

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO E
A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Trabalho de Campo Multiprofissional



**Curso de Especialização em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
1991**

Equipe Multiprofissional

Adriana Souza de Toledo Piza	Bióloga (SP)
Alice Penna de Azevedo	Fonoaudióloga (SP)
Armando Cunguara	Médico (Mocambique)
Elizabeth Fromm Freire Gaspar	Terapeuta Ocupacional (SP)
Isabel Cristina S. Ferreira	Letras (S. Joaquim da Barra)
José Fernando D. N. A. Coutinho	Médico (Campinas)
Paulo Frazão São Pedro	Odontólogo (SP)
Sandra Regina B. Alves	Assistente Social (SP)

Orientador do TCM

Prof. Delsio Natal	Biólogo (SP)
--------------------	--------------

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG), responsáveis pela esfera administrativa, pela receptividade e atendimento dispensados ao grupo: Dr. David Capistrano da Costa Filho, Secretário Municipal de Saúde; Aparecida Linhares Pimenta, Assessora do Secretário; Lídia Tobias Silveira, Assistente do Secretário; Maria Aparecida, recepcionista; do Centro de Controle de Doenças (CCD), Dr. Tarcísio Borges F^o, médico; do Programa Materno-Infantil (Criança de Risco), Dra. Maria do Socorro A. Mattos, médica sanitarista; do Conselho Municipal de Saúde, Ruy do Amaral Pupo F^o, Secretário Executivo; do Serviço de Transporte, Antonio Carlos Prado.

Aos profissionais dos diferentes Serviços de Saúde contatados, pela atenção e disponibilidade quanto ao fornecimento de dados e apresentação das atividades e programas desenvolvidos: Roseli Rodrigues, diretora do centro de saúde Areia Branca; Lucimar Lucas de Lima, enfermeira fisiologista; Raquel Carvalho de Jesus, assistente social; Jovenciene Alves da Silva Santiago, estagiária de psicologia; todas do centro de saúde Martins Fontes; Décio Castro Alves, coordenador e psicólogo do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPSI); Dr. Arnaldo Etzel, médico infectologista do Centro de Referência de Aids; Beatriz Cardoso Bezzi, psicóloga e diretora da Policlínica do Centro Velho; Dr. Gilmar Westin Cosenza, Coordenador do Programa de Saúde do Trabalhador; Ivonete Cuntieri, assistente social e diretora da Policlínica José Menino; à direção do Serviço de Combate as Pragas - SERCOPRA e SABESP.

À Sra Dilva, zeladora do CEFAS (alojamento utilizado pelo grupo durante o período de permanência na cidade de Santos). E demais profissionais que por ventura não tenhamos citado.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública, Maria da Penha Costa Vasconcellos, psicóloga; Rubens Adorno, sociólogo; Rinaldo Niero, farmacêutico; Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, pediatra; ao integrante do TCM-90 e aluno do mestrado, Antonio Ismael Paulino da Costa, biólogo, pela colaboração oferecida durante a fase de planejamento do TCM; e Péricles Alves Nogueira, médico, pela assessoria dispensada ao grupo durante o levantamento e análise dos dados do tema específico.

Em especial, ao Prof. Delsio Natal, nosso orientador, por sua integração à equipe, como membro atuante e pelo estímulo proporcionado para que pudéssemos nos desenvolver como um grupo.

À Teodora de Paiva Pinheiro, pela paciência e dedicação na digitação e montagem final do trabalho.

"Desconheço fato mais encorajador que a habilidade inquestionável do homem para melhorar sua vida através do esforço consciente".

Henry David Thoreau

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	01
II - METODOLOGIA	02
1. ESTUDO DA MUNICIPALIZAÇÃO	02
2. ESTUDO DA TUBERCULOSE	05
III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
1. PALESTRA "POLÍTICA DE SAÚDE DE SANTOS"	12
2. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	21
3. FINANCIAMENTO	26
4. MEIO AMBIENTE	32
4.1. <u>Saneamento dos morros</u>	33
4.2. <u>Balneabilidade das praias</u>	36
4.3. <u>Controle de zoonoses</u>	39
5. ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	41
5.1. <u>CS Areia Branca</u>	41
5.2. <u>Martins Fontes</u>	43
6. CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS (CCD)	46
7. SAÚDE DO TRABALHADOR	47
8. SAÚDE MENTAL	51
9. MORTALIDADE INFANTIL	55
10. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	68
11. AIDS	69
12. TUBERCULOSE	77
12.1. <u>Análise dos dados</u>	80
12.2. <u>Entrevistas domiciliares</u>	97
12.3. <u>Conclusão</u>	103
IV - CONCLUSÕES GERAIS	106
V - BIBLIOGRAFIA	109
VI - ANEXOS	111

I - INTRODUÇÃO

O Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) de 1991, realizado no Município de Santos, teve uma característica peculiar: o fato de ser uma continuação do TCM-90.

A proposta do trabalho do ano passado descreveu o Sistema de saúde santista, a partir da análise do módulo Centro-Porto em seus vários aspectos epidemiológicos e de programas.

O TCM-91 apresentou como objetivo geral "analisar as políticas de saúde e suas inserções em uma região específica de saúde, considerando o processo de regionalização e municipalização dos serviços e políticas locais". Neste aspecto, optamos por não repetir os dados descritos no ano passado, mas sim tentamos atualizá-los (mas sem se prender a um único módulo), e aprofundar um pouco mais esta análise através de um tema específico, a tuberculose. Esta era também uma proposta do TCM-90: a eleição de um problema local, procurando situá-lo na realidade do município e analisar quais as respostas que o sistema de saúde oferece para solucioná-lo.

Desta forma, gostaríamos ainda, de destacar o importante papel, na ida a campo, da vivência do trabalho grupal multiprofissional, que traz sempre um dado de enriquecimento a nível das relações pessoais e da possibilidade de análise interdisciplinar dos dados levantados na realidade local voltados aos objetivos previamente traçados.

II - METODOLOGIA

1) Estudo da municipalização

O trabalho de campo multiprofissional de 1991 teve como prazo preparatório duas semanas. Nesse período foi realizado o levantamento de documentos como o Plano Municipal de Saúde de 1991 da SEHIG e o TCM de 1990 a fim de tomarmos um primeiro contato com a realidade de Saúde de Santos e as possíveis prioridades a serem estudadas neste trabalho.

Além desses dois textos base, contamos com outros documentos enviados pela SEHIG (A Carta de Santos e Construção do Sistema Único de Saúde em Santos), muito úteis no conhecimento da implantação do SUS e da política local de saúde.

Após essas leituras, foram selecionados alguns temas principais abordados no TCM do ano passado e que julgamos ser importantes para uma revisão, a fim de analisarmos a sua evolução durante esse ano e a criação de novos mecanismos de enfrentamento de tais problemas em Saúde Pública.

Foram eles: AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental, trabalhadores do porto, participação popular e conselho municipal de saúde, financiamento do SUS, Centro de Controle de Doenças (CCD), saneamento dos morros, balneabilidade das praias e mortalidade infantil.

Passamos agora a fazer os desdobramentos de cada tema para levantamento dos pontos de análise:

Financiamento

- Receita de 91 e a perspectiva para 92
- Percentual de repasse
- Gasto total do Município para a Saúde
- Convênio SUS - termos de adesão
- Fundo Municipal de Saúde.
- Na previsão de construções para 91, o que foi feito e a previsão para 92
- Folha de Pagamento x investimento em saúde.
- Distribuição dos recursos nos Programas.

Participação Popular e Conselho Municipal de Saúde

- Conferir em unidades se tem Conselho das Unidades.
- Histórico - participação na gestão representação das Unidades.
- Tipos de assuntos para decisão.
- Organização das atividades. (Conversar com representante da Comissão Executiva e tentar xerocar ata).

Trabalhadores do Porto

- Registros de acidentes de trabalho e doenças profissionais.
- Conferir se ampliaram o atendimento.
- Fluxo do acidentado.
- Fiscalização (se há e se está ligado com sindicatos).
- Medidas de proteção.
- Epidemiologia.
- Reabilitação profissional.
- Hospitais.
- Conselho da unidade.

DSI/AIDS

- Epidemiologia
- Série histórica (incidência/prevalência)

- Programas Prevenção
Assistência
 - DST Epidemiologia
Série histórica
Grupo de risco
 - Grávidas - rotina pré-natal para sífilis, AIDS,
- etc

- Programa específico para prostituição
- Medicamentos/camisinhas
- Leitos (fluxo)
- C A S A
- Seringas
- Tuberculose e mortalidade infantil
- Bancos de Sangue

Saúde Mental

- O programa global (Policlínicas, NAPS, Hospitais, emergência).
- Hospital Anchieta
- Número de NAPS
- O que mudou no doente mental, sua família, na comunidade, nos funcionários.
- Relação da Saúde Mental com outros programas.

Mortalidade Infantil

- óbitos de menores de um ano
- Morte materna
- Cobertura Pré-natal
- Programa de controle de Mortalidade Infantil
- Casa da gestante
- Critérios para gestação de risco
- Rotina de exames e encaminhamentos
- Tipos de parto domiciliar
 - hospitalar cesária
 - normal
- Controle de infecção hospitalar

- Perfil sócio-econômico

A partir da escolha dos temas a serem vistos, em reunião, pela manhã no 1º dia de campo, com a assessora do Secretário Municipal de Saúde, foi estabelecido um cronograma de atividades, onde seriam realizadas entrevistas abertas com os diferentes profissionais responsáveis por cada área estudada (Anexo 1)

2 Estudo da Tuberculose

Após a leitura do TCM-90, do Plano Diretor e da "Carta de Santos" vários aspectos chamaram a atenção do grupo: CCD, Tuberculose, Mortalidade Infantil, o funcionamento da rede hospitalar, AIDS e Trabalhadores do Porto. Para analisar cada ponto e poder escolher o tema específico de nosso TCM resolvemos avaliar cada um segundo: magnitude, gravidade, vulnerabilidade, transcendência e multiprofissionalidade. A cada item colocamos uma, duas ou três cruzes denotando o seu peso. Finalmente, somamos o número de cruzes. O quadro ficou assim:

	CCD	TB	MI	R.Hosp.	AIDS	Trab.Porto
Magnitude	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Gravidade	++	++	+++	+++	+++	+++
Vulnerabilidade	+++	+++	++	+	++	+
Transcendência						
Multiprofis.	+	++	+++	+++	+++	+++
	8	10	11	10	11	10

A transcendência, considerando-a como o conhecimento que a população têm sobre o assunto, não nos seria possível avaliar por isso desprezamos este critério.

A questão da rede hospitalar, assim como o CCD consideramos que poderiam ser incluídos na análise de qualquer outro tema específico

Assim, ficaram quatro temas para escolha:

- Mortalidade Infantil
- AIDS
- Tuberculose
- Trabalhadores do Porto

Partimos, então, para uma análise mais detalhada de cada tema para compreender melhor as implicações de cada pesquisa. Convidamos, também, dois integrantes do TCM-90, para auxiliar-nos neste processo de escolha. Ficamos, assim, com mortalidade infantil e tuberculose por considerá-los bons indicadores de saúde e de como o processo de municipalização estaria se dando na prática. Também consideramos o aspecto de facilidade de acesso aos dados que, no caso dos trabalhadores do porto, consideramos ser bastante difícil.

Para escolher entre os dois temas selecionados continuamos detalhando os aspectos de pesquisa em cada assunto, e convidamos, para enriquecer a nossa discussão, a Assistente do Secretário de Saúde de Santos, assim como professores especialistas em tuberculose, mortalidade infantil e em técnicas de entrevista (que sabíamos ser o nosso principal instrumento de coleta de dados).

Finalmente, decidimos elaborar os roteiros de entrevistas, de observação e de dados a serem levantados em documentos e prontuários, nos dois assuntos. Porém, na verdade, a falta de tempo ajudou-nos nesta escolha pois conseguimos elaborar apenas os instrumentos de Tuberculose que foram os seguintes:

I - COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

- 1 - Dados Epidemiológicos
- 2 - Funcionamento
 - 2.1 Programa (lógica)
 - 2.2 Serviços (Unidades)
 - 2.3 População atendida (só o Município ou Baixada)
 - 2.4 Recursos Humanos
 - 2.5 Relação com outros programas
 - 2.6 Financiamento
 - 2.7 Medicamentos
 - 2.8 Número de primeiras consultas (do geral e de tuberculose)
 - 2.9 Supervisão

II - UNIDADE DE SAÚDE

- 1 - Diagnóstico
- 2 - Esquema terapêutico
- 3 - Duração de tratamento
- 4 - Medicamentos
- 5 - Número de matriculados
- 6 - Taxa de cura
- 7 - Taxa de abandono
- 8 - Referência e Contra-referência
- 9 - Laboratório (tempo para resultados, número de exames e de positivos)
- 10 - óbitos/falência do tratamento/Recidivas
- 11 - Associação com AIDS

- 12 - Relação com outros programas
- 13 - Supervisão
- 14 - População atendida (procedência, condição sócio-econômica)
- 15 - Trabalho educativo
- 16 - Comunicantes/Quimioprofilaxia

III - USUÁRIO

1 - Critérios de escolha

- 1.1. Três em cada Unidade
- 1.2. Distância
- 1.3. Tempo mínimo de tratamento (três meses)
- 1.4. Pessoas em diferentes momentos do tratamento
- 1.5. Adesão
- 1.6. Sexo (incidência/abandono)
- 1.7. Adulto
- 1.8. Número de tuberculose na família

2. Roteiro de entrevista

- 2.1. Como você ficou doente?
 - Trabalho. Previdência
- 2.2. Como está indo o seu tratamento?
 - chegada ao Serviço de Saúde
 - como está sendo tratado?
 - já faltou medicamento/atendimento
 - atendimento em um único lugar ou foi encaminhado?
 - que tipos de atividades têm na Unidade. Participa?
 - já utilizava a Unidade antes? O que mudou?
 - conhece outras pessoas com tuberculose?

- participou de Conselho de Unidade ou Pré-Conferência de Saúde?
- tem alguma sugestão ou reivindicação?

3 - Observação

- Tipo de moradia
- Condições de higiene
- Número de cômodos
- Ventilação
- Acomodação

Esta forma de "escolha" foi considerada pelo grupo como sendo satisfatória levando a todos, até pela riqueza deste processo, a envolver-se verdadeiramente neste trabalho.

Basicamente, o interesse do grupo voltou-se especificamente por tuberculose, quando tomamos conhecimento que os coeficientes de incidência são superiores a 100 por 100.000 habitantes, com discreta elevação a partir de 1988.

Desta forma, além da deterioração geral das condições de vida do país, surgem algumas hipóteses para explicar o difícil controle da tuberculose em Santos:

- a alta taxa de abandono de tratamento;
- o precário controle de comunicantes;
- a pesquisa pouco ativa de casos novos em sintomáticos respiratórios; e,
- um tratamento às vezes descontínuo devido à falta de medicamentos específicos fornecidos pelo Estado às Unidades de Saúde.

A distribuição da doença na cidade de Santos, se dá de maneira desigual, sendo as áreas com maior incidência a do Módulo do Centro (coeficiente duas vezes o da cidade), e a da Zona Noroeste (coeficiente também superior ao da cidade) Cabe ressaltar que o Módulo do Centro é uma das regiões mais pobres da cidade, com elevada concentração de habitações coletivas que, associadas às deficiências nutricionais, favorecem a transmissão e desenvolvimento da doença.

Levantamento de Dados

Nos dias 18 e 21 de novembro de 1991, foram coletados os dados dos pacientes tuberculosos matriculados nos centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes, e os dados de notificação compulsória no CCD, referentes ao período de 1990 e 1991.

Para coleta de dados nos Centros de Saúde, utilizou-se uma ficha de coleta (Anexo 2) onde foram registradas as seguintes variáveis:

- data de notificação
- localização da infecção
- método diagnóstico utilizado
- sexo
- idade
- duração do tratamento
- motivo de alta
- bairros de proveniência do paciente
- faltas ao tratamento

Em ambos os centros de saúde foram coletados dados referentes a 127 casos, sendo 79 do CS Martins Fontes e 48 do CS Areia Branca; que representaram os pacientes

tuberculosos matriculados nos meses de janeiro e fevereiro no primeiro centro e o total de pacientes matriculados no segundo centro de saúde.

Dos 127 casos coletados foram selecionados (uma coorte) em ambas as unidades, todos os casos matriculados nos meses de janeiro e fevereiro no total de 83 casos, para o estudo da variável motivo de alta, ou seja, o estado atual desses doentes

Os dados foram processados em computador no programa SPSS.

Entrevistas domiciliares

A fim de conhecermos melhor a percepção do paciente sobre sua doença e sobre o Sistema de Saúde, suas mudanças, suas peculiaridades regionais, entrevistamos três usuários em seu próprio domicílio com o intuito de fazermos aqui uma análise qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas de pacientes portadores de tuberculose.

A seleção dos usuários foi feita através do levantamento de prontuários onde foram separados alguns casos que julgamos interessantes para investigação. Posteriormente esses casos foram novamente selecionados levando-se em conta a acessibilidade do local. Alguns pacientes visitados não se encontravam no domicílio no momento da entrevista, o que nos levou a identificar outro usuário para entrevista.

Das três visitas domiciliares realizadas, duas foram feitas diretamente com os pacientes e só em um caso foi contatada a esposa que nos forneceu todas as informações.

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. PALESTRA: "POLÍTICA DE SAÚDE DE SANTOS"

Palestra do Secretário de Saúde de Santos David Capistrano da Costa Filho, no Seminário sobre Planejamento Urbano e Projetos Sociais - 19/11/1991.

O Secretário de Saúde de Santos iniciou sua palestra com uma retrospectiva histórica do Sistema de Saúde no Brasil para contextualizar melhor os participantes estrangeiros (da Pref. de Graz-Áustria).

Do início do século até 1970 o Sistema de Previdência Social abrangia a aposentadoria, acidentes do trabalho e doenças profissionais. Progressivamente, foi incorporando a assistência à saúde, porém apenas para a população trabalhadora (indústria, transporte e setor público). Na década de '70 foram incluídos os trabalhadores rurais. Paralelamente criou-se uma rede de assistência à saúde da população marginalizada (Ministério da Saúde, Secretarias estaduais, etc.). Este sistema apresentava como característica principal a qualidade inferior do atendimento e os fundos financeiros limitados.

Em meados de 70, o Brasil vivia sob uma ditadura militar. Com o agravamento da crise financeira na Previdência Social, houve uma grande pressão por uma ampla Reforma Sanitária, responsável pela criação do Sistema Nacional de Saúde (inspirado no sistema da Inglaterra após a 2ª Guerra Mundial e na Reforma Sanitária italiana de 1978).

