604	150.600	10.65

Fonte - Centro de Informações de Saúde (CIS)

Baseando-se nos dados publicados por Yunes, Tabela 5, e comparando com esses valores os obtidos junto ao CIS, para a região de Penha de França, para os anos de 1970 a 1973, verifica-se que essa tem índices mais elevados que os do Município como um todo, se considerarmos a mesma composição populacional.

Dessa forma, os coeficientes do município - de São Paulo que se estavam mantendo em torno de 8,7 por mil, encontram-se para a região de Penha de França em torno de 11,10 por mil.

Para a sua utilização correta, teria que se considerar o fato do registro de óbitos se fazer no local da ocorrência, fato que depende das condições médico hospitalares que causa maior ou menor ocorrência, pelo fato de doentes de outros locais serem aí atendidos ou então, ao contrário de doentes desses locais serem atendidos por hospitais de outras regiões. Influi o fato no numerador, influenciando diretamente esse dado:

$$CMG = \frac{\text{nº de óbitos em uma área em determinado ano}}{\text{população total da mesma área}} \times 1\ 000$$

A análise dessa elevada mortalidade no País índice que as mesmas são em sua maioria evitáveis toxemia, hemorragias, infecções e abortos .

As gestações chamadas de alto risco também contribuem para os índices de mortalidade materna (e tam

bém de mortalidade infantil) que prevalecem no Brasil.

Apesar de não terem sido levantados os dados de causas da Mortalidade Materna na região de Penha de França, sabe-se que, como ocorre nos países em desenvolvimento, a grande maioria é por causas evitáveis.

O indicador de Swaroop-Uemura é definido como o percentual do número de mortes nas idades 50 e mais sobre o total de mortes, isto é:
$$\frac{\text{óbitos de 50 anos e mais}}{\text{total de mortes}}$$

100.

Usando 50 anos como idade limite, é claro - que se todas as pessoas sobrevivessem até os 50 anos, o - indicador proposto seria 100%; por outro lado, se na população ninguém chegasse aos 50 anos, o indicador seria - igual a zero.

Evidencia-se pela tabela 13, que na região de Penha de França o Indicador de Swaroop-Uemura em 1970, era 52,87% baixando para 50,00% em 1971, 50,75% em 1972 e subindo novamente para 52,22% em 1973.

Nas áreas que apresentam elevado nível de Saúde, o Indicador de Swaroop-Uemura tem valores acima de 75%. É influenciado pelas condições de saúde existentes.

O Indicador de Swaroop-Uemura para a região de Penha de França traduz um nível de saúde regular, entrando no nível considerado bom, isto é, no 2º nível (50% - 74%).

2.5.7. Curva de mortalidade proporcional - Curva de Nelson de Moraes

Nelson de Moraes, aproveitando sugestões do grupo de técnicos responsáveis pelo informe nº137 da OMS, propôs o indicador que denominou "curva de mortalidade proporcional". Para o cálculo dessa curva, determinou a porcentagem sobre o total de mortes, dos óbitos correspondentes aos grupos etários a seguir relacionados: menos de 1 ano de idade; 1 a 4; 5 a 19; 20 a 49 e 50 e mais anos de idade.

Esse indicador contribui para o esclarecimento de qual grupo etário está contribuindo mais para o to-

2.5.6 Indicador de Swaroop-Uemura

Tabela 13 - Indicador de Swaroop-Uemura, para a região de Penha de França, São Paulo, para os anos de 1970, 1971, 1972 e 1973

ano	óbitos de 50 anos e mais	indicadores de Swaroop-Uemura
1970	811	52,87 %
1971	796	50,00 %
1972	814	50,75 %
1973	872	52,52 %

Fonte : Centro de Informações de Saúde.

tal de mortes.

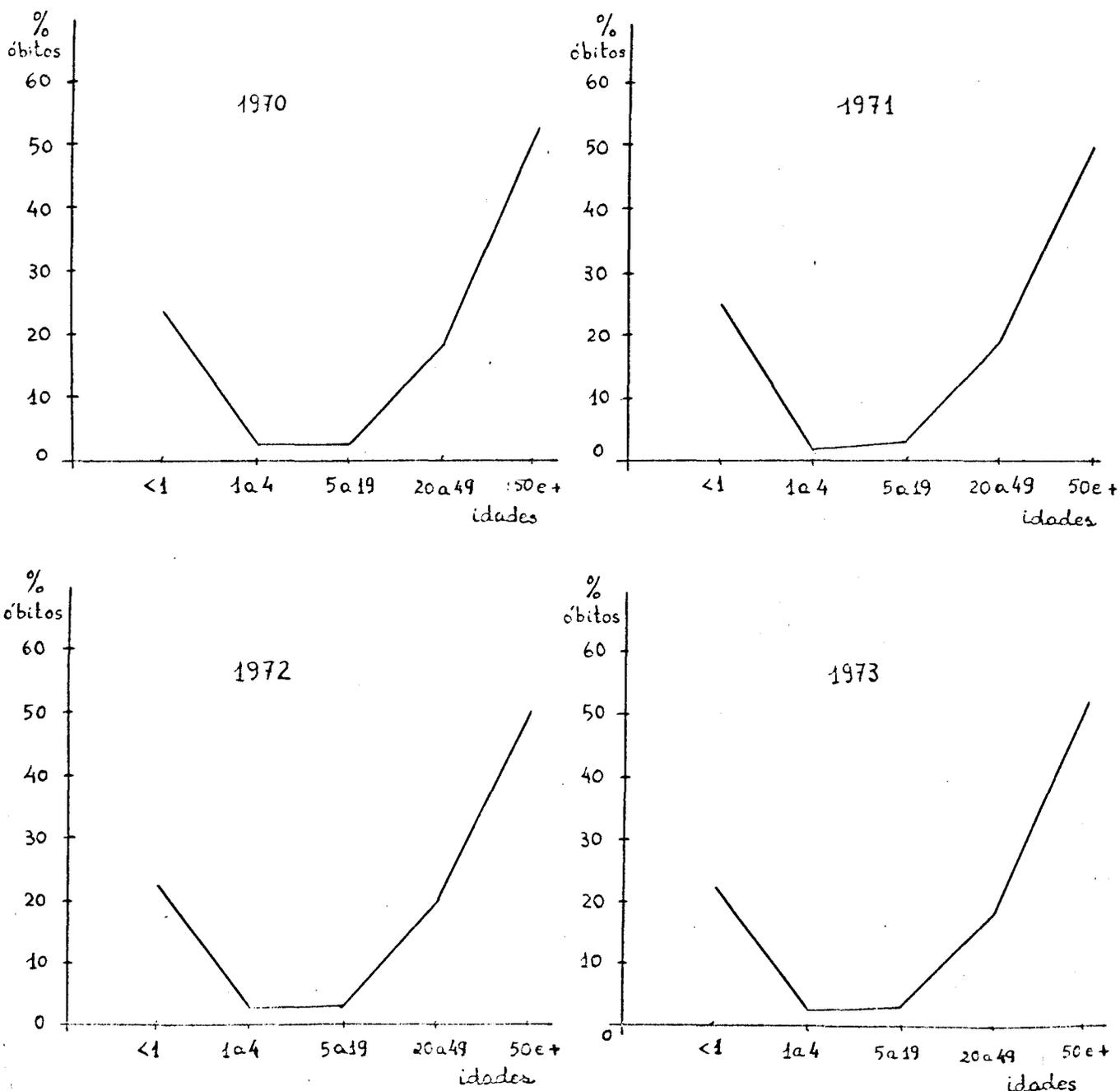
Nota-se pelo Gráfico II , Curvas de Nelson de Moraes nos anos de 1970 a 1973, que o Nível de Saúde da Região de Penha de França, é do tipo Regular. O grupo etário que mais contribui para o total de mortes é o de 50 anos e mais, sendo seguido pelo grupo etário de menores de um ano conforme o quadro II.

Quadro II - Mortalidade proporcional por grupo etário, em Penha de França, município de S. Paulo, de 1970 a 1973.

Faixa etária (anos)	1970		1971		1972		1973	
	Nº de óbitos	%						
<1	365	23,8	399	25,1	368	22,9	372	22,3
1-4	34	2,2	34	2,1	41	2,6	50	3,0
5-19	39	2,5	58	3,6	53	3,3	63	3,8
20-49	285	18,6	305	19,2	328	20,5	313	18,7
50 e +	811	52,9	796	50,0	814	50,7	872	52,2
Total	1534	100,0	1592	100,0	1604	100,0	1670	100,0

Fonte : Centro de Informações de Saúde.

Gráfico II - Curvas de Nelson de Moraes.



Fonte : Centro de Informações de Saúde.

2.5.8. Mortalidade proporcional por sexo

Tabela 14 - Mortalidade proporcional por sexo na região de Penha de França, São Paulo, nos anos de 1970/1973

SEXO	1970		1971		1972		1973	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Masculino	851	55,5	885	55,6	958	59,7	968	58,0
Feminino	683	44,5	707	44,4	646	40,3	702	42,0
Total	1534	100,0	1592	100,0	1604	100,0	1670	100,0

Fonte - Centro de Informações de Saúde (CIS)

Nota-se pela tabela 15 que a prevalência de mortes situa-se no sexo masculino nos anos de 1970/73.

Conclusões sobre o Nível de Saúde da região de Penha de França, nos anos de 1970/73.

Pela análise dos dados levantados no Centro de Informações de Saúde (CIS) conclui-se:

1. O coeficiente de mortalidade infantil é forte, indicando baixo nível de saúde.

2. O coeficiente de mortalidade neo natal é responsável em média por 41,23% dos óbitos de menores de 1 ano. - Índice deficiente assistência pré-natal, parto e do recém-nascido.

A ação de múltiplos fatores que influem na elevada taxa de mortalidade neo natal, entre as quais a gravidez de alto risco, a desnutrição materna, um dos maiores responsáveis pelo baixo peso do recém-nascido, as infecções hospitalares e outros são os maiores responsáveis por esse elevado índice.

3. Coeficiente de mortalidade materna elevado.

4. Indicador de Swaroop-Hemura, contrariando o coeficiente de mortalidade infantil e materno, indica um nível de saúde que sai do Regular e está passando a Nível

de Saúde Bom.

5. A curva de Nelson de Moraes indica um Nível de Saúde Regular.

6. As três primeiras causas de óbito são por doenças degenerativas, próprios dos países desenvolvidos, com nível de saúde bom.

7. A alta incidência de morte por enterites e outras doenças diarreicas e pneumonias no 1º ano de vida indica um Nível de Saúde compatível com o dos países em desenvolvimento.

Sugestões: Empenhar maiores esforços no sentido de dar melhor assistência materna e infantil (especialmente neonatal e infantil tardia) e às doenças degenerativas que atingem os grupos etários de 50 anos e mais.

Dar maior ênfase ao treinamento do pessoal de saúde (das Unidades Sanitárias e Hospitais). Desempenhar programas educativos junto à clientela e à Comunidade.

Dar maior ênfase à assistência à gestante de alto risco e maior controle de qualidade da assistência - ao parto e do recém-nascido.

Desenvolver programas educativos de assistência médica, visando a profilaxia das morbidades degenerativas e redução da mortalidade por essas causas no grupo etário de cinquenta anos e mais.

3. RECURSOS DE SAÚDE DA ÁREA ESTUDADA

3.1. CS-1 de Penha de França

3.1.1. Características gerais

NOME: Centro de Saúde de Penha de França

TIPO: I

ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Penha, 55 Bairro da Penha, município de São Paulo.

LOCALIZAÇÃO: é de fácil acesso, ficando próximo ao Centro comercial do bairro, servido por várias linhas de ônibus que demandam ao centro da cidade e às vilas pertencentes à região.

HORARIO DE FUNCIONAMENTO: o horário de funcionamento do -
Centro é de 7:00 às 17:00 horas.
No entanto, como se verá no decur-
so do trabalho, cada área tem seu
horário de atendimento ao público,
dentro, porém, do horário geral.

3.1.2. Capacidade Instalada

O CS-1 da Penha foi construído especificamente -
para exercer as finalidades de um Centro de Saúde, Tipo I,
tendo sido construído há 12 anos.

Análises das várias condições necessárias para o
bom funcionamento do CS levaram às seguintes considerações:

- Iluminação: de um modo geral a iluminação é regu-
lar, não chegando a comprometer as instalações, no entanto
os corredores internos e escadarias estão com iluminação de-
ficientes, com falta de lâmpadas e ainda com vários inter-
ruptores quebrados. As áreas envidraçadas das salas nem sem-
pre são suficientes.

- Ventilação: como todas as salas tem uma lateral
para um corredor interno e outra para a parte externa do
prédio, a ventilação pode ser considerada boa; no entanto -
alguns basculantes queacionam as janelas estão quebrados,
e em cada sala existem quatro janelas, ocorre que tendo -
duas quebradas a ventilação se torna deficiente não havendo
por conseguinte maior renovação do ar.

- Saneamento: uma das partes mais deficientes de
todo conjunto. Os sanitários estão mal conservados, sujos,
mal iluminados, não têm papel higiênico e faltam ainda azu-
lejos nas paredes. Um WC masculino destinado à clientela es-
tava às 10:30 horas quase inundado. As torneiras das
pias funcionam, no entanto as pias são sujas, não tendo sabão -
nem toalhas. Os ralos da parte superior do prédio parecem -
inadequados para uma vazão mais rápida o que deve levar a
inundações quando se tem uma chuva mais forte. As lixeiras
são na maioria improvisadas, feitas de caixa de papelão, en-
contrando-se porém, num corredor, um recipiente que seguia
as normas estabelecidas para acondicionamento de lixo e cole-
tado pela prefeitura. A água utilizada é da rede distribuída

pela Sabesp, e armazenada em reservatório do prédio, vista riada pelos fiscais do Centro. O esgoto é destinado à rede pública.

- Limpeza e Conservação: A conservação do pré - dío é quase nula, porém está em andamento uma reforma geral. Quanto à limpeza, nota-se que ela é feita completa, mas somente nas partes baixas, pois as janelas de algumas salas, como por exemplo a de vacinação, estão imundas. O pátio de estacionamento e o lateral poderiam ser melhor - cuidados. Alguns corredores como o do almoxarifado, parecem não pertencer ao prédio tal o abandono.

- Pisos e revestimentos das paredes: As salas - possuem tacos como piso e de uma maneira geral estão bons, porém não conservados adequadamente. O almoxarifado tem pi - so de cerâmica, porém estão soltos, o que pode causar até acidentes (também o laboratório do Adolfo Lutz). As pare - des estão sujas, principalmente as dos corredores internos, com várias delas cheias de teia de aranha. Em duas das sa - las ocorre goteiras quando chove, sendo então inutilizadas. As escadas internas não obedecem as normas de construção e são perigosas.

Como comentário geral deve-se salientar que em - bora as condições do prédio não pareçam boas para o atendi - mento ao público, algumas áreas são bem conservadas enquan - to outras estão em situação precária. Isto talvez deva-se à indisponibilidade de serventes ou mesmo a pouca importân - cia que se dá ao fato.

3.1.3. Planta física

(Ver Figuras I, II e III)

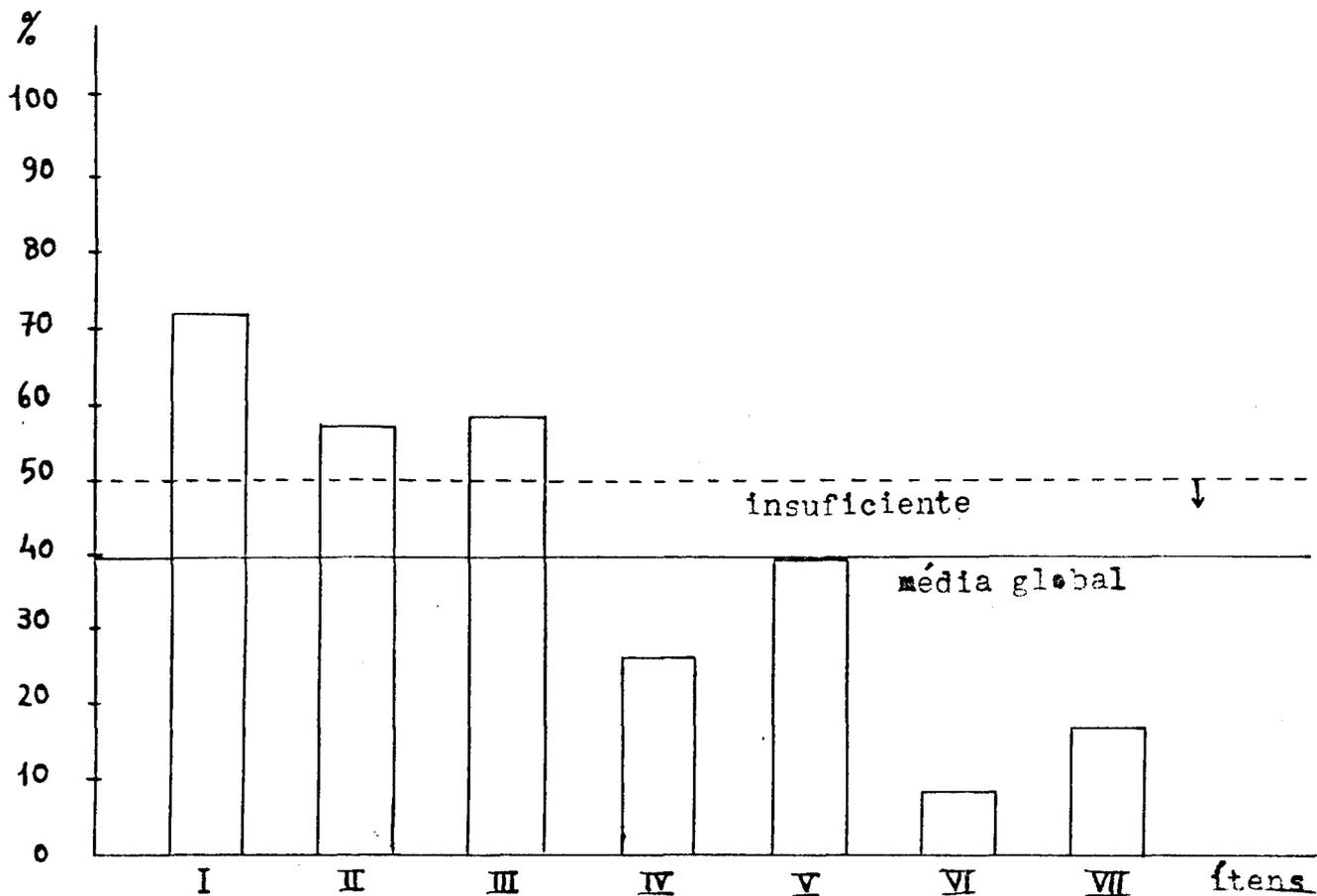
3.1.4. Organograma

(Ver páginas 35 e 36)

3.1.5. Dimensionamento de Pessoal

Os dados fornecidos pelo responsável pelo contro - le de pessoal do CS-1 de Penha de França permitem uma compa

Gráfico Avaliação da "Acreditação" do serviço de Assistência à Criança, do Centro de Saúde I de Penha de França, município de São Paulo, agosto de 1977



Fonte: Centro de Saúde I de Penha de França

Legenda:

- I -planta física
- II -recursos materiais
- III-recursos humanos
- IV -funcionamento
- V -programação e coordenação com outros serviços, programas e instituições
- VI -preparação de pessoal
- VII-atividades profiláticas

Figura I - Planta Física do CS-I Penha de França

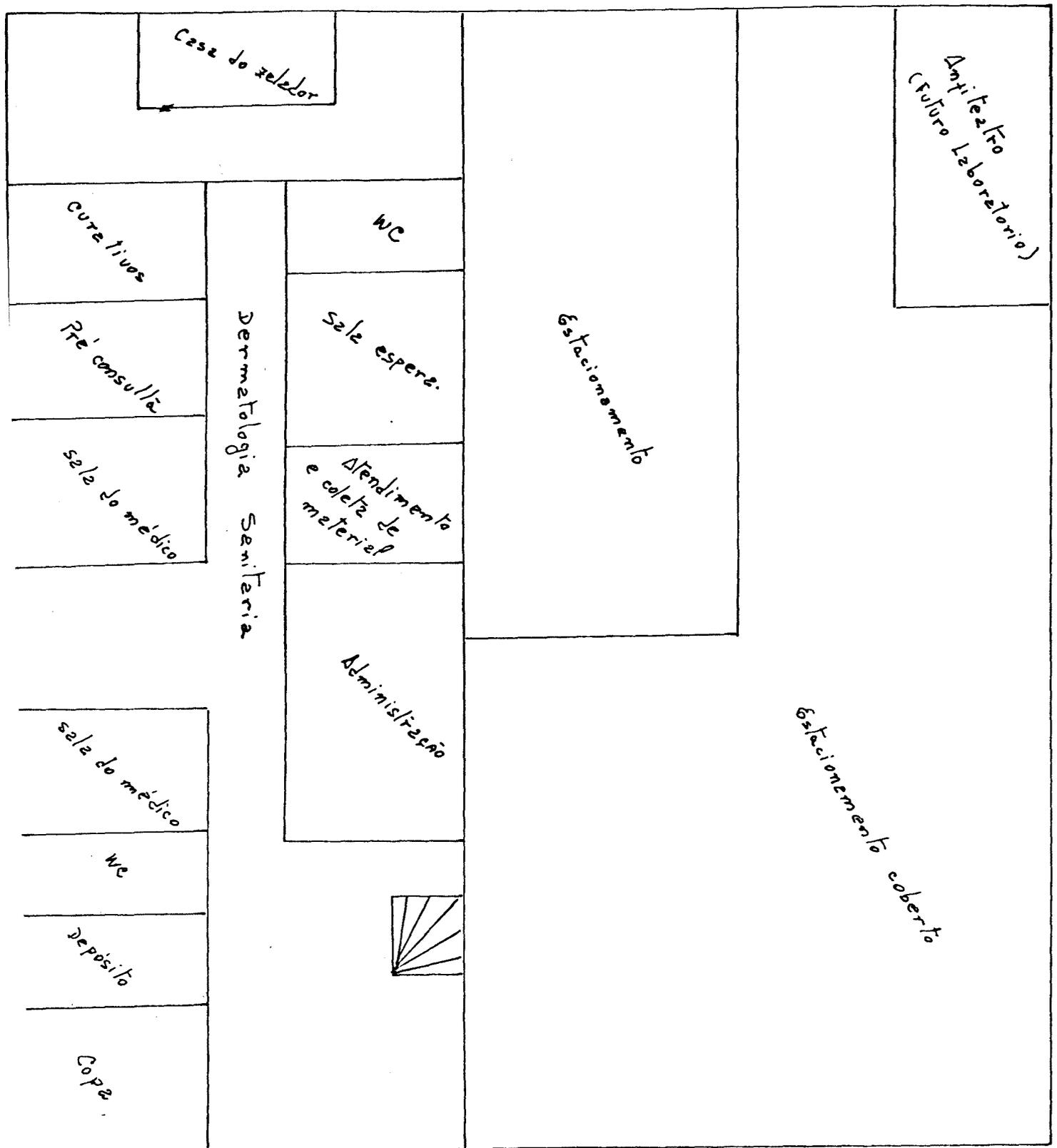
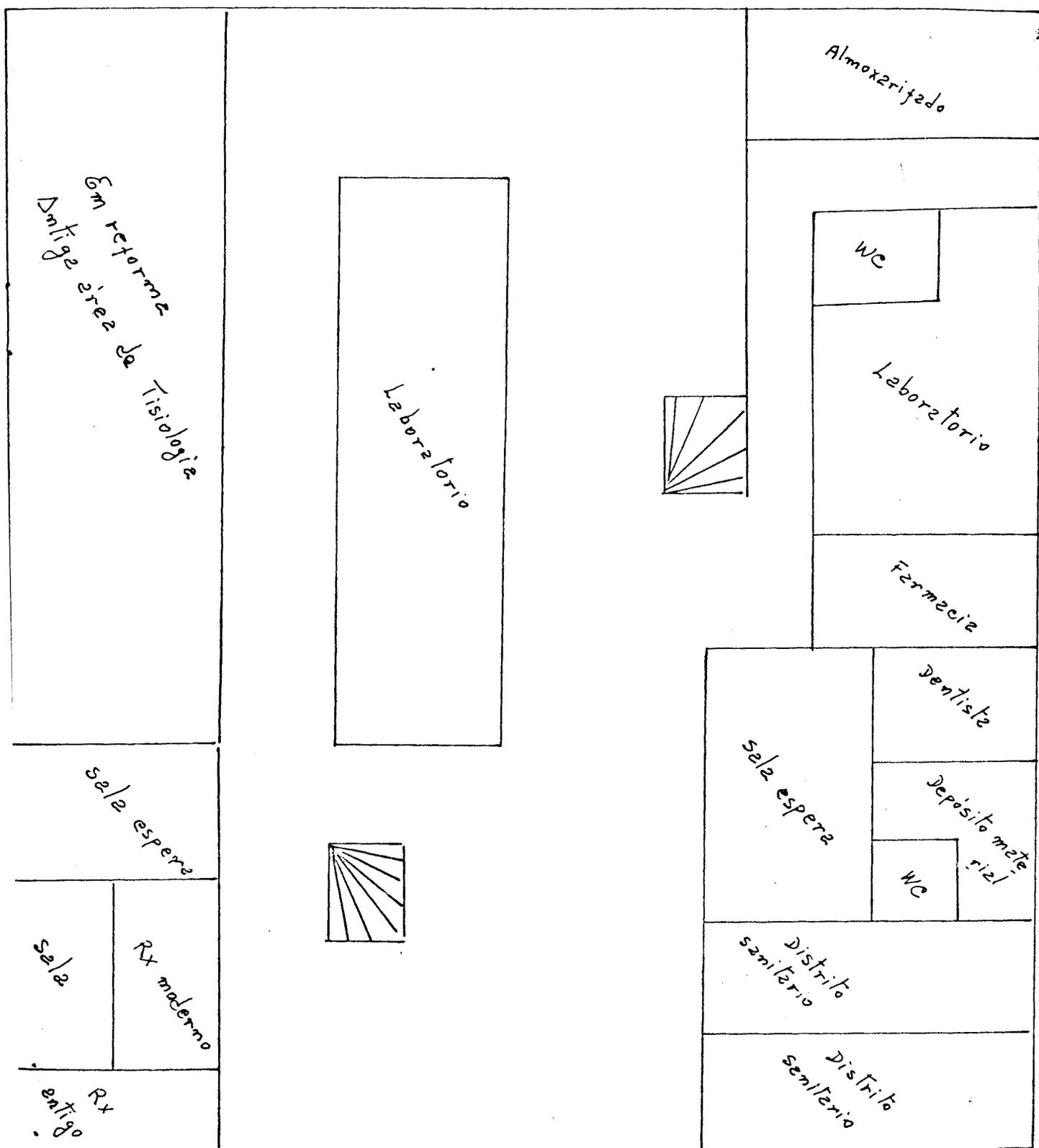
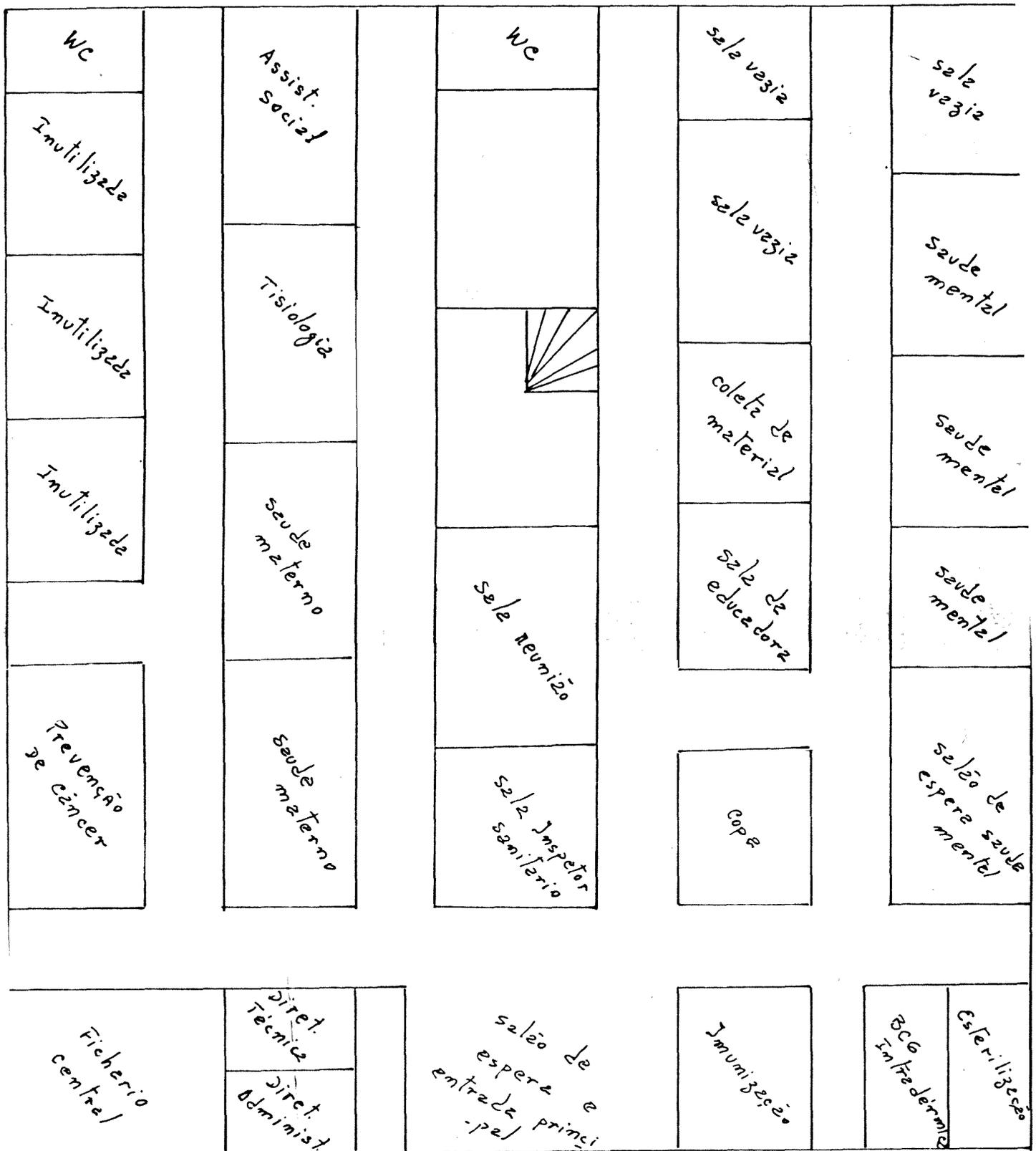


