

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

# RELATÓRIO

1996



## **TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL**

**Município  
de  
Guarujá**

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

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL, 1996**

**ESTUDO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE GUARUJÁ**

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

**São Paulo  
1996**

## **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

**Airton Checoni David**  
**Cristina Resano Rodrigues**  
**Damaris Cecchetti de Souza**  
**Deodoro Antonio Oliveira Vaz**  
**Divani de Oliveira Silva**  
**Elizabeth Teixeira**  
**Liane Ugliara Rasmussen**  
**Marco Antonio Senna**  
**Maria de Lourdes Delgado Dias**  
**Michael Bedros Arsenian**  
**Nayte Vitiello**  
**Valéria Camanho Hidalgo**  
**Viviane Vieira Lima**  
**Wilma Martins de Oliveira**

**Engº Mecânico**  
**Méd. Veterinária**  
**Psicóloga**  
**Engº Civil**  
**Assistente Social**  
**Arquiteta**  
**Assistente Social**  
**Engº Civil**  
**Psicóloga**  
**Dentista**  
**Bióloga**  
**Psicóloga**  
**Dentista**  
**Socióloga**

**Engª Saúde Pública / Ambiental**  
**Vigilância Sanitária**  
**Saúde Materno-Infantil**  
**Engª Saúde Pública / Ambiental**  
**Saúde Materno-Infantil**  
**Controle Ambiental**  
**Políticas em Saúde Públicas**  
**Engª Saúde Pública / Ambiental**  
**Saúde Materno-Infantil**  
**Odontologia Preventiva**  
**Educação em Saúde Pública**  
**Saúde Materno-Infantil**  
**Odontologia Preventiva**  
**Vigilância Sanitária**

## **ORIENTADOR:**

**Professor Doutor Péricles Alves Nogueira**

## **COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL**

### **PRESIDENTE:**

**Professora Doutora Eunice Aparecida Bianche Galati**

### **MEMBROS:**

**Professor Doutor Roque Passos Piveli**  
**Professor Doutor Délsio Natal**  
**Professor Doutor Roberto A. Castellanos Fernandez**

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



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às autoridades do município do Guarujá, representadas pelo Diretor do Departamento de Saúde que propiciou, na medida do possível, infraestrutura necessária à realização do Trabalho de Campo Multiprofissional (acomodações, alimentação, transporte e acesso aos vários setores ligados direta e/ou indiretamente à Saúde Pública).

O agradecimento é extensivo a todos os representantes administrativos e funcionários dos órgãos contatados, principalmente pela acessibilidade e assessoria prestadas na obtenção dos dados.

Agradecemos também, aos usuários dos serviços de saúde, que pacientemente nos forneceram informações valiosas, contribuindo para o levantamento do perfil da saúde do município.

Gostaríamos, ainda, de prestar agradecimentos, ao hospital Santo Amaro, que nos acolheu, colocando suas dependências e serviços à disposição.

Finalmente, agradecemos a colaboração dos nossos professores, que nos forneceram subsídios para a realização deste trabalho.

## Sumário

1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	2
2.1 Objetivo Geral .....	2
2.2 Objetivos Específicos .....	2
3. Metodologia .....	3
3.1 Primeira Etapa .....	3
3.2 Segunda Etapa .....	4
3.3 Terceira Etapa .....	6
4. Caracterização do Município .....	7
4.1. Aspéctos Históricos e Geográficos .....	7
4.1.1 Histórico .....	7
4.1.2 Posição Geográfica .....	7
4.1.3 Aspéctos Físicos .....	8
4.1.4 Uso do Solo .....	8
4.1.5 Sistema Viário .....	9
4.2. Aspéctos Demográficos .....	10
4.2.1 Razão de Dependência .....	13
4.2.2 Razão de Masculinidade .....	14
4.3. Aspéctos Sócio-econômicos .....	15
4.3.1 Economia .....	15
4.3.2 Educação .....	16
4.3.3 Promoção Social .....	20

4.3.4 Cultura, Esporte e Lazer .....	21
5. Infra-estrutura Urbana .....	23
5.1. Saneamento Básico e Ambiental .....	24
5.1.1. Sistema de Abastecimento de Água .....	24
5.1.1.1 Características Gerais .....	24
5.1.1.2 Mananciais Utilizados .....	24
5.1.1.3 Captação .....	25
5.1.1.4 Tratamento .....	26
5.1.1.5 Adução e Recalque .....	26
5.1.1.6 Reservação .....	27
5.1.1.7 Rede de Distribuição .....	28
5.1.1.8 Ligações Domiciliares .....	28
5.1.2 . Sistema de coleta de esgotos .....	29
5.1.2.1 Características Gerais .....	29
5.1.2.2 Emissário por Recalque e Interceptor .....	30
5.1.2.3 Rede Coletora .....	30
5.1.2.4 Ligação de Esgoto .....	31
5.1.2.5 Emissário .....	31
5.1.3. Sistema de Disposição de Resíduos Sólidos .....	31
5.1.3.1 Características Gerais .....	31
5.1.3.2 Estrutura Organizacional .....	33
5.1.3.3 Fontes de Financiamento .....	33
5.1.3.4 Tipos de Resíduos Gerados .....	33
5.1.3.5 Nível de Atendimento e Coleta .....	34
5.1.3.6 Acondicionamento na Fonte .....	34
5.1.3.7 Limpeza Pública .....	34
5.1.3.8 Lixo Hospitalar .....	35

	III
5.1.3.9 Transporte .....	35
5.1.3.10 Tratamento e Destinação Final .....	35
5.1.3.11 Aspéctos de Saúde do Trabalhador .....	39
5.1.3.12 Ações Programadas e Propostas do Plano Diretor Municipal .....	40
5.2 Transporte .....	40
5.3 Habitação .....	41
5.4. Drenagem Urbana .....	41
5.4.1 Características Gerais .....	41
5.4.2 Características dos Logradouros .....	42
5.5 Obras de Infra-estrutura .....	43
5.6 Conclusões e Comentários .....	44
6. Caracterização da Saúde .....	46
6.1. Indicadores de Saúde .....	46
6.1.1 Mortalidade .....	46
6.1.2 Coeficiente de Mortalidade Geral .....	48
6.1.3 Razão de Mortalidade Proporcional ou Indicadores Swaroop e Uemura .....	51
6.1.4 Curva de Mortalidade Proporcional de Nelson de Moraes .....	51
6.1.5 Mortalidade por causas e faixa etária .....	54
6.1.6 Mortalidade Infantil .....	55
6.1.7 Mortalidade Materno .....	66
6.1.8 Natimortalidade .....	67
6.1.9 Mortalidade Perinatal .....	71
6.1.10 Taxa de Natalidade e Taxa de Fecundidade .....	74
6.2. Serviços e Programas de Saúde .....	75
6.2.1. Organização e Modalidade dos Serviços .....	75
6.2.1.1 Policlínicas .....	75

6.2.1.2 Ambulatórios .....	76
6.2.1.3 Especialidades .....	78
6.2.1.4 Pronto Socorro .....	78
6.2.1.5 Serviços de Apoio Diagnóstico .....	79
6.2.1.6 Hospitais .....	79
6.2.1.7 Vigilância à Saúde .....	80
6.2.1.8 Centro de Controle de Zoonoses .....	81
6.2.1.9 Instituto Médico Legal e Serviço de Verificação de Óbitos .....	81
6.2.1.10 Serviço Médico Pessoal (SMP) .....	82
6.2.1.11 Setor de Remoção .....	82
6.2.1.12 Serviços Privados .....	83
6.2.2. Visitas aos Serviços de Saúde .....	83
6.2.3 Programa de Atenção à Saúde da Mulher .....	90
6.2.4 Programa de Saúde do Adolescente .....	91
6.2.5 Programa de atenção à saúde da criança .....	92
6.2.6 Programa de saúde da Terceira Idade .....	95
6.2.7 Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS e doenças infecto contagiosas .....	97
6.2.8 Programa de Saúde do Adulto .....	100
6.2.9 Saúde Bucal .....	102
6.2.9.1 Objetivos .....	102
6.2.9.2 Programas .....	103
6.2.9.3 Fluoretação das Águas de Abastecimento .....	104
6.2.9.4 Avaliação das Ações Destinadas à Saúde Bucal .....	105
6.2.9.5 Conclusões Finais .....	107
6.2.10 Programa de Saúde Mental .....	108
6.2.11. Vigilância Sanitária .....	112

	V
6.2.11.1 Centro de Controle de Zoonose .....	119
6.2.12 Vigilância Epidemiológica .....	125
6.2.13 Imunização .....	136
6.2.14 Serviço de Picados por Animais Peçonhentos .....	140
6.2.15 Estudo do Projeto Arquitetônico dos Hospitais-Dia “Dr. José Forster” e “Dr. Willian Rocha” .....	149
7. O Processo de Implantação do SUS .....	152
7.1 Contexto histórico .....	152
7.2. O SUS no Município de Guarujá .....	158
7.2.1 A Gestão Municipal .....	158
7.2.2 A Participação Social .....	158
7.3. Descrição e Comentários do Sistema de Saúde Local .....	161
7.3.1 A acessibilidade .....	161
7.3.2 Territorialidade .....	162
7.3.3 Hierarquização .....	163
7.3.4 Complementariedade .....	165
7.3.5 Descentralização .....	167
8 Considerações Finais .....	172
9 Referências Bibliográficas .....	175

	VII
VII - Foto 14 - Barragem para captação d'água no rio Jurubatuba Mirim .....	A24
VIII - Foto 15 - Detalhe do filtro com peneiras em aço e a entrada da tubulação na estação elevatória de água bruta - rio Jurubatuba Mirim .....	A25
VIII - Foto 16 - Detalhe interno da estação elevatória de água bruta, junto à captação no rio Jurubatuba Mirim .....	A25
IX - Foto 17 - Detalhe do filtro com peneiras em aço, junto à captação no rio Jurubatuba (cota 75) .....	A26
IX - Foto 18 - Construção de filtro (obra de ampliação) junto à captação no rio Jurubatuba (cota 75) .....	A26
X - Foto 19 - Chegada da adutora de água tratada na estação elevatória 1 ...	A27
X - Foto 20 - Detalhe interno da estação elevatória 1, onde a adutora de água tratada divide-se em duas adutoras .....	A27
XI - Foto 21 - Vista do incinerador para tratamento de resíduos dos serviços de saúde .....	A28
XI - Foto 22 - Vista parcial da superfície da última célula do aterro sanitário ...	A28
XII - Foto 23 - Vista da lagoa de estabilização para tratamento do chorume ....	A29
XII - Foto 24 - Vista do rio Crumaú, em cujas margens nota-se a presença do chorume .....	A29
XIII - Foto 25 - Terreno baldio servindo como ponto de descarga de podas de árvores, utilizado pela população como lixão .....	A30

## Anexos

01. Roteiro de entrevista - Administrador Hospitalar .....	A1
02. Roteiro de entrevista - Sindicato e Associações .....	A2
03. Roteiro de entrevista - Diretor da Unidade .....	A4
04. Instrumento de Entrevista com a População .....	A6
05. Questionário proposto à população: Avaliação das Condições de Tratamento odontológico da População Residente no Município do Guarujá em 1996 .....	A8
06. Mapa Geral do Município .....	A10
07. Implantação do balneário (1923) .....	A12
08. Relações e conflitos .....	A13
09. Plano Diretor - 1975 .....	A14
10. Sistema de abastecimento de água ■ (adutoras).....	A15
11. Sistema de coleta de esgotos .....	A16
12. Organograma do Serviço de saúde .....	A17
13. Fotografias .....	A18
I - Fotos 1 e 2 - Movimento de greve dos funcionários da PMG .....	A18
II - Foto 3 - Vista parcial da policlínica Pae-Cará .....	A19
II - Foto 4 - Instalações internas inadequadas da policlínica Pae-Cará .....	A19
III - Foto 5 - Fachada da policlínica Jd. Boa Esperança .....	A20
III - Foto 6 - Vista parcial da policlínica Vila Áurea .....	A20
IV - Foto 7 - Fachada da policlínica Vila Rã .....	A21
IV - Foto 8 - Associação Brasileira de Terceira Idade - ABRASTI - Núcleo Guarujá .....	A21
V- Fotos 9 e 10 - Fachada do Hospital Dia "Dr. José Forster Jr." .....	A22
VI - Fotos 11 e 12 - Horta comunitária do Hospital Dia "Dr. José Forster Jr." ...	A23
VII - Foto 13 - Rio Jurubatuba Mirim, que desce a Serra do Mar .....	A24



	VII
VII - Foto 13 - Rio Jurubatuba Mirim, que desce a Serra do Mar .....	A24
VII - Foto 14 - Barragem para captação d'água no rio Jurubatuba Mirim .....	A24
VIII - Foto 15 - Detalhe do filtro com peneiras em aço e a entrada da tubulação na estação elevatória de água bruta - rio Jurubatuba Mirim .....	A25
VIII - Foto 16 - Detalhe interno da estação elevatória de água bruta, junto à captação no rio Jurubatuba Mirim .....	A25
IX - Foto 17 - Detalhe do filtro com peneiras em aço, junto à captação no rio Jurubatuba (cota 75) .....	A26
IX - Foto 18 - Construção de filtro (obra de ampliação) junto à captação no rio Jurubatuba (cota 75) .....	A26
X - Foto 19 - Chegada da adutora de água tratada na estação elevatória 1 ...	A27
X - Foto 20 - Detalhe interno da estação elevatória 1, onde a adutora de água tratada divide-se em duas adutoras .....	A27
XI - Foto 21 - Vista do incinerador para tratamento de resíduos dos serviços de saúde .....	A28
XI - Foto 22 - Vista parcial da superfície da última célula do aterro sanitário ...	A28
XII - Foto 23 - Vista da lagoa de estabilização para tratamento do chorume ....	A29
XII - Foto 24 - Vista do rio Crumaú, em cujas margens nota-se a presença do chorume .....	A29
XIII - Foto 25 - Terreno baldio servindo como ponto de descarga de podas de árvores, utilizado pela população como lixão .....	A30

## Índice de Tabelas

1. População residente, por faixa etária e sexo - Guarujá, 1995 .....	11
2. Densidade populacional em diferentes épocas, Guarujá comparada com o município de São Paulo .....	11
3. Distribuição do número de matrículas, nas diferentes classes da rede de ensino de 1º e 2º graus do município de Guarujá .....	16
4. Características de Domicílios Particulares Permanentes - Guarujá, 1991 .....	41
5. População, nascidos vivos e mortos - Guarujá, 1990 a 1994 .....	47
6. Óbitos Gerais, Menores de 1 ano e Maternos - Guarujá, 1990 a 1994 .....	47
7. Número e coeficiente de Mortalidade Geral por 1000 hab. - Guarujá, 1990 a 1994 .....	48
8 Principais Causas de Mortalidade Geral - Guarujá, 1993 .....	49
9. Principais Causas de Mortalidade Geral - Guarujá, 1994 .....	50
10. Mortalidade Proporcional, por grupos etários, segundo Nelson de Moraes - Guarujá, 1993 .....	52
11. Mortalidade Proporcional, por grupos etários, segundo Nelson de Moraes - Guarujá, 1994 .....	53
12. Número de óbitos, por faixa etária, segundo principais causas - Guarujá, 1994 .....	55
13. Coeficiente de Mortalidade Infantil - Guarujá, 1970 a 1995 .....	57
14. Principais causas de Mortalidade Infantil - Guarujá, 1993 .....	58
15. Principais causas de Mortalidade Infantil - Guarujá, 1994 .....	58
16. Nascidos Vivos, Óbitos e Coeficiente de Mortalidade Infantil, menores de 1 ano, Neo- natal precoce, tardia e pós neo- natal - Guarujá, 1990 a 1995 .....	59

17. Mortalidade Infantil, Neo-Natal e pós-neo-natal segundo causas de morte - Guarujá, 1994 .....	60
18. Mortalidade Infantil, neo-natal e pós neo-natal, segundo grupos de causa de morte - Guarujá, 1995 .....	61
19. Óbitos de menores de 1 ano, segundo local de residência e mês de ocorrência - Guarujá, 1995 .....	62
20. Óbitos de menores de 1 ano, segundo local de residência e mês de ocorrência - Guarujá, jan. a out. de 1996 .....	63
21. Causas e faixa etária de óbitos de menores de 1 ano - Guarujá, 1995 .....	64
22. Causas e faixa etária de óbitos de menores de 1 ano - Guarujá, 1996 .....	65
23. Natimortos, segundo local de residência e mês de ocorrência - Guarujá, 1995 .....	68
24. Natimortos, segundo local de residência e mês de ocorrência - Guarujá, janeiro a outubro de 1996 .....	69
25. Natimortos, segundo local de residência - Guarujá, janeiro de 1995 a outubro de 1996 .....	70
26. Natimortalidade, Mortalidade Geral, Materna e Perinatal - Guarujá, 1990 a 1994 .....	72
27. Taxa de Natalidade, Taxa de Fecundidade - Guarujá, 1990 a 1994 .....	74
28. Procedimentos Odontológicos realizados na rede municipal e filantrópica - Guarujá, 1994 .....	105
29. Doenças de Notificação Compulsória. Casos notificados e confirmados - Guarujá, 1995 .....	128
30. Distribuição dos casos de tuberculose, por sexo e faixa etária - Guarujá, 1995 .....	129
31. Distribuição dos casos de tuberculose, segundo a forma clínica - Guarujá, 1995 .....	129

32. Doenças de notificação Compulsória - Guarujá, 1996 .....	133
33. Distribuição dos casos de tuberculose por sexo e faixa etária - Guarujá, 1996 .....	133
34. Distribuição dos casos de tuberculose por forma clínica - Guarujá, 1996 .....	134
35. Casos de AIDS - Guarujá, primeiro semestre de 1996 .....	135
36. Resultados da sorologia na pesquisa para AIDS, realizada no Hospital Dia "Dr. Willian Rocha"- Guarujá, janeiro de 1994 a abril de 1996 .....	135
37. Situação de risco obtida da pesquisa de sorologia para AIDS realizada no Hospital Dia "Dr. Willian Rocha" - Guarujá janeiro de 1994 a abril de 1996 .....	136
38. Cobertura Vacinal da população de menores de 1 ano e com 1 ano completo - Guarujá, 1993 a 1995 .....	137
39. População estimada, nas faixas etária de menores de 1 ano e com 1 ano co mpleto - Guarujá, 1993 a 1995 .....	137
40. Distribuição dos acidentes por animais peçonhentos, segundo tipo de animal e município da DIR XIX - Santos, 1953 a 1955 .....	143
41. Distribuição dos pacientes picados por animais peçonhentos segundo sexo, faixa etária e tipo de animal - Guarujá, 1994.....	143
42. Distribuição de pacientes picados por animai peçonhentos segundo local da picada e tipo de animal - Guarujá, 1994 .....	144
43. Distribuição segundo atividades dos pacientes no momento da picada segundo tipo de animal peçonhento - Guarujá, 1994 .....	144
44. Distribuição dos pacientes picados por animais peçonhentos, segundo sexo, faixa etária e tipo de animal - Guarujá, 1995 .....	145
45. Distribuição dos pacientes picados por animais peçonhentos, segundo local da picada e tipo de animal - Guarujá, 1995 .....	145
46. Distribuição segundo atividades dos pacientes, no momento da picada por animais peçonhentos e tipo de animal - Guarujá, 1995 .....	146

47. Distribuição dos acidentes por animais peçonhentos, segundo tipo de animal - Guarujá, 1993 a 1995 .....	146
--	-----

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta dados e reflexões referentes ao processo da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, no município de Guarujá. Foi elaborado através de informações preliminares fornecidas pelo Departamento de Saúde do município e coleta de dados em diferentes órgãos públicos, observações e inquéritos feitos "in loco" em diversos serviços: saúde, saneamento, educação, promoção social, etc. Procurou-se, dessa forma, constatar a estruturação deste processo e perceber os avanços e entraves.

Após a descrição dos objetivos e da metodologia, buscou-se caracterizar o município nos seus aspectos, históricos, geográficos, demográficos, sócio-econômicos, etc.

A seguir verificou-se a infra-estrutura urbana, no que diz respeito ao saneamento básico, transporte, habitação e drenagem urbana.

Posteriormente, com a caracterização de saúde, através de seus indicadores, serviços e programas, tentou-se levantar o perfil epidemiológico do município.

Em continuidade, procurou-se avaliar o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no município, verificando-se o sistema de saúde local, frente aos princípios preconizados pelo SUS.

Nas considerações finais, buscou-se salientar alguns aspectos que podem favorecer o aprimoramento da municipalização no Guarujá e a reflexão sobre a qualidade de saúde de sua população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- conhecer e avaliar o processo de implantação do SUS no município de Guarujá.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o município em seus aspectos históricos, geográficos, demográficos, econômicos e sociais.
- Conhecer a organização dos serviços de saneamento básico e ambiental, de educação e saúde, prestados à população.
- Conhecer e compreender os indicadores de saúde do município .
- Identificar e comentar problemas existentes no planejamento e implantação das ações de saúde no município .
- Identificar e comentar possíveis entraves referentes à implantação do Sistema Único de Saúde no município de Guarujá, propiciando subsídios para reflexão e aprimoramento desse processo.

### **3. METODOLOGIA**

O TCM - Trabalho de Campo Multiprofissional, realizado no município de Guarujá teve como objeto de estudo a análise do Sistema Local de Saúde no contexto do SUS.

Para isso, foi realizado levantamento de dados relativos às condições locais de saúde, incluindo: aspectos sociais e ambientais, situação epidemiológica e sanitária, demanda de saúde da população, oferta e funcionamento dos serviços de saúde. Esse processo foi dificultado, visto que no período de coleta de dados no campo, ocorria uma greve dos funcionários públicos do município. Com as informações obtidas, procurou-se fazer uma análise e avaliação qualitativa do perfil municipal.

O TCM constou de 3 etapas distintas:

#### **3.1. Primeira Etapa:**

Inicialmente ocorreu a formação do grupo de caráter multiprofissional, atendendo tanto à identificação dos profissionais entre si, como à multidisciplinariedade das áreas. Aconteceram algumas reuniões preliminares que permitiram a integração entre os membros do grupo e alguns primeiros questionamentos e reflexões sobre o trabalho.

No primeiro encontro com o orientador, este informou que, já havia estabelecido contato com o município de Guarujá, através do diretor do Departamento de Saúde. Estava de posse, também de alguns documentos fornecidos pelo mesmo, contendo dados que permitiram uma visão inicial das características da cidade.

Na semana que antecedeu o TCM foram traçados alguns objetivos, foi realizado um planejamento inicial, com cronograma, que sofreu modificações no



decorrer do trabalho de campo propriamente dito. Foram, também, elaborados questionários e roteiros de entrevistas representativos de vários segmentos, tais como: Roteiro de Entrevista - Administrador Hospitalar ( Anexo - 1 ), Roteiro de Entrevista - Sindicatos e Associações ( Anexo -2 ), Roteiro de Entrevista para Diretor de Unidade ( Anexo - 3 ), Instrumento de Entrevista com a população ( Anexo - 4 ) e Questionário proposto à População: avaliação das condições de tratamento odontológico ( Anexo - 5 ). Não foi estabelecido, a princípio, um número definido de entrevistas já que o enfoque era basicamente qualitativo.

### **3.2 Segunda Etapa:**

Trabalho de campo propriamente dito.

Pretendia-se um primeiro contato com o prefeito do município o que não ocorreu. Foi agendada uma reunião com o diretor do Departamento de Saúde, que traçou um perfil da saúde no município e fez um breve histórico da sua gestão (mais ou menos 2 anos) no Departamento de Saúde. Nesta entrevista inicial, foi recebida a permissão do diretor para o uso de gravadores.

Partindo do cronograma inicial e das informações obtidas nessa reunião foram definidos os passos seguintes do trabalho. A cada manhã era revisto o cronograma; à noite eram realizadas reuniões de equipe, a fim de discutir os dados levantados e traçar estratégias para o trabalho dos dias seguintes.

O grupo foi subdividido em pequenos sub grupos para a realização de visitas e entrevistas.

As fontes que forneceram subsídios para o trabalho foram as seguintes:

- Departamento de Saúde (Diretoria e demais setores)
- ABRASTI - Associação Brasileira de Terceira idade
- Ambulatório Ciama (Centro integrado de Aleitamento Materno)
- Associação de Mulheres N.S. Aparecida (Pae-Cará)

- Associação Vicentina de Santo Amaro
- C.S.I. - "Vicente de Carvalho"
- C.S.II - "Dr. Esperidião G. Neves"
- CAT - Centro de Atendimento à Terceira Idade (Departamento Promoção Social)
- Centro Comunitário "Isabel Ortega de Souza"- Departamento de Esportes
- Centro de Controle de Zoonoses
- Centro de Vigilância Sanitária
- CETESB (Santos)
- Conselho Municipal de Infra-Estrutura Urbana
- Conselho Municipal de Saúde (participação do grupo na reunião mensal)
- Creche Antonieta do Espírito Santo
- Creche Municipal
- Creche Ninho Maternal (Obras Dom Domênico)
- DIR - XIX (Santos)
- Departamento de Cultura
- Departamento de Educação
- Departamento de Promoção Social
- EMPSG - "1º de Maio"
- Favela da Maré
- FEBEM - Unidade de Liberdade Assistida
- Hospital Santo Amaro (sob intervenção municipal)
- Hospital-Dia "José Forster" (atendimento para Saúde Mental)
- Hospital-Dia "William Rocha" (doenças infecto-contagiosas; DST/AIDS)
- Paço Municipal (movimento de greve)
- PACTO - Prevenção e Auxílio Comunitário ao Toxicômano
- Policlínica Pae-Cará
- Policlínica Santa Rosa
- Policlínica Vila Áurea
- Policlínica Vila Esperança
- Policlínica Vila Rã
- Pronto Socorro Central do Guarujá
- Serviço de Raiva Humana
- SEELAG - Sindicato dos Empregados em Edifícios e Condomínios

- SABESP - Diretoria
  - Captação de Água (Rio Jurubatuba)
  - Obras de Ampliação, captação e Adução
  - Reservatório R1 e Estação Elevatória
  - Unidade de Tratamento de Água
  - Unidade de Tratamento de Esgotos; Emissário
- Serviço de Picados por Animais Peçonhentos (Hospital Santo Amaro)
- Departamento de Turismo
- DOSV - Obras e Serviços Urbanos
- Vega-Sopave - Resíduos Sólidos - Aterro Sanitário - Incinerador de Lixo
- Vigilância Epidemiológica
- Vila Baiana - Centro de Assistência Espírita.

### **3.3 Terceira Etapa**

Organização e sistematização dos dados coletados.

Nessa fase retomou-se a discussão quanto à estrutura formal do trabalho, e o cronograma a ser seguido. Foi realizado o tratamento estatístico, análise e interpretação dos dados obtidos, sugestões e conclusão.

## **4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

### **4.1. Aspectos Históricos e Geográficos**

#### **4.1.1 Histórico**

A ilha de Santo Amaro (primitivamente denominada Guaíbe ou Guaibê) já era habitada por indígenas na época do descobrimento do Brasil. Seu nome teve origem no nome da capitania que a abrangia, porém alguns afirmam que a ilha só passou a ser chamada efetivamente ilha de Santo Amaro a partir da construção da capela de Santo Amaro realizada por José Adorno em 1540.

Em 02 de setembro de 1893 foi fundada a Vila Balneária do Guarujá como empresa balneária que contava com um hotel, um cassino e 50 chalés. Até o ano de 1926 a companhia Prado Chaves teve domínio sobre a cidade, passando então a Prefeitura Sanitária. Em 1931, foi integrada ao Município de Santos e em 30 de junho de 1934 foi criada a Estância Balneária do Guarujá com Prefeito nomeado pelo Governador.

Somente em 1947 conseguiu completa autonomia pela Lei dos municípios.

#### **4.1.2 Posição Geográfica**

O município de Guarujá localiza-se na ilha de Santo Amaro, no litoral do estado de São Paulo, a 23°59' de latitude sul e a 46°15' de longitude oeste. Separado do continente pelo canal de Bertioga e da ilha de São Vicente pelo estuário de Santos, limita-se ao norte com a área continental de Santos e com o município de Bertioga, a sul e a leste com o oceano Atlântico, a oeste com a ilha de São Vicente, município de Santos. Sua área territorial é de 138 Km<sup>2</sup> e dista 88 quilômetros do município de São Paulo.

#### 4.1.3 Aspectos Físicos

O clima predominante é o tropical chuvoso de floresta, com temperaturas anuais variando entre 15 a 25° C, com a estação chuvosa no verão e a seca no inverno, com precipitação pluviométrica anual de 1700mm. A planície sedimentar originária do cenozóico assenta-se sobre embasamento cristalino constituído por granito e rochas metamórficas, via de regra intensamente dobradas. Essas dobras dispõem-se no sentido NO-SE, paralelas à costa destacando-se gnaises e xistos, que afloram no município sob a forma de elevações, com altitudes médias entre 130 e 160 metros, chegando ao máximo de 300 metros (morro do Pitui, seu ponto culminante). Além desse, aparecem poucos morros: da Glória, das Astúrias, do Monduba e serra de Santo Amaro.

A vegetação existente no município de Guarujá abrange três categorias:

- Vegetação costeira, rasteira nas proximidades do mar e dos mangues junto aos cursos d'água.
- Mata de Jundu, formada por arbustos, árvores e vegetação arbustiva, aparecendo logo depois da área de influência marítima.
- Floresta tropical, nas áreas mais elevadas (embora menos exuberante que a de área continental).

Diversos rios de pequena extensão formam a hidrografia da ilha de Santo Amaro, entre eles os rios Santo Amaro, Crumaú, do Meio, Perequê, do Peixe, Acaraú, Comprido, Marataná e da Pouca Saúde.

#### 4.1.4 Uso do Solo

A ocupação urbana iniciou-se pela orla marítima, área com potencial paisagístico destinada a constituir-se balneário da alta sociedade paulista que nos últimos anos vem sofrendo grande expansão imobiliária.

Posteriormente, surgiu o distrito de Vicente de Carvalho com o bairro de Itapema. Desenvolveu-se ao redor do cais, das barcas de ligação ao porto de

Santos e da estação ferroviária, de onde partia a linha férrea para o centro de Guarujá, hoje substituída pela via Santos Dumont.

Em 1957, por ocasião do desabamento dos morros santistas, numerosas famílias transferiram-se maciçamente para o sítio "Pae-Cará", expandindo a população de Vicente de Carvalho e criando área de problema para o município. O desenvolvimento do município prosseguiu com a abertura dos loteamentos ao longo da Via Santos Dumont que constituem a área de Vicente de Carvalho.

Ao longo do estuário de Santos, estão localizadas indústrias pesqueiras, químicas, estaleiros de construção naval e reparos, instalações portuárias do Ministério dos Transportes.

A leste da via Piaçaguera-Guarujá, há extensa área ocupada por culturas de banana.

#### 4.1.5 Sistema Viário

O sistema viário do município é constituído pelas seguintes ligações:

- Rodoviária - rodovia Cônego Domênico Rangoni (antiga rodovia Piaçaguera-Guarujá), que liga Guarujá a Cubatão, permitindo acesso direto da ilha ao continente através de ponte.
- Sistema de balsas - ligação entre o extremo da avenida Ademar de Barros à Ponta da Praia de Santos; e ligação do extremo leste da ilha ao município de Bertioga.
- Sistema de barcas - ligação entre Itapema no distrito de Vicente de Carvalho e o centro de Santos.

Existe ainda a Base Aérea de Santos, situada no distrito de Vicente de Carvalho, que é uma unidade militar além das suas atividades normais, possibilita o acesso a Guarujá por via aérea, estando prevista a instalação de um aeroporto civil metropolitano, em área contínua às suas dependências.

## 4.2. Aspectos Demográficos

A População fixa do Guarujá, segundo informações do departamento de turismo DEPTUR, é de aproximadamente 240.000 habitantes, estando 60% concentrada no distrito de Vicente de Carvalho e 40% no distrito de Guarujá. Desta população, cerca de 80.000 pessoas são faveladas segundo o Conselho Municipal de Infra-estrutura Urbana.

Baseado em estimativas anuais, o DEPTUR revela que a população flutuante do Guarujá gira em torno de 1.600.000 pessoas. Nas épocas de férias escolares (alta temporada), o município recebe cerca de 800.000 turistas, chegando a 1.200.000 no "réveillon" e no carnaval, segundo o Conselho Municipal de Infra-Estrutura Urbana.

Os dados de população apresentados na tabela 1, e a seguir na pirâmide populacional, apresentada no gráfico 1, foram fornecidos pela prefeitura e estão baseados em projeção da SEADE para 1995.

Tabela 1

População residente por faixa etária e sexo - Guarujá, 1995

FAIXA ETÁRIA	HOMENS	MULHERES	TOTAL
00-04	11.519	10.990	22.509
05-09	11.192	10.778	21.970
10-14	11.873	11.406	23.279
15-19	11.577	11.227	22.804
20-24	10.296	10.211	20.507
25-29	10.089	9.834	19.923
30-34	9.596	9.649	19.245
35-39	8.651	8.737	17.388
40-44	7.405	7.469	14.874
45-49	6.049	6.006	12.055
50-54	4.586	4.673	9.259
55-59	3.754	3.870	7.624
60-64	2.958	3.245	6.203
65-69	2.351	2.688	5.039
70-74	1.580	1.885	3.465
75 e +	1.594	2.153	3.747
<b>TOTAL</b>	<b>115.070</b>	<b>114.821</b>	<b>229.891</b>

Fonte: Fundação SEADE - Estimativa Populacional

Tabela 2

Densidade populacional em diferentes épocas, Guarujá comparada ao município de São Paulo

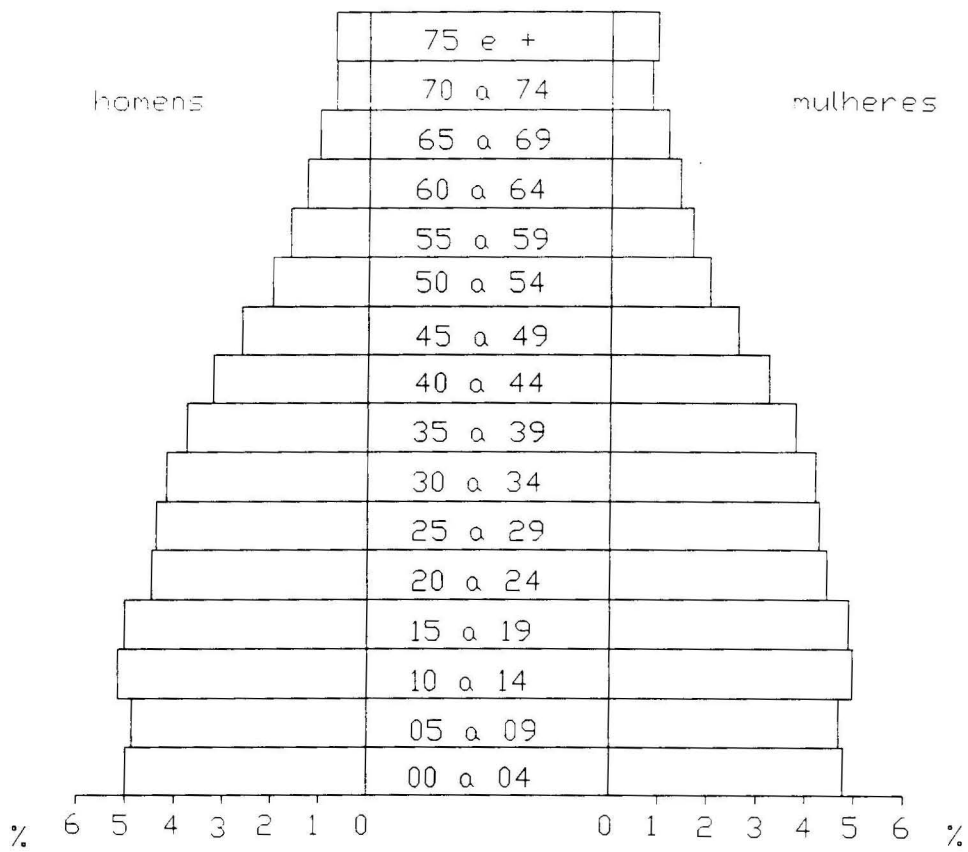
Épocas	hab/km <sup>2</sup>
normal	1655
férias	5797
reveillon	8695
São Paulo	7000

Fonte: Fundação SEADE - Estimativa populacional



Gráfico 1

Pirâmide Populacional - Guarujá, 1995



Fonte: Fundação SEADE - Estimativa populacional

A Pirâmide Populacional do gráfico 1, mostra diminuição da natalidade, acompanhada de uma diminuição da mortalidade na faixa etária de 65 e +. Conforme o esperado, há um maior número de mulheres nessa faixa. Nota-se, também, uma concentração de jovens, assim como, um equilíbrio entre homens e mulheres na faixa etária adulta.

#### 4.2.1 Razão de Dependência

TOTAL :	53,38
- JUVENIL:	45,21
- SENIL :	8,17

A distribuição etária de uma população é necessária sob vários aspectos: demográfico (analisar crescimento e envelhecimento); epidemiológico (conhecimento dos grupos etários específicos, a fim de calcular coeficientes de morbidade e mortalidade) e em administração (planejamento dos serviços específicos par cada grupo etário).

Num outro ponto a ser considerado, na distribuição da população é a força de trabalho e a capacidade de produção. Os indivíduos entre 15 e 64 anos são considerados como população potencialmente ativa. Os menores de 15 e maiores de 65 são considerados dependentes.

A razão de dependência representa a relação entre a soma do número de habitantes com menos de 15 anos e o número de pessoas com 65 e mais, dividido pelo total de habitantes entre os 15 e 64 anos. Quanto maior a relação de dependência, maiores problemas econômicos terá o país.

A Razão de dependência de 53,38, apresenta-se discretamente alta, com maior peso na dependência juvenil de 45,21, o que faz pensar numa maior atenção à faixa etária de menos de 15 anos, principalmente, no sentido de se evitar a

exploração do trabalho do menor, visando sua permanência na escola, favorecendo seu conhecimento e capacitação profissional futura.

#### 4.2.2 Razão De Masculinidade

A Razão de Masculinidade é o número de homens de uma população por mil mulheres da mesma população. Ela permite comparar-se a composição da população por sexo.

De maneira geral, são gerados mais homens, e nascem mais homens do que mulheres; no decorrer da vida, os homens morrem mais cedo que as mulheres. É esperado alcançar-se um equilíbrio entre os sexos na idade adulta, e, nas idades mais avançadas, um excesso de população feminina,

Idealmente, a razão de masculinidade deveria ser de mil homens por mil mulheres.

Assim, a razão de masculinidade do município, de 1.002 encontra-se dentro do padrão esperado.

### **4.3. Aspectos Sócio-Econômicos**

#### **4.3.1 Economia**

A principal atividade do município é turismo que representa uma das fontes vitais de arrecadação e desenvolvimentos. Ele compõe um conjunto de serviços destinados a promover, organizar, receber, orientar e hospedar o contingente de pessoas que procuram recreação, descanso e cultura, nesta estância de veraneio.

A atividade comercial estende-se por todo o município, especialmente na região central, intensificando-se nos feriados, fins de semana prolongado e na temporada de verão, quando o afluxo de pessoas aumenta substancialmente. É grande, também, o número de ambulantes, o que caracteriza que uma parcela da atividade econômica é informal.

No distrito de Vicente de Carvalho o comércio atende, basicamente às necessidades da população local.

O setor industrial não é dos mais expressivos restringindo-se à indústria voltada para a pesca e construção civil. Nos últimos cinco anos, o desenvolvimento desta última constitui-se num atrativo para a população de baixa renda, contribuindo, provavelmente, para o fluxo migratório na região.

Existem duas indústrias de grande porte na área portuária do município: a DOW Química e a Cutrale.

No momento, existem 425 indústrias que geram 2.223 empregos diretos.

Com relação aos prestadores de serviços, a Prefeitura conta com 14'53 estabelecimentos cadastrados.

### 4.3.2 Educação

Ao entender-se o processo saúde-doença de forma mais ampla, que extrapole o conceito de doença em si, e contempla as condições de vida como fatores pré-disponentes, permite-se a inclusão da Educação como uma das variáveis deste processo.

O município de Guarujá conta com uma Rede de Ensino de 1º e 2º graus com: 32 escolas estaduais, 21 escolas municipais e 6 escolas particulares, que possuem classes de pré a 2º grau. São oferecidas 61.106 matrículas e a distribuição nas diferentes classes pode ser vista na tabela 3.

Tabela 3

Distribuição do número de matrículas, nas diferentes classes da Rede de Ensino de 1º e 2º graus - Guarujá

nº de matrículas	Escola			Total
	Estadual(1)	Municipal(2)	Particular(3)	
classes	32	21	6	
Educação Infantil		3.544	526	4.070
Educação Especial	85	357	-	442
1º Grau	31.506	14.997	1.743	48.246
2º Grau	2.253	930	822	4.005
Suplência I	65	1.026		1.091
Suplência II	784	2.468		3.252
<b>Total</b>	<b>34.693</b>	<b>23.322</b>	<b>3.091</b>	<b>61.106</b>

Fontes: 1. Delegacia Estadual de Ensino de Guarujá - 1996  
 2. Departamento de Educação Municipal - 1996  
 3. Fundação SEADE - 1993

Na cidade pode ser encontrada uma instituição particular de ensino superior "Faculdade Dom Domênico", que oferece entre outros os seguintes cursos: Geografia, Letras e História, distribuídos em 1320 vagas.

O Estado dispõe de um curso, à nível de 2º grau, para formação de professoras para o 1º grau (pré - 4º série); CEFAM - Curso Especial para Formação de Alunos do Magistério.

Ligada à Rede Municipal de Ensino, existe uma escola de 1º e 2º graus "1º de Maio", fundada em 1981, ocupa um espaço físico construído de 10.00 m<sup>2</sup>, caracterizando-se esta unidade escolar, como a maior da baixada santista. Tem capacidade para 3.200 alunos, com um corpo docente de 100 professores e 130 funcionários. Esta escola oferece, aproximadamente 900 vagas para três cursos noturnos que são profissionalizantes (Contabilidade, Mecânica e Química).

Segundo a diretora, que ocupa cargo de confiança há aproximadamente 6 anos, a escola é muito procurada na região, conferindo à mesma um baixo índice de evasão escolar.

Segundo informações da nutricionista, responsável pela confecção do cardápio e treinamento das cozinheiras das escolas municipais e estaduais, a merenda está municipalizada.

A Prefeitura compra, armazena e distribui os alimentos, que são liofilizados e desidratados, pois as unidades escolares não têm equipamentos de refrigeração para acondicionamento de alimentos perecíveis, o que resulta na pouca variabilidade do cardápio, que é constituído praticamente por sopas, macarrão, ovos, bolacha, banana e laranja.

O Departamento de Educação tem um órgão denominado C.A.T.E.P.E. - Centro de Apoio Técnico Pedagógico, que recebe alunos de pré a 1ª série, da Rede Municipal, que apresentam problemas de aprendizagem, seja na área psicológica, psicopedagógica ou fonoaudiológica, onde é realizada a anamnese e define-se em qual área será necessário o acompanhamento.

O CATEPE atende mensalmente 134 alunos e tem uma lista mensal de espera de 150 crianças. Além do atendimento às crianças ele dá orientação aos

professores e orientadores educacionais que acompanham os alunos. Este órgão não faz acompanhamento dos casos de deficiência mental e de problemas psiquiátricos, que são encaminhados à Saúde Mental e avaliação na Escola Especial Municipal "Pres. Franklin Delano Roosevelt".

A articulação com a área de saúde se dá ao nível do Conselho Municipal de Saúde, que tem um representante da área da Educação.

O levantamento das condições de saúde dos alunos é feito numa ficha específica da disciplina de Educação Física. Testes de acuidade visual são realizados por 2 oftalmologistas, tal serviço se estende a todos os alunos da Rede Municipal.