Dentro deste contexto político, a luta pela Reforma Sanitária uniu-se à luta pela Democratização, desembocando na nova Constituição promulgada em outubro de 1988, que previa a construção do Sistema Único de Saúde. Pela primeira vez, a saúde foi considerada como um direito da cidadania, independente da condição econômica de cada cidadão (empregado ou não, nível de renda, etc.).

Em 1989, foram elaboradas as Constituições Estaduais e em 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas Municipais, reafirmando o direito à universalidade garantido na Constituição Federal.

No fim do ano passado, o Congresso Nacional promulgou as Leis Complementares para a operacionalização do SUS.

Características do SUS

- Assegurar a todos os cidadãos a assistência de caráter preventivo curativo e de reabilitação, em todo o país, sem cobrar nada quando do atendimento

- É regido pelo princípio da solidariedade e não pelo seguro social.

- É financiado por recursos dos orçamentos fiscais dos municípios, estados, da União e da Previdência Social (que advém das contribuições descontadas dos salários e dos empregadores).

- É organizado segundo a territorialidade, onde em cada município deve existir um ou mais distrito sanitário que deve prestar assistência de diferentes graus de complexidade técnico-científica.

- Apesar de ser nacional, esse sistema é descentralizado. A autoridade sanitária no município cabe ao Secretário da Saúde. Não há subordinação entre o Município, o Estado e a União. Os serviços devem ser integrados por complexidade crescente, isto é, hierarquizados.

- Os serviços devem prever o controle social sobre seu funcionamento por meio de Conselhos de caráter deliberativo onde estejam representados os usuários, os trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e de formadores de recursos humanos.

- Prevê a existência do setor privado (concebido como complementar ao sistema público). Recursos do sistema público não devem financiar o privado

- Prevê atividades curativas, preventivas e de reabilitação, que devem ser concebidas de forma integrada (o que é uma novidade).

O Programa da SEHIG de Santos pode ser resumido na decisão de implantar na cidade o SUS (também chamado de Sistema Local de Saúde - SILOS).

Desta forma, foi possível organizar a rede básica de serviços (Policlínicas), visando atender a uma população de 20-25.000 pessoas. As policlínicas contam com as especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria, odontologia e enfermagem), apresentando outras especialidades conforme as características da população a ser assistida.

Santos também conseguiu organizar com bastante êxito, nos últimos três anos, os serviços de 2º nível que seriam o ambulatório de especialidades, o Centro de Valorização da criança, Centro de Reabilitação, Serviço especializado para gestante de risco, laboratório de análises clínicas, Centro Referência em AIDS, Casa de Apoio e Solidariedade para o paciente de AIDS (CASA)

O serviço de urgência e emergência (Pronto Socorro) também apresentou progressos.

O programa de Saúde Mental não segue o princípio da hierarquização, pois os serviços fazem simultaneamente a cura, a prevenção e a reabilitação. Substituiu-se o Hospital Psiquiátrico Anchieta e as internações por um atendimento que mantém os pacientes na comunidade através da rede de Núcleos de Apoio Psico-Social (NAPS). Estes têm um atendimento ambulatorial, com leitos de curta permanência, com oficinas de Terapia Ocupacional e reabilitação. O Núcleo faz visitas domiciliares e inclui em sua programação reuniões públicas, buscando modificar a cultura da sociedade em relação aos doentes mentais. A Casa de Saúde Anchieta está sob intervenção da Prefeitura desde maio de 1989 e pensa-se que até o final do próximo ano se possa fechá-la. Este modelo de atendimento foi inspirado na experiência de Trieste, Itália.

A Secretaria implantou também programas específicos como o de Controle da Mortalidade Materna e Infantil. Estes programas baseiam-se na idéia que os Serviços de Saúde podem contrariar a determinação sócio-econômica da morte materna e infantil. Este último, implantado desde fevereiro deste ano, espera já uma reversão de dados. O componente tardio da Mortalidade Infantil foi drasticamente reduzido e hoje encontra-se toda praticamente concentrada na 1ª semana de vida.

Mas, a SEHIG também enfrenta grandes problemas, principalmente relacionados à crise hospitalar. Está ocorrendo grande redução do número de leitos disponíveis à população nos hospitais filantrópicos e privados devido ao pagamento insuficiente e com data irregular por parte do Ministério da Saúde. Isto decorre do descumprimento da Constituição e das demais leis, tanto pelo Governo Federal como pelos Governos Estaduais e vários Municipais. Nem todos os governos estão cumprindo a lei e organizando um Sistema Unico de Saúde nas áreas sob sua responsabilidade. A crise traduz-se na falta de leitos para a população e, especificamente em Santos que vem cumprindo a lei, há ainda uma sobrecarga dos serviços devido à procura dos moradores de cidades vizinhas que não tem assistência à saúde em suas cidades.

Ainda há grande resistência do setor privado à implantação do SUS, e uma tentativa de demonstrar que o sistema não vai funcionar antes mesmo que ele seja construído.

Atualmente, junto às organizações sociais, no Conselho de Saúde, está se travando uma luta para obrigar o Governo Federal e Estadual a cumprir a lei. Hoje haverá uma reunião extraordinária do Conselho.

Debate

Uma componente da mesa, da Prefeitura de Graz perguntou como se reduziu a Mortalidade Infantil tardia, ao que o secretário respondeu que o Programa consiste em visitar todas as gestantes ainda na maternidade e verificar se a criança, ou o parto ou a mãe apresentam características que são preditoras de risco para a morte no 1º ano de vida, como por exemplo: baixo peso ao nascer, prematuridade, mãe adolescente, mãe solteira, pai desempregado ou renda muito baixa, criança com problema congênito, etc.. Identifica-se através da visita as crianças de risco, e os Serviços de Saúde fazem um plano para impedir que a criança venha a morrer por uma dessas razões. Anteriormente a essas visitas, existe todo um trabalho desenvolvido no pré-natal que permite que os recursos da saúde possam ser concentrados no

grupo de crianças de maior risco de adoecer e morrer é um acompanhamento criança a criança, incentivando a mãe a amamentar e mantendo a criança sob observação do serviço de saúde por pequenos intervalos de tempo. Há um sistema de alarme quando a criança é internada porque é um preditor de risco para criança menor de um ano (geralmente a criança não escapa viva de uma, duas ou três internações). Já tivemos esta experiência em outra cidade e conseguimos reduzir à metade a Mortalidade Infantil, em dois anos de trabalho. Com este mesmo método uma cidade do Ceará também reduziu.

A mesma técnica austríaca teceu comentários à respeito da relação existente entre a situação de miséria e a saúde, ao que o secretário de saúde explicou que, no Brasil há uma distribuição desigual da fome e que a Morbimortalidade é mista. As regiões sul e sudeste apresentam as mesmas causas principais de morte que a Áustria, e também apresentam morte por doenças transmissíveis superior à Europa Ocidental, mas menor que o do Nordeste ou outros países do 3º mundo. Isto gera dificuldades para os Serviços de Saúde por que eles têm que dar respostas a problemas de 3º mundo (doenças transmissíveis) e também às doenças crônicas degenerativas (típicas do 1º mundo) que exigem uma tecnologia complexa e cara para diagnóstico e tratamento. A assistência a vítimas de acidentes também é cara.

O trabalho desenvolvido na SEHIG visa conseguir resultados na morbimortalidade mesmo antes que as condições sociais se alterem. O dirigente cita como exemplo o caso da tuberculose que em Inglaterra e Europa Ocidental conseguiu-se reduzir o problema através de medidas urbanísticas e conquistas dos trabalhadores (redução da jornada de trabalho, proibição do trabalho das crianças, melhoria na alimentação, salários). Na América Latina após a 2ª Guerra, com o descobrimento de medicações eficazes conseguiu-se curar a tuberculose e preveni-la com vacinas, mesmo com as pessoas continuando a serem miseráveis e morando mal, mas ao menos permaneciam vivas.

Quando questionado à respeito das condições políticas desta proposta de saúde, o secretário respondeu que o processo de Reforma Sanitária e a descentralização de serviços criou condições para que um grande número de técnicos passassem a dominar conhecimentos de organização e direção dos serviços (que antigamente era atribuição de pequeno número de especialistas em planejamento). Isto se transformou no objeto de trabalho e estudo de muitas pessoas e, embora as idéias da Reforma Sanitária tenham surgido dos políticos de esquerda, hoje em dia tem ampla aceitação de pessoas que as apoiam embora não se posicionem ideologicamente. A prova é que pessoas ideologicamente definidas sejam escolhidas para a Secretaria de Saúde cujo partido é minoritário. O próprio secretário refere que já

foi presidente da Associação Paulista de Secretários da Saúde e que agora é o Secretário Geral do Conselho Nacional dos Gerentes de Saúde, sendo que o PT tem trinta Prefeituras e o Brasil tem 4.000. Segundo o conceito gramsciano ele disse: "Nós temos a hegemonia".

2. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Saúde está passando por uma profunda reforma. A Lei Orgânica de Saúde trata da descentralização e municipalização dos serviços de saúde, já que a Constituição Federal definiu ser competência dos municípios a coordenação e a prestação da maioria dos serviços de saúde.

É sabido que a descentralização leva a uma maior racionalidade e facilita o gerenciamento das atividades organizacionais, além de modificar a lógica de atendimento à população. Aliás, a descentralização implica numa mudança das relações de poder dos tomadores de decisão.

Nesse contexto, ao se conhecer a política de saúde em curso na cidade de Santos, percebe-se sinais visíveis de que as comunidades e os usuários estão participando das decisões do setor de saúde.

Parece haver de fato um deslocamento do poder central através da criação do Conselho Municipal de Saúde de Santos, previsto no artigo 183 de Lei Orgânica do Município e regulamentada provisoriamente pelo Decreto Municipal 1286, de 26 de dezembro de 1990 até a edição da Lei Municipal 752 em 8 de julho de 1991. Passando a ser o Conselho um órgão deliberativo máximo da Política de Saúde

do Município, inclusive com poder de fiscalização em todos os serviços sendo constituído por representantes de usuários e prestadores de serviço, paritariamente

Em relação à participação popular, Santos vivenciou um processo de discussões que culminou com a realização da I Conferência Municipal de Saúde, em dezembro de 1990. O evento foi precedido de uma intensa mobilização. Foram realizadas 52 Pré-conferências a nível das Unidades de Saúde reunindo 2.115 pessoas, onde a população (individualmente ou através de entidades) teve direito a participar, discutindo os principais problemas de saúde do bairro e podendo eleger um delegado a cada dez participantes, ou por cada entidade. Ao todo foram eleitos 285 delegados com direito a voz e voto para participar da Conferência. Nesta, foram elaboradas as propostas para o Plano Municipal de Saúde e foi formado o Conselho Municipal de Saúde.

Sobre as atividades e atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Santos - CMSS, estão previstos em Regimento que este tem como objetivos básicos, estabelecer, controlar e avaliar a política municipal de saúde, além das funções previstas na Lei Federal nº 8142 de 28/12/1990(*), constituindo-se no órgão colegiado responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde a nível do Município de Santos.

(*) Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

- Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 1º -

Parágrafo 2º - "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Governo, Prestadores de Serviço,

Profissionais de Saúde e Usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo".

O seu Regimento Interno define que "o CMSS tem funções deliberativas fiscalizadoras e consultivas, subordinando-se entretanto às orientações emanadas da Conferência Municipal de Saúde" (art. 5º).

O CMSS constituiu Comissões Especiais para acompanhar temas específicos como o Plano de Saúde Municipal e a Prestação de Contas do SUS. Poderão ser criadas outras Comissões de acordo com os assuntos de maior relevância para análise.

A composição do Conselho é tripartite com representação de usuários (15), prestadores de Serviços de Saúde (7) e Representantes do setor Governamental (8).

Resultado de um processo altamente democrático, apresenta-se com uma composição altamente representativa da comunidade santista, sendo portanto bastante heterogêneo. Dele participam representantes de sindicatos, de sociedades de bairros, comissões de saúde, associações de doentes e deficientes, de movimentos populares, de aposentados, etc.. Participam ainda representantes da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos, da Câmara Municipal, do Hospital Guilherme Álvaro, do ERSA-52, da Universidade, dos Hospitais Filantrópicos, Instituições Privadas lucrativas, etc.. São 30 membros no total, e quem preside o Conselho é o Secretário de Higiene e Saúde, considerado como um membro nato.

Tem uma Comissão Executiva, subordinada ao CMSS, com atribuições técnicas operacionais para organizar e viabilizar as reuniões, exercer o controle administrativo e financeiro, etc. do Conselho, e encaminhar e executar as recomendações e decisões tomadas pelo mesmo. Esta Comissão é eleita pelo próprio Conselho, e é composta por três representantes dos Usuários, dois Prestadores de Serviços e um do Setor Governamental representado pelo Secretário de Higiene e Saúde do Município.

À respeito da relação do Estado e das Entidades Privadas com o Conselho, o Secretário Executivo do CMSS relata que ambos se apresentaram inicialmente com uma postura de muita crítica e que posteriormente passaram a se ausentar. Na reunião passada, o representante do estado voltou a participar.

O Conselho e a Comissão Executiva reunir-se-ão na presença da maioria simples de seus membros e deliberarão também por maioria simples dos membros presentes, devendo os assuntos debatidos serem votados em aberto.

Suas reuniões serão abertas à participação da comunidade com direito a voz, e elas ocorrerão às 19 horas da terceira terça-feira de cada mês, podendo também ser convocadas reuniões de caráter extraordinário.

O Conselho tem tido a preocupação de divulgar as suas atividades a toda a população já que esta ainda não o conhece e não sabe de suas atribuições e da possibilidade de participação aberta a todos os cidadãos, com direito a voz. Esta divulgação está sendo feita através de Boletins Informativos amplamente distribuídos, e de grandes mobilizações como a realizada para a reunião do dia 11 de novembro de 1991 onde o assunto era a grave crise hospitalar de Santos. Através da propaganda e divulgação realizadas a

participação foi muito grande (120 pessoas) e notou-se que a visão da população, em relação ao Conselho começa a mudar

Os próximos passos que se pretende alcançar é a formação dos Conselhos Locais nas Unidades (inicialmente na Zona Noroeste onde a participação popular já vem ocorrendo). Pensa-se também na formação de um Conselho Regional da Baixada devido aos municípios que a compõe terem problemas em comum. Alguns documentos já estão sendo assinados conjuntamente pelos Conselhos Municipais de Saúde da Baixada. No início do próximo ano deverá ser realizada uma nova Conferência Municipal de Saúde para avaliação das atividades do ano, do desempenho do Conselho e delineamento de novas metas.

No mesmo dia 19, à noite, foi realizada uma reunião extraordinária do Conselho, onde estivemos presentes. A reunião visava discutir os encaminhamentos das propostas da reunião anterior, para enfrentar a Crise Hospitalar. Esta crise afeta toda a Baixada, já que Santos atende não só a seus municípios como também à população vizinha.

Com a defasagem e o atraso no repasse de verbas pela União e o Estado, o município vive uma real situação de caos com o descredenciamento de alguns hospitais, e com a redução de leitos e de pessoal em hospitais, como a Santa Casa e o Guilherme Álvaro (do Estado) que concentrou a maioria dos atendimentos de Santos e Baixada.

Para discutir esta situação, os Secretários de Saúde do Guarujá, São Vicente, Peruíbe e Cubatão, assim como o diretor do SUDS-52 participaram, no intuito também de não caracterizar esta luta como sendo político-partidária, mas sim, supra-partidária.

As principais propostas tiradas desta reunião foram

- Consultar a Promotoria Pública para tentar suspender o pagamento de 30% do INSS da Baixada que deverão ficar retidos nos municípios e serem aplicados em um Fundo de Saúde para patrocinar as ações de saúde

- Fechamento de todas as principais rodovias que chegam à Baixada, no dia 29 do mesmo mês, às 18 horas, objetivando com isso causar impacto e repercussão através da mídia, chamando a atenção de autoridades e da opinião pública para a Crise da Saúde na Baixada Santista.

- Envolver os prefeitos, vereadores, deputados estaduais, federais e o Senador da região nesta luta.

- Outras formas de mobilização (entrevista coletiva, passeatas, lista de pacientes não atendidos, etc).

3. FINANCIAMENTO

De acordo com a lei federal 8080/90, que regulamenta a implantação do SUS, a gestão financeira dos recursos para a municipalização terá que obedecer critérios técnicos para o repasse de verbas para os Estados e Municípios (art. 35).

Há, por parte do Governo Federal, iniciativas claras no sentido de impedir que a municipalização da saúde se concretize, principalmente através da recusa em cumprir os preceitos legais no que diz respeito ao financiamento dos Sistemas Locais de Saúde.

A assinatura do Convênio SUDS, em junho de 1989 pela Prefeitura Municipal de Santos, abriu a perspectiva de se dividir o financiamento da Saúde em Santos com as outras esferas governamentais, além de se aumentar a rede municipal, através da incorporação dos três Centros de Saúde do Estado (CS Martins Fontes, CS Areia Branca e CS Bertiooga), que foram municipalizados. A história porém encarregou-se de mostrar que a responsabilidade da manutenção da saúde ficaria mesmo por conta da Prefeitura. Isto porque a redução paulatina dos valores repassados pelo SUDS, associada ao atraso sistemático desses repasses, levaram o Município a arcar com 70% dos gastos com saúde em 1990.

Através do "pagamento por produção", o Ministério de Saúde busca impor um modelo de assistência curativo, individual, voltado exclusivamente para atendimento da demanda espontânea, valorizando procedimentos de alta tecnologia, tratando sem distinção serviços públicos municipais e hospitais privados conveniados. Tudo isso em contradição com a proposta do SUS, que preconiza ações de saúde financiadas pelas três esferas do governo, a partir de necessidades definidas com base na realidade epidemiológica, e coloca, como pressuposto básico, a saúde como direito à cidadania e ênfase nas ações de caráter coletivo.

Hoje os municípios que teimam em resistir à crise geral da saúde a nível nacional - buscando implantar ações e serviços de acordo com a realidade epidemiológica local e valorizando ações de vigilância - têm sentido, de maneira dramática, a impossibilidade concreta de dar solução a problemas que vão desde a falta de retaguarda hospitalar até a assistência qualificada aos portadores de deficiência. Isto porque os recursos financeiros do Município são absolutamente insuficientes para custear todo o sistema de saúde. Ou outras esferas de governo, a nível estadual e

federal), participam do financiamento do sistema, ou ele se inviabiliza por falta de recursos.

