



Relatório do
Estágio de Campo da Equipe Multiprofissional
em São Sebastião

Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.

1970



ERRATA

Durante a revisão, os êrros se escondem, fazem-se, positivamente, invisíveis. Mas, assim que o livro sai, tornam-se vizibilísimos, verdadeiros "sacis" a nos botar a língua em tôdas as páginas. Trata-se de um verdadeiro mistério que a ciência ainda não conseguiu decifrar.

Monteiro Lobato



Pg	Linha	Onde se Lê:	Leia-se:
5	32	considerar	desconsiderar
8	19	Básic	Básico
8	43	observações e orientou	observações. Orientou
9	23	Cia Tradicional de Frigoríficos	Cia Nacional de Frigoríficos
10	26	forram	foram
12	31	não atingiram agora...	não atingiriam agora...
12	47	qualificativo	qualitativo
13	26	Caraguatatuba. Por suges - tão...	*início de novo parágrafo, po- que não pertence ao mesmo ass- to.
15	39	na tabela I constam...	na tabela I (página 16) const
17	18	prosseguindo-se...	prosseguindo...
18	8	necessárias do Sistema	necessárias ao Sistema
20	29	Socorro	Socorro
22	53	tabela 3 que a ...	tabela 3 (página 21) que a...
23	8	infecto-conta contagiosas	infecto contagiosas
23	31	Instalações	Instalações (anexo nº 12 - FII
26	49	(1,9 m ² por bérço)	(1,1 m ² por bérço)
28	42	(vide croquis)	(vide croquis anexo nº 12)
36	24	aquela paecela	aquela parcela
37	12	dias úteis anuais*	dias úteis anuais*(vide Rendi- mento da consulta - pag. 38)
39	31	tabela nº 7 como ...	tabela nº 7 (vide pag. 38) co- mo...
40	15	idem	idem
42	2	tabela 8.	tabela 8 (vide pag. 41)
43	8e9	doenças transmissíveis é realizado	doenças transmissíveis são re- lizadas
43	42	essoal qualificado	peçoal qualificado
45	49	não possibilite...	não possibilitem...
47	12	secretária	secretaria
45	53	puderam'u	puderam
49	9	O programa de assistência, etc..	No programa de assistência criança, o lactário não ating etc..
51	38	tabela nº 11	tabela nº 11 (vide pag. 52)
62	7	zona média prevalência	zona de média prevalência
62	18	ressentia da falta	ressentia da falta
63	52	clínico e sirúrgico	clínico e cirúrgico
64	3	Sirurgias	Cirurgias
64	54	atinge funcionários	atingem funcionários
65	24	absentismos	absentismo
65	55	sendo o segmento	sendo o seguimento
66	38	existem rédes de esgôto montadas	existe rede de esgôto montad.
66	45	predo do Grupo...	prédio do Grupo...
66	48	resultados dos expostos...	resultados expostos...
67	36	podem evoluir...	pode evoluir...
68	12	fatôres de progressão	fatôres de progresso
68	29	aplicada	aplicadas
68	44	ocorra deterioração	ocorra a deterioração
71	5	9,4/1.000	12,09/1.000
71	7	Calçulada a partir	Calculada a partir
72	21	antigo DOS	antigo DOS (Dpto de Obras de neamento)
73	19	planta anexa	planta anexa (anexo nº 9)
75	48	...plantas anexas)	...plantas anexas (anexo nº 9)

Linha, Onde se lê:		Leia-se:	
17	21	considerem-se	considerou-se
17	35	enquanto que no...	enquanto no...
30	39	despesa mensal	despesa mensal
30	59	Totsl	Total
31	12	Achamos indispensável	É dispensável
32	43	Objetivos:	Objetivos da programação:
33	47	Mountin e Col.	Mountin e Col. (os critérios autores aqui citados foram referidos na tese apresentada para provimento da Cadeira de Administração Hospitalar da F.S.P. pelo Dr. Odair Pacheco Pedrosco em Junho de 1959)
84	6	11,4%	11,4% (arredondando para 10.00 a população)
84	32	habitantes	habitantes
89	42	das possibilidades	das possibilidades
89	43	a U.S.	Unidade Sanitária
89	48	1º deslocamento	1º - Deslocamento
90	22	as edificações	as edificações
90	23	inclusive	inclusive
90	35	planejada de acordo do	planejada de acordo
91	9	comunicações	comunicações
91	22	demissão	admissão
96	5	Tuberculose	Tuberculose
97	27	secretaria	Secretaria
99	17	dessa amostra é dada	dessa amostra é dado
02	2e3	exames laboratórios	exames de laboratórios
02	19	0 - 6 entrevistas	0 - 1 ano, 6 entrevistas
02	36	1ª visita	1ª visita
04	1	retorno	retorne
05	9	ocorrência	ocorrências
05	55	(? horas são...	(2 horas são...
05	57	média de 5 visitas	média de 5 visitas
06	7	no serviço. Participar	no serviço e participar
06	11	atendimento a consulta	atendimento à consulta
06	15	para, cada...	para cada
06	19	são previstos	São previstos
06	40	sistematisada	sistematicamente
07	11e14	10.678	10.668
08	15	parasitárias	parasitárias
08	19	encaminhamento	encaminhamento:
08	22	assistenciais.	assistenciais, às respectivas entidades
08	29	entrevistas	entrevista
110	30	indicado.	indicado. (vide quadro nº 4 p 116)
110	52	precariedade	precariedade
110	56	consulta puerpério	consulta no puerpério
111	41	2980	2280
112	36	e anterior... agenda	e deverá ser anterior à consulta agendada.
113	14	da consulta	da 1ª consulta
113	34	enormas	e normas
114	14	quadro nº 3	quadro nº 3 (pag. 115)
114	28	SAME	SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico)
114	51	quadro nº4	quadro nº 4 (pag. 116)

ag.	Linha	Onde se lê:	Leia-se:
117	47	educativo	educativo
118	3	quadro nº 4	quadro nº 4 (pag. 116)
120	28	deverã ser ...	deverão ser observadas as Normas Técnicas previstas
120	40	Inspetoras	Inspetores
121	6	do Se...	do Setor...
121	17	doenças	doença
121	39	lelo médico	pelo médico
121	46	Todos...	Todos os programas
121	51	palestras, demonstrações	palestras e demonstrações
122	6	levar à Comunidade	levar a comunidade
122	8	partivipar	participar
123	11	indicado	indicados
123	19	coleitas	colheitas
123	26	com anexo citado	com anexo nº 16 citado...
123	53	idem	idem
125	31	agendários	agendados
125	53	sucetível	suscetível
127	47	Secretaria do Estado	Secretaria da Saúde do Estado
128	7	necessários	necessário
129	33	recebe retôrno	recebe marcação de retôrno
130	2	ficha	fichas
130	8	sucetível	suscetível
130	39	Rotina, etc..	Por falha na revisão esta rotina ficou incluída no corpo de trabalho. Considerar como recomendação em anexo.
136	53	quanto a cobertura	quanto à cobertura
137	13	critário de que	como critério que
138	4e5	local:	local uma enfermeira
		1 enfermeira...	
138	43	participar e orientar	orientar e controlar
138	29	planejammnto	planejamento
139	43	indivíduo	indivíduos
140	28	encaminhamentos...	encaminhamentos dos
140	33	Unidad	Unidade
140	44	realtórios	relatórios
140	52	progrmas	programa
141	21	infomativo	informativo
141	29	um enfermeiro	uma enfermeira
141	30	responsvl	responsável
141	31	êsse	essa
141	35	dostrital	distrital
141	44	programaa	programa
141	46	responsabilidade	responsabilidade
141	58	imggem	imagem
142	25	oolocar	colocar
142	32	(ver...etc.)	(ver...) anexo nº 13
143	10	a essa etapa	nesta etapa
143	23	avalizção	avaliação
144	10	funcionado	funcionando
144	26	consideradas	considerados
146	33	anteriormente	anteriormente
146	43	Saúde de São...	Saúde para São...
147	18	conjunoo	conjunto
148	52	diretoria	Diretoria
150	20	Laborttório	Laboratório
151	4	teender	atender

pag.	Linha	Onde se lê:	Leia-se:
151	19	cãptalizadores	catalizadores
151	34	apeesentar	apresentar
151	40	evulução	evolução
151	48	succtível	suscetível
152	37	próximo	próximas
152	45	o resumo...	sõmente o resumo
153	9	peculiariedades	peculiariedades
153	44	serviço Social	Serviço Social
153	46	quanto	quando
154	6	necessidades	necessidades
156	51	examos	exames
157	33	que leva	que levam
158	22	particular de...	particular em...
15	56	boletim técnico da Organi zação	boletim técnico nº 298 da Org nização
159	34	-crianças em idade escolar primária -pré-escolar	-crianças em idade escolar pr mária -crianças em idade escolar se cundária -pré-escolar.
159	52	no espaço compreendido en tre "tempo integral e se- gunda prioridade.	Os trabalhos realizados terãõ como primeira prioridade de s viços, as emergências e extra ções.
160	14	pede o direito do	perde o direito ao
160	32	aplic...	aplicações
160	34	nidade anitária	Unidade Sanitária
161	2	ualidade	qualidade
161	28	educandário	educandários
162	25	(Quadro 1)	(Quadro I : pag. 163)
162	52	escolhida	escolhidas
162	54	Quadro nº 2	Quadro nº 2 - pag. 164
165	36	(Anexo nº)	(Anexo nº 17)
167	26	Inicialment	Inicialmente
167	42	aprvação	aprovação

Por falha na revisão, os anexos que consistem em mapas ou plantas só foram numerados no índice. No entanto, são perfeitamente identificáveis pela legenda.

O anexo nº 12 consta de duas plantas do Hospital, a saber: F I - planta atual, F I - projeto de reforma.

AGRADECIMENTOS	1
I - RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	2
A - Alunos	2
B - Supervisores	3
II - OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL REALIZADO EM SÃO SEBASTIÃO NO ANO DE 1970	4
A - Objetivo geral	4
B - Objetivos específicos	4
III - METODOLOGIA	5
A - Introdução	5
B - Etapas	7
B.1. Estudo e preparo prévio do trabalho de campo	7
B.1.1. Análise do relatório anterior e definição de hipóteses iniciais de trabalho	7
B.1.2. Entendimentos com órgãos centrais em relação às prioridades definidas no relatório anterior	8
B.1.3. Primeiro contato com a comunidade	9
B.1.4. Programação do trabalho a ser desenvolvido em campo	9
B.1.4.1. Divisão do trabalho	9
B.1.4.2. Organização dos grupos de trabalho	10
B.1.5. Roteiros de entrevista para o desenvolvimento do trabalho de campo	11
B.2. Trabalho de campo	12
B.2.1. Desenvolvimento do trabalho	12
B.2.2. Contatos com os líderes da comunidade	13
B.3. Diagnóstico dos setores especializados e definição de prioridades a serem desenvolvidas em 1970	15
B.3.1. Saneamento básico	15
B.3.2. Assistência médico-sanitária e hospitalar	20
B.3.2.1. Unidade integrada de saúde	20
B.3.2.1.1. Hospital de Clínicas de São Sebastião	20

B.3.2.1.2. Unidade sanitária	36
B.3.2.1.3. Laboratório de Análises Clínicas	49
B.3.3. Saúde escolar	57
B.3.4. Odontologia	62
B.3.5. Outros recursos da comunidade	63
B.3.6. Dados referentes a Ilha Bela	66
B.3.7. Avaliação e prognóstico	66
B.3.8. Conclusões	68
B.4. Proposições e elaboração dos Programas e Anteprojetos	70
B.4.1. Saneamento básico	72
B.4.2. Assistência médico-sanitária	82
B.4.2.1. Unidade integrada de saúde	82
B.4.2.1.1. Hospital de Clínicas de São Sebastião	82
B.4.2.1.2. Unidade Sanitária	94
B.4.2.1.3. Unidades de integração entre o Hospital de Clínicas e a Unidade Sanitária	144
B.4.3. Saúde Escolar	155
B.4.4. Odontologia Sanitária	158
B.4.5. Integração da comunidade através de um Conselho de Comunidade	165
B.5. Apresentação e discussão das proposições na comunidade	166
B.5.1. Setores Especializados	166
B.5.2. Reunião com a Comunidade	167
IV - DIVULGAÇÃO	168
V - SUGESTÕES DE HIPÓTESES DE TRABALHO A SEREM DESENVOLVIDAS NO PRÓXIMO ESTÁGIO DE CAMPO	169
VI - ESTIMATIVA DO CUSTO GERAL DO TRABALHO	170
VII - ANEXOS	

Agradecimentos

Somos gratos a t^oda popula^o do Munic^opio de S^o Sebast^o e em particular ^o Prefeitura Municipal, ^o C^omara Municipal de Vereadores, ^os demais autoridades civis e religiosas, aos representantes dos servi^os de sa^ude e institui^oes associativas, previdenci^orias e empres^oriais, bem como ao corpo docente da Faculdade de Sa^ude P^ublica da Universidade de S^o Paulo e ^os Secretarias do Governo do Estado de S^o Paulo, sem o aux^olio dos quais, n^o seria poss^ovel a execu^o de este trabalho.

I - RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A. ALUNOS

- Antonio Simões - médico (Lutécia - SP) Saúde Pública para Médicos
- Claudio Marcos da Silveira - médico (Pôrto Alegre, RGS) Saúde Pública para Médicos
- Cynthia Junqueira de Godoy - médica (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Médicos
- Eda Cecchi - educadora sanitária (Campinas, SP) Educação em Saúde Pública
- Fernando Proença de Gouvêa - médico (São Paulo, Cap.) Administração Hospitalar
- Gert Wolfgang Kaminski - engenheiro (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Engenheiros
- Gutemberg C. Britto - engenheiro (Salvador, BA) Saúde Pública para Engenheiros
- Haroldo Teixeira de Araujo - engenheiro (Belém, PA) Saúde Pública para Engenheiros
- Isaura Moraes Barros Mesquita - assistente social (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Outros Profs. com ênfase em Administração Hospitalar
- João Carlos Caetano - dentista (Criciúma, SC) Saúde Pública para Dentistas
- José Antonio Fonseca dos Santos - farmacêutico-bioquímico (São Paulo, Cap.) Administração Hospitalar
- Lêa Cecilia F. Muxfeldt - enfermeira (Pôrto Alegre, RGS) Saúde Pública para Enfermeiros
- Lêa Kirjner Ostronoff - nutricionista (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para outros profissionais com ênfase em nutrição
- Liogi Iwaki - médico (Junqueirópolis, SP) Saúde Pública para Médicos
- Maria de Lourdes Ferrarini - educadora sanitária (São Paulo, Cap.) Educação em Saúde Pública
- Modesta Bortolotto - enfermeira (Pôrto Alegre, RGS) Administração Hospitalar
- Myrian Auxiliadora A. Dayrell - farmacêutica-bioquímica (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Farmacêuticos-bioquímicos
- Sadi A.P. de Lucena - farmacêutico-bioquímico (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Farmacêuticos-bioquímicos
- Sebastião Leme Lemi Fúrquim - engenheiro (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Engenheiros
- Teresinha Ruth V. Bose - enfermeira (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Enfermeiros
- Vilma Lucia Cruz de Paiva - enfermeira (São Paulo, Cap.) Saúde Pública para Enfermeiros
- Virgínia A.H.Habib - enfermeira (Divinolândia, SP) Administração Hospitalar

B. SUPERVISORES

Antonio Ricci - Assistente de Administração Sanitária, do Departamento de Prática de Saúde Pública U.S.P.

João Yunes - assistente do Centro de Estudos de Dinâmica Populacional do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Coordenadores da equipe

Fernando Proença de Gouvêa

Maria de Lourdes Ferrarini

II - OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL REALIZADO NO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIAO NO ANO DE 1970.

A. OBJETIVO GERAL

Pôr em prática os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o curso e, identificando os problemas prioritários de saúde pública no local, propôr soluções e orientar a comunidade para melhor aproveitamento dos esforços e aplicação racional dos recursos no campo da saúde.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Participar das dificuldades de um trabalho do gênero desenvolvido em termos de equipe multiprofissional.

