# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
# FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

# RELATÓRIO

# 1996

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO
de
Bibliotecas e Documentação
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

# TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL

## Município de Praia Grande

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

# RELATÓRIO

## Trabalho de Campo Multiprofissional

# MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

1996

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO
de
Biblioteca e Documentação
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL - 1996

# ESTUDO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

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

São Paulo

1996

## EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

- **Carlos Ferreira de Souza**

  ( Engenheiro Civil - Engenharia em Saúde Pública e Ambiental )

- **Celso Henrique de Azevedo**

  ( Engenheiro Civil - Engenharia em Saúde Pública e Ambiental )

- **Luiz Carlos de Souza**

  ( Administrador de Empresas - Políticas, Planejamento e Gerenciamento de Serviços de Saúde)

- **Marcelo Mancilha Nogueira**

  ( Engenheiro Químico - Engenharia em Saúde Pública e Ambiental)

- **Maria Egláucia Maia Brandão**

  ( Cirurgiã-Dentista - Odontologia Preventiva e Saúde Pública )

- **Maria Izildinha Ferreira**

  ( Bióloga - Vigilância Sanitária )

- **Maria Lima Garbelotti**

  ( Química - Vigilânica Sanitária )

- **Maria Lucia Bom Angelo**

  ( Psicóloga - Saúde Materno-Infantil )

- **Marly Ribeiro**

  ( Psicóloga - Educação em Saúde Pública )

- **Nanci Aparecida dos Santos Boldo**

  ( Assistente Social - Educação em Saúde Pública )

- **Nilva Regina de Souza**

  ( Bióloga - Saúde Materno Infantil )

- **Rita da Conceição do Nascimento**

  ( Assistente Social - Educação em Saúde Pública )

- **Sheila Marina Mendes Tarran**

  ( Médica - Vigilância Sanitária )

- **Veni de Paula Notari**

  ( Biomédica - Vigilância Sanitária )

## ORIENTADOR:

- **Prof. Dr. Roque Passos Pivelli**

  (Departartamento de Saúde Ambiental)

## COMISSÃO ORGANIZADORA DO TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL:

- Profa. Dra. Eunice Aparecida Bianchi Galati (Presidente)
- Prof. Dr. Roque Passos Piveli
- Prof. Dr. Délsio Natal
- Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez
- Secretária: Sra. Felícia Ida Lipparelli Marques dos Reis

Trabalho acadêmico, não se constituindo publicação formal. Não é permitido seu uso para fins de citação bibliográfica, sem prévia autorização da Comissão de Trabalho de Campo Multiprofissional.

Não há exemplares para distribuição.

# AGRADECIMENTOS

Ao Prefeito do Município da Estância Balneária da Praia Grande, Dr. Alberto Pereira Mourão, pela oportunidade de realizar o presente trabalho;

À Secretária de Saúde Pública, Dra. Eliana Zulianni Lopes e a toda a sua assessoria, pelo acesso aos dados e materiais solicitados;

A todas as Secretarias e Órgãos da Administração Municipal, em especial ao Secretário das Finanças Dr. Cyro Martins, pela presteza em nos abrir várias portas;

À Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP, e à Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental - CETESB, pela colaboração recebida;

Ao Diretor Técnico da Diretoria Regional de Saúde - DIR XIX , Dr. José Ricardo Di Renzo e sua assessoria, pela disponibilidade das informações necessárias;

Ao Sr. Emiliano Batista dos Santos, motorista, pela atenção dispensada ao grupo durante toda a permanência no Município;

Ao Coordenador responsável, Prof. Dr. Roque Passos Pivelli, pelo respeito e serenidade transmitidos no decorrer de todo o trabalho;

Pela contribuição de todos os participantes do grupo, por ter enfrentado grande parte dos momentos difíceis mantendo o bom humor.

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO. . . . . .1

2. OBJETIVOS. . . . . .2

3. METODOLOGIA. . . . . 4

4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO. . . . . 9

4.1. Histórico. . . . . 9

4.2. Situação Geográfica. . . . . .14

4.3. Situação Demográfica. . . . . .17

4.4. Dados Sócio-econômicos. . . . . .18

4.5. Sistema de Saúde..... 20

4.6. Meio Ambiente..... .....22

4.7. Infra-Estrutura Urbana ..... 25

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO.....30

5.1. Pirâmide Populacional..... 30

5.1.1 Crescimento vegetativo..... ..... 35

5.1.1.1 Natalidade.....35

5.1.1.2 Fecundidade.....36

5.2. Sexo.....37

5.2.1 Razão de Masculinidade.....37

5.3. Razão de Dependência.....38

5.4. Indicadores de Saúde.....40

5.4.1. Indicadores Globais.....40

5.4.1.1 Coeficiente Geral de Mortalidade.....40

5.4.1.2 Razão da Mortalidade Proporcional.....41

5.4.1.3 Curva de Mortalidade Proporcional (Nelson de Moraes).....43

5.4.1.4 Indicador de Guedes.....45

5.4.2. Indicadores Específicos.....46

5.4.2.1 Coeficiente de Mortalidade Infantil.....46

5.5 Séries Históricas.....51

5.5.1 Mortalidade Específica por causas.....52

6. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....54

6.1. Caracterização dos serviços.....54

6.1.1. Equipamentos.....55

6.1.2. Recursos Humanos.....72

6.1.3. Sistema de Informação.....81

6.2. Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.....84

6.2.1. Vigilância Sanitária.....84

6.2.2. Vigilância Epidemiológica.....87

6.2.3.Controle de Zoonoses.....109

7. ATENÇÃO À SAÚDE.....112

7.1. Considerações Gerais.....112

7.2. Saúde Bucal.....112

7.3. Saúde da Criança.....126

7.4. Saúde da Mulher..... 132

7.5. Nutrição.....137

7.6. Saúde Mental.....141

7.7. Divisão de Enfermagem.....145

8. SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE.....151

8.1. Sistema de Abastecimento de Água.....151

8.2. Sistema de Esgotos Sanitários.....157

8.3. Sistema de Limpeza Pública.....171

8.4. Poluição Ambiental.....198

9. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICO.....214

9.1. Considerações Gerais.....214

9.2. Secretaria de Recursos Humanos .....215

9.3. Secretaria da Educação.....216

9.4. Secretaria de Promoção Social.....228

9.5. Secretaria da Cultura e Turismo.....230

9.6. Secretaria de Esportes.....236

9.7. Assistência Militar do Prefeito.....238

9.8. Secretaria da Ação e Defesa da Cidadania.....240

9.9. Secretaria de Finanças.....242

9.10. Secretaria da Administração.....243

9.11. Secretaria de Assuntos Jurídicos.....244

9.12. Assessoria de Imprensa.....245

9.13. Secretaria de Obras.....246

9.14.Sec. de Desenvolv. Urbano e Meio Ambiente.....247

9.15.Transportes Públicos.....248

9.16. Secretaria de Abastecimento.....250

10. ANÁLISE DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

10.1. Descentralização.....253

10.2. Financiamento.....256

10.3. Gerenciamento.....259

10.4. Regionalização.....260

10.5. Territorialização.....263

10.6. Hierarquização.....265

10.7. Acessibilidade.....268

10.8. Integralidade.....269

10.9. Participação Popular e Democratização.....270

10.10. Resolubilidade.....275

11. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES.....279

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....290

13. ANEXOS.....293

Enquanto qualquer do povo, pelo só fato de ser cidadão, não puder receber adequada assistência em saúde quando dela necessite, o sistema de saúde não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará devedor da sociedade.

***Guido Ivan de Carvalho***

***Lenir Santos***

# 1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Campo Multiprofissional (TCM) é a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante o Curso de Especialização em Saúde Pública, ministrado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Este trabalho tem o objetivo de analisar a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, através do estudo das políticas locais de saúde, tendo em vista a municipalização preconizada pela Constituição Federal e pelas 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde.

Na seção da Constituição que versa sobre Saúde, foi incorporado o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural ( ocupação, renda, educação, etc); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, para se ter saúde, são necessárias ações em vários setores, de forma integrada.

Nessa perspectiva, a saúde no município de Praia Grande foi analisada num enfoque global, onde além dos indicadores usuais de saúde foram considerados também aspectos sócio-econômicos, políticos, financeiros, sociais, históricos, ambientais e de infra-estrutura.

Procurou-se conhecer a organização dos serviços de saúde existentes, quanto as suas diretrizes e projetos, bem como instalações, funcionamento, organização e profissionais disponíveis. Procurou-se também verificar como se estabelece a participação popular na gestão de saúde.

Sem ter a pretensão de elaborar soluções ao município, o presente trabalho tenta contribuir para a melhoria do sistema de saúde em Praia Grande, em benefício da população local.

# 2. OBJETIVOS

## 2.1 Objetivo Geral

Analisar as políticas de saúde e suas inserções no Município da Estância Balneária de Praia Grande, considerando o sistema de Regionalização e Municipalização dos serviços e políticas locais, dentro dos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde).

## 2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o Município, abordando aspectos históricos, sociais e de saúde.

- Situar o município dentro da proposta da Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/93, que dispõe sobre a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do SUS.

- Caracterizar e avaliar os serviços, equipamentos e recursos de saúde existentes no município.

- Caracterizar o grau de participação da população local no estabelecimento das políticas de saúde na gestão do sistema.

- Descrever e comentar aspectos ligados ao saneamento básico e meio ambiente.

## 3. METODOLOGIA

O processo de conhecimento de uma realidade exige a utilização de diversos instrumentos.

Para a realização deste Trabalho de Campo Multiprofissional foram seguidos os seguintes passos:

- Conhecimento preliminar da realidade do local, através da análise dos dados cedidos pela Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande e obtidos na Fundação SEADE;

- Elaboração de uma proposta de cronograma de entrevistas e visitas, a ser cumprida durante a etapa de trabalho de campo propriamente dita, com base no organograma do Município;

- Caracterização do Município, a partir de levantamento de dados históricos e gerais fornecidos pela Prefeitura de Praia Grande;

- Elaboração de roteiros de entrevistas diversos;

- Entrevistas com os principais atores do Município, aos quais o grupo teve acesso, desde o Prefeito, seus Secretários e Assessorias, órgãos públicos, Conselho Municipal de Saúde, representantes de entidades, etc, baseados nos roteiros pré-estabelecidos, onde foram explorados aspectos diretamente ligados ao entrevistado e à saúde Municipal como um todo;

- Visitas a várias unidades de saúde, com observação de seu funcionamento e entrevistas livres com os funcionários;

- Visitas e observações a equipamentos da área de saneamento e meio ambiente;

- Coleta de dados nas unidades e órgãos visitados;

- Levantamento e organização dos dados fornecidos pelos locais visitados, bem como pela Faculdade de Saúde Pública a partir de fontes como: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) , Fundação SEADE e Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA-SUS, entre outros.

O grupo considerou importante a participação da equipe completa em algumas visitas e entrevistas, para a maioria das situações dividiu-se em subgrupos de acordo com as áreas específicas.

## RELAÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS:

- Prefeito
- Secretária da Saúde Pública
    - Divisão Ambulatorial
    - Divisão de Saúde Infantil
    - Divisão de Saúde da Mulher
    - Setor de Nutrição
    - Divisão Odontológica
    - Divisão de Enfermagem
    - Divisão de Saúde Mental e Reabilitação

- Divisão de Laboratório

- Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica

- Setor de Zoonoses

- Centro de Especialidades Médicas Ambulatoriais e Sociais - CEMAS

- Centro de Moléstias Infecto-Contagiosas - CEMIN

-Diretoria Regional de Saúde - DIR XIX - (Santos)

- Conselho Municipal de Saúde

- Associação dos Deficientes de Praia Grande (ONG)

- Secretário de Finanças

- Secretária da Educação

- Secretário da Cultura e Turismo

- Secretário de Ação e Defesa da Cidadania

- Secretário de Administração

- Secretária da Promoção Social

- Secretário de Abastecimento

- Secretário de Recursos Humanos

- Secretário de Assuntos Jurídicos

- Secretaria de Obras

- Assesssor do Secretário de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente

- Assessoria de Imprensa

- Assistência Militar do Prefeito

- Gerente de Setor de Assistência aos Municípios da CETESB (Santos)

- Responsável Técnico pela Qualidade das Águas (Balneabilidade das Praias)

## RELAÇÃO DAS VISITAS/OBSERVAÇÕES

- Multiclínica do Boqueirão

-Multiclínica Tude Bastos

- Multiclínica Vila Melvi

- Laboratório Municipal do Boqueirão

- Ambulatório de Saúde Mental do Boqueirão

- Ambulatório de Prótese

- CEMAS - Centro de Especialidades Médicas

- CEMIN- Centro de Moléstias Infecto-Contagiosas

- Casa da Cultura

- Fundação São Francisco

- Pronto Socorro Municipal

- Pronto Socorro Ocian

- Emissário Submarino de Canto do Forte

- Emissário de Vila Tupy

- Sistema de Pavimentação com Escória de Aciaria

- Posto de Cloração, Fluretação e Correção de pH (Tratamento)

- Estação de Pré-Condicionamento de Esgotos

- Lixão do Jardim São Miguel

- Conjunto Habitacional Anhanguera (Desfavelamento e Urbanização)

# 4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

## 4.1. Histórico

Praia Grande tem seu nome derivado da palavra Tupi "Peaçabuçu", cujo significado é Porto Grande. Tal designação origina-se do povo indígena que utilizava-se do local como via de acesso entre Itanhaém e a Ilha de Gaihaó ( São Vicente).

O povoamento de seu território ocorreu a partir de 1510, com Martin Afonso de Souza, que iniciou a colonização na Ilha de Gaihaó. Houve um deslocamento de colonos para Peaçabuçu, dando origem aos primeiros povoados. A denominação Praia Grande passou a ser utilizada com a vinda de João de Souza e sua armada, por ser esta praia realmente grande, coincidindo com o termo Tupi "buçu/uçu", que significa o adjetivo grande. Durante três séculos houve o povoamento de Praia Grande, com a presença de núcleos caiçaras entre as encostas de Xixová e a Divisa com Mongaguá.

No final do século passado, já existiam diversos núcleos caiçaras, tais como Boqueirão, Jardim Guilhermina, Solemar, Canto do Forte e outros. Com a construção da Fortaleza de Itaipu (1902/1910) e da Ponte Pensil ( inaugurada em 1914), seguiu-se um maior desenvolvimento. A Ponte Pensil foi construída visando facilitar o acesso entre a ilha e o litoral sul da Baixada Santista, com o principal objetivo de dar escoamento à produção agrícola da região sul.

Praia Grande constituía-se como bairro periférico de São Vicente. Em 1953, moradores do Distrito de Solemar, insatisfeitos com a desatenção da

Administração Municipal, deram início a um movimento Pró-Emancipação, sendo os governantes vicentinos contrários ao movimento separatista.

Nos anos que se seguiram, houve várias tentativas frustradas no sentido da emancipação. Em 08 de dezembro de 1963, a população votou em plebiscito pela separação territorial, porém somente em 26 de outubro de 1966 o Supremo Tribunal Federal legitimou o desmembramento de Praia Grande do Município de São Vicente, reconhecendo sua emancipação.

Em 10 de janeiro de 1967, o Município de Praia Grande foi oficialmente instalado com a posse do Interventor Federal, Nicolau Paal. A primeira eleição municipal realizou-se em 15 de novembro de 1967. Atualmente, a organização sócio-política é constituída pela Câmara de Vereadores com 19 Vereadores e 1 Prefeito Municipal. A população é representada através de Sindicatos e Associações de Melhoramento de Bairros, com representantes no Conselho Municipal de Saúde.

Sobre a vocação turística do local, também é necessário fazer uma retrospectiva. Por volta de 1930, a região começou a despertar como potencial turístico, atraindo os primeiros veranistas e também os investidores imobiliários. Os terrenos eram vendidos a preços baixos e a ocupação do solo deu-se de maneira desordenada. Com o passar do tempo, o fato do local se constituir como uma alternativa de moradia mais barata para as populações de rendas média e baixa que trabalhavam no setor terciário de Santos e no Parque Industrial de Cubatão, fez com que Praia Grande se caracterizasse como Cidade-Dormitório, com alta taxa de migração.

O crescimento econômico da Grande São Paulo e a proximidade de localização contribuíram significativamente para que, durante décadas, mesmo após a Emancipação, Praia Grande fosse marcada pelo turismo de massas, de baixa renda e predatório, saturando seus recantos turísticos e culturais.

O abandono da área próxima à avenida da praia, onde imperava a falta de higiene provocada pela precariedade das barracas que comercializavam bebidas e alimentos, associado às péssimas condições da praia ( faixa de areia contaminada pelos numerosos córregos que ali efluíam), prejudicava significativamente a balneabilidade.

A falta de investimento na atividade mais importante para a cidade, o turismo, passou a depreciar sobremaneira qualquer empreendimento do setor imobiliário, que caminhava para a estagnação completa, trazendo reflexos negativos para a arrecadação, uma vez que a mais importante fonte de renda do município é o IPTU. Passou-se a privilegiar a construção de unidades residenciais de área reduzida, que nas épocas de maior ocupação abrigavam um número de turistas incompatível com suas dimensões, fazendo do turismo uma atividade de baixa qualidade.

Toda essa deficiência de estrutura, aliada a um grande contingente de pessoas que se utilizavam das excursões de um dia, agravou sobremaneira esse quadro. A consequência foi o estigma que Praia Grande passou a carregar, ficando conhecida como a "Cidade dos Farofeiros"(Figura 1), criando um verdadeiro cáos no Município.

Figura 1. Vista da praia de Boqueirão antes da reurbanização- 1972

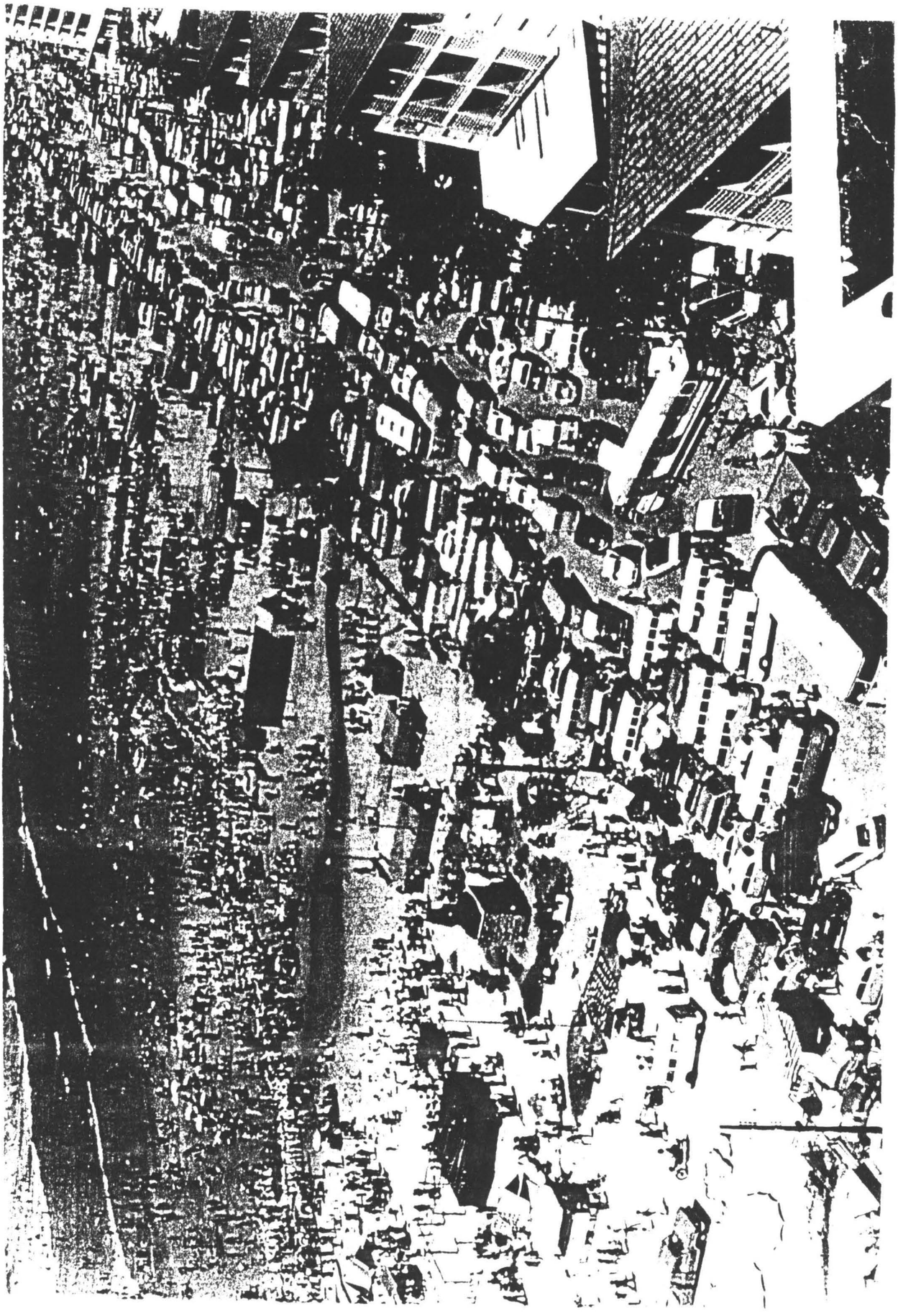


Figura 2. Foto do Portal da Cidade construído em 1993- Praia Grande -

Fifura 3. Praia do Boqueirão reurbanizada - 1996

Esse quadro começou a mudar a partir de 1993, quando a Administração Pública Municipal, em parceria com a iniciativa privada, passou a trabalhar na busca de uma solução para revitalizar o turismo na cidade e consequentemente a atividade imobiliária. Passou assim a desenvolver grandes projetos nas áreas de urbanização e calçamento de vias e logradouros públicos(Figuras 2 e 3) , instalando novo sistema viário e dando início à implantação de um turismo receptivo, objetivando não deteriorar os recursos naturais e culturais nem degradar o meio ambiente, ao mesmo tempo atraindo mais investimentos para a região.

## 4.2. Situação Geográfica

O Município de Praia Grande localiza-se no litoral sul do Estado de São Paulo, a 86 Km da Capital.

Ocupa uma área da 147,21 $Km^2$, com 25 Km de extensão no seu maior eixo.

Limita-se, ao norte com o município de São Vicente, ao sul com o Oceano Atlântico, ao oeste com o Município de Mongaguá e a leste com a Baia de Santos. Sua localização estratégica permite-lhe ser ponto de passagem obrigatória daqueles que, vindos do sul buscam a capital ou o litoral norte.

Dista 6 Km de São Vicente, 12 Km de Santos, 23 Km de Mongaguá, 45 Km de Itanhaém e 75 Km de Peruíbe.

Sua topografia caracteriza-se por 80% de planos e 20% de montanhas. Apresenta altimetria característica das regiões litorâneas, com altitude inferior a 20 metros na maior parte de sua área.

As maiores altitudes são encontradas na Serra do Mar nas divisas com o Município de São Vicente denominada "Serra de Mongaguá", com o ponto mais elevado da região, 1.055 metros. Há pontos elevados na orla da Baia de Santos, onde se localizam os morros "Itaipu" com 184 metros, "Xixová" com 320 metros, e "Japú" com 216 metros; ao Norte, morro "Pai Matias" com 798 metros e o morro do "Estaleiro" ou "Andaraguá" com 299 metros.

Nas planícies são encontradas extensas áreas de brejos com manguezais, além de respingos elevados e dunas bastante desenvolvidas.

No Município encontram-se os rios Itinga, Branco, Negro, das Cobras, Boturoca, Peaçabuçu (limite com São Vicente), Acaraú, da Cruz e Escara-Mar.

Geologicamente apresenta sedimentos arenosos das praias e terras, com textura de material variando do argiloso ao fino argiloso, além de outros materiais comuns ao litoral brasileiro.

Quanto ao solo, encontramos o litoral, que determina o relevo montanhoso de topos arredondados ligeiramente angulosos; o podzol hidrográfico, solo de origem marinha que determina um relevo plano, com altitude variando de 10 a 20 metros e o hidromórfico, solo fluvial e orgânico que determina um relevo plano, de pouca profundidade, que favorece o encharcamento.

Sobre a característica climática, Praia Grande caracteriza-se como de tropical úmido sem estação seca.

A temperatura máxima é de 38,5° C e a mínima de 8° C, com umidade relativa bastante elevada, apresentando média anual de 80%.

O Índice pluviométrico oscila entre 2.000 a 2.500 mm anuais, apresentando taxa de evaporação em semestre seco de 384 mm e semestre úmido de 642 mm.

Janeiro, fevereiro e março compreendem os meses de maior precipitação pluviométrica.

Predominam na região os ventos sul e sudoeste, atribuidos à brisa marítima, sendo os ventos noroeste menos frequentes.

A pressão atmosférica atinge o mínimo em janeiro crescendo até julho, quando atinge o seu máximo e depois decrescendo até janeiro.

Quanto ao acesso, utiliza-se para chegar à região o Complexo Rodoviário Sistema Anchieta/Imigrantes - SP 150 e SP 160 (Rodovias Pedro Taques e Padre Manuel da Nobrega).

## 4.3 Situação Demográfica

A população do Município de Praia Grande, em seus 147,21 $Km^2$ de extensão territorial, distribui-se estritamente em Zona Urbana, com uma densidade demográfica de 1.016,37 hab./$Km^2$, sendo a população estimada para 1996 de 149.620 habitantes (Tabela 1 e 2).

O crescimento populacional em grande parte se dá provavelmente pela própria característica do município em possuir uma maior área de expansão com relação aos demais na vizinhança. Notadamente foi observado ainda que houve um grande crescimento na verticalização da cidade nos últimos tempos.

TABELA 1 - População do Município de Praia Grande - SP nos anos de 1970 a 1996

| ANO | POPULAÇÃO |
|---|---|
| 1980 | 65.911 |
| 1991 | 123.492 |
| 1996 | 149.620 |

FONTE: IBGE - Censos Demográficos de 1980, 1991 e segundo projeção (Método Aritmético) para 1996.

TABELA 2 - Densidade demográfica do Município de Praia Grande - SP nos anos de 1980 a 1991 e 1996.

| ANO | DENSIDADE (hab/Km$^2$) |
|---|---|
| 1980 | 447,73 |
| 1991 | 838,88 |
| 1996 | 1.016,37 |

FONTE: IBGE - Censo Demográfico 1980, 1991 e Projeção para 1996 - Método Aritmético

## 4.4 Dados Sócio-Econômicos

### 4.4.1 Estrutura Econômica

O setor de produção terciária predomina no Município, com cerca de 3.000 estabelecimentos comerciais, que têm no turismo a base de sua estrutura. Conta com pequeno número de indústrias e a agricultura tem pouco significado na economia, apesar de ter sido expressiva na década de 70, com a monocultura de chuchu.

### 4.4.2 Estrutura Educacional

O município conta com 27 escolas estaduais de 1° e 2° Grau, 14 escolas particulares, 24 pré-escolas municipais, 12 creches municipais, uma

Casa do Menor e do Adolescente, 1 supletivo municipal e uma Faculdade, atendendo a cerca de 42.000 alunos.

### 4.4.3 Habitação

A demanda de áreas para a função turística da população do planalto, as possibilidades de empregos decorrentes dessa atividade, a saturação da ilha de São Vicente, e os empregos gerados pela implantação do Parque Industrial de Cubatão, constituiram-se nos fatores decisivos para a configuração da atual constelação de núcleos de assentamentos residenciais da população local, determinando inclusive, uma estratificação em termos de poder aquisitivo.

A característica turística da Baixada Santista, fez surgir casas e apartamentos como "segunda moradia" ocasional, onerando os cofres públicos para a manutenção de infra-estrutura necessária para atender ao total de domicílios da cidade. Em 1.991, segundo dados do IBGE, do total de domicílios, 63,7% eram de uso ocasional, ou seja, do total de equipamento e serviços urbanos previstos, somente 36,3% efetivamente se utilizaram deles, sendo que a manutenção de todo o montante deve ser contínua.

A ocupação desordenada, a criação de favelas, a falta de infra-estrutura e saneamento básico resultam em prejuízo à saúde da população.

## 4.5 - **Sistema de Saúde**

O Sistema de Saúde do Município da Estância Balneária de Praia Grande está municipalizado desde 1988, quando o município assinou convênio com o SUDS, passando a gerenciar um único Centro de Saúde que era administrado pelo Estado. Havia também, poucas unidades municipais, sendo a maioria delas construídas após 1990. Somente em 1.996, foram entregues cerca de 6 novos serviços de saúde, atendendo reivindicações da população, representada pelo Conselho Municipal de Saúde, na I Conferência Municipal de Saúde.

Apesar de ter solicitado junto ao SUS- Sistema Único de Saúde - a inserção do município como Gestor Parcial, e posteriormente na gestão semi-plena, o mesmo continua como prestador de serviços. Conta hoje com :

- Treze ( 13) Unidades Básicas de Saúde denominadas multiclínicas, que são a porta de entrada do sistema de saúde, que realiza o atendimento médico e odontológico ambulatorial .
- Dois ( 02) Serviços de Atendimento Móvel Odontológico ( SAMO I e II), que prestam atendimento odontológico para os alunos da rede escolar e junto a Associações de Bairros.
- Centro de Especialidades Médicas Ambulatoriais e Sociais - CEMAS- que realiza atendimento médico especializado e apoio diagnóstico, sendo referência para as Multiclínicas , Prontos Socorros e Pronto Atendimento.

- Ambulatório de Saúde Mental - presta atendimento à população em geral, nas seguintes especialidade: Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Assistência Social

- Centro de Moléstias Infecto-Contagiosas - CEMIN, é onde está centralizado o atendimento às doenças infecto-contagiosas, como Tuberculose, Hanseaníase, AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

- Núcleo de Reabilitação Física e Mental Henry , presta atendimento às crianças de 0 a 14 anos, portadoras de deficiência Física ou Mental.

- Três ( 03) Prontos Socorros que atendem aos casos de Urgência e Emergência.

- Dois (02) Pronto- Atendimentos - que prestam atendimento médico 24 horas.

- Laboratório de Análises Clínicas Municipal, que atende a rede realizando o apoio diagnóstico.

A distribuição de medicação à população carente é realizada pela Fundação São Francisco, na Secretaria da Promoção Social, que além de distribuir suplementação alimentar para gestantes e crianças desnutridas, também o faz aos pacientes em atendimento no CEMIN, após avaliação social.

O município ainda não conta com rede hospitalar própria, tendo como referência o Hospital Ação Médica Comunitária - SANTA CASA DE PRAIA GRANDE - entidade filantrópica conveniada com o SUS, e onde situa-se o

Pronto Socorro Municipal Central , através de convênio firmado com a Prefeitura.

Em Outubro de 1996, foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde, a qual elegeu o novo Conselho Municipal de Saúde , e que também definiu como prioridade: melhorar a qualidade do atendimento realizado nos serviços de saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi legalmente criado pela Lei 720 de 27/05/91.

## 4.6 Meio Ambiente

O clima úmido sem estações secas favorece o aparecimento de doenças respiratórias.

O solo de pouca profundidade favorece o encharcamento, sendo que as populações de menor renda, em busca de moradia barata, ocuparam várias áreas de mangue, em sub-habitações sem infra-estrutura mínima para uma vida digna.

### 4.6.1 Características da Flora

A vegetação difere da primitiva, que sofreu modificações pela ação antrópica. Dentre os tipos de vegetação encontrados estão a vegetação litorânea, mata atlântica e araucária. A vegetação litorânea está dividida em jundú e manguezal.

O jundú caracteriza-se por vegetação de porte médio (5 metros), compondo-se de espécies lenhosas, de emaranhada formação inclinada em direção oposta ao vento marinho.

O manguezal destaca três formações vegetais, em função da concentração salina da parte externa para o interior do manguezal: o mangue propriamente dito, sem vegetação herbácea na porção mais salina, com árvores de porte maior, entre 10 e 15 metros; o mangue siriúba, área intermediária sujeita a menores inundações, porém com alto teor salino e o mangue branco com solos mais firmes, menos salgados com árvores entre 2 e 3 metros.

A Mata Atlântica apresenta uma floresta heterogênea muito rica em espécie. A grande pluviosidade destas áreas condicionaram ambientes úmidos e de desenvolvimento de musgos que revestem os troncos das árvores.

A Mata Araucária encontra-se no vertente sul da Serra de Paranapiacaba, caracterizada por pinheiros, árvores de tronco reto de até 30 metros.

A vegetação de campos ocorre apenas em alguns trechos do extremo sul.

### 4.6.2 Características da Fauna

Não existem dados significativos que possam identificar a fauna da região, mas pode-se citar:

1. Aves pernaltas aquáticas

   - garça branca e socó: reservatório de cólera, esquistossomose e aspergilose

2. Crustáceos

   - caranguejo (astacus): muito utilizado na alimentação da população. Reservatório de salmonelose, esquistossomose e cólera.

3. Moluscos

   - ostras, mariscos e conchas: reservatório de salmonelose, esquistossomose e cólera.

4. Roedores

   - preás, pacas, cotias, ratão de banhado e capivaras: reservatório de leptospirose, leishmaniose, esquistossomose, doença de chagas e peste bubônica.

5. Evendados

   - bicho preguiça, tatu e tamanduá: reservatório de doença de chagas.

6. Quirópteros

   - morcegos: reservatório da raiva e doença de chagas.

7. Primatas

   - macacos: reservatório de esquistossomose, malária e leishmaniose.

8. Carnívoros

- raposas, cachorro do mato e gato do mato (felino de menor porte que era conhecido como a onça da região): reservatório de leptospirose, doença de chagas, leishmaniose e raiva.

## 4.7 Infra Estrutura Urbana

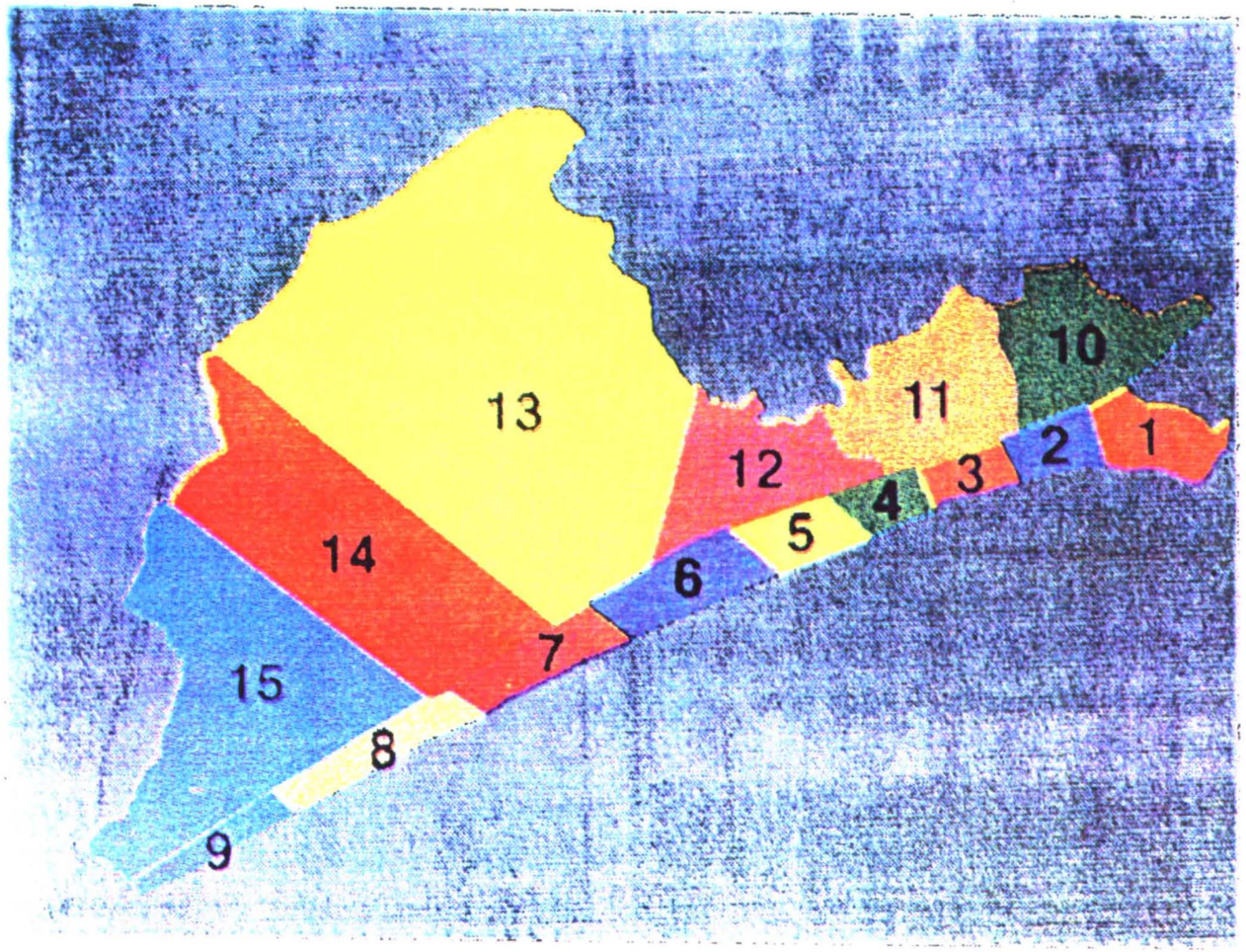
### 4.7.1 Projeto RUMO

O município é dividido em setores por cores para melhor divisão das áreas conforme mostrado abaixo:

- Laranja - R. Gaspar Viana FORTE - R. São Paulo J. Guilhermina
- Azul - Av. São Paulo J. Guilhermina - Aviação
- Vermelho - R. Alberto Santos Dumont - Aviação - Parque Aquático
- Verde - R. Caribas - Parque Aquático - Balneário Havana
- Amarelo Ouro - R. Osasco - Balneário Havana - Av. dos Sindicatos - Vila Mirim
- Azul Turqueza - Av. dos Sindicatos - Vila Mirim - Balneário Paquetá
- Lilás - R. Santa Rita de Cássia - Baneário Paquetá - Vila Mar
- Amarelo Canário - Rua Visconde de Cairu - Vila Mar - Florida - 1ª.
- Azul Celeste - R. André Filho - Flórida 1ª - Jardim Alice Solemar

O mapa a seguir ilustra o exposto (Figura 4).

# PRAIA GRANDE




## BAIRRO

1-Boqueirão .....
2-Guilhermina .....
3-Aviação .....
4-Tupi .....
5-Ocian .....
6-Mirim .....
7-Caiçara .....
8-Flórida .....
9-Solemar I .....
10-Sítio do Campo
11-Antártica .....
12-Quietude .....
13-Trevo .....
14-Melvi .....
15-Solemar II .....

Figura 4- Projeto RUMO- Mapa do Município de Praia Grande 1996

### 4.7.2 Saneamento Básico

#### 4.7.2.1 Sistema de Abastecimento de Água

##### 4.7.2.1.1 Manancial

A captação é realizada através de quatro mananciais de superfície (Água de Nascente de Serra), constituído pelas barragens:

- Barragem Laranjal
- Barragem Serrana
- Barragem Guariuma I
- Barragem Soldado

##### 4.7.2.1.2 Tratamento

Existe um posto de cloração, fluoretação e correção do pH localizado próximo ao Rio Preto (Bairro Melvi).

##### 4.7.2.1.3 Reservação

Não existe

#### 4.7.2.1.4 Abastecimento de Água

Aproximadamente 99% da população é atendida pelo Sistema de Abastecimento de Água da SABESP. (Dados fornecidos pela SABESP).

### 4.7.2.2 Sistema de Esgoto Sanitário

A população atendida pela Rede de Esgotos Sanitários é de aproximadamente 25%, gerando um volume de 600 l/s, que são encaminhadas à 2 (dois) emissários (Canto do Forte e Vila Tupy) que lançam os esgotos em correntes marítimas após a cloração.

O sistema de emissários submarinos da SABESP também recebe a contribuição dos corpos d'água e águas pluviais do município, altamente contaminados por lançamento irregular de esgotos domésticos.

Além dos emissários, o município possui uma estação de pré-condicionamento de esgoto, constituído de peneira estática para remoção de sólidos e tanques de contato de cloro com lançamento no Rio Acaraú Mirim.

### 4.7.3 Sistema de drenagem (Despoluição das Praias) e urbanização - despoluição das praias

Dos 23,5 Km de extensão de praias, em 11 Km foram executados coletores que recebem água dos córregos que são encaminhadas parte dos emissários da SABESP e parte bombeados à estação da pré-condicionamento de esgotos da SABESP.

A urbanização deu vida e embelezamento à orla (nestes 11 Km nos bairros: Boqueirão, Aviação, Tupi, Ocian e Mirim) permitindo o desenvolvimento de atividades culturais, esportivas e de lazer. Esta nova situação praticamente eliminou o turismo predatório.

A parte da orla não contemplada com estes equipamentos se apresenta em obras.

### 4.7.4 Destino de Resíduos Sólidos (Lixo)

A partir de janeiro de 1987, a coleta vem sendo realizada pela CAVO - Companhia Auxiliar de Viação e Obras.

O município está dividido em setores que são coletados em dias alternados, atendendo a cerca de 80% da população.

A destinação do lixo domiciliar ainda apresenta problemas sob o ponto de vista ambiental e de saúde pública em função de sua disposição em condições precárias, em área próxima de residências e junto de mangue.

O lixo séptico é coletado em viaturas apropriadas, pela mesma empresa, numa média de 250 Kg/dia e enviado para o município de Suzano onde é incinerado.

# 5.PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO

## 5.1 Pirâmide Populacional

A distribuição populacional segundo sexo e idade é melhor apreciada através da pirâmide populacional, sendo este elemento essencial para visualização da tendência demográfica de uma determinada população para poder compará-la no tempo (sequência histórica) ou no espaço (com outras regiões). Esta distribuição depende de dois fatores: do crescimento vegetativo (natalidade) da população e da esperança de vida.

A população da Praia Grande, segundo censo demográfico de 1970, foi de 19.683 habitantes. Em 1980 foi de 65.911 habitantes crescendo, a população no último censo, em 1991 para 123.492 habitantes, estimando-se 143.458 habitantes em 1994.

Como estrutura piramidal, continua o mesmo desde 1991, optou-se por utilizar o dado oficial da população de 1991 para a construção da pirâmide, e compará-la aos anos de 1970 e 1980.

TABELA 03 - Número e porcentagem da população, por sexo e grupo etário, do Município da Estância Balneárea de Praia Grande, 1970.

| FAIXA ETÁRIA | SEXO | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Homens | | Mulheres | |
| | Nº | % | Nº | % |
| 00 - 09 | 2872 | 14,59 | 2826 | 14,36 |
| 10 - 19 | 2003 | 10,18 | 1808 | 9,18 |
| 20 - 29 | 1680 | 8,53 | 1536 | 7,80 |
| 30 - 39 | 1438 | 7,30 | 1226 | 6,23 |
| 40 49 | 1078 | 5,48 | 806 | 4,09 |
| 50 - 59 | 616 | 3,13 | 596 | 3,03 |
| 60 - 69 | 451 | 2,29 | 375 | 1,90 |
| 70 E + | 211 | 1,07 | 161 | 0,82 |
| Total | 10349 | 37,98 | 9334 | 47,41 |

Fonte: Censo Demográfico - IBGE/1970

## *5. Pirâmide Populacional de 1970. Município da Estância Balneária de Praia Grande.*

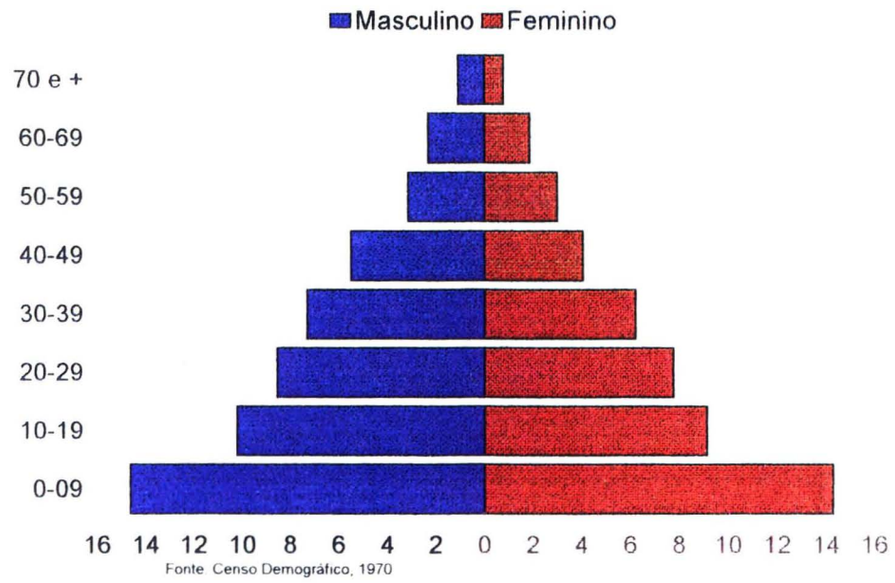


TABELA 04 - Número e porcentagem da população, por sexo e grupo etário, do Município da Estância Balneárea de Praia Grande, 1980.

| FAIXA ETÁRIA | SEXO | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Homens | | Mulheres | |
| | Nº | % | Nº | % |
| 00 - 09 | 8445 | 12,81 | 8263 | 12,53 |
| 10 - 19 | 6505 | 9,87 | 6624 | 10,05 |
| 20 - 29 | 5898 | 8,95 | 5620 | 8,53 |
| 30 - 39 | 4657 | 7,06 | 4277 | 6,49 |
| 40 - 49 | 3164 | 4,80 | 2848 | 4,32 |
| 50 - 59 | 2392 | 3,63 | 2350 | 3,56 |
| 60 - 69 | 1698 | 2,58 | 1653 | 2,51 |
| 70 e + | 808 | 1,22 | 709 | 1,07 |
| Total | 33567 | 50,92 | 32344 | 49,06 |

Fonte: Censo Demográfico - IBGE/1980

## *6. Pirâmide Populacional de 1980. Município da Estância Balneária de Praia Grande.*

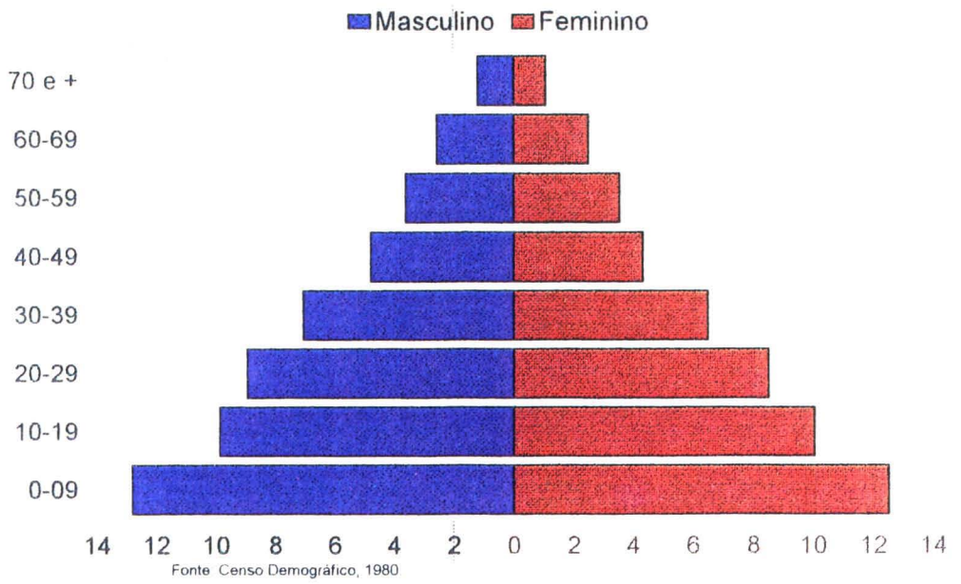
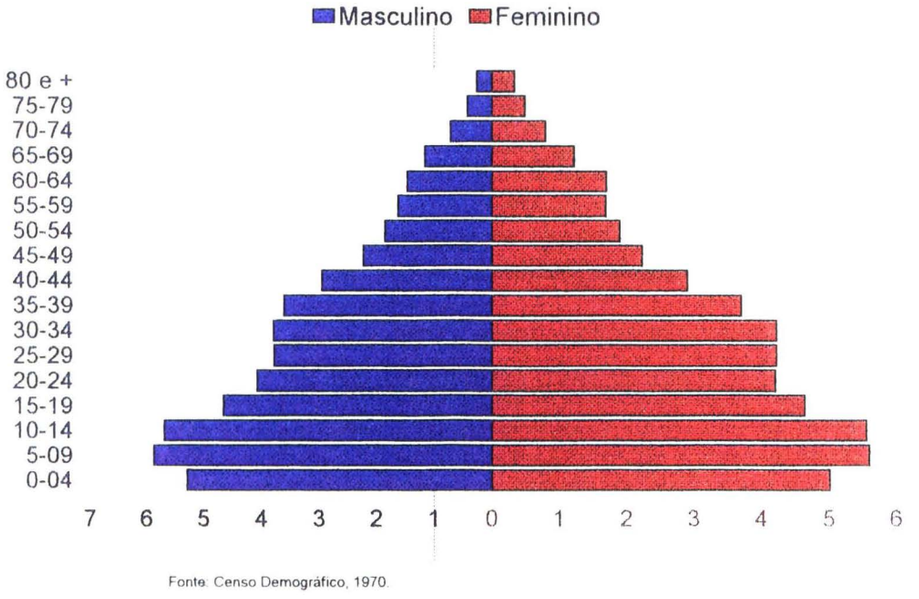


TABELA 05 - Número e porcentagem da população, por sexo e grupo etário, do Município da Estância Balneárea de Praia Grande, 1991

| | SEXO | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Homens | | Mulheres | |
| FAIXA ETÁRIA | Nº | % | Nº | % |
| 00 - 04 | 6538 | 5,29 | 6197 | 5,02 |
| 05 - 09 | 7259 | 5,88 | 6906 | 5,60 |
| 10 - 14 | 7038 | 5,70 | 6872 | 5,56 |
| 15 - 19 | 5751 | 4,66 | 5739 | 4,65 |
| 20 - 24 | 5022 | 4,07 | 5195 | 4,21 |
| 25 - 29 | 4672 | 3,78 | 5225 | 4,23 |
| 30 - 34 | 4678 | 3,79 | 5219 | 4,23 |
| 35 - 39 | 4464 | 3,61 | 4580 | 3,71 |
| 40 - 44 | 3646 | 2,95 | 3597 | 2,91 |
| 45 - 49 | 2755 | 2,23 | 2766 | 2,24 |
| 50 - 54 | 2289 | 1,85 | 2359 | 1,91 |
| 55 - 59 | 2019 | 1,63 | 2092 | 1,70 |
| 60 - 64 | 1812 | 1,47 | 2108 | 1,71 |
| 65 - 69 | 1430 | 1,16 | 1517 | 1,23 |
| 70 - 74 | 890 | 0,72 | 989 | 0,80 |
| 75 - 79 | 515 | 0,42 | 613 | 0,50 |
| 80 e + | 319 | 0,26 | 421 | 0,34 |
| Total | 10349 | 49,47 | 9334 | 50,55 |

Fonte: Censo Demográfico - IBGE/1970

***7. Pirâmide Populacional de 1991.***
***Município da Estância Balneária de Praia Grande.***




Fonte: Censo Demográfico, 1970.

Conforme figura 7, observa-se que a forma da Pirâmide que mostra a estrutura da população é piramidal, entretanto possui uma base estreita no que diz respeito a faixa etária de 0 a 4 anos. Em menores de 15 anos, ou seja a população juvenil, a proporção é apresentada de 33,10%, em relação à população total.

Na população economicamente produtiva de 15 a 65 anos, tem-se 62,10% da população.

Na faixa etária de 50 e +, acha-se 15,65% da população.

Este panorama mostra uma população do tipo progressiva ou jovem.

Segundo as figuras 5, 6 e 7, nota-se que na distribuição da população por faixa etária e sexo, houve diminuição da proporção em menores

de 10 anos nas últimas décadas, o que reflete na mortalidade. Houve também diminuição da taxa natalidade, além de um pequeno aumento na proporção de indivíduos de 70 anos e mais, modificando muito pouco a expectativa de vida.

### 5.1.1 Crescimento Vegetativo

### 5.1.1 Natalidade

A taxa de natalidade corresponde ao número de nascidos vivos sobre a população média anual multiplicada por 1000.

Na Praia Grande, esta taxa vem caindo desde as últimas décadas sendo que em 1991 chegou a 20,26 por mil habitantes. (Fonte; Fundação SEADE)

Coeficiente de Natalidade no município de Praia Grande (1994).

$$\frac{\text{No de N.V. x 1000 hab.}}{\text{Pop. da área}} = \frac{2864}{143458} \times 1000 = 19{,}96\text{‰ habitantes}$$

Analisando-se o coeficiente de natalidade obteve-se 19,96‰ habitantes, resultado que pode ser considerado baixo quando comparado a outras áreas brasileiras e alto porém em relação às regiões mais desenvolvidas.

### 5.1.1.2 Fecundidade

O coeficiente de fecundidade é dado pela relação do número de nascidos vivos sobre a população feminina na faixa etária de 15-49 anos multiplicada por mil.

Coeficiente de fecundidade no município de Praia Grande

No de N.V. de determinada área e ano x 1000

TABELA 6 - Taxa de natalidade* e fecundidade** para o Município de Praia Grande, 1993 e 1994.

| ANO | TAXA DE NATALIDADE | TAXA DE FECUNDIDADE |
|---|---|---|
| 1993 | 20,30 | 75,52 |
| 1994*** | 19,96 | 72,92 |

FONTE: Fundação SEADE - Sistemas de Indicadores Demográficos (SID)

* por 1000 habitantes

** por 1000 mulheres de 15 a 49 anos

*** Dados da população estimada

Conforme observa-se na Tabela 6, praticamente não houve uma queda significativa da natalidade e fecundidade no município no período de 1993 a 1994.

O coeficiente de fecundidade é semelhante ao coeficiente para todo o Estado de São Paulo como um todo, de 73,96 por mil mulheres (1994).

## 5.2 Sexo

O equilíbrio quantitativo entre os dois sexos é favorável em termos de composição populacional. Quanto maior o desiquilíbrio, mais reflexo sobre o número de casamentos, e em consequência sobre a natalidade.

## 5.2.1 Razão de masculinidade

A razão de masculinidade indica o número de homens por mil mulheres de uma determinada população. Este valor deveria ser de 1000 homens para 1000 mulheres. Como nascem mais homens que mulheres mas também morrem e imigram mais homens, o valor da razão da masculinidade tende a ser menor do que mil, nas idades mais avançadas.

População Feminina - 72702 (1994)

População Masculina - 70756 (1994)

$$RM = \frac{\text{número de homens}}{\text{número de mulheres}} \times 1000 = \frac{70756}{72702} \times 1000 = 973 \text{ homens por mil mulheres}$$

| Tabela 7 -Razão de masculinidade - Município de Praia Grande | |
|---|---|
| 1970 | 108,7 |
| 1980 | 1037 |
| 1991 | 979 |
| 1994 | 973 |

FONTE: IBGE e SEADE - 1970-1980-1991-1994.

Quando se observa a Tabela 7, nota-se que a razão de masculinidade do município é mais alta do que a esperada, nos anos de 1970 e 1980 e nos anos de 1991 e 1994, é considerado um valor normal, dentro do padrão, segundo referência bibliográfica.

## 5.3 Razão de Dependência

A razão de dependência é representada pela relação entre a soma do número de habitantes menores de 15 anos e 65 anos e mais (população inativa) e o total de habitantes entre 15 e 64 anos (população potencialmente ativa). Quanto maior for esta relação, maiores problemas econômicos terá o local, pois os consumidores poderão exceder os produtores.

Como consequências sociais, tem-se exploração do trabalho da criança e do adolescente e a sua não permanência na escola, menor capacitação do trabalhador e agravamento dos problemas na área sociais e de saúde pelo grande número de pessoas idosas.

Razão de Dependência

FONTE: IBGE e SEADE, 1994

$$RD = \frac{0 - 15\ a + 65\ a}{15 - 65\ a} \times 100 = 56{,}10\%$$

$$RD\ juvenil = \frac{0 - 15\ a}{15 - 65\ a} \times 100 = 47{,}69\%$$

$$RD\ senil = \frac{65\ a\ e +}{15 - 65\ a} \times 100 = 8{,}41\%$$

Fonte: IBGE e SEADE, 1994.

Segundo os resultados obtidos da razão de dependência juvenil (47,69%), por ser uma relação de valor alto, infere-se que possa haver uma população na faixa etária de menores de 15 anos que esteja entrando para a

força de trabalho, ao invés de estar dentro das escolas, se aperfeiçoando, acarretando então uma evasão do 1° e 2° graus, implicando assim consequências de ordem sociais.