É exatamente esse momento que vive a cidade de Santos. Há vontade política do Governo Municipal em viabilizar o SUS, explícita no Programa de Saúde que vem sendo implantado nestes três anos de administração, com recursos quase que exclusivamente municipais. Mas há, simultaneamente, uma profunda crise na área hospitalar do Município, por absoluta irresponsabilidade das outras esferas de governo para com o custeio da saúde.

Diante desse quadro dramático, o Município tem trabalhado em situações-limite, buscando não sucumbir à crise geral e aplicando soluções criativas que visem o bem estar público e o compromisso com a população.

Uma análise feita nos gastos com Saúde durante o 1º semestre de 1991, no Município de Santos, revelou um padrão que pouco se alterou durante esses meses e chamam a atenção os seguintes pontos:

a) A baixíssima participação dos níveis federal e estadual no financiamento da saúde no município.

No acumulado do semestre, o município entrou com 86,8% do gasto com a saúde, contra apenas 13,2% do SUDS/SUS (vide gráfico). Em valores, Cr\$ 1.531.340.025,00 da SHIG contra Cr\$ 232.356.624,00 do SUDS/SUS.

b) Quanto aos gastos, houve no primeiro semestre um baixo gasto com material de consumo e praticamente foi inexistente o gasto com investimento (material permanente e obras).

O gasto com pessoal se manteve ao redor de 65%, e os demais itens não se alteraram significativamente no decorrer do semestre.

c) Na análise comparativa entre despesa e receita, o SUS municipal acumula até junho um gasto em saúde correspondente a 9,9% da receita do município (Cr\$ 1.763.686.647,78 de gasto com saúde contra Cr\$ 17.727.871.708,54 de receita municipal - (vide ilustração no Anexo 3).

A propósito, a fim de subsidiar a questão, Lenir Santos, procuradora e membro do núcleo de estudos em Direito Sanitário da USP, ao analisar do ponto de vista jurídico, a legislação que rege o financiamento do SUS, conclui:

"Diante do que determina o nosso ordenamento jurídico no tocante ao financiamento da saúde, podemos concluir com as seguintes assertivas para 1992, embora sem muita certeza e otimismo se serão cumpridas, uma vez que neste país há uma enorme dissonância entre o que determina a lei e nossa realidade diária.

Estamos cansados de saber que o sistema de saúde é descentralizado, no entanto, embora tenhamos observado um discurso descentralizado, a prática tem sido centralizadora.

Mas o nosso papel é brigar pela coerência. Temos que fazer valer na prática o que se escreve nas leis:

1. a saúde será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e das contribuições sociais;

2. o orçamento da seguridade social discriminará a transferência, para o setor saúde, de recursos da União para os Estados, DF e Municípios;

3. do orçamento da seguridade social, 30% serão destinados ao setor saúde,

4. ações de saneamento básico executadas pelo SUS ou por outro Ministério, bem como ações próprias de outros Ministérios, não poderão ser financiadas com recursos destinados ao setor saúde,

5. os recursos financeiros do SUS serão depositados, na esfera federal, no FNS e administrados pelo MS;

6. os recursos financeiros de cada esfera de governo serão depositados em conta especial ou fundo de saúde, de forma regular e automática, independentemente da celebração de convênio, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde;

7. o critério para a definição dos valores a serem repassados, enquanto não for regulamentado o artigo 35 da LOS, será o critério populacional.

8. o INAMPS não tem mais competência para prestar serviços médico-assistenciais, uma vez que a Lei 6.439/77 foi revogada, não podendo, portanto, voltar a dispor sobre normas referentes a serviços de assistência à saúde, tampouco ter alocado ao seu orçamento recursos próprios do Fundo Nacional de Saúde.

9. o Município, o Estado e o DF são os gestores na sua esfera de governo, do Sistema Único de Saúde: por isso a União não pode reter recursos destinados às esferas gestoras

do SUS, com o fim de pagar, centralizadamente, os hospitais públicos e os hospitais privados contratados ou conveniados

4. MEIO AMBIENTE

Nos últimos anos, em todo mundo, grande destaque tem sido dedicado aos problemas relacionados com o desenvolvimento social e econômico e a preservação do meio ambiente

Diversos estudos tem procurado demonstrar o quanto as alterações ambientais (em sentido amplo) afetam a saúde e o bem estar do homem.

As questões ambientais no Brasil, por envolverem elevados recursos financeiros e grandes áreas geográficas sempre foram objeto de políticas em nível federal ou estadual, possibilitando aos municípios um pequeno grau de participação.

A municipalização dos serviços de saúde da cidade de Santos tem permitido a implementação de políticas sobre o meio ambiente através do desenvolvimento de ações intersetoriais que buscam a conjugação de esforços entre várias secretarias no âmbito da própria prefeitura e também convênio e protocolos de cooperação entre a Sehig/PMS e organismos de outras esferas de governo, particularmente com

a SABESP e a SUCEM/SES (nível estadual) e a FNS/MS (nível federal)

Deve-se ressaltar que a legislação tanto no campo da saúde quanto no campo do meio ambiente atribuem responsabilidades ao município.

Além disso, a complexidade das questões locais derivadas das características que assumem a estrutura social e econômica da cidade de Santos, enquanto portuária, estância turística, proximidade com a região metropolitana da Grande São Paulo dentre outros aspectos, exigem do município capacidade de articulação e coordenação das ações sobre o meio ambiente dos vários organismos e instituições atuantes no setor.

No relatório do Trabalho de Campo Multiprofissional do Curso de Especialização de Saúde Pública de 1990 referente ao município de Santos descreveu-se os aspectos gerais tanto do Sistema de Abastecimento de Águas quanto do Sistema de Coleta, Pré-tratamento e Disposição Final das Águas Residuárias e de Resíduos Sólidos despertando maior interesse o acompanhamento da questão da balneabilidade das praias, do saneamento dos morros da cidade e do combate a vetores associados a prevenção da leptospirose, raiva e dengue.

4.1 Saneamento dos morros

Ao regionalizar os serviços de saúde, especial atenção foi dispensada àqueles que se localizam próximos aos morros da cidade, constituindo-se nesta área um módulo de saúde com uma pequena rede de policlínicas

Estas policlínicas, além da assistência médica, desenvolvem ações que visam responder às necessidades sociais de saúde da população local.

Ao visitarmos a policlínica José Menino verificamos que além do atendimento normal característico de qualquer policlínica, dada sua proximidade junto ao morro, desenvolve também atividades específicas voltadas aos problemas ambientais e de saúde que aflingem a população dessa área de topografia acidentada da cidade.

A ocupação desordenada em áreas de declive acentuado, pondo em risco a segurança das famílias em períodos chuvosos tem sido uma das preocupações da prefeitura. Assentamento nessas áreas de risco, alteram o fluxo de escoamento das águas pluviais prejudicando ainda mais a estabilidade das encostas. A policlínica tem realizado atividades que visem a melhoria das condições de vida no local. Para isso, participa do GEM (Grupo Executivo

de Morros) que é uma comissão que envolve várias Secretarias da Prefeitura, responsável pela criação dos Núcleos de Defesa Civil (NUDEC) cuja atribuição é orientar e desenvolver as primeiras ações em caso de acidentes (sistema de alerta); e por atividade que envolvem o ordenamento do meio dirigindo o escoamento de águas pluviais em áreas de declive acentuado; coleta de lixo em pontos de difícil acesso; remoção de famílias instaladas em pontos críticos e realocação para áreas de topografia mais segura. Há dessa forma a implementação de um verdadeiro trabalho multidisciplinar de vigilância contra a ocupação desordenada e aleatória.

Nesse trabalho tem-se conseguido um envolvimento direto dos profissionais de saúde com a população no encaminhamento de questões ambientais e de saúde.

A localização da policlínica nessa área geográfica delimitada e a prestação de serviços específicos à população do Morro José Menino vai de encontro à filosofia da municipalização no que diz respeito à regionalização.

A preocupação sentida no local com o ambiente numa visão abrangente da saúde onde o homem é visto como integrante de uma comunidade aliada à preocupação com a promoção, proteção e recuperação da saúde expressa um princípio doutrinário do SUS.

4.2 Balneabilidade das praias

Conforme o TCM, análises realizadas entre 1980 e 1989 quanto a balneabilidade das praias indicaram que todas as praias de Santos estiveram acima do padrão reconhecido como aceitável para a utilização da população, ou seja, as medianas anuais das medidas de colônias de coliformes fecais por 100 ml de água estiveram sempre acima de 1000 NMP/100 ml.

A fim de minorar este nível de poluição fecal das praias de Santos, a Prefeitura de Santos firmou acordo de cooperação com a Superintendência da Baixada Santista da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo a fim de buscar a eliminação imediata de despejos de efluentes domésticos na orla da praia, através da interceptação e coleta das águas dos canais, que serão recolhidas pelo interceptor da SABESP, e a implementação de medidas visando a solução definitiva do problema de poluição dos canais, através da identificação e eliminação das fontes de lançamento de esgotos sanitários, de modo a devolver aos canais sua função precípua de escoamento das águas pluviais.

Após o início deste programa em dezembro de 1990, com o fechamento das comportas e a ligação das águas de cada

canal ao interceptor da SABESP, já se começa a sentir melhorias nos indicadores de poluição fecal como mostra a comparação dos resultados obtidos em setembro de 1991 referentes ao mesmo período com resultados obtidos em 1989 e 1990.

Tabela 1 - Resultados de colimetria de sete pontos de amostragem referentes ao mesmo período¹ nos anos de 1989, 1990 e 1991 na cidade de Santos.

Pontos de Amostragem	Nº de análises da CETESB consideradas			Nº de casos de colimetria 1000			Mediana do período		
	89	90	91	89	90	91	89	90	91
Boqueirão (Rua Angelo Guerra)	30	30	30	4	4	16	3000	3000	750
Ponta da Praia (Frente Aquário Municipal)	30	30	30	8	4	11	5000	3000	2300
Gonzaga (R. Ana Costa)	30	30	30	8	11	18	2300	2350	800
José Menino R. Casper Líbero	30	30	30	16	19	18	800	500	500
Aparecida* (Frente Casa da Vovó Anita)		30	30	6	18		2300	600	
Ponta da Praia Rua Ricardo Pinto	30	30	30	9	6	15	3000	2300	1000
José Menino Rua Maranhão	30	30	30	12	17	19	2250	800	500
GERAL	180	210	210	57 (32%)	69 (33%)	115 (55%)	2300	2300	800

*No ano de 1989 não havia ainda controle por parte da CETESB deste ponto.

1 - período: 1989 - de 13/03 a 02/10

1990 - de 12/03 a 01/10

1991 - de 11/03 a 30/09

Fonte: SIQUEIRO, José Eduardo de Campos - Coordenação de Inspeção Sanitária.
SABESP - Região Metropolitana.

Nos próximos meses pretende-se continuar o trabalho de identificação de ligações clandestinas de esgoto a fim de promover o saneamento dos canais de drenagem bem como a aquisição de novas comportas e o monitoramento periódico da qualidade das águas dos canais e da balneabilidade das praias.

4.3. Controle de zoonoses

Outro serviço importante do ponto de vista ambiental é o Serviço de Combate as Pragas (SERCOPRA) que executa o controle de zoonoses na cidade.

Durante esse ano, as principais atividades desse serviço vem sendo a realização de ações simultâneas de apreensão animal, retirada de lixo, controle de criadouros de mosquitos, desratização e inspeção de estabelecimentos comerciais, industriais e de serviços. A rede de policlínicas está integrada com esse serviço (Plano Municipal de Saúde 91/92).

Essa atividade é de grande importância visando o melhoramento do meio e trabalhando na prevenção de doenças como a leptospirose, raiva e dengue.

No tocante ao controle de vetores com potencial de transmissão de dengue, os serviços anteriormente se dividiam entre a FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FNS) (antiga SUCAM) responsável pela área do porto, SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS (SUCEN) responsável pelo restante da cidade e pelo SERVIÇO DE COMBATE ÀS PRAGAS (SEHIG) com atração no âmbito do município.

Recentemente, foi dado mais um passo em direção à municipalização com o convênio celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde, com interveniência da SUCEN e a Prefeitura Municipal de Santos. O presente convênio tem como objeto um regime de colaboração entre os partícipes na execução das atividades do Programa de Emergência para Controle dos Vetores do Dengue e Febre Amarela

Assumindo esse serviço, a Prefeitura se obriga ao fornecimento de recursos humanos e materiais incluindo equipamentos. A SUCEN se obriga a fornecer normas e padrões técnico-operacionais e de qualidade. O convênio prevê ainda a cessão de uso de bens móveis e equipamentos atualmente sob responsabilidade do Estado bem como a cessão de pessoal para a Prefeitura. Caberá à SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE o repasse dos recursos financeiros para execução dos trabalhos à nível local.

Em visita ao SERCOPRA pôde-se constatar grande motivação pelo fato da Prefeitura estar assumindo as responsabilidades do controle dos vetores do Dengue. Dessa forma, garantem os técnicos, que os serviços poderão ser implementados sob a ótica e perspectiva do SUS nos próximos anos.

Ao mesmo tempo, existia uma certa apreensão, dada a grande responsabilidade que a Prefeitura passa a assumir. Os profissionais do SERCOPRA estão cientes do avanço do *Aedes albopictus* e *Aedes aegypti* em direção à cidade e reconhecem o risco que esse fenômeno pode apresentar em relação a uma possível epidemia de dengue. Por outro lado, reconhecem a falta de estrutura laboratorial, falta de equipamentos de controle e falta de técnicos e auxiliares especializados para essa tarefa. Também os recursos financeiros que deveriam ter sido repassados pelo Estado

para cumprir esse empreendimento ainda não haviam sido transferidos.

Diante desse quadro e considerando-se a rapidez de proliferação dos mosquitos transmissores do Dengue que assumindo determinada densidade podem-se tornar vetores, entendemos como urgente a concentração de esforços para o treinamento de equipe e desenvolvimento de infraestrutura específica para essa atividade.

5. ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Através do estudo de nosso tema específico (tuberculose), tivemos contato com os centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes, onde observamos os aspectos gerais de seu funcionamento dentro do sistema local de saúde.

5.1. Centro de Saúde Areia Branca

O C.S. Areia Branca, está localizado na Zona Noroeste da Cidade de Santos, o que justifica os 30% do atendimento geral ser proveniente de São Vicente e Praia Grande, além de usuários da região do "mangue" (Dique-construções palafitas).

Segundo a direção do centro de saúde, a municipalização se deu em maio de 1989, apresentando as seguintes características:

Tudo o que era de responsabilidade do SUDS, foi transferido para a Prefeitura Municipal (impressos, recursos humanos, atendimento). Surge então, o problema de encaminhamento dos pacientes, pois não havia serviços de especialidades na Prefeitura, necessitando assim de reestruturação geral.

O Centro de Saúde tinha um esquema próprio, tendo que sofrer adaptações. Em menos de um ano, foi montado o Ambulatório de Especialidades - AMBESP e firmado convênio através da SEHIG, com o Instituto Adolfo Lutz (laboratório).

Já existiam a nível da Secretaria de Saúde alguns programas: Materno-Infantil, Tuberculose e Hanseníase, que estavam relativamente estruturados.

Com a municipalização, os medicamentos são adquiridos pela Prefeitura, sendo os pedidos encaminhados pela SEHIG mensalmente ao almoxarifado central.

Conforme relato da direcção do Centro de Saúde, a municipalização representou um "ganho", no que se refere aos salários, possibilitando a "isonomia".

Com relação aos medicamentos, foi estabelecida a padronização, conforme listagem da rede básica.

Em específico para o centro de saúde, a municipalização trouxe a dermatologia sanitária, para acompanhamento da Hanseníase e sentiu a necessidade de contar com as seguintes especialidades: neurologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, cardiologia, pediatria e reumatologia.

No que se refere a tuberculose, existe um grupo de pessoas envolvidas mas que não tratam só deste problema especificamente composto por um médico, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem e um chefe de seção de profilaxia, responsável pela vigilância epidemiológica e visitas; o serviço social não está entrosado.

Atualmente encontram-se no programa de tuberculose, em controle ambulatorial, 48 pacientes. Durante o presente ano ocorreram três casos de abandono, dois óbitos por associação com SIDA.

É realizado atendimento e orientação individual, não se realizando visita domiciliar de rotina. A avaliação clínica é de responsabilidade de uma médica clínica, sendo que o programa conta com retaguarda a nível pneumológico de profissional pertencente ao Hospital Guilherme Álvaro; que inclusive vem desenvolvendo treinamentos junto ao Centro de Saúde desde final de novembro de 1990.

O programa exige a realização de baciloscopia para a detecção da moléstia, sendo que para tanto utilizam o Instituto Adolfo Lutz, com demora de 15 dias para fornecimento de resultados. Uma vez confirmado o diagnóstico, lista-se os possíveis "comunicantes", que são convocados para avaliação clínica.

O esquema de atendimento do C.S. é por agendamento e pronto atendimento eventualmente.

Quando do não comparecimento do usuário à consulta marcada, ocorre a convocação via aerograma; caso não compareça é realizada visita domiciliar.

Foi introduzido o esquema de pós-consulta, com intuito de reforçar as orientações necessárias.

5.2. Centro de Saúde Martins Fontes

O C.S. Martins Fontes está localizado no módulo Centro-Porto, uma região das mais pobres da cidade, com elevada concentração de "cortiços". A população atendida é

proveniente de Santos, Praia Grande, São Vicente, Itanhaém, Vicente de Carvalho e Cubatão.

A princípio, a filosofia da municipalização chegou ao Centro de Saúde, via SEHIG; o que segundo a equipe multiprofissional, não representou significativa mudança; exceto quanto ao fornecimento de medicamentos (a Prefeitura passou a assumir).

No que tange a tuberculose, o aspecto mais relevante observado pela enfermeira responsável, foi a elevada taxa de abandono detectado em início de 1990; daí a necessidade de se buscar possíveis "causas". Percebeu-se que o paciente não se sentia atendido globalmente, não envolvia a parte social, o que talvez pudesse representar a principal causa do abandono (hipótese).

Assim sendo, montou-se uma equipe multiprofissional, constituída por um médico-tisiologista, uma enfermeira, um assistente social e uma estagiária de psicologia, que deram início em agosto de 1990 a um trabalho visando atender essa necessidade.

O paciente chega ao C.S., geralmente com o diagnóstico definido, ou com forte suspeita, encaminhado pelo hospital; passando por pré-consulta, consulta médica e posteriormente encaminhado à equipe que procura esclarecer o que é a doença, que tem cura, o tempo de tratamento, a transmissão, a situação no contexto social - trabalho, família, etc.