Trabalho de prevenção na área da saúde bucal é feito, sistematicamente, onde alunos de 6 a 12 anos fazem, semanalmente, bochechos fluorados. Ainda é realizado, por cirurgiões dentistas, o levantamento epidemiológico, por amostragem, do índice de cáries.

Quanto às situações específicas relacionadas à fase de adolescência como: gravidez, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, há um entrosamento com os recursos de saúde, que conta com uma equipe multidisciplinar (1 assistente social, 1 médico ginecologista/obstetra, 1 médico pediatra e 1 psicóloga) que ministra o curso de "Sexualidade na Adolescência", cujo o público alvo é composto por alunos de 7<sup>ª</sup> séries, com duração de 5 semanas. Este curso também é ministrado às escolas estaduais.

O conteúdo sobre saúde/doença é desenvolvido, ao longo do ano na disciplina de Ciências, nas séries fundamentais de ensino.

Com relação a participação popular na área de educação, esta se restringe à nível da unidade escolar, quer na participação do Conselho de Escola (município) ou diretamente na escola através da Associação de Pais e Mestres.

O Conselho Municipal de Educação embora tenha sido implantado pela Lei Orgânica do município, em 1990, ainda na prática não está funcionando.

A educação em saúde na escola deve ser entendida como um “processo pelo que se pretende colaborar na formação de uma consciência crítica na escola, que resulte na aquisição de práticas visando a promoção, manutenção e a recuperação da própria saúde e da Comunidade da qual faz parte” (Focesi, E., 1990)<sup>2</sup>.

Tal concepção de educação em saúde só se torna eficaz quando a aprendizagem se pauta em metodologias que privilegiem as descobertas, a experimentação, as discussões em grupo e pesquisas pelos próprios educandos e não apenas “ouvir, ler, discutir e provar”. A melhor forma consiste em tornar possível a participação do próprio indivíduo, em seu duplo papel de sujeito e objeto da ação, em todos os momentos do processo.

Quanto ao conteúdo sobre saúde/doença não deve estar limitado às disciplinas de Ciências/Biologia, tem que estar interrelacionado com as outras disciplinas. Este conteúdo deverá ser organizado tendo referências as situações concretas vividas pela comunidade, discutidas à luz dos conhecimentos científicos e das oportunidades existentes à promoção de proteção a saúde (Pilon, A., 1976)<sup>8</sup>. De forma alguma as escolas devem atuar isoladamente neste papel. Identificar os problemas relacionados à qualidade de vida e saúde da comunidade, discuti-los junto com os educandos e buscar possíveis soluções é uma tarefa entre a escola e os serviços de saúde.

A escola seria um dos espaços para por em prática o exercício da cidadania e promover a participação popular através dos movimentos sociais.



### 4.3.3 Promoção Social

O Departamento de Promoção Social tem como Diretora, uma assistente social, que está no cargo há um ano e seis meses. Tem uma equipe técnica formada por 19 assistentes sociais e 4 psicólogas.

Este Departamento atende diretamente 10 creches municipais, com um total de 1.200 crianças nas faixa etária de 6 meses a 7 anos, cujas administradoras são do Departamento de Educação, que conta também com equipe de psicólogas que atende crianças e famílias.

Além das creches municipais o Departamento cede funcionários e fornece alimentação as 5 creches comunitárias que contam com 235 crianças e somente alimentação às 6 creches particulares, com 521 crianças.

Os 5 núcleos de convivência de crianças acima de 7 anos e adolescentes, funcionam conjuntamente com as creches.

As assistentes sociais prestam assessoria junto a entidades cadastradas, relativa a pedidos de subvenção, assim como a nível de orientação técnica sobre o funcionamento das mesmas.

O Departamento atende as crianças desnutridas fazendo a doação de leite. Também faz a doação de medicamentos, (que não são encontrados nas unidades de Saúde) e cestas básicas a famílias que cuidam de crianças vítimas de maus tratos.

Este propicia também o atendimento jurídico, através de serviço voluntário de advogados, apoio funeral, ajuda a aquisição de documentos como registro de óbito e nascimentos.

O adolescente que comete pequenos delitos é inserido num Programa de Prestação de Serviços à Comunidade.

Conta, também com Programa para Deficientes, incluindo doação de próteses, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos para crianças e idosos.

O C.A.T. constitu-se no Centro de Atendimento à terceira idade.

Os serviços de S.O.S. crianças , plantão de H.I.V., cancer e turberculose também fazem parte deste Departamento.

A promoção social oferece serviço de albergue e pretende inaugurar a "Casa de Passagem" para adolescentes que não têm vínculo familiar.

Finalizando, o Departamento de Promoção Social tem resrepresentatividade juno ao Conselho Municipal de Saúde.

#### 4.3.4 Cultura, Esporte e Lazer

De uma maneira geral, a oferta de serviços e atividades nessas áreas concentra-se no distrito de Guarujá, apresentando-se escassa no distrito de Vicente de Carvalho.

O município dispõe de 2 Bibliotecas Públicas Municipais e várias bibliotecas distribuídas nas escolas municipais.

Conta com 1 cinema (Cine Center Guarujá ), localizado no centro do Guarujá.

No Centro Municipal de Cultura do Guarujá , funciona o Teatro Procópio Ferreira, que oferece: Pinacoteca, Biblioteca de Artes, Galeria de Artes, Fonoteca Municipal e Videoteca Municipal. Há exposições de Arte e Artesanato em locais como: Centro Municipal de Cultura, na Praça do Artesanato, na Praça de Artes Plásticas e no Quiosque do Artesanato . Registra-se também, a existência da Associação Folclórica e Artesanato do Guarujá e Casa do Artista.

Principalmente em Vicente de Carvalho desenvolvem-se programas de festas folclóricas e religiosas, promovidas pela Prefeitura. Existem 8 igrejas no Guarujá e 4 em Vicente de Carvalho.

Na área de comunicações, o município conta com 3 jornais: "A Tribuna", "A Estância do Guarujá ", e o "Diário da Cidade".

Conta, também, com 3 retransmissoras e canais de televisão: TV Brasil (SBT - S. Vicente), TV mar (Manchete - Santos) e TV Tribuna (Globo - S. Vicente), além das Rádios: Atlântica/AM, Guarujá /AM e Guarujá /FM.

Na área de esportes conta, ainda, com o Ginásio Guaiubê.

É, principalmente, nas inúmeras praias do município , que se encontra grande fonte de lazer, seja aproveitando os banhos de mar, realizando passeios de escuna, praticando esportes náuticos ou pescando; existe grande número de marinas. Existem também, várias Sociedades Amigos de Praias.

A freqüência dos veranistas incrementou a construção civil no município , através da aquisição de casas e apartamentos para férias e fins de semana. Um contingente de turistas hospeda-se, também, nas colônias de férias existentes (4) e na rede de hotéis, flats, pousadas e pensões, além de contar com o Albergue da Juventude. O turista tem, também , à disposição vários restaurantes, lanchonetes, bares, boates e shopping centers.

O carnaval mobiliza Guarujá e Vicente de Carvalho, que contam com 10 G.R.E.Ss (Grêmios Recreativos de Escolas de Samba) e blocos carnavalescos.

O município possui 5 agências de turismo.

## 5. INFRA-ESTRUTURA URBANA

Os aspectos de infra estrutura urbana do município , abordados neste trabalho, procuram mostrar as características observadas no local, durante a visita da equipe. Assim, o objetivo principal é apresentar uma "fotografia" dos diversos locais visitados.

Deve ser salientado que: dados, informações complementares e anexos colhidos, foram fornecidos por profissionais, representantes das entidades que administram e operam os diferentes sistemas.

Como a infra estrutura do município é grande e bastante fracionada, optou-se pela visita aos pontos principais, dentro do espaço de tempo que para a equipe era possível, não havendo a possibilidade de visitas programadas, com antecedência suficiente, para que as entidades responsáveis pela administração e operação do sistema, pudessem preparar os dados formais referentes a seus processos.

Dessa forma, cabe mencionar que ficou prejudicado um diálogo mais amplo com profissionais específicos de cada área, que poderiam fazer uma análise detalhada de cada sistema, permitindo que sugestões e até críticas, aqui apresentadas, tivessem um embasamento de técnicos que cuidam do assunto.

## 5.1. Saneamento Básico e Ambiental

### 5.1.1. Sistema de Abastecimento de Água

#### 5.1.1.1 Características Gerais

A Sabesp - Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo, administra e opera o sistema de abastecimento público de água do Guarujá.

O início da implantação do sistema foi na década de 1940, sendo que ao longo do tempo, o serviço vem sofrendo gradativas ampliações, visando o atendimento do aumento da demanda provocado pelo grande crescimento populacional. Uma significativa ampliação vem sendo executada, com as obras de melhoria na captação no rio Jurubatuba e a duplicação da adutora.

O sistema é constituído de captação em manancial superficial, peneiras auto limpantes, conjuntos elevatórios, adutora de água bruta e tratada, tratamento com a aplicação de cloro, flúor e soda injetados na própria adutora, reservatórios de distribuição, rede de distribuição e ligações domiciliares, tendo um nível de cobertura de aproximadamente 90% dos domicílios.

A qualidade da água é boa, em termos físico-químicos e biológicos, atendendo aos padrões de potabilidade.

Em anexo encontra-se apresentado um desenho esquemático do sistema de abastecimento de água.

#### 5.1.1.2 Mananciais Utilizados

O manancial utilizado pelo sistema é composto pelos rios Jurubatuba e Jurubatuba Mirim (anexo 13 - VIII), que apresentam vazão suficiente para o atendimento da população local. Conforme constatação "in loco" e informações

fornecidas pelos operadores do sistema, tal manancial não apresenta problemas em termos de quantidades.

O acesso ao manancial é feito pela rodovia Piaçaguera Guarujá, onde nas proximidades do Km 80, no continente, existe uma trilha em terra, que corta o morro até chegar as barragens. Sobre o aspecto de qualidade, o manancial que vem da serra está totalmente protegido pela mata atlântica, que convém ser mencionado, possui nesse local uma paisagem indescritível.

#### 5.1.1.3 Captação

A captação do sistema de abastecimento de água do município compreende duas barragens. Uma no rio Jurubatuba e outra no rio Jurubatuba Mirim, localizados na Serra do Mar e dentro da reserva florestal.

No ponto mais alto (cota 75) fica a barragem Jurubatuba, ainda em fase final de melhorias. A água captada, aproximadamente 1100 l/s, antes de ser conduzida por gravidade até a unidade de tratamento, passa por um sistema de peneiras em aço inox, auto-limpantes, dimensionadas para reter pequenos sólidos em suspensão (areia, ciscos e folhas).

A outra captação, Jurubatura Mirim fica a jusante e a água captada, aproximadamente 300 l/s, também passa por um sistema de peneiras e posteriormente é recalçada para a unidade de tratamento.

Embora a excelente localização das captações permitam uma ótima qualidade do produto, sabe-se que nos períodos de grandes chuvas, ocorre uma turbidez considerável, provocando reclamações por parte da população, sobre a água distribuída. Diante disso, já está sendo estudada a construção de filtros junto a área de captação, o que deverá resolver a situação. Em anexo encontram-se apresentadas fotografias das áreas de captação de água.

#### 5.1.1.4 Tratamento

A unidade de tratamento está localizada no Km 85 da rodovia Piaçaguera Guarujá.

Nesta unidade são tratados aproximadamente 97.000 m<sup>3</sup> de água por dia, pelo sistema de aplicação de produtos químicos na própria adutora, que passa paralela à rodovia.

Os produtos aplicados são o cloro que elimina as bactérias, a soda que corrige o pH da água e o flúor, na forma de ácido fluorsilícico.

O sistema de tratamento é simples, tendo em vista a qualidade da água bruta, que chega no ponto de tratamento com pH próximo a 6,5, cor menor que 5 UC e turbidez menor que 1UNT.

#### 5.1.1.5 Adução e Recalque

Como a captação do município fica localizada ao pé da serra, o sistema de adutoras e sub adutoras é extenso, com aproximadamente 63 km.

A adutora de água bruta proveniente da captação do rio Jurubatuba é construída em tubo de aço com 900 mm de diâmetro, conduzindo por gravidade a água captada até a estação elevatória 1.

Deve-se salientar que no caminho da adutora existe a unidade de tratamento, onde são aplicados os produtos químicos. A partir desse ponto a adutora passa a ser de água tratada, seguindo até a estação elevatória 1.

A outra adutora de água bruta, proveniente da captação do rio Jurubatuba Mirim, também é executada em tubo de aço com 500 mm de diâmetro. Essa adutora funciona por recalque (3 conjuntos moto-bombas) do ponto de captação até encontrar a adutora de água bruta do rio Jurubatuba, onde é interligada.

Antes da chegada na estação elevatória 1, existem ramificações que saem da adutora de água tratada, visando o abastecimento de comunidades ao longo do percurso, como Vicente de Carvalho, Morrinhos e Vila Zilda.

Chegando na estação elevatória 1, a adutora de água tratada divide-se em duas, para o atendimento do lado norte e sul da costa. Estas duas adutoras, construídas em aço com 600 e 700 mm de diâmetro, abastecem os reservatórios localizados nos pontos mais distantes. Para tanto, na estação elevatória 1 existem 3 conjuntos moto-bombas para o recalque da adutora de 600 mm e outros 3 conjuntos para o recalque da adutora de 700 mm. Conforme pode ser visto nas fotos em anexo.

Quando da visita efetuada para elaboração deste trabalho, observou-se que o sistema adutor estava passando por obras de melhorias, com a duplicação da adutora de 900 mm, proveniente da captação do rio Jurubatuba. Hoje o município possui 19,5km em adutora de 900 mm e outros 43,5km em adutoras e sub adutoras de diversos diâmetros.

#### 5.1.1.6 Reservação

O município é atendido por seis unidades de reservação, todos apoiados, totalizando 16.550 m<sup>3</sup>, assim distribuídas:

- R1 6000 m<sup>3</sup>, localizado na avenida Ademar de Barros;
- R3 5000 m<sup>3</sup>, localizado na rua Gelson Maturani;
- R4 5000 m<sup>3</sup>, localizado na estrada do Pernambuco;
- Tortuga Baixo 200 m<sup>3</sup>, localizado na estrada das Tartarugas;
- Tortuga Alto 200 m<sup>3</sup>;
- Morro do Engenho 150 m<sup>3</sup>.

Para o atendimento da população fixa do Guarujá, 60% dela concentrada no distrito de Vicente de Carvalho e 40% no Guarujá, o volume de reservação é



satisfatório, porém, na época de férias escolares, quando a cidade recebe aproximadamente 1.300.000 turistas, esse sistema se mostra insuficiente, ocasionando problemas no abastecimento final.

Sugere-se, então, tendo em vista tratar-se de ocorrência que se repete anualmente, que o município passe a mobilizar esforços no sentido de solucionar esse impasse, já que o turismo é fonte de divisas municipais.

#### 5.1.1.7 Rede de Distribuição

Para o atendimento de aproximadamente 90% da população o município possui 670 km de rede de distribuição, com idade média de 25 anos.

O abastecimento somente não existe nos morros e onde há pendências jurídicas (áreas não regularizadas), como é o caso da Vila Selma.

Existem muitas situações peculiares no que diz respeito as favelas, onde apesar de haver o fornecimento d'água, a tubulação dos ramais de ligação, fica submersa nas águas dos mangues e dos esgotos, possibilitando a ocorrência da contaminação da água fornecida.

Os morros de Vila Baiana e Cachoeirinha são abastecidos através de nascentes de águas sem nenhum tipo de tratamento, fato este que torna essas áreas as mais críticas com relação ao abastecimento.

#### 5.1.1.8 Ligações Domiciliares

O número de ligações de água à rede pública do município está próximo a 55.000 unidades.

Conforme informações da SABESP, são realizadas mensalmente cerca de 150 novas ligações, cujo tempo de execução, de cada uma, é de aproximadamente

30 dias. Quanto a isso, a empresa já toma medidas operacionais com o objetivo de diminuir sensivelmente este prazo.

## 5.1.2 Sistema de Coleta de Esgotos

### 5.1.2.1 Características Gerais

O sistema de coleta de esgotos sanitários do município é administrado e operado pela SABESP.

O índice de atendimento da população no distrito do Guarujá está próximo a 50%, enquanto a coleta de esgotos no distrito de Vicente de Carvalho conta apenas com 25% apenas da população atendida.

A situação é bastante crítica nas favelas, áreas de invasão e nos morros, onde não existe rede coletora e os despejos correm a céu aberto.

Quanto as áreas de invasão, deve-se ressaltar que nos locais onde os imóveis foram construídos em áreas não regularizadas e que são muitas, não existe a possibilidade da implantação de um sistema de saneamento básico.

O sistema existente é constituído por rede coletora, emissários, interceptor que recebe os esgotos coletados e estações elevatórias.

Na estação elevatória da praia da Enseada, converge todo o esgoto captado pelo interceptor onde é clorado, gradeado e posteriormente recalcado para o emissário submarino que lança os despejos a 4,5 km da praia.

Em anexo encontra-se apresentado um desenho esquemático do sistema de coleta de esgotos sanitários.

### 5.1.2.2 Emissário por recalque e Interceptor

O sistema interligado de emissários e interceptor foi construído ao longo da orla, mais precisamente na praia da Enseada, e possui 11.600 metros com tubos variando de 400 a 1.500 mm.

Esse sistema tem a finalidade de receber os esgotos da rede coletora de todo o município e dos canais de drenagem ao longo da praia da Enseada.

Os emissários por recalque ficam localizados nas duas extremidades do interceptor, recalcando para este os esgotos coletados das redes. O interceptor, que no seu trecho capta o efluente dos canais e também das redes, possui um ponto convergente de recebimento dos despejos, onde fica a estação elevatória da praia da Enseada. Nesse local, todo o esgoto passa por um gradeamento para a retirada de sólidos grosseiros e recebe uma cloração, sendo depois recalcado para uma rede coletora auxiliar, que o conduzirá até o emissário submarino.

### 5.1.2.3 Rede Coletora

A rede coletora do distrito de Guarujá possui aproximadamente 78.000 metros, proporcionando o atendimento de 50% da comunidade, enquanto que no distrito de Vicente de Carvalho existe 49.000 metros de rede, atendendo somente 25% da população.

A operação do sistema, sofre com a proximidade do lençol freático junto a superfície, aliado às interferências de redes de águas pluviais ligadas ao esgoto, que além de irregular, arrastam areia para dentro da tubulação, fazendo com que o sistema esteja constantemente em manutenção. Mas, o ponto crítico são as favelas, as áreas de invasão que não terão saneamento até sua regularização e os morros, como no bairro Cachoeira, onde os esgotos domiciliares são lançados em canais de águas pluviais.

#### 5.1.2.4 Ligações de Esgoto

No distrito de Guarujá , a coleta dos esgotos domiciliares é realizada por aproximadamente 6.420 ligações, enquanto que no distrito de Vicente de Carvalho, existem 4.220 ligações.

Para o aumento destes números, proporcionando melhor atendimento das condições sanitárias das comunidades, é necessário a expansão da rede de esgotos do município, conforme pode ser verificado no item anterior.

#### 5.1.2.5 Emissário

Construído em 1988 o emissário submarino possui 4.500 metros de comprimento com tubulação em polietileno de alta densidade, com 900 mm de diâmetro.

Localizado na praia da Enseada, o emissário recebe todos os esgotos coletados no sistema e trabalha nos meses de baixa temporada com 350 l/s, chegando a 600 l/s nos meses de janeiro e fevereiro. Está assentado e ancorado no fundo do mar, e seu dimensionamento permite que o meio absorva e neutralize a carga poluidora, não causando impacto ambiental e protegendo a praia. Durante o período do trabalho de campo e, segundo informações da SABESP, houve um rompimento no emissário, a aproximadamente 500 m da praia, sendo a manutenção, apesar de difícil, iniciada de imediato.

### 5.1.3. Sistema de disposição de resíduos sólidos

#### 5.1.3.1 Características gerais

A Prefeitura do Município do Guarujá - PMG, através de seu Departamento de Obras e Serviços Urbanos - DOSU, por resultados de licitações públicas realizadas, possui como sua contratada a empresa Vega Sopave S/A - VEGA, que é

responsável pela execução da maioria dos serviços relativos à limpeza pública local, tornando o sistema misto, ou seja, parcialmente privatizado ou terceirizado.

Tendo o turismo como uma de suas principais atividades, a cidade litorânea do Guarujá sofre alterações populacionais frequentes, exigindo, por consequência, variação na quantidade de pessoal e equipamentos direcionados aos serviços de varrição, limpeza das praias, coleta, tratamento e destinação final dos resíduos sólidos gerados em quantidades variantes, que modificam os valores médios apresentados nos resíduos sólidos produzidos pela população local.

A divisão do município em setores, distribui as coletas domiciliares, que são efetuadas em dias alternados, com limite mínimo de três vezes por semana, exceto aos domingos. Nas áreas centrais prevalecem as coletas noturnas que permitem maior fluidez ao veículo coletor e sua guarnição de pessoal, principalmente em épocas de temporada, quando há grande acúmulo de veículos ao trânsito local.

Pequena parte da cidade deixa de ser atendida pela coleta, geralmente são favelas ou pontos inadequados de invasão territorial, onde é impossibilitado o tráfego de veículos, pois, é de interesse da empresa contratada o recolhimento máximo de resíduos que são pagos contratualmente por peso coletado, tratado e/ou destinado.

A maioria dos resíduos sólidos são destinados finalmente ao aterro sanitário, existente na periferia da cidade, sem tratamento prévio, com excessão dos resíduos de serviços de saúde - RSS, que são incinerados em equipamento de propriedade da VEGA, instalado ao lado do aterro para onde são encaminhadas as cinzas resultantes do tratamento.

Há carência no local do levantamento de caracterização dos resíduos sólidos gerados no âmbito municipal, que fundamentaria um planejamento para futuras soluções de tratamento, indicando finalmente o percentil da presença de cada item na sua composição. Trabalhos com o envolvimento dos resíduos de

potencial reciclável e orgânicos compostáveis são inexistentes na região, provavelmente, por falta de embasamento das necessidades de tratamento inerentes às qualidades desconhecidas do lixo local.

#### 5.1.3.2 Estrutura Organizacional

Participando em regime de terceirização da maioria dos serviços que envolvem os resíduos sólidos gerados na localidade, além da fiscalização do andamento dos contratos de coleta domiciliar, coleta hospitalar, e acompanhamento das tarefas correlacionadas que desenvolvem-se na cidade, resta à PMG a execução dos serviços de poda de árvores, varrição e limpeza das praias, tarefas executadas com guarnições compostas por funcionários municipais.

#### 5.1.3.3 Fontes de Financiamento

Os recursos financeiros para custeamento desses serviços são advindos de taxa de limpeza pública, inserida na contribuição do imposto territorial

#### 5.1.3.4 Tipos de resíduos gerados

Os resíduos sólidos são, predominantemente resíduos domiciliares em conjunto com RSS e resíduos de feiras que têm seu complexo ampliado nas temporadas. Inexistem resíduos sólidos industriais, pois, as empresas que funcionam na região, ou não poluem ou geram apenas efluentes líquidos e emissões gasosas, que possuindo tratamentos adequados, monitorados pela Cetesb, dispõem esses resíduos em condições de atendimento às exigências da legislação ambiental.

#### 5.1.3.5 Nível de atendimento e coleta

Segundo descrições anteriores, a VEGA interessa-se contratualmente pela maior quantidade de resíduos coletados. Porém, os pontos em que os veículos não conseguem acessar, na maioria das vezes favelas e áreas de invasão, acabam prejudicados pela disposição inadequada dos resíduos em seu entorno. Há, em decorrência à essa situação, o crescimento de artrópodes e roedores, atraídos pela grande presença de abrigo e alimentos, que prejudicam as condições de saúde locais. Nas palafitas, instaladas nos mangues, a população acredita que o lançamento de resíduos sólidos embaixo de suas moradias irá reforçar o terreno de sustentação. Observou-se crianças por entre os resíduos, aparentemente brincando.

#### 5.1.3.6. Acondicionamento na fonte

Os resíduos domiciliares são em sua grande maioria acondicionados em sacos plásticos sem muita preferência pelo invólucro adequado, aprovado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, geralmente substituído por sacolas de supermercado, sempre disponíveis nas residências.

Os RSS, devido ao seu potencial de contaminação, acabam recebendo maiores cuidados, com a utilização de sacos plásticos brancos leitosos para seu acondicionamento, respeitando a normalização. Os materiais perfuro-cortantes acondicionam-se em recipientes adequados ao transporte sem comprometer o seu manuseio.

#### 5.1.3.7 Limpeza pública

Há interesse, por parte da PMG, em manter a cidade em condições de atrair turistas que garantam todo o seu movimento, inclusive o econômico. A limpeza é de fundamental importância neste contexto, e é através do trabalho de seus

funcionários, que a PMG executa a varrição das vias públicas principais, limpeza das praias e podas de árvores.

Observou-se o uso de rastelo mecanizado, com o logotipo VEGA, para limpeza das praias, porém esse serviço não consta entre aqueles contratados pela prefeitura. Houve informação da empresa que o equipamento está emprestado.

Também foi observada a destinação inadequada das podas de árvores em terrenos baldios, que apesar de estarem em pontos distantes da orla, comprometem poluindo o visual local (Anexo 13 - XIII).

#### 5.1.3.8 Lixo Hospitalar

Hoje denominado Resíduos de Serviços de Saúde - RSS, segundo normalização da ABNT, é produzido por estabelecimentos hospitalares, ambulatórios médicos e dentários, clínicas veterinárias, farmácias e etc.

#### 5.1.3.9 Transporte

Os resíduos são transportados no próprio veículo onde a coleta é efetuada, sendo encaminhados ao aterro sanitário sem necessidade de transbordo (estação de transferência) no intermédio de seu percurso. No auge das temporadas esse transporte acaba ficando prejudicado, devido a grande redução da velocidade dos veículos na cidade, aumentando em demasia o tempo de ciclo do veículo coletor, prejudicando, em consequência, o atendimento à coleta que aumenta seu volume nesse período.

#### 5.1.3.10 Tratamento e destinação final

O único tratamento observado na localidade foi a incineração de resíduos sólidos, através de incinerador de propriedade da VEGA, inaugurado em agosto de



1990 (anexo 13 - XI). Construído para incinerar resíduos sólidos de procedência industrial, principalmente das limpezas navais, o equipamento está, hoje, sendo utilizado apenas para incineração de RSS, gerados internamente no município. Com capacidade nominal de 200 kg/h, trata em média 730 kg de RSS/dia ampliando essa média para época de férias à 900 kg de RSS/dia, perfazendo no último ano um total de aproximadamente 257 toneladas de material incinerado. Animais mortos, por motivo de doença, também são incinerados estando inclusos nos valores de produção. Aqueles mortos por outros motivos, são encaminhados diretamente ao aterro sanitário e soterrados em conjunto com a massa de resíduos.

Trabalhando com baixa carga, o equipamento usa em sua câmara de incineração a adição de óleo diesel que, pulverizado, além de equilibrar a temperatura de queima em torno de 800°C, é utilizado para sua partida. Com consumo médio estimado de 0,21 l diesel/kg de lixo ou 36,36 l diesel/h. Por inexistência de material para o seu funcionamento contínuo, sua energia calórica é perdida sem qualquer aproveitamento.

Os gases emanados pela câmara de incineração são passados por um ambiente chamado pós-câmara, situado na base da chaminé, onde há injeção de gás liqüefeito de petróleo - GLP, que em confronto com a temperatura de chegada do gás poluente, acabam produzindo sua combustão antes da emissão, minimizando assim a poluição do ar. O combustível gás é acondicionado em baterias de seis botijas industriais com GLP, e cada bateria destas é consumida quinzenalmente pela atual carga de trabalho.

A destinação final é efetuada em aterro sanitário, situado em terreno alugado, na região denominada Saco do Funil, local previamente aprovado pela Cetesb, que permitiu sua implantação para recebimento de resíduos sólidos domiciliares. Iniciou sua operação em dezembro de 1985.

A fim de impedir a percolação de líquidos indesejáveis, que atingiriam o aquífero, favorecido pela predominância de solos arenosos altamente permeáveis, existentes na região, foi construída uma camada de argila siltosa coesa e de baixo índice de permeabilidade como embasamento do empreendimento e sua impermeabilização.

Os drenos horizontais direcionam o chorume produzido à três lagoas de estabilização (vide anexo 13 - XI), dispostas em série, encontradas no ponto mais baixo da área, na tentativa de reduzir a enorme carga orgânica desse efluente. Através de medida inconstante efetuada pela Cetesb, havia informação de que, em ocasional medição, o chorume chegava na entrada das lagoas com demanda bioquímica de oxigênio - DBO inicial de 4500mg/l reduzindo, pela eficiência do processo, a valores de DBO final de 300mg/l. O efluente resultante é encaminhado ao rio Crumaú quando passa pelas imediações, advindo da represa de Santo Amaro. Esta represa é utilizada como ponto de uso recreacional de contato primário (anexo 13 - XII).

Constatou-se, que os resultados apresentados pelo laudo da Cetesb, apesar de extraírem 93,33% da DBO (Demanda Bioquímica de Oxigênio) inicial no tratamento aplicado neste caso, atinge valores de DBO final compatíveis àqueles iniciais do esgoto doméstico, em seu estado bruto. Caberia portanto, o envio desse efluente por intermédio de coletores para lançamento em rede coletora ou diretamente ao tratamento, para posterior remessa ao emissário marítimo.

Em linhas gerais, os aspectos de composição do aterro sanitário são bons. Acompanham as regras de conformação usadas pela engenharia para execução dos taludes com proteção vegetal, bermas (plataformas) de circulação de veículos e canaletas meia cana, armadas, na base dos taludes objetivando a drenagem superficial evitando sua erosão. As células de lixo, segundo informações coletadas, tiveram variação em suas espessuras até atingirem o nível atual, podendo ser

adotada, como média das variações, uma altura de 4 m. Recebem finalmente uma camada de solo com espessura média de 25 a 30 cm com a função de selo sanitário.

A situação de catadores de lixo expondo-se diretamente aos perigos da contaminação é bem controlada na região, pois, o aterro ocupa área cercada e vigiada impedindo o acesso de pessoas estranhas aos trabalhos lá desenvolvidos. Observou-se porém, um caminho no interior da área reservada ao aterro sanitário, que foi aberto para garantir a passagem de transeuntes, que procuram a represa Santo Amaro como área de lazer, sem comprometer o funcionamento do aterro.

Resumindo, na visita efetuada ao local de tratamento e destinação final de resíduos sólidos observou-se que:

Os drenos verticais emergentes em alguns taludes, com tubo de concreto armado, deixavam de apresentar chamas em seu topo, procedimento adotado para queima dos gases inflamáveis produzidos, que exalados à atmosfera sem incineração, serão colaboradores no consumo da camada de ozônio que envolve o planeta.

A última célula de lixo estava sem o cobrimento de solo exigido, expondo uma área de aproximadamente 20.000 m<sup>2</sup> de superfície de lixo "in natura", compactado. Essa exigência descumprida, reduz o escoamento superficial das precipitações, aumentando largamente o volume de líquidos percolados no interior da massa de lixo, que agregado ao chorume, inviabiliza o tratamento de efluentes. Supera ainda, o volume proposto para o projeto de funcionamento do sistema de tratamento interferindo em sua capacidade, além de atrair urubus, interessados nos materiais orgânicos expostos em estado de putrefação, que usados como comida acabam por favorecer a amplitude da população dessas aves (anexo 13 - XII).

#### 5.1.3.11 Aspectos de saúde do trabalhador

A empresa contratada para prestação dos serviços de limpeza pública, tem implantado um regime voltado à saúde de seus trabalhadores, pois, é obrigada por lei a preservar a saúde de seus funcionários.

No incinerador, os funcionários da empresa encontravam-se com equipamentos de proteção individual - EPI's, ou seja, luvas, botas, aventais, uniformes e até máscaras transparentes a serem utilizadas, eventualmente, para proteção do rosto quando o funcionário se aproxima, da abertura de entrada da câmara incineradora, no lançamento manual dos RSS para a queima.

A guarnição de coleta domiciliar também faz uso de EPI's, com uniformes adequados, calçados apropriados, luvas e bonés. Em dias chuvosos todos são protegidos com capas impermeáveis, segundo informações, "in loco".

Nos trabalhos terceirizados como o desenvolvido pelo operador do trator de esteiras, empurrador e compactador do lixo no aterro sanitário, observou-se o desuso de qualquer EPI. A empresa justifica que, quando da contratação do equipamento, inexistia cláusula contratual exigindo a proteção do operador. Com isso, inviabilizam-se maiores cobranças no uso dos EPI's, necessários para garantir a saúde do indivíduo realizador da tarefa, que predispõe-se à exposição de quantidade excessiva de material particulado.

O operador comenta que o uso dos EPI's atrapalham na execução dos trabalhos, além do custo contínuo por ele assumido na sua manutenção.

Contesta-se a posição da empresa, que tem em seu poder a medição dos serviços, podendo ser utilizados como meio para coibir o desuso dos EPI's necessários, glosando-a no descumprimento.

### 5.1.3.12 Ações programadas e propostas do Plano Diretor municipal

Durante a visita realizada à região e frente às dificuldades encontradas, em decorrência da greve dos funcionários públicos municipais, obteve-se apenas a informação de que o último plano diretor, datava da década de 70, ficando prejudicado o acesso ao documento, que segundo comentários passava por ampla revisão.

## 5.2. Transporte

Em dias normais, fora da temporada, observamos a cidade suficientemente atendida em transporte coletivo, para suas movimentações. A PMG controla as linhas existentes, e os valores das passagens do transporte público, totalmente privatizado.

Para além fronteiras do município, existe o uso dos transportes rodoviários através da rodovia Cônego Domênico Rangoni (antiga Rodovia Piaçaguera-Guarujá) e fluvial/marítimo que são as balsas (ferry-boats) que ligam Guarujá ao município de Santos ao sul e à Bertioga ao norte. A movimentação por via aérea, atualmente, é garantida pela base aérea militar, situada no distrito de Vicente de Carvalho.

A topografia predominantemente plana, favorece também o uso de bicicletas.

### 5.3 Habitação

Os dados aqui apresentados referem-se aos domicílios particulares permanentes, do ano de 1991, coletados junto a Fundação SEADE e aparecem representados na tabela abaixo.

Tabela 4

Características de domicílios particulares permanentes - Guarujá, 1991

Domicílios particulares	Nº	%
Isolados / Condomínio	35.088	68,87
Conjunto residencial popular	2.137	4,19
Aglomerado subnormal	13.462	26,42
Cômodos	266	0,52
Total	50.950	100,00

Fonte: Fundação SEADE

Vê-se que a quantidade de conjuntos residenciais populares é muito pequena comparada ao total de habitantes fixos no município. Talvez, isto se justifique, pelo grande número de favelas existentes na região.

### 5.4 Drenagem urbana

#### 5.4.1 Características Gerais

Sendo muito planas, as cidades litorâneas utilizam-se de canais para o escoamento de águas de superfície encaminhando-as à rios ou para o mar. Este procedimento é também utilizado na cidade do Guarujá, sendo parte dele construído a céu aberto e pequeno trecho final fechado. Por falta de solução plena dos problemas de canalização de esgotos na região, boa parte acaba sendo absorvida inconvenientemente pelos equipamentos de drenagem. A ausência de eficazes

programas de educação ambiental da população, além de problemas outros, desencadeia também no lançamento de resíduos sólidos aos canais comprometendo seu funcionamento, principalmente onde possui seção fechada e de difícil manutenção. Segundo o Conselho Municipal de Infra-Estrutura Urbana do Guarujá - CMIU, as construções de canais com seção fechada impedem ocorrências de acidentes de trânsito onde os veículos, caso contrário, invadiriam o seu leito.

#### 5.4.2 Características dos Logradouros

As ruas mais distantes da orla, em sua maioria, deixam de apresentar impermeabilização do leito carroçável, ou seja, estão sem pavimentação executada. Assim, grande parte do volume das precipitações podem infiltrar-se no terreno sem uso das vias de drenagem. Com inclinações pequenas, os calçamentos por guias e sarjetas são responsáveis por grande parte dos escoamentos superficiais, quando da inexistência de galerias enterradas; esses líquidos são encaminhados através desse meio até canais ou córregos. Segundo informações de responsáveis pelo DOSU, essas drenagens superficiais funcionam muito bem atendendo às finalidades correlatas.

Na região mais próxima à orla observou-se algumas obras de infra-estrutura que envolviam além da pavimentação das ruas, suas respectivas redes de esgoto e de drenagem.

A região mais central e mais antiga da cidade possui a maior parte do circuito de bocas de lobo e tubulações enterradas para drenagem superficial.

Devido a greve de funcionários da prefeitura houve impossibilidade em conseguir-se informações documentais que melhorassem o nível das avaliações, prejudicando o resultado final do trabalho.

## 5.5 Obras de infra-estrutura

Sem planejamento e sem recursos destinados a obras de infra estrutura, o Guarujá cresceu mais do que se esperava, e de forma desordenada. O quadro fica bem pior na alta temporada quando muitos turistas vêm para a cidade provocando: congestionamentos quilométricos, poluição de praias devido o aumento de esgotos lançados nos canais, geração de grande quantidade de lixo, e também explosão da violência e deterioração do quadro de saúde da cidade.

Com o objetivo de revitalizar a cidade, estimular sua economia e conquistar melhorias no plano social, foi criado o Conselho Municipal de Infra-Estrutura Urbana para viabilizar a implantação de projetos de reurbanização, despoluição de praias e obras de infra estrutura.

Esse Conselho, criado no início de 96, de acordo com lei aprovada pela Câmara Municipal, é formado por representantes de poder público e da população. Para dar suporte financeiro às obras; foi criado também o Fundo Municipal de Infra-Estrutura Urbana, com a missão de administrar e promover a implantação dos projetos. Para compor esse fundo, foi criado um tributo como “contribuição de melhorias” onde os proprietários dos imóveis envolvidos pagam pelas obras que realmente beneficiarem seus patrimônios.

Para o início das obras foi dado prioridade à despoluição das praias de Pernambuco e Enseada com reversão de canais e interligação com o interceptor. Os esgotos serão conduzidos pelo coletor tronco da rede coletora até a estação de tratamento e bombeados para o emissário submarino. Essas obras, em parceria com a SABESP, que pretendem eliminar o esgoto que corre a céu aberto, deverão posteriormente ser realizadas também nas praias de Guaiúba, Tombo, Astúrias, Jardim Mar e Céu, e Acapulco.

Este projeto, que recebeu o nome de “Eu sei que vou te amar Guarujá”, procurará também beneficiar a população carente da cidade que além da geração imediata de empregos terá investimentos em saneamento básico, lazer e habitação. Para isso, o Conselho Municipal e Infra-Estrutura Urbana esta viabilizando a captação de recursos a serem destinados à essas obras de caráter social.



## 5.6 Conclusões e Comentários

Quanto ao saneamento básico do município, nota-se algumas deficiências principalmente aquelas relacionadas ao esgoto sanitário, cujo sistema atende menos da metade da população. O lançamento dos despejos em canais a céu aberto, como é feito, cria um ambiente propício ao surgimento e proliferação de doenças. De uma maneira geral o que se pode sugerir ao município para uma melhora efetiva do saneamento básico é ampliar seus sistemas de modo a atender a toda a população e procurar aumentar a eficácia em função das grandes flutuações de população na cidade.

Contudo deve ser salientado que o saneamento básico do município é prejudicado em grande parte pelos graves problemas de uso e ocupação do solo, o que torna impraticável a implantação do saneamento básico de forma ideal.

Assim sugere-se:

1. Que o município desenvolva políticas para uso e ocupação do solo, permitindo, que áreas de invasão tenham condições para a implantação de sistemas de saneamento básico;
2. Ampliar redes coletoras de esgoto de forma gradativa e planejada juntamente com estações de tratamento com o objetivo de atender toda a população;
3. Melhorar a operação do sistema de disposição de resíduos sólidos com ações operacionais no local, como por exemplo, fazer a cobertura do aterro sanitário com maior frequência;
4. Eliminar os focos de disposição de lixo pelos bairros da cidade;

5. Implantar sistema de coleta seletiva e reciclagem visando uma grande redução do volume de resíduos, dentre aqueles finalmente destinados, ampliando o prazo de conclusão do aterro sanitário e

6. Melhorar o sistema de tratamento de água com:

- instalação de filtros para evitar a água barrenta nas épocas de chuvas;

- automatização dos sistemas dosadores de produtos químicos de modo a facilitar a operação e análise de fluoretação, cloração e controle de pH.

## 6. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE

### 6.1 Indicadores de Saúde

Utiliza-se os indicadores de saúde para avaliação do nível de saúde de uma população. Eles são construídos a partir dos dados de mortalidade e morbidade.

A qualidade dos serviços de registros de dados vitais e dados populacionais é extremamente importante para a obtenção de fidedignidade em relação aos indicadores.

No município do Guarujá percebeu-se uma certa deficiência no que diz respeito a registros, talvez em função da recente organização de alguns serviços como a Vigilância Epidemiológica que está em fase de estruturação.

#### 6.1.1 Mortalidade

Os serviços municipais de saúde, utilizando-se das estatísticas de mortalidade do município, poderiam detectar as necessidades de saúde da população e subsidiados por este conhecimento, planejar e administrar suas ações.

Os atestados de óbitos ocorridos no município constando de idade, sexo, endereço e causa mortis são levantadas nos cartórios dos distritos de Guarujá e Vicente de Carvalho. O produto desse levantamento está sendo arquivado no momento para posteriormente ser trabalhado. Nessa oportunidade, através dos coeficientes e proporções, o município poderá conhecer as causas de sua mortalidade e procurar, desta forma, reduzir ou minimizar as mortes consideradas “evitáveis”.

Tabela 5

População, nascidos vivos e mortos - Guarujá, 1990 a 1994

ANO	POPULAÇÃO x 1000 hab.	NASCIMENTOS	
		VIVOS	MORTOS
1990	202,91	4,704	45
1991	208,818	4,424	66
1992	214,845	4,864	61
1993	219,665	5,392	57
1994	224,79	5,232	64

Fonte: Fundação SEADE/SES/CIS

Tabela 6

Óbitos gerais, menores de 1 ano e maternos - Guarujá, 1990 a 1994

ANO	ÓBITOS GERAIS	< 1 ANO	MATERNA
1990	1.302	219	4
1991	1.214	156	2
1992	1.260	155	5
1993	1.466	171	5
1994	1.519	161	4

FONTE: Fundação SEADE/SES/CIS

### 6.1.2 Coeficiente De Mortalidade Geral (CMG)

O CMG é a relação entre o total de óbitos e a população de uma área num determinado período de tempo. Este coeficiente não tem poder discriminatório da mortalidade na população por sofrer influência da estrutura etária que a compõe, porém através dele estima-se o risco de morrer ao qual as pessoas estão sujeitas numa determinada área.