Quanto à razão de dependência senil (8,41%), este valor está correspondendo aos parâmetros normais encontrados na literatura[11].

## 5.4 Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde possibilitam a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde da população, sendo utilizados com a finalidade de medir o nível da qualidade de vida da mesma.

Segundo Laurenti, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu Informe Técnico 137, sugere a divisão de indicadores de saúde em três grupos:

a) Aqueles que tentam traduzir diretamente a saúde (ou a sua falta) em um grupo populacional. Nesse grupo, os indicadores de saúde estão separados em 2 tipos: os globais e os específicos.

b) Aqueles que se referem às condições do meio e que tem influência sobre a saúde.

c) Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde.

### 5.4.1 Indicadores Globais

#### 5.4.1.1 Coeficiente Geral de Mortalidade

O coeficiente geral de mortalidade, mede a velocidade, ou a intensidade, de como os óbitos estão ocorrendo, ou ocorrera em uma

determinada área e um determinado tempo Y. Este coeficiente não é um bom indicador de saúde, para medir as condições e o grau de desenvolvimento de uma localidade, pois pode sofrer interferências da proporção da faixa etária da população.

Coeficiente geral de mortalidade

FONTE: Fundação SEADE - Sistema de Mortalidade por causa (SMC)

$$CMG = \frac{\text{número de óbitos na área A, período Y}}{\text{população da área A, no meio do período Y}} \times 1000$$

$$CMG = \frac{1054}{143458} \times 1000 = 7{,}35 \text{ óbitos/1000 habitantes}$$

O valor encontrado demonstra que a cidade é formada por pessoas mais jovens, portanto com menor tendência a morrer, estando de acordo com os valores encontrados no Brasil (Coeficiente de mortalidade geral em 1988: 7,9 por mil habitantes).

### 5.4.1.2 Razão de Mortalidade Proporcional

Indicador de Swaroop - Uemura - É um indicador global que mede a proporção de óbitos de 50 anos e mais, em relação ao total de óbitos de uma determinada área, em um determinado período. O valor varia teoricamente de 0 a 100%, dependendo do padrão de mortalidade a que a população está sujeita.

Swaroop - Uemura, a partir de estudos feitos sobre os valores deste indicador em diversos países, obtiveram as seguintes distribuições estabelecendo quatro níveis de saúde.

| NÍVEL | VALOR DO INDICADOR (%) |
|---|---|
| 1° | 75 a 100 |
| 2° | 50 a 74 |
| 3° | 25 a 49 |
| 4° | inferior a 25 |

Segundo Rouquayrol (1993), à maioria das regiões chamadas de "desenvolvidas" estão no primeiro ou segundo nível, sendo que este último abrange também aquelas regiões que, mesmo tendo atingido um certo desenvolvimento econômico, não conseguiram superar aspectos importantes de saúde da população.

$$S.V. = \frac{\text{número de óbitos 50 anos e +}}{\text{número total de óbitos}} \times 100 = \frac{589}{1054} \times 100 = 55{,}86\%$$

O resultado obtido demonstra, que o município de Praia Grande situa-se no segundo nível de saúde. Nesta categoria, encontram-se países e regiões que ainda não atingiram um nível elevado de saúde.

### 5.4.1.3 Curva de Mortalidade Proporcional (Nelson de Moraes)

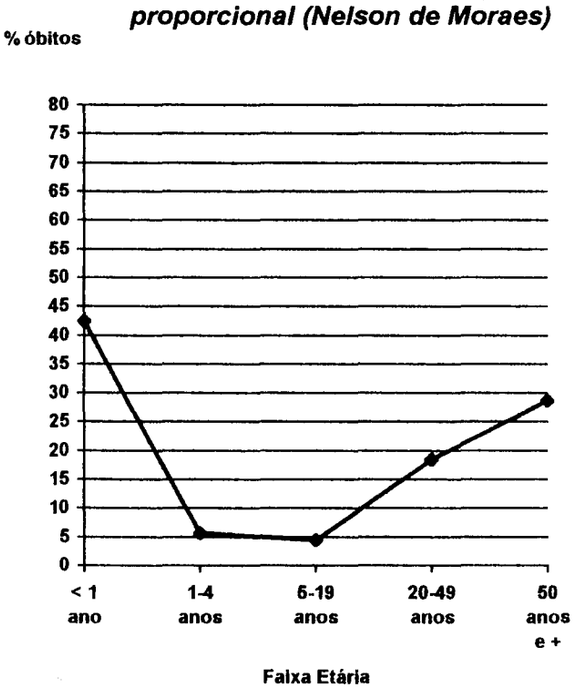
Os dados da Tabela 8 foram utilizados para a construção das curvas de Nelson de Moraes.

TABELA 08 - Números de óbitos e coeficiente de mortalidade proporcional, segundo faixa etária e ano, do Município da Estância Balneária de Praia Grande, 1994

| | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 ano | | 1 a 4 anos | | 5 a 19 anos | | 20 a 49 anos | | 50 anos e + | | Total | |
| ANO | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1975 | 179 | 42,5 | 24 | 5,7 | 19 | 4,5 | 78 | 18,5 | 121 | 28,7 | 421 | 100 |
| 1981 | 183 | 32,1 | 24 | 4,3 | 18 | 3,2 | 113 | 20,4 | 217 | 39,1 | 555 | 100 |
| 1982 | 177 | 30,8 | 10 | 1,7 | 26 | 4,5 | 133 | 23,2 | 228 | 39,7 | 574 | 100 |
| 1985 | 123 | 19,6 | 16 | 2,6 | 30 | 4,8 | 137 | 21,9 | 320 | 51,1 | 626 | 100 |
| 1986 | 110 | 15,4 | 19 | 2,7 | 41 | 5,7 | 175 | 24,5 | 370 | 51,7 | 715 | 100 |
| 1987 | 112 | 15,4 | 12 | 1,6 | 39 | 5,4 | 175 | 24 | 390 | 53,6 | 728 | 100 |
| 1988 | 107 | 13,6 | 13 | 1,7 | 35 | 4,5 | 208 | 26,5 | 442 | 53,8 | 805 | 100 |
| 1989 | 88 | 12 | 21 | 2,6 | 28 | 3,4 | 229 | 28 | 442 | 54 | 818 | 100 |
| 1990 | 100 | 12,4 | 11 | 1,4 | 35 | 4,3 | 183 | 22,6 | 480 | 59,3 | 809 | 100 |
| 1991 | 94 | 11,1 | 13 | 1,5 | 41 | 4,8 | 244 | 28,7 | 457 | 53,8 | 849 | 100 |
| 1992 | 95 | 10,9 | 17 | 1,9 | 25 | 2,9 | 229 | 26,2 | 507 | 58,1 | 873 | 100 |
| 1993 | 108 | 10,2 | 15 | 1,4 | 32 | 3 | 280 | 26,4 | 625 | 59 | 1060 | 100 |
| 1994 | 96 | 9,2 | 14 | 1,3 | 40 | 3,8 | 308 | 29,4 | 589 | 56,3 | 1047 | 100 |

Fonte: SEADE

***Gráfico 1 - Curva de mortalidade proporcional (Nelson de Moraes)***




Fonte: SEADE/1975

***Gráfico 2 - Curva de mortalidade proporcional (Nelson de Moraes)***

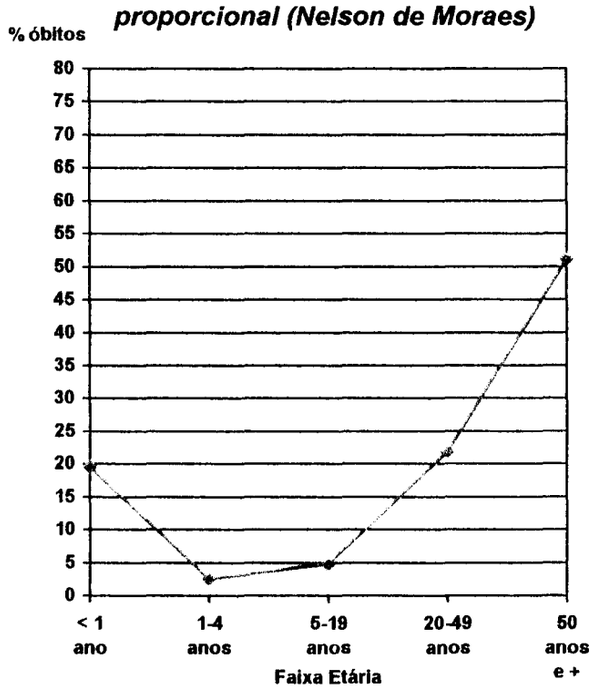
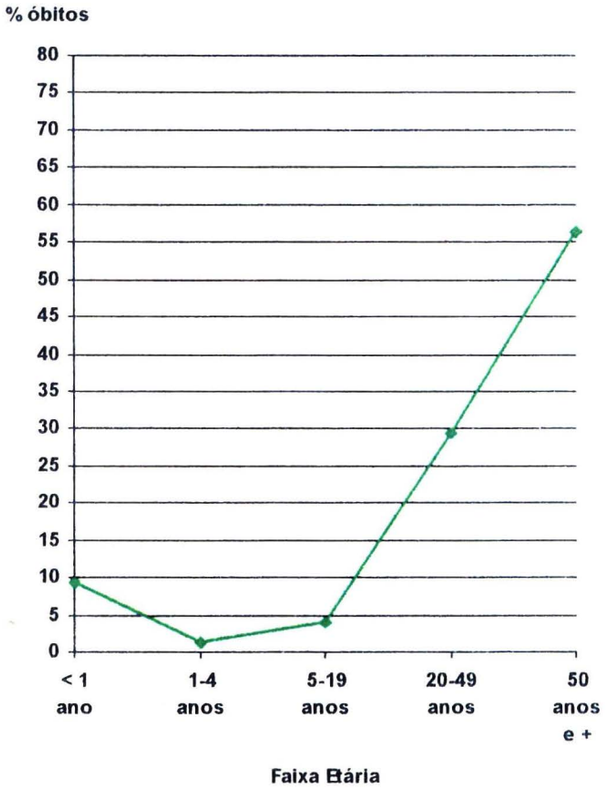


***Gráfico 3 - Curva de mortalidade proporcional (Nelson de Moraes)***




Fonte: SEADE/1994

Com o indicador de Nelson de Moraes, obtêm-se tipos ou padrões de curvas que indicam um nível de saúde baixa (tipo II), nível de saúde regular (tipo III), e nível de saúde regular para bom nos respectivos anos: 1975, 1985 e 1994, conforme gráficos 1, 2 e 3.

Caracteriza-se assim uma evolução de nível de saúde da população do Município de Praia Grande.

### 5.4.1.4 Indicador de Guedes

O indicador de Guedes quantifica o indicador de Nelson de Moraes, com o intuito de aumentar o seu poder discriminatório. Esse indicador varia desde os valores negativos, até um valor máximo teórico de +50.

Tabela 9 - Cálculo do indicador de Guedes par Praia Grande, 1994

| Grupo etário (anos completos | Número de óbitos | % | PESO | % |
|---|---|---|---|---|
| Menores de 1 ano | 96 | 9,2 | -4 | -36,8 |
| 1 ano a 4 anos | 14 | 1,3 | -2 | -2,6 |
| 5 a 19 anos | 40 | 3,8 | -1 | -3,8 |
| 20 a 49 anos | 308 | 29,4 | -3 | -88,2 |
| 50 anos e mais | 589 | 56,3 | + 5 | +281,5 |
| TOTAL | 1054 | 100 | | 150,1 |

FONTE: Fundação SEADE, 1994

Índice de Guedes = $\frac{150,1}{10}$ = 15,01

Analisando-se o indicador de Guedes, segundo a tabela 9 obteve-se o resultado regular para bom do nível de saúde vindo a confirmar o indicador de Nelson de Moraes. Quanto mais elevado for o valor encontrado para esse índice, melhores condições de vida terá essa população.

## 5.4.2 Indicadores específicos

### 5.4.2.1 Coeficiente de Mortalidade Infantil

Ao expressar o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida, esse coeficiente se torna um excelente indicador de saúde de uma população.

- **Coeficiente de Mortalidade Infantil de Praia Grande**

Fonte: Fundação SEADE - Sistemas de Indicadores Demográficos (SID) - 1994

$$CMI = \frac{\text{óbitos < 1 ano, área x ano Y}}{\text{número total de nascidos vivos na área A, ano Y}} \times 1000$$

$$CMI = \frac{96}{2864} \times 1000 = 33{,}52\%o \text{ N.V.}$$

- **Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia**

$$\frac{\text{número de óbitos de crianças de 28 dias a 1 ano na área A, ano Y}}{\text{número total de nascidos vivos na área A, ano Y}} \times 1000$$

$$\frac{28}{2864} \times 1000 = 9{,}78\%oo \text{ NV}$$

- **Coeficiente de Mortalidade de Neonatal**

$$\frac{\text{número de óbitos de crianças < 28 dias}}{\text{número de nascidos vivos, na área, ano Y}} \times 1000$$

$$\frac{68}{2864} \times 1000 = 23{,}75\%o \text{ NV}$$

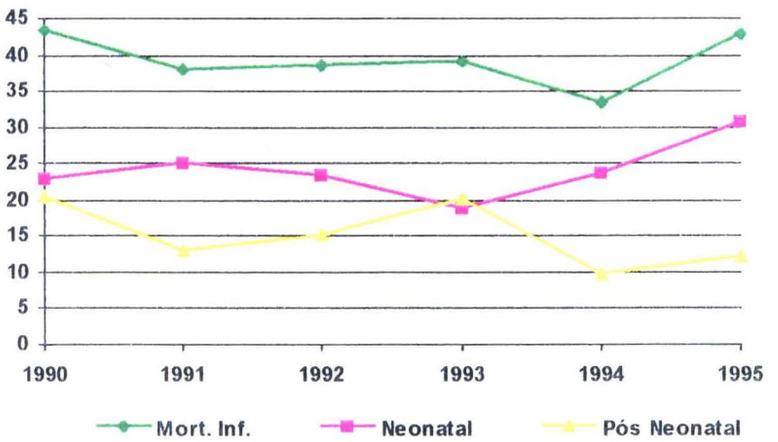
TABELA 10 - Mortalidade Infantil, Neonatal (Precoce e Tardia) e Pós Neonatal

Praia Grande 1990-1995

| ANO | Nascido vivo | Taxa Natal | Taxa Natimort. | Óbitos | | | | | Coeficientes | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Menor 1 ano | Neonatal | | | Pós Neonatal | Mort Infantil | Neonatal | | | Pós neonatal |
| | | | | | Total | Precoce | Tardia | | | Total | Precoce | Tardia | |
| 1990 | 2306 | 19,93 | 6,94 | 100 | 53 | 37 | 16 | 47 | 43,37 | 22,98 | 16,05 | 6,94 | 20,38 |
| 1991 | 2479 | 20,26 | 11,7 | 94 | 62 | 48 | 14 | 32 | 37,92 | 25,01 | 19,36 | 5,65 | 12,91 |
| 1992 | 2474 | 19,13 | 8,49 | 95 | 58 | 47 | 11 | 37 | 38,40 | 23,44 | 19,00 | 4,45 | 14,96 |
| 1993 | 2765 | 20,3 | 10,13 | 108 | 52 | 47 | 5 | 56 | 39,06 | 18,81 | 17,00 | 1,81 | 20,25 |
| 1994 | 2864 | 19,96 | 9,78 | 96 | 68 | 62 | 6 | 28 | 33,52 | 23,74 | 21,65 | 2,09 | 9,78 |
| 1995 (*) | 1400 | - | 15,0 | 60 | 43 | 36 | 7 | 17 | 42,86 | 30,71 | 25,71 | 5,00 | 12,14 |

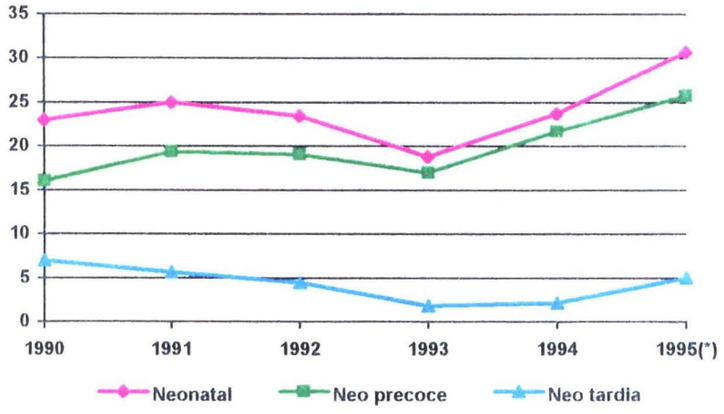
Fonte: FSEADE
(*) Para o 1º semestre

***Gráfico 4 - Mortalidade infantil, neonatal e pós neonatal. Município da Estância Balneária de Praia Grande***




Fonte: SEADE/1990-1995
(*) Para o 1º semestre

***Gráfico 5 - Mortalidade neonatal, neo precoce e neo tardia. Município da Estância Balneária de Praia Grande***




Fonte: SEADE/1990-1995
(*) Para o 1º semestre

O resultado encontrado, 33,52%o nascidos vivos para o coeficiente de mortalidade infantil está muito além da faixa esperada para um bom nível de saúde, que é menor que 20 por mil nascidos vivos.

O coeficiente de mortalidade infantil tem dois componentes: neonatal (óbitos em menores de 28 dias) e pós-neonatal ou infantil tardia (óbitos em maiores de 28 dias).

Analisando-se a tabele 10, observou-se que houve uma queda significativa na mortalidade pós-neonatal, que pode estar atribuída ao incentivo do aleitamento materno, o processo de urbanização, e a melhoria da qualidade de vida.

Verifica-se que na mortalidade neonatal, houve um crescimento que pode estar relacionado com a falta de um acompanhamento médico ao recém-nascido e o não acompanhamento ao pré-natal principalmente quando a mãe

apresenta algum problema de saúde como diabete, hipertensão, (etc..). Além disso, a falta de garantia para o parto no Município já que a Santa Casa local só abrange 40-50% dos partos pode também trazer consequências à saúde do concepto pois a mãe tem que recorrer a municípios vizinhos para dar à luz. Isto pode fazer com que a assistência ao parto não ocorra no momento oportuno.

• **Coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis**.

Este coeficiente mede o risco de morrer pelas doenças infecciosas e parasitárias. Tem como principal significado apontar as diferenças existentes entre as coletividades humanas, dado que estas doenças são mais prevalentes em regiões subdesenvolvidas.

Os valores obtidos para o município foram:

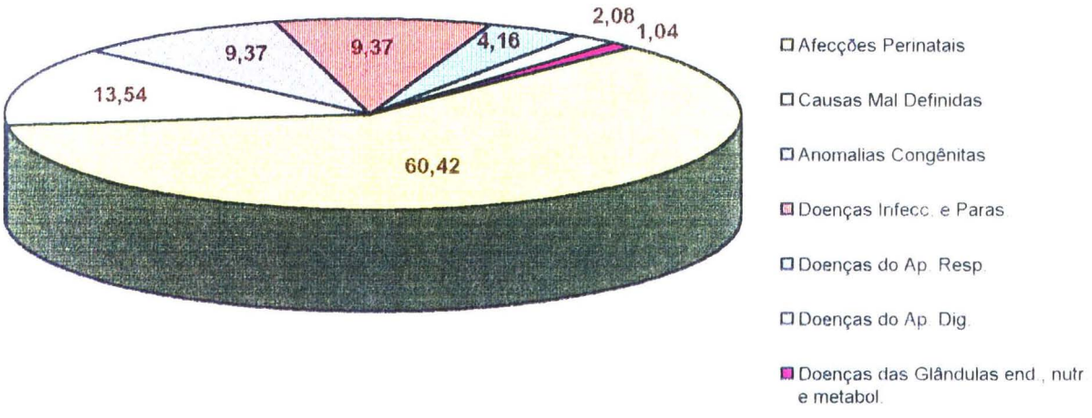
1992 : 76,6 por 100.000 habitantes

1994: 50,80 por 100.000 habitantes.

Os valores obtidos para o município foram de 76,60 e 50,80 por 100.000 habitantes respectivamente para os anos de 1992 e 1994. Apesar de ter diminuido em 33,66% este coeficiente nos últimos anos, ainda continua alto, se compararmos com os países desenvolvidos: Inglaterra (1980) - 4,0 USA (1978) - 8,1 e no Japão (1980) - 10,2 por 100.000 habitantes.

## 5.5 Séries Históricas

***Gráfico 6 - Mortalidade proporcional (%) por causa em crianças menores de 1 ano, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, 1994.***




Fonte: Fundação SEADE- Sistema de Mortalidade por Causas (SMC)

Mortalidade proporcional (%) por causa em crianças menores de um ano município de Praia Grande 1994.

Mortalidade proporcional por causas é uma frequência relativa que mede a porcentagem de mortes que são consequentes a determinada causa, em relação ao total de mortes. Serve, ainda, para indicar a importância de certas causas em determinada área e, até certo ponto, representa subsídio para o delineamento de prioridades no setor saúde.

Observou-se pelo diagrama de círculo, Gráfico 6 que na mortalidade proporcional por causas em crianças menores de um ano houve, primeiramente

um predomínio das causas associadas ao parto e perinatais as quais estão relacionadas, com falta de assistência à saúde, pré parto, parto e pós parto. Em segundo lugar estão às causas mal definidas.

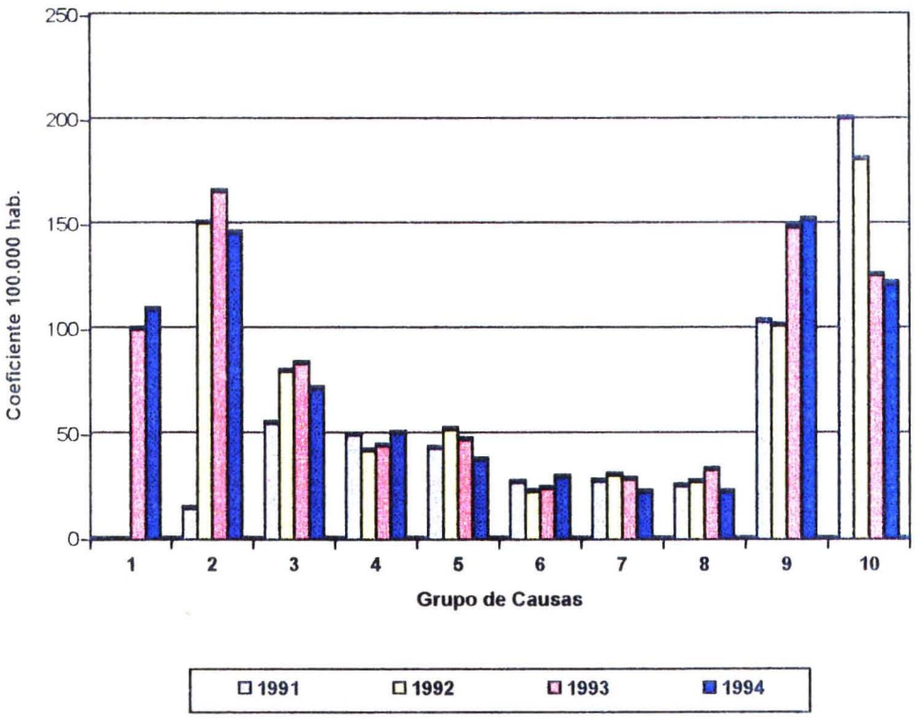
## 5.5.1 Mortalidade Específica por causas

TABELA 11 - Princípais causas de óbitos - Praia Grande de 1991-1994

| | Grupo de Causas | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | N | Coef. | Nº | Coef. | Nº | Coef. | Nº | Coef. |
| 1 | Causas externas | - | - | - | - | 133 | 100,41 | 51 | 109,73 |
| 2 | Doenças do aparelho circulatório | 189 | 14,46 | 92 | 150,8 | 202 | 166,09 | 201 | 146,07 |
| 3 | Neoplasias | 80 | 55,48 | 103 | 80,9 | 111 | 83,88 | 99 | 71,95 |
| 4 | Afecções orig. período perinat. | 61 | 49,92 | 54 | 42,41 | 59 | 44,54 | 70 | 50,87 |
| 5 | Doenças do aparelho respiratório | 53 | 43,38 | 67 | 52,62 | 63 | 47,56 | 52 | 37,79 |
| 6 | D. gland. end. nutric. met. e transt. imunitário | 33 | 27,01 | 29 | 22,77 | 32 | 24,15 | 41 | 29,8 |
| 7 | Doenças infecciosas e parasit. | 34 | 27,82 | 39 | 30,63 | 38 | 28,68 | 31 | 22,52 |
| 8 | Doenças do aparelho digestivo | 31 | 25,37 | 35 | 27,49 | 44 | 33,21 | 31 | 22,52 |
| 9 | Sintomas e estados mórbidos mal definidos | 127 | 104 | 131 | 102,9 | 197 | 148.72 | 210 | 152,61 |
| 10 | Demais doenças | 246 | 201,4 | 231 | 181,4 | 167 | 126,07 | 182 | 122,09 |
| | Total | 854 | 699 | 881 | 692 | 1064 | 80,32 | 1054 | 76,59 |

Fonte: SEADE

***Gráfico 7 - Principais causas de óbitos do Município da Estância Balneária de Praia Grande, período de 1991 a 1994***



Observou-se através da Tabela 11 e Gráfico 7 que o maior coeficiente de mortes no Município de Praia Grande está relacionada com as "doenças do progresso", tais como as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, etc. Notou-se uma queda no coeficiente das doenças infecciosas e parasitárias que são doenças previníveis e evitáveis, influenciado por melhores condições de saneamento, nutrição, habitação e educação.

# 6. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

## 6.1 Caracterização dos Serviços

O município de Praia Grande, conta atualmente com vinte e cinco serviços de saúde. A cidade está dividida por setores, zonas Um, Dois e Três, onde foram construidas as multiclínicas e Prontos Socorros.

Devido a longa extensão da cidade ( cerca de 24 km de praia) , a princípio, os Prontos Socorros foram construídos no sentido longitudinal, ou seja os P.S. Boqueirão e Caiçara localizam-se um em cada extremidade, e um no meio que é o P.S. da Cidade Ocian. Nos meses de setembro e outubro de 1996, foram inaugurados mais dois Prontos Socorros, que são o P.S. Samambaia e V. São Jorge. O atendimento de especialidades está concentrado nas regiões do Forte e Boqueirão, que são as regiões mais antigas do município.

Não há projeto da Prefeitura na construção de um Hospital Público, uma vez que isso geraria muitas despesas. Desta forma, o município tem como referência hospitalar a Santa Casa de Praia Grande, que é um hospital filantrópico, situado no Bairro do Boqueirão. O projeto atual da Prefeitura é investir nesta entidade, ampliando sua capacidade de atendimento, tanto quantitativa, como qualitativamente. Está proposto para o final de 1996, a inauguração de mais 70 leitos.

Os equipamento de saúde são: as treze Multiclínicas espalhadas pela cidade, dois Ambulatório móveis de Odontologia, um Centro de Especialidades (CEMAS ),um Centro de Moléstias Infecto-Contagiosas (CEMIN), um

ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Reabilitação Física e Mental, um Laboratório e cinco Prontos Socorros.

A seguir, serão descritos os equipamentos citados, com base em documentos fornecidos pela Secretaria de Saúde e também por visitas realizadas.

### 6.1.1- Equipamentos

#### 6.1.1.1. Setor Público:

**a) MULTICLÍNICAS** - (Unidade Básica de Saúde) atendem aos usuários de segunda à sexta feiras das 7h00 às 17h00, tendo como objetivo o atendimento médico através de programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população da infância à terceira idade. Realizam atendimento médico nas áreas de pediatria, ginecologia e clínica geral, e também atendimento odontológico. Desenvolvem Programas: Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, e Saúde Materno-Infantil, realizando as seguintes atividades: planejamento familiar; pré-natal, incentivo ao aleitamento materno e outras ações educativas, além de vacinação, inalação, curativos, coleta de sangue, fezes e urina, prevenção de câncer ginecológico e de mama

As multiclinicas são:

1. **Multiclínica Forte** - R. Xixová, s/n.
2. **Multiclínica Boqueirão** - Av. Presidente Kennedy, s/nº
3. **Multiclínica Sítio do Campo** - R. Dr. Olavo de Paulo Borges, nº 68
4. **Multicínica Tupiry** - R. Meinacos, n.º 94

5. **Multiclínica Quietude** - R. Manoel Sampaio Seabra Pereira nº 29.502

6. **Multíclinica Anhanguera -** R. Josefa Alves de Siqueira, nº 648

7. **Multiclínica Mirim -** R. Guilherme Penteados de Campos, s/nº

8. **Multiclínica Sonia Regina -** R. Raquel de Queiroz, s/nº

9. **Multiclínica Melvi -** R. Marcelino de Oliveira, nº 44

10. **Multiclínica Solemar -** Av. Estados Unidos, n.8.021

11. **Multiclínica Vila Sonia -** R. Antonio Candido da Silva, s/nº

12. **Multiclínica São Jorge -** R. Helio José da Costa Milani, nº 23

13. **Multiclínica Samambaia -** Av. Estados Unidos, s/nº

As duas últimas unidades são mistas, ou seja funcionam juntamente com um Pronto Atendimento Vila São Jorge e Samambaia respectivamente.

Nos atendimentos que exigem maior complexidade, as multiclínicas encaminham os usuários ao CEMAS, ou a Ambultórios de Especialidades, que são referência para o atendimento médico especializado.

Instalação Física: Atualmente a maioria das Multiclinicas conta em média com 3 a 4 consultórios médicos e um odontológico.

Os agendamentos são feitos todos os dias, sendo que para os recém-nascidos não é necessário fazer agendamento prévio, assim como no atendimento de giniecologia. Os médicos atendem em média 16 consultas/dia.

A Multiclínica Tude Bastos faz colocação de DIU (Dispositivo Intra-Uterino) para as usuárias que passaram pelo grupo de Planejamento Familiar, que tem reuniões mensais.

**b) SAMO** - São unidades móveis, que funcionam em dois ônibus, com equipos odontológicos atendendo de segunda à sexta-feira, no horário das 7:00 às 17:00 hs. Este atendimento ocorre junto à rede escolar, em 17 (dezessete) - EMEIs ( Escolas de Educação Infantil) e 8 (oito) EMEIPG ( Escolas de Educação Infantil e Primeiro Grau), atuando desta forma em 25 espaços coletivos. A equipe do SAMO, é composta por :

- Dentista
- A.C.D. - Auxiliar de Consultório Dentário

Esta equipe além de realizar atendimento curativo através de tratamentos, também realiza atendimento preventivo, promovendo bochechos com fluor semanalmente e distribuição de escova dental , após orientação educativa individual, quanto ao uso da mesma.

**c) CEMAS** - Centro Especializado Médico Ambulatorial e Social, atendimento de Segunda à Sexta-feira, das 7:00 às 18:00 hs. É referência para as Multiclínicas e Prontos Socorros, que encaminham os usuários que necessitem, através de guia de referência e contra-referência (ANEXO 2) no atendimento às seguintes especialidades:

| | | |
|---|---|---|
| **. Cardiologia** | **. Gastroenterologia** | **. Vascular** |
| **. Otorrinolaringologia** | **. Neurologia** | **. Oftalmologia** |
| **. Pneumologia** | **. Urologia** | **. Dermatologia** |
| **. Ortopedia** | **. Geriatria** | **. Hematologia** |
| **. Endocrinologia** | **. Cirurgia Geral** | **. Médico do Trabalho** |

As consultas devem ser previamente agendadas, para as pessoas que possuam encaminhamento, com excessão do atendimento de Oftalmologia.

Outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional deste Centro de Especialidades são: Nutricionista, Fisioterapetura, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Assistente Social.

O serviço de Apoio Diagnóstico, oferecido pelo CEMAS realiza os seguintes exames: Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Colposcopia e Ultrassonografia, onde atuam profissionais como: ultrassonografista, colposcopistas, cardiologista e neurologistas Estes exames atendem à demanda interna e externa ao serviço, com uma demora de aproximadamente uma semana a dez dias para a entrega do laudo, que é feita pelos profissionais do Serviço.

O CEMAS centraliza o atendimento a diabéticos insulino-dependentes, onde é ministrada a medicação, que é distribuída pelo Serviço. Os diabéticos também participam de grupos educativos, onde recebem orientações sobre a doença e a importância do tratamento e controle, recebendo informações da nutricionista e também da Enfermeira da Unidade, que periodicamente fazem o controle da doença através de exames com o auxílio de glicofitas. Este grupo já existe há algum tempo, com a participação permanente dos mesmos usuários. Isto tem tornado o grupo muito atuante, inclusive com participação no Conselho Municipal de Saúde, através de sua representante a Dra. Rosauras - Diretora do CEMAS.

Outros grupos centralizados nos CEMAS são o de Hipertensos graves e de portadores de labirintite, que também contam com a participação da Enfermeira da Unidade além de médicos especialistas.

Com a chegada de novos profissionais na Unidade existe a proposta da formação de outros grupos de trabalho.

Toda a ocorrência ligada à **Saúde do Trabalhador** é centralizada no CEMAS, onde é atendida por médico do trabalho. As atividades desenvolvidas são: exames admissionais; visitas hospitalares e domiciliares nos casos em que o trabalhador esteja impossibilitado de comparecer ao serviço de saúde; afastamento para o trabalhador que se acidente, etc.

Nas ocorrências de acidentes de trabalho, os exames são realizados em São Vicente.

Segundo profissionais do CEMAS, existe um projeto para implantação do Programa de Saúde do Trabalhador, que possivelmente será efetivada em 1997.

Instalação Física: O CEMAS, conta com 12 consultórios.

**d) CEMIN**- Centro Municipal de Moléstias Infecto Contagiosas - situado à Rua Cinthia Giufrida nº 1.100. Atende de Segunda à Sexta-feira das 7:00 às 17:00 hs.

Fundado em 25 de Novembro de 1993, com o objetivo de dar um atendimento específico e diferenciado aos paciente portadores de doenças infecto

contagiosas, tais como: Tuberculose, Hanseaníase, AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Esquitossomose, Leishmaniose, Hepatite, Doença de Chagas, etc.

O CEMIN realiza atendimento preferencialmente aos pacientes encaminhados pelas Multiclínicas, CEMAS, Prontos Socorros e outros serviços. As consultas devem ser previamente agendadas para os seguintes profissionais que fazem parte da equipe que atua neste serviço:

**. Tisiologista** **. Dermatologista Sanitária**

**. Infectologista** **. Psicóloga**

**. Assistente Social** **. Terapeuta ocupacional**

**. Enfermeira**

Além do atendimento médico, o CEMIN, procura oferecer avaliação, prevenção, educação em saúde, exames clínicos e apoio psicológico aos pacientes e suas famílias.

Outro serviço oferecido pelo CEMIN é o apoio à internação domiciliar, com o acompanhamento do Enfermeiro da Unidade a pacientes com doenças crônicas em fase terminal, ou que não necessitem de internação porém sem condições de se locomoverem, precisando dos cuidados de profissionais especializados em ministrar medicações específicas.

Existe uma preocupação por parte da equipe multiprofissional desta unidade, com os paciente que abandonam o tratamento. Desta forma, a visitadora sanitária faz busca ativa dos casos, para que estes retornem ao serviço.

A medicação fornecida aos pacientes em tratamento, por ser específica e controlada, é fornecida pelo Estado e também pela Prefeitura.

Este serviço atende aproximadamente 35 paciente por dia, cujo nível socio-econômico é na maioria dos casos precário. Sendo assim alguns pacientes, principalmente os portadores de Tuberculos ou AIDS, após avaliação social, são encaminhados à Promoção Social, que distribui suplementação alimentar (cestas de alimentação).

Instalação física: O Cemim encontra-se instalado numa casa que possui: sala de recepção; dois consultórios médicos; sala do serviço social; sala de pós- consulta, onde também funciona a farmácia; e outra sala onde se localiza o setor de enfermagem e esterilização de materiais; dois leitos para repouso ou observação, e também uma copa.

Esta casa está apresentado alguns problemas: é muito pequena, não comportando o atendimento previsto, a sala de esterilização de materiais e repouso dos pacientes apresenta certa umidade nas paredes, que não tendo condições de uma higiene adequada, uma vez que a mesma não é azulejada. Os profissionais deste Serviço desejam criar um espaço para atividades de terapia ocupacional, porém por ser um imóvel alugado, fica um pouco difícil esta ampliação.

Por localizar-se em área residencial, outro problema enfrentado pelo profissionais é a não aceitação por parte dos vizinhos com relação ao trabalho do CEMIN, por se tratar do atendimento de doenças infecto-contagiosas. Até mesmo alguns usuários se sentem discriminados, uma vez que um dos

pacientes tentou apagar da placa, que identifica o Centro, as palavras infecto-contagiosas.

**e) AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL** - Av. Presidente Kennedy, s/nº - Atendem de segunda à sexta feira das 7:00 às 17:00 hs, à população portadora de distúrbios mentais, egressos de internações ou encaminhados pelos Serviços de Saúde do município.

Esta unidade de saúde conta com as seguintes especialidades:

**. Psiquiatria** **. Psicologia**

**. Fonoaudiologia** **. Serviço Social**

O atendimento realizado atualmente é na sua maioria individualizado, com poucas atividades em grupos terapêuticos. Nos casos onde os pacientes necessitem de internação, os mesmos são encaminhados para o Município de Santos.

Instalação física: O ambulatório conta com um consultório psiquiátrico, cinco salas para atendimentos diversos, uma sala para farmácia e uma sala para secretaria.

**f) NÚCLEO DE REABILITAÇÃO HENRY** - Rua Guilherme Penteado de Campos, s/nº. Inaugurado em janeiro de 1990, atende de segunda à sexta-feira das 7:00 às 17:00 hs. É referência para o atendimento à crianças até 14 anos portadoras de deficiência física ou mental, além de deficiência auditiva e visual. Atende nas seguintes especialidades:

**. Neuropediatria** **. Psicologia**

**. Fisioterapia** **. Terapia Ocupacional**

**. Fonoaudiologia** **. Odontologia**

**. Serviço Social** **. Professores Especializados**

Preferencialmente os usuários devem se encaminhados pelos serviços de saúde , escolas e outras entidades. Os pacientes são inscritos em uma lista de espera e inseridos no programa de atendimento de acordo com o surgimento de vagas.

Este serviço é realizado em conjunto com a Secretaria da Educação , desta forma também conta com Unidade de Atendimento Especial na área educacional com atendimento à criança de 4 a 14 anos com professores especializados em Pedagogia do Excepcional (8), de Educação Física (02), atendendo atualmente 41 alunos.

O ingresso às salas de recurso se dá através de avaliação da equipe multidisciplinar e avaliação pedagógica.

A estrutura funcional conta com uma médica coordenadora e uma Terapeuta Ocupacional.

Instalação física: O núcleo está instalado em uma casa com 24 salas.

**g) LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ANÁLISES CLÍNICAS** - Av. Presidente Kennedy, s/nº. Funciona em prédio anexo a Multiclínica Boqueirão e Ambulatório de Saúde Mental (Figura 8).

Este laboratório de porte médio é referência para todas as Unidades de Saúde, que coletam e encaminham os exames através de guia própria Anexo2), que são:

- **Exames Bioquímicos:**

. Colesterol . Glicemia . Uréia . Ácido úrico

. Triglicérides . Creatinina . Mucoproteínas . Lípides totais

. Ferro sérico . Amilase . Albumina . Pesquisa de célula le

. Transaminases (TGO + TGP) . Bilirrubinas ( totais/diretas/indiretas )

- **Exames Hematológicos:**

. Eritograma . Leucograma . Hemograma completo

. Reticulócitos . Fator RH . Falcização . VHS

- **Grupo Sanguíneo ABO:**

. TS + TC . HB + HT . Plaquetas

- **Exames de Sorologia :**

. Latex. . Aslo . VDRL / RSS / RS / LUES

. Coombs indireto . PCR ( Proteina Creatinina)

- **Parasitológico de fezes**
- **Tig**
- **Citologia ( preventivo)**
- **Urina I**
- **Baciloscopia**

São também realizados neste laboratório bacilocopia para tuberculose e hanseaníase. Os outros exames bacteriológicos são encaminhados para o

Instituto Adolfo Lutz em Santos. Os de natureza sorológica que não estão contidos na relação acima, também são enviados para o mesmo local.

Espaço físico: Possui uma sala para recepção, uma para coleta, uma para lavagem de materiais, uma para preparo e análise de urina e parasitologia, uma para hematologia, uma para bioquimica e uma sala para citologia oncótica. Segundo avaliação dos técnicos do serviço, o espaço físico é de médio porte, com deficiências funcionais de circulação de funcionários e pacientes, na coleta de material

Equipamentos: possui duas estufas, um autoclave, um destilador, um aparelho de Sódio e Potássio, duas centrífugas, um contador de células, um espectofotômetro, seis microscópios. Conforme avaliação dos profissionais deste serviço, estes equipamentos são antigos e apresentam defeitos técnicos, desta forma não são dignos de confiança, além de acarretar uma menor capacidadede produção, comprometendo a qualidade do serviço.

. FIGURA 8 - Foto do Laboratório Municipal, Ambulatório de Saúde Mental e Multiclínica do Boqueirão-1996

Figura 9. Foto Pronto Socorro Municipal - Cidade Ocean- Praia Grande- 1996

**h) PRONTO SOCORRO e PRONTO ATENDIMENTO** - São equipamentos destinados ao atendimento médico e de urgências e emergências, funcionando 24 hs. nos seguintes locais: (Figura 9)

1. **Pronto Socorro Central - P.P.A. -** Av. São Paulo, nº 1.014 - (Santa Casa)
2. **Pronto Socorro Ocian** - Av. Roberto de Alemeida Vinhas s/nº
3. **Pronto Socorro Caiçara** - Rua São Domingues, nº 1.375
4. **Posto de Pronto Atendimento Samambaia -** Av. Estados Unidos, s/nº
5. **Posto de Pronto Atendimento Vila São Jorge -** Rua Helio José da Costa Milani, nº 23

Durante a temporada, por haver um número maior de pessoas nesta região, devido ser uma estância balneária, é instalado um Posto Volante, que conta com uma ambulância do Corpo de Bombeiros na praia, com uma equipe de para-médicos.

Os Prontos Socorros e Pronto Atendimentos, com excessão do Pronto Socorro Central, funcionam com a seguinte equipe :

- Médicos/ plantonistas ( 1 moderador/plantão - parte médica)
- Cirugião Dentista - Somente nos P.S. Ocian e P.A. Samambaia
- Enfermeiro - no período Manhã e Tarde, que percorre todos os P.S.
- Auxiliares de Enfermagem
- Recepcionistas
- Serventes ( Serviço tercerizado)
- Guardas

O Pronto Socorro Central está instalado nas dependência da Santa Casa de Praia Grande, devido à convenio firmado deste serviço com a Prefeitura. Desta forma a Prefeitura é responsável pela parte técnica deste Pronto Socorro, sendo os funcionários servidores municipais, comissionados nesta Instituição.

Este serviço conta com as seguintes especialidades:

- Pediatra;
- Clínico Geral;
- Ortopedista.

Este convênio com a Santa Casa também oferece apoio diagnóstico, através de exames laboratoriais e Diagnóstico por Iimagem com: RX., Ultrassonografia, endoscopia.

Instalação Física : Todas estes serviços contam com salas de cirurgia, salas de urgência, possuem unidades de repouso (observação). Possuem também área para repouso dos profissionais com quartos e banheiros privativos.

A referência hospitalar para estes serviços é a Santa Casa de Praia Grande. Na ausência de vagas neste hospital, são contatados, via telefone, outros hospitais das cidades vizinhas, como Santos, São Vicente, Cubatão, entre outras.

Dentre as principais dificuldades apontadas pelos profissionais deste serviço, está a falta de vagas para internação, pois não há na região uma

Central de Vagas, o que exige do profissional de plantão um grande esforço no sentido de localização desta vaga.

Outra dificuldade apontada é a deficiência de Recursos Humanos, principalmente auxiliares de enfermagem e Enfermeiras.

Os profissionais também apontam como necessidade treinamento para os funcionários, principalmente no que se refere à parte técnica e relações interpessoais.

**h) RESGATE** - Para o resgate dos casos emergenciais, o serviço oferece atendimento de ambulância, que está centralizado no CECOM -Central de Comunicação, situado no P.S. Ocian, através das chamadas 192.(Figura 9)

A Secretaria Municipal de Saúde, com a proposta de agilizar o atendimento aos casos emergenciais, implantou em 1994, a Brigada de Saúde - **BRISA** - projeto que visa resgatar, estabilizar, e transportar vítimas de acidentes e doenças de forma rápida e segura. Para isso dispõe dos seguintes profissionais:

- socorristas
- motoristas
- operadores de rádios
- coordenadores gerais

Possuem 9 ambulâncias, sendo: 04 unidades para resgates, 04 Unidades para transporte e uma UTI Móvel - Suporte Avançado de Vida. As unidades de

resgate agilizam o atendimento no local da ocorrência e transportam para o pronto-socorro ou Hospital mais próximo, conforme a gravidade do caso.

**i) FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO DE ASSIS** - Rua Paulo Fefin, nº 775. Neste local realiza-se:

- distribuição de medicação à população carente, mediante apresentação de receituário médico;
- distribuição de suplementação alimentar, cestas básicas a gestantes e crianças desnutridas e pacientes do CEMIN, portadores de Tuberulose, HIV/AIDS, e outras doenças.
- Transporte de pacientes que necessitem de atendimento frequente e não tenham condições de se locomover para os serviços de saúde do município, e mesmo para outros municípios, se for necessário. Para isto, a Fundação conta com duas ambulâncias, além de outros carros.

**6.1.1.2.Setor Privado:**

**a) PRAIA GRANDE AÇÃO MÉDICA COMUNITÁRIA - SANTA CASA DE PRAIA GRANDE** - Rua São Paulo, nº 1014 - Boqueirão. Unidade hospitalar, que é referência municipal. Entidade privada, sem fins lucrativos, conveniado com o SUS, e também com a Prefeitura Municipal de Praia Grande.

Oferece atendimento ambulatorial e de emergência, com os seguintes serviços: serviço social, enfermagem, serviço de nutrição, anestesiologia,

eletrocardiografia, gastroenterologia, hematologia, ultrassonografia, clinica médica, gineco-obstetrícia, infectologia, geriatria, pediatria, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia plástica, odontologia, neurologia, oftalmologia, cardiologia, urologia, oncologia, otorrinolaringologia, dermatologia, proctologia, cirurgia vascular, psicologia, técnico de laboratório, técnicos de radiologia.

Além do Pronto Socorro Municipal, o Hospital possui Pronto Socorro próprio, onde é realizado o atendimento ao paciente particular e conveniado.

O Hospital também mantém UTI, com 9 leitos, 8 destes conveniados com a Prefeitura, uma vez que foi esta quem construiu este serviço com recursos próprios. Somente após a construção é que foi solicitado o convênio com o SUS, que devido a irregularidades demorou um ano para ser aprovado.

Há um profissional da Secretária de Saúde, que faz o vínculo da Maternidade do Hospital com as Multiclínicas encaminhando os recém-nascidos e as puérperas, com consultas marcadas e também para o Programa de Aleitamento Materno.

Neste Hospital também funciona um Banco de Sangue, que também vem enfrentando alguns problemas técnicos.

Infelizmente não foi possível obter nenhum outro dado sobre este Hospital e o Banco de Sangue, pois não foi autorizada visita, apesar de insistentes tentativas.

**b) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLINICAS DE PRAIA GRANDE** - Av. Brasil, nº 80. Serviço particular, também contratado pelo SUS, sendo referência para

os serviços de saúde da região, realizando exames, mediante guia de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico).

**c) HOSPITAL E MATERNIDADE CID PEREZ** - Situado no Bairro do Boqueirão.

**d) ANGIOCOR** - CLÍNICA MÉDICA - situado no Canto do Forte.

Além destes serviços o município conta ainda com diversos Consultórios Médicos, Consultórios Odontológicos e Laboratórios particulares.

Além destes serviços o município conta ainda com :

- Trinta e três (33) Clínicas Médicas;
- Sessenta (60) Consultórios Odontológicos;
- Sete (07) Laboratórios de análises clínicas;
- Dois (02) Serviços de Radiologia;
- Quatro Consultórios Psicológicos.

### 6.1.2 - Recursos Humanos

A Secretaria de Saúde Pública do Município de Praia Grande conta atualmente com aproximadamente 22% do total de funcionários existentes hoje na Prefeitura, ou seja dos 3.500 funcionários públicos, cerca de 800 pertencem aos serviços de saúde. Estes funcionários estão divididos em nível operacional, nível médio e superior. De acordo com o cargo/função as jornadas de trabalhos variam de 20, 24, 33 e 40 hs/semanais.

Os profissionais existentes nesta Secretaria são: concursados, regidos pela Lei complementar N ° 015 de 28/Maio/92 - Estatuto dos Funcionários Públicos -;contratados em regime C.L.T. (Consolidação das Leis Trabalhistas); contratados em caráter de emergência; cargos em comissão.

Quando se solicita a gestão Semi-Plena, existe a necessidade de se ter um quadro de carreira, cargos e salários. Este plano ainda não existe, porém está sendo formada uma comissão, para se estudar a efetivação do mesmo.

O município enfrentava grandes problemas com relação à falta de médico, devido principalmente às diferenças existentes entre os diversos municípios, no que se referia a salários. Porém, nos últimos quatros anos a Prefeitura vem se esforçando para sanar este problema. O salário base de todos os profissionais anteriormente era de dois salários mínimos. Desde Janeiro de 1996, o salário de médico e dentista que trabalham 20 hs/semanais é de R$1.358,00. Os médicos de Pronto-Socorro que trabalham 24 hs./semanais, têm outras gratificações, e o salário chega a R$ 2.000,00. Para os outros profissionais de nível superior, o salário para 33 hs./semanais é de aproximadamente R$ 945,00. O menor salário desta secretaria é do Servente que é de R$ 248,00. Desta forma, segundo a Secretária de Saúde, não existe queixa por parte dos funcionários com relação a salários.

Uma das deficiências enfrentadas hoje pela Secretaria da Saúde, conforme avaliação da Secretária, é o despreparo, por parte das recepcionistas dos serviços no trato com os pacientes, apesar de treinamentos e reciclagem

realizados com estes profissionais. Esta reclamação foi feita na II Conferência Municipal de Saúde.

Outro problema, é a ausência de Enfermeiras nos serviços. Somente em Agosto de 1996, é que as multiclínicas passaram a ter este profissional, pois até então só existia a Chefe da Divisão de Enfermagem que coordenava todo serviço. Hoje o serviço conta com oito enfermeiras na rede básica de saúde, enquanto nos Prontos Socorros, tem apenas duas. Isto com certeza traz prejuízos para os serviços.

Nos quadros a seguir (Quadros 1 a 10) descreveremos a situação de recursos humanos, levantadas nos serviços de saúde do município. Por não terem sido disponibilizados todos os dados pela Secretária da Saúde, alguns quadros tiveram como fonte o Núcleo de Informação da DIR XIX - Diretoria Regional de Saúde de Santos, conforme fonte.

Quadro1 - MULTICLÍNICAS - Quadro de Pessoal

| Multiclínicas | clínicos | pedia tras | gineco | Cir. Dent. | rece pção | auxi. de enfer. | enfermeira | Dir.Admin. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. FORTE | 01 | 01 | 01 | | 02 | 02 | 1* (1 e 13) | 1*(1 e 2) |
| 2. BOQUEIRÃO | 04 | 03 | 02 | 04 | 05 | 10 | 02 | " |
| 3. TUDE BASTOS | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 03 | 1 * (3 E 4) | 1*(3 e 13) |
| 4. VILA SONIA | 01 | 02 | 01 | 02 | 02 | 03 | " | 1*(4, 5 e 7) |
| 5. V.SÃO JORGE | 02 | 02 | 01 | | 02 | 03 | 1* (5 E 7) | " |
| 6. TUPIRY | 01 | 01 | 01 | | 02 | 02 | 1*( 6 E 9) | 1*(6,8 e 9) |
| 7. QUIETUDE | 01 | 01 | 01 | 01 | 02 | 02 | 1 * ( 7 E 5) | 1*(4,5 e7) |
| 8. ANHANGUERA | 03 | 03 | 01 | | 02 | 03 | 01 | 1*(6,8 e 9) |
| 9. MIRIM | 01 | 01 | 01 | 03 | 02 | 02 | 1* (9 e 6) | " |
| 10. SONIA REGINA | 01 | 02 | 01 | 01 | 02 | 02 | 1*(10 e 12) | 1*(10,11 e 12) |
| 11. SAMAMBAIA | 01 | 02 | 01 | 01 | 02 | 02 | 01 | " |
| 12. MELVI | 02 | 02 | 01 | 01 | 02 | 02 | 1*(12 E 10) | " |
| 13. SOLEMAR | 01 | 01 | 01 | 01 | 02 | 03 | 1*(13 E 1) | 1*( 3 e 13) |
| TOTAL | 21 | 23 | 15 | | 28 | 39 | 9 | 5 |

Fonte: Secretaria Saúde Publica P.M. de Praia Grande - 1996

* Os Enfermeiros e Diretores Administrativos acumulam atividades em outras Multiclínicas.