Figura II - Planta física do CS-I Penha de França



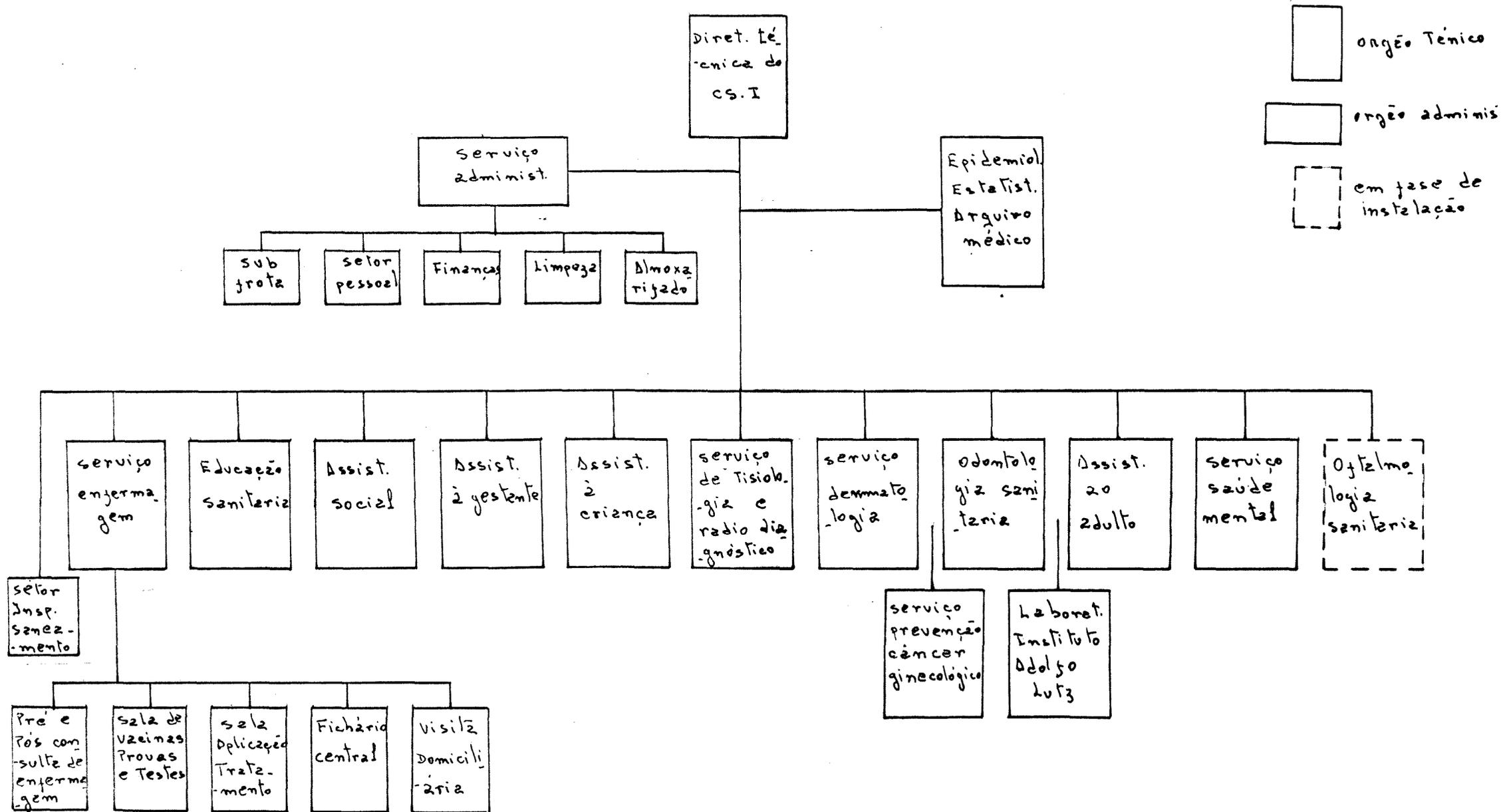
2º andar

Figura III - Planta Física do CS-I Penha de França



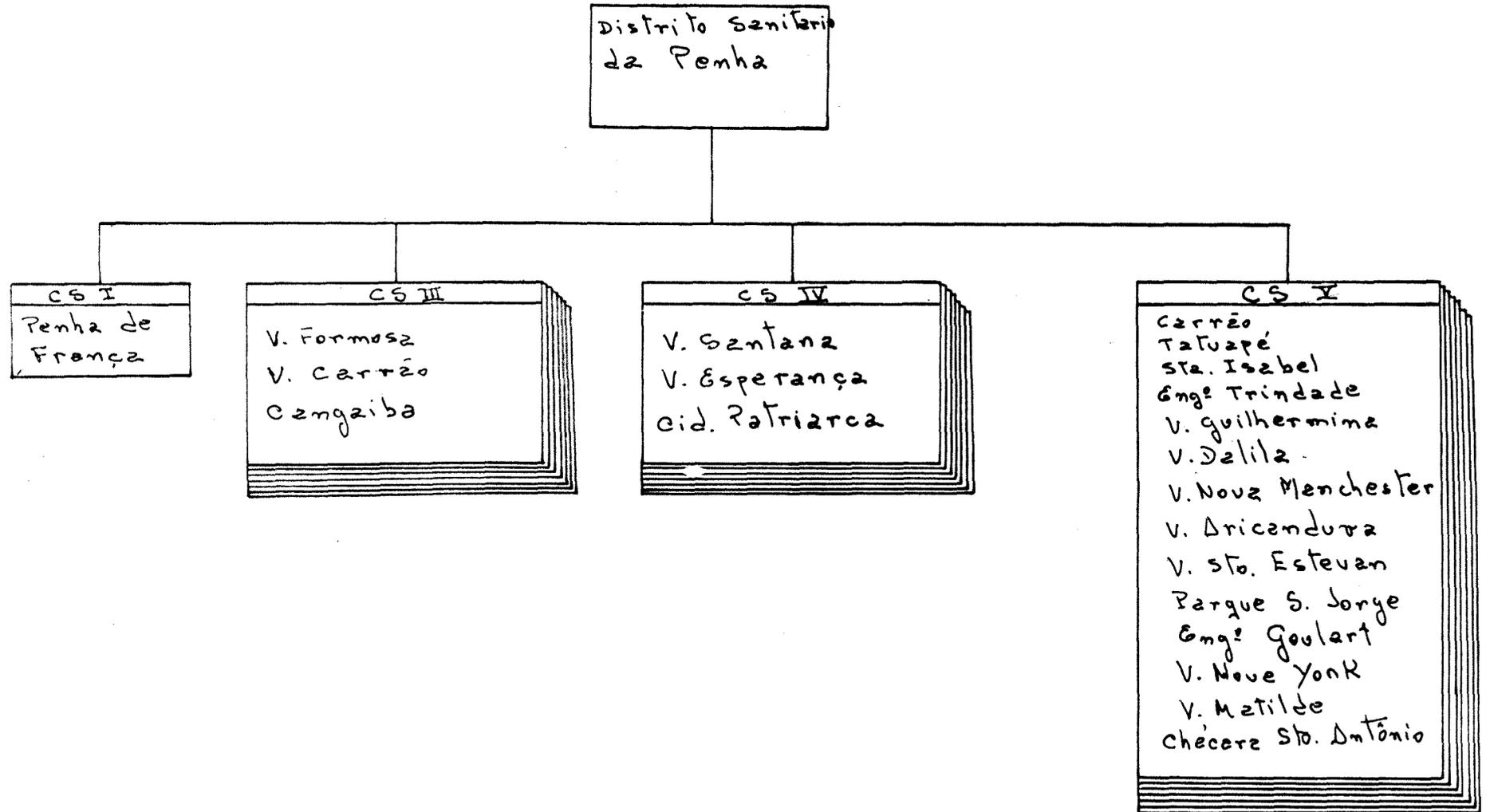
3º andar

Organograma efetivo do Centro de Saúde I - renha de França



35

Organograma do Distrito Sanitário da Penha



ração e avaliação das funções exercidas em relação ao previsto pela Portaria SS-CG 3/72.

Deve-se considerar no entanto as dificuldades encontradas no levantamento desses dados, por exemplo encontrou-se os prontuários do pessoal totalmente desorganizado e não atualizado, fichas em duplicatas e ainda o fato de não haver um controle periódico das fichas individuais.

Uma análise do quadro 2, do pessoal previsto e existente no Centro de Saúde em questão, demonstra em números gerais, haver uma lotação maior que a prevista pela portaria da Secretaria de Saúde, ou seja 96 existentes para 95 previstos.

Uma análise mais detalhada do quadro leva à conclusão de que o pessoal médico - imprescindível está somente com 36% de sua lotação prevista; a enfermagem que prevê uma profissional não registra nenhuma. Também o nº de fiscais sanitários está com 58% da lotação prevista. Certos cargos como atendentes, assistentes sociais, motoristas, serventes estão em número maior que o previsto. Alguns cargos não previstos foram criados no posto, tais como, auxiliar de saúde e trabalhadores braçal. Nota-se a falta de vigias.

Embora haja um número coerente de pessoal deve-se observar que 62,2% do total de servidores estão trabalhando em regime de Tempo Parcial de 6 horas (RTP) e somente 37,8% estão com o tempo integral (RDE) com 8 horas de serviço diário. Um levantamento no prontuário revelou que aproximadamente 20% do pessoal encontra-se afastado por motivos diversos, tais como licenças, férias, prestando serviço em outras unidades etc.

Os resultados negativos provindos dos desvios de função, falta de recursos humanos e o tempo parcial a que estão sujeitos os funcionários serão relatados durante o desenvolvimento da análise ao centro.

Quadro III - Número de pessoal previsto e existente por hora contratado no Centro de Saúde tipo I de Penha - de França, em 1977, São Paulo

Recursos humanos (profissional)	Pessoal		Horas contratadas	
	Previsto	Existente	RTP	RDE
Médico chefe sanitarista	1	1	-	1
Médico Aux. sanitarista	2	-	-	-
Médico p/saúde criança	4	1*	1*	-
Médico p/saúde materna	2	1*	1*	-
Médico p/fisiologia	2	1	1	-
Médico p/dermatologia	2	2	2	-
Médico oftalmologista	2	-	-	-
Médicos clínicos gerais	2	-	-	-
Médico otorrinolaringologista	1	-	-	-
Médico Psiquiatra	1	2	2	-
Psicólogo	1	1	-	1
Assistente social	1	3	-	3
Cirurgião dentista	3	2	2	-
Enfermeira	1	1	-	1
Administrador	1	1	-	1
Operador de RX	2	1	1	-
Técnico de laboratório	1	1	-	1
Educadores sanitários	3	1	1	-
Auxiliar de laboratório	3	3	1	2
Inspetor de saneamento	1	1	-	2
Fiscal sanitários	12	7	3	4
Visitadores sanitários	12	10	8	2
Escriturários	7	5	2	3
Atendentes	15	22	19	3
Vigias	2	-	-	-
Motoristas	4	5	3	2
Serventes	6	21	11	10
Obstetizes	2	3	1	2
Trabalhador braçal	-	1	-	1
Auxiliar de saúde	-	2	2	-
Total	95	99	61	37

Fontes - Portaria SS-CG nº8 de 6.6.72 publicadas no Diário Oficial 7.6.72

- CS-1 de Penha de França

* Profissionais cedidos por outras unidades que prestam serviço em dias alternados

3.1.6. Fichário - Organização e Funcionamento e Tipo de Fichas Utilizadas

O sistema de fichamento antes de 10 de julho de 1977 era por área, isto é, fisiologia, dermatologia etc, possuía suas fichas clínicas que eram organizadas em ordem numérica de chegada do cliente, no próprio local de atendimento.

Com a implantação dos programas, o fichário passou reunir num único local e sob critério uniforme de arquivamento todos os prontuários dos clientes matriculados no Centro de Saúde. O sistema de arquivamento é em ordem numérica crescente, conforme o número dado a cada prontuário quando da matrícula do cliente.

O prontuário consta de um envelope modelo padrão no qual estão contidas as fichas do cliente. Fazendo parte do fichário central existe um arquivo destinado aos cartões índices dos clientes. O arquivamento destes cartões é por ordem alfabética, prenome para sobrenome, o que facilita a localização do prontuário do cliente no caso de extravio de seu cartão de identificação e agendamento.

Na ocasião da matrícula o cliente recebe um número e são preenchidos o cartão índice, o cartão de identificação e agendamento, o envelope modelo padrão, os dados de identificação do cliente constantes do prontuário e na ficha de controle. No final do expediente, após os dados terem sido lançados no mapa de trabalho diário, os prontuários são arquivados.

Ao lado do Fichário Central existe a Unidade de Epidemiologia e Estatística que possui mapas do trabalho diário para registro de dados de produção das atividades desenvolvidas.

Nos casos de óbito ou cancelamento da matrícula, a ocorrência é anotada no prontuário que é arquivado à parte. Não existe limite de tempo para a destruição destes prontuários. No caso de mudança do cliente para fora da área do Centro de Saúde ele leva o prontuário fechado (incluindo a caderneta de vacinações) ou o mesmo é enviado através do distrito). O cartão índice permanece no Centro de Saúde e o número de matrícula permanecerá vago. A matrícula

cula é feita durante todo o horário de expediente e mediante apresentação de documentos de identificação, porém a falta do documento não impede a matrícula.

O fichário central é de fácil acesso ao cliente e para o seu funcionamento são necessários os seguintes impressos:

3.1.6.1. - envelope padrão - que tem por finalidade reunir todas as fichas e demais impressos num só lugar, de forma que as Unidades específicas de trabalho de atendimento tenham acesso a todas as informações referentes ao cliente durante a sua estada no Centro de Saúde.

3.1.6.2. - cartão índice - possibilita a localização do prontuário do cliente em caso de extravio de seu cartão de identificação e agendamento.

3.1.6.3. - cartão de identificação e agendamento do cliente - tem por finalidade a identificação do cliente e o agendamento de consultas e retornos ao Centro de Saúde.

3.1.6.4. - ficha de anamnese, consulta médica e - anotações de enfermagem - tem por objetivo fazer o controle clínico do cliente.

Faz parte do fichário central ainda o fichário de controle que tem por objetivo a identificação diária - dos comparecimentos agendados de clientes inscritos nos programas do Centro de Saúde. Fornece para adoção das medidas previstas para o controle de clientes faltosos às atividades agendadas. Centraliza o controle de agendamento e dos comparecimentos de clientes às atividades previstas pela programação do Centro de Saúde.

No fichário de controle temos uma ficha modelo na qual serão registradas as atividades principais quando do seu agendamento e respectivo comparecimento.

3.1.6.5. - arquivo controle - apresenta uma classificação básica que compreende divisões por faixa etária ou grupo específico (gestante). Cada Divisão distribui as fichas de controle segundo meses do ano e dias dos meses,

com base no agendamento previsto para as atividades principais.

A ficha de controle é aberta a todo cliente matriculado no Centro de Saúde que venha a receber qualquer atendimento básico já previsto na própria ficha por ocasião da matrícula. A ficha de controle compõe modelo único para qualquer cliente do Centro de Saúde. No lado direito e superior da ficha existe espaço para identificação, através de cores, dos seguintes casos:

amarelo: sintomático respiratório
vermelho: doente de tuberculose
laranja: comunicante de tuberculose
azul: quimioprofilaxia
verde: doente de hanseníase
marrom: comunicante de hanseníase
preto: convivente de hanseníase
roxo: saúde mental
cinza: suplementação alimentar.

A colocação dos cones ainda não foi feita sendo que no seu lugar está escrito o programa em que o cliente está inscrito.

No fichário central trabalham 3 escriturárias - em regime de RDE.

3.1.7. Atendimentos Prestados

Com o objetivo de avaliar a implantação dos programas e sub-programas conforme cronograma de trabalho estabelecido, foi feita uma pesquisa junto à Direção Técnica do Centro de Saúde, conforme demonstra a ^{quadro 14a}. Como se pode verificar, em março foram implantadas 45 atividades referentes a 7 Programas e Sub-programas diversos.

A falta de treinamento de pessoal para a implantação sempre compromete o bom desenvolvimento das atividades, neste caso, levou o Centro de Saúde a uma situação - muito mais grave, pela simultaneidade das implantações.

Nota-se que teoricamente foi feito um planejamento das implantações, mas sem serem previamente estudadas e avaliadas variáveis imprescindíveis para a efetiva execução do programado.

VII. Hanseníase																				
ATIVIDADES MÍNIMAS	1. Inscrição no sub-programa	X																		
	2. Cons. médico a doentes	X																		
	3. Cons. médico a comunicantes	X																		
	4. Colera de mat. p/ baciloscopia	X																		
	5. Convocação de faltosos	X																		
	6. Visitaçào domiciliaria																			
	7. Atend. de enf. a doentes																			
	8. Atend. de enf. a comunicantes	X																		
	9. Pré-consulta	X																		
	10. Pós-consulta	X																		
	11. Aplic. de tratamento	X																		
	12. Trabalho de grupo																			
	13. Realizaçào de baciloscopia	X																		
	14. Aplicaçào e leitura Mitsuda	X																		
	15. Biopsia																			
TOTAL GERAL		45	9	1			14	7	11	1										

FONTE: Centro de Saúde I Penha de França

Entre as variáveis podem ser citados:

- adaptação dos programas e sub-programas ao nível local

- recursos materiais e humanos necessários
- treinamento do pessoal
- supervisão periódica
- avaliação

Cite-se como exemplo o fichário central em que, após uma semana de implantação já havia acabado o material (fichas), a implantação da assistência ao adulto que se realizou em março, mas que o médico só veio na 2ª semana de agosto. Assim aconteceram muitos fatos decorrentes da falta de planejamento e previsão.

Observou-se que, os Programas ficam retidos nos níveis superiores administrativos, enviando ao Centro de Saúde apenas as normas e instruções para implantação. Não se preocupam em participar na adaptação dos Programas a nível local, com diagnóstico, objetivos e metas definidas.

O treinamento de pessoal superior e avaliação - deveriam ser feitos com a participação direta de níveis administrativos superiores, tendo em vista a falta de atualização do pessoal do Centro de Saúde e a nova filosofia de trabalho que as implantações devem imprimir.

A realidade verificada é que os Programas e Sub-programas estão implantados porém suas atividades não estão sendo desenvolvidas e o pessoal que os executa desconhece até mesmo os objetivos.

3.1.7.1. Assistência à Gestante

O desenvolvimento das atividades de assistência à gestante condiciona-se a aspectos cuja natureza determina, além da qualidade, a quantidade de serviços prestados

- Destacam-se:
1. recursos humanos;
 2. recursos materiais;
 3. sistema administrativo.

Aplicou-se, no caso presente, o processo de "Acreditação" roteiro de Ciari Jr. et al. (4) da Disciplina de Higiene Materna da Faculdade de Saúde Pública da USP

no Serviço Pré-Natal do Centro de Saúde I Penha de França.

"ACREDITAÇÃO" DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DO CENTRO DE SAÚDE I PENHA DE FRANÇA. SÃO PAULO.

A. PLANTA FÍSICA

- A.1. Tipo da construção
Específica para Unidade Sanitária..... sim
- A.2. Distribuição dos consultórios
- A.2.1. O consultório de Higiene Materna é de uso próprio..... sim
- A.2.2. Os consultórios de Higiene Materna são individuais ou "boxes"..... sim
- A.2.3. O serviço de Higiene Materna possui sala de pré e pós consulta..... sim
- A.3. Distribuição de salas da U.S. utilizadas pela Higiene Materna
- A.3.1. Tem local para recepção e fichamento... sim
- A.3.2. Tem sala de espera..... sim
Tem a proporção de 1 m² por média de consulta diária..... sim
- A.3.3. Tem sala para imunização, exclusiva e específica para esta atividade..... sim
- A.3.4. Tem sala para preparo de material exclusiva e específica para esta atividade..... sim
- A.3.5. Tem sala para enfermeira, exclusiva e específica para esta atividade..... sim
- A.3.6. Tem sala para Serviço Social, exclusiva e específica..... sim
- A.3.7. Tem sala para Educadora Sanitária, exclusiva e específica..... sim
- A.3.8. Tem sala para Reuniões e Palestras..... sim
- A.3.9. Tem sala para Chefia Médica..... sim
- A.3.10. Tem sala para Laboratório..... sim
- A.3.11. Tem sala para Almojarifado/Farmácia,... sim
- A.3.12. Tem sala para Rx..... sim
- A.3.13. Tem sala para Gabinete Dentário..... sim

A.4. Higiene, Segurança e Conforto

- A.4.1. Tem vestiários separados para ambos os sexos..... não
- A.4.2. Tem copa..... sim
- A.4.3. Tem sanitários exclusivos para funcionários e para cada sexo..... sim
- A.4.4. Tem sanitários exclusivos para usuários e para cada sexo..... sim
- A.4.5. Tem piso e paredes revestidas até 1,50m de altura, de material lavável... não
- A.4.6. Tem pia nos consultórios de Higiene Materna..... sim
Tem pia na sala de pré e pós consulta.. sim
- A.4.7. O consultório de Higiene Materna está situado em andar térreo..... sim
- A.4.8. Durante o dia o consultório de Higiene Materna não necessita de luz artificial..... sim

E. RECURSOS MATERIAIS

- Sub-itens possíveis.....24
- Sub-itens obtidos.....11

NOTA: $\frac{11}{24} \times 100 = 45,83\%$

B.1. Em cada consultório de Higiene Materna existe:

- Mesa ginecológica completa..... não
- 2 cadeiras..... não
- Mesa escrivaninha..... não
- 1 estetoscópio Pinard..... não
- 1 estetoscópio clínico..... não
- 1 fita métrica..... sim
- 1 luva de borracha para cada consulta..... não
- 1 espécule esterilizado para cada consulta.... não
- Roupa para uso durante a consulta..... não

B.2. Em cada sala de pré e pós consulta em Higiene Materna existe:

- Mesa escrivaninha..... sim
- 2 cadeiras..... sim

- 1 balança antropométrica..... sim
- 1 termômetro..... não
- 1 estetoscópio clínico..... sim
- 1 esfigmomanômetro..... sim
- 1 livro de registro de consultas..... sim
- B.3. O serviço de Higiene Materna utiliza arquivo central..... sim
- B.4. O serviço de Higiene Materna dispõe do uso de Laboratório..... sim
- B.5. O serviço de Higiene Materna dispõe de viatura em comum para remoção de gestantes e/ou, para visitaçãõ domiciliária..... não
- B.6. Existem medicamentos para execução do programa de Higiene Materna..... sim
- B.7. O recebimento de medicamentos e "Gestal" pela Unidade Sanitária se faz segundo norma rotineira..... sim
- B.8. A unidade Sanitária dispõe de Material sanitário de consumo em quantidade suficiente e regular..... não
- B.9. A Unidade Sanitária dispõe de Material de escritório, de secretaria e outros (ficha clínicas, cartões de matrícula, carteira de vacinação, etc.), em quantidades suficientes e regulares..... não

C. RECURSOS HUMANOS

Sub-itens possíveis.....13

Sub-itens obtidos..... 6

$$\text{NOTA: } \frac{6}{12} \times 100 = 50\%$$

- C.1. Relativos ao Médico Chefe do CS-I
 - É sanitarista..... sim
- C.2. Relativos aos médicos consultantes em Higiene Materna
 - C.2.1. Tem experiência na área de Higiene Materna..... sim
 - C.2.2. As horas/médico destinadas a Higiene

- Materna estão de acordo com a demanda... não
- C.3. Relativos ao Serviço de Enfermagem
- C.3.1. Conta com serviços de enfermeira de Saúde Pública..... não
- C.3.2. Tem enfermeira obstétrica ou obstetriz..... sim
- C.3.3. Tem uma atendente própria para Higiene Materna..... não
- C.4. Relativos à limpeza
- O serviço de Pré-Natal tem servente própria.... não
- C.5. Relativos às atividades auxiliares que atendem também a Higiene Materna
- C.5.1. Conta com Assistente Social..... sim
- C.5.2. Conta com Educadora Sanitária..... não
- C.5.3. Conta com Visitadora Domiciliar..... não
- C.6. Relativos a serviços auxiliares de Higiene Materna
- C.6.1. Conta com dentista..... sim
- C.6.2. Conta com técnico de Laboratório..... sim

D. FUNCIONAMENTO

Sub-itens possíveis.....24
 Sub-itens obtidos..... 8

$$\text{NOTA: } \frac{8}{24} \times 100 = 33,33\%$$

- D.1. Relativos ao Médico
- D.1.1. O atendimento em Higiene Materna se faz em:
- 1 turno diário..... não
- 2 turnos diários (marcar também o anterior)..... não
- 3 turnos diários (marcar também os dois anteriores)..... não
- D.1.2. Existem normas técnicas escritas para a consulta do pré-natal..... não
- D.1.3. O número de consultas que o médico deve dar por hora está situado entre 4 e 6..... não
- D.1.4. Existe ficha obstétrica de cada gestante..... não

- D.1.4.1. Esta ficha é padrão da Secretaria de Saúde..... sim
- D.1.4.2. É feita a ficha de contato (resumo) para cada gestante..... sim
- D.1.5. São pedidos os exames de laboratório usuais de rotina em Higiene Materna (Urina tipo I, Rh e tipo sanguíneo e sorologia de lues..... sim
- D.2. Relativos ao Serviço de Enfermagem
- D.2.1. Existem normas técnicas escritas para atendimento à gestante..... não
- D.2.2. A enfermeira obstétrica ou obstetrix é encarregada da consulta dos casos de gestantes normais..... sim
- D.2.3. É feito registro das atividades desenvolvidas pela enfermeira..... sim
- D.3. Relativos às Atendentes
- D.3.1. Existe atribuição por escrito das tarefas das atendentes de Higiene Materna..... não
- D.3.2. Existe supervisão das atividades por enfermeira de Saúde Pública..... não
- D.4. Relativos à Educadora em Saúde
- Realizam-se palestras ou Reuniões com as gestantes..... não
- D.5. Relativos ao Serviço Social
- É feito cadastro social..... não
- D.6. Relativos à Escriturária/Recepcionista
- D.6.1. Existem normas técnicas escritas para recepção e fichamento das gestantes, no Serviço de Higiene Materna..... não
- D.6.2. São feitas estatísticas de atendimento de casos de Higiene Materna
- Anual..... não
- Mensal..... sim
- Diário..... sim

- D.6.3. São feitas estatísticas de moléstias próprias da gestação e das intercorrências
 - Anual..... não
 - Mensal..... não
 - Semanal..... não
- D.6.4. Existem normas técnicas escritas para a confecção destas estatísticas..... não

Observação: A chefia tem normas escritas para a confecção das estatísticas, mas os serviços não têm.

E. PROGRAMAÇÃO E COORDENAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS, PROGRAMAS E INSTITUIÇÕES

Sub-itens possíveis.....33
 Sub-itens obtidos.....10

NOTA: $\frac{10}{33} \times 100 = 30,30\%$

- E.1. O distrito Sanitário a que pertence esta Unidade Sanitária, tem programa escrito de Higiene Materna..... sim
- E.2. Esta Unidade Sanitária tem programa escrito de Higiene Materna..... não
- E.3. Esta Unidade Sanitária está executando algum programa de Higiene Materna..... não
- E.4. Existe coordenação de Serviço de Higiene Materna com os Serviços de Laboratório e especialidade clínicas..... sim
- RX..... sim
- Odontologia..... não
- E.5. Existe coordenação de Serviço de Higiene Materna com as atividades de:
 - Educação sanitária..... não
 - Serviço Social..... não
 - Visitação Domiciliar..... não
- E.6. Relativos à integração com Unidade Hospitalar
 - E.6.1. Existe integração do programa de Higiene

- Materna com Unidade Hospitalar..... não
- E.6.2. Tem relação com Unidade Hospitalar sem integração de programa..... sim
- E.7. Relativos à integração com Maternidade da Região
- E.7.1. Existe integração do programa de Higiene Materna com as maternidades da região..... não
- E.7.2. Tem relação com as maternidades da região sem integração de programas..... não
- E.7.3. As gestantes matriculadas no Serviço de Higiene Materna tem garantia de internação hospitalar para patologia da gestação e para o parto. não
- E.7.4. As gestantes são encaminhadas oficialmente..... não
- oficiosamente..... sim
- 5.7.4.1. Com ficha de contato..... sim
- 5.7.4.2. O serviço de Higiene Materna recebe resumo das ocorrências da internação... sim
- E.8. O serviço de Higiene Materna desenvolve atividades de:
- Vacinação de gestantes..... sim
- Nutrição aplicada à gestante..... sim
- Odontologia aplicada à gestante..... não
- Saúde Mental..... não
- Ginecologia Preventiva..... sim
- Educação em Saúde..... não
- Assistência Social..... não
- Outros..... não
- Estas atividades são programadas..... não
- E.9. Existe supervisão pelo Distrito Sanitário
- E.9.1. do Serviço de Higiene Materna..... não
- E.9.2. do médico..... não
- E.9.3. da enfermeira..... não
- E.10. O serviço de Higiene é avaliado:
- Anualmente..... não
- Semestralmente..... não

Mensalmente..... não

F. PREPARAÇÃO DO PESSOAL

Sub-itens possíveis.....12

Sub-itens obtidos..... 2

NOTA: $\frac{2}{12} \times 100 = 16,66\%$

- F.1. O pessoal que desenvolve atividades junto às gestantes conhece o programa de Higiene Materna..... sim
- F.2. O pessoal de Higiene Materna reúne-se mensalmente para discutir sobre as atividades desenvolvidas a fim de aprimorar o serviço... não
- F.3. Existem programas de atualização profissional para:
- Médicos..... não
- Enfermeiras..... não
- A atualização é feita através de bolsa ou comissionamento..... não
- A atualização é feita:
- Eventualmente..... não
- Periodicamente..... não
- F.4. Existem programas de capacitação profissional para:
- Atendentes..... não
- Escriturários..... não
- Para tanto estes funcionários são dispensados das atividades de rotina..... não
- A capacitação profissional é eventual..... não
- A capacitação profissional é periódica..... não

G. ATIVIDADES PROFILÁTICAS DE ÂMBITO INTERNO

Sub-itens possíveis.....6

Sub-itens obtidos.....1

NOTA: $\frac{1}{6} \times 100 = 16,66\%$

- G.1. É feito exame periódico de todo pessoal que trabalha nesta Unidade Sanitária
 Anual..... não
 Semestral..... não
- G.2. É feito cadastro pulmonar com revisão anual de todo o pessoal que trabalha nesta Unidade Sanitária..... não
- G.3. É feita a investigação epidemiológica a cada falta de funcionário, por motivo de doença:
 No funcionário..... não
 Na família..... não
- G.4. Na admissão, todo o pessoal é submetido a exame médico..... sim

Observações: Na admissão de pessoal é exigida radiografia dos pulmões e cultura de secreção nasofaríngea, conforme informação do chefe administrativo.

Tabela 15 - Avaliação da "Acreditação" do Serviço de Assistência Pré-Natal do Centro de Saúde I Penha de França da Secretaria de Saúde de São Paulo, em agosto de 1977

SUB-ITENS	POSSÍVEIS	OBTIDOS	%
1. Planta Física	27	25	92,59
2. Recursos Materiais	24	11	45,83
3. Recursos Humanos	12	6	50,00
4. Funcionamento	24	8	33,33
5. Programação e Coordenação com Outros Serviços, Programas e Instituições	33	10	30,30
6. Preparação do Pessoal	12	2	16,67
7. Atividades Profiláticas de Âmbito Interno	6	1	16,67
MÉDIA ARITMÉTICA GLOBAL			40,76%

Fonte- Centro de Saúde I Penha de França
 Serviço de Assistência Pré-Natal.

Quadro - Atividades realizadas, Horário de Atendimento e Recursos Humanos do Programa de Assistência à Gestante no Centro de Saúde I Penha de França, em agosto de 1977

ATIVIDADES REALIZADAS	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	DIAS POR SEMANA	PESSOAL QUE EXECUTA	HORAS DIÁRIAS
1. Consultas médicas	8:00-12:00h	2	1 médico	4
2. Atendimentos de enfermagem	7:00-12:00h 13:00-17:00h	5	2 obstetristas	8
3. Suplementação alimentar	8:00-12:00h	5	Serviço de Farmácia	-
4. Vacina anti tetânica	7:00-12:00h 13:00-17:00h	5	Serviço de Imunização	-
5. Exame preventivo de câncer	7:00-16:00h	5	Pessoal do Centro de P.de Oncol.	-
6. Encaminhamento ao Hospital	7:00-12:00h 13:00-17:00h	5		-

Fonte - Centro de Saúde I Penha de França - Assistência à Gestante.

Após quatro meses de não funcionamento, reiniciaram-se, em meados de agosto, as consultas das gestantes. Está prevista a permanência de um médico até o fim desse mês. A Direção Técnica não sabe se o Serviço terá ou não continuidade após prazo.