#### TABELA 7

Número e coeficiente de mortalidade geral por 1.000 hab -  
Guarujá , 1990 a 1994

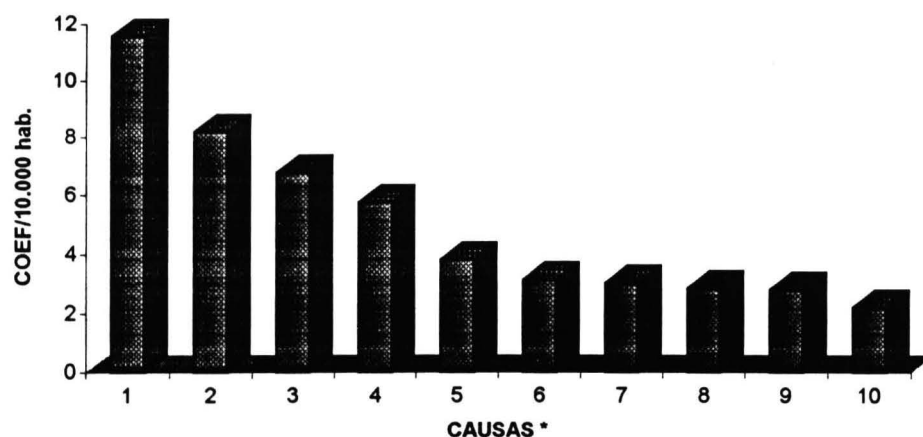
ANO	ÓBITOS	COEFICIENTE
1990	1.302	6,41
1991	1.214	5,81
1992	1.260	5,86
1993	1.466	6,67
1994	1.519	6,75

Fonte: Fundação Seade/SES/CIS

**Tabela 8****Principais causas de mortalidade geral - Guarujá, 1993**

	CAUSAS	COEF.	ÓBITOS
1	Todas as doenças não relacionadas	11,56	256
2	Doenças cerebro vasculares	8,19	180
3	Tumores malignos, incluindo os neoplasmas	6,76	148
4	Doenças isquêmicas do coração	5,74	126
5	Pneumonias	3,78	83
6	Homicídios	3,1	68
7	Outras formas de doenças do coração	3	66
8	Lesões ao nascer, partos distocicos	2,82	62
9	As demais causas externas	2,78	61
10	Diabetes mellitus	2,19	48

Fonte: Fundação SEADE/SES/CIS

**GRÁFICO 2****Causas de mortalidade geral - Guarujá, 1993**

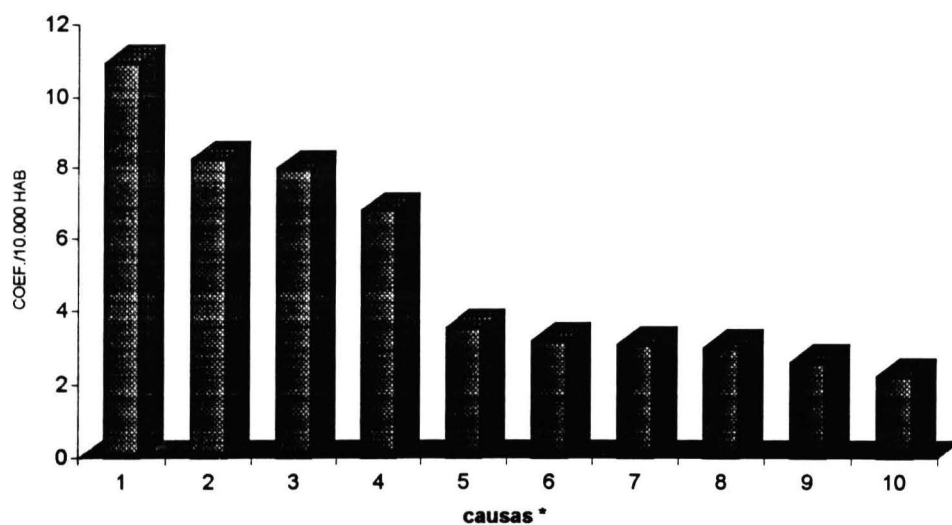
Fonte: Fundação SEADE (S.M.C.)

\* vide tabela 8

**Tabela 9**  
**Principais causas de mortalidade geral, Guarujá - 1994**

	CAUSAS	COEF.	ÓBITOS
1	Todas as doenças não relacionadas	10,94	246
2	Doenças cérebro vasculares	8,23	185
3	Tumores malignos, incluindo os Neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos	7,96	179
4	Doenças isquêmicas do coração	6,76	152
5	Homicídios	3,51	79
6	Lesões ao nascer, partos distocicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	3,16	71
7	Pneumonia	3,06	69
8	Outras formas de doenças do coração	2,98	67
9	As demais causas externas	2,58	58
10	Acidentes de veículos a motor	2,22	50

**Gráfico 3**  
**Causas de mortalidade geral - Guarujá, 1994**



Fonte: Fundação SEADE (S.M.C.)

\* Vide tabela 9

### 6.1.3 Razão de mortalidade proporcional ou indicador de Swaroop e Uemura

É um indicador global que mede a proporção de óbitos de indivíduos de 50 anos e mais em relação ao total de óbitos. Tem as vantagens de dispensar dados populacionais, apresentar facilidade de comparabilidade e de disponibilidade dos dados e alto poder discriminatório.

$$\frac{745}{1466} \times 100 = 50,82\%$$

Razão de Mortalidade Proporcional ou Indicador de Swaroop e Uemura - Guarujá - 1993

$$\frac{804}{1519} \times 100 = 53,28\%$$

Razão de Mortalidade Proporcional ou Indicador de Swaroop e Uemura - Guarujá - 1994

Com estes resultados percebe-se que o município se enquadra no 2º nível, porém próximo ao 3º nível, necessitando ainda alguma evolução para ser considerada uma localidade com satisfatório desenvolvimento econômico e que já dispõe de uma regular organização de serviços de saúde.

### 6.1.4 Curva de Mortalidade Proporcional ou Nelson de Moraes

Consiste na projeção gráfica dos valores da mortalidade proporcional nos seguintes grupos etários: menores de 1 ano; 1 a 4 anos completos; 5 a 19 anos completos; 20 a 49 anos completos e 50 anos e mais.



Tabela 10

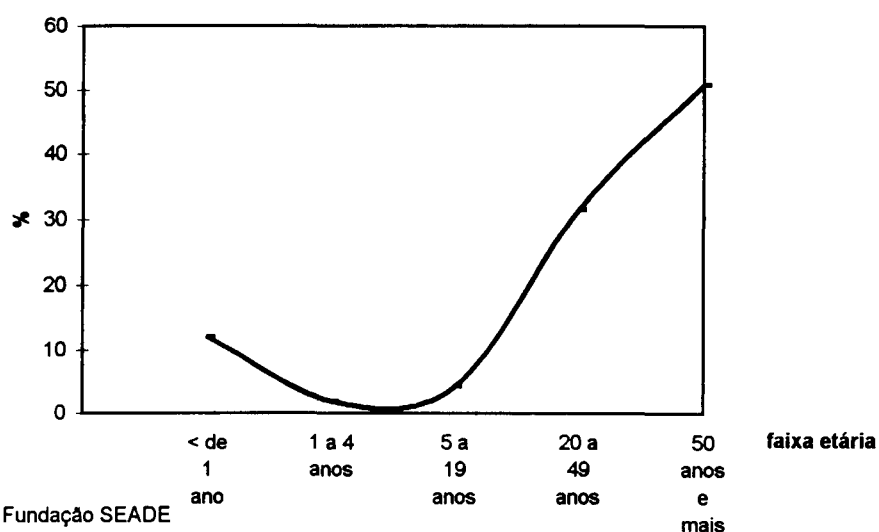
Mortalidade proporcional por grupos etários, segundo  
Nelson de Moraes - Guarujá, 1993

FAIXA ETARIA	%	OBITOS
< de 1 ano	12	171
1 a 4 anos	1,91	28
5 a 19 anos	4,16	61
20 a 49 anos	31,45	461
50 anos e mais	50,82	745
<b>TOTAL DE OBITOS</b>	<b>100,00</b>	<b>1.456</b>

Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 4

Curva Nelson de Moraes - Guarujá, 1993



Fonte: Fundação SEADE

## TABELA 11

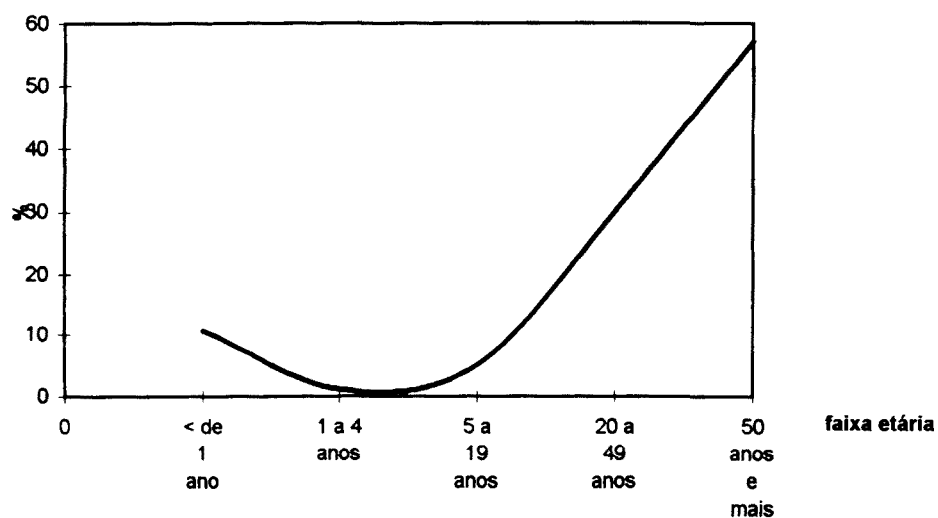
Tabela 11  
Mortalidade proporcional por grupos etários, segundo  
Nelson de Moraes - Guarujá, 1994

FAIXA ETÁRIA	%	ÓBITOS
0		
< de 1 ano	10,63	161
1 a 4 anos	1,18	18
5 a 19 anos	5,02	76
20 a 49 anos	30,10	456
50 anos e mais	57,07	804
ignorados	*	4
TOTAL DE ÓBITOS	100,00	1519

Fonte: Fundação SEADE

\* As percentagens foram calculadas sobre o total, excluindo grupo de idade ignoradas

Gráfico 5  
Curva Nelson de Moraes - Guarujá, 1994



Fonte: Fundação SEADE

As duas curvas se enquadram no tipo III, demonstrando um nível de saúde regular, necessitando melhorias para passar para um nível de saúde mais elevado, ainda existe uma elevada porcentagem de óbitos de menores de 1 ano, o que pode significar má qualidade na assistência ao período gestacional e ao parto. Apenas 50% da população morre com mais de 50 anos, em média. Na faixa entre 20 e 49 anos morrem em média 30%.

#### 6.1.5 Mortalidade por causas e faixa etária

As perinatais são as principais causas de óbitos em menores de 1 ano, sugerindo um comprometimento na assistência ao parto.

Pneumonia, enterite e outras doenças diarréicas, avitaminose, infecção meningocócica aparecem como as causas de óbitos ocorridos na faixa etária de 1 a 4 anos.

Homicídios, acidentes de veículos a motor e demais acidentes aparecem como as principais causas de óbitos na faixa etária de 5 a 19 anos, considerando-se o aparecimento dos homicídios em primeiro lugar, conforme Tabela 12, pode-se inferir uma relação com a questão da drogadição.

Homicídios, tumores malignos, doenças isquêmicas do coração, acidentes de veículos a motor, demais acidentes e doenças cérebro-vasculares aparecem como as principais causas de óbitos ocorridos na faixa etária de 20 a 49 anos. Chama a atenção o número elevado de óbitos por homícios nesta faixa etária, podendo estar relacionado também com a questão da drogadição, além da precariedade na segurança, que observou-se e levantou-se através de depoimentos de vários segmentos da população.

Doenças do coração, doenças cérebro-vasculares, tumores malignos são as principais causas de óbitos ocorridos na faixa etária de 50 anos e mais.

Tabela 12

Número de óbitos por faixa etária, segundo principais causas -  
Guarujá , 1994

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	< 1	1 A 4	5 A 19	20 A 49	50 E +	
Perinatais	101					101
Doenças Aparelho Respiratório	23					23
Doenças Infecciosas e Parasitárias	11					11
Pneumonia		5				5
Enterite e outras doenças diarréicas		2				2
Homicídios			16	60		76
Demais acidentes			12	31		43
Acidentes de veículos a motor			10	27		37
Tumores malignos				48	127	175
Doenças isquêmicas do coração				31	121	152
Doenças cérebro-vasculares				27	154	181
Outras formas de doenças do coração					53	53

Fonte: Fundação SEADE

#### 6.1.6 Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade Infantil (CMI) é obtido dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de 1 ano pelos nascidos vivos daquele ano, numa determinada área e multiplicando-se por 1000. Este coeficiente mede o risco que tem um nascido vivo, de morrer, antes de completar um ano de idade.

Tido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, é, talvez, o mais utilizado entre os coeficientes de mortalidade, porém está sujeito a distorções devido a subregistro de óbitos e nascimentos, ao desconhecimento da definição de nascidos vivos e aos erros de preenchimento de causa mortis da declaração de óbitos . Devendo-se considerar também o quanto cada local contribui para o coeficiente como um todo.

Pode-se avaliar a mortalidade infantil não só através dos óbitos totais, mas também por seus componentes que são mortalidade neonatal ou infantil precoce

(óbitos de crianças menores de 7 dias - neonatal precoce, de 8 a 27 dias neonatal tardia), e mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia (óbitos do 28º dia até completar 1 ano de idade). As causas das mortes neonatais são na maioria das vezes as chamadas causas perinatais e as anomalias congênitas, enquanto que das pós-neonatais estão geralmente ligadas a fatores ambientais.

Tabela 13

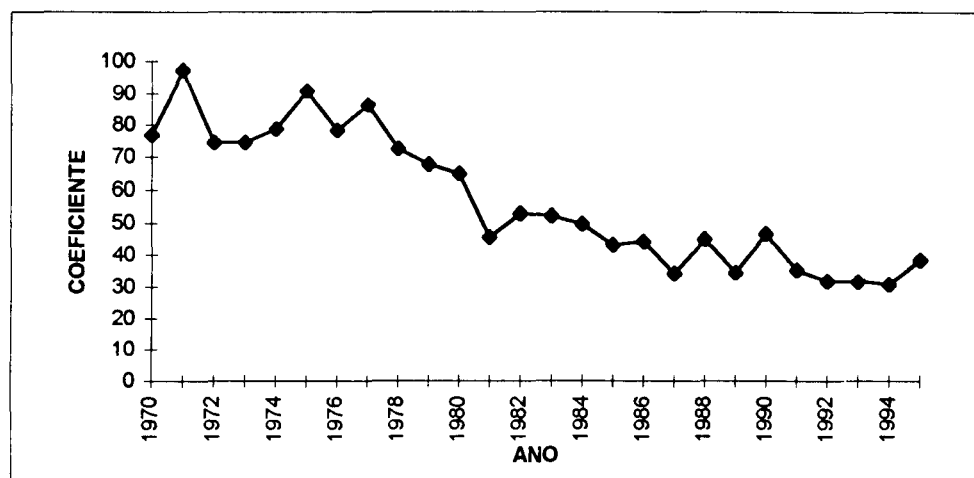
Coeficiente de Mortalidade Infantil - Guarujá, 1970 a 1995

ANO	MORTALIDADE INFANTIL	ANO	MORTALIDADE INFANTIL	ANO	MORTALIDADE INFANTIL
1970	76,87	1979	67,67	1988	44,88
1971	97,26	1980	64,87	1989	34,44
1972	74,37	1981	45,43	1990	46,56
1973	74,45	1982	52,7	1991	35,26
1974	78,68	1983	51,91	1992	31,87
1975	90,73	1984	49,59	1993	31,71
1976	78,26	1985	43,09	1994	30,77
1977	86,26	1986	44,04	1995	38,36
1978	72,39	1987	34,17		

Fonte; Fundação SEADE

Gráfico 6

Coeficiente de Mortalidade Infantil - Guarujá, 1970 a 1995



Fonte: Fundação SEADE

Tabela 14

Principais causas de mortalidade infantil - Guarujá, 1993

CAUSAS	COEF.	ÓBITOS
1) Perinatais	17.25	93
2) Doenças de Aparelho Respiratório	6.49	35
3) Doenças Infecciosas e Parasitárias	3.15	17
4) Anomalias Congenitas	2.78	15
5) Doenças do Sistema Nervoso e Órgão dos Sentidos	0,74	4

Fonte: Fundação SEADE/SES/CIS

Tabela 15

Principais causas de mortalidade infantil - Guarujá, 1994

CAUSAS	COEF.	ÓBITOS
1) Perinatais	19,30	101
2) Doenças de Aparelho Respiratório	4,40	23
3) Doenças Infecciosas e Parasitárias	2,10	11
4) Anomalias Congenitas	1,91	10
5) Doenças do Aparelho Digestivo	0,95	5

Fonte: Fundação SEADE/SES/CIS

Tabela 16

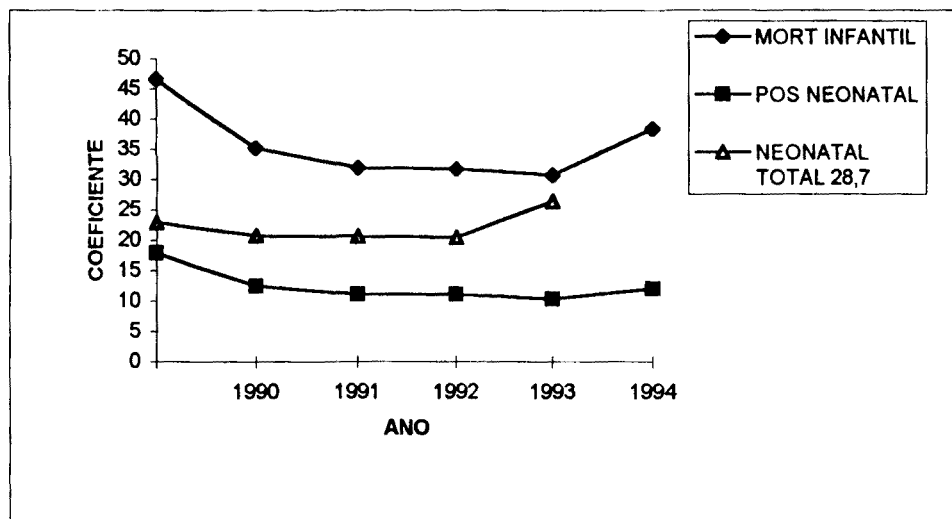
Nascidos vivos, óbitos e coeficiente de mortalidade infantil, menores de 1 ano, neonatal, precoce, neonatal tardia e pós neonatal - Guarujá, 1990 - 1995 (\*)

ANO	NASCIDO VIVO	TAXA NATAL.	TAXA NATIMORT.	ÓBITOS						COEFICIENTES				
				MENOR 1 ANO	NEONATAL			POS NEONATAL	MORT INFANTIL	NEONATAL			POS NEONATAL	
					TOTAL	PRECOCE	TARDIA			NEONATAL TOTAL	NEOPRECOCE	NEOTARDIA		
1990	4704	23,18	9,57	219	135	106	29	84	46,56	28,7	22,53	6,16	17,89	
1991	4424	21,19	14,92	156	101	88	13	55	35,26	22,83	19,89	2,94	12,43	
1992	4864	22,64	12,54	155	101	88	22	54	31,87	20,76	18,09	2,67	11,1	
1993	5392	24,55	10,57	171	111	89	13	60	31,71	20,59	16,51	4,08	11,1	
1994	5232	23,28	12,23	161	107	94	14	54	30,77	20,45	17,97	2,48	10,32	
1995 (*)	2581		12,4	99	68	54		31	38,36	26,35	20,92	5,42	12,01	

Fonte: Fundação SEADE

Nota: (\*) Para o 1º semestre de 1995

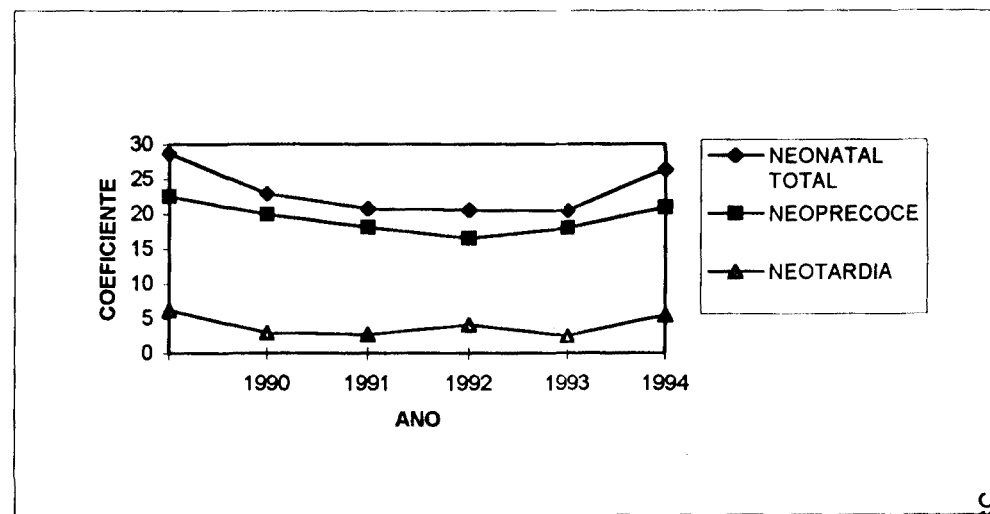
GRÁFICO 7  
MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL E PÓS NEONATAL  
-GUARUJÁ - 1990 -1995 (\*)



Fonte: Fundação SEADE

Nota: (\*) Para o 1º semestre de 1995

GRÁFICO 8  
MORTALIDADE NEONATAL, NEO-PRECOCE E NEO-TARDIA  
-GUARUJÁ - 1990 -1995 (\*)



Fonte: Fundação SEADE

Nota: (\*) Para o 1º semestre de 1995



Tabela 17

Mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal, segundo grupos de causas de morte - Guarujá, 1994

GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE	< DE 28 DIAS	28 DIAS A 12 MESES	TOTAL
1- Reduzíveis por imunoprevenção	0	0	0
2- Reduzíveis por adequado controle na gravidez	34	0	34
3- Parcialmente reduz por adeq. controle na gravidez	0	0	0
4- Reduzíveis por adequada atenção ao parto	18	1	19
5- Reduzíveis por diagn. e tratamento precoces	50	38	88
6- Parcialmente reduzíveis por diagn. e tratamento precoces	0	9	9
7- Não evitáveis	2	2	4
8- Mal definidas	3	4	7
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>54</b>	<b>161</b>

Fonte: Fundação SEADE

No município de Guarujá em 1994 o total de óbitos de menores de 1 ano foi de 161, sendo 107 neonatais e 54 pós neonatais. (Tabela 17)

Segundo dados da Fundação SEADE do total de 107 óbitos de menores de 28 dias, 94 ocorreram em menores de 7 dias, sendo que destes 94, 60 em crianças com menos de 1 dia.

Do total de óbitos neonatais (107) 50 se deram por causas reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce, 34 por reduzíveis por adequado controle na gravidez e 18 por reduzíveis por adequada atenção ao parto. Percebendo-se assim uma certa precariedade nos serviços de atenção à saúde no período gestacional e ao parto.

Ainda segundo dados da Fundação SEADE, dos 54 óbitos pós-neonatais, 38 foram por causas reduzíveis por diagnósticos e tratamento precoce - destes 38, 22 foram por doenças do aparelho respiratório, 9 por causas parcialmente reduzíveis

por diagnósticos e tratamento. Estes dados continuam sugerindo falhas nos serviços de atenção à saúde.

## TABELA 18

Mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal, segundo grupos de causas de morte - Guarujá, 1995

GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE	< DE 28 DIAS	28 DIAS A 12 MESES	TOTAL
1- Reduzíveis por iminoprevenção	0	1	1
2- Reduzíveis por adequado controle na gravidez	24	1	25
3- Parcialmente reduz por adeq. controle na gravidez	1	0	1
4- Reduzíveis por adequada atenção ao parto	12	0	12
5- Reduzíveis por diagn. e tratamento precoces	24	24	48
6- Parcialmente reduzíveis por diagn. e tratamento precoces	1	2	3
7- Não evitáveis	2	0	2
8- Mal definidas	4	3	7
TOTAL	68	31	99

Fonte: Fundação SEADE

Dos 68 óbitos neonatais de janeiro a junho de 1995, 24 se deram por causa reduzíveis por adequado controle na gravidez, 24 por reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce e 12 por reduzíveis por adequada atenção ao parto.

Entre os 31 óbitos pós- neonatais, 24 ocorreram por causas reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces.

Levando-se em consideração estes dados, em comparação com o ano anterior, percebe-se que não houve evolução ou grandes mudanças em relação aos serviços de saúde.

Tabela 19

Óbitos de menores de 01 ano, segundo local de residência e mês de ocorrência - Guarujá, 1995

MÊS	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAIS POR BAIROS
Areal					02							01	03
Beco São Benedito								01					01
Bertioga	03												03
Cachoeira		01	01			01					02		05
Cachoeirinha					01								01
Centro									01				01
Enseada	01	01		01			01	01			02		07
Favela do Caixão							01						01
Guaiuba			01			01						01	03
Jd. Boa Esperança							01		01	01	01	01	05
Jd. Conceiçãozinha	01			01	01	01	01						05
Jd. Primavera			02		02								04
Jd. Progresso		01	01						01				03
Jd. Três Marias	01												01
Monteiro Cruz							01	01					02
Morrinhos	01				01		01		02	02			07
Morro Engenho			01										01
Pae-Cará	05	04	03	01	04	02	04	01	07	04	02	01	38
Parque Estuário			01		01					01			03
Pitangueiras									01				01
Santa Clara			01		01		01	01					04
Santa Rosa	01		01								01		03
Santo Antônio	01		02				03	01			01	01	09
Santos										01			01
Sítio Monte Cabral			01				01					01	03
Stá Cruz Navegantes												01	01
Vicente de Carvalho	01	01	01		01	02				01			07
Vila Áurea	03				01	02	01		01		01	02	11
Vila da Noite								01			01		02
Vila Edna		01								01			02
Vila Lúgia	01				01								02
Vila Maia	01												01
Vila Nova Perequê							01						01
Vila Rã												01	01
Vila Virgínia			01										01
Vila Zilda		01			02								03
Ignorado	02	01			02	02	02	02	02	01	03		17
TOTAIS MENSAIS	22	11	17	03	20	11	19	09	16	12	14	10	164

Obs.: Levantamento de atestados de óbitos, realizado pelo Grupo de TCM no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

Tabela 20

Óbitos de menores de 01 ano, segundo local de residência e mês de ocorrência - Guarujá, jan. a out. de 1996

BAIRROS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	TOTAL
Cachoeira			01		01						02
Cachoeirinha	01	01									02
Centro				01			01				02
Chaparral	02										02
Cidade Atlântica									01		01
Enseada		03	01		01	01					06
Jd.Boa Esperança	02	01			01	01	01				06
Jd. Conceiçãozinha		03		01			01	01	01		07
Jd. Maravilha			02								02
Jd. Primavera				01				01			02
Jd. Santa Maria						01					01
Jd. Vitória						01					01
Maré Mansa									01		01
Marina					01						01
Monteiro Cruz				01							01
Morrinho	01							02			03
Morro do Engenheiro	01										01
Pae-Cará	02	01	03	05	02	03	02		01	02	21
Parque Estuário		01									01
Perequê	01		02			01			01		05
Santa Clara						01					01
Santa Rosa	02			02			01				05
Santo Antonio						01					01
Sítio Conceiçãozinha			01					01	01		03
Sta Cruz Navegantes	02										02
Vicente de Carvalho	01				05	01					07
Vila Áurea		02	01			01		01	01	01	07
Vila Baiana						01				01	02
Vila Edna					01	01		01			03
Vila Julia				01			01			01	03
Vila Zilda						01			01		02
Ignorado		01		01	02	01	02	04	03	01	15
TOTAIS	15	13	11	13	14	16	09	11	11	06	119

Obs.: Levantamento de atestados de óbitos, realizado pelo Grupo de TCM no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

Tabela 21

Causas e faixa etária de óbitos de menores de um ano - Guarujá, 1995

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA	Até 24 horas	1 - 7 d	7 - 28 d	28 - 1 ano	Total	%
prematuridade		35	30	6	-	71	46,1%
anoxia neonatal		6	-	-	-	6	3,9%
aspiração mecônio		1	1	-	-	2	1,3%
septicemia		2	5	6	1	14	9,1%
broncopneumonia		-	1	4	12	17	11,0%
broncopneu. aspiratória		-	-	-	2	2	1,3%
desidratação		-	1	-	2	3	1,9%
desnutrição		-	-	-	1	1	0,6%
má formação fetal		7	-	4	6	17	11,0%
diarréia		-	-	-	1	1	0,6%
insuf. resp. aguda		-	1	-	3	4	2,6%
meningite bacteriana		-	-	1	3	4	2,6%
obstrução vias áreas		-	-	-	-	0	0,0%
mal def.		1	-	-	1	2	1,3%
membrana hialina		-	1	-	-	1	0,6%
distúrbio metabólico		-	1	-	-	1	0,6%
pneumonia		-	1	-	-	1	0,6%
síndrome hemorrágica		-	1	-	-	1	0,6%
pneumonite aspirativa		-	-	1	-	1	0,6%
AIDS		-	-	1	-	1	0,6%
morte súbita		-	-	1	-	1	0,6%
edema agudo de pulmão		-	-	-	1	1	0,6%
meningite tuberculose		-	-	-	1	1	0,6%
pneumonia lobar		-	-	-	1	1	0,6%
Total		52	43	24	35	154	
%		33,8	27,9	15,6	22,7	100	

Obs.: Levantamento realizado pelo grupo do TCM, no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

Tabela 22

Causas e faixa etária de óbitos de menores de um ano, Guarujá, 1996

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA	Até 24 horas	1 - 7 d	7 - 28 d	28 - 1 ano	Total	%
prematuridade		25	12	4	-	41	36,6%
anoxia neonatal		8	-	-	-	8	7,1%
aspiração mecônio		4	1	-	-	5	4,5%
septicemia		-	2	2	5	9	8,0%
broncopneumonia		-	2	3	10	15	13,4%
broncopneu. aspiratória		-	-	1	4	5	4,5%
desidratação		-	-	1	2	3	2,7%
desnutrição		1	-	-	1	2	1,8%
má formação fetal		-	2	3	4	9	8,0%
diarréia		-	1	-	-	1	0,9%
insuf. resp. aguda		-	4	-	3	7	6,3%
bronquiolite		-	-	-	1	1	0,9%
choque cardio respiratório		-	-	1	-	1	0,9%
meningite bacteriana		-	-	-	1	1	0,9%
asfixia		-	-	-	1	1	0,9%
obstrução vias aéreas		-	-	-	1	1	0,9%
mal definidas		1	-	-	1	2	1,8%
Total		39	24	15	34	112	
%		33,8	27,9	15,6	227,7	100	

Obs.: Levantamento realizado pelo grupo do TCM, no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

No que diz respeito a distribuição geográfica destes dados no município, verificou-se uma concentração muito acentuada de óbitos, nos anos de 1995 e 1996, de crianças de 0 a 1 ano, no bairro do Pae-Cará. (Tabelas 19 e 20)

Com relação aos dados levantados (tabelas 21 e 22) no período de janeiro de 1995 a outubro de 1996, verificou-se que 61,7% e 56,2% das crianças de 0 a 7 dias de idade morreram nos anos de 1995 e 1996, respectivamente, em consequência da prematuridade, ressaltando a necessidade de aprimoramento no acompanhamento ao pré-natal e na assistência ao parto e puerpério.

Diante destes resultados sugere-se um levantamento e análise das condições ambientais e dos serviços de saúde existentes na região a fim de que se possa detectar as causas do elevado índice de mortalidade infantil, e assim planejar estratégias de atuação com o objetivo de reduzir a mesma.

De forma geral pode-se perceber que a mortalidade infantil vem decaindo, principalmente no período de 1977 à 1994. Levando-se em conta os demais dados já mencionados, pode-se verificar que os óbitos concentram-se nos primeiros 28 dias, e dentro deste período nos primeiros 7 dias, sendo que as causas perinatais constituem a principal causa de morte infantil no município, corroborando o parecer já explicitado anteriormente da necessidade de aprimoramento dos cuidados e direcionamento dos serviços de saúde e equipamentos em relação à assistência pré-natal e ao parto.

#### 6.1.7 Mortalidade Materna

"Todo óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas

acidentais ou incidentais, dividido pelo total de nascidos vivos e multiplicado por 100.000." - O.M.S., 1987.

O coeficiente de Mortalidade Materna do município vem sofrendo oscilações, com acentuada queda de 90 para 91, sendo que em 92 sobe de forma significativa e passa a diminuir gradativamente em 93/94 (vide tabela 26), continuando elevado se comparado com o município de São Paulo, que foi de 50 mortes para 100 mil nascidos vivos, no ano de 94.

O interesse em conhecer esse coeficiente se justifica no fato de que, através dele pode-se ter uma indicação de como se encontra a cobertura e a qualidade da assistência prestada à mulher nesse período, espera-se que a existência de um pré-natal bem feito, de planejamento familiar, sejam medidas que possam evitar muitas das mortes que vem acontecendo. Medidas essas que poderiam ter mais atenção por parte do Departamento de Saúde do município.

#### 6.1.8 Natimortalidade

Este coeficiente é dado pela relação das perdas fetais tardias (que ocorrem a partir da 28ª semana de gestação, ou com peso equivalente a 1000 gr e 35 cm de comprimento) e os nascidos vivos mais as perdas fetais tardias.

No Guarujá em 1994 a natimortalidade (tabela 26), encontrava-se mais próxima ao que é considerado como bom nível de saúde - de 5 a 10 por mil nascimentos, sendo que são consideradas áreas de baixo nível de saúde a variação entre 20 e 40, por mil nascimentos.



Tabela 23

Natimortos, segundo local de residência e mês de ocorrência -  
Guarujá, 1995

BAIRROS	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O U T	N O V	D E Z	TOTAIS POR BAIRROS
Centro						02							02
Enseada								01					01
Gota de Leite		01											01
Jd. Boa Esperança	01					01		01		01			04
Jd. Primavera		01			02								03
Jd. Virginia					01								01
Morrinho					01								03
Pae-Cará	01				04	02	02	02	01		01		15
Praia Pernambuco					01								01
Perequê						01	01						02
Santa Clara									01	01			02
Santa Rosa				01	01		02		02				06
Santo Antônio		01			01	01				01			04
Vicente de Carvalho										01			01
Vila Alice					01	01							02
Vila Áurea	01				01								02
Vila da Noite										01			01
Vila Edna	01												01
Vila Lígia								01					01
Vila Júlia									01				01
Vila Rã								01					01
Vila Zilda		01			01								02
Vila Bainana	01												01
Ignorado			01	01					01		01		04
TOTAIS MENSAIS	05	04	01	02	14	08	05	06	08	06	01	02	62

Obs. - Levantamento de atestados de óbitos realizado pelo Grupo de TCM no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

Tabela 24

Natimortos, segundo local de residência e mês de ocorrência -  
Guarujá, jan. a out. de 1996

BAIRROS	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O U T	TOTAIS POR BAIRROS
Ignorado	01		02								03
Cachoeira		02		02	01	01	01	01			08
Cachoeirinha				01	01						02
Centro	01										01
Enseada		01	02			02			01		06
Jd. Boa Esperança		01			01	01					03
Jd. Primavera		01		01	01						03
Jd. Santa Maria										01	01
Jd. São Miguel			01								01
Jd. Três Marias				01							01
Maré Mansa				01					01		02
Morrinho							01	01			02
Morro Engenho								01		01	02
Pae-Cará		04		02	04		03	04	02	01	20
Parque Estuário		01	01								02
Perequê		01									01
Praia Pernambuco		01									01
Praia						01					01
Santa Clara				01	01			02			04
Santa Cruz								01			01
Santa Rosa		01	02	02	01			01	01		08
Santo Antônio	01									01	02
Sítio Grande					01						01
Vicente de Carvalho		01		01		01		01			04
Vila Áurea					01						01
Vila Bainana				01							01
Vila dos Marinheiros		01									01
Vila Júlia			01					01			02
Vila Lúcia				01							01
Vila Zilda		01			01	01					03
TOTAIS MENSAIS	03	16	09	14	13	07	05	13	05	04	89

Obs. - Levantamento de atestados de óbitos realizado pelo Grupo de TCM no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

**Tabela 25**  
**Natimortos, segundo local de residência -**  
**Guarujá - janeiro/95 a outubro/96**

BAIRROS	período de 01/95 a 12/95	período de 01/96 a 10/96	total acumulado por bairro
Cachoeira	00	08	08
Cachoeirinha	00	02	02
Centro	02	01	03
Enseada	01	06	07
Gota de Leite	01	00	01
Jd. Boa Esperança	04	03	07
Jd. Primavera	03	03	06
Jd. Santa Maria	00	01	01
Jd. São Miguel	00	01	01
Jd. Três Marias	00	01	01
Jd. Virginia	01	00	01
Maré Mansa	00	02	02
Morrinho	03	02	05
Morro Engenho	00	02	02
Pae-Cará	15	20	35
Parque Estuário	00	02	02
Perequê	02	01	03
Praia Pernambuco	01	01	02
Prainha	00	01	01
Santa Clara	02	04	06
Santa Cruz	00	01	01
Santa Rosa	06	08	14
Santo Antônio	04	02	06
Sítio Grande	00	01	01
Vicente de Carvalho	01	04	05
Vila Alice	02	00	02
Vila Áurea	02	01	03
Vila Bainana	01	01	02
Vila da Noite	01	00	01
Vila dos Marinheiros	00	01	01
Vila Edna	01	00	01
Vila Julia	01	02	03
Vila Lígia	01	01	02
Vila Rã	01	00	01
Vila Zilda	02	03	05
Ignorado	04	03	07
TOTAIS	62	89	151

Obs. - Levantamento de atestados de óbitos realizado pelo Grupo de TCM no Departamento de Saúde do Município, entre 4 e 8/11/96

### 6.1.9 Mortalidade Perinatal

Relação das perdas fetais tardias, mais os óbitos de crianças de 0 a 7 dias e os nascidos vivos mais perdas fetais tardias.

Considera-se que nas áreas desenvolvidas, o coeficiente de mortalidade perinatal gira em torno de 15 a 25 por mil nascimentos e nas áreas menos desenvolvidas, superior a 35 por mil nascimentos.

No Guarujá de 90 a 94 vem caindo o coeficiente de mortalidade perinatal, mas ainda permanece bastante elevado, (1994 - 29,83) se comparado com o município de São Paulo, que já era de 20,7 em 1992.

Mais uma vez pode-se dizer que se houvesse melhores condições dos equipamentos de saúde em geral, bom acompanhamento médico pré e pós natal, estes óbitos poderiam em grande parte ser evitados.

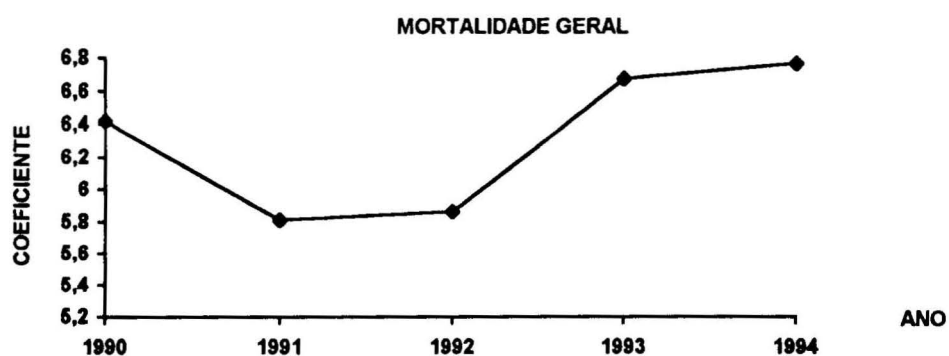
Tabela 26

Natimortalidade, Mortalidade Geral, Materna e Perinatal -  
Guarujá, 1990 a 1994

ANO	MORTALIDADE GERAL	NATIMORTALIDADE	MORTALIDADE MATERNA	MORTALIDADE PERINATAL
1990	6,42	9,57	85,03	31,80
1991	5,81	14,92	45,21	34,30
1992	5,86	12,54	102,80	30,25
1993	6,67	10,57	92,73	26,79
1994	6,76	12,23	76,45	29,83

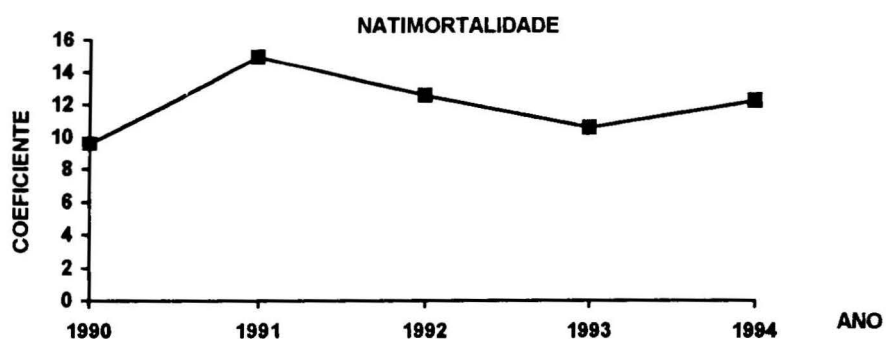
Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 9



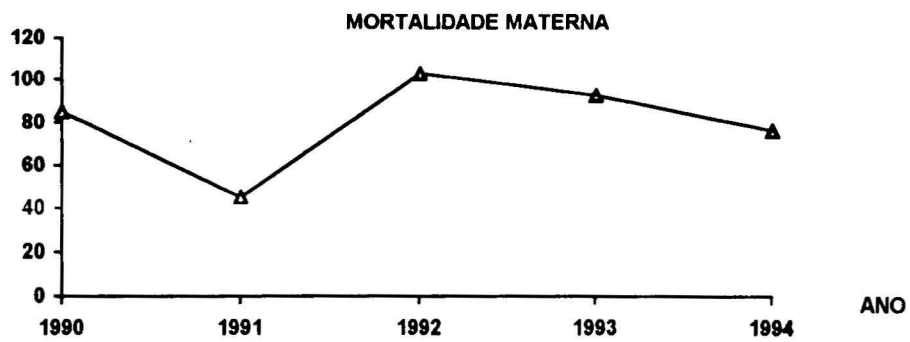
Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 10



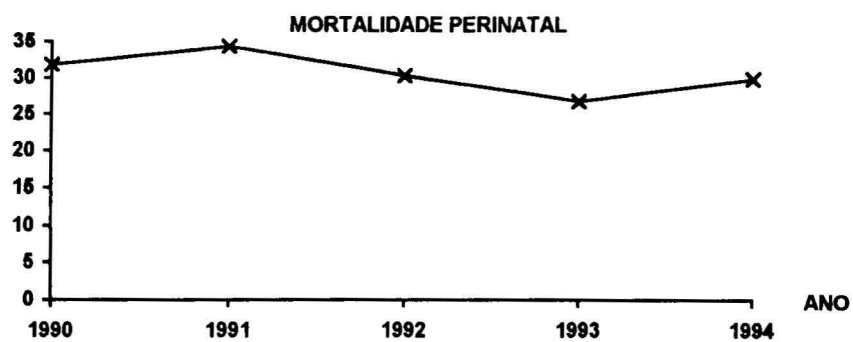
Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 11



Fonte: Fundação SEADE

Gráfico 12



Fonte: Fundação SEADE

## 6.1.10 TAXA DE NATALIDADE E TAXA DE FECUNDIDADE

Essas taxas vem se mantendo estáveis, no período de 90 a 94, com uma queda na taxa de fecundidade no ano de 1991, conforme dados da Fundação SEADE.