2.- Desenvolver, na prática, a integração entre alunos e docentes da F.S.P.

3.- Dando prosseguimento ao trabalho realizado pela equipe multiprofissional da F.S.P. em 1969, analisar e complementar os dados de diagnóstico da situação de saúde local, e determinar as prioridades para propôr à comunidade soluções a nível de programação e ante-projetos.

III - METODOLOGIA

A. INTRODUÇÃO

A equipe desenvolveu o trabalho procurando, na medida do possível, pôr em prática os conhecimentos relativos a métodos e técnicas adquiridos no curso.

Examinando a realidade a ser trabalhada e a maneira a ser conhecida, não só pela equipe de 1970 como também pelas que nos sucederão, verificamos que para atingirmos o objetivo proposto - identificação de problemas prioritários de saúde pública no local e proposição de soluções - havia a necessidade de um processo de estudo de uma realidade complexa, tal como, a situação de saúde de um município, para se poder propôr as ações de mudança. Ao mesmo tempo, precisávamos satisfazer as condições peculiares do trabalho, isto é, desenvolvimento em etapas anuais sucessivas por intermédio de diferentes equipes, sem perda de continuidade e visão global.

Pareceu-nos mais adequado ao trabalho, adotar o método geral ou científico, estudado no curso de Planejamento de Saúde Pública, dado seu caráter dinâmico, uma vez que permite enfrentar melhor o trabalho nas condições exigidas.

A metodologia geral é um procedimento orientado para o conhecimento de problemáticas fundamentalmente em função de ações de mudança.

O método geral deve ser concebido como um sistema para compreender um fenômeno, através de um mecanismo de análises e sínteses e tem razão de ser quando o fenômeno representa uma totalidade de fatos verdadeiramente infinita, isto é, quando se trata de uma realidade complexa, composta portanto, de uma variedade infinita de realidades parciais.

Toda realidade complexa tem uma série de manifestações de efeito que são resposta a fatores causais, em permanente dinamismo e conseqüente mudança. Para se conhecer essa realidade, há necessidade de um mecanismo que permita a penetração na intimidade do problema, sem considerar esse permanente dinamismo.

Pelo método geral se pretende decompôr uma realidade complexa em suas partes componentes heterogêneas para, facilitando e consolidando o conhecimento de todas elas, inferir conclusões sobre essa realidade como um todo. A partir da análise, através de uma seqüência de etapas, atinge a síntese.

As etapas, em termos gerais, consistem em:

- Conhecimento da problemática através da descrição das manifestações de efeito.
- Compreensão da problemática através de seus fatores causais e modos de atuação.
- Ajuizamento ou avaliação em termos de satisfatoriedade e de mutabilidade.
- Proposição de ações destinadas a modificar os aspectos insatisfatórios mutáveis da realidade.

A execução das ações propostas e a avaliação da sua atuação justificam a necessidade de novo estudo pois, alterados os fatores causais, modificam-se as manifestações de efeito e conseqüentemente as características da realidade.

Essa necessidade confere ao processo de metodologia geral uma qualidade de processo circular acumulativo, que permite, através de aproximações sucessivas da realidade, acompanhar a evolução dinâmica dos fenômenos e atingir maior e melhor conhecimento e compreensão da problemática, e portanto, das ações modificadoras a serem propostas.

Iniciamos o trabalho pela etapa do conhecimento e compreensão da situação para chegar a um diagnóstico e à definição de prioridades. Em São Paulo, desenvolveu-se o estudo do relatório anterior, contatos de atualização e maiores esclarecimentos, e a programação do trabalho a ser realizado em campo. Em São Sebastião, realizou-se o trabalho programado, em contato direto com a comunidade.

Elaborado o diagnóstico mais aprofundado da situação, que serviu de base ao conhecimento dos problemas prioritários na área de saúde, foram escolhidas as prioridades a serem trabalhadas em 1970 sobre as quais se desenvolveram as proposições a nível de programas e projetos.

As proposições basearam-se na definição de padrões recomendados, avaliação das necessidades a partir do padrão proposto metas, custo, pessoal e equipamento. As etapas da programação foram calculadas a curto, médio e longo prazo (1971-1975-1980 respectivamente).

Aos diversos grupos interessados da comunidade e aos líderes em reunião, na segunda estada no município, foi feita a apresentação das proposições, que serviu para revisão e reformulação, de acordo com a receptividade e opiniões significativas apresentadas pela comunidade.

A equipe foi dividida em grupos para atingir os diversos setores especializados. A discussão dos trabalhos e resultados dos grupos foi realizada por toda a equipe ao longo da evolução do trabalho, a fim de garantir uma uniformidade e preservar a visão global.

Os grupos formados por ocasião do trabalho em campo, permaneceram assim organizados ao longo de todo o trabalho, com ligeiras modificações de acordo com as necessidades. Para maior funcionalidade e uniformidade de decisões, realizaram-se várias reuniões extraordinárias dos coordenadores dos diversos grupos, constituindo-se uma comissão de coordenação do trabalho, integrada também por um supervisor.

Na fase final, criou-se uma comissão de redação que se encarregou da unidade do relatório bem como zelou pela sequência dos trabalhos em relação aos itens gerais.

B. ETAPAS

B.1. Estudo e preparo prévio do trabalho de campoB.1.1. Análise do Relatório Anterior e Definição de Hipóteses Iniciais de Trabalho.

Seguindo a metodologia geral impunha-se o conhecimento da realidade, o que foi feito através da análise do relatório de 1969.

Com este objetivo foi estabelecida a divisão da equipe em 4 grupos, segundo os aspectos a serem estudados, conforme discriminação abaixo:

Grupo I - aspectos demográficos, econômicos, sociais e os indicadores de saúde.

Grupo II - saneamento.

Grupo III - assistência médico-sanitária e odontológica.

Grupo IV - nutrição e avaliação do estágio de campo.

Mediante esses estudos, a equipe tomou conhecimento de que se trata de uma área com elevado índice de sub-emprego, com inadequadas condições de saneamento e com níveis de saúde insatisfatórios.

O relatório analisado, salienta caótica situação do sistema de esgoto, precária rede distribuidora de água, más condições de habitação, ineficiente coleta e destino final inadequado do lixo, assim como põe em evidência as más condições de alimentação e o elevado índice de doenças transmissíveis da população da área em estudo.

Registra, ainda, que São Sebastião é centro polarizador do Litoral Norte no aspecto de saúde e que há integração do Hospital e Unidade Sanitária. O Hospital em que pese ser municipal e apresentar dificuldades financeiras, falta de pessoal médico, auxiliar e técnico e deficiência em equipamento e em dependências, funciona como um hospital regional, atendendo os municípios vizinhos de Ilha Bela, Caraguatatuba e Ubatuba. A Unidade Sanitária, por ser uma unidade mista atende uma área não-delimitada, prestando assistência curativa e preventiva aos mesmos municípios já citados.

Após esta análise surgiram, de acordo com suas viabilidades, as seguintes hipóteses iniciais de trabalho:

- Saneamento que consistiria em levantamento dos sistemas de abastecimento de água e de esgotos sanitários.

- Assistência Médico-Sanitária-Odontológica que consistiria em análise pormenorizada da Unidade Sanitária e Hospital, cujos resultados levariam a uma orientação racionalizada dos recursos já existentes.

- Saúde Escolar que consistiria no levantamento de dados sobre a rede escolar do Município em estudo.

B.1.2. Entendimentos com órgãos centrais em relação às prioridades definidas no relatório anterior.

Com o objetivo de determinar o rumo de nossas atividades em São Sebastião, foram realizados alguns contatos com órgãos centrais ligados aos aspectos de saneamento e assistência médico-sanitária e hospitalar, para orientação quanto à situação e evolução de providências oficiais.

Os principais setores procurados foram: Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, especialmente a Coordenadoria Hospitalar e a Coordenadoria dos Serviços de Saúde da Comunidade; Secretaria do Estado dos Negócios da Educação do Governo do Estado de São Paulo, especialmente o Serviço de Saúde Escolar e Serviço Dentário Escolar; Secretaria do Estado dos Negócios do Turismo, através de FUMEST (Fundo Estadual de Melhoria das Estâncias); Secretaria dos Serviços de Obras Públicas, através do FESB (Fomento Estadual de Saneamento Básico)

A Coordenadoria Hospitalar, através de um dos seus assistentes, nos transmitiu as idéias e planos do órgão com relação ao Hospital de Clínicas de São Sebastião, definindo sua posição.

A assistência dada pelo Hospital de Clínicas é integrada à Unidade Sanitária, através de um convênio entre o Estado e o grupo de médicos de São Sebastião. A Coordenadoria demonstrou impressão favorável ao desenvolvimento dessa situação, uma vez que constitui experiência única no Estado de São Paulo, podendo o mesmo ser base das futuras ampliações daquela instituição.

A Coordenadoria dos Serviços de Saúde da Comunidade, por intermédio do seu coordenador, informou-nos da existência de estudos sobre a viabilidade de transformar São Sebastião em sede de Distrito Sanitário (DRS 2), cuja área já foi definida, compreendendo os municípios de São Sebastião, Ilha Bela, Caraguatuba e Ubatuba. Na concretização de tal idéia, a Unidade Sanitária deverá ser polivalente sob a responsabilidade de um médico-sanitarista. Foi pedida a colaboração da equipe na determinação da conveniência da instalação da sede distrital sanitária em São Sebastião, através de dados e observações e orientou a programação da Unidade Sanitária, em termos de real integração com o hospital e eficiente dinamização dos programas, pela inclusão de visitadoras domiciliares no quadro do pessoal, além do pessoal de nível médio para melhoria qualitativa e quantitativa do atendimento.

O grupo de saneamento em contato com o FUMEST e FESB obteve informações atualizadas, a respeito do sistema de Esgotos Sanitários, já que o problema da água até agora tem sido de solução local, apenas com a participação da Petrobrás.

Verificou-se a existência de um projeto de sistema de Esgotos Sanitários de autoria do Engenheiro Max Lothar Hess, obtendo-se dados relativos ao mesmo

e à situação atual das obras. Os dados obtidos referiram-se, principalmente aos seguintes aspectos: área a ser esgotada, vazão total, extensão da rede coletora, estação elevatória (as características e destino dos dejetos), etapas da construção e verbas já liberadas.

Na Secretaria da Educação, através do Serviço de Saúde Escolar obteve-se assessoria para plano de assistência ao escolar a ser proposto, e do Serviço Dentário Escolar, a fim de se estudar quais as providências que poderiam ser tomadas, tendo-se em vista a deficiente assistência odontológica dos escolares.

B.1.3. Primeiro contacto com a comunidade.

Os primeiros contactos com a comunidade foram feitos por um grupo de quatro membros da equipe que se dirigiram a São Sebastião e, nesta oportunidade, realizaram algumas entrevistas com a finalidade de interpretar-lhes o trabalho de campo multiprofissional, conseguir dados complementares e básicos para os nossos estudos e, solicitar-lhes colaboração durante a semana que a equipe e supervisores estariam na cidade.

Foram entrevistados o Sr. Prefeito Municipal, o gerente da Comfrio (Cia Tradicional de Frigoríficos), o diretor do Hospital de Clínicas e Chefe da Unidade Sanitária e o diretor do Grupo Escolar.

Todos os contactos foram bem sucedidos, uma vez que, familiarizados com o trabalho do grupo anterior, a receptividade foi ótima à nova etapa do trabalho, tendo-se conseguido da Municipalidade o alojamento e da Comfrio, alimentação no refeitório da empresa.

B.1.4. Programação do trabalho a ser desenvolvido em campo

Definidas as hipóteses iniciais de trabalho, a equipe elaborou os termos gerais do plano de complementação e atualização de dados a ser realizada em campo.

Foi estabelecido o seguinte roteiro básico de trabalho para todos os grupos:

- 1) Aprofundamento de dados
- 2) Atualização de dados significativos
- 3) Levantamento de dados complementares
- 4) Levantamento de recursos disponíveis
- 5) Observação das necessidades sentidas, procurando auscultar sobre programação no sentido de conscientização.
- 6) Levantamento de dados de caráter regional

B.1.4.1. Divisão do trabalho

Para cumprimento do plano foi feita a divisão da área em setores especializados, levando em conta os dados a serem obtidos e as diversas profissões dos componentes da equipe.

Essa divisão resultou em 10 (dez) setores especializados, alguns intimamente interligados, abrangendo as seguintes áreas:

- 1) Saneamento básico
- 2) Hospital de Clínicas de São Sebastião
- 3) Laboratório do Hospital de Clínicas
- 4) Unidade Sanitária
- 5) Saúde Escolar
- 6) Odontologia
- 7) Nutrição
- 8) Outros recursos de saúde da comunidade
- 9) Dados gerais da população
- 10) Situação dos recursos de saúde existente em Ilha Bela.

B.1.4.2. Organização dos grupos de trabalho

A constituição dos grupos, independente de colaboração inter-grupal na medida do volume de trabalho de cada setor, foi a seguinte:

Os quatro engenheiros se encarregaram dos aspectos referentes ao Saneamento Básico, contando com a colaboração das educadoras de Saúde Pública.

Foi dada preferência para os alunos do curso de Administração Hospitalar para realizar o trabalho no Hospital de Clínicas ficando a equipe constituída de um médico, duas enfermeiras e um farmacêutico-bioquímico. Nos aspectos especializados foram auxiliados pela nutricionista, pelo dentista e pela assistente social.

O laboratório do Hospital de Clínicas foi objeto de trabalho de dois farmacêuticos - bioquímicos.

Encarregaram-se da Unidade Sanitária uma médica e duas enfermeiras, tendo sido auxiliadas na parte final por mais três médicos, e pelas educadoras de Saúde Pública.

As duas educadoras auxiliadas por uma enfermeira e pelo dentista, ocuparam-se do trabalho relativo aos aspectos de Saúde Escolar.

Os setores de Odontologia e Nutrição ficaram a cargo do dentista e da nutricionista respectivamente, tendo as outras equipes se preocupado em compilar algum dado que lhes servisse de interesse nas diversas áreas em que desenvolveram suas atividades.

A área denominada "Outros recursos de saúde da comunidade" compreendeu o levantamento de serviços de saúde prestados por entidades assistenciais e previdenciárias. Encarregaram-se dessa atribuição três médicos e uma assistente social.

Para o levantamento dos dados referentes aos dois últimos setores não foi organizado grupo a priori, ficando a determinação para ser feita no local, de acordo com as disponibilidades.

Os dados gerais da população foram obtidos pelo trabalho da farmacêutica-bioquímica,

que recebeu a colaboração dos supervisores.

O grupo que realizou o levantamento dos recursos existentes em Ilha Bela ficou constituído por uma enfermeira e uma farmacêutica-bioquímica, com a colaboração dos dois su pervisores.

Posteriormente, organizou-se uma comissão de redação do relatório constituída por um médico, uma educadora de Saúde Pública, uma assistente social, um dentista e um engenheiro.

B.1.5. Roteiros de entrevista para o desenvolvimento do trabalho de campo.

De acôrdo com o roteiro básico de trabalho, os vários grupos elaboraram roteiros de entrevista como instrumento operacional, com questões ou tópicos de interesse para cada campo, os quais incluímos em anexo (nº1).

B.2. Trabalho de campo

B.2.1. Desenvolvimento do trabalho

O trabalho de campo propriamente dito realizou-se no Município de São Sebastião, de 18 a 22 de maio.

Em reunião inicial, resolveu-se que após um reconhecimento geral da cidade, seus recursos e 1º contato com as autoridades, os grupos começariam seu trabalho. Programou-se uma reunião geral diária, com exposição e avaliação dos trabalhos para discussão geral, conhecimento e entrosamento entre os grupos.

Com o desenrolar das atividades da equipe, sentiu-se a necessidade de maior intercâmbio de idéias, o que se fez em reuniões diárias antes do início dos trabalhos.