Quadro 2 - SAMO - Serviço Atendimento Móvel Odontológico

| CARGO/FUNÇÃO | Nº DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Cirurgião Dentista | 04 |
| Aux.de Consultório Dentário | 02 |
| TOTAL | 06 |

Fonte : Secretaria de Saúde Publica P.M.Praia Grande - 1996

Quadro 3 - **CEMAS** - Centro de Especialidades Médicas Ambulatoriais e Sociais ( M= Manhã entre 7 e 13h; T = Tarde entre 13 e 18 h)

| CARGO/FUNÇÃO | | Dias da Semana | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2a | 3a | 4a | 5a | 6a | |
| Cardiologista | M | 01 | 01 | 01 | 02 | 01 | 03 |
| | T | 02 | 01 | 02 | - | 01 | |
| Gastroenterologista | M | 02 | 02 | 02 | 01 | 02 | 02 |
| Vascular | M | - | 02 | 01 | | | 02 |
| | T | 01 | - | | 01 | 01 | |
| Otorrinolaringologista | M | | | | | 01 | 02 |
| | T | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | |
| Neurologia | M | 01 | 02 | 01 | 02 | 01 | 03 |
| | T | 02 | 01 | 02 | 01 | - | |
| Oftalmologista | M | 02 | 02 | 02 | 02 | 01 | 03 |
| | T | 01 | - | 01 | 01 | 01 | |
| Pneumologia | M | 01 | - | 0l | - | - | 01 |
| | T | - | - | - | 0l | 01 | |
| Colposcopista | M | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Urologista | M | 01 | - | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Dermatologista | M | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Ortopedista | M | - | - | 01 | - | | 02 |
| | T | 01 | 01 | 01 | 02 | 01 | |
| | | | | | | - | |
| Hematologista | M | - | - | - | - | 01 | 01 |
| Ultrassonografista | M | - | - | - | - | 01 | 01 |
| | T | - | - | 01 | 01 | - | |
| Geriatra | M | 01 | 01 | - | - | - | 01 |
| Endocrinologista | M | 01 | 01 | 01 | - | 01 | 01 |
| Cirurgia Geral | T | 01 | 01 | 01 | 01 | - | 01 |
| Méd.do Trabalho | M | 01 | 01 | 01 | 02 | 01 | 04 |
| | T | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | |
| Fisioterapeuta | T | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Terapeuta Ocupacional | T | 01 | 01 | 01 | - | - | 01 |
| Psicologa | T | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Fonoaudiologa | M | 01 | - | 01 | - | 01 | 01 |
| | T | - | 01 | - | 01 | - | |
| Assist.Social | M | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Enfermeira | M | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Aux. de Enfermagem | M | * | * | * | * | * | * |
| | T | | | | | | |
| Outros Prof. de | M | * | * | | * | * | * |
| Nível Médio | T | | | * | | | |

Fonte: Secretária da Saúde Publica de Praia Grande - 1996

Quadro4. - CEMIN - CENTRO DE MOLÉSTIAS INFECTO-CONTAGIOSAS

| CARGO/FUNÇÃO | Nº DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Tsiologista | 01 |
| Dermatologista Sanitária | 01 |
| Infectologista | 01 |
| Psicóloga | 01 |
| Assistente Social | 01 |
| Terapeuta Ocupacional | 01 |
| Enfermeiro | 01 |
| Auxiliar de Enfermagem | 01 |
| Sup.Administrativo | 01 |
| Recepção | 01 |
| Visitadora | 01 |
| Servente | 01 |
| TOTAL | 12 |

Fonte: Secretaria de Saúde Publica - P.M. de P.Grande - 1996

Quadro5 - AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

| CARGO/FUNÇÃO | Nº DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Psiquiatras | 04 |
| Psicólogos | 05 |
| Fonoaudiologos | 02 |
| Terapeuta Ocupacional | 01 |
| Assistente Social | 01 |
| Recepcionistas | 04 |
| Servente | 01 |
| TOTAL | 18 |

Fonte: Secretaria de Saúde Publica - P.M.Praia Grande - 1996

Quadro 6 - NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA - "HENRY"

| CARGO/FUNÇÃO | Nº de Profissionais |
|---|---|
| Assistente social | 01 |
| Hematologista | 01 |
| Neurologista | 01 |
| C.Dentista | 01 |
| Psiquiatra | 02 |
| Fonoaudiologo | 03 |
| Fisioterapeuta | 04 |
| Terapeuta Ocupacional | 03 |
| Psicólogo | 01 |
| Profissionais de Nível Médio | 01 |
| TOTAL | 18 |

Fonte: Diretoria Regional de Saúde Santos - DIR XIX - 1996

Quadro 7 - LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ANÁLISES CLÍNICAS

| CARGO/FUNÇÃO | Nº DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Anatomo patologia | 01 |
| Hematologia | 01 |
| Bioquímico - Biólogo | 01 |
| Técnico de Laboratório | 08 |
| Profissionais de Nível Médio | 01 |
| Auxiliar de Enfermagem | 02 |
| TOTAL | 14 |

Fonte: Diretoria Regional de Saúde - Santos - DIR XIX - 1996

Quadro 8- PRONTOS SOCORROS

| CARGO/FUNÇÃO | Nº DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Médicos- plantonistas | 98 |
| Enfermeiros | 03 |
| Auxiliar de Enfermagem | 106 |
| Pessoal de Apoio | 40 |
| TOTAL | 247 |

Fonte: Secretária de Saúde Pública - P.M. Praia Grande - 1996

Quadro 9 - RESGATE - PROJETO BRISA

| CARGO/FUNÇÃO | No DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Socorrista | 16 |
| Motoristas | 33 |
| Operadores de rádio | 07 |
| Coordenadores Gerais | 02 |
| TOTAL | 58 |

Fonte: Secretaria de Saúde Pública da P.M. Praia Grande - 1996

Quadro 10 - Atividades Profissionais da Praia Grande Ação Comunitária - Santa Casa

| CARGO/FUNÇÃO | No DE PROFISSIONAIS |
|---|---|
| Enfermeira | 09 |
| Nutricionista | 01 |
| Alergia e Imunologia | 01 |
| Anestesiologia | 07 |

| | |
|---|---|
| Cardiologia | 03 |
| Cirurgia Geral | 02 |
| Cirurgia Plástica | 11 |
| Medicina Interna/Clinica Geral | 28 |
| Dermatologia | 01 |
| Gastroenterologia | 02 |
| Ginecologia | 11 |
| Hemoterapia | 01 |
| Neurologia | 02 |
| Obstetrícia | 11 |
| Odontologia | 06 |
| Ortopedia/Traumatologia | 10 |
| Otorrinolaringologia | 01 |
| Patologia Clínica | 02 |
| Pediatria | 14 |
| Radiologia | 01 |
| Urologia | 01 |
| Endoscopia Digestiva | 02 |
| Fisioterapeuta | 01 |
| Plantonista Médico ( Qualquer especialidades) | 28 |
| Profissionais de nível médio | 10 |
| Farmacêutico | 01 |
| Bioquímico/Biólogo/Químico/Biomédico | 02 |
| Cirurgia da Cabeça e Pescoço | 09 |
| Parteira | 04 |
| Cirurgia Torácica | 01 |
| Odonto.Cirurg.Traumato.Buco-maxilo-facial | 06 |

Fonte: Diretoria Regional de Saúde- Santos - DIR XIX - 1996

### 6.1.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

**Unidade de Avaliação e Controle - U.A.C.**

Este setor encontra-se em fase de implantação, na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde Pública do Município de Praia Grande, onde é realizado o faturamento de toda a rede de Saúde Municipal, com estatísticas de produção por unidade de saúde, revisão e digitação da Fichas

de Atendimento Ambulatorial (FAA), e de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapia (SADT). Este faturamento é encaminhado para a Diretoria Regional de Saúde de Santos - DIR XIX, para o repasse de verbas ao município.

O serviço conta com : 8 funcionários; 3 micros-computadores, sendo um modelo PCXT-SISCO; atuando em uma sala no prédio da Secretaria de Saúde. Na avaliação dos profissionais, para o serviço funcionar de fato, seria necessário a aquisição de mais computadores, contratação de mais funcionários, além de instalações de terminais de computadores em todas as Unidades de Saúde.

Desta forma a implantação da UAC, no município de Praia Grande, deve seguir os moldes da estrutura organizacional da DIR XIX, assim como sua orientações. Neste sentido compete a Unidade de Avaliação e Controle:

. Implementar, coordenar, orientar, acompanhar, e avaliar o Sistema de Saúde Municipal;

. Elaborar Programa de controle e avaliação de prestação de serviços médicos-assistênciais das unidades próprias, contratadas e conveniadas ao SUS do município;

. Sugerir medidas para correção de problemas identificados;

. Padronizar os procedimentos em serviços de saúde;

. Avaliar e controlar o desempenho e de ações e serviços médicos-assistenciais, vinculados ao SUS.

. Avaliar e controlar o sistema de controle de pagamento de contas médicas e de AIH;

. Realizar a classificação e reclassificação de Unidades médicos-assistenciais do município vínculados ao SUS, assim como sua capacidade e condições;

. Avaliar e proceder auditagens médicas em hospitais ou outras unidade conveniada ao SUS;

. Emitir cadastro de profissionais e unidades assistênciais;

. Promover treinamento e aperfeiçoamento em serviços de Saúde.

. Executar demais tarefas compatíveis a critério do Secretário da Saúde.

Para que a UAC possa executar esses serviços é básico existir:

- SERAIH - Serviço de Revisão e Avaliação de Internação Hospitalar, que tem como função: receber laudo dos hospitais; Revisar os laudos a nível administrativo; emitir AIH (Autorização de Internação Hospitalar); elaborar estatística referente a AIH;

- SEAC - Serviços de Avaliação e Controle, que deverá: revisar F.A.A., a nível administrativo; revisar S.A.D.T. a nível administrativo; elaborar dados estatíticos conforme necessidades de controle e avaliação;Repassa dados para o C.P.D.

- SEART - Serviço de Expedição e Revisão Técnica é a equipe técnica, formada pelas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, odontologia, que tem como função: revisar A.I.H., F.A.A. e F.A.O., com relação ao seu preenchimento e veracidade.

- C.P.D.S - Centro de Processamento de Dados da Saúde - deve digitar fatura e emitir relatórios de dados estatísticos.

A implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, vem repassando para os Estados e Municípios, o controle e avaliação do Sistema de Saúde, para que estes possam acompanhar de perto o serviços de saúde, e as necessidades da população, podendo participar e atuar na formulação de políticas e planos, nas tres esferas de governos, federal, estadual e municipal.

A Unidade de Avaliação e Controle no âmbito Municipal, tornou-se indispensável, não apenas pelo repasse de informação á nível estadual e federal, mas sobretudo, para o levantamento de necessidade e a análise dos problemas locais.

Como o Município de Praia Grande, encontra-se ainda como prestador de serviço, cabe a UAC, apenas a digitação da FAA e SADT, uma vez que não possuem hospitais municipais, para a emissão de AIH.

Observa-se que este serviço está sendo utilizado apenas para o faturamento da produção, para o repasse de verbas, ainda não esta sendo realizada a Avaliação das atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, no sentido de contribuir para o planejamento de políticas de saúde no Município.

## 6.2. Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica

A Divisão de Vigilância da Praia Grande engloba três setores:

- Vigilância Sanitária
- Vigilância Epidemiológica
- Controle de Zoonose

A meta desta Divisão é reduzir a níveis mínimos as condições de risco à saúde da população.

### 6.2.1 Vigilância Sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária o conjunto de ações capazes de eliminar e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e de prestação de serviços de interesse da população. Objetiva a proteção e promoção de saúde da comunidade.

No Município da Praia Grande as ações de Vigilância Sanitária, em parte estão municipalizadas, havendo interesse político que estas sejam totalmente municipalizadas futuramente, apesar do município apresentar uma certa deficiência de recursos humanos, materiais e equipamentos (Anexo 3 ).

A Vigilância Sanitária está inserida no contexto organizacional do Município, vinculado à Secretaria da Saúde Pública, onde é composta por uma equipe multiprofissional: um veterinário, um engenheiro, cinco fiscais de nível médio e um escriturário, havendo à disposição dos funcionários apenas uma viatura e um computador pessoal do coordenador.

Os serviços de fiscalização profissional abrangem os consultórios médicos, clínicos, odontológicos, clínicas veterinárias, farmácias de manipulação e outros serviços. Baseia suas ações no Código Sanitário Estadual pois ainda não existe o Código Sanitário Municipal.

Atualmente ainda são da responsabilidade da DIR XIX (Santos) as ações de fiscalização do Banco de Sangue do Município.

A fiscalização na área de alimentos é feita ao nível municipal, sendo de responsabilidade da Vigilância Sanitária, tendo como prioridades o setor de padarias, restaurantes, manipulações de alimentos e outros pontos de vendas, sendo os estabelecimentos vistoriados sem uma periodicidade. Faz-se também uma vistoria para a emissão da caderneta sanitária do estabelecimento.

O município não possui zona rural, portanto não existe produção de alimentos, nem criação e abate de animais. Há entretanto a entrada clandestina de suínos provindos de criadouros, situados em São Vicente e Mongaguá.

Com relação aos pescados, a sua maioria provém do CEAGESP de São Paulo, conforme informações do coordenador de serviços.

Na cidade não existem indústrias de transformações de matéria prima de alimentos, tais como carne, leite, vegetais e pescados, portanto não há registro de alimentos no Ministério da Saúde ou da Agricultura.

Como retaguarda laboratorial necessária para a fiscalização de rotina, é utilizado o Instituto Adolfo Lutz de Santos, onde as amostras colhidas pelos fiscais (água, alimento e outros) são enviadas para análise Bromatológica, Sorológicas, etc. para a verificação de suas condições higiênicas e conformidades.

Em relação à participação da comunidade nas atividades da Vigilância Sanitária, existe uma ação onde se promove o caráter educativo

continuado através de palestras, cursos para manipuladores de alimentos, com o auxilio de material audiovisual para alunos e comerciantes.

Para a motivação dos comerciantes, foi implantado o programa de Higiene Nota 10, sendo necessário o estabelecimento estar de acordo com todas as normas higiênicas sanitárias vigentes no código sanitário para obtenção do certificado.

Concluindo, as ações da Vigilância Sanitária estão abaixo da média almejada pela equipe de trabalho, devido à carência de recursos humanos, a grande falta de pessoal especializado, falta de programa de treinamento e reciclagem para profissionais deste serviço, fazendo com que as ações se tornem deficitárias. Atrelado a esta problemática, também há falta de recursos materiais e equipamentos.

Devido à própria característica da cidade de ser uma região balneária, na época da temporada há um aumento significativo da população, fazendo-se necessário uma intensificação da fiscalização, estabelecendo um maior controle, com periodicidade de visitas aos estabelecimentos.

### 6.2.2 Vigilância epidemiológica

Por definição, vigilância epidemiológica abrange o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores

condicionantes do processo de saúde-doença, com a finalidade de recomendar e adotar oportunamente as medidas indicadas que levem à prevenção e controle da doença. (Rouquayrol, 1993).

Com base nestas definições, a Vigilância Epidemiológica deve abranger todos os níveis de atenção à saúde. Por isso a importância da formação de equipes multidisciplinares, atuando nesta área. A formação técnica diversificada dessa equipe proporciona uma intervenção nos fenômenos epidemiológicos, mas é imprescindível o conhecimento da sua área de abrangência, onde os profissionais atuarão.

A equipe de Vigilância Epidemiológica de Praia Grande é composta por: 2 médicos sanitaristas, 2 visitadores sanitários, 2 escriturários, 1 enfermeira padrão. Essa equipe desenvolve um trabalho conjunto com a Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses.

Há uma divisão de atividades entre a equipe, ficando a enfermeira com a parte de imunização e distribuição de vacinas; treinamento e supervisão das salas de vacinas.

Os médicos sanitaristas fazem o Controle e Notificação de Doenças, a Estatística dos Dados Coletados e a Notificação de Doenças.

As visitas domiciliares, a Quimioprofilaxia, as coletas de materiais biológicos, a busca ativa dos casos, ficam a cargo de dois visitadores sanitários. As informações obtidas por esta Divisão chegam dos equipamentos de saúde do Município, por telefone, busca ativa, ou ficha epidemiológica. O retorno destas informações se dá através de Boletins Informativos onde são tabulados

os dados e enviados às Unidades para permitir a avaliação do impacto de medidas de controle quando as mesmas forem disponíveis, priorizar programas, desencadear ações concretamente. A consolidação das informações obtidas na vigilância são ainda repassadas para os níveis estaduais na figura da DIR XIX, que repassa para o nível nacional e internacional.

A Lei 6.259 de 30.10.75 dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à Notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Estabelece em seu artigo 7°, que são de Notificação Compulsória, às autoridades sanitárias, os casos suspeitos ou confirmados de:

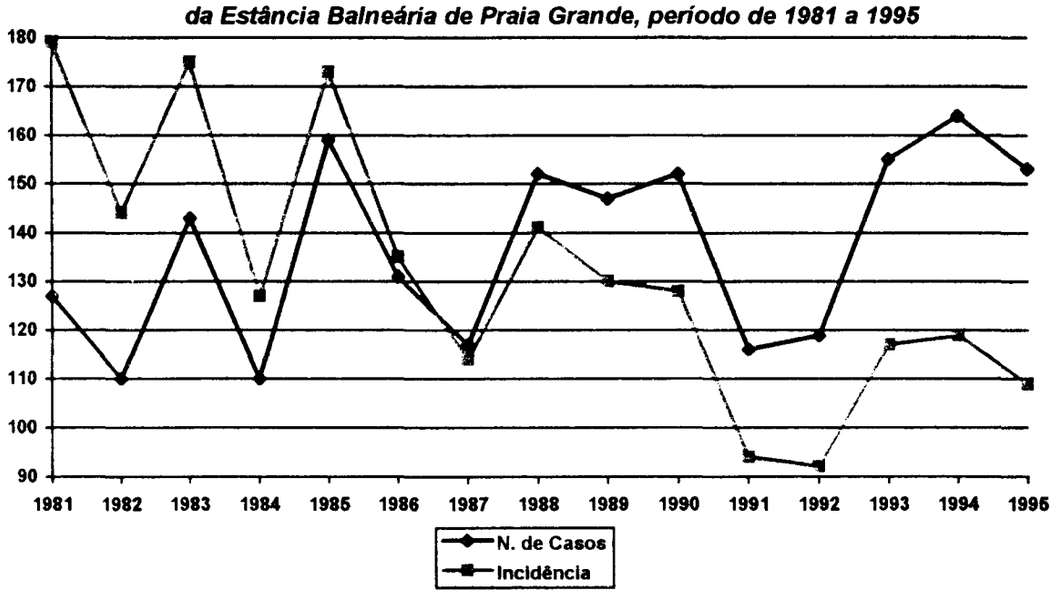
I - doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional;

II - doenças constantes da relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada unidade da Federação, a ser utilizada periodicamente.

### 6.2.2.1Tuberculose

Os dados coletados das Fichas de Notificação, mostram que de 1981 a 1984, há um ligeiro decréscimo, dos casos de tuberculose, voltando a subir o número de casos a partir de 1985. (Gráfico 8 ).

***Gráfico 8 - Coeficiente de tuberculose (por 100.000 hab.) no Município da Estância Balneária de Praia Grande, período de 1981 a 1995***




Dos 153 casos notificados em 1995, 148 eram em pessoas maiores de 15 anos e 5 abaixo desta faixa etária. A forma como se apresenta e o diagnóstico estão contidos no Gráfico 9.

A associação da tuberculose com a AIDS é grande; o mesmo se observa em relação ao alcoolismo, o que leva a altas taxas de abandono do tratamento.

O teste anti-HIV não é feito de rotina aos pacientes com tuberculose sendo que dos exames solicitados 40% tiveram resultados positivos.

A taxa de abandono é de 21,98%, número considerado elevado, e a equipe apresenta saídas para baixá-la como: visita domiciliar, fornecimento de auxílio social (vale transporte, cesta básica) e medicação supervisionada.

A meta nacional para a cura dos casos tratados é de 85%; a porcentagem obtida no Município é de 67,03%. A avaliação do Programa aponta

como um obstáculo para atingir esta meta, a centralização das ações em um único local de atendimento (CEMIM) e a falta de busca ativa dos casos por este serviço. Os técnicos da área entendem que o tratamento deve ser feito o mais próximo possível da casa dos pacientes. Verificou-se que 10,46% dos casos de portadores de Tuberculose residentes na Praia Grande, procuraram atendimento em outros municípios. A disposição geográfica da cidade é desfavorável à centralização das ações, devendo ocorrer a descentralização de atendimento o mais breve possível.

### 6.2.2.2 Esquistossomose

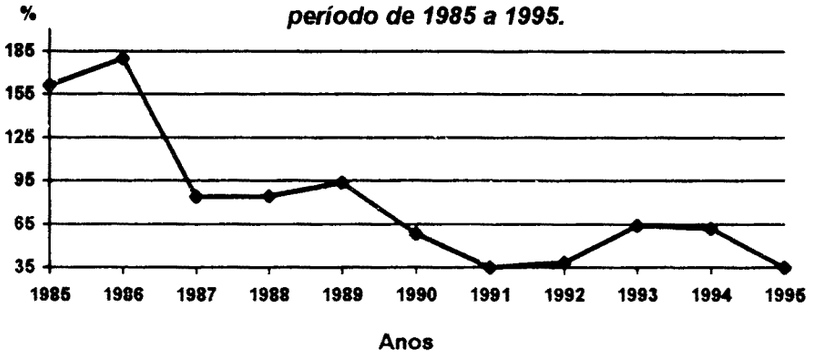
A análise do comportamento desta morbidade por 10 anos mostra uma redução de aproximadamente 75% de novos casos, como mostram a Tabela 12 e Gráfico 10.

TABELA 12 -Número de casos e incidência de esquistossomose - Praia Grande, no período de 1985 a 1995

| ANO | Nº | INCIDÊNCIA |
|---|---|---|
| 1985 | 147 | 161 |
| 1986 | 174 | 180 |
| 1987 | 86 | 84 |
| 1988 | 90 | 84,3 |
| 1989 | 105 | 94 |
| 1990 | 68 | 58,1 |
| 1991 | 43 | 35 |
| 1992 | 49 | 38,5 |
| 1993 | 85 | 64,2 |
| 1994 | 85 | 61,8 |
| 1995 | 50 | 35 |

Fonte: SVE-2

***Gráfico 10 - Coeficiente de Esquistossomose no Município da Estância Balneária de Praia Grande, no período de 1985 a 1995.***




Coeficiente por 100.000 hab.
Fonte: SVE-2

Esta queda deve-se à intensificação das ações de controle da doença, a correta identificação do parasita e a medicação (precoce) apropriada.

A vigilância do Município afirma que desde 1986 não há casos de esquistossomose autóctone. A superintendência de controle de endemias (SUCEN) desenvolveu um trabalho junto à população, para o controle da doença. As fontes contaminadas foram tratadas eliminando os criadouros. Os casos existentes são importados, principalmente do Nordeste.

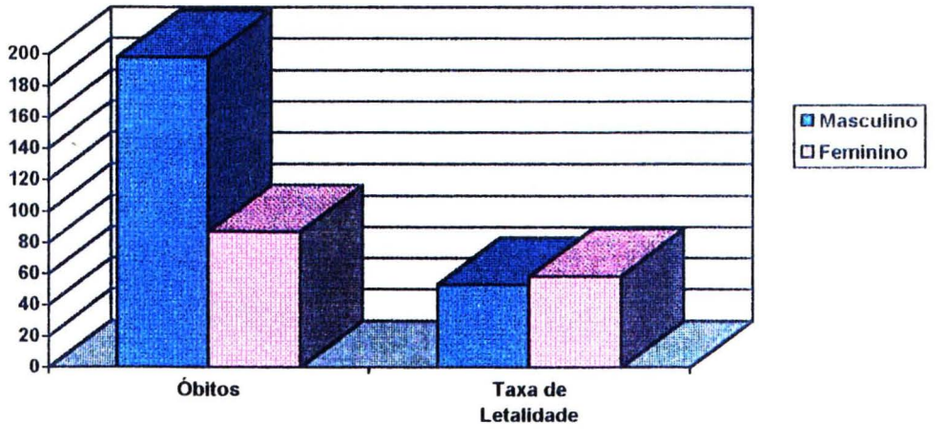
### 6.2.2.3 AIDS

No município de Praia Grande há um total de 285 casos acumulados de 1980 a setembro de 1986.

Ocorreram 157 óbitos neste período, sendo que a taxa de letalidade foi de 55,1%.

Desse total, 198 casos ocorreram no sexo masculino e 87 para o sexo feminino, como mostra o Gráfico 11.

***Gráfico 11 - Casos de AIDS, com óbito e taxa de letalidade, acumulados durante o período de 1980 a 1996. Centro Municipal de Moléstias Infecto-Contagiosas do Município da Estância Balneária de Praia Grande.***




A Letalidade por sexo alcançou a taxa de 53,5% para o sexo masculino e 58,6% para o feminino.

Os casos de AIDS são acompanhados no centro Municipal de Moléstias Infecto-Contagiosas, e recebem retaguarda laboratorial do Hospital Guilherme Álvaro em Santos.

Existe na Vigilância Epidemiológica em parceria com a Polícia Militar do município trabalhos de educação em escolas, com palestras para crianças a partir de 9 anos sobre DST/AIDS e drogas.

Outro projeto a ser implantado ainda em 1996, é o "Verão sem AIDS" que envolvem diversas secretarias com participação popular.

### 6.2.2.4 Meningite

No período estudado, nota-se o caráter endêmico da Doença Meningocócica.

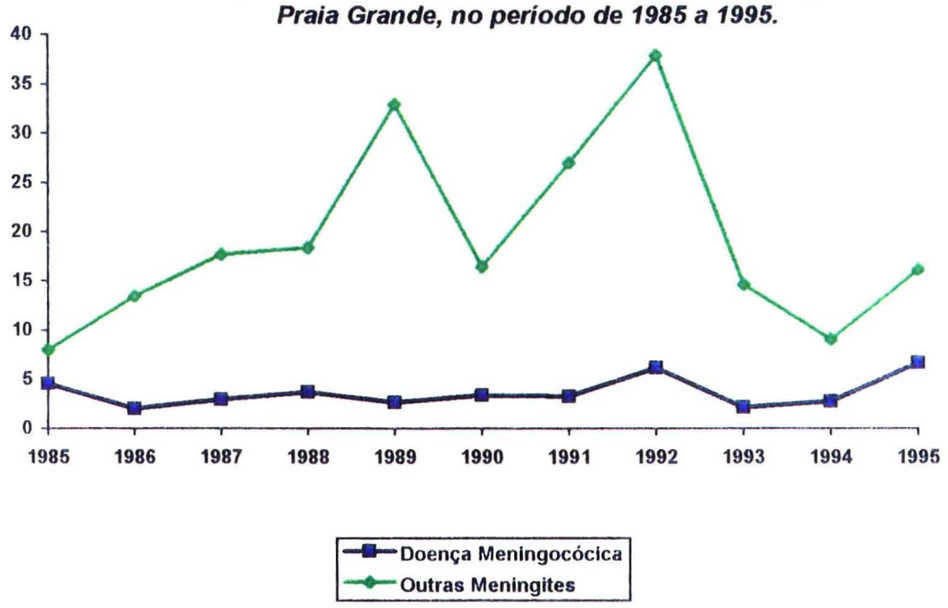
Verificou-se um aumento da incidência em 1992, quando a rede de saúde se encontrava em alerta, devido à detecção de epidemia causada pelo meningococo do sorogrupo C em municípios próximos (Tabela 13 e Gráfico 12).

TABELA 13 - Coeficiente de incidência das Meningites e Doenças Meningocócica, de 1985 a 1995, no Município de Praia Grande.

| Ano | Doença Menigocócica | | Outras Meningites | |
|---|---|---|---|---|
| | Nº | Coef.* | Nº | Coef.* |
| 1985 | 04 | 4,58 | 07 | 8,02 |
| 1986 | 02 | 2,07 | 13 | 13,45 |
| 1987 | 03 | 2,95 | 18 | 17,7 |
| 1988 | 04 | 3,75 | 19 | 18,37 |
| 1989 | 03 | 2,68 | 36 | 32,91 |
| 1990 | 04 | 3,41 | 19 | 16,42 |
| 1991 | 04 | 3,27 | 34 | 27 |
| 1992 | 08 | 6,19 | 36 | 37,87 |
| 1993 | 03 | 2,19 | 20 | 14,64 |
| 1994 | 04 | 2,78 | 13 | 9,06 |
| 1995 | 11 | 6,72 | 24 | 16,12 |

* por 100.000 hab.
Fonte: Fichas Epidemiológicas

***Gráfico 12 -Coeficiente de casos das doenças meningocócicas e outras meningites, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, no período de 1985 a 1995.***




Quanto à etiologia das meningites determinadas, vem ocorrendo um aumento das causadas pelo Haemophylus influenzae, doenças invasivas por este agente atingem e apresentam maior gravidade em menores de 5 anos, o que desencadeou, em agosto de 1995, a imunização em crianças de 1 ano (Tabelas 14 e 15).

TABELA 14 - Número de casos e coeficientes de incidência, segundo o agente etiológico, das Meningites Determinadas, por área, no Município de Praia Grande

| | Ano | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | |
| Ag. etiológico | Nº | coef.* | Nº | coef. | Nº | coef. | Nº | coef. | Nº | coef. |
| Meningococo | 4 | 3,27 | 8 | 6,19 | 3 | 2,19 | 4 | 2,78 | 11 | 7,39 |
| Haenophilus influenza | 1 | 0,81 | 1 | 0,77 | - | - | 3 | 2,09 | 5 | 3,36 |
| Stafilococcos | 1 | 0,8 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Streptococcus pneumoniae | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Criptococcus | - | - | 1 | 0,77 | 1 | 0,73 | - | - | - | - |
| Pneumococo | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 0,67 |

* Coeficiente por 100.000 habitantes
Fonte: Fichas de Notificação

TABELA 15 - Número de casos de meningites e por hemófilus por faixa etária e ano, no Município de Praia Grande

| Ano/Idade | | < 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 14 anos | 15 anos e + | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1991 | m | - | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | h | - | 1 | - | - | 1 |
| 1992 | m | 1 | 2 | - | - | 8 |
| | h | 1 | - | - | - | 1 |
| 1993 | m | h | 1 | 2 | - | 1 |
| | h | - | - | - | - | - |
| 1994 | m | 1 | 2 | - | 1 | 4 |
| | h | 1 | 1 | 1 | - | 3 |
| 1995 | m | 5 | 2 | 4 | - | 11 |
| | h | 2 | 2 | - | 1 | 5 |

m= meningococo
h = hemófilo
Fonte: Fichas de Investigação

Não houve, em 1995, óbitos em crianças menores de 5 anos, causados por Haemophylus influenzae, indicando diagnóstico precoce e tratamento adequado, ocorreu um óbito causado por este agente em um paciente de 57 anos (Tabela 16).

TABELA 16 - Taxa de letalidade, por faixa etária, de meningite por haemophilus influenzae, no Município de Praia Grande, em 1995

| Idade | Nº de Casos | Nº de Óbitos | Letalidade (%) |
|---|---|---|---|
| < 1 ano | 2 | - | - |
| 1 a 4 anos | 2 | - | - |
| 5 a 10 anos | - | - | - |
| 10 a 15 anos | - | - | - |
| 15 anos ou + | 1 | 1 | 100 |
| Total | 5 | 1 | 20 |

Quanto à Investigação laboratorial, nos últimos anos, houve sorotipagem de 90% dos casos (contraimunoeletroforese), apontando uma boa investigação laboratorial (Tabela 17); porém, ainda notamos um número elevado de meningites bacterianas de etiologia não determinada, necessitando aprimorar a realização de cultura para identificaçãodo agente etiológico.

Meningites meningocócicas tiveram como responsável por seu aumento em 1995, o meningococo B, que mantém a rede em alerta (Tabela 17).

TABELA 17 - Doença meningocócica, por sorogrupo e ano, no Município de Praia Grande

| Sorogrupo | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| A | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| B | 1 | 25 | 1 | 12,5 | 1 | 33,3 | - | - | 7 | 63,6 |
| C | 1 | 25 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Não A, B, C | 2 | 50 | 3 | 37,5 | 1 | 33,3 | 4 | 100 | 3 | 27,3 |
| Não sorotipada | - | - | 4 | 50 | 1 | 33,3 | - | | 1 | 9,1 |

Fonte: Fichas Epidemiológicas

## 6.2.2.5 Hanseníase

Casos novos de hanseníase no Município de Praia Grande por faixa etária, conforme Quadro 11.

Quadro 11- Casos novos de hanseníase por faixa etária, no Município de Praia Grande, período 1992-1996

| FAIXA ETÁRIA | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| < de 15 a | 02 | 11,11 | 01 | 7,69 | 01 | 4,00 | - | | - | |
| > de 15 a | 16 | 88,89 | 12 | 92,31 | 24 | 96,00 | 18 | 100,00 | 08* | |
| TOTAL | 18 | 100,00 | 13 | 100,00 | 25 | 100,00 | 18 | 100,00 | | |

Fonte: Fichas de Investigação
* Dados obtidos até agosto de 1996.

A Dermatologia Sanitária, acompanha os casos no Cemim (Centro Municipal de Moléstias Infecto-Contagiosas). Para conter a alta taxa de abandono, este centro distribui cestas básicas e passes para transporte.

### 6.2.2.6 Leptospirose

A análise da Tabela 18, onde foram compilados os dados relativos à notificação da Leptospirose no período de 1986 a 1995, demonstra que há um acréscimo de 100% em relação a última década. Encontrou-se 13 casos em 1995, contra 6 casos em 1986.

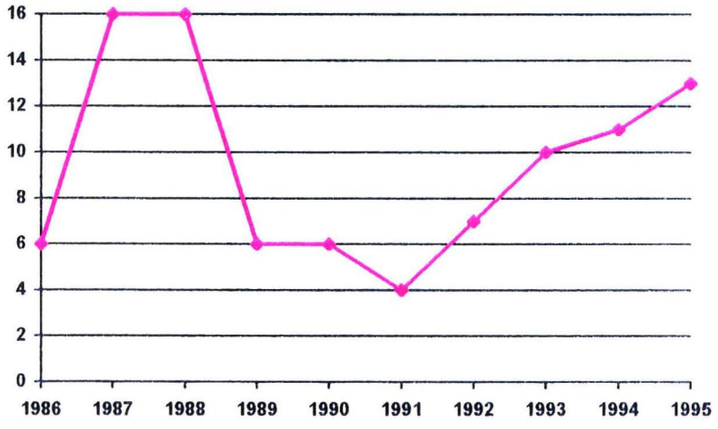
Há uma variância, com decréscimo considerável nos anos de 1989, 1990 e 1991. Considerando-se que existe a possibilidade de sub-notificação dos casos, esse decréscimo não é sugestivo de melhoria das condições de vida (Gráfico 13).

TABELA 18 - Casos de Leptospirose notificados no Município da Estância Balneária de Praia Grande, nos anos de 1986 a 1995

| | MÊS | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ano | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
| 1986 | | | 2 | | 1 | | 2 | | | 1 | | | 6 |
| 1987 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | | 3 | | | 16 |
| 1988 | | 1 | 9 | | 3 | 1 | | | 1 | 1 | | | 16 |
| 1989 | | | | | 1 | 2 | | | | | 1 | 1 | 5 |
| 1990 | | | | 2 | 1 | | | | 1 | | | 2 | 6 |
| 1991 | | 1 | 2 | | | | 1 | | | | | | 4 |
| 1992 | | | | 1 | | 1 | | | 1 | 3 | 1 | | 7 |
| 1993 | | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | | | | | 1 | | 10 |
| 1994 | | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | | | | 11 |
| 1995 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | | 13 |
| Total | 6 | 10 | 21 | 9 | 12 | 10 | 6 | 2 | 4 | 8 | 3 | 3 | 94 |

Fonte: SVE-2

***Gráfico 13 - Número de casos de leptospirose. Município da Estância Balneária de Praia Grande no período de 1986 a 1995***




A Tabela 19 que relaciona a doença ao local de ocorrência, revela que na maioria dos casos houve referência à presença de roedores no domicílio ou nas proximidades; em seguida o contato com enchentes; e por último contato com esgoto.

TABELA 19 - Distribuição de Leptospirose, segundo a situação que ocasionou a infecção, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, no período de 1991 a 1995

| | ANO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | |
| SITUAÇÃO | Casos | % | Casos | % | Casos | % | Casos | % | Casos | % |
| Enchentes+contato com esgoto+presença de roedores | 1 | 25 | 2 | 28 | 5 | 50 | 4 | 36 | 2 | 15 |
| Enchente+presença de roedores | 3 | 75 | 2 | 28 | 1 | 10 | 3 | 27 | 5 | 39 |
| Presença de roedores | | | | | 2 | 20 | 2 | 18 | | |
| Enchentes | | | | | | | | | 4 | 31 |
| Contato com esgoto e roedores | | | | | | | | | 2 | 15 |
| Ignorados | | | 3 | 42 | 2 | 20 | 2 | 18 | | |
| TOTAL | 4 | 100 | 7 | 98 | 10 | 100 | 11 | 99 | 13 | 100 |

A taxa de letalidade calculada para esta endemia nos anos de 1991 a 1995, chega no ano de 1992 a 43%. Sabendo-se que 10% de letalidade é considerado inaceitável para esta doença, torna-se urgente intensificar as ações de controle e vigilância. O diagnóstico tardio e a falta de retaguarda para atender os casos que evoluem para Insuficiência Renal Aguda ou Insuficiência Respiratória são responsáveis por esta situação.

Não existe regiões com concentrações específicas para esta doença como mostra a Tabela 20.

TABELA 20 - Casos de Leptospirose, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, por ano e local de moradia, no período de 1991 a 1995

| BAIRRO\ANO | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|
| Anhanguera | - | - | - | - | 1 |
| Antártica | - | 1 | 1 | - | - |
| Aviação | 1 | - | 2 | - | 1 |
| B. Palmeiras | - | - | - | - | 1 |
| Boqueirão | - | 1 | - | 2 | - |
| Caieiras | - | - | 1 | - | - |
| Curva do S | - | - | 1 | - | - |
| Esmeralda | - | - | - | 1 | - |
| Forte | - | 2 | - | - | - |
| Guilhermina | 1 | - | - | - | - |
| Ipanema Mirim | - | - | - | - | 1 |
| Jd. Alice | - | 1 | - | - | - |
| Jd. Glória | - | - | - | - | 2 |
| Jd. Rio Mar | - | - | - | 1 | - |
| Las Palmas | - | - | - | - | - |
| Melvi | 1 | - | 1 | - | - |
| Mirim | - | - | 1 | 3 | 2 |
| Ocian | - | - | - | - | 1 |
| Samambaia | 1 | - | 1 | 1 | 1 |
| Solemar | - | - | - | - | 1 |
| Tupiry | - | 2 | - | - | - |
| Tupy | - | - | - | 2 | 1 |
| V. Sonia | - | - | 2 | 1 | 1 |
| TOTAL | 4 | 7 | 10 | 11 | 13 |

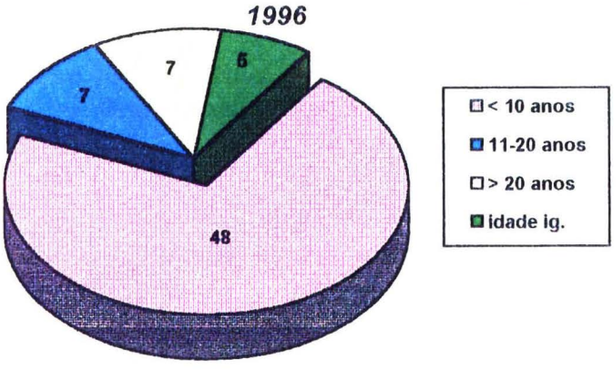
O critério de confirmação laboratorial chegou a 100% no ano de 1994, mas em contra partida em outros anos o índice não ultrapassa os 43%.

### 6.2.2.7 Hepatite

Dos 67 casos de hepatite notificados em 1995 e até novembro de 1996, no município de Praia Grande, 48 casos foram em menores de dez anos, sete casos na faixa etária de onze a 20 anos, sete em maiores de vinte anos e 5 casos com idade dos pacientes ignorada.

Segundo avaliação da vigilância epidemiológica, estes números estão subestimados, pois alguns profissionais médicos, esquecem de preencher e notificar aos órgãos competentes. Outra dificuldade apontada é a falta de suporte laboratorial para confirmação dos casos. (Gráfico 14)

***Gráfico 14 - Distribuição dos casos de hepatite, segundo idade, no Município de Praia Grande. 1995 até novembro de 1996***




Fonte: SVE 2 ,1996

### 6.2.2.8 Cobertura Vacinal

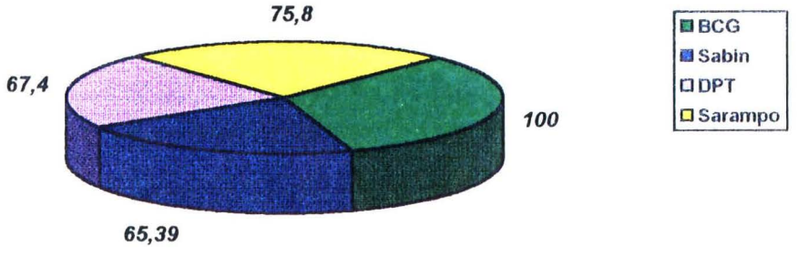
TABELA 21 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, por ano, 1991 a 1995.

| ANO | DPT (%) | SABIN (%) | SARAMPO (%) | BCG (%) |
|---|---|---|---|---|
| 1991 | 113,27 | 111,22 | 135,6 | 154,22 |
| 1992 | 88,36 | 87,04 | 144,69 | 115,63 |
| 1993 | 88,84 | 86,19 | 118,57 | 113,11 |
| 1994 | 102,67 | 97,8 | 122,12 | 139,34 |
| 1995 | 96,96 | 94,06 | 109,29 | 143,85 |

FONTE: SESAP-1995.

Em um primeiro olhar sobre as taxas de cobertura vacinal do Município de Praia Grande, pode-se notar que a população infantil de menores de um ano está subestimada, pois a obtenção de uma taxa de 143,85% para BCG-ID (Tabela 21) não corresponde à realidade. Foi feito novo cálculo para a cobertura vacinal, tomando como base a população menor de um ano que recebeu a BCG no ano de 1995 e obtiveram os seguintes resultados: Sabin, 65,39%; DPT 67,40%; Sarampo 75,98%. Gráfico 15.

***Gráfico 15 - Cobertura vacinal no Município de Praia Grande em menores de 1 ano. 1995***




Obs.: dados calculados a partir das doses de BCG
Fonte: UAC/SESAP

Segundo a avaliação dos técnicos, este índice não foi considerado bom, indicando que deve haver um maior empenho nas ações de Imunização, como: manter a atividade durante todo o expediente em todas as unidades básicas de saúde.

A taxa de abandono geral do município é desprezível, demonstrando que a evasão é nula, na imunização básica. Há portanto, uma alta taxa de abandono no ambulatório Boqueirão. Este fato deve-se a particularidade de ser o único no município a proceder a vacinação da BCG-ID. Nesta ocasião muitas crianças recebem também a primeira dose de Sabin e Tríplice, sendo orientadas à proceder a sequência de imunizações na unidade mais próxima a sua residência.

A cobertura vacinal em menores de 5 anos, durante as campanhas nacionais de vacinação contra Poliomilelite foram consideradas boas, como mostra a Tabela 22, foram vacinadas 100% das crianças.

TABELA 22 - Cobertura vacinal, em menores de 5 anos, no Município da Estância Balneária de Praia Grande, por ano.

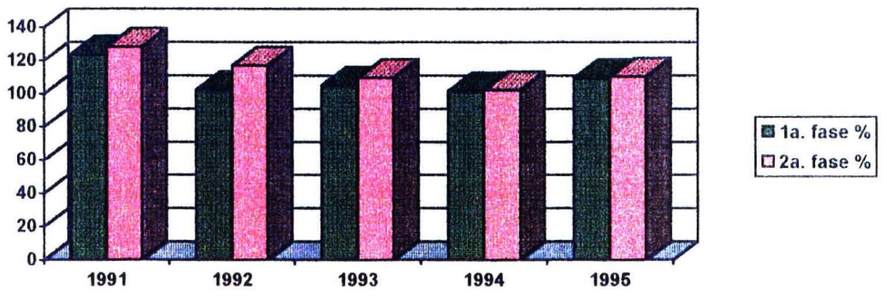
| ANO | 1ª Fase % | 2ª Fase % |
|---|---|---|
| 1991 | 123,82 | 128,41 |
| 1992 | 102,27 | 117,01 |
| 1993 | 105,25 | 109,72 |
| 1994 | 101,53 | 102,39 |
| 1995 | 109,60 | 110,46 |

Fonte: Boletim Informativo de Imunização, 1996

De um modo geral a cobertura vacinal no Município deve atingir um mínimo de 80%, como preconiza o Ministério da Saúde, com relação a

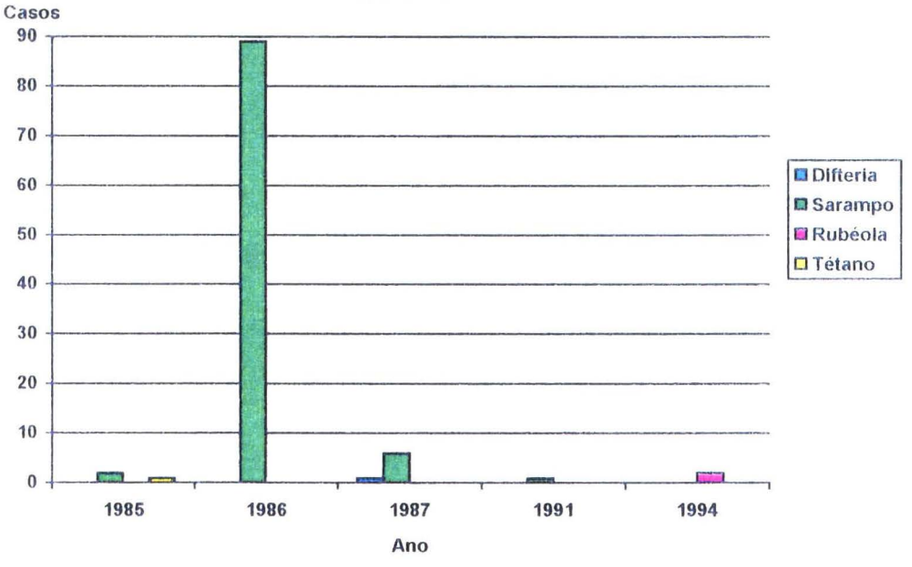
vacinação contra Poliomielite deve haver um ajuste nas primeiras e segundas doses, um exemplo da disparidade obtida nas campanhas pode ser observada no Gráfico 16.

***Gráfico 16 - Cobertura vacinal, em menores de 5 anos, por ano, no Município da Estância Balneária de Praia Grande.***




Estudou-se o comportamento das doenças imunopreviníveis no Município por uma década. De 1985 a 1995 constatou-se uma diminuição nas notificações por este agravo, como mostra o Grático 17, ressaltando-se que a vacinação contra a rubéola, tornou-se obrigatória a partir de 1994, justificando portanto o aparecimento dos 2 casos existentes.

**Gráfico 17 - Número de Casos de Doenças Imunopreveníveis no Município da Estância Balneária de Praia Grande, no período de 1985 a 1995**




* Os anos de 1988, 1989, 1990, 1993 e 1995, não houve registro das doenças acima relacionadas no gráfico
Fonte: SVE-2 -1995

### 6.2.3 . Controle de Zoonoses

O controle de zoonoses se responsabiliza pelo controle de doenças como: Leptospirose, Raiva, Dengue, Leishmaniose e Doença de Chagas.

O Programa de vacinação anti-rábica acontece em agosto, sendo que na última vacinação foram vacinados 24.100 cães. Há também uma vacinação de rotina, que iniciou seus trabalhos em outubro de 1996, tendo vacinado 15 animais.

Não possuem um serviço de captura de cães errantes pois não existe canil municipal. O cão agressor é observado no próprio domicílio, e quando há

necessidade de coleta de material, este é feito em laboratório particular e enviado ao Instituto Pasteur.

Existe no Bairro do Boqueirão um local que abriga animais de grande porte nas cocheiras; a casa foi transformada em depósito de venenos e materiais e recebe as amostras das espécies coletadas.

Neste local também é feita a vacinação de rotina. Não faz parte do Programa a captura de quirópteros, pois não há registro de seu aparecimento na região.

Não possui um Programa de Controle de Roedores, com definição de áreas de risco para Leptospirose. As solicitações são feitas via ofício quando se trata de prédios públicos ou por telefone quando a desratização for em vias públicas ou nas proximidades de domicílios. Os casos de mordedura de ratos não são notificados e há aproximadamente 30 casos de mordeduras de cães ao mês.

O controle de artrópodes e animais peçonhentos, fica quase que exclusivamente restrito ao controle de baratas e formigas.

Segundo informações não há denúncia de aparecimento de escorpiões, no entanto no ano de 1995 houve uma captura e se tratava de escorpião do gênero Thitius serrulatus e não houve acidente.

Quando há o aparecimento de cobras, estas são encaminhadas a um veterinário da cidade que não pertence à Rede Municipal e a identificação é um trabalho voluntário.

Com relação ao controle de pombos, que é um grande problema na cidade, são feitas as vistorias com orientações e a utilização de pomada apropriada nos locais onde se instalam. Há também a preocupação das construtoras em construir prédios que dificultem a instalação dessas aves.

A SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias) sediada em, São Vicente, é a responsável pela identificação das larvas coletadas na Praia Grande. Participa ainda da Vigilância do Aedes, percorrendo os 130 postos estratégicos mensalmente. Estes pontos estão distribuídos pela cidade e são compostos por: borracharias, depósito de materiais de construção, desmanches, cemitérios, floriculturas, etc. O município possui para o controle de zoonoses 6 agentes de zoonoses, 1 veterinário, 1 escriturária, e como recurso possui: 1 viatura e 5 bombas costais.

Houve no município 3 casos de Dengue importado, e o último índice de Bretan foi calculado em agosto último, permanecendo o município como prioridade III.

Segundo avaliação da Vigilância, há muitas dificuldades a serem superadas, como por exemplo, controlar a presença de cães na praia. São 24 quilometros de praia e o número de funcionários é insuficiente. No entanto há um projeto para a construção de um centro de controle de zoonoses, já elaborado e sua construção terá início em 1997.

# 7. ATENÇÃO À SAÚDE

## 7.1. Considerações Gerais

O Município de Praia Grande, enquanto atenção à saúde, tem apresentado sensíveis modificações na qualidade de seus serviços, principalmente no que se refere a recursos de atenção primária.

Nos casos de média complexidade, a população busca atendimento na Santa Casa local , porém em muitos casos precisa recorrer a outros municípios vizinhos.

Acredita-se que Praia Grande possui um potencial político-administrativo, capaz de sanar a médio prazo estas questões, avançando na qualidade de seus equipamentos e serviços, atendendo assim a população local na sua integralidade.

## 7.2 Saúde Bucal

Para entendimento do conceito de Saúde Bucal, será considerado o seguinte texto de apoio:

"No cotidiano do trabalho, empregamos muitos termos como se tivessem o mesmo sentido para todos. Ocorre que as palavras têm, muitas vezes, significados diametralmente opostos para diferentes interlocutores.

"Saúde Bucal" e "odontologia", são expressões aparentemente muito próximas, mas que não se referem, absolutamente, ao mesmo objeto.

"Assistência e atenção são outro exemplo de palavras utilizadas como se tivessem o mesmo significado".

"Para nós, assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não".

"A atenção à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa, etc.)" .( NARVAI,1992)

Os serviços odontológicos do Município da Praia Grande, caracterizam-se pela ênfase à assistência odontológica individual de nível primário, na maioria dos seus equipamentos.

A Divisão de Odontologia é uma das divisões que compõem a estrutura organizacional da Secretaria de Sáude Pública - SESAP, sendo uma unidade centralizadora de decisões técnicas e administrativas.

### 7.2.1 Características

Rede Física:

- 13 multiclínicas
- 2 pronto-socorros
- 1 ambulatório de Prótese Total (CEMAS)

- 1 ambulatório de Prótese Total (CEMAS)
- 1 ambulatório de atendimento a pacientes especiais (Núcleo de Reabilitação Física e Mental HENRY)
- 2 Serviços de Atendimento Móvel Odontológico (SAMO I e SAMO II)

O sistema de trabalho é de modelo assistencial em consultório tradicional, tendo como recursos humanos em cada ambiente de trabalho, um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário por período (manhã e tarde).

No SAMO há dois consultórios por unidade móvel para o atendimento aos escolares. Este serviço também desenvolve ações de natureza coletiva, junto à rede de ensino.

Para a realização desses serviços a Divisão de Odontologia conta com:

| | | |
|---|---|---|
| • Cirurgiões Dentistas | CD | 36 |
| • Auxliar de Consultório Dentário | ACD | 22 |
| • Técnico em Prótese Dental | TPD | 1 |
| • Auxiliar de Prótese Dental | APD | 1 |

A admissão ao serviço é, na maioria, por contrato, sendo os funcionários mais antigos concursados. Independente do tipo de admissão, os funcionários têm direito a 6 faltas abonadas ao ano.

Para os ACDs não é necessário ter curso de formação específica. Na sua maioria são atendentes de enfermagem ou serviçais que tiveram a inscrição

no CRO, Conselho Regional de Odontologia, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Odontologia, CFO, nº 185/93.

Os dentistas trabalham em jornada de 4 ou 6 horas/dia e as ACDs em jornada de 8 horas/dia. Nos Pronto-socorros a jornada é feita por plantões de 24 horas - 1 vez por semana.

O treinamento técnico das ACDs é feito em serviço e para orientações administrativas são convocadas para reuniões com a Divisão de Odontologia. Reuniões técnicas dos Dentistas com a Divisão de Odontologia são mais esporádicas.

Administração dos Recursos:

a) aquisição, estocagem e distribuição dos materiais odontológicos

Como ocorre com as outras Divisões da SESAP, a administração é centralizada.

Com relação ao material odontológico é prevista anualmente a sua compra, havendo uma certa dificuldade de alterações desta relação de materiais já estabelecida. Quando há necessidade, a alteração é feita através de uma justificativa técnica.

Semanalmente, as unidades fazem o pedido em impresso próprio que são encaminhados à Divisão de Odontologia. Este pedido na maioria das vezes é atendido na íntegra, havendo corte, somente, quando não há disponibilidade de material no estoque. O material solicitado é distribuído às

unidades por viaturas e disposto em armário situado no consultório odontológico sob a responsabilidade da ACD. Não existe almoxarifado nas Multiclínicas, sendo este material suficiente para o consumo de uma semana, em média. Não há controle do material no sentido de relacionar o consumo com o número de procedimentos realizados.

b) Manutenção dos equipamentos

A divisão dispõe de um técnico para fazer a manutenção de todos os consultórios. Este trabalho é realizado 2 vezes por semana (às 3as e 5as feiras) em caráter preventivo em todas as multiclínicas. Quando há necessidade de conserto fora dos dias previstos, é feita a solicitação por telefone, à Divisão que providencia a visita do técnico à unidade solicitante.

• Sistema de Informação

Os procedimentos realizados nas diferentes unidades são registrados diariamente em fichas próprias e os dados transcritos para mapas mensais, por cada profissional. São enviados à Divisão de Odontologia, mensalmente, onde então são consolidados e encaminhadas à UAC e à DIR-XIX.

Segundo informações do Diretor da Divisão de Odontologia, não existem dados anteriores a 3 anos e, atualmente, os dados de todos os procedimentos efetuados nos diferentes serviços têm a sua consolidação prejudicada devido à diminuição do pessoal administrativo do setor. Em consequência deste fato, não estavam disponíveis informações importantes, ficando assim, prejudicada a análise de alguns aspectos dos serviços.

É utilizada, junto aos escolares, a Carteira de Saúde Bucal, na qual são registrados dados dos componentes do Índice CPO-D (cariados, perdidos e obturados), bem como os procedimentos preventivos coletivos e os procedimentos individuais de assistência odontológica.(ANEXO 5).

Outra dificuldade encontrada foi o fato de não se ter acesso à estrutura do Programa de Saúde Bucal e aos dados de Levantamento Epidemiológicos da Cárie Dentária do Município.

Foi realizado um levantamento somente do componente Cariado (permanentes e decíduos), durante a jornada de Orientação em Saúde Bucal, realizada em setembro, outubro e novembro de 1996, conforme Tabela 23 . O critério de classificação das crianças examinadas não foi a idade, e sim a classe escolar ficando portanto com pouca consistência alguma análise desses dados.

TABELA 23-LEVANTAMENTO DE NUMERO DE DENTES CARIADOS POR CLASSE ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE.1996.

| Séries | Exames Clinicos | Dentes Cariados | Deciduos Cariados | % | Permanentes Cariados | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| JARDIM | 1.464 | 29.281 | 2.438 | 1.66 | 10 | 0.06 |
| PRÉ | 2.791 | 29.295 | 3.748 | 1.34 | 256 | 0.09 |
| 1º | 752 | 15.992 | 1.028 | 1.36 | 204 | 0.27 |
| 2º | 740 | 16.280 | 844 | 1.14 | 480 | 0.64 |
| 3º | 442 | 10.608 | 364 | 0.82 | 460 | 1.04 |
| 4º | 166 | 3.984 | 86 | 0.51 | 215 | 1.29 |
| TOTAL | 6.615 | 105.440 | 8.508 | | 1.625 | |

FONTE:Secretaria da Saúde Pública do Municipio de Praia Grande.1996.

### 7.2.2 Sistema de Atendimento

#### 7.2.2.1 Ações de Natureza Individual

•**Multiclínicas**:

Desenvolvem ações de nível de atenção primária, seguindo modelo cirúrgico-restaurador. A população atendida é a da área de abrangência da unidade que procura o serviço para tratamento ou para atendimento de emergência. Funciona de 2ª a 6ª feira, em dois períodos manhã e tarde.

O ingresso ao serviço dá-se através da distribuição de vagas mensais, não havendo critério de faixa de idade ou de necessidade, caracterizando assim um Sistema de Atendimento de Entrada Livre. Não é necessário ser matriculado na multiclínica para ter acesso ao serviço; a incrição pode ser feita diretamente no setor odontológico.

Segundo a ACD da unidade visitada, são distibuídas de 30 a 40 vagas mensalmente, preenchendo assim, o agendamento por cerca de 15 dias. O paciente retornará ao serviço quantas vezes se fizer necessário até o término do tratamento. São agendados 8 pacientes por dia e também são realizados, em média, 2 atendimentos emergenciais por dia, de demanda livre.

Na primeira consulta o paciente recebe orientação sobre escovação na qual a unidade fornece o creme dental e o paciente traz a escova dental. São realizados procedimentos de: exame clínico, dentística (restauração de amálgama e resina), exodontia (decíduo e permanente) e periodontia (raspagem supra-gengival e profilaxia).

Após o tratamento concluído, o paciente recebe orientações para retornar a cada 6 meses e seu re-ingresso dar-se-á semelhantemente ao da primeira vez.

Até 1992, segundo informações do cirurgião-dentista da unidade visitada, o sistema de trabalho era o de Clínica Modular Transportável, instalado nas Escolas para atendimento aos alunos e à população.

Apesar de sua consideração que este sistema anterior proporcionava maior cobertura, há a preferência pessoal para o sistema atual, pois dá mais privacidade ao paciente e o seu trabalho desenvolve-se mais tranquilamente com mais higiene.

**•Pronto-socorros**

Presta atendimento universal emergencial à população, com funcionamento ininterrupto. Os profissionais destes serviços trabalham em regime de plantão de 24/dia/semana.

**•Núcleo de Reabilitação Física e Mental HENRY**

Presta atendimento odontológico às crianças de 4 a 14 anos de idade, portadoras de deficiência física, auditiva, visual e mental ao nível de atenção primária. Este serviço conta com um Cirurgião Dentista e uma ACD funcionando em um período.

**•Serviço Especializado (Prótese Total)**

Localizado nas instalações do CEMAS conta com um consultório e um Laboratório de Prótese.

Os recursos humanos deste serviço são: um cirurgião dentista (CD), no período da manhã, um técnico de Prótese Dentária (TPD) e um Auxiliar de Prótese Dentária (APD) e uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

Realiza o atendimento ao nível secundário, nos pacientes encaminhados através do Serviço Social das Multiclínicas, após uma avaliação sócio-econômica do usuário.