Quadro v - Gestantes inscritas, concentração e rendimento das Atividades do Programa de Assistência à Gestante no Centro de Saúde I Penha de França, no ano de 1976

TIPO DE ATIVIDADES	Nº DE INSCRITAS - CRIÇÕES	PRODUÇÃO	CONCENTRAÇÃO	Nº DE RENDIMENTO HORAS CON = TRATADAS*
Consultas médicas	690	2.645	8,83 cons/gest.	880 3,00 cons/hora
Atendimentos de Obstetrix	690	1.091	1,58 at/gest.	3.520 0,31 at/hora

Fonte - CS-I - Penha de França - Programa de Assistência à Gestante

(*) Considerou-se 220 dias úteis de trabalho por ano

Observação:

1. Inexistindo previsão do número de gestantes a serem atendidas, não foi elaborado um Programa de Assistência à Gestante para o ano de 1976.

2. Não foi possível verificar os níveis de produção, concentração e rendimento de outras atividades, por falta de dados.

3. Embora o Centro de Saúde conte com os serviços de Visitadoras, não há dados sobre visitas à gestantes e puérperas.

4. O Grupo Multiprofissional, consultando o pessoal auxiliar encarregado do lançamento de dados, concluiu que estes não são confiáveis por falta de definição de cada atividade. Por exemplo, sob o título de Consultas Médicas foram incluídos registros de exames assinados pelo Diretor Técnico, sem que os pacientes tivessem sido beneficiados por consultas médicas. Sob o item Consultas em Obstetrícia estão incluídas tarefas características de atendimento de enfermagem (pré e pós-consulta) ou de obstetrixes.

Não foi possível fazer o levantamento das fichas do ano de 1976. As fichas haviam sido extraviadas.

As entidades mórbidas registradas durante o ano de 1977 são esquistossomose, sífilis e psicopatias. Segundo informações fornecidas pelas obstetrizes, as demais entidades mórbidas não são anotadas porque, nesses casos, as gestantes são encaminhadas a outros Institutos de Saúde. Já se assinalou o fato de o Serviço não contar com Assistência Médica há quatro meses. Os casos de outras entidades mórbidas além das citadas são encaminhadas de acordo com as informações fornecidas às obstetrizes pelas próprias pacientes e não com um diagnóstico. As gestantes demonstram grande interesse pela suplementação alimentar, sua motivação para o retorno, apesar do mau atendimento observado no Centro.

A Tabela demonstra grande afluxo de mães solteiras (40,39%), o que justifica ainda mais a necessidade de um planejamento adequado do Serviço Social referente a casos isolados e a grupos, dentro do Programa de Assistência à gestante. É considerável o número de mulheres com mais de cinco gestações (11,82%).

Nota-se o comparecimento de 47,29% das mulheres à primeira consulta, no 1º trimestre da gravidez; 43,35% no 2º; 9,36% no 3º. Nota-se ainda falta de valorização da assistência pré-natal precoce.

OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE

Com o objetivo de aferir os diversos Níveis Operacionais diretamente ligados à execução do sub-programa materno no Centro de Saúde I Penha de França, foi elaborado um esquema de entrevistas visando a:

1. Identificação dos Recursos e outros fatores críticos para execução do sub-programa;
2. Requisitos adicionais necessários para superar as dificuldades;
3. Impacto que a falta desses Requisitos adicionais trazem sobre o sub-programa;
4. Recomendações para obtenção ou substituição

ção dos relacionados requisitos.

Após três dias de observação participante, foram iniciadas as entrevistas com o pessoal, seguindo a orientação da base ao ápice da pirâmide dos Recursos Humanos. Não foi realizada entrevista com o médico consultante por ser esse o seu primeiro dia de trabalho no Centro de Saúde e porque o mesmo somente iria ficar até o fim do mês, numa jornada de trabalho de duas manhãs por semana. Segundo informações colhidas no serviço, há quatro meses que não se conta com médico consultante para gestantes.

A seguir, observa-se o Quadro com o resultado das entrevistas realizadas e as conclusões do grupo multiprofissional.

3.1.7.2. Assistência à Criança

O processo de "Acreditação" (roteiro de HARRIS et al.⁽⁷⁾) foi aplicado, com o objetivo de avaliar - os pré-requisitos básicos e adequação de recursos disponíveis, ao estudo de que foi objeto o Centro de Saúde I Penha de França, área de Assistência à Criança. O Processo de "Acreditação" foi inicialmente indicado pela Disciplina de Higiene Materna da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo⁽⁴⁾.

"Acreditação" do Serviço de Assistência à Criança do Centro de Saúde I Penha de França, São Paulo (Capital).

A. PLANTA FÍSICA

Sub-itens possíveis.....25
Sub-itens obtidos.....18

NOTA: $\frac{18}{25} \times 100 = 72,00\%$

- A.1. Tipo de Construção
 - Específica para unidade sanitária..... sim
- A.2. Distribuição dos Consultórios
 - A.2.1. O consultório para atendimento à criança é de uso próprio..... sim
 - A.2.2. Os consultórios de atendimento à criança são individuais ou "boxes".... sim
- A.3. Distribuição de Salas da U.S. utilizadas pelo Serviço de Atendimento à Criança
 - A.3.1. Tem local para recepção e fichamentos..... sim
 - A.3.2. Tem sala de espera..... sim
 - Tem a proporção de 1 m² por número de consultas diárias..... sim
 - A.3.3. Tem sala para imunização, exclusiva e específica para esta atividade..... sim
 - A.3.4. Tem sala para enfermeira, exclusiva e específica para sua atividade..... não

- A.3.5. Tem sala para Serviço Social, exclusiva e específica para sua atividade..... sim
- A.3.6. Tem sala para educadora sanitária, exclusiva e específica para sua atividade..... sim
- A.3.7. Tem sala para Chefia Médica..... sim
- A.3.8. Tem sala para Laboratório..... sim
- A.3.9. Tem sala para Almojarifado e Farmácia..... sim
- A.3.10. Tem sala para Gabinete Dentário..... sim
- A.3.11. Tem cozinha Dietética..... sim
- A.4. Higiene, Segurança e Conforto
- A.4.1. Tem vestiários separados para ambos os sexos..... não
- A.4.2. Tem sanitários exclusivos para funcionários e para cada sexo..... sim
- A.4.3. Tem sanitários exclusivos para usuários e para cada sexo..... sim
- A.4.4. Tem piso e paredes revestidos até 1,50m de altura, de material lavável..... não
- A.4.5. Tem pia com água corrente, sabão e toalha descartável nos consultórios de atendimento à criança..... não
- A.4.6. Tem pia com água corrente, sabão e toalha descartável nas salas de pré e pós consulta..... não
- A.4.7. Existe sala de espera para crianças saudáveis..... não
- A.4.8. Existe sala de espera exclusiva para crianças doentes..... não
- A.4.9. Durante o dia o consultório de atendimento à criança não necessita de luz artificial..... sim

B. RECURSOS MATERIAIS

Sub-itens possíveis.....28

Sub-itens obtidos.....16

NOTA: $\frac{16}{28} \times 100 = 57,14\%$

- B.1. Em cada consultório de atendimento à criança existe:
- | | |
|--|-----|
| Mesa clínica..... | sim |
| 2 cadeiras..... | sim |
| 1 estetoscópio clínico com tambor pediátrico..... | não |
| 1 esfigmomanômetro com manguitos pediátricos..... | não |
| 1 otoscópio..... | não |
| Abaixadores de língua..... | sim |
| 1 fita métrica inextensível..... | não |
| Tabelas e/ou curvas de peso e altura..... | não |
| Troços de cobertura do divã a cada consulta (lençol ou papel descartável)..... | não |
- B.2. Em cada sala de pré e pós-consulta para atendimento à criança existe:
- | | |
|---|-----|
| Mesa escrivadinha..... | sim |
| 2 cadeiras..... | sim |
| 1 balança antropométrica..... | sim |
| 1 balança pediátrica..... | sim |
| 1 mesa antropométrica..... | sim |
| Tabelas e/ou curvas de peso e altura..... | não |
| 1 termômetro imerso em álcool iodado..... | não |
| 1 livro de registro de atendimentos à crianças..... | sim |
- B.3. O serviço de atendimento à criança utiliza arquivo central..... sim
- B.4. O serviço de atendimento à criança dispõe de uso do Laboratório..... sim
- B.5. O serviço de atendimento à criança dispõe do uso de Raios X..... sim
- B.6. O serviço de atendimento à criança dispõe do uso de viatura para fins de remoção ou de visitação domiciliar..... não
- B.7. Existem medicamentos para execução do programa de saúde da criança..... sim
- B.8. Existe leite para atendimento da população -meta e programas de nutrição a nível de serviço de atendimento à criança na U.S..... não

- B.9. Existem vacinas para atendimento das necessidades da demanda..... sim
- B.10. A unidade sanitária recebe leite, medicamentos e vacinas de maneira periódica e programada..... sim
- B.11. A unidade sanitária dispõe de material sanitário de consumo em quantidade suficiente e regular..... não
- B.12. A unidade sanitária dispõe de material de consumo de escritório (papel, fichas clínicas, cadernetas de vacinação, cartões de matrícula, clips, grampeador, lápis, etc) em quantidade suficiente e regular..... não
- B.13. A esterilização é feita em estufa ou autoclave..... sim

Observação: Na sala de pré-consulta existe Tabela de peso e estatura mimeografada, guardado na escrivaninha. Não é usada de rotina.

C. RECURSOS HUMANOS

Sub-itens possíveis.....12
 Sub-itens obtidos..... 7

$$\text{NOTA: } \frac{7}{12} \times 100 = 58,33\%$$

- C.1. Relativos ao Médico Chefe da U.S.
 É sanitarista..... sim
- C.2. Relativos aos médicos consultantes na área de atendimento à criança
 - C.2.1. Tem experiência na área de atendimento à criança..... sim
 - C.2.2. As horas/médico destinadas ao atendimento da criança estão de acordo com a demanda..... não
- C.3. Relativos ao Serviço de Enfermagem
 - C.3.1. Conta com serviços de enfermeira de Saúde Pública..... não
 - C.3.2. Tem atendimentos próprios para atendimento à criança..... não

- C.4. Relativos à limpeza
 O serviço de atendimento à criança tem
 servente próprio..... não
- C.5. Relativos às atividades auxiliares que
 também atendem à criança
- C.5.1. Conta com Assistência Social..... sim
 C.5.2. Conta com Educadora Sanitária..... sim
 C.5.3. Conta com Visitadora Domiciliar..... não
- C.6. Relativos aos serviços auxiliares de
 atendimento à criança
- C.6.1. Conta com dentista..... sim
 C.6.2. Conta com técnico de laboratório..... sim
 C.6.3. Conta com operador de raios-X..... sim

D. FUNCIONAMENTO

Sub-itens possíveis.....27
 Sub-itens obtidos..... 7

NOTA: $\frac{7}{27} \times 100 = 25,92\%$

- D.1. Relativos ao Médico
- D.1.1. O atendimento à criança se faz em:
 1 turno diário..... sim
 2 turnos diários (marcar também
 o anterior)..... não
 3 turnos diários (marcar também
 os dois anteriores)..... não
- D.1.2. Existem normas técnicas escritas
 para a consulta de crianças..... não
- D.1.3. O número de consultas que o médi-
 co deve dar por hora está situa-
 do entre 4 e 6..... não
- D.1.4. Existe ficha pediátrica para cada
 criança..... sim
- D.1.4.1. Esta ficha é padrão da
 Secretaria de Saúde..... sim
- D.1.4.2. É feita a ficha de con-
 tato externo (resumo)
 para cada criança enca-
 minhada para fora do âmbi-
 to da U.S..... não

- D.1.5. São pedidos exames laboratoriais rotineiros para cada faixa etária no atendimento à criança..... não
- D.2. Relativos ao Serviço de Enfermagem
- D.2.1. Existem normas escritas para atendimento à criança..... não
- D.2.2. A enfermeira, ou pessoal a ela diretamente subordinado (auxiliar de enfermagem ou atendente), é encarregado de orientar na puericultura de crianças aparentemente sadias..... não
- D.2.3. É feito o registro das atividades desenvolvidas pela enfermagem..... sim
- D.2.4. É feito o registro da vacinação..... sim
- D.2.5. É feito o registro da visitação domiciliária..... não
- D.2.6. É feito o registro do treinamento de pessoal..... não
- D.3. Relativos às Atendentes
- D.3.1. Existe atribuição, por escrito, das tarefas das atendentes da área e atendimento à criança..... não
- D.3.2. Existe supervisão das atividades das atendentes por enfermeira de Saúde Pública..... não
- D.4. Relativos à Educação em Saúde
- Realizam-se palestras ou reuniões com as mães das crianças..... não
- D.5. Relativos ao Serviço Social
- É feito cadastro social..... não
- D.6. Relativos à Escriturária/Recepcionista
- D.6.1. Existem normas técnicas escritas para recepção e fichamento das crianças..... não
- D.6.2. São feitas estatísticas de atendimento de crianças
- Anual..... não
- Mensal..... sim
- Diário..... sim

- D.6.3. São feitas estatísticas de morbidade na criança
- | | |
|-------------|-----|
| Anual..... | não |
| Mensal..... | não |
| Diário..... | não |
- D.6.4. Existem normas técnicas escritas para a confecção destas estatísticas... não

Observação: As normas técnicas existem mas estão com a Diretora Técnica do Centro. Os serviços não tem normas escritas.

E. PROGRAMAÇÃO E COORDENAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS - PROGRAMAS E INSTITUIÇÕES

Sub-itens possíveis..... 28
 Sub-itens obtidos..... 11

$$\text{NOTA: } \frac{11}{28} \times 100 = 39,28\%$$

- E.1. O Distrito Sanitário a que pertence esta U.S., tem programa escrito de atendimento à criança. não
- E.2. Esta U.S. tem programa escrito de Atendimento à criança..... não
- E.3. Esta U.S. está executando programas de Atendimento à criança..... não
- E.4. Existe coordenação do Serviço de Atendimento à criança com os serviços de laboratório clínico e especialidades clínicas..... sim
- | | |
|------------------|-----|
| Raios-X..... | sim |
| Odontologia..... | sim |
- E.5. Existe coordenação dos serviços de Atendimento à criança com as Atividades de:
- | | |
|--|-----|
| Educação Sanitária..... | sim |
| Serviço Social..... | não |
| Visitação domiciliária..... | não |
| Notificação semanal (ou periódica, ao menos) de moléstias infecto-contagiosas..... | sim |
- E.6. Relativos à integração programática com unidade hospitalar

- E.6.1. Existe integração do programa de atendimento à criança com unidade hospitalar..... não
- E.6.2. Tem relação informal com unidade hospitalar sem integração de programa..... sim
- E.7. Relativos à integração programática com outras agências de saúde ou sociais (APAEs, Associação de Proteção à Maternidade e Infância, LBA, Sociedade Amigos de Bairros, etc.)..... não
- E.8. O Serviço de Atendimento à criança desenvolve atividade de:
- Vacinação de crianças..... sim
- Nutrição aplicada à criança..... sim
- Saúde Mental..... não
- Educação em Saúde..... sim
- Assistência Social..... não
- Outros..... não
- Estas atividades são programadas..... sim
- E.9. Existe supervisão pelo Distrito Sanitário
- E.9.1. do Serviço de Atendimento à criança..... não
- E.9.2. do médico..... não
- E.9.3. da enfermeira..... não
- E.9.4. da educadora..... não
- E.10. O Serviço de Atendimento à criança é avaliado:
- Anualmente..... não
- Semestralmente..... não
- Mensalmente..... não

F. PREPARAÇÃO DO PESSOAL

Sub-itens possíveis.....12
 Sub-itens obtidos..... 1

$$\text{NOTA: } \frac{1}{12} \times 100 = 8,33\%$$

- F.1. O pessoal que desenvolve as atividades junto às crianças conhece o programa de Atendimento à Criança..... sim

- F.2. O pessoal de atendimento à criança reúne-se mensalmente para discutir sobre as atividades desenvolvidas a fim de aprimorar o serviço..... não
- F.3. Existem programas de atualização profissional para:
- Médicos..... não
- Enfermeiras..... não
- A atualização é feita através de Bolsa ou Comissionamento..... não
- A atualização é feita:
- Eventualmente..... não
- Periodicamente (marcar também o anterior)..... não
- F.4. Existem programas de capacitação profissional para:
- Atendentes..... não
- Escriturários..... não
- Para tanto, estes funcionários são dispensados das atividades de rotina..... não
- A capacitação profissional é eventual..... não
- A capacitação profissional é periódica..... não

G. ATIVIDADES PROFILÁTICAS DE ÂMBITO INTERNO

Sub-itens possíveis.....1

Sub-itens obtidos.....6

NOTA: $\frac{1}{6} \times 100 = 16,66\%$

- G.1. É feito exame periódico de todo o pessoal que trabalha neste Centro de Saúde:
- Anual..... não
- Semestral..... não
- G.2. É feito cadastro pulmonar com revisão anual de todo o pessoal que trabalha nesta U.S..... não
- G.3. É feita a investigação epidemiológica a cada falta de funcionário, por motivo de doença:

do Funcionário..... não
 Na família..... não
 G.4. Na admissão, todo o pessoal é submetido a
 exame médico..... sim
 Justificativa dada pelo Assistente Admi-
 nistrativo do C.S.T.:
 O governo não exige o exame de saúde perió-
 dico.

RESULTADO DA "ACREDITAÇÃO"

Considera-se o atendimento próximo do ideal, quando a avaliação desse Processo é de 100% em cada item. Abaixo de 50% é considerado "Insuficiente".

Quadro VI - Avaliação da "Acreditação" do Serviço de Assis-
 tência à Criança, do Centro de Saúde I Penha -
 de França, da Secretaria de Saúde de São Paulo,
 em agosto de 1977.

ITENS	POSSÍVEIS	OBTIDOS	%
1. Planta Física	25	18	72,00%
2. Recursos Materiais	28	16	57,14%
3. Recursos Humanos	12	7	58,33%
4. Funcionamento	27	7	25,92%
5. Programação e Coordenação com Outros Serviços Programas e Instituições	28	11	39,29%
6. Preparação de pessoal	12	1	8,33%
7. Atividades Profiláticas de Âmbito Interno	6	1	16,67%
MÉDIA ARITMÉTICA GLOBAL			39,67%

Observações: Confirmando plenamente o exposto por Ciari Jr. et al.(4) , assinala-se o fato de os três primeiros itens, correspondentes a - planta física, recursos materiais e huma -

nos mostraram os percentuais mais elevados. No caso presente, são os únicos situados acima do limite mínimo de suficiência.

Há um alarmante despreparo do pessoal (8,33%), funcionamento abaixo do padrão mínimo desejado (25,92%), o mesmo podendo ser dito a respeito do item - Programação e Coordenação com Outros Serviços e Instituições (16,67%). As Atividades Profiláticas, cuja importância dispensa comentários, atingiram apenas 16,57%.

Há concordância com a opinião de Ciari Jr. et al. ⁽⁴⁾ em que a disponibilidade de recursos básicos poderá, dada uma administração profissionalmente adequada, permitir a reversão do presente estado de coisas, cuja persistência será danosa e dificilmente justificável.

Quadro VII - Atividades realizadas, Horário de Atendimento e Recursos Humanos do Programa de Assistência à Criança, no Centro de Saúde I Penha de França, em agosto de 1976

ATIVIDADES REALIZADAS	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	DIAS POR SEMANA	PESSOAL QUE EXECUTA	HORAS DIÁRIAS
1. Consultas Médicas	8:00-12:00h	5	1 médico	4 h
2. Atendimento de Enfermagem	7:00-11:00h	5	1 atendente	8 h
	13:00-17:00h		3 visitadoras	6 h
3. Suplementação Alimentar	7:00-11:00h	5	*Serviço de Farmácia	-
4. Vacinação	8:00-11:00h	5	*Serviço de Vacinação	-
	13:00-17:00h			

Fonte - CS-I - Penha de França

* A suplementação alimentar é feita pelo Pessoal da Farmácia

* A vacinação é realizada pelo Pessoal de Vacinação.

Quadro VIII- Crianças inscritas, concentração e Rendimento das Atividades do Programa de Assistência à Gestante, no Centro de Saúde I Penha de França, no ano de 1976.

TIPO DE ATIVIDADES	Nº DE INSCRIÇÕES	PRODUÇÃO	CONCENTRAÇÃO	Nº HORAS CONTRATADAS*	RENDIMENTO
1. Consultas Médicas	779	3.571	4.58	880	4.05/hora
2. Atendimento de Enfermagem	779	-	-	5.720	-
3. Suplementação Alimentar	219	11.106 latas de leite	48 latas/criança	(Farmácia)*	
4. Educação em grupo	-	191	0,86/dia/ano	55h	4 ed/grupo/hora

Fonte - CS-I - Penha de França

* A Suplementação alimentar é feita pelo Pessoal da Farmácia.

Sobre o atendimento médico, embora à base de observação algo sumária, deve-se assinalar a constatação de um número exageradamente grande de pacientes por hora de trabalho e a inexistência de substituto do médico, verificado nos dois dias da semana em que este não compareceu.

O número de pacientes atendidos, por hora, nos três dias em que houve serviços médicos foi, em média, 11,77 (aproximadamente 1 paciente cada 5 minutos). Entretanto, em uma semana foram atendidos 65 pacientes, isto é, 13 por dia.

Expressa-se a opinião de que a problemática do atendimento médico seja analisada de modo objetivo e cuidadoso tendente a estabelecer as condições necessárias para que o trabalho nesse setor satisfaça as exigências, preferivelmente não só as mínimas, da população -

que recorre ao Centro de Saúde. Uma das sugestões poderá ser a de que se disponha da presença de um médico, pelo menos, durante 4 horas no período da manhã.

Tabela 16 - Grupo das Principais Doenças por Sexo e Idade que Motivaram a consulta Médica no Serviço de Assistência à Criança do Centro de Saúde I Penha de França, S.P., de 1 de janeiro a 30 de junho de 1977

PATOLOGIA (Lista A)*	Idade		1 4		5 14		TOTAL
	Sexo		M	F	M	F	
Sintomas e estados mórbidos mal definido (A 137)	71	105	40	43	19	14	292
Gripe (A-90)	64	58	19	11	5	1	158
Enterite e outras doenças diarreicas (A 5)	48	50	13	6	2	-	119
Infeções respiratórias agudas (A 89)	24	17	8	7	6	4	66
Outras helmintíase (A 43)	1	4	13	27	5	4	54
Bronquites, enfise <u>ma</u> e asma (A 93)	19	12	9	4	-	-	44
Infeções da pele e do tecido celular subcutâneo (A119)	9	8	10	10	3	1	41
Outras doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (A 120)	9	15	6	8	2	-	40
Doenças inflamatórias do olho (A 75)	4	11	7	5	1	1	29
Outras doenças do Aparelho digestivo (A 104)	4	4	5	6	2	1	22

Fonte - Centro de Saúde I de Penha de França, S.P.

* Foram pesquisadas 50% das fichas no total de 618 sendo que o total de patologias registradas foi de 994.

QUADRO 9 - Obstáculos Institucionais em Relação ao Programa de Assistência à Criança do Centro de Saúde Penha de França, em Agosto de 1977, Segundo o Parecer do Pessoal dos Diversos Níveis de Execução e da Equipe Multiprofissional.

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS E OUTROS FATORES CRÍTICOS PARA COBERTURA DO PROGRAMA	REQUISITOS ADICIONAIS	IMPACTO SOBRE O PROGRAMA*	RECOMENDAÇÕES PARA OBTENÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO
A. PARECER DO PESSOAL AUXILIAR			
I. Falta de Médico I1. Faltas constantes do médico consultante I2. Não atendimento à demanda da clientela II. Falta de zeladora	Dois médicos consultantes Uma pessoa para limpeza parcial	1	Dois pediatras fixos. Uma zeladora em tempo parcial ou pagar para o atendente e ele fazer a limpeza no final do expediente.
B. PARECER DO MÉDICO CONSULTANTE			
I. Falta de Médico consultante para o programa. O empréstimo não incentiva para o trabalho e prejudica seriamente o Serviço do Centro de Saúde donde provem. II. Pessoal auxiliar de baixa qualidade	Médico Fixo Promoção de Cursos de Treinamento do pessoal	1,2,3 3,2	Ter médico consultante para o Serviço e médico consultante para substituição nos casos de férias dos médicos, afim de que o serviço não sofra solução de continuidade. Treinamento do pessoal para as funções que lhe são confiadas.
C. PARECER DO DIRETOR TÉCNICO			
I. Falta de Médico II. Incapacidade do pessoal auxiliar	Médico Fixo Treinamento do pessoal auxiliar	1,2,3 3,2	Contratação de Médico por instrumentos de Trabalho e Produção e que seja subordinado à Direção do Centro de Saúde. Promoção de Cursos Intensivos para preparo do pessoal para o programa.
D. PARECER DO GRUPO MULTIPROFISSIONAL			
I. Clientela I1. Grande afluência ao Centro de Saúde de clientela de condições socio económicas baixas não atendida em suas reais condições de saúde I2. Alta percentagem de previdenciários do INPS e dependentes que frequentam o serviço I3. Ociosidade do prédio em grande parte do dia II. Pessoal auxiliar de baixa qualidade III. Falta de orientação escrita para o pessoal auxiliar IV. Falta de aproveitamento do estímulo ao retorno que a suplementação alimentar representa V. Visitas domiciliares às crianças faltosas de alto risco	Aplicação de esquemas integrados de níveis de prevenção bem definidos: a) promoção da saúde; b) prevenção; c) diagnóstico e tratamento precoces Treinamento do pessoal Fornecer normas e instruções escritas ao serviço Planejamento de Serviço Social e de Grupos e de Educação para a Saúde Equacionar a jornada diária das visitadoras do Centro de Saúde	2,3 2 2,3 2 2	Contratação de um médico consultante com as seguintes características: a) Contrato com a verba de convênio com INPS b) Contrato por instrumentos de trabalho e produção, fixando o mínimo de duas horas diárias e o máximo de oito horas diárias. c) Remuneração adequada porque realmente as horas serão cumpridas e a população bem atendida. d) O médico deverá assinar a hora de entrada e de saída no relógio ponto. e) O médico deverá estar técnica e administrativamente subordinado ao Centro de Saúde. f) Treinamento do médico em serviço a fim de que tenha conhecimento de todos os recursos existentes para atendimento das necessidades de sua clientela. Recrutado do pessoal auxiliar e treinamento através de Curso Intensivo para execução das tarefas inerentes ao programa. Supervisão periódica ao cumprimento das normas e instruções. (Vide referências na assist. à gestante: Equipar a cozinha para reunião de grupo 20 mães; Equipar a ante-sala da cozinha para recreação infantil (enquanto as mães participam de reuniões educativas de grupo); - seleção, treinamento e supervisão de voluntárias para auxiliar no serviço social de casos e de grupo; - integrar escolas da comunidade 2ª a recreação infantil (associa. normais). Fazer triagem para as visitas domiciliares. Avaliar as visitas domiciliares. Utilizar para convocação de faltosos pessoal auxiliar ocioso em certos períodos do dia; motivá-los e treiná-los para essa tarefa. - Treinar voluntários no sentido de fazer visitas domiciliares especialmente visando o retorno ao Centro de Saúde de clientes faltosos.

* Impacto sobre o Programa:

1. Impede o desenvolvimento do Programa
2. Diminui fortemente a eficiência e a eficácia
3. Altera a eficiência e a eficácia

Observação - Não foi feito levantamento do ano de 1976 porque houve extravio das fichas.

OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Após três dias de observação participante, foi organizado um esquema de entrevistas com o pessoal auxiliar da assistência à criança, médico consultante e diretor técnico.

O objetivo foi o de ouvir a opinião de toda a equipe de trabalho e do grupo multiprofissional sobre:

1. identificação dos recursos e outros fatores críticos para a execução do sub programa;
2. requisitos adicionais necessários para superar as dificuldades;
3. impacto que falta desses requisitos adicionais trazem, sobre o sub programa;
4. recomendações para a obtenção ou substituição dos requisitos adicionais necessários.

Segundo informações colhidas no Serviço e observadas durante o estágio, em cada dia atende um outro médico consultante, cedido por Centros de Saúde de outros bairros. A falta de médico é frequente.

A seguir observa-se o Quadro com o resultado das entrevistas realizadas e as conclusões do grupo multiprofissional.

3.1.7.3. Assistência ao Adulto

A assistência ao adulto reiniciou suas atividades, em 1977, na segunda semana de agosto. O horário de atendimento é das 14:00 às 16:00 horas, 3 vezes por semana.

Trabalham nesse Programa um médico e um -
atendente (o mesmo que atende a pediatria pela manhã).

As atividades realizadas são de Consulta -
Médica e de atendimento de enfermagem (pré consulta).

Os casos de esquistossomose e de sífilis são encaminhadas aos Centros de Saúde de Vila Maria e de Guarulhos. Não foi possível fazer um levantamento de morbidade do ano de 1976 por não existirem os prontuários ou livro de registro dos mesmos.

Concentração e Rendimento: Não foi possível calcular por falta de dados.

O número de atendimentos médicos em 1976 foi de 869 consultas, sendo que faltam dados de inscrição e de atendimento de enfermagem.

Nos meses de 1977 que antecederam à vinda do médico consultante, abriram-se 50 (cinquenta) fichas de Assistência ao Adulto. Foram os clientes atendidos - pela médica Diretora Técnica do Centro de Saúde. Fez-se análise de 100% das fichas (Tabela 17) para verificarem-se os motivos que levaram esses clientes a procurarem o Centro de Saúde.

Tabela 17 - Grupo das Principais Doenças por Idade e Sexo, número e percentagem* que motivaram as Consultas Médicas no Serviço de Assistência ao Adulto no Centro de Saúde I Penha de França, S.P., de 01 de janeiro a 30 de junho de 1977

PATOLOGIA** (Lista A***)	IDADE (EM ANOS)		15-19		20-49		50 +		TOTAL	
	Sexo		M	F	M	F	M	F	Nº	%
	M	F								
Sintomas e estados mórbidos mal definidos (A 137)	-	1	2	9	1	3	16		28,07	
Outras helmintíases (A 43)	1	-	1	2	1	2	7		12,28	
Outras doenças do aparelho geniturinário (A 111)	-	1	-	5	-	-	6		10,53	
Todas as demais doenças classificadas como infecciosa e parasitária (A 44)	-	-	2	2	-	1	5		8,77	
Nefrite Aguda (A105)	-	-	-	2	-	1	3		5,26	
Outras doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (A 79)	-	-	1	2	-	-	3		5,26	
Gripe (A 90)	-	-	-	-	-	3	3		5,26	
Infecções respiratórias agudas (A 89)	-	1	-	1	-	-	2		3,51	
Outras doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (A120)	-	-	-	1	-	1	2		3,51	
Doenças hipertêmicas (A 82)	-	-	-	1	-	1	2		3,51	

Fonte - Centro de Saúde I Penha de França

* Sobre o total de patologias encontradas: 57

* Amostragem de 100% das fichas existentes: 50

** Lista da Classificação Internacional de doenças

Observação - Não foi feito levantamento de 1976 porque não existem mais as fichas.

3.1.7.4. Imunizações e Testes Correlatos

A vacinação de crianças e adultos se faz em tres salas diferentes de atendimento. Resumimos, a seguir, os ítems: horário de atendimento, pessoal existente, média do número de vacinas aplicadas por dia, rendimento de vacinações por hora e rendimento de vacinações por hora esperado, como são distribuídos nas tres salas.

Itens	Sala de aplicação de BCG-ID	Sala de aplicação de VAV e anti-tetânica (adultos)	Sala de aplicação de outras vacinas
Horário	8:00-11:00h	8:00-11:00h	8:00-11:00h 13:00-17:00h
Pessoal existente	1 servente e 1 atendente de 6 h de trabalho cada	1 obstetriz em RDE	manhã: 2 atendentes de 6 h de trabalho tarde: 1 atendente de 6 h de trabalho
Média do número de vacinas aplicadas/dia	80	20	manhã = 100 tarde = 20
Rendimento de vacinações por hora	13,33	6,6	manhã = 20 tarde = 5
Rendimento de vacinações por hora esperado	25	10	manhã = 10 tarde = 10

Durante a permanência do grupo na área de imunizações pode-se observar os seguintes fatos:

- as cadernetas de vacinação são preenchidas in corretamente, como por exemplo, o BCG-ID é anotado em Provas e Testes
- falta de registro de retorno
- o BCG-ID não é anotado na caderneta Azul (que permanece na Unidade)

- a mesma caderneta azul não tem anotações coincidentes com as amarelas (que ficam com as mães)
- nas salas de aplicações de vacinas e testes faltam, nas pias, toalhas para enxugar as mãos
- o conta-gota da vacina Sabin é inadequado para o frasco das vacinas
- falta de termômetros nas geladeiras, impedindo um bom controle de temperatura (as geladeiras que armazenam as vacinas, na farmácia, possuem termômetro)
- As vacinas prestes a serem aplicadas não estavam conservadas a temperatura compatível
- o fichário das cadernetas azuis é feito por ordem numérica e por ano, não existindo o controle dos faltosos.