Essas reuniões, foram de grande utilidade na medida em que, permitindo a visão global dos problemas, facilitaram o trabalho da coordenação quanto à colaboração entre os grupos e evitaram a duplicação de serviços, unificando os trabalhos em torno do programa e dos objetivos.

Logo no 1º dia de trabalho, verificou-se a marcante prioridade dos aspectos básicos de saneamento e assistência médico-sanitária e hospitalar que, com precária organização e deficiência de registro evidenciam escassa proporção entre esforços despendidos e resultados obtidos. Essa conclusão levou a equipe a concentrar sua atenção nesses aspectos básicos a fim de que, racionalmente organizados, se possa, em ocasião mais oportuna, desenvolver outros aspectos que apesar de também graves e sentidos pela população, não atingiram agora os efeitos esperados sem sólida base estrutural.

Por essa razão, concentrou-se a atenção, em relação ao saneamento, nos aspectos de abastecimento de água e rede de esgotos; e em relação à assistência médico-sanitária e hospitalar, aos serviços a serem prestados pelo hospital e pela unidade sanitária.

De acordo com o previsto, foram realizadas as seguintes atividades:

- Saneamento: levantamento de dados, reconhecimento da situação existente, pesquisa de mananciais e condições locais, colheita de material para análise.

- Hospital: fichamento de todos os setores e estudo do serviço prestado e das condições em que se realizam; observações quanto às instalações e entrevistas com os principais encarregados.

- Laboratório: levantamento qualitativo e quantitativo da produção e condições; estudo da capacidade instalada, relação com o hospital e com a unidade sanitária.

- Unidade Sanitária: levantamento da produção de serviço, capacidade instalada, funcionamento e programação, bem como a relação de integração com o hospital.

- Saúde Escolar: levantamento das escolas existentes, população escolar, aspectos sanitários, necessidades e possibilidades de implantação de um atendimento médico sistemático dos escolares.

- Odontologia: levantamento dos recursos existentes na comunidade e das necessidades.

- Nutrição: restringiu-se à parte relativa ao Hospital de Clínicas, mesmo porque já foi realizado um inquérito alimentar no município pela equipe de 1969.

- Outros recursos de saúde da comunidade: levantamento das entidades assistenciais mais significativas em termos de prestação de serviços médicos, suas características, produção e eficiência. Também foi feita pesquisa de atividades de Serviço Social Médico no município.

- Dados gerais da população: foi feita a complementação e atualização de dados estatísticos no cartório local e outras entidades oficiais.

- Recursos de saúde em Ilha Bela: através de entrevista com o médico da localidade e visita aos locais de prestação de serviço, procedeu-se a um estudo dos dados gerais da situação existente e dos problemas. Dados estatísticos relativos à população escolar foram recolhidos na Delegacia de Ensino sediada em Caraguatatuba. Por sugestão da comunidade foi realizada uma visita de conhecimento à cadeia pública, para verificação das condições de higiene.

O reconhecimento inicial da cidade, efetuado por toda a equipe, constou de visita à Prefeitura Municipal, visita a todas as instalações do Hospital de Clínicas e Unidade Sanitária e visita à Comfrio com explicação do desenvolvimento dos trabalhos.

B.2.2. Contatos com os líderes da comunidade

Em reunião realizada com a equipe, o Sr. Prefeito Municipal de São Sebastião expôs os problemas gerais da cidade relativos à sua evolução e progresso, citando principalmente a deficiência de aparelhamento básico.

Referiu-se à dotação de verba de 300 mil cruzeiros para rede de esgotos, citando como produtiva a influência do relatório do trabalho de campo da equipe de 1969.

No dia 20/5/1970, no Auditório do Clube da Petrobrás, foi realizada uma sessão de apresentação dos objetivos do trabalho aos líderes da comunidade.

Além do Prefeito Municipal, Diretores dos Serviços de Saúde e membros da Câmara Municipal, estiveram presentes professores, autoridades civis, religiosas e policiais, representantes das entidades associativas e empresariais e boa parte da população.

Após a apresentação individual dos membros da equipe e leitura dos agradecimentos da equipe de 1969, foi explicada, em termos sucintos, os objetivos e o tra

balho que estava sendo realizado, por representantes dos grupos.

O Coordenador da equipe complementou o assunto, ampliando o aspecto de saúde de São Sebastião como polarizador das comunidades vizinhas e citando vários aspectos levantados.

Convidou a comunidade a apresentar opiniões sobre as necessidades, tendo havido franco debate e troca de sugestões e esclarecimentos, em ambiente de interesse que demonstrou o grau de conscientização, motivação e capacidade de colaboração da comunidade.

Foram levantados pelo plenário problemas relativos à pobreza de larga faixa da população e suas conseqüências na área da saúde, tais como carência alimentar, prevalência de parasitoses, condições precárias de higiene, dificuldade de aplicação de qualquer ensinamento de educação sanitária na vida prática, baixa condição de produtividade, etc.

Por outro lado, examinou-se a parca existência de equipamentos sociais e precariedade de recursos humanos na sua utilização. Na ocasião, os líderes discutiram a importância da alimentação escolar e o Sr. Prefeito informou a aprovação da merenda escolar pela Câmara e o início da distribuição para breve.

Houve apresentação de problemas não pertinentes à área de saúde, aos quais foi dada atenção em termos de áreas de competência e orientação na medida do possível.

A reunião terminou com um agradecimento à colaboração da comunidade ao nosso trabalho, e sugestão de que unidos poderiam colaborar com todos os setores em prol da elevação do nível de vida da população e conseqüente progresso do município.

B.3. Diagnóstico dos setores especializados e definição de prioridades a serem desenvolvidas em 1970.

B.3.1. Saneamento Básico

Introdução. Dentro das prioridades estabelecidas pela Equipe Multiprofissional de 1969, consta o Saneamento do Meio compreendendo aqui, quatro problemas fundamentais: ÁGUA, ESGOTO, HABITAÇÃO e LIXO.

Considerando que, este trabalho é um prosseguimento do iniciado pela Equipe de 1969, e que os problemas por ela levantados no campo do Saneamento do Meio são bastante complexos, a Equipe de 1970 estabeleceu como medidas prioritárias o estudo dos Sistemas de Abastecimento de Água e de Esgoto Sanitário existentes em São Sebastião, deixando para as próximas Equipes o estudo da Habitação e do Lixo.

B.3.1.1. Sistema de Abastecimento de Água: Sistema Existente - Mananciais.

São dois os mananciais que abastecem São Sebastião: o Córrego do Outeiro e o Córrego São Francisco. Esses mananciais foram estudados pelo Departamento de Obras de Saneamento de São Paulo (DOS) em 1964 e apresentam as seguintes características:

- Do ponto de vista de disponibilidade de água: Córrego do Outeiro - vazão mínima: 10l/seg; Córrego São Francisco: vazão mínima: 70l/seg.

- Do ponto de vista de qualidade de água: Estes mananciais nascem na vertente oceânica da Serra do Mar. As regiões banhadas por eles são bastantes acidentadas, bem protegidas por vegetação e inabitadas. Por esta razão, os mananciais têm pouca probabilidade de serem poluídos por esgotos sanitários.

Na tabela I constam dois resultados de análises físico-químicas das águas dos dois mananciais realizadas pelo DOS. Cumpre ressaltar que, destes mananciais só temos conhecimento destas duas análises, cujas amostras foram colhidas em época de bom tempo. Não obstante os resultados das análises se acharem enquadrados dentro dos padrões físico-químicos de potabilidade, é necessário que se façam outras análises, principalmente em épocas de chuva, para que se possa ter uma idéia mais segura da qualidade da água.

TABELA I

Análises físico - químicas das águas dos Córregos do Outeiro e São Francisco em 1964.

MANANCIASIS CARACTERÍSTICAS FÍSICO-QUÍMICAS	CÓRREGO DO OUTEIRO	CÓRREGO SÃO FRANCISCO
Côr	15	30
Odor	-	-
pH	7,1	6,7
Sólidos totais	85	54
Perda por calcinação	23	9
Resíduo Fixo	62	45
Dureza Permanente	6	8
Dureza Temporária	20	8
Dureza Total	26	16
Alcalinidade OH	0	0
Alcalinidade (CO) ₃	0	0
Alcalinidade CO ₂ H	26	8
CO ₂	4,2	3,3
Ferro	0,09	0,11
Turbidez	4,4	5,3
Cloretos (Cl)	40	11
O ₂ consumido	2,8	5,2
Nitrogênio amoniacal	0,020	0,020
albuminade	0,020	0,056
Nitroso	0,000	0,000
Nítrico	0,44	0,46
Corpos em Suspensão	-	-
Sílica (SiO ₂)	26	14
Sulfatos (SO ₄)	-	-
Fluoretos (F)	0,04	0,04

Fonte. DOS

Captação:

Em cada um dos referidos mananciais existe barragem de nível onde foram construídas as tomadas d'Água e caixas desarenadoras. Estão em estado de razoável conservação, necessitando apenas de limpeza geral.

Tratamento:

No córrego do Outeiro, junto à captação existe instalação de filtração, porém, não utilizada desde muito tem-

po. No córrego São Francisco existe apenas um moderno clorador a gás, instalado recentemente, porém, sem estar em funcionamento. Existe também equipamento para correção de pH com soda. Concluindo, a água é distribuída à população sem tratamento algum.

Rede Distribuidora

Canalizações Principais - Linhas Tronco

- Córrego São Francisco:

Do reservatório, próximo à captação, saem duas linhas-tronco. Uma delas, em ferro-fundido, diâmetro de 250mm., segue, sem abastecimento em marcha, desde o reservatório até as instalações da Petrobrás, daí prosseguindo-se até o centro da cidade, porém, com diâmetro de 200mm. A outra linha também em ferro fundido de diâmetro 200mm., segue até o bairro São Francisco, onde se bifurca em duas de diâmetro 100mm., as quais posteriormente se reduzem para 75mm., e vão abastecer a Praia das Cigarras e os bairros de São Francisco e Pontal da Cruz. Estas duas linhas são por gravidade.

- Córrego do Outeiro:

Do córrego do Outeiro sai uma linha -tronco, por gravidade, de ferro -fundido, diâmetro de 200mm., reduzindo-se posteriormente para 150mm., bifurcando na altura da cidade em duas outras: uma de 100mm., que abastece o pôrto e outra de 75mm., que abastece pequena parte da cidade.

Canalizações Secundárias:

Esta parte da rede distribuidora compreende tubulações de diâmetros comerciais que variam desde 1/2" até 3". São tubulações de diversos materiais: plástico, aço galvanizado, ferro-fundido e cimento-amianto.

A falta de água em diversas partes da cidade é devida, principalmente, à deficiência da rede distribuidora.

Reservação de Água:

O sistema dispõe de dois reservatórios: um com capacidade de 350000 l situado junto à captação no córrego São Francisco e o outro com capacidade de 170 000 l, junto à captação no córrego do Outeiro. A capacidade to -

tal soma 520 000ℓ. Esta reserva atualmente é insuficiente, uma vez que a necessidade é de 2000 000ℓ conforme critério a ser apresentado nas proposições.

Medição de Água:

O Sistema de Abastecimento de Água não dispõe de nenhum medidor.

Consumo Atual de Água - População Abastecida:

A administração do Sistema de Abastecimento de Água e de Esgotos sanitários não nos pôde dar nenhuma informação a respeito. Sabemos apenas, que a água disponível nos mananciais (vazão: 80ℓ/s) não está sendo toda consumida pela população. Foi verificado que existe grande extravasamento de água pelo reservatório situado junto à captação, no córrego São Francisco, enquanto falta água na cidade.

Tarifa de Água:

Nos anos de 1968 e 1969, a tarifa domiciliar era de Cr\$ 14,82/ano. Atualmente é de Cr\$ 4,32/mês (Cr\$51,84 por ano).

Administração - Pessoal:

A administração dos Sistemas de Abastecimento de Água e de Esgotos Sanitários está a cargo da Diretoria de Obras e Serviços Urbanos da Prefeitura. Funciona em duas salas no prédio da Prefeitura.

Todo o pessoal responsável pela administração, operação e conservação dos sistemas acima é composto de:

- 1 Engenheiro Civil
- 1 Desenhista
- 1 Auxiliar de Escritório
- 4 Operários
- 1 Feitor

Conclusões:

O Sistema de Abastecimento d'Água de São Sebastião necessita de remanejamento urgente. Embora exista suficiente quantidade de água, em muitas regiões da cidade esta falta. A razão desta deficiência se prende, grande parte, à Rede Distribuidora. Esta compõe-se, como vimos anteriormente de tubulações de diâmetros completamente inadequados. A outra deficiência do Abastecimento se origina na canalização principal proveniente do Córrego São Francisco.

Quanto ao tratamento, este não existe. Portanto, a população está exposta aos perigos de doenças de veiculação hídrica.

As tarifas são irrealistas. Sendo assim, a Prefeitura local não tem condições de efetuar uma manutenção e ampliação necessárias do Sistema.

Não existe cadastro dos consumidores. Em decorrência disto, não se sabe o número de ligações prediais nem tampouco da quantidade de água consumida. Não há nenhum controle de perdas e desperdícios de Água, pois nem nas ligações prediais de maior importância existem medidores.

O pessoal responsável pela administração do Serviço se apresenta em número bastante reduzido.

B.3.1.2. Sistema de Esgotos Sanitários

Sistema Existente:

O Sistema existente é responsável pelo esgotamento da área abrangida pela parte antiga da cidade, desde 1957, quando foi construído. Os esgotos sanitários desta área vão ter a uma Estação Elevatória situada na Praça Major João Fernandes, onde são recalçados para o mar com lançamento nas praias, sem nenhum tratamento. A rede de coletores recebe considerável contribuição de águas pluviais, ocasionando transtorno nas épocas de chuva

Sistema Em Execução:

Atualmente está em construção parte do Projeto de esgotos sanitários e laborado pelo Eng^o Max Lothar Hess. Este projeto prevê o esgotamento de todo o centro da cidade e periferia.

Alguns elementos do Projeto:

-Área esgotada:

- zona de expansão: 62,6 Ha
- zona periférica : 42,7 Ha
- Total: 105,3 Ha
- Vazão de projeto: 68,5 l/seg
- Extensão da Rede: 18 406 m
- Estação elevatória com capacidade para: 70,0 l/seg
- Disposição final dos Esgotos: lançamento submarino.

B.3.2. Assistência médico-sanitária e hospitalar:

B.3.2.1. Unidade Integrada de Saúde:

B.3.2.1.1. Hospital de Clínicas

Responsabilidade Funcional:

A assistência hospitalar no município de São Sebastião é prestada exclusivamente por uma instituição: o Hospital de Clínicas, anteriormente Santa Casa Coração de Jesus, sito à rua Luiz Soares, nº 550.

É um hospital geral, fundado em 18/3/1963 e que funciona em convênio com a Coordenadoria de Assistência Hospitalar, celebrado em 26/11/1968.

A Coordenadoria contribui com parcela reajustável (atualmente Cr\$ 10,00' por paciente-dia) para dois terços dos leitos efetivamente ocupados por não pagantes.

O hospital mantém convênio, também, com a Prefeitura Municipal de São Sebastião (a fim de atender os casos de Pronto Socorro) e com outras entidades previdenciárias.

Pelo convênio mantido com o Estado (cópia em anexo nº 2), este compromete-se a fornecer material de consumo e permanente e, dentro de suas possibilidades providenciar os reparos de estragos que provenham do uso e do tempo. Por sua vez, cabe à instituição a administração do hospital, a assistência aos pacientes internados e de urgência, correndo por sua conta todas as despesas relacionadas com seu funcionamento.

Por força dos acordos e convênios existentes, as finalidades do hospital de clínicas são:

1. Dar assistência médico-hospitalar aos habitantes da região, de baixo poder aquisitivo.

2. Assistir aos beneficiários do INPS, Funrural e de todas as instituições com as quais mantêm convênio.

3. Assistir pacientes particulares do corpo clínico do hospital.

4. Assistir às emergências.

A direção do hospital, através de um acôrdo, está entregue a um grupo de médicos, que se dispõem a respeitar os compromissos da instituição, com amplos direitos de utilização dos recursos do hospital.