Comumente, o paciente sofre o impacto da revelação do diagnóstico, durante a consulta médica, resistindo em "aceitar" e revelar a família, alegando que tem uma "pneumonia" ou um "problema de pulmão". Receiam o "isolamento" do convívio familiar e ao mesmo tempo sentem-se

"culpados" pela não revelação da doença é esclarecido ao paciente, a importância de avaliação médica dos familiares e grupo de seu relacionamento, que são considerados como "comunicantes". É rotina do C.S. realizar visita domiciliar ao paciente, após o primeiro atendimento.

O paciente é orientado, quanto ao afastamento do trabalho (geralmente são estivadores, carrinheiros que moram em depósitos e pedreiros), junto a Previdência Social, sendo que, conforme o caso, a assistente social encaminha a documentação ao INSS.

Dentre os pacientes portadores de TB, existem aqueles que vivem na rua, sem residência fixa, chamados "homens de rua", que recebem diariamente a medicação no Centro de saúde (medicação supervisionada). Além disso, são encaminhados ao CAP-Centro de Atendimento à População, que promove a higienização e oficina de trabalho.

Durante as entrevistas com a assistente social, surgem revelações por parte dos pacientes, quanto ao envolvimento com drogas, álcool, etc., ocorrendo desta forma o encaminhamento ao programa anti-drogas, Alcoólicos Anônimos, etc..

Segundo relatos da equipe multiprofissional, atualmente encontram-se em tratamento, 450 pacientes, dos quais 10% não residem na cidade de Santos e 10% dos casos por recidiva (normalmente pacientes antigos).

O grupo avalia que após um ano de desenvolvimento do trabalho em equipe, procurando tratar o paciente como um todo, repercutiu em uma redução da taxa de abandono de tratamento de 40% em 1990, para 23% em 1991.

Observam também, que o referido trabalho facilita o fluxo entre as pessoas, os setores e o intercâmbio entre as policlínicas.

Abordaram inclusive que foi possível perceber que a TB vem delineando um outro perfil, isto é, se faz presente em outras classes sociais que não somente as menos favorecidas. Consideram que o aspecto emocional, o desgaste físico e problemas familiares, sejam os fatores de peso para essa nova realidade que se apresenta.

Salientaram ainda, como aspecto relevante, o trabalho que atualmente vem sendo desenvolvido pelo Instituto Adolfo Lutz, no que tange ao estudo de resistência do BAAR, frente à antibioticoterapia; o que contribuirá sobremaneira para novas descobertas terapêuticas.

6. CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS (CCD)

A partir de agosto de 1990, com a implantação do SEPIM - Sistema de Epidemiologia Municipal, do Centro de Controle de Doenças (CCD), da Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG), o município de Santos assumiu a vigilância epidemiológica, descentralizando as ações anteriormente executadas pelos três centros de saúde existentes (Martins Fontes, Areia Branca, Bertioga) para as vinte unidades básicas existentes atualmente (policlínicas e centros de saúde), até então, a rede atendia somente a demanda, não existindo programas de Controle.

Foram definidos como prioridade, a notificação de AIDS, meningite e a tuberculose, para conhecimento e acompanhamento da situação, tendo como base, os altos índices de incidência no município de Santos.

O CCD é constituído por uma equipe de cinco profissionais de nível superior e seis visitantes, que realizam visitas diárias de investigação em hospitais, prontos socorros, delegacias, etc., com o objetivo de levantar os casos que não foram notificados ao CCD, como por exemplo as doenças de notificação compulsória, acidentes de trabalho, de trânsito, internação de menores de um ano e crianças de risco (referenciada no capítulo sobre o programa de mortalidade infantil).

Desde sua implantação, o CCD vem realizando treinamento constantes, envolvendo um trabalho de conscientização dos profissionais de saúde, sobre a importância da notificação, em virtude de uma resistência observada por parte dos hospitais, principalmente os privados.

O CCD tem como objetivo, o desenvolvimento das seguintes atividades:

- Analisar e acompanhar a situação epidemiológica e evolutiva dos principais agravos à saúde, de forma a compreender melhor as tendências e os fatores determinantes;

- Subsidiar a Secretaria de Higiene e Saúde, para melhor planejamento de ações a nível de prevenção, educação e atendimento;

- Informar periodicamente com dados atualizados, a população e os serviços de saúde.

7. SAÚDE DO TRABALHADOR

As ações de saúde do trabalhador no município de Santos se inserem na proposta geral de trabalho na Secretaria de Higiene e Saúde, qual seja, a garantia aos cidadãos dos direitos básicos à vida e à saúde como previsto pela atual Constituição.

Dessa forma, foi criado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador a nível municipal com a finalidade de desenvolver ações voltadas para a prevenção ou redução dos agravos à saúde relacionados aos ambientes de trabalho. Desenvolvem-se ações dirigidas para o estabelecimento de um diagnóstico precoce das doenças ocupacionais, atendimento ao trabalhador acidentado, assistência médica e reabilitação profissional e garantia de acesso aos direitos previdenciários.

Incluem-se dentre os objetivos específicos:

1) Garantia do atendimento especializado e integral ao indivíduo com problemas de saúde relacionados ao trabalho.

2) Avaliação, controle e mapeamento de riscos da população trabalhadora e seu perfil de morbi-mortalidade, viabilizando um sistema de análise de informações sobre riscos nos locais de trabalho (ações de vigilância).

3) Realização de avaliações e fiscalizações nos ambientes de trabalho conjuntamente com representantes de Sindicatos de trabalhadores e profissionais do programa de vigilância sanitária.

4) Desenvolvimento de ações educativas.

5) Capacitação de recursos humanos específicos para atuação na área.

6) Avaliação do impacto de novas tecnologias sobre a saúde do trabalhador.

O Programa de Saúde dos Trabalhadores com os objetivos acima mencionados desenvolve-se no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, serviço do município que até o ano passado fazia parte do Núcleo Integrado de Saúde (NIS).

Esse ano, o Centro de Referência foi transferido para o Centro de Reabilitação Profissional (C.R.P.) do INSS, que mantém um convênio com a Prefeitura.

O Centro de Referência é constituído por uma equipe de dois médicos, duas psicólogas, uma fonoaudióloga, uma assistente social e uma engenheira.

O atendimento é voltado para os trabalhadores da indústria, comércio, prestação de serviços e serviços públicos.

A demanda que chega ao serviço vem de sindicatos, outras unidades de saúde e espontaneamente (menor parcela).

É de responsabilidade do referido Centro de Referência, a investigação da suposta moléstia e de acidentes mais graves (por gravidade ou por área onde já se atua), ações de vigilância epidemiológica, preenchimento da CAT (Comunicado de Acidente do Trabalho), possibilitando assim traçar um perfil de situações de risco.

Conta-se com a retaguarda do ambulatório de especialidades (AMBESP), instalado no Núcleo Integrado de Saúde (NIS).

Segundo a Coordenação do Programa de Saúde dos Trabalhadores, até o momento não se conseguiu maior repercussão quanto ao trabalho que vem sendo desenvolvido, atribuindo-se tal problemática à questão da dificuldade de relacionamento com os sindicatos, haja visto que em Santos e Baixada existem mais ou menos cinquenta sindicatos.

Atualmente se consegue apenas uma relação mais estreita junto aos Sindicatos dos Petroleiros, Metalúrgicos e Hoteleiros.

Há também a Unidade de Saúde dos Trabalhadores do Porto onde é prestado atendimento ambulatorial de primeiros socorros aos acidentados do trabalho, tratando-se de área de difícil penetração a título de investigação dos acidentes, uma vez que a área portuária é de Jurisdição Federal, fugindo assim do controle do município.

A questão das relações trabalhistas dentro do Porto é complexa. Os trabalhadores são classificados como "avulsos", isto é, sem contrato de trabalho, com distribuição dos serviços feita pelos sindicatos, perfazendo um total de 20.000 trabalhadores.

Isso favorece dentro das relações do porto, um hábito entre os trabalhadores que é o "aluguel" de suas carteiras para uma outra pessoa não registrada que deseja fazer um "bico" por alguns dias. É feito um tipo de acerto ilegal que é a divisão do salário com o dono da carteira que ganha 50% do salário sem ir trabalhar.

Essa dinâmica de trabalho extremamente complexa e inadequada gera situações de risco à saúde inadmissíveis e de difícil controle.

Por esses fatores, o Centro de Referência ainda restringe suas atividades à zona do retroporto (reparo de "containers", moinhos, armazéns de café) e às atividades de vigilância sanitária de bares e hotéis.

Atualmente, ao que parece, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador não mantém um vínculo estreito com a Unidade de Saúde dos Trabalhadores do Porto. Esta parece restringir-se à prestação de serviços de assistência médica à população do porto sem se enquadrar dentro das propostas gerais do Programa de Saúde dos Trabalhadores quais sejam, intervenção e melhoria nos ambientes de trabalho e prevenção de agravos à saúde decorrentes da atividade ocupacional.

Em contrapartida, o Centro de Referência de Saúde dos Trabalhadores não tem iniciado nenhum tipo de atuação relacionada aos trabalhadores do porto, uma vez que, como já foi mencionado, existe uma grande dificuldade de penetração na zona portuária (Área de Jurisdição Federal) e de intervenção nas relações e dinâmica de trabalho que lá existem.

8. SAÚDE MENTAL

O coordenador do NAPS I, localizado na Policlínica da Areia Branca (Zona Noroeste), relata que os Núcleos de Atenção Psico-Social (NAPS) nasceram inicialmente para atender à população desinstitucionalizada da Casa de Saúde Anchieta e como forma alternativa para se evitar novas internações. Para tanto, o NAPS está previsto para atender a uma comunidade de 40-50.000 pessoas, 24 horas por dia (inclusive sábado e domingo), onde os doentes mentais passam o dia fazendo diferentes tipos de atividades. O NAPS tem também seis leitos para os momentos de crise. Ele entende

que a manutenção da pessoa em crise no NAPS é fundamental para a retomada do vínculo com a realidade e com as pessoas (coisa que não ocorre no ambiente intra-muros) A proposta é de um atendimento sem violência (só em último caso usa-se a contenção no leito, mas mesmo assim é preferível à internação). Ainda utiliza-se bastante a medicação.

O NAPS-I conta com dez técnicos (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras e terapeutas ocupacionais), dezenove auxiliares de enfermagem, doze estagiários de diversas áreas, três cozinheiros, dois funcionários administrativos e a equipe de limpeza da Prodesan.

Cada técnico é responsável por 20-25 pacientes. é o "técnico de referência". Trabalham 40 horas semanais, distribuídos para dar plantão de 12 horas no fim de semana.

A proposta dos NAPS é fazer com que o paciente entre no circuito psiquiátrico o mais cedo possível para também sair rapidamente da crise.

Uma vez no NAPS, é priorizada a questão da convivência com o cotidiano. Na semana, ocorrem duas assembléias onde podem ser discutidas coisas pessoais e referentes à rotina da unidade. Ocorrem também vários grupos de trabalho (cozinha industrial, costura, cartões de natal, camisetas, bijouterias) cuja produção é vendida pelo grupo e o dinheiro é administrado por ele mesmo. Este grupo está vinculado ao Núcleo de Trabalho (ainda ligado ao Anchieta) que tem a função de mediar o mercado de trabalho com os pacientes que querem trabalhar.

Em relação à receptividade desta proposta, sentiram grande adesão por parte da família e pacientes. Aquela não é percebida como uma inimiga do tratamento, mas

também como uma vítima da sociedade que não apresentava outro tipo de resposta que não a internação.

Grupos terapêuticos também ocorrem segundo características semelhantes (e não diagnósticos), como por exemplo, o grupo de famílias que rejeitam o paciente

Nos 1º e 2º aniversários do NAPS, foram feitas grandes festas na praça, durante o dia todo, com shows, atividades culturais, bolo gigante, etc. A participação da comunidade foi muito grande havendo uma maior integração com os pacientes e modificando também a relação da população com o serviço público através da apropriação de seus equipamentos.

As atividades externas (passeios, visitas, andar de ônibus) são muito valorizadas para aumentar a convivência do doente mental com a sua comunidade.

Como forma também de tentar garantir essa vinculação com a comunidade, foi criada em 04 de julho de 1991 a Associação Franco Rotelli formada por pacientes, famílias e técnicos visando:

- criar condições para a oficializar os grupos de trabalho.

- pesquisa e estudo.

- organização civil para a manutenção do programa após a mudança na Prefeitura.

O Coordenador do NAPS refere ter o apoio dos que usufruem do serviço, mas encontra resistência do Estado (abertura de 60 vagas psiquiátricas no Hospital Guilherme Álvaro), União (não financiamento), do jornal A Tribuna

através de críticas ou falta de divulgação dos trabalhos desenvolvidos e seus resultados positivos.

A Prefeitura de Trieste ofereceu 40 000 dólares como forma de auxílio para a ampliação do programa, mas como este auxílio só pode vir através de um requerimento do Ministério Público, há dois anos que este dinheiro não vem.

A previsão de número de NAPS até o fim de gestão era de dez, mas com a falta de repasses de verba federal e estadual deverá chegar apenas a quatro NAPS.

Os bairros de São Manuel, Chico Paulo e Saboó (da Zona Nordeste) tem alta procura apesar de dificuldade de acesso ao Serviço. Por isso está se pensando em algum atendimento alternativo que vise, futuramente, à construção de um NAPS.

O NAPS-I em seus dois anos de funcionamento já atendeu 258 pacientes estando, atualmente, 142 freqüentando o serviço. Esta proposta obteve 98% de resposta ao tratamento, por parte dos pacientes.

Devido à qualidade do trabalho desenvolvido em Saúde Mental, Santos foi considerado neste ano, pela OPAS, como referência para América Latina e o Mundo.

Em relação à municipalização o entrevistado coloca que houve uma melhoria no acesso à Saúde Mental. A descentralização não ocorreu apenas no poder mas no trabalho efetivo, com grande autonomia das unidades. Ele diz que a municipalização ofereceu não só um melhor gerenciamento mas também um melhor nível de resposta aos problemas da população.

Apesar da municipalização favorecer as relações entre os programas e unidades, ele diz que ainda existe um nível de preconceitos entre os serviços (acredita-se que a Saúde Mental tem algum tipo de vantagem no sistema em detrimento dos outros serviços, o que ele diz não ser verdade).

Quando questionado à respeito da localização do NAPS ser dentro da Policlínica, ele responde que não é o lugar ideal, que a tendência é o NAPS se desvincular de um serviço de saúde tradicional e se aproximar da comunidade. Quando o ambulatório de saúde mental for municipalizado, o NAPS deverá se mudar para esse prédio.

A grande dificuldade que a equipe está encontrando agora é transformar toda esta vivência em conhecimento científico.

Resumidamente, o coordenador caracteriza o atendimento proposto como sendo de Movimento (ir atrás das necessidades dos pacientes) em contraposição ao imobilismo manicomial.

9. MORTALIDADE INFANTIL

O alto índice de mortalidade infantil em Santos tem sido um dos grandes problemas de Saúde Pública na cidade, principalmente nos últimos três anos.

Até 1988 havia uma tendência de redução do coeficiente de mortalidade infantil devido especialmente ao componente infantil tardio (TABELA 1). A mortalidade infantil neonatal, apesar de vir sofrendo gradativa redução

a partir de 1976 é ainda a responsável por 70% em média do óbitos ocorridos

Tabela I - Evolução da mortalidade infantil e seus componentes, neonata e infantil tardia, Santos.

Ano	Mort. Infantil			Mort. Neonatal		Mort. Inf. Tardia	
	óbitos	N. Vivos	Coef.	óbitos	Coef	óbitos	Coef.
1970	647	9.498	68,12	281	29,39	366	38,53
1971	617	9.442	65,35	257	27,22	360	38,13
1972	536	9.099	58,19	266	29,23	270	29,67
1973	564	9.099	61,98	301	33,08	263	28,90
1974	566	8.919	63,46	285	31,95	281	31,51
1975	855	10.131	84,39	419	41,26	436	43,04
1976	819	14.813	55,29	416	28,08	403	27,21
1977	498	9.066	54,93	244	26,91	254	28,02
1978	407	9.225	44,12	236	25,58	171	18,54
1979	359	9.762	36,78	203	20,79	156	15,98
1980	353	10.023	38,21	200	19,95	183	18,86
1981	355	10.495	33,83	246	23,44	109	10,36
1982	329	10.192	32,28	190	18,64	138	13,54
1983	291	9.093	32,00	163	17,93	128	14,08
1984	266	8.729	30,47	175	20,05	91	10,43
1985	299	8.891	33,63	-	-	-	-
1986	235	8.276	28,40	155	18,73	80	9,67
1987	235	7.935	29,62	-	-	-	-
1988	210	7.872	26,68	153	19,44	57	7,24
1989	214	7.174	29,83	154	21,47	60	8,36

Fonte: CIS/SEADE - Cartórios de Registro Civil de Santos, São Vicente Bertioga.

Isso revela que o maior problema reside na assistência pré-natal à gestante e ao parto, bem como a problemas relacionados à causas genéticas e congênitas

A partir de 1989 observa-se uma inversão na tendência existente de queda na mortalidade infantil com um aumento da mortalidade neonatal precoce e do componente infantil tardio, sendo o que em 1990 nota-se uma grande elevação desse último (de 8,36/10000 nascidos vivos para 12,91/1000 nascidos vivos) sendo ele o responsável pelo aumento da mortalidade infantil (de 29,83 para 34,29/1000 nascidos vivos).

A elevação da mortalidade infantil tardia em 1990 é um importante indicador da deterioração das condições de vida da população que passa por uma das maiores crises sócio-econômicas já existentes gerando desnutrição, afecções intestinais e outras intercorrências no recém-nascido que podem levá-lo a óbito.

Quanto ao componente neonatal, foi levantado pela SEHIG que 45% das crianças morriam no 1º dia de vida e 65% nos seis primeiros dias.

Em vista desses resultados preocupantes, a SEHIG iniciou o Programa da Criança de Risco a partir do 2º semestre de 1990.

O objetivo do Programa é reduzir a mortalidade infantil através da redução principalmente do componente infantil tardio por meio da identificação precoce do risco.

O primeiro passo para a elaboração do Programa foi procurar traçar um perfil de causas dos óbitos de recém-nascidos. Essa determinação das principais causas foi feita

através de levantamento de prontuários dos recém-nascidos que foram a óbito nos Hospitais Santa Casa e Guilherme Álvaro

A partir desses dados levantados, a implantação do Programa constou de vários itens:

1) Planejamento familiar em todas as unidades básicas de saúde especialmente no que se refere à gravidez de risco.

2) Avaliação do pré-natal na rede básica com implantação dos critérios de risco. A seleção desses critérios de risco foi baseada em trabalho científico realizado na Faculdade de Saúde Pública da USP. A partir desses critérios foi elaborada ficha para preenchimento nas maternidades com os critérios de risco do recém-nascido (Anexo 4).