Observou-se ainda que, após a retirada da senha e antes da vacinação, as mães esperam, no saguão de entrada, por uma palestra que é dada pela Educadora, que orienta e dá explicações sobre a utilidade e épocas para vacinação.

A aplicação de PPD (Mantoux) e Mitsuda é feito por atendentes treinados que obedecem o horário das 8 -11 horas. O PPD é feito sob solicitação médica, para creches e comunicantes.

A esterilização do material é feita em autoclave vertical (tipo laboratório), porém a unidade não possui estufa e o controle de esterilização do material é feita - de 3 em 3 meses, no Hospital das Clínicas.

O controle do vencimento das vacinas é feito - num livro de registros e anotações são feitas também nas - caixas das vacinas. Não se tem observado falta de vacinas, e quando ocorre é por 1 ou 2 dias (ex. tríplice BCG-10).

O esquema de vacinação usado, obedece as normas da Secretaria de Saúde conforme a Deliberação SS-CTA nº2, de 2 de dezembro de 1975.

Tríplice

Iniciada aos dois meses com intervalo mínimo de 30 dias, no total de três doses, e um reforço após 1 ano da 3ª dose.

Sabin

Segue um esquema semelhante ao anterior com intervalo mínimo de 60 dias entre cada dose.

Dupla

A partir de 4 anos, três doses com intervalos mínimos de 30 dias e um reforço após 1 ano da 3ª dose.

Anatox-tetânico - gestantes não vacinadas anteriormente:

2 doses da vacina, a partir do 5º mes de gravidez, com intervalo mínimo de 30 dias entre cada dose.

Gestantes vacinadas anteriormente

1 dose de reforço da vacina, a partir do 5º mes de gravidez.

Anti-variólica

Aplicada em qualquer idade a partir dos 7 meses.

Sarampo

dose única é aplicada a partir dos 7 meses.

BCG - oral

Dose única aplicada a partir do 3 dia até 2 meses.

BCG-ID

Aplicado a partir do 8º mes. Dose única. Começou a ser aplicado este ano no Centro de Saúde de 28 de junho de 1977.

Dupla tipo Adulto

Aplicada nos escolares como dose única de reforço ou para quem nunca tomou vacina em 2 doses com intervalo mínimo de 30 dias.

Foi realizada uma Campanha de vacinação anti-sarampo na qual foram aplicadas 2090 doses em crianças de 1 a 4 anos em 1976.

Para 1977 existe um programa de imunização dos escolares com a Dupla tipo Adulto e BCG-ID e também a realização da 7ª etapa de vacinação Sabin para crianças até 4 anos.

Em 1976 foram abertas 1467 cadernetas de vacinações. A partir de 1º de setembro de 1977 será usado o novo modelo de caderneta de vacinações do Ministério da Saúde.

O controle exercido sobre o número de vacinados no CS-I da Penha permitiu que se fizesse um cálculo do número de vacinas aplicadas e também a cobertura alcançada. Também lançou-se mão dos dados de nascidos vivos no ano de 1976, encontrados no Cartório Civil de Penha de França.

Analisando a tabela 18, obtida com os números levantados tem-se:

Sabin

Os registros da unidade demonstram que houve 8515 vacinados contra a paralisia infantil. Desse valor 2581 vacinas foram dadas em crianças menores de 1 ano de idade e que 3716 receberam a vacina como sua primeira dose. No entanto somente 753 crianças completaram as 3 doses necessárias para os menores de 1 ano. Isso leva à consideração da baixa porcentagem de doses concluídas sobre as iniciadas, 46,40%, um valor considerado baixo, para a disposição de vacinas existentes.

Anti variólica e Anti-sarampo

Em contraste com o encontrado numericamente para a vacinação Sabin, a aplicação de doses de anti-variólicas 10,30% e anti sarampo 31,00% está longe da cobertura estipulada pela Secretaria.

BCG - oral

A porcentagem obtida, superestimada, (113,80%), deve-se ao fato de que os postos de atendimento à saúde da área que executam a vacinação, não dispõem da vacina BCG - oral, orientando seus clientes a procurarem o Centro de Saúde I da Penha.

Tríplice

Observa-se que a vacina Tríplice também não alcançou as metas estabelecidas pelo programa sendo que sua cobertura é ainda mais baixa (58,40%) que a obtida para a Sabin (75,00%), talvez devido ao fato de sua aplicação ser mais traumatizante do que aquela.

Pode-se observar que as porcentagens de doses concluídas sobre as iniciadas são baixas o que leva a consideração de que os clientes não foram orientados quanto ao retorno, número de doses de cada vacina, necessidade da aplicação de todas as doses para se obter a imunização.

Duas considerações podem ser levadas em conta para os percentuais encontrados, em relação à cobertura es

TABELA 18 - Distribuição de doses aplicadas e imunizações concluídas segundo o tipo de vacina, realizadas no C.S.I. - Penha de França em 1976.

VACINA	DOSES INICIADAS COM < 1 ANO	1ª ^s DOSES APLICADAS	TOTAL DE DOSES APLICADAS	DOSES CONCLUÍDAS COM < 1 ANO	DOSES CONCLUÍDAS	DOSES CONCLUÍDAS SOBRE AS INICIADAS (%)	DOSES INICIADAS COM < 1 ANO SOBRE NASC. VIVOS* (%)
SABIN	2581	3716	8515	753	1726	46,40	75,00
ANTI-VARÍOLA	355	1033	18003	355	1033	100,00	10,30
BCG-ORAL	3917	28024	30793	3917	28024	100,00	113,80
TRÍPLICE	2010	2978	5709	303	992	33,30	58,40
DUPLA	-	504	1853	-	268	53,20	-
TÉTANO	-	3433	5847	-	1140	33,20	-
SARAMPO	1067	1329	1727	1067	1329	100,00	31,00
ANTI-TÍFICA	-	972	972	-	-	-	-
TOTAL	9930	41989	73419	6395	34512	82,19%	-

Fonte: C.S.I. Penha de França

* NV : 3442 (Cartório Civil de Penha de França)

tipulada pela Secretaria da Saúde, que é executar as primeiras vacinações de Sabin, Tríplice ou Dupla, anti-sarampo e anti variólica em crianças de 0 - 11 meses, inclusive. Assim nem todas as crianças moradoras na região foram registradas no Cartório local, e também deve-se considerar a existência de outros postos de saúde espalhados dentro do raio de ação do Centro de Saúde de Penha. "Tais fatos impossibilitam uma conclusão quanto à cobertura obtida pela Unidade estudada.

3.1.7.5. Tisiologia

O sub-programa de Tisiologia, funcionando no andar térreo do Centro de Saúde é, pela planta física, isolado dos demais serviços e a eles integrado funcionalmente.

O pessoal, o horário de trabalho e as atividades a eles relacionados, estão expostos no Quadro .

Quadro X - Pessoal existente, número de horas diárias contratadas e atividades realizadas no sub-programa de Tisiologia do CSI Penha de França, em agosto de 1977

Pessoal Existente	Nº de horas diárias contratadas	Atividades Realizadas
1 médico especialista	4	Consultas médicas; Agendamento de retorno na ficha clínica.
2 atendentes	6	Pré-consulta; Teste de PPD; contatos não formais com o assistente social do Centro de Saúde para encaminhamento de casos.
1 operador de Raios X	6	Operar o aparelho de RX. Obs: O aparelho não está funcionando por falta de filmes.
1 assistente	não fixo neste sub-programa, pois atendido solicitado	Serviço social de casos, especialmente os encaminhamentos aos hospitais. No momento, está reorganizando o Serviço de Tuberculose, mesmo sem ter o Sub-programa.

Fonte - CS-I de Penha de França.

Observações:

1ª) Durante o estágio não foi possível realizar contatos com o médico tisiologista, que não compareceu ao Centro de Saúde durante esse período. As informações sobre o horário de atendimento ao público, do profissional, foram desconexas.

2ª) Houve muita dificuldade em se pesquisar dados de interesse geral por falta de organização do serviço.

3ª) Não foram localizadas as fichas clínicas anteriores à implantação do Fichário Central, que ocorreu no dia 10 de julho de 1977.

4ª) Do dia 10 de julho a 18 de agosto p. passado estavam inscritos 168 pacientes no Sub-programa de Tisiologia.

5ª) As fichas antigas foram empilhadas, sem obedecer a nenhum critério de classificação, numa sala junto com as fichas dos demais setores. Por esse motivo, não houve condições de se fazer o levantamento das mesmas.

6ª) Foi feita uma pesquisa em 100% das fichas obtidas no Fichário Central, perfazendo um universo de 168, com os resultados constantes da Tabela .

Tabela¹⁹ - Frequência e percentagem da situação da cliente la do Sub-programa de Tuberculose, no CSI de Penha de França, que compareceu ao Serviço dos dias 10 de julho a 18 de agosto de 1977

SITUAÇÃO DA CLIENTELA	FREQUÊNCIA	%
Em tratamento regular	17	10,18
Encaminhados a hospitais	9	5,39
Diagnosticados sem tratamento	14	8,38
Sem diagnóstico confirmado e sem tratamento	127	76,05
TOTAL	167	100,00

Fonte - CS-I de Penha de França

Observação - Em 115 (90,55%) das 127 fichas clínicas de pacientes inscritos, sem diagnóstico e sem tratamento, constavam apenas dados de identifica

ção. Em 12 (9,45%) havia solicitação de exames complementares, tais como baciloscopia, RX do tórax e cultura de escarro, sem anotação dos resultados.

No Quadro III podemos ver a produção do sub-programa de Tuberculose no Centro de Saúde, no ano de 1976.

Quadro III - Produção do Sub-programa de Tuberculose no CSI de Penha de França, no ano de 1976.

ESPECIFICAÇÃO	NÚMERO
Doentes novos inscritos	1.066
Comunicantes	854
Consultas médicas	3.100
Visitas domiciliares	40
Medicamentos distribuídos a doentes	87.989
Medicamentos distribuídos a comunicantes	120.553
Palestras	930
PPD lições	10.376
PPD negativos	14.111

Fonte - Boletim Oficial do CS-I de Penha de França

Observações- Não foi possível fazer-se a avaliação do Sub-programa de acordo com os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde "Ação antituberculosa a nível periférico", 1974, pela falta de dados.

Pela ausência do médico no serviço não houve condições de se identificar quais os esquemas de diagnóstico e tratamento utilizados objetivamente, nem mesmo os critérios de internamento, de controle de cura, de convocação de faltosos ou de controle de comunicantes.

A partir dos livros de registro de casos novos, foi feito um levantamento de doentes novos (Tabela 20).

Tabela 20 - Frequência Mensal de Inscrições Novas no Serviço de Tuberculose do CSI Penha de França, durante os anos de 1966 a 1976

ANO	Inscr. Mens. Nov.												
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
1966	27	28	30	33	46	26	42	29	34	45	27	43	418
1967	43	34	33	33	23	32	28	30	26	22	34	19	357
1968	19	26	19	22	20	16	27	20	26	35	27	18	275
1969	18	17	24	13	26	24	20	18	24	27	23	15	249
1970	20	17	22	14	17	17	26	29	29	45	32	30	298
1971	19	30	20	19	21	16	14	31	22	18	17	27	254
1972	30	22	27	14	18	20	18	23	23	16	20	19	250
1973	17	20	21	26	33	23	15	28	12	22	11	6	234
1974	18	20	15	16	18	10	22	28	22	16	14	10	209
1975	17	15	9	11	16	3	10	11	5	9	17	10	133
1976	14	12	12	15	8	11	10	7	3	20	15	8	135
TOTAL	242	241	240	216	246	198	232	254	226	275	237	205	2.812

Fonte - CS-I Penha de França

Observações -

1ª) Nota-se que há uma tendência ao decréscimo de novas inscrições. Poderá isto significar uma diminuição na qualidade do serviços prestados, menor número de visitas domiciliares, menor número de contatos com a comunidade e menor interesse na pesquisa de focos. Seria necessário verificar se o número de doentes está realmente diminuindo na comunidade, uma vez que a população está aumentando anualmente e a taxa de incidência de tuberculose - nas periferias costuma ser elevada. Poderá significar também o desvio dos doentes para outros centros de tratamento de tuberculose.

2ª) Em 1977 não se registraram mais casos no - vos no livro de registro. Houve uma mudança funcional no Serviço, que passou a se integrar com os demais. Atualmente há integração através do Fichário Central.

3ª) O serviço não dispõe de visitadoras. Essas existem no Centro de Saúde, mas estão desviadas para outras funções. Aguarda-se o retorno dos pacientes e, quando isso não acontece, o Serviço não os procura.

É necessário uma programação a nível local. Medidas de ordem administrativa são urgentes, para evitar um número cada vez maior de doentes crônicos, resistentes e outras consequências do mau funcionamento do Serviço.

Há necessidade de normas escritas, esquemas de tratamento e controle da medicação dos doentes.

O número de consultas médicas registradas em 1977 indica uma média de 14 por dia, equivalente a uma consulta a cada 17 minutos, tendo-se em conta o número de horas contratadas.

O controle dos casos seria feito pelo médico, de cujas atividades depende a execução dos esquemas terapêuticos adotados e, portanto a recuperação dos pacientes. Tarefas subsidiárias seriam delegadas a pessoal auxiliar.

É desnecessário ressaltar a gravidade do problema da interrupção do tratamento como consequência da falta eventual de médico no Serviço.

3.1.7.6. Dermatologia Sanitária

O Serviço de Dermatologia Sanitária do Centro de Saúde I Penha de França fica localizado no 1º andar, com entrada independente, pela Rua Frei Germano, estando integrado funcionalmente aos demais serviços.

O horário de atendimento é das 7:00 às 17:00hs diariamente.

O pessoal existente, atividades e horas de trabalho estão no quadro XII.

Quadro XII - Pessoal existente, número de horas diárias con-
tratadas e atividades realizadas no subprogra-
ma de Dermatologia Sanitária, no Centro de Saú-
de I Penha de França, em agosto de 1977

PESSOAL EXISTENTE	Nº	HORAS DIÁ- RIAS CON- TRATADAS	ATIVIDADES REALIZADAS
Médico especialista	1	4	- consulta médica
Médico clín. geral	1	4	- consulta médica
Atendente	3	6	- pré-consulta pós-consulta teste de Mitsuda curativos colheita de mate- rial para exame
Visitador sanitário	1	6	- visitas domicilia- res
Servente	1	6	- limpeza das insta- lações

Fonte - CS-I de Penha de França

Houve dificuldades iniciais para a obtenção de dados, que foram superados posteriormente, através do con-
tato com os médicos.

Tabela 21 - Produção do Sub Programa de Dermatologia Sani-
tária, no Centro de Saúde I Penha de França, no
ano de 1976.

ESPECIFICAÇÃO	Nº
Inscrição de docentes novos	131
Inscrição de comunicantes	171
Consultas médicas	3.593
Atendimentos de enfermagem	11.012
Medicamentos distribuídos	343.453

Fonte - Boletim do C.S.I. de Penha de França, 1976

Tabela 22 - Casos novos de Hanseníase, segundo forma clínica, inscritos no Livro de Consultas Mensais do Subprograma de Dermatologia Sanitária do - Centro de Saúde I de Penha de França, de 1º de janeiro a 12 de agosto de 1977

FORMAS CLÍNICAS DE HANSENÍASE	Nº DE CASOS	%
Indeterminadas	20	21,05
Virchorviana e Dimorfa	29	30,53
Tuberculóide	46	48,42
TOTAL	95	100,00

Fonte -- Serviço de Dermatologia Sanitária do CS-I de Penha de França.

Tabela 23 - Doentes inscritos segundo a forma clínica no C.S.I. de Penha de França, de 1973/76

ANO	FORMA CLÍNICA							
	Virchoviana e Dimorfa		Indeterminada		Tuberculose		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1973	1091	56,94	360	18,32	465	24,26	1916	100,00
1974	1107	56,56	369	18,85	481	24,57	1957	100,00
1975	1128	55,67	403	19,89	495	24,43	2026	100,00
1976	1154	55,08	423	20,19	518	24,72	2095	100,00

Fonte - Boletim do C.S.I. de Penha de França, 1973/76

Há predominância de doentes da forma Virchoviana e Dimorfa. Denota que o diagnóstico é feito tardiamente. O fato ocorre ainda atualmente. Não há controle eficaz do tratamento. Há poucas visitas domiciliares, não atingindo ~~esses~~ o objetivo do retorno da clientela.

Apesar do serviço contar com apenas 1 visitador, esse ainda é mal aproveitado; não realiza visitas por falta de condução. Segundo informações colhidas no serviço, nos últimos meses, o visitador realiza 2 visitas por semana, usando condução particular.

Tabela 24 - Total de contactos existentes segundo controle, no Serviço de Dermatologia Sanitária do C.S.I de Penha de França, de 1973/76.

ANO	Com Controle		Sem Controle		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1973	962	13,2	6.320	86,8	7.282	100,00
1974	769	16,0	4.029	84,0	4.798	100,00
1975	453	14,7	2.621	85,3	3.074	100,00
1976	464	15,6	2.501	84,4	2.965	100,00

Fonte: *Boletim do C.S.I de Penha de França*

Evidencia-se pela Tabela 24 a falta de controle dos contactos de Hansenianos que supera a 84% em todos os anos de 1973/76.

Nota-se que além da falta de controle dos contactos, esses não são procurados; o número está decrescendo anualmente, enquanto que o número de doentes (Tabela 25) continua elevado.

Tabela 25 - Doentes de Hansen, segundo controle no Serviço de Dermatologia Sanitária do C.S.I. de Penha de França, de 1973/76.

ANO	Com Controle		Sem Controle		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1973	1479	77,19	437	22,81	1.916	100,00
1974	1544	78,89	413	21,11	1.957	100,00
1975	1606	79,26	420	20,74	2.026	100,00
1976	1620	77,32	475	22,68	2.095	100,00

Fonte - Serviço de Dermatologia Sanitária - C.S.I. Penha de França, S.P.

Observa-se na Tabela 25 que nos anos de 1973/76 mais de 77% dos doentes de Hansen ficaram sem controle. Esse fato aumenta o risco da não cura do doente, além de diminuir a oportunidade dos seus contactos serem diagnosticados em forma inicial.

Tabela 26 - Comunicantes que passaram a doentes de Hansen segundo a forma clínica, dos anos de 1973/76, no Serviço de Dermatologia Sanitária, do Centro de Saúde I de Penha de França

ANO	Forma Clínica	Virchoviana e Dimorfa		Indeterminada		Tuberculóide		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1973		5	71,42	-	-	2	28,57	7	100,00
1974		7	70,00	1	10,00	2	20,00	10	100,00
1975		3	21,42	11	78,57	-	-	14	100,00
1976		4	40,00	6	60,00	-	-	10	100,00

Fonte: Boletim do C. S. I de Penha de França

Pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas, a recomendação é de "Promover a vigilância epidemiológica e tratamento pelo menos de 75% dos contactos.

A falta de controle de comunicantes é muito elevada, o que denota uma despreocupação epidemiológica em relação à Hanseníase, responsável pelo aparecimento de novos casos, por constituir um grupo de alto risco.

Observa-se na Tabela 26a grande proporção de comunicantes sendo diagnosticados já nas formas Virchoviana, Dimorfa e Tuberculóide.

Recomenda-se tomar urgentes medidas administrativas no sentido de providenciar as visitas domiciliares para convocação de faltosos e o levantamento e controle dos comunicantes, tendo em vista que atualmente o serviço funciona apenas como um ambulatório especializado, estático.

O fluxograma adotado nesse serviço é desestimulante para a clientela, que já deve chegar a ele espontaneamente ou por indicações de outros serviços.

Quando o doente vem pela primeira vez, é encaminhado ao Instituto de Saúde em Pinheiros, para exame dermatoneurológico. Caso o resultado seja positivo para Doença de Hansen, o doente é novamente encaminhado para o Centro de Saúde, momento em que se procede a sua inscrição no Fichário Central do referido Centro.

Passa o doente então a receber medicação es
pecífica e é feito o controle do Laboratório Adolfo Lutz
do Próprio Centro de Saúde.

Possuindo o Serviço de Dermatologia Sanitária
um médico especialista de Hanseníase e um Laboratório
Adolfo Lutz, não há necessidade do paciente ser encami-
nhado ao Instituto de Saúde de Pinheiros devendo-se pou-
par a clientela desse desvio, que pode levá-la a desitên-
cia do diagnóstico e tratamento, além de trazer transtor-
nos sociais, que criam resistência psicológica ao Trata-
mento.

Evitaria esse fato o encaminhamento de cli-
entes Hansenianos negativos ao exame e facilitaria o iní-
cio precoce do tratamento.

Outra sugestão seria que o serviço de der-
matologia sanitária atendesse as doenças venéreas. Há
completa despreocupação pelas doenças venéreas, que sa-
be-se estarem aumentando muito.

3.1.7.7. ODONTOLOGIA SANITÁRIA

Horário de atendimento: das 7:00 às 11:00 h e das 13:00 às 15:30 h.

Pessoal existente: 2 dentistas (2 pela manhã e 1 à tarde)
1 atendente (período integral)

O atendimento estende-se às crianças, gestantes e adultos, conforme a programação pré-estabelecida. O serviço executa: extrações, obturações e restaurações.

O maior problema neste serviço é a falta de manutenção técnica dos aparelhos.

No ano de 1976 foram feitos 147 matrículas e 6.481 atendimentos. Pode-se supor que as matrículas devem-se referir somente à pessoas que não têm outra ficha no Centro ou então deve haver um equívoco no número de atendimentos (44,08 atendimentos odontológicos anotados em outras fichas clínicas).

3.1.7.8 OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA

Oftalmologia

O Centro de Saúde I Penha de Franca não conta com o profissional da área. No entanto, a Unidade possui toda a aparelhagem necessária, ainda na embalagem original, aguardando que se destine uma área para sua instalação.

Otorrinolaringologia

O Centro de Saúde ainda não conta com este serviço.

3.1.7.9. SAÚDE MENTAL

O Serviço de Saúde Mental do C. S. I. Penha visa desenvolver junto à população pertencente à sua área de atuação, ações integradas de Saúde Mental, visando a redução dos riscos de morbidade psiquiátrica e a elevação

dos níveis de Saúde Mental

- Horário de atendimento ao público: de 2ª à 5ª feira, das 8 às 12 horas e das 13 às 15 hrs. Às 6ªs feiras, não há atendimento ao público, sendo reservado esse dia para as reuniões internas.

- Pessoal existente:

2 Assistentes Sociais

2 Psiquiatras

1 Psicóloga

2 Estagiárias (psicólogas voluntárias)

1 Atendente

1 Motorista

2 Visitadoras Sanitárias

- Recursos Materiais:

Escrivaninhas, fichários, armários, brinquedos para terapia lúdica, etc.

- Atividades realizadas:

a) Pré Consulta:

É feita precedendo todas as consultas médicas, atendimentos de Saúde Mental e realizadas através de trabalho em grupo.

b) Atendimento psicológico de rotina ou eventual

Feito através de entrevista, observação da criança, aplicação de testes psicológicos, psicoterapia breve, orientação a clientes e seus familiares, encaminhamentos psico-pedagógicos, registro dos dados de exame.

c) Consulta médica de rotina ou eventual

Realização da anamnese, exames psíquicos, prescrição medicamentosa, orientação, encaminhamentos, registro de prontuários, indicação de exames complementares e orientação familiar ou de casal.

d) Atendimento de Serviço Social

Coleta de dados sociais do paciente, elaboração do diagnóstico social, agendamento, registro de dados no prontuário, elaboração e avaliação do diagnóstico social.

e) Trabalho de Grupo

Definição dos diagnósticos psiquiátricos, psicológicos e sua avaliação.

f) Convocações

Envio de circulares aos pacientes convocando-os à comparecerem ao Centro de Saúde.

g) Encaminhamentos

Triagem para encaminhamentos para hospitais psiquiátricos como: Pinel, Vila Mariana e Água Funda.

h) Visitas domiciliares

Seleção de pacientes a serem visitados, visitas e registro dos dados no prontuário e na ficha própria de controle de atividades.

As visitas domiciliares são realizadas pelas visitadoras domiciliares ou pelas assistentes sociais. Conforme a gravidade do caso, os psiquiatras também fazem essas visitas.

- Fluxograma

O paciente ao chegar ao Centro de Saúde é matriculado recebendo um número no fichário central, sendo depois encaminhado para o Serviço Social para a pré-consulta e estudo sócio-econômico.

Após a pré-consulta é encaminhado para tratamento com: psicóloga (em grupo ou individual), ou psiquiatra (em grupo ou individual) ou então é encaminhado para

exames ou internamentos hospitalares.

- Controle e outras atividades

No fichário central do Centro de Saúde o paciente recebe um número; passando pelo fichário do Serviço de Saúde Mental a ficha é numerada pela segunda vez para um melhor controle dos casos. Esse sistema não é definitivo ainda, pois o fichário central foi implantado agora no Centro de Saúde.

O número de inscritos de janeiro a julho de 1977 é de 1.019 pacientes e desses 900 estão ainda em seguimento

O Departamento de Saúde Mental é dinâmico e as dificuldades apontadas foram: falta de material educativo para terapia lúdica e psicomotricidade e local adequado para essas duas atividades.

3.1.8 - EPIDEMIOLOGIA

As notificações são recebidas no Centro de Saúde provenientes de:

- Hospital Emilio Ribas, por meio de memorando ou telefonema, diretamente ou por mediação do Distrito Sanitário;
- pelo próprio Centro de Saúde;
- Hospital Cristo Rei, em relação semanal enviada ao Distrito Sanitário;
- Hospital Municipal do Tatuapé, da maneira citada no item anterior;
- médicos particulares.

As notificações registradas, fichadas individualmente e entregues pela escriturária à visitadora do setor que encarrega-se da confirmação do diagnóstico e

controle do foco (Investigação Epidemiológica).

A Tabela 27 mostra alta incidência de esquistossomose. As notificações abrangem uma vasta área que inclui bairros novos como: Guaianazes, São Miguel Paulista, Itaquera e Ermelino Matarazzo.

Para estes convergem fontes correntes imigratórias provenientes de estados onde é endêmica a esquistossomose. Esse fato seria razão suficiente para esses resultados.

A meningite meningocócica ocupa o segundo lugar, após a esquistossomose, também com valores absolutos consideráveis. O terceiro lugar é ocupado pela tuberculose, com valores baixos para uma população de 750.000 habitantes. O número de casos novos notificados não concorda com o de casos novos inscritos no Centro de Saúde (conforme Boletim de Produção onde não constam dados nem com os registrados no livro destinado a esse fim onde temos 125 casos novos inscritos. O mesmo é observado quanto aos casos de sífilis, com tres casos registrados e 23 constantes do Boletim de Produção, referentes a gestantes.

Os casos de hansemiose não fogem também a essa regra: há 41 notificados, 131 constantes no Boletim de Produção e 95 casos novos inscritos no Livro referente a área.

Essas discrepâncias obliteram a possibilidade de tratamento desses dados, segundo as exigências da estatística vital.

Observa-se que 20,52% das moléstias transmissíveis: meningite, tuberculose, sarampo, coqueluche, poliomielite, difteria e tetano, são evitáveis através de vacinações em massa ou de rotina no Centro de Saúde.

Incidência das moléstias transmissíveis (notificadas) por
 sexo, idade, número e percentagem no C.S.I. • Penha de
 França no ano de 1976

PATOLOGIA (Lista A xx sexo	Idade												TOTAL	
	1		5		20		50		50 X		IG		Nº	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
* ESQUISTOSSOMOSE (A-39)	-	-	-	-	83	50	451	191	12	16	1	2	806	69,54
* MENINGITE MENINGOC (A:72)	14	9	12	8	28	16	13	10	-	3	-	-	113	9,75
* TUBERCULOSE (A-06)	-	-	-	-	3	5	16	20	6	2	1	-	53	4,57
* SARAMPO (A-25)	4	1	15	7	7	9	1	1	1	-	-	-	46	3,97
* HANSENIASE (A-14)	-	-	-	-	-	3	12	18	6	2	-	-	41	3,54
HEPATITE (A-28)	1	1	2	2	5	3	7	-	1	-	-	-	22	1,90
COQUELUCHE (A-16)	1	1	7	1	1	2	-	-	1	-	-	-	14	1,20
PAROTIDITE (A-104)	-	-	3	-	4	3	-	2	-	-	-	-	12	1,04
VARICELA (A-29)	2	-	1	3	2	1	2	-	-	-	-	-	11	0,95
* LEPTOS PIROSE (A-44)	-	-	-	-	6	-	3	-	2	-	-	-	11	0,95
PUBEOLA (A-29)	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	1	6	0,52
* 1. IONITELITE (A-22)	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,42
* MALARIA (A-31)	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	5	0,42
* DIFTERIA (A-15)	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	4	0,35
* TETANO (A-20)	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	3	0,26
SIFILIS (A-37)	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3	0,26
* FEBRE TIFÓIDE (A-02)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,09
ESCARLATINA (A-21)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,09
ENCEFALITE (A-79)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,09
MENINGITE (A-72)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,09
TOTAL	23	13	43	27	143	94	512	246	30	23	2	3	1159	100,00

Fonte: CS-1 de Penha de França

* Doenças de notificação compulsória conforme normas ref. no
 D.O de 23.2.74

** Lista A da 8ª Revisão da Classificação Internacional das
 Doenças.

3.1.9 - SANEAMENTO

A área de saneamento é ligada diretamente ao Chefe do centro de Saúde. Essa área conta com 1 Inspetor Sanitário (Chefe), 5 Fiscais Sanitários e 1 Escriturário.

O período de trabalho obedece ao mesmo do Centro, isto é, das 7 às 17 horas. Com exceção de 3 Fiscais, (cedidos pelo Centro de Saúde de Cangaíba) os demais funcionários trabalham em período integral.

A distribuição dos serviços de fiscalização, orientação e vistoria é feita por zonas, dentro da área de ação do CS, e com rodízio mensal entre os fiscais.

Várias são as atividades atribuídas a esses profissionais, no entanto a maioria só é exercida quando solicitada por consumidores do CS.

São as seguintes as atividades dos fiscais e inspetor de saneamento:

água, esgoto, alimentos, (em casas comerciais), acompanhamento de construções para fins comerciais, condições sanitárias para abertura de firmas tais como institutos de beleza e casas de banho, vistoria em clubes, restaurantes e similares.

3.1.9.1. ÁGUA

Somente atende a reclamações e solicitações de inspeção das condições sanitárias de água de poço e raramente a água de rede (distribuída pela SABESP. Nesses casos, recomenda uma análise que seja efetuada pela CETESB quando se trata de poço e uma reclamação direta à SABESP quando se trata de água de rede. Promove ainda orientação quando à cloração dos reservatórios e à desinfecção do poço ou mesmo o seu lacramento. Não fazem cole

ta de água para análise.

Não há promoção de controle a caminhões que transportam água para distribuição à população da área. Também não há (nem mesmo periódica) investigação das condições sanitárias dos reservatórios de escolas, agências de saúde, ou indústrias.

Os fiscais participam de programas de educação sanitária, junto com os educadores do CS. Promovem ainda a distribuição de cloro à população (no entanto é feita pela farmácia do CS).