As especialidades atendidas pelo hospital são as seguintes:

- Medicina interna
- Cirurgia
- Obstetrícia
- Pediatria
- Otorrinolaringologia

Padrões Encontrados

Características regionais: do ponto de vista hospitalar, os municípios que compõem o litoral norte, dispõem dos seguintes recursos:

TABELA 2

RECURSOS HOSPITALARES E MÉDICOS DO LITORAL NORTE - 1970

MUNICÍPIOS	HABITANTES	LEITOS		MÉDICOS	
		Nº	COEF/1000HABS.	Nº	COEF/1000HABS.
ILHA BELA	5.500	-	0	1	0,18
DEATUBA	14.100	30	2,12	3	0,21
CARAGUATATUBA	17.500	80	4,6	1	0,06
SÃO SEBASTIÃO	9.600	56	5,83	7	0,73
TOTAL	46.700	166	3,5	12	0,25

Fonte: Equipes multiprofissionais da Faculdade de Saúde da USP que realizaram trabalho de campo em 1970 nos municípios em referência.

Por êsses dados observa-se que os recursos médico-hospitalares da região estão abaixo dos mínimos preconizados de um médico por mil habitantes (1/1000h) e cerca de 4 a 4,5 leitos por mil habitantes.

Entretanto, comparando se os coeficientes de cada município, verifica-se que S. Sebastião está em melhores condições que os demais, podendo isso justificar o papel que desempenha na assistência médico-hospitalar da região.

Dentro da região, o município de São Sebastião é um polo de atração na prestação de assistência, com razoável demanda de pacientes de outras localidades. Durante o ano de 1969, o Hospital de Clínicas internou 1044 pessoas, cuja procedência foi de:

São Sebastião:	636 Pacientes	(60,9%)
Ilha Bela:	240 pacientes	(22,9%)
Caraguatatuba:	60 pacientes	(5,7%)
Ubatuba :	72 pacientes	(6,9%)
Outros municípios:	36 pacientes	(3,6%)

Por outro lado, pela análise de 71 prontuários de óbitos ocorridos no Hospital de Clínicas em 1969 verificou-se cerca de 47,9% foram de pacientes residentes fora de São Sebastião, sendo a grande maioria destes, procedentes de municípios vizinhos (Ilha Bela, Caraguatatuba e Ubatuba).

Comparando as internações e óbitos dos pacientes residentes nos diversos municípios do litoral norte em 1969, no Hospital de Clínicas, verifica-se de acordo com a tabela 3 que a mortalidade é maior entre os casos provenientes de outros municípios que não São Sebastião, do que entre aqueles do município em estudo.

TABELA 3

PORCENTUAL DE ÓBITOS NOS CASOS DE INTERNAÇÕES SEGUNDO SUAS PROCEDÊNCIAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO SEBASTIÃO, 1969.

PROCEDÊNCIA INTERNAÇÕES	SÃO SEBASTIÃO	UBATUBA	CARAGUATATUBA	ILHABELA	TOTAL
ÓBITOS (%)	5,3	7,5	13,7	7,9	-
NÃO ÓBITOS (%)	94,7	92,5	86,3	92,1	-
TOTAL DE CASOS	697	40	73	265	1075

Fonte: Hospital São
Sebastião

Os pacientes com problemas ortopédicos, suspeita de tuberculose e com outras doenças infecto-contagiosas, quando julgado necessário são enviados para S. José dos Campos ou S. Paulo.

Não existem registros quanto ao volume desses encaminhamentos.

Instalações:

O edifício onde está instalado o Hospital de Clínicas, apresenta-se em razoável estado de conservação.

É constituído por um pavimento apenas, monobloco, ocupando área construída de 1.200 m², em terreno de 3.000 m². Foi construído para a finalidade a que se destina.

O projeto original era do Prof. Odair P. Pedroso, tendo sido, entretanto modificado na sua execução.

De acordo com o número de leitos existentes, a disponibilidade de área construída, por leito é de 20 m². Tomando como referência o mínimo de 40m² de área construída por leito, admitido como o mínimo aceitável, há uma deficiência de área em torno de 50%.

De acôrdo com a legislação em vigor (anexo nº3) e considerando-se que a soma das áreas destinadas à internação está em tórno de 250m², a capacidade do hospital deveria ser aproximadamente 45 leitos.

A capacidade operacional atual (56 leitos) aproxima-se da capacidade de emergência que é em tórno de 65 leitos (400 m² de área utilizável).

A Unidade de Administração dispõe de 3 salas, com aproximadamente 25m², área considerada insuficiente para tal atividade.

A Unidade de internação é constituída por 2 apartamentos e 9 enfermarias sendo assim distribuídas:

4 enfermarias de homens
(Clínicas médicas e cirúrgica)

3 enfermarias de mulheres
(Clínicas médicas e cirúrgica)

1 enfermaria de pediatria

1 enfermaria de obstetrícia

Área Total das enfermarias:
228 m².

Área por leito: 4,1 m².

Com relação às diversas especialidades, verificou-se:

TABELA 4

NÚMERO DE ENFERMARIAS E LEITOS, ÁREA DISPONÍVEL OCUPADA E PADRÃO MÍNIMO ACEITÁVEL SEGUNDO ESPECIALIDADES NO HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO EM 1970

ESPECIALIDADE	NÚMERO DE ENFERMARIAS	NÚMERO DE LEITOS	ÁREA TOTAL(m ²)	ÁREA POR LEITO(m ²)	PADRÃO MÍNIMO ACEITÁVEL m ²
PEDIATRIA	1	17	36	2,1	3,5
OBSTETRÍCIA	1	8	36	4,5	6
CLÍN. CIRURGICA CLÍN. MÉDICA(Masc)	3	12	50	4,5	6
CLÍN. CIRURGICA CLÍN. MÉDICA(Fem)	2	10	50	5	6
CLÍN. GERAL (INPS)	2	7	32	4,5	6
CLÍN. GERAL (APARTAMENTOS)	2	4	24	6	7
BERÇÁRIO	1	8	9	1,1	2

Fonte: Hospital de São Sebastião.

A distribuição de leitos está aquém dos padrões mínimos aceitos, particularmente os leitos de pediatria e o berçário.

Os elementos denominados apartamentos destinados a pacientes particulares, são realmente quartos (2 leitos cada), com sanitários privativos.

Um único posto de enfermagem funciona também como sala de serviços, para todas as enfermarias.

A limpeza de comadres e material de uso dos doentes é feita nos sanitários. Estes, embora em número satisfatórios são usados indistintamente por pacientes e funcionários.

A Unidade de Centro Cirúrgico é constituída por uma sala de operações com 36m², onde ficam localizadas uma mesa cirúrgica, uma cadeira de otorrino, os aparelhos de anestesia e todo o instrumental cirúrgico. Há um lavabo na antesala. O Centro Cirúrgico

não é uma área totalmente isolada de circulação. Não dispõe de vestiário, sendo utilizada a área de circulação do Centro Cirúrgico para tal.

As intervenções otorrinolaringológicas são realizadas na mesma sala das demais cirurgias, o que é desaconselhado.

Fazendo parte do bloco cirúrgico, funciona um centro de material, que ocupa uma sala única de 12m^2 , sem separação adequada entre expurgo e esterilização.

O Centro Obstétrico com 24m^2 de área é constituído por uma sala de parto, uma sala de pré-parto e uma ante sala com lavabo. Não dispõe de sala cirúrgica própria, utilizando para tal o centro cirúrgico.

Para o movimento de 45 cesarianas e 391 partos ocorridos em 1969 (menos de uma cesariana por semana e cerca de um parto por dia), o centro obstétrico é suficiente, porém não dispõe de um vestiário próprio e a área para pré-parto é insuficiente.

Considerando os 8 leitos de obstetrícia com uma permanência média de 5 dias e cada leito com uma renovação de 70 pacientes por ano, seria possível atender o total de 600 partos por ano, suficientes para as necessidades atuais, que foram 436 nascimentos em 1969.

O Berçário está localizado em uma sala de 9m^2 ($1,4\text{m}^2$ por berço), com 7 berços e uma incubadora tipo Armstrong, sem separação necessária de ambiente entre os recém-nascidos normais e infectados. A área encontrada é considerada insatisfatória, uma vez que o padrão mínimo recomendado é cerca de 16m^2 , para esse número de berços ($2\text{m}^2/\text{berço}$).

O Ambulatório do Hospital é feito na Unidade Sanitária, integrada à instituição.

A Unidade de Pronto-Socorro está temporariamente ocupando a área destinada à Radiologia, mas deverá ser situada em melhor local, com cerca de $23m^2$, área considerada adequada às necessidades do hospital.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística funciona em sala comum com a secretaria da administração, com cerca de $15m^2$. Aí é feita a admissão de doentes, a estatística hospitalar e arquivo dos prontuários. Essa área é considerada insuficiente de acordo com os padrões recomendados que é de $12m^2$ por sala.

Os prontuários são arquivados em ordem numérica simples, não havendo fichário pelo nome dos pacientes e pelos diagnósticos.

A maioria dos índices e coeficientes obtidos diferem ligeiramente dos resultados encontrados em relatórios do Hospital, referentes a 1969. Não se observa também uma separação precisa entre a estatística do Hospital e da Unidade Sanitária.

No Hospital não existem atividades de Serviço Social Médico.

Uma única sala é usada como tesouraria e Serviço de Pessoal, sem a separação necessária entre os dois setores. A Contabilidade e a Zeladoria, assim como os demais serviços administrativos funcionam precariamente na sala da chefia administrativa.

O Serviço de Nutrição e Dietética dispõe de uma cozinha com $24m^2$, e sua localização dificulta a distribuição racional das refeições nas enfermarias.

A área da Despensa (12m²) é imprópria e insuficiente, o que acarreta a estocagem de gêneros em outras dependências. Dentro dos padrões mínimos, a área da cozinha recomendada é em torno de 0,75 a 1m² por leito, ou seja, mais ou menos 40 a 60 m², mostrando a área disponível um déficit de pelo menos 15m².

O Lactário ocupa uma sala de 4m², utilizada para preparo das mamadeiras e também para lavar louça da pediatria, quando o padrão preconizado é em torno de 12 a 20 m², de preferência com duas salas, sendo uma para expurgo e outra para preparo.

O Serviço de Eletrocardiografia possui um eletrocardiógrafo, sem local próprio, utilizando um dos consultórios da Unidade Sanitária para essas atividades.

O Serviço de Anestesia e Gasoterapia não possui também sala própria. A aparelhagem de anestesia é guardada na sala de operações, e a gasoterapia é feita nas enfermarias.

O Serviço de Radiodiagnóstico está sendo montado atualmente em área de 40m², recentemente construída.

A área prevista (vide croquis) situa-se fora do corpo do hospital, o que pode ser inconveniente por estar distante do Pronto Socorro e do Centro Cirúrgico.

O Serviço de Transfusão de sangue não possui local próprio. A colheita é feita na sala dos médicos e o armazenamento é feito em geladeira situada num dos consultórios da Unidade Sanitária, o que não é indicado.

O Conforto Médico ocupa área de cerca de 30 m² e consta de uma sala de estar (também usada como sa-

la de reuniões e para co -
lheita de sangue), e um
quarto para repouso dos mé-
dicos, com sanitário pró-
prio, usado eventualmente
como vestiário.

O Hospital não dispõe
de Serviço Odontológico.

A Farmácia ocupa área
de 12 m², funcionando como
depósito de medicamentos,
guardados em estantes com
precária organização. Essa
área é insuficiente de a-
côrdo com o padrão aceito
de 0,5 m² por leito, num
total de 28 m² com um défi-
cit de 16 m².

A Lavanderia ocupa uma
área de 24 m², localizada
no corpo do Hospital e con-
tígua ao Centro Cirúrgico.
Essa área é insuficiente,
segundo os padrões aconse-
lhados de 40 a 50 m² para
uma adequada distribuição
do equipamento existente.
Sua localização junto ao
Centro Cirúrgico é inconve-
niente pelo ruído e trepi-
dação que o maquinário pro-
duz.

A Secção de Costura
funciona anexa à Lavande-
ria em área de 12 m², razo-
ável para as necessidades
do Hospital.

O Velório, conta com u-
ma mesa de cadáver e ocupa
área adequada de 35 m² com
saída lateral.

O abastecimento de á-
gua se faz através da rede
distribuidora da cidade. O
Hospital dispõe de um re-
servatório ao nível do so-
lo, de 10.000 litros e qua-
tro pequenas caixas d'água
(total de 1.000 litros) dis-
tribuídas nos pontos extre-
mos do edifício. A disponi-
bilidade de água reservada
é insuficiente para as ne-
cessidades (consumo estima-
do para 24 horas) de apro-
ximadamente 18.000 litros
(300 litros/paciente/dia).

As águas residuárias, são recolhidas pela rede de esgoto da cidade.

O lixo não é incinerado e é coletado pelo serviço municipal, sem separação do material contaminado.

O Hospital não dispõe de sistema de segurança contra incêndios.

Estatística Hospitalar de 1969

De acordo com os dados encontrados junto ao Hospital de Clínicas de São Sebastião houve o seguinte movimento de pacientes em 1969:

TABELA 5

VOLUME DE INTERNAÇÕES NO HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO SEGUNDO O PAGAMENTO EM 1969

PACIENTES	NÃO PAGANTES	PAGANTES	TOTAL
ADULTOS	792	292	1084
CRIANÇAS	252	24	276
TOTAL	1044	316	1360
	76,7%	23,3%	100,0%

Fonte: Registro do Hospital de S. Sebastião.

Esses dados mostram que predominam as internações de pacientes gratuitos sobre os pagantes no movimento do Hospital, havendo uma proporção criança/adulto maior na categoria pagante que não-pagante. Isso justificaria a hipótese de que a população

infantil indigente é mais suscetível às enfermidades. Isso reforça um programa de Higiene Infantil como prioridade.

Nas 1360 internações foram ocupados 18.348 leitos-dia assim distribuídos: 16.143 não-pagantes e 2.205 pagantes.

Esses dados confirmam a predominância de leitos ocupados por pacientes gratuitos no Hospital de Clínicas.

A porcentagem de ocupação dos leitos existentes foi, em 1969, de 89,7%, de acordo com o cálculo abaixo:

Total de leitos-dia ocupados	18.348	
<hr/>		
Total de leitos.dia disponíveis	20.440	
	X 100=	$\frac{18.348}{20.440} \times 100 = 89,7\%$

Este valor é superior ao desejado, que estabelece uma ocupação de 80%, para permitir o giro adequado dos leitos. A proporção de 89,7% também indica uma demanda de pacientes superior a capacidade do Hospital.

O movimento de Tocoginecologia, em 1969, foi de 391 partos normais (média diária: 1,00 parturientes/dia) e 45 cesarianas com um total de 436 nascimentos.

De acordo com a disponibilidade de 8 leitos de obstetrícia, com uma porcentagem de ocupação de 80% e uma permanência média de 5 dias seriam previsíveis cerca de 480 partos e cesarianas, o que condiz com os números obtidos.

O Pronto Socorro atendeu, em 1969, 4800 pacientes, dos quais 2173 (66,1%) procedentes da zona urbana e 1627 (33,9%) da zona rural, com uma média diária de 13,1 pacientes.

Os dados de internação pelo Pronto Socorro não foram obtidos, mas apenas referências no relatório a

2.520 curativos, 72 imobilizações com gesso, 620 suturas, 164 drenagem de abscessos e 10 laudos periciais.

Recursos Humanos

Dados gerais: de acordo com os dados obtidos junto ao Hospital de Clínicas de São Sebastião, todo o pessoal é contratado pela CLT, sob regime de 8 horas diárias de trabalho.

Ao todo, existem cerca de 43 servidores cuja distribuição pelos setores do Hospital e as respectivas funções estão especificadas nos anexos 4 e 5.

Para a capacidade operacional do Hospital, a proporção é de 0,8 servidores por leito.