**•Serviço de Atendimento Móvel Odontológico - SAMO I e II**

Este serviço é desenvolvido em dois ônibus equipados com dois consultórios odontológicos que dirigem-se às escolas, realizando procedimentos coletivos na rede escolar (ver item de Ações de natureza Coletiva), e também assistência de natureza individual a estes escolares. Os consultórios instalados no SAMO são completos, equipados também com aparelho de RX.

Numa primeira etapa, este serviço percorre todas as escolas, realizando exames clínicos e registrando na Carteira de Saúde Bucal, os seguintes dados:

- número de dentes cariados (decíduos e permanentes)
- número de dentes ausentes (permanentes)
- número de dentes permanentes tratados antes do Programa Escolar.

Serão realizados também nesta Carteira: bochechos de fluor, escovação supervisionada e os tratamentos executados.

Os tratamentos serão realizados numa segunda etapa, onde o Serviço retorna às escolas, obedecendo um cronograma de prioridades onde o critério é o de maior necessidade. São realizados procedimentos curativos e preventivos no nível primário de atenção.

A equipe para este serviço é composta por:

- 4 cirurgiões dentistas (CD) do SAMO
- 2 auxiliares de consultório dentário (ACD)

•Sistema de Referência e Contra-referência:

Exceção feita ao serviço de prótese total, não há referência no município. Havendo necessidade de uma intervenção de média ou alta complexidade o paciente é encaminhado para Santa Casa de Santos que atualmente reduziu o número/mês de exodontotias (cirurgia oral menor) para esses encaminhamentos, ficando portanto o Município defasado nestes serviços.

### 7.2.2.2 Ações de Natureza Coletiva

"Ao contrário da assistência odontológica as ações coletivas em saúde bucal não requerem espaços, equipamentos, instrumentos e recursos humanos específicos para que sejam desenvolvidas. Exigem cuidados planejamento, boa organização, materiais adequados e pessoal preparado para

o trabalho em espaços sociais, sejam eles centros comunitários, creches, escolas, fábricas, etc."(NARVAI,1992).

Programa Odontológico Preventivo

SAMO - Serviço de Atendimento Móvel Odontológico

Este serviço está em funcionamento desde junho de 1994, também realizando procedimentos coletivos, contando com dois cirurgiões dentistas da Unidade Administrativa e com Voluntários da Secretaria de Educação.

Segundo o Diretor da Divisão Odontológica, este trabalho é desenvolvido com verba exclusiva da Prefeitura, sem qualquer outro custeio.

A população alvo são crianças de 5 a 10 anos de idade matriculadas na rede municipal de ensino (EMEIs e EMEIPGs), dando uma cobertura a cerca de 8.000 crianças, atualmente.

Procedimentos Coletivos: PC-I que consiste em:

- palestras educativas
- orientação de escovação com distribuição de escovas
- bochechos com fluoreto de sódio, semanais.

Este serviço, quando iniciou, em 1994, dava cobertura às Escolas Estaduais de Primeiro e Segundo Graus (EEPG e EEPSG) e às Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIs) num total de 42 Escolas do Município, beneficiando 13.300 alunos de 5 a 14 anos. Nesta oportunidade foram distrituídos 4.000 escovas dentais para realização deste trabalho.

Em 1995, o programa estendeu-se para mais 6 escolas perfazendo um total de 48 escolas e a cobertura atingiu 17.503 alunos de 5 a 14 anos. No decorrer do ano letivo, 18 das 24 EEPGs e EEPSGs não deram contiuidade ao programa, devido à falta de envolvimento dos profissionais das referidas escolas, segundo o diretor da Divisão de Odontologia. Naquele ano foram distribuídas 5.669 escolas dentais entre os alunos.

No ano de 1996, a Secretaria de Educação do Município assumiu o ensino de 1ª a 4ª séries em 8 das 25 EMEIs. Portanto, este trabalho está sendo desenvolvido nas 17 EMEIs e 8 EMEIPGs, num total de 25 espaços coletivos beneficiando 8.421 alunos de 5 a 10 anos. Este foi o motivo, pelo qual o número total de bochechos realizados até setembro de 1996, ter diminuído em relação aos anos anteriores. Foram, então distribuídas 8.594 escovas dentais.

A equipe de Saúde Bucal inicia este trabalho e dá treinamento necessário às professoras, as quais dão continuidade aos bochechos semanais.

Além das palestras educativas aos alunos, a equipe também as realiza com os pais destes ,como por exemplo na Semana da Educação.

### 7.2.3 Vigilância Sanitária da Fluoretação das Águas e de Abastecimento

As águas de abasteciemnto do Município são tratadas na ETA (não convencional). Tendo em vista que é água de nascente, somente é feita a

fluoretação, a cloração e a correção do pH, e em seguida distribuída à população, pela SABESP.

Este órgão mantém o controle sanitário com o objetivo de garantir o padrão da qualidade das águas fornecidas à população, de acordo que a legislação vigente.( Quadro 12)

QUADRO 12 - Faixas para classificação das amostras segundo teor de fluor*

| TEOR DE FLUOR | CONCENTRAÇÃO |
|---|---|
| até 0,59 ppm | inaceitável |
| 0,60 ppm | mínima aceitável |
| 0,61 a 0,69 ppm | sub ótima |
| 0,70 ppm | ótima |
| 0,71 a 0,79 ppm | super ótima |
| 0,80 ppm | máxima aceitável |
| 0,81 a 1,19 ppm | inadequada |
| 1,20 ppm | limite |
| 1,21 ppm ou mais | inaceitável |

Fonte: *Adaptado e desenvolvido a partir de Minuguchi (1972) In: Organização Mundial da Saúde. Fluoruros y Salud. Genebra, 1972, p. 305-16.

A CETESB faz também a Vigilância a título de controle das águas nos sistemas de distribuição para uso doméstico, de acordo com programação pré-

estabelecida e em pontos estratégicos. Quando há irregularidade, é feita comunicação à SABESP.

Não há informação de como estes dados são divulgados ao Município.

No entender do Diretor da Divisão de Odontologia, este controle efetuado pela SABESP, é suficiente e não há necessidade do Município em fazer a Vigilância Sanitária do Fluor nas águas de Abastecimento

### 7.2.4 Caracterização do Modelo - Análise

Pelo fato de não haver acesso às informações e aos dados essenciais, a avaliação não será realizada nos moldes preconizados. Portanto os indicadores do modelo de atenção, de eficiência, de efetividade e de eficácia das ações e serviços odontológicos não serão aqui analisados. Toda consideração aqui registrada será feita a partir da pequena convivência com os serviços, da análise dos dados e relatos obtidos.

Foi notável o investimento nas ações de natureza coletiva-preventiva a partir de1994. Em vista das dificuldades ocorridas no último ano, sugere-se maior articulação com a Secretaria de Educação e com a DIR XIX, no sentido de garantir a continuidade dessas ações nas escolas estaduais, nas quais está a maior população da faixa de 7 a 14 anos.

## 7.3 Saúde da Criança

Segundo dados fornecidos pela Chefe da Divisão de Saúde Infantil, Dra. Emília Emico Hashimoto, complementado pelo Plano Plurianual (1994/1997) da Prefeitura de Praia Grande, até 1993 a Saúde da Criança era abarcada no Município de Praia Grande pela Divisão de Ambulatório Adulto e Infantil. Na época, aquela Divisão era responsável pelos Programas de Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Aleitamento Materno e Vacinações, desenvolvidos nas 7 (sete) Unidades Básicas de Saúde então existentes. Contava com 56 médicos, 2 enfermeiras e 27 auxiliares de enfermagem.

Existia também um setor de Saúde Escolar, composto por 5 médicos, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 nutricionistas e 15 auxiliares de enfermagem, para atender a população que frequentava as creches municipais, centros recreativos e Casa da Criança e do Adolescente, contando com 15 (quinze) consultórios.

A partir de 1993, a Saúde da Criança ganhou status próprio, sendo criada a Divisão de Saúde Infantil. Atualmente, o atendimento à criança é realizado nas 13 Unidades Básicas de Saúde existentes, agora denominadas multiclínicas com o objetivo de assegurar à população infantil o atendimento médico através de programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A Saúde da Criança tem como instrumento principal as multiclínicas, as quais prestam atendimento primário, à disposição da clientela para resolução ou referenciamento a um serviço especializado.

Houve um redimensiamento no serviço de Assistência Ambulatorial, visando racionalizar e priorizar o serviço.

A população escolar passou a ser vinculada dentro das escolas ou creches, a não ser em alguma situação onde não haja unidade de saúde próxima. Nesse caso, um pediatra visita periodicamente o local. Tornou-se condição para se ter vaga em creche que a mãe matricule e frequente com seu filho o posto de saúde próximo, havendo uma boa adesão. Houve também melhor treinamento das merendeiras das creches, enfatizando-se os aspectos de higiene.

Os profissionais antes vinculados às creches foram redistribuídos pelas multiclínicas, aumentando a capacidade de atendimento. Mesmo assim, ainda se faz necessário a contratação de recursos humanos para estruturar melhor o funcionamento da rede básica.

Uma realidade de Praia Grande, é o fato de apenas 40 a 50% dos nascimentos ocorrerem no Município, no único hospital local, a Santa Casa de Praia Grande. O restante ocorre principalmente em Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Mongaguá. Com isso, torna-se difícil ter melhor domínio sobre a situação de atenção ao parto e aos recém-nascidos pois também a Santa Casa local não é um recurso municipal, o que limita a possibilidade de interferência da Secretaria da Saúde. Não há UTI neonatal na Santa Casa local.

Desde junho de 1996, para tentar minimizar a questão da descontinuidade entre o atendimento pré-natal, o parto e o retorno do binômio mãe-bebê para as unidades básicas, conseguiu-se deslocar uma auxiliar de

enfermagem, servidora da Prefeitura, para trabalhar dentro do Berçário da Santa Casa. Esta funcionária foi especialmente treinada para realizar orientação sobre Aleitamento Materno durante o puerpério imediato, além de fazer importante trabalho de contra-referência ao agendar o recém-nascido no momento da alta hospitalar para acompanhamento de puericultura na multiclínica mais próxima à residência. Se a criança não foi levada ao posto de saúde, é feita busca ativa, através de convocação por aerograma ou visita domiciliar.

Nas multiclínicas, segue-se agendamento sugerido pelo Hospital Guilherme Álvaro (Santos), a saber:

- para crianças < 1 mês: consultas semanais
- de 1 a 2 meses: consultas quinzenais
- acima de 2 meses até 1 ano: consultas mensais
- acima de 1 ano, dependendo da situação, também 1 consulta mensal (casos de desnutridos, por exemplo), ou conforme a necessidade.

Para aqueles Recém-Nascidos Pré-Termo e/ou de Baixo Peso, não há um centro de referência específico. A critério do pediatra, faz-se um esquema de retornos diferenciado.

Em 1993, todos os pediatras, ginecologistas, enfermeiras, pessoal de recepção, passaram por treinamento no Centro de Lactação de Santos (Hospital Guilherme Álvaro), a respeito de Aleitamento Mateno. Em 1994, houve novo treinamento para quem ingressou na rede.

Em todas as 13 multiclínicas tem-se programa de Aleitamento Materno, semanalmente ou 2 vezes por semana (unidade do Boqueirão). Num dia específico são agendadas somente crianças de até 6 meses, que antes da consulta médica passam com suas mães em reunião com assistente social, enfermeira e pediatra. Nesse Ambulatório de Aleitamento Materno há o incentivo ao aleitamento, dirimindo-se todo tipo de dúvidas e queixas das mães.

O Aleitamento Materno é bastante incrementado no Município. Esses Ambulatórios de Aleitamento contam com forte adesão das mães, que recebem certificado e participam de festas quando completam 6 meses de frequência. (Figura 10 ). A partir daí, aquelas crianças que não estão mais em aleitamento recebem alta do grupo, prosseguindo no atendimento médico de rotina; outras continuam a frequentar o Ambulatório.

**Figura 10 - Foto do** Grupo de Aleitamento Materno, Multiclínica do Boqueirão, 1996

O Município participa ativamente das programações referentes à Semana Mundial do Aleitamento Materno, que ocorre habitualmente de 1 a 7 de agosto. Em 1996, reuniu-se cerca de 300 mães e bebês provenientes de todas as multiclínicas e fez-se uma festa na Câmara Municipal. Além dessa atividade, no mês de agosto, promoveu-se nas escolas municipais concurso de desenhos sobre o tema da Amamentação, com premiações aos escolares. Foram espalhadas faixas por toda a cidade e feitas chamadas pelas rádios locais, divulgando slogans em prol do aleitamento.

Sobre a coleta de fenilcetonúria (Teste do Pezinho), este não é realizado na Santa Casa de Praia Grande. As mães são orientadas a levar os bebês aos 15 dias de vida no Laboratório Municipal, onde é feita a coleta em impressos próprios distribuídos mensalmente pelo PAM-Aparecida (Santos). Todos os municípios da Baixada Santista enviam seus exames de volta para o PAM-Aparecida que de lá os encaminha para a APAE de São Paulo, que depois faz o fluxo contrário.

Caso haja resultado alterado, faz-se busca ativa da criança, e se houver necessidade a Prefeitura de Praia Grande leva a criança à APAE - São Paulo para refazer o exame.

Sobre a Terapia de Reidratação Oral (TRO), em todas as unidades de saúde há disponibilidade dos sais necessários para o procedimento.

Os casos de desidratação leve costumam ser atendidos nas multiclínicas, porém na maioria delas há apenas 1 pediatra somente no período da manhã. Assim, os casos de desidratação, principalmente os mais graves,

habitualmente são atendidos no Pronto Socorro Central, onde há plantão de pediatras 24 horas.

Nas 13 multiclínicas faz-se acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança com a identificação dos casos de desnutrição. Quando é detectado deficiência nutricional, a criança é encaminhada para o Programa de Suplementação Alimentar (PSA), iniciado em 1993, a ser detalhado no item 7.5 Nutrição.

Quanto à Imunização, ainda não é realizada em todas as multiclínicas, pois não houve treinamento para o pessoal das unidades inauguradas em 1996.

Uma peculiaridade de Praia Grande é que Programa de Planejamento Familiar encontra-se, desde sua implantação em 1991, ligado à Divisão de Saúde Infantil. Justifica-se essa inserção por considerar-se que a questão da gravidez indesejada estaria ligada a morbi-mortalidade infantil.

Por motivos didáticos, esse programa será melhor descrito no item 7.4 Saúde da Mulher.

Em algumas multiclínicas, os profissionais ligados à Saúde da Criança também atuam em grupos educativos para gestantes, com orientações sobre gravidez, parto e puerpério , numa tentativa de se reduzir a mortalidade neonatal.

Há defasagem no número de profissionais, principalmente enfermeiras. A partir do segundo semestre de 1996, há uma enfermeira para cada 2 multiclínicas.

Quanto ao fornecimento de medicamentos, este é centralizado na Farmácia Central. Justifica-se essa centralização pela falta de pessoal especializado para administrar estoque e distribuição em cada multiclínica. Recentemente, a fim de facilitar o acesso da população, voltou-se a fornecer alguns medicamentos simples nas unidades básicas, tais como vermífugo e sulfato ferroso.

## 7.4 Saúde da Mulher

Cada multiclínica conta com um médico tocoginecologista, havendo 1 enfermeira para cada 2 multiclínicas e assistentes sociais em apenas 6 unidades, além de 1 educadora em Saúde Pública que atua em todas as multiclínicas (com exceção do ginecologista os mesmos profissionais fazem parte dos programas de Saúde da Mulher e Saúde Infantil). A maioria das unidades de saúde realiza atendimentos todos os dias da semana tanto para pré-natal quanto para ginecologia, planejamento familiar e exames preventivos de câncer do colo uterino. Em algumas unidades o agendamento é dividido em dias exclusivos para obstetrícia ou ginecologia.

Segundo a chefe da Divisão de Saúde da Mulher, Dra. Marivel Gomez Barreiro, a falta de Recursos Humanos dificulta a implantação de programas com caráter multiprofissional. Essa Divisão elaborou uma "Normatização para o atendimento dos ginecologistas/obstetras para cada

Unidade Básica de Saúde", que preconiza 16 consultas por médico num período de trabalho de 4 horas .

### 7.4.1 Atendimento Ginecológico

Todas as pacientes que procuram o serviço de ginecologia com queixas diversas fazem o exame ginecológico completo, incluindo exame de mama. Também realizam com periodicidade anual o exame preventivo de câncer de colo uterino (papanicolau e colposcopia), sendo que a coleta pode ser realizada pelo ginecologista ou pela enfermagem. As colposcopias são feitas no CEMAS. Se houver necessidade de cauterização, pode ocorrer na própria unidade básica. Para biópsias de colposcopias, utiliza-se um laboratório conveniado em Santos.

Nas pacientes acima de 40 anos, faz-se também o preventivo de câncer de mama através de mamografia, com controle bienal dos 40-50 anos e anual após 50 anos, ou segundo critério médico.

Quando há necessidade de cirurgias de mama ou pelve, faz-se encaminhamento para o Hospital Guilherme Álvaro (Santos). Os procedimentos de quimioterapia e radioterapia são também realizados naquele hospital e na Santa Casa de Santos.

Em se tratando da prevenção de DST/AIDS em mulheres, há uma equipe que recebeu treinamento em Santos, composta por 1 enfermeira, 1 educadora e 1 assistente social.

### 7.4.2 Atendimento Obstétrico

Nas multiclínicas é realizado o pré-natal para gestantes de baixo risco. As intercorrências da gravidez são tratadas e os casos mais graves são encaminhados para a Maternidade do Hospital Guilherme Álvaro, onde as pacientes seguem fazendo pré-natal especializado ou são internadas quando necessário.

A rotina da assistência pré-natal se faz com a seguinte periodicidade:

- Até 32ª semana - consulta mensal
- Da 32ª a 36ª semana - consulta quinzenal
- Após a 36ª semana até o parto - consulta semanal ou a critério médico.

A coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino em gestantes é realizada a critério médico.

O cartão de pré-natal é fornecido para todas as pacientes com os dados dos seus respectivos exames laboratoriais e clínicos, bem como com a avaliação nutricional das mesmas, incluída há 2 anos (curva de Rosso). As gestantes de baixo peso são encaminhadas, para a Secretaria de Saúde - Divisão Ambulatorial, para recebimento de cesta básica, que pode se prolongar até 3 meses após o parto. O índice de gestantes de baixo peso no Município fica em torno de 4,5%, conforme Tabela 24.

Faz-se exame das mamas e laboratoriais básicos de rotina pré-natal, inclusive sorologia para LUES, além de pelo menos uma ultrassonografia

durante o pré-natal. A partir do 5° mês de gravidez, faz-se a imunização contra o tétano para as gestantes que não estão com a vacinação em dia.

Não é rotina no pré-natal fazer exame para detecção do HIV, o qual é solicitado apenas para situação de "comportamento de alto risco". Pacientes HIV positivas assintomáticas podem realizar pré-natal nas unidades básicas, não seguindo nenhum protocolo próprio. Aquelas que já apresentam sintomas fazem controle com infectologista no CEMIN e pré-natal no Hosppital Guilherme Álvaro, onde também são realizados os partos nessas situações.

O Município conta apenas com a Maternidade da Santa Casa para a realização dos partos, a qual atende somente baixo risco. Não há UTI neonatal. Realiza cerca de 180 a 200 partos por mês, o que corresponde a 40-50% dos partos do Município. O restante ocorre em Santos, São Vicente, Mongaguá e outros municípios vizinhos. A taxa de cesarianas gira em torno de 35%.

Considerando-se o período de janeiro a setembro de 1996, a taxa de mortalidade materna foi zero no Município. A princípio, este seria um bom indicador de saúde, visto que a maioria das gestantes tem partos hospitalares. Porém, devido ao fato de apenas metade dos partos ocorrerem no Município e serem estes somente de baixo risco, esta taxa pode não traduzir dados mais completos a respeito, já que casos de eclâmpsia ou outras intercorrências que podem resultar em morte materna são computadas em outros municípios.

### 7.4.3 Planejamento Familiar

O serviço de Planejamento Familiar é operacionalizado através da Divisão de Saúde Infantil da Secretaria de Saúde Pública, por se entender que a morbimortalidade materna e também infantil pode ser consequente do fato das mulheres terem muitos partos ou os terem muito próximos ou ainda por serem muito jovens ou idosas.

Optou-se por expor o Programa junto à Saúde da Mulher pois esta atua em conjunto.

Para viabilizar o serviço, uma equipe composta por um médico ginecologista, psicóloga, assistente social, enfermeira e uma educadora em saúde pública foi treinada no Hospital Guilherme Álvaro.

Todas as unidades básicas de saúde oferecem como métodos contraceptivos o preservativo e anticoncepcionais hormonais orais. Para DIU, Diafragma e métodos definitivos tem-se como referência a multiclínica Tude Bastos.

O Programa visa assegurar aos casais a opção de planejar quando e quantos filhos querem ter ou como evitar tê-los, respeitando-se a decisão do casal sobre qual método utilizar.

Quando se trata dos métodos definitivos (laqueadura e vasectomia), o casal recebe esclarecimentos sobre os mesmos, devendo preencher os pré-requisitos exigidos.

Os métodos mais utilizados no Município são os hormonais orais, seguidos do preservativo. Esses últimos são fornecidos em quantidade de acordo com a história de vida da pessoa, sendo em quantidade maior para prostitutas, usuários de drogas, etc.

As orientações sobre Planejamento Familiar seguem o seguinte fluxograma na figura 11.

## 7.5 Nutrição

A Prefeitura Municipal de Praia Grande em seu Plano Plurianual (1994-1997) apresenta como proposta a supervisão nas unidades de creches, centros recreativos, Casa da Criança e do Adolescente referente ao tipo de alimentação, assim como à orientação dietética nas unidades básicas de saúde cujos objetivos não foram plenamente alcançados por falta de recursos humanos.

A Prefeitura conta atualmente com dois nutricionistas, estando o trabalho voltado para a Saúde Infantil, Obesos e Diabéticos.

Embora não haja uma equipe completa de nutrição, são ministradas palestras com a participação de uma enfermeira e um endocrinologista que atendem o Grupo de Diabéticos. Esse grupo também realiza caminhadas e segue uma dieta alimentar especial, sob a orientação do nutricionista.

O Programa de Suplementação Alimentar (PSA) é feito pelo médico pediatra, educadora em Saúde Pública e nutricionista, conforme figura 12:

FIGURA 11

PROJETO PLANEJAMENTO FAMILIAR - PRAIA GRANDE

F L U X O G R A M A

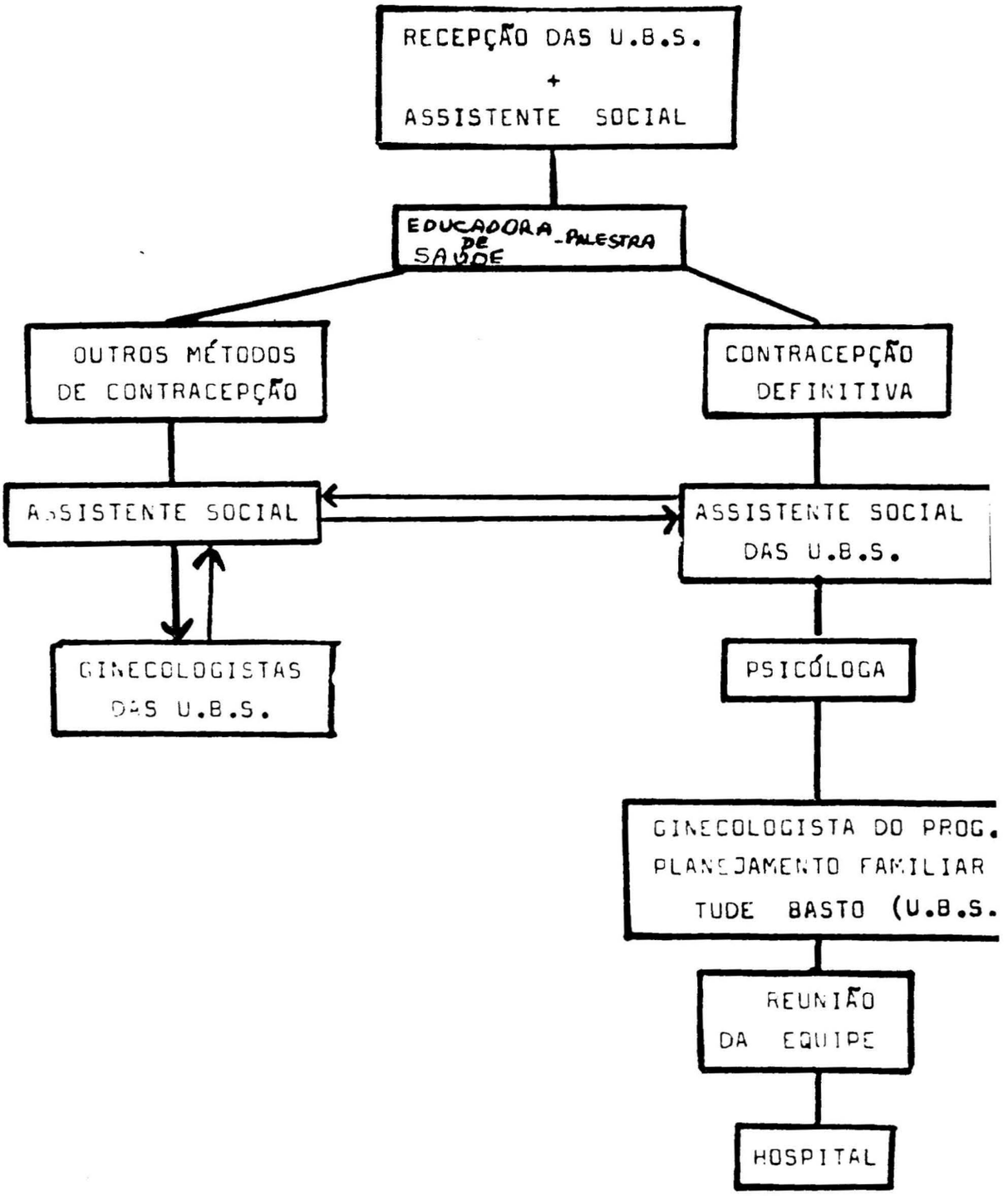
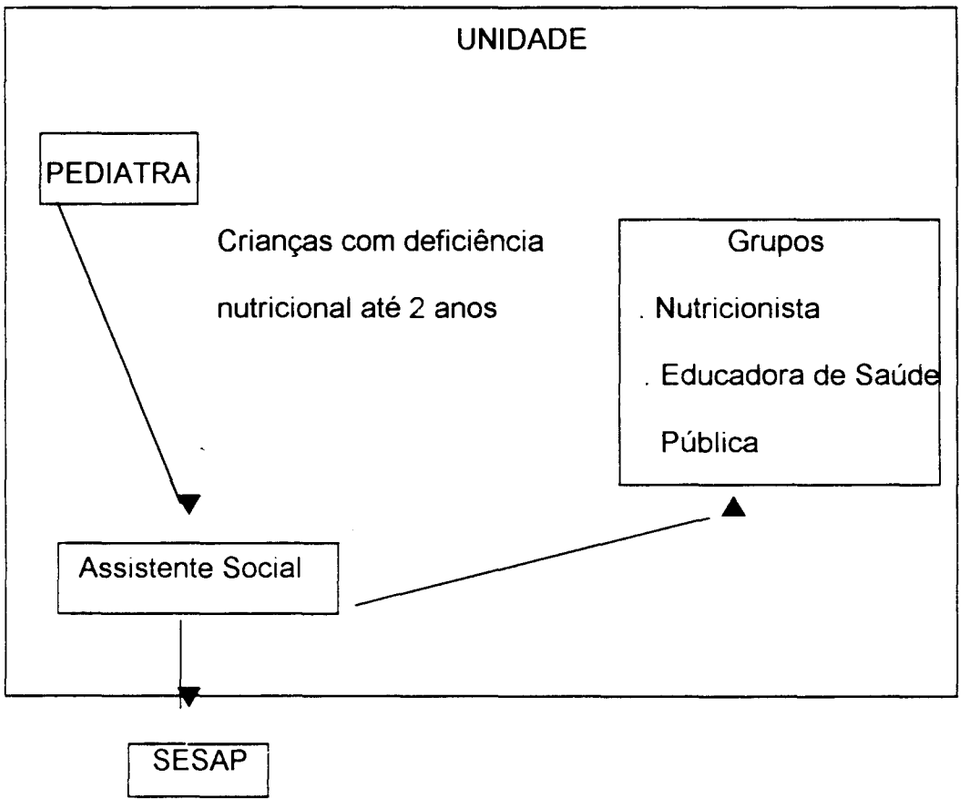


Figura 12- Fluxograma do Programa de Suplementação Alimentar.




Fonte: Secretaria de Saúde Publica - Praia Grande - 1996

Visa prevenir a desnutrição em crianças de risco ou recuperar crianças em estado de desnutrição.

No PSA, são fornecidos quatro Kg de leite em pó para crianças menores de um ano (seis meses a um ano) e dois Kg para aqueles maiores de um ano.

A avaliação desse programa é realizada uma vez por ano.

Considerando que os fatores sócio-econômicos atuam em ordem direta nas condições de saúde da população e que a criança é população de risco, sensível às variações e alterações sócio-econômicas, a Divisão de Saúde Infantil da Secretaria de Saúde Pública se propõe a realizar um trabalho diagnóstico-educativo junto às mães de crianças em estado de desnutrição no sentido de conhecer e avaliar, as reais causas dessa desnutrição.

É incentivado o aleitamento materno na rede municipal de saúde, constatando-se pouquíssimos casos de desnutrição proteico-calórica em crianças menores de seis meses alimentadas com leite materno.

Desde fevereiro de 1995, a Secretaria da Promoção Social fornece cesta básica para a gestante de baixo peso durante a gravidez. Esse programa funciona, considerando o número de gestantes, de baixo peso atendidas nas Secretarias de Saúde, conforme tabela 24.

No caso de sobrarem cestas, as mesmas são fornecidas para as mulheres até o terceiro mês após o parto.

**Tabela 24-** Número total de gestantes X número total de gestantes de baixo peso, em 1995.

| UBS | N° de Gestantes | N° Gest. Bx Peso | % |
|---|---|---|---|
| Anhanguera | 400 | 10 | 2,5 |
| Boqueirão | 433 | 37 | 8,5 |
| Forte | 159 | 1 | 0,6 |
| Malvi | 157 | 4 | 2,5 |
| Samambaia | 302 | 1 | 0,3 |
| São Jorge | 237 | 22 | 9,2 |
| Sciemar | 182 | 6 | 3,2 |
| Sonia Regina | 293 | 11 | 3,7 |
| Tude Bastos | 295 | 29 | 9,8 |
| Vila Sonia | 255 | 2 | 0,7 |
| Total | 2713 | 123 | 4,5 |

Fonte: Secretaria de Saúde Pública - Praia Grande 1995

A pastoral da criança fornece farinha enriquecida para a população desnutrida, não estando esse programa vinculado à Prefeitura de Praia Grande.

## 7.6 Saúde Mental

Segundo dados fornecidos pela Chefe da Divisão de Saúde Mental e Reabilitação Dra. Cristina Pessoa Braga, psiquiatra, a atenção à Saúde Mental no Município de Praia Grande iniciou por volta do ano de 1988, contando na ocasião somente com psicólogos que faziam o atendimento infantil.

O serviço localizava-se inicialmente na Fundação São Francisco de Assis, que presta serviços para a Prefeitura, concentrando as questões de assistência social do Município. Esse serviço foi para o CEMAS, formando depois o Núcleo Henry, onde era realizado o atendimento aos deficientes e aos pacientes de Saúde Mental. Por abarcar também os deficientes físicos, essa Divisão recebeu o nome de Saúde Mental e Reabilitação.

A partir de 1992, o atendimento de Saúde Mental passou a existir como um Ambulatório específico no Boqueirão, ficando o Núcleo Henry destinado aos deficientes físicos e mentais.

A partir de 1995, ao assumir esta Divisão, a Dra. Cristina Pessoa Braga, constatou a necessidade de mudança na estrutura de atendimento, visando modernizá-lo, inclusive no aspecto que se refere a adequação dos profissionais às necessidades do setor, buscando ganho quantitativo e qualitativo nos serviços prestados à população.

Atualmente há 5.000 pacientes inscritos. Os atendimentos realizados são:

A partir de 1997 o Ambulatório de Saúde Mental do Boqueirão passará a ser denominado SAMED 1 (Saúde Mental Diferenciada), contando com psicólogos, psiquiatras e assistente social, trabalhando em regime de plantão de 12 horas, com o objetivo de estender o horário de atendimento das 7 às 19 horas, para futuramente abranger 24 horas. Para reforçar a equipe, há negociação com o Hospital das Clínicas de São Paulo para promover nas novas unidades estágio em Psiquiatria. Serão feitos atendimentos clínicos grupais e individuais. Além disso, no mesmo local estão sendo criados 3 leitos para repouso para casos psiquiátricos de emergência. Se necessário haverá encaminhamento para o Pronto Socorro ou Hospital Geral.

Com isso, pretende-se encurtar o fluxo necessário para internação em Hospital Psiquiátrico solicitando à DIR XIX autorização para o próprio serviço emitir AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

Considerando-se o fluxo atual, o paciente psiquiátrico que chega ao Pronto Socorro de Praia Grande é avaliado por um médico clínico que encaminha caso haja necessidade de internação, para o Hospital Guilherme Álvaro, localizado em Santos para nova avaliação, para então ser emitida uma AIH, geralmente para o Hospital Psiquiátrico de Itapira.

Outro módulo desse mesmo Projeto está sendo iniciado em Vila Mirim, denominado SAMED 2. Com a reforma de um prédio anexo onde funciona um Pronto Socorro estão sendo montadas 13 (treze) tipos de oficinas terapêuticas com o objetivo de profissionalização e socialização dos pacientes psiquiátricos. O funcionamento será também das 7 às 19 horas, com equipe de

1 coordenador, 1 assistente social e 1 profissional de nível superior para cada sala (psicólogos, psiquiatras e terapeuta ocupacional). Nesse local, os pacientes receberão também medicação, alimentação, contando com uma sala de repouso.

Encontra-se incluída no Projeto a busca ativa de egressos de Hospitais Psiquiátricos, programa específico para Adolescentes e trabalho com escolares.

Em relação ao perfil dos pacientes atendidos nos serviços, estima-se que em torno de 60% são do sexo feminino, apresentando neurose de ansiedade e depressão em sua maior parte.

A procura dos serviços de Saúde Mental é feita pela população em geral dos diversos níveis sócio-econômicos, não sendo muito comum a procura por clínicas particulares.

Conforme plano plurianual, as metas do Serviço de Saúde Mental no ano de 1996 são as seguintes:

Devido à grande demanda do atendimento emergencial psiquiátrico, esta deverá ser centralizada num Pronto Socorro Psiquiátrico onde os profissionais da área terão condições plenas para um atendimento correto e eficaz. Com essa medida espera-se diminuição da demanda dessa população nos Pronto Socorros municipais e também diminuição das internações psiquiátricas do município.

Este serviço seria implantado no prédio do Pronto Socorro Caiçara, pretendendo-se em primeira instância ocupar uma sala para atendimento do

médico psiquiatra e outra para manter três leitos de repouso até 72 horas. Sendo que o Pronto Socorro Caiçara continuaria em seu funcionamento, já existente, prestando serviço normalmente. Em segunda instância haverá transferência do Pronto Socorro Caiçara para outro prédio, próximo às imediações, criando assim além do serviço de emergência o Hospital Dia, que trabalharia junto com o Pronto Socorro Psiquiátrico por oito horas durante o dia. À noite atenderia somente o Pronto Socorro Psiquiátrico.

No que diz respeito às metas atingidas, encontramos:

- Viatura para transporte de pacientes e visitas domiciliares (4 vezes por semana);
- Organização do Serviço de Arquivo;
- Implantação do Serviço de Estatística;
- Organização de reuniões clínicas e de staff;
- Normatização do Serviço de Recepção;
- Aquisição de materiais necessários para a melhor qualidade de serviço prestado pelos profissionais de área de psicologia e terapia ocupacional;
- Participação no 1° Simpósio de Saúde Mental da Baixada Santista (setembro de 1996).

Em relação às metas não atingidas, incluem-se:

- A necessidade de contratação de profissionais;

- Viatura permanente no Ambulatório de Saúde Mental;
- Ampliação do espaço físico do prédio.

Quanto às metas propostas:

- Cumprimento das metas não atingidas;
- Criação do Pronto Socorro psiquiátrico;
- Criação do Hospital Dia;
- Uma ambulância para o Pronto Socorro Psiquiátrico;
- Aprimoramento dos Programas de Saúde Mental;
- Criação de passes ou carteirinha para utilização dos ônibus municipais, para os pacientes do ambulatório de Saúde Mental;
- Reciclagem periódica da equipe multidisciplinar do Ambulatório de Saúde Mental.
- Criação de Programa em parceria com a Associação dos Alcóolicos Anônimos - A.A.A., com formação de trabalhos de grupos junto ao Ambulatório de Saúde Mental.
- Parceria entre as ONGs e Ambulatório de Saúde Mental
- Criação de novos programas de Saúde Mental preconizados pelo Ministério da Saúde.

## 7.7 **Divisão de Enfermagem**

### 7.7.1 Ambulatório

Esta Divisão coordena técnica e administrativamente os serviços de enfermagem desenvolvidos nas Multiclínicas, através de enfermeiras lotadas na SESAP.

Rede Física

13 Multiclínicas e Santa Casa

•Funcionamento

de 2ª à 6ª feira, das 7 às 17 horas

• Recursos Humanos e Serviços

Auxiliares de Enfermagem (AE):

Duas ou três AE por multiclínica atuando nos ambulatórios de pediatria, ginecologia e clínicia médica. Os serviços oferecidos são: coleta, vacinação, curativos, medicação, inalação, controle de P. A, e, nas unidades de menor porte, realizam a pré e pós consultas.

Uma AE na Santa Casa é responsável pelo encaminhamento das multiclínicas dos nascidos neste serviço garantindo assim, a 1ª consulta com pediatra ao sair da maternidade.

Enfermeiras

Seis enfermeiras responsáveis pela supervisão de enfermagem, requisição e controle do material e medicamento nas multiclínicas, o qual é realizado mensalmente.

• Programas:

Aleitamento materno

Planejamento familiar

DST/AIDS

Hipertensos

Ainda não implantados em todas as unidades

• Dificuldades do serviço

deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos

7.7.2 Pronto Socorros

Esta divisão também conta com 2 enfermeiras, lotadas na SESAP, que coordenam os serviços dos Pronto-Socorros.

• Rede física

1 unidade emergencial (P.S. Central - P.P.A)

(departamento da Prefeitura dentro da Santa Casa).

4 Pronto-Socorros

PS Cidade Ocian: com 6 leitos

PS Vila Caiçara: com 3 leitos

PS Samambaia: com 3 leitos (inaugurado em 15/9/96)

PS São Jorge: 6 leitos (inaugurado em 1°/10/96)

Estes 2 últimos estavam desativados e funcionavam como ambulatórios e foram reativados por reivindicação da população .

• Recursos Humanos/Administração de Recursos

Auxiliares de Enfermagem

106 em jornada de trabalho de plantão 24 horas/uma vez por semana

Enfermeiras

2 da unidade administrativa que percorrem os Pronto-Socorros, diariamente. Têm a responsabilidade de supervisão e do levantamento do material e medicamento do estoque das unidades, os quais serão distribuídos semanalmente e estocados no mini-almoxarifado em cada PS. Foram contratadas recentemente 5 enfermeiras.

A diretora do PS Cidade Ocian, também percorre todos os pronto-socorros com o livro de ponto dos funcionários, diariamente.

A maioria destes profissionais são contratados sob o regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o critério para ingresso ao serviço é a experiência mínima de um ano em atendimento emergencial.

• Dificuldades do serviço

Deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos.

A jornada de trabalho em plantões de 24 horas/semanais (os novos funcionários serão admitidos em jornada de 12/36 horas)

Necessidade de haver treinamentos da parte técnica e das relações interpessoais.

• Sistema de Informação

Fichas de atendimento

Livro de Registro das Ocorrências

CECOM - sediado no PS Cidade Ocian

Cartilha com finalidade de orientar a população como utilizar os serviços de saúde

**Projeto Brisa** - (Serviço Resgate)

O serviço resgate no Município de Praia Grande desde 1994 é composto de um conjunto de equipamentos técnicos com pessoal especializado, com a finalidade de socorrer vítimas, proporcionando ao socorrido as condições básicas ao seu suporte de vida.Também atua nas escolas para utilização deste serviço.

O município conta com cinco (5) ambulâncias equipadas com os seguintes itens, cujo serviços são solicitados pelo código telefônico (192).

Equipamento de oxigênio

Fixo: Cilindro de no mínimo 1.000 lts.

Regulador de 200 $Kgf/cm^3$ p. 3,5 $Kgf\ cm^3$

Régua com 3 pluigs

2 fluxometros

1 aspirador tipo Venture

Portátil

1 cilindro pequeno

1 regulador

Ventilação Manual

1 Ambu adulto e um infantil

2 máscaras pneumáticas adultos e duas infantis

Vias aéreas

Laringoscópio: Adulto e Intanfil

Lâminas: Adulto e Infantil

Cânulas: Endatroqueal: Adulto e Infantil

Guedel: Adulto e Infantil

# 8. SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE

Os serviços de abastecimento de água e coleta e afastamento de esgotos sanitários são executados pela concessão do município estância Balneária de Praia Grande à companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - SABESP.

A discussão que se segue baseia-se em dados coletados quando da visita à SABESP do Município.

## 8.1 Sistema de Abastecimento de Água

### 8.1.1 Manancial/Captação/Adução de Água Bruta

O manancial é de água de nascente (manancial de superfície) composto de quatro barragens; com as seguintes características, conforme Quadro 13

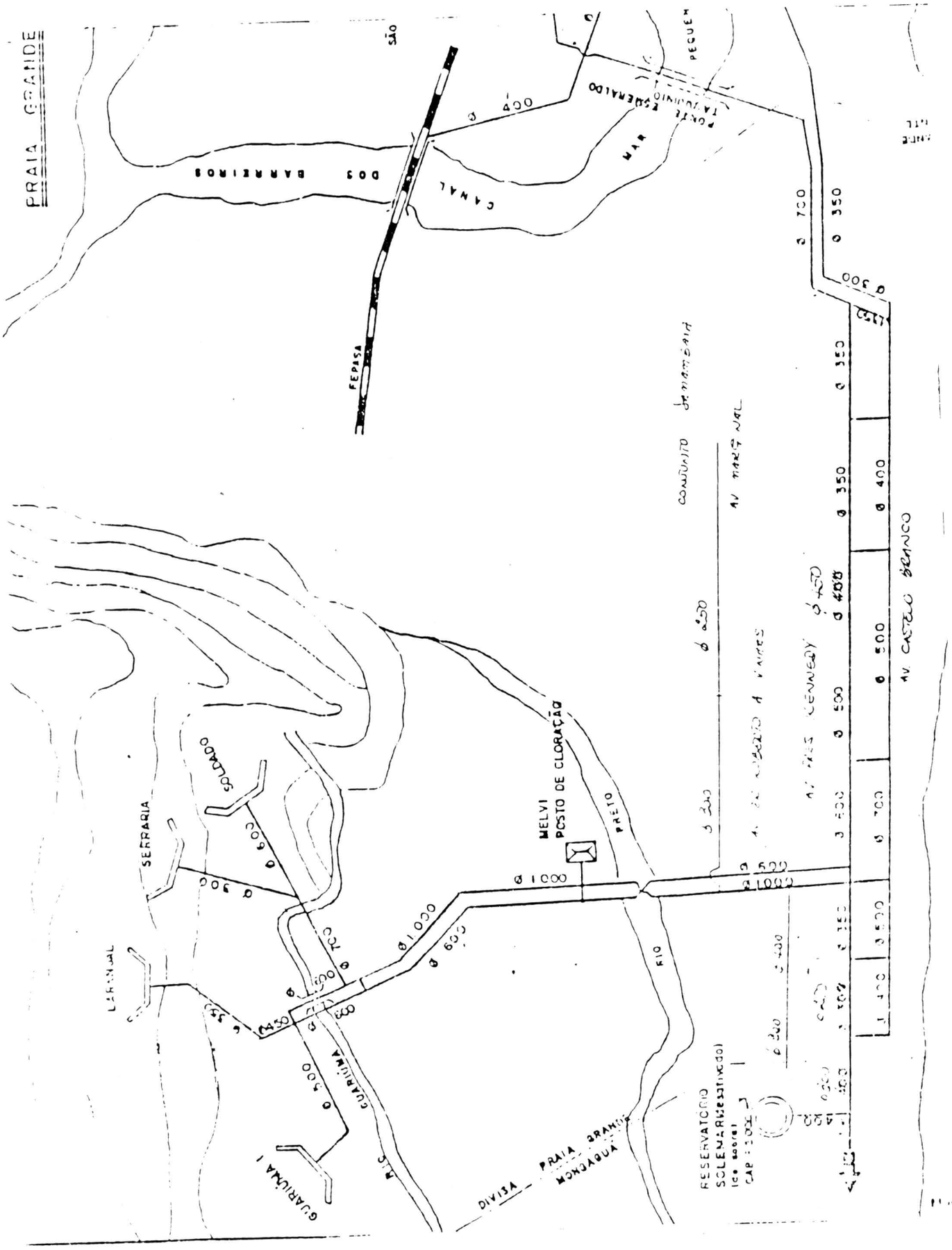
QUADRO 13 - Adução de Água Bruta: Extensões

| CAPTAÇÃO | ÁREA DE CAPTAÇÃO | ADUÇÃO ÁGUA DIÂMETRO | BRUTA EXTENSÃO |
|---|---|---|---|
| Guariuma | 1000 $m^2$ | 600 mm | 3080 m |
| Laranjal | 500 $m^2$ | 350 mm<br>450 mm<br>600 mm | 1200 m<br>300 m<br>850 m |
| Serraria | 200 $m^2$ | 300 mm | 300m |
| Soldado | 5000 $m^2$ | 600 mm | 1580 m |
| Soldado<br>Serraria | | 700 mm | 2840 m |
| Serraria<br>Soldado<br>Laranjal | | 1000 mm | 3310 m |

FONTE: SABESP - Gerência Divisional de Praia Grande

A Figura 13 - mostra esquematicamente o manancial, a captação e a adução de água bruta.

FIGURA 13- Esquemas dos Sistemas de Água




FONTE: SABESP - Gerência Divisional de Praia Grande

### 8.1.2 Tratamento e Controle

O tratamento e controle é efetuado na estação de cloração, fluoretação e correção de pH.

FIGURA 14 Fachada do Posto de Tratamento e controle da SABESP

FIGURA 15 - Estocagem de produtos químicos da direita para a esquerda: tanque de ácido fluorsílirico 1 (un); soda (2 un) água clorada (1 un)

Por ocasião da visita à estação de tratamento e controle (Fifuras 14 e 15) foi constatada a presença de água (de chuvas ou lençol freático) na caixa de alimentação de fluor, cloro e soda, bem como oxidação nos tanques de água clorada e soda. A SABESP já possui um plano para manutenção nesta estação de tratamento.

### 8.1.3 Reservação

No município de Praia Grande não existe reservação, entretanto a SABESP está prevendo para o ano 2000 um reservatório com capacidade de 50 mil metros cúbicos.

Não existe falta de água no município, mas no período de temporada, quando a população passa de 200 mil para aproximadamente 1,5 milhão de pessoas aliadas ao aumento de temporada com a chegada do verão, provoca uma queda de pressão nos cavaletes.

Inclusive neste período existe um abastecimento alternativo, com abertura de registro de adutora de água tratada de diâmetro de 700 mm, que passa pelo município.

### 8.1.4 Distribuição

O sistema de distribuição é composto por 70.423 ligações e 126.550 economias. A população atendida é de aproximadamente 99%, com extensão de renda de 899.929 m.

As redes de distribuição são divididas em:

| | |
|---|---|
| Ferro fundido | 55% |
| PVC | 40% |
| Fibrocimento | 5% |

As redes de ferro fundido de diâmetro 50 mm (aproximadamente 40% do total) são antigas, devendo apresentar, provavelmente, problemas de incrustações, necessitando de substituição futuramente.

As redes de fibrocimento vem sendo substituidas paulatinamente por PVC ou ferro fundido. Isto acontece quando elas apresentam um arrebentamento ou são danificadas.

O índice de perdas para o município de Praia Grande foi em média de 44% (período de agossto de 1995 a julho de 1996), conforme planilhas de controle da SABESP. Existe uma metas para o índice de perdas de:

| | |
|---|---|
| 1996 | 34% |
| 1997 | 30% |
| 1998 | 26% |

### 8.1.5. Controle de Qualidade de Água

A SABESP mantém uma divisão de controle sanitário que busca mater um padrão de qualidade de água dentro da legislação vigente.

Apesar disto, não foi possível obter os dados destas atividades de controle para uma discussão sobre a qualidade de água distribuída à população do município da Estância Balneária de Praia Grande.

## 8.2 Sistema de Esgoto Sanitário

### 8.2.1 Rede de Esgotos

O município da Estância Balneária de Praia Grande opera com sistema de esgotamento sanitário tipo separador absoluto, atendendo 25%, aproximadamente, das edificações urbanas. O número de ligações é de 11.513, sendo 45.942 economias. A quantidade de rede coletora é de 124.313 metros.

Apesar disto, existem interceptores para as águas pluviais e corpos de água. Estes interceptores são paralelos aos interceptores de esgotos da SABESP, na orla. Parte destas águas se utilizam dos emissários da SABESP para disposição oceânica (em períodos da seca) a parte são bombeadas para a estação Acaraú Mirim da SABESP (pré condicionamento com peneira estática e câmaras de cloração) e posterior lançamento no do Aracaú Mirim

As figuras N° 16 e N° 17 mostram a concepção geral do sistema de esgotamentos sanitários, subdivididos em:

- Subsistema 1
  - Interceptor I-1
  - Emissário ES-1 (Forte)
- Subsistema 2
  - Interceptor I-2.1
  - Interceptor I-2.2
  - Emissário ES-2 (Tupy)

Subsistema 3 : não implantado

A figura n° 17 mostra, também, os locais providos de redes de esgotos sanitários (25% do município).

### 8.2.2 **Subsistema 1**

**8.2.2.1 Características principais das obras** projetadas para emissário ES-1 (Forte)

As principais características das obras projetadas são apresentadas a seguir:

- Número de Economia Atendidas

- 1ª Etapa Imediata 28.600
- 2ª Etapa 46.525

• Vazão máxima afluente (por recalque)

- 1ª Etapa Imediata (EI-1) 635 l/s
- 2ª Etapa (EPC-1) 1.041l/s

• Emissário Submarino ES-1

- Trecho inicial (junto à Câmara de Carga)
  . Material aço carbono
  . Diâmetro 40"
  . Espessura da chapa 5/8"
  . Extensão (a partir do eixo da câmara de carga) 7,956 m

• Emissário difusor

- Material PEAD (polietileno de alta densidade)
- Diâmetro
  . Diâmetro nominal (externo) 1000 mm
  . Diâmetro interno 923 mm
- Espessura da parede 38,5 mm
- Extensão total 3.300 m
- Extensão até o trecho difusor 2865 m
- Trecho Difusor
  . Extensão 435 m
  . Diâmetro dos furos difusores 6,5 cm
  . Número de furos difusores 174 furos

•Câmara de Carga

| | |
|---|---|
| - Forma | cilíndrica |
| - Diâmetro interno | 4,5 m |
| - Material | concreto armado |
| - Cota do terreno (aterro) | + 4,00 m |
| - Cota do topo | + 13,00 m |
| - Cota do piso superior | + 11,00 m |
| - Cota do acesso ao piso superior | + 4,15 m |
| - Cota do nível máximo transiente | + 9,48 m |
| - Cota do nível máximo de regime | + 9,06 m |
| - Cota do nível mínimo de regime | - 0,65 m |
| - Cota do nível mínimo transiente | - 3,16 m |
| - Cota de Fundo | - 3,36 m |
| - Cota de saída do emissário submarino (eixo da tubulação de ação 40") | - 4,03 m |

Tratamento de Gases

A estação de pré-condicionamento está provida de sistema de controle de poluição do ar (lavador Hidroventuri -Belfano) para tratamento dos

gases gerados no sistema de gradeamento. Existe também um lavador de gás junto à área de estocagem de cilindros de cloro para o controle de gases gerados por ocasião de possíveis acidentes.

#### 8.2.2.2 Descrição da concepção geral de esgotamento do subsistema 1

A concepção geral de esgotamento do subsistema 1, que abrange os bairros de Boqueirão, Guilhermina, Sítio do Campo e Jardim Bechara, foi definida quando da elaboração do projeto técnico deste subsistema.

Foi dado maior ênfase à área mais urbanizada do subsistema 1, constituída pelos bairros de Boqueirão e Guilhermina, e compreendida entre a orla marítima e a Rodovia Juquiá-São Vicente. A concepção geral preconiza o esgotamento da área através de redes coletoras que acompanham a declividade natural predominante do terreno, no sentido da orla marítima. Pequenas áreas são esgotadas através de estações elevatórias distritais (EE-34 e EE-35), que recalcam as contribuições no sentido da orla. Os esgotos sanitários coletados são transportados pelo interceptor I-1, que se desenvolve ao longo da praia, até a Estação Elevatória Inicial EI-1 no lado do PV 30 localizada próxima ao Forte Itaipu. Esta elevatória tem por função recalcar os esgotos afluentes até a Estação de Pré Condicionamento EPC-1. Posteriormente, os esgotos, devidamente pré-condicionados são encaminhados até a câmara de carga do Emissário Submarino ES-1 para disposição oceânica.

Numa etapa futura serão atendidas as áreas localizadas além da rodovia Juquiá-São Vicente, abrangendo os bairros Sítio do Campo e Jardim Bechara.

O Emissário Submarino ES-1, tem por função conduzir os esgotos sanitários afluentes à câmara de carga até o local de lançamento e proceder através de seus difusores a conveniente dispersão dos afluentes no mar.

O emissário pode ser subdividido nos seguintes trechos:

- Trecho terrestre

- Trecho submerso

- Trecho difusor

O emissário submarino tem início na parte inferior da câmara de carga, desenvolvendo-se abaixo da superfície do terreno até a transposição da zona de arrebentação das ondas.

Após a travessia da zona de arrebentação das ondas, o emissário aflora do terreno e passa a se desenvolver assentado no fundo do mar até o local escolhido para lançamento do esgotos.

Neste local tem-se o início do trecho difusor que promove a conveniente disposição final dos esgotos.

#### 8.2.2.3 Emissário Submarino ES-1/Condicionantes do traçado

- Declividade da Tubulação do Emissário Submarino

Com a finalidade de evitar eventuais acúmulos de ar e gases dissolvidos nos esgotos, que poderão prejudicar o escoamento no emissário submarino, a tubulação é permanentemente descendente com declividade progressivamente decrescente no sentido do trecho difusor.

• Nível de Saída da Câmara de Carga

A câmara de carga tem a finalidade de absorver os efeitos das condições transientes de escoamento nas situações de acionamento e parada do sistema, através da oscilação do nível no seu interior.

A câmara de carga tem ainda a importante função de evitar a entrada de ar no emissário submarino, o que poderia causar colapso da tubulação de PEAD. Para tal, a saída para o emissário é localizada abaixo do nível mínimo de oscilação no interior da câmara de carga.

O nível de saída da câmara de carga (-4,03 no eixo da tubulação) torna-se um importante condicionante do traçado em perfil do emissário submarino em função de condicionante anterior que especifica que a tubulação deverá ser permanentemente descendente no sentido do trecho difusor.

• Profundidade do Trecho Difusor

O trecho difusor está localizado em profundidades de ordem de 12 a 13 metros para se ter lâmina de água suficiente para obtenção das diluições iniciais previstas em projeto.

### 8.2.2.4 Critérios e Parâmetros Básicos de Projeto

Os critérios e parâmetros básicos utilizados, que definem usos benéficos do corpo receptor, áreas a preservar e padrões de qualidade, os quais são apresentados sucintamente a seguir:

- Usos benéficos

. Balneabilidade

Proteção da faixa utilizada para fins balneários.

. Pesca

Esta atividade é de pequena expressão nas proximidades do emissário, desconhecendo-se informações sobre exploração de moluscos.

- Áreas a preservar

- Toda a faixa de 300 m ao longo da orla da praia.

- Padrões de qualidade:

- Aqueles indicados pela Resolução CONAMA n° 20 de 18/6/86.

- Parâmetros de Projeto:

- Concentração de coliformes fecais no esgoto bruto: $3 \times 10^8$ colis/100 ml.