3.1.9.2. ESGOTO

Parece ser o grande problema da região atendida pelos fiscais, em termos de saneamento. Por ser uma região pouco servida por rede de esgoto, os vários tipos de disposição dos dejetos são utilizados pela população. Tem-se então a disposição a céu aberto, em fossas, utilizando-se irregularmente da rede fluvial, etc.

Quando a disposição é a céu aberto, vários riachos e córregos são utilizados clandestinamente como receptores dos dejetos, o que causa constantes queixas e problemas de saúde, principalmente à população que vive próxima a esses córregos.

Os problemas com as fossas são os que mais reclamações trazer aos sanitaristas. Problemas como rompimento de tubulações, fossas cheias, ladrões de fossa para a rua a céu aberto, etc., são os que levam a maior desgaste dos profissionais, com autos de infrações, intimações e mesmo multas. No entanto parecer ser princípio dos fiscais, orientar os infratores e não puni-los com multas.

Também nessa área participam das reuniões

promovidas pelos educadores, procurando orientar a comunidade no sentido de atender as especificações, quando da construção de fossas e disposição da água servida, quando não há rede de esgoto.

3.1.9.3. LIXO

O problema do lixo é totalmente transferido para a prefeitura, como também o é o de roedores.

3.1.9.4. ALIMENTOS

A fiscalização em relação a alimentos é feita junto a bares, restaurantes, pastelarias e em distribuidores por atacado. Os fiscais aplicam o auto de infração e procuram orientar os infratores para os perigos dos alimentos expostos ou deteriorados. Em distribuidores por atacado, colhem amostras do alimento suspeito e enviam para a Divisão de Alimentação Pública, em bargando o lote, se necessário.

3.1.9.5. CONSTRUÇÃO CIVIL

Os fiscais acompanham ainda construções com finalidades comerciais, dando seu parecer final quando a obra está completa.

3.1.9.6. INSPEÇÃO PARA OBTENÇÃO DE ALVARES DE FUNCIONAMENTO

É uma inspeção efetuada junto às casas comerciais afins, que para obter o alvará de funcionamento, precisam do auto de vistoria do inspetor sanitário.

Fiscalizam ainda clubes, casas de banho, institutos de beleza atuando principalmente na verificação das condições sanitárias e na prevenção de contaminação (piscinas).

A área de saneamento mantém relação com os seguintes órgãos: Instituto Adolfo Lutz, Cetesb, Sabesp, Prefeitura, Divisão de Alimentação Pública, Divisão de Engenharia de Saúde Pública e eventualmente às Sociedades Amigos de Bairros.

O fluxograma de atendimento do Centro de Saúde obedece ao seguinte esquema:

Protocolo -- diretoria do CS --
Inspetor de Saneamento Fiscal Sanitário (ou o próprio inspetor).

O fiscal faz o relatório de aprovação ou auto de infração e o encaminha ao inspetor e daí à diretoria para as providências e arquivamentos.

A área mantém um registro das atividades, contendo os autos de vistoria e fiscalização e de infração.

Embora não se tenha acompanhado uma ação de fiscalização, pareceu que essa área está bem coordenada, faltando entre tanto maior atuação dos fiscais junto a problemas de inspeção e orientação quanto a reservatórios e sanitários em escolas e indústrias principalmente. Também deveria verificar os caminhões tanque que transportam água potável para a população (com coleta de água para análise). Deve-se ainda reconhecer a pequena capacidade de funcionários dessa área para atender a uma região tão grande como é a abrangida pelo CS-1 da Penha.

3.1.10 SERVIÇO SOCIAL

Existem dois setores de Serviço Social no Centro de Saúde I Penha de França: um que atua junto ao Sub-programa de Saúde Mental e outro que atua junto aos

demais Programas e Sub-programas.

QUADRO XLII

Distribuição de pessoal de Serviço Social segundo programas e sub-programas e horário de trabalho no Centro de Saúde I de Penha de França.

PROGRAMAS E SUB-PROGRAMAS ASSISTIDAS	PESSOAL	Nº	HORÁRIO DE TRABALHO
I - SAÚDE MENTAL	Assistente Social	2	8 horas diárias
II - TUBERCULOSE, HANSENIASE, MATERNO-INFANTIL, OUTROS	Assistente Social	1	8 horas diárias

Fonte - C.S. I Penha de França

As atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no Sub-programa de Saúde Mental estão relatadas no Serviço de Saúde Mental (item 3.1.6.9).

A dinâmica de trabalho do Serviço Social nos outros setores limita-se ao atendimento de casos, sem programação definida.

A maior parte do tempo o assistente social é absorvido por tarefas perfeitamente delegáveis que baixam essencialmente o seu rendimento. Está incumbido da reorganização do Programa de Tuberculose sem o conhecer.

Não existe um Programa de Serviço Social no Centro de Saúde I Penha de França.

Para melhor identificação dos obstáculos institucionais com que se defronta o Serviço Social, requisitos adicionais necessários para o seu bom desenvolvimento e o seu impacto sobre os Programas e Sub-programas foram colhidos as opiniões, relacionadas no Quadro

QUADRO XI OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE SAÚDE I PENHA DE FRANÇA, DE ACORDO COM O PARECER DO PESSOAL, EM AGOSTO DE 1977.

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS E OUTROS FATORES CRÍTICOS DO SERVIÇO SOCIAL	REQUISITOS ADICIONAIS	IMPACTO SOBRE OS PROGRAMAS E SUB PROGRAMAS*	RECOMENDAÇÃO PARA OBTENÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DOS REQUISITOS ADICIONAIS
PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL			
1. Falta veículo à disposição do Serviço Social, para transporte dos doentes aos Hospitais ou para visitas domiciliares necessárias ao diagnóstico e tratamento social de casos.	Veículo com motorista à disposição.	2.	Reservar um veículo e um motorista somente para atendimento do Serviço Social. Se não for possível, verba disponível ao técnico para não haver perda de tempo do mesmo em solicitações diárias, pelo acúmulo de casos.
2. Dificuldade no encaminhamento de casos aos Serviços do próprio Centro de Saúde.	Conhecendo o técnico as normas dos Programas, ter o direito de encaminhar clientes para os devidos setores, inclusive para o laboratório, com o objetivo de realização de exames que a Programação normatiza, mas cuja requisição deve ser assinada por outro profissional.	2.	Incluir o técnico nos Programas. Ter normas escritas sobre o direito de encaminhar casos aos serviços e ao Laboratório para obtenção de soluções. Maior concientização do pessoal, especialmente chefias sobre a colaboração que o Assistente Social pode prestar.
3. Isolamento do seu Trabalho.	Ter um supervisor.	2.	Supervisão de outro técnico periodicamente para discutir melhor os problemas. Ter programa de Serviço Social.
4. Não ter tempo para participar em treinamento de pessoal.	Ter um elemento à disposição para resolver os casos de rotina com sua supervisão.	1.	Um elemento de nível médio, com qualificação pessoal, especialmente bom relacionamento humano, como seu auxiliar direto.
5. Não ter em mãos os Programas.	Participar da adaptação dos Programas à Nível Local.	3.	Maior participação e informações sobre Programas e Sub programas.
PARECER DO GRUPO MULTIPROFISSIONAL			
1. Falta de participação na elaboração de programas de treinamento de pessoal.	Treinar pessoal para atendimento de casos de rotina de Serviço Social.	1.	Melhor coordenação na distribuição de tarefas entre os funcionários do Centro de Saúde.
2. Falta de participação na elaboração de programas de treinamento de pessoal.	Treinar pessoal para atendimento de casos de rotina de Serviço Social.	1.	Melhor coordenação dos serviços, distribuição correta dos elementos.
3. Falta de participação na Supervisão do atendimento ao público.	Conhecer os Programas e Sub programas. Treinar o pessoal no atendimento ao público.	2.	Selecionar prioridades para o Serviço Social.
4. Falta de integração dos Serviços	Conhecer os Programas e Sub programas, visando a integração funcional dos mesmos	2.	Dedicar-se a uma integração objetiva, visando o menor desgaste da clientela e maior incentivo ao trabalho dos funcionários.
5. Falta de integração de Programa com a Educadora de Centro de Saúde.	Identificar os obstáculos que poderão ser resolvidos em conjunto com a Educadora.	2.	Adaptar os Programas e Sub programas à nível local com a participação da Educadora e de outros profissionais do Centro de Saúde e do Distrito a que pertence o Centro.

Fonte: CS-I de Penha de França

- * Impacto sobre os Programas e Sub-programas:
- 1) Impede o desenvolvimento
 - 2) Diminui fortemente a eficácia e a eficiência
 - 3) Altera a eficácia e a eficiência.

3.1.11 LABORATORIO

Durante o breve estágio no Centro de Saúde I (CS I) Penha de França, determinado para o grupo, como uma das etapas de execução de trabalhos de campo, pudemos observar, embora superficialmente, alguns aspectos de importância das atividades inerentes ao laboratório funcionando do referido CSI.

As informações levantadas no presente relato foram obtidas, fundamentalmente, por meio de entrevista com a Biologista-Chefe do Laboratório, excetuando-se os comentários oportunamente incluídos.

ASPECTOS OBSERVADOS

3.1.11.1. ADMINISTRATIVOS

O Laboratório funcionando no CSI Penha pertence ao Instituto Adolfo Lutz de São Paulo (IAL) e é classificado como "Área de extensão de atividades laboratoriais" do IAL.

O Laboratório atende 5 Distritos, a saber:
São Miguel Paulista, com 9 Unidades;
Guarulhos, com 5 Unidades;
Mogi das Cruzes, com 4 Unidades;
Vila Maria, com 6 Unidades e
Penha, com 23 Unidades.

A. Organização

A.1 - Horário de funcionamento

O horário de recebimento de amostras dos diferentes Distritos, bem como o envio de resultados dos exames é bem estabelecido: das 07:00 às 09:00 h, variando o atendimento aos diferentes Distritos apenas nos dias da semana.

Assim,

às segundas-feiras são atendidos os casos do CSI
Penha ("sede");

às terças-feiras os de Penha - outras Unidades e os
de São Miguel Paulista.

às quartas-feiras, os de Penha- outras Unidades e os
de Guarulhos;

às quintas-feiras, os de Mogi das Cruzes e os de Vila
Maria.

Às sextas-feiras não há coleta nem recebimento de a-
mostras, por motivos de ordem técnica.

Os exames são realizados diariamente. O horário de
funcionamento do laboratório é das 07:00 às 17:00 h,
com intervalo de duas horas para o almoço dos funcio-
nários.

A.2. - Pedidos de exames e encaminhamento de resul-
tados.

Os pedidos de exames são padronizados pelo IAL, a-
través de formulários próprios. Tais formulários
são cedidos pelo Laboratório aos "Postos de Coleta"
de amostras (situados nas várias Unidades) mediante
troca, para melhor controle do Laboratório. Não há
duplicatas de formulários, de modo que os dados ne-
cessários ao Laboratório são transcritos para um li-
vro de registro específico para os diversos tipos
de exames solicitados, incluindo-se informações re-
lativas a: nome do paciente, sua procedência, seu
número de matrícula nos diversos CS, seu número de
ordem no Laboratório (dado interno) e o resultado
encontrado.

Quando solicitados exames complexos, que o Laborató-
rio não manipula normalmente por motivos de ordem o-
peracional, são estes encaminhados ao IAL central,
para lá serem processados.

Um comentário pode ser feito aqui: o envio dessas a

mostras é feito pessoalmente pela Bióloga-Chefe, o que caracteriza um desvio de função da mencionada funcionária. Poderia perfeitamente ser delegada a um funcionário de serviços externos, em um sistema organizado de transporte de amostras. Veremos, mais adiante, que esse fato poderia constituir obstáculo à realização de uma supervisão em outros setores de atividades laboratoriais pela Chefia, por causa de seu tempo dispendido em tarefas que não lhe deveriam competir.

A.3. - Pedidos de Material

Os pedidos de materiais (de consumo, permanentes, - etc.) necessários ao bom andamento das atividades laboratoriais são dirigidos diretamente à Administração do IAL central, uma vez que o vínculo administrativo do Laboratório do CS I Penha é mantido com o referido Instituto.

A.4. - Estatística

O Laboratório possui boletins de produção mensal, que inclui dados referentes aos tipos de exames por Distrito e total geral de exames. Também contam com boletins diários de produção.

Observação: Como o Laboratório encontra-se em fase de implantação, apresenta-se com uma produção média da ordem de 3.000 exames por mes, volume considerado como situado abaixo da capacidade normal de trabalho no Laboratório, levando-se em conta o número de funcionários operantes, porém perfeitamente justificável na fase inicial de implantação do sistema de trabalho rotineiro.

B - PESSOAL

A equipe de laboratório é formada por:

- 1 elemento de nível superior (Biólogo-Chefe);
- 6 elementos de nível técnico médio (Técnicos de Laboratório);
- 5 elementos de nível técnico auxiliar (Auxiliares de Laboratório);
- 1 escriturário e
- 1 servente.

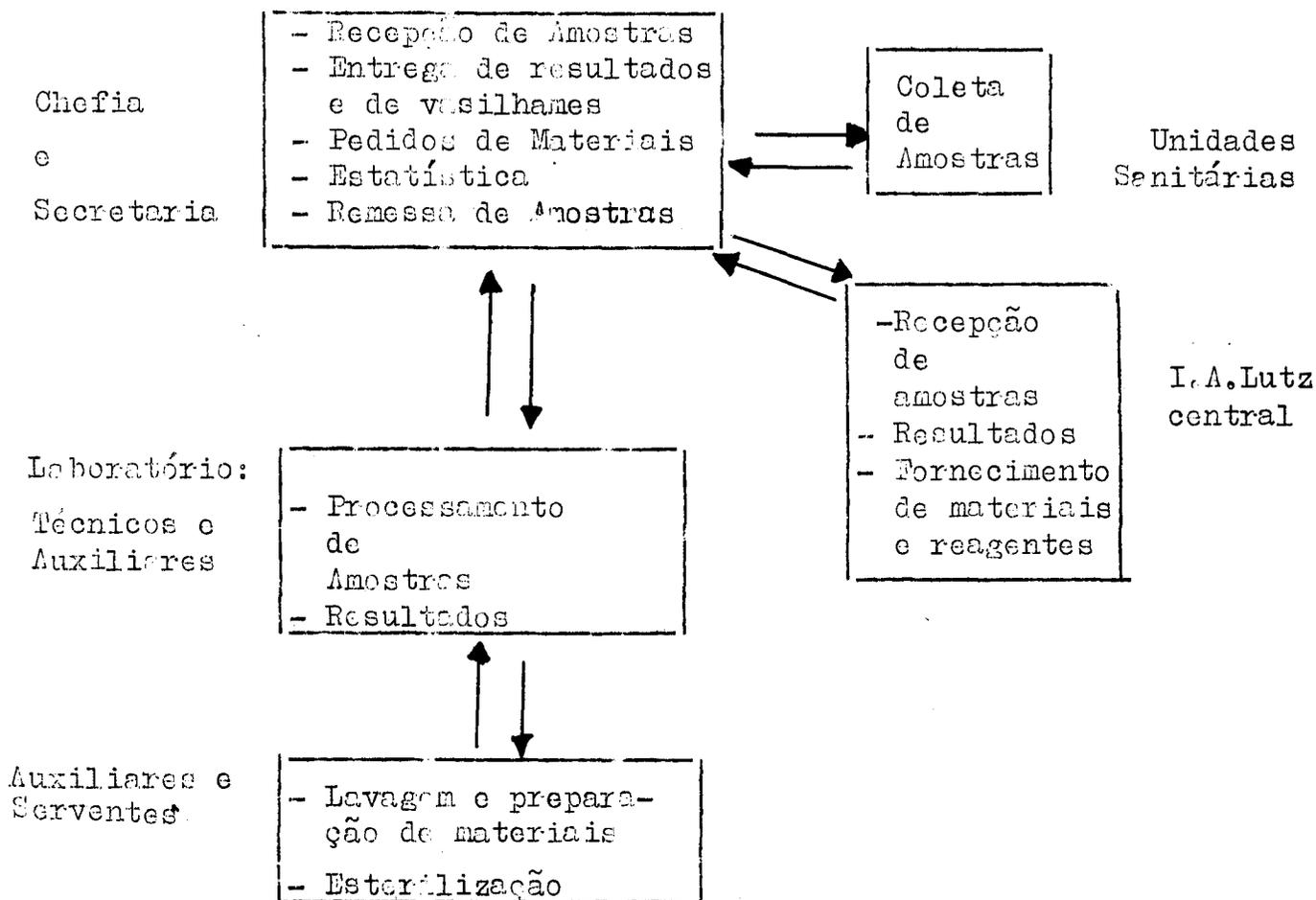
Comentários: O pessoal, na sua maioria, é constituído por jovens, incluindo a chefe que, com seu dinamismo natural, consegue obter um bom desempenho de sua equipe auxiliar. Todos os elementos foram especialmente treinados para as várias tarefas que desempenham, tendo recebido adiestramento no IAL central.

Os técnicos de laboratório executam, de modo arbitrário, um rodízio de atividades, evitando com isso não só a monotonia de tarefas como também a interrupção de determinadas atividades quando da ausência involuntária de alguns funcionários. De uma maneira geral, não se observou desvio de funções entre os funcionários e a distribuição de atividades por técnico se faz equitativamente, de acordo com o volume de serviço, correspondente a cada tipo de exame. Exemplificando, os exames do tipo parasitológico, sendo os mais solicitados dentre os demais, requerem a presença de dois técnicos de laboratório e de dois auxiliares de laboratório, enquanto que os demais tipos requerem a presença de apenas um elemento de cada nível.

C. FLUXOGRAMA

A análise do funcionamento do Laboratório permitiu a elaboração do esquema:

FLUXOGRAMA DO LABORATÓRIO



3.1.11.2. ASPECTOS TÉCNICOS

A. Coleta, acondicionamento e transporte de amostras.

A coleta de amostras é feita no CSI-Penha ("sede") e em outros CSs, denominados "Postos de Coleta". Formulários próprios acompanham as amostras.

Recipientes para as amostras são fornecidos aos postos de coleta.

Alguns desses artigos são recuperados, como vidraria (lâminas de microscopia, tubos de ensaio), descartando-se os que serviram para o acondicionamento de escarro e de fezes. Convém lembrar que os recipientes para esses dois últimos tipos de amostras são padronizados, o

que indica uma tendência à racionalização de trabalho levada à rotina laboratorial, favorecendo-se o controle de qualidade dos resultados.

A maior parte das amostras provém de postos distantes do laboratório e é transportada pelas viaturas do serviço, encarregando-se dessa atividade apenas os motoristas de cada Unidade.

Não conseguimos observar em que condições as amostras chegam ao destino final. Soube-se, de passagem, que há certa percentagem de rejeição de material considerado insuficiente ou inadequado para exame.

Notou-se que falta supervisão regular dos postos de coleta, o que contribui decisivamente para essa rejeição de material e desestimula funcionários dos postos de coleta.

O mesmo funcionário que entrega as amostras leva, para sua sede, nos Distritos, formulários com os resultados da semana anterior e eventualmente o material necessário para novas coletas.

B. Exames realizados

Seguem a programação de Saúde, a saber:

B.1. No Programa Pré-Natal, os exames visam à assistência à gestante e incluem:

- grupo sanguíneo (ABO E Rh)
- reação VDRL (para sífilis)
- paraistológico das fezes
- urina tipo I
- teste de gravidez.

B.2. No Programa Infantil, exames:

- parasitológico das fezes.
- de urina tipo I

- bioquímicos (não especificados)
- bacteriológicos
- hematológicos: hematócrito e hemossedimentação.

Observação: as análises bioquímicas, bacteriológicas e os demais hematológicos não citados são realizados no IAL central, atuando o Laboratório do CSI apenas como coletor e/ou receptor dessas amostras.

B.3. No Programa de Adultos

Idêntico ao do Infantil, acrescido dos exames baciloscópicos para tuberculose e hanseníase.

As técnicas usadas estão de acordo com os padrões do IAL central. Os exames são normalmente efetuados no dia do recebimento das amostras.

Os resultados dos exames, como mencionado anteriormente, são relatados em formulários padronizados do IAL.

Não há participação do laboratório na colheita de amostras para exames virológicos, bromatológicos, etc.

C. Preparo de Reagentes

Os reagentes são fornecidos já preparados pelo IAL. O laboratório não conta com certos equipamentos básicos, como uma balança. Isso representa uma vantagem, ao contrário do que poderia parecer à primeira vista, pois os reagentes padronizados são fornecidos pelo Laboratório Central.

D. Lavagem e esterilização de materiais

São executadas no próprio laboratório pelo pessoal auxiliar e servente.

E. Equipamentos

O Laboratório é equipado com o necessário para o desem

penho das funções previstas na sua estruturação de área de extensão de um laboratório centralizado, havendo necessidade de apenas uma geladeira, pois a existente já está com sua capacidade esgotada.

F. Controle de Qualidade dos Trabalhos

O Laboratório conta com pessoal treinado no mesmo local (que facilita a supervisão) e reagentes padronizados, que contribuem positivamente para o controle da qualidade dos serviços.

Eventualmente, de um mesmo paciente chegam a processar de dois a tres exames para verificarem a replicabilidade dos resultados.

Também há a prática de trocar funcionários encarregados da leitura de alguns exames, como pesquisa de bacilos da tuberculose, para maior confiabilidade dos resultados.

Entretanto, não são usadas amostras de resultados conhecidos, no meio de um determinado conjunto submetido a exames de rotina, o que contribuiria para controle das técnicas usadas e do pessoal.

Notou-se que poderia haver um melhor controle de qualidade dos serviços se os resultados fossem analisados de acordo com técnicas simples de estatística, com eventual desenvolvimento das pesquisas colaterais de aplicação imediata.

3.1.11.3. ASPECTOS GERAIS

A. Instalações e Saneamento.

As instalações referentes ao laboratório resumem-se em duas salas que, como é regra no CSI Penha de França, estão em situação precária e sujeitas, inclusive,

a inundações quando em época de chuvas. As salas, relativamente amplas, estão mal conservadas.

A distribuição dos balcões e equipamentos, de uma maneira geral, lembra mais improvisação do que uma instalação definitiva. Isso reflete a realidade, uma vez que há planos a serem executados brevemente, de mudança do ambiente físico do laboratório para o antigo auditório do CSI, após reformas.

Os bancos são desprovidos de encosto, o que contribui para o desconforto de seus usuários.

Chama a atenção o posicionamento de um microscópio próximo à porta de um dos laboratórios, o que obriga a microscopista a constantes interrupções de seu trabalho para fornecer informações várias. É sabido que a microscopia exige um tipo de concentração suscetível de ser desfavoravelmente influenciado pelo atendimento ao público, trabalho mais indicado para um funcionário burocrático. Esperamos que as novas instalações sejam projetadas de modo mais funcional.

Quanto aos resíduos sólidos do laboratório, excetuando os que se referem aos de materiais de tuberculosos, que são incinerados, seguem o destino dos demais resíduos do CSI.

B. Integração do Laboratório do IAL com o CSI Penha de França.

De acordo com o Anteprojeto de Integração dos Laboratórios da C.S.C. à rede de Laboratórios da C.S.T. a integração dos laboratórios prende-se, fundamentalmente à descentralização de exames atualmente processados no IAL central, possibilitando-se a utilização de laboratórios mais próximos aos CSs, com padronização de metodologia elaborada por órgão central.

Parece bastante adequada tal abordagem, que engloba as vantagens inerentes a um sistema de serviços com descentralização de coleta de material e centralização dos exames nos laboratórios locais.

Estaria faltando nesse esquema de trabalho apenas uma supervisão eficiente pela Chefia, dos postos de coleta/existentes.

A Chefia do Laboratório cuida de aspectos administrativos locais como subsidiária do IAL, encarregado de solucioná-los a níveis de Chefia Central.

3.1.12 - FARMÁCIA

3.1.12.1 - Generalidades

A Farmácia do CSI da Penha está instalada em uma sala relativamente ampla, porém com precariedade de iluminação de quase todas as instalações do CSI. Também sofre muito com as chuvas que a alagam por causa das deficiências de drenagem do prédio.

A ventilação é exagerada quando se mantém as portas de atendimento ao público abertas.

A entrada de luz solar direta dificulta o trabalho de um dos funcionários que a recebe em sua mesa. A inviabilidade do uso de persianas demonstra erro de projeto ou de execução da construção.

A Farmácia é dividida em duas partes não separadas fisicamente: uma para fornecimento de medicamentos em geral, psicotrópicos e suplementação alimentar e outra que atende aos pacientes da Tisiologia e da Dermatologia Sanitária. No primeiro caso há dois funcionários responsáveis pelo expediente em horários alternados que permitem o funcionamento deste setor das 07:00 às 17:00 h e, no segundo caso, um funcionário atende no horário

das 07:00 às 13:00 h apenas.

Os tres funcionários da Farmácia representam casos de desvio de função, pois dois são serventes e um é contínuo. Desempenham funções de escriturários e de oficiais de Farmácia.

Os medicamentos distribuem-se em prateleiras segundo ordem alfabética.

As latas de leite e de suplementos alimentares encontram-se em prateleiras diferentes. Os psicotrópicos são guardados em armário dotado de chaves, mantidas em poder dos responsáveis por sua distribuição.

3.1.12.2. Funcionamento da distribuição de leite e de suplementação alimentar.

É feito controle de distribuição dos produtos por meio de fichas e livros de registro.

No lactário, cada criança matriculada possui uma ficha, ficando outra igual em poder de seu responsável. Nas duas fichas são anotadas as quantidades de leite fornecido e datas de retorno.

É sempre necessário o encaminhamento do médico da Higiene Infantil (HI) para que se processe a distribuição do leite, ficando, o pedido retido na Farmácia.

A quantidade fornecida varia, de uma maneira geral, de duas a quatro latas de leite integral por criança e por período.

O estoque de leite mantido na Farmácia é pequeno, pois quando há necessidade, o encarregado faz uma requisição, em geral uma vez por semana.

O suplemento alimentar é distribuído mediante apresentação de requisição da Higiene Pré-Natal (HPN), sendo as quantidades distribuídas emédia, da ordem de cin-

cô a nove pacotes por mes, por nutriz e de seis pacotes por mes, por gestante.

Observações: são feitos relatórios mensais em impressos próprios, em quatro vias, sendo uma encaminhada para o CS, duas para o DS e a última, arquivada na Farmácia. Nesses relatórios constam: número de pessoas atendidas (gestantes, nutrizes ou crianças) e a quantidade de leite ou de suplementação alimentar distribuída.

A Farmácia não se responsabiliza pela orientação sobre forma de preparo do material fornecido, uma vez que essa é atribuição do pessoal da pré-consulta de Pediatria e de Pré-Natal.

3.1.12.3. Funcionamento da distribuição de medicamentos

Atende as receitas médicas fornecidas aos pacientes da Higiene Infantil e Higiene Materna.

Os pedidos são anotados em livros de registro, com controle diário, tendo-se observado que os medicamentos mais solicitados são o Sulfato Ferroso, a "Furpirina", o "Iodeto de Potássio" e, entre antibióticos, o "Bintal".

O estoque de medicamentos na Farmácia também não é grande, seguindo, seu fornecimento, a mesma tramitação que o leite e o suplemento alimentar.

3.1.12.4. Funcionamento da distribuição de Cloro

Há um movimento médio de 580 a 600 frascos por mes, sendo seu maior fornecimento dirigido às Unidades, mediante pedido. Secundariamente encontra-se o público, com saídas anotadas em livro próprio para efeito de controle de estoque.

3.1.12.5. Funcionamento da distribuição de vacinas.

As vacinas, provenientes da DR de Guarulhos, ficam estocadas na Farmácia, sob refrigeração. Os pedidos das Unidades costumam ser semanais e as saídas são registradas em livros, um para cada tipo de vacina.

Há relatórios mensais onde constam totais de vacinas saídas e estoque atual, por onde se controla o fornecimento para necessidades futuras.

A seguir damos uma amostra: média de doses de vacinas saídas durante o mes de jul' o de 1977, por tipo.

BCT oral.....2.000 doses

Antitetânica 600 doses

Anti-diftérica (dupla infantil).....1.400 doses

Tríplice5.900 doses

Dupla (adulto) 250 doses

A tífica....existem 250 doses, porém sua saída é extremamente rara.

Sabin.....12.000 doses

Anti-sarampo..... 3.400 doses

Anti-variólica 2.500 doses.

De todas as vacinas relacionadas, a única que chega a sobrar a ponto de se inutilizar é a BCG oral; as demais costumam até faltar para o fornecimento.

3.1.12.6 - Funcionamento da distribuição de psicotrópicos

Como foi mencionado, os medicamentos da área de Psiquiatria ficam em armário fechado. As receitas são retidas na Farmácia e servem de base para o registro mensal.

Os medicamentos de mais saída são: "Gardenal", "Clorpromazina" e "Diazepam".

3.1.13 - ALMOXARIFADO

O almoxarifado do CSI está instalado numa área própria, ampla e fora da área de fluxo da clientela. As condições da edificação seguem as já descritas para o prédio, salientando o problema do piso solto em alguns lugares,, e falta de equipamentos de segurança.

O sistema atual de disposição dos medicamentos e materiais dentro do almoxarifado, ainda é o de "amont^oar" num canto. Está previsto o sistema de prateleiras, no entanto falta o elemento necessário (prateleiras).

O controle de material é feito em livro e do estoque em folhas avulsas jogadas sobre o "monte" empilhado. Também pretende-se implantar o sistema de fichas de prateleiras.

A distribuição de medicamentos e materiais é feita através de requisição visada pelo Administrador, e o Centro serve ainda como almoxarifado para outras Unidades, que retiram material através do Distrito.

É ainda função do almoxarife o controle de vencimento dos medicamentos, e no caso de ocorrer o vencimento, os medicamentos são dispostos em um almoxarifado morto.

Embora o almoxarifado venha funcionando a contento, deve-se ressaltar a total falta de condições em que se encontra, sobrecarregando o serviço e ainda sujeitando os medicamentos a várias formas de danos.

3.1.14 - EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

MODALIDADES E PERIODICIDADE

No Centro de Saúde I, Penha de França, a única atividade educativa observada é a palestra de cerca de 15 minutos que é feita pela educadora sanitária.

tária para as mães que vão levar seus filhos para as vacinações de rotina.

São dadas informações sobre o Calendário de vacinações e sua utilidade.

Basicamente sua atividade educativa interna se resume nesta palestra. Quanto à atividade externa, resume-se em fazer a programação de vacinação de escolares. (*).

Não existe nenhum Programa educativo em desenvolvimento, nem mesmo Planejamento nesse setor.

A principal deficiência observada foi em relação ao tempo de espera da clientela pelo atendimento.

A sala de imunizações é aberta às 7:00 horas e as mães chegam cedo (às 7:20 já tem muitas esperando). Entretanto, a palestra é feita às 8:30 horas e, somente após a mesma, é que se iniciam as imunizações.

Não existe qualquer planejamento ou Programação referente à educação em serviço ou treinamento de pessoal.

O Centro de Saúde enfrenta problemas sérios com a desatualização técnica do pessoal e a falta de motivação para o serviço.

Nota-se que se o pessoal recebesse treinamento adequado, haveria uma possibilidade de maior rendimento do serviço.

Não são feitas reuniões periódicas, apenas em casos extraordinários.

Existe apenas uma educadora contratada por meio expediente.

Sugestões:

1º) Que as cadernetas de vacinação sejam retiradas do fichário e devidamente preenchidas (fichas a zuis e amarelas) antes de chegar a educadora.

2º) Que a educadora cumpra o horário segundo as necessidades do serviço.

(*) (Dupla tipo adulto e BCG-ID) e ajudar na execução dessa programação.

3.1.15 Atividades Administrativas realizadas pelo Médico Chefe.

Há 8 meses o Médico Chefe (Diretor Técnico) exerce sua função no Centro de Saúde I Penha de Franca. Defronta-se com a falta de médicos em setores prioritários, tais como assistência à gestante, assistência à criança, emissão de Carteiras de Saúde, havendo em consequência desvio de sua função para suprir essas necessidades.