Admitindo-se um índice de 1,5 servidores por leito, estima-se em cerca de 84 o nº de servidores necessários a fim de manter o bom funcionamento dos 56 leitos existentes, havendo um deficit de 41 elementos.

Corpo clínico: o corpo clínico é constituído por 7 médicos que desenvolvem suas atividades assistenciais no Hospital de Clínicas, na Unidade Sanitária e na clínica particular (anexo 5).

O horário de trabalho dos médicos é o seguinte:

dedicação exclusiva - 1
44 horas semanais - 4
24 horas semanais - 2

Com exceção dos médicos que fazem 24 horas semanais (diaristas), os demais fazem plantões e completam seu horário em atividades diárias.

O número de elementos cujo regime é de 44 horas é considerado razoável, dentro da capacidade do hospital.

Todos os médicos trabalham na Unidade Sanitária e alguns exercem atividades clínicas extra hospitalares.

lares.

Em relação aos leitos existentes no Hospital, a média é de 1 médico para cada 8 leitos, que pode ser considerada razoável. Considerando-se, entretanto, as especialidades, observa-se uma sobrecarga da pediatria (17 leitos) e a falta de um ortopedista.

Serviço de enfermagem: o serviço de enfermagem é constituído por 20 elementos, assim categorizados:

- 2 enfermeiras
- 1 auxiliar de enfermagem
- 17 atendentes

Cada setor de internação tem um elemento responsável:

- 1 auxiliar de enfermagem-na seção masculina
- 1 atendente - na seção feminina
- 1 atendente-na pediatria
- 1 enfermeira-na obstetricia

Por escassez de elementos, algumas enfermarias não tem pessoal responsável qualificado.

Uma das enfermeiras chefia o Serviço, em regime de dedicação exclusiva.

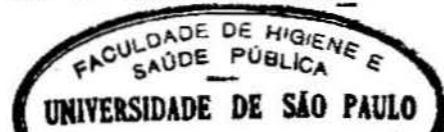
De acordo com a capacidade operacional de 56 leitos e a distribuição dos mesmos pelas especialidades, o quadro de enfermagem é insuficiente. Aplicando aos leitos existentes os critérios adotados pela cátedra de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da USP que prevêem a seguinte proporção, na base de 8 horas diárias de trabalho por servidor:

Pediatria: 5 horas/leito

Clínica Geral e Obstetricia: 3 horas/leito

Berçário: 4 horas/leito

verifica-se que há um deficit de 22 elementos. Es



pecificamente:

17 leitos de Pediatria
(85 horas)
8 berços no Berçário
(32 horas)
24 leitos na Clínica Médica e Cirúrgica (72 horas)
8 leitos Tocoginecologia (24 horas), resultariam em 27 servidores (respectivamente: 11, 4, 9 e 3), aos quais se acrescentou 7 elementos necessários ao Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, atingindo um total de 34 servidores. Calculando mais 20% para cobertura de férias e folgas e mais um elemento para chefia, atinge-se um total aconselhável de 42 servidores.

Equipamentos existentes:

Os equipamentos existentes no Hospital de Clínicas, estão resumidamente registrados no anexo nº7 e, comparados com os considerados necessários, mostra uma deficiência acentuada no setor.

Área de Construção:

A edificação tem cerca de 1.200m² de construção, sendo 950m² do hospital propriamente dito e 250 m² da Unidade Sanitária.

Dentro do mínimo aceito de 40m² por leito a área adequada é de 2.200m², havendo um déficit de aproximadamente de 1.200m².

Área de Terreno:

O Hospital de Clínicas de São Sebastião, está construído em terreno plano e regular, com metragem de aproximadamente 60m de frente e 50m de profundidade, numa área total de 3.000m².

Considerando-se a área construída ideal de 2200m², nota-se que o terreno disponível não preenche os padrões preconizados, que é o dobro da área construída.

Custo Operacionais
 Na análise do balanço
 geral do Hospital de Clíni-
 cas de São Sebastião, em
 31-12-69, podemos fazer as
 seguintes observações:

Centros de Custos

Administração	22.508,82
Enfermagem	42.702,17
Unidades de Internação	112.732,54
Centro Cirúrgico	9.791,08
Alimentação	54.755,03
Limpeza	10.066,48
Lavanderia	7.690,52
Rouparia	1.542,43
Conservação e Reparos	4.029,27
Secretaria	11.346,74
Diversos	3.428,07
Total.....	280.603,10

A despesa média por pa-
 ciente, de acordo com os
 dados acima foi de Cr\$...
 15,29.

Esse valor não pode
 ser chamado de custo
 do leito dia, por não estarem
 computados diversas despe-
 sas tais como: medicamen-
 tos e materiais de consumo.
 Por falta de dados regis-
 trados não foi possível es-
 se cálculo do leito dia.

A Direção do Hospital
 registra o aproximado de
 Cr\$ 25,00, mas sem detalha-
 mento do cálculo feito. Ad-
 mite-se atualmente que o
 custo do leito dia em hos-
 pital geral seja em média
 de Cr\$ 30,00.

A Contabilidade hospi-
 talar é incompleta não sen-
 do suficiente para um con-
 trôle correto financeiro
 da Instituição.

A receita do Hospital,
 em 1969 foi obtida através
 de:

INPS - Convênio (leito-dia a Cr\$18,00)	58.978,46
IAMSPE - Convênio (leito-dia a Cr\$18,00)	4.587,22
FUNRURAL -	11.500,00
Prefeitura Municipal (PS)	24.000,00
Coordenadoria de Assistência Hospitalar (leito- dia a Cr\$10,00)	189.408,00
Departamento Nacional da Criança	834,36
Ministério da Saúde	3.000,00

Pronto Socorro (Renda externa).....	10.081,80
Conselho Estadual de Auxílio	500,00
Diversos	17.446,91
Total	320.336,75

Pelo cálculo das despesas médias por leito dia, apesar de incompleto pela falta de dados, já se pode constatar que o valor pago pelo Estado está aquém do desejável.

B.3.2.1.2. Unidade Sanitária:

A Unidade Sanitária é responsabilidade funcional do Estado e cobre legalmente a área do município de São Sebastião: há no entanto, clientes procedentes dos municípios de Ilha Bela, Caraguatatuba e Ubatuba.

São considerados grupos prioritários para o atendimento, os de indigentes e aquela parcela da população que não é atendida pelo INPS e que não recebe qualquer outro tipo de assistência.

Para apresentação das diferentes atividades da Unidade Sanitária foram tomados como base do estudo os relatórios de produção e os programas desenvolvidos em 1969.

Áreas de atuação da Unidade Sanitária:

A Unidade Sanitária presta assistência à comunidade principalmente através dos seguintes programas:-

- Assistência Materno-Infantil
- Assistência ao Adulto
- Controle das Doenças Transmissíveis, da qual faz parte o programa de Imunizações e
- Saneamento do Meio.

Análise das atividades realizadas nas diferentes programações:

Consulta Médica:

Análise quantitativa:
Produção e Rendimento.

A análise foi feita baseada na tabela nº 6.

TABELA 6

CONSULTAS REALIZADAS NA UNIDADE
SANITÁRIA DE SÃO SEBASTIÃO-1969

Consultas	Assistência				
	Materna	Infantil	Pré-escolar	Escolar	Adulto
Sadios	960	1 728	557	544	-
Doentes	2 848	3 555	1 964	1 485	-
Total	3 808	5 283	2 521	2 029	6 172

Fonte: Unidade Sanitária de São Sebastião

Para a análise da consulta médica em termos de rendimento foram utilizados os seguintes dados para cálculo: número de horas contratadas do médico, tomando-se por base 6 consultas médicas por hora para Assistência Materno-Infantil e 4 para Assistência ao Adulto, fixando-se 230 dias úteis anuais.*

Assistência Materna:

Segundo o critério adotado foram realizadas 3808 consultas que comparadas com 5520 indicam que um médico é suficiente para o atendimento.

Com 3808 consultas anuais foram realizadas em média 16 consultas diárias, ou seja, 15 minutos por consulta.

Assistência à Criança:

Foram realizadas 9.833 consultas (de 0 a 12 anos) e ao serem comparadas com 5520 segundo o critério teoricamente adotado pode-se observar que um médico é insuficiente para o atendimento. Considera-se que provavelmente o número de consultas apresentado está relacionado com o registro inadequado das consultas, pois são computados como um único tipo de atendimento, a consulta ao sadio e o atendimento de enfermagem e executado para lactário e vacinação.

Rendimento da consulta:
Utilizando o mesmo critério e considerando 9833 consultas para um médico, verifica-se em média 42 consultas por dia ou seja, uma média de 5 minutos por consulta.

Assistência ao Adulto:

Foram realizadas 6172 consultas. Pelo critério a dotado verifica-se que um médico é insuficiente para este atendimento.

Rendimento da Consulta:

É de aproximadamente 7 consultas por hora, ou seja, 8,5 minutos por consulta.

* Portanto um médico dentro desse critério poderá fazer no máximo 5520 consultas anuais para Materno-Infantil e 3680 para Adulto.

TABELA 7

Principais causas de consultas médicas nos diferentes programas da U.S. São Sebastião - 1969

Diagnóstico	Pré-Natal	H.I.	H.P.E	H.E	Adulto	Total
diarréia	-	497	201	89	-	787
verminose	540	446	677	519	-	2 182
coqueluche	-	18	7	2	-	27
sarampo	-	56	13	-	-	69
doenças do ap. respiratório	-	810	289	142	-	1 251
escarlatina	-	2	-	-	-	2
viroses	36	-	-	-	-	36
doenças do ap. digestivo	784	-	-	-	-	784
doenças do sangue	200	-	-	-	-	200
doenças do ap. urinário	363	-	-	-	-	363
total						5 964

Fonte: Relatório anual da U.S. de São Sebastião - 1969.

Chama-se atenção para o fato de que verminose constitui a primeira causa de consulta confirmando assim a precariedade do saneamento básico nesta área.

No atendimento à gestante, registros inadequados não determinam exatamente os diagnósticos. É de se notar o alto número de consultas por verminoses também em adultos, como no caso das gestantes (540 consultas).

Quanto à Assistência ao Adulto incluem-se as consultas para carteiras de saúde e atestados bem como consultas clínicas e cardiológicas, visto que existe um cardiologista prestando assistência também na Unidade.

Não foi possível obter registros dos tipos de consultas prestadas ao adulto, somente o número total das mesmas.

Quanto aos registros apresentados na tabela nº7, como Doenças do Sangue, Doenças do Aparelho Digestivo, pouco significam porque não há o diagnóstico específico.

Análise Qualitativa:

Assistência à Criança:

Quanto à consulta à criança, verifica-se que de um total de 9833 consultas, 7004 foram realizadas para a criança doente ou seja, 71%. Não é possível um conhecimento da concentração de consultas para cada grupo etário, bem como a idade média de inscrição no serviço por não existirem esses dados nos registros.

Assistência à Gestante

De um total de 3808 consultas, 2848 foram realizadas a gestante por causa da morbidade, ou seja, 75%. Não foi possível conhecer o número médio de

consultas por gestante, bem como o período médio da gestação em que ocorre a inscrição no serviço, devido à inexistência desses registros.

Assistência ao Adulto:

Os principais motivos de consultas são exames médicos para obtenção de carteiras de saúde. Não existem registros quanto ao número de consultas prestadas a doentes e sadios, conforme observado na tabela 7. As consultas realizadas pelo ginecologista constam da mesma produção, mas não há registro do total.

Cobertura dos Programas:

Considerando que o INPS e a Petrobrás também prestam assistência médica na comunidade e não existindo dados discriminados por grupos etários relativos ao atendimento nestes serviços, não foi possível conhecer a exata cobertura dos diferentes programas de saúde pública na comunidade. Quanto à cobertura que a Unidade Sanitária presta à comunidade, não existindo registros do número das pessoas especificados por grupos etários que foram atendidas, não é possível conhecer a extensão dos programas que foram executados.

Na Assistência Materna foram registrados 360 nascidos vivos no ano de 1969, no Cartório do Registro Civil de São Sebastião. Na Unidade Sanitária houve uma matrícula de 246 gestantes neste mesmo ano. A partir desses dados pode-se considerar que 68% das gestantes em São Sebastião, matricularam-se na Unidade Sanitária, admitindo-se que todas as gestantes inscritas são residentes no município de São Sebastião e que todos os nascidos vivos foram registrados em Cartório.

Imunizações:

A Unidade Sanitária praticamente se responsabiliza por toda a comunidade em aspecto referente à imunização. São vacinadas as pessoas inscritas para o atendimento nos diferentes programas e as vacinas são realizadas segundo normas da Secretaria da Saúde.

TABELA 8

Movimento de Vacinações por Doses realizadas na Unidade Sanitária de São Sebastião em 1969.

TIPOS DE VACINA	ASSISTÊNCIA					TOTAL	
	Infantil	Pré-escolar	Escolar	Pre-Natal	Adulto	Nº	% de retorno
Tríplice							
1a dose	413	50	-	-	-	463	-
2a dose	227	25	-	-	-	252	54,4
3a dose	174	10	-	-	-	184	39,7
reforço	29	3	-	-	-	32	6,9
Sub total	843	88	-	-	-	931	-
Dupla							
1a dose	3	66	17	-	-	86	-
2a dose	4	34	7	-	-	45	52,3
3a dose	3	19	2	-	-	24	27,9
Sub total	10	119	26	-	-	155	-
Tetânica							
1a dose	12	-	159	-	-	171	-
2a dose	-	-	34	-	-	34	19,0
3a dose	-	-	-	-	-	-	0,0
Sub total	12	-	193	839	-	1044	-
Sabin *							
1a dose	253	-	-	-	-	-	-
2a dose	300	-	-	-	-	-	-
3a dose	275	-	-	-	-	-	-
4a dose	546	-	-	-	-	-	-
Sub total	1374	-	-	-	-	1374	-

* Vacina Sabin realizada em campanha
Fonte: Unidade Sanitária.

Pode-se observar que na assistência à Criança, na vacinação tríplice, o retorno para a segunda dose é de 54,4 % e que somente 39,5% completam a vacinação após iniciada. Quanto às demais, observa-se a mesma

queda no retôrno, conforme observado na tabela 8.

Cobertura da Vacinação:

Partindo da suposição de que foram vacinadas as crianças registradas na Assistência à Criança (0 a 1 ano) e prevendo uma cobertura de 80% para esse grupo, verificou-se que apenas 174 das 828 crianças matriculadas completaram a vacinação, correspondendo a 20,1%.

Em relação aos outros grupos etários a análise é mais limitada, uma vez que o sistema atual de registros de vacinação não permite tal estudo.

A vacinação é registrada em relatórios e fichas individuais, arquivadas em fichário próprio. O aprazamento é realizado verbalmente, não existindo registro dos mesmos para retôrno.

Contrôle das Doenças Transmissíveis:

Por falta de dados suficientes, não foi possível conhecer a prevalência e incidência das doenças transmissíveis na área.

Na Assistência à Criança, os casos registrados com maior frequência são a coqueluche e o sarampo.

Na Assistência Materna há o registro de viroses, não sendo especificado o tipo.

Quanto a tuberculose, não existem na Unidade dados registrados que possam nortear uma programação ainda que, através de um trabalho realizado pela então Divisão do Serviço de Tuberculose registrou-se um alto índice de "Tuberculose Provável" (4,92%), segundo o autor(*)

(*) FARO, M.M. - Recenseamento torácico pelas Unidades Móveis de Abreugrafia. Revista Brasileira de Abreugrafia nº1: 3-8-1965

Sõmente com um futuro levantamento tuberculínico será possível o conhecimento exato da situação epidemiológica da tuberculose em São Sebastião.

Quanto às notificações das doenças Transmissíveis, é realizado na Unidade Sanitária, mas não de forma sistemática.

Exames de Laboratório:

Este serviço foi analisado separadamente (vide B. 3.2.1.3 Laboratório de Análises Clínicas).

Educação Sanitária:

Informam os médicos da Unidade que a educação sanitária individual é realizada durante a própria consulta médica, não existindo atividades de grupo previstas nos programas.