Tabela 27

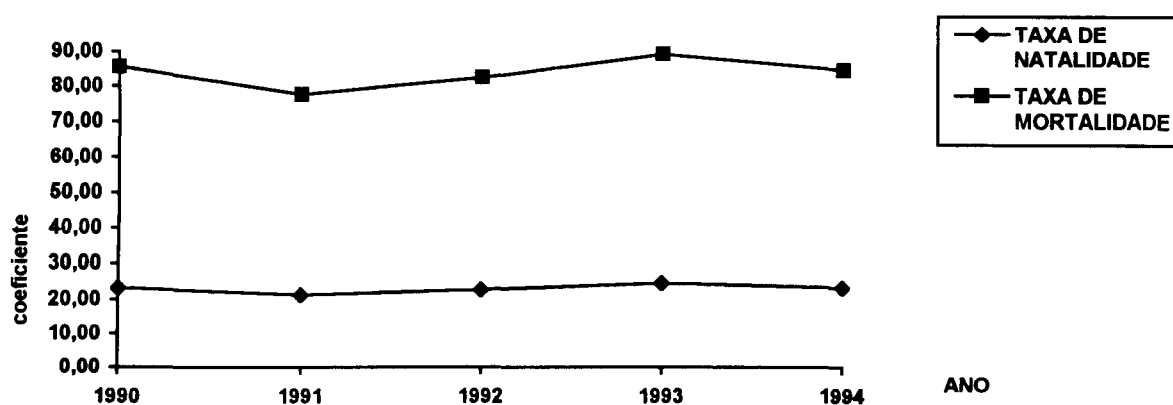
Taxa de natalidade - Taxa de fecundidade-  
Guarujá, 1990 a 1994

ANO	TAXA NATALIDADE	TAXA FECUNDIDADE
1990	23,18	85,65
1991	21,19	77,71
1992	22,64	82,44
1993	24,55	89,24
1994	23,28	84,62

Fonte: Fundação SEADE

## GRÁFICO 13

## TAXA DE NATALIDADE E TAXA DE FECUNDIDADE



Fonte: Fundação Seade

## 6.2 SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE

### 6.2.1 Organização e Modalidade dos Serviços

Segundo Manual de Orientação ao Usuário na Rede Pública de Saúde - Departamento de Saúde - Prefeitura Municipal de Guarujá, a rede pública de saúde tem por função oferecer ao usuário assistência médico-hospitalar e odontológica, tanto preventiva como curativa. Para isso, são desenvolvidos programas específicos nas diversas unidades que compõem a rede. Esta garante atendimento ambulatorial e emergencial. As consultas ambulatoriais podem ser marcadas com antecedência, tendo como finalidade o diagnóstico e o acompanhamento dos usuários que são atendidos nas Policlínicas, Centros de Saúde, PAM's e demais ambulatórios menores.

O atendimento de emergência está destinado aos casos que precisam de atenção médica imediata e devem ser atendidos nos pronto-socorros e hospitais.

As policlínicas garantem atendimento em clínica médica, ginecologia-obstetrícia, pediatria, odontologia e vacinação infantil, estando nos endereços abaixo relacionados:

#### 6.2.1.1 Policlínicas

##### 1- Policlínica Santa Rosa

Avenida Manoel da Cruz Michael, 333

Santa Rosa - Guarujá - Tel.: 358-2564

Horário de funcionamento das 7:00 às 22:00 horas

##### 2- Policlínica Vila Rã (foto 7, anexo 13)

Rua São Paulo, s/n - Vila Rã - Guarujá

Tel.: 351-9388

Horário de funcionamento das 7:00 às 18:00 horas

##### 3- Policlínica Morrinhos



Praça do Comércio, s/n - Morrinhos - Guarujá

Tel.: 355-1123

Horário de funcionamento das 7:00 às 20:00 horas

4- Policlínica Boa Esperança (foto 5, anexo 13)

Rua Manoel Hipólito do Rego, s/n

Jardim Boa Esperança - Vicente de Carvalho

Tel.: 355-6181

Horário de funcionamento das 7:00 às 22:00 horas

5- Policlínica Pae-Cará (foto 3 e 4, anexo 13)

Rua Operária, s/n - Pae-Cará

Vicente de Carvalho - Tel.: 352-2502

Horário de funcionamento das 7:00 às 18:00 horas

6- Policlínica Vila Áurea (foto 6, anexo 13)

Alameda Dracena, 513 - Vila Áurea

Vicente de Carvalho - Tel.: 352-2776

Horário de funcionamento das 7:00 às 18:00 horas

#### 6.2.1.2 Ambulatórios

Os ambulatórios menores estão distribuídos pelo município, oferecendo atendimento médico clínico, pediátrico e odontológico, funcionando no horário das 7:00 às 13:00 horas, estando nos endereços abaixo relacionados:

1- Ambulatório Jardim Helena Maria

Rua Presidente Kennedy, 104

Jardim Helena Maria - Guarujá

2- Ambulatório da Prainha Branca

Estrada da Bertioga, Km 18

Prainha Branca - Guarujá

3- Ambulatório Vila Baiana

Rua 13 nº 172 - Vila Baiana - Guarujá

Obs.: Atendimento médico pediátrico e ginecológico, também no horário da tarde.

4- Ambulatório Vila Edna

Rua São Paulo, s/n - Vila Edna

Guarujá - Tel.: 355-2162 (comunitário)

Obs.: Atendimento médico clínico de adulto

5- Ambulatório Vila Zilda

Rua 1, nº 1 - Vila Zilda - Guarujá

Obs.: Atendimento médico, pediátrico e ginecológico

6- Ambulatório C.R.P.I. (Centro de Recuperação da Paralisia Infantil)

Avenida Alexandre M.Rodrigues, 845

Praia do Tombo - Guarujá - Tel.: 354-2983

Obs.: Atendimento médico pediátrico e neurológico

7- Ambulatório CIAMA (Centro Integrado de Aleitamento Materno)

Rua Acácio Fernandes da Silva, s/n

Obs.: Assistência pediátrica e odontológica. Há também realização de colposcopia

8- Ambulatório de Pernambuco

Rua Samambaia, s/n - tel. 353-2529

Praia de Pernambuco - Guarujá

Obs.: O horário de atendimento se estende até às 17:00 horas

9- Ambulatório do Perequê

Estrada da Bertioga - Km 7, nº 7

Perequê - Guarujá - Tel.: 353-1646

Obs.: O horário de atendimento se estende até às 17:00 horas

10- Ambulatório da Prainha

Rua Nova, 170 - Pae-Cará

Vicente de Carvalho - Tel.: 352-1414 (comunitário)

#### 11- Ambulatório Guaibê

Ginásio do Guaibê, s/n - Guarujá

Tel.: 355-4959

Obs.: Atendimento fisiátrico e fisioterapêutico

#### 6.2.1.3 Especialidades

As especialidades: pediatria, clínica médica, cardiologia, psicologia, oftalmologia, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, gastroenterologia, ginecologia-obstetrícia, tisiopneumologia, proctologia, neurologia, traumatologia, endocrinologia, odontologia são atendidas nos Centros de Saúde (C.S.) e no Posto de Atendimento Médico (PAM), no horário das 7:00 às 18:00 horas, nos seguintes endereços:

- Centro de Saúde I - Vicente de Carvalho

Avenida São João, 111 - Pae-Cará

Vicente de Carvalho - Tel.: 352-2040

- Centro de Saúde II - Guarujá

Rua Rouxinol, 25 - Tel.: 358-2846

Jardim dos Pássaros - Guarujá

- Posto de Assistência Médica - PAM Vicente de Carvalho

Rua São Paulo, s/n - Vicente de Carvalho

Tels.: 352-1715 e 352-1719

#### 6.2.1.4 Pronto Socorro:

Os prontos socorros atendem os casos de urgência e emergência médica e odontológica à disposição 24 horas, nos seguintes endereços:

- Pronto Socorro Central de Guarujá

Rua Marivaldo Fernandes, s/n

Vila Júlia - Guarujá - Tel.: 387-3777

- Pronto Socorro de Vicente de Carvalho

Rua São João, s/n - Pae-Cará

Vicente de Carvalho - Tel.: 352-1305

- Pronto Socorro de Santa Cruz dos Navegantes

Rua Projetada, s/n - Tel.: 386-8056

Santa Cruz dos Navegantes - Guarujá

#### 6.2.1.5 Serviços de apoio diagnóstico:

O Serviço de Apoio Diagnóstico realiza análises clínicas (sangue, urina, fezes, escarros e secreções), raio x, anatomia patológica, eletroencefalograma e eletrocardiograma, análises clínicas e endoscopia digestiva e brônquica, retosigmoidoscopia, unidade de reabilitação e fisioterapia. Realizados nos locais, abaixo relacionados.

- Laboratório Itapema

Rua 24 de agosto, nº 205 - Vila Alice - Vicente de Carvalho

Tel.: 352-1548

(análises clínicas)

- Hospital Santo Amaro

Rua Quinto Bertoldi, 40 - Vila Maia - Guarujá

Tel.: 386-1313

(demais exames)

#### 6.2.1.6 Hospitais

Os serviços hospitalares são compostos por:

- Hospital-Dia "Willian Rocha"

Rua Hélio Ferreira, 370 - Jardim Boa Esperança - Vicente de Carvalho

Tel.: 386-9870

Horário de funcionamento das 7:00 às 18:00 horas

Atendimento para doenças infecto-contagiosas com ênfase em DT/AIDS

- Hospital-Dia "José Forster" (fotos 9, 10, 11 e 12, anexo 13)

Avenida Adriano Dias dos Santos, 692 - Jd. Boa Esperança - Vicente de Carvalho - Tel.: 386-7070

Horário de funcionamento das 7:00 às 18:00 horas

Atendimento para Saúde Mental

- Hospital Santo Amaro (sob intervenção municipal)

Avenida Quinto Bertoldi, 40 - Vila Maia - Guarujá

Tel.: 386-1313

Atendimento 24 horas, para urgências, emergências, internações e especialidades

#### 6.2.1.7 Vigilância à saúde

A Vigilância Epidemiológica, além da prestação de assistência individual à população, baseia sua atuação num contexto maior, a comunidade como um todo, desenvolvendo ações de intervenção como: imunização, difusão de informações, trato de comunicantes, instituição de programas de diagnóstico precoce para grupos de riscos e padronização de condutas.

Faz e recebe as notificações de doenças infecto-contagiosas, inicia a investigação epidemiológica e o controle das mesmas.

Também é responsável pelo serviço de imunização, o qual centraliza e distribui as vacinas de rotina do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde para a rede básica de saúde.

Encontra-se no Departamento de Saúde: Praça Marivaldo Fernandes s/n - Tel.: 386-9188 - ramal 33.

A Vigilância Sanitária fiscaliza ações do Programa de Saúde Ocupacional criado pela Norma Regulamentadora (NR-7) publicada no Diário Oficial da União de

30/12/94. Visa a segurança e a saúde do trabalhador, cabendo ao empregador providenciar o controle médico ocupacional (exames admissionais, periódicos e demissionais) para cada funcionário, sendo que o poder público não mais se responsabilizará pelos atestados de saúde ocupacional.

Estão sujeitos a fiscalização os seguintes serviços: academias, açougues, asilos, barbearias, bares, boates, casas de repouso, cinemas, depósitos em geral, fábricas, hospitais, indústrias, lanchonetes, mercados, mercearias, oficinas, padarias, postos de gasolina, restaurantes, serralherias, shoppings, supermercados, e demais estabelecimentos comerciais.

Encontra-se no Departamento de Saúde sito à Praça Marivaldo Fernandes s/n - Jardim Tejereba - Guarujá - Tel.: 355-1929. Horário de atendimento: das 8:00 às 18:00 horas.

#### 6.2.1.8 Centro de Controle de Zoonoses:

O Centro de Controle de Zoonoses desenvolve programas para impedir a ocorrência de casos de hidrofobia, evitar a transmissão de doenças através de animais domésticos e controlar a proliferação de insetos e ratos, como também a apreensão de animais de pequeno e grande porte.

Atua no município, no seguinte endereço: Rua Professora Maria Lídia Rego Lima, 301 - Jardim Conceiçãozinha - Guarujá - Tel.: 387-7197.

#### 6.2.1.9 Instituto Médico Legal e Serviço de verificação de óbitos

O Instituto Médico Legal e Serviço de Verificação de Óbitos, sitos à Estrada de Morrinhos, s/n - Tel.: 386-2979, são serviços da Secretaria Estadual de Segurança Pública em conjunto com o Departamento de Saúde, tendo a finalidade de realizar exames de corpo delito, liberação de corpos e dos casos de mortes violentas.

#### 6.2.1.10 Serviço Médico Pessoal (S.M.P.):

Existe o Serviço Médico Pessoal (S.M.P.), que de acordo com lei federal, toda empresa com mais de 500 funcionários deve ter um setor de medicina do trabalhador. Esse serviço tem o intuito de avaliar o servidor quanto às suas necessidades, desde à admissão no serviço público municipal até as licenças médicas.

Quanto as faltas por doenças, só serão concedidas após a avaliação médica que deverá ser feita no prazo de 24 horas, após a data de expedição de licença.

Em caso de impossibilidade, o servidor deverá solicitar uma visita domiciliar do Departamento de Saúde, localizada no Pronto Socorro Central - Telefone 192 - Horários: 8:00 às 10:00 horas; das 11:00 às 13:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas.

#### 6.2.1.11 Setor de Remoção:

O Setor de Remoção tem a finalidade de prestar atendimento à pacientes de baixa renda que necessitam ser removidos para tratamento de hemodiálise, radioterapia, curativos, consultas, exames e fisioterapia, bem como tratamento especializado em São Paulo.

O serviço atualmente conta com três viaturas, uma para atender a hemodiálise e radioterapia (em Santos), uma para atender as remoções dentro do município e a terceira para as remoções intermunicipais fora da Baixada Santista. A média de atendimento é de trinta a quarenta pessoas ao dia.

Horário de atendimento: das 7:00 às 19:00 horas.

Triagem com Assistente Social: das 8:00 às 12:00 horas.

Local de atendimento: Rua Marivaldo Fernandes, s/n (Pronto Socorro de Vila Júlia), Telefone: 387-3777 ou 192.

#### 6.2.1.12 Serviços Privados:

Integram ainda a rede de serviços de saúde local um hospital privado - Hospital Ana Costa, com sede em Santos, que atende pacientes particulares e conveniados; um Ambulatório e um Pronto Socorro da Unimed; o Hospital Santo Amaro, que oferece aos usuários um convênio próprio, segundo o hospital, a baixos custos, o "Dom Domênico" e algumas clínicas menores: Clínica Consolata; Policlínica Santa Helena; Clínica Radiológica Guarujá; Grupo Khol Médica; CEMI; Med & Cia.

O sistema de saúde do município do Guarujá , anteriormente à implantação das Divisões Regionais (DIR), estava subordinado ao ERSA 52 - Santos; atualmente está vinculado à DIR XIX, responsável pelos municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá , Itanhaém , Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente; sediada no município de Santos.

O Departamento de Saúde gerencia todos os serviços de saúde do município do Guarujá , sendo é um órgão ligado diretamente à Prefeitura, há 22 meses a cargo do Dr. Péricles de Oliveira.

#### 6.2.2 Visitas aos Serviços de Saúde

Em relação às Unidades visitadas e ações desenvolvidas, encontrou-se dificuldade na observação e coleta de dados em função da greve dos serviços municipais. (Fotos 1 e 2, anexo 13)

A composição da rede pública de saúde e o atendimento prestado por cada modalidade de serviço (hospital, policlínicas, centros de saúde , pam, ambulatórios menores e pronto-socorro) já foram mencionados anteriormente quando discorreu-se sobre organização do sistema de saúde e modalidades de serviços.



O Hospital Santo Amaro localiza-se no centro do distrito de Guarujá . Foi fundado em 22/04/62 pelo Cônego Don Domênico Giuseppe Rangoni. Após a morte de Don Domênico, o hospital passou por várias administrações hoje pertence à Sociedade Santamarense de Beneficência do Guarujá e está sob intervenção da Prefeitura Municipal do Guarujá a partir de 01/04/93, época em que iria encerrar suas atividades.

O interventor atual, que assumiu em 17/01/95 é o Dr. Guilherme Bahamonde Manso.

Segundo plano estatístico fornecido pelo Hospital Santo Amaro, em setembro/96 o mesmo possuía um quadro com em média 750 funcionários, um total de 370 leitos, sendo 291 leitos/SUS, 64 leitos/Convênio, 15 leitos/particulares. Com base em informações cedidas pelo CIS, em julho/95 verificou-se que a disponibilidade de leitos por 1000 habitantes é baixa, não atingindo o parâmetro da O.M.S. que preconiza aos menos 2,0 leitos/1000 habitantes.

Além das quatro clínicas básicas (cirurgia, clínica médica, obstetrícia, pediatria), o hospital oferece leitos para AIDS e UTI; presta atendimento ambulatorial: pequenas cirurgias de urgência, dentista, ortopedia, endoscopia, fisioterapia, exames de oftalmologia, tomografia (a partir de setembro/96) entre outros.

A média de internações de janeiro a outubro/96 foi de 1580, de cirurgias foi 543, de partos foi 350.

Segundo faturamento A.I.H. os procedimentos mais freqüentes nos meses de agosto a outubro/96 foram: parto normal com atendimento ao recém-nascido em sala de parto (média - 191), cesariana com atendimento ao recém-nascido em sala de parto (média - 138), curetagem pós-aborto (média - 78), tratamento conserv. do traum. crâneo-encefálico (média - 82), tratamento clínico de acidente vascular cerebral (média - 44), perda de substância cutânea, lesões ex. (média - 48).

Entrevistando-se funcionários do hospital, obteve-se diversas informações.

- existência de C.C.I.H., Comissão Interna de Controle de Infecção Hospitalar, atuante;
  - lixo hospitalar recolhido por serviço especial em sacos brancos;
  - treinamento de 15 dias para funcionários novos, antes de irem para os setores - educação continuada, acontecendo periodicamente;
  - alta rotatividade de funcionários, principalmente na área de enfermagem;
  - contratação de funcionários extras (em média 50), na temporada, para recepção e enfermagem;
  - relação boa com Conselho Municipal Saúde;
  - necessidade de mais equipamentos e recursos humanos (principalmente enfermeiras);
- não há orientação de planejamento familiar;
- cesáreas são feitas no centro cirúrgico a partos normais no centro obstétrico, com pediatras na sala;
  - no berçário faltam isoletes, berços aquecidos, ar comprimido;
  - existe alojamento conjunto;
  - grande número de aborto (uso de citotec e permanganato);
  - grande número de prematuros, baixo peso;
  - é feito o PKU;
  - encaminhamento de recém nascido para seguimento nas Policlínicas;
  - número pequeno de gestantes de alto risco;
  - existência de uma única Assistente Social;
  - dificuldades com mães que acompanham filhos internados, que acabam atrapalhando o tratamento;
  - cobrança de taxas para exames, pois cota mensal pelo SUS é insuficiente.
  - não existe serviço de Psicologia.

- 70 leitos na enfermaria de pediatria, sendo que 10 estão desativados.
- doenças mais freqüentes em internação pediátrica: broncopneumonia, diarréia, anemia profunda, desnutrição. Média de internação: de 7 a 14 dias;

Algumas informações contraditórias:

- inexistência de capacitação, treinamento de R.H.;
- atendimento tardio no parto;
- inexistência de pediatra na sala de parto;
- partos na sua maioria feito por parteiras;
- transporte não estruturado;
- exames como ultrassonografias e tomografias, encaminhamentos para São Paulo ou Santos.

Em entrevistas feitas com usuários as questões mais presentes foram:

- demora no atendimento;
- insuficiência de recursos humanos e equipamentos;
- necessidade de outro hospital;
- alimentação fornecida insuficiente;
- pagamento de taxa pelo usuário SUS dependente relativa aos serviços prestados;
- atendimento de forma grosseira;
- só se é atendido quando se "coloca a boca no trombone";
- necessidade de um hospital geral, mas no distrito de Vicente de Carvalho;
- extrema dificuldade na marcação de consultas;
- quando existem queixas em relação ao atendimento e pagamento de taxas, orientações para que se faça um plano de saúde econômico, oferecido pelo próprio hospital.

O município do Guarujá conta com dezenove unidades tipo “centros de saúde” que realizam atendimentos de atenção primária e secundária. Onze destes, chamados de ambulatórios menores, têm em sua maioria atendimento clínico odontológico e pediátrico. Funcionam, com algumas exceções, apenas no período da manhã, período que poderia ser estendido.

As policlínicas (seis), os centros de saúde (dois) e o PAM (um), prestam além de outros serviços, de vacinação, o que seria desejável que houvesse também nos ambulatórios menores.

Foram visitadas as policlínicas: Vila Áurea, Santa Rosa, Pae-Cará, Vila Rã e CS II Guarujá. Através de entrevistas realizadas com funcionários presentes, em situação de greve, obteve-se algumas informações.

As Policlínicas atendem os usuários através de consultas agendadas. As ações desenvolvidas referem-se à:

- aleitamento materno (grupos de orientação, palestras);
- pré-natal;
- consultas de clínica geral;
- consultas de ginecologia;
- consultas de pediatria;
- atendimento a hipertensos e diabéticos, com controle de pressão arterial e fornecimento de medicamentos;
- visita domiciliar, para busca ativa de crianças com vacinas em atraso;
- aplicação de flúor em bebês;
- atendimento odontológico (incluindo tratamento de canal em uma das unidades);
- distribuição de tickets de leite para desnutridos (fornecimento irregular);
- atendimento de enfermagem.

Os problemas referidos foram:

- prédios adaptados, impróprios para uso de uma unidade de saúde;
- falta de medicamentos em geral;
- falta de material para curativos;
- demanda reprimida e em ginecologia-obstetrícia;
- faltam ambulâncias;
- faltam médicos.

Observou-se em uma das policlínicas a existência de prontuários por especialidade, ou seja um mesmo usuário podendo ter mais de uma matrícula (exemplo: mulher com uma matrícula/prontuário para clínica médica e outra para ginecologia), podendo ocasionar um desconhecimento por parte dos profissionais, em relação a outras doenças que seu paciente teve, ou algum tratamento que esteja fazendo em outra especialidade; se não houver a leitura do outro prontuário; dificultando assim a visão do paciente de forma integral.

Em relação ao CSII Guarujá , não há muita diferença quanto ao anteriormente citado para as policlínicas. Pode-se ressaltar o enfoque maior para o atendimento de TB, com consultas e trabalho multiprofissional envolvendo assistente social, enfermeira e visitadora sanitária. Foi mencionada a aplicação de BCG, palestras ministradas semanalmente sobre infectologia, atendimento em saúde mental e cardiologia.

Problemas citados:

- com a municipalização mudança de atendimento preventivo para curativo, interrupção de treinamento, abandono de programas. Aumento de equipamentos, porém sem muitas diretrizes, piora no acesso à recursos;
- evasão para tratamento em Santos;
- desconhecimento das políticas de saúde pelos funcionários.

O P.S.Vila Júlia não funciona propriamente como um pronto-socorro, tendo características que poderiam classificá-lo como uma unidade de pronto atendimento. Aloja em suas dependências o serviço Antirábico Humano.

Foram visitados dois locais que prestam serviços de saúde e não são vinculados à Prefeitura.

O Lar Espírita Cristão Elisabeth possui um ambulatório denominado Ambulatório Médico Espírita Dr. Bezerra de Menezes, onde existem dois médicos, pediatra e ginecologista; que atendem de segunda a sexta-feira pela manhã, uma enfermeira e uma atendente das 7:30 às 13:00. Esses profissionais são cedidos pela Prefeitura.

Prestam atendimento diário em média a 200 pessoas, entre consultas, fornecimento de remédio, alimentação, banho, etc. Fazem trabalho educativo com a população em relação à higiene. Tem uma creche que atende a 30 crianças na faixa etária de 2 a 6 anos.

Comentou-se que recebem pedido de dinheiro por parte da população, para pagamentos de exames feitos pelo SUS, referência de desconhecimento sobre municipalização da saúde, e que as doenças que mais atingem a população são: pneumonia e bronquite no inverno e desidratação no verão.

O Sindicato dos Empregados em Edifícios, Condomínios (resid. e com.) e Empregdos em Empresas de Compra e Venda, Locação e Administração de Imóveis (resid. e com.) do Guarujá - SEECLAG, oferece aos associados atendimento odontológico em dois consultórios, atendimento de enfermagem com uma auxiliar de enfermagem, prestando serviços o dia todo. Possuem uma ambulância para remoção não só dos associados, mas da população em geral, quando há solicitação e a mesma está disponível.

Dificuldades apontadas:

- cobrança pelos serviços prestados no Hospital Santo Amaro;

- desconhecimento geral em relação ao SUS;
- desemprego, problemas de habitação;
- falta de segurança;
- praias sujas, ruas abandonadas;
- grande número de atropelamentos;
- administração do município deixando muito a desejar;
- falta de esgoto.

### 6.2.3 Programa de atenção a Saúde da Mulher

O objetivo do Programa de Saúde da Mulher, segundo o Manual de Orientação ao Usuário na Rede Pública de Saúde - Departamento de Saúde - Prefeitura Municipal de Guarujá, é promover assistência integral à mulher, através de orientação e retaguarda por parte de equipe especializada, assegurando condições adequadas de saúde em todas as fases de sua vida.

O programa está distribuído por toda a rede, através dos seguintes subprogramas:

- Ginecológico;
- Pré natal e pós parto;
- Odontológico;
- De enfermagem (inalação, injeção, curativos, verificação de peso, pressão arterial, etc);
- Orientação para a estimulação do aleitamento materno;
- Suporte laboratorial em análises clínicas e de rotina pré-natal (como ultra-sonografia, preventivo de câncer ginecológico e de mamas);
- Cauterização de "feridinhas";
- Colposcopia e biópsia;
- Vacinação anti-tetânica;

- Encaminhamento hospitalar para casos de indicação cirúrgica;
- Retaguarda do ambulatório de especialidades (para diabéticas, hipertensas, obesas ...).
- Distribuição de medicamentos;
- Planejamento familiar, com orientação de métodos para evitar a gravidez:
- Acompanhamento da menopausa;
- Atenção à DST/AIDS à adolescência (como pode ser observado em programa específicos).

As ações referentes ao Programa de Saúde da Mulher eram centralizadas em um ambulatório específico que foi desativado. Atualmente, existe atendimento de ginecologia-obstetrícia nas Policlínicas , nos Centros de Saúde , no Posto de Assistência Médica e em alguns ambulatórios menores.

Observou-se que os atendimentos se processam basicamente na linha curativa, com exceção das ações desenvolvidas para estimulação do aleitamento materno.

#### 6.2.4 Programa de Saúde do Adolescente

Conforme informes do Departamento de Saúde, este programa é coordenado por um hebeatra, visando fornecer assistência médica aos usuários com faixa etária de 13 a 19 anos, bem como desenvolver sub-programas destinados ao acompanhamento da gravidez na adolescência.

Observou-se que os usuários, na faixa etária acima mencionada, são atendidos nos diversos serviços de saúde já citados, parecendo não haver sido implantado ainda este programa.



### 6.2.5 Programa De Atenção À Saúde Da Criança

Segundo informações do Departamento de Saúde, este programa tem por finalidade oferecer assistência preventiva e curativa para garantir o desenvolvimento saudável de crianças de 0 a 12 anos.

É desenvolvido nas Policlínicas e Centros de Saúde, através dos seguintes subprogramas:

- Incentivo ao aleitamento materno;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Distribuição de leite para crianças desnutridas de 6 meses a 2 anos;
- Vacinação;
- Tratamento de doenças infantis comuns;
- Atendimento especial a crianças de risco, isto é, prematuras e/ou com baixo peso ao nascer, ou que já foram hospitalizadas;
- Acompanhamento do desenvolvimento biopsico-motor e social de crianças de 0 a 5 anos.

Observou-se que estas ações são desenvolvidas através de consultas médicas, ou atendimento pelos diversos profissionais de forma individual, sendo que o único trabalho educativo feito com grupos de mães é em relação ao aleitamento materno.

Este trabalho é desenvolvido no CIAMA (Centro Integrado de Aleitamento Materno), onde utilizam técnicas de dinâmica de grupo, com a finalidade de orientar sobre como esvaziar a mama, etc. As funcionárias são treinadas para fazer esta dinâmica, o atendimento é agendado, mas a demanda espontânea também é atendida. As mães que estão inseridas no serviço quando param de amamentar são encaminhadas para as policlínicas, ou então quando as crianças completam um ano.

Atendem em média diariamente 30 crianças, é feita avaliação quanto ao ganho de peso da criança, mastite na mãe.

As policlínicas também oferecem atendimento em aleitamento materno.

O CIAMA recebe encaminhamento de médicos particulares, quando a mãe está com dificuldade para amamentar.

Problemas citados:

- mães carentes, que não tem dinheiro para transporte, para compra de medicamentos;
- falta de confiança inicial na médica, em relação à orientação para que não se forneça à criança água e chá;
- falta de investimento em informação para a população sobre o SUS;
- mães chegam traumatizadas com a experiência do parto, com dores.

Travou-se contato com a Pastoral da Criança, através de visita local e entrevista com um de seus coordenadores.

A Pastoral desenvolve um trabalho de levantamento do número de crianças por família nas favelas, pesagem e cadastramento dessas crianças mensalmente.

Cada favela tem 5 líderes que recebem treinamento e entre eles, um é eleito coordenador. Estes líderes orientam as mães quanto aos remédios caseiros, xaropes, pomadas, alimentação alternativa, noções de higiene. Quando a criança perde peso e não esteve doente a orientação é no sentido de reforçar alimentação (pó de casca de ovo, farelo de trigo, etc).

Referem a existência de muitas mães adolescentes, drogadas, pais alcoolistas.

As tarefas são divididas, um líder é responsável pelas gestantes, outro pela medicação, outro pelas crianças, etc.

Problemas mencionados:

- cobrança de taxa no hospital, quando necessitam de exames, pequenas cirurgias;
- falta de preocupação com a saúde da população;

- desconhecimento da realidade de vida da população.

Em visita à Associação de Mulheres Nossa Senhora Aparecida, obteve-se informações de existência de 200 mulheres cadastradas, com as quais é feito um trabalho de orientação em relação ao aleitamento materno.

Surgiram muitas reclamações:

- falta de água, luz, esgoto, escola, asfalto;
- o SUS não funciona;
- desconhecimento da maioria sobre a municipalização e existência de um Conselho Municipal de Saúde.

No Centro Comunitário Isabel Ortega de Souza, que pertence atualmente ao Departamento de Esportes (anteriormente pertencia ao Departamento de Educação) são oferecidos vários cursos para a faixa etária a partir de 4 anos.

O objetivo é tirar as crianças das ruas, existe muita procura por crianças da favela Rio do Meio que é a que fica mais próxima ao Centro Comunitário, porém o atendimento é aberto ao Guarujá todo, desde que haja vaga.

Não há integração entre os setores Esporte, Educação, Saúde, o que é visto como problema, pois muitas questões de saúde, por exemplo poderiam apresentar uma melhor evolução se as pessoas praticassem algum esporte.

Citou-se como fatores que inviabilizam um melhor desempenho deste equipamento:

- falta de recursos;
- esta área não tem prioridade;
- lazer inexistente nas áreas mais carentes.

### 6.2.6 Programa de Saúde da Terceira Idade

O objetivo deste Programa é oferecer assistência geriátrica para prevenir, detectar, tratar e acompanhar os problemas de saúde dos idosos, podendo receber apoio social e psicológico.

O idoso é atendido nos serviços de saúde, como usuário pertencente ao Programa do Adulto e em alguns serviços pela especialidade geriatria.

Existe no município de Guarujá outros serviços voltados para o atendimento do idoso, que não são específicos da área da saúde e que desenvolvem atividades ocupacionais e de lazer.

Foram visitados alguns desses serviços, mencionados a seguir:

- Centro de Atendimento à Terceira Idade (CAT), pertence ao Departamento de Promoção Social. As Atividades desenvolvidas são:

- reuniões às quintas-feiras, onde são feitas técnicas de descontração e organização das programações. Na última quinta-feira é a comemoração dos aniversariantes do mês.
- bazar, o dinheiro arrecadado é depositado em uma conta bancária, sendo posteriormente utilizado em benefício dos próprios idosos.
- atendimento psicoterápico quando necessário.
- ginástica, pintura em tecido, alfabetização, cursos (culinária, artesanato), passeios, excursões e bingo.

- Associação Vicentina de Santo Amaro, é uma instituição filantrópica, que abriga senhoras à partir de 60 anos que não têm condições de manutenção, pelo baixo salário.

A instituição não recebe nenhum tipo de subvenção, é mantida com as aposentadorias das usuárias e doações.

Abriga algumas idosas que não tem aposentadoria, são abandonadas pelos filhos na porta do asilo, ou são procedentes do albergue municipal, onde ficam por algum tempo.

A associação dispõe de um médico geriatra que atende duas ou três vezes na semana, ou comparece de acordo com a necessidade, ficando disponível, via telefone, 24 horas por dia.

- Associação Brasileira de Terceira Idade (ABRASTI), entidade de âmbito nacional, sem fins lucrativos. É mantida através das mensalidades pagas pelos associados no valor de R\$ 3,00 (três reais). Recebe ajuda do Departamento de Promoção Social, no que se refere a lanche e pagamento de salário de uma professora que trabalha na alfabetização de idosos. (Fotos8, anexo 13)

Desenvolve as seguintes atividades:

- aula de alfabetização;
- aula de inglês;
- artesanato (pintura em tecido, crochê, confecção e boneca, etc...);
- corte e costura;
- coral;
- festa dos aniversariantes do mês;
- aula de dança;
- bingo;
- passeios.

### 6.2.7 Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Aids e Doenças Infecto - Contagiosas

Segundo o "Manual do Usuário" , o programa desenvolve atividades de educação em saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, com retaguarda social e psicológica a portadores do vírus da AIDS (HIV) ou doentes de AIDS , e à pacientes com outras moléstias de transmissão sexual (sífilis, gonorréia, herpes).

Dispõe de um Hospital-Dia "Willian Rocha" que garante serviço ambulatorial e a internação dia, acompanhamento de equipe multiprofissional (infectologista, pneumologista, dermatologista, ginecologista, pediatra, dentista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, enfermeiras).

O programa prevê integração com a rede básica, na orientação/prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive com a distribuição de preservativos. Realiza orientação para a prevenção de doenças infecto-contagiosas, principalmente DST/AIDS, sendo responsável pelo trabalho educativo junto à população, fazendo o treinamento dos profissionais de saúde.

Através de entrevista com alguns técnico que atuam no Hospital-Dia "Willian Rocha", onde é desenvolvido o Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS e Doenças Infecto-Contagiosas, pode-se fazer contato com a dinâmica do mesmo e algumas atividades desenvolvidas.

É realizado pela assistente social trabalho individual e grupal, no leito e com a família em linha de apoio; faz grupo de mulheres voltado para a auto-estima. A maioria das participantes dos grupos não é de soro positivo, são familiares, acompanhantes e membros da comunidade local. O trabalho é voltado para a linha educativa e existe a preocupação em não segregar portadores, estimulando-se o convívio social.

No hospital, é feito trabalho preventivo / educativo com jovens, respeitando suas demandas.

Com relação a tuberculose, é realizada busca ativa (com recursos dos próprios técnicos), para casos de abandono de tratamento, e alguns desses casos são encaminhados para delegacia de polícia, onde será feito o tratamento de forma coercitiva.

O atendimento odontológico é só para HIV.

O ginecologista acompanha mulheres com doenças sexualmente transmissíveis / AIDS ou outras patologias, gestantes com hepatite por exemplo. Refere que no momento a maior incidência em seus atendimentos é de vulvo-vaginites, que é de 80% (associada com HIV em menor escala).

Relata que o Guarujá é uma das primeiras cidades onde a prefeitura está conseguindo bancar o AZT em gestantes, com isto, o risco para o bebê cai para 8% (no geral é de 25%), e com a carga viral diminuída a possibilidade da crianças negativar até os 2 anos é muito maior. "Esta é a diminuição da transmissão vertical do HIV", disse.

O Hospital-Dia "Willian Rocha" oferece teste HIV para todas as gestantes (pacientes). O ginecologista é quem dá notícia do resultado para a paciente.

Os partos HIV são realizados no Hospital Santo Amaro, sob responsabilidade do ginecologista do Hospital-Dia .

O laboratório do Hospital-Dia "Willian Rocha" é referência para toda rede municipal, e alguns tipos de exame, como por exemplo o elisa e baciloscopia de urgência são feitos para outros municípios, principalmente Bertioga. No caso da baciloscopia há dificuldades com o espaço físico.

Com relação a outros exames: hemograma, uréia, líquido, só são feitos para o Guarujá e sem dificuldades, os recursos humanos são suficientes, faltando às vezes equipamentos no laboratório.

Segundo informações colhidas, existe uma equipe interdisciplinar que trabalha de forma articulada, mas que não realiza atendimentos conjuntos. "Os profissionais ainda não conseguiram espaço para trabalho grupal entre técnicos".

Quanto ao atendimento psicoterápico geralmente as pessoas comparecem sozinhas; no caso de adolescentes, solicita-se acompanhantes. A população é flutuante, comparecem mais nos momentos de crise, isso dificulta a continuidade do trabalho terapêutico.

Além dos atendimentos terapêuticos individual e grupal, as psicólogas fazem reuniões com grupos, antes da realização do exame para AIDS, onde se informa e discute questões relativas à AIDS . Realizam reuniões com familiares, mães de crianças HIV positivo, a nível de informação e acolhimento.

A equipe refere, existência de recursos humanos e materiais suficientes. Há medicamentos para todos os pacientes, inclusive o novo "coquetel" para AIDS.

Percebe-se que os técnicos e os funcionários de maneira geral estão motivados, no entanto, os técnicos desempenham suas funções individualmente, não há uma atuação integrada da equipe, com exceção de alguns procedimentos, em que discutem casos, quando necessário.

Detectou-se, através de contatos com pacientes que se encontravam no Hospital-Dia "Willian Rocha" , que de maneira geral, os pacientes mostram-se satisfeitos com o atendimento, fornecimento de medicação e condições de funcionamento do Hospital-Dia. Um dos pacientes queixou-se do escasso contato com o médico e da falta de informação sobre o seu quadro clínico.



### 6.2.8 Programa de Saúde do Adulto

De acordo com o Manual de Orientação ao Usuário na Rede Pública de Saúde - Departamento de Saúde - Prefeitura Municipal de Guarujá, o Programa de Saúde do Adulto está subdividido em subprogramas:

– Hipertensão Arterial - a hipertensão arterial e as demais doenças do aparelho cardiocirculatório são a principal causa de morte na população da região.

O programa visa detectar hipertensos não tratados ou com tratamento descontinuado, promovendo assistência médica, a fim de evitar as complicações desta moléstia, aumentar a qualidade e a expectativa de vida do paciente, e reduzir a mortalidade. Para isso conta com as seguintes atividades:

- Desenvolvimento de ações, individuais e coletivas, para prevenção da hipertensão arterial e realização de diagnóstico precoce;
- Realização de exames médicos complementares para os pacientes;
- Fornecimento de parte da medicação específica para controle da pressão arterial.

– Diabetes - o objetivo é diagnosticar, tratar e manter o paciente com os níveis de glicose o mais próximo do normal, prevenindo as complicações causadas pelo diabetes mal controlado.

O programa é desenvolvido nas Policlínicas e Centros de Saúde, com retaguarda de profissionais do ambulatório de especialidades (clínicos, oftalmologistas, psicólogos, assistente sociais, etc...), desenvolvendo as atividades:

- o acompanhamento psicológico especial para crianças, adolescentes e adultos com diabetes de difícil controle;
- fornecimento de medicamentos para os pacientes cadastrados; e
- retaguarda laboratorial.

- Tuberculose - atende pacientes encaminhados pela rede básica de saúde e hospitais. Faz a busca ativa de casos entre os comunicantes, com o acompanhamento de equipe multiprofissional, enfermeira, psicólogo, assistente social, visitadora domiciliar, tisiologista e pneumologista. Desenvolve ainda, trabalho educativo através de palestras mensais, quando são distribuídos materiais informativos para comunicantes e usuários.

Constatou-se que os subprogramas, são desenvolvidos em todos os serviços da rede, basicamente, na forma de consultas médicas e que não existem trabalhos com grupos, em uma linha mais voltada para o preventivo. Segundo fala de funcionária de uma Policlínica:

- "O Programa de Hipertensão Arterial já foi solicitado várias vezes ao Departamento de Saúde, mas nunca é implantado. O Programa de Diabeteles, os Clínicos não orientam bem, os pacientes passam os finais de semana sem providenciar a insulina, porque acreditam que não tem importância, pois já receberam a medicação a semana toda".

## 6.2.9 Saúde Bucal

### 6.2.9.1 Objetivos:

Com o objetivo de melhor compreensão do assunto, o tópico Saúde Bucal será dividido em: descrição dos recursos físicos e humanos, programas e subprogramas, avaliação da fluoretação das águas de abastecimento, avaliação dos programas através de metodologia específica descrita pôr Narvai<sup>09,10,11</sup>, sondagem de enquetes e conclusões finais.

De acordo com informações obtidas junto ao Coordenador de Saúde Bucal do Departamento de Saúde (cirurgião dentista, reformado da Aeronáutica), a rede pública de saúde possui 40 cirurgiões dentistas (CD's) e 15 auxiliares de cirurgiões dentistas (ACD's), distribuídos em 20 consultórios. Não existem técnicos em Higiene Dentária (THD's). Estes funcionários são admitidos através de concurso, porém, não existe um programa de treinamento e reciclagem periódicos.

O atendimento ambulatorial é desenvolvido através dos procedimentos de emergência, curativos e coletivos, nas seguintes instalações:

Ambulatório Perequê,

Policlínica Vila Áurea,

Policlínica Morrinhos,

Policlínica Pae-Cará,

Policlínica Vila Rã,

Policlínica Santa Rosa,

Pronto Socorro Vila Júlia,

Pronto Socorro Santa Cruz dos Navegantes,

Pronto Socorro Vicente de Carvalho e

Hospital Santo Amaro.

Não existe um agendamento que controle o fluxo dos pacientes, cabendo a cada consultório gerenciar a demanda.

Os equipamentos odontológicos não são padronizados; possuem, basicamente: um aparelho foto polimerizador para restaurações estéticas , uma estufa, um amalgamador, uma cadeira odontológica , que são adquiridos através de licitação. A manutenção é realizada por uma empresa especializada (Dental Med) .

#### 6.2.9.2 Programas:

Para a elaboração dos programas destinados à Saúde Bucal, em agosto de 1995, foi realizado um levantamento epidemiológico de cáries através do índice CPO-D (cáries, perdidos e obturados, unidade dente permanente). Verificou-se que aos 12 anos de idade o CPO-D médio foi de 3,61 e em julho de 1996 esse índice foi de 2,37.

Embora a O.M.S. - Organização Mundial de Saúde, estabeleça como meta para o ano 2000, um índice máximo de 3,0 CPO-D aos 12 anos de idade, não foi possível traçar como parâmetro, pois o município não forneceu a metodologia científica (intervalo de confiança, o desvio padrão, número de profissionais envolvidos no projeto, calibração e o tamanho da amostra), para se conseguir este resultado num curto espaço de tempo.

A partir dos dados obtidos através do levantamento epidemiológico, no período de agosto de 1995 até julho de 1996, estabeleceu-se o Programa de Saúde Bucal com cadastramento dos pacientes e prestação dos seguintes serviços: assistência ambulatorial, procedimentos coletivos, doação de escovas e dentifrícios a cada 3 meses nas escolas da rede municipal e em uma escola da rede estadual. Bochechos semanais com fluoreto de sódio à 0,2%, e palestras educativas em creches do município a cada 3 meses.

A - Sub programas:

1- Odontologia preventiva para bebês. A aplicação tópica de flúor (A.T.F.) com solução neutra a 0,02% de flúor, realizada a cada 6 meses, segundo o risco de cárie do paciente. Esta aplicação é realizada por uma C.D. na Policlínica Vila Áurea.

2- Odontologia em pacientes especiais . Um C.D. presta atendimento a esses pacientes em unidade de referência de saúde mental, no Hospital Dia de Saúde Mental Dr. "José Forster Jr."

3- Odontologia a pacientes portadores do vírus H.I.V. . O atendimento é realizado por um C.D. em unidade de referência a esses pacientes, o Hospital Dia DST/AIDS Dr. "Willian Rocha".