A demanda da clientela nesses setores é muito grande e apesar das insistentes reivindicações aos Órgãos Administrativos Superiores para obtenção desses Recursos Humanos imprescindíveis para um Centro de Saúde I, cuja planta física de 3 pavimentos, de fácil acesso à população é muito procurado por ela; a diretoria técnica ainda se vê pressionada pela comunidade a desviar-se de suas funções administrativas para dar atendimento direto à clientela (consultas médicas).

Como se pode verificar a seguir, houve com esse desvio de função graves prejuízos em suas atividades administrativas.

3.1.12.1. Planejamento

Os programas e sub programas, com seus objetivos e metas, estão retidos na Divisão Regional, que enviou ao Centro de Saúde, as normas e instruções para sua execução.

Não houve uma adaptação das programações a nível local, calcada nos recursos disponíveis e nas necessidades da demanda.

A atitude da Diretora Técnica é altamente positiva em relação à necessidade do planejamento.

3.1.15.2. Organização.

Sendo "Organização" a distribuição dos recursos humanos e materiais dentro de determinada ordem e estruturação, para que as tarefas sejam executadas de forma mais eficaz possível (B b), ou então ainda um arranjo ordenado do esforço em comum, para assegurar a unidade de ação, em busca de um objetivo em comum, nota-se que certas medidas para essa finalidade não foram tomadas, como por exemplo: delegar autoridade e responsabilidade do Setor de Enfermagem, mesmo que não contasse com enfermeira, a fim de que todos os problemas desse setor não dependessem diretamente de suas decisões:- delegar responsabilidade e autoridade do serviço social ao assistente social. No primeiro caso talvez orientando bem a educadora, essa pudesse dedicar algumas horas do dia para essa função administrativa.

3.1.15.3. Direção.

Para fazer com que o grupo desenvolva esforços no sentido de conseguir resultados é necessário que a chefia coloque em prática certas atividades: - Iniciar; . - Decidir; . - Comunicar; . - Motivar; . - Desenvol-

ver pessoas.

- Falta criar condições para o grupo pensar, a fim de contribuir para o desenvolvimento do espírito de iniciativa do grupo, que se constitui na grande força dinamizadora da Organização. - Utilizar as ideias de terceiros. - Falta maior intercâmbio de ideias para solução de problemas do Centro de Saúde I Penha de França, entre os Níveis Superiores e o Local.

. - Decidir:

Determinar as alternativas capazes de resolver o problema. Selecionar o melhor. Com a falta de recursos essenciais para algumas áreas, talvez fosse melhor eleger prioridades e atender bem a essas.

- Comunicar:

Para que ocorra a comunicação, além da transmissão, é necessário a recepção e compreensão do que foi transmitido. Além da falta de treinamento de pessoal para as atividades inerentes às programações, reuniões periódicas e contatos individuais são necessários para avaliar a compreensão. Predispõe a motivação do pessoal para a boa execução de suas funções.

3.1.15.4. Coordenação.

É a ação integradora de uma autoridade numa organização, visando a conjugação de esforços para alcançar melhor os objetivos. A curta administração (menos de um ano no cargo, a estrutura humana viciada, e o desvio de sua função em grande parte de suas horas, dificulta a coordenação.

3.1.15.5. Controle

Há necessidade de fixar os padrões de quali-

dade e quantidade e controlar o desempenho das atividades e tarefas de acordo com os mesmos. Talvez as faltas dos médicos e o não cumprimento do horário, que evidentemente estão trazendo altos prejuízos à população do Centro de Saúde, pudesse ser controlada de uma maneira indireta, como já existem experiências positivas a respeito. Talvez valesse a pena apresentar a sugestão aos Órgãos Administrativos Superiores, como experiência nesse Centro de Saúde, grande, bem localizado e com demanda de clientela de baixo nível sócio econômico, necessitando de um esquema que evitasse o seu não atendimento, por se constituir em grande parte de pacientes de alto risco.

Pagamento dos médicos com certos critérios: controle de horas trabalhadas por relógio de ponto, produção, fixação de horário mínimo e outros como por exemplo pagamento adequado da hora/médica.. Evitaria muitos desgastes e o agendamento teria condições de serem feitas. Esse esquema de controle sairia muito mais econômico ao Estado, traria incomparavelmente maior benefício à clientela e maior bem estar aos médicos. É um esquema muito bem aceito pelos médicos novos.

3.1.15.6. SUPERVISÃO

Há colocação de supervisores a serem feitas. A falta de delegação da supervisão traz objetivamente prejuízos da mesma.

3.1.15.7. Avaliação

Por falta de objetivos e metas estabelecidas nos Programas e Sub-Programas, e falta de padrões e qualidade estabelecidos a nível de execução, fica pre

judicada a avaliação.

3.1.17 - SERVIÇO DE PREVENÇÃO DE CANCER GINECOLÓGICO NA ASSISTÊNCIA À GESTANTE.

Funciona nas dependências do Centro de Saúde I Penha de Franca um Serviço de Prevenção de Cancer Ginecológico com o objetivo de efetuar coleta e material para pesquisa oncogênica.

Esse serviço é subordinado técnica e administrativamente à Fundação Centro de Pesquisas de Oncologia, com sede à Avenida Alcantara Machado nº 2576.

Operam nesse Serviço duas funcionárias: uma auxiliar de enfermagem, com treinamento especializado para a coleta de material para exames (Papanicolaou) e uma recepcionista, com treinamento em entrega de resultados e orientação da clientela. Essa orientação vem anotada nas fichas, que, de acordo com o resultado, obedecem um código de cores. A supervisão é feita diretamente por um médico do Centro de Pesquisas de Oncologia.

Existe entrosamento com o Programa de Assistência à Gestante e atende-se a qualquer mulher, encaminhada ou não, que queira submeter-se ao exame preventivo de câncer ginecológico. A produção é de 800 (oitocentos) exames em média por mes. O serviço fica ocioso, por falta de clientela 2 a 4 horas diariamente.

Observa-se a seguir o Quadro xv que se refere aos obstáculos institucionais:

QUADRO XV

Obstáculos Institucionais do Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico no Centro de Saúde I Penha de França, em agosto de 1977, de acordo com o parecer do pessoal.

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS E OUTROS FATORES CRÍTICOS PARA A EXECUÇÃO DO SERVIÇO	REQUISITOS ADICIONAIS	IMPACTO SOBRE O SERVIÇO	RECOMENDAÇÃO PARA OBTENÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DOS REQUISITOS ADICIONAIS NECESSÁRIOS
PARECER DO PESSOAL AUXILIAR			
1. Tempo Ocioso	Divulgação das finalidades junto à clientela do C.S.	2	Criar uma rotina, um fluxograma tal que as mães de crianças que recebem suplementação alimentar que se submetam todas ao exame preventivo de câncer ginecológico de acordo com as normas do serviço.
PARECER DO GRUPO MULTIPROFISSIONAL			
1. Falta de utilização do Serviço pela clientela do Centro de Saúde e da Comunidade em geral	Divulgação do Serviço na Comunidade e educação para a Saúde às mulheres que frequentaram o Centro de Saúde	2	Criar uma rotina tal que todas as mães que recebem suplementação alimentar para si ou por seus filhos façam um exame preventivo de câncer de acordo com normas do serviço. Divulgar às que levam suas crianças para as vacinações e as vantagens do exame preventivo de câncer. Maior divulgação pelo Serviço Social às entidades sociais da comunidade.

Fonte: C.S.I. de Penha de França

3.1.18 INSPETORES DO DRS 1

Durante a permanência da equipe no CS- 1 da Penha, ocorreu a "visita" de alguns inspetores do D R S- 1.

Deve-se ressaltar o fato de que a visita não foi ocasional, segundo informações obtidas pelos entrevistadores, com a finalidade de encontrar a equipe e numa conversa em forma de inquérito, obter algumas informações (anotadas pelo que parecia ser o médico - secretário). Dessa conversa participou também, enquanto pôde, a Diretora do C.S.

Vários problemas foram levantados e descritos pela equipe de alunos que sugeriu para alguns casos a contratação imediata de funcionários e treinamento dos já existentes, além também de melhores condições materiais.

Algumas das falhas apontadas, a falta de treinamento de pessoal e inexistência de Programas para algumas áreas, foram refutados pelos inspetores dizendo ser essa uma atribuição da Diretora do CS.

No entanto evidenciou-se (na "conversa") que durante as inspeções efetuadas por alguns membros do grupo de inspetores, o profissional limitou-se a relatar o observado, sem contudo procurar orientar o(s) funcionário(s) errado e tampouco à chefia desse funcionário. Quanto a falta de Programas, a Diretora afirmou não ter recebido aqueles pedidos pela equipe (materna infantil e fisiologia).

Deve-se salientar nesta breve descrição dois fatos principais: primeiro o caráter de "inspeção por outros elementos" dado pelos inspetores já

que durante a "reunião" a equipe de "alunos" relatou várias observações já efetuadas na Unidade, servindo esse relato como possível relatório do grupo de inspeção.

O segundo fator a ser considerado é um pouco mais sério, porém ficou claro aos alunos presentes (em número de 6 (seis)) a maneira insidiosa, de um ou dois inspetores, classificarem a Diretora da Unidade, principalmente (ou somente) quando ela era chamada para fora da "reunião" para atender algum problema. Foi dada aos "alunos" uma diretriz para seus relatórios, onde deveria ser ressaltada a "incapacidade da Diretora para o cargo, devido principalmente a sua pouca experiência numa posição tão importante."

Talvez devesse ser relatado ainda o fato de que assim que a "entrevista" atingiu o último "aluno" o grupo de inspetores se propôs a uma retirada; indagados sobre se a equipe de "alunos" não teria algumas explicações a receber, alegaram ter outras visitas a realizar.

3.2 Relatório da Visita a ao C.S.III de Cangaíba

Endereço: Rua Miguel Sutil nº 15 - Cangaíba

Horário de atendimento: 7:00 às 17:00 horas

Subordinação: direta ao Distrito Sanitário I da Penha

Condições do prédio: são boas porém o prédio é uma casa alugada, portanto não construído com a finalidade a que se destina, há falta de espaço físico. A ventilação, iluminação e limpeza são satisfatórios.

<u>Dimensão do pessoal</u>	<u>Horas/dia</u>
1 médico sanitarista	4
1 médico consultante	4
1 escriturários	6
1 visitantes sanitários	8
3 fiscais sanitários	20
2 atendentes	16
2 serventes	12

3.2.1 Fichário - O sistema obedece às normas de centralização, tendo sido implantado em julho de 1977.

3.2.2 Atendimentos prestações

3.2.2.1. - Assistência à criança e Suplementação alimentar
Diariamente na parte da manhã

3.2.2.2. - Vacinação
Segue as normas da Secretaria da Saúde. O atendimento é na parte da manhã.

3.2.2.3. - Farmácia e Almoxarifado
Com pouco espaço, porém há distribuição e aplicação de medicamentos, para os usuários do posto, inclusive distribuição de cloro.

3.2.2.4. - Visitação domiciliar há 1 visitadora que faz a convocação dos faltosos e atende à epidermologia faz confirmação de diagnóstico e controle do foco.

Os clientes com pedidos de exames de laboratório e RX são encaminhados ao Centro de Saúde de I - Penha de França.

Funcionando no mesmo prédio, à tarde e a noite encontramos o CIAM (Centro de Integração de Atividades Médicas).

3.3 RELATÓRIO DA VISITA AO POSTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA ESPERANÇA

Endereço: Rua Corimu nº 163 - Vila Esperança

Horário de Atendimento: 7:00 às 17:00 horas

Subordinação : direta ao Departamento de Saúde da Comunidade que faz parte da Secretaria de Higiene da Prefeitura.

Condições do prédio: Prédio construído com finalidade específica, possui número de salas suficientes para a demanda da clientela. A conservação física do prédio é boa. A ventilação e iluminação são satisfatórias, não necessitando de luz artificial durante o dia.

<u>Dimensionamento do Pessoal:</u>	<u>Horas/dia</u>
1 médico pediatra que também responde pela chefia	4
1 Dentista	4
2 registrantes hospitalares	6
3 atendentes enfermagem	8
2 atendentes enfermagem	6
3 serviços	8

3.3.1 - Fichário

O fichário é descentralizado, cada serviço de atendimento tem seu fichário próprio.

3.3.2 - Atendimentos prestados

3.3.2.1 - Assistência à criança

O atendimento médico é diário, exceto no mês de agosto quando houve atendimento de enfermos que devido às férias do médico responsável. Atualmente o serviço conta com 500 crianças inscritas sendo que no lactário existem 189 crianças inscritas com menos de um ano, recebendo 2 kg de leite por mês. Possui sistema de agendamento conforme a idade da criança.

3.3.2.2 - Assistência à gestante e puérpera

É dada por pré natalista, cedido por outra unidade atendendo, duas vezes por semana.

3.3.2.3 - Odontologia Sanitária

É dado atendimento odontológico a crianças acima de 6 anos de idade, gestantes e adultos. São feitas extrações, obturações e restaurações num consultório muito bem equipado.

3.3.2.4 - Vacinação

A vacinação segue as normas adotadas pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, sendo que a única vacina não aplicada é a BCG-ID e nesse caso as mães são orientadas a procurarem o Centro de Saúde I de Penha de França.

3.3.3. Almoxarifado e Farmácia

Bem instalado e promove a distribuição de medicação e aplicação da mesma, para os usuários do posto, inclusive inaloterapia e distribuição de cloro. Não falta medicação ou material pois a entrega dos mesmos é automática.

3.3.4. Visitação Domiciliária

Não possuem

3.3.5. Labcratório

Não tem laboratório no local, porém os clientes são encaminhados ao Laboratório central Municipal. No posto é colhido sangue de crianças até 90 dias para execução do teste de Fenilcetomúria (P.K.U.) que é feito na A.PAE.

3.3.6. RX

Também não possuem, encaminham a outros serviços.

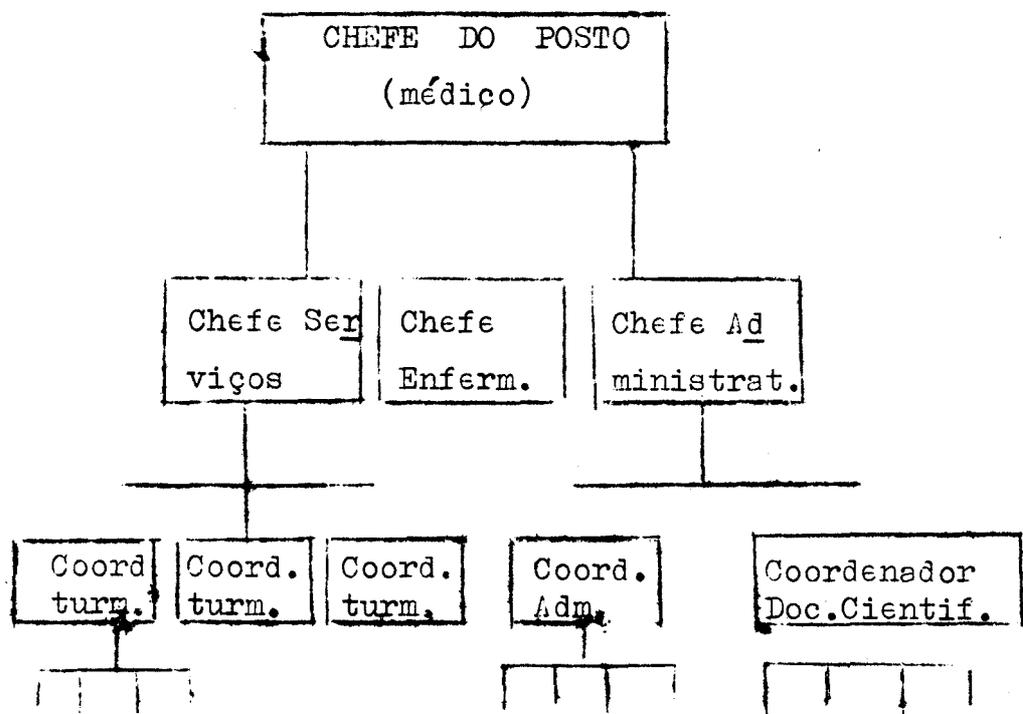
3.4. RELATÓRIO DA VISITA FEITA AO INPS DE TATUAPÉ, RECURSO USADO PELA COMUNIDADE PARA ATENDIMENTO DE SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Endereço: Av. Celso Garcia nº 3358 - Tatuapé

Tipo de Atendimento: Ambulatorial (atende todas as especialidades médicas menos psiquiatria)

Horário de Atendimento: 7:00 às 19:00 horas

O R G A N O G R A M A



Pessoal Existente:

97 médicos - 20 horas semanais
4 enfermeiras - 40 horas semanais
18 Aux.enfermagem - 40 horas semanais
4 Técnicos Labora
tório 40 horas
35 Aux.Operacional serviços diversos 40 horas
(atendentes)
39 funcionários burocráticos 40 horas

Número Atendimentos diários: 1200

Exames Complementares:

- Laboratoriais
- ECG -(eletrocardiograma)
- RX - não tem
- Odontologia - não tem
- Serviço de limpeza e Vigilância - executado por ter -
ceiros

Medicamentos: distribui tuberculostáticos

Vacinas: segue esquema da Secretaria de Saúde

Outros Atendimentos: curativos e aplicação de tratamen-
to (principal/Benzetacyl)

Tipo de Arquivo - Centralizado por ordem numérica e car
tão índice por ordem alfabética

Subordinação : à Secretaria de Assistência Médica

3.5. HOSPITAL CELSO GARCIA REI 3/4

3.5.1. Dados Gerais

O Hospital Crito Rei está situado no bairro de Tatuapé, na Avenida Celso Garcia 5118, é de fácil acesso, pois situa-se em zona central.

Trata-se de um hospital geral, particular, com fins lucrativos, não possuindo leitos gratuitos.

O número de leitos pagos é de 256, dividido em especialidades com o número de leitos respectivos que são:

Berçário	60
Maternidade	40
Particular	21
Pediatria	10
Queimados	10
Clínica Médica	50
Clínica Cirúrgica	<u>65</u>
Total	<u>256</u>

Possui regulamento escrito, organograma e convênios com 20 entidades. A percentagem de atendimento é de 98%, com um "índice de giro de leito" de 62,11% (cada leito foi ocupado 62,11 vezes por ano). O intervalo de substituição foi de 6,18 minutos, índice este proposto recentemente pela O.M.S. e indica o tempo médio que um leito permanece desocupado.

3.5.2. Instalação

O Hospital foi construído para as suas finalidades e edificado em terreno de topografia regular, é do tipo monobloco, vertical com 6 andares, encontra-se em bom estado de conservação. Para um melhor atendimento ao público foi integrado às suas instalações, duas casas residenciais que se situam no mesmo quarteirão, uma

destinada ao ambulatório do INPS e convênios e outra ao SAME.

Existe na frente do prédio e nos fundos, área destinada ao estacionamento de veículos.

A circulação interna é feita por elevadores ou escadas. Os corredores, considerados como principal área de circulação interna, apresenta-se muitas vezes congestionado com o movimento de pessoas.

Quanto ao abastecimento de água, o Hospital é servido pela Rede Pública e é depositada em reservatórios, cuja capacidade total é de 120.000 litros, não recebendo tratamento especial.

A rede de esgoto, também é ligado à Rede Pública, não existindo qualquer processo de tratamento no Hospital.

Quanto ao destino do lixo depois de condicionados em sacos plásticos e depositados em lugares estratégicos são levados pela coleta pública. O Hospital possui um incinerador. A limpeza do prédio é boa e é feita por 24 funcionários em 8 horas por dia.

O fornecimento de energia elétrica é feito através da rede geral.

Há instalação central de vácuo e oxigênio e o sistema de intercomunicação é feito através de uma central de transmissão, localizada na Portaria do edifício.

3.5.3. Corpo Clínico

O Hospital Crito Rei é dirigido por um Conselho Administrativo formado por 5 médicos.

As atividades médicas são desenvolvidas por um Corpo Clínico composto de 90 médicos,

Os departamentos de Clínica Médica, Cirúrgica e Maternidade são subdivididas em várias especialidades:

Clínica Médica: Cardiologia, Neurologia, Urologia, Otorrino, Dermatologia, Pediatria e Doenças Vasculares.

Clínica Cirúrgica: Oftalmologia, Ginecologia, Ortopedia, Plástica, Gastrointestinal, Urologia, Infantil e Cirurgia Vascular.

Os médicos que atuam no hospital, trabalham em regime de tempo parcial. O diretor administrativo orienta e coordena os diversos serviços que são administrados pelo Administrador Hospitalar.

3.5.4. Serviços Médicos Auxiliares

A entidade possui um Laboratório Clínico próprio, subdividido nas seções de: Hematologia

Bacteriologia

Parasitologia

Análises Clínicas

Realiza quase todos os exames, com exceção de: Papanicolaou, Gasometria, Citologia, Dosagem de Complemento Sérico e Radioisótopos.

O Laboratório de Anatomia Patológica não é próprio do Hospital, o serviço é entregue a terceiros.

O serviço de Radiodiagnóstico possui 4 aparelhos, sendo o primeiro de 750 MA, o segundo 200 MA e os dois outros de 90 MA (portáteis) os quais são operados por pessoal capacitado. O controle de saúde dos que trabalham nesse serviço é feito de 6 em 6 meses.

Não existe o serviço de Radioterapia e Radiante-
rapia no Hospital.

O serviço de anestesia é praticado exclusivamente por médicos especialistas, o serviço possui fichas de controle e são realizados exames pré-anestésicos e preparação psicológica de pacientes. Foram realizados no ano de 1976 o número de 3.853 anestésias (não estão incluídas as anestésias locais).

A Gasoterapia possui equipamentos completos, sua esterilização e desinfecção é feita por produtos químicos adequados supervisionados por médico anestesista.

O serviço de transfusão de sangue é próprio do Hospital, suas aplicações são feitas pelo pessoal do banco de sangue. As amostras são mandadas para serem examinadas no Hospital São Paulo ou em Higienópolis.

O Hospital possui também os serviços de Fisioterapia, Eletrocardiografia e Eletroencefalografia, todos eles com pessoal especializados e equipamentos adequados. O número de atendimentos na Fisioterapia foi de 137.379 e de 1.575 Eletrocardiogramas.

Não existe o serviço de Odontologia.

3.5.5. Serviços Técnicos

Existem seis unidades de enfermagem, todas elas com salas de curativos, situadas uma em cada andar.

O número de enfermarias é de 45 sendo que 19 delas são de 3 leitos e as outras 26 são de 5 leitos cada uma.

Os quartos particulares são em número de 19, com um leito cada um.

A privacidade do doente mantida através de biombo nas enfermarias e em cada uma delas possui banheiros.

O serviço de enfermagem não possui sala de repouso para seus funcionários, sendo que as refeições atual-

mente estão sendo feitas nas unidades de enfermagem por motivo de reforma do refeitório. A sala usada para reuniões e aulas é a mesma usada pelos outros funcionários do Hospital. O treinamento de pessoal é feito pelo SENAC, havendo porém educação contínua em serviço..

Quadro XVI Pessoal existente no Hospital Cristo Rei e o esperado para um Hospital Geral de 256 leitos com uma taxa de ocupação de 98%, 1977.

Pessoal	Número		Número h/a ó	
	Existen- tes	Espera- dos	Existen- tes	Espera- dos
Médicos efetivos	90	-	118.800	-
Enfermarias + obstetriz	9	13	11.088	16.016
Nutricionista	-	1	-	2.112
Dietistas	2	-	4.224	-
Assistente Social	1	1	880	2.112
Administrador Hospitalar	1	1	2.112	2.112
Pessoal Auxiliar de Enfer- magem	136	204	287.232	402.688
Administrativos	32	-	67.584	-
Limpeza	24	-	50.588	-
Total	295	-	542.608	-

Fonte: (1) Dados fornecidos pelo setor de pessoal do Hos-
pital Cristo Rei S/A.

O Centro Cirúrgico propriamente dito, localiza-se no 4º andar do edifício, fora da interferência do tráfego. Possui 4 salas de cirurgia geral, 1 para partos normais e 1 para cirurgia obstétrica.

As janelas das salas cirúrgicas são teladas e bem amplas permitindo bastante claridade e penetração de

raios solares que são desinfetantes. O sistema de renovação de ar é feito com, condicionador de ar.

O centro de material é localizado ao lado do Centro Cirúrgico. É centralizado. A esterelização de sondas e seringas é feito em autoclave e do instrumental em estufa. O controle de esterilidade é feito com fita gomada.

Não existe U.T.I. nem sala de recuperação pós-operatória. A mesma é no próprio quarto ou enfermaria.

O Centro Obstétrico fica ao lado do Centro Cirúrgico, portanto fora da interferência de tráfego, o número de salas de trabalho de parto é de duas com dois leitos cada uma e mais quatro salas com 1 leito, totalizando 8 leitos. Existe uma sala de parto e uma de cesária.

O Berçário possui 60 berços subdivididos em: para prematuros, suspeitos de patologia e normais.

Possui unidade de enfermagem própria e copa para o preparo das mamadeiras que são esterilizadas com Milton. A dimensão do Berçário é de 1,4 m² por berço.

O ambulatório fica um prédio ao lado do Hospital, é de fácil acesso, possui 5 salas atendendo as seguintes especialidades: ginecologia, pediatria, ortopedia e clínica médica. O horário de consulta é de 24 horas por dia, ininterrupto.

O número de consultas diárias pelos convênios e de mais ou menos 500 e particular 1.

Não existem consultas gratuitas.

A Unidade de Emergência é de fácil acesso e identificação pelo público. Tem 3 salas de atendimento. As cirurgias de emergência são levadas ao centro cirúrgico.

Uma equipe médica e paramédica fica em plantão permanente com uma aparelhagem completa de primeiros socorros em perfeito funcionamento.

O Serviço de arquivo médico e estatística fica localizado em um prédio próximo do hospital. Possui chefia pessoal treinado. O sistema de arquivamento é alfabético e dígito terminal cruzado. O tipo de numeração é unitário e o local de conservação do prontuário é integrado.

O sistema de arquivamento do serviço de estatística e muito moderno foi montado pela Remington S/A que segue um modelo alemão de fichamento por cores, que funciona muito bem.

O prontuário é guardado indefinidamente não tendo prazo para a sua destruição.

Componentes do prontuário médico:

Anamnese
Prescrição médica
Evolução
Relatório de enfermagem
Gráfico de temperatura
Relatório cirúrgico
Ficha de anestesia
Anátomo patológico
Resultados de exames
Laudos de R.X.
Condições de alta
Atestado de óbito
Transferências
Dados sociais

O serviço social médico conta com uma assistente social recém admitida, com a função de resolver os problemas referentes a ama do hospital.

O Serviço de Nutrição e Dietética possui uma nutricionista responsável pelo serviço e duas dietistas. A câmara frigorífica tem 3 salas sendo que uma é para carnes, outra para legumes e a outra para os laticínios. O treinamento do pessoal é feito pelo SENAC. O controle de saúde dos mesmos é feito de 6 em 6 meses.

Os restos de comida são desprezados porém as sobras são reaproveitadas no próprio hospital.

No Hospital há uma cozinha de dietas especiais, mas não há Laboratório de leite.

A farmácia do hospital não possui secção de manipulação nem secção semi-industrial.

As atividades didaticas são restritas, não tem residentes, porém tem médicos estagiários de Mogi das Cruzes e da Faculdade de Medicina da U.S.P. cujos supervisores são os próprios médicos do hospital. A supervisão é direta em campo e os mesmos cumprem regulamento do hospital e auxiliam os plantonistas.

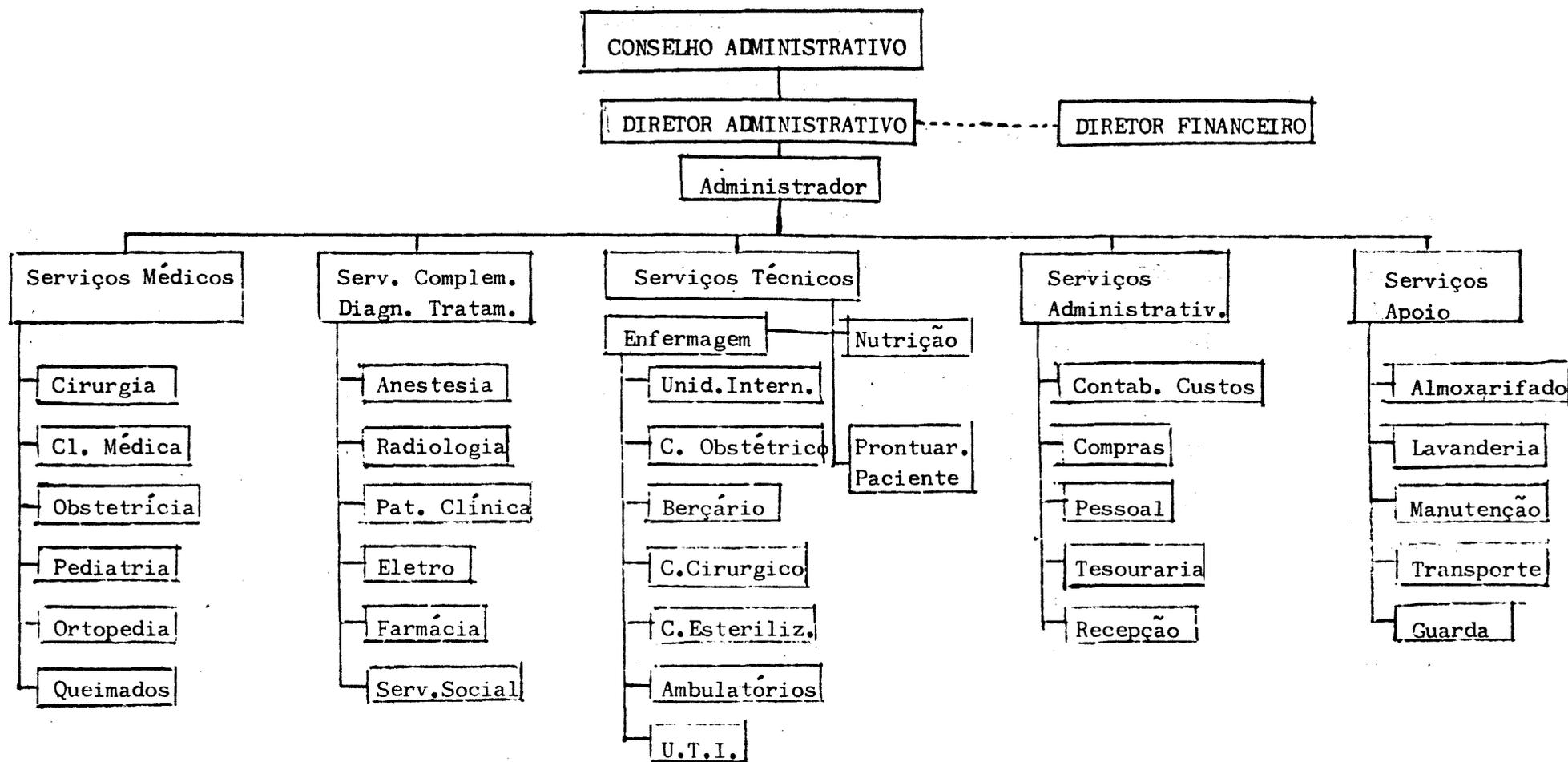
Há ainda estágio para atendentes de hospital do curso Santa Mônica, supervisionado por uma auxiliar de enfermagem do curso, também em supervisão direta em campo.

Existe uma comissão de infecção intra-hospitalar formada por médico, enfermeira chefe, bioquímica e chefe do SAME. O Laboratório faz controle periódico do material colhido principalmente na secção de queimados, berçário, centro cirúrgico, obstétrico e de material.

A infecção mais comum é o impetigo causado pelo staphilococcus aureus.

O Serviço de lavanderia e limpeza possui supervisora responsável e duas encarregadas que fazem treinamento do pessoal.