- Concentração de coliformes fecais na linha externa à faixa de preservação: $10^3$ colis/100 ml.

- Decaimento bacteriano

. $T_{90}$ (60%) 90 min

. $T_{90}$ (75%) 105 min

. $T_{90}$ (85%) 120 min

- Correntes superficiais convergentes (U)

. U 80% 35 cm/s

. U 93% 40 cm/s

. U 97,5% 45 cm/s

• Dispersão (m)

. $m_1$: 0,25 $h^{-1}$ para U 80%

. $m_2$: 0,30 $h^{-1}$ para U 93%

. $m_3$: 0,35 $h^{-1}$ para U 97,5%

. Diluição inicial mínima 1:50 e média 1:100, com meio estagnado e estratificado

. Vazões: conforme estabelecidas no item anterior.

• Modelo Matemático da Dispersão

O modelo matemático para o sistema emissário - difusor é representado pela expressão:

$C_P = C_E \cdot R_T \cdot R_{DI} \cdot R_B \cdot R_M$ - onde

$C_P$ = concentração de coliformes admissíveis na zona de preservação

$C_E$ = Concentração de coliformes no esgoto bruto

$R_T$ = Redução por tratamento e desinfecção

$R_{DI}$ = Redução por diluição inicial

$R_B$ = Redução por decaimento bacteriano

$R_M$ = Redução por misturação

a) O indicador de contaminação é a concentração de coliformes, valendo observar que:A redução por tratamento ($R_T$) é função do processo do pré-condicionamento somado à desinfecção por cloro. Para o caso em pauta, o pré-condicionamento prevê remoção de sólidos sedimentáveis e flutuantes.

A dosagem de cloro deverá ser da ordem de 10 a 20 mg/l, tendo em vista que o tempo mínimo de permanência do esgoto no emissário poderá garantir 1 mg/l de cloro residual na saída dos difusores; no topo da pluma pretende-se que a concentração de cloro residual seja de no máximo 0,01 mg/l.

b) A redução por diluição inicial $R_{DI}$ é parâmetro para o projeto do difusor.

c) A redução por decaimento bacteriano ($R_B$) é representada pela Lei de Chick:

$R_B = 10^{+t}/T_{90}$, onde

t = tempo de percurso

$T_{90}$ = taxa de decaimento bacteriano

d) A redução por misturação ($R_M$) segue a lei:

$C_{P(t)} = C_{P(to)} \times 10^{-(t-to)m}$, onde

"$C_P$"é concentração de pico medida em função do tempo de percurso "t", Esta diluição foi avaliada experimentalmente pela concentração de $PO_4$ dos esgotos e do traçador radioativo Br - 82, lançado em injeção contínua com os esgotos, simultaneamente.

• Condições de Lançamento

Devido à pequena variação do valor máximo da vazão de projeto, não se alteram as condições de lançamento anteriormente definidas para os esgotos.

Isto significa também que se mantém a profundidade a ser atingida pelo trecho difusor, da ordem de 12 a 13 metros.

### 8.2.3 Subsistema 2

Abrange os bairros: Quietude, Antartica, Mirim(parte), Aviação, Tupy e Ocian. Sendo que o interceptor I-2.1 recebe esgotos do Bairro Ociam, Quietude e Mirim (parte) e o Interceptor I-2.2 recebe esgotos dos bairros Tupy, Aviação e Antártica. Os interceptores I-2.1 e I-2.2 conduzem os esgotos ao Emissário Submarino ES-2(Tupy).

As figuras n°16 e n°17 mostram os subsistemas 2 com os interceptores I-2.1 e I-2.2 além do emissário submarino ES-2 (Tupy). A figura n° 17, identifica áreas com sistema de esgotos sanitários.

A concepção e as diretrizes do subsistema 2 seguem as características e parâmetros gerais semelhantes ao sistema 1 (Item 8.2.2).

### 8.2.4 Subsistema 3

Abrange os bairros de Mirim(parte), Flórida, Solemar II, Melvi, Trevo, Caiçara e Solemar. Este sistema não está implantado e não existe previsão de implantação.

### 8.2.5 Sistema de Drenagem de Águas Pluviais e Fluviais na Orla

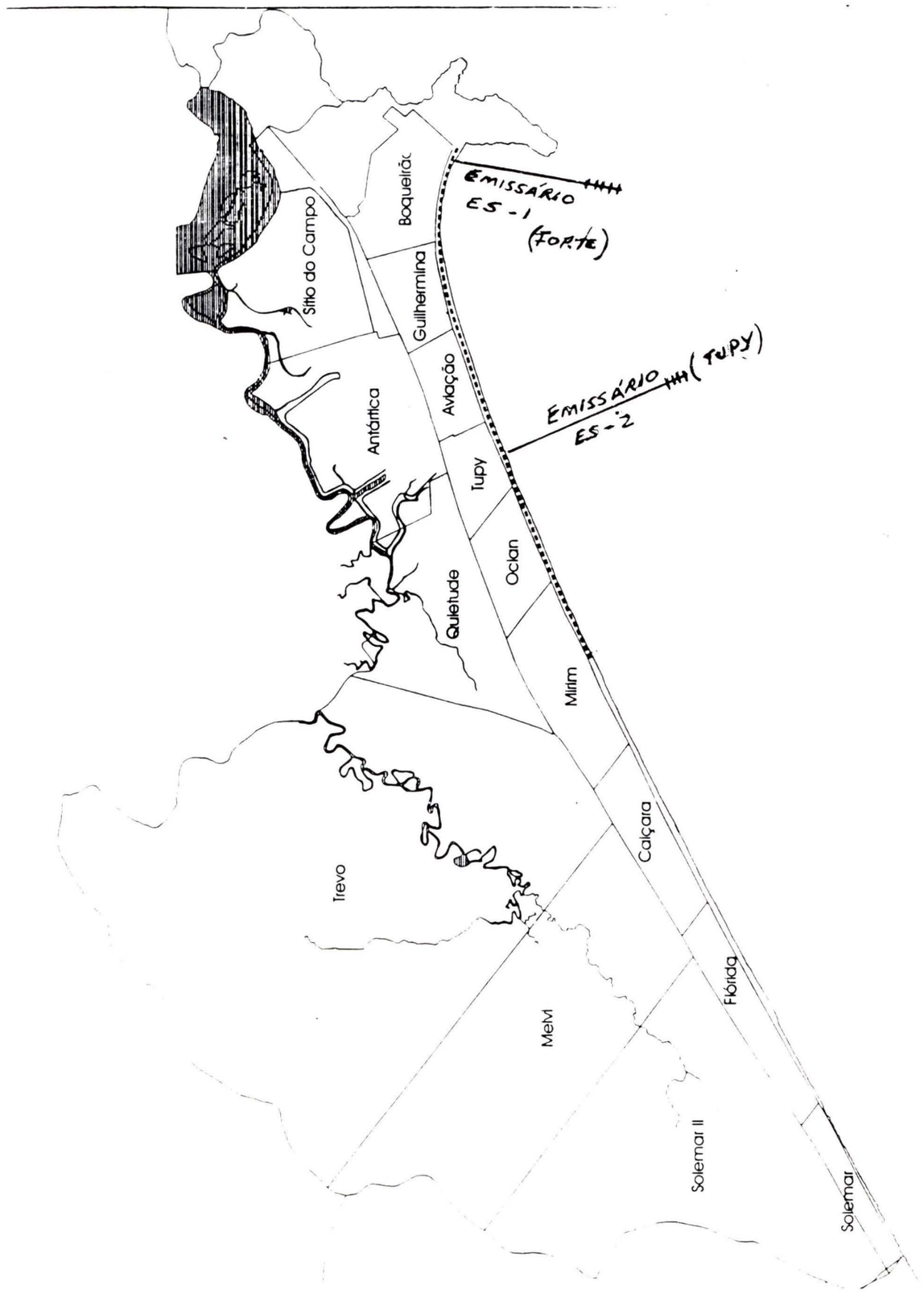
Apesar de existir um sistema separador absoluto, as águas fluviais e pluviais que têm seus interceptores na orla, tem o seu projeto adaptado na concepção do subsistema de esgotos sanitários ou seja:

Subsistema 1: recebe águas fluviais que são encaminhadas ao emissário ES-1(Fonte).

Subsistema 2: Os bairros Tupy, Aviação e Antártica têm suas águas de drenagem encaminhados ao emissário ES-2.

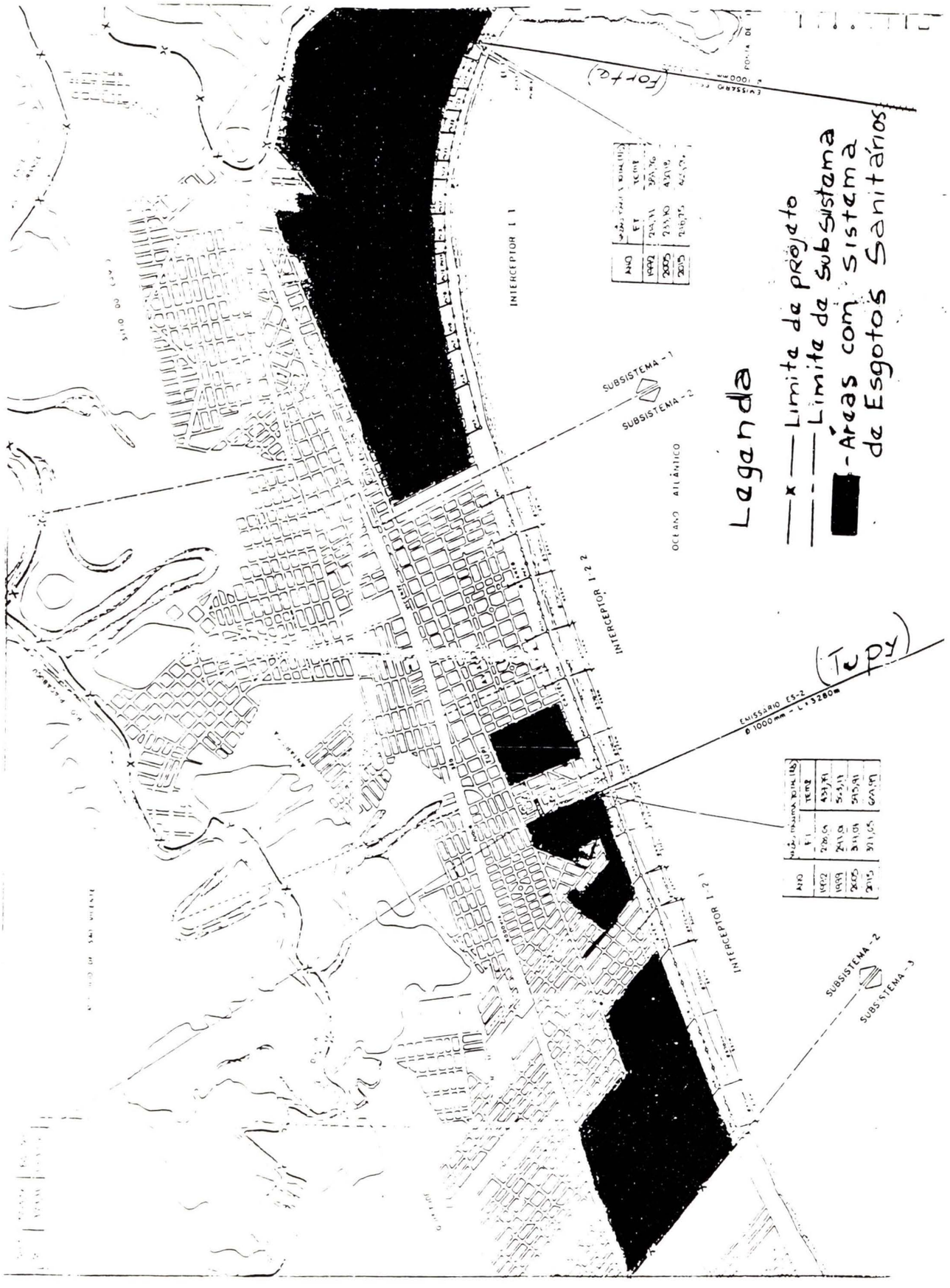
Os bairros de Quietude, Ociam e Mirim(Parte) têm suas águas de drenagem encaminhados, para bombeamento, à estação de pré-condicionamento da SABESP denominada Araraú Mirim, com posterior lançamento no Rio Acaraú Mirim.

FIGURA N° 16 Croqui simplificado do Sistema de Esgotamentos Sanitários.




FONTE: Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande

FIGURA No17 - Sistema de Esgotamentos Sanitários




FONTE: Hidroconsult - Consultoria, Estudos e Projetos

## 8.3 Sistema de Limpeza Pública

### 8.3.1 Coleta e Transporte de Resíduos Domiciliares

- **Apresentação dos Resíduos**

Embora haja uma padronização estabelecida pela Prefeitura do Município da Praia Grande para a apresentação dos resíduos oriundos de residências e/ou de estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, observam-se os mais variados tipos de embalagens e de vasilhames.

Estes tipos vão desde sacolinhas plásticas de supermercado até baldes, latas, latões e tantos outros, retornáveis ou não, algumas vezes colocados em plataformas alteradas, para evitar o acesso de animais.

Segundo a empresa coletora, os moradores de favelas já chegaram a receber tambores para a colocação do lixo, mas não foi possível a efetivação desta prática.

- **Coleta dos Resíduos**

A coleta dos resíduos domiciliares é efetuada, atualmente, pela empresa privada Companhia Auxiliar de Viação e Obras - CAVO.

O planejamento deste serviço elaborado pela empreiteira e aprovado pela Prefeitura, prevê a operação de coleta domiciliar segregada em 18 setores distintos.

Os períodos de coleta alternam-se entre noturno e diurno, em função do uso do solo e, principalmente, da existência ou não de pavimentação nas vias. Por outro lado, os setores contidos na faixa entre a Rodovia SP-75/170, por serem mais centrais e terem suas vias quase que totalmente pavimentadas, permitindo tráfego permanente para os coletores, têm atendimento noturno.

Por outro lado, os setores contidos na faixa entre a Rodovia SP 75/170 e o limite do município, complementada pela extremidade sul, limítrofe do Município de Mongaguá, estão programados para atendimento diurno, em vista das condições nem sempre satisfatórias de suas vias.

As vias sem restrição do horário devido ao uso do solo e às condições de trafegabilidade são subdivididas em turnos diurnos e noturnos, apenas para o balanceamento da frota de caminhões coletores.

A coleta domiciliar na Praia Grande ocorre, em quase a sua totalidade, em dias alternados, isto é, às 2a, 4a e 6a ou às 3a, 5ª e sábados. As exceções ficam por conta da Av. Castelo Branco que acompanha a orla, e de outras vias principais que, por determinação da Prefeitura, têm atendimento diário, inclusive aos domingos.

Há dois horários pré-fixados para o início dos serviços de coleta: 7h30', para a coleta diurna e, 18h30', para a coleta noturna, sendo o término do turno coincidente com a conclusão do serviço.

O Quadro I, a seguir, apresenta os dias da semana e os horários em que é realizada a coleta domiciliar em cada um dos setores.

QUADRO 14

PROGRAMAÇÃO DA COLETA DOMICILIAR REGULAR

| Setor | Dias | Horário | Extensão de Vias (Km) |
|---|---|---|---|
| 01 | 3ª,5ª e Sáb. | 18h30/2h30 | 22 |
| 02 | 2ª,4ª e 6ª | 18h30/2h30 | 29 |
| 03 | 3ª,5ª e Sáb. | 18h30/2h30 | 27 |
| 04 | 2ª,4ª e 6ª | 18h30/2h30 | 34 |
| 05 | 3ª,5ª e Sàb. | 18h30/2h30 | 32 |
| 06 | 2ª,4ª e 6ª | 18h30/2h30 | 33 |
| 07 | 3ª,5ª e 6ª | 18h30/2h30 | 36 |
| 08 | 2ª,4ª e 6ª | 18h30/2h30 | 56 |
| 09 | 3ª,5ª e Sáb. | 18h30/2h30 | 50 |
| 10 | 2ª,4ª e 6ª | 7h30/15h00 | 48 |
| 11 | 2ª,4ª e 6ª | 7h30/15h00 | 32 |
| 12 | 3ª,5ª e Sáb. | 7h30/15h00 | 72 |
| 13 | 2ª,4ª e 6ª | 15h00/15h30 | 51 |
| 14 | 3ª, 5ª e Sáb. | 15h30/15h00 | 60 |
| 15 | 2ª,4ª e 6ª | 15h30/15h00 | 62 |
| 16 | 3ª,5ª e Sáb. | 15h30/15h00 | 33 |
| 17 | 2ª,4ª e 6ª | 15h30/15h00 | 73 |
| 18 | 3ª,5ª e Sab. | 15h30/15h00 | 42 |
| 18* | 2ª a Dom. | 15h30/15h00 | 63 |

*Parcela do setor 18 com coleta diária.

Fonte: Prefeitura Municipal de Praia grande

Para a execução dos serviços de coleta, vêm sendo utilizadas equipes modulares, compostas de caminhão coletor e respectivo motorista, acompanhados de 4 coletores.

O dimensionamento da frota, que na baixa temporada não supera 6 caminhões, na alta temporada atinge até 15 veículos, incluindo reserva técnica, para atender o acréscimo de cerca de 50.000 veranistas.

Os setores da programação normalmente vem representando em plantas com escala baixa, para facilitar a identificação do nome das ruas.

Conforme Quadro 15, estão apresentados a evolução das quantidades histórica de resíduos domiciliares coletados no município de Praia Grande no período de 1988 a 1994.

QUADRO 15

Evolução dos Resíduos Domiciliares

| Ano | Média Mensal (t/mes) | | Total Anual t(ano) | Taxa Anual (%) |
|---|---|---|---|---|
| - | B. temporada | A. temporada | - | - |
| 1988 | 1023,46 | 1817,81 | 15403,50 | - |
| 1989 | 1252,72 | 1907,24 | 17666,21 | +14,69 |
| 1990 | 1706,51 | 2394,10 | 24101,02 | +36,42 |
| 1991 | 1902,72 | 3008,15 | 27626,93 | +14,63 |
| 1992 | 1951,72 | 3315864 | 28227,70 | +02,17 |
| 1993 | 2126,81 | 3441,64 | 30815,88 | +09,17 |
| 1994 | 2311,81 | 5379,52 | 33725,73 | 09,44 |

Fonte:Prefeitura Municipal de Praia Grande

Os valores de resíduos domiciliares coletados no Município da Praia Grande já evoluíram as taxas maiores até 1991 e nestes últimos anos vem apresentando taxas menores porém constantes.

A aplicação deste fato reside na crescente procura deste balneário devido a sua proximidade com a Grande São Paulo e com os principais conglomerados urbanos da Baixada.

Após a conclusão dos serviços de coleta, os resíduos são transportados diretamente para o local de pesagem e, em seguida, para o de destinação final.

Do ponto de vista do transporte dos resíduos, os locais onde, atualmente, situa-se as unidades de pesagem e de destinação, são bastante favoráveis por serem bastante próximos do centro gravitacional dos principais setores de coleta.

Para a operação da unidade, sob responsabilidade da Prefeitura, devido o carater dos serviços serem operados por empresa particular e pagamento efetuado por peso de lixo coletado.

### 8.3.2 **Caracterização do Lixo Domiciliar**

A caracterização dos resíduos domiciliares representa um dado importante do ponto de vista do planejamento do sistema.

Para efeito deste Plano de Ação, consideram-se nesta abordagem dois aspectos fundamentais:

- **projeção da geração dos resíduos, e**
- **composição física do lixo domiciliar.**

A projeção da geração de resíduos é necessária para se simular o comportamento do sistema, na busca de soluções que atendam de forma adequada à essa demanda, e para se prever a vida útil das unidades nas diversas soluções de destinação.

A metodologia utilizada nesta projeção baseou-se na série histórica da evolução da geração de resíduos, nos últimos seis anos (de 1988 a 1994), e seus rsultados encontram-se no Quadro 16A a seguir.

O conhecimento da composição do lixo urbano permite um planejamento mais objetivo, no sentido de contornar-se da melhor forma possível a escassez de áreas para destinação de resíduos sólidos urbanos.

Os levantamentos de campo, visando a determinação da composição do lixo domiciliar de Praia Grande, foram executados nos dias 26 e 27/9/95

A metodologia adotada enfocou os setores 4 e 6 (coleta noturna) e 16 a 18 (coleta diurna) e, para cada um deles, considerou 4 amostras, agrupadas em tambores de 100 litros.

Misturados e quartejados, os resíduos foram separados de acordo com a natureza de seus componentes, conforme discriminação da planilha anexa.

A seguir, estes componentes foram pesados individualmente, resultando na seguinte composição física:

| | |
|---|---|
| -Metais Ferrosos | 6,3% |
| - Metais Não Ferrosos | 7,3% |
| - Papel/Papelão | 31,6% |
| - Plástico Duro | 5,8% |
| - Plástico Filme | 15,1% |
| - Vidros | 4,6% |
| - Borracha/Couro/Madeira/Trapo | 3,6% |

# QUADRO 16 A

## PROJEÇÃO DA GERAÇÃO DE RESÍDUOS DOMICILIARES

| | Anual | Mensal | Diária | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1995 | 37.017 | 3.085 | 118 | 6.365 | 3.512 | 2.714 | 2.595 | 2.222 | 2.290 | 2.578 | 2.198 | 2.415 | 2.837 | 3.220 | 4.071 |
| 1996 | 39.884 | 3.324 | 127 | 6.894 | 3.764 | 2.906 | 2.782 | 2.376 | 2.470 | 2.763 | 2.365 | 2.600 | 3.060 | 3.493 | 4.411 |
| 1997 | 42.751 | 3.563 | 137 | 7.423 | 4.015 | 3.097 | 2.970 | 2.529 | 2.651 | 2.948 | 2.532 | 2.786 | 3.283 | 3.767 | 4.750 |
| 1998 | 45.618 | 3.801 | 146 | 7.951 | 4.267 | 3.288 | 3.157 | 2.682 | 2.832 | 3.133 | 2.699 | 2.972 | 3.506 | 4.040 | 5.090 |
| 1999 | 48.485 | 4.040 | 155 | 8.480 | 4.519 | 3.480 | 3.344 | 2.836 | 3.013 | 3.318 | 2.866 | 3.157 | 3.729 | 4.313 | 5.430 |
| 2000 | 51.352 | 4.279 | 164 | 9.009 | 4.770 | 3.671 | 3.531 | 2.989 | 3.194 | 3.503 | 3.034 | 3.343 | 3.952 | 4.586 | 5.770 |
| 2001 | 54.219 | 4.518 | 173 | 9.538 | 5.022 | 3.862 | 3.719 | 3.142 | 3.375 | 3.688 | 3.201 | 3.528 | 4.175 | 4.860 | 6.110 |
| 2002 | 57.085 | 4.757 | 182 | 10.066 | 5.273 | 4.054 | 3.906 | 3.296 | 3.556 | 3.876 | 3.368 | 3.714 | 4.397 | 5.133 | 6.449 |
| 2003 | 59.952 | 4.996 | 192 | 10.595 | 5.525 | 4.245 | 4.093 | 3.449 | 3.737 | 4.058 | 3.535 | 3.899 | 4.620 | 5.406 | 6.789 |
| 2004 | 62.819 | 5.235 | 201 | 11.124 | 5.776 | 4.437 | 4.280 | 3.602 | 3.918 | 4.243 | 3.702 | 4.085 | 4.843 | 5.679 | 7.129 |
| 2005 | 65.686 | 5.474 | 210 | 11.653 | 6.028 | 4.628 | 4.468 | 3.756 | 4.099 | 4.428 | 3.869 | 4.271 | 5.066 | 5.952 | 7.469 |
| 2006 | 68.553 | 5.713 | 219 | 12.181 | 6.280 | 4.819 | 4.655 | 3.909 | 4.280 | 4.613 | 4.037 | 4.456 | 5.289 | 6.226 | 7.809 |
| 2007 | 71.420 | 5.952 | 228 | 12.710 | 6.531 | 5.011 | 4.842 | 4.062 | 4.461 | 4.798 | 4.204 | 4.642 | 5.512 | 6.499 | 8.148 |
| 2008 | 74.287 | 6.191 | 237 | 13.239 | 6.783 | 5.202 | 5.030 | 4.216 | 4.642 | 4.983 | 4.371 | 4.827 | 5.735 | 6.772 | 8.488 |
| 2009 | 77.154 | 6.429 | 247 | 13.768 | 7.034 | 5.393 | 5.217 | 4.369 | 4.823 | 5.168 | 4.538 | 5.013 | 5.958 | 7.045 | 8.828 |
| 2010 | 80.021 | 6.668 | 256 | 14.296 | 7.286 | 5.585 | 5.404 | 4.522 | 5.004 | 5.353 | 4.705 | 5.198 | 6.181 | 7.318 | 9.168 |

Fonte:Prefeitura Municipal da Praia Grande-Outubro de 1995

Comparando-se esta distribuição com a composição dos resíduos em outros municípios, como São Paulo, nota-se que alguns componentes apresentam participação bastante distinta.

Metais, Papel/Papelão, Plásticos e Vidros, coincidentemente ou não materiais de embalagens, apresentam-se com maior participação (70,7% contra 30,6%), enquanto Matéria Orgânica/Terra têm participação bem mais reduzida (25,7% contra 61,4%).

Embora estes resultados já possam fornecer importantes subsídios para o planejamento, deve-se considerar que foram extraídos mediante uma prospecção simplificada.

Caso, mais adiante, a PMPG decida implantar algum tipo de instalação para reaproveitamento de resíduos, recomenda-se que efetue um levantamento mais amplo e, de preferência, levando em conta a alta e baixa temporada.

### 8.3.3 Varrição e serviços diversos

• **Execução dos serviços**

•Os serviços de varrição manual e de serviços diversos nas vias e logradouros públicos do Município de Praia Grande estão divididos em dois agrupamentos, segundo a responsabilidade por sua execução:

• Sob responsabilidade da empresa privada

Este agrupamento compõe-se apenas da varrição manual das principais vias e de vias que, embora secundárias, localizam-se nos mais importantes centros comerciais e de serviços.

-Sob responsabilidade da Prefeitura

Corresponde à varrição manual de todas as demais vias e logradouros públicos não incluídos no agrupamento anterior e, também, todos os demais serviços necessários para deixar a malha viária do Município em condições de limpeza e circulação.

a) Varrição sob responsabilidade da empresa privada

Os serviços de varrição manual sob responsabilidade da empresa privada estão incluídos no mesmo contrato, referente à coleta domiciliar.

Estes serviços estão organizados em circuitos a serem cumpridos por equipes munidas de lutocar com um ou dois varredores, devidamente equipados de vassourões, pás e uniformizados.

Os resíduos varridos são coletados em sacos plásticos e, à medida em que suas capacidades vão se esgotando, são fechados e amarrados e,

assim, colocados no meio-fio, para a subsequente retirada pelos caminhões coletores da própria coleta domiciliar ou por veículos de apoio.

Numa tentativa de minimizar os resíduos nos passeios e calçadões, a Prefeitura colocou em locais estratégicos lixeiras, que também são esvaziadas pelo pessoal da varrição.

Os serviços de varrição sob responsabilidade da empresa privada são realizados no período diurno, iniciando-se às 5h45' e concluindo-se às 14h15', intercalando uma hora para almoço.

A frequência de execução e extensão varrida, por local, estão apresentadas no Quadro 16, a seguir.

QUADRO 16

PROGRAMAÇÃO DA VARRIÇÃO PELA EMPREITEIRA

| FREQUÊNCIA SEMANAL (DIAS/SEMANA) | FREQUÊNCIA DIÁRIA (VEZES/DIA) | EXTENSÃO DIÁRIA (KM/DIA |
|---|---|---|
| Varrição Diária(6 vezes/Sem) | 2 Vezes/dia | 7,44 |
| Varrição Altertada (3 Dias por Semana)) | 1 vez /dia | 38,818 |
| Varrição aos domingos 1 dia /Semana | 1 vez/dia | 25,68 |
| TOTAL PONDERADO | | 56,11 |

FONTE: Prefeitura Municipal de Praia Grande - outubro de 1995.

Para a execução desta programação, que não se altera da baixa para a alta temporada, é mobilizada a seguinte equipe:

-1 encarregado;

- 2 fiscais de varrição

- 60 varredores

b) Varrição e serviços diversos sob responsabilidade da Prefeitura.

Os serviços sob responsabilidade da Prefeitura apresentam toda a gama necessária para tornar as vias e logradouros limpos e transmissíveis, compondo-se de:

- varrição manual (com exceção dos locais já atendidos pela empresa privada;

- raspagem e capinação manual e química;

- roçagem e limpeza de canais;

- limpeza e desobstrução de bocas-de-lobo e galerias de águas pluviais;

- podas de árvores e corte de áreas verdes;

- pintura de meio-fio;

- limpeza de feiras-livres;

- limpeza de praias

Para a realização destes serviços o Município da Praia Grande está dividido em 4 setores, que por sua vez também estão subdivididos, resultando em 14 subsetores ao todo.

A metodologia adotada atualmente para realização dos serviços subentende uma equipe polivalente que está capacitada para executar qualquer dos serviços acima relacionados.

Para isso, cada subsetor é atendido em todos os quesitos por uma equipe fixa de 20 homens dotados do ferramental exigido pelos serviços.

Uma vez atendido até o final de sua extensão, a equipe do subsetor reinicia suas atividades no mesmo ponto em que partiu, repetindo todas as atividades do ciclo anterior.

Os resíduos resultantes são recolhidos por um caminhão basculante da própria Prefeitura e depositados no vazadouro atual.

A limpeza de praias é diária e tem horário programado em função da temporada. Fora da temporada inicia-se às 6h00 e avança até às 10h00, enquanto na temporada, tem início às 5h00 e encerramento no máximo até às 9h00, horário em que a presença de banhistas começa a intensificar-se, prejudicando os trabalhos.

A retirada dos resíduos resultantes da limpeza de praia, por cada equipe, é realizada com o auxílio de uma pá-carregadeira, que os deposita num caminhão basculante da própria Prefeitura.

O período de trabalho destas equipes de varrição e serviços diversos inicia-se às 7h00 e encerra-se por volta das 16h00.

- **Transporte dos Resíduos**

O recolhimento e transporte dos resíduos do local dos serviços até a unidade de destinação é feito por caminhões basculantes da própria Prefeitura.

### 8.3.4 Coleta e Transporte de Entulhos

- **Apresentação dos Entulhos**

O entulho gerado pela construção civil, em novas edificações e em reformas das existentes, quando em maior quantidade, é apresentado solto em caixas Brooks, fornecidas pelas próprias empresas privadas que comercializam os serviços de coleta.

Já os pequenos geradores, cuja quantidade de entulho pode ser embalada em sacos plásticos, são atendidos pela própria coleta domiciliar.

- **Coleta e Transporte dos Entulhos**

A coleta e o transporte dos entulhos dos grandes geradores são realizados em data preestabelecida, em comum acordo entre o construtor da obra e a empresa coletora, sem conhecimento pela Prefeitura.

Atualmente, diversas empresas efetuam este tipo de atendimento no Município da Praia grande, embora nenhuma seja efetivamente cadastrada como prestadora destes serviços.

O serviço de coleta utiliza-se, normalmente, caminhão poliguindaste para remoção das caixas Brooks e, eventualmente de caminhão basculante, para remoção de entulho solto em maior quantidade.

A destinação dada para o entulho recolhido é desconhecida, sabendo-se apenas que a unidade de destinação da Prefeitura tem recebido sistematicamente este tipo de resíduo.

### 8.3.5 Destinação Final dos Resíduos Domiciliares, de Varrição e Serviços diversos e de Entulhos

- **Localização Geográfica da Unidade**

A unidade de destinação atual dos resíduos coletados no Município da Praia Grande é administrada pela própria Prefeitura. Localizada nas proximidades do Jardim Aeroclube, marginal à Av. Alexandre Gusmão, é delimitada pelo canal de drenagem tributário do Rio da Cruz, afluente do Rio Piaçabuçu, que serve de limite entre os municípios de Praia Grande e São Vicente. Outros dois tributários atravessam a área, desaguando no Rio Guaramar, também afluente do Rio Piaçabuçu.

Originalmente, esta área apresentava-se com cotas bastante baixas, girando em torno do 2 m acima do nível do mar. Por esta razão, a área do vazadouro apresenta lençol freático praticamente aflorante.

Embora não sejam perceptíveis no local, devido à vegetação, a Prefeitura informou ter executado, há algum tempo atrás, diques de terra, visando o isolamento da área, porém sem grande sucesso devido à cota das águas.

- **Aspectos Geológicos e Geomorfológicos**

A área é definida no Mapa Geológico do Estado de São Paulo - IPT/1981 como composta por sedimentos arenosos e argilosos, dispostos em baixos terraços marinhos.

Estes sedimentos estão, invariavelmente, impregnados por materiais húmicos e ferruginosos, que lhes conferem a rigidez e a cor de café que os caracterizam.

Geomorfologicamente, a região está compreendida entre cordões litorâneos ou cristais praiais, com depósitos eólicos associados, e planícies fluviais relacionadas a desenbocadura de rios e canais estuarinos.

A área tem diversas lagoas paludais, com alto teor de matéria orgânica, **constituindo mangues descontínuos**, formados por sedimentos lamosos. A acreção de material fino deve-se às oscilações das marés.

• **Tipos de Resíduos Recebidos**

A unidade de destinação atual vem recebendo diversos tipos de resíduos assentada: esta disposição final não chega a se enquadrar nem na categoria de "aterro controlado".

O vazadouro não apresenta nenhum tipo de dreno de gás, líquidos percolados ou chorume no corpo de maciço.

Apresenta-se, atualmente, com uma base de formato retangular, com aproximadamente 230 m por 310 m, o que lhe confere uma área total de cerca de 70.000 $m^2$.

Sua altura é variável, observando-se na face ao norte seu maior espessamento que atinge cerca de 20 m. Num cálculo aproximado, pode-se considerá-lo com um volume atual de material disposto da ordem de 504 $m^3$.

Quanto aos procedimentos operacionais, a descarga dos resíduos ocorre em dois períodos: diurno e noturno, acompanhando os serviços de coleta.

Os resíduos domiciliares são descarregados numa frente de trabalho, constituída de células de aproximadamente 20 m de largura.

A descarga é feita pelos próprios caminhões de coleta, sem qualquer pré-classificação das características ou acompanhamento visual dos resíduos. À noite, os procedimentos de descarga ficam prejudicados por não haver iluminação na frente de trabalho. O espalhamento e a compactação dos resíduos descarregados são realizados com o auxílio de um trator de esteiras, que opera de 8 a 10 horas por dia. Para a compactação, o operador passa sobre o lixo espalhado tantas vezes quantas julgar necessáiras, em função de sua própria experiência. Apesar da cobertura ser diária, os resíduos descarregados à noite somente são cobertos no dia seguinte, a partir das 7h00.

FIGURA Nº 18 - Vazadouro com a presença de catadores e urubus (Foto 8.3.5 - A1

FIGURA 19 -Aspectos gerais do vazadouro com a presença de catadores e urubus (joto 8.3.5-A2.

Apesar de toda essa diversidade de material utilizados na cobertura dos resíduos domiciliares, uma característica eles têm em comum: são permeáveis às águas pluviais, não sendo recomendáveis para essa finalidade. Assim, nem que houvesse drenagem superficial, sem uma camada superior impermeável não há como impedir a infiltração das águas.

Como é evidente a geração do chorume nas bases do talude, foi construída uma vala que circunda boa parte do vazadouro para sua drenagem. (Vide Figura 20)

Esta vala tem cerca de 2 m de profundidade e, devido ao caimento insuficiente, necessita periodicamente de uma Poclain para desobstrui-la.

Os resíduos líquidos, provenientes dos serviços privados de limpeza de fossas sépticas, caixas negras e de gordura. São dispostos em condições precárias, causando poluição ambiental (Vide Figura 21).

FIGURA 20 - Vala de chorume em volta do aterro e a área de mangue local.(Foto 8.3.5.B1)

FIGURA 21Local de disposição de resíduos líquidos oriundos de tanques Sépticos.(Foto 8.3.5 B2)

- **Aspectos Operacionais**

Quanto à recepção dos resíduos, como não há nesta unidade nenhum equipamento para pesagem, limita-se ao registro da entrada dos veículos, sem qualquer conferência de carga.

Assim, imagina-se que o único controle exercido sobre os volumes de resíduos que adentram a esta unidade seja o da balança da unidade de pesagem, citada anteriormente, e mesmo assim somente para os resíduos domiciliares.

A destinação dos resíduos domiciliares constitui-se, atualmente, das seguintes atividades.

-espalhamento e compactação dos resíduos;

-cobertura das células.

Portanto, sem diversos cuidados necessários para proteção ao meio ambiente e à saúde pública, principalmente no tipo de solo em que está acentado o aterramento de lixo.

### 8.3.6 Coleta, Transporte e Destinação de Resíduos Sépticos

- **Apresentação dos Resíduos**

Os resíduos sépticos gerados no Município da Praia Grande não têm diferenciação de apresentação devido ao porte dos estabelecimentos geradores.

Tanto grandes geradores, representados pelos hospitais, centros clínicos e outros estabelecimentos de saúde de maior porte, quanto pequenos geradores, constituídos pelas farmácias, ambulatórios, veterinários e outros estabelecimentos de pequeno porte, apresentam seus resíduos simplesmente embalados em sacos plásticos de cor branca. Não é prática local o uso de contêineres para este armazenamento e nem sua acomodação em áreas segregadas do restante das instalações.

Como as taxas de coleta e de incineração não recaem sobre os estabelecimentos de saúde, é de se supor que os mesmos não efetuem a separação dos resíduos patogênicos na origem, com o intuito de minimizarem-se os volumes gerados.

- **Coleta dos Resíduos**

A coleta dos resíduos de estabelecimentos de saúde, bem como o transporte e a destinação final, estão atualmente sob responsabilidade da Campanha Auxiliar de Viação e Obras - CAVO.

Atualmente, são atendidos pelo serviço de coleta, transporte e destinação de resíduos sépticos estabelecimentos, conforme no quadro 4.

**QUADRO 17**

ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE SERÁ REALIZADO COLETA ESPECIAL DE LIXO SÉPTICO.

| TIPO DE ESTABELECIMENTO | Nº DE UNIDADES |
|---|---|
| Hospital (Santa Casa de Praia Grande | 01 |
| Maternidade (Cia. Peres) | 01 |
| Unidade Mulitar (6ª G.ªCos.M.) | 01 |
| Cadeia Pública (Delegacia de Vila Tupy) | 01 |
| Cadeião | 01 |
| Laboratório | 09 |
| Ambulatório | 13 |
| Pronto-Socorro | 05 |
| Clínica Médica | 27 |
| Clínica Odontológica | 60 |
| Clínica Veterinária | 04 |
| Farmácia e Drogaria | 61 |
| CEMIN | 02 |
| CEMAS | 01 |

FONTE: Prefeitura Municipal de Praia Grande - Novembro./96

A organização da coleta nestes estabelecimentos está baseada em 4 setores.

A frequência de coleta varia de acordo com o porte dos estabelecimentos. Assim os grandes geradores têm coleta diária, excetuando-se domingos, enquanto os pequenos são atendidos com frequência alternada (2ª, 4ª e 6ª ou 3ª, 5ª e sábados).

O Quadro 5 apresenta a programação de atendimento dos setores.

QUADRO 18

PROGRAMAÇÃO DA COLETA DE RESÍDUOS SÉPTICOS

| SETOR | COLETA ALTERNADA | COLETA DIÁRIA | EXTENSÃO (Km) |
|---|---|---|---|
| 1 | 2ª, 4ª, 6ª. | 2ª a sábado | 48 |
| 2 | 2ª, 4ª, 6ª. | 2ª a sábado | 21 |
| 3 | 3ª, 5ª, e sábados | 2ª a sábado | 13 |
| 4 | 3ª, 5ª, e sábados | 2ª a sábado | 62 |

FONTE: Prefeitura Municipal de Praia Grande - Out/95

A coleta de resíduos de estabelecimentos de saúde é realizada apenas no período diurno, iniciando às 8h30'e terminando após a coleta do último estabelecimento do setor. Após a coleta, as furgonetes são pesadas na balança da unidade de pesagem da praia Grande, e, ao chegarem na unidade de incineração, esta operação é novamente repetida.

Para a execução deste serviço, são utilizadas 2 (duas) equipes modulares, compostas de furgonete e respectivo motorista, acompanhados de um ajudante. As furgonetes são da marca Volkewagen modelo Saveiro, com carroceria fechada de alumínio, com as inscrições e logotipo padronizados pela Prefeitura.

O pessoal mobilizado nesta operação apresenta-se uniformizado e dotado dos EPIs recomendados para este tipo de atividade.

O Quadro 6, a seguir, apresenta a evolução dos volumes de resíduos oriundos dos estabelecimentos de saúde, localizados no Município da Praia Grande.

**QUADRO 19**

EVOLUÇÃO DOS RESÍDUOS SÉPTICOS

| ANO | MÉDIA MENSAL | | TOTAL ANUAL (Kg/ano) | TAXA ANUAL (%) |
|---|---|---|---|---|
| | BAIXA TEMPORADA | ALTA TEMPORADA | | |
| 1992 | 4.076 | 5.160 | 25.540 | - |
| 1993 | 4.204 | 4.348 | 50.930 | -0,29 |
| 1994 | 5.314 | 5.920 | 65.590 | +28.78 |
| 1995 | 6.445 | 7.190 | 69.315 | +22,45 |
| 1996 | 7.500 | 6.484 | 75.000* | +8,20 |

* Parcial de janeiro a outubro

O preço referente aos resíduos dos estabelecimentos de saúde está subdividido em duas parcelas:

-o preço da coleta e transporte até a destinação;

- o preço da destinação.

- **- Transporte dos Resíduos**

O transporte dos resíduos dos estabelecimentos de saúde, depois de coletados, até o local de destinação também está sob responsabilidade da mesma empresa que detém o contrato da coleta.

Até 1994, este transporte encaminhava os resíduos para a Usina de Incineração Vergueiro, de propriedade da Prefeitura do Município de São Paulo, distante cerca de 82 Km da unidade de pesagem, em Praia Grande.

•Devido a interdição desta unidade para a queima de resíduos de outros municípios, os resíduos passaram a ser levados, a partir dessa data, para o incinerador da empresa privada Pioneira, no Município de Suzano, distante cerca de 95 Km da mesma referência anterior.

- **Destinação dos Resíduos**

Conforme citado anteriormente, a destinação atual dos resíduos dos estabelecimentos de saúde da Praia Grande é o incinerador localizado no MunicípiodeSuzano.

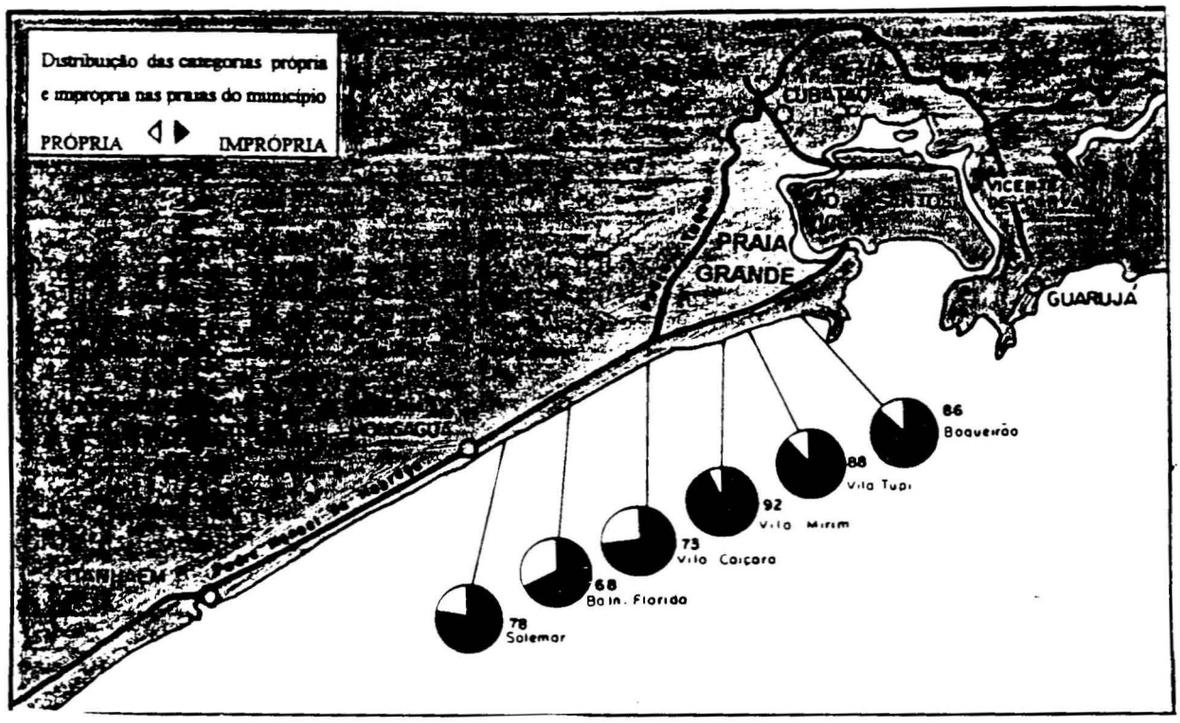
## 8.4 Poluição Ambiental

### 8.4.1 Balneabilidade das Praias/Sistemas de Drenagem e Sistemas de Esgotos Sanitários

Os dados utilizados nesta discussão foram obtidos na CETESB (Santos) e relatório de balneabilidade das Praias Paulistas 1994 e 1995.

A figura n° 22 refere-se a balneabilidade da Praia com estatísticas

FIGURA Nº 22 Balneabilidade das Praias com Estatística




FONTE. Relatório de Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995

Caracterizando-se como município eminentemente turístico, com grande afluência de população flutuante mesmo em fins de semana comuns, dada sua proximidade com a capital, as praias de Praia Grande sofrem durante esses períodos, sensível queda de sua qualidade de balneabilidade.

A parcela de esgotos coletada no município, restrita atualmente a uma parte da gerada a leste da Vila Tupy, é lançada no mar, após pré-condicionamento, através de dois emissários submarinos que partem das praias do Boqueirão e Vila Tupy. Como, no entanto, a rede de coleta ainda é insuficiente para atender aos bairros situados no trecho beneficiado pelo sistema, grande parte dos esgotos gerados na região contínua a ser lançada diretamente nas galerias de águas pluviais próximas e em córregos que afluem às praias. Para atenuar os efeitos desses despejos, foram construídos também, interceptores que recebem as águas desses córregos e galerias e as encaminham aos dois emissários submarinos. Se esses interceptores preservam a qualidade das praias durante os períodos de seca, durante períodos de chuva o sistema se torna insuficiente para receber todo o volume de água afluente, ocasiões essas em que, extravasores distribuídos ao longo das praias, lançam águas severamente comprometidas por esgotos diretamente no mar, provocando sérios problemas de balneabilidade às praias da região, conforme figura 34

Durante o ano de 1995, de um total de nove praias existentes em Praia Grande, seis foram monitoradas, semanalmente, no programa de Balneabilidade das Praias da CETESB, a saber:

Praias: Boqueirão

Vila Tupy

Vila Mirim

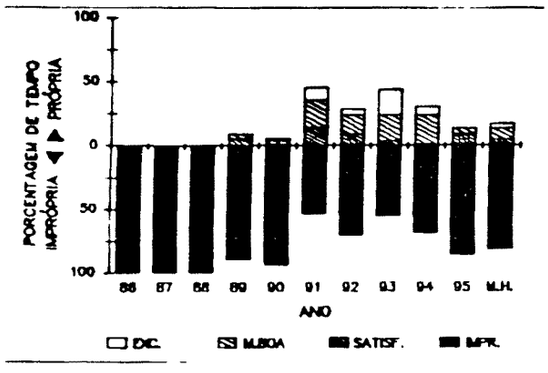
Vila Caiçara

Balneário Flórica

Solemar

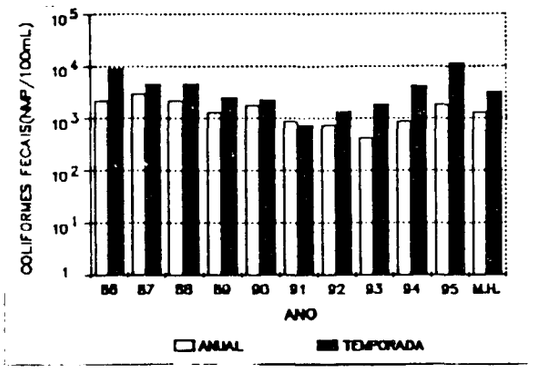
PRAIA DO BOQUEIRÃO

FIGURA 23 - Distribuição das Classificações




FONTE: CETESB, Relatório de Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995 - CETESB, São Paulo, 1996.

FIGURA Nº24 Evolução das Concentrações Médias




FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

Local: Frente à Avenida Presidente Costa e Silva

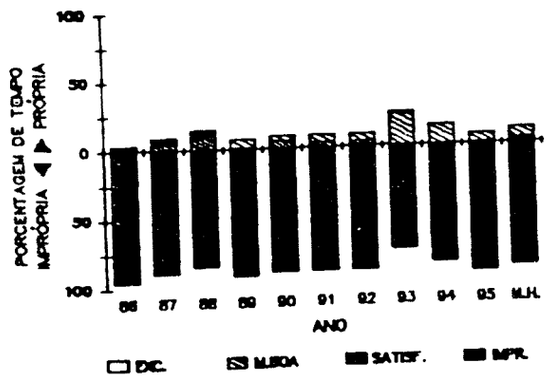
QUALIDADE ANUAL EM 1995: MÁ

Monitoramento: Semanal

Apesar das obras de coleta e intercepção de esgotos da Praia Grande terem apresentado efeitos significativos na qualidade de balneabilidade da Praia do Boqaueirão, ainda é marcante a presença de córregos severamente comprometidos pela presença de esgotos, afluindo diretamente ao mar.

PRAIA DE VILA MIRIM

FIGURA Nº 25- Distribuição das Classificações




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

LOCAL: Frente ao no 9000 da Avenida Presidente Castelo Branco

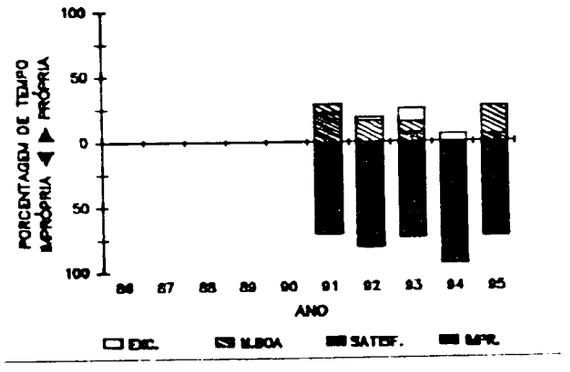
Monitoramento - Semanal

Qualificação Anual em 1995: MÁ

O número de córregos que afluem à Praia de Vila Mirim chega a ser durante períodos chuvosos e épocas de temporada, equivalente ao de ruas que chegam à praia. Embora muitos deles sejam intermitentes, todos têm em comum o fato de transportarem à praia águas severamente comprometidas por poluição fecal.

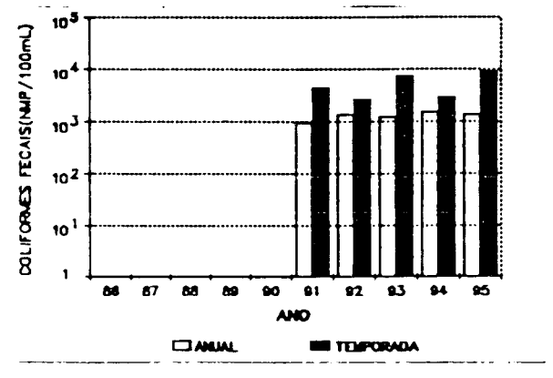
PRAIA DE VILA CAIÇARA

FIGURA 26 - Distribuição das Classificações




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

FIGURA 27 Evolução das Concentrações médias




FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB. São Paulo, 1996.

LocaL: Frente à Avenida Nossa Senhora de Fátima

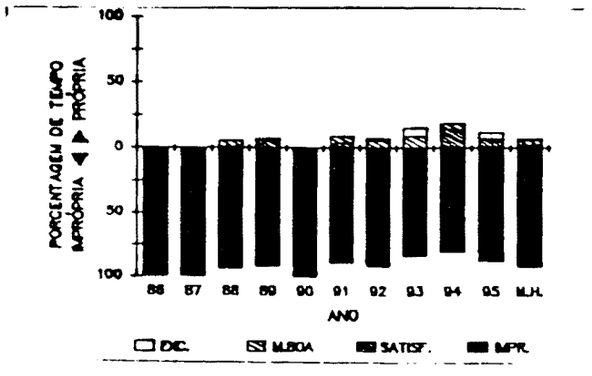
QUALIFICAÇÃO ANUAL EM 1995: MÁ

Monitoramento: Semanal

As poucas vezes que a praia de Vila Caiçara permaneceu classificada como PRÓPRIA, para balneabilidade ocorreram durante os períodos de seca, fora das épocas de temporada. Em qualquer outra ocasião, as dezenas de córregos altamente contaminados por esgotos domésticos que chegam ao mar, atribuem à praia uma situação de poluição fecal sistematicamente crítica.

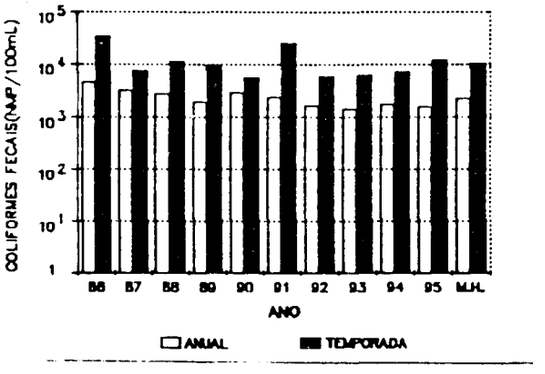
PRAIA DE VILA TUPI

FIGURA 28- Distribuição das classificações




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

FIGURA 29- Evolução das Concentrações Médias




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

LOCAL: Frente à Rua Tupi

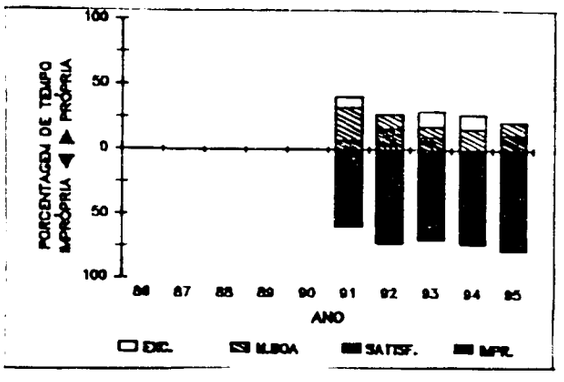
QUALIFICAÇÃO ANUAL EM 1995: MÁ

Monitoramento: Semanal

Ao longo da Praia de Vila Tupi foi construído um interceptor que coleta as águas da maioria dos córregos que afluem ao mar. Durante períodos de chuva, no entanto, quando extravasores do sistema descarregam o volume de água excedente diretamente no mar, ocorrem frequentes episódios de poluição fecal na praia, desqualificando-a para fins de balneabilidade.

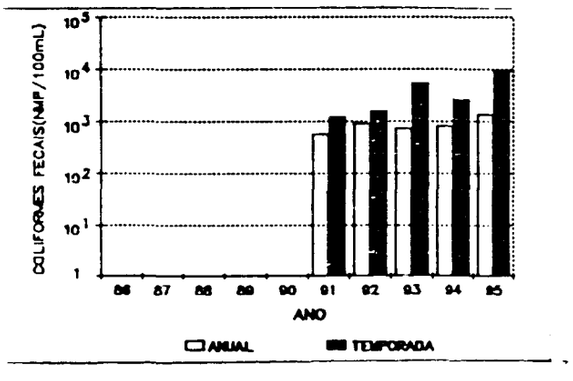
PRAIA DO JARDIM SOLEMAR

FIGURA 30 - Distribuição das Classificações




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

FIGURA 31 - Evolução das Concentrações Médias




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

LOCAL: Frente à Rua Julio S. de Carvalho

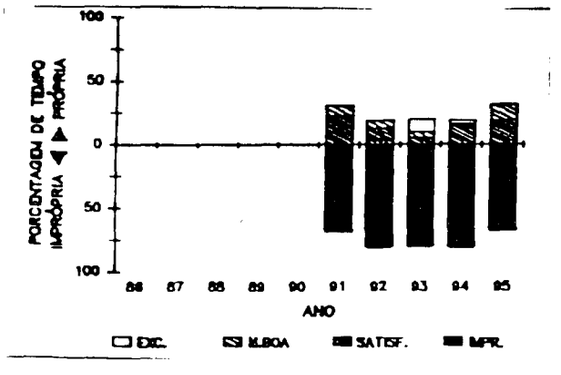
QUALIFICAÇÃO ANUAL EM 1995: MÁ

Monitoramento: Semanal

Contanto com uma ocupação menos intensa que a dos bairros ao norte do município, o Jardim Solemar tem, por consequência, um menor número de falsos canais de drenagem carreando esgotos à sua prais. Não obstante, nas águas de todos esses córregos foram detectadas altas concentrações de coliformes fecais, principalmente em temporada e após a ocorrência de chuvas.