3) Instalação da Casa da Gestante (inaugurada em setembro de 1990 para o acompanhamento à gestante de risco).

4) Instalação de uma maternidade modelo (ainda não realizada).

5) Sistema de vigilância do recém-nascido de risco.

6) Sistema de vigilância das internações de menores de 1 ano.

7) Sistema de vigilância da mortalidade infantil e materna.

8) Comitê de mortalidade perinatal.

O Programa do Recém-nascido de Risco consta da identificação ainda na maternidade dos recém-nascidos de risco para a mortalidade infantil através de visitas diárias de uma equipe especializada às maternidades investigando os nascimentos ocorridos através de consulta de prontuários e entrevistas às mães. Essa equipe consta de três auxiliares de enfermagem em regime de 40 horas.

As crianças selecionadas como recém-nascidos de risco são encaminhadas às unidades básicas com consulta marcada já na maternidade.

O acompanhamento à essas crianças é realizado nas unidades durante o seu 1º ano de vida.

A 1ª consulta na unidade é marcada desde a maternidade nos primeiros dias de vida. O 2º controle é feito após 15 dias no máximo. Do 2º ao 6º mês, o controle é mensal e do 7º ao 12º mês, bimensal.

Para todas as crianças encaminhadas à unidade, é realizada visita domiciliar nos primeiros 30 dias de vida por equipe da unidade com os seguintes objetivos:

- 1) conhecer melhor as condições de vida da família.
- 2) promover maior aproximação desta com a unidade.
- 3) orientar sobre a importância do aleitamento materno.
- 4) enfatizar a importância do exame médico periódico.

5) orientar sobre os riscos a que a criança está exposta

Após essa 1ª visita obrigatória, a unidade avaliará a necessidade de novas visitas

No caso da criança não comparecer à consulta marcada na unidade após o 3º dia subsequente à data agendada, a equipe da unidade é acionada para visita domiciliar e investigação do por quê da ausência e posterior reagendamento.

O acompanhamento do desenvolvimento da criança é feito durante todo o período garantindo-se vacinação completa de acordo com a idade, incentivo ao aleitamento materno e inclusão da criança no programa de cesta básica se necessário.

São registrados os procedimentos, condutas e evolução da criança na ficha-controle.

Quadro atual do desenvolvimento do Programa

O Programa se iniciou em 30 de janeiro de 1991 na Santa Casa de Santos. Posteriormente em 07 de março de 1991 estendeu-se ao Hospital Guilherme Álvaro. Devido à não autorização por parte dos demais hospitais, não foi possível até setembro atingir o objetivo de avaliação de 100% dos recém-nascidos de mães residentes em Santos, o que constituiu apenas avaliação de cerca de 50% dos nascimentos de residência em Santos. A partir de outubro, após recebimento do parecer do Conselho Regional de Medicina, favorável ao desenvolvimento do programa, os demais hospitais foram incluídos progressivamente. Entretanto, resta ainda o Hospital Ana Costa que não tem criado as condições para a implantação do Programa em sua maternidade.

No período de janeiro a setembro de 1991 foram avaliados 2003 recém-nascidos, desses, 757 (37,79%) foram incluídos no grupo de risco. A taxa de risco é relativamente alta mas pode ser em parte explicada pelo fato do programa se restringir no referido período ao setor público.

A distribuição dos critérios de risco entre o total de recém-nascidos e os de risco é a seguinte:

Tabela II - Distribuição do total de Recém-nascidos e dos recém-nascidos de risco segundo critérios de risco

	Total dos R. Ns			R. Ns de Risco		
	Nº	%	Ordem	Nº	%	Ordem
01 Baixo peso (2750 2500)	429	21,42	1º	429	56,67	1º
	225	11,24		225	29,72	
02 Prematuridade	249	12,34	3º	249	32,89	2º
03 Malformações	19	0,95		19	2,51	
04 Gravidez indesejada	34	1,70		34	4,49	
05 Renda percapita 1/3 SM	185	9,24	4º	126	16,64	4º
06 Mãe s/companheiro	280	13,98	2º	192	25,36	3º
07 Mãe analfabeta	107	5,34		80	10,57	
08 Mãe s/pré-natal	160	7,99		105	13,87	
09 Chefe da família desemp.	105	5,24		87	11,49	
10 Idade da mãe 18 35	181	9,04	5º	109	14,40	5º
	135	6,74		61	8,06	
TOTAL	2003			757		

Fonte: SEHIG - Programa do Recém-nascido de Risco, 1991.

Cabe ressaltar que para um recém-nascido ter sido considerado de risco, bastava que tivesse um dos quatro primeiros itens (baixo peso, prematuridade, malformações congênitas, gravidez indesejada)

A partir do 5^o item é necessário que o recém-nascido se enquadre em pelo menos dois critérios

Essa tabela confirma a importância do baixo peso e da prematuridade como fatores de risco que mais apareceram entre os recém-nascidos. Entretanto, chama atenção o fato de que se for utilizado o conceito tradicional de baixo peso (2500 g), esse fator de risco tem seu percentual de ocorrência reduzido quase à metade. Entretanto, o Programa optou por utilizar no primeiro ano o critério de baixo peso considerando-se 2.750 g como um fator de segurança a mais para o acompanhamento de recém-nascidos.

Após um ano do início do Programa será feita uma avaliação dos acompanhamentos realizados e se for o caso, abaixar-se-á o peso para 2500 g.

Entre os critérios sociais de risco, destacam-se a mãe sem companheiro (o critério que mais aparece entre os recém-nascidos avaliados - 25,36%), a renda percapita < 1/3 do salário mínimo (16,64%), e a mãe < 18 anos (14,4%).

Foi detectado que cerca de 70% dos óbitos neonatais ocorriam na Santa Casa. A partir desse dado, há três meses iniciou-se um processo de reuniões com a equipe multidisciplinar de lá envolvendo ginecologistas e pediatras para discussão dos óbitos ocorridos. Após três reuniões mensais já se pode notar um certo impacto na mortalidade infantil neonatal desse hospital.

A análise da renda familiar dos recém-nascidos avaliados na Santa Casa e no Hospital Guilherme Álvaro no período de janeiro de 1991 a setembro de 1991 revela que a maioria (57,97%) tem uma renda per capita menor que um salário mínimo. Se considerarmos que o salário mínimo teve o seu poder aquisitivo sensivelmente reduzido ao longo dos últimos anos, pode-se concluir que cerca de 60% dos recém-nascidos avaliados vivem em condições precárias.

A distribuição da porcentagem de recém-nascidos de risco por bairros na cidade revela o seguinte:

Tabela III - Distribuição do nº de RNs de risco e nº de nascimentos avaliados segundo bairros da cidade

Bairros	Nº nascimentos avaliados	Nº RNs de risco	%
Alemoa	48	26	54,16
Centro	93	50	53,76
Paqueta	37	19	51,35
Vila Nova	87	38	43,68
Saboo	78	34	43,59
Vila Mathias	113	47	41,59
Jd. Rádio Clube	160	62	38,75
Morro Nova Cintra	65	25	38,46
Morro São Bento	116	44	37,93
Valongo	45	17	37,77

Fonte: SEHIG - Programa do Recém-nascido de risco, 1991.

A distribuição confirma o perfil de mortalidade infantil nas zonas de maior risco já conhecidas na cidade São elas a zona do Centro, a zona Noroeste que engloba três bairros de maior risco (Alemoa, Rádio Clube e Saboó e a região dos Morros).

Desde a implantação do Programa na rede a partir de janeiro de 1991 podemos notar principalmente no período do 2º semestre do ano uma tendência de redução do coeficiente de mortalidade infantil tardio que caiu de 12,91/1000 nascidos vivos em 1990 para 7,67/1000 números de janeiro a agosto de 1991, valor esse inferior também ao coeficiente de 1989 (8,36/1000 nascidos vivos).

Vale ressaltar que até setembro de 1991, o Programa vinha trabalhando com a vigilância de apenas 50% dos recém-nascidos de Santos.

Atualmente, com a implantação do Programa também nos hospitais privados a tendência é de um impacto muito maior na mortalidade infantil.

O objetivo maior desse Programa é que ao final de 1992, o coeficiente de mortalidade infantil esteja em torno de 20 óbitos/1000nv, índice preconizado pela O.M.S.

Se esse objetivo se concretizar estará provado que é possível investir em saúde através de ações programáticas bem realizadas democraticamente, discutidas e integradas com a população gerando impacto na comunidade apesar das condições sócio-econômicas adversas e da crise hospitalar pela qual o sistema de saúde atravessa.

10. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

Na policlínica Centro Velho, funciona um centro de referência das D S T , onde existe uma concentração muito grande de casas noturnas, ponto conhecido de circulação de prostitutas. Nessa Unidade, está instalado um pequeno Laboratório para diagnóstico das D.S.T mais comuns e coleta de sangue para sorologia do HIV

Na referida Unidade, as D S T representam durante o período de janeiro a outubro de 1991, uma categoria de enfermidades endêmicas, de etiologia variada, como por exemplo:

- . Sífilis com 133 casos;
- . Gonorréia com 75 casos;
- . AIDS com 61 casos;
- . Condiloma com 56 casos;
- . Cancro Mole com 31 casos;
- . Herpes Vaginalis com 20 casos;
- . Vulvovaginites com 122 casos.

No período de janeiro a outubro de 1991, a policlínica Centro Velho notificou 661 casos diversos, sendo 645 de D.S.T., inclusive AIDS, representando 96% do total das notificações.

Do total de casos de AIDS 36 são do sexo masculino e 25 do sexo feminino, sendo 20 casos (80%) em mulheres prostitutas.

Em virtude deste quadro nosológico, os funcionários dessa Unidade, sob direção de respectiva diretora, desenvolvem um trabalho multiprofissional de

orientação, com o objetivo de trabalhar a auto estima das prostitutas, interferindo assim no comportamento e hábito de usar preservativo, que são distribuídos gratuitamente pela Unidade, aos usuários matriculados no programa

Quanto aos comunicantes, a maior dificuldade existente, está relacionado principalmente a alta rotatividade e desconhecimento dos parceiros, dificultando o retorno e acompanhamento dos mesmos.

No que se refere aos medicamentos específicos para D.S.T., são fornecidos regularmente pela SEHIG, não havendo dificuldade dessa natureza.

Paralelamente funcionam nessa unidade (Policlínica Centro Velho), outros programas que são:

- Clínica Médica
- Pediatria
- Ginecologia
- Odontologia

Podemos também notar uma relação interinstitucional no sentido de uma maior integração entre os programas desenvolvidos por essa unidade e outras unidades sanitárias do Município.

11. AIDS

Dentre as doenças de notificação compulsória, tem particular importância em Santos, a AIDS, apresentando o maior coeficiente de incidência de todo o país e um dos maiores do mundo, constituindo um dos principais problemas de Saúde Pública, não só pela sua rápida progressão quanto ao número de casos (07 casos em 1986, para um total de 1866

em outubro de 1991), como também pela alta taxa de letalidade da doença (65% de 1986 a 1991)

Das 1866 notificações desde 1985, foram confirmados 781 casos, sendo 749 em adultos (95,9%) e 32 (4,5%) em menores de 15 anos

No Brasil constam 18 763 casos, sendo 96,4% em adultos e 3,6% em menores de 15 anos.

Em Santos, a proporção de casos homem para cada mulher é de 3,27, enquanto a média nacional é de 8,35

Tabela I - Casos notificados de "AIDS" residentes no município de Santos e relação proporcional (M/F), segundo ano de diagnóstico e sexo, 1985 - 1991 (*)

Sexo				
Ano de Diagnóstico	Masculino No.	Feminino No.	Relação M/F	Total No.

1985	0	0	0	0
1986	9	2	5/1	11
1987	28	16	2/1	44
1988	91	33	3/1	118
1989	157	35	5/1	194
1990	146	50	3/1	196
1991	165	48	3/1	213

TOTAL	398	183	3/1	781
%	76.57	23.48		

(*) Até: 22/10/1991

Fonte: Boletim Epidemiológico de AIDS nº 04, emitido pelo CCD.

O coeficiente de incidência de Santos em 1991 é alto e crescente, atingindo 49.78 por 100 000 habitantes.

Tabela II - Coeficientes de prevalência e incidência (por 100 000 hab) dos casos notificados de AIDS, residentes no município de Santos Período de 1985 até 1991 (*).

Ano de Diagnóstico	Coeficientes	
	Prevalência	Incidência
1985	0.00	0.00
1986	0.92	2.34
1987	4.17	10.20
1988	11.16	28.60
1989	21.92	45.23
1990	31.35	45.80
1991	57.49	49.78

(*)Dados até: 22/10/91

Fonte: Boletim Epidemiológico de AIDS nº 04, emitido pelo CCD.

População: Estimativa SEADE .

Quanto à categoria de transmissão, predomina a transmissão sexual, com 35% do total, sendo bissexual (16,4%), heterossexual (14,6%) e homossexual (13,8%).

No Brasil, o grupo acima responde por 58% dos casos, com preponderância da prática homossexual (31%), seguida de bissexual (14%) e heterossexual (13%).

Em Santos, evidencia-se entre 1986 e 1991, a tendência do crescimento por prática heterossexual, enquanto diminui por prática homossexual e bissexual

No que se refere à transmissão por causas múltiplas (sexo + drogas), essa categoria ocupa a segunda posição com uma proporção de 33,4% dos casos, com uma tendência a elevação para os próximos períodos

Analisando os dados existentes no CCD, verifica-se uma elevada proporção de casos ignorados (10 8%) em 1991

No que se refere à transmissão por transfusão sanguínea, até o momento a proporção foi de 1.6% dos casos e quanto ao Brasil foi de 7% entre os casos.

Na categoria de transmissão vertical (de mãe para filho), a maior proporção observada em Santos foi de 2,6% e em relação ao Brasil, 2%. Isso se deve à menor razão de masculinidade em Santos em relação ao Brasil.

Tabela III - Casos notificados de "AIDS", segundo categoria de transmissão e ano de notificação, residentes no município de Santos, 1985-1991 (*)

Categoria de Transmissão	1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Trans. Sex	0	0.0	5	45.5	15	34.1	36	29.3	76	39.2	72	36.7	69	32.4	273	35.0
Homossexual	0	0.0	2	18.2	8	18.2	17	13.8	35	18.0	24	12.2	22	10.3	108	13.8
Bissexual	0	0.0	3	27.3	1	2.3	8	6.5	9	4.6	15	7.7	14	6.6	50	6.4
Heterossexual	0	0.0	0	0.0	6	13.6	11	8.9	32	16.5	33	16.8	32	15.0	114	14.6
Trans. Sang.	0	0.0	3	27.3	17	38.6	44	35.8	23	11.9	25	12.8	20	13.1	140	17.9
Uso Drog. Inj.	0	0.0	3	27.3	15	34.1	41	33.3	22	11.3	23	11.7	24	11.3	128	16.4
Transf. Sangue (Não Hemof.)	0	0.0	0	0.0	2	4.5	2	1.6	0	0.0	2	1.0	3	1.4	9	1.2
Transf. Sangue (Hemofilicos)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	1	0.5	0	0.0	1	0.5	3	0.4
Trans. Causas																
Múltiplas	0	0.0	0	0.0	5	11.4	23	18.7	72	37.1	75	38.3	89	41.8	264	33.8
Sexo+Drogas	0	0.0	0	0.0	5	11.4	23	18.7	70	36.1	74	37.8	89	41.8	261	33.4
Sexo+Transf.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.0	1	0.5	0	0.0	3	0.4
Drog+Transf.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trans. Vert.	0	0.0	0	0.0	2	4.5	4	3.3	3	1.5	8	4.1	3	1.4	20	2.6
Trans. Causa Ignorada	0	0.0	3	27.3	5	11.4	16	13.0	20	10.3	16	8.2	24	11.3	81	10.8
TOTAL	0	0.0	11	100.0	44	100.0	123	100.0	191	100.0	176	100.0	213	100.0	781	100.0

(*)Dados até: 22/10/1991.

Fonte Boletim Epidemiológico de AIDS nº 04, emitido pelo CCD.

Quanto a letalidade, em 1986 era 63,6%, foi reduzido para 31,7% em 1991; apesar desse decréscimo, a letalidade acumulada no mesmo período ainda é alta (68,5%) em comparação com a média nacional (48%)

Tabela IV - Casos e óbitos notificados de "AIDS" e letalidade anual, residentes no município de Santos, período de 1985 - 1991(*)

Ano	Nº de Casos	Nº de Casos Acumulados	Nº de óbitos	Letalidade (%)
1985	0	0	0	0.0
1986	11	11	7	63.6
1987	44	55	30	62.5
1988	123	178	93	66.0
1989	194	372	148	61.2
1990	196	568	148	49.3
1991	213	781	114	31.7
TOTAL	781	781	535	68.5

(*)Até: 22/10/1991.

Fonte: Boletim Epidemiológico de AIDS nº 04, emitido pelo CCD.

Em função desse perfil epidemiológico da AIDS, a SEHIG desde 1989, desenvolve ações de prevenção, educação e atendimento aos portadores de HIV e doentes de AIDS, nos seguintes órgãos de apoio e solidariedade:

- Centro de Referência de AIDS - possuindo um ambulatório com 04 leitos/dia, evitando assim internações em hospitais, mantendo o paciente no convívio da família.

- Policlínica Centro Velho - que faz orientação e acompanhamento dos casos assintomáticos

- DASIS - Organização de Apoio e Solidariedade ao Paciente de AIDS

- A CAUSA - Associação Comunitária de Auxílio Santista ao Aidético

- GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS

- Projeto NDMES

- CASA - Centro de Apoio e Solidariedade, criada por voluntários, posteriormente assumido pela Prefeitura Municipal, com o objetivo de inserir os pacientes na comunidade.

- Disque AIDS - para responder a qualquer necessidade de informação e esclarecimentos sobre a doença.

Que desenvolvem as seguintes ações:

- Treinamento de pessoal envolvidos no programa, referente a epidemiologia, técnicas de acompanhamento psicológico de aidéticos;

- Distribuição de preservativos;

- Grupo de trabalho com prostitutas, com o objetivo de traçar um perfil e montar uma estratégia para incutir o hábito de usar preservativo;

- Programas educativos aos drogados como por exemplo o Projeto "Pintou Limpeza" (lavar a seringa com hipocloreto de sódio entre uma e outra picada),

- Produção de materiais audiovisuais,

- Distribuição de cesta básica para 70 (setenta) pacientes mais carentes, matriculados no Centro de Referência em AIDS;

- Projeto de Educação Continuada para alunos de 1º grau e trabalho de preparação dos professores,

- Oficinas e Grupos de Trabalho com pacientes que residem na CASA, tentando inseri-los na comunidade;

- Distribuição de medicamentos específicos (AZT).