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL CRISTO REI S/A



Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei S/A

TABELA 29 GRUPO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO POR IDADE, SEXO, NO HOSPITAL CRISTO REI S/A - TATUAPÉ, SP, 1976

GRUPO DE CAUSAS (Lista A " ")	IDADE		SEXO		IDADE						TOTAL		
	1	1-4	M	F	1	1-4	5-19	20-49	50				
Parte secundária de complicações (A-118)	-	-	-	-	-	-	26	-	335	-	-	361	28,20
Outras formas de doença do coração (A-84)	-	-	-	-	1	2	19	47	42	53	164	12,81	
Outras doenças do aparelho geniturinário (A-111)	2	-	1	-	8	19	25	57	13	15	140	10,94	
Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (A-125)	2	-	3	2	18	9	41	30	7	5	117	9,14	
Outras complicações da gravidez, parto e puerfério (A-117)	-	-	-	-	-	10	-	91	-	1	102	7,97	
Outras doenças do aparelho digestivo (A-104)	3	2	1	1	4	7	31	19	14	8	90	7,03	
Outras doenças do aparelho respir. (A-95)	3	2	1	2	5	5	28	15	9	8	78	6,09	
Todas as demais doenças classificadas como infecciosas e parasitárias (A-44)	9	6	3	4	6	-	21	11	3	2	65	5,08	
Infeções da pele e do tecido celular sub-cutâneo (A-119)	1	1	2	-	4	2	8	7	3	3	31	2,42	
Doenças hipertensivas (A-82)	-	-	-	-	-	1	2	7	3	5	18	1,41	

* Sobre o total de fichas da amostra: 1280

** Lista A da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

Fonte: Serviço Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital Cristo Rei - São Paulo

O Hospital Cristo Rei, sendo um Hospital Geral, atende também a Maternidade. Verificou-se pela Tabela 29, que a principal causa de hospitalização é o "parto sem menção de complicação" (28,20%). - Entretanto, como 5a causa de hospitalização, aparecem as "Outras complicações de gravidez, parto e puerpério", numa proporção de 7,97% das internações em geral. Se forem comparadas as hospitalizações por parto normal e as "Outras complicações de gravidez, parto e puerpério", verifica-se que essas representam 22,03% sobre os partos normais, É um alto percentual de complicações.

-Como 3a. causa de internação constam as "Outras doenças do Aparelho Gênsito-Urinário", que, no grupo etário de 20-49 anos afetam predominantemente o sexo feminino (69,5%). Pode-se deduzir que as doenças ginecológicas e urinárias, na idade fértil da mulher, levam a alto número de hospitalizações.

-Como 2a. causa de hospitalização, figuram as "Outras formas de doenças do coração" (12,81%) e como 10a. causa, as "doenças hipertensivas" (14,1%). Se compararmos as primeiras causas de óbito da região de Penha de França, Tabela 1,2,3,4, verificamos que as doenças esquêmicas do coração e as Doenças cerebro vasculares figuram de 1970/73 entre as três primeiras causas de óbito da região.

O elevado percentual de hospitalizações por "outras doenças do aparelho respiratório" (6,09%) e infecções da pele e do tecido celular subcutâneo (2,42%) leva a crer como fator predisponente a poluição do ar e a promiscuidade, a que está submetida a população.

3.5.7. Indicadores Hospitalares

A visita ao Hospital Cristo Rei S.A., hospital que recebe grande parte da população necessitada de assistência médica especializada e aparelhada, possibilitou o estudo de alguns parâmetros de morbidade e mortalidade que podem ser extrapolados para a região de Penha de França.

O fato de se estender os resultados dos parâmetros para a Penha, é válido pois o hospital em questão além de receber a clientela particular, que procura os serviços pagos, atende também a segurados do INPS a Convênios e CAT.

Segundo o relatório - resumo do movimento anual de atendimento em geral, efetuado pelo Hospital Cristo Rei, o serviço mais procurado é o de Maternidade (37,48%), Tabela 30. Em segundo lugar vem os que procuram a Clínica Cirúrgica com 31,58% e, finalmente 30,94% procuram o hospital para se beneficiar da Clínica Geral.

Os maiores consumidores do hospital são os segurados do INPS ocupando, em média, 80,00% dos serviços prestados pela entidade. É notório também o fato de que os serviços particulares são os menos procurados.

Tabela 30 Resumo do movimento anual de atendimento geral do Hospital Cristo Rei S/A durante o ano de 1976, São Paulo.

Instituição	Clínica Médica		Clínica Cirúrg.		Maternidade		Total Geral	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
INPS	3.070	89,40	2.138	60,98	3.737	89,83	8.945	80,59
Empresa	230	6,70	189	5,39	314	7,55	733	6,60
Partic.	134	3,90	218	6,22	109	2,62	461	4,15
S.A.T.	-	-	961	27,41	-	-	961	8,66
TOTAL	3.434	100,00	3.506	100,0	4.160	100,0	11.100	100,0

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei.

Tabela 31 Número de partos ocorridos no Hospital Cristo Rei, São Paulo, SP. 1976.

Partos	Número	Porcentual (%)
Normais	2.152	69,24
Forceps	42	1,35
Cesarianas	914	29,41
TOTAL	3.108	100,00

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei

Pode-se iniciar as considerações a partir da Tabela 31, que fornece o número de partos ocorridos durante 1976 naquele hospital. Relaciona ainda o tipo de parto efetuado.

Nota-se que 69,24% dos partos foram feitos naturalmente podendo evidenciar uma linha de conduta do hospital. Dos 3.108 partos realizados, 29,40% deles

foram feitos por meio de operações cesarianas.

Desses partos nasceram 3.142 crianças (sendo que 34 crianças são gêmeas). A distribuição dessas crianças de acordo com o peso ao nascer foi, como mostra a Tabela 32 considerada em 3 grupos a saber: imatura para crianças nascidas com 501 a 1000 g de peso; prematuras com 1001 a 2500 g de peso e a termo para as crianças com mais de 2500 g de peso ao nascer.

Encontrou-se 2.809 crianças com peso adequado ao nascer (representando 89,40% das crianças, Tabela , esse valor pode ser relacionado a porcentagem de partos normais efetuados no hospital. Ocorreram ainda 313 partos de prematuros e 20 partos de imaturos.

Tabela 32 Número de recém-nascidos ocorridos no Hospital Cristo Rei, São Paulo, 1976.

Recém-nascidos	Número	Porcentual(%)
Imaturos (501-1000g)	20	0,64
Prematuros (1000-2500g)	313	9,96
A termo (mais de 2500g)	2.809	89,40
TOTAL	3.142*	100,00

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei

* nesse total estão incluídos 34 duplos.

Quadro XVII Média de permanência no Hospital Cristo
Rei S/A, São Paulo, SP. 1976.

Instituição Meses	I.N.P.S.	Empresa	Particular	C.A.T.	Total
Janeiro	6,85	5,39	3,79	6,88	5,97
Fevereiro	8,79	4,68	3,91	4,79	5,14
Março	5,65	6,22	4,31	4,06	5,50
Abril	5,53	5,01	2,59	3,93	5,26
Maior	6,21	6,03	3,85	5,44	6,03
Junho	6,23	7,00	2,25	5,24	6,05
Julho	6,32	7,09	2,94	4,88	6,02
Agosto	6,36	4,87	4,00	5,69	6,16
Setembro	4,96	5,51	3,09	5,17	5,98
Outubro	5,31	5,87	4,34	3,65	5,93
Novembro	6,20	7,54	4,05	4,52	6,05
Dezembro	5,86	3,55	3,91	4,85	5,70
TOTAL	5,92	5,66	3,65	4,90	5,72

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei S/A.

A média de permanência no hospital varia de 3.65 dias para os pacientes particulares à 5.92 dias para os de INPS. Nota-se no quadro XVII que a média de permanência de pacientes conveniados é bem maior que a dos particulares totalizando uma diferença de 2.27 dias.

A média do ano foi 5.72 dias, sem distinção de clínicas e especialidades. Entre os meses analisados não houve uma variancia que se pudesse salientar.

Uma avaliação da situação médico-cirúrgica do hospital pode ser feita comparando os coeficientes de

óbito geral antes e após 48 horas de admissão do paciente no hospital, com os coeficientes estipulados pela Organização Mundial da Saúde para os mesmos intervalos.

Tabela 33 Coeficiente de óbitos geral, antes e após 48 horas, no Hospital Cristo Rei, São Paulo, SP, 1976.

Obitos	Coeficiente %	Permitido pela OMS %
Menos de 48 h.	0,98	3,5
Mais de 48 h.	2,71	2,5
Geral	3,69	6,0

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei S/A.

Verificando os coeficientes da Tabela 33, nota-se que para o período "menos de 48 horas", o hospital está em nível bem melhor (0,98%) do que o estipulado pela OMS (3,5%). Revelando bons cuidados em situação de emergência. Ocorre entretanto que para o período seguinte, ou seja "mais de 48 horas", os valores dados ao hospital 2,71% estão além do esperado pela OMS que é de 2,5% de óbitos após 48 horas, revelando apesar disto, estar a entidade em torno dos limites aceitáveis.

Tabela 34 Percentagem de ocupação no Hospital Cristo Rei, São Paulo, SP. 1976.

Instituição Meses	I.N.P.S.	Empresa	Particular	C.A.T.	Total
Janeiro	90,32	84,35	36,93	74,35	92,19
Fevereiro	85,05	74,13	36,20	66,62	85,53
Março	92,23	90,32	31,29	52,41	91,06
Abril	98,84	66,83	13,83	48,50	91,14
Maio	106,42	52,58	24,83	68,54	98,91
Junho	114,71	50,16	9,00	89,16	105,59
Julho	113,27	50,32	16,29	78,06	104,07
Agosto	120,10	32,25	21,93	77,09	107,86
Setembro	122,99	15,83	11,33	75,83	109,17
Outubro	127,32	46,45	24,51	58,87	113,12
Novembro	120,55	44,00	25,66	50,50	106,96
Dezenbro	111,57	34,35	22,09	37,58	98,85
TOTAL	106,80	56,44	22,84	64,39	98,95

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei S/A.

A Tabela 34 mostra a grande diferença existente entre as taxas de ocupação das instituições. O INPS com uma taxa de 106,80%, supera o parametro recomendado pela OMS, que é de 80% a 85%, as outras taxas estão muito aquém do que se considera ideal.

O mês de outubro foi o de maior movimento no hospital resultando uma taxa de 113,12% de ocupação, seguido pelos meses de setembro e agosto.

Tabela 35 Taxa de mortalidade de recém nascidos no Hospital Cristo Rei S/A, São Paulo, SP, 1976.

Recém-nascido	Nati-morto		Neo-morto	
	Número	%	Número	%
Prematuros	28	0,90	68	2,19
A Termo	24	0,77	31	1,00
TOTAL	52	1,67	99	3,19

Fonte: SAME do Hospital Cristo Rei S/A.

Segundo a Tabela 35 os coeficientes de Nati-mortalidade Neo-Natal foram 1,67% e 3,19% respectivamente ou 16,73 e 31,85 por 1000 nascidos vivos. Os óbitos de prematuros em número de 96 sobre o total de nascidos prematuros (313) resultam um percentual de de 30,67% de óbitos.

O número de óbitos dos recém nascidos "a termo" (55) sobre o total de recém nascidos "à termo" (2809) resultam uma taxa de 1,96% de óbitos.

4. INQUÉRITO DOMICILIÁRIO

4.1. Introdução

O inquérito domiciliário foi realizado com os objetivos:

- 1º. Analisar as condições de vida da população representada pela amostra.
- 2º. Identificar os principais problemas de saúde.
- 3º. Identificar os recursos de saúde utilizados pela população da área de influência, do centro de saúde I Penha de França.

O inquérito foi realizado em uma amostra de 263 residências situadas na Vila Ré. Foram feitos pela Equipe Multiprofissional, de acordo com as "Instruções para o preenchimento do formulário".

Os critérios de escolha de área, tamanho de amostra e outros detalhes referentes aos aspectos estatísticos do estudo emanaram do Departamento de Epidemiologia e Estatística da Faculdade de Saúde Pública da USP, de acordo com o exposto no item referente à Metodologia.

Da amostra 263 sugerida aplicou-se o questionário a 221 (84,04) famílias que se prontificaram a responder ao inquérito.

Houve 21 (7,98%) recursos 21 (7,98%) fechados, que após três visitas improfícuas foram consideradas como perdas.

Com os questionários devidamente preenchidos, procedemos ao levantamento e análise dos dados, apresentados a seguir.

4.2. Composição da População

Durante o inquérito domiciliário realizado na área

escolhida em Vila Ré, Sub-distrito da Penha, várias observações foram feitas, sobre: emigrações e imigrações existentes no bairro, a agregação familiar, distribuição etária e por sexo, da população, sua escolaridade e renda.

Uma análise das condições de saneamento, habitação e serviços públicos prestados a essa população, demonstram haver condições favoráveis para um bom desenvolvimento da comunidade.

Dos dados obtidos tabela 36, pode se afirmar que as famílias encontradas formam na sua maioria, núcleos familiares (pai, mãe e filhos).

Tabela 36 - Distribuição da frequência das famílias de parte da população da Vila Ré, município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo o tipo de composição familiar.

Tipo de composição familiar	Frequência	%
Nuclear	158	71,49
Agregado	60	27,15
Extensa	3	1,36
TOTAL	221	100,00

Fonte: inquérito domiciliário

Segundo a Tabela 36, 71,49 % das famílias se encontra nesta condição. Ocorre entretanto uma boa percentagem (27,15 %) de agregados familiares: pai, mãe, filhos e parentes. Estes valores condicionam na população melhoria de sua situação sócio-econômico, possibilitando melhor controle dos problemas decorrentes de ausência de serviços prestados e também de possíveis problemas de saúde e transmissão de doenças.

Os resultados do inquérito sobre o grau de escolaridade demonstram ter a população um nível regular de instrução, assim 53,77 % dos inqueridos, Tabela 37 tem o primário completo, ginásio e outros níveis de instrução. Deve-se considerar que o número de analfabetos existentes na região (6,62 %) é elevado. Esse contingente provavelmente seria representado pela população com mais de 60 anos (aproximadamente 6 % da população amostrada).

Tabela 37 Distribuição de frequência da população amostrada na Vila Ré, município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo o grau de escolaridade.

Grau de escolaridade	Frequência	%
Analfabeto	72	6,62
Primário incompleto ou lê e escreve ou Mobral	270	24,81
Primário completo	398	36,58
Ginásio e outros níveis	187	17,19
Ignorado	1	0,09
Não se aplica	160	14,71
TOTAL	1088	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

O inquérito revelou que 72,79% das pessoas são originários do Estado de São Paulo, 24,27% de outros estados e 2,94% oriundos de outros países (Tabela 38).

Tabela 38 Distribuição de frequência de parte da população de Vila Ré, município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo a naturalidade.

Naturalidade	Frequência	%
Estado de São Paulo	792	72,79
Outros estados	264	24,27
Outros países	32	2,94
TOTAL	1088	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

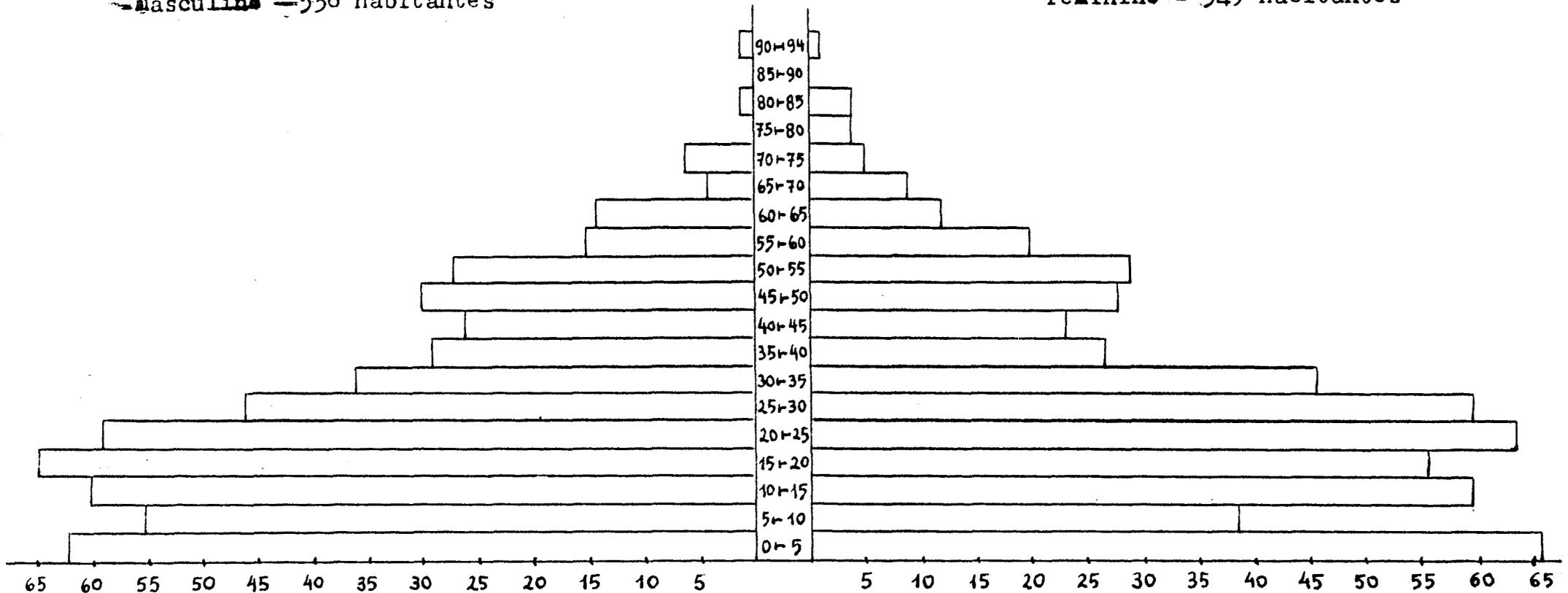
Pouco se pode concluir a partir destas percentagens, porém pode-se supor que a alta taxa de não imigrantes deve influir na taxa de escolaridade, pois, fixando-se na região, as pessoas encontram maiores facilidades de instrução e de emprego já que a Vila Ré é razoavelmente servida de transportes.

Observando-se a Tabela 39 e a Figura nº VI pode-se verificar, na pirâmide da população, que a natalidade é algo elevada e a mortalidade nas idades acima de 45 anos também é alta, o que é típico de regiões em desenvolvimento. Comprova-se também que não houve migrações de grande vulto.

Gráfico - Pirâmide populacional de parte de Vila Ré, município de São Paulo, agosto de 1977.

masculino - 536 habitantes

feminino - 549 habitantes



Fonte : Inquérito domiciliar

Tabela 39 Distribuição de frequência da população amostrada na Vila Ré, município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo idade em anos completos e sexo.

Sexo Idade	Masculino		Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
0 - 5	62	11,55	66	11,98	128	11,76
5 - 10	55	10,24	39	7,08	94	8,64
10 - 15	60	11,17	60	10,89	120	11,03
15 - 20	65	12,10	56	10,16	121	11,12
20 - 25	59	10,99	64	11,62	123	11,31
25 - 30	46	8,57	60	10,89	106	9,74
30 - 35	36	6,70	43	7,80	79	7,26
35 - 40	29	5,40	27	4,90	56	5,15
40 - 45	26	4,84	23	4,17	49	4,50
45 - 50	30	5,59	28	5,08	58	5,33
50 - 55	27	5,03	29	5,26	56	5,15
55 - 60	15	2,79	20	3,63	35	3,22
60 - 65	14	2,61	12	2,18	26	2,39
65 - 70	4	0,74	9	1,63	13	1,19
70 - 75	6	1,12	5	0,91	11	1,01
75 - 80	-	-	4	0,73	4	0,37
80 - 85	1	0,19	4	0,73	5	0,46
85 - 90	-	-	-	-	-	-
90 - 94	1	0,19	-	-	1	0,09
Ignorado	1	0,18	2	0,36	3	0,28
TÓTAL	537	100,00	551	100,00	1088	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

A população jovem em idade produtiva, também é bastante elevada, 32,17% estão entre os 15 e 30 anos. Na região parece predominar famílias recém constituídas, formadas por pessoas da própria região, o que é confirmado pelo número médio de pessoas encontrado por família que foi de 5 (Tabela 40).

Portanto famílias que estão se formando e estabelecendo-se no local.

Tabela 40 Distribuição das famílias amostradas segundo o nº de pessoas da família na Vila Ré em agosto de 1977.

Nº pess. da fam.	Frequência	a.f.	%
2	20	40	9,05
3	38	114	17,20
4	57	228	25,79
5	37	185	16,74
6	31	186	14,03
7	17	119	7,69
8	6	48	2,72
9	4	36	1,81
10	5	50	2,26
11	1	11	0,45
12	1	12	0,45
13	2	26	0,91
15	1	15	0,45
18	1	18	0,45
TOTAL	221	1088	100,00

$$\text{Média} = \frac{\sum x.f.}{f.} =$$

$$\frac{1088}{221} = 5 \text{ pessoas por família}$$

Fonte: Inquérito domiciliário.

Quanto a renda familiar, pode-se verificar pelas tabelas 41 e 42, que a maior parte da população (59,28%) tem renda familiar abaixo de 5 salários mínimos. Abaixo de 1 salário mínimo foram encontrados 4,10% da população. De 5 a 10 salários mínimos encontram-se 24,89% o que é significativo.

A renda familiar média encontrada foi de Cr\$ 6.039,79 portanto, de 5 salários mínimos.

Tabela 41 Renda familiar da população.

Renda familiar (em salários mínimos)	Frequência	%
0 - 1	9	4,10
1 - 2	18	8,13
2 - 3	35	15,84
3 - 4	41	18,55
4 - 5	28	12,67
5 - 6	17	7,69
6 - 7	15	6,79
7 - 8	10	4,52
8 - 9	7	3,17
9 - 10	6	2,71
10 - 11	5	2,26
11 - 12	1	0,45
12 - 13	7	3,17
13 - 14	3	1,36
14 - 15	3	1,36
15 - 16	-	-
16 - 17	3	1,36
17 - 18	1	0,45
18 - 19	-	-
19 - 20	-	-
20 - 21	-	-
21 - 22	1	0,45
22 - 36	-	-
36 - 37	1	0,45
Ignorados	2	0,90
Sem rendimentos	1	0,45
Precisa de in- formação	7	3,17
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

Tabela 42 : Distribuição da renda familiar por família de população amostrada na Vila Ré, Município de São Paulo, em agosto de 1977.

Renda Familiar (Cr\$)	frequência das famílias	%
500,00	2	0,91
500,00 - 1000,00	5	2,26
1000,00 - 1500,00	4	1,81
1500,00 - 2000,00	9	4,07
2000,00 - 3000,00	25	11,31
3000,00 - 4000,00	34	15,38
4000,00 - 5000,00	35	15,84
5000,00 - 7500,00	42	19,01
7500,00 - 10000,00	25	11,31
10000,00 - 15000,00	19	8,59
15000,00 - e mais	11	4,98
ignorado	2	0,91
recusa de informação	7	3,17
sem rendimentos	1	0,45
T O T A L	221	100,00

Fonte : Inquérito domiciliar₁₀

Tabela 43 : Distribuição de Frequência das famílias de população amostrada na Vila Ré, Município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo o direito à utilização de Institutos de Previdência.

Direito à utilização de Institutos de Previdência	Número de famílias	%
Sim	206	93,21
Não	13	5,88
Ignorado	2	0,91
T O T A L	221	100,00

Fonte : Dados obtidos durante inquérito domiciliar realizado pela equipe nº 7 de alunos do curso de Saúde Pública da FSP/USP em agosto de 1977, na Vila Ré, Município de São Paulo.

Tabela 44 Renda familiar da população.

Renda familiar (em salários mínimos)	Frequência	%
0 - 5	131	59,28
5 - 10	55	24,89
10 - 15	19	8,60
15 - 20	4	1,81
20 - 25	1	0,45
25 e mais	1	0,45
Ignorados	2	0,90
Sem rendimentos	1	0,45
Recusa de infor mação	7	3,17
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

Nota: Para o cálculo da renda familiar descontaram-se gastos com aluguel e prestação de casa própria.

Considerando-se que 56,56% da população dispõe de casa própria (Tabela 45) e sabendo-se que 50% do orçamento familiar destina-se a gastos com alimentação, conclue-se que a população amostrada dispõe em média de 5 salários mínimos por mes, para despesas com alimentação, vestuário, transporte e outros. Para a análise da situação econômica da população em estudo, deve-se levar também em consideração que o número médio de pessoas por família encontrado foi de 5, (Tabela 40).

Seria necessário um estudo mais aprofundado para conclusões mais concretas, no entanto, de modo geral não parece ser dos mais baixos, o nível econômico desta população.

4.3. Habitação

De acôrdo com os dados da Tabela 45 , as casas da área em estudo são, em pouco mais da metade (56,56%), próprias e totalmente pagas, distribuindo-se as restantes entre as casas alugadas (30,77%), próprias com prestações (8,60%) e cedidas graciosamente (4,07%).

Tabela 45 Distribuição de frequência e percentagem das condições em que as famílias da população amostrada de Vila Ré usam a habitação.

Condições da habitação	Frequência	%
Cedida	9	4,07
Alugada	68	30,77
Própria com prestação	19	8,60
Própria totalmente paga	125	56,56
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

Uma análise do tipo de construção dessas residências leva-nos à conclusão de que são, na sua quase totalidade (98,64%) de alvenaria (Tabela 46), o que pode ser relacionado ao poder aquisitivo levantado na Tabela nº

Tabela 46 Distribuição de frequência e percentagem do tipo de construção das casas amostradas na Vila Ré.

Tipo de construção	Frequência	%
Alvenaria	218	98,64
Madeira	1	0,45
Mista	2	0,91
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

O baixo número de casas de construção mista e de madeira, de um ou dois cômodos, referem-se à famílias de baixa renda familiar. Observa-se na Tabela 47, que 68,78% das casas possuem de 2 a 3 cômodos e 16,75%, de 4 a 5 cômodos, ficando somente 13,57% das casas entre 1 cômodo (exceto cozinha e banheiro) e 1 cômodo servindo também como cozinha.

Tabela 47 Distribuição de frequência e percentagem do número de cômodos por família da população amostrada de Vila Ré.

Número de cômodos	Frequência	%
1 (incluindo cozinha)	5	2,26
1	25	11,31
2	81	36,65
3	71	32,13
4	23	10,41
5	14	6,34
mais de 5	2	0,90
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

4.4. Água

Da população levantada, 97,29% é servida por água da rede pública (Tabela 48) distribuída pela SABESP; encontraram-se somente 1,81% dos casos com utilização de poços para abastecimento.

Tabela 48 Distribuição de frequência e percentagem da procedência da água utilizada pela população amostrada de Vila Ré.

Procedência da água	Frequência	%
Rede Pública - dentro de casa	211	95,48
Rede Pública - fora de casa	4	1,81
Poço	4	1,81
Carro Tanque	-	-
Outros	2	0,90
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

Notou-se ainda uma elevada taxa de falhas no fornecimento dessa água. No entanto, essa falta de água é esporádica, não tendo periodicidade fixa, não acarretando grandes problemas para a população amostrada (Ver Tabelas 49 e 50)

Tabela 49 Distribuição de Frequência e Percentagem da falta de água nos domicílios amostrados na Vila Ré.

Falta de água	Frequência	%
Sim	126	57,02
Não	90	40,72
Não sabe	1	0,45
Não se aplica	4	1,81
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

Tabela 50 Distribuição de frequência e percentagem de periodicidade da falta de água nos domicílios amostrados de Vila Ré.

Periodicidade de falta de água	Frequência	%
Todos os dias	5	2,26
1 vez por semana	2	0,91
2 vezes por semana	3	1,36
3 vezes por semana	4	1,81
esporadicamente	112	50,68
não sabe	1	0,45
não se aplica	94	42,53
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

Embora o abastecimento seja feito pela SABESP, que assegura boa cloração à água da rede, a população demonstra certa precaução, filtrando a água distribuída em 63,35% dos casos. Entretanto, em 23,98% dos casos, as famílias a usam sem nenhum tratamento e somente 8,15% dos casos fervem a água antes de beber. (Tabela 51).

Tabela 51 Distribuição de frequência e percentagem dos tipos de tratamento de água usados pelas famílias amostradas de Vila Ré.

Tipo de tratamento da água	Frequência	%
Filtração	140	63,35
Fervura	18	8,15
Cloração	5	2,26
Sem tratamento	53	23,98
Outros	5	2,26
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

4.2. Esgoto

Como decorrência da alta percentagem de residências abastecidas pela rede, observou-se uma utilização de 95,02% de privadas com descarga, sendo as restantes 4,98% desprovidas de descarga.

O esgoto efluente dessas provadas é, na sua quase totalidade (85,52%), destinado a fossas particulares (Tabela 52). Algumas entrevistas revelaram que 4,98% das residências utilizam-se de uma "rede pública" de esgotos. Pelas informações obtidas pela equipe, pode-se saber que essa rede era de utilização clandestina, ligada a encanamentos particulares, que conduziam os dejetos para um córrego que passa entre algumas das residências. Esses casos também foram computados sob a designação "outros" na Tabela 52.

Tabela 52 Distribuição de frequência e percentagem do tipo de esgoto presente nas residências amostradas na Vila Ré.

Tipo de esgoto	Frequência	%
Fossa	189	85,52
Rede pública	11	4,98
Outros	14	6,33
Não sabe	5	2,26
Não se aplica	2	0,91
TOTAL	221	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

4.6. Lixo

Dos dados coletados nos questionários pode-se concluir ser essa uma região muito bem servida em termos de coleta de lixo, tendo-se observado uma frequência de 219 famílias (99,10%) que não a utiliza, preferindo espalhar seus lixos em terrenos baldios próximos às suas residências.

O serviço de coleta dos resíduos sólidos tem sido oferecido à população amostrada numa periodicidade de 3 vezes por semana.

De um modo geral, a área em questão é bem servida pelos melhoramentos básicos, faltando, no entanto, melhores condições para destino dos esgotos domésticos.

As casas, na sua maioria de alvenaria, são bem conservadas em sua aparência estética; os terrenos são cercados, quase não havendo lotes vazios. Pode-se ainda observar o uso comum do mesmo lote de terreno por mais de uma família.

A maioria das ruas **que** trabalhada tem asfalto, com rede de esgoto fluvial e as não providas de asfalto possuem guias e sarjetas. Houve também casos de ruas totalmente desprovidas de beneficiamento urbano.

4.8 - SITUAÇÃO VACINAL

TABELA 53

LEVANTAMENTO DE VACINAS DO INQUÉRITO DOMICILIÁRIO
NA VILA RE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP, AGOSTO DE
1977.

Nº DE DOSES	TIPOS DE VACINA	TRÍPLICE						DUPLA		SABIN						ANTI- VARIÓ- LICA		ANTI- SARAMPO		B C G					
																				ORAL		INTRA-DÉR- MICA			
		1	2	3	R	T	%*	Nº	%*	1	2	3	R	T	%*	Nº	%	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
0-6		2	6	-	-	8	0,00	-	-	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	3	2,07	2	1,38
7-12		-	8	8	-	16	5,52	-	-	5	1	7	-	13	4,83	1	0,69	17	11,72	3	3,07	-	-		
13-24		1	1	19	9	30	13,10	-	-	1	5	17	6	29	11,72	11	7,59	30	30,69	9	6,20	4	2,76		
25-72		5	4	20	20	59	20,69	-	-	14	1	75	66	156	51,72	59	40,69	43	29,66	49	26,90	19	13,10		
T O T A L		8	19	57	29	113	39,31	-	-	24	7	99	72	202	68,27	71	48,97	90	62,07	54	37,24	25	17,24		

Fonte: Inquérito Domiciliário

(*) Percentagem de imunização (3ª dose para Sabin e Triplice) sobre o total de 145 crianças que receberam as vacinas.