#### 6.2.9.3 Fluoretação das Águas de Abastecimento:

O Município de Guarujá é servido por água fluoretada desde junho de 1984. Para este procedimento é utilizado o ácido flúor silícico. São feitos dois tipos de controle em relação à fluoretação:

a) realizado pela SABESP, através de método comparativo na Unidade de Tratamento de Água, onde as amostras são colhidas a cada 2 horas e anotadas em um boletim específico ( Boletim de Operação e Tratamento de Piaçaguera ).

b) realizado mensalmente através da coleta de 9 amostras de pontos diferentes, pelo Departamento de Saúde, através do seu coordenador, que as envia para análise no laboratório de Bioquímica oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, se verifica anormalidade dentre as amostras, efetua-se nova coleta no ponto da ocorrência para confirmação de anormalidade e devida correção.

#### 6.2.9.4 Avaliação das Ações Destinadas à Saúde Bucal

De acordo com os dados quantitativos fornecidos pelo Departamento de Saúde, através do Serviço de Saúde Bucal, acontece o repasse financeiro via SUS, que é quantificado através dos seguintes procedimentos: coletivos (PCI), odontológico individual (PI), odontológicos endodônticos (PE), odontológicos cirúrgicos (PC) e odontológicos coletivos (POC).

Em 1996 o município conta com 10 unidades de saúde que realizam POC. Este trabalho atende 1.100 crianças das creches municipais. As despesas com recursos materiais foram de R\$ 45.000,00 e R\$ 3.700,00 com serviços de empresas terceirizadas.

Os dados obtidos em 1993, referentes aos procedimentos odontológicos, foram: total de PC = 1.126 ; total de PE = 36.680; outros procedimentos total de =130.619, perfazendo um total de 168.425.

#### Dados obtidos em 1994:

#### Tabela 28

Procedimentos Odontológicos, realizados na rede municipal e filantrópica, Guarujá- 1994:

	MUNICIPAL	FILANTRÓPICO	TOTAL
Procedimentos Individuais	113.386	9.712	123.098
Procedimentos Endodônticos	3.587	1.911	5.498
Procedimentos Cirúrgicos	20.544	9.579	30.123
Procedimentos Odontológicos Coletivos	45.512	---	45.512
<b>TOTAL</b>	<b>183.029</b>	<b>21.202</b>	<b>204.213</b>

Fonte: Departamento de Saúde do Município

A) Indicador de modelo de atenção:

$$1) \text{ Ênfase em ações coletivas na saúde bucal} = \frac{\text{total de PC}}{\text{total de proced.}} \times 100$$

Esse indicador demonstra a quantidade de procedimentos relacionados com a prática de bochechos fluoretados e escovação com dentifrícios contendo flúor.

Os índices de ênfase em ações coletivas na saúde bucal foram de 0,7% no ano de 1993 elevando-se à 22,3%, em 1994, mostrando uma evolução da prática coletiva no município em relação à saúde bucal.

$$2) \text{ Ênfase em serviços especializados} = \frac{\text{total de PE}}{\text{PI} + \text{PE}} \times 100$$

Os índices de ênfase em serviços especializados na saúde bucal foram de 21,3% em 1993 e 22,4% em 1994, demonstrando a quantidade de extrações que estão sendo realizadas no município, um percentual grande em ações mutiladoras.

$$3) \text{ Unidades de Saúde Bucal que realizam o PC} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de Unid. que realizam PC}}{\text{Total de Unidades de Saúde}} \times 100$$

Esse indicador não mede cobertura de PC; apenas indica características do modelo de atenção e em 1996 apenas 33,3% de todas as unidades realizam procedimentos coletivos.

#### B) Indicadores de eficiência:

Esses indicadores dizem respeito à utilização dos recursos humanos, materiais e aos custos.

$$1) \text{ Duração do atendimento ( em minutos ) : } \frac{\text{Total de horas dos dent. Utiliz. Assit.}}{\text{Total de pessoas atendidas}} \times 60$$

estimativa para 1996 é de duração de atendimento de 8,7 min.

2) Custo do atendimento:  $\frac{\text{Total de despesas com R.H; R.M.Equip./ serv. 3}^{\circ} \text{ e instalações}}{\text{Total de pessoas atendidas}}$

O Município não forneceu o total de pessoas atendidas. Não foi possível construir séries históricas e cotejar os números relativos em diferentes momentos; sem conhecer os padrões de eficiência, não se pode tomá-los como referencial para a avaliação.

C) Indicadores de Efetividade:

A efetividade expressa o desempenho do programa ou das ações em termos quantitativos.

1) Cobertura de PC =  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de envolvidos em PC}}{\text{Total da pop. De 0 a 14 anos}} \times 100$

Em 1995 a cobertura de PC foi de 1,66% dos indivíduos entre 0 a 14 anos que receberam cuidados com os procedimentos coletivos: escovação supervisionada e práticas de bochechos em indivíduos acima dos 5 anos. Não foi possível obter informações que demonstrem as condições em que as ações são realizadas .

#### 6.2.9.5 Conclusões Finais:

Toda ação de Saúde Bucal, seja ela preventiva, curativa ou que atue sobre o meio ambiente, com isso repercutindo no indivíduo, deve estar orientada por Programas Específicos; porém, não deve estar separada das ações de outras áreas ,devendo fazer parte de um Programa Integrado de Saúde, estruturado em conhecimento técnico e específico.



Com base nas observações e informações obtidas, concluímos que a forma de implantação das ações de Saúde Bucal não condiz com a planificação e metodologia adequadas; portanto, os dados coletados são insuficientes para a avaliação correta do diagnóstico das mesmas.

Muito embora os profissionais envolvidos sejam interessados e dedicados, pode-se concluir que as ações de Saúde Bucal necessitam de ajustes técnicos que permitam avaliar e atender ao objetivo esperado que é o de retratar com fidelidade o diagnóstico deste setor. Para que isso ocorra, sugere-se sua reformulação, sustentada pela participação ativa de cirurgião dentista com capacitação em saúde pública e administração.

Já que o departamento se baseia em ações programáticas, estas devem ser institucionalizadas. Para tanto, considera-se necessário pesquisar e fundamentar diretrizes que permitam a prática do planejamento, estabelecimento de metas de curto, médio e longo prazo, adequada execução, permanente avaliação e controle dessas ações.

Sugere-se ainda, que se adote de forma clara uma estratégia política orientada para a adequação dos serviços à realidade, na perspectiva de sua transformação e desenvolvimento da consciência sanitária.

#### 6.2.10 Programa de Saúde Mental

O atendimento em Saúde Mental no Guarujá, segundo o "Manual do Usuário" , visa oferecer tratamento de qualidade, reconhecendo os direitos de cidadania dos pacientes, promovendo ações para facilitar a reintegração dos doentes na sociedade e reduzindo o período de internação. Garante tratamento de curta ou média permanência, com retaguarda médica, de enfermagem, psicológica e social.

As ações de Saúde Mental desenvolvidas no município de Guarujá caracterizam-se, principalmente, por serem de atenção secundária, realizadas no Hospital-Dia "José Forster", em funcionamento há 3 anos. O HD substituiu um ambulatório de Saúde Mental que funcionava nas dependências de um Pronto Socorro e foi resultado das reivindicações dos funcionários do ambulatório e mobilização da população.

Foi informado a existência de atendimento psicológico nos Centros de Saúde e PAM (3 unidades ao todo) e da criação recente de uma instituição denominada C.A.T.E.P.E., que presta atendimento a crianças com problemas de aprendizagem, pertencente ao Departamento de Educação.

O HD conta com a equipe técnica: 4 psiquiatras, 2 enfermeiras, 6 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional e 2 assistentes sociais. Equipe auxiliar: 9 auxiliares de enfermagem, 2 cozinheiras, 2 vigias, 2 motoristas, 2 monitores de horta e mais 2 monitores voluntários, ex-pacientes do HD. Atualmente têm quase 4.000 pacientes e avaliam a necessidade da criação de mais unidades de atenção secundária (também de atenção primária). O antigo ambulatório atendia cerca de 400 pacientes.

O hospital funciona de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 19:00 horas. Atendem: drogaditos, alcoolistas, psicóticos, neuróticos, epiléticos, deficientes mentais e presidiários (o médico vai ao Fórum).

O número médio dos principais atendimentos, nos meses abril/maio/junho/96, foi: usuários HD semi-internos (77); usuários para visita domiciliar (135); atendimento psiquiátrico individual (807); atendimento psicológico individual (689); atendimento psicológico infantil em grupo (121); atendimento psicológico adulto em grupo (240); triagem psicológica - adulto (304); atendimento social (203); grupo de alcoolismo (109); grupo de drogaditos (88); oficinas: de bolsas (21), de bijouterias (13), de expressão (17), de pinturas (19); triagem psicológica

infantil (38) e grupo familiar (17). Desenvolvem, também, atividades culturais e recreativas: passeios, viagens, excursões, etc.

Outros dados coletados: no HD está a única farmácia de psicotrópicos do Guarujá (não tem ocorrido problemas com falta de medicamentos). Ocorre reunião de equipe técnica mensalmente e de alguns setores semanalmente (enfermagem, por exemplo). Não há conselho de saúde local, mas tenta-se montar uma associação de funcionários, usuários e familiares de pacientes. Participam do "Movimento de Luta Antimanicomial". Contam com uma ambulância há, aproximadamente, um ano.

As informações referentes ao HD foram fornecidas por uma psicóloga e a chefe administrativa que relataram alguns problemas:

- interrupção de supervisão clínica - institucional há 2 anos, por falta de verbas;
- dificuldade de liberação de funcionários para cursos de capacitação e reciclagem;
- necessidade de criar-se mais um Hospital-Dia (as consultas de retorno da psiquiatria estão sendo marcadas para fevereiro/97);
- dificuldades de ordem discriminatória em relação ao paciente do HD, quando o mesmo necessita de tratamento ou internação para outros problemas de saúde (nas especialidades de gastro e cardiologia, por exemplo);
- problemas quando o paciente "entra em crise" nos finais de semana: são atendidos no Pronto Socorro e considera-se que "se perde o trabalho da semana";
- problemas com o acesso ao HD, que conta com apenas uma linha de ônibus;
- dificuldade para se conseguir internação psiquiátrica.

Na avaliação das funcionárias entrevistadas, o atendimento prestado pelo hospital nestes três anos, contribuiu significativamente para a redução do número de internações.

Na área de atenção à Saúde Mental visitou-se, também, uma entidade denominada PACTO (Prevenção e Auxílio Comunitário ao Toxicômano) que funciona há três anos, sendo que há um ano em espaço cedido pelo Estado (antiga sede da Vigilância Sanitária - local com ampla área livre).

Oferece internação por seis meses aos usuários de drogas e álcool (limite de vagas - vinte). A diretoria é formada por ex-usuários; organizam-se num sistema de auto-gestão, todos participam das atividades de manutenção da casa. Outras atividades desenvolvidas: artesanato, esportes e horta.

Estão ligados a Comunidade da Linha do Senhor Jesus, que se norteia pela máxima: "Oração, Trabalho e Disciplina". São feitas reuniões diárias para seguir doze passos, que são as principais orientações a serem vivenciadas pelos moradores da casa.

Contam com trabalho voluntário de dois psicólogos e uma assistente social, funcionária do HD de infectologia, coordenadora de grupos de auto-ajuda para HIV positivos, que a partir desta atividade teve a iniciativa da fundação do PACTO.

Subsistem com doações, mensalidades dos internos (às vezes simbólicas), venda de adesivos e camisetas, entre outras fontes.

Os entrevistados comentaram sobre a dificuldade de reinserção social do ex-dependente, devido a discriminação que persiste. A entidade percebe as limitações do trabalho feito com toxicômanos, já reconhecidas anteriormente por profissionais da área.

### 6.2.11 Vigilância Sanitária

Os serviços de Vigilância Sanitária (V.S.) no município do Guarujá eram executados por funcionários municipais da equipe de Fiscalização de Postura (Dep. de Obras), que tinham sob sua responsabilidade a fiscalização de terrenos baldios, lixo, obras e uso de Jet-Ski nas praias, e por profissionais de Vigilância Sanitária Estadual (V.S.E.)

A municipalização dos serviços de V.S. se deu através da lei nº 2125, de 25 de setembro de 1990, que “estabelece normas de vigilância sanitária e institui taxas pelo exercício do poder de polícia” .

A citada lei foi regulamentada diante das seguintes considerações, entre outras:

- o Sistema Único de Saúde-SUS, prevê a execução de ações de vigilância sanitária.
- compete ao município a execução direta, entre outros, dos serviços de V.S..
- o disposto nos artigos 192 e 193 da Lei Orgânica Municipal, atribui competência ao município, em articulação com a União e o Estado, para planejamento e execução de ações de V.S..
- a municipalização da saúde, e serviços a ela relacionados, resulta na arrecadação de taxas e multas aplicadas pelo exercício do poder de polícia, em favor do município.

A regulamentação ocorreu em 12 de dezembro de 1990, através do decreto nº 4.525, que “aprova o Plano Municipal de Vigilância Sanitária e dá outras providências” .

O Plano Municipal de Vigilância Sanitária (P.M.V.S.)<sup>15</sup> estabelece e delimita as atribuições das ações de V.S. de competência concorrente do Estado e do município do Guarujá, ficando estabelecido que cabe ao grupo técnico de V.S. do ERSA-52 (atual DIR-XIX), complementar as ações de V.S. que a prefeitura não

executar, assim como capacitar o pessoal envolvido na execução deste plano, a fim de uniformizar os procedimentos nas ações fiscalizatórias.

Com a municipalização a equipe de Vigilância Sanitária Municipal (V.S.M.) passou a atuar composta por 16 funcionários: 8 da V.S.E. (municipalizados) e 8 provenientes do Dep. de Obras. Estes sentiram dificuldade no começo, por não terem completo conhecimento ou habilidade em tratar da legislação pertinente ao setor (Código Sanitário Estadual), no que foram auxiliados pelo pessoal da DIR-XIX.

A equipe de V.S.M. trabalha com 2 documentos: o de notificação, específico do setor de vigilância sanitária; e o de intimação, que é geral para a prefeitura.

As atividades de V.S. ainda são baseadas no Código Sanitário Estadual, decreto nº 12.342, de 27 de setembro de 1978. Apesar do artigo 5º da lei nº 2.125 dizer que " o município elaborará seu Código Sanitário Municipal no prazo máximo de dezoito (18) meses" . Em 1993 foi elaborado um projeto de código, o qual ainda não foi aprovado pela câmara de vereadores.

Atualmente a V.S.M. é constituída por 10 profissionais que ocupam os cargos de fiscal ou agente de saúde, 2 escriturários e ainda 3 fiscais de saúde funcionários do Estado. Uma bióloga-sanitarista é responsável pela coordenação deste setor. Para os membros da V.S.M. a maior necessidade atual seria mais uma viatura.

Esta equipe conta com o apoio técnico de profissionais de nível superior em diferentes áreas, que embora não façam parte do quadro da V.S.M., são funcionários da rede municipal de saúde:

- enfermeira - Coordenadora de Enfermagem - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- dentista - Coordenador de Saúde Bucal - Prevenção.
- médico do trabalho - Coordenador de Saúde Ocupacional.
- farmacêutica-bioquímica.

As principais atividades do serviço de vigilância sanitária municipal são:

1) Fiscalização sobre indústrias e comércio dos produtos relativos à saúde.

- atendendo solicitações via processos.

O serviço de V.S.M. expede mediante vistoria da equipe de fiscalização: Alvará Sanitário, Certificado de Vistoria Sanitária, Termo de Responsabilidade Técnica e Certificado de Vistoria Sanitária para veículos.

A demanda por processos para autorização de funcionamento aumenta muito na temporada de verão, que se estende até o término do carnaval, neste período os funcionários da V.S.M. trabalham em esquema de plantão, não podendo sair de férias.

- fiscalização de rotina:

Exercida em estabelecimentos que comercializam alimentos, que por não serem cadastrados pelo serviço de V.S.M., não são especificados quanto ao tipo e quantidade. Quando necessário a V.S.M. solicita listagens ao setor de Cadastro Técnico - Desenvolvimento Econômico.

O município caracteriza-se pelo comércio de pescado em geral, bem como pelo comércio ambulante diversificado, sendo que os ambulantes também não são cadastrados pelo serviço de V.S.M..

Quanto à fiscalização de pescados, além das vistorias periódicas aos estabelecimentos comerciais, o serviço de V.S., através de uma programação de coletas de frutos do mar em pontos críticos do município, seguindo orientação da DIR-XIX, envia amostras ao Instituto Adolfo Lutz - Santos.

Além disso, por iniciativa própria do município, vem sendo desenvolvido há cerca de 1 ano, programa de coleta de mariscos nos costões, com o auxílio do corpo de bombeiros, realizada a cada 3 meses, essas amostras também são enviadas ao Instituto Adolfo Lutz.

São enviadas também para análise, amostras de carne (bovina, suína, aves) coletadas no ponto de venda.

Existe ainda o controle e autorização para veículos transportarem alimentos.

Os estabelecimentos que comercializam medicamentos cadastrados no serviço de V.S.M. são:

farmácias comerciais - 05

farmácias de manipulação - 05

farmácia homeopática - 01

drogarias - 40

farmácias hospitalares e/ou despensários - 03

Esses estabelecimentos contam com farmacêutico responsável, utilizam o Livro de Registro e comercializam produtos e medicamentos constantes das Portarias nºs 27 e 28 da DIMED:

- a nº 27 trata sobre especialidades capazes de produzir modificação nas funções nervosas superiores, que exigem efetiva orientação médica continuada, devido a possibilidade de induzir efeitos colaterais indesejáveis.
- a nº 28 trata de substâncias entorpecentes.

Para estes estabelecimentos é expedida Licença de Funcionamento com renovação anual, especificamente: Alvará Sanitário Municipal e Termo de Responsabilidade técnica Municipal.

A fiscalização dos estabelecimentos comerciais de alimentos e de medicamentos tem periodicidade trimestral, com roteiro de visitas e elaboração de relatório, sendo expedida a Licença de Funcionamento com renovação anual, podendo haver imposição de penalidades como: multas, apreensões, interdições e inutilizações, quando cabíveis.



A equipe de V.S. fiscalizaria ainda 20 dedetizadoras e 15 distribuidoras de correlatos.

Não existem indústrias no Guarujá que estejam no âmbito de atuação do serviço de vigilância sanitária municipal.

A indústria Dow-Química está sob a atenção da vigilância sanitária federal, assim como o terminal de containers (tecon) e os navios, pois o porto é área de segurança federal.

## 2) Quanto aos serviços de saúde.

A equipe de V.S.M. fiscaliza 2 ambulatórios particulares, com periodicidade mensal fazendo relatório.

Fiscaliza 4 pronto-socorros, sendo 3 municipais e 1 particular (Hospital Santo Amaro), nestes a visita é trimestral com elaboração de relatório.

A fiscalização do uso de radiação em serviços de saúde (Raio-x) fica a cargo da vigilância sanitária estadual, assim como a fiscalização dos hospitais.

As clínicas odontológicas são fiscalizadas pela equipe da V.S.M., com exceção da parte de uso de radiação.

Quanto ao item sangue e hemoderivados a V.S.M. fiscaliza a estrutura física do estabelecimento, se possui refrigerador funcionando adequadamente, uso de material descartável. A parte de processamento do sangue e sua fiscalização fica a cargo da DIR-XIX - Hospital Guilherme Álvaro.

Vale lembrar que a vigilância sanitária municipal pode ser acionada por denúncia através do telefone (355-1929) e ainda exerce controle sobre barbearias, salões de beleza, academias de ginásticas, clubes e hotéis e piscinas (exigindo lavapés e chuveiro pré-piscina) utilizando KIT para controle de ph e dosagem de cloro.

## 3) Relacionado ao meio-ambiente:

- A vigilância sanitária desenvolve o programa PRÓ-ÁGUA, sob orientação e programação da DIR XIX -Santos.

O município do Guarujá é dividido em áreas de onde são coletadas amostras de água de abastecimento, seja do cavalete de chegada da água da rua, seja de bicas e fontes e demais pontos críticos.

As amostras de água são enviadas para o Instituto Adolfo-Lutz onde são realizados exames bacteriológicos e físico-químicos.

Os resultados das análises apontaram maiores problemas nos bairros Nova Perequê e Vila Baiana, que embora recebam água tratada, não na sua totalidade, utilizam uma rede de distribuição inadequada passando por valas de esgotos a céu aberto.

A vigilância sanitária exerce ação de controle quanto à limpeza e desinfecção de caixas d'água domiciliares. Com o surgimento da doença Cólera, a V.S.M. fez trabalho para orientar a população quanto a lavagem das caixas d'água, entregando solução de hipoclorito de sódio.

A V.S.M. possui cadastramento dos caminhões que transportam água potável.

- Quanto ao esgoto

A vigilância sanitária fiscaliza os sistemas individuais de esgoto, além de possuir cadastro dos caminhões limpa-fossa, os quais despejam o resíduo transportado no aterro sanitário municipal.

- Quanto aos resíduos sólidos

A empresa Vega-Sopave faz a coleta em locais previamente designados em contrato firmado com a prefeitura, a favela Da Maré por exemplo, não dispõe de serviço de coleta de lixo.

Os resíduos hospitalares também são coletados pela contratada Vega-Sopave, que só passa em estabelecimentos que constam do contrato com a

prefeitura, mediante a posse de alvará. Estes resíduos são levados para o incinerador.

O Centro de Controle de Zoonoses, por não constar do contrato entre a prefeitura e a Vega-Sopave, estranhamente, não tem seu lixo coletado, o que inclui animais mortos e agulhas e seringas usadas em vacinações animais. O C.C.Z. leva em caminhão próprio estes animais para o aterro, o que vem ocorrendo há 5 anos.

#### 4) Quanto a Saúde Ocupacional

Com base na Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7) publicada no Diário Oficial da União em 30 de dezembro de 1994. A vigilância sanitária municipal iniciou a implantação do programa de Saúde Ocupacional exigindo dos empregadores do município o controle médico ocupacional, através de exames admissionais, periódicos e demissionais, para cada funcionário de acordo com sua função.

A equipe de Vigilância Sanitária Municipal tem seus integrantes recebendo treinamento interno e externo.

O treinamento interno diz respeito a multiplicação de informações e o externo se refere à participação em cursos de formação e/ou qualificação, promovidos por entidades como: DIR-XIX, Sabesp e outras. Além das demais vigilâncias municipais.

Todos os fiscais/agentes de saúde possuem na área de alimentos: curso de Inspeção em Estabelecimentos de Alimentos e curso de Inspeção de Pescados.

Nas outras áreas de atuação, todos eles possuem: curso do Projeto Pró-Água e treinamento para o combate à Dengue, Febre Amarela e Malária.

Aos funcionários que fiscalizam farmácias são oferecidos cursos de capacitação.

Um problema apontado pela coordenadora da V.S.M. é o abate clandestino de animais e o posterior consumo desta carne por parte da população, além da destinação inadequada dos restos deste tipo de abate.

#### 6.2.11.1. CENTRO DE CONTROLE DE ZONOSSES

Existia no município, desde 1982, um serviço de vacinação e de apreensão de animais. No P.M.V.S., aprovado em setembro de 1990, consta como obrigação da prefeitura o controle de zoonoses, sendo então criado o Centro de Controle de Zoonoses.

Atualmente o Centro de Controle de Zoonoses conta com 1 veterinário, 1 motorista, 1 tratorista, 2 tratadores, 2 faxineiros, 2 escriturários, 2 encarregados e mais 3 funcionários responsáveis pela desratização com iscas (veneno), para desempenhar as atividades de:

- prevenção de raiva e leptospirose;
- auxiliar no controle de vetores.

#### - RAIVA

A prevenção da raiva se faz através de campanha anual de vacinação de cães e gatos e de vacinação contínua em posto fixo no próprio Centro de Controle de Zoonoses, utilizando a vacina Fuenzalida-Palacius, produzida no Paraná (TEC-PAR), recebida através da DIR-XIX.

A vacinação anti-rábica ocorre em postos montados sempre no mesmo local (escolas), no mês de agosto. Nos bairros Santa Cruz dos Navegantes e Prainha Branca, a campanha anual é realizada meses antes (abril ou maio), pelo fato de

serem localidades muito distantes, o que dificultaria o bom andamento da campanha se fosse realizada ao mesmo tempo para todos os bairros da cidade.

Para a campanha, o Centro de Controle de Zoonoses conta com o apoio da comunidade na forma de patrocinadores e voluntários, que auxiliam doando faixas, seringas, tintas, gelo; emprestam caminhões para o transporte de pessoal e materiais, fornecem lanche, etc.

Desde 1991 a campanha é feita utilizando-se uma agulha para cada animal, graças à compra efetuada pela prefeitura, ou à doação feita pelo Estado, de um lote de seringas descartáveis, com a data de validade vencida.

Segundo dados do C.C.Z. do Guarujá, as campanhas anuais de vacinação animal em 1995 e 1996, mostraram cobertura vacinal de, respectivamente, 80% e 83% da população canina.

Considerando-se as mini-campanhas nos bairros mais afastados e a vacinação efetuada continuamente no posto fixo no C.C.Z., a cobertura vacinal entre set/95 e ago/96 sobe para 89% da população canina.

Quanto à vacinação felina, a cobertura vacinal de 150% sugere que a estimativa da população felina em 10% da canina precisa ser revista.

Na prevenção da RAIVA é muito importante o serviço de captura de animais errantes, que segundo a veterinária responsável não é feito pelo Centro de Controle de Zoonoses desde 1994, quando os laçadores foram demitidos e não repostos. Ficou somente um laçador, prestes a se aposentar.

O Serviço Antirábico Humano atende pessoas mordidas por cães, gatos, macacos, preás, gambás e morcegos. O grande número de animais errantes aumenta o risco de contaminação humana pelo vírus rábico.

Até o início de novembro de 1996, já tinham sido registrados 510 casos de pessoas mordidas. Em 1995 foram notificados 639 casos de acidentes por

mordeduras de animais, sendo que no subdistrito de Vicente de Carvalho é onde ocorre o maior número de casos (Jd. Boa Esperança).

Apesar disso não existe mortalidade humana por raiva no Guarujá.

O Centro de Controle de Zoonoses busca animais doentes para sacrifício, agressores para observação e outros para doação, através de solicitação de busca de animal feita pela população.

O sacrifício é feito em câmara de CO<sub>2</sub>, mediante assinatura de autorização do proprietário, se for o caso.

O Centro de Controle de Zoonoses envia os animais mortos para o aterro, tanto os que estavam em sua unidade, como os que morreram nas vias públicas, quando é solicitado pela população.

Outro problema no que diz respeito ao controle da RAIVA, é o aumento no número de morcegos encontrados em domicílios ou outros locais. Isto vem ocorrendo devido ao desmatamento nos morros e regiões vizinhas à cidade; com a conseqüente destruição do habitat natural do animal, ele passa a abrigar-se em construções e domicílios (forros), principalmente os que ficam muito tempo fechados, representando perigo à população.

Os morcegos encontrados não são levados para o Centro de Controle de Zoonoses ou Instituto Pasteur em São Paulo para que possam ser identificados, o que deveria ser feito.

Quando o Centro de Controle de Zoonoses é requisitado por problemas com morcegos, não é realizada a captura dos animais, mas é feita a fumigação com permanganato de potássio e formol, depois do local ter sido cercado e os acessos tapados, após a saída dos animais. Essa fumigação visa prevenir doenças como a histoplasnose, além de também espantar os morcegos.

Esse tipo de fumigação também é utilizado em locais com grande aglomeração de pombos, pois a inalação de poeiras de fezes dessas aves, propicia a contaminação com o agente causador da criptococose.

#### - LEPTOSPIROSE

A prevenção da leptospirose exercida pelo Centro de Controle de Zoonoses, é a desratização química, feita de 2 maneiras:

- sistemática: em prédios públicos, canais, praias e cemitério.
- peri-focal: em locais onde houve caso de mordedura por roedor, cão com suspeita de leptospirose.

As iscas parafinadas, cujo princípio ativo é uma droga anti-coagulante (cumarim), são colocadas em linha com passe e repasse após 24 horas.

Quanto à saúde ocupacional, todos os funcionários do C.C.Z., inclusive faxineiros e escriturários, são vacinados contra RAIVA e fazem controle sorológico do nível de anticorpos antirábicos periodicamente.

A vacinação e o controle sorológico estão sob a atenção do médico responsável pelo Serviço Antirábido Humano do Guarujá, que providencia a coleta e o envio do sangue para o Instituto Pasteur, assim como a vacinação dos funcionários que apresentam título abaixo do preconizado pela OMS, que é de 0,5 UI/ml sangue. Além disso, os funcionários tem à sua disposição botas e luvas.

#### - CONTROLE DE VETORES

O combate aos mosquitos transmissores da Dengue e da Febre Amarela (*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), é feita por funcionários da Fundação Nacional da Saúde em conjunto com a SUCEN, trabalhando sob orientação da V.S.M..

O combate à esses vetores, além de outros insetos como formigas e cupins, é realizado através de dedetização em prédios públicos e pulverização de canais com produto cujo princípio ativo é um piretróide.

A população é informada sobre a necessidade de evitar os criadouros dos mosquitos, sendo atendidas as denúncias dos munícipes assim como as suas solicitações para pulverização domiciliar.

Quanto à saúde ocupacional, por iniciativa da SUCEN, os funcionários envolvidos na pulverização com piretróide passam por controle toxicológico periódico.

#### - SUGESTÕES:

\* A V.S.M. deve providenciar um cadastro próprio dos estabelecimentos fixos que comercializam alimentos, de acordo com o P.M.V.S., pois com esse cadastro é mais fácil vistoriá-los com a periodicidade prevista e especificá-los quanto ao tipo e quantidade.

\* A prefeitura, a V.S.M. e a comunidade da favela Da Maré, desenvolvam um programa conjunto, para coleta do lixo que há anos se acumula sob as palafitas. Desse programa constariam alguns pontos como:

- a população da favela Da Maré passaria a ter o seu lixo coletado pela empresa Vega-Sopave, através de contrato firmado entre esta e a prefeitura;
- seria desenvolvido um trabalho educativo junto à população tratando a questão do lixo;
- nos pontos escolhidos para a deposição do material pela população, para posterior coleta pela empresa, seriam colocadas caçambas, diminuindo o espalhamento do lixo nestes pontos;
- seja designado um dia fixo para a coleta em mutirão do lixo que já está acumulado;



- a prefeitura / V.S.M. praticariam esse multirão fornecendo botas e luvas para a população, além de promover o evento com faixas e outros recursos; e

- o envolvimento da comunidade poderá ocorrer através dos líderes comunitários.

\* Quanto a coleta de lixo hospitalar, é imprescindível que o C.C.Z. tenha o seu lixo coletado rotineiramente e levado para o incinerador. Para isso, basta que ele passe a fazer parte do itinerário de coleta, através de contratos entre a prefeitura e a empresa responsável pela mesma.

\* Quanto ao controle da raiva, é fundamental que ao C.C.Z. sejam dadas condições (recursos humanos e materiais), de realizar a captura dos animais errantes, diminuindo assim o número de acidentes humanos por mordeduras de animais, e conseqüentemente o risco de contrair a doença.

\* Seja instalado um matadouro, que segundo a opinião da própria coordenadora da V.S.M., resolveria o problema do consumo de carne clandestina.

Para isso seria necessário que:

- o matadouro fosse contruído e funcionasse de acordo com o preconizado pela Secretaria da Agricultura e Abastecimento e pela CETESB;

- a prefeitura criasse o Serviço de Inspeção Municipal (S.I.M.), controlando a qualidade do produto desde a recepção dos animais;

- fossem dados alguns incentivos fiscais para que o pequeno criador levasse seu animal para o matadouro e não preferisse fazer o abate no próprio quintal.

- seja realizado um contínuo trabalho educativo junto à população, visando:

1- alertar as pessoas do risco à saúde que representa o consumo de carne proveniente de abate clandestino.

2- esclarecer os criadores, da sua responsabilidade sobre eventuais agravos à saúde das pessoas (parentes, vizinhos, amigos e estranhos), que venham a consumir esta carne. Os criadores devem inclusive ser orientados a melhorar as condições em que criam estes animais.

### 6.2.12 Vigilância Epidemiológica

Segundo a lei nº 6.258, de 30/07/95: "A ação de Vigilância Epidemiológica compreende informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e às situações de agravos de saúde". De acordo com a lei nº 8.080, de 19/10/90, do SUS, cabe ao município a execução dos serviços de Vigilância Epidemiológica .

No município do Guarujá, a centralização dos serviços de Vigilância Epidemiológica ocorreu em 1993, quando estes passaram a funcionar junto ao Departamento de Saúde; anteriormente o serviço era feito nos Centros de Saúde.

A atual coordenadora do Serviço de Vigilância Epidemiológica, aponta a escassez de recursos humanos e a falta de viaturas como os maiores problemas, isso tem se caracterizado como um sério entrave no desenvolvimento do trabalho.

A equipe trabalha com Vigilância Epidemiológica e Imunização, e conta somente com:

- 2 enfermeiras
- 1 escriturária
- 1 auxiliar de enfermagem.

A escriturária também faz o levantamento de óbitos nos dois cartórios, sendo um no Guarujá e outro em Vicente de Carvalho. Por falta de recursos humanos esses dados não estão sendo trabalhados. Os atestados de óbitos são xerocados e arquivados, separados por sexo e faixa etária.

Quando o óbito ocorre, em virtude de doença de notificação compulsória - DNC, é feito levantamento para verificar se o caso já tinha sido notificado. Quando a resposta é negativa a pesquisa de foco é feita posteriormente.

O auxiliar de enfermagem visita diariamente o Hospital Santo Amaro e traz as informações, evitando assim a sub-notificação.

No caso de DNC é comunicada à unidade mais próxima da residência do paciente, que faz a visita domiciliar, quando dispõe de viatura.

Todas unidades da rede municipal de saúde notificam casos encaminhando-os para tratamento nos serviços com recursos de diagnóstico e tratamento dessas doenças. Esses serviços são:

- Hospital Willian Rocha
- CSI Vicente de Carvalho
- CSII Guarujá

Nos Centros de Saúde do Guarujá e Vicente de Carvalho são atendidas todas as DNC e Programa de Tuberculose.

O Hospital Willian Rocha atende à tuberculose, hanseníase e DST/AIDS.

O P.S. de Vila Júlia faz a profilaxia da raiva humana (Soro e vacinação).

O Centro de Controle de Zoonoses faz profilaxia da raiva animal, observação de animais agressores, profilaxia de leptospirose, controle de vetores e notificações para a SUCEN.

O Hospital Santo Amaro é centro de referência para acidentes com animais peçonhentos, atendendo também os casos que necessitam de internação.

No caso de doenças de veiculação hídrica o trabalho é feito em conjunto com a Vigilância Sanitária, que aciona a SABESP e CETESB, além de encaminhar amostras da água para o Instituto Adolfo Lutz no município de Santos.

Os impressos utilizados pelo serviço de Vigilância Epidemiológica são:

- S.V.E.-1 - ficha de notificação recebida das unidades;
- S.V.E.-2 - livro de registro da Vigilância Epidemiológica;
- S.V.E.-3 - boletim de notificação semanal, encaminhado para a DIR XIX.
- Fichas de notificação de doenças, como por exemplo: tuberculose, AIDS, meningite, etc.

Como a centralização do serviço de Vigilância Epidemiológica é recente e apresenta carência de recursos humanos, dados precisos sobre morbidade e mortalidade, anterior a 1995, são indisponíveis. O Boletim Epidemiológico do município, referente ao ano de 1995, está para ser lançado. O Departamento de Saúde, através do Serviço de Vigilância Epidemiológica, adiantou alguns dados referentes às Doenças de Notificação Compulsória. (Vide tabela 29)

Tabela 29

Doenças de Notificação Compulsória. Casos notificados e confirmados - Guarujá, 1995

DOENÇAS	CASOS NOTIFICADOS		CASOS CONFIRMADOS	
	Nº	%	Nº	%
AIDS	216	22,9	62	10,9
CÓLERA	32	3,4	-	-
DENGUE	3	0,3	1	0,2
ESQUISTOSSOMOSE	91	9,7	91	16,0
FEBRE AMARELA	1	0,1	-	-
HANSENIASE	41	4,3	41	7,2
LEISHMANIOSE	3	0,3	2	0,4
LEPTOSPIROSE	24	2,5	11	1,9
MALÁRIA	5	0,5	1	0,2
MENINGITE	168	17,8	96	16,9
PARALISIA FLACIDA AGUDA	1	0,1	-	-
RUBÉOLA	2	0,2	-	-
TÉTANO NEONATAL	1	0,1	-	-
TRACOMA	1	0,1	1	0,2
TUBERCULOSE	289	30,6	246	43,4
SUB-TOTAL	878	93,1	552	97,4
*OUTRAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO NÃO OBRIGATÓRIA	65	6,9	15	2,6
TOTAL	943	100,0	567	100,0

Fonte: SVE-1 - Guarujá

\* Hepatite, Condiloma, etc.

Obs.: Os casos de Dengue, Esquistossomose, Malária e Leishmaniose, foram importados de outros Estados.

A doença que apresentou a maior incidência no município de Guarujá, no ano de 1995, foi a tuberculose com 246 casos novos, confirmados, com coeficiente de 107/100.000 habitantes.

Tabela 30

Distribuição dos casos de tuberculose, por sexo e faixa etária - Guarujá, 1995

FAIXA ETÁRIA	SEXO					
	MASC		FEM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 1 ano	-	-	-	-	-	-
1 a 19 anos	17	10,30%	13	16,05%	30	12,20%
20 a 39 anos	89	53,94%	50	61,73%	139	56,50%
40 a 59 anos	47	28,49%	15	18,52%	62	25,20%
60 e + anos	12	7,27%	3	3,70%	15	6,10%
TOTAL	165	100,00%	81	100,00%	246	100,00%

Fonte: Departamento de Saúde - Guarujá

Segundo a Tabela 30 observa-se que o maior número de casos ocorreu na faixa etária de adultos jovens, entre 20 e 39 anos, em ambos os sexos, com predominância no sexo masculino.

Tabela 31

Distribuição dos casos de tuberculose segundo a forma clínica - Guarujá, 1995

FORMA CLÍNICA	Nº DE CASOS	%
PULMONAR	219	89,0
PLEURAL	10	4,0
GANGLIONAR	9	3,7
ÓSSEA	3	1,3
MENINGEA	1	0,4
OUTRAS	4	1,6
TOTAL	246	100,0

Fonte: Departamento de Saúde - Guarujá

Segundo a Tabela 31, nota-se que a forma clínica predominante foi a pulmonar com 219 casos, correspondendo a 89% do total.

Com relação ao local de residência, a maior concentração de casos ocorreu no distrito de Vicente de Carvalho, com 167 casos, sendo que o bairro de Pae-Cará apresentou 81 casos, o que corresponde a 33% do total.

Em segundo lugar aparecem as meningites com 96 casos confirmados e 72 não confirmados, assim distribuídos:

a) Doença meningocócica: 24 casos

incidência: 10,43/100.000 hab

Sorogrupo B - 8

Sorogrupo C - 3

Não sorogrupada - 13

b) Meningite provavelmente viral - 17

c) Meningite provavelmente bacteriana - 36

d) Meningite não especificada - 10

e) Meningite determinada - 9

Streptococan Sp - 1

Escherichia Coli - 1

Hib - 3

Criptococcus Sp - 1

Diplococo Gram negativo - 2

Diplococo Gram positivo - 1

Não confirmados - 72

Números de casos por mês, de meningite notificados em 1995.

Janeiro - 12

Fevereiro - 08

Março - 12

Abril - 10

Maio - 09

Junho - 15

Julho - 11

Agosto - 26

Setembro - 09

Outubro - 21

Novembro - 12

Dezembro - 23

A Esquistossomose aparece em terceiro lugar, com 91 casos confirmados.

Incidência: 39,5/100.000 hab.

O maior número de casos ocorreu no sexo masculino na faixa etária entre 15 e 39 anos.

O número de casos de AIDS vem crescendo no município de Guarujá. Foram fornecidos alguns dados pelo Departamento de Saúde, relativos ao ano de 1995. No entanto, nota-se a existência de incompatibilidade nestes dados. O documento que trata das doenças de notificação compulsória, apresenta a AIDS com 62 casos confirmados. Enquanto que, num outro relatório com dados mais detalhados sobre AIDS no município em 1995, o número de casos aparece da seguinte forma:

Adultos:	50 casos
Crianças:	3 casos
Total:	53 casos

Destes, 19 casos apresentaram associação com tuberculose. A faixa etária entre 20 e 39 anos foi onde ocorreu a maior incidência, com um total de 39 casos.

Quanto a forma de transmissão, ocorreu o seguinte:

Sexual: Hetero - 32

Homo - 5

Bi - 4

Ignorado - 9

Usuário de droga endovenosa - 3

Quanto à localização geográfica dos casos, ocorreram 33 em Vicente de Carvalho, sendo 13 destes no bairro de Pae-Cará. Dentre os 17 casos ocorridos no distrito Guarujá, 4 foram no bairro de Santa Rosa e 4 no Jd. Primavera.

A Hanseníase aparece em quinto lugar com 41 casos novos confirmados.

Incidência: 17,8/100.000 hab.

O bairro de Pae-Cará apresentou o maior número de casos.

Quanto a forma tem-se:

Indeterminada - 8

Virchiowiana - 13

Turberculoide - 14

Dimorfa - 6

Pacientes em tratamento até dezembro de 1995 - 98 casos

Prevalência: 60,4/100.000 hab.

Quanto a forma:

Indeterminada - 12

Virchiowiana - 56

Turberculoide - 15

Dimorfa - 15



Tabela 32  
Doenças de notificação compulsória - Guarujá, 1996 \*

Doenças	nº	%
AIDS	159	28,70
Dengue	1	0,18
Esquistossomose	90	16,25
Hanseníase	9	1,62
Hepatite	15	2,71
Leishmanióse	1	0,18
Leptospirose	15	2,71
Meningite	38	6,86
Acidentes por animais peçonhentos	9	1,62
Tuberculose	217	39,17
Total	554	100,00

Fonte: Departamento de Saúde do Guarujá  
\* Dados provisórios

Observando os dados da Tabela 32, notou-se que a tuberculose continua apresentando o maior número de casos, até 31/10 foram notificados 217 casos, com coeficiente de 95,9/100.000 habitantes, sendo que desse total 24 casos apresentaram associação com AIDS .

Tabela 33  
Distribuição dos casos de tuberculose por sexo e faixa etária em Guarujá no ano de 1996

FAIXA ETÁRIA	SEXO					
	MASC		FEM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 1 ano	-	-	-	-	-	-
1 a 19 anos	14	10,37	14	17,07	28	12,90%
20 a 39 anos	63	46,66	47	57,32	110	50,69%
40 a 59 anos	52	38,52	16	19,51	68	31,34%
60 e + anos	8	5,93	5	6,10	13	5,99%
TOTAL	* 137	101,48	82	100	** 219	100,92%

Fonte: Departamento de Saúde - Guarujá  
\*valor verdadeiro = 135  
\*\*total verdadeiro = 217

Segundo a Tabela 33, observa-se que o maior número de casos ocorre na faixa etária de adultos jovens, entre 20 e 39 anos, em ambos os sexos, com predominância no sexo masculino.

Observa-se que 2 casos masculinos aparecem indevidamente, talvez resultado de erro de digitação; como foi impossível identificar em que faixa etária ocorreu tal erro, tornou-se impossível corrigi-lo.

**Tabela 34**

**Distribuição dos casos de tuberculose por forma clínica - Guarujá, 1996**

FORMA CLINICA	Nº DE CASOS
PULMONAR	198
PLEURAL	10
GANGLIONAR	9
ÓSSEA	1
MENINGEA	2
OUTRAS	3
TOTAL	223

Fonte: Departamento de Saúde - Guarujá

Obs.: Alguns pacientes apresentaram mais de uma forma clínica da doença.

De acordo com a Tabela 34 verificou-se que a forma clínica que predominou foi a pulmonar com 198 casos.

Com relação ao local de residência, a maior incidência ocorreu no distrito de Vicente de Carvalho, com 122 casos, sendo que o bairro de Pae-Cará apresentou 64 casos, o que corresponde a 29,49% do total.