Em relação à comunidade, a equipe colabora nos cursos pré-nupciais organizados pela igreja local.

Não existindo Visitadora de Saúde Pública, não há entrevista pós consulta na Unidade. Segundo o observado, tais atividades não são sistemáticas provavelmente por falta de preparo e número de pessoal para desenvolver tais atividades integradas nos programas.

Visita Domiciliária

Não havendo na Unidade pessoal qualificado para esta atividade, a mesma não é realizada de rotina.

Nos casos de doença transmissível aguda, quando necessário, a visita é feita pelo médico para confirmação de diagnóstico, porém não há registro dessas atividades.

Saneamento do Meio

São realizadas inspeções sanitárias a domicílios e estabelecimentos comerciais pelo fiscal do Saneamento.

Como existe somente um funcionário para essa atividade e este exerce também funções burocráticas na secretaria da Unidade Sanitária, as visitas não são realizadas sistematicamente.

Registros e Estatísticas

São realizados na Unidade os relatórios mensais de produção para cada programa existente.

Os tipos de fichas clínicas existentes são as indicadas pela Secretaria da Saúde, não existindo ficha familiar nem registros de aprazamento.

O encaminhamento dos clientes da Unidade Sanitária para internação hospitalar é realizado sem que a ficha clínica acompanhe o paciente, o que evidencia falta de sistema organizado de integração.

Não há coleta e análise sistemática de dados de Estatística Vital que permita o conhecimento dos níveis de saúde da população. Da mesma forma, não existem os dados necessários para elaboração de programas e sua devida avaliação. Os dados registrados nos relatórios da Unidade não são analisados com o objetivo de estudos e reformulação de programas.

Encaminhamentos

São realizados encaminhamentos para o próprio Hospital de Clínicas de São Sebastião, Hospital do Isolamento "Emílio Ribas" (São Paulo) e Instituições em São José dos Campos. Na Assistência Materna são realizados encaminhamentos para o parto hospitalar de toda gestante assistida na Unidade.

Outras assistências prestadas pela Unidade:

Lactário

Existe o lactário de

leite em pó, com distribuição exclusiva para infantes; para o pré-escolar a distribuição é feita em casos excepcionais.

Movimento do Lactário:

Crianças matriculadas	262
Crianças eliminadas	37
Crianças existentes durante o ano	225

Foram distribuídas 3066 latas de leite em pó em 1969, o que dá, em média, 17,0 latas de leite em pó por criança, ou seja, 2 latas de leite em média por mês.

O critério para admissão é o seguinte: atender com prioridade a criança com baixo peso e prematuridade, relacionando essas condições a um baixo nível sócio-econômico familiar.

Rotina de lactário:

É realizada a verificação de peso por ocasião da entrega do leite, mas não são previstas medidas relativas a consulta médica ou educativas nos casos deficientes.

Não existem normas fixadas quanto a consulta médica, período mínimo de permanência no lactário, condições de alta, número máximo de admissões, determinação do estoque de leite, educação sanitária específica para o grupo de mães do lactário.

Medicamentos:

A Unidade distribui medicamentos (anti-anêmicos, vermífugos, anti-térmicos) para clientes com condições sócio-econômicas que não possibilite a aquisição dos mesmos. Não existe um registro sistematizado dessa distribuição que possibilite maior racionalização, considerando principalmente os grupos prioritários.

Serviço de Enfermagem:

O atendimento de enfermagem é realizado pelo seguinte pessoal:

Um atendente que realiza o atendimento na Assistência Materno-Infantil, do Adulto e Imunizações.

Considerando que um atendente, trabalhando 5 horas diárias, tendo uma média de 10 minutos por atendimentos, atenderá no máximo 6.900 clientes por ano. (uma hora é prevista para preparo de material e equipamento de consultório.) Considerando que, somente na Assistência Materno-Infantil foram realizados 13.641 consultas, pode-se observar que não é suficiente um atendente para esse setor. Deve-se ainda considerar que essa mesma funcionária realiza também outros atendimentos a adultos e vacinações.

Um auxiliar de dietética que faz o atendimento do lactário.

Uma servente que é encarregada do atendimento no fichário.

Com a observação das determinações de atividades, verifica-se uma má distribuição de pessoal, em relação às ações de enfermagem que são realizadas na Unidade.

Não existe uma chefia do Serviço de Enfermagem na Unidade e os funcionários do serviço são diretamente subordinados à chefia da Unidade Sanitária. Como não há enfermeira lotada na Unidade, não existe o treinamento em serviço, nem supervisão das atividades de enfermagem.

Quanto às atividades de Educação Sanitária, não existindo a Visitadora de Saúde Pública, nem atividades previstas de entrevista e visita domiciliária, é praticamente inexistente a participação do Serviço de Enfermagem em Educação Sanitária.

Recursos Disponíveis:-
Pessoal e Capacidade Instalada-Pessoal

TABELA Nº 9

RECURSOS DE PESSOAL EXISTENTE NA UNIDADE SANITÁRIA DE SÃO SEBASTIÃO, EM 1970.

Categoria Profissional	Nº	Regime de trabalho Horas Semanais	Responsabilidades
Serviço Médico			
Pediatria	1	23	Assistência à Criança
Pré-natalista	1	23	Pré-natal - Obstetria
Obstetricia Ginecologista	1	23	Pré-natal
Clínico	1	23	Adultos
Otorrino	1	tempo parcial	Assistência à Criança e Adultos
Serviço de Enfermagem			
Atendente	1	32	Atendimento Criança - Adulto - Imunizações
Auxiliar dietético	1	32	Lactário
Servente	1	32	Setor de fichário
Outro pessoal			
Fiscal de Saneamento	1	32	Inspeção de Saneamento e trabalho burocrático na secretaria
Servente	1	32	Setor de limpeza

Fonte: Unidade Sanitária de São Sebastião.

Capacidade instalada. Consta dos seguintes elementos: Cinco consultórios médicos, sendo dois para Assistência Materna e Ginecologia; um para Assistência à Criança, um para Otorrinolaringologia e um não utilizado. Uma secretaria em precárias condições, por falta de espaço suficiente e localização inadequada, por se tratar de área de circulação. Uma sala de espera, com espaço insuficiente, dividida por

um balcão, ainda ocupada por um fichário. Nesta mesma sala são realizadas as vacinações e imunizações. Uma copa para lanche de funcionários onde é também guardado o leite em pó para distribuição. Uma sala para armazenar medicamentos.

Deficiências prioritárias de área física: sala de imunizações e testes, sala de reuniões e sala de entrevistas.

Equipamento, material permanente e de consumo.

A Unidade Sanitária possui, em termos gerais, o material necessário. Entretanto, grande parte do material existente nos consultórios médicos pertencem aos próprios médicos que fazem, também, o atendimento particular, nos mesmos consultórios.

As maiores deficiências são relacionadas com a falta de material permanente para uma sala de imunizações e testes, bem como para o lactário.

Conclusões:

Tomando por base a análise realizada na unidade sanitária considera-se que:

A assistência prestada pela unidade é basicamente dirigida para atividades de recuperação da saúde, com proporção reduzida para as preventivas.

As deficiências dos dados disponíveis, não permitem adequada avaliação dos programas executados e portanto não há conhecimento da amplitude do atendimento e da qualidade do serviço prestado pela unidade. Apenas algumas informações de carácter geral puderam ser obtidas para a avaliação dos programas da unidade.

Deficiências tanto de área física como de pes -

soal treinado tornam o setor de imunizações estático e com cobertura falha.

A falta de atividades educativas é responsável pela baixa receptividade ao retorno por ocasião da vacinação.

O programa de assistência à criança não atinge suas finalidades. A falta de material e pessoal especializado bem como a inexistência de normas regulamentadoras no lactário são responsáveis pela não recuperação da criança admitida.

Não existe a integração funcional da unidade sanitária com o hospital. Os registros são completamente separados nestes dois setores e não há normas determinando qualquer tipo de coordenação.

A Unidade Sanitária é estática por existir deficiência de pessoal tanto no setor de enfermagem como de saneamento, para proceder a dinamização da mesma, através da visita domiciliar.

Não há previsão de atividades de educação sanitária para os diversos programas. Entrevistas pós consulta e trabalhos de grupo não podem ser realizadas por falta de pessoal preparado.

O serviço de enfermagem não está estruturado na unidade. Como consequência não existe supervisão nem avaliação das atividades de enfermagem, realizadas na Unidade.

B.3.2.1.3. Laboratórios de Análises Clínicas

Ao iniciar-se o presente trabalho tomou-se como diretriz fundamental analisar o funcionamento do Laboratório de São Sebastião

não só como um órgão de prestação de serviços especializados às entidades que vêm solicitando esses serviços rotineiramente na região, mas, a partir de uma análise da realidade regional em que ele se insere, verificar a forma de capacitá-lo a responder às exigências dessa realidade, com ênfase no campo da Saúde Pública.

O Laboratório pertenceu à rede do Instituto Adolfo Lutz (I.A.L.) como Laboratório Distrital e foi desligado recentemente daquele órgão da Secretaria da Saúde, passando a funcionar anexo ao Hospital de Clínicas de São Sebastião, atendendo não só as demandas do Hospital como também as da Unidade Sanitária e do Posto de Saúde de Ilha Bela. Todo este conjunto funciona, por outro lado, ligado à Secretaria da Saúde do Estado.

O Laboratório, por se caracterizar como uma unidade de prestação de serviços ao Hospital, dependerá fundamentalmente das diretrizes que venham a ser adotadas para o seu funcionamento futuro. Assim, se o Hospital for transformado em Hospital Regional, esta recomendação será muito importante para o futuro do Laboratório.

O presente diagnóstico corresponderá aos seguintes aspectos do funcionamento do Laboratório: exames realizados, aspectos físicos e organização e finanças.

Exames Realizados:

A análise do número de exames realizados pelo Laboratório de São Sebastião mostra que houve uma redução sensível nos totais anuais, conforme Tabela nº 10, a seguir:

TABELA Nº 10

Exames Realizados Pelo Laboratório de São Sebastião.

Anos	Total de Exames
1965	22435
1966	20704
1967	11488
1968	12649
1º semestre de 1969	7085

Fonte: I.A.L. e Hospital de São Sebastião .

Observa-se, no entanto, que este número apresenta um mínimo em 1967, crescendo a partir desse ano.

A causa dessa redução, a partir de 1965, precisaria ser mais bem investigada, pois, talvez tenha contribuído para o desligamento do Laboratório da rede do I.A.L.

Em contato mantido com o I.A.L., este apresentou como causa principal do desligamento a carência de pessoal técnico que teria sido retirado do Laboratório por empresa privada localizada na cidade, através de incentivos salariais.

O estudo das demandas mensais dos serviços do Laboratório mostra que existe uma flutuação nos números de exames realizados, coincidindo o maior valor com o período de férias e temporadas de praia.

Restaria investigar se este fato é acidental ou se é devido a exames realizados para uma população fluante adicional, que teria se utilizado dos serviços do Laboratório.

Estas observações podem ser avaliadas pelo exame da tabela nº 11.

TABELA Nº 11:
Produção Mensal de Exames do Laboratório do Hospital
de São Sebastião - 1968

Secções	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Parasitologia	400	420	350	370	400	200	370	495	500	315	449	340	4609
Análises Clínicas	587	815	525	649	547	432	497	603	624	498	579	479	6835
Sorologia	111	139	75	144	93	104	90	79	97	81	88	104	1205
TOTAL	1098	1374	950	1163	1040	736	957	1177	1221	894	1116	923	12649

Fonte: Hospital de São Sebastião.

Do ponto de vista do funcionamento atual, um aspecto que precisa ser avaliado é em que medida o Laboratório está prestando à Unidade Sanitária efetivamente serviços no desenvolvimento de suas diferentes atividades.

Seria indispensável que houvesse um Laboratório na região que realizasse os exames de interesse da Unidade Sanitária e, assim, fornecesse o panorama de saúde da região.

Resta saber se a Unidade Sanitária pode contar com um laboratório como o atualmente existente para este trabalho, onde não tem sequer um controle estatístico de exames realizados nos diversos setores.

É importante lembrar que as funções de um laboratório devem obedecer a um planejamento regional de saúde pública, contido em programas a nível regional.

Na medida em que a Unidade Sanitária não possa dispor dos serviços do Laboratório, por acúmulo de exames para o Hospital ou mesmo carência de pessoal, estarão sendo prejudicadas as necessidades de saúde pública da região.

Uma importante atividade de da Unidade Sanitária é a de profilaxia de doenças infecciosas e parasitárias a qual pode ser realizada pelo levantamento por amostragem dos tipos de doenças, através do diagnóstico de laboratório. Verificou-se, no entanto, que o laboratório por apresentar deficiências neste sentido, não tem realizado exames a não ser para alguns poucos campos de interesse para a saúde pública, conforme se vê nas tabelas nº 12, 13, 14 e 15, a seguir:

TABELA Nº12

Exames Parasitológicos por Unidades Requisitantes em 1968.

Unidade Requisitante	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez	Total
Pôsto de Saúde	240	280	245	270	285	150	145	205	288	160	207	203	2678 (57,4%)
Hospital	160	140	105	100	115	50	225	290	212	210	242	137	1986 (42,6%)
Total	400	420	350	370	400	200	370	495	500	370	449	340	4664 (100,0%)

Fonte: Hospital de São Sebastião.

TABELA Nº 13
Exames Hematológicos por Unidade Requisitante em 1968.

Tipos de Exame	Unidade Requisitante		Total
	Pôsto de Saúde	Hospital	
Sangue			
Contagem de glóbulos vermelhos e Dosagem Hemoglobina	454	900	1354
Contagem de glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e específicos e Dosagem Hemoglobina	74	264	338
Contagem glóbulos brancos e específicos	74	232	306
Contagem de Plaquetas	10	36	46
Hemossedimentação	22	89	111
Prova Retração do Coágulo	8	28	36
Tempo de Coagulação e Sangria	13	76	89
Total	665	1625	2280
	(29,1%)	(70,9%)	(100,0%)

Fonte: Hospital de São Sebastião.

TABELA Nº 14
Exames de Análises Clínicas por Unidade Requisitante em 1968.

Tipos de Exame	Unidades Requisitantes		Total
	Pósto de Saúde	Hospital	
Urina			
Exames Completos	718	1792	2510
Sangue			
Dosagem Glicose	97	282	379
Dosagem Uréia	26	185	211
Dosagem Bilirrubina	26	150	176
Dosagem Colesterol	45	202	247
Dosagem Proteínas	47	138	185
Reações de Hanger	23	115	138
Reações de Takata-Ara	23	116	139
Reações de Weltman	26	105	131
Reações de Timol	23	115	138
Determinação Fosfatase	20	101	121
Determinação Transaminases	38	124	162
Total	1112	3425	4537
%	24,5	75,5	100,0

Fonte: Hospital de São Sebastião.

TABELA Nº 15
Exames sorológicos por unidade requisitante em 1968.

Tipos de Exames	Unidades Requisitantes		Total
	Pósto de Saúde	Hospital	
Reação de VDRL	220	413	633
Determinação de Fator RH	93	193	286
Determinação Tipo Sanguíneo	93	193	286
Total	406	799	1205
%	33,7	66,3	100,0

Fonte: Hospital de São Sebastião.

Nota-se que os tipos de exames realizados são muito mais voltados para atividades curativas que preventivas.

Aspectos Físicos:

Do ponto de vista das instalações, o laboratório

encontra-se precariamente instalado pois, além de operar em uma sala única com todas as dificuldades que esta situação acarreta não possui pessoal técnico especializado e equipamento satisfatório.