TABELA 53 onde são colocados os dados referentes à vacinação recebidas pelas crianças que moram na Vila Ré, revela que das 145 crianças que receberam pelo menos 1 dose de alguma vacina nota-se que apenas 39,31% foram imunizadas com a vacina triplice (receberam as 3 doses), apenas 68,27% foram imunizadas com a vacina Sabin (receberam as 3 doses), 48,97% com a vacina Anti-Variólica, 62,07% com a anti-sarampo, 37,24% com a BCG-oral e 17,24% com a BCG-ID, observando as faixas etárias temos que as 25 crianças com menos de 1 ano também tem suas primo vacinações bastante atrasadas, sendo que 96,00% estão vacinadas com a 1ª dose da Tríplice, 68,00% com a 1ª dose da Sabin, 4,00% com a Anti-Variólica, 68,00% com a anti-sarampo, 24,00% BCG-oral, 8,00% BCG-ID. Sabe-se que a Secretaria da Saúde estabelece como meta a primo-vacinação com as vacinas acima citadas de 80% das crianças de 0 a 1 ano, portanto somente a vacinação com a triplice atinge as metas estabelecidas.

TABELA 54

CLASSIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS DE 0 E 6 ANOS SEGUNDO O COMPROVANTE DE VACINAS E SE TOMARAM OU NÃO AS MESMAS

CRIANÇAS DE 0 E 6 ANOS	FREQUÊNCIA	%
com comprovante	115	68,05
sem comprovante	30	17,75
não tomou nenhuma	17	10,06
não sabe qual	7	4,14
T O T A L	169	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliário.

Apesar da amostra não ser significativa, observando-se os dados obtidos, verifica-se que das 169 crianças de 0 a 6 anos, relacionadas no inquérito, apenas 68,05% tem comprovante de vacinação, Tabela 54 . Este número está muito aquém do esperado pois todas as crianças ao entrarem para a escola deveriam estar com o comprovante de vacinas. Agrupando-se os sem comprovante com os que não sabem qual tomaram, resultam 21,89%, do total. Observa-se uma completa desinformação quanto ao tipo de vacinas e necessidade da caderneta de vacinações. A percentagem das crianças que não tomaram nenhuma vacina 10,06% é também elevada e as justificações foram relacionadas na Tabela 55 .

TABELA 55

MOTIVOS PELOS QUAIS AS MÃES DEIXARAM DE VACINAR OS FILHOS

MOTIVOS	Idade (Meses)				TOTAL	
	0-2	2-12	12-48	48-84	Nº	%
1- não justificou	5	2	-	1	8	47,06
2- mãe não tem tempo	-	1	2	1	4	23,54
3- doença respiratória	-	-	1	1	2	11,76
4- esquecimento	-	-	1	-	1	5,88
5- não tem paciência esperar na fila	-	-	1	-	1	5,88
6- falta de vacina no INPS	-	-	1	-	1	5,88
T O T A L	5	3	6	3	17	100,00

Fonte: Inquerito Domiliário.

As vacinas das crianças, cujas mães não souberam informar qual a vacina que tinha recebido, não fo-

ram computadas e estas somaram 7, estando 6 na faixa etária de 4-6 anos e 1 na faixa etária de 1-4 anos (Tabela 56).

Os motivos relacionados na Tabela 55 , pelos quais as mães deixaram de vacinar seus filhos podem levar à consideração de que houve falta de informação sobre a importância do ato, e falta de tempo. Outros motivos, como doença na época de vacina, esquecimento e falta de vacina no I N P S, talvez possam, na realidade, ser juntados aos motivos principais já relacionados.

TABELA 56

DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E NÚMERO, DAS CRIANÇAS, CUJAS MÃES OU RESPONSÁVEIS NÃO SOUBERAM INFORMAR O TIPO DE VACINA APLICADA

GRUPO ETÁRIO	Nº DE CRIANÇAS
0-1	-
1-4	1
4-6	6
T O T A L	7

Fonte: Inquérito Domiciliário

4.9. SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO A ASSISTÊNCIA PREVIDENCIÁRIA.

TABELA 57

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS FAMILIARES DE PARTE DA POPULAÇÃO DE VILA RÉ, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP, EM AGOSTO DE 1977, SEGUNDO DIREITO À UTILIZAÇÃO DE INSTITUTOS DE PREVIDÊNCIAS.

Direito à utilização de Institutos de Previdência.	número de famílias	%
sim	206	93,21
não	13	5,88
ignora	2	0,91
T O T A L	221	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliário.

Vemos pela tabela que a quasi totalidade da população tem direito a utilização de Recursos de Previdência Social (93,21%).

Apenas 5,88% não tem direito e 0,91% não sabe se tem direito. O fato de em torno de 1% não saber se tem direito leva a crer a falta de esclarecimento que a população tem a respeito de seus direitos.

No entanto de 112 doentes crônicos encontrados no inquérito realizado na região, somente 100 deles (Tabela 58) estão utilizando alguma forma de tratamento. Os demais relacionados revelaram não estar procurando assistência.

Tabela 58 : Distribuição de frequência dos portadores de doenças crônicas na Vila Ré, Município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo os recursos utilizados para tratamento.

Recursos de Saúde utilizados	Frequência	%
Institutos de Previdência	75	66,97
Hospital Mandaqui	1	0,89
Centros de Saúde	3	2,68
Postos de Saúde da Prefeitura	1	0,89
Santa Casa	2	1,79
Hospital Particular	3	2,68
Médico Particular	12	10,71
Hospital das Clínicas	2	1,79
Farmácia	1	0,89
Não estão em tratamento	12	10,71
T O T A L	112	100,00

Fonte : Inquérito Domiciliário

Uma relação da distribuição de várias doenças crônicas encontradas para a região, segundo a lista A, é dada pela Tabela 59

TABELA 58 a

—
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES CRÔNICOS DE PARTE DA
POPULAÇÃO DE VILA RE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,
EM AGOSTO DE 1977, SEGUNDO O COMPORTAMENTO EM
RELAÇÃO À PRÓPRIA DOENÇA.

COMPORTAMENTO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
-estão em tratamento	100	89,29
-não estão em tratamento	12	10,71
T O T A L	112	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliário

Desses doentes 75 deles, correspondendo a 66,97% do total, procuraram declaradamente algum Instituto de Previdência. A tabela 58 onde se relacionam os recursos utilizados para tratamento de doenças crônicas, revela uma curiosidade: em segundo lugar de recursos utilizados encontra-se o uso de médicos particulares. Esse fato demonstra que a população não está satisfeita com o sistema previdenciário e que o poder aquisitivo médio da população permite a procura desses recursos particulares.

Sabendo-se que o Centro de Saúde de Penha de França não conta com bons Serviços de Atendimento ao público (com algumas exceções) não é de se estranhar somente 3 doentes recorrerem a seus serviços. (2,68%).

Tabela 59 : Distribuição das doenças crônicas, segundo a sua frequência, na população amostrada de Vila Ré, Penha de França em agosto de 1977.

D O E N Ç A S	Lista A	Fre- cuência	%
Outras doenças do aparelho circulatório	88	37	30,01
Outras doenças do sistema nervoso e órgão do sentido	79	27	21,95
Outras doenças do Aparelho Respiratório	96	14	11,38
Outras doenças do Aparelho Digestivo	104	9	7,32
Outras doenças do Aparelho Genito- <u>Unin</u> ário	111	8	6,51
Reumatismo não Articular e não especificado	122	7	5,69
Diabete Mellitus	64	7	5,69
Tuberculose	6	3	2,44
Outras doenças do sistema osteo muscular e do tecido conjuntivo	125	3	2,44
Tumores (neoplasmas)	58	3	2,44
Outras doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	120	3	2,44
As demais anomalias congênitas	130	1	0,80
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoético	68	1	0,80
T O T A L		123	100,00

Fonte : Inquérito Domiciliário

População Total : 1088 habitantes

PATOLOGIA (LISTA A)	0-1 ano		1 - 5		5-15		15-50		50-65		65 a +		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	nº	%
Gripe (A-90)	3	5	9	6	14	13	28	33	9	10	-	1	131	82,39
Todas as demais doenças classificadas como infecciosa e parasitária (A-44)	-	1	5	1	1	1	1	6	-	-	-	1	17	10,69
Fraturas dos Membros (An-141)	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	4	2,51
Doenças do aparelho digestivo (A-104)	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	3	1,89
Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (A-125)	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	1,26
Complicação da gravidez, parto de e puerpério (A-117)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,63
Distensão Muscular (An-142)	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,63
T O T A L	3	6	14	7	17	16	32	43	9	10	-	2	159	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliário

Lista A conforme 8ª revisão da classificação internacional de Doenças

Observa-se que a gripe contribuiu com 82,4% da incidência de doenças, no mês de julho, na população pesquisada. Observou-se que o grupo mais atingido foi o de 15-50 anos, apesar de que houvesse incidência em todos os grupos etários.

-Apesar da gripe como tal dificilmente levar a óbito, é causa de prejuízos sociais e econômicos, pelas faltas aos serviços e os transtornos que causa na vida familiar, além das complicações que podem ocorrer.

-Em 2º lugar, temos as doenças infecciosas e parasitárias, contribuindo com 10,7% da incidência de doenças no mês de julho. Esse número talvez esteja subestimado porque os parasitoses podem ter ocorrido nesse mês, mas não terem sido diagnosticados.

As fraturas dos membros, que contribuíram com 2,5% das incidências foi mais frequente no grupo etário de 15-50 anos.

Observa-se, de maneira geral que o grupo etário de 15 - 50 anos foi o mais atingido pela incidência de doenças. A grande predominância da gripe, talvez se deva ao mês de julho, inverno, onde essa costuma ocorrer com maior frequência, haja visto entretanto que o frio não foi intenso no mês citado.

Observa-se que "Outras doenças do Aparelho Circulatório" são responsáveis por 30,01% das doenças crônicas no mês de agosto, na Vila Ré. Se forem comparadas com as causas de óbito pesquisadas para a Região de Penha de França dos anos de 1970/73, verifica-se que essas figuram entre as 3 primeiras causas de óbito mais frequentes.

-Em 2º lugar, estão as "doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, responsáveis por 21,95%.

A vida agitada da grande São Paulo, a concorrência, poluição sonora, dificuldades econômicas, falta de lazer e outros problemas inerentes devem estar determinando ou predispondo à alta prevalência dessas doenças.

-Em 3º lugar, observam-se as doenças do Aparelho respiratório que participam com 11,38%. Pode a poluição dos locais de trabalho, a umidade do ar, o vício de fumar serem fatores predisponentes a essa prevalência.

-Em 4º lugar, temos as "doenças do Aparelho Digestivo", que contribuem com 7,32% e as "Doenças do Aparelho gênito - urinário" com 6,51%. - Nota-se ainda que "Outras doenças da pele e do tecido celular subcutâneo" participam com 2,44%. Se observamos a tabela 29 que demonstre as causas de hospitalização no Hospital Cristo Rei, verificamos que as 5 doenças crônicas mais frequentes de Vila Ré, figuram entre as dez principais causas de hospitalização do Hospital Cristo Rei.

Por outro lado, "os tumores" (neoplasmas), "Diabete mel-litus" figuram entre as principais causas de morte da região de Penha de França, conforme pesquisa realizada no Centro de Informações de Saúde, constantes nesse trabalho.

Tabela 61 : Distribuição de frequência de doentes, de parte da população de Vila Ré, Município de São Paulo, em agosto de 1977, segundo o recurso de saúde utilizado.

RECURSO UTILIZADO	Frequência	%
Médico particular	45	24,33
Farmacéutico	67	36,23
Curandeiro	2	1,09
Centro de Saúde	4	2,17
Hospital	7	3,79
Pronto socorro	10	5,42
Posto da Prefeitura	-	-
Não procurou	-	-
Auto-medicação	33	17,85
Convênio	17	9,19
T O T A L.	185	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliário

Durante o inquérito domiciliário foi levantada a incidência de doenças no mês de Julho de 1977 para a área estudada.

Esse inquérito levantou o problema da utilização dos recursos de saúde disponíveis e também qual a atitude do médico em relação ao doente.

A Tabela 61 relaciona esses recursos de saúde disponíveis e demonstra a utilização do farmacéutico como conselheiro de saúde nos hábitos da família. Verificou-se que 82,40% das doenças relatadas (Tabela 60) referem-se a gripe, doença que, de modo geral, não necessita de

de atendimento médico. Desse último fato compreendem ainda a utilização de auto-medicação (17,85%) pela população.

Tabela 62 : Distribuição da frequência de doentes que se consultarem, para parte da população de Vila Ré, Município de São Paulo, agosto de 1977, segundo a atitude do médico consultante.

Atitude Médica	Frequência	%
Medicou	32	50,00
Medicou e orientou	29	45,31
Encaminhou para especialista	2	3,13
hospitalizou	1	1,57
T O T A L	64	100,00

Fonte: Inquérito Domiciliário

Para um bom funcionamento dos serviços médicos é importante a atitude do médico que atende o cliente. Da forma de atender porém a confiança do doente. Nota-se que 50,00% dos médicos ao consultar simplesmente medicam o paciente sem orientá-lo. Essa atitude não é a adequada para um bom relacionamento entre médico e paciente.

No entanto 45,31 % dos pacientes foram medicados e orientados quanto ao mal que o afligia.

De uma maneira geral a atitude dos médicos consultados pode ser considerada regular, pois metade cumpre os preceitos estabelecidos pela profissão.

A população amostrada respondeu a algumas questões que podem revelar o grau de utilização, as frequências e os motivos que a levaram a esse uso.

A Tabela 63 referente a utilização de serviços prestados pelas unidades de saúde mostra o percentual de frequência; observa-se essa utilização por 50,68% das famílias amostradas. Esse valor se comprado à unidades disponíveis na área, as dificuldades de acesso e qualidade de serviços prestados, pode ser considerado bom.

TABELA 63

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA DE VILA RÉ, QUANTO A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE CENTROS DE SAÚDE EM JULHO DE 1977.

UTILIZAÇÃO	Nº	%
Sim	112	50,68
Não	104	47,06
Ignora	5	2,26

Fonte: Inquérito domiciliar

A região em estudo fica dentro da área da Penha, longe do CS-1 e dos postos de saúde mais procurados. Alguns como o de Vila Esperança (U S C), são de localização difícil, embora esteja instalado numa rua transversal à Avenida principal que liga à Vila Ré a Penha.

O que parece acontecer é que a população dessa região prefere tomar a condução e ir direto ao CS-1. Além desse fato deve-se considerar que o CS-1 possui maior número de Atividades para atender a demanda que os outros dois postos mais utilizados (Jardim Popular e de Vila Esperança).

A alta porcentagem de utilização do CS-1, 40,50% revelada pela Tabela 64 talvez deva-se aos motivos expostos acima, ou seja serviços e localização.

TABELA 64 - - -

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA DA VILA RÉ, QUANTO AO TIPO DE AGÊNCIA DE SAÚDE QUE PROCURA EM SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE, DE ACORDO COM A PESQUISA DOMICILIÁRIA REALIZADA EM AGOSTO DE 1977.

AGENCIA	Nº	%
Centro de Saúde I- Penha de França	49	40,50
Jardim Popular D.S.C.	45	37,19
Vila Esperança D.S.C.	13	10,74
Outros	7	5,78
Itaquera	2	1,64
Paula Souza	1	0,83
Mooca	1	0,83
Hospital das Clínicas	1	0,83
vila Matilde	1	0,83
Vila Maria	1	0,83
T O T A L	121	100,00

Fonte: Inquérito domiciliária

Deve ser considerado que uma família entrevistada, utiliza-se algumas vezes de 2 ou mais unidades para suas necessidades, porém a frequência ao posto de Jardim Popular (D.S.C.) 37,19% deve ser devido a sua maior proximidade com a região estudada.

As demais unidades relacionadas talvez o sajam por facilidade de trabalho.

A tabela 65 descreve os motivos da procura das unidades. Nota-se um maior porcentagem de "consultas a criança" e logo depois de "vacinações". Aqui cabe considerar que talvez a informação dada pelo entrevistado seja dúbia. É provável que como consulta à criança esteja inclusa a vacinação, isso levaria a uma depreciação dos valores encontrados.

Deve-se ainda considerar os valores baixos encontrados para os demais serviços, isso talvez se deva a falta de informação pois nem todos sabem dos serviços que são dados pelas unidades de saúde.

TABELA 65

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA DA VILA RÉ QUANTO AO TIPO DE ATENDIMENTO PROCURADO SEGUNDO NÚMERO E PORCENTAGEM

Tipo de Atendimento	Nº	%
Consulta a Criança	36	31,03
Vacinação	22	18,96
Consulta ao Adulto	15	12,93
Consulta a Gestante	7	6,03
Suplementação Alimentar	7	6,03
Carteira de Saúde	5	4,32
Atestado de Saúde	5	4,32
Outros	18	15,52
Não sabe	1	0,86
T O T A L	116	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário

A tabela 67 onde se relaciona os motivos pelos quais o entrevistado não usa as unidades sanitárias, apresenta o mesmo problema da tabela 64 ou seja duplicidade de motivos. No entanto observa-se que preferem outra entidade ou nunca precisaram com maior frequência que os demais motivos. Motivos que depreciam as unidades sanitárias dão porcentagens menores, porém ocorrem e não deveriam ocorrer. Assim itens como atenderam mal ou demoram muito bem valores que somados revelam um atendimento deficiente dos Centros de Saúde.

TABELA 67

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA DA VILA RÉ,
QUANTO AO MOTIVO DA NÃO UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE CENTROS DE SAÚDE

CAUSA	Nº	%
prefere outra entidade	71	42,27
não precisou	37	22,03
prefere médico particular	17	10,12
atendem mal	11	6,55
demoram muito	11	6,55
não conhece	10	5,92
distância	5	2,98
não sabe	5	2,98
mãe trabalha fora	1	0,60
T O T A L	168	100,00

Fonte: inquérito domiciliário

Tabela 68: Outros recursos de saúde utilizados pela população amostrada de Vila Ré.

RECURSO	FREQUÊNCIA	%
INPS	108	52,42
Serviço Particular	51	24,75
Pronto Socorro do Tatuapé	18	8,73
Hospital N.S.da Penha	7	3,40
Convênios	22	10,70
T O T A L	206	100,00

Fonte: Inquérito domiciliário.

Verifica-se que, apesar de 93,1% da população da Vila Ré ter direito a Instituto de Previdência, e apesar de não estar tabelado, foi observado que a quase totalidade é previdenciária do INPS, apenas 52,42% utilizam-se diretamente. Em suas necessidades de saúde, 8,73% da população vão ao Pronto Socorro do Tatuapé e 3,40% ao Hospital N.S. da Penha e ainda 10,70% às Clínicas e Hospitais em "Convênio" com as Firmas, onde trabalham, que, indiretamente são também beneficiados pelo INPS.

Apesar de 93,21% ter direito ao tratamento previdenciário 24,75% da população prefere a clínica particular. Demonstra que o sistema previdenciário oferecido não satisfaz a população. Observou-se, nas entrevistas domiciliares, que as pessoas de "Convênio" demonstram segurança na afirmação dessa resposta.

5. RESUMO DO TRABALHO DESENVOLVIDO PELO GRUPO VII NA
REGIÃO DA PENHA

1. Caracterização da área estudada:

A área escolhida para efeito de estudo e análise foi a região de Penha de França.

A região de Penha de França pertence à zona leste do Município de São Paulo e está subdividida em 5 subdistritos administrativos:

- subdistrito de Penha de França
- subdistrito de Cangaíba
- parte do subdistrito de Tatuapé
- parte do subdistrito de Vila Matilde
- parte do subdistrito de Ermelino Matarazzo.

A região da Penha está limitada pelo Município de Guarulhos e por parte dos subdistritos de Tatuapé, Vila Matilde e Ermelino Matarazzo.

A população estimada de toda a região da Penha é de 750.000 habitantes, com uma densidade populacional de 14.358 hab/km², cobrindo uma área total de 52 km².

Possui 15 centros de saúde pertencentes ao Estado, 4 centros de saúde pertencentes à Prefeitura, 3 Hospitais, 1 casa de saúde, 1 pronto-socorro e 1 ambulatório.

Dispõe ainda de 3 vias rodoviárias principais e duas vias ferroviárias.

A Penha é predominantemente residencial, embora existam várias indústrias na região.

No que concerne ao levantamento das condições de Saneamento Básico a região da Penha dispõe de:

(a) Serviço de abastecimento d'água.

Todo o abastecimento de água é feito pela SABESP e atinge 85,0% da população total, estando esse valor acima das recomendações feitas pelo "Plano Decenal de Saúde para as Américas" da OPS/OMS. O consumo "per capita" é de aproximadamente 160 litros de água por dia, por habitante e no que diz respeito à qualidade da água distribuída, a região da Penha é servida por água de excelente qualidade;

(b) Serviço de esgotos sanitários

O serviço de esgotos sanitários é também feito pela SABESP e atinge apenas 33,33% da população total, isto é, apenas 250.000 habitantes são servidos por rede de esgotos. Como se vê tais condições são bastante precárias e o que é mais lamentável é que todo o esgoto da Penha é despejado no Rio Tietê sem sofrer nenhum tratamento prévio.

(c) Serviço de lixo e limpeza pública

O lixo coletado na Penha é feito através da VEGA-SOPAVE que vem a ser uma firma contratada pela Prefeitura. Toda a população é servida numa frequência de 3 vezes por semana. A área coberta pelos serviços de lixo e de limpeza pública é de 52 km² e a VEGA-SOPAVE dispõe ainda de um serviço de limpeza nas 54 feiras livres existentes. Em média coletam-se 10.000

toneladas de lixo por mês, e toda a carga de resíduos é destinada ao aterro sanitário de Engenheiro Goulart.

Com relação aos principais indicadores de saúde foi feito um levantamento junto ao Centro de Informações de Saúde (CIS), pertinente ao período de 1970 a 1973.

Inquérito Domiciliar:

A região escolhida para efeito de aplicação do inquérito domiciliar foi Vila Ré que está situada dentro do subdistrito da Penha de França.

A escolha foi feita segundo interesse do Centro de Saúde (CS-1) da Penha e posteriormente o Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública delimitou a área para fins de amostragem do inquérito domiciliar.

Observou-se que em termos de saneamento básico, a área amostrada (Vila Ré) apresenta características iguais a área em estudo (Penha) com exceção aos serviços de esgotos sanitários que são inexistentes em Vila Ré.

Com respeito à utilização dos recursos de saúde, observou-se o seguinte:

- 75,0% da população amostrada se utilizam de agências do INPS
 - 12,0% de médicos particulares
- e apenas 3,0% da população amostrada recorrem a Centros de Saúde e nesse caso a maior concentração de clientes, recorre ao Centro de Saúde Jardim Popular (próximo a Vila Ré).

Constatou-se ainda que 93,2% das famílias amostradas tem direito à utilização de Institutos de Previdência.

A renda familiar é em média de Cr\$6.000,00 , sendo que o maior percentual de contingente populacional ganha na faixa de 1 a 7 salários mínimos (7 %).

O tipo de habitação é predominantemente de alvenaria, tendo cada residência uma média de 3 cômodos e observou-se ainda que 57% das residências são próprias e totalmente pagas.

A maioria das famílias, composta de 5 pessoas em média e com relação ao grau de escolaridade constatou-se um maior percentual naqueles que têm curso primário completo.

O contingente populacional é predominantemente do Estado de São Paulo (73%).

De um modo geral verificou-se que a situação de saúde em relação à incidência de doenças no período de julho de 1977, comportou-se da seguinte forma:

Doenças agudas

Gripe (A.90) - (82,4%)

- Todas as doenças classificadas como parasitárias e infecciosas (A.44) (10,7%)

- Outras doenças do sistema ósseo muscular e do tecido conjuntivo (A.125)(1,3%)

- Outras Doenças do aparelho digestivo (A.104) (1,9%).

- Complicação da gravidez, parto e puerpério (A.117) (0,6%)

Doenças crônicas

- Outras doenças do aparelho circulatório (A.188) (30,1%)

- Outras doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido (A.79) (22,0%)

- Outras doenças do aparelho respiratório (A.96) (11,4%)

- Outras doenças do aparelho digestivo (A.104) (7,4%)
- Outras doenças do aparelho genito-urinário (A.111) (6,5%)
- Reumatismo articular e não especificado (A.122) (5,7%)
- Diabetes melitus (A.64) (5,7%)
- Tuberculose (A.006) (2,4%).

Centro de Saúde

A unidade de saúde analisada foi o CS-I de Penha de França; trata-se de um prédio de 3 pavimentos, construído há 12 anos especificamente para ser um centro de saúde tipo I.

Está próximo do centro comercial da Penha, é de fácil acesso e muito bem servido com relação a meios de transporte.

O CS-I de Penha de França encontra-se em precárias condições de conservação e limpeza e apesar do número de funcionários existentes está em acordo com o estipulado pela Secretaria da Saúde, observou-se uma deficiência significativa de profissionais para atividades fins.

De um modo geral constatou-se que os programas a serem desenvolvidos pelos profissionais do CS-I foram implantados sem a devida previsão dos recursos humanos e materiais necessários para execução dos seus objetivos inerentes.

Notou-se ainda falta de treinamento de pessoal de qualquer nível, desconhecimento das normas e instruções que orientassem na execução das tarefas e finalmente ausência da aplicação da técnica de programação a nível local.

Hospital

O hospital analisado foi o Hospital Cristo Rei S.A. situado no subdistrito de Tatuapé.

Trata-se de um hospital de fins lucrativos, constituído de 6 pavimentos, estando de um modo geral em bom estado de conservação.

Possui atividades de atendimento de clínica geral, pronto socorro, cirurgia e maternidade. Recebe segurados do INPS, de firmas convencionadas e também particulares. A maior taxa de ocupação é devido a previdenciários do INPS e de convênios com empresas.

O sistema de registro do SAME implantado pela Remington possui um ótimo funcionamento e é considerado como sendo um dos mais modernos do país.

Outras Agências de Saúde

1. Centro de Saúde de Cangaíba

É um centro de saúde do tipo III, funcionando em prédio alugado de 4 cômodos e é de fácil acesso. Dispõe de todos os serviços inerentes ao tipo de Centro de que pertence, excetuando-se a área de Saneamento. O Centro de Saúde de Cangaíba é também utilizado pelo CIAM (Centro de Integração de Assistência Médica);

2. Centro de Saúde de Vila Esperança

Pertence à Prefeitura. É de acesso relativamente difícil. Atende somente a programas de materno-infantil.

3. Posto de Assistência Médica do INPS

Localizado em Tatuapé. Trata-se de um prédio antigo, regularmente conservado e atende as

necessidades próprias de uma entidade previdenciária.

6. Conclusões

I. Em relação ao Centro de Saúde

Os principais problemas encontrados no Centro de Saúde I Penha de França referiram-se a aspectos administrativos, tais como:

- I₁. Falta de médicos em programas prioritários e não cumprimento do horário de outros, trazendo como consequência o não atendimento da clientela;
- I₂. Falta de adaptação dos programas e sub programas a Nível Local. A não utilização de técnica de programação local, com base nas necessidades reais e nos recursos humanos e materiais disponíveis;
- I₃. Falta de treinamento de pessoal em todos os níveis;
- I₄. Falta de comunicação e coordenação do Nível regional para o local e desse para os serviços, a fim de em conjunto procurarem soluções para os problemas;
- I₅. Desvio de função de funcionários de diversos níveis, exemplificado pelas execuções de atividades fins (consultas) pela médica diretora, técnica por ausência e faltas dos médicos, por pressão dos serviços (agendamento) e da própria clientela, em detrimento de sua função administrativa;
- I₆. Demora das conclusões da reforma da planta física do Centro de Saúde;

- I₇. A não delegação de funções às auxiliares de Fisiologia;
- I₈. Fluxograma de dermatologia incompatível com as necessidades da clientela;
- I₉. Demanda grande de clientela do INPS e falta de médicos para atendimento das necessidades dessa demanda;
- I₁₀. Fixação e controle de normas e padrões de atendimento nos serviços.

II. Conclusões em relação ao Hospital Cristo Rei

- II₁. Não existência de sala de recuperação pós-operatória;
- II₂. Distância do Serviço de Arquivo Médico e Estatística e dos Prontuários (há cem metros do Hospital).
- II₃. Inexistência de local para os funcionários permanecerem nos intervalos de trabalho.

7. Sugestões

Referentes ao Centro de Saúde de Penha de França:

- 1. Acelerar as conclusões da reforma do prédio do Centro de Saúde Penha de França.
- 2. Após a conclusão, introduzir o CIAM, contratando médicos com critérios adequados que satisfaçam as necessidades da clientela e o bem estar do profissional.
- 3. Adaptar os programas e subprogramas ao Centro de Saúde, utilizando as técnicas de Programação de Nível Local.

4. Treinamento de pessoal através de cursos intensivos de atualização e treinamento em serviço.
5. Organizar um cronograma de supervisão periódico.
6. Fixar normas e padrões de atendimento.
7. Fazer controle e avaliação periódica de todos os serviços.
8. Delegar com supervisão, atividade ao pessoal auxiliar do Serviço de Fisiologia.
9. Simplificar o fluxograma da clientela de Dermatologia Sanitária.

Referentes ao Hospital Cristo Rei:

1. Instalação da sala de recuperação pós-operatória.
2. Instalação do Serviço de Arquivo Médico, e Prontuários mais próximo ao Hospital.
3. Instalação de uma sala de estar para os funcionários permanecerem nos intervalos de trabalho.

BIBLIOGRAFIA:

1. BERQUÓ, E. et al - Estatística Vital - São Paulo, 1972.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Níveis de Saúde . Programa Materno Infantil, Brasília, 1977 9. 9-20
3. CERTAIN, A.D. et al - Análise dos resultados da pesquisa da infecção tuberculosa e do primeiro programa de vacinação pelo B.C.G. intradérmico em escolares de São Paulo, Brasil, 1971 - 1974. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 9.: 125-36, 1975.
4. CIARI Jr. , C. et al - "Acreditação" de serviços de pré-natal. Rev. Saúde Públ., S. Paulo, 8: 187-202, 1974.
5. CIARI Jr., C. et al - Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: Auditoria de fichas clínicas Rev. Saúde Públ., S. Paulo, 8: 203 - 12, 1974.
6. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIO-ECONÔMICOS (DIEESE) - Família assalariada: padrão e custo de vida. São Paulo, 1974. Estudos Socio-Econômicos nº 2
7. HARRIS, W.M. et al - Roteiro para a "Acreditação" de serviços de atendimento, à criança em Unidades sanitárias. Rev. Saúde Públ. S. Paulo, 9 249-58, 1975.
8. LE NINGTON L.B. - O serviço de enfermagem na Organização hospitalar, sua organização e administração Rev. Técnica de Planejamento Hospitalar 13/14: 6-14, 1957.

9. MASCARENHAS, R.S. et al - Indicadores de Níveis de Saúde. I : MASCARENHAS, R. Setal Introdução à Administração Sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972 p. 10-20.
10. NEUMANN, Z.A. - Relatório da Associação de Proteção à Maternidade e a Infância. Sazalattes, Curitiba 1976. (mimeografado - Secretaria da Saúde e do Bem Estar Social, Estado do Paraná)
11. PARETA, J. M.M. et al - Saúde da Ccmunidade São Paulo, ed Mc Graw-Hill do Brasil Ltda. 1976.
12. PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMÉRICAS, informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972) Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1973. (OPAS - Doc. Oficial, 118).
13. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Mortalidad neo-natal: Características de la Mortalidad en la Niñez. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1973. p. 10.
14. RAMOS, R. - Indicadores do Nível de Saúde: sua aplicação no Município de São Paulo, 1962 (Tese-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
15. TINOCO A.F. - As funções do Administrador de qualquer nível - IN: TINOCO, A.F. - Uma iniciação à Administração de Sistemas de Saúde . São Paulo , Faculdade de Saúde Pública da USP, 1977, p. 22 - 29.

16. YUNES, J. & ROCHEZEL, U.S.C. - Evolução da Mortalide
dade Geral, infantil e proporcional no Brasil.
Rev. Saúde Públ. São Paulo, 8 (Supl) 3-48, 1974.