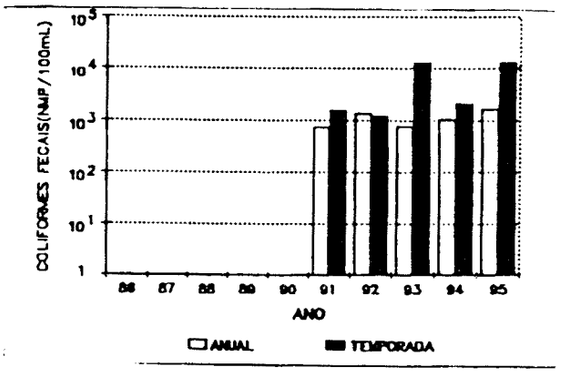
PRAIA DO BALNEÁRIO FLÓRIDA

FIGURA 32 - Distribuição das Classificações




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996

FIGURA 33 - Evolução das Concentrações Médias




FONTE: FONTE: CETESB, Relatório ode Balneabilidade das Praias Paulistas, 1995, CETESB, São Paulo, 1996.

LOCAL: Frente à Rua Flórida

QUALIFICAÇÃO ANUAL EM 1995: MÁ

Monitoramento: Semanal

Formados basicamente por esgotos lançados diretamente ou indiretamente, pode-se dizer que praticamente todos os córregos afluentes à Praia do Balneário Flórida se encontram permanentemente contaminados por poluição de origem fecal. Nas campanhas realizadas, em nenhuma oportunidade foram amostradas densidades de coliformes fecais abaixo do limite de 1000 NMP/100 mL.

Evolução da qualidade das praias de Praia Grande

O Quadro n° 20- Evoluções parciais relativas aos diversos parâmetros analisados e a evolução global da qualidade das praias de Praia Grande.

| Praia | Em relação a 1994 | | | | Em relação ao histórico | | | | Evolução |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Categorias | | Concentrações | | Categorias | | Concentrações | | |
| | Exc. | Impr. | Anual | Temp. | Exc. | Imp. | Anual | Temp. | |
| Boqueirão | ⇩ | ⇩⇩ | ⇩⇩⇩ | ⇩⇩⇩ | ⇳ | ⇳ | ⇩⇩ | ⇩⇩⇩ | ⇩⇩ |
| Vila Tupi | ⇳ | ⇩ | ⇳ | ⇩⇩⇩ | ⇳ | ⇳ | ⇧⇧ | ⇩ | ⇳ |
| Vila Mirim | ⇳ | ⇩ | ⇩ | ⇩⇩⇩ | ⇳ | ⇳ | ⇳ | ⇩ | ⇩ |
| Vila Caiçara | ⇳ | ⇧⇧⇧ | ⇳ | ⇩⇩⇩ | | | | | ⇳ |
| Balneário Flórida | ⇳ | ⇧⇧ | ⇩⇩⇩ | ⇩⇩⇩ | | | | | ⇩⇩ |
| Jardim Solemar | ⇩⇩ | ⇩ | ⇩⇩⇩ | ⇩⇩⇩ | | | | | ⇩⇩ |

Legenda das evoluções: ⇧ positiva discreta; ⇧⇧ positiva moderada; ⇧⇧⇧ positiva acentuada; ⇩ negativa discreta; ⇩⇩ negativa moderada; ⇩⇩⇩ negativa acentuada; ⇳ sem evolução

FONTE: Relatório de Balneabilidade das praias paulistas, 1995 - CETESB

A ordenação das praias de Praia Grande, segundo a qualidade apresentada em 1995, foi a seguinte:

| Número de ordem | Na média do ano | Em temporada |
|---|---|---|
| 1 | Vila Caiçara | Vila Caiçara |
| 2 | Jardim Solemar | Jardim Solemar |
| 3 | Vila Tupy | Vila Mirim |
| 4 | Balneário Flórida | Boqueirão |
| 5 | Boqueirão | Vila Tupy |
| 6 | Vila Mirim | Balneário Flórida |

8.4.1.1 Considerações

• Metodologia

A classificação de balneabilidade das praias pode, em certos casos, apresentar resultados peculiares. Uma praia que durante 4 semanas consecutivas represente baixas densidades de coliformes fecais, mas que na quinta semana apresente um índice muito elevado, será classificado como PRÓPRIA para bairro, apesar da contaminação de origem fecal verificada na última semana. Por outro lado uma praia que apresente índices superiores a 1000 coliformes fecais NMP/100 ml nas duas primeiras semanas, e índices muito baixos nas três seguintes, será classificada na última semana como IMPRÓPRIA, apesar de ter apresentado baixos índices de contaminação fecal nas três semanas que antecedem à sua contaminação.

• Agravos à balneabilidade

Embora as indústrias de pequeno médio porte não traduzam grande problemas, a poluição ambiental ocorre pela presença de coliformes fecais, devido:

- Limitação de redes coletoras de esgoto (aproximadamente 25%)

- Córregos altamente contaminados por lançamento de esgotos sanitários (por falta de rede no sistema)

- Grande afluxo de turistas na temporada (população passa de 200 mil para aproximadamente 1,5 milhões de pessoas)

- Período de temporada coincide com período de chuvas. Como já foi mencionado no item 8.4.1, com esta situação ocorre o extravasamento de águas pluviais contaminadas pelo esgoto na praia devido à limitação do sistema de emissário submarino para receber todo o volume de água e esgoto afluentes.

Se 100% da população fosse atendida com redes de esgotos e não houvesse lançamento em córregos e/ou galerias não haveria necessidade das águas pluviais e corpos d'água irem para o emissário, porque elas não estariam contaminadas e assim sendo se manteria preservada as condições de balneabilidade das praias, uma vez que toda a carga poluida (esgotos) estariam sendo coletados e afastados por disposição oceânica (emissários).

• Metodologia, Fatores que interferem na balneabilidade e avaliação da balneabilidade das praias.

Estes itens encontram-se em detalhes no anexo 6

### 8.4.2 Considerações sobre o Sistema de Limpeza Pública

Embora o sistema de limpeza pública apresente em todas as suas fases um desempenho satisfatório, a problemática aponta para a dificuldade de equacionamento do sistema de tratamento e destino final dos resíduos sólidos gerados no município.

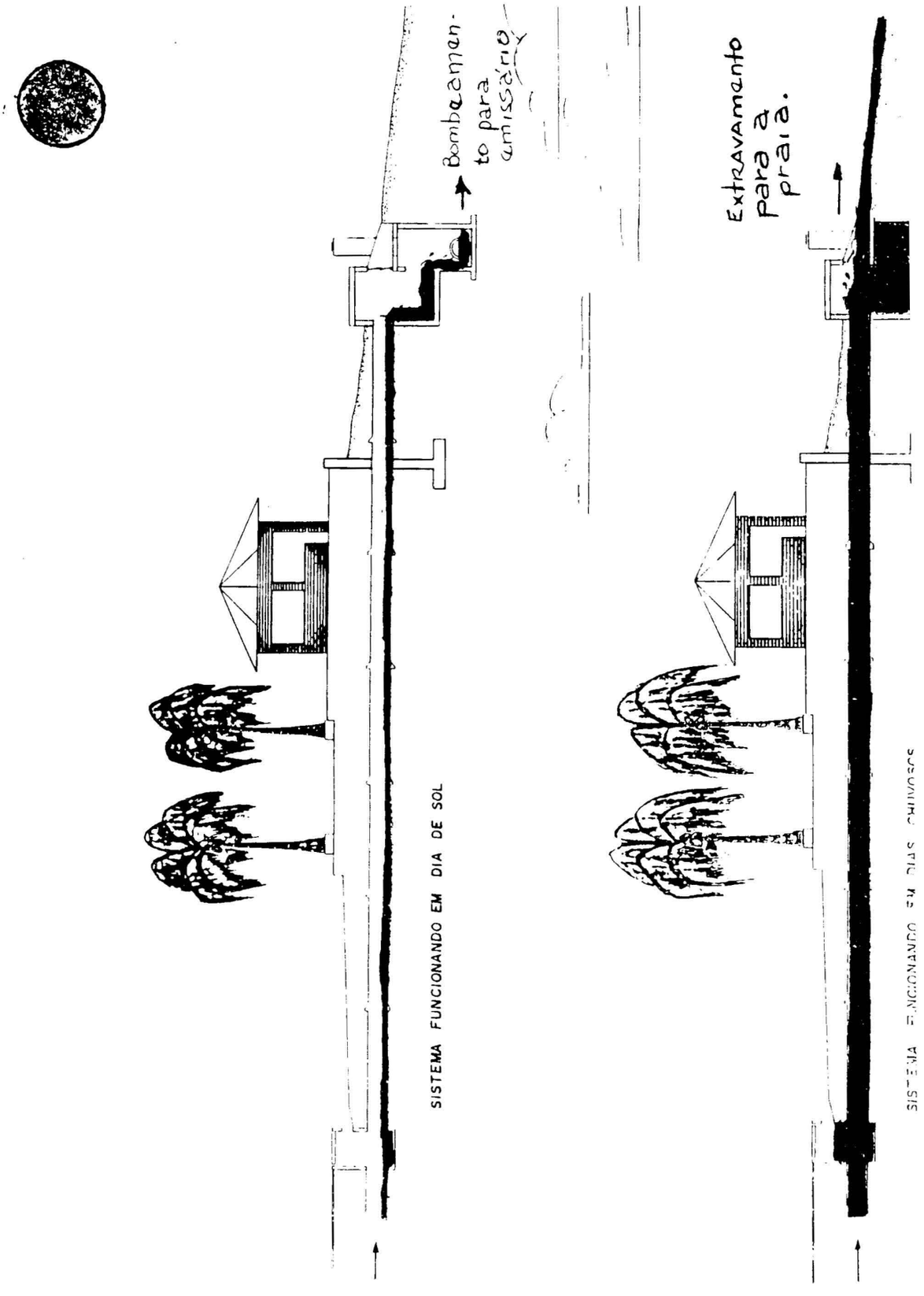
Esta dificuldade de equacionamento do sistema passa por:

- local inadequado para instalação de aterro por sua proximidade com residência além de risco eminente de contaminação de água subterrânea e superficial (mangue), devido a geração de percolados.

- O aterro é desprovido de infraestrutura básica o que atrai catadores, animais domésticos, aves (urubus) e vetores.

A estrutura de tratamento e disposição final de resíduos sólidos pode gerar riscos ambientais e à saúde pública.

FIGURA N° 34 - Sistemas de Esgotamento de Águas Pluviais e Fluviais.




FONTE: Prefeitura do Município de Estância Balneária de Praia Grande.

# 9.CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

## 9.1.CONSIDERAÇÕES GERAIS

Neste trabalho de pesquisa, entrevistas com as autoridades, em conversas com populares conseguiu-se formar uma visão a respeito deste município.

Hoje existe um grande orgulho do cidadão em relação a sua cidade, devendo isto à grande mudança ocorrida no município nos últimos tempos.

Segundo relato do Prefeito Municipal "o município está nos trilhos e há uma constante evolução. Há também necessidade da população participar efetivamente dos Conselhos Municipais com a sociedade, para que seja mais politizada, consolidando-se assim finalmente, a sua participação na administração do município".

O Município realmente sofreu visíveis mudanças, existindo grandes investimentos, principalmente na construção civil e com determinados projetos de pavimentação na zona III. No entanto, observa-se que é necessário desenvolver um trabalho mais efetivo, principalmente nas áreas da saúde, habitação, saneamento básico e educação.

## 9.2. SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

Esta Secretaria foi criada conforme Decreto 2365, publicada no D.O.M. de 22/9/1994. Anteriormente a esta Lei, estava integrada à Secretaria da Administração.

Devido a Leis que garantiam a incorporação de vantagens e gratificações nos salários e remunerações de um número significativo de funcionários, houve necessidade de intervir e criar medidas para sanar esta situação, inclusive desmembrando e descentralizando da Secretaria da Administração, criando uma secretaria exclusiva de Recursos Humanos.

A Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, no que se refere a servidor público, é regida segundo a Lei Complementar nº 015 de 28/5/1992, a qual dispões sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, conforme Anexo nº .

Além dos funcionários regidos pelo Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, existem os contratos CLT; contratados até 5/10/83, que adquiriram estabilidade conforme a Constituição a partir de 5/10/88.

A Prefeitura Municipal conta com um quadro de 3.500 funcionários na ativa. Desses, 800 estão na Secretaria da Saúde.

Várias Leis foram criadas para uma possível regularização da situação dos servidores públicos. Mesmo assim, 800 funcionários do município

ainda não aderiram às novas propostas. Segundo a Secretaria de Recursos Humanos, enquanto não houver uma homogeneidade de salários por categoria não é viável uma implantação de plano de carreira, cargos e salários.

Em anexo, cargos e valores de salários dos funcionários públicos do Município da Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. (Anexo ...)

## 9.3 SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

No início da atual gestão municipal, a Secretaria de Educação encontrava-se com uma estrutura que sobrecarregava alguns profissionais, impedindo maior dinamismo e ações mais eficazes.

Na procura de uma descentralização criteriosa, que colocasse em ação os planos traçados e priorizasse os diferentes graus de ensino da Rede Municipal, foram criadas Divisões de Ensino e Coordenadorias, todas ligadas diretamente ao Departamento de Educação:

- Divisão de Ensino Pré-Escolar
- Divisão de Ensino de 1° e 2° graus
- Divisão de Educação Especial
- Coordenadoria de Ensino de Ação de 3° grau
- Coordenadoria da Oficina Pedagógica

Dentro das Divisões criou-se a Assessoria Técnica Pedagógica (A.T.P.). Composta de profissionais habilitados com a linha pedagógica adotada

pela Secretaria, orientam o trabalho do professor, em visitas semanais às Unidades Escolares e Creches da Rede Municipal.

Através da Lei Complementar nº 061 de 28/12/93, criou-se o cargo de professor eventual, com todos os direitos assegurados por Lei. Para seleção desses profissionais é realizado anualmente, no mês de dezembro, prova seletiva classificatória conforme os cursos oferecidos pelo município.

Neste ano foram introduzido nas Creches e Centros Recreativos os Professores III de Educação Física, com o objetivo de diversificar o atendimento à criança, dando ênfase à prática esportiva.

Com a preocupação de atualizar o professor da Rede, foi criada uma biblioteca específica na Oficina Pedagógica, em que parte do acervo foi obtido através do Programa Nacional da Biblioteca do Professor (PNBP), implantado pela FAE (Fundação de Apoio ao Estudante).

Além disso são oferecidos cursos de aperfeiçoamento para os especialistas e os professores da rede.

Cerca de aproximadamente 7 mil alunos são beneficiados anualmente com materiais pedagógicos e recreativos, adquiridos pela Prefeitura de Praia Grande.

Para melhorar as condições de trabalho do professor, estuda-se a Reformulação do "Estatuto do Magistério Municipal".

Neste biênio, foram inaugurados dois Centros Integrados de Educação e Lazer (CIEL), que dão atendimento integral à criança de 0 a 14 anos, estruturados com Creche, EMEI e outro Centro Recreativo.

Para a faixa etária de 0 a 6 anos, o atendimento compreende ensino regular, alimentação, recreação e higiene. Para a faixa de 7 a 14 anos, o atendimento compreende atividades envolvendo recreação, lazer dirigido, reforço escolar, educação artística semi-integral para complementar a educação regular que o aluno recebe nas escolas da Rede Estadual.

Também já inaugurado o Centro Recreativo Fausto Amaral, completando o CIEL Estina Campi Baptista

Os Centros Recreativos, Creches e CIELs são atendidos em conjunto pelas Secretarias da Educação e Promoção Social.

A atual Administração, firmou convênios e implantou programas com órgãos públicos e da iniciativa privada do Município. Dentre eles:

• Cedeu espaço físico para a implementação do CEESMAG (Centro Estadual de Educação Supletiva Max Dadá Gallizzi), dando início a um processo de escolarização não-formal, dispondo de características próprias de educação e métodos, capazes de atender as peculiaridades daqueles que não possuem horário disponível para freqüentar a escola regular.

• Estabeleceu convênio com a ADPG (Associação dos Deficientes de Praia Grande) tendo como princípio o respeito à liberdade do gerenciamento da entidade, que se dá através de seus diretores e associados. Cabe à Prefeitura, o fornecimento de recursos humanos (professores e funcionários) e materiais (pedagógicos, limpeza e merenda).

• Concedeu bolsas de estudos parciais para estudantes de educação infantil, 1° e 2° graus, através da Lei Complementar n° 095 de 15/12/94, que

leva em consideração o nível sócio-econômico e o desempenho do aluno, alterando, assim a sistemática adotada anteriormente.

• Concedeu bolsas de estudos parciais para o 3° grau e deu transporte gratuito para os alunos que estudam nas faculdades da Baixada Santista, através da Lei Municipal no 857, de 30/12/93, que fica condicionada à análise das condições sócio-econômicas do requerente, devendo o mesmo prestar serviços à Prefeitura, posteriormente.

• Firmou convênio com o jornal "A Tribuna" de Santos, em 15/4/93, no "Projeto Jornal-Escola-Comunidade" que está sendo desenvolvido pelo Núcleo Técnico Pedagógico de Ensino-Supletivo (Suplência I) - Alfabetização de Adultos e Educação Especial.

• A merenda escolar foi aprimorada e valorizada com a assinatura do Convênio com a Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) referente ao Programa de Descentralização de Alimentação Escolar, dando oportunidade de utilizar produtos ricos em nutrientes, necessários ao desenvolvimento do educando. Além das escolas municipais, o Município dá atendimento a todas as escolas da Rede Estadual.

Ligado à SEDUC, o Setor de Equipamentos e Prédios controla e distribui o estoque de material de limpeza utilizado nas escolas, levando-se em consideração o número de alunos e o espaço físico de cada Unidade. Este setor também realiza pequenas reformas e consertos.

Além do calendário de atividades da SEDUC, há eventos em conjunto com as Secretarias de Turismo e Cultura, Saúde e Esportes, como o Festival Internacional do Folclore, Semana da Saúde Bucal, etc.

### 9.3.1 Divisão de Educação Infantil

Toda a proposta pedagógica foi iniciada com atividades da Assessoria Técnica Pedagógica. Foi por meio desses profissionais que novos subsídios ao aperfeiçoamento chegaram aos professores, em reuniões mensais e em atendimentos individuais.

A valorização profissional e humana do professor e o acompanhamento do trabalho do Diretor são prioridades definidas nestas reuniões. Parte do resultado dessas decisões é o oferecimento de recursos materiais e de qualificação profissional à rede municipal. Esses materiais são: escola (para atividades discentes) e para a Secretaria da Unidade, pedagógico, específico para a recreação em creches.

### 9.3.2 Divisão de 1° e de 2° graus

A Divisão de Ensino de 1° e 2° graus de Praia Grande foi criada no ano de 1993, na atual administração, através da Lei Complementar n° 28/93.

A Divisão coordena o Núcleo Técnico Pedagógico de Suplência I, que desenvolve o Curso de Alfabetização de Jovens e Adultos.

O Curso de Alfabetização de Jovens e Adultos equivale à quatro séries do 1° Grau, sendo que, anualmente, há a média de 1000 (mil) alunos.

Além disso, deve-se ressaltar que uma de suas classes, no bairro de Balneário Pires, funciona na Igreja Cristã Evangélica, por ter sido feito um Convênio entre a Prefeitura e a referida entidade religiosa.

Esta Divisão tem também sob sua orientação a Escola de Ensino Supletivo da Fundação São Francisco de Assis, onde atende aproximadamente 1.500 (mil e quinhentos) alunos por semestre, nos períodos da tarde e da noite, da 5ª a 8ª série do 1° grau e as três séries, a nível de 2° grau.

Pedagogicamente, a Didática nos dois cursos tem como base fundamental trabalhar no "Projeto Jornal-Escola e Comunidade" implantados pela atual administração através de um convênio entre a SEDUC e o Jornal "A Tribuna", de Santos.

A implantação deste projeto contribui com a informação, reflexão e discussão sobre a realidade vivenciada pelo aluno, incentivando o desenvolvimento da cidadania, e ampliando sua visão de mundo.

A proposta pedagógica de trabalho com o jornal fornece inúmeras possibilidades para se trabalhar em sala de aula, como vem sendo realizado e demonstrado pelos resultados do acervo confeccionado pelos próprios alunos: "Jornal da Sala de Aula", "Livretos", hemerotecas, origame, painéis, maquetes, filme de trabalho e confecção de textos.

### 9.3.3 Divisão de Educação Especial

Criada pela Lei Complementar nº 28, de 26/3/93, para proporcionar a coordenação e integração do sistema educacional, oferecendo a educação básica para todos, como métodos estruturais, possibilitando a construção do conhecimento.

Os recursos humanos de Divisão são um psicólogo (chefe) e a equipe de 4 assistentes técnicas pedagógicas (ATPs) que atuam junto às Classes de Estimulação e Salas de Recursos, através de reuniões mensais, visitas semanais e emergenciais, conforme a solicitação e Unidade Educacional.

Unidade de Atendimento Especial

Núcleo de Reabilitação Física e Mental "HENRY"

Salas de Recursos com atendimento a 41 crianças de 4 a 14 anos, portadoras de Deficiência Mental e Múltiplas Deficiências.

Conta com 8 professores especializados em Pedagogia o Excepcional; 2 professores de Educação Física, 1 médica Coordenadora, 1 ATP.

Para os ingressos é feita uma avaliação da equipe multidisciplinar e avaliação pedagógica.

Unidade de Educação Infantil

Nas Unidades de Educação Infantil o atendimento ocorre através da Classe de Estimulação e do ingresso do aluno especial nas classes de Maternal, Jardim e Pré.

Classe de Estimulação - (conta com uma ATP periodicamente), atendendo crianças entre 6 e 7 anos, com desenvolvimento lento no processo de aprendizagem. Para formação das classes é realizada uma avaliação (teste padronizado), com 8 a 12 alunos, inserido no contexto da proposta educacional implantada.

Nas Classes de Maternal, Jardim e Pré as crianças especiais indicadas pela equipe técnica, para ingressarem na Rede Municipal de Educação Infantil, são acompanhadas e avaliadas, para que a sua permanência seja uma contribuição no seu processo educacional, dentro da proposta de integração.

Unidades Estaduais de Ensino

Estas Unidades atendem crianças com Deficiência Auditiva e Deficiência Mental em 16 classes distribuídas em 6 Escolas Estaduais de 1° e 2° graus do Município.

Assistência ao educando especial em atendimento em outros Municípios.

Estas crianças em número de 30 dispõem de transporte gratuito no período da manhã e da tarde, com acompanhamento de um profissional da área da saúde.

Entidade Filantrópica

Associação dos Deficientes de Praia Grande

Através de convênio com a Prefeitura, presta atendimento a 38 portadores de Deficiência Mental e Múltiplas, a partir dos 14 anos.

O convênio fornece: 5 professores de Educação Especial, e professores de Educação Física, 2 funcionários, e recursos materiais tais como material pedagógico, e escolar, merenda e material de limpeza.

Conta com salas de recurso e oficina de teatro, sucata, personalização e encadernação .

Escola de Educação Especial ANAHY NAVARRO TROVÃO, situada no Boqueirão, com inauguração prevista para dezembro de 1996 e início das atividades em janeiro de 1997. Com capacidade para 250 alunos, iniciará com atendimento para 64 deficientes. Terá conteúdo pedagógico infantil de 1° grau para crianças que não freqüentam escolas regulares. Gradativamente os alunos serão integrados em classes comuns, assim que eles apresentem condições para isso.

### 9.3.4 Merenda Escolar

Até 1994 era feita com a participação do Estado em 25% do valor apresentado pelo Município. A partir de junho de 1994, foi assinado o convênio com a Fundação de Assistência ao Estudante - FAE, referente ao Programa de Descentralização da Alimentação Escolar, objetivando atender toda a rede

Estadual e Municipal, garantindo para cada refeição diária, no mínimo 9 gramas de proteína e 350 calorias.

Infra-estrutura

- Armazenagem em local apropriado, levando-se em conta os tipos de alimentos;
- transporte através de 3 caminhões-bau de médio porte que faz a distribuição semanal;
- controle de qualidade pela supervisão periódica, desde recebimento até o preparo, bem como distribuição, supervisão esta feita por pessoal preparado e treinado para esta função;
- preparo e distribuição por merendeiras treinadas levando-se em conta o cardápio balanceado por nutricionistas.
- formas de abastecimento: a compra dos gêneros alimentícios é efetuada através de atacadistas locais/regionais que participam do processo de licitação.

Atende, atualmente 27.048 alunos por mês, num total de 2.012.850 refeições fornecidas dentro dos critérios estabelecidos.

## 9.3.5 Centros Recreativos Infanto-Juvenis

São em número de 4 unidades que atendem crianças de 7 a 14 anos, ora do período escolar, com prioridade para os filhos de mães que trabalham fora do lar.

Funcionam das 7 às 19 horas, em 3 turnos: matutino, intermediário e vespertino.

Dinâmica das Unidades

- triagem feita pela Assistente Social, para admissão da criança ou adolescente, e acompanhamento da criança e família;
- coordenação e supervisão dos trabalhos dos professores e demais funcionários feita pela Diretora da Unidade,
- dinâmica diária (higiene, reforço escolar, atividades diversas) feita pelos professores,
- atividades Educação Artística e Artes Cênicas, Educação Musical, etc.
- atividades de artesanato, com monitor rotativo nas 4 Unidades, desenvolvendo trabalhos manuais (semi-profissionalizantes) com silk screen corte e costura, pintura, montagem de bijouterias, embalagem para presente que serão comercializados em bazares e a verba revertida para os próprios Centros,

- atividades de Educação Física, com monitor rotativo, promovendo a iniciação desportiva como realização de amistosos entre outras Unidades Escolares e Clubes.

Os recursos humanos da parte pedagógica são cedidos pela Secretaria de Educação e os funcionários são da Promoção Social.

### 9.3.6 Oficinas Pedagógicas

Criada em 1993 com o objetivo principal de proporcionar a capacitação e formação do professor, para que ele possa aprofundar-se teoricamente, renovando sua prática pedagógica e, assim, proporcionar ensino de melhor qualidade.

Conta com um acervo de 360 títulos técnicos, fitas de vídeo e revistas específicas para apoio técnico, para a capacitação dos professores.

É estendida a todos os negativos da Rede Municipal: Educação Pré-Escolar, Educação Especial, Alfabetização de Adultos e Suplência.

Em fevereiro de 1996, foi criada o CEPEM - Centro de Estudos e Pesquisas do Educador Municipal. Ampliando a atuação da Oficina Pedagógica e com o mesmo objetivo que é a capacitação integral do educador. O princípio básico que norteia o CEPEM é a interação entre teoria e prática. O professor/educando terá jornada integral no município, sendo que um período em sala de aula e outro em fundamentação teórica.

O curso tem duração de um ou dois semestres, com uma rotina semanal de aulas estratégicas, palestras, seminários, pesquisa, programações culturais, além de horas de estudo individual com apoio dos docentes/orientadores do CEPEM.

Constará do currículo básico: Teorias de Educação; Psicologia, Sociologia, Filosofia e História da Educação, Língua Portuguesa; Gramática e Redação; Prática de Ensino e atualização; Programação Cultural.

## 9.4 SECRETARIA DE PROMOÇÃO SOCIAL

As atividades sociais da secretaria da promoção social são muito amplas e diversificadas, atingem diversas faixas etárias das mais diferenciadas, abarca projetos à criança, ao adolescente, ao idoso, etc.

Qualquer munícipe, através do Plantão Social, pode discutir seu problema social com técnicos especializados, que tentaram articular recursos governamentais e não governamentais para dar alternativas ao cidadão.

### 9.4.1 Serviços

A Secretaria de Promoção Social destina verbas a entidades não governamentais (ONGS), cadastradas ao Conselho Municipal de Assistência.

O Município conta com um Asilo, onde estão atualmente internados 65 (sessenta e cinco idosos).

Dentro do projetos destinados à 3ª idade está um grupo de aproximadamente 150 idosos, em sua maioria mulheres, que executam trabalhos manuais, enxovais de bebês, bordados, pintura em tecido. Estes trabalhos manuais são vendidos em bazares realizados e promovidos, com a finalidade de levantar verbas para a movimentação de atividades sociais.

Existe também, para os municípios mais carentes da cidade, a distribuição diária de um almoço (sopão), a fim de fornecer apoio alimentar a esses indivíduos que se encontram marginalizados.

Os Centros Recreativos atentem em média 500 (quinhentas) crianças e adolescentes no horário das 7h00 às 12h00 ou das 13h00 às 18h00. Geralmente as mães dessas crianças e jovens trabalham fora.

Dentro desses Centros Recreativos são ministrados cursos de artesanato e semi-profissionalizante tais como (silk-screen, corte e costura, pintura, montagem e bijouterias, embalagem para presentes.

A promoção social tem convênio com 13 (treze) creches atendendo 3.800 crianças 12 horas/dia das 7h00 às 19h00, também às EMEIs estão apoiada e integradas à secretaria.

Outros programas e projetos são desenvolvidos tais como Camping, Casa da Criança e Adolescente, Projeto Baby-Sister que tenta promover a adolescente ao mercado de trabalho, patrulha do verde, garoto que recebem um salário para cuidar dos jardins da Prefeitura, trabalham 5 (cinco) horas diárias, e como pré-requisito, há necessidade de ser matriculado nas Escolas do Município.

O município através da Secretaria de Promoção Social, distribui mediante estudo sócio-econômico cestas básicas e leite para famílias que passam por dificuldades estruturais de subsistência.

Também são doados remédios, roupas etc. O Assistente Social através de visita domiciliar avalia o andamento das famílias ajudadas.

Através do Núcleo Henry a cada final de ano são doados aparelhos auditivos sondagem este programa já dura cinco anos.

## 9.5 SECRETARIA DA CULTURA E TURISMO

A cidade de Praia Grande abandonada pelo Poder Público durante décadas, alvo de afirmações desrespeitosas, à beira da completa estagnação econômica vem desde o ano de 1993, assumindo através da nova Administração Municipal, profundas transformações em sua configuração urbana com o crescimento do turismo e atividades culturais.

Tal crescimento e procura por este município deve-se principalmente ao "Projeto de Urbanização da Orla", iniciado desde janeiro de 1993, tal projeto ganhador do Prêmio Master 96, dotou a orla marítima de moderna e arrojada infra-estrutura, que substitui o cenário de mato, lixo, e barracos improvisados que caracterizavam a beira-mar. Na sua primeira etapa, finalizada em dezembro de 95, dotou a orla de calçardes, 5 mil coqueiros, quiosques, ciclovias, play grounds, postos de salvamento, centro de convivência, escola de

esportes radicais, equipamentos esportivos, lojas de conveniência e uma boutique de peixes.

Faz parte do projeto a implantação de um sistema de águas pluviais, que em sua primeira fase 39 canais, os quais além de poluir o mais deixavam as areias escuras. As consequências econômicas da urbanização foram quase que imediatos, já nos meses subsequentes à construção do tudo piloto, na Praia da Vila Guilhermina, os imóveis dos entornos tiveram uma valorização de 40%. Com a conclusão dos primeiros dez quilômetros de urbanização, a valorização (Ver CAPÍTULO 8.2 e 8.4) imobiliária foi de 100%. Outro reflexo econômico foi a elevação da taxa de empregos, conforme o Ministério do Trabalho, o município da Praia Grande registrou evolução de 14,89% em 94 na construção civil.

Com a urbanização, o turismo está entre as principais fontes de investimentos da atual administração.

A Lei n° 793 de 11 de janeiro de 1993, que "disciplina a circulação e o estacionamento de ônibus de excursão provimentos de outros municípios e de outras providências", pois fim ao turismo de massa.

A implantação do Projeto de urbanização da Orla da Praia veio resgatar o interesse e a credibilidade dos municípios e turistas.

## Principais atividades culturais do município:

A Secretaria de Cultura e Turismo prepara anualmente uma agenda de vários eventos de lazer e cultura para a população, com a participação de

cantores e músicos de renome, atraindo pessoas de várias procedências do Estado.

Determinados locais da orla estão destinados a estas atividades, o Palco para Eventos, no bairro Guilhermina, está apropriado para facilitar a observação dos espectadores, tanto pela calçada como também pela faixa de areia.

Outra praça particular é a Boutique de Peixes que atendeu aos comerciantes de pescado, que tradicionalmente vendiam o produto naquela área, porém artesanalmente e em instalações precárias e portanto inaceitáveis ao consumo e para a nova arquitetura da Orla.

Com aproximadamente 230 $m^2$, foi implantado em nível rebaixado, com arquitetura arrojada e padrões de funcionalidade compatíveis com as necessidades da atividade, principalmente no que diz respeito à higiene e ao turismo. A boutique conta com aquários de peixes ornamentais visando a criação de um local pitoresco para a cidade.

Todas as praças foram cuidadosamente elaborados com projetos paisagísticos implantando coqueiros nativos do sul da Bahia e vegetação condizentes com o clima da região.

O município conta com 250 artesão distribuídos em três feiras públicas: Praça Portugal, no Jardim Guilhermina; Ocian, Praça Roberto Andraus e na Praça Nossa Senhora de Fátima, em Vila Caiçara.

## Principais Pontos e Locais Turísticos do Município

• Capela Nossa Senhora da Guia

Edificada em 1963 por José Pereira Soares que teria exigido-a para pagar uma promessa a Santa de quem era devoto. A Capela foi totalmente restaurada em 1994. A imagem de Nossa Senhora da Guia veio de Portugal.

• Capela Santa Matilde

Sua pedra fundamental foi lançada em 11 de dezembro de 1949, após missa campal. Localizada numa área de 4.000 $m^2$, sua torre tem 11 metros de altura e a nave da capela tem 100 $m^2$.

• Praça dos Emancipadores

Situada na confluência das avenidas Costa e Silva e Marechal Mallet, a Praça foi totalmente urbanizada abriga o monumento aos Emancipadores e o Pavilhão Nacional.

• Igreja Matriz Santo Antônio

Construída no mesmo local onde em 1909 foi instalada uma capela, a Igreja Matriz é o local mais procurado pelos católicos em Praia Grande.

• Feira de Artesanatos

Em vários bairros (Jardim Guilhermina, Vila Caiçara e Ocian) as feiras possuem setores de alimentação, bijouterias e vestuário.

• Vôos Panorâmicos

Saindo do Aero Clube no Campo de Aviação, vôos panorâmicos em ultraleve e aeroplanos.

• Prefeitura

Com arquitetura moderna, o Paço Municipal está situado no bairro da Vila Mirim.

• Avenida dos Sindicatos

Com mais de 50 unidades e 8000 leitos disponíveis Praia Grande detém o maior complexo de colônia de Férias da América Latina.

• Fortaleza de Itaipú

Incrustada no Morro Itaipu, uma reserva da Mata Atlântica, a Fortaleza que está aberta a visitação nos fins-de-semana se insere na História do Brasil para defesa de nossa costa.

• Casa da Cultura

Em novo endereço, na Praia do Canto do Forte, este órgão cultural além de abrigar diversos eventos culturais, sediará o Museu da Cidade. Possui homeroteca e gibiteca.

• Jet ski e banana boat

Área reservada para embarcações miúdas na Praia do Forte.

• Biblioteca Municipal

Com um acervo de mais de 21 mil títulos, a biblioteca totalmente informatizada possui videoteca e recebe 8 mil consulentes/mês.

• Correios

Com um sistema de agências e caixas espalhadas por toda cidade, o município ampliou e modernizou este serviço.

• Portinho

Dotado de pier para barcos e pescas, quiosques, churrasqueiras e embarcações para aluguel. O Portinho, ao lado da Ponte do Mar Pequeno, possui extensa área verde.

• Ciclovias

Primeiro município paulista a possuir uma ciclovia na orla da praia.

## 9.6 SECRETARIA DOS ESPORTES

A SEMES (Secretaria Municipal dos Esportes) constitui-se nas seguintes áreas de atuação.

- Iniciação Esportiva: com trabalho voltado a iniciação e desenvolvimento esportivo, que atende as crianças de 8 a 16 anos, através das escolinhas de esporte. Para este ano, o intuito é diversificar ao máximo todas as modalidades (coletivas e individuais) nos poliesportivos e clubes conveniados.

- Esporte e Lazer: é desenvolvido através de competições populares e "ruas de lazer" atingindo a população infantil. Para este ano, a proposta é dar continuidade a estas atividades nos finais de semana em diversos bairros da cidade com a participação de instituições informais de cada local.

_ Esporte competição: enquadrou-se nesta área de atuação, as competições oficiais em que a cidade é representada por suas seleções e clubes.

Destacam-se entre as competições os Jogos Regionais, Jogos Abertos do Interior, Joguinhos Abertos Juvenil, Campeonato Regional de Vôlei, Campeonato Regional de Futsal, Olimpíadas Escolares e Campeonato de Pedestrianismo.

- Educação Física: compreendendo o "Projeto Movimente-se na Praia" com aulas de ginástica e orientação para caminhadas, atingindo os frequentadores da orla, principalmente os idosos, em grande número praticantes de atividades físicas na praia.

Conta com diversas Unidades Operacionais, como a própria SEMES, situada no Boqueirão, o Poliesportivo Oscar Menezes Barbosa que possui escolinhas de Basquete, Vôlei, Handebol, Futsal e Futebol Soçaite. O Poliesportivo Mirim III, com escolinhas com as mesmas modalidades esportivas do "Oscar Menezes" exceto Futebol Soçaite. Esportes Radicais como o Surf, Body boarding e lang boarding. Este Projeto é o "Movimente-se na Praia" que fornece gratuitamente roupas especiais e pranchas para crianças maiores de 10 anos que já tenham noções de natação. Tudo isso é supervisionado por professores de natação que acompanham as crianças nas diversas atividades.

Os clubes conveniados também desenvolvem atividades esportivas.

Foi desenvolvido um Projeto chamado "Domingo Esportivo" na 3a Zona, que consiste na área mais carente do Município.

Este evento conta com o patrocínio de empresas particulares que fornecem comestíveis e camisetas em troca de propaganda. Além de atividades esportivas, organizam: Pintura, Corrida de Saco, Jogo de Dominó. Outra atividade de destaque é formação de 32 times de Várzea, financiados pela Prefeitura. A Secretaria da Educação e a SEMES organizam as OLIMEPO (Olimpíadas Municipais de Praia Grande) com premiação para os times vencedores. Existe ainda um Programa destinado à terceira idade no Jardim Samambaia, localizado na Zona Três, com atividades de ginástica, futebol, tendo acompanhamento médico constante.

Na época de férias quando há um aumento da população, com a chegada dos turistas, a Secretaria de Esportes intensifica suas atividades, visando o entretenimento da população.

O Projeto "Viva Verão" existe desde 93, para o ano de 1996, este Projeto só terá algumas modificações. Este consiste de arenas esportivas montadas na Praia. São realizadas atividades físicas e de recreação, para o dia inteiro. A equipe composta por coordenadores, professores,. monitores, recreacionistas, ficam a disposição para a orientação das atividades. Serão construídas 2 arenas; uma na Praia do Boqueirão e uma na Vila Tupi. As atividades desenvolvidas são Vôlei, Futebol, Futebol na Grama, Futevolei, Sala de Musculação, Frescobol, Ciclismo, Aeróbica, Futebol Feminino, Recreação Infantil, Caminhadas Matinais, Trampolim Acrobático (cama elástica) Concurso Garota Verão, Passeio Ciclístico e Passeio de Rollers.

Para a realização de um evento desse porte, a Secretaria de Esporte conta com a Polícia Militar do Estado, Bombeiros, ROPAM, Voluntários da Cruz Vermelha e Equipes de Primeiros Socorros.

## 9.7 ASSISTÊNCIA MILITAR DO PREFEITO (ASMIL)

Segundo a Lei Orgânica de 1990 do município da Praia Grande, artigo 97, a Segurança Pública é dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, e exercida para a preservação da ordem pública e incolumidade das pessoas e do patrimônio.

A atual Guarda Municipal, nos termos Constitucionais, foi criada para a proteção dos bens, serviços e instalações com regulamento próprio para seu funcionamento.

Para a realização dos trabalhos de segurança pública no município, a ASMIL conta com os seguintes recursos humanos e materiais: uma equipe de 200 funcionários, 25 viaturas, 15 motos e 25 bicicletas. Sendo distribuídos em cinco Pronto Socorros, nove ambulatórios e cinco postos em praça pública.

As ROPAM (Roda Ostensiva de Proteção e Auxílio Municipal), são responsáveis pela ronda escolar de 28 escolas do Estado e 29 escolas do município, e também pelo encaminhamento de crianças carentes e andarilhas à Fundação São Francisco de Assis, que é ligada à Secretaria da Promoção Social, que em seguida as enviam para o juizado de menores.

O município conta com uma Delegacia da Mulher, mas ainda não possui um serviço com SOS criança.

O principal tipo de violência que ocorre na cidade é o furto, e as maiores vítimas destes eventos são os turistas, especialmente os vindos de São Paulo. Os problemas de uso de drogas se restringem à maconha e à cocaína, não havendo dados a respeito do consumo de crack.

Com relação a esta problemática, Praia Grande e São Paulo estão desenvolvendo um trabalho conjunto para drogados, incluindo neste projeto a reciclagem de profissionais, que está sendo realizado em São Paulo.

Para o futuro, existe um projeto que inclui a realização de concursos para a contratação de Psicólogos e Assistentes Sociais.

Há ainda na ASMIL os serviços Disk Ropam (Central de denúncias), e Disk Invasão, através das quais os usuários fazem a denúncia, a viatura vai até o local e impede a ocupação do terreno. A Defesa Civil dá continuidade ao processo, fazendo os devidos encaminhamento das pessoas envolvidas.

Como programa de segurança especial para a época da temporada, São Paulo mandará um reforço de 350 homens da Polícia Militar, os quais ficarão hospedados nas ruas das colônias de Férias.

## 9.8 SECRETARIA DE AÇÃO E DEFESA DA CIDADANIA

A Secretaria de Ação e Defesa da Cidadania, dentro do seu plano de trabalho tem como principais atividades: organizar Sociedades de Bairros, Lions e Rotary, Conselho da Criança e do Adolescente e o PROCON .

Para a realização desses serviços, conta com o apoio de dez funcionários, conforme estrutura da Secretaria .

Existem vários projetos desenvolvidos na área, contando com a parceria de inúmeros setores. Um dos projetos é a Formação dos Conselhos da Comunidade. Com característica tripartite, participam deste tipo de Conselho um representante do povo, um representante do Município e um do Legislativo. Os conselhos comunitários são resultados da iniciativa da população, sendo que a Secretaria tem como função monitorar a formação e os trabalhos destes.

Outro projeto desenvolvido é a ocupação das colônias de férias em baixa temporada. Segundo levantamento realizado, existe na Praia Grande em baixa temporada o maior número de leitos de hotelaria ociosos na América

Latina. O projeto prevê um convênio entre a Prefeitura da Praia Grande, o Estado, e os Sindicatos, tendo como objetivo trazer o turista idoso e carente e principalmente trabalhadores aposentados, para ocupar as vagas das colônias, mediante pagamento bastante acessível.

As colônias também se beneficiam deste projeto, hospedando os participantes de seminários, palestras, encontros, bem como de qualquer manifestação cultural sediada no município onde haja convidados.

Em 1996/1997 um novo projeto será realizado. Trata-se do "Verão sem AIDS", desenvolvido em parceria com a Federação dos Químicos, Corpo de Bombeiros, Cruz Vermelha, Centro Comunitário e Secretaria Municipal da Saúde Pública.

Sabe-se que anualmente nos meses de férias as colônias abrigam 300 mil pessoas, e o projeto visa a conscientização das diferentes classes que ali convivem sobre os riscos de contaminação.

A Coordenadoria de Ações desta Secretaria busca ainda a parceria das colônias para a urbanização da Avenida dos Sindicatos: O projeto inclui uma praça de alimentação e uma feira permanente de artesanato, além da retirada dos comerciantes que ali se instalaram de forma irregular. Para viabilizar este projeto, haverá a cobrança dos impostos devidos pelas colônias, sendo que toda a arrecadação destes será revertida para a concretização do mesmo.

A Prefeitura de Praia Grande intermedia as negociações que envolvem os grandes proprietários da região. Há atualmente 10.000 lotes,

invadidos e que não são tributados, por outro lado estes lotes não são urbanizados.

A Secretaria de Ação e Defesa da Cidadania busca uma saída para este impasse, convocando o proprietário e propondo a venda dos lotes já ocupados para o próprio morador. Há portanto uma venda "casada" envolvendo Prefeitura, Proprietário e posseiro. Com este acerto e de posse da titularidade, a Prefeitura urbaniza os lotes.

Existe ainda uma proposta futura, de criação de uma Curadoria Municipal. A Prefeitura pretende subsidiar em 50% os alunos que cursarem Direito. Após o Curso de Graduação estes terão que prestar serviços à Prefeitura em forma de estágio a fim de colaborar na resolução de problemas relacionados à questão de ocupação das terras, legalização e assentamento.

Um outro projeto em andamento consiste em conclamar a população esclarecida, participativa dos Conselhos, para votar o orçamento participativo no Município.

### 9.9. SECRETARIA DAS FINANÇAS

A Secretaria das Finanças é o órgão responsável pela distribuição orçamentária do município de Praia Grande.

A receita do Município é composta, basicamente, por Impostos Prediais e Territoriais Urbanos (IPTU). Cerca de 10% da receita do Município é destinada para a Secretaria da Saúde Pública.

Estes dados são embasados somente em informações verbais, coletadas em entrevista realizada com o Secretário das Finanças.

Há assim a impossibilidade de uma melhor análise da referida Secretaria, pela não disponibilidade dos dados necessários.

## 9.10 SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

A estrutura desta Secretaria encontra-se no Anexo A 17

Nesta Secretaria está centralizado todo o processo de contratação de obras e serviços de engenharia, compra e contratação de serviços de todas as necessidades das diversas secretaria do município.

No referente à Saúde, todo o material necessário é adquirido por esta secretaria, por exemplo: equipamentos, medicação e contratação de serviços para a saúde.

Existe uma subdivisão em dois departamentos distintos que são:

1. Departamento de Licitação, onde se localiza a divisão de contratação de obras e serviços de engenharia, divisão de compras e contratação de serviços. Há também uma comissão de licitação para obras, comissão de licitação para compras e contratação de serviços.

   A modalidade de licitação mais utilizada é a tomada de preços.

2. Departamento de Administração, que desenvolve as atividades de almoxarifado, Patrimônio e expedientes (Leis, Decretos, etc...)

## 9.11 Secretaria de Assessoria Jurídica

A estrutura desta secretaria foi criada conforme Anexo 7.

Na ausência do Prefeito e Vice assume o Secretário de Assuntos Jurídicos.

O Porcentual de Dívida Ativa por inadimplentes constituem na ordem de 30%.

70% dos imóveis não pertencem a moradores físicos da Praia Grande. A maioria dos proprietários são da Capital, Grande ABC e outros estados inclusive países.

A maior fonte de renda do município é constituída pela arrecadação do IPTU.

Quando há alguma modificação de estrutura em alguma secretaria, inclusive a Secretaria da Saúde ou contratação de funcionários como por exemplo médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem é passado por esta secretaria para dar pareceres e conclusões a respeito.

Não existe anistia apenas mecanismo de parcelamento de Impostos. Atualmente existe um programa "adote uma praça". Forma do contribuinte sorver seus débitos tributários e ter benefícios fiscais com isso e ajuda a parte de organização da praça e logradouros públicos da cidade.

A respeito do IPTU não existe anistia ou inserção, apenas benefícios de 60 a 90%, para aposentados e pensionistas.

O valor do imóvel (Valor Venal) são tributados variando de áreas carentes (menor valor) até áreas centrais (maior valor).

Existem mais duas taxas que são lançadas juntamente com o carne do IPTU:

1. taxa de conservação de vias e logradouros públicos para imóveis edificados e não edificados.
2. Taxa de remoção do lixo domiciliar e comercial.

A primeira é única para todos os moradores (princípio da indivisibilidade do benefício, pois todos os habitantes usufruem de todas as ruas em todos os limites do município.

A segunda que é a taxa de remoção do lixo: primeiro é verificado o orçamento da empresa por ano. E é graduado para cada imóvel pela capacidade habitacional ou potencial do imóvel (pequeno, médio e grande).

## 9.12 ASSESSORIA DE IMPRENSA

Esta divisão é responsável pelo acompanhamento de todos os atos de comunicação do dia a dia (televisão, rádio, revistas, jornais, etc.)

Circulam no Município 28 jornais destacando-se entre os de melhor qualidade a Gazeta da Praia Grande.

Todos o material impresso como panfletos, cartilhas educativas, campanhas de vacinação, etc. após liberação do respectivo responsável técnico são devidamente passados para a Assessoria de Imprensa imprimir e

divulgar de acordo com a necessidade do requisitante e distribuído para a população alvo.

São desenvolvidas campanhas para utilização das multiclínicas e educação para a população usar o Pronto Socorro em casos de emergência e esclarecimento dos diversos serviços de saúde oferecidos pelo Município.

Todas as reclamações divulgadas nos meios de comunicação são observadas, acompanhadas, e devidamente esclarecidas pelo dirigente responsável pela Divisão de Imprensa.

Foi implantado o projeto RUMO - Que direção tomar - onde a Prefeitura vendeu os postes para comerciantes e bancos da região. Foram pintados no postos uma tarja colorida identificando a cor do bairro e contendo a rua e CEP da região, facilitando assim a localização de toda a área geográfica do município.

A divulgação do município é feita através de vídeos, folhetos, etc.. e apresentados no próprio município e em outros, inclusive em outros países.

## 9.13 SECRETARIA DE OBRAS

A secretaria de obras tem a função de materializar os projetos executivos das obras através da contratação dos serviços

Entre acompanhamento técnico e medições de obras conduz os trabalhos até sua conclusão e entrega.

## 9.14 SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E MEIO AMBIENTE

A lei complementar número 7 de 3 de julho de 1991 normatiza o Plano Diretor físico da Estância Balneária de Praia Grande.

Segundo o artigo doze (12) o município é integrado pelas seguintes zonas:

I - Zona da orla da Praia

II - 1ª zona residencial

III - 2ª zona residencial

IV - 3ª zona residencial

V - Zona comercial principal, núcleos comerciais, zona mista e áreas de interesse especial,

VI - Zona militar

VII - Zona Industrial

Quanto da entrevista junto à SEDATA (Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente), estava em desenvolvimento o novo plano diretor da Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande realizado por empresa de consultoria, com a supervisão da SEDAM.

Em uma apresentação do novo plano, que se encontra em estudo foram mostradas as linhas gerais para a nova concepção do Plano Diretor.

Um zoneamento completamente diferente do atual norteará o novo plano diretor que contemplará, inclusive, uma APA (Área de Proteção Ambiental).

Optou-se por não apresentar o plano diretor atual com mais detalhamento tendo em vista que ele estará sofrendo uma profunda alteração gerando uma nova diretriz para o plano proposto.

O novo plano diretor ainda deverá ser aprovado pela Câmara Municipal e por este motivo não consta deste trabalho. Segundo informações da SEDAM, a Prefeitura tem expectativa de aprovação deste plano, ainda em 1996.

## 9.15 TRANSPORTE PÚBLICO

O Órgão Gestor de Transporte (O.G.T.) que está vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente (SEDAM) está implantando o novo sistema de transporte apresentado a seguir.

### O NOVO SISTEMA DE TRANSPORTE

Com a construção dos dois terminais de integração e a implantação do número de linhas, entra em funcionamento um novo sistema para o usuário.

Os terminais de integração "Tático" (Vila Mirim) e "Tude Bastos" (Sítio do Campo), dois extremos da cidade, são acessados por quatro linhas-tronco,

que circundam pelas vias principais (Praia, Kennedy, Pista, Trabalhadores e Marginais à rodovia).

Cada terminal tem as chamadas "linhas alimentadoras", ou seja, as que levam e trazem os passageiros para as linhas-tronco.

O novo sistema racionalizou os serviços de forma a atender áreas antes descobertas, como a periferia, e acaba com a sobreposição de linhas, que criava vários transtornos como a longa espera pela passagem de veículo. O sistema acaba também com os percursos imensos de linhas que rodavam cada uma até 50 quilômetros, dando lugar a trajetos médios de 12 quilômetros. Isso representa maior rapidez no percurso e menor tempo de espera nos pontos e terminais para os passageiros.

Outro passo importante foi a implantação do Órgão Gestor de Transporte, que vai fiscalizar todo os serviços dos ônibus que circulam pela Cidade e permitir que a comunidade receba atendimento digno.

Eis, a seguir, alguns exemplos do que mudou:

Um passageiro saindo de Solemar e que quisesse ir até Vila Sônia teria de descer na pista e andar cerca de 2 Km. Agora, ele chega no Terminal Tático, através de linha 150-SO e, logo em seguida, sobe na linha 13-TR para chegar na Vila Sônia. Além de não ter de andar, o usuário conta com uma estrutura no Terminal que o abriga das chuvas e do sol forte e que lhe oferece uma série de serviços, como lanchonetes, banca de jornal, bancos e outros.

Antes, se um usuário saísse do Jardim Guilhermina, na praia, para se dirigir ao Anhanguera, por exemplo, teria que ir até a pista para pegar uma

condução. Agora, ele toma a linha 11-PR vai até o Terminal Tude Bastos e, de lá rapidamente, vai pela 13-TR até sua casa.

A nova denominação das linhas, acrescentando letras aos números, facilita ainda mais a identificação do ônibus e seu destino, a saber:

| | |
|---|---|
| 17-AS (Samambaia) | 55-EX (Expresso) |
| 30-JT (Jardim do Trevo) | 33-MA (Marginal) |
| 15-SO (Solemar) | 13-TR (Trabalhadores |
| 22-ME (Melvi) | 11-PR (Praia) |
| 95-CF (Canto do Forte) | 66-KE (Kennedy) |
| 96-BO (Boqueirão) | 99-TU (Turística) |

## 9.16 SECRETARIA DO ABASTECIMENTO

A Prefeitura da Praia Grande, no âmbito de Secretaria do Abastecimento, possui 1.330 ambulantes e 12 feiras livres cadastradas, sendo condição fundamental que o trabalhador resida na cidade.

São de responsabilidade desta Secretaria as seguintes atividades: a fiscalização de ambulantes de praia, ambulantes em geral, feirantes, coleta de alimentos para análises, fornecimento de licenças, cancelamento de licenças, observação das normas estabelecidas para a metragem das barracas, verificação do pagamento da licença e aplicação de multas.

Para o cumprimento destas funções, há lotados no departamento 33 pessoas, sendo divididos em três equipes de fiscalização a saber: para fiscalizar os ambulantes de Praia conta-se com 15 fiscais, os ambulantes em geral com 10 fiscais e as feiras com 6 fiscais.

A fiscalização ainda é dividida por setor, obedecendo os mesmos critérios do Projeto Rumo, onde cada bairro é sinalizado com uma determinada cor, e o comercio ambulante deve seguir este mesmo padrão trabalhando com carrinhos da mesma cor do bairro. Os alimentos e outros produtos comercializados devem ser divididos em grupos que vão do tipo I ao XIII, conforme relação a seguir:

## RELAÇÃO DO GRUPO DE MERCADORIAS

COMÉRCIO AMBULANTE EM CARRINHO NA ORLA DA PRAIA (AREIA)

GRUPO I - Bebidas em geral (cerveja, caipirinha, água mineral, refrigerantes, batidas, coquetel ou suco de frutas);

GRUPO II - Salgadinhos em geral, refrigerantes e cerveja (coxinha, quibe, esfiha, pastel, biscoito, industrializados, churros, fogazza e tempurá);

GRUPO III - Lanches em geral, refrigerantes e cerveja (Hot dog, cheese's, calabreza, churrasquinho, etc.);

GRUPO IV - Derivados do milho (milho verde, pamonha, cural, etc.);

GRUPO V - Suco de frutas, salada de frutas, chá mate, etc.;

GRUPO VI - Coco verde;

GRUPO VII - Artigos de praia (chapéu, viseiras, saída de banho, cadeira, óculos de sol, etc.);

GRUPO VIII - Carrinho de sorvetes;

GRUPO IX - Isopor, cestas, sacolas ou barricas para venda de salgadinhos, chá café ou suco;

GRUPO X - Máquina de raspadinha com suco de frutas;

GRUPO XI - Caldo de cana;

GRUPO XII - Doces em geral;

GRUPO XIII - Material de limpeza;

As mercadorias perecíveis apreendidas em boas condições são encaminhadas imediatamente para a Secretaria da Promoção Social, que as direcionam para as creches.