O Laboratório possui os seguintes equipamentos:

- 1 autoclave vertical
- 1 agitador de Kline
- 1 agitador de pipe -
tas
- 1 arquivo de metal com 2 gavetas
- 1 banho-maria elétrico
- 2 bancos de metal giratórios
- 2 balanças analíticas
- 1 balança de tarar tubos
- 1 centrífuga elétrica
- 1 colorímetro foto-elétrico
- 1 destilador para água
- 1 estufa para secagem de material
- 10 estantes para tubos
- 1 enceradeira
- 1 forno de Pasteur
- 1 geladeira
- 1 lavador automático de pipetas
- 1 microscópio binocular equipado
- 1 microscópio monocular equipado
- 2 relógios de aviso
- bicos de Bunsen
- esterilizadores elétricos para colheita de sangue
- vidraria em geral (pipetas e provetas graduadas, cálices graduados e sim -
ples, lâminas e lamínulas, tubos de ensaio, etc.

Pela análise do equipamento atual do Laboratório conclui-se que o mesmo é insuficiente para que se possa realizar as análises normais de um laboratório de Distrito e mesmo de Hos

pital. Além disso, alguns equipamentos não estão sendo utilizados devido à carência de pessoal capaz para operá-los e também por se acharem muitos deles quebrados.

Organização e Finanças

O Laboratório está organizado de forma a poder prestar serviços nos campos das análises clínicas, sorológicas e parasitológicas.

Seus serviços técnicos compreendem as seguintes sub seções:

- Sub Seção de Parasitologia
- Sub Seção de Sorologia
- Sub Seção de Análises Clínicas

Embora as atividades do Hospital justifiquem a existência de sub-seções de Bacteriologia e Meios de Cultura, o Laboratório ainda não dispõe desses serviços.

O Laboratório está sob a administração do Hospital e os exames que realiza para particulares são suficientes para mantê-lo.

O Laboratório, nas condições precárias em que opera atualmente não tem sentido falta de uma organização administrativa própria.

Dispõe de três técnicos de laboratório, sendo que o serviço de limpeza é feito pelo mesmo pessoal do Hospital. Dêstes técnicos, um pertence ao I.A.L.

Como o Laboratório faz parte do Hospital, os recursos públicos aplicados no mesmo são liberados via Hospital e se destinam à sua operação e manutenção.

B.3.3. Saúde Escolar

O levantamento de dados sobre a rede escolar do município, bem como o estudo da assistência médico-sanitária aos escolares, foi realizado pelo fato de que o relatório do ano anterior não registra dados necessários que permitam

avaliar a situação escolar local, uma vez que o período de trabalho da equipe do ano de 1969 foi realizado em época de férias escolares.

As escolas primárias do município de S. Sebastião, são todas públicas estaduais, subordinadas à Delegacia do Ensino Básico com sede em Caraguatatuba.

Existem também um estabelecimento de ensino de grau médio e em instalação três classes de alfabetização de adultos.

Através de entrevistas com Delegado de Ensino, Auxiliar de Inspeção, Diretores de Grupos Escolares e de grau médio, foram levantados dados de população escolar por estabelecimento de ensino, distribuição de alunos por Grupos Escolares e Escolas Isoladas de acordo com as tabelas 16,17,18 e mapa anexo nº 8.

TABELA Nº 16

População Escolar de S. Sebastião em 1970

População	Nº
Primária	
Grupos Escolares	1122
Escolas Isoladas	918
Secundária	746
Total	2786

Fonte: Estabelecimentos de Ensino

TABELA Nº 17

Distribuição dos alunos dos Grupos Escolares do Município de São Sebastião em 1970 segundo séries e número de classes

Séries	G.Esc. "Henri que Botelho"		G.Esc. "Bairro São Francisco"		Curso Primário Anexo		Total	
	Nº classes	Nº alunos	Nº classes	Nº alunos	Nº classes	Nº alunos	Nº classes	Nº alunos
Pré-Primária	2	55	-	-	1	24	3	79
1ª Série	8	242	2	91	1	37	11	370
2ª Série	4	159	1	36	1	32	6	227
3ª Série	3	161	2	48	1	29	6	238
4ª Série	3	115	2	56	1	37	6	208
Total	20	732	7	231	5	159	32	1122

Fonte: Grupos Escolares de S. Sebastião

TABELA Nº 18

Distribuição de Escolas isoladas segundo tipos, números de classes e alunos do Município de São Sebastião - 1970.

Localidade	Esc. Comum		Esc. Emergência		Total	
	Nº de classes	Nº de alunos	cl.	alunos	cl.	alunos
1-São Sebastião						
2-Pontal da Cruz	1	24	2	47	3	71
3-Praia da Cigar- ras	1	16	-	-	1	16
4-Enseada	3	92	1	19	4	111
5-Jaraguá	-	-	2	40	2	40
6-Morro Alto	-	-	1	24	1	24
7-Barequeçaba	-	-	1	30	1	30
8-Toque-Toque Grande	-	-	1	16	1	16
9-Toque-Toque Pequeno	-	-	1	15	1	15
10-Paúba	-	-	1	19	1	19
11-Maresias	2	38	3	54	5	92
12-Boiçucanga	2	55	3	74	5	129
13-Camburi	1	26	1	20	2	46
14-Saí	2	56	-	-	2	56
15-Juqueí	3	58	3	59	6	117
16-Una	2	46	2	45	4	91
17-Montão de Trigo	-	-	1	24	1	24
18-Pedra Verde	-	-	1	21	1	21
Total	17	411	24	507	41	918

Fonte: Inspetoria Auxiliar de S. Sebas -
tião

Em entrevista com o médico chefe da Unidade Sanitária, constatou-se que em 1969 passaram por inspeção de saúde 2041 escolares primários e 276 de grau médio.

Com relação a imunizações, foram aplicadas 1499 doses de anti-tetânica e a anti-variólica, realizada através de campanha.

Para o corrente ano foi elaborado pelo médico chefe da Unidade Sanitária e sua equipe, um plano de levantamento de saúde dos escolares visando:

- a) Levantamento do estado de higidez do escolar.
- b) Propiciar, dentro das possibilidades terapêutica adequada.
- c) Permitir conclusão para execução de trabalho a ser publicado.

Este trabalho constará de testes tuberculínicos, exames coprológicos e dosagem de hemoglobina.

Durante a segunda fase do trabalho de campo, em setembro de 1970, verificou-se que dessa programação, já se iniciou o levantamento tuberculínico.

Os escolares da cidade estão recebendo razoável assistência médica, faltando uma sistematização no atendimento. Quanto à imunização executada pela Unidade Sanitária, observou-se deficiências no sistema de registro o que dificulta o seguimento das doses.

Praticamente inexistente a assistência odontológica aos escolares. Esporadicamente, equipes volantes do Serviço Dentário Escolar comparecem no município para o atendimento dos alunos necessitados, limitando-se a extrações.

É sentido na região o problema da subnutrição dos escolares e deficiência na suplementação da merenda escolar, mormente entre os alunos das escolas isoladas.

Sente-se a necessidade de melhor integrar o professor nos programas de saúde, tendo em vista o maior desenvolvimento da área de saúde do currículo escolar; a orientação junto a pais e o adequado encaminhamento médico à Unidade Sanitária, uma vez que, é o professor um elemento chave numa comunidade escolar.

No que se refere a parte de instalações de prédios escolares, verificou-se que, onde funcionam os cursos de grau médio, encontra-se em precárias condições, necessitando de reformas e ampliações, bem como se registram grandes deficiências de algumas escolas isoladas.

É sentida a necessidade de escolas profissionalizantes e incentivo à criação de cursos de alfabetização de adultos.

B.3.4 - Odontologia

Após ter sido feita uma análise do relatório anterior, onde sob um ponto de vista mais restrito, intra-profissional, a cárie dentária era considerada como prioritária dentre os problemas de Odontologia Sanitária, e o município de São Sebastião, caracterizado como zona média prevalência (Tabela 19), através de levantamento epidemiológico realizado, usando-se o índice simplificado de Viegas, (Método. III), foram estabelecidos contatos com os Órgãos Centrais, ou mais especificamente o Serviço Dentário Escolar e a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, na tentativa de nos inteirarmos do que havia sido feito para mudar uma situação cômoda, já que o problema odontológico era uma necessidade sentida pela população, que se resentia da falta destes serviços mantidos pelo Estado.

Durante o desenvolvimento do trabalho deste ano, foram realizados contatos junto ao Hospital de Clínicas, à Unidade Sanitária, INPS e grupos escolares, sendo que a situação permanece inalterada.

Existe atualmente no município três dentistas, sendo que um deles, resume suas atividades à clínica particular exclusivamente; o segundo, divide seu tempo de serviço entre a clínica particular e o Serviço Odontológico da Petrobrás e o terceiro, residente em Caraguatuba, presta seus serviços à clínica particular, três vezes por semana, no período noturno.

Os dentistas visitados trabalham sem qualquer tipo de pessoal auxiliar. Não existe protético na cidade, sendo os trabalhos de prótese confeccionados nas cidades vizinhas.

Existe pelo que foi constatado uma "relação confortável", entre a demanda e a oferta de serviços dentários, que é estabelecida pela exclusão dum grupo situado abaixo de um nível econômico crítico.

Com respeito, aos métodos empregados, nada se realiza no setor de prevenção, constituindo-se em exclusivamente curativo, o serviço prestado à comunidade.

TABELA 19 - Índice CPO estimado, para Crianças de 7 a 12 anos, em São Sebastião, em 1969.

IDADE	ÍNDICE CPO
7	2.51
8	3.30
9	4.35
10	5.85
11	6.96
12	8.50
7 a 12	5.24

Fonte: Relatório do Estágio de Campo Multi-Profissional em S. Sebastião, em 1969.

B.3.5 - Outros Recursos da Comunidade

Introdução:

O levantamento de serviços prestados por entidades assistenciais e previdenciárias foi realizado como complementação de dados referentes à assistência médico-sanitária e hospitalar, com a finalidade de apurar os recursos de que dispõe a comunidade na área da saúde, além da Unidade Sanitária e do Hospital.

As instituições consideradas foram, além do INPS, a Petrobrás e Confrio (Companhia Nacional de Frigoríficos), por serem as mais significativas que dispõem de alguma forma de prestação de serviços de saúde.

INPS - Trata-se do recurso médico mais importante em termos de cobertura pois, por cálculo estimativo, atende 50% da população do Município, entre beneficiários e dependentes. (Informações obtidas junto a firmas de contabilidade, outras firmas e escritórios, em vista da agência do INPS não dispôr de cadastro).

Características: agência regional responsável pelos municípios de Ubatuba, Caraguatatuba, Ilha Bela e São Sebastião. Em cada município, com exceção de Ilha Bela, há uma sub-agência que dispõe de serviço médico, não sendo necessário o deslocamento dos beneficiários de suas localidades para São Sebastião.

Recursos materiais: consta de prédio com sala de recepção para pacientes, sala de arquivo e três consultórios com equipamento mínimo para exame clínico, carecendo de instrumentos para qualquer exame especializado; ambulância destinada à remoção de pacientes para outros centros (principalmente Santos, São Paulo, São José dos Campos) quando há necessidade de recursos especializados.

Recursos humanos: o quadro do pessoal é constituído por 5 médicos, um funcionário burocrático, um atendente e um motorista.

Recursos financeiros: a verba destinada à agência não discrimina as dotações das sub-agências. Consta de dotações mensais para hospitalização e exames subsidiários, havendo referência de constante suplementação por insuficiência. Os exames e tratamentos especializados, feitos nos centros maiores, são custeados pela agência onde são realizados.

Tipo de assistência: a assistência é feita em termos de medicina curativa e consta de atendimento e tratamento ambulatorial e hospitalização para tratamento clínico e cirúrgico.

A capacidade de cada médico atinge 15 consultas por dia, dando uma média de 1500 consultas por mês para a equipe.

Produção de Serviço: 1969

Consultas (clínica geral e pré-natal)....	7.640
Sirurgias	71
Partos hospitalares	231

Programa: com o objetivo de ampliar a assistência, está sendo estudado um convênio com o Hospital de Clínicas de São Sebastião, em que o INPS pagaria por unidade de serviço o atendimento efetuado. A demora na celebração do convênio prende-se à falta de verba da Agência de São Sebastião.

Petrobrás: trata-se de terminal petrolífera com 302 funcionários, todos beneficiários do INPS.

Características: dispõe de serviço médico próprio, cujas finalidades são a prevenção e promoção de saúde dos funcionários e seus dependentes.

Recursos materiais: dependência ampla e moderna constituída de consultório médico para atendimento clínico não especializado, com equipamento suficiente e em boas condições; ambulatório para atendimento de casos de urgência, com o equipamento necessário, inclusive para pequenas cirurgias; gabinete dentário com equipo completo, inclusive aparelho de raios-X. Dispõe de ambulância para remoção exclusiva dos funcionários.

Recursos humanos: o pessoal consta de um médico, um dentista, uma auxiliar de enfermagem, um atendente e uma secretária.

O Serviço Social tem estreita ligação com o serviço médico, pois encarrega-se da parte econômico-burocrática-assistencial do atendimento médico e dentário, compreendendo: cálculo de reembolso de consultas e exames auxiliares, fornecimento de guias para hospitalização, remoção de doentes e cálculo de despesas odontológicas, tudo baseado na seleção sócio-econômica. As atividades de Serviço Social Médico previstas no serviço não estão sendo realizadas, por não estar ainda lotado o cargo; as atividades referidas estão sendo executadas por um funcionário burocrático.

Recursos financeiros: não existe fixação de verba para o serviço médico da empresa, sendo apenas apuradas as despesas.

Tipo de assistência: o serviço desenvolve atividades de medicina preventiva e curativa.

Medicina preventiva: consiste em imunizações, prevenções de acidentes, exames médicos periódicos e educação sanitária.

A imunização e outras medidas preventivas, atinge funcionários e dependentes. A prevenção de acidentes consiste em inspecção dos o-

perários em atividade para correção de possíveis causas de acidentes. A educação sanitária é realizada através de palestras e publicações sobre problemas de saúde. O exame periódico é feito anualmente em todos os funcionários, independente de queixa, constando de exames clínicos e laboratorial com a finalidade de surpreender processos patológicos assintomáticos.

A medicina curativa consta de tratamento clínico geral, dispondo o funcionário de quatro alternativas para opção: INPS, Serviço Médico do Sindicato, consulta com especialista (reposição de parte das despesas pela Empresa) e o próprio serviço médico da Empresa.

Produção de Serviço: o serviço é de organização recente, sendo normalizado o atendimento apenas a partir de janeiro de 1970. Em 1969 houve atendimento médico de rotina apenas por 2 meses, quando foram realizadas 389 consultas e três pequenas cirurgias. A eficiência do serviço de prevenção de acidentes pode ser avaliada pela ausência de acidentes que acarretam absentismos nos meses de fevereiro, março e abril de 1970. Para 1969, não há dados estatísticos.

Programas: para 1970 estão programadas palestras de educação sanitária para os operários.

Confrio: trata-se de empresa de industrialização de pescados, com 340 funcionários, todos beneficiários do INPS.

Características: Dispõe de serviço médico próprio, com finalidades preventivas e curativas.

Recursos materiais: o trabalho atualmente é realizado fora da fábrica, pois o conjunto de salas destinadas ao funcionamento do serviço médico encontra-se em fase de construção. A fábrica facilita ao operário a compra de medicamentos, através de atendimento com posterior desconto parcelado em folha de pagamento.

Recursos humanos: a empresa dispõe de um médico em tempo parcial (4 horas semanais), um dentista e um auxiliar de enfermagem, para atendimento exclusivo dos funcionários.

Recursos financeiros: não há verba programada para gastos em saúde.

Tipo de assistência: as atividades de medicina preventiva consistem na prevenção de acidentes de trabalho, bem como algum controle de vetores por meio de telagem do refeitório.

A medicina curativa é realizada em termos de emergência ou exame inicial para orientação e encaminhamento, sendo o segmento realizado por intermédio do INPS.

Produção:

Não há propriamente registro de produção em vista das características do serviço. O atendimento médico atinge, em média, 80 consultas mensais.

Programas:

Não há programas de saúde além da atividade habitual de prevenção de acidentes ou consultas.

Serviço Social Médico:

A cidade de São Sebastião não dispõe de atividades de Serviço Social ligadas às atividades de saúde.