Segundo a Direção do Centro de Referência em AIDS e Policlínica Centro Velho, as maiores dificuldades encontradas nesse programa são:

- Demora na confirmação laboratorial dos casos;

- Insuficiência de leitos hospitalares (30 leitos para adultos e 04 para crianças nos hospitais Guilherme Álvaro e Santa Casa), à disposição de toda baixada Santista;

- A freqüência com que a CASA vem sendo solicitada a receber pacientes em estágios avançados, encaminhados pelos hospitais, com a justificativa de necessidade dos leitos para novos pacientes;

- Resistência dos profissionais de saúde, em particular os Cirurgiões Dentistas, no atendimento quando necessário, dos portadores de HIV.

Durante a visita realizada no Centro de Referência em AIDS, constatamos uma grande subnotificação de casos de tuberculose associados a AIDS. Quanto a isso, as estruturas locais já detectaram o problema e estão empenhados na resolução do mesmo.

12. TUBERCULOSE

É uma doença infecciosa de curso geralmente crônico, conhecida desde a pré-história, não só afeta o homem como também afeta outras espécies de animais selvagens e domésticos. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, identificado por Robert Koch em 1882, que passou a ser chamado Bacilo de Koch (BK).

O *Mycobacterium tuberculosis* cresce muito lentamente, sendo seu tempo de geração de aproximadamente 14 a 20 horas. Essa lentidão de crescimento parece também estar relacionada a absorção mais demorada dos nutrientes, provavelmente devido a grande quantidade de lípidos na sua parede celular. Crescem melhor na presença de oxigênio e na temperatura do corpo humano.

Esse *Mycobacterium* é intracelular facultativo, que prolifera no interior de macrófagos. É um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR).

Pode ser visualizado, principalmente, nas secreções broncopulmonares (escarro) através de microscopia direta (baciloscopia) e através de cultura, sendo que este último método permite a sua identificação.

Um tuberculoso bacilífero, que nunca foi tratado, ao tossir, espirrar, rir, gritar ou simplesmente falar elimina bacilos em pequenas gotículas de saliva, capazes de

contagiar quem as inale. As gotículas maiores vão para o chão, perdendo-se o poder de infecciosidade dos bacilos nelas gontidos. As menores gotículas permanecem suspensas no ar indefinidamente, podendo ser movidas pelas correntes de ar.

A infecção por *Mycobacterium tuberculosis* geralmente se inicia no parênquima dos lobos pulmonares inferiores, passando em seguida para os nódulos linfáticos da região hilar, de onde é levada para vários órgãos e tecidos pela corrente sanguínea. A infecção do parênquima e dos nódulos linfáticos da região hilar é chamada de complexo primário. A infecção primária pode progredir de maneira constante transformando em tuberculose ativa, que pode ser disseminada pulmonar, renal, óssea ou em qualquer órgão onde a bactéria chega pela corrente sanguínea e desenvolve um foco infeccioso (cerca de 5 a 10%). Por outro lado, de infecção primária pode ocorrer uma evolução caracterizada por uma interrupção (cerca de 90 a 95%) mais ou menos brusca da infecção primária.

Muitos estudos demonstram que a interrupção primária é determinada pela imunidade celular que o indivíduo desenvolve no curso da infecção, a qual aparece ao mesmo tempo que a hipersensibilidade tardia.

Fármacos potentes associados em esquemas padronizados, quando usados corretamente curam praticamente 100% dos casos a nível ambulatorial. Após a década de 50, com a introdução da isoniazida como terapêutica, houve enorme avanço no controle e tratamento da tuberculose. Apesar disso a tuberculose continua sendo um sério problema, não só entre países em desenvolvimento mas também nos países desenvolvidos.

A magnitude da tuberculose é indiscutível e constitui um desafio para a Saúde Pública.

O risco de se infectar e de adoecer é tanto maior quanto piores forem os padrões de vida da população, uma vez que a probabilidade de um indivíduo entrar em contato com o bacilo e tornar-se doente, depende da circulação do bacilo na comunidade e de condições que reforcem ou enfraquecem as defesas do indivíduo.

Estima-se que em todo o mundo, adoçam cerca de 10 milhões de indivíduos por ano e morrem cerca de 3 milhões de pessoas por ano. A distribuição geográfica da tuberculose não é igual em todos os continentes, guardando íntima relação com os índices sócio-econômicos dos diversos países. Quanto mais desenvolvido for um país, menor é a taxa de incidência e muito menor ainda a taxa de mortalidade.

A mortalidade por tuberculose em alguns países do mundo tem decrescido como na Europa e América do Norte; em outras regiões, por razões de subdesenvolvimento mesmo depois de tantas décadas da descoberta de recursos quimioterápicos a tuberculose está entre as causas predominantes da morte.

No Brasil, nota-se uma tendência da queda da morbimortalidade por tuberculose. De 1981-1989 a incidência da tuberculose pulmonar positiva sofreu uma redução de 4,5% ao ano em média a nível nacional. A mortalidade por sua vez, declinou 5,7% em média ao ano no período de 1977 a 1984.

Porém, apesar da tendência de queda registrado ao longo dos anos, ainda podemos encontrar no Brasil em alguns municípios, índices bastante elevados, como é o caso do município de Santos, onde a incidência é de 114 por 100000

hab quando a média estadual é estimado em 55 por 100 000 hab

12 1 Análise dos dados

Em trabalho multiprofissional de campo os finalistas acima citados, do curso de especialização em Saúde Pública da FSP da USP trabalharam no Município de Santos com o objetivo de avaliar o processo de municipalização do sistema de saúde. Como critério, o grupo coletou e analisou, entre outros, os dados da tuberculose nos centros de saúde Areia Branca, Martins Fontes e no Centro de Controle de Doenças da SEHIG, referentes ao período de 1990 e 1991.

Os dados acima referidos foram analisados segundo as variáveis duração do tratamento, sexo, idade, formas de tuberculose, métodos de diagnóstico, bairros de proveniência dos casos e principais motivos de alta.

A distribuição da tuberculose nos bairros do município de Santos, segundo os dados levantados no CCD é quase igual, com uma incidência média para todo o município de 114 por 100.000 hab, sendo o Módulo Centro com mais elevado coeficiente de incidência de 348 por 100.000 hab e o módulo Orla com o menor coeficiente de 89,8 por 100.000 hab. Este resultado, comparado com a média estadual (55 por 100.000 hab) é muito elevado.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de TB no Município de Santos, segundo módulos

	1990	1991	Total	Coef ^o /oooo
Zona Norte	57	45	102	139,48
Orla	118	104	222	89,80
Centro	46	41	87	348,14
Morros	22	38	60	91,95
Bertioga	10	7	17	98,10
TOTAL	253	235	488	114,04

Fonte: CCD, SEHIG, dados não publicados.

É sobejamente conhecida a relação da tuberculose com as condições sócio econômicas.

Esses dados, podem sugerir a deterioração do nível sócio econômico da população e a tuberculose passando a ser problema relevante mesmo na zona da Orla, onde vive a maioria da classe média.

A solução da tuberculose, está ligado a elevação dos padrões de vida da população, a racionalização dos programas de controle da doença e a melhoria na formação do pessoal.

Apesar de uma alta incidência da tuberculose em Santos, no período estudado não houve registro de óbitos por essa doença.

No concernente à distribuição de casos por grupos de idade, os dados levantados (127 casos) nos centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes, mostram uma proporção

de 2,4% para menores de 15 anos, 34,6% para o grupo de 15 a 29 anos e 63% para o grupo de 30 anos e mais.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de TB nos centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes segundo grupo etário Jan e Fev 1991 (MF) e 1991 (AB)

Grupo etário	Casos	%
< 15	3	2,4
15 - 29	44	34,6
> 29	80	63
TOTAL	127	100

Fonte: Dados colhidos nos centros de saúde Martins Fontes e Areia Branca em 11/91.

De acordo com o Ministério da Saúde esses dados podem sugerir que o trabalho de pesquisa de comunicantes ainda não cobre a totalidade dos casos, apesar de esforços desencadeados pelas estruturas de saúde de Santos, em particular pela equipe multiprofissional do Centro de Saúde Martins Fontes.

Outra hipótese para explicar o baixo número de casos entre os menores de 15 anos é a elevada cobertura vacinal (BCG) no município de Santos, fazendo com que o número de casos entre esse grupo ficasse reduzido.

Quanto a distribuição de casos segundo sexo, notamos uma predominância de casos no sexo masculino, com 63% do total de casos.

Nos dois centros de saúde, a tuberculose pulmonar ocupa a primeira posição com uma proporção de 92%, seguido de outras formas com 7% e a tuberculose meningea com 1%. Esses dados concordam com literatura consultada.

Tabela 3 - Número de casos de tuberculose segundo a localização. Centro de Saúde Areia Branca (1991) e Martins Fontes (Jan. e Fev. 1991).

Localização	Número de Casos	%
Pulmonar	117	92
Meningite	1	1
Outras	9	7
TOTAL	127	100

Fonte: Dados colhidos nos Centros de Saúde Martins Fontes e Areia Branca. Santos, em 11/91.

A proporção de casos com BK positiva encontrado em 127 casos de estudo foi 52%. Do total de casos com baciloscopia positiva, 26 (39%) são altamente bacilíferos (+++).

Nota-se um número considerável de indivíduos que não realizou exame algum (Tabela 4) e mesmo assim, estão sob tratamento.

Os casos com baciloscopia negativa foram 15 representando 12%. Foi realizado raio X em nove pacientes (7%). Se somarmos estes aos que não realizaram exame algum, temos 31% dos casos sem exame de baciloscopia, o que não deveria ocorrer.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de TB segundo método diagnóstico Centro de Saúde Areia Branca (1991) e Martins Fontes (Jan e Fev. 1991).

Método de diagnóstico	Número de casos	%
Não realizado	31	24,4
BK positivo+++	26	20,5
BK positivo++	22	17,3
BK positivo+	18	14,2
BK negativo	15	11,8
RX	9	7,1
Sem Inf.	5	3,9
Biópsia	1	0,8
TOTAL	127	100

Fonte: Dados colhidos nos centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes, em 11/91.

O centro de saúde Areia Branca, citou a grande demora dos resultados de BK, cerca de 15 dias, devido a pequenos problemas de articulação entre o centro de saúde e o laboratório.

E, ainda sobre a proporção de casos com BK positiva, os dados em poder do CCD mostram a seguinte proporção

Tabela 5 - Proporção de casos de TB com BK+ no município de Santos Julho 1990 a Julho 1991

Centro de Saúde	Casos	BK+	%
Martins Fontes	406	246	61
Areia Branca	73	26	36
Bertioga	495	281	56
TOTAL	974	553	57

Fonte: CCD/SEHIG, dados não publicados referentes ao período de julho 1990 a julho 1991.

Dos 127 casos coletados nos dois Centros de Saúde, estudou-se uma coorte de 83 casos referentes aos pacientes matriculados nos meses de janeiro e fevereiro de 1991 para analisar a variável motivos de alta, ou seja, estado atual desses doentes. Do total, 63,8% dos pacientes matriculados nos meses de jan. e fev. ficaram curados, 22,8% desse grupo abandonaram o tratamento; 8 pacientes (9,6%) continuam o tratamento; um caso foi transferido a seu pedido para outro município e 2 pacientes tiveram o diagnóstico alterado.

Quadro 1 - Tábua de sobrevivência dos pacientes matriculados em Jan e Fev nos Centros de Saúde Martins Fontes e Areia Branca Jan e Fev 1991

Período (meses)	Nº pacientes que iniciam o mês	Motivos de Alta			
		Cura(X)	Transf (X)	Aband(X)	Mud Diag(X)
1	83		1(1,2)		
2	82			6(7,3)	
3	76	1(1,3)		1(1,3)	2(2,6)
4	72	6(8,3)		3(4,1)	
5	63	15(23,8)		4(6,3)	
6	44	10(22,7)		3(6,8)	
7	31	12(38,7)		1(3,2)	
8	18	7(38,8)			
9	11	1(9,0)		1(9,0)	
10	9	1(11,1)			
	8(9,6%)				
TOTAL		53(63,8)	1(1,2)	19(22,80)	2(2,4)

Fonte: Dados colhidos nos Centros de Saúde Martins Fontes e Areia Branca em 11/91

Dos 53 casos curados, 21 (39,6%) necessitaram de 7 meses ou mais de tratamento. Deve-se lembrar que isso talvez seja resultado de um mal preenchimento das fichas, ou que o médico tenha demorado para dar alta, e não que o tratamento tenha sido necessário por mais de seis meses.

Ainda, 8 indivíduos (9,6%) continuam o tratamento após 10 meses.

Dos abandonos aqui registrados, no total de 19 casos, 6 (31,5% do total de abandonos) aconteceram no segundo mês de tratamento, 21% (4 casos abandonaram o tratamento no 5º mês.

Tabela 6- Distribuição de casos de abandono por tempo de tratamento (Centros de Saúde Martins Fontes e Arei
Fev 1991)

Tempo de Tratamento (meses)	Abandonos nº	%
1	-	-
2	6	31,5
3	1	5,3
4	3	15,8
5	4	21,0
6	3	15,8
7	1	5,3
8	-	-
9	1	5,3
TOTAL	19	100

Fonte: Dados coletados nos Centros de Saúde Martins Fontes e Arei
Branca em 11/91.

Nota-se como predominância dos abandonos no 2º mês de tratamento, vindo em segundo lugar o 5º mês de tratamento

Sobre os abandonos deve ser lembrado que muitos casos foram dados como abandono somente após 3 a 4 meses de faltas ao tratamento, quando deveria ser caracterizado após o 2º mês de faltas

Tabela 7 - Relação dos casos caracterizados como abandono segundo período de falta ao tratamento Centro de Saúde Martins Fontes e Areia Branca Jan e Fev 1991

Faltas (meses)	Casos carac como abandono	%
2	9	48
3	4	21
4	4	21
5	1	5
6	1	5
TOTAL	19	100

Fonte: Dados colhidos no Centro de Saúde Areia Branca e Martins Fontes em 11/91

Pela tabela temos que apenas 48% dos casos foram caracterizados como abandono após dois meses de ausência do indivíduo.

Em relação à ocorrência de faltas durante o período de tratamento nos Centros de Saúde Areia Branca e Martins Fontes tem-se os seguintes dados nas Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 - Número de faltas segundo meses de tratamento nos centros de

saúde Martins Fontes e Areia Branca Santos, 1991

Meses de tratamento	Número de Faltas	
	Areia Branca	Martins Fontes
01	1	5
02	2	8
03	3	8
04	4	5
05	2	8
06	3	7
07	3	1
08	1	-
TOTAL	19	39

Fonte: Dados coletados nos centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes em 11/91.

Tabella 9 - Número e % de faltosos e total de pacientes em tratamento
segundo centro de saúde

Centro Saúde	Número de pacientes		
	Tratamento	Faltosos	%
Areia Branca	48	19	39,5
Martins Fontes	79	39	49,9
TOTAL	127	58	45,7

Fonte: Dados coletados nos centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes, 11/91.

Pelos dados das Tabelas 8 e 9, observa-se que houve um percentual de faltosos bastante alto para os dois centros de saúde 39,6% e 49,4% para os centros de saúde Areia Branca e Martins Fontes respectivamente

Esse alto número de faltas, deve-se em parte à demora com que o tratamento é considerado como abandono. Vários casos chegaram a faltar por mais de dois meses seguidos e o tratamento foi continuado após esse longo período de ausência, sem ter sido considerado um abandono.

Observamos também que o número de faltosos é maior no 4^o mês no Centro de Saúde Areia Branca e no 2^o e 5^o meses no Centro de Saúde Martins Fontes.

Ainda sobre a taxa de abandono de tratamento esta pode ser vista como uma das formas de medir o conhecimento que os pacientes tem sobre a doença e conseqüentemente um termômetro que avalia a eficácia do serviço prestado aos usuários. O paciente quanto mais esclarecido sobre a sua doença, mais participação terá no processo de tratamento e busca ativa dos seus comunicantes.

Porém, queremos realçar o esforço e dedicação da equipe multiprofissional do Centro de Saúde Martins Fontes que culminou com a queda de abandonos de tratamento de cerca de 40% em 1990 para 22,8% em 1991. Na nossa opinião a experiência do Centro de Saúde Martins Fontes deveria ser expandida para o Centro de Saúde Areia Branca.

12 2 Entrevistas domiciliares

Entrevista nº 1

Paciente: J. L. S

Idade: 30 anos

Estado civil: casado

Profissão: siderúrgico

Local de atendimento: C. S. Areia Branca

Dados de prontuário

O diagnóstico foi feito em 30/10/87 com o resultado da baciloscopia positivo. Foi realizado tratamento por seis meses até 05/08/88. O paciente continuou com queixas e baciloscopia positiva.

Foi reiniciado tratamento até setembro de 91 sem sucesso. O paciente continua referindo emagrecimento, tosse e dor no tórax.

Entrevista

O paciente relaciona o início de sua doença com vários episódios de pneumonia. Refere ter trabalhado na COSIPA em contato com "pó preto" por alguns meses até que não pode mais trabalhar.

Procurou INPS em São Vicente com febre, dor de cabeça, vômito, mal conseguindo levantar da cama. Veio encaminhado para o C.S. Areia Branca. Refere ter recebido muito tratamento e medicação sem melhora (chegou a tomar 320 injeções de estreptomicina).

Foi orientado a não fumar, não pegar peso, não tomar gelado e não comer gordura.

Ficou internado por diversas vezes sendo que da última vez ficou por três meses no Guilherme Álvaro

A empresa para quem trabalhava (CDSIPA) despediu-o mesmo doente. Ele entrou na justiça e ganhou o processo sendo readmitido estando afastado no momento. Mesmo afastado, trabalhou à noite durante quatro meses, e depois parou por causa da doença.

Chamou-nos atenção o fato de que até a metade da entrevista o paciente não se referiu à sua doença como sendo "tuberculose" preferindo outros eufemismos como "problema de pulmão e de estômago".

O C.S. chamou comunicantes que não compareceram. Sua esposa (comunicante) refere que é enfermeira e não comparece, pois acha isso uma bobagem. Diz que sua família é saudável e que o doente é ele. Os objetos (louças, roupas, etc.) do paciente são tratados separadamente.

O paciente refere que a qualidade do atendimento no C.S. Areia Branca sempre foi muito boa principalmente devido a uma profissional específica que agora saiu. Acha que a organização da Unidade melhorou de uns tempos para cá.

Com relação ao tipo de moradia, pudemos verificar apenas um dos quartos (existiam outros que não foram vistos) com cinco camas dispostas bem juntas umas das outras e um berço.