2) Em segundo lugar aparece a AIDS com 159 casos registrados no primeiro semestre de 1996. Desses, 95 eram homens, 57 mulheres e 7 crianças. A proporção homem/mulher foi de 1,66:1.

Tabela 35

## Casos de AIDS - Guarujá, primeiro semestre de 1996

HOMENS		MULHERES		CRIANÇAS		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
95	59,75	57	35,85	7	4,40	159	100,00

Fonte: Departamento de Saúde - Guarujá

Em virtude do crescimento dos casos de AIDS no município, o Hospital Willian Rocha oferece serviços de testagem e aconselhamento sorológico, com o objetivo de avaliar a soroprevalência do HIV entre homens e mulheres atendidos na unidade e descrever as situações de risco dos indivíduos com sorologia positiva.

Foram avaliados retrospectivamente 1.755 formulários de pacientes atendidos na unidade, no período de janeiro de 1994 a 30 de abril de 1996. A testagem foi feita pelo método Elisa na primeira amostra de sangue, sendo repetida em uma segunda amostra quando o primeiro resultado foi positivo.

Tabela 36

## Resultados da sorologia na pesquisa para AIDS realizada no Hospital Dia "Dr. Willian Rocha" - Guarujá, janeiro de 1994 à abril de 1996

sorologia	sexo		Total
	Masc	Fem	
Positivos	214	131	345
*Negativos e não confirmados	715	695	1410
TOTAL	929	826	1.755

Fonte: Departamento de Saúde - Guarujá

\* 74 casos não foram confirmados; destes, 20 são inconclusivos e 54 ignorados

Tabela 37

Situação de risco obtida da pesquisa de sorologia para AIDS realizada no hospital dia "Dr. Willian Rocha" - Guarujá - janeiro de 1994 a abril de 1996

SITUAÇÃO DE RISCO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HETERO	91	42.6	99	75.6	190	55.0
DROGAS	48	22.4	5	3.8	53	15.4
HOMO	24	11.2	6	4.6	30	8.7
BI	11	5.1	1	0.7	12	3.5
IGNORADO	40	18.7	20	15.3	60	17.4
TOTAL	214	100.0	131	100.0	345	100.0

Fonte: Hospital Willian Rocha

Segundo os dados da pesquisa apresentados nas tabelas 36. e 37, a soroprevalência para HIV foi de 23,03% para os homens e 15,85% para as mulheres. A prática heterossexual aparece como a situação de risco mais importante em ambos os sexos. A relação masculino/feminino foi de 1,6:1, reafirmando a tendência no crescimento dos casos entre as mulheres.

### 6.2.13 Imunização

O controle da Imunização foi centralizado no Serviço de Vigilância Epidemiológica junto ao Departamento de Saúde, em 1993. O atendimento ao público que recebe vacinação é feito em 9 (nove) locais:

- 6 Policlínicas
- 2 Centros de Saúde - Guarujá  
Vicente de Carvalho
- 1 PAM - Vicente de Carvalho

A vacinação B.C.G. é feita apenas em três locais:

- CSI
- CSII
- 1 Policlínicas

Seria conveniente que o serviço de vacinação, inclusive B.C.G., fosse estendido para todos os postos de atendimento (ambulatórios menores), facilitando assim o acesso dos usuários.

A Vigilância Epidemiológica recebe vacinas e insumos da DIR XIX, faz o controle do estoque e distribui para as unidades segundo um calendário pré estabelecido. Das unidades recebe relatórios mensais do movimento e pedidos para o próximo mês.

Tabela 38

Cobertura vacinal da população de menores de 1 ano e com 1 ano completo - Guarujá, 1993 a 1995

ANO	B.C.G.		POLIO		DPT		SARAMPO		SCR	
	DOSE	COB	DOSE	COB	DOSE	COB	DOSE	COB	DOSE	COB
1993	4.989	78,5	4.073	64,0	4.256	66,9	4.060	63,8	4.203	72,4
1994	5.150	105,5	4.604	94,0	4.830	99,0	4.209	86,0	4.820	84,4
1995	4.976	108,0	4.426	96,0	4.627	100,0	4.645	100,0	5.088	114,0

Fonte: DIR XIX

Tabela 39

População estimada nas faixas etárias de menores de 1 ano e com 1 ano completo - Guarujá, 1993 a 1995

FAIXA ETÁRIA	1993	1994	1995
< 1 ANO	6.355	4.887	4.623
= 1 ANO	5.805	5.712	4.472

Fonte: Fundação SEADE

Nota-se nas tabelas 38 e 39, que no período de 1993 a 1995 ocorreu uma diminuição da população de menores de 1 ano e daquela com 1 ano completo.

Observa-se também, que nesse período houve um aumento da cobertura vacinal. Essa cobertura em 1995 variou entre 96% e 114%. Isso pode estar indicando uma maior cobertura vacinal, ou que a população dessas faixas etárias estavam subestimadas, ou ainda, a ocorrência do atendimento de pequeno percentual da população flutuante.

O pessoal que trabalha com Vigilância Epidemiológica e Imunização, frequentemente, é encaminhado pelo Departamento de Saúde do município para participar de cursos de treinamento e reciclagem. Essa iniciativa recebe o apoio e a colaboração da DIR-XIX, com quem o serviço mantém um bom nível de articulação.

Cursos realizados nos últimos anos:

#### 1. Na área de Hanseníase

- Estigma e Diagnóstico - Ministério da Saúde/C.V.E. - SP - (Secr.Est.Saúde)
- Hansenologia - Inst.Lauro de Souza Lima de Baurú - C.V.E. - SP
- Prevenção de Incapacidades - Inst.Lauro de Souza Lima de Baurú  
C.V.E. - SP.

#### 2. Capacitação em Epidemiologia e EPI - INFO

Sta. Casa de S.Paulo e CRT - DST / AIDS - S. Paulo - 1996.

#### 3. Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (T.B.V.E.)

C.V.E. - SP - (Secr.Est.Saúde).

4. T.B.V.E. para profissionais de nível médio da Baixada Santista  
DIR XIX e Vig. Epidemiológica de Cubatão, Bertioga, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente, 1996.
  
5. Curso de Difusão Cultural sobre uso e classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde  
10ª Revisão em Mortalidade  
Faculdade de Saúde Pública - USP - 1996
  
6. B.C.G. e P.P.D.  
Prefeitura do Município de Santos  
SEHIG - 1996
  
7. Capacitação em Sala de Vacina  
Ministério da Saúde e Sec.Estadual da Saúde  
C.V.E. - SP - 1993
  
8. 1º EPI - AIDS de São Viente - 1995
  
9. Seminário Regional de Controle de Raiva das DIR XVII e XIX - 1996
  
10. Treinamento para implantação do SINAN  
DIR XIX - CRT - DST / AIDS - 1996
  
11. Treinamento em Rede de Frio  
Imunização - C.V.E. - SP / DIR XIX - 1996
  
12. II Encontro de atualização em leptospirose  
Prefeitura Municipal de Santos  
SEHIG - 1996

#### 6.2.14 Serviços de Picados por Animais Peçonhentos

Dos 9 municípios que pertencem a DIR XIX (Santos), o município de Guarujá merece atenção, pois do total de 292 acidentes por serpentes peçonhentas, no período de 1993 a 1995, 87 (30%) aconteceram neste município (Tabela 40), em sua maioria por serpentes do gênero *Bothrops*.

Os acidentes com aranhas, escorpiões, abelhas, lacraias e taturanas, aparecem subnotificados (Tabela 41), assim como em todo Estado de São Paulo, principalmente em casos que a soroterapia não se faz necessária, segundo relatórios de 1993 e 1994 do Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE do Estado de São Paulo.

As pessoas acidentadas por animais peçonhentos são encaminhadas ao Hospital Santo Amaro, que possui soros para picados por *Bothrops* (serpentes do grupo das jararaca, jaracussus, urutus, etc) que é o anti botrópico: e o anti aracnídeo, que serve tanto para o *Phoneutria* (aranha armadeira) como pela o *Loxosceles* (aranha marron).

No Hospital Santo Amaro a responsabilidade do Serviço de Picados por Animais Peçonhentos está sob coordenação de um médico cirurgião plástico, que também é responsável, há mais de 7 anos, pelo serviço de Raiva Humana localizado no Pronto Socorro de Vila Júlia.

A prevenção de acidentes e tratamento de picadas por animais peçonhentos são feitas através de cursos e/ou palestras ministradas pelo Coordenador aos profissionais da área de saúde, bombeiros, militares, escoteiros, etc.

Nos anos de 1993 e 1994, no Estado de São Paulo, o município de Ubatuba foi o que registrou os maiores números de acidentes por animais peçonhentos, 48 e 54 casos, respectivamente e no Guarujá foram notificados 36 casos em 1993 e 31 casos em 1994.



Os dados, aqui apresentados, referem-se a coleta realizada no Hospital Santo Amaro, em 5 de novembro de 1996 e foram comparados aos dados já existentes no Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, Prof<sup>o</sup> "Alexandre Vranjac". A primeira vista nota-se que provavelmente no ano de 1996 está ocorrendo uma subnotificação dos dados, pois em comparação com os anos anteriores (Tabela 47) houve uma redução muito acentuada nos acidentes com animais peçonhentos (4 casos por picadas de *Bothrops*, 2 de aranhas).

Em conversa informal com o coordenador do serviço, este informou que devido a falta de funcionários, principalmente da Prefeitura para datilografar as fichas de acidentados, as mesmas estão atrasadas para serem enviadas à DIR XIX, daí, provavelmente o número reduzido de casos em 1996.

Dos dados notificados em 1994 e 1995, a distribuição de acidentes por serpentes peçonhentas do gênero *Bothrops* aconteceu em maior número nos meses de dezembro e abril, respectivamente (Gráficos 14 e 15) e não tem um período bem definido para ocorrência de acidentes quando comparados aos resultados obtidos no Estado de São Paulo, que há predominância nos meses quentes e chuvosos compreendendo os períodos de janeiro a abril e de outubro a dezembro.

Quanto ao sexo e faixa etária, no município de Guarujá há predominância de acidentes por serpentes peçonhentas nos indivíduos do sexo masculino que representaram 86% e 89% dos casos de 1994 e 1995, respectivamente, com frequência dos acidentes na faixa etária de 10 a 49 anos, 78% nos dois anos (Tabela 41 e 44). Os dados aqui evidenciados têm equivalência aos notificados em todo Estado.

Similarmente ao observado no Estado de São Paulo, onde 80% do local das picadas por serpentes peçonhentas acontecem no pé, segundo manual de vigilância epidemiológica, este mesmo fato pode ser verificado nos anos de 1994 (61%) e 1995

(63%) (Tabelas 42 e 45). Estes dados podem estar relacionados com hábitos desta serpente que é terrestre associado ao não uso de botas.

Com relação a atividade realizada no momento da picada, em 1994, 54% dos picados por serpentes peçonhentas estavam em atividades de trabalho (cortando banana, roçando o quintal e/ou atividades domésticas) e 31% estavam em atividades de lazer. Já em 1995, 43% estavam em atividade de trabalho e 52% estavam em atividade de lazer. (Tabelas 43 e 46)

Após a análise dos dados de picados por serpentes peçonhentas do gênero *Bothrops*, no município de Guarujá , verificou-se que os mesmos acontecem ao longo do ano quando as pessoas têm suas atividades próximo às matas. Para diminuir os índices de picados por estes animais é necessário fazer uma campanha preventiva incentivando o uso de equipamentos adequados (botas e luvas) e o conhecimento dos hábitos destes animais.

O município de Guarujá é uma estância de veraneio e com uma grande orla marítima. Os acidentes com animais marinhos (águas vivas) são frequentes, nos meses de janeiro e fevereiro, segundo o coordenador dos Serviços de Picados por animais peçonhentos, período em que a população cresce, porém não existem registros e estudos mais aprofundados sobre este fato.

Tabela 40

Distribuição dos Acidentes por animais peçonhentos, segundo tipo de animal e município da DIR XIX - Santos, 1993 a 1995

ANO	1993	1994	1995	TOTAL	1993	1994	1995	TOTAL	1993	1994	1995	TOTAL
BERTIOGA	3	9	2	16	1	0	1	2	0	0	0	0
CUBATÃO	7	12	9	28	0	0	0	0	0	0	0	0
GUARUJÁ	31	29	27	87	3	2	1	6	0	0	0	0
ITANHANHEM	4	27	12	43	0	2	0	2	1	0	0	1
MONGUAGUA	2	8	3	13	0	1	0	1	1	0	0	1
PERUIBE	22	19	20	61	0	4	2	6	0	1	1	2
PRAIA GRANDE	2	7	8	17	1	1	0	2	0	0	0	0
SANTOS	6	5	3	14	0	0	1	1	0	0	1	1
SÃO VICENTE	7	4	2	13	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	84	120	86	292	5	10	5	20	2	1	2	5

ANIMAL AGRESSOR ABELHA				TATURANA				SERPENTE NÃO PEÇONHENTA				
ANOS	1993	1994	1995	TOTAL	1993	1994	1995	TOTAL	1993	1994	1995	TOTAL
BERTIOGA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
CUBATÃO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUARUJÁ	0	0	1	1	2	0	1	3	2	0	1	3
ITANHANHEM	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2
MONGUAGUA	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2
PERUIBE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
PRAIA GRANDE	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	2
SANTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
SÃO VICENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
TOTAL	0	1	1	2	4	1	1	6	4	9	9	22

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. "Alexandre Vranjac"  
Divisão de Doenças transmitidas por vetores e Zoonoses

Tabela 41

Distribuição dos pacientes picados por animais peçonhentos segundo sexo, faixa etária e tipo de animal - Guarujá, 1994

SEXO FAIXA ETÁRIA	ANIMAL AGRESSOR															TOTAL
	BOTHROPS			ARANHA			ABELHAS			LACRAIA			TATURANA			
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
0 ─ 10	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
10 ─ 20	4		4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
20 ─ 30	9	2	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
30 ─ 40	3	1	4	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
40 ─ 50	2	-	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3
50 ─ 60	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
60 E +	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	20	3	23	1	-	1	-	-	-	1	1	2	-	-	-	26

Fonte: Levantamento de dados de fichas do CVE - Hospital Santo Amaro - 1996

Tabela 42

Distribuição de pacientes picados por animais peçonhentos segundo o local da picada e tipo de animal - Guarujá, 1994

LOCAL DA PICADA	ANIMAL AGRESSOR					TOTAL
	BOTROPS	ARANHA	ABELHA	LACRAIA	TATURANA	
MÃO	4	-	-	-	-	4
BRAÇO		-	-	2	-	2
ANTEBRAÇO	2	-	-	-	-	2
PERNA	3	-	-	-	-	3
PÉ	13	1	-	-	-	14
TORNOZELO	1	-	-	-	-	1
TOTAL	23	1	-	2	-	26

Fonte: Levantamento de dados de fichas do CVE - Hospital Santo Amaro - 1996

Tabela 43

Distribuição segundo atividades dos pacientes no momento da picada segundo tipo de animal peçonhentos - Guarujá, 1994

ATIVIDADES	NÚMERO DE CASOS					TOTAL
	ANIMAIS AGRESSORES					
	SERPENTE PEÇONHENTA	ARANHA	ABELHA	LACRAIA	TATURANA	
Lazer	7	-	-	-	-	7
Trabalho	12	1	-	-	-	13
Outras	1	-	-	2	-	3
Não anotado	2	-	-	-	-	2
TOTAL	22	1	-	2	-	25

Fonte: Levantamento de dados de fichas do CVE - Hospital Santo Amaro - 1996

Tabela 44

Distribuição dos pacientes picados por animais peçonhentos segundo sexo, faixa etária e tipo de animal - Guarujá, 1995

FAIXA ETÁRIA	SEXO												TOTAL						
	ANIMAL AGRESSOR																		
	BOTHROPS			ARANHA			ABELHAS			LACRAIA				TATURANA					
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T		M	F	T			
0 ┘ 10	1		1													1		1	2
10 ┘ 20	4		4				2		2										6
20 ┘ 30	5	2	7																7
30 ┘ 40	6		6																6
40 ┘ 50	1	1	2																2
50 ┘ 60	2		2																2
60 E +																			-
TOTAL	19	3	22				2		2							1		1	25

Fonte: Levantamento de dados de fichas do CVE - Hospital Santo Amaro - 1996

Tabela 45

Distribuição dos pacientes picados por animais peçonhentos segundo o local da picada e tipo de animal - Guarujá, 1995

LOCAL	ANIMAL AGRESSOR					TOTAL
	BOTROPS	ARANHA	ABELHA	LACRAIA	TATURANA	
MÃO	5	-	-	-	1	6
BRAÇO	-	-	-	-	-	-
ANTEBRAÇO	1	-	-	2	-	3
PERNA	3	-	-	-	-	3
PÉ	12	-	-	-	-	12
TORNOZELO	-	-	-	-	-	-
TOTAL	21	-	-	2	-	24

Fonte: Levantamento de dados de fichas do CVE - Hospital Santo Amaro - 1996

Tabela 46

Distribuição segundo atividades dos pacientes no momento da picada por animais peçonhentos e tipo de animal - Guarujá, 1995

ATIVIDADE	ANIMAL AGRESSOR					TOTAL
	SERPENTES PEÇONHENTAS	ARANHA	ABELHA	LACRAIA	TATURANA	
LAZER	12	-	2	-	-	14
TRABALHO	10	-	-	-	1	11
OUTRAS	1	-	-	-	-	1
NÃO ANOTADO	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>26</b>

Fonte: Levantamento de dados de fichas do CVE - Hospital Santo Amaro - 1996

Tabela 47

Distribuição dos Acidentes por animais peçonhentos segundo tipo de animal - Guarujá, 1993-1995

ANIMAL AGRESSOR	ANO				TOTAL
	1993 (1)	1994 (2)	1995 (3)	1996 (4)	
SERPENTE PEÇONHENTA	31	29	27	4	91
ARANHAS	3	2	-	2	7
ESCORPIÕES	-	-	-	-	-
ABELHA	-	-	1	-	1
TATURANA	2	-	-	-	2
SERPENTE NÃO PEÇONHEN	2	-	1	-	3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>104</b>

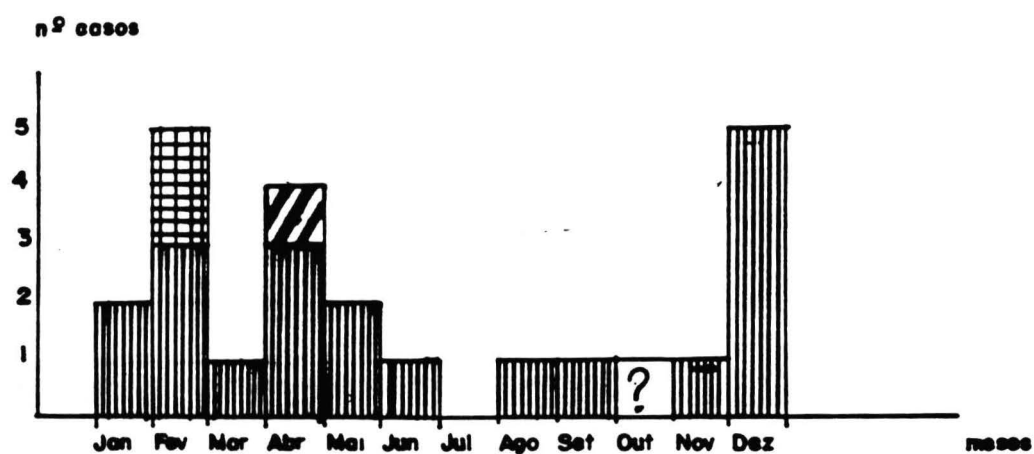
Fontes:

(1) e (2) - Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac - Divisão de Doenças transmitidas por vetores e zoonoses.

(4) e (5) - Levantamento de dados de fichas do CVE no Hospital Santo Amaro

## GRÁFICO 14

Distribuição mensal dos acidentes por animais peçonhentos segundo tipo de animal - Guarujá, 1994



FONTE: Levantamento dos dados no Hospital Santo Amaro

## LEGENDA



acidente por lecreia



acidente por serpente peçonhenta (Bothrops)



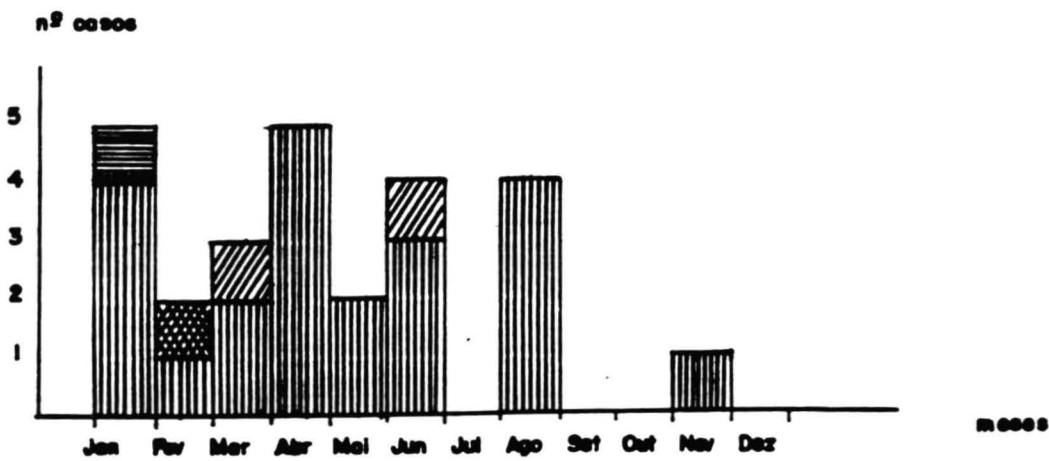
acidente por granha



animal não identificado





## GRÁFICO 15

Distribuição mensal dos acidentes por animais peçonhentos segundo tipo de animal - Guarujá, 1995



FONTE: Levantamento dos dados no Hospital Santo Amaro

## LEGENDA

-  acidente por taturona
-  acidente por serpente peçonhenta (Bothrops)
-  acidente por serpente peçonhenta não identificado
-  acidente por abelha



### 6.2.15 Estudo do Projeto Arquitetônico dos Hospitais-Dia "Dr. José Forster" e "Dr. Willian Rocha"

Para a execução da análise do fluxograma do Hospital-Dia, foi necessário o estudo do projeto através da planta de arquitetura fornecida pelo hospital.

O Hospital Santo Amaro não forneceu o projeto de arquitetura do prédio e na visita realizada verificou-se que ele sofreu várias reformas, estas dificultam uma leitura rápida do fluxo do edifício. Por isso foi elaborada apenas uma proposta de fluxograma para o Hospital-Dia.

#### Hospital-Dia - Análise do projeto de Arquitetura

Na visita realizada ao Hospital-dia verificou-se que o seu fluxograma não atende corretamente a necessidade da rotina diária.

Para melhor entender vamos dividir os serviços por setores:

##### Setor de atendimento ambulatorial

Sala de pré consulta

Sala de consulta / Epidemiologia

Sala de Odontologia

Sala de Atendimento Psicológico

Sala de Assistência Social

Sala de Terapia ocupacional

##### Setor de tratamento

Sala de inalação

Sala de enfermagem

Sala de procedimentos contaminados (curativos)

Sala de coleta

Setor de Enfermaria

Leitos masculinos

Leitos femininos

Berçário e infantil

Sala de expurgo

Sala de esterilização

Setor apoio

Farmácia

Laboratório

Almoxarifado

Setor de Serviço

Copa

Refeitório

WC e vestiário de funcionários

Dispensa

Lavanderia

Sala de Material de limpeza

Setor administrativo

Sala do coordenador

Sala de Reunião

Secretaria

WC

Setor de: circulação e espera

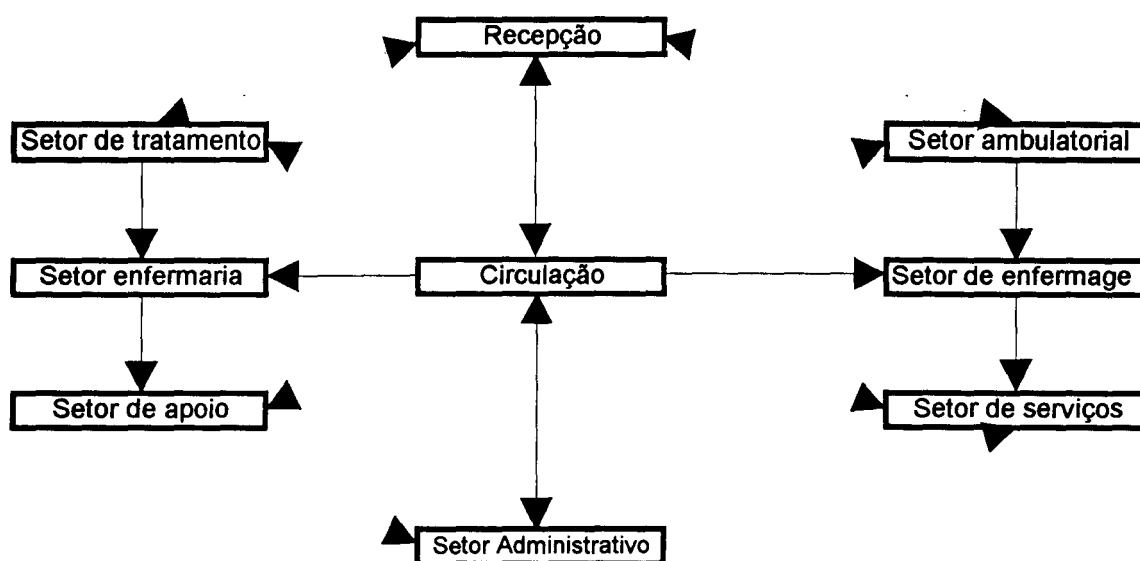
circulação do Público

Circulação interna da equipe médica e enfermagem

Quando os pacientes chegam ao Hospital-Dia devem ser encaminhados aos devidos setores através de uma circulação diferenciada, ou seja sem fluxo cruzado.

Sugestão de fluxograma:

Fluxograma para o Hospital-Dia



## 7. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

### 7.1. Contexto Histórico

Toda política tem implícito um grau de conhecimento e valorização da sociedade. Não há política descolada dos momentos históricos. O processo de implantação do SUS se dá ao longo da história e tem seu início na década de 60 quando começou-se a repensar o modelo de saúde vigente. Os modelos anteriores ao SUS eram excludentes, não havia universalidade e nem integralidade; as áreas eram compartimentalizadas: promoção, prevenção, reabilitação....

Em termos do financiamento era baseado na tributação dos salários. Começaram a ocorrer propostas racionalizadoras para mudança dessa situação esgotada. O ÚNICO de hoje, é justamente para romper um sistema que separava saúde pública e assistência médica.

Tem-se em 1967 a reforma e mudança de competência do Ministério da Saúde (Previdência Social/Assistência Médica) e a unificação dos institutos (INPS) - medida esta que visava a centralização, para melhor controle do movimento dos trabalhadores, pelo aparelho estatal.

Em 1974 cria-se o Ministério de Previdência e Assistência Social e o Conselho de Desenvolvimento Social. Privatiza-se a assistência, cria-se o Programa de Pronto Atendimento e crescem as empresas médicas. O governo permite que órgãos próprios ou conveniados assumam o atendimento de emergência à população, de forma desvinculada da previdência.

Em 1975, o governo assume que era necessário organizar e direcionar a dicotomia do sistema vigente. Cria o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229, de julho de 1995), porém com política ainda divisora.

Com experiência inicial em regiões do Norte/Nordeste e regiões subdesenvolvidas de Minas Gerais e São Paulo, cria-se em 1976, o PIASS - Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento. Este programa não vingou por divergência de interesses; nos grandes centros urbanos não interessava cortar a lógica da assistência médica.

Em 1977, em nome da "racionalização administrativa" é criado o Sistema Nacional de previdência e Assistência Social - SINPAS, composto pelo IAPAS, INSS e INANPS. Esta medida nada mais é do que o reforço da dicotomia e da centralização.

"Em síntese, o modelo médico-assistencial privatista tem como subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado, como ator social mais significativo a Federação Brasileira de Hospitais, e como núcleo ideológico a burocracia previdenciária.

O final dos anos 70 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista" (Mendes, 1995,06).

Os anos 80 iniciam-se marcados pela crise financeira da Previdência Social que, ao ampliar a cobertura de beneficiários de forma contínua, não criou novas fontes e mecanismos de financiamento que garantissem proporcionais recursos financeiros.

Por outro lado, movimentos populares emergem e passam a criticar o modelo de saúde vigente. O cenário é de crise econômica e social.

O Ministério da Saúde organiza em 1980 a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os "Serviços Básicos de Saúde". Apesar desta Conferência não ter contado com a participação popular, os técnicos presentes no plenário, ampliam a discussão sobre a descentralização assistencial e organizacional do modelo de atenção à saúde, surgindo o PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que propunha a integração da previdência com a saúde,

em sistema único. Este programa também não vingou, porque as forças opositoras (o setor privado) reagiram de forma violenta e ele, se quer nasceu.

O governo pressionado pela crise vivida no país, cria o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, para que o grupo estudasse alternativas para vencê-la. O Conselho sofre influências da sociedade, pois era ela quem detinha os conhecimentos críticos que poderiam embasar as alternativas. Após 2 anos tem-se o Plano CONASP, que faz o diagnóstico do sistema de saúde com relação a previdência, diagnóstico esse, centrado nas análises da oposição e que se configura como uma crítica à lógica do sistema.

À partir do plano CONASP são lançadas as bases para a reforma da previdência (1983) com:

- reformulação total do sistema de AIH, buscando-se diminuir corrupções;
- Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), onde as ações preventivas e coletivas de um Ministério deveriam estar integradas as do outro. Começam a surgir os primeiros convênios que vinculavam às AIS os estados e municípios (os serviços de saúde atenderiam a todos e seriam ressarcidos pela previdência). Surge um novo ator: o município, que pelo convênio das AIS, começa a construir sua rede, com gerenciamento e prestação de serviços. O convênio se expande para todas as áreas e municípios do Brasil.

Em 1985 tem-se na política de saúde da nova república um novo ator político incorporado: o movimento sanitário. Há então, um acúmulo de força política no cenário brasileiro que interfere e se incorpora no movimento geral de redemocratização, questionando todas as medidas autoritárias. O movimento conseguiu politizar a questão da saúde, transformando a luta pela sua reforma em causa política.

Em 1986, ocorre o evento político-sanitário mais importante da década: a VIII Conferência Nacional de Saúde, que diferentemente da VII, teve participação paritária da sociedade e estabeleceu as bases da reforma sanitária no Brasil.

"A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema " (Mendes, 1995, 06).

A expressão prática da proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde se dá em 1987, com a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que rompe com a idéia de convênio e subordina o INAMPS às secretarias estaduais de saúde. É algo mais que AIS e menos que SUS.

A Assembléia Nacional Constituinte conduziu em 1988 as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, produzindo texto que foi o resultado dos acordos possíveis, no interior do Congresso Nacional, onde figuravam diferentes atores sociais, envolvidos nas questões da saúde e com interesses econômicos e políticos variados.

"A Constituinte formou-se num espaço democrático de negociação constante ao longo das diversas etapas, onde desempenharam papel relevante um núcleo de congressistas apoiados pelas forças que vieram construindo o projeto da reforma sanitária"(Mendes, 1995, 06).

A Constituição Federal de 1988 incorpora as teses do Movimento Sanitário, tornando-as teses do país.

No início dos anos 90, o SUS passa a ser regulamentado através dos seguintes instrumentos jurídicos:

- a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- As Constituições Estaduais e
- As Leis Orgânicas Municipais.

Na Lei nº 8.080 tem-se reafirmadas as conquistas obtidas com a Constituição de 1988: saúde como direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; o SUS com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito a informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único em cada esfera de governo.

A Lei nº 8.142 vem dar complementariedade e contemplação às questões não resolvidas na Lei nº 8.080 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS, assegurando os Conselhos e Conferências de Saúde e, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As Constituições Estaduais reafirmaram o conteúdo da Constituição Federal e as Leis Orgânicas Municipais estabelecem o papel dos municípios perante o SUS, incorporando princípios federais e estaduais.

Tem-se ainda o decreto de 1993-SIA/SUS que proporcionou a passagem de recurso financeiro fundo a fundo (Municipal, Estadual e Federal).

Após as leis e decretos, o que realmente indica e conduz a implementação do SUS em termos de formas de gestão e repasse de recursos são as NOBs:

- NOB SUS/91 - Resolução editada pelo INAMPS. É importante no sentido de igualar os prestadores de serviço de saúde, do ponto de vista de remuneração.



- NOB SUS/92 - De cunho centralizador, permitia que o município se relacionasse com o Ministério da Saúde, diretamente, anulando a ação das Secretarias Estaduais.
- NOB SUS/93 - Revolucionária no sentido de fazer cumprir a lei, apontando a necessidade de descentralizar, passando para os municípios, em formas graduais a responsabilidade da gestão do sistema de saúde.
- NOB SUS/96 - Portaria do Ministério da Saúde nº 1.742 de 30 de agosto de 1996, aprova preliminarmente o texto da NOB do SUS, deliberado pelo Conselho Nacional e submete-o aos segmentos sociais interessados para, num prazo de 30 (trinta) dias, apresentarem contribuições ao seu aperfeiçoamento. Esta NOB tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função do gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (artigo 30, incisos V e VII e artigo 32, parágrafo 1º da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Em síntese, o SUS veio da luta pela redemocratização do país em busca de uma sociedade mais justa e um Estado representando os interesses da população. Por que? Por conta de um sistema anterior deficiente, dicotomizado e potencializador de ações centralizadoras.

A lógica do SUS é de eficiência e eficácia social e não econômica. Todas as ações de integralidade, equidade e universalidade são de competência pública. A saúde não é bem a ser comprado, mas direito do cidadão. O SUS é uma proposta política para uma política social de saúde inserida nas políticas públicas.

## 7.2 O SUS NO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ

### 7.2.1 A Gestão Municipal

Segundo as informações do Diretor do Departamento de Saúde do município de Guarujá (não se dispõe de completa documentação formal),

*“está implantada no município a gestão semi-plena, com Conselho Municipal de Saúde funcionando, com Fundo Municipal de Saúde, estamos avançados, dos 5.000 municípios do país, 124 são gestão semi-plena e já estamos nela”.*

O processo de municipalização teve seu início na gestão do último prefeito havendo a criação do C.M.S. e F.M.S. no segundo semestre de 1992. Criou-se, também, satisfazendo as exigências da NOB/SUS 93, e já na atual gestão, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e a Unidade de Avaliação e Controle (UAC), autorizante das AIH.

O financiamento das ações de saúde é feito através de repasse de verba fundo a fundo o que dá ao município, apesar de sua inadimplência perante o Governo Federal, a capacidade de gerir o sistema local de saúde.

### 7.2.2. A Participação Social

É através do Conselho Municipal de Saúde que são definidas as ações de saúde a serem realizadas no município, além da fiscalização das verbas para o setor.

O Conselho Municipal de Saúde deve ser tripartite, ou seja, dividido entre três tipos de representantes:

- População (entidades de bairros, movimentos populares, usuários, etc.).
- Poder Público (representante do município e do Estado).

- Administração e Prestadores de Serviços (hospitais, laboratórios, conselhos e associações de profissionais da saúde).

O Conselho Municipal de Saúde também deve ser paritário, o que quer dizer que metade dos representantes pertencem à população e a outra metade se divide entre administração pública, funcionários e prestadores de serviços.

Os representantes da população e dos funcionários devem ser eleitos, os da administração pública e dos prestadores de serviços deverão ser nomeados.

O Conselho Municipal de Saúde de Guarujá foi criado pela Lei nº 2.258, de 6 de agosto de 1992, modificado pela Lei nº 2.405 de 8 de junho de 1995 e reúne-se na primeira quarta-feira do mês, no Anfiteatro do Hospital Santo Amaro, às 19:00 horas. A participação é aberta à população, mas apenas os membros efetivos tem direito a voto.

São membros efetivos: 16 representantes dos usuários, 9 do setor governamental e 7 dos prestadores de serviço.

O Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei Municipal nº 2.258 de 6 de agosto de 1992, foi regulamentado no município de Guarujá através do Decreto nº 5.171 de 19 de setembro de 1995 e tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pelo Departamento de Saúde. Deverá ser supervisionado pelo Conselho Municipal de Saúde, que deve analisar o plano de aplicação dos recursos e as demonstrações contábeis de cada exercício.

O Decreto nº 4.823, de 23 de dezembro de 1992, aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Guarujá .

O Decreto nº 5.151, de 14 de julho de 1995, nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde de Guarujá .

A I Conferência Municipal de Saúde ocorreu no Guarujá, há 4 anos, no final da última gestão, hoje o município está indo para IV Conferência, que acontecerá

nos dias 29 e 30 de novembro e 1º de dezembro de 1996. Pré-Conferências Municipais estão em andamento “ para se discutir o caminho da saúde do município”, segundo informação do diretor de Departamento de Saúde.

O tema da IV Conferência Municipal de Saúde será “O SUS e a saúde começa no bairro”.

### 7.3. DESCRIÇÃO E COMENTÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

#### 7.3.1. Acessibilidade, entendida como:

- **acesso geográfico:** à toda população, cobertura universal, é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.
- **acesso funcional:** o serviço ter condição de atendimento oportuno, permanente e resolutivo.
- **acesso cultural:** respeito as características culturais da população.
- **acesso financeiro:** significa as barreiras financeiras existentes.

Percebe-se que no município de Guarujá o acesso aos serviços está, de certa forma, comprometido. Apesar da maioria da população dispor de Policlínicas em seus bairros, os serviços hospitalares (urgências, emergências, internações e especialidades) são de difícil acesso devido à distância e questões financeiras observadas nas falas da população:

*- “ Sistema Único de Saúde é um meio de atender as pessoas mais carentes que não tem condições de pagar, mas as pessoas tem dificuldades para serem atendidas, a médica faz a guia SADT, chegando no Hospital Santo Amaro a pessoa paga uma taxa de R\$ 15,00 para fazer o exame. Internação é muito difícil, precisei de uma cirurgia, tive que ir para Santa Casa de Santos”.*

Constatou-se que essa situação de duplo faturamento aparece em várias falas, até mesmo nas falas de funcionários do hospital que, de forma assumida, alegam que esse procedimento ocorre em função da insuficiente remuneração do SUS - “O SUS paga 100 (cem) exames e a demanda é de 300 (trezentos)”. O Hospital Santo Amaro opta então em cobrar pequenas taxas de todos os usuários por não ter como definir quais 100 (cem) terão seus exames cobertos pelo SUS.

Essa forma de contornar a questão dos baixos valores pagos pelo SUS, acaba por comprometer a resolutividades dos serviços. Outros técnicos da rede e que exercem seu trabalho em outras unidades colocam:

- ... *“Exames simples, como Rx, só são feitos no Hospital Santo Amaro, com o pagamento de taxas. Esses sistemas, SUDS, SUS, só mudam no nome, mas são todos inoperantes”...*

- ... *“Orientamos a população a ter um convênio de saúde, o Dom Domênico, por exemplo, porque é resolutivo. A população deveria ter a dignidade de ser atendida em consultórios com opção pelo profissional. O SUS nesse sentido não é resolutivo, sem contar que não oferece exames mais complexos, tendo os pacientes de serem encaminhados para Santos e até para São Paulo”...*

### 7.3.2. Territorialidade:

Significa a vinculação de uma população a uma determinada área que, não pode ser definida como, simplesmente, uma área geográfica, é mais do que isso, é um espaço eminentemente social, composto por diferentes pessoas, que por sua vez definem uma estrutura epidemiológica dinâmica.

À partir das respostas às perguntas:

- . Quantas pessoas?
- . Que tipo de pessoas?
- . Como se distribui essa população?
- . Como é o ambiente físico em que vive?

poderão ser definidas as necessidades da população, que por conseguinte irá subsidiar um conjunto de ações de saúde compatíveis à elas.

Este processo de identificação e intervenção transcende; não é atendimento à demanda, é atendimento às necessidades que nem sempre estão expressas na demanda.

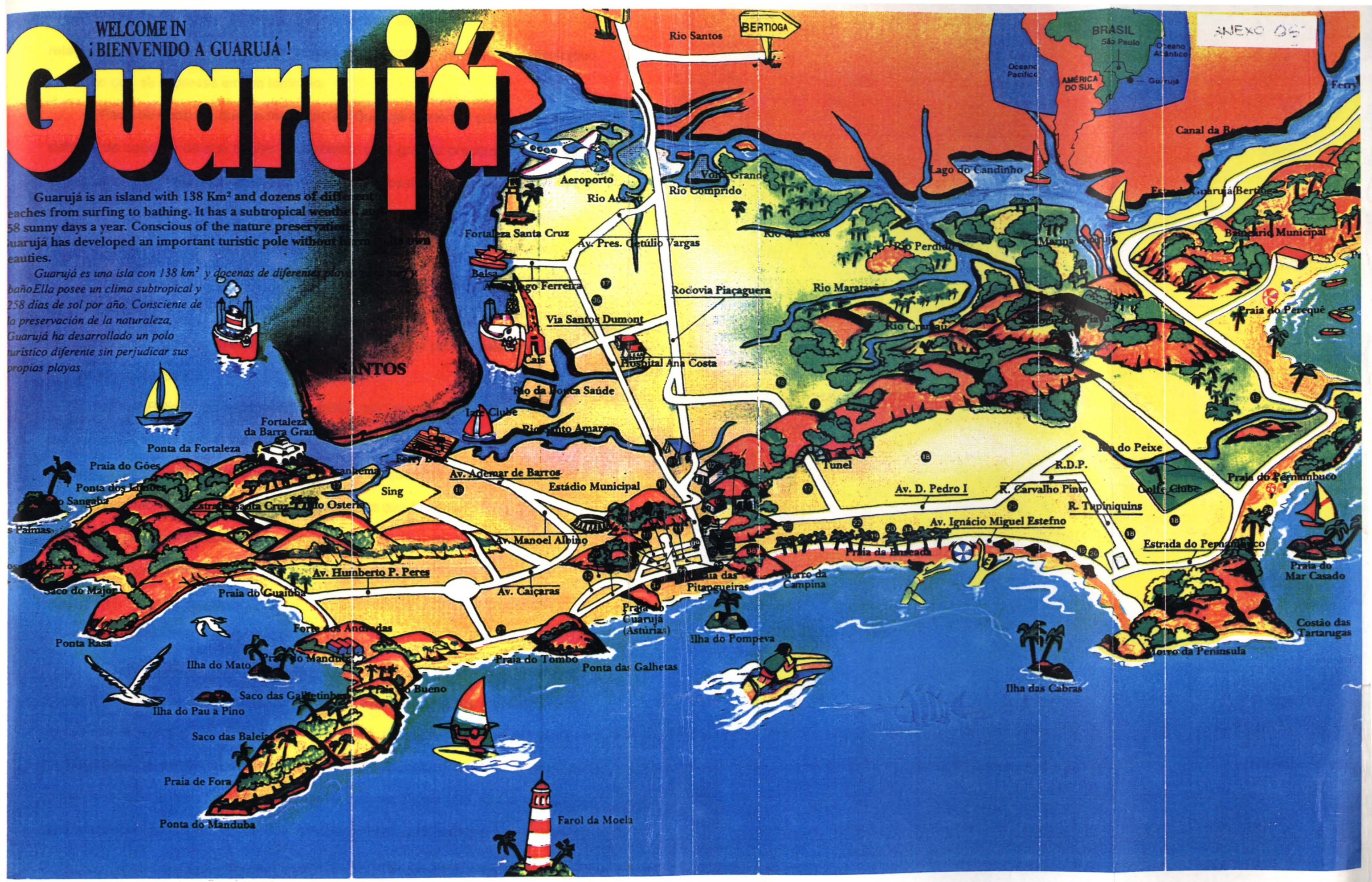


WELCOME IN  
BIENVENIDO A GUARUJÁ!