O comerciante tem um prazo de 48 horas, mediante o pagamento de multa, para a retirada de suas mercadorias não perecíveis apreendidas. Esgotado este tempo, as mesmas são levadas para a Fundação São Francisco, ligado à Secretaria da Promoção Social.

A taxa cobrada para a liberação do produto é de 100 UFPG (Unidade Fiscal da Praia Grande). O infrator paga ainda 2 UFPG por produto apreendido e 0,5 UFPG por dia de armazenamento. Uma UFPG equivale a R$ 0,90 centavos.

Propostas atuais da Secretaria:

- Não estão concedendo licenças desde maio de 1996;
- Informatizar o serviço.

# 10. ANÁLISE DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO

## 10.1 Descentralização

Conforme fica estabelecido na Constituição de 1988, no artigo 196 - "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualatário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O processo de municipalização da Estância Balneária da Praia Grande, foi iniciado no ano de 1988, com a implantação do SUDS. Orientando-se assim pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de sáude que deve estar submetido ao controle da sociedade.

Descentralização implica na redistribuição de poder estabelece novas relações entre os três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. Adquire-se também, um envolvimento de dimensões políticas, sócio-culturais, e sua efetivações pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que irão legitimar as decisões. Dentro dessa nova prática; a existência dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, exercem a participação e controle social das ações a serem desenvolvidas. Pelo conceito abrangente de saúde, as ações desenvolvidas definidas na constituição, norteiam a mudança progressiva dos serviços, passando do modelo assistencial curativo para um modelo de atenção integral à saúde, com ações de promoção, proteção e de recuperação.

Dentro dessa nova filosofia o município vem ampliando sua rede de atendimento de atenção primária a população, nessa

Nessa perspectiva o município iniciou o processo de municipalilzação dos serviços de saúde; em 27/12/93 solicitou sua inclusão na condição de gestão parcial, dirigido a Comissão Intergestora Bipartite, exigência preconizada pela NOB-SUS 01/93. Conforme FAX recebido em 27/11/96 da DIR-XIX, o município apresentou toda a documentação exigida. Porém, não tivemos acesso a mesma devido a dificuldades em obtê-las através do município e a DIR-XIX, por sua vez só poderia fazê-lo mediante a autorização do gestor municipal da Praia Grande.

Para que o município seja enquadrado e permaneça nesta situação é preciso que apresente os seguintes documentos:cópia da ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde, que aprova o pleito do município de enquadramento na gestão parcial; tem que dispor de Fundo Municipal de Saúde comprovando o seu funcionamento; ter atualizado um Plano Municipal de Saúde; quadro demonstrativo onde se aplica 10% do orçamento, apresentar comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários no prazo determinado; nomear responsáveis pela emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que seja aprovados pela Comissão Intergestora Regional da DIR-XIX; informar sobre a disponibilidade das condições técnicas e e materiais para o desenvolvimento das atividades de planejamento, controle e avaliação dos serviços (UAC), explicitado capacidade para elaboração do

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e para instalação de informatização do Setor.

Tendo sido entregue todos esses documentos e tendo enviado o processo de gestão parcial, o município desistiu do processo e solicitou sua inclusão na condição de gestão semi-plena em 12/3/96, protocolado em 28/3/96 na DIR-XIX. Para o seu enquadramento teve que apresentar todos os documentos já mencionados na condição parcial e mais um Termo de Compromisso aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, informando as metas propostas a serem cumpridas no período de um ano pelo gestor, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Os processos de habilitação para essa condição são aprovados pela Comissão Bipartite e apreciados pela Comissão Tripartite, à qual cabe a seleção final.

Avaliados todos os documentos o município atendeu os requisitos necessários; a CIR aprovou por consenso o pleito de enquadramento do município da Estância Balneária da Praia Grande na condição de gestão semi-plena. Porém, o município não aceitou por problemas descritos como financeiros, pois ficou com o teto financeiro abaixo do que era esperado devido a sua série histórica, uma vez que os serviços só iniciaram sua constituição no ano de 1988, pois o município só contava com um pronto-socorro.

Assim sendo o município continua como prestador de serviços, recebendo mediante o faturamento. Porém, mesmo assim, não consegue faturar

todas as ações de saúde que lhe são destinadas pela verba da esfera federal (vide Anexo 8). Podemos então aventar três hipóteses:

- 1° que as metas estejam superestimadas;

- 2° não estarem produzindo;

- 3° estarem produzindo, mas não serem capazes de apresentar essa produção pelos mecanismos de pagamento SIA-SUS e DATA-SUS.

Então deduz-se que a implantação do SUS é um processo difícil, lento e com dificuldades crescentes. Ocorrendo discórdia quanto a responsabilidade e autonomia de cada esfera, principalmente com relação a disponibilidade orçamentária, alocação de recursos insuficientes e a condução de políticas públicas de acordo com os princípios básicos do SUS.

De todo esse processo, o que se conclui é que a reformulação do modelo assistencial prioritário para a descentralização, passa pela questão do financiamento do setor, capacitação de recursos humanos, planejamento local, gestão democrática, participação social e basicamente dar "Credibilidade" ao SUS.

## 10.2 Financiamento

O Sistema Único de Saúde (SUS) será financiado nos termos do artigo 195 da constituição com recursos do orçamento da seguridade social, da União dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A Lei Orgânica da Saúde preconiza que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

O Fundo de Saúde tem como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pelos gestores municipal estadual e federal. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinam investimentos na rede de serviços à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, serão repassadas de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal, através dos respectivos fundos de saúde

Esses recursos geridos pelo Ministério da Saúde são repassados da seguinte forma: em cada estado, os recursos repassados são somados aos alocados pelo próprio governo estadual, de sua receita e geridos pela respectiva secretaria de saúde, através do fundo estadual de saúde. Há uma parte retida para as ações e os serviços estaduais, a outra parte é repassada aos municípios, de acordo com critérios específicos.

Finalmente, cabe aos próprios municípios destinar parte de seu próprio orçamento para às ações e serviços de saúde de sua população.

O município da Praia Grande no artigo 173 da Lei Orgânica do Município consignará no orçamento anual, 10% da receita prevista para atender os Programas Municipais de Saúde, tais como: assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos segmentos da população; identificação e controle das ações referentes à vigilância sanitária e

epidemiológica; odontológica, saúde do trabalhador, saúde do idoso, saúde da mulher; saúde da criança e do adolescente; saúde dos portadores de deficiência; de alimentação e nutrição; ações de saneamento básico e meio ambiente; adoção de política de recursos humanos em saúde e na capacitação de profissionais da área para atender às necessidades do município; fiscalização e controle de equipamento e aparelhagem utilizados no sistema de saúde na forma de Lei.

Quanto à demonstração do percentual de 10% aplicado por lei no município, infelizmente não poderá ser demonstrado, por falta de acesso a esses dados. Cabe ressaltar porém, que em entrevistas com o Prefeito, Secretária de Saúde e Secretário das Finanças todos afirmaram que no ano de 1993 foi investido uma quantia acima dos 10%, por ter havido investimento no hospital filantrópico do município. Segundo a avaliação do Prefeito e da Secretaria de Saúde o que o município recebe de repasse de verba é pouco. Recebem mediante produção sendo que a responsabilidade do município é muito grande em relação as outras esferas de governo. É importante ressaltar que o município não aceitou a gestão semi plena por ter sido considerado que o teto financeiro oferecido cerca baixo. Optou-se por não receber menos do que já é recebido como prestadores de serviços, aguardando outra oportunidade de negociar esse teto futuramente observou-se que enquanto o pagamento for baseado na produção, será difícil inverter esse processo: gasta-se mais do que se recebe.

Percebe-se que para que o SUS realmente se efetive dentro de seus princípios básicos todos os níveis de governo terão que assumir e aceitar a sua parcela de responsabilidade, e não apenas passar o bastão de esfera em esfera, resultando na mercantilização da saúde.

## 10.3 Gerenciamento

A descentralilzação que privilegia o modelo municipal de prestação de serviços, traz à tona o gerenciamento autônomo, na administração dos recursos financeiros, na produtividade, resolutividade das ações de saúde e fundamentalmente na responsabilidade pelos impacto destas ações na população.

O principal desafio da gerência proposta no SUS é propiciar, através do planejamento no nível local a identificação das necessidades da população para definição, viabilização e desencadeamento das estratégias necessárias.

Para atender a qualquer solicitação do município; o núcleo de Assessoria Técnica e Planejamento de Ações de Saúde da DIR-XIX, dispõe de proposta de capacitação gerencial para a Região.

Dentro desse planejamento preconiza-se a participação da comunidade e dos trabalhadores de saúde, não esquecendo a realidade local e estabelecimento a realidade local e estabelecimento de prioridade local e estabelecimento de prioridades com base nos indicadores fornecidos pelo

atendida e dos serviços locais, também dessa forma a adminsitração e avaliação da assistência prestada à nivel local.

O gerenciamento da saúde na Praia Grande está centralizado na pessoa da Secretaria da Saúde.

Existe uma estrutura física e organizacional da Secreataria da Saúde; onde os diretores de divisão são responsáveis ppor duas ou mais multiclínicas.

Não se observa processo de co-responsabilidade mais atuante com a participação da comunidade e trabalhadores de saúde no processo de gerência.

## 10.4 Regionalização

A totalidade das ações de atenção à saúde, deve desenvolver-se em um conjunto de serviços e estabelecimentos de saúde, organizados e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município - SUS-Municipal - voltado ao atendimento integral de sua própria população, inserido de forma indissociável no SUS em suas abrangências estadual e nacional.

Os serviços do subsistema municipal não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas), têm que estar organizadas, disciplinadas e coordenadas, de forma que o gestor

municipal possa garantir, à população necessitada, o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Assim, a gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços não precisa ser, necessariamente, do município ou mesmo pública, mas a gestão de todo o subsistema é da competência do poder municipal.

A criação e o funcionamento desse subsistema possibilita uma grande responsabilidade dos municípios no âmbito da saúde. No entanto, possibilita, também, um elevado risco de atomização desordenada destas partes do SUS, permitindo que um subsistema se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando até mesmo, a unicidade do Sistema. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

O poder público estadual, então, tem como uma das suas responsabilidades nucleares mediar a relação entre os sistemas municipais, e o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assume a gestão do sistema municipal, é o Estado que responderá, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população carente de um subsistema que lhe é próprio.

Os instrumentos básicos para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal - a Comissão Intergestores Tripartite - e pelos gestores estadual e municipais - a Comissão Intergestores Bipartite. Com esses instrumentos, propiciando, adequadamente, meios financeiros e

tecnológicos, exerce-se a cooperação técnica e financeira dos gestores das esferas estaduais e federal com unicidade e equidade.

Nesses fóruns são ratificadas a constituição dos sistemas municipais, bem assim negociadas e aprovadas as programações pactuadas e integradas e os tetos financeiros possíveis - dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais - oriundos dos recursos públicos e de receitas próprias, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. A pactuação e a integração das programações são fundamentalmente a consequência prática da relação entre os gestores do SUS.

O município da Prefeitura da Estância Municipal Balneária de Praia Grande pertence à Região Administrativa do DIR-XIX da Região da Baixada Litoranea, que compreendo 9 municípios Guarujá, Bertioga, Peruíbe, Praia Grande, Santos, Cubatão, Monguaguá, Itanhaém e Peruíbe

A Comissão Intergestora Regional atua para facilitar e viabilizar os objetivos principais considerando as necessidades de priorização local.

Está em discussão a necessidade de aquisição de equipamentos, bem como a possibilidade de acordos e parcerias entre os municípios, definindo-se o papel de cada um neste processo.

Principalmente, porque no município de Praia Grande não existe nenhum hospital público. Existindo apenas um hospital filantrópico conveniado com o SUS. Dependendo sempre de uma referência em outra gestão municipal, entre municípios vizinhos ou outros mais distantes, inclusive São Paulo, variando de acordo com a complexidade de cada caso.

Segundo a DIR-XIX, todos os municípios já se encontram em alguma forma de gestão, exceto Praia Grande, que ainda está como prestador de serviços.

## 10.5 Territorialização

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos os órgãos de saúde de um município atender pacientes encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para a efetivação deste atendimento dar-se-á exclusivamente entre gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na Comissão Intergestores Bipartite regional ou estadual. A discussão de eventuais impasses, relativos a essas negociações deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo a decisão ao gestor estadual.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam públicos ou privados. Assim, a relação desse gerente

dar-se-á somente com o gestor do município onde está sediado, seja para atender à população local ou a referenciada de outro município.

O gestor do município-sede é o único responsável pelo controle, avaliação e auditoria rotineiras dos prestadores de serviços de saúde (estaduais ou privados) situados no município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

O componente federal do Sistema Nacional de Auditora - SNA (Decreto no 1651, de 28/9/95) tem como competência o controle, a avaliação e a auditoria dos sistema estadual de saúde. Da mesma forma, compete ao componente estadual do SNA controlar, avaliar e auditorar o sistema municipal de saúde.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela sua produção de serviços - seja relativa a pacientes locais ou encaminhados de outro município - é sempre feito pelo poder público do município sede.

Os recursos para cobrir o pagamento da assistência aos pacientes vindos de outro município são alocados, previamente, pelo gestor que encaminha, ao município sede do prestador que o incorpora ao seu teto financeiro. Esses recursos são orçados com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que é mediada pelo estado e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite regional e estadual.

Quando um município que encaminha um paciente a outro criar ou reorganizar os serviços em seu território - ampliando, assim, a sua capacidade resolutiva - pode requerer à Comissão Intergestores Bipartite para que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocados para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal. (NOB-96)

No município de Praia Grande pelo que se pode observar não foi ainda processo de territorialização, não havendo definição da área de abrangência, ou seja a área de responsabilidade de cada unidade de saúde, baseada nos critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Isto prejudica a determinação de ações de controle de saúde específicas para a população da área visando o estabelecimento de prioridades para o enfrentamento dos seus problemas.

## 10.6 Hierarquização

Instituido o Sistema Único de Saúde: "As ações e serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

Instituido o Sistema Único de Saúde: "As ações e serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

II - atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

É garantido o exercício e participação da iniciativa privada na saúde que, além de serem regulamentadas por disposições e princípios gerais de atenção à saúde, podem participar de forma complementar do SUS, segundo suas diretrizes.

É instituido no município da Praia Grande a gestão descentralizada do sistema por nível de hierarquia que caracteriza por ficarem com o Estado e municípios vizinhos as unidades públicas de maiores complexidade, inclusive os de referência regional.

Os níveis de atenção constituem, então diferentes "tecnologias adequadas" quanto à eficácia, ao custo social e a viabilidade de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes complexidades, classificados em primários, secundários e terciários.

Por consequência, a hierarquização está determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível e ao nível do sistema como um todo. Isso porque a relação biunívoca e descentralização/centralização pode exigir uma alocação mais

centralizada de tecnologias de maior complexidade. Por outro lado, cada nível de atenção deverá estruturar-se com uma função de produção que permita a resolução de problemas naquela espaço de complexidade sem o que estará caindo na armadilha da atenção primária seletiva.

A hierarquização está alicerçada na verificação empírica de que as necessidades de saúde de menor complexidade têm maior frequência relativa que as mais complexas e que existe uma correspondência entre a complexidade dos problemas de saúde e a complexidade e o custo social das funções de produção capazes de resolvê-los.

O princípio da hierarquização contém dois subprincípios:

a) O da suficiência e da insuficiência tecnológica de cada nível de atenção. Por este subprincípio, um nível de atenção deve ter, necessariamente, uma suficiência resolutiva que o justifique com a composição teccológica que o caracterize.

Contraditoriamente, contudo, esse nível de atenção é insuficiente tecnologicamente para atender a problemas que transcendam sua capacidade resolutiva, dependendo, portanto, de um nível de atenção de maior complexidade tecnológica que lhe sirva de referência.

b) Referência e contra-referência. Do subprincípio anterior, decorre que a hierarquização exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações, gerenciais e tecnocientíficas, dentro da rede de serviços de saúde, os denominados sistemas de referência e contra-referência.

Frequência relativa de complexidade do Município de Praia Grande:

- Multiclínicas (necessidade de menor complexidade)
- Pronto Socorros (média complexidade)
- CEMAS (média complexidade)
- CEMIM (média complexidade)
- Santa Casa (possui alta complexidade em apenas alguns serviços).

## 10.7 Acessibilidade

A Universabilidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS, estabelecido no artigo 7°, inciso I, da lei Orgânica da Saúde

O município deve ser organizado segundo as necessidades e os recursos que, num momento, existem no território.

No município de Praia Grande observou-se em primeiro lugar a importância atribuida aos recém-nascidos. Onde em todas as multiclínicas eles tem prioridade no atendimento.

As multiclínicas funcionam de segunda a sexta feira das 7 às 17 horas.

Os pronto socorros ficam 24 horas em funcionamento.

O CEMIM e o CEMAS funciona das 7 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

Não observou-se demanda reprimida. Pois, conforme planilha de atendimento apresentada pelo DIR IX (Anexo). Observa-se apenas em número considerável de Consultas Médicas. Ficando os outros serviços de saúde sem clientela, ocasionando ociosidade.

É importante realçar a necessidade de envolvimento nos diversos serviços de saúde a participação dos servidores no nível local e da comunidade neste processo, respeitando as particularidades de cada realidade (Unglet, 1993).

## 10.8 Integralidade

A aplicação deste princípio implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença confirma uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social.

Desse modo, a existência de instituições especializadas em saúde pública e outras em atenção médica carece de justificativa informada pelas necessidades de saúde da população.

A integralidade exige, exatamente, uma intervenção integradora, no seu âmbito tecnológico, sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente.

Contudo, do ponto de vista das práticas sanitárias, a integralidade manifesta-se em duas dimensões:

a) Numa integração, definida por um problema a enfrentar através de um conjunto de operações articulados pela prática da vigilância à saúde;

Numa integração, dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância à saúde.

No município de Praia Grande, verifica-se que os serviços oferecidos à população está em fase de transição. Observa-se um início de interesse em desenvolver à Saúde Pública. Tendo em vista uma distribuição local de 13 multiclínicas, 5 Pronto Socorros, CEMAS e CEMIM, Santa Casa e outros. É notável a precariedade de um serviço de atenção de maior complexidade. Obrigando o município a recorrer a outros recursos em diversos territórios vizinhos ou até em São Paulo.

## 10.9 Participação Popular e Democratização

Com a proposição do SUS, a população, teve grandes conquistas, entre elas a participação dos cidadãos, através de suas entidades representativas. É uma garantia constitucional a participação no processo de formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das políticas de saúde, em todos os níveis desde o federal até o local.

Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde das Unidades Básicas de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, órgãos deliberativos, com representação paritária de usuários, representantes da Administração (governo), profissionais de saúde e prestadores de serviço.

Outra forma de participação são as Conferência de Saúde, periódicas, que têm a participação paritária de diversos segmentos da sociedade avaliando a situação de saúde, definindo prioridades e propondo linhas de ação, para formulação da política de saúde, na instância correspondente.

No Município de Praia Grande o Conselho Muncipal foi criado pela Lei 720, de 27 de Maio de 1991, como um órgão deliberativo do SUS, no âmbito municipal.

O Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, na seção I, no artigo 2º, estabelece as finalidade do Conselho Muncipal de Saúde:

I - Atuar na formação de estratégias e no controle de execução da Política Municipal de Saúde;

II - Estabelecer diretrizes para elaboração dos Planos de Saúde adequadas à realidade epidemiológica e de organização de serviços, no âmbito do município;

III- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, no âmbito municipal;

IV- Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS

O Conselho Municipal de saúde tem em sua composição representação paritária, composta por usuários eleitos nas Conferências Municipais de Saúde e homologada por decreto pelo Prefeito.

O Conselho será presidido por um presidente nato, que será o Secretário Municipal da Saúde. Serão eleitos, entre os membros do Conselho Municipal, em reunião convocada para este fim, um Vice-Presidente, um Primeiro Secretário, e um Segundo Secretário.

Na seção V, no artigo 9º , do referido regimento, reza que o Conselho Municipal, reuniar-se-á, ordinariamente a cada 30 dias ou extraordinariamente, quando for solicitado por 1/3 dos membros, e fundamentada ao Presidente do Conselho.

Os membros do Conselho terão mandato de dois anos, a partir da data da posse. As funções dos membros do Conselho são consideradas como de serviço público relevante.

O presidente poderá circunstancialmente, tomar decisões em caráter de urgência, devendo levar posteriormente estes atos para apreciação do Conselho Municipal de Saúde, que poderá criticar, vetar ou referendar tais atos.

As deliberações do Conselho serão formadas por maioria simples dos membros do órgão presente à reunião.

Enfim , o referido regimento termina em seu último artigo, com a seguinte frase: "Participação popular com direito à voz em reuniões ordinárias".

A participação popular, através do Conselho Municipal de Saúde, teve início de fato em 1993, com a I Conferência Municipal de Saúde. Antes desta data, o Conselho era instituído pelo Prefeito, não havia eleição.

Em 05 Outubro de 1996 houve a realização da II Conferência Municipal de Saúde, quando aconteceu a 2ª eleição do Conselho Municipal de Saúde . Desta forma o conselho anterior está saindo, existe uma comissão executiva, que está fazendo a transição. Na primeira quinzena de dezembro de 1996 será a posse do novo C.M.S., através de decreto assinado pelo prefeito

A composição do C.M.S. era de 12 membros, sendo 6 usuários e 6 prestadores de serviços. Na avaliação de sua Presidente, a Secretária da Saúde:

- a atuação deste Conselho não foi das mais eficazes ou das mais efetivas, por uma séries de problemas que foram: o Conselho não sabe como se comportar diante de determinadas situações; outro problema foi a troca de Secretários, que criou um hiato em todo trabalho da Secretaria; por ter uma história muito recente, a população não tem maturidade em termos de participação popular.
- A participação popular é muito recente mesmo nas Pré-conferências realizadas, uma vez que as pessoas não entendiam o que é a Conferência

de Saúde, e muito menos o C.M.S.

Observou-se em reunião realizada com o C.M.S., que se trata de participação simbólica, uma vez que a população não se sente parte ativa ou

receptiva deste Conselho. O nível de mobilização da população é restrito, onde apenas alguns movimentos têm uma inserção mais abrangente.

Não foi possível observar se os membros do CMS são ou não procurados pela população, enquanto seus representantes, para fazer reclamações ou denúncias. Por outro lado, estes representantes não consultam a população para levantamento de seus problemas. Este fato ocorre principalmente por não haver nos serviços de saúde Conselhos Gestores.

No entanto o CMS, apesar de todas as dificuldades mencionadas, vem funcionando como um espaço de participação popular. Foi iniciado o processo de democratização no município, mas ainda se encontra em estágio incipiente, pois o Conselho não funciona como exemplo de gestão descentralizada.

As principais dificuldades decorrem pelos traços da cultura política brasileira tutelar, clientelista e populista, que embasam uma luta política por favores e não por direito, traços estes que marcam o contexto sócio-politico, no qual estão inseridos os membros e também o Conselho de Saúde.

A expropriação das classes populares dos conhecimentos necessários na qualidade de representantes junto a estes Conselhos, também se caracteriza como sério obstáculo para a plena participação do cidadão na gestão pública. Para que o Conselho de Saúde seja de fato um órgão colegiado, é necessário a capacitação de seus membros para a participação, através da reflexão e da informação, onde todos deverão sentir a importância da função a ser desempenhada, na tomada de decisões passíveis de serem implementadas.

Desta forma, é muito importante o papel dos técnicos, no compromisso de capacitar a população para o trabalho conjunto, recebendo os conhecimentos desta população, ouvindo e analisando suas propostas, respeitando-os como parceiros nas soluções para os problemas de saúde.

"Não basta que o Governo Federal cumpra seu papel: garantir mais recursos, repassar o poder e o dinheiro. A decisão de como viver melhor depende de cada um e não mais de um ineficiente Estado centralizador.
O SUS só se transformará, de fato, na saúde contra a doença se contar com a indissolúvel participação da sociedade. É preciso que o controle social, por intermédio dos Conselhos de Saúde, faça parte do cotidiano de cada um."

## 10.10 Resolubilidade

A capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência se inscreve na lei Orgânica da Saúde, artigo 7°, inciso XII.

Do princípio do impacto decorre um outro que é o da orientação por problemas.

Porque só identificando, descrevendo e explicando um problema é que se pode atuar, consequentemente, sobre suas causas para dessa forma, causar impacto sobre os níveis de saúde de uma população, num dado território.

Normalmente, as análises que se fazem nos diagnósticos convecionais de saúde são pobres e, muitas vezes, estão limitadas ao seu aspecto descritivo.

Por isso, a orientação por problemas exige, primeiro, uma explicação situacional.

a) Uma clara precisão do explicado que constitui a descrição do problema;

b) Uma análise da cadeia causal do problema (o explicando);

c) O estabelecimento de um espaço de um problema que delimite o seu âmbito explicativo;

d) A identificação de nós críticos na cadeia causal e cuja mudança quantitativa ou qualitativa origina uma alteração significativa do problema.

Identificados os nós críticos, montam-se, em relação a eles, operações que são módulos de ação, onde se articulam recursos econômicos de poder e de capacidade organizativa visando a enfrentá-los.

O princípio da orientação por problemas está fundamentado na "análise de Pareto" que parte do fato empiricamente comprovado de que um número pequeno de causas principais são as responsáveis por 70% do problema.

A orientação dos problemas é, portanto, uma forma alternativa de organização de serviços que se contrapõe aos métodos clássicos de

organização para atenção à demanda espontânea e por programas de saúde pública.

O risco desta abordagem é sua historicidade - que é negada pelas formas tradicionais que são universalizadoras -, vez que não identifica os problemas, nem organiza ações, aprioristicamente, respeitando a singularidade de um território e de uma população

Esta vai refletir-se em operações articuladoras de ação setoriais e intersetoriais porque, frequentemente, um problema de saúde vai exigir ações que estão situadas fora dos limites convencionais do setor. Por exemplo, o problema mortalidade infantil, além de atividades de atenção médica, implica ações de saneamento, de nutrição, de educação, etc.

Daí a importância dessa dimensão intersetorial no Município, as possibilidades de um esforço integrativo serão sempre limitadas e estarão na dependência do grau de coordenação que se tenha, em determinado tempo, nas instâncias superiores de governo.

A intersetorialidade constitui uma arma importante para o fortalecimento dos processos de condução e liderança quando permite colocar sob a reitoria de uma autoridade sanitária local problemas que, manifestando-se substantivamente no campo da saúde, são causados por fatores situados fora de seu âmbito de ação administrativa convencional.

No Município de Praia Grande quase a totalidade de serviços de alta complexidade são encaminhados para outros territórios vizinhos, e municípios mais distantes dentro do Estado de São Paulo. Variando conforme a gravidade

e especialidade necessária para a recuperação do usuário do sistema de saúde local.

Serviço de [illegible]
FACULDADE [illegible]
UNIVERSIDADE [illegible]

# 11. PRINCIPAIS CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

## Perfil Epidemiológico do Município da Praia Grande

Nota-se na distribuição da população por faixa etária e sexo, que vem diminuindo a proporção em menores de 9 anos na última década, o que reflete menor mortalidade, bem como diminuição da taxa de natalidade (19,96 por mil habitantes) sendo um valor baixo quando comparado às outras áreas brasileiras. Houve pequeno aumento na proporção de indivíduos de 70 anos e mais, modificando muito pouco a expectativa de vida. O coeficiente de fecundidade (72,92 para mil mulheres) pode ser considerado baixo, quando comparado com o Brasil como um todo.

Quanto à Razão de masculinidade, nota-se que esta tem decaído, desde as últimas décadas, onde se tinha um valor mais alto do que o esperado (1108 e 1037 homens para mil mulheres, respectivamente nos anos de 1970 e 1980). Em 1994 a situação se inverteu, obtendo-se a relação de 973 homens para mil mulheres, sendo que este resultado encontra-se dentro dos padrões esperados, conforme literatura.

Segundo análise dos resultados obtidos da razão de dependência juvenil (47,69%), por ser uma relação de valor alto, infere-se que possa haver uma população na faixa etária de menores de 15 anos, entrando para a força de trabalho, ao invés de estarem dentro das escolas, aperfeiçoando-se, acarretando-se assim consequências de ordens sociais.

A razão de dependência senil (8,41%) está correspondendo com os parâmetros normais encontrados, segundo Laurenti, 1987, indicando assim que

Analisando-se o indicador de Guedes (15,01), obteve-se o resultado regular para bom, da década de Nelson de Moraes. Quanto mais elevado for o valor encontrado para este índice, melhores condições de vida terra esta população.

Como indicador de saúde específica, tem-se o coeficiente de mortalidade infantil. O resultado encontrado (33,52 para mil nascidos vivos), está muito aquém da faixa esperada para um bom nível de saúde, que é menor que 20 por mil nascidos vivos.

Analisando-se os resultados, observou-se que houve uma queda significativa na mortalidade pós-neonatal, que pode estar atribuída ao incentivo do aleitamento materno, o processo de urbanização, e a melhoria da qualidade de vida.

Verifica-se que na mortalidade neonatal, houve um crescimento que pode estar relacionado com a falta de um acompanhamento médico ao recém-nascido e no pré-natal, principalmente quando a mãe apresenta algum problema de saúde como diabete, hipertensão, etc.

Outro indicador de saúde específico é o coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis. Os valores obtidos para o município foram de 76,60 e 50,80 por cem mil habitantes respectivamente para 1992 e 1994. Apesar de ter diminuído em 33,68%, este coeficiente nos últimos anos, ainda continua alto se compararmos com os países desenvolvidos: Inglaterra (1980) - 4,0, Estados Unidos (1978) - 8,1 e Japão (1980) - 10,2 por cem mil habitantes.

Foi observado na mortalidade proporcional das causas de crianças menores de um não, que houve primeiramente um predomínio das causas associadas ao parto e perinatais e que estão relacionadas com a falta da assistência à saúde, pré-parto, parto e pós parto e em segundo lugar estão as causas mal definidas. Entende-se que a falta de um serviço de verificação de óbitos contribui para manter a inexistência de dignóstico em altas proporções. Considera-se o fato da assistência médica estar baseada preponderantemente no pronto atendimento ser a principal causa deste problema.

Os Pronto-Socorros, que atendem massivamente a população, se transformaram na prática, em imensos ambulatórios dioturnos, não oferecendo as vantagens de acompanhamento médico, e não raro da investigação diagnóstica.

Há necessidade da correção desta distorção do sistema, educando e estimulando a população a utilizar corretamente os serviços de saúde do município, além de aumentar a grande resolutividade de cada unidade ambulatorial investindo em recursos humanos e materiais.

- **Organização dos serviços de Saúde -**

  **Equipamentos de Saúde**

Nota-se que a Prefeitura passou a investir mais no setor saúde, após assinatura do convênio SUS em 1988. Pode-se observar este fato, através da implantação de novos equipamentos. Há um compromisso maior atualmente com a saúde do munícipes.

A implantação de treze Multiclínicas por toda extensão da cidade, facilitou a vida dos usuários, pois ficaram mais próximas de suas residências, com atendimento diário de médicos, dentistas, e serviço de enfermagem ( vacinação curativos, medicação, inalação, etc.).

Porém seu horário de funcionamento pode colocar restrições no atendimento dos trabalhadores e seus filhos, pois as Unidades fecham às 17:00 hs. Isto pode acarretar um acúmulo no atendimento dos Prontos Socorros, que deveriam atender somente os casos de Urgência e Emergência, pois o trabalhador não encontrando as Multiclínicas abertas, após seu retorno do trabalho, buscam atendimento nos P.S's.

Foi criada pela Secretaria da Saúde, cartilha dirigida à população, orientando a mesma sobre como melhor utilizar os serviços de saúde, principalmente no que se refere à utilização dos Prontos Socorros e Multiclínicas. Porém, tentando também solucionar este problema, seria importante que se buscasse estudar, uma proposta em que as Multiclinicas ficassem mais tempo abertas, para o atendimento da população trabalhadora.

As Multiclínicas têm baixa resolutividade, como por exemplo a não distribuição de medicamentos, restringido-se a alguns poucos remédios básicos; o não atendimento à Tuberculose; às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; Esquistossomose; o encaminhamento de diabéticos insulino-dependentes ao CEMAS; a não colocação de DIU e diafragma em todas as unidades, estando centralizada em apenas uma Multiclínica. Estas são atividades que poderiam ser desenvolvidas com melhores resultados nas Multiclínicas,

exigindo apenas a capacitação dos profissionais que já trabalham nas Unidades, como Pediatras, Clínicos, e Ginecologistas. Isto também diminuiria o atendimento do CEMAS, que poderia ser otimizado, atendendo de fato os casos que exigem a atenção de especialistas.

O CEMAS tem trabalhos de ações educativas com grupos, muito bem estruturadas, e organizadas. Porém, como já foi citado, são atividades que possivelmente poderiam estar sendo desenvolvidas pelas Multiclínicas, como: Grupos de Diabéticos, Grupos de Hipertensos, por profissionais treinados, sob a coordenação e supervisão dos profissionais do CEMAS. O atendimento descentralizado, mais próximo à residência do usuário, tem maior resolutividade, uma vez que pode beneficiar um número maior de pessoas. Por outro lado, o CEMAS poderia estar abarcando atendimentos que são realizados em outros municípios, sobretudo Santos, como é o caso das gestações de alto risco.

O Serviço de Apoio Diagnóstico, também centralizado no CEMAS, poderia ser mais produtivo, se houvesse um profissional próprio para este fim. Por exemplo, nos casos de Eletrocardiograma e Eletroencefalograma, estes dependem de profissionais que também fazem atendimento médico no CEMAS, prorrogando assim a entrega do laudo, que atualmente demora de uma semana a dez dias para ser entregue.

O CEMIN foi criado para otimizar o atendimento a doenças Infecto-contagiosas, com a concentração de especialistas que realizam este atendimento. Porém, o CEMIN tem em seu nome, um forte estigma "Moléstias

Infecto -Contagiosas", que marginaliza e descrimina os portadores de tais doenças, que não necessitam de uma atenção separada, ou isolada.

Este serviço poderia estar funcionando juntamente com o Centro de Especialidades, no atendimento a algumas especialidades como AIDS, Hanseaniase, Leishmaniose, Doenças de Chagas, etc. Além de programas educativos na prevenção às DST/AIDS.

Enfim, para se ter um bom resultado no atendimento à população nos equipamentos de saúde, é muito importante ouvir quais os interesses desta, para tentar direcionar melhor os programas às necessidades da mesma, e tentar buscar a sua participação na gestão dos serviços.

No entanto esta tarefa não é fácil de se viabilizar, uma vez que não há costume de se exercer a cidadania através da participação popular, no controle social. É muito importante o envolvimento dos profissionais neste trabalho, de despertar a importância do trabalho em conjunto com a população usuária.

**Recursos Humanos**

Pode-se observar que as multiclínicas têm características diferentes, dependendo de sua localização, de sua demanda. Como é o caso, por exemplo da Multiclínica Boqueirão, que apresenta uma grande demanda, pois encontra-se em região centralizada, e é privilegiada principalmente no que se refere a fluxo de ônibus.

Quanto à área de enfermagem, as multiclínicas apesar de contarem com supervisão de enfermagem, o número destes profissionais é ainda deficiente, inclusive no que se refere ao número de auxiliares.

Quanto ao número de dentistas nas multiclínicas, os dados coletados foram fornecidos pelo DIR XIX, porém não incluiam todas as unidades, desta forma os resultados ficaram prejudicados. O mesmo se aplica ao SAMO, em função da não apresentação do quadro de funcionários, os dados apresentados foram de entrevistas realizadas com o Diretor de Divisão de Saúde Bucal.

No quadro de horário do CEMAS, observa-se que há um acordo deste serviço com os médicos, com relação ao horário de atendimento, uma vez que este horário é irregular.

Constatou-se ainda divergências nos quadros fornecidos pela Secretaria da Saúde, e os dados coletados na DIR XIX, impossibilitando uma análise quantitativa da necessidade/adequação de recursos humanos.

No que se refere a treinamento/capacitação de pessoal, foram citados pouquissimos cursos de reciclagem aos profissionais em serviço, pelos diversos técnicos da Secretaria da Saúde.

A Prefeitura de Praia Grande, teve uma preocupação na contratação de mais médicos, e para isso teve que rever seus vencimentos, com uma nova política salarial. No entanto, este acerto salarial priorizou somente os profissionais médicos .Os demais profissionais de nível universitário, além de terem uma carga horária maior, seus salários são menores .

É necessário que haja um reformulação na política de recursos humanos existente, em nível federal, estadual e municipal, de forma a garantir que estes funcionários sejam idôneos, envolvidos de corpo e alma nos objetivos do SUS, suficientemente formados, regularmente aperfeiçoados, permanentemente

incentivados, adequadamente remunerados e coerentemente exigidos no cumprimento de seus deveres.

Por mais bem estruturada que venha a ser, por mais abrangente e pormenorizada que venha a ser a legislação ordenadora do SUS, por mais recursos financeiros de que disponha o sistema e por mais avançados que sejam os enunciados da política de saúde e os objetivos fixados na Lei Orgânicada Saúde, o SUS não funcionará como se espera e seus ideais estarão fadados ao fracasso, se não dispor de recursos humanos qualificados e, obviamente valorizados sempre.

Por tudo isso, a questão de recursos humanos se constitui num dos maiores desafios a serem enfrentados. Somente profundos avanços, com a municipalização da saúde e com o efetivo exercício do controle social, poderão alavancar as transformações no perfil dos profissionais da área e da consequente mudança no modelo assistencial vigente.

- **Vigilância Epidemiológica**

Se levarmos em conta a extensão territorial, do município e o número de funcionários designados para a função de vigilância concluiremos que esta é insuficiente.

A notificação compulsória de doenças facilita o desencadear de ações, que visam o controle das morbidades. Esta prática,no entanto não é usual. A busca ativa fica inviável, devido aos parcos recursos humanos existentes. Outro fato agravante, é a falta de suporte laboratorial no município,

visto que o mesmo não conta com os serviços de sorologia e microbiologia. Quando necessário, as amostras são encaminhadas a um município vizinho.

- **Poluição Ambiental**

A discussão que foi apresentada envolvendo balneabilidade das praias, tratamento e disposição final de resíduos sólidos, mostra um quadro de muita dificuldade no trato das questões ambientais de saúde pública por parte do município.

Embora estes pontos dificultem o equacionamento das soluções para o meio ambiente e saúde pública, o que se apresenta como um quadro global é que isto não é uma questão mal resolvida localizada, mas sim um problema de âmbito maior (estadual e nacional).

Tanto os órgãos estaduais (SABESP e CETESB) quanto o município têm conhecimento dos problemas, sabem das enormes dificuldades que se apresentam a sua frente, das suas responsabilidades perante à opinião pública e estão empenhadas no equacionamento de todas as questões.

**•SAÚDE BUCAL**

O diagnóstico de saúde bucal do município é primordial na definição da política a ser adotada. Acredita-se que os dados obtidos durante a jornada de Orientação em Saúde Bucal - 1996, por razões operacionais, tenham sido realizados classificando os escolares por classe. Cabe colocar aqui que, do ponto de vista epidemiológico, a classificação por idade terá maior significado.

Sugere-se, portanto, a realização de Levantamento Epidemiológico segundo critérios da Organização Mundial da Saúde -OMS, a fim de direcionar os programas a serem implantados.

- O sistema de trabalho em consultório tradicional, onde o profissional desenvolve a prática do modelo privado, tem se mostrado insuficiente e incapaz de dar as respostas requeridas pelo SUS. O serviço público requer um sistema de trabalho do tipo clínica modular fixa ou transportável onde sejam utilizadas técnicas de trabalho instrumentado, adequados sistemas de sucção, de preparação de materiais e de proteção e biossegurança. Esta mudança objetiva o aumento da cobertura das ações de assistência odontológica individual, elevação da qualidade, eficácia e eficiência com redução dos custos operacionais.

- Formação da equipe de saúde bucal na qual a incorporação de recursos humanos auxiliares (ACD e THD - Técnica de Higiene Dental), com a atualização e capacitação dos profissionais.

- Reorganização dos serviços no sentido de envolver os profissionais das unidades básicas também nas ações preventivas coletivas dos espaços sociais da área de abrangência, buscando assim, resgatar a cidadania dos indivíduos informando-se e educando-os, constituindo um modelo de atenção em Saúde Bucal, integrando-se também outros programas de saúde.

# BIBLIOGRAFIA

1. BERQUÓ, E.S.; SOUZA, I.M.P. de; GOTLIEB, S.L.D. Bioestatística. S.Paulo, EPU, 11981..

2. BUREAU De Projetos e Consultoria Ltda. Plano de ação para coleta e destinação final de resíduos sólidos - Diagnóstico da situação atual - RT - 01 - Revisão 1, outubro de 1995.

3. BRASIL Constituição 1988 Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

4. CÂMARA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE Lei Orgânica de Praia Grande nº 681 de 6 de abril de 1990.

5. CARVALHO, I.G. & SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90) Hucitec, 1992. (Saúde em Debate, 51)

6. CETESB Relatório de balneabilidade das praias paulistas - 1994. São Paulo, 1995.

7. CETESB Relatório de balneabilidde das praias paulistas - 1995. São Paulo, 1996

8. DALLARI, S.G. Municipalização dos serviços de saúde. São Paulo, Brasiliense, 1985.

9. FRAZÃO, P. et al. Ambientes de trabalho odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Divulgação, 10: 21-8, 1995.

10. HIDROCONSULT - Projeto do Sistema de Esgotos Sanitários de Praia Grande - Subsistema I. São Paulo, 1993. V.1.

11. LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. Estatísticas da Saúde. São Paulo, EPU, 1987.

12. MENDES, E. V. et al. Importância de los Sistemas Locales de Salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. In: Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos y Experiencias. OPAS. Publicación Cientifica nº 519 Washingotn D.C. EUA, 1990, p-21-7.

13. MENDES, E. V. A vigilância à saúde no distrito sanitário. OPAS - Série : desenvolvimento de serviços de saúde,10. Brasília, 1993.

14. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, DF, 1990

15. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Assistência à Saúde. SUS:conselhos de saúde. Brasília.DF, s.n.t.

16. MUNICÍPIO DA PRAIA GRANDE. Regimento Interno do Conselho Municipal da Saúde. 1991.

17. NARVAI, P.C. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo, FSP/USP, 1992 [Texto de apoio para Oficina da Rede Cedros].

18. PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE. Lei Complementar nº 7 de 3 de julho de 1991: Normatiza o plano diretor físico da Estância Balneária de Praia Grande e adota providências correlatas s.n.t.

19. PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE Novo sistema de transporte municipal: Estância Balneária de Praia Grande, 1996.

20. PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE Órgão Gestor de Transporte. Estância Balneária de Praia Grande.

21. ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e saúde. 4ª ed., Rio de Janeiro, Medsi,1993.

22. TANAKA, A. C. A . Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1995.

23. UNGLERT, C. V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec,221-35, 1993

24. WESTPHAL,M.F. Gestão Participativa dos serviços de saúde: Pode a educação colaborar na sua concretização. Rev. Saúde de Debate ,41-5, 1995

# 13. ANEXOS

A-01

ANEXO 1

PRAIA GRANDE e você
Governo Municipal

**Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande**
Estado de São Paulo
***UNIDADE DE SAÚDE***
## LABORATÓRIO MUNICIPAL

NOME _____ Nº _____

MÉDICO _____ DATA _____

MULTICLINICA _____ CÓD _____

### EXAME DE URINA TIPO I

#### CARACTERES FÍSICOS

| VOLUME / ml | pH | ASPECTO | DEPÓSITO | COR | DENSIDADE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

#### EXAME QUÍMICO

| PROTEINAS | GLICOSE | CORPOS CETÔNICOS | PIGMENTOS BILIARES | HEMOGLOBINA | NITRITOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

#### SEDIMENTO QUANTITATIVO

| | | | |
|---|---|---|---|
| LEUCOCITOS | até 10.000 / ml | CILINDROS HIALINOS | até 200/ml |
| HEMACIAS | até 5.000 / ml | CILINDROS GRANULOSOS | até 100/ml |
| CELULAS EPITELIAIS | | CRISTAIS | |
| CELULAS VIAS ALTAS | | BACTERIAS | |
| FILAMENTOS DE MUCO | | LEVEDURAS | ACIDO ASCORBICO |

#### EXAME PROTOPARASITOLOGICO

Metodo adotado ☐ direto, Faust, Baermann e Hoffmann ☐ anal swab

| | | |
|---|---|---|
| Ascaris lumbricoides ☐ | Ancilostomideos ☐ | Hymenolepis nana ☐ |
| Tricocephalus trichiurus ☐ | Enterobius vermicularis ☐ | Chilomastix mesnili ☐ |
| Giardia Lamblia ☐ | Strongyloides stercolaris ☐ | Iodamoeba butschili ☐ |
| Entamoeba coli ☐ | Shistosoma mansoni ☐ | Trichomonas hominis ☐ |
| Entamoeba histolytica ☐ | Taenia sp ☐ | Endolimax nana ☐ |
| Enviar novo material para repetição sem ônus ☐ | NEGATIVO ☐ | Dientamoeba fragilis ☐ |

A-0

## HEMATOLOGIA

| ERITROGRAMA | Entrócitos por mm³ | | Hemoglobina g% | Hematócrito % | Valor Golbular | VCM | HCM | CHCM % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valores normais Wintrobe 1993 (adulto) | Homem (H) | 4 400.000 -6 000.000 | 14,0 - 18 0 | 40 - 52 | 0 9 - 1,1 | 80 - 100 | 26 - 34 | 32 - 36 |
| | Mulher (M) | 3 800.000 -5 200.000 | 12,0 - 16.0 | 35 - 47 | | | | |
| Valores Encontrados | | | | | | | | |

| VHS Westergreen | 1ª hora mm | Valores normais | Homens de 0 - 10 mm na 1ª hora<br>Mulheres de 0 - 20 mm na 1ª hora |
|---|---|---|---|

| LEUCOGRAMA | Leucocitos por mm³ | | | Valores encontrados | | | Valores normais 4 000 - 11 000 / mm³ (adulto) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Neutrófilos | | | | Eosinófilos | Basófilos | Linfócitos | Monócitos |
| | Mielócitos | Metamielocitos | Bastonetes | Segmentados | | | | |
| Limites normais % | 0 | 0 | 1 - 3 | 54 - 62 | 2 -4 | 0 - 1 | 24 - 33 | 3 -7 |
| Valores obtidos % | | | | | | | | |
| Limites absolutos | 0 | 0 | 40 - 330 | 2160 - 6820 | 80 - 440 | 0 - 110 | 1000 - 3630 | 120 - 770 |
| Valores absolutos obtidos | | | | | | | | |

| PLAQUETAS | Plaquetas por mm³ | Valores encontrados | V normais 150 000 - 450 000 / mm³ (adulto) |
|---|---|---|---|

Observações

## BIOQUÍMICA

| METABOLISMO GERAL | RESULTADO | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Ácido Úrico | | H 2 - 7 mg/dl/ M 1 5 - 6 mg/dl |
| Bilirrubina Direta | | até 0,8 mg/dl |
| Bilirrubina Indireta | | até 0,4 mg/dl |
| Bilirrubina total | | 0,2 - 1,2 mg/dl |
| Creatinina | | 0,4 - 1,4 mg/dl |
| Glicose | | 70 - 110 mg/dl |
| Uréna | | 10 - 50 mg/dl |
| Amilase | | 60 - 120 U/l |

| LIPIDIOGRAMA | RESULTADO | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Colesterol | | Desejável: até 200 mg/dl |
| | | Limítrofe: 200 - 240 mg/dl |
| | | Elevado: acima de 240 mg/dl |
| Triglicérides | | Desejável: até 250 mg/dl |
| | | Limítrofe: 250 - 500 mg/dl |
| | | Elevado: acima de 500 mg/dl |
| Lipídios Totais | | Limítrofe: 400 - 800 mg/dl |

| ENZIMOLÓGICO | RESULTADO | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Transaminase Oxalacética | | até 32 U/l |
| Transaminase Pirúvica | | até 36 U/l |
| Fosfatase Alcalina | | |
| Fosfatase Ácida | | 0,13 - 0 63 un BL/ml |
| Fosfatase Ácida Prostática | | 0,01 - 0 15 un BL/ml |
| Gama GT | | H: 6 - 28 U/l / M 4 18 U/l |

| IONOGRAMA | RESULTADO | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Sódio | | 130 - 146 mEq/l |
| Potássio | | 3,5 - 5 5 mEq/l |
| Cálcio | | 8,4 - 11 0 mg/dl |
| Fósforo | | 2,5 - 5,0 mg/dl (cç = 3-7 mg/dl) |
| Ferro | | 60 - 160 mcg/dl |

| ATIV. REUMAT./INFL. | RESULTADO | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Antiestreptolisina "O" | | até 250 U |
| Látex F R | | Negativo |
| Proteina C reativa | | Negativo |
| Mucoproteina | | 1,9 - 4,9 mg/dl |

| COAGULOGRAMA | |
|---|---|
| Tempo de coagulação | 5 - 11 minutos |
| Tempo de Sangramento | 1 - 5 minutos |
| Tempo de protrombina | 11 - 15 segundos (70 - 100%) |
| TTPA | 30 - 50 segundos |
| Fragilidade Capilar | Negativa |
| Retratação do Coágulo | Completa |

| REAÇÕES PARA LUES | |
|---|---|
| V D R L | |

| TESTE IMUNOLÓGICO PARA GRAVIDEZ (URINA) | |
|---|---|
| T I G em lâmina | |
| T I G "All-In" | |

| IMUNOHEMATOLÓGICO | |
|---|---|
| Fator Rh (D-85%) | |
| Fator Rh - Du | |
| Grupo Sanguíneo | |
| Coombs Direto | |
| Coombs Indireto | |

Observações

ANEXO 2 A03

**SUDS R-52 – Sistema de Referência e Contra-Referência** 1.ª Via

Unidade Básica: C.E.M.A.S. Código: _____ N.º____/____

**U.B.**

PARA: _____ Cód.: _____ Especialidade: _____

End.: _____ Consulta Marcada dia ____/____/____ Hs. _____

Paciente: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Cor: _____ Naturalidade: _____

Inscrito em Programas desta Unidade? Sim ( ) Não ( )

**Ambulatório de Especialidade**

Resumo Clínico: _____

Exames Solicitados/Realizados: _____

Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____

Tratamento Realizado/Proposto: _____

Ao Término do Tratamento/Alta

Alta do Ambulatório em ____/____/____

Internado em ____/____/____

Alta de Internação Em ____/____/____

DATA ____/____/____

Carimbo e Assinatura Médico

**Unidade Básica**

DE: _____ Código: _____ N.º____/____

Paciente: _____ Idade: _____ N.º Mat.: _____

Profissão: _____ Cor: _____ Naturalidade: _____

Resumo Clínico: _____

Exames Realizados: _____

Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____

Conduta da Unidade: _____

Enviado para Especialidade de: _____ Data ____/____/____

Enviado para Internação de Urgência/Emergência em

Data ____/____/____

Carimbo e Assinatura Médico

**Importante**

1 - Separe a parte inferior desta ficha e arquive-a no prontuário

2 - Destaque este cartão de apoio ao usuário e entregue-o ao paciente com o restante da F. R. C.