A sala era de tamanho pequeno, mas tanto esta quanto o quarto eram bastante iluminados.

Entrevista nº 2

Paciente R U B

Sexo: feminino

Idade 25 anos

Estado civil casada

Ocupação diarista

Local de atendimento: C.S. Areia Branca

Dados de prontuário

Paciente com caso de recidiva de tuberculose pulmonar. Atualmente, em tratamento há 8 meses. Não realizou baciloscopia, apenas RX de tórax.

Visita domiciliar

A paciente já tinha sido procurada no dia anterior por outros componentes do grupo, não tendo sido encontrada.

Recebeu-nos muito bem, mostrando-se disposta a nos contar a sua história.

Contou-nos que em 1990 começou a perder peso, a ter sudorese noturna, tosse, queda de cabelo, desânimo, falta de vontade de se alimentar.

Em maio sentiu-se mal e ao fazer RX na Policlínica o médico diagnosticou uma tuberculose em fase adiantada. A entrevistada refere-se à tuberculose como sendo "a doença".

Disse que inicialmente ficou apavorada por ter ouvido que antigamente as pessoas morriam de tuberculose. Mas, quando na Policlínica lhe explicaram que ela não necessitaria se afastar do convívio com familiares e amigos, nem separar os objetos de uso pessoal (talheres, copos,

etc) e que se ela fizesse o tratamento corretamente ficaria curada, sentiu-se aliviada

Fez o tratamento por seis meses tendo alta por cura

Atualmente, recomeçou o tratamento e relata muito mal-estar ao tomar os remédios (enjôo, visão de pontos claros, sensação de estar "aérea"). Por este motivo parou dois meses com o tratamento. Em outro momento da entrevista referiu-se estar de "saco cheio" do tratamento. Mas, depois retomou-o mudando a medicação para injeções

Os comunicantes foram à Policlínica para controle não apresentando sinais de tuberculose. Porém, agora, ela vai levar uma filha pois está preocupada com uma tosse persistente e está achando que o filho menor está perdendo peso.

Quando perguntamos se ela conhecia outras pessoas portadoras de tuberculose, ela referiu vários vizinhos e disse que, agora que está doente, ficou impressionada com a quantidade de pessoas que estão doentes também. Manifestou a preocupação de que em breve todo mundo estaria com a doença.

Neste momento, ela questionou a orientação recebida em relação ao contágio (de que ela estaria fraca desenvolvendo então a doença). Ela acha que a convivência próxima tem a ver com o contágio, pois uma amiga, que cuidou dela, parece estar apresentando sintomas. A entrevistada acha que foi contagiada pelos vizinhos.

Em relação ao atendimento na Policlínica, disse sempre ser muito bom, nunca faltando medicação para tuberculose. Ela freqüentava-a, anteriormente, apenas para o atendimento de seus três filhos. A partir da nova

administração municipal, ela nota que o equipamento está mais arrumado, pintado. Ela disse que as pessoas comentam que, todas as vezes que precisaram do atendimento, o tiveram na própria unidade, sem precisar ir a um hospital. Contou o caso de uma cunhada que teve uma infecção de pontos após o parto e que na Policlínica fizeram a intervenção necessária, resolvendo o problema.

Refere que, no início do tratamento, ela parou de trabalhar, apresentando dificuldades econômicas. O marido, que é cardiopata, trabalha em uma oficina que faz carrinhos de pipoca.

Com relação à moradia, esta localiza-se em um terreno pequeno onde há mais de duas moradias com grande acúmulo de pessoas.

A casa consta de quatro cômodos: um banheiro, uma cozinha com vitral pequeno, mas com porta permanentemente aberta, um quarto onde dormem as crianças e o irmão da paciente e onde está a televisão, com ambiente escuro e sem janela (a família deve permanecer grande tempo ali devido à TV); e, o quarto do casal com grande janela aberta.

As condições de higiene eram adequadas dentro de toda a precariedade da situação.

Entrevista nº 3

Paciente: B.F.R.

Sexo: masculino

Idade: 43 anos

Estado civil: casado (em processo de separação legal)

Ocupação: conferente carga e descarga

Local atendimento: Centro de Saúde Martins Fontes

Dados do prontuário

O paciente B F R permaneceu em tratamento por tuberculose pulmonar (BK++), de 08 02 a 07 06 91 (5 meses), tendo obtido alta por cura. Foi orientado em retornar após seis meses, conforme consta em prontuário médico.

Visita domiciliar

Em visita domiciliar realizada em 20 11 p p , foi-nos possível contatar a esposa do usuário em questão, que abordou-nos sobre a separação do casal há aproximadamente dois meses.

Quanto a utilização do Centro de Saúde Martins Fontes, a informante disse-nos que sempre recorreu para atendimento ginecológico, realização de papanicolau, etc.; sendo que quando começou a perceber a tosse constante e o emagrecimento do marido, acompanhou-o para consulta médica. Tem conhecimento sobre a Tb, o tratamento necessário, tendo sido também avaliada enquanto "comunicante", embora não tenha levado os filhos.

Disse-nos que quando confirmou-se o diagnóstico de Tb de seu marido, houve necessidade de afastamento do trabalho (conferente de carga e descarga no Porto), diminuindo seu rendimento mensal, o que o levou a fazer "bico", no próprio Porto, para garantir a manutenção do orçamento familiar mensal. Ela contribuía passando roupa para fora e fazendo faxina por dia.

Relatou-nos também que seu marido, além de fumar muito (mais de dois maços por dia), faz uso de bebida alcoólica há 15 anos, tendo inclusive já permanecido internado em São Paulo e no Hospital Anchieta - Santos por

um mês e meio, em 1990. Alega ser este o motivo para a separação e também o que facilitou o desenvolvimento da Tb, pois nunca deixou um dia sequer de trabalhar, mas bebia todos os dias a noite, não alimentando-se corretamente e daí o enfraquecimento (sic).

Quanto ao tratamento, realizou adequadamente, até a alta, tendo em vista a sua insistência para que continuasse.

Disse-nos ainda, que os pais de seu marido tiveram óbito por Tb e que sua irmã (da informante) esteve em tratamento por dois anos. Acredita que seu marido voltará a ter a doença, haja vista estar novamente apresentando "tosse" e continuar com a bebida.

Questionada quanto ao atendimento oferecido pelo Centro de Saúde, disse-nos que percebeu diferença com a entrada da Telma (prefeita), pois não mais ficou em fila para atendimento e remédio.

Com relação à moradia, trata-se de casa bastante simples, com acesso aos cômodos através da escada. É composta de quarto, sala ampla, embora sem ventilação, cozinha e banheiro. Havia caixas empilhadas na sala, pois segundo a informante, estará se mudando para outro local devido ao elevado aumento do aluguel.

12.3. Conclusões

Pela análise dos dados coletados, concluímos que:

a) Em todas as regiões do Município a incidência da tuberculose é bastante alta, com coeficientes bem maiores quando comparados à média estadual. Ainda, a região do

Centro tem o maior coeficiente de incidência e a região da Orla, o menor

b) A faixa etária menos atingida pela tuberculose é a de menos de 15 anos de idade, com uma proporção de 2,4%, taxa bastante baixa quando comparada a média estimada para o país que é de 15%. Talvez isso se deva a alta cobertura vacinal com BCG ou mesmo devido a ineficiência do programa de pesquisa de comunicantes

c) A maioria dos casos curados necessitaram mais de 6 meses de tratamento. Isto pode estar relacionado a vários fatores como o grande número de faltas ao tratamento entre outros.

d) Existe um grande número de casos que não realizaram a baciloscopia, quando na realidade todos os pacientes deveriam ter o exame realizado.

e) A elevada taxa de abandono encontrada no Centro de Saúde Martins Fontes, aliado ao grande número de faltosos ao tratamento ainda é um problema, embora tenha sofrido redução significativa de 40% em 1990 para 23% em 1991. Cabe realçar o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional do CS Martins Fontes, responsável por esta queda na taxa de abandono. Este trabalho deve ser expandido para o CS Areia Branca

f) Foi detectado no Centro de Referência de AIDS uma grande subnotificação de casos de tuberculose associados a AIDS. Quanto a isso, as estruturas locais já detectaram o problema e estão empenhados na resolução do mesmo.

Com relação às entrevistas realizadas com os usuários podemos concluir que:

Em todos os casos observados (três entrevistados) notamos o fator sócio-econômico como influente na manifestação da doença. Os três casos tratam-se de pessoas com baixa renda que moram em casas pequenas em situação de aglomeração as vezes com pouca ventilação.

Quanto a percepção dos usuários em relação ao processo de municipalização, observamos que todos eles referiram uma melhora da qualidade do serviço tanto na aparência das unidades, como na organização do serviço e seu grau de resolubilidade.

IV. CONCLUSÕES GERAIS

Finalmente, após a discussão e análise do material podemos afirmar com segurança que o processo de municipalização dos serviços de saúde em Santos caminha no sentido da distritalização, conforme a filosofia de implantação do SUS.

Quanto à territorialidade, acessibilidade e universalidade o esforço de organização do nível primário de atenção à saúde em anos anteriores, permitiu que cada 20.000 a 25.000 hab., disponham de uma policlínica capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde. A área de abrangência de cada uma destas unidades é delimitada, não significando, no entanto, a exclusão de clientela não residente na área, como por exemplo, cidadãos de outros municípios. A maior parte do atendimento é voltado à demanda espontânea e muitas policlínicas visitadas apresentam programações dirigidas à grupos populacionais, conforme as singularidades de seu território (policlínica Centro-Velho-DST/AIDS; policlínica dos Trabalhadores do Porto) e à grupos de risco (gestantes de risco, recém-nascidos de risco). Existem, inclusive, policlínicas nos morros da cidade.

Em relação à hierarquização do sistema, o principal ponto de estrangulamento é o número de leitos hospitalares disponíveis ao setor público, cuja quantidade vem diminuindo agravando a crise hospitalar.

Do ponto de vista da regionalização, os serviços de saúde foram agrupados em quatro módulos segundo semelhanças em termos de características epidemiológicas, geográficas e sócio-econômicas. Cada módulo coordena a definição de prioridades, necessidades e implementação das ações de quatro a oito unidades de saúde.

Quanto à integralidade das ações se observa um esforço grande das equipes de saúde no sentido da busca da integração das ações preventivas, curativas e de recuperação, como por exemplo no programa materno-infantil e de saúde mental.

Em relação a complementariedade pudemos constatar situações positivas como no caso da internação aos pacientes portadores de tuberculose como situações negativas em que o Hospital Público Estadual abre leitos para internação em saúde mental, hospitais privados dificultam a discussão de casos de óbitos neonatais e atividades ligadas à vigilância do recém-nascido de risco, se opondo portanto à autoridade sanitária municipal.

Do ponto de vista da resolubilidade entendemos que, a crise do setor saúde seria bem maior não fosse o grau de organização da atenção primária e secundária que se encontra em estágio bastante desenvolvido.

Quanto à descentralização, as unidades e os módulos devem procurar responder às características e necessidades sentidas localmente. Os módulos se constituem somente num nível de coordenação programática e de compatibilidade das necessidades da área.

Em relação à democratização constatamos que este processo está em desenvolvimento uma vez que o conselho municipal de saúde tem ampla participação, apresenta legalidade, legitimidade e efetividade, na medida em que acompanha a execução orçamentária da SEHIG.

Do ponto de vista do financiamento, conforme pudemos discutir, é flagrante as dificuldades de repasses de

recursos por parte dos níveis federal e estadual. A Prefeitura vem aplicando cerca de 10% do orçamento na saúde.

Quanto ao desenvolvimento científico-tecnológico, a SEHIG oferece campo de estágio e de pesquisa para as instituições de ensino de Santos, dispensa bastante atenção ao sistema de informações e registros através do Centro de Controle de Doenças e está desenvolvendo tecnologias inovadoras na atenção à saúde mental.

No que se refere aos recursos humanos a maior parte das atividades tem se concentrado nos aspectos relativos à seleção e administração dos recursos através da contratação, redistribuição, melhorias da remuneração dos servidores e equivalência salarial para servidores estaduais municipalizados. Espera-se que a partir do ano que vem, haja melhores condições para uma maior dinamização de atividades de desenvolvimento e formação de recursos humanos.

Por fim, em relação à articulação interinstitucional pudemos perceber também a implementação de ações intersetoriais envolvendo não só diferentes secretarias no interior da Prefeitura, mas também diferentes níveis de governo.

V - BIBLIOGRAFIA

- SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG Sistema de vigilância do recém-nascido de risco Santos, Programa Materno-Infantil Boletim nº 01, mimeo, 1991
- SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG Análise do sistema de vigilância do recém-nascido de risco, de janeiro a setembro de 1991 Santos, Programa Materno-Infantil, mimeo, 1991
- SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG A mortalidade infantil decresce em Santos apesar da crise Santos, Programa Materno-Infantil, mimeo, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 273 - Reedição da norma operacional básica/SUS nº 01/91. Brasília, INAMPS, mimeo, 1991.
- SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG. Termo de cooperação entre a Prefeitura Municipal de Santos e a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo. Santos, mimeo, 1991
- SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG. Convênio para o programa de controle dos vetores da dengue/febre amarela em Santos. Santos, mimeo, 1991.
- SANTOS, L. O financiamento do sistema único de saúde para 1992. São Paulo, mimeo, 1991.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP. Santos: Considerações sobre a reorganização de um sistema municipal de saúde. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Trabalho de Campo Multiprofissional, mimeo, 1990.

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG Plano municipal de saúde Santos, mimeo, 1990

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG "Carta de Santos" - Resoluções da I Conferência Municipal de Saúde Santos, mimeo, 1990

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG I Conferência Municipal de Saúde de Santos - Construção do SUS em Santos Santos, mimeo, 1990

CÂMARA MUNICIPAL DE SANTOS - Lei 752 - Cria o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências Santos, D.O.M., 11 de julho de 1991

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS - Informativo - Construindo o SUS Santos, mimeo, Ano I, nº 1, 1991

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS. Regimento interno Santos, mimeo, 1991

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG. Boletim Epidemiológico de AIDS nºs 01, 02, 03 e 04. CCD, Santos, mimeo, 1991.

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - SEHIG. Controle da tuberculose, uma proposta de integração - ensino - serviço. 2ª ed. Rio de Janeiro, CNCT/NUTES, 1989.

TRABULSI, L.R. Microbiologia 2ª ed. Rio de Janeiro Atheneu, 1989.

ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1988

VI - ANEXOS

ANEXO - 1

Anexo 1

CRONOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

O trabalho de campo propriamente dito, se desenvolveu no período de 18 a 22 de novembro, através de reuniões, visitas aos serviços de saúde, levantamento de dados, entrevistas, participação em atividades e visitas domiciliares.

2ª feira - 18.11

Manhã - Deslocamento para Santos
- Reunião na SEHIG com autoridade sanitária municipal (Grupo).

Tarde: - Programa de Tuberculose C.S. Areia Branca
- Entrevista e levantamento de prontuários (TB) (grupo)

3ª feira - 19.11

Manhã - Seminário: "Planejamento Urbano e Projetos Sociais A Saúde em Santos
Intercâmbio Prefeitura de Graz (Áustria) e Prefeitura de Santos (Brasil) (Grupo).

Tarde: - Reunião na SABESP
- Reunião com representante do Conselho Municipal de Saúde
- Programa de tuberculose - C.S. Areia Branca.
- Visita domiciliar. Estudo de caso.

Noite: - Reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (Grupo)

4ª feira - 20.11

Manhã - Programa de tuberculose C.S. Martins Fontes
Entrevista e levantamento de prontuários (grupo)

Tarde - Programa de Tuberculose C.S. Martins Fontes
Visita ao Centro de Referência em AIDS
Visita domiciliar Estudo de caso

5ª feira - 21.11

Manhã - Reunião sobre Financiamento na SEHIG (Grupo)

Tarde: - Visita ao Serviço de Controle de Pragas
- Visita ao Núcleo de Atenção Psicossocial em
Areia Branca
- Programa de Tuberculose no C.S. Areia Branca
- Visita domiciliar. Estudo de caso
- Reunião no Centro de Controle de Doenças
- Programa de Saúde do Trabalhador
- Visita à Policlínica do Centro Velho -
DST/AIDS
- Visita à Policlínica do José Menino -
(Saneamento dos morros)

6ª feira - 22.11

Manhã: - Programa Materno Infantil (Grupo)
- Reunião na SEHIG, com autoridade sanitária
municipal (Grupo)

ANEXO - 2

1	2	3	4	5	6	7	8
DATA DA NOTIFICAÇÃO / /				NOME: _____			
RESIDENTE NO ESTADO				SEXO _____			
LOCALIZAÇÃO				NOME DA MÃE _____			
PULMONAR EXTRAPULMONAR				DATA DO NASCIMENTO _____ N.º DA FICHA _____			
<input type="checkbox"/> MENINGITE <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>				ENDEREÇO: _____			
BACILOSCOPIA				BAIRRO: _____ SUBDISTRITO/DISTRITO PAZ _____			
POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/>				DISTRITO SANITÁRIO _____			
				MUNICÍPIO: _____ ESTADO _____			
				OBSERVAÇÕES: _____			
				DATA DA ALTA		MOTIVO DA ALTA	
				CURA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>		ABANDONO <input type="checkbox"/>	
				MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/>		ÓBITO <input type="checkbox"/>	