# Guaruja

Guaruja is an island with 138 Km<sup>2</sup> and dozens of different beaches from surfing to bathing. It has a subtropical weather with 258 sunny days a year. Conscious of the nature preservation, Guaruja has developed an important turistic pole without losing its own beauties.

Guaruja es una isla con 138 km<sup>2</sup> y docenas de diferentes playas para el baño. Ella posee un clima subtropical y 258 días de sol por año. Consciente de la preservación de la naturaleza, Guaruja ha desarrollado un polo turístico diferente sin perjudicar sus propias playas.





O Sistema Local de Saúde só tem sentido se levar em conta a idéia de relação constante entre serviços e população com processo epidemiológico dinâmico que se expressa em um território.

Pode-se observar que no município de Guarujá existe por parte do gestor do sistema de saúde e de sua equipe de trabalho, uma grande preocupação em estar disponibilizando o máximo de serviços de saúde possíveis, nos diversos níveis a todo os munícipes. Porém, o município instalou esses serviços (quando em outra gestão) através de critérios que não os epidemiológicos, ou qualquer outro que identifica-se população. Aponta-se como exemplo as policlínicas, algumas instaladas em imóveis alugados e conseqüentemente sub adaptados. São serviços que atendem a uma significativa demanda, mas que segundo a própria fala do diretor do Departamento de Saúde:

*- ... "as Policlínicas foram abertas, todas, em uma semana. Não houve tempo necessário para que elas fossem implantadas de forma que pudessem ser sentidas as características ambientais. Houve uma mistura de questões políticas, pois Santos, município vizinho, possui uma porção de Policlínicas que foram bem"...*

não houve para a instalação das mesmas qualquer tipo de levantamento/estudo junto à população envolvida.

### 7.3.3. Hierarquização

A hierarquização diz respeito às ações e serviços de saúde e decorre da constatação de que em um dado território existem pessoas com diferentes necessidades e em graus diferentes. Portanto, é uma relação concreta entre a complexidade da demanda (entendida como necessidades) e a complexidade das ações de saúde e significa colocar essas ações em níveis. Os níveis ajudam a compreender o referencial conceitual e operacional das políticas de saúde. O Sistema Local deve ser capaz de colocar no conjunto de seus serviços todos os



níveis de atenção para toda a população e de tal forma, distribuir esses serviços de modo a disponibilizá-los para que a população tenha: ACESSO + CONTINUIDADE + RESOLUTIVIDADE + EFICIÊNCIA (custos x impacto social).

Nota-se, que no município de Guarujá existe a preocupação em estar-se oferecendo à população ações em todos os níveis de assistência e mais marcadamente na atual gestão, vê-se a tentativa de priorização da atenção primária. O tema da IV Conferência Municipal de Saúde a ocorrer nos dias 29 e 30 de novembro e 1º de dezembro de 1996 será "O SUS e a saúde começa no bairro" e fazendo referência a ela o diretor do Departamento de Saúde fala o seguinte: *"Procuraremos criar na cabeça dos cidadãos, que o SUS começa no bairro, que não é no Hospital que a gente começa a resolver os problemas de saúde, e sim na questão do lixo, da água, do saneamento, na participação do agente comunitário de saúde e do médico de família, que vão ser áreas priorizadas na NOB/SUS 96"*.

Embora no discurso e no papel (Manual de Orientação do Usuário na Rede Pública de Saúde - Departamento de Saúde - Prefeitura Municipal de Guarujá), tudo está sendo resolutivo ou caminhando para ser, em entrevistas com funcionários e usuários da rede pública de saúde, não é bem isso que se pode constatar. Por exemplo, no Manual encontramos uma parte onde são elencados os Programas de Saúde do município que "têm por finalidade educar e prevenir a instalação de doenças e ou a agravamento do quadro clínico das mesmas, visando a melhoria da qualidade de vida do usuário". "In loco", ao perguntar-se nas Policlínicas, sobre do que as crianças mais adoecem, a resposta obtida foi *"de verminose"* com o complemento de que *"trata-se de um problema crônico, elas fazem o tratamento, mas vivem em ambientes que propiciam a reinfestação, é fato constatado, mas não existem ações para resolver essa situação"*.

Os usuários dos serviços, por sua vez, ao serem indagados se já haviam participado de alguma reunião de saúde no município, ou tiveram conhecimento da

ocorrência de alguma ou conhecem alguém que participa, na sua grande maioria respondem negativamente a qualquer das questões.

#### 7.3.4. Complementariedade

De acordo com a Constituição Federal podem ser contratados serviços privados, se o setor público for insuficiente.

A complementariedade também prevê a inter relação das regiões de saúde, ou seja, quando uma região (que pode ser um bairro, um município) não dispõe de um determinado serviço, se complementa com a outra, através do processo de articulação que permitirá oferecer à população todo nível de assistência que necessita.

No município de Guarujá existe um serviço contratado, que é o Laboratório Itapema, e que dá complementariedade ao sistema de assistência pública no que diz respeito à exames de sangue, urina, fezes, escarros e secreções (segundo o Manual de Orientação ao Usuário na Rede Pública de Saúde - Departamento de Saúde - Prefeitura Municipal de Guarujá ). O critério para definição e manutenção dessa contrato foi colocado pelo diretor do Departamento de Saúde do município, através da seguinte fala:

*- ...” para análises clínicas, hemograma, urina l, proto parasitológico de fezes, a meu modo de ver, é uma dor de cabeça para o município, porque precisa ter o equipamento, técnico responsável; quebrou precisa alguém arrumar na hora, é muito confuso. Então à princípio prefiro contratar serviço, nesse caso, e mante-lo e salvaguardar o laboratório de saúde pública que não tinha no município”...*

O município de Guarujá trabalha de forma articulada com o município vizinho, Santos, objetivando complementar a oferta de serviços à sua população em termos da complexidade tecnológica não disponível à nível local.

Esses serviços complementares são oferecidos:

1- Sob a responsabilidade da DIR/SUS XIX, que atua na região compreendida entre Bertioga e Peruíbe:

- Hospital Estadual Guilherme Álvaro, localizado na Rua Oswaldo Cruz nº 197 -Boqueirão - Santos, dispõe de ambulatório com profissionais de todas as especialidades e oferece internação nas clínicas médicas e cirúrgica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, isolamento para tuberculose e para a AIDS, além de U.T.I. (adulto e infantil) e Pronto Socorro Psiquiátrico que conta com 20 leitos para internações de curta permanência (até 72 horas)
- Posto de Assistência Médica - PAM/Aparecida, localizada na Avenida Epitácio Pessoa, nº 415, atendimento de 2ª à 6ª feira, das 7:00 às 19:00 horas, dispõe de profissionais em todas as especialidades clínica e cirúrgica, além de fisioterapia e laboratório.

2- Hospitais Conveniados no município de Santos, que fazem parte do convênio filantrópico com o SUS, responsabilizando-se pelo atendimento e internação de pacientes, mediante encaminhamento médico, nas clínicas: médica, cirúrgica, pediátrica e em ginecologia-obstetrícia:

- Santa Casa de Misericórdia de Santos - Avenida Cláudio Luís da Costa, nº 50.
- Hospital dos Estivadores - Avenida Conselheiro Nébias, nº 401
- Hospital Santo Antonio (Beneficência Portuguesa) - Avenida Bernardino de Campos, nº 47

Em contra partida, o município do Guarujá é referência para o município de Bertioga, oferecendo e prestando serviços de saúde para esse seu vizinho, no que diz respeito ao atendimento dos pacientes com problemas na área de saúde mental e DST/AIDS (Hospitais-Dia - “José Forster” e “Willian Rocha”, respectivamente) e

segundo o diretor do Departamento de Saúde do município, Guarujá é referência para o município de Bertioga, também no que se refere a ações de maior complexidade à nível terciário, através do Hospital Santo Amaro (partos de risco, por exemplo).

Segundo a DIR XIX, Guarujá, apesar de todas as dificuldades que vem enfrentando, decorrentes de uma “gestão municipal problemática”, mantém articulação constante com aquela direção, solicita seu apoio técnico e procura, à par de suas limitações, a melhoria qualitativa de suas ações, principalmente as de Vigilância Epidemiológica. Essas limitações dizem respeito a:

1- operacionalização do trabalho extremamente burocrático de preenchimento das inúmeras fichas da vigilância epidemiológica, frente aos poucos funcionários disponíveis e que vem sendo desenvolvido por conta do empenho de algumas pessoas envolvidas e

2- dificuldade de acesso à classe médica, extremamente fechada no Hospital Santo Amaro.

### 7.3.5 Descentralização

A descentralização é um princípio organizacional e de execução de atividades. Dos SUS, é a espinha dorsal. Se dá, através do processo de municipalização e redistribuição de responsabilidades. O município passa a ter, não só a transferência legal e material de serviços de saúde, mas também:

1. a diretriz de estarem esses serviços próximos do fato e do público;
2. a capacidade de oferecer solução aos problemas;
3. o poder de decidir e
4. os meios indispensáveis para efetivar a decisão.

Esse processo implica em que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior será a possibilidade de acerto.

Guarujá está municipalizado, dispõe de meios para decidir por soluções frente aos problemas de saúde. Está avançado na gestão semi-plena, portanto, é governo, detém o recurso financeiro. O controle social existe e é manifesto através do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde. Percebe-se o esforço do gestor da área da saúde, em mantê-la separada, ilesa, do restante da administração municipal, que segundo fala de representantes da população entrevistados, é de... "descontrole administrativo".

Embora, as condições para a efetiva implantação do SUS no Guarujá reúnam requisitos de extrema favorabilidade, é imprescindível chamar-se a atenção para aspectos, que muitas vezes, no "afogadilho do fazer", ficam relegados até, ao esquecimento.

Está se falando aqui, de questões ligadas ao planejamento das ações de saúde, ou melhor situando do próprio modo de planejar.

Cabe ao gestor do SUS, e com primazia na esfera municipal, estimular a participação comunitária, no sentido da identificação de novas formas de atendimento às necessidades de saúde da população, assim o cidadão/usuário, participando da indicação de soluções, poderá ser o legítimo avaliador de um sistema aos seus interesses destinado.

Observa-se, no Departamento de Saúde do Guarujá, uma tendência em estar resolvendo questões ligadas a setores e serviços, direcionando o planejamento a buscar soluções a nível de reformas de prédios, ampliações, mudanças, locações, aquisição de novas tecnologias, etc.

Alguns líderes comunitários, ex conselheiros municipais *de saúde*, referem em suas falas que:

- ... "o Conselho de Saúde é manipulado e serve apenas para aprovar, ou ser induzido a aprovar a utilização das verbas do Fundo Municipal, ou seja, assinar

*pápeis. Políticas de saúde não são discutidas, cansei dessa situação e resolvi não ir mais às reuniões”...*

O planejamento em saúde deve acontecer, na verdade, em função de problemas inerentes à sociedade e não às instituições e constituir-se em um processo que libere as capacidades críticas e criativas dos sujeitos envolvidos. Saúde/doença é cada vez mais um processo de determinação social e de solução política, com poderes repartidos e compartilhados.

O referencial de trabalho mais adequado a dar resposta as realidades locais, é o planejamento estratégico situacional que tem seus pressupostos em concordância com os princípios de descentralização, democratização, universalização, integralidade e equidade. O planejamento situacional pressupõe um processo de transformação à medida que busca identificar causas e interferir nos problemas de forma factível e viável, definindo claramente objetivos e metas.

Assim, como existem vários Brasis, existe mais de um Guarujá. Um está na orla das praias, bonito, majestoso e com população em grande parte flutuante. O outro está mais escondido, é preciso adentrar as periferias para descobri-lo, porém é lá que se encontra a maior parte da população fixa, população essa constituída, basicamente, por imigração recente e contínua; marcada pelo subemprego, exposta à precária situação de habitação e saneamento. São contextos sociais e culturais heterogêneos. Fica a pergunta: ações de saúde homogêneas atingirão satisfatoriamente as duas realidades?

Levando-se em conta a forma de gestão em que se encontra o município de Guarujá, é paradoxal constatar-se através de inquérito populacional, realizado com pacientes que estavam aguardando atendimento na rede local de serviços de saúde, as seguintes colocações:

1- com relação ao SUS:

58% referem desconhecimento total, não sabendo fazer qualquer referência a respeito;

18% referem ser a SUS, o antigo INPS;

9% referem ser o SUS, os serviços públicos de saúde;

6% referem ser, os serviços oferecidos pelas policlínicas;

3% referem ser, um serviços pago, metade pelo município, metade pelo paciente;

3% referem ser o SUDS;

3% referem ser o órgão nacional de atendimento à saúde.

#### 2- com relação à municipalização:

79% não sabem fazer qualquer referência a respeito;

12% referem ser a gestão feita pelo município ;

9% ouviram falar, mas não sabem o que é.

#### 3- com relação ao Conselho Municipal de Saúde:

76% não sabem do que se trata:

21% já ouviram falar, mas não sabem o que é:

3% referem ser o local onde os médicos e as pessoas se reúnem para discutir saúde.

#### 4- com relação à participação em reuniões sobre saúde:

79% nunca participou;

12% participaram de reuniões relacionados a programas de saúde do município (DST/AIDS, aleitamento materno, vacinação);

9% participaram de reuniões relacionadas com outras instituições (colégios, pastoral da criança, consultório do convênio).

Os resultados obtidos com esses questionamentos apontam possíveis falhas na democratização da discussão sobre o direcionamento das políticas de saúde desenvolvidas no município.

O cidadão comum, usuário do sistema local de saúde, parece pouco conhecer a existência de canais que lhe abram a possibilidade de estar lutando pela melhoria da qualidade de vida no seu município .

Sugere-se, então, ao Departamento de Saúde do Guarujá, observar, com relação a participação dos cidadãos, o seguinte:

“Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde”.  
(Ministério da Saúde, 1990<sup>08</sup>).



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cidade de Guarujá vive um cenário de crise político-administrativa que permeia todos os setores, tanto da vida pública como das outras instituições. Trata-se de assunto abordado em toda e qualquer instância do município.

Encontrou-se um clima reivindicatório, onde funcionários públicos, em greve, lutavam pelo recebimento de seus salários e a população, pelo fim da violência na cidade.

Esse contexto, movido por angústia e ansiedade, constituiu-se num fator de entrave para o fluir desejável ao presente trabalho. Foram, praticamente, três dias, dos cinco destinados à fase de campo, prejudicados, em função, de estarem os serviços de saúde com suas atividades interrompidas e, por conseguinte, sem a presença da população SUS dependente, único parâmetro legitimado a avaliar os serviços disponibilizados.

A época de pleito eleitoral / final de gestão, contribuiu, ainda, para: acentuar o nível de expectativa dos munícipes entrevistados; inviabilizar contatos necessários, como por exemplo com o prefeito e, impedir o acesso a documentos que subsidiariam possíveis análises situacionais.

Contudo, à par das dificuldades elencadas, buscou-se lançar um olhar crítico sobre o processo de implantação do SUS no município, baseado em documentos e informações verbais colhidas, "in loco", ficando mais uma vez reafirmado que a soberania de juízo, é da população.

Guarujá há cinco meses tem nas mãos a responsabilidade que a gestão semi-plena lhe confere, de gerir o sistema de saúde. Talvez ainda seja cedo para poder-se dispor de resultados, marcadamente positivos, advindos dessa conquista.

O que se pode notar com relação ao modelo de atenção à saúde desenvolvido no município é a amplitude dada aos serviços de atenção secundária e

terciária. As ações de saúde devem responder ao princípio de integralidade, porém, se a amplitude estiver voltada para a atenção primária, a demanda para os outros níveis poderá estar diminuída, o que automaticamente, acarretará um menor dispêndio financeiro.

O erro está em direcionar a atenção para o hospital. Deve-se facilitar o acesso ao hospital e tentar resolver o máximo das situações antes de se ter que chegar até ele.

As práticas sanitárias devem ser mudadas e isto, com certeza o Guarujá terá condições de fazer amadurecer e acontecer, combinando ações de cura com ações de prevenção.

Políticas intersetoriais, que contemplem:

- a melhoria do saneamento básico (água, esgoto, tratamento dos resíduos sólidos, etc);
- a melhoria das condições habitacionais e educacionais;
- uma efetiva articulação entre Setor Saúde e Setor Educação, que propicie mudanças necessárias;
- a implementação de ações de saúde reprodutiva, com ênfase na assistência a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal;
- a concretização da atenção voltada para o adolescente, em todas as suas interfaces (saúde, educação, cultura, esportes, lazer...).

que olhem com mais atenção as questões da violência; que façam uma ponte entre lazer e saúde, estarão contribuindo de forma decisiva para a melhoria da qualidade de vida no município e a conseqüente mudança do perfil epidemiológico da população.

Sugere-se ao município de Guarujá, como providência indispensável e primeira, para que o SUS esteja, concretamente, implantado e de forma a respeitar a

todos os princípios que o norteiam, a aplicação, para a definição das ações de saúde, do planejamento estratégico situacional.

Ousa-se ainda, sugerir ao município que busque junto à Faculdade de Saúde Pública da USP, que dispõe de corpo docente habilitado, a assessoria necessária a por em prática essa forma de planejar, que parte de uma realidade local e utiliza adequadamente, recursos humanos, físicos e financeiros.

## 9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (leis 8080/90 e 8142/90) SUS. 2ª ed. São Paulo, HUCITEC, 1995.
- 02 - FOCESI, E. Educação em saúde: campos de atuação na área escolar. Rev.Bras. Saúde Esc., 1 (1) : 19-21,1990.
- 03 - FUNDAÇÃO SEADE. Mortalidade e sobrevivência no Estado de São Paulo. São Paulo,1994. (Coleção informe demográfico, nº 26).
- 04 - GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro, Abrasco, 1994.
- 05 - LAURENTI, R; MELLO JORGE, M.H.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.O. Estatísticas de saúde. 2ª ed. rev. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1987.
- 06 - INSTITUTO BUTANTAN. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de Vigilância Epidemiológica. Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo, 1993.
- 07 - MENDES, E.V. et al. Distrito sanitário : o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo, ABDR,1995. p. 93-158. O processo social de distritalização da saúde.
- 08 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, DF, 1990.
- 09 - NARVAI, P.C. "Avaliação de Ações de Saúde Bucal"- texto produzido para a Oficina "Saúde Bucal no SUS" da Secretaria do Estado da Saúde - abril de 1996.
- 10 - NARVAI, P.C.. "Saúde Bucal: Assistência ou Atenção?". produzido para a Oficina "Saúde Bucal no SUS" da Secretaria do Estado da Saúde - setembro de 1992.
- 11 - NARVAI, P.C.. "Diagnóstico de Saúde Bucal"produzido para a Oficina "Saúde Bucal no SUS" da Secretadia do Estado da Saúde - versão de julho de 1996.
- 12 - PILON, A.F. Saúde e atenção das necessidades humanas básicas. Acadamus, 36 : 8-15, 1976.
- 13 - PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ. Departamento de Saúde. Manual de orientação ao usuário na rede pública de saúde. Guarujá, s.d.
- 14 - PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ. Departamento de Turismo. Guarujá 1996. Guarujá, 1996.
- 15 - PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ. Plano Municipal de Vigilância Sanitária; Processo nº 654/14.976/90. Guarujá, 1990.[Documento xerocopiado fornecido pela Prefeitura Municipal de Guarujá].

- 16 - SALOMON, D.V. Como fazer uma monografia: elementos de metodologia do trabalho científico. 4ª ed. Belo Horizonte, Interlivros, 1974.
- 17 - SCHRAIBER, L.B.. Programação em Saúde Hoje. São Paulo, Hucitec, 1993.
- 18 - SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. Centro de Vigilância Epidemiológica. Relatórios dos acidentes por animais peçonhentos notificados no Estados de São Paulo. São Paulo, CVE, 1993 e 1994.
- 19 - TEIXEIRA, C.F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: Mendes, E.V. et al. Distrito sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo, ABDR, 1995. p. 237-265.
- 20 - UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistema de saúde. In: Mendes, E.V. et al. Distrito sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo, ABDR, 1995. p.221-236.
- 21 - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Dados de população e alguns indicadores de saúde. São Paulo, 1996. [ Material elaborado pelos docentes, para aulas da disciplina de estatística vital].
- 22 - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Dados sobre implantação do Sistema Único de Saúde. São Paulo, 1996. [ Material elaborado pelos docentes, para aulas de políticas, planejamento e gerenciamento de serviços de saúde].
- 23 - VALADÃO, M. M. et al. Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos. Santos, Scritta, 1996.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA - ADMINISTRADOR HOSPITALAR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

01- Como é a estrutura do hospital ?  
\_\_\_\_\_02- Quais os principais problemas do hospital ?  
\_\_\_\_\_03- Quais os serviços oferecidos ? (especialidades, leitos, apoio e diagnósticos, RX, tomografia, exames ).  
\_\_\_\_\_04- Há referência e contra-referência com as U.S., Ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico ?  
\_\_\_\_\_05- Como é a participação do nível regional no processo de supervisão, avaliação e controle desse serviço?  
\_\_\_\_\_06- Qual o papel que o hospital deveria desempenhar em um sistema de saúde ?  
\_\_\_\_\_07- Qual o papel que o hospital está desempenhando ?  
\_\_\_\_\_08- Sendo o único hospital do Município, quais os problemas de acesso do usuário ao mesmo ?  
\_\_\_\_\_09- O hospital participa do processo de planejamento de saúde no Município ?  
\_\_\_\_\_10- Como está o quadro de funcionários ?  
\_\_\_\_\_11- É facilitado o acesso do funcionário à cursos , treinamento, reciclagem e supervisão ?  
\_\_\_\_\_12- Qual a sua opinião sobre a municipalização ?  
\_\_\_\_\_13- Em sua opinião, como nasce a população de Guarujá ? De que adoece ? De que morre ?  
\_\_\_\_\_14- Como é a atuação do Conselho Municipal de Saúde com relação ao hospital ?  
\_\_\_\_\_15- Qual a resolutividade do serviço ? ( demanda reprimida, internações hospitalares (eletivas), encaminhamentos de "casos" para outros municípios ).  
\_\_\_\_\_16- O que o Senho entende por S.U.S. ?  
\_\_\_\_\_

## ROTEIRO DE ENTREVISTA-SINDICATOS E ASSOCIAÇÕES

## ROTEIRO DE ENTREVISTAS -SINDICATOS E ASSOCIAÇÕES

-Data---/---/---

-Nome do entrevistador:

-Nome do entrevistado

-Nome da Entidade

-Características da Entidade

-Número de associados

-Área que abrange

-Tipo de assistência

-É gratuita: ( ) sim ( ) não

-Como e porque surgiu a instituição, há quanto tempo vem atuando e de que forma se/ se constituiu?

-Quais as conquistas que vocês já conseguiram atingir?

-Atendem a toda demanda que procura a instituição? Existe demanda reprimida?

-Quais os principais problemas que vocês mais identificam aqui em Guarujá?

-Como essa instituição se relaciona com as autoridades públicas da cidade?

-Essa instituição tem alguma atuação na área de saúde? ( ) sim ( ) não. Quais?

-Já ouviu falar no processo de municipalização? Conhece? O que?

-Conhece o CMS?

-Acha importante participar do processo de decisão no campo da saúde? De que forma pode se dar essa participação?

-Conhece as principais causas de doenças que atingem a população? Quais?

-Conhece as principais causas de morte da cidade? Quais?

(sómente para sindicatos)

-Qual a maior causa de acidentes de trabalho?

-Que tipo de acidentes de trabalho ocorrem?



**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DIRETOR DE UNIDADE**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Unidade (nome e código): \_\_\_\_\_

01- Quais os problemas que mais prejudicam a saúde dos munícipes ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

02- Esta unidade foi municipalizada ? Se foi, o que mudou com a municipalização ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

03- Qual sua opinião sobre o S.U.S. ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

04- Existe Conselho Local de Saúde ? Como é constituído e quais suas atribuições ? Elas são efetivamente cumpridas ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

05- Como se decidem as ações de saúde a serem desenvolvidas nesta unidade ? Quais são elas ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

06- Existem atividades educativas sendo feitas ? ( Planejamento Familiar, Hipertensos, Aleitamento Materno, etc. ).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

07- As consultas são agendadas ? Há pronto atendimento ? (se são agendadas, as pessoas esperam muito ?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

08- Todas as pessoas que procuram atendimento oferecido por esta entidade são atendidas ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

09- Quais os problemas de saúde mais frequentes ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10- Caso haja necessidade de encaminhamento, como ele é feito ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11- Sempre há o material de consumo necessário ? Quem é o responsável pelo suprimento ?

---

---

12- A manutenção do prédio e equipamentos é regular ? Quem é o responsável ?

---

---

13- Esta unidade tem relações de trabalho com outras Diretorias ( Departamentos ): Cultura, Esportes, Educação ? Intersetorialidade.

---

---

14- Quantos são os funcionários e quais suas funções ?

---

---

15- Na falta de funcionários há reposição ?

---

---

16- Os funcionários estão aptos a suprirem suas funções ? Se não, o que é feito neste sentido ? ( cursos, reciclagem, capacitação ).

---

---

17- Existem problemas com os funcionários ? Quais ?

---

---

18- É feita alguma avaliação dos trabalhos desenvolvidos pela Unidade, de seu funcionamento? Quem faz?

---

---

19- Em época de temporada o que é feito para atender a demanda excedente ?

---

---

20- Existe algum levantamento sobre a realidade local ? Qual é a relação dos serviços oferecidos com esta realidade ?

---

---

21- O que acha que poderia ser feito para atingir melhor desempenho que esta Unidade poderia oferecer ?

---

---

**T. C. M.**  
**TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL - Novembro / 96**

**INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM A POPULAÇÃO**

NOME DO ENTREVISTADOR:		Data: / /	
UNIDADE:			
RUA:		BAIRRO:	
NOME DO ENTREVISTADO:			
IDADE:	ANOS	SEXO MASCULINO:	FEMININO:
LOCAL DE NASCIMENTO:		ESTADO:	
MORADIA:		Nº	
BAIRRO:		MUNICÍPIO:	
COMO CHEGOU À UNIDADE ? : A PÉ: <input type="checkbox"/> ÔNIBUS: <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/>			
QUANTO TEMPO VOCÊ LEVOU:		OBS:	
COMO CONHECEU A UNIDADE:			

**01- NO SEU ENTENDIMENTO, DO QUE AS PESSOAS MAIS ADOECEM ? MORREM NA REGIÃO ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**02- VOCÊ UTILIZA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CIDADE ? SIM:  NÃO:**

QUAIS ? \_\_\_\_\_

ONDE ? \_\_\_\_\_

**03- TEM CONHECIMENTO DE OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERECIDOS ? SIM:  NÃO:**

QUAIS: \_\_\_\_\_

**04- COMO É FEITA A MARCAÇÃO DE CONSULTAS ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**05- HÁ DEMORA NA MARCAÇÃO DE CONSULTAS ? SIM:  NÃO:**

TEMPO: \_\_\_\_\_

06- OS RESULTADOS DOS ATENDIMENTOS SÃO SATISFATÓRIOS ? SIM:  NÃO:

JUSTIFIQUE: \_\_\_\_\_

07- DE 0 (ZERO) A 10 (DEZ), QUE NOTA VOCÊ DARIA AO ATENDIMENTO ? NOTA: \_\_\_\_\_

08- OS RECURSOS EXISTENTES ( HUMANOS/EQUIPAMENTOS ) SÃO SUFICIENTES ?

SIM:  NÃO:

JUSTIFIQUE: \_\_\_\_\_

09- QUAIS SÃO AS SUGESTÕES QUE VOCÊ TERIA PARA MELHORAR A SITUAÇÃO DA SAÚDE DA COMUNIDADE ?

( explorar os conceitos de saúde / saneamento básico / saúde bucal ).

10- PARA VOCÊ, O QUE SIGNIFICA:

\* S.U.S. ( Sistema Único de Saúde ): \_\_\_\_\_

\* MUNICIPALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

\* CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

11- VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA REUNIÃO SOBRE SAÚDE ? SIM:  NÃO:

CONHECE ALGUÉM QUE PARTICIPOU ?

OBSERVAÇÕES GERAIS: \_\_\_\_\_

# QUESTIONÁRIO PROPOSTO À POPULAÇÃO:

*AValiação DAS CONdições DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DA POPULAÇÃO  
RESIDENTE NO MUNICÍPIO DO GUARUJÁ EM 1996:*

1-ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA PROCUROU O C.D.NA REDE PÚBLICA ANO PASSADO  
OU ESSE ANO?

- ( )S ; PASSE PARA A QUESTÃO DE NÚMERO 2.
- ( )N ; PASSE PARA A QUESTÃO DE NÚMERO 3.
- ( ) NÃO SABE

2- PROCUROU POR QUAL MOTIVO?

- ( ) DOR DE DENTE
- ( ) CONSULTA DE ROTINA
- ( ) FAZER PREVENÇÃO
- ( ) OUTROS: QUAIS?

3-NÃO PROCUROU POR QUAL MOTIVO?

- ( ) NÃO HÁ C.D.
- ( ) NÃO CONSEGUIU VAGA
- ( ) NÃO HOUVE NECESSIDADE?
- ( ) OUTOS: QUAIS?

4- QUANDO O SR.(A) TEM DOR DE DENTE O QUE FAZ?

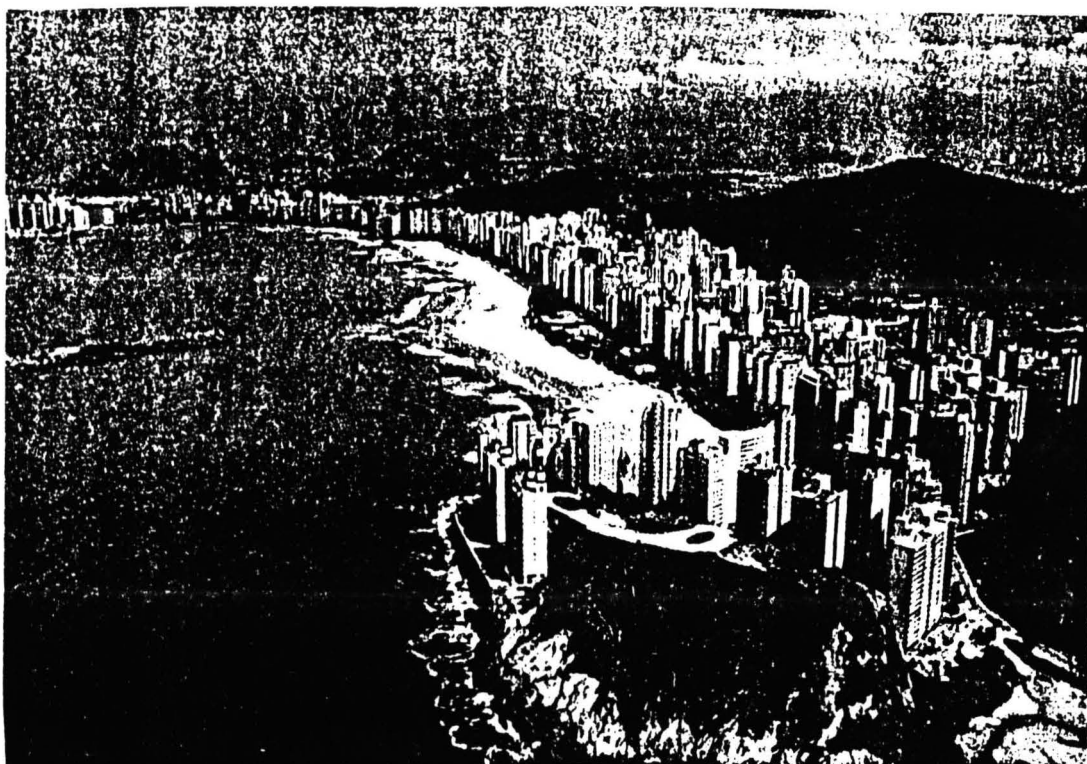
- PROCURA O C.S.
- PROCURA UM DENTISTA PARTICULAR
- NÃO FAZ NADA
- OUTROS

5- O SR.(A) JÁ FOI ATENDIDO PELO DENTISTA DO C.S.? O QUE ACHOU DO ATENDIMENTO QUE RECEBEU?

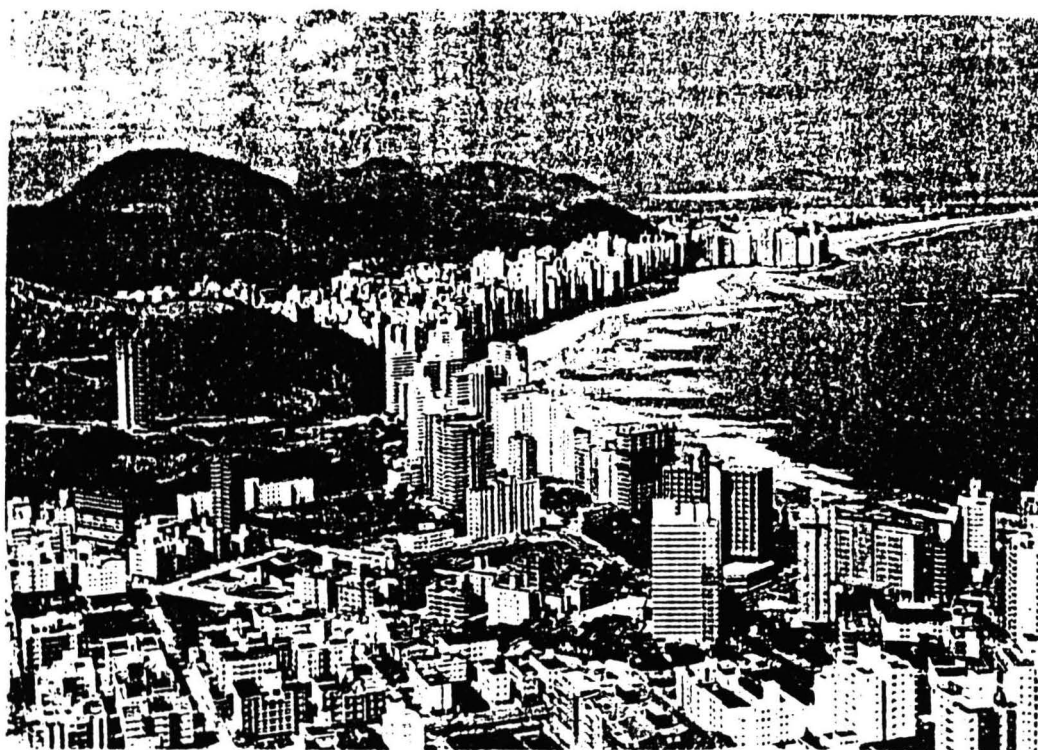
- ÓTIMO
- BOM
- RUIM
- REGULAR
- PÉSSIMO

6- O SR(A) OU ALGUÉM DA FAMÍLIA PASSOU POR ALGUM TIPO DE TRATAMENTO ABAIXO NA ESCOLA OU C.S.?

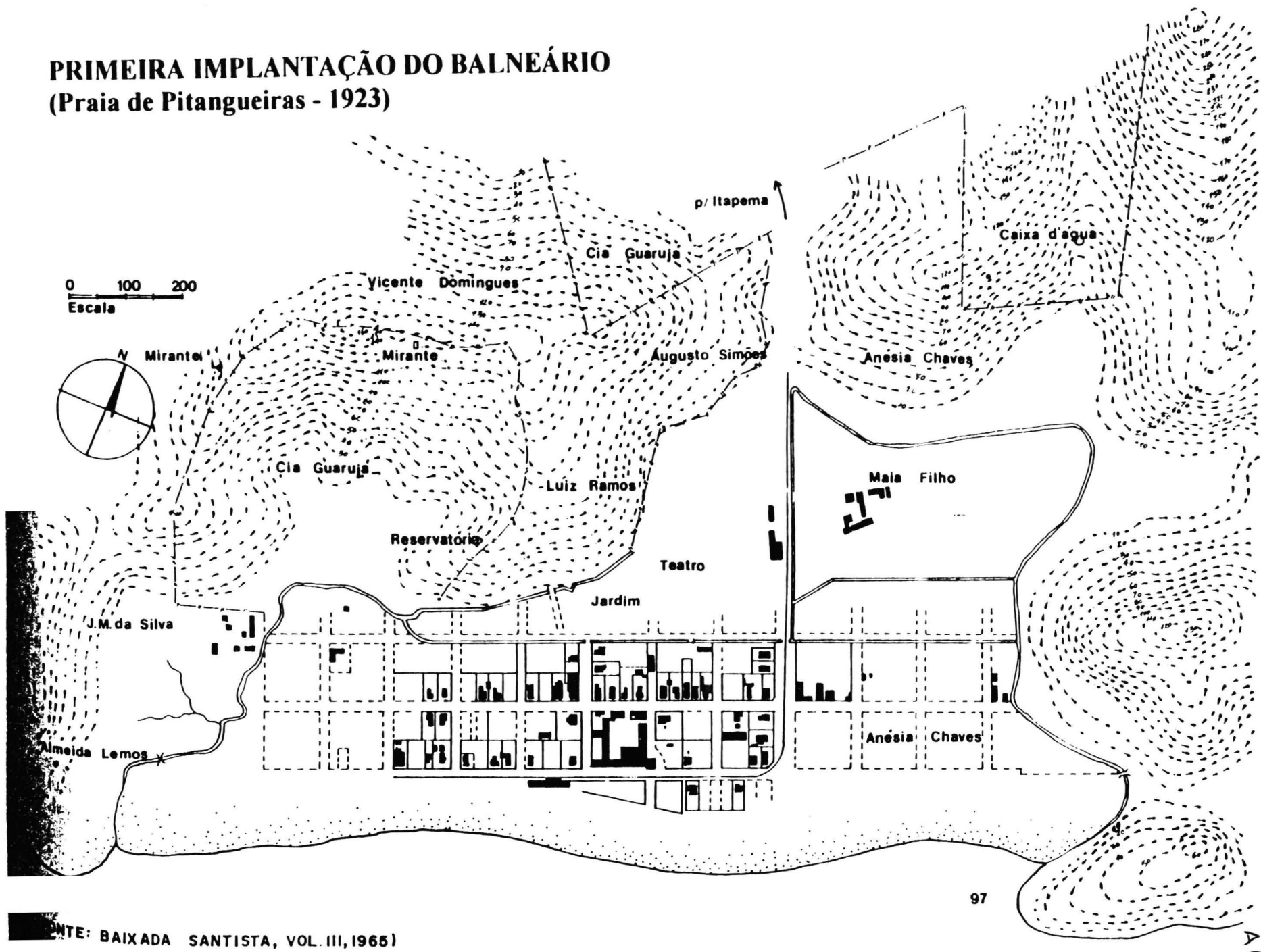
- BOCHECHOS SEMANAIS COM SOLUÇÃO DE FLÚOR
- ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA POR PROFISSIONAIS?
- APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR?
- NÃO SABE
- NENHUM
- OUTROS