# ANEXO 3

| P. GRANDE | | | AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO SUS / DIR XIX RRS |
|---|---|---|---|
| A | | | 3 - Fiscalização das condições sanitárias dos criadouros de animais na zona urbana(*) |
| | B | C | 3 - Estabelecimentos que manipulem e comercializem alimentos e águas minerais de fontes (*) |
| A | | | 3 - Estabelecimentos que comercializem cosméticos, saneantes domissanitários e aplicadores de saneantes domissanitários e correlatos (**) |
| | B | C | 3 - Estabelecimentos industriais que fabriquem produtos farmacêuticos (***) |
| | B | C | 3 - Estabelecimentos que fabriquem produtos alimentícios e envasem águas minerais ou de fontes (**) |
| A | | | 3 - Farmácias, drogarias e postos de medicamentos (**) |
| A | | | 3 - Farmácias privativas (***) |
| | | | 3 - Comércio no atacado de medicamentos, cosméticos, correlatos e saneantes domissanitários (**) |
| | | C | 3 - Indústria de produtos médico-hospitalares e de diagnóstico |
| | B | C | 3 - Controle de receitas de entorpecentes e substâncias sob controle especial previsto na Leg. Federal (Formulário B) |
| | B | C | 3 - Cadastramento de empresas transportadoras de medicamentos, drogas e insumos correlatos, cosméticos, produtos de higiene e perfumes e saneantes domissanitários |
| | | C | 3 - Registro de prod. alimentícios e águas minerais e de fontes |
| | B | C | 3 - Autorização e registro de medicamentos, correlatos, cosméticos e saneantes e domissanitários |
| | B | C | 4 - Controle de Infecção Hospitalar |
| | B | C | 5 - Saúde do Trabalhador |
| | | | 1 → Saúde Ambiental<br>2 → Serviços Relacionados à Saúde<br>3 → Produtos Relacionados à Saúde<br>(*) Nível I (**) Nível II |

A → Estudo de Programas de Ações Conjuntas
B → Estudo de Programa de Ações Conjuntas de Fiscalização e/ou Implementação e/ou Fomentação (Ações à municipalizar)
C → Estudo de Programa de Fiscalização Suplementar Conjunta (Ações não Municipalizadas)

| P. GRANDE | | | AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO SUS / DIR XIX |
|---|---|---|---|
| A | | | 1 - Aprovação e fiscalização de habitações unifamiliares isoladas, geminadas e multifamiliares (*) |
| | B | C | 1 - Aprovação e fiscalização de edificações para atividades industriais, comerciais e de serviços (*) e (**); e produtos e serviços relacionados à saúde (**) e (***) |
| A | | | 1 - Aprovação e fiscalização de piscinas (clubes, condomínios, escolas, associações, hotéis etc.) (*) |
| A | | | 1 - Fiscalização das condições sanitárias das instalações prediais de água e esgoto (*) |
| A | | | 1 - Fiscalização dos sistemas individuais de abastecimento de água, esgoto e resíduos sólidos (*) |
| | B | C | 1 - Aprovação e fiscalização de loteamentos (*) |
| | B | C | 1 - Aprovação e fiscalização de loteamentos em zona de proteção ambiental (**) |
| | B | C | 1 - Aprovação e fiscalização de projetos de desmembramentos, conjuntos habitacionais e condomínios (**) |
| | B | C | 1 - Aprovação e fiscalização de cemitérios (**) |
| | | | 1 - Fiscalização quanto à regularização das ligações de água e esgoto da rede pública (*) |
| | | | 1 - Aprovação e fiscalização da coleta, acondicionamento, transporte, tratamento e destino final dos resíduos de serviços de saúde |
| | | | 1 → Saúde Ambiental<br>2 → Serviços Relacionados à Saúde<br>3 → Produtos Relacionados à Saúde<br>(*) Nível I (**) Nível II (***) Nível III |

A → Estudo de Programas de Ações Conjuntas
B → Estudo de Programa de Ações Conjuntas de Fiscalização e/ou Implementação e/ou Fomentação (Ações à municipalizar)
C → Estudo de Programa de Fiscalização Suplementar Conjunta (Ações não Municipalizadas)

| P. GRANDE | | | AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO SUS / DIR XIX |
|---|---|---|---|
| A | | | 2 - Cadastramento, licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos de serviços (barbearias, salão de beleza, banho e sauna, pedicuro e manicuro e estabelecimentos de ginástica e creche) (*) |
| A | | | 2 - Clínicas de beleza sob responsabilidade médica (**) |
| A | | | 2 - Clínicas odontológicas (**) |
| A | | | 2 - Clínicas médicas (**) |
| A | | | 2 - Clínicas veterinárias (**) |
| A | | | 2 - Institutos de fisioterapia (**) |
| A | | | 2 - Prótese dentária (**) |
| A | | | 2 - Óticas (**) |
| | B | C | 2 - Hospitais de pequeno e médio portes (***) |
| | | C | 2 - Hospitais de grande porte |
| | | C | 2 - Pronto socorros (***) |
| | | C | 2 - Ambulatórios (***) |
| | B | C | 2 - Laboratórios de análise clínica e de patologia clínica (***) |
| | | C | 2 - Banco de sangue |
| | B | C | 2 - Raio X médico |
| | B | C | 2 - Raio X odontológico |
| A | | | 2 - Controle e correlatos a zoonoses |
| A | | | 2 - Casas de repouso e clínicas geriátricas (**) |
| | | C | 2 - Cadastramento de estabelecimentos hospitalares, ambulatório e saúde básica (**) |
| | | C | 2 - Serviços de hemodiálise e hemodinâmica |
| | | C | 2 - Serviços de ressonância magnética nuclear, tomografia craniana, tomografia computadorizada-SCAN, radiologia digital e rádio-imunoensaio |
| | | | 1 → Saúde Ambiental<br>2 → Serviços Relacionados à Saúde<br>3 → Produtos Relacionados à Saúde<br>(*) Nível I (**) Nível II (***) Nível III |

A-05

TRATAMENTO RESTAURADOR CONCLUÍDO

_____

_____

C. D.

REVISÕES ANUAIS AO C. DENTISTA

_____

_____

_____

_____

_____

CÓDIGOS

| | | |
|---|---|---|
| **RA** | - | **Restauração amalgama** |
| **RC** | - | **Resina composta** |
| **EXO** | - | **Extração** |
| **PROF.** | - | **Profilaxia** |
| **F** | - | **Fluor** |
| **EX** | - | **Exame clínico** |
| **RF** | - | **Remoção foco** |
| **TC** | - | **Tratamento Completado** |
| **DA** | - | **Drenagem abcesso** |
| **P** | - | **Pulpectomia** |
| **RX** | - | **Raio X** |
| **C** | - | **Curativo** |
| **CAP** | - | **Capeamento** |
| **TH** | - | **Tratamento hemorrágia** |

PRAIA GRANDE

Estância Balneária de Praia Grande

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

# CARTEIRA DE SAÚDE BUCAL

# SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

# DE PRAIA GRANDE

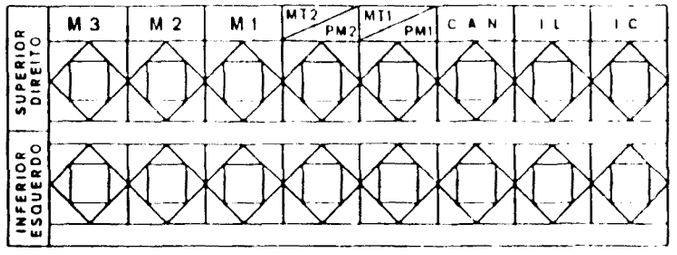
# DIVISÃO ODONTOLÓGICA

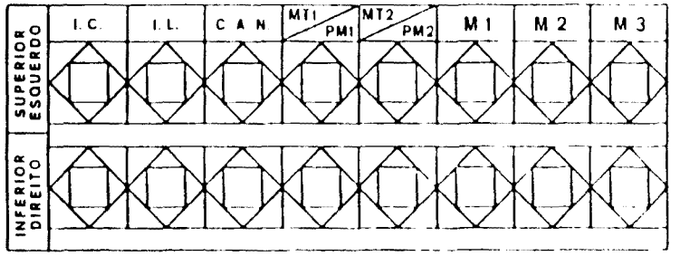
| | |
|---|---|
| NOME DO ALUNO | |
| ESCOLA QUE INICIOU O PROGRAMA | |
| | ANO |
| SÉRIE | IDADE |

ANEXO 4

A-06

## ODONTOGRAMA




EXAMINADO POR C.D. _____

DIA _____

Nº DENTES PERMANENTES CARIADOS _____

Nº DENTES PERMANENTES AUSENTES

Nº DENTES DECIDUOS CARIADOS _____

TOTAL DENTES _____

DENTES JÁ TRATADOS ANTES DO PROGRAMA ESCOLAR

PERMANENTES _____

INÍCIO DOS BOCHECHOS DE FLUOR _____

ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA _____

## TRATAMENTOS EXECUTADOS E BOCHECHOS REALIZADOS

| TRAT. | DATA | TRAT. | DATA | TRAT. | DATA | TRAT. | DATA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

A-07

A-08

**Virtual Nutri**
**Departamento de Nutrição - FSPUSP - FAPESP** ANEXO 5

**Nome:** RENATA **Identificação:** 191010161-1

**Nascimento:** 26/07/1993 **Entrevista:** 27/06/1996

**Idade (em relação à data da entrevista):** 2 anos, 11 meses e 1 dias.

**Peso:** 0.0 kg **Altura:** 0 cm **Sexo:** FEMININO **Atividade física:** SEM DADOS

**refeição: CAFÉ DA MANHÃ** 725

| Alimento(s) | Medida(s) | Quantidade |
|---|---|---|
| ALIMENTO ACHOCOLATADO EM PÓ INSTANTÂNEO NESCAU NESTLÉ | COLHER DE SOPA | 1.5 |
| LEITE ESTERILIZADO INTEGRAL LONGA VIDA - 3,5% GORD. - PADRÃO | GRAMAS | 250 |
| AÇÚCAR REFINADO | COLHER DE SOPA | 1.0 |

**Total (gramas):** 303.650

**refeição: LANCHE DA MANHÃ** 725

| Alimento(s) | Medida(s) | Quantidade |
|---|---|---|
| TONYU MAÇÃ YAKULT | CAIXINHA | 1.0 |

**Total (gramas):** 200.000

**refeição: ALMOÇO** 725

| Alimento(s) | Medida(s) | Quantidade |
|---|---|---|
| ARROZ BRANCO COZIDO | COLHER DE SOPA | 1.0 |
| FEIJÃO COZIDO (50% GRÃO/CALDO) | COLHER DE SOPA | 1.0 |
| OVO DE GALINHA (INTEIRO) | GRAMAS | 50 |

**Total (gramas):** 107.200

**refeição: LANCHE DA TARDE** 725

| Alimento(s) | Medida(s) | Quantidade |
|---|---|---|
| ALIMENTO ACHOCOLATADO EM PÓ INSTANTÂNEO NESCAU NESTLÉ | COLHER DE SOPA | 1.5 |
| LEITE ESTERILIZADO INTEGRAL LONGA VIDA - 3,5% GORD. - PADRÃO | GRAMAS | 250 |
| AÇÚCAR REFINADO | COLHER DE SOPA | 1.0 |

**Total (gramas):** 303.650

**refeição: JANTAR** 725

| Alimento(s) | Medida(s) | Quantidade |
|---|---|---|
| PÃO FORMA TRADICIONAL PULLMAN | FATIA | 1.0 |
| OVO DE GALINHA (INTEIRO) | GRAMAS | 50 |

**Total (gramas):** 71.500

**refeição: LANCHE DA NOITE** 725

| Alimento(s) | Medida(s) | Quantidade |
|---|---|---|
| ALIMENTO ACHOCOLATADO EM PÓ INSTANTÂNEO NESCAU NESTLÉ | COLHER DE SOPA | 1.5 |
| LEITE ESTERILIZADO INTEGRAL LONGA VIDA - 3,5% GORD. - PADRÃO | GRAMAS | 250 |
| AÇÚCAR REFINADO | COLHER DE SOPA | 1.0 |

**Total (gramas):** 303.650

A-09

Virtual Nutri
Departamento de Nutrição - FSPUSP - FAPESP

**Nome:** RENATA **Identificação:** 191010161-1

**Nascimento:** 26/07/1993 **Entrevista:** 27/06/1996

**Idade (em relação à data da entrevista):** 2 anos, 11 meses e 1 dias.

**Peso:** 0.0 kg **Altura:** 0 cm **Sexo:** FEMININO **Atividade física:** SEM DADOS

## ANÁLISE NUTRITIVA DA DIETA

| Item | CAFE MANHA | LANCHE MANHA | ALMOÇO | LANCHE TARDE | JANTAR | LANCHE NOITE | TOTAL DIETA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Quantidade(g): | 303.65 | 200.00 | 107.20 | 303.65 | 71.50 | 303.65 | 1289.65 |
| Energia(Kcal): | 360.53 | 119.40 | 130.63 | 360.53 | 151.97 | 360.53 | 1483.58 |
| Proteínas(g): | 9.18 | 2.98 | 7.60 | 9.18 | 6.12 | 9.18 | 46.25 |
| Carboidratos(g): | 60.89 | 22.52 | 10.06 | 60.89 | 15.39 | 60.89 | 230.65 |
| Lipídios(g): | 9.52 | 1.90 | 6.30 | 9.52 | 6.20 | 9.52 | 42.96 |
| Lip.insat.(g): | | | 3.54 | | 2.95 | | 6.49 |
| Fibras(g): | | | 1.25 | | | | 1.25 |
| Colesterol(mg): | 34.00 | | 274.00 | 34.00 | 274.00 | 34.00 | 650.00 |
| Retinol(mcg): | 407.10 | | 78.08 | 407.10 | 78.00 | 407.10 | 1377.38 |
| Vit.C(mg): | 21.05 | | 0.32 | 21.05 | | 21.05 | 63.47 |
| Vit.B1(mg): | 1.36 | | 0.11 | 1.36 | 0.04 | 1.36 | 4.23 |
| Vit.B2(mg): | 0.91 | | 0.16 | 0.91 | 0.15 | 0.91 | 3.03 |
| Vit.B6(mg): | 0.62 | | 0.11 | 0.62 | 0.06 | 0.62 | 2.03 |
| Vit.B12(mcg): | 0.89 | | 0.77 | 0.89 | 0.77 | 0.89 | 4.22 |
| Iodo(mcg): | | | | | | | |
| Niacina(mg): | 5.08 | | 0.43 | 5.08 | 0.03 | 5.08 | 15.72 |
| Folacina(mcg): | 12.50 | | 39.18 | 12.50 | 32.50 | 12.50 | 109.18 |
| ÁcidoPant.(mg): | 0.79 | | 0.97 | 0.79 | 0.86 | 0.79 | 4.19 |
| Vit.E(mg): | 0.23 | | 1.05 | 0.23 | 0.82 | 0.23 | 2.35 |
| Sódio(mg): | 122.70 | | 195.10 | 122.70 | 69.00 | 122.70 | 632.20 |
| Cálcio(mg): | 297.92 | | 39.23 | 297.92 | 28.00 | 297.92 | 960.99 |
| Magnésio(mg): | 33.53 | | 13.91 | 33.53 | 6.00 | 33.53 | 120.49 |
| Zinco(mg): | 0.96 | | 0.74 | 0.96 | 0.61 | 0.96 | 4.24 |
| Manganês(mg): | | | 2.42 | | | | 2.42 |
| Potássio(mg) | 378.48 | | 129.67 | 378.48 | 65.00 | 378.48 | 1330.11 |
| Fósforo(mg): | 0.21 | | 124.84 | 0.21 | 90.00 | 0.21 | 215.47 |
| Ferro(mg): | 0.74 | | 1.58 | 0.74 | 1.04 | 0.74 | 4.83 |
| Cobre(mg): | 0.03 | | 0.11 | 0.03 | 0.05 | 0.03 | 0.25 |
| Selênio(mcg): | 3.16 | | 22.96 | 3.16 | 20.00 | 3.16 | 52.44 |
| | | | | | | | |
| **% Kcal** | | | | | | | |
| Proteínas: | 10.03 % | 10.01 % | 23.87 % | 10.03 % | 21.68 % | 10.03 % | 12.38 % |
| Carboidratos: | 66.55 % | 75.63 % | 31.60 % | 66.55 % | 41.08 % | 66.55 % | 61.74 % |
| Lipídios: | 23.41 % | 14.36 % | 44.53 % | 23.41 % | 37.24 % | 23.41 % | 25.88 % |

# 1. Metodologia

ANEXO 6

## Resolução CONAMA nº 20/86

Segundo os critérios estabelecidos pela *Resolução CONAMA nº 20/86*, as praias são classificadas em quatro categorias diferenciadas, quais sejam, EXCELENTE, MUITO BOA, SATISFATÓRIA e IMPRÓPRIA, de acordo com as densidades de coliformes totais ou fecais amostradas durante cinco semanas consecutivas. As categorias EXCELENTE, MUITO BOA E SATISFATÓRIA podem ser agrupadas numa única classificação denominada PRÓPRIA. O *Programa de Balneabilidade das Praias* da CETESB adotou como padrão de classificação as densidades de coliformes fecais, e as razões que levaram a essa opção serão explicadas a seguir, no tópico *Coliformes fecais como indicadores*. As amostras são coletadas em frascos esterilizados de 250 mL, na isóbata de 1 (um) metro, que representa, em média, a região mais utilizada para recreação. O método de análise colimétrica é o especificado na última edição do *Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater*. A tabela abaixo indica os limites de categoria utilizados para sua classificação.

**Limites de coliformes fecais por 100mL para cada categoria**

| CATEGORIA | LIMITE DE COLI-FECAL (NMP/100Ml) |
|---|---|
| EXCELENTE | Máximo de 250 em 80% ou mais do tempo |
| MUITO BOA | Máximo de 500 em 80% ou mais do tempo |
| SATISFATÓRIA | Máximo de 1000 em 80% ou mais do tempo |
| IMPRÓPRIA | Superior a 1000 em mais de 20% do tempo |

NMP *(Número mais provável): é a estimativa da densidade de coliformes fecais em uma amostra, calculada a partir da combinação de resultados positivos e negativos, obtidos mediante a aplicação da técnica denominada Tubos Múltiplos.*

Mesmo apresentando baixas densidades de coliformes fecais, uma praia pode ser classificada na categoria IMPRÓPRIA quando ocorrerem circunstâncias que desaconselhem a recreação de contato primário, tais como a presença de óleo provocado por derramamento acidental de petróleo, ocorrência de maré vermelha ou ocorrência de doenças de veiculação hídrica.

Pelo critério adotado, densidades de coliformes fecais superiores a 1000 NMP/100 mL em duas ou mais amostras de um conjunto de cinco semanas consecutivas, caracterizam a impropriedade da praia para recreação de contato primário. Sua classificação como IMPRÓPRIA, indica um comprometimento na qualidade sanitária de suas águas, implicando em um aumento no risco de contaminação do banhista e tornando desaconselhável sua utilização para fins de balneabilidade.

## Qualificação Anual

Nenhuma das técnicas de determinação das densidades de coliformes fecais disponíveis atualmente permite que se conheça a qualidade das águas marinhas em tempo real. Somando-se os diversos intervalos de tempo consumidos pelas análises laboratoriais, transmissão de dados laboratório-escritório, processamento dos dados e publicação pela imprensa, pode chegar a quase uma semana a demora entre a coleta e a divulgação à população da qualidade das praias. Como existem diversos fatores que quase instantaneamente interferem na intensidade da presença de coliformes fecais nas águas do mar, praias que por ocasião da coleta de suas águas foram classificadas como aconselháveis para balneabilidade, podem, quando a população interessada tomar conhecimento dessa classificação, estarem com condições severamente comprometidas.

Com o intuito de determinar de uma maneira mais segura a qualidade das praias, a CETESB desenvolveu, com base nos dados obtidos do monitoramento semanal, a QUALIFICAÇÃO ANUAL, que se constitui na síntese da distribuição das classificações obtidas pelas praias ao longo das 52 semanas do ano e, baseada em critérios estatísticos simplificados, expressa não apenas a qualidade mais recente apresentada pelas praias, mas sim a qualidade que a praia apresenta com mais constância ao longo do tempo.

Apresentam-se, a seguir, às especificações que determinam a QUALIFICAÇÃO ANUAL:

| QUALIFICAÇÃO ANUAL | ESPECIFICAÇÃO |
|---|---|
| ÓTIMA | Praias classificadas como EXCELENTES em 100% do tempo |
| BOA | Praias PRÓPRIAS em 100% do tempo, exceto as classificadas como EXCELENTES em 100% do tempo |
| REGULAR | Praias classificadas como IMPRÓPRIAS em porcentagem de tempo inferior a 50% |
| MÁ | Praias classificadas como IMPRÓPRIAS em porcentagem de tempo igual ou superior a 50% |

## Coliformes Fecais como Indicadores

Do ponto de vista de saúde pública, deve-se considerar a possibilidade de transmissão de doenças de veiculação hídrica aos banhistas, tais como a febre tifóide, poliomielite, gastroenterite, hepatite infecciosa, cólera, entre outras. Além dos organismos patogênicos responsáveis pelas doenças acima citadas, existe ainda a possibilidade da ocorrência de organismos patogênicos oportunistas, responsáveis por dermatoses e outras doenças não afetas ao trato intestinal como conjuntivite, otite e doenças das vias respiratórias.

Como indicador de poluição fecal recente, os coliformes fecais apresentam a vantagem de serem encontrados em grandes densidades nas fezes, de serem facilmente isolados e identificados na água, utilizando-se técnicas simples e não muito onerosas, além de apresentarem sobrevivência praticamente semelhante à das bactérias enteropatogênicas.

Observa-se, no entanto, que a presença de coliformes fecais nas águas não confere a elas uma condição infectante. Os coliformes fecais (sub-grupo das bactérias coliformes) não apresentam caráter deletério à saúde humana, e sim, trazem embutida a possibilidade da presença de quaisquer organismos patogênicos.

Conseqüentemente, a constatação de elevadas densidades de coliformes fecais em águas marinhas indica um elevado nível de contaminação por esgotos, que poderá colocar em risco a saúde dos banhistas e levar a uma série de conseqüências cuja gravidade é imprevisível, dependendo basicamente da saúde da população que gera esses esgotos e do grau de imunidade dos usuários.

# 2. Fatores que interferem na Balneabilidade

O parâmetro indicador básico para a classificação das praias quanto a sua balneabilidade em termos sanitários é a densidade de coliformes fecais.

Fatores circunstanciais tais como a incidência de surtos epidêmicos de doenças veiculadas hidricamente, derrame acidental de petróleo ou ocorrência de maré vermelha poderão também tornar, temporariamente, uma região do litoral IMPRÓPRIA para recreação de contato primário. Considèrando-se, no entanto, a freqüência com que esses episódios eventuais ocorrem, pode-se afirmar que as praias são classificadas quase que exclusivamente pela quantidade de esgotos sanitários que a elas afluem, quantidade esta expressa pela densidade de coliformes fecais em suas águas.

Diversos são os fatores que condicionam a presença de esgotos nas praias e entre eles pode-se citar, como os mais relevantes, a existência de sistemas de coleta e disposição dos despejos domésticos gerados nas proximidades, a existência de córregos afluindo ao mar, a afluência turística durante os periodos de temporada, a fisiografia da praia, a ocorrência de chuvas e as condições de maré.

Em sua grande maioria, os municipios litorâneos paulistas são desprovidos de sistemas adequados para a coleta e disposição final dos esgotos produzidos por seus habitantes. A inexistência desses sistemas tem, como conseqüência, o lançamento direto ou indireto dos esgotos originados nas residências localizadas junto ao mar, nos cursos d'água mais próximos. Como a drenagem de cursos d'água localizados próximos à orla maritima se faz obrigatóriamente no sentido do mar, os esgotos acabam por afluir às praias, interferindo de forma acentuada em sua qualidade de balneabilidade.

Durante os periodos de temporada, essa situação é agravada sobremaneira. Como a população aumenta acentuadamente durante os periodos de férias, feriados prolongados e mesmo fins de semana normais, mesmo a existência de sistemas de coleta de esgotos, por vezes, não é suficiente para atender à demanda causada por esse acréscimo de despejos.

A presença de cursos d'água afluindo diretamente a uma praia é um indicativo de condições de balneabilidade suspeitas. Na maioria das vezes, mesmo galerias de drenagem ou córregos formados em nascentes próximas, ou ainda filetes d'água que se supõe carrearem águas de boa qualidade, recebem lançamentos clandestinos durante seu curso que causam a afluência ao mar de grandes quantidades de esgotos.

Quanto à fisiografia da praia, enseadas, baias e lagunas, apresentam fatores de diluição bastante inferiores aos observados em regiões costeiras abertas. A diminuição das taxas de renovação das águas destas regiões favorece a possibilidade da concentração de poluentes, limitando assim a capacidade de diluição do meio receptor considerado.

As chuvas se constituem, principalmente durante os primeiros meses do ano, quando ocorrem com maior freqüência e intensidade, em uma das principais causas da deterioração da qualidade das praias. Grande parte dos esgotos, lixo e outros detritos pode ficar estagnada em poças e valas na ausência de chuvas. As precipitações pluviais se

encarregam de levar esses dejetos para as praias através de galerias, córregos e canais de drenagem, produzindo assim, um aumento considerável na densidade de bactérias presentes nas águas litorâneas. Quando as coletas de amostras para o monitoramento da balneabilidade são realizadas durante ou após as chuvas, os índices de poluição microbiológica tendem a ser muito mais elevados que os obtidos em períodos sem chuvas.



As marés influem também de forma incisiva na presença de esgotos nas águas das praias. Durante as marés de enchente, o grande volume de água afluente além de favorecer a diluição dos esgotos presentes nas águas da praia, age no sentido de barrar cursos d'água eventualmente contaminados. Já nas marés vazantes, ocorre fenômeno inverso, havendo uma drenagem das águas desses córregos para o mar, causando a presença na praia de maior quantidade de esgotos.

Considerando esses diversos fatores que influem na balneabilidade , a CETESB situa seus pontos de coleta junto às regiões mais densamente povoadas e freqüentadas das praias, em locais nem muito próximos a cursos d'água eventualmente contaminados nem muito longe deles, para que as amostragens sejam as mais representativas possíveis.

Em relação às marés, deve-se ressaltar que as coletas devem ser feitas nas vazantes, que caracterizam a condição mais crítica de balneabilidade das praias. Devido, no entanto, ao grande número de praias que devem ser amostradas em um prazo determinado, torna-se quase que impossível a coleta de todas as amostras durante esse período recomendado, motivo pelo qual podem ocorrer eventuais influências em alguns resultados semanais. A respeito dessas influências, deve-se ressaltar a importância dos critérios estatísticos nos quais se fundamenta a metodologia utilizada na classificação das praias. Ao considerar não apenas uma, mas cinco semanas consecutivas de amostragens na atribuição das categorias das praias, evita que eventuais resultados anômalos interfiram nas avaliações da balneabilidade.

Com relação às fontes de poluição fecal das praias, o *Programa de Balneabilidade das Praias* da CETESB vem realizando já há cinco anos duas campanhas por ano, uma em temporada e outra fora dela, com a finalidade de avaliar o grau de contaminação dos diversos rios, córregos e canais distribuídos ao longo das praias monitoradas . Embora os dados dos cerca de 500 cursos d'água que fazem parte dessa rede de amostragem não sejam, por questões técnicas, mostrados neste relatório anual, se encontram à disposição para consulta no Setor de Águas Litorâneas, na sede da CETESB, em São Paulo.

Para finalizar este capítulo, considerando-se as diversas variáveis intervenientes na balneabilidade das praias e sua relação com a possibilidade de riscos à saúde dos frequentadores, é recomendável que:

- seja evitada a utilização das praias nas semanas em que forem classificadas como IMPRÓPRIAS para banho;

- seja evitada, em qualquer época, a utilização de áreas que estejam diretamente sob influência de rios, canais e córregos;

- seja evitada, no caso de praias influenciadas pela presença de cursos d'água supostamente contaminados por esgotos, sua utilização nas 24 horas subseqüentes à ocorrência de chuvas, visto que, durante este período é maior a probabilidade de contaminação por matéria de origem fecal e, conseqüentemente, o risco de se contrair doenças infecciosas;

- seja evitada a ingestão de água do mar, com redobrada atenção para com as crianças, que são mais sensíveis e menos imunes do que os adultos.

# 3. Avaliação da balneabilidade das praias

O *Programa de Balneabilidade das Praias* da CETESB constituiu-se, em 1995, de 114 pontos de amostragem, distribuídos por 99 das cerca de 280 praias existentes ao longo dos municípios litorâneos do Estado de São Paulo. Para a realização deste programa, foram executadas, neste ano, aproximadamente, 12000 análises bacteriológicas.

A periodicidade de amostragem das praias monitoradas pela CETESB é estabelecida em função da freqüência de banhistas e do índice de ocupação residencial das regiões próximas às suas margens. Assim, as praias mais freqüentadas do Estado são monitoradas semanalmente e classificadas conforme a *Resolução CONAMA nº 20/86*.

As praias que apresentam menor freqüência, porém já sofram um processo de urbanização em suas proximidades, são monitoradas em períodos mensais sem, no entanto, serem classificadas conforme as categorias prescritas pelo *CONAMA*. O acompanhamento da evolução da qualidade destas praias é feito, portanto, em caráter preventivo, e desde que passem a mostrar, ao longo do tempo, índices de coliformes fecais que indiquem presença de esgoto em suas águas em quantidade significativa, passam a ser monitoradas semanalmente. Foram 8 as praias assim monitoradas no ano de 1995 e a elas foi dada a classificação de SISTEMATICAMENTE BOA para balneabilidade.

Ao longo deste capítulo, serão feitas análises a respeito dos sistemas de esgotamento sanitários existentes nos municípios litorâneos bem como de eventuais projetos de implantação de novos sistemas ou de expansão dos atuais.

A seguir, cada praia será analisada individualmente quanto à sua balneabilidade e também em relação à qualidade sanitária de eventuais cursos d'água que a ela afluam e que possam se constituir em vias de acesso de esgotos ao mar. Apresentam-se, ainda, informações gerais concernentes ao monitoramento de cada uma delas, como a localização do ponto onde são feitas as coletas, periodicidade das amostragens e a QUALIFICAÇÃO ANUAL da praia no corrente ano.

Junto à análise individual dos pontos é apresentada, graficamente, uma síntese das condições de balneabilidade das praias durante os dez últimos anos de monitoramento. Através de histogramas abrangendo o período 1986-1995, pode-se observar as evoluções das praias segundo os dois índices básicos indicativos de sua qualidade, quais sejam, as classificações e as concentrações.

Com relação ao histograma das concentrações, deve-se observar que as médias anuais e de temporada foram calculadas geometricamente, como exige o tipo de distribuição estatística caracterizado pelas densidades de coliformes fecais e que o período que neste relatório é tratado como de temporada se refere aos meses de janeiro e fevereiro, época em que é mais intensa a ocupação dos municípios litorâneos.

Nas últimas colunas dos histogramas, apresentam-se as médias históricas (simbolizadas nos gráficos pelas iniciais M.H.) dos dois índices básicos mencionados para uma melhor avaliação dos dados do corrente ano frente ao histórico de observações da praia.

No término das análises das praias de cada município, apresentam-se graficamente os resultados comparativos das condições de balneabilidade das praias em relação ao ano anterior e ao período correspondente aos últimos dez anos.

Com relação ao dado a ser analisado para a caracterização da evolução em relação ao ano anterior e ao histórico dos últimos dez anos, deve-se observar que o monitoramento semanal nos fornece vários parâmetros que podem ser considerados e que podem ser reunidos em dois grupos principais: as densidades de coliformes fecais amostradas nas águas do mar e as conseqüentes classificações segundo os critérios da Resolução nº 20 do CONAMA.

A análise da evolução da qualidade de balneabilidade das praias segundo apenas um desses parâmetros pode levar a conclusões, por vezes, errôneas. Um exemplo desta situação é o de praias, que apesar de permanecerem classificadas constantemente como EXCELENTES passem a sofrer um processo de degradação de suas condições de balneabilidade. No início desse processo não haverá reflexos sobre as classificações e, se somente estas forem analisadas, concluiremos que a praia permanece com a mesma qualidade. As densidades de coliformes fecais em suas águas, no entanto, estarão mais elevadas a cada ano e somente através da análise desse parâmetro poderá ser constatada a evolução negativa que estará ocorrendo.

A necessidade de revestir a análise da evolução das praias da maior representatividade possível, levando em consideração as classificações e as densidades de coliformes fecais médias do ano analisado e do período correspondente aos dez últimos anos de monitoramento, induziu à definição pela CETESB de oito parâmetros de análise, os quais são relacionados a seguir:

- Evolução na porcentagem de permanência com classificação EXCELENTE em relação ao ano anterior;

- Evolução na porcentagem de permanência com classificação EXCELENTE em relação à média dos últimos dez anos;

- Evolução na porcentagem de permanência com classificação IMPRÓPRIA em relação ao ano anterior;

- Evolução na porcentagem de permanência com classificação IMPRÓPRIA em relação à média dos últimos dez anos;

- Evolução nas densidades de coliformes fecais médias anuais em relação ao ano anterior;

- Evolução nas densidades de coliformes fecais médias anuais em relação à média dos últimos dez anos;

- Evolução nas densidades de coliformes fecais em temporada em relação ao ano anterior;

- Evolução nas densidades de coliformes fecais em temporada em relação à média dessas densidades nos últimos dez anos.

A evolução global, que foi a considerada nas análises de todas as praias apresentadas nesse relatório anual, foi definida com base na soma das intensidades e sentidos (positivo ou negativo) dessas oito evoluções parciais.

A-16

ANEXO 7

**Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande**

ESTADO DE SÃO PAULO

***DECRETO Nº 2365***
***DE 22 DE SETEMBRO 1.994***

**DISPÕE SOBRE AS NOVAS NOMENCLATURAS DAS SIGLAS PARA USO GERAL DA PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE.**

**ALBERTO PEREIRA MOURÃO**, Prefeito da Estância Balneária de Praia Grande, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

**D E C R E T A**

**ARTIGO 1º** - Ficam estabelecidas as nomenclaturas das siglas para uso geral da Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, que são as seguintes:

***G.P. - (Gabinete do Prefeito)***

G.P. 01 - Secretária do Chefe do Gabinete.
G.P. 02 - Assessores (Técnico, Parlamentar, Econômico, Jurídico, Técnico Legislativo, Imprensa, Relações Públicas e Promoção e Propaganda).
G.P. 03 - Oficial de Gabinete.
G.P. 04 - Auxiliar de Gabinete.
G.P. 05 - Motorista do Gabinete do Prefeito.
G.P. 1 - Assistente do Chefe do Gabinete.
G.P. 2 - Chefe doDepartamento de Assessoria Jurídica do Gabinete.
G.P. 3 - Coordenador de Comunicação Social.
G.P. 4 - Chefe do Departamento de Informática.
G.P. 5 - Coordenador da Secretaria do Gabinete.
G.P. 31 - Chefe da Divisão de Promoção e Propaganda.
G.P. 41 - Chefe da Divisão de Micro.
G.P. 42 - Chefe da Divisão de Grande Porte.
G.P. 43 - Chefe da Divisão Administrativa.
G.P. 421 - Chefe do Setor de Programação.
G.P. 422 - Chefe do Setor de Operação.

***ASMIL - (Assistência Militar do Prefeito)***

ASMIL 01 - Secretária do Chefe da Assistência Militar.
ASMIL 1 - Assistente do Chefe da Assistência Militar.
ASMIL 21 - Chefe da Divisão da Guarda Municipal.
ASMIL 32 - Secretário da Junta de Alistamento Militar.
ASMIL 211 - Chefe do Setor Administrativo.
ASMIL 212 - Chefe do Setor de Formação de Guarda.

ASMIL 213 - Chefe do Setor de Vigilância.

## *G.V. - (Gabinete do Vice-Prefeito)*

## *SEG - (Secretaria de Governo)*

SEG 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEG 1 - Assistente do Secretário de Governo.
SEG 02 - Assessor do Secretário de Governo.
SEG 03 - Assessor Técnico.
SEG 21 - Chefe da Divisão de Administração de Concessão e Permissão.

## *SEFIN - (Secretaria de Finanças)*

SEFIN 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEFIN 1 - Assistente do Secretário de Finanças.
SEFIN 1A - Secretário Adjunto.
SEFIN 2 - Chefe do Departamento de Receita.
SEFIN 3 - Chefe do Departamento de Despesa.
SEFIN 21 - Chefe da Divisão de Cadastro.
SEFIN 22 - Chefe da Divisão de Avisos Recibos.
SEFIN 23 - Chefe da Divisão de Receita.
SEFIN 31 - Chefe da Divisão de Contabilidade.
SEFIN 32 - Chefe da Divisão de Prestação de Contas de Convênio.
SEFIN 33 - Chefe da Divisão de Tomada de Contas.
SEFIN 211 - Chefe do Setor Predial.
SEFIN 212 - Chefe do Setor Territorial.
SEFIN 213 - Chefe do Setor de Cadastro.
SEFIN 214 - Chefe do Setor de Franquia.
SEFIN 215 - Chefe do Setor de Expediente.
SEFIN 216 - Chefe do Setor de Cálculos.
SEFIN 221 - Chefe do Setor de Expedição de Avisos.
SEFIN 222 - Chefe do Setor de Segundas Vias.
SEFIN 231 - Chefe do Setor de Localização e Funcionamento.
SEFIN 232 - Chefe do Setor de Contribuição e Melhoria.
SEFIN 233 - Chefe do Setor de Imposto de Trans. s/ Bens Imóveis.
SEFIN 234 - Chefe do Setor de Autônomos.
SEFIN 235 - Chefe do Setor de Imposto de Vendas a Varejo.
SEFIN 236 - Chefe do Setor de Certidões.
SEFIN 237 - Chefe do Setor de Protocolo.
SEFIN 238 - Chefe do Setor de Fiscalização do Comércio.
SEFIN 239 - Chefe do Setor de Escrituração.
SEFIN 239A - Chefe do Setor de Imposto Sobre Serviços.
SEFIN 311 - Chefe do Setor de Empenho da Despesa.
SEFIN 312 - Chefe do Setor de Arrecadação Bancária.
SEFIN 313 - Chefe do Setor de Análise da Receita.

SEFIN 314 - Chefe do Setor de Análise da Despesa.
SEFIN 315 - Chefe do Setor de Escrituração Contábil.
SEFIN 316 - Chefe do Setor de Prestação de Contas.
SEFIN 317 - Chefe do Setor de Computação.
SEFIN 318 - Chefe do Setor de Aplicação Financeira.
SEFIN 319 - Chefe do Setor de Contas a Pagar.
SEFIN 321 - Chefe do Setor de Prestação de Contas de Convênio.
SEFIN 331 - Chefe do Setor de Processos Administrativos.
SEFIN 332 - Chefe do Setor de Processos Compras.

## ***SAJUR - (Secretaria de Assuntos Jurídicos)***

SAJUR 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SAJUR 1 - Assistente do Secretário de Assuntos Jurídicos.
SAJUR 2 - Chefe do Departamento Jurídico.
SAJUR 3 - Chefe da Procuradoria Geral.
SAJUR 4 - Presidente da Comissão Permanente de Processos Disciplinares.
SAJUR 21 - Chefe da Divisão Trabalhista.
SAJUR 22 - Chefe da Divisão Administrativa.
SAJUR 23 - Chefe da Divisão de Consulta de Processos.
SAJUR 24 - Chefe da Divisão de Expediente.
SAJUR 25 - Chefe da Divisão de Expediente Forense.
SAJUR 26 - Chefe da Divisão de Serviços Extra-Juduciais.
SAJUR 27 - Chefe da Divisão Fiscal.
SAJUR 31 - Chefe da Divisão de Procuradoria Judicial.
SAJUR 32 - Chefe da Divisão de Procuradoria Fiscal.
SAJUR 33 - Chefe da Divisão de Serviços Externos.
SAJUR 34 - Chefe da Divisão de Precatórias Judiciais.
SAJUR 35 - Chefe da Divisão Tributária.
SAJUR 36 - Chefe da Divisão Consultiva.
SAJUR 221 - Chefe do Setor de Baixas.
SAJUR 222 - Chefe do Setor de Cálculos.
SAJUR 223 - Chefe do Setor de Inscrições e Cobranças.

## ***SEOB - (Secretaria de Obras)***

SEOB 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEOB 1 - Assistente do Secretário de Obras.
SEOB 1A - Secretário Adjunto.
SEOB 2 - Chefe do Departamento de Obras.
SEOB 3 - Chefe do Departamento de Serviços.
SEOB 21 - Chefe da Divisão de Obras Particulares.
SEOB 22 - Chefe da Divisão de Obras Públicas.

SEOB 23 - Chefe da Divisão de Serviços Municipais.
SEOB 02 - Chefe da Divisão de Vigilância Municipal.
SEOB 31 - Chefe da Divisão de Expediente de Obras.
SEOB 32 - Chefe da Divisão de Parcelamento do Solo.
SEOB 211 - Chefe do Setor de Análise e Aprovação de Projetos.
SEOB 212 - Chefe do Setor de Vistoria Técnica.
SEOB 221 - Chefe do Setor de Controle de Processos de Obras Públicas.
SEOB 222 - Chefe do Setor de Acompanhamento e Fiscalização de Obras.
SEOB 231 - Chefe do Setor de Emplacamento.
SEOB 232 - Chefe do Setor de Informações Sobre o Uso e Ocupação do Solo.
SEOB 233 - Chefe do Setor de Instalações e Vigilância Municipal.
SEOB 001 - Chefe do Setor de Administração.
SEOB 021 - Chefe do Setor de Fiscalização.
SEOB 022 - Chefe do Setor de Posturas Municipais.
SEOB 023 - Chefe do Setor de Contenção de Invasão.
SEOB 024 - Chefe do Setor de Muros e Passeios.
SEOB 311 - Chefe do Setor de Cálculos e Atendimento.
SEOB 312 - Chefe do Setor de Controle de Processos.
SEOB 313 - Chefe do Setor de Despacho e Expedição.
SEOB 314 - Chefe do Setor de Imposto Sobre Serviços de Obras.
SEOB 315 - Chefe do Setor de Análise e Controle Profissional.
SEOB 321 - Chefe do Setor de Topografia de Campo.
SEOB 322 - Chefe do Setor de Topografia Interna.
SEOB 323 - Chefe do Setor de Análise.
SEOB 324 - Chefe do Setor de Desenho.

***SEDAM - (Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente)***

SEDAM 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEDAM 1 - Assistente do Secretário de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.
SEDAM 1A - Secretário Adjunto.
SEDAM 2 - Chefe do Departamento de Meio Ambeinte.
SEDAM 3 - Chefe do Departamento de Planejamento Urbano.
SEDAM 4 - Chefe do Departamento de Habitação.
SEDAM 5 - Chefe do Departamento de Projetos e Levantamentos do Uso e Ocupação do Solo.
SEDAM 21 - Chefe da Divisão de Programas Ambientais.
SEDAM 22 - Chefe da Divisão de Normatização e Controle Ambiental.
SEDAM 31 - Chefe da Divisão de Integração Territorial.
SEDAM 32 - Chefe da Divisão de Estudos Sócio-Econômicos.
SEDAM 41 - Chefe da Divisão de Programas Habitacionais.
SEDAM 02 - Chefe da Divisão de Proj. Arquitetônicos e Complementares.
SEDAM 51 - Chefe da Divisão de Levantamento do Uso e Ocupação do Solo.

**Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande**

ESTADO DE SÃO PAULO

SEDAM 52 - Chefe da Divisão de Projetos de Infraestrutura.
SEDAM 221 - Chefe do Setor de Normatização.
SEDAM 222 - Chefe do Setor de Fiscalização.
SEDAM 311 - Chefe do Setor de Zoneamento.
SEDAM 312 - Chefe do Setor de Sistema Viário.
SEDAM 321 - Chefe do Setor de Equipamentos Sociais.
SEDAM 322 - Chefe do Setor de Estudos Sócio-Econômicos.
SEDAM 411 - Chefe do Setor de Projetos Habitacionais.
SEDAM 412 - Chefe do Setor de Cadastros Habitacionais.
SEDAM 001 - Chefe do Setor de Acompanhamento e Fiscalização.
SEDAM 002 - Chefe do Setor de Desenho.
SEDAM 003 - Chefe do Setor de Topografia.
SEDAM 004 - Chefe do Setor de Orçamento.
SEDAM 511 - Chefe do Setor de Arquivo Técnico e Copiadora.
SEDAM 512 - Chefe do Setor de Cadastro Territorial.

## *SESAP - (Secretaria da Saúde)*

SESAP 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SESAP 1 - Assistente do Secretário de Saúde.
SESAP 2 - Chefe do Departamento de Saúde.
SESAP 21 - Chefe da Divisão Ambulatorial.
SESAP 22 - Chefe da Divisão Odontológica.
SESAP 23 - Chefe da Divisão de Pronto Socorro.
SESAP 24 - Chefe da Divisão de Saúde Infantil.
SESAP 25 - Chefe da Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiologica.
SESAP 26 - Chefe da Divisão de Enfermagem.
SESAP 27 - Chefe da Divisão Saúde Mental e Reabilitação.
SESAP 211 - Chefe do Setor de Medicina do Trabalho.
SESAP 212 - Chefe do Setor Ambulatorial.
SESAP 213 - Chefe do Setor de Administração e Recepção.
SESAP 214 - Chefe do Setor de Laboratório.
SESAP 221 - Chefe do Setor de Odontologia Preventiva.
SESAP 241 - Chefe do Setor de Saúde Infantil.
SESAP 001 - Chefe do Setor de Avaliação e Controle.
SESAP 251 - Chefe do Setor de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
SESAP 252 - Chefe do Setor de Zoonoses.
SESAP 271 - Chefe do Setor de Saúde Mental.
SESAP 272 - Chefe do Setor de Reabilitação.

## *SEDUC - (Secretaria de Educação)*

SEDUC 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEDUC 1 - Assistente do Secretário de Educação.

SEDUC 2 - Chefe do Departamento de Educação.
SEDUC 21 - Chefe da Divisão de Educação Pré-Escolar.
SEDUC 22 - Chefe da Divisão de Educação de 1º e 2º Graus.
SEDUC 23 - Chefe da Divisão de Educação Especial.
SEDUC 24 - Chefe da Divisão da Coord. de Ação de Ensino do 3º Grau.
SEDUC 25 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Oficina Pedagógica.
SEDUC 03 - Chefe da Divisão de Merenda Escolar.
SEDUC 221 - Chefe do Setor de Ensino Noturno.
SEDUC 001 - Chefe do Setor de Equipamentos e Prédios.

## ***SEAB - (Secretaria de Abastecimento)***

SEAB 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEAB 1 - Assistente do Secretário de Abastecimento.
SEAB 02 - Chefe da Divisão de Programas de Abastecimento.
SEAB 03 - Chefe da Divisão de Feiras Livres.
SEAB 04 - Chefe da Divisão de Comércio Eventual e Ambulante.

## ***SECTUR - (Secretaria de Turismo e Cultura)***

SECTUR 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SECTUR 1 - Assistente do Secretário de Turismo e Cultura.
SECTUR 2 - Chefe do Departamento de Cultura.
SECTUR 3 - Chefe do Departamento de Turismo.
SECTUR 21 - Chefe da Divisão de Artesanato.
SECTUR 22 - Chefe da Divisão da Casa da Cultura.
SECTUR 23 - Chefe da Divisão de Biblioteca.
SECTUR 31 - Chefe da Divisão de Eventos.

## ***SEAD - (Secretaria de Administração)***

SEAD 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEAD 1 - Assistente do Secretário de Administração.
SEAD 2 - Chefe do Departamento de Administração.
SEAD 3 - Chefe do Departamento de Licitação.
SEAD 21 - Chefe da Divisão de Expediente Administrativo.
SEAD 22 - Chefe da Divisão de Protocolo Geral e Arquivo.
SEAD 23 - Chefe da Divisão de Almoxarifado.
SEAD 24 - Chefe da Divisão de Patrimônio Mobiliário.
SEAD 25 - Chefe da Divisão de Patrimônio Imobiliário.
SEAD 31 - Chefe da Divisão de Compras de Materiais e Contratação de Serviços.
SEAD 32 - Chefe da Divisão de Contratação de Obras e Serviços de Engenharia.
SEAD 231 - Chefe do Setor de Almoxarifado da SESP.
SEAD 232 - Chefe do Setor de Almoxarifado da SESAP.

SEAD 233 - Chefe do Setor de Almoxarifado da SEDUC.
SEAD 234 - Chefe do Setor de Almoxarifado da Garagem.
SEAD 235 - Chefe do Setor de Almoxarifado Geral.
SEAD 301 - Chefe do Setor de Cadastro de Fornecedores.
SEAD 311 - Chefe do Setor de Compras da SESP.
SEAD 312 - Chefe do Setor de Compras da SESAP.
SEAD 313 - Chefe do Setor de Compras da SEDUC.
SEAD 314 - Chefe do Setor de Compras Geral.

## ***SERECH - (Secretaria de Recursos Humanos)***

SERECH 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SERECH 1 - Assistente do Secretário de Recursos Humanos.
SERECH 2 - Chefe do Dpto. de Planejamento e Desenv. de Recursos Humanos.
SERECH 3 - Chefe do Departamento de Administração de Recursos Humanos.
SERECH 4 - Chefe do Departamento de Benefícios, Pensionistas e Assistência.
SERECH 21 - Chefe da Divisão de Recrutamento, Seleção e Concursos.
SERECH 22 - Chefe da Divisão de Treinamento e Desenvolvimento.
SERECH 03 - Chefe da Divisão de Serviço Social e Benefícios.
SERECH 31 - Chefe da Divisão de Pessoal.
SERECH 32 - Chefe da Divisão de Cargos, Salários e Estatísticas.
SERECH 41 - Chefe da Divisão de Inativos e Pensionistas.
SERECH 42 - Chefe da Divisão de Assistência Médica ao Servidor.
SERECH 311 - Chefe do Setor de Cálculo para Folha de Pagamento.
SERECH 312 - Chefe do Setor de Expediente de Pessoal.
SERECH 313 - Chefe do Setor de Expedição e Controle de Portarias.
SERECH 0031 - Técnico em Segurança do Trabalho.
SERECH 0211 - Selecionador.
SERECH 0221 - Analista de Treinamento.
SERECH 0321 - Analista de Cargos e Salários.

## ***SESP - (Secretaria de Serviços Públicos)***

SESP 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SESP 1 - Assistente do Secretário de Serviços Públicos.
SESP 1A - Secretário Adjunto.
SESP 2 - Chefe do Departamento de Serviços Públicos.
SESP 3 - Chefe do Departamento de Administrações Regionais.
SESP 4 - Chefe do Departamento de Engenharia de Tráfego.
SESP 5 - Chefe do Departamento de Manutenção da Frota.
SESP 21 - Chefe da Divisão de Cemitérios.
SESP 22 - Chefe da Divisão de Serviços Gerais.
SESP 31 - Administrador Regional 1.

**Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande**
ESTADO DE SÃO PAULO

SESP 32 - Administrador Regional 2.
SESP 33 - Administrador Regional 3.
SESP 34 - Administrador Regional 4.
SESP 41 - Chefe da Divisão de Operacionalização de Tráfego.
SESP 42 - Chefe da Divisão de Planejamento de Tráfego.
SESP 51 - Chefe da Divisão de Manutenção da Frota.
SESP 52 - Chefe da Divisão de Administração da Frota.
SESP 221 - Chefe do Setor de Carpintaria.
SESP 222 - Chefe do Setor de Elétrica.
SESP 223 - Chefe do Setor de Hidráulica.
SESP 224 - Chefe do Setor de Pintura.
SESP 225 - Chefe do Setor Predial.
SESP 226 - Chefe do Setor de Jardins.
SESP 227 - Chefe do Setor de Lixo.
SESP 311 - Chefe do Setor Operacional de Campo 1.1.
SESP 312 - Chefe do Setor Operacional de Campo 1.2.
SESP 313 - Chefe do Setor Operacional de Campo 1.3.
SESP 314 - Chefe do Setor Operacional de Campo 1.4.
SESP 315 - Chefe do Setor de Manutenção de Campo da Regional 1.
SESP 321 - Chefe do Setor Operacional de Campo 2.1.
SESP 322 - Chefe do Setor Operacional de Campo 2.2.
SESP 323 - Chefe do Setor Operacional de Campo 2.3.
SESP 324 - Chefe do Setor Operacional de Campo 2.4.
SESP 325 - Chefe do Setor de Manutenção de Campo da Regional 2.
SESP 331 - Chefe do Setor Operacional de Campo 3.1.
SESP 332 - Chefe do Setor Operacional de Campo 3.2.
SESP 333 - Chefe do Setor Operacional de Campo 3.3.
SESP 334 - Chefe do Setor de Manutenção de Campo da Regional 3.
SESP 341 - Chefe do Setor Operacional de Campo 4.1.
SESP 342 - Chefe do Setor Operacional de Campo 4.2.
SESP 343 - Chefe do Setor Operacional de Campo 4.3.
SESP 344 - Chefe do Setor de Manutenção de Campo da Regional 4.
SESP 411 - Chefe do Setor de Sinalização de Trânsito.
SESP 412 - Chefe do Setor de Fiscalização.
SESP 413 - Chefe do Setor de Controle de Tráfego.
SESP 521 - Chefe do Setor de Elétrica da Frota.
SESP 522 - Chefe do Setor de Mecânica da Frota.
SESP 523 - Chefe do Setor de Funilaria e Pintura.
SESP 524 - Chefe do Setor de Lavagem e Lubrificação.
SESP 525 - Chefe do Setor de Borracharia.

***SEMES - (Secretaria de Esportes)***

SEMES 01 - Secretária do Secretário Municipal

SEMES 1 - Assistente do Secretário de Esportes.
SEMES 2 - Chefe do Departamento de Recreação e Lazer.
SEMES 3 - Chefe do Departamento de Competições e Ligas.
SEMES 4 - Chefe do Departamento de Iniciação Esportiva.

## *SEIC - (Secretaria de Indústria e Comércio)*

SEIC 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEIC 1 - Assistente do Secretário de Indústria e Comércio.
SEIC 02 - Chefe da Divisão de Indústria e Comércio.
SEIC 03 - Chefe da Divisão Gráfica.
SEIC 021 - Chefe do Setor de Indústria.
SEIC 022 - Chefe do Setor de Comércio.

## *SEPROS - (Secretaria de Promoção Social)*

SEPROS 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEPROS 1 - Assistente do Secretário de Promoção Social.
SEPROS 2 - Chefe do Departamento de Suporte Técnico.
SEPROS 02 - Chefe da Divisão da Criança e do Adolescente.
SEPROS 03 - Chefe da Divisão da Terceira Idade.
SEPROS 04 - Chefe da Divisão de Assistência Pública.
SEPROS 021 - Chefe do Setor da Criança e do Adolescente.
SEPROS 031 - Chefe do Setor da Terceira Idade.
SEPROS 041 - Chefe do Setor de Assistência Pública.

## *SADEC - (Secretaria de Ação e Defesa da Cidadania)*

SADEC 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SADEC 1 - Assistente do Secretário de Ação e Defesa da Cidadania.
SADEC 2 - Chefe do Departamento de Ação e Defesa da Cidadania.
SADEC 21 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Ação da Cidadania.
SADEC 22 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Defesa da Cidadania.
SADEC 23 - Chefe da Divisão de Apoio Técnico.
SADEC 24 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Metropolização.
SADEC 231 - Chefe do Setor de Estudos da Realidade.
SADEC 232 - Chefe do Setor de Estatística e Assinalização.
SADEC 233 - Chefe do Setor de Projetos.

SEMES 1 - Assistente do Secretário de Esportes.
SEMES 2 - Chefe do Departamento de Recreação e Lazer.
SEMES 3 - Chefe do Departamento de Competições e Ligas.
SEMES 4 - Chefe do Departamento de Iniciação Esportiva.

## ***SEIC - (Secretaria de Indústria e Comércio)***

SEIC 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEIC 1 - Assistente do Secretário de Indústria e Comércio.
SEIC 02 - Chefe da Divisão de Indústria e Comércio.
SEIC 03 - Chefe da Divisão Gráfica.
SEIC 021 - Chefe do Setor de Indústria.
SEIC 022 - Chefe do Setor de Comércio.

## ***SEPROS - (Secretaria de Promoção Social)***

SEPROS 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SEPROS 1 - Assistente do Secretário de Promoção Social.
SEPROS 2 - Chefe do Departamento de Suporte Técnico.
SEPROS 02 - Chefe da Divisão da Criança e do Adolescente.
SEPROS 03 - Chefe da Divisão da Terceira Idade.
SEPROS 04 - Chefe da Divisão de Assistência Pública.
SEPROS 021 - Chefe do Setor da Criança e do Adolescente.
SEPROS 031 - Chefe do Setor da Terceira Idade.
SEPROS 041 - Chefe do Setor de Assistência Pública.

## ***SADEC - (Secretaria de Ação e Defesa da Cidadania)***

SADEC 01 - Secretária do Secretário Municipal.
SADEC 1 - Assistente do Secretário de Ação e Defesa da Cidadania.
SADEC 2 - Chefe do Departamento de Ação e Defesa da Cidadania.
SADEC 21 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Ação da Cidadania.
SADEC 22 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Defesa da Cidadania.
SADEC 23 - Chefe da Divisão de Apoio Técnico.
SADEC 24 - Chefe da Divisão da Coordenadoria de Metropolização.
SADEC 231 - Chefe do Setor de Estudos da Realidade.
SADEC 232 - Chefe do Setor de Estatística e Assinalização.
SADEC 233 - Chefe do Setor de Projetos.

**Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande**

ESTADO DE SÃO PAULO

**ARTIGO 2º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio São Francisco de Assis, Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, aos 22 de Setembro de 1.994, ano vigésimo oitavo da emancipação.

**ALBERTO PEREIRA MOURÃO**
**Prefeito**

**RUI LEMOS SMITH**
**SECRETÁRIO DO GOVERNO**

**Registrado e Publicado na Secretaria de Administração,** aos 28 de Setembro de 1994.

**LUIZ CARLOS DA SILVA**
**SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO**

PROC. 112/94

REGISTRADO EM LIVRO COMPETENTE E AFIXADO NO QUADRO GERAL DE AVISOS DO PAÇO MUNICIPAL, CONFORME ART.º 105 DA LEI Nº 681/90 (LEI ORGÂNICA DA EST. BALN. DE PRAIA GRANDE) DURANTE 3 (TRÊS) DIAS.

AFIXADO EM: 28/Setembro/1994

Mª Teodora S. Santos

ANEXO 8

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**
**COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR**
**DIR - XIX - BAIXADA SANTISTA**

**PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL**

**MUNICIPIO:PRAIA GRANDE** **POPULAÇÃO: 139290**
**NUC.DE INFORMAÇAO**

| GRUPO | ÍTEM DE PROGRAMAÇÃO | PAA | PRODUÇÃO MÉDIA | GRAU DE ALCANCE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | AVELANM | 32.043 | 23.863 | 0,74 |
| **2** | **ATD MÉD.-CONS** | 32.043 | 24.484 | 0,76 |
| 3 | ATD.MEDICO-PROC. | 2.140 | 82 | 0,04 |
| 4 | ATD.ODONTOLÓGICO | 9.169 | 7.277 | 0,79 |
| 5 | RADIODIAGNÓSTICO | 2.975 | | 0,00 |
| 6 | MEDICINA NUCLEAR | 366 | | 0,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA | 435 | 155 | 0,36 |
| 8 | OUTR.EX.IMAGEM | 103 | | 0,00 |
| 9 | PATOLOGIA CLÍNICA | 13.641 | 4.258 | 0,31 |
| 10 | EX.HEMODINÂMICA | 11 | | 0,00 |
| 11 | OUT.EX.ESPECIAL | 2.117 | 801 | 0,38 |
| 12 | DIÁLISE | 320 | | 0,00 |
| 13 | RADIOTERAPIA | 446 | | 0,00 |
| 14 | QUIMIOTERAPIA | 46 | | 0,00 |
| 15 | FISIOTERAPIA | 2.864 | 476 | 0,17 |
| 16 | OUT.TER.ESPEC. | 1.362 | 4 | 0,00 |
| 17 | PRÓTESE/ÓRTESE | 725 | | 0,00 |
| TOTAL | | | | |

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR

## PROGRAMAÇÃO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

**MUNICIPIO:FRAIA GRANDE** **POPULAÇÃO: 137641**

| GRUPO | ITEM DE PROGRAMAÇÃO | EPO VIGENTE | PRODUÇÃO MÉDIA 1.995 | PAA PARÂMETROS | PAA PROPOSTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AVEIANM | 26.220 | 91.005 | 32.043 | 32.043 |
| **2** | **ATD MÉD.-CONS** | 33.927 | 94.416 | 32.043 | 32.043 |
| 3 | ATD.MEDICO-PROC. | 1.603 | 702 | 2.140 | 2.140 |
| 4 | ATD.ODONTOLÓGICO | 8.281 | 21.762 | 9.189 | 9.189 |
| 5 | RADIODIAGNÓSTICO | 2.177 | 6.233 | 2.975 | 2.975 |
| 6 | MEDICINA NUCLEAR | | | 368 | - |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA | 19 | 74 | 436 | 435 |
| 8 | OUTR.EX.IMAGEM | | | 103 | - |
| 9 | PATOLOGIA CLÍNICA | 8.143 | 23.639 | 13.641 | 13.641 |
| 10 | EX.HEMODINÂMICA | | | 11 | - |
| | OUT.EX.ESPECIAL | 1.318 | 2.927 | 2.117 | 2.117 |
| 12 | DIÁLISE | | | 320 | - |
| 13 | RADIOTERAPIA | | | 446 | - |
| 14 | QUIMIOTERAPIA | | | 48 | - |
| 15 | FISIOTERAPIA | | 1.341 | 2.884 | 3.837 |
| 16 | OUT.TER.ESPEC. | 16 | 67 | 1.362 | 67 |
| 17 | PRÓTESE/ÓRTESE | | | 725 | 725 |
| TOTAL | | | | | |