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E CONTROLE DE TUBERCULOSE

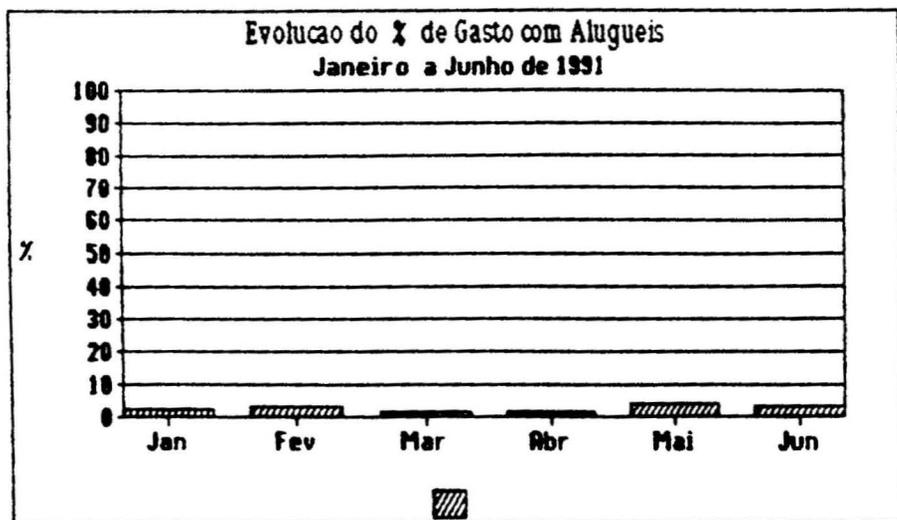
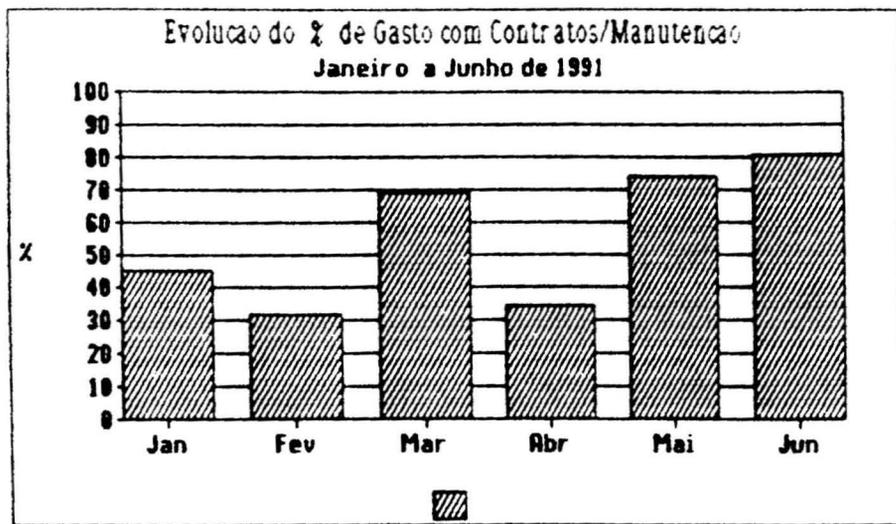
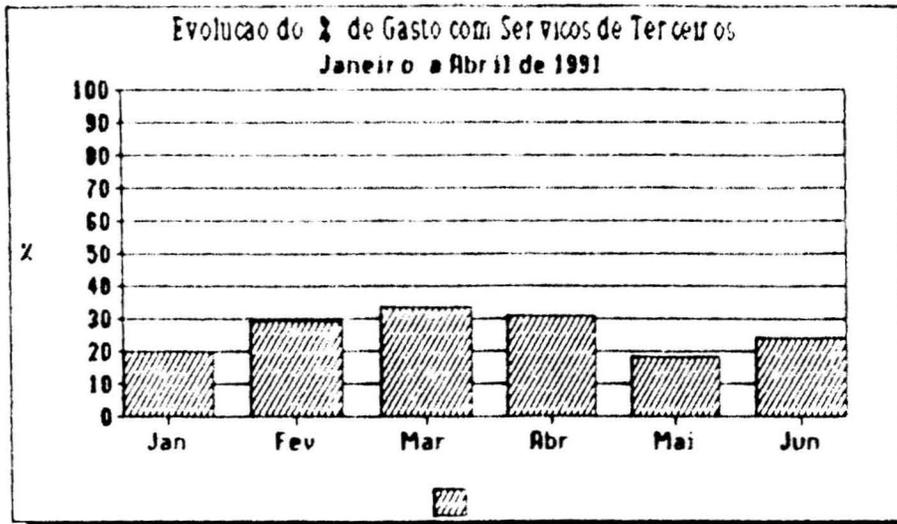
INSTITUIÇÃO

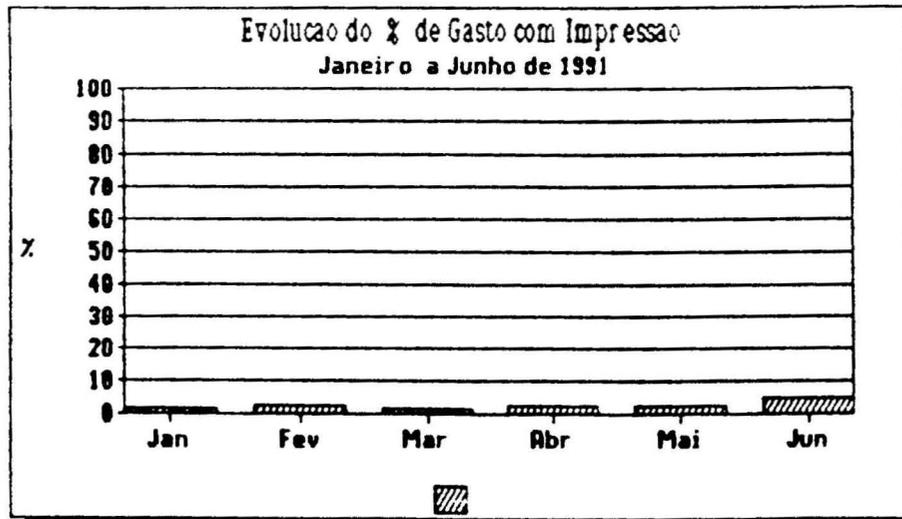
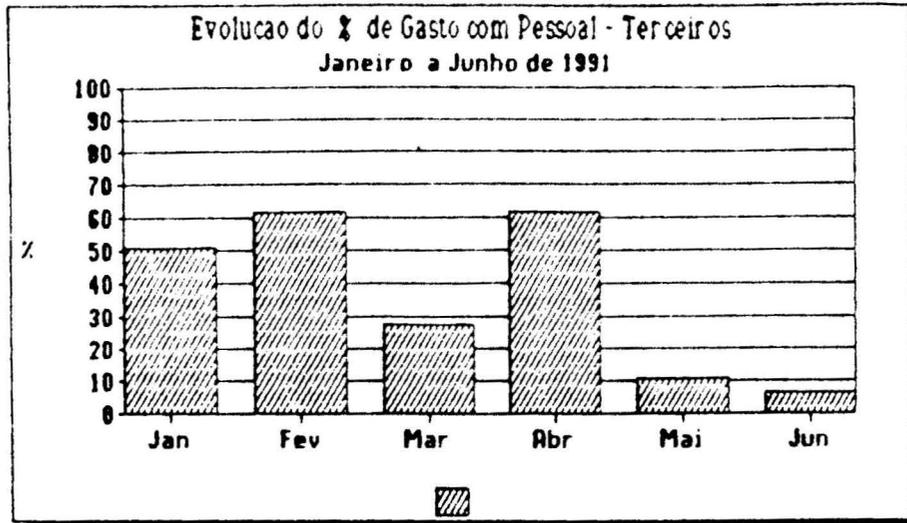
UNIDADE DE SAÚDE

MUNICÍPIO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

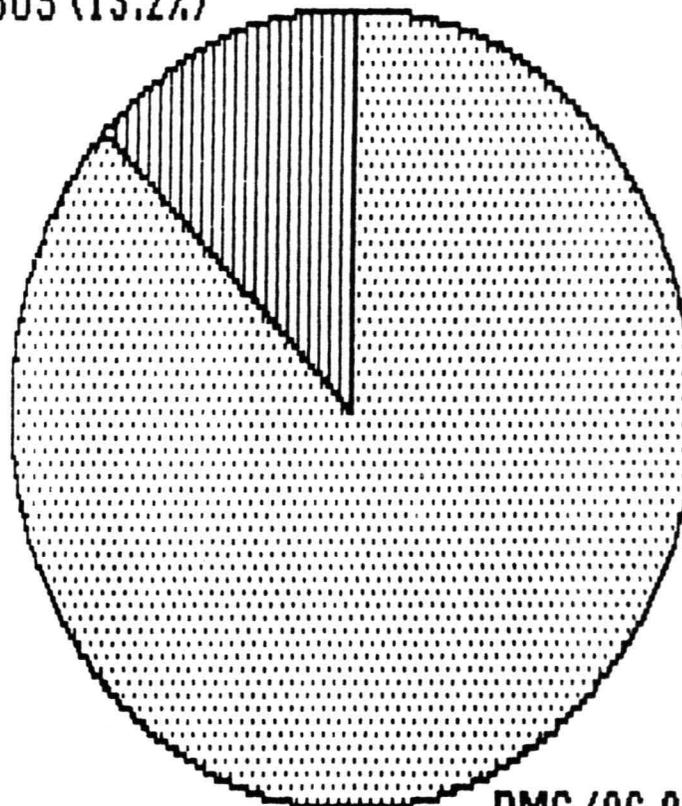
ANEXO - 3





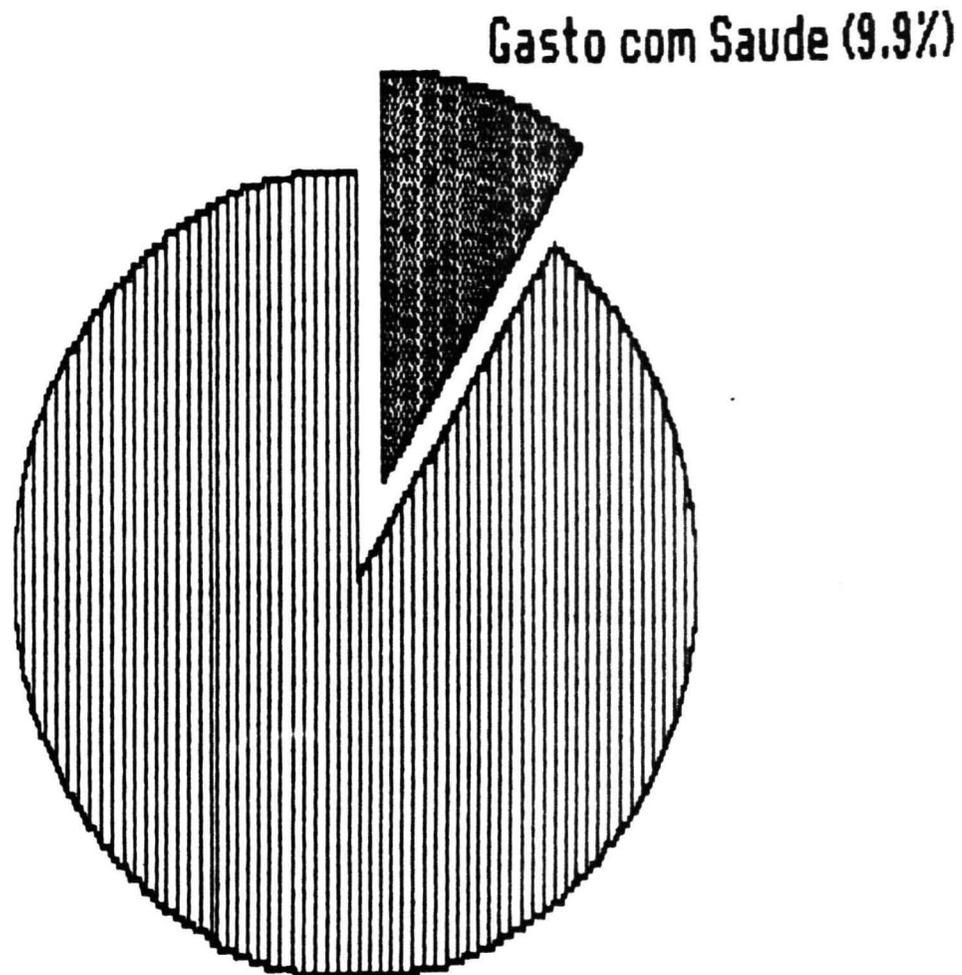
Financiamento da Saude Segundo Origem do Recurso
Acumulado Janeiro a Junho de 1991

SUDS/SUS (13.2%)



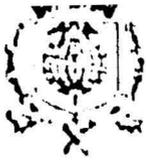
PMS (86.8%)

Participação do Gasto em Saúde X Orçamento Municipal
Acumulado Janeiro a Junho de 1991



Orçamento Municipal (90.1%)

ANEXO - 4



FICHA DE CRITÉRIOS DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO

HOSPITAL: _____

N. DO PRONTUÁRIO: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

TELEFONE: _____

DATA DO NASCIMENTO DA CRIANÇA: ____/____/____

SEXO [] MASC [] FEM

APGAR 1' _____ 5' _____

CRITÉRIOS ISOLADOS

1. PESO AO NASCER: _____ g
2. PREMATURIDADE
3. MAL FORMAÇÃO CONGÊNITA
4. GRAVIDEZ MANIFESTAMENTE INDESEJADA

CRITÉRIOS ASSOCIADOS

1. RENDA FAMILIAR PER CAPITA EM SALÁRIOS-MÍNIMOS: _____
2. MÃE SEM COMPANHEIRO
3. MÃE ANALFABETA
4. PRÉ-NATAL NÃO - SIM
SERVIÇO: _____
5. CHEFE DE FAMÍLIA DESEMPREGADO
6. IDADE DA MÃE: _____ anos.

CRITÉRIO ADICIONAL

A CRIANÇA PERMANECEU INTERNADA APÓS A ALTA MATERNA

MOTIVO: _____

DIA DA ALTA: _____

RISCO	
<input type="checkbox"/> < 2.750 g	<input type="checkbox"/> ≥ 2.750 g
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> ≤ 1/3 SM	<input type="checkbox"/> > 1/3 SM
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> < 3 CONS.	<input type="checkbox"/> ≥ 3 CONS.
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> ≤ 18 OU ≥ 35	<input type="checkbox"/> ≥ 18 OU ≤ 35
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

CONCLUSÃO: RISCO SIM NÃO

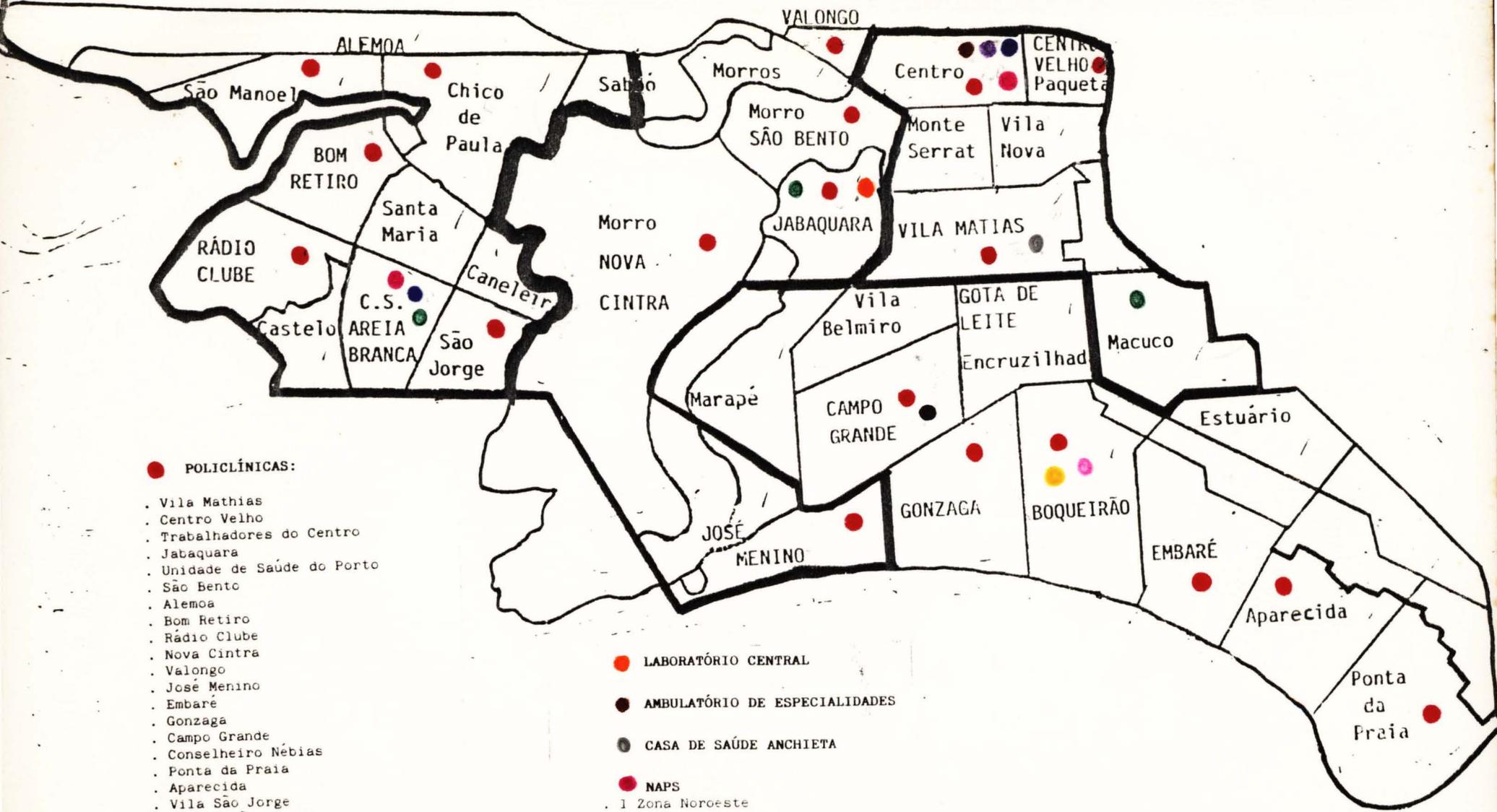
CONSULTA MARCADA NA POLICLÍNICA: _____

NO DIA _____ AS _____ HORAS

OBSERVAÇÕES:

- A) 1 (UM) CRITÉRIO ISOLADO OU 2 (DOIS) ASSOCIADOS INCLUIRÁ (ÃO) A CRIANÇA NO GRUPO DE RISCO
- B) OS CRITÉRIOS ISOLADOS 1) 2) E 3) DEVEM SER AVALIADOS NOS REGISTROS DE PRONTUÁRIO DA CRIANÇA

LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA
CIDADE DE SANTOS



● POLICLÍNICAS:

- . Vila Mathias
- . Centro Velho
- . Trabalhadores do Centro
- . Jabaquara
- . Unidade de Saúde do Porto
- . São Bento
- . Alemoa
- . Bom Retiro
- . Rádio Clube
- . Nova Cintra
- . Valongo
- . José Menino
- . Embaré
- . Gonzaga
- . Campo Grande
- . Conselheiro Nébias
- . Ponta da Praia
- . Aparecida
- . Vila São Jorge
- . Jardim São Manuel

● CENTROS DE SAÚDE

- . Areia Branca
- . Martins Fontes

● PRONTO-SOCORROS

- . PS Central
- . PS Macuco
- . PS Zona Noroeste

● LABORATÓRIO CENTRAL

● AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

● CASA DE SAÚDE ANCHIETA

● NAPS

- . I Zona Noroeste
- . II Martins Fontes

● C.A.S.A.

● C.V.C.

● CENTRO DE REFERÊNCIA EM AIDS

● CASA DA GESTANTE