GUARUJÁ - VISTA AÉREA DO CENTRO

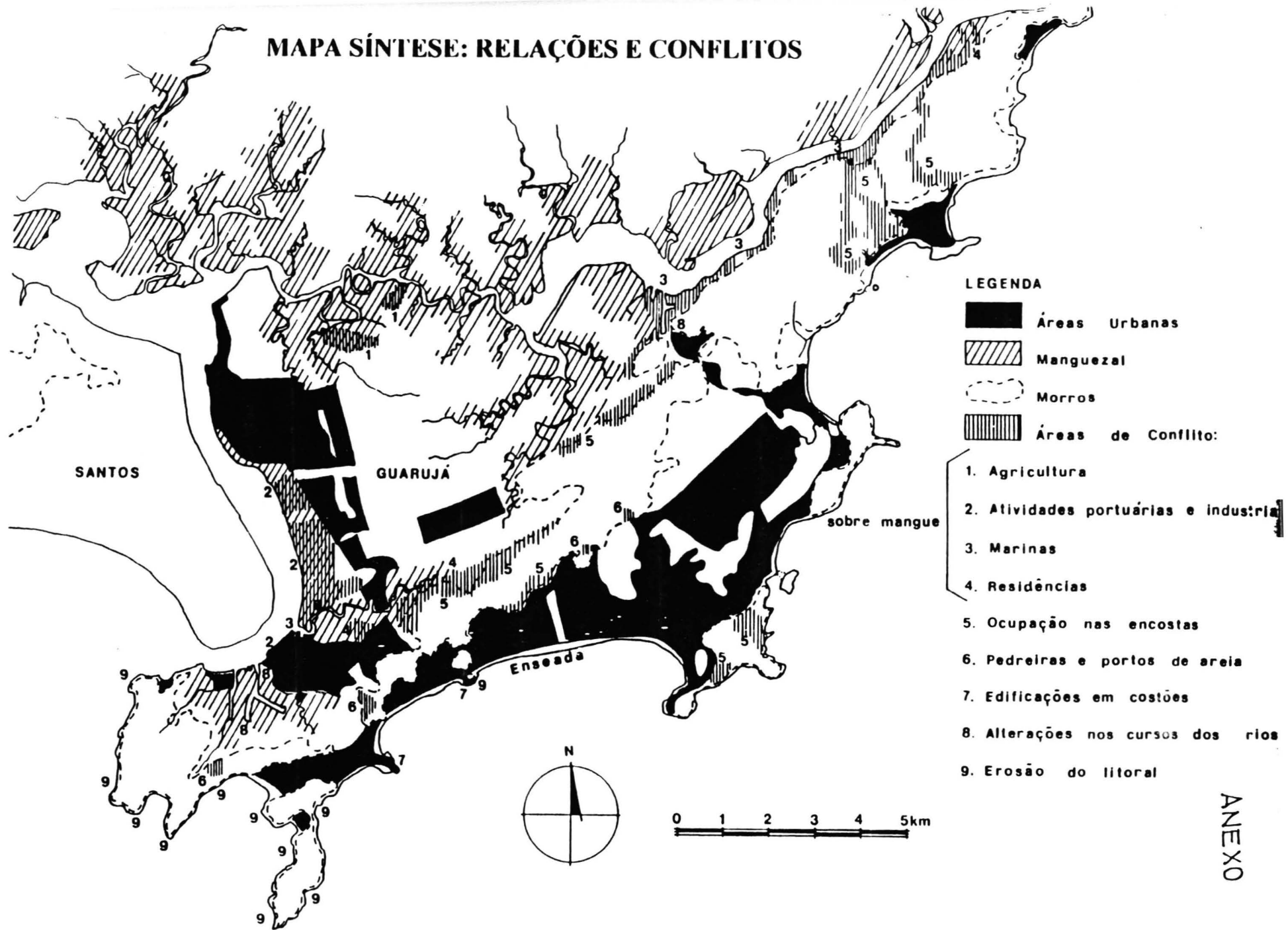


# PRIMEIRA IMPLANTAÇÃO DO BALNEÁRIO (Praia de Pitangueiras - 1923)

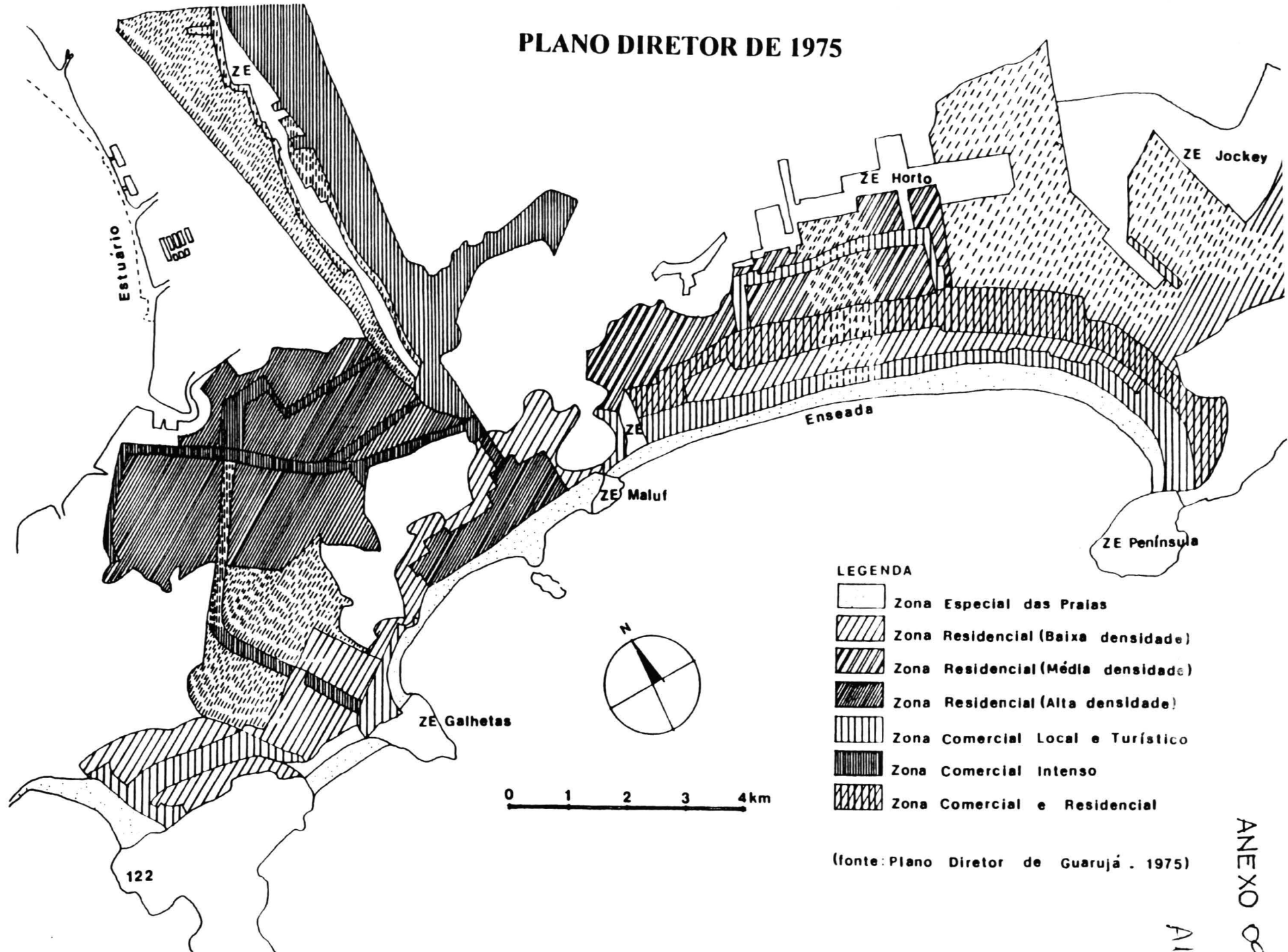











# MAPA SÍNTESE: RELAÇÕES E CONFLITOS



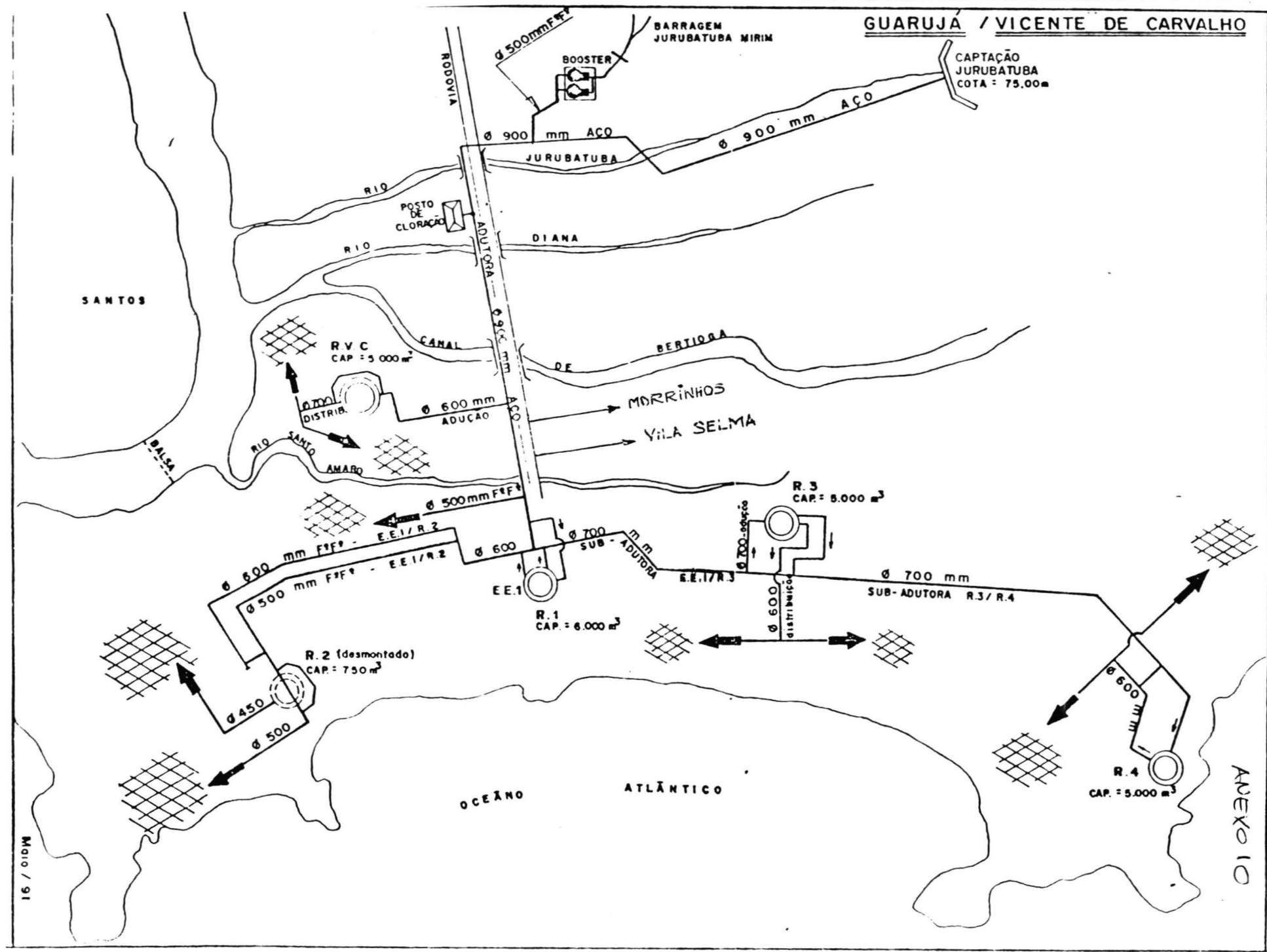
# PLANO DIRETOR DE 1975



## LEGENDA

-  Zona Especial das Praias
-  Zona Residencial (Baixa densidade)
-  Zona Residencial (Média densidade)
-  Zona Residencial (Alta densidade)
-  Zona Comercial Local e Turístico
-  Zona Comercial Intenso
-  Zona Comercial e Residencial

(fonte: Plano Diretor de Guarujá . 1975)



REVISÃO 0

**MUNICÍPIOS DE GUARUJÁ / VICENTE DE CARVALHO**

ESTADUAL

ESTACIONAMENTO DE ÁGUA - ETA

POSTO DE CLORACÃO

ESTACIONAMENTO DE ÁGUA - EEA

RESERVATÓRIO

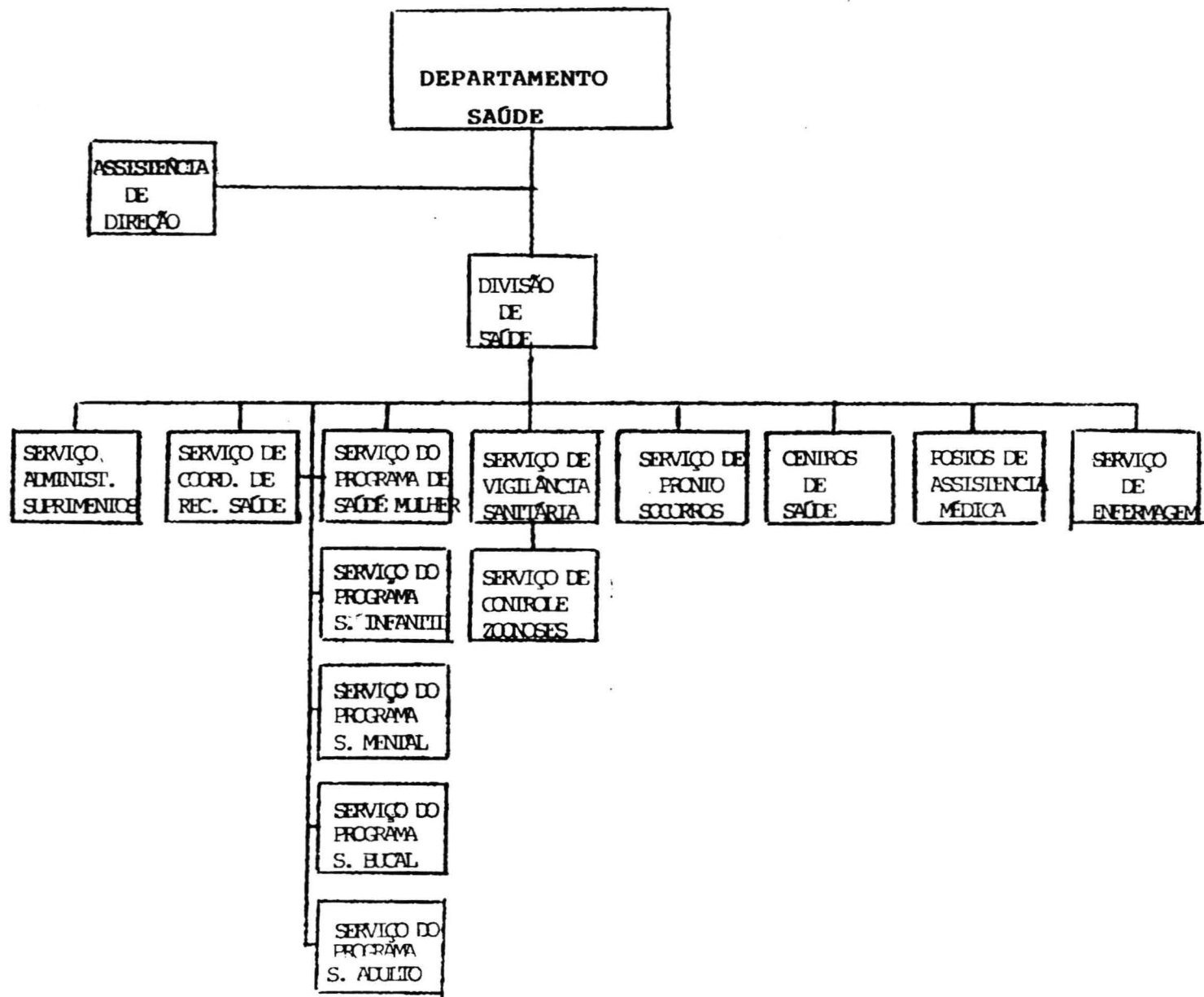
REDE

**ANEXO 10**

Maio / 91



ORGANOGRAMA DO SERVIÇO DE SAÚDE.-





I Fotos 1 e 2 - Movimento de greve dos funcionários da Prefeitura Municipal do Guarujá





Foto 3 - Vista parcial da Policlínica Pae-cará



Foto 4 - Instalações internas inadequadas da Policlínica Pae-cará

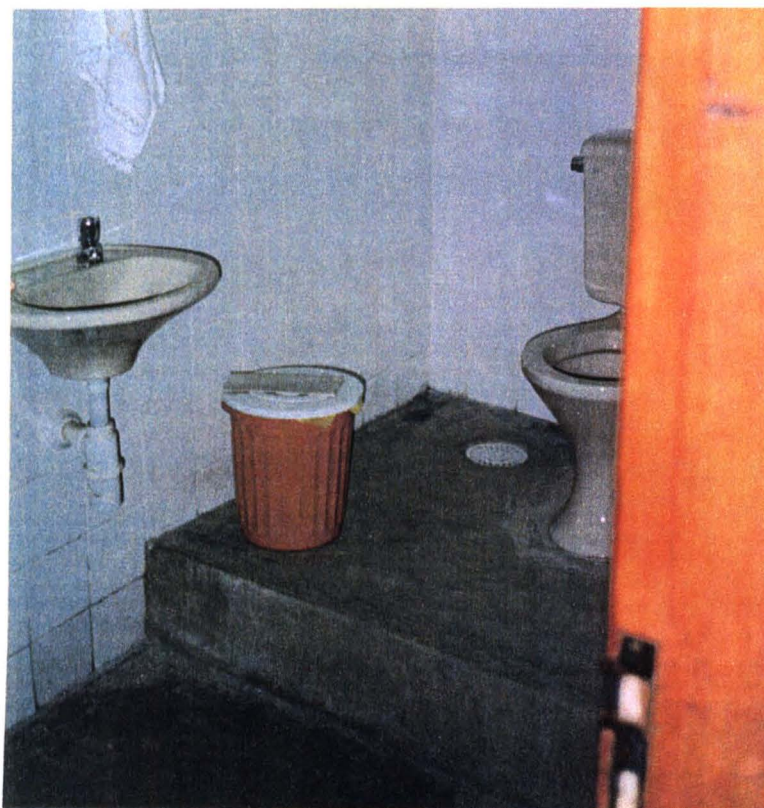




Foto 5 - Fachada da Policlínica Jardim Boa Esperança



Foto 6 - Vista parcial da Policlínica Vila Áurea





Foto 7 - Fachada da Policlínica Vila Rã

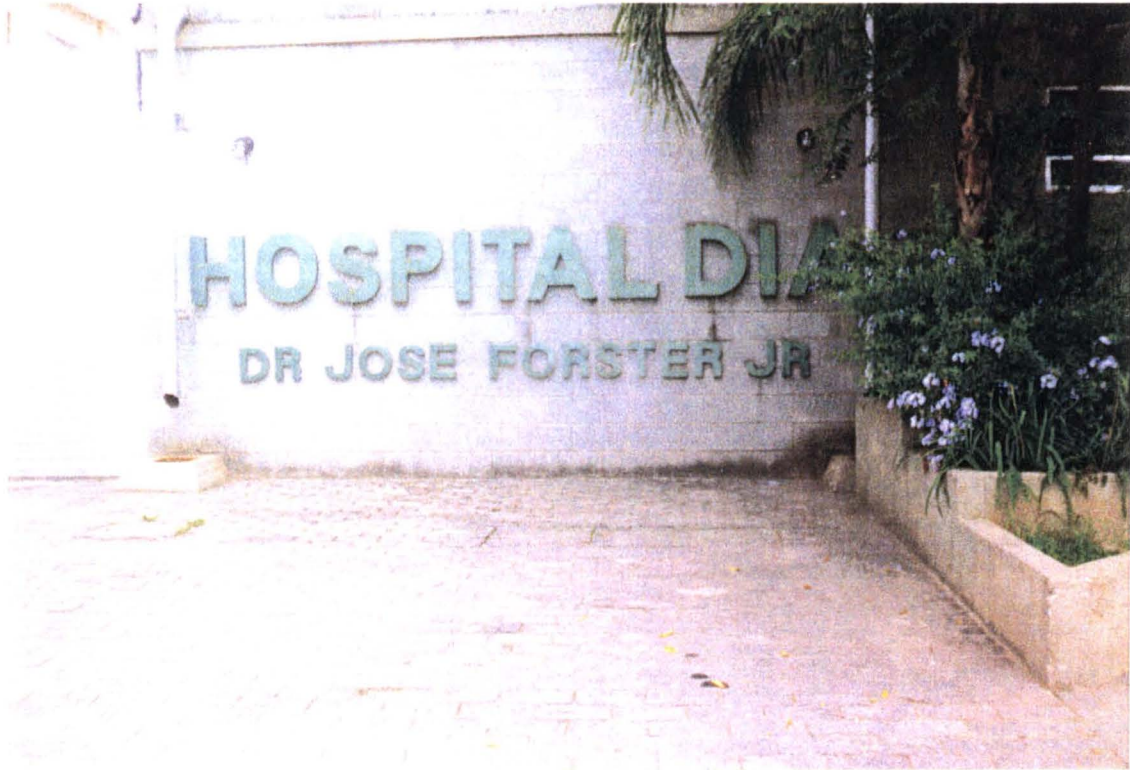


Foto 8 - Associação Brasileira da Terceira Idade - ABRASTI

Núcleo Guarujá



Fotos 9 e 10 - Fachada do Hospital Dia Dr. José Forster Jr.





Fotos 11 e 12 - Horta Comunitária do Hospital Dia Dr. José Forster Jr.





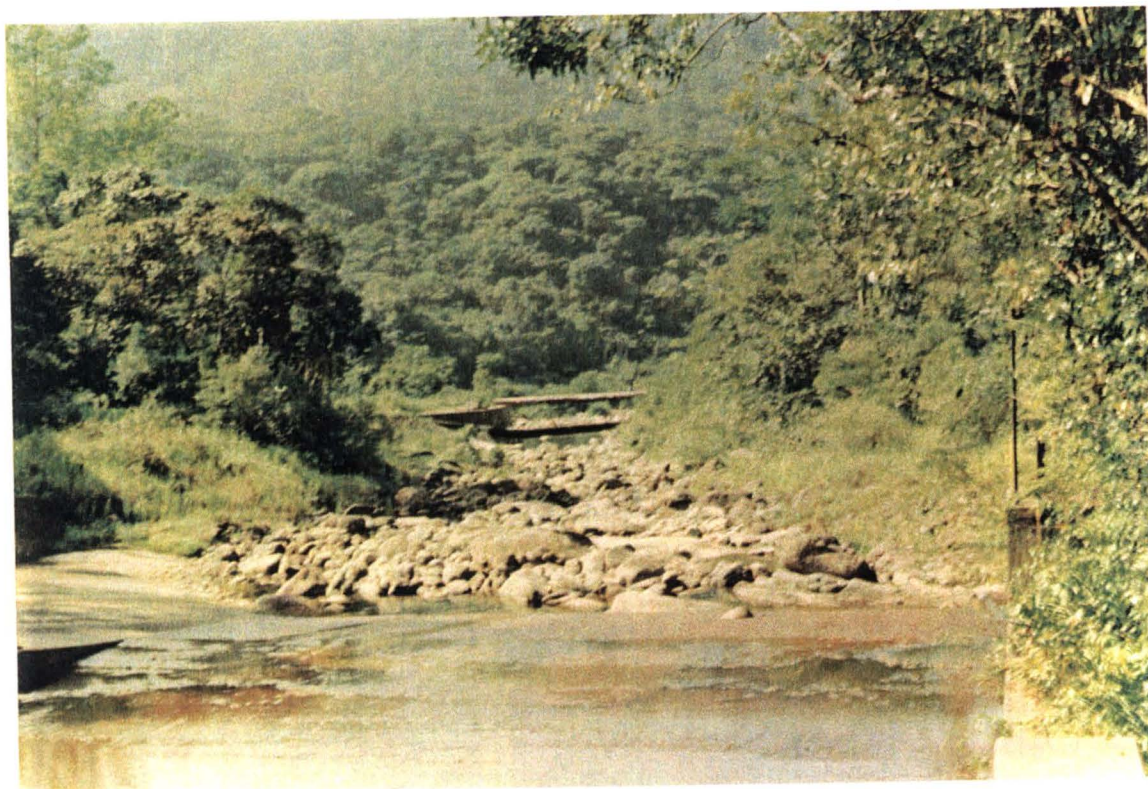


FOTO 13 - RIO JURUBATUBA-MIRIM, QUE DESCE A SERRA DO MAR.

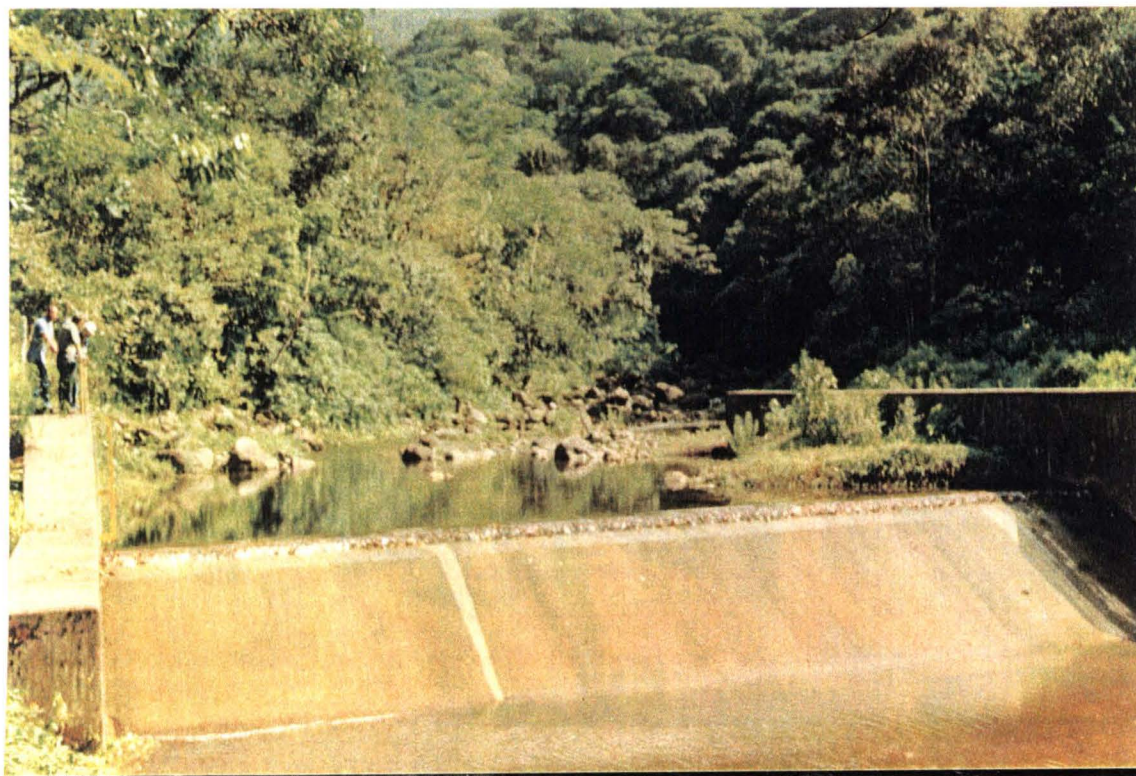


FOTO - 14. BARRAGEM PARA CAPTAÇÃO DE AGUA NO RIO JURUBATUBA-MIRIM.



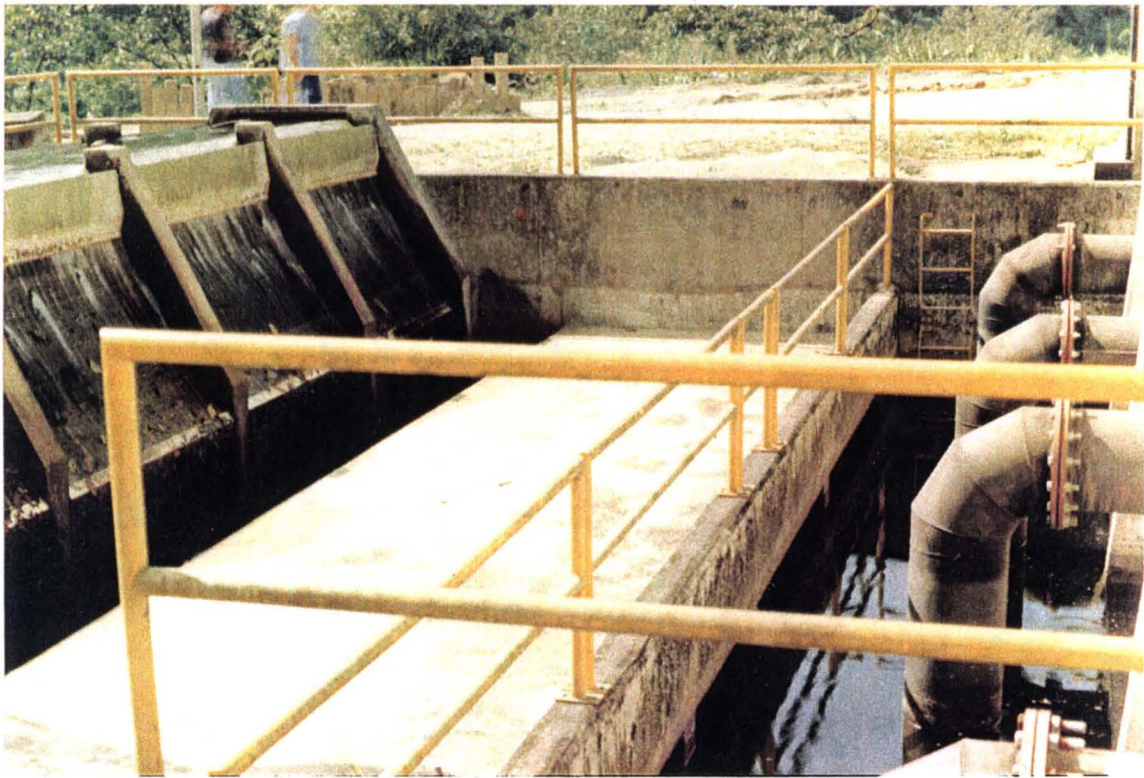


FOTO. 15 DETALHE DO FILTRO, COM PENEIRAS EM AÇO E A ENTRADA DA TUBULAÇÃO NA ESTAÇÃO ELEVATÓRIA DE ÁGUA BRUTA - RIO JURUBATUBA - MIRIM

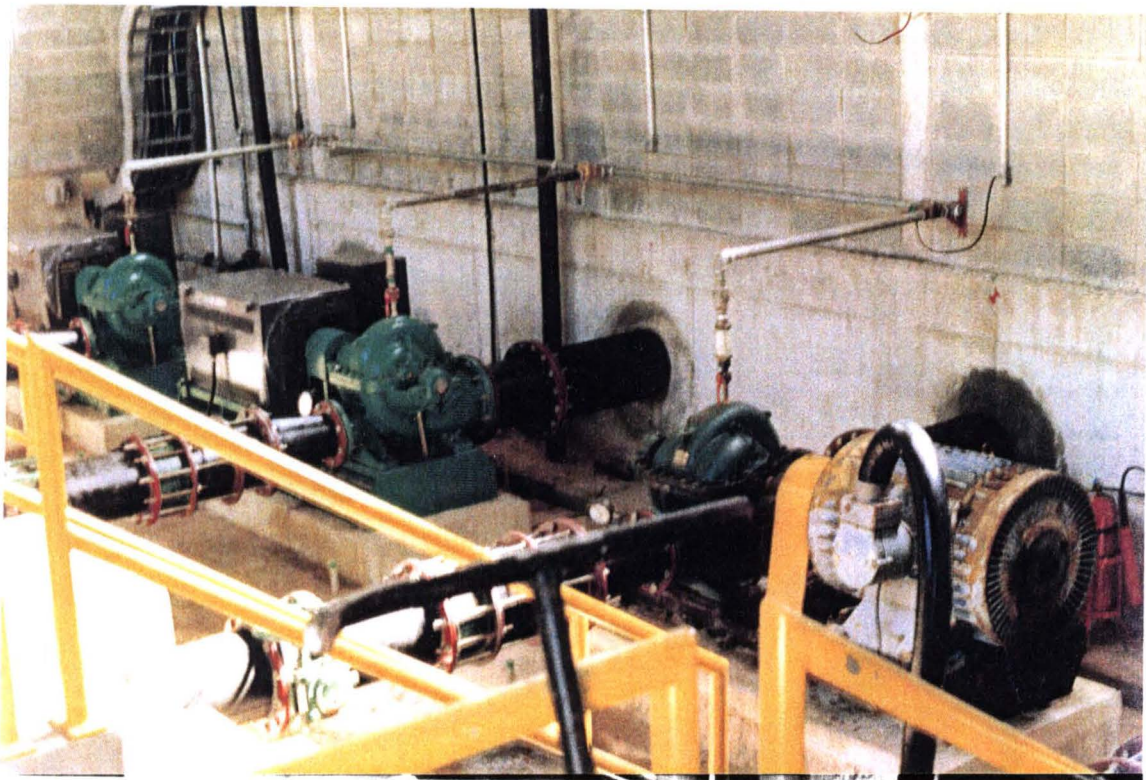


FOTO. 16 DETALHE INTERNO DA ESTAÇÃO ELEVATÓRIA DE ÁGUA BRUTA, JUNTO A CAPTAÇÃO DO RIO JURUBATUBA - MIRIM.





FOTO 17 DETALHE DO FILTRO COM FENEIRAS EM AÇO, JUNTO A CAPTAÇÃO DO RIO JURUBATUBA. (COTA 75)



FOTO 18 CONSTRUÇÃO DE FILTRO (OBRAS DE AMPLIAÇÃO) JUNTO A CAPTAÇÃO DO RIO JURUBATUBA. (COTA 75)



ANEXO - 13 - X

A27



FOTO 19 - CHEGADA DA ADUTORA DE ÁGUA TRATADA

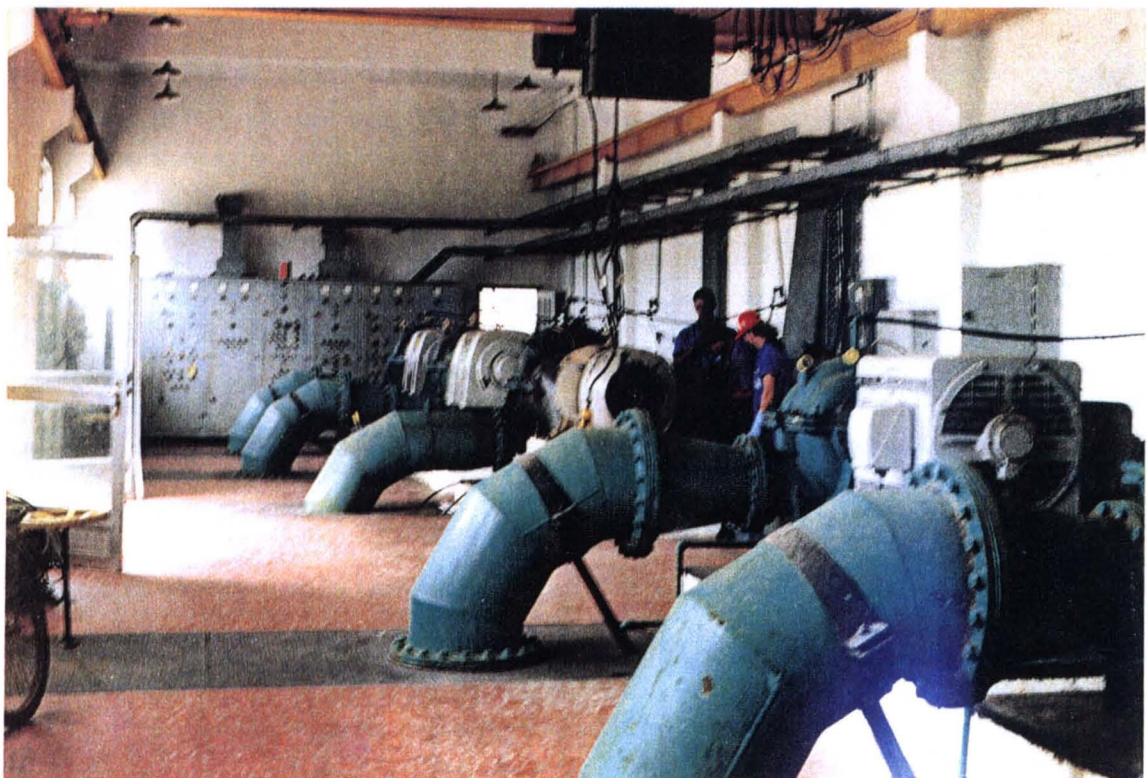


FOTO 20 - DETALHE INTERNO DA E.E 1

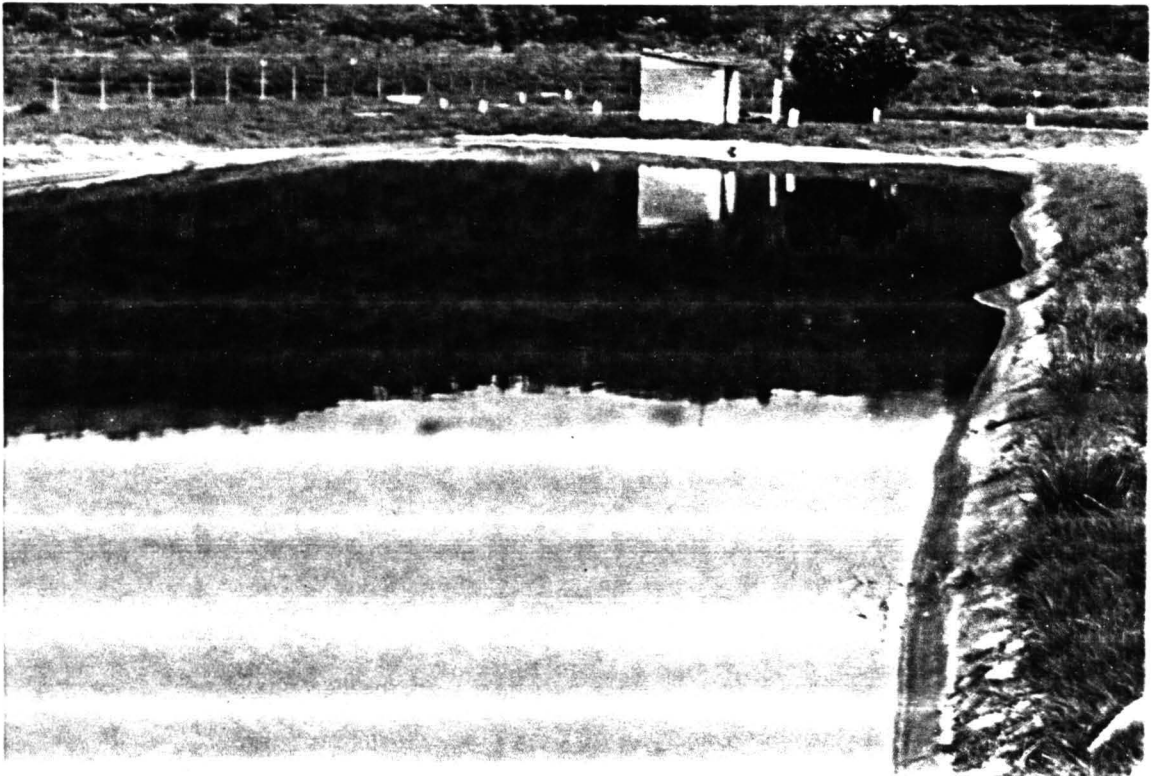


FOTO VISTA DA LAGOA DE ESTABILIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE CLOROFORMO.

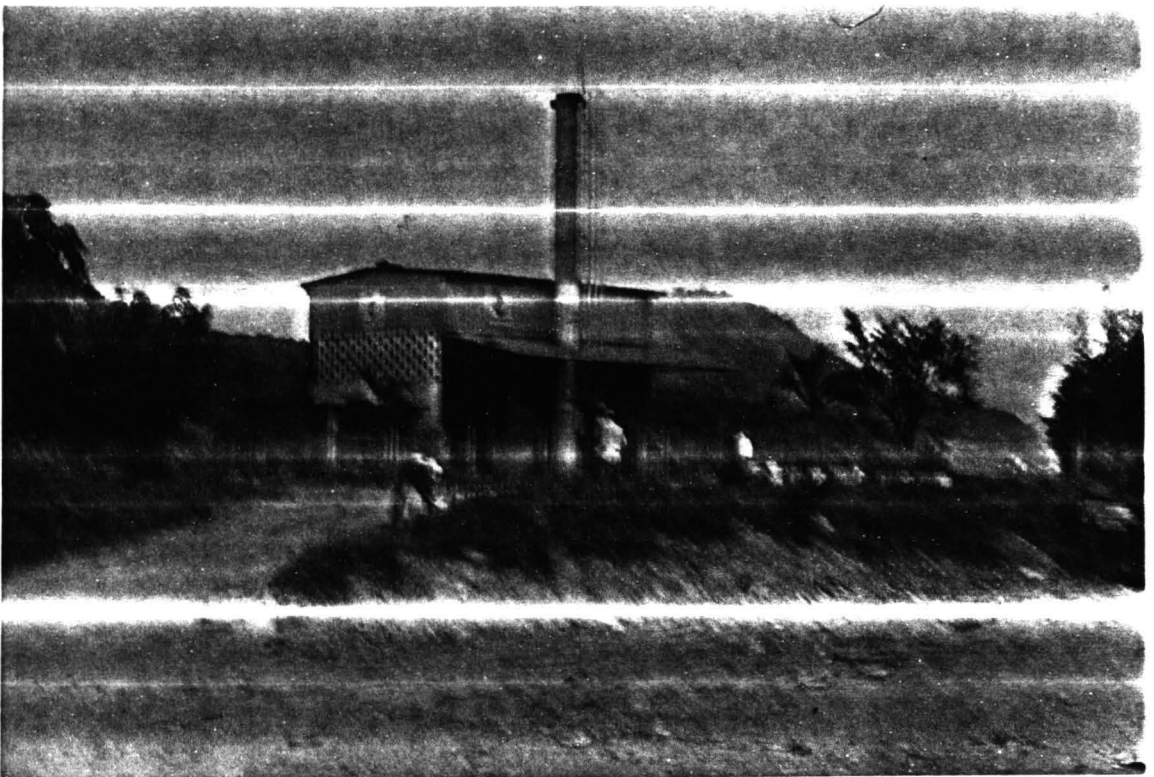


FOTO VISTA DO INCINERADOR E TRATAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE



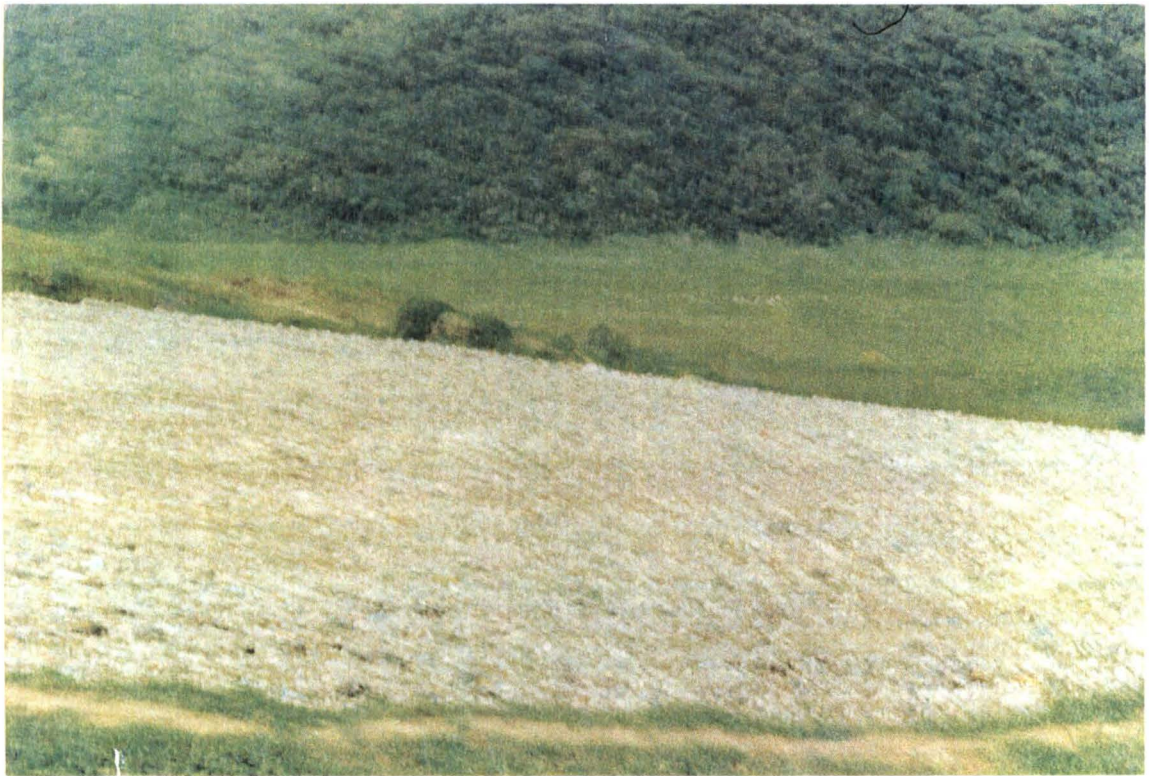


FOTO VISTA PARCIAL DA SUPERFÍCIE DA ÚLTIMA CÉLULA DO ATERRO SANITÁRIO.



VISTA DO RIO CRUMÁ, EM SUAS MARGENS  
NOTA-SE A PRESENÇA DO CHORUME.  
FOTO



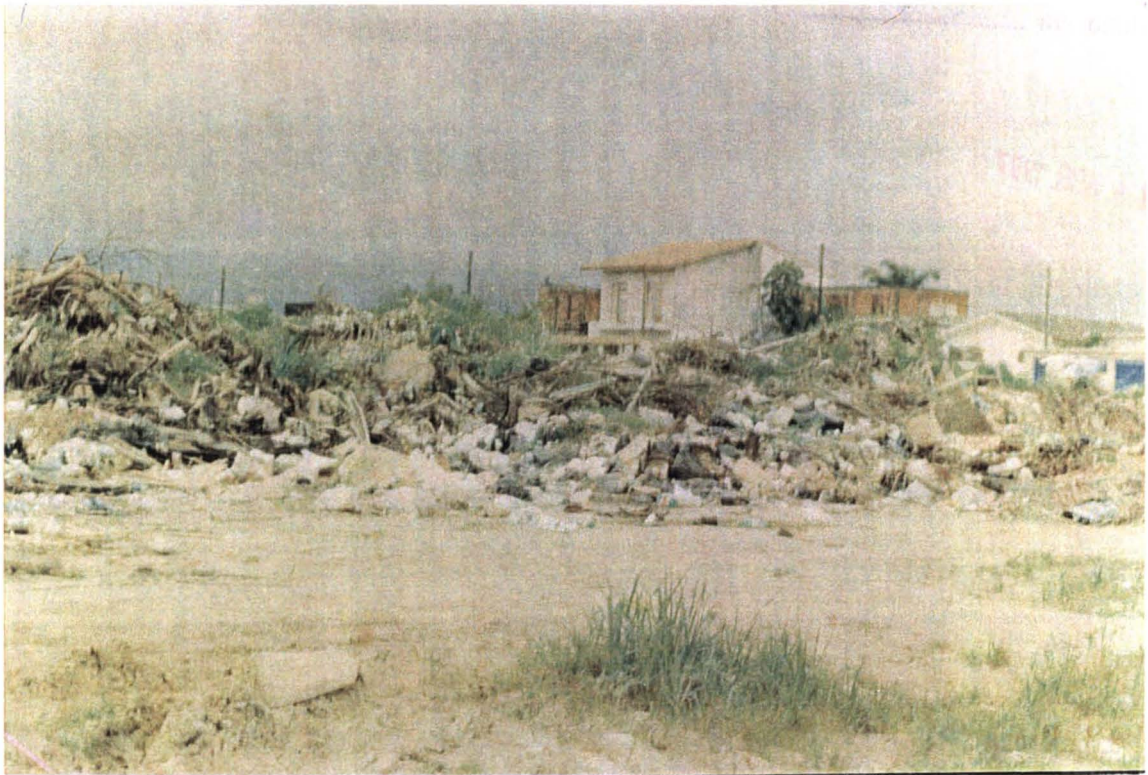


FOTO 25 - TERRENO BALNIO UTILIZADO COMO PONTO DE DESCARGA DE FODAS DE ÁRVORES, UTILIZADO PELA POPULAÇÃO COMO LIXÃO.