B.3.6. Dados Referentes à Ilha Bela:

Ilha Bela, com uma população de 5 000 habitantes, dista 15 minutos de São Sebastião pelo Ferry-Boat. Com o intuito de complementar o trabalho de São Sebastião, fez-se uma visita à Ilha Bela, com a finalidade de coletar dados, para simples conhecimento da situação médico sanitária, sem a preocupação de se elaborar programas de saúde.

A Secretaria da Saúde, mantém naquela localidade uma Unidade Sanitária dotada dos seguintes recursos de pessoal: 1 médico em tempo parcial dando assistência à Unidade; 1 fiscal sanitário; 1 motorista e 3 atendentes.

Como meio de transporte dispõe de uma ambulância.

No setor hospitalar, o município conta com uma Santa Casa, com prédio de construção recente, com capacidade de 20 leitos, sem ter nunca funcionado. Se postos a funcionar, dariam 4 leitos por mil habitantes.

O atendimento médico, quer cirúrgico quer clínico da população, é realizado pela equipe do hospital de São Sebastião.

No que diz respeito ao Saneamento, existem redes de esgoto montadas, que não se encontram em uso, sendo utilizadas fossas. A água é encanada sem tratamento e a coleta de lixo é diária.

Através da Delegacia de Ensino Básico com sede em Caraguatatuba, registrou-se que em Ilha Bela existe um Grupo Escolar, 30 escolas isoladas e 8 classes ginásiais funcionando no prédio do Grupo Escolar.

B.3.7. Avaliação e Prognóstico:

De acordo com os resultados dos expostos, a situação de saúde no município de São Sebastião não é satisfatória, pois apesar de dispor de alguns recursos, nota-se evidente carencia em todos os setores, primordialmente

quanto aos aspectos de estrutura administrativa, recursos humanos, materiais e financeiros e capacidade instalada.

A prevalência das moléstias transmissíveis, principalmente de doenças parasitárias, evidenciam a precariedade do sistema de saneamento. A execução incompleta e dispersa das obras de saneamento básico comprovam essas condições.

Na assistência médico-sanitária e hospitalar, além da organização inadequada, existe evidente carência de pessoal e área física disponível, aliados a uma verba insuficiente. Embora o município disponha de uma equipe médica maior do que a dos outros municípios do litoral norte, a sua capacidade de trabalho não está atingindo o rendimento correspondente ao esforço empregado. A falta do pessoal auxiliar, aliada ao despreparo do existente acarreta sobrecarga do pessoal qualificado, impedindo a maior racionalização do trabalho. Essa situação prejudica a qualidade da prestação do serviço, repercutindo negativamente também no rendimento total.

Nos outros aspectos analisados, a situação é semelhante, carecendo de organização, verba, pessoal e área física, sendo que em alguns deles há ausência absoluta de prestação de serviços.

No entanto, as deficiências mais evidentes são passíveis de ações de mudança, dado que existem recursos disponíveis, embora em proporção insuficiente que poderão ser melhor aproveitados mediante ação organizada.

Mais especificamente, a melhoria das condições de saneamento podem evoluir satisfatoriamente se houver alguma intervenção deliberada. A rede de esgoto dispõe de um bom projeto ao qual só resta dar execução. Quanto ao abastecimento de água, dispõe de mananciais suficientes, de boa qualidade, ainda não captados em sua totalidade e a rede existente, embora precária, é suscetível de aproveitamento desde que sejam executadas obras complementares de aumento e correção que, no caso, podem ser simples e relativamente pouco dispendiosas.

Da mesma forma, na parte de assistência médico-sanitária e hospitalar, a concretização da instalação de sede do Distrito Sanitário em São Sebastião (que em agosto tornou-se decisão definitiva da Secretaria da Saúde do Governo do Estado) e consequente transformação da Unidade Sanitária em tipo mais completo (tipo III de acordo com critério da Secretaria da Saúde), carreará para as atividades de saúde do município maiores disponibilidades humanas, materiais e financeiras que propiciarão

melhor oportunidade de racionalização de trabalho e conseqüente melhoria na cobertura da assistência médico-sanitária e hospitalar.

Por outro lado, as ações de mudança nos outros aspectos de saúde, sofrerão muito em sua rentabilidade, caso não se fortaleça a estrutura básica necessária.

Além desses fatores observa-se que fora do setor de saúde, mas de repercussão forçosa na sua área está o desenvolvimento do município, já delineado através dos novos fatores de progresso que produzirão melhorias no nível de vida. O estabelecimento de novas indústrias e as melhores condições de operatividade do porto, aliados ao término previsto para futuro próximo das rodovias projetadas e em execução, permite previsão de crescimento populacional, pela população migratória que afluirá atraída por novas frentes de trabalho. Face às melhorias de comunicação e acesso, também ocorrerá aumento da população flutuante.

Esse desenvolvimento fortalece as condições de mutabilidade dos aspectos prioritários das atividades de saúde do município, permitindo o estabelecimento de proposições de encaminhamento das soluções a nível de programação e ante-projeto.

Na suposição de que não se modifiquem as ações de saúde aplicada na atualidade, a situação tende a agravar-se progressivamente. Um prognóstico em termos de dados populacionais e de ações já em andamento por si só evidencia essa afirmação.

Se, atualmente, as condições, recursos e equipamentos de saúde são insuficientes, tenderão fatalmente para a deteriorização em face do aumento da demanda que ocorrerá com o crescimento populacional e o desenvolvimento previsto.

B.3.8 Conclusões:

Em face da avaliação e do prognóstico, surge a evidência da responsabilidade social de satisfazer as necessidades já existentes para que não ocorra deterioração prevista.

Essa responsabilidade deve ser partilhada pelas autoridades governamentais e pela comunidade, através de esforços conjuntos, agindo no sentido da expansão das ações de saúde.

Em vista disso, caberá ao governo propiciar mudanças, procurando, inicialmente satisfazer as áreas prioritárias de estrutura básica no que se refere ao saneamento básico e à assistência médico-sanitária e hospitalar.

À comunidade, como principal interessada na melhor prestação de serviços para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, cabe organizar-se não só em termos de melhor aproveitamento dos recursos de que possam dispor, como também para exercer sua ação de pressão a fim de acelerar a ação governamental.

B.4. Proposições e elaboração dos Programas e Ante-Projetos:

Introdução:

Dados populacionais e de estatística vital utilizados para elaboração dos programas e ante-projetos:

-População total dos municípios de São Sebastião, Ilha Bela, Caraguatatuba e Ubatuba, estimada pelo método geométrico.

TABELA 20

População total estimada * para os municípios de São Sebastião, Ilha Bela, Caraguatatuba e Ubatuba de 1950 para 1980.

Municípios Anos	S.Sebastião	Ilha Bela	Caraguatatuba	Ubatuba
1950	6033	5066	5429	7941
1960	7450	5118	9724	10250
1969	9426	5473	16662	13678
1970	9679	5541	17585	14132
1971	9939	5615	18540	14600
1972	10207	5690	19546	15082
1973	10483	5766	20607	15580
1974	10766	5843	21726	16320
1975	11057	5920	22906	16860
1976	11355	6000	24150	17416
1977	11662	6080	25461	17991
1978	11977	6161	26843	18585
1979	12300	6243	28300	19198
1980	12632	6326	29836	19831

* População estimada até 1971 pelo D.E.E.

- População infantil urbana do município de São Sebastião, segundo a idade para 1971, 1975 e 1980, estimada a partir dos multiplicadores de Sprager.

TABELA 21

População infantil urbana estimada para 1971, 1975 e 1980.

Segundo a idade

Anos Idade	1971	1975	1980
0 ← 1	213	235	262
1 ← 2	199	220	244
2 ← 7	872	964	1072
7 ← 12	803	878	973
Total	2087	2297	2551

- Mortalidade Geral calculada para 1969 , a partir de registros de óbitos do Cartório de São Sebastião.

Coeficiente de Mortalidade Geral:
= 9,4 / 1000 habitantes

- Mortalidade Infantil em 1969.
Calculada a partir de registro de óbitos de menores de 1 ano e dados do número de nascimentos vivos do Cartório de São Sebastião.

Coeficiente de mortalidade infantil:
= 100 /1000 nascidos vivos

- Natalidade calculada para 1969, a partir de dados de nascidos vivos registrados ' no Cartório de São Sebastião e da população total estimada para o ano.

Coeficiente de natalidade: 3,8 /1000 hab

B.4.1. Saneamento Básico

Concepção Geral do Remanejamento do Sistema de Abastecimento de Água de São Sebastião:

Introdução:

Tendo em consideração as deficiências observadas nas diferentes unidades componentes do Sistema de Abastecimento d'Água de São Sebastião, verificou-se a necessidade da formulação de uma série de proposições que poderão sanar tais deficiências.

Os dados básicos do estudo de remanejamento do Sistema de Abastecimento d'Água foram fornecidos por:

- Prefeitura Municipal de São Sebastião
- F.E.S.B.
- FUMEST
- Petrobrás
- Confrio

População de Projeto

No relatório feito pelos engenheiros' do antigo DOS consta uma estimativa de população para a cidade de São Sebastião de 17.300 habitantes para 1985, assim caracterizada:

- população fixa: 15 000 habitantes
- " flutuante: 2 300 habitantes

Para fins de projeto tomou-se como base tal população desde quando ela foi estimada a partir de critérios considerados aceitáveis' para a previsão de populações.

Demanda Média Anual de Água

Demanda Industrial e Portuária

- Petrobrás: 860 m³/dia
- Confrio : 550 m³/dia
- Instalações Portuárias: 540 m³/dia

Demanda Doméstica, Pública e Comercial

- Bairro São Francisco e Praia das Cigarras -
- 500 m³/dia

- São Sebastião:

- População: 17 300 habitantes
- Consumo médio "per capita": 200 l/hab. dia
- Coeficiente do dia de maior consumo: 1,25
- " da hora de " " : 1,50
- " da hora de menor " : 0,50
- Demanda de água: 17 300 x 0,200 = 3460 m³/dia

Demanda Total de Água

$$Q = 860 + 550 + 540 + 500 + 3460 = 5910 \text{ m}^3/\text{dia}$$

Vazão instantânea no dia de maior consumo.

$$q = \frac{(860+550)}{86400} + \frac{(540+500+3460) \times 1,25}{86400}$$

$$= \frac{1410}{86400} + \frac{5630}{86400} = (0,016 + 0,065) \text{ m}^3/\text{seg}$$

$$= (16 + 65) \text{ l/seg} = 81,0 \text{ l/seg}$$

Disponibilidade de Água:

Os dois mananciais dão as seguintes vazões instantâneas mínimas:

- Corrego do Outeiro: 10,0 l/seg
- " São Francisco: 70,0 l/seg

Total : 80,0 l/seg

Portanto, segundo os critérios adotados: de população, de consumo médio "per capita", de coeficiente de variação diária e, baseados nos consumos industriais fornecidos pelas diversas entidades já mencionadas, as vazões mínimas dos mananciais, neste estudo, serão aproveitadas integralmente.

Área a ser Abastecida:

A área total a ser abastecida é cerca de 390 hectares. Acha-se marcada em planta anexa, em escala 1:10 000, fornecida pela Prefeitura de São Sebastião. A área em questão está compreendida entre o contorno litorâneo e a curva de nível de cota 15,0 m.

Fixou-se como limite a cota 15, desde quando as regiões acima desta cota são bastante acidentadas, praticamente inabitáveis.

Na área total não estão incluídas as das glebas "B" e "C" da Petrobrás, porque para o atendimento delas já foi considerada, à parte, a vazão de 10,0 l/seg.

Critério Adotado para o Dimensionamento das Linhas-Tronco e Canalizações Principais Componentes da Rede Distribuidora:

Para o dimensionamento destas canalizações adotou-se o método da vazão específica por unidade de área (l/seg. Ha), que é o quociente da divisão da vazão instantânea na hora de consumo máximo do dia de maior consumo pela área total a ser abastecida.

Vazão Instantânea na Hora de Maior Consumo do dia de Consumo Máximo:

$$q_1 = \frac{550 + (540 + 500 + 3\ 460) \times 1,25 \times 1,50}{86\ 400}$$

$$= \frac{550 + 8440}{86\ 400} = \frac{8990}{86400} = 0,104 \text{ m}^3/\text{seg} = 104 \text{ l/seg}$$

Área Total

$$A = 390,0 \text{ Ha}$$

Vazão específica:

$$q_{s_1} = \frac{q_1}{A} = \frac{104 \ell/s}{390 \text{ Ha}} = 0,267 \ell/\text{seg. Ha}$$

Vazão Instantânea na Hora de Menor Consumo do dia de Consumo Máximo:

$$q_2 = \frac{550 + (540 + 500 + 3460) \times 1,25 \times 0,5}{86\ 400} = 0,039 \text{ m}^3/\text{seg} \\ = 39,0 \ell/\text{seg}$$

Vazão Específica:

$$q_{s_2} = \frac{39 \ell/s}{390 \text{ H}} = 0,10 \ell/\text{seg. Ha}$$

Vazões Correspondentes às Áreas Parciais:

$$q = q_s \times A$$

ÁREAS (Ha)	VAZÕES (ℓ/seg)		ÁREAS (Ha)	VAZÕES (ℓ/seg)	
	MÁXIMAS	MÍNIMAS		MÁXIMAS	MÍNIMAS
17,60	4,70	1,76	7,50	2,00	0,75
9,40	2,50	0,94	30,00	8,00	3,00
70,00	18,70	7,00	24,75	6,60	2,47
60,00	16,00	6,00	18,00	4,80	1,80
18,75	5,00	1,89	20,00	5,40	2,00
28,75	7,70	2,87	60,00	16,00	6,00
26,00	6,90	2,60			

Condições de Vazão das Atuais Linhas-Tronco:
Linha-Tronco em Ferro-Fundido, ϕ 250mm.,
construída em convênio Petrobrás-Prefeitura
Esta canalização não abastece em
marcha desde o reservatório (junto à capta-
ção no córrego São Francisco) até o ponto em
que abastece as instalações da Petrobrás.

De acordo com o convênio firmado en-
tre a Prefeitura e a Petrobrás, esta canali-
zação deverá fornecer à Petrobrás, no ponto
de bifurcação, a vazão de 10,0ℓ/seg, sob
pressão dinâmica de 30,0 m.c.a.

Esta canalização tem as seguintes
características:

- comprimento: 5 700 m
- material: ferro fundido comum
- diâmetro: 250 mm
- coeficiente C da fórmula de Hazen-Williams adotado para o final do plano (1985): 100

Outros elementos necessários ao cálculo da va-
zão:

- cota do terreno no ponto de bifurcação: = 5,5m

- pressão disponível requerida no ponto de bifurcação: 30,0 mca
- cota do nível médio de água no reservatório. (Junto à captação no córrego São Francisco: 60,0 m).

Cálculo da Vazão:

- disponibilidade de carga: $h = 60,00 - (30,0 + 5,5) = 24,5$ m
- perda de carga unitária: $J = 24,5 / 5700 = 0,0043$ m/m
- vazão: $(Q)^{1,85} = J/r = 0,0043 / 1,8 = 0,0024$
Portanto: $Q = 39,0$ l/seg

Sobram, pois, para o abastecimento da cidade de São Sebastião:

$$39,0 - 10,0 = 29,0 \text{ l/seg}$$

Como a demanda total é de 81 l/seg (= 80,0), necessitaremos de canalizações (linhas-tronco) capazes de aduzir:

$$80,0 - 39,0 = 41,0 \text{ l/seg}$$

Considerando que a atual linha tronco do córrego do Outeiro tenha capacidade para aduzir os 10,0 l/seg disponíveis, resta pois dimensionar uma linha tronco partindo do córrego São Francisco e que tenha capacidade para aduzir a vazão de:

$$41,0 - 10,0 = 31,0 \text{ l/seg}$$

Linha Tronco do Córrego do Outeiro:

Esta canalização é composta de tubos nos seguintes diâmetros: 200 mm (ferro fundido comum); 150 mm (fibro-cimento) e 100 mm (ferro fundido comum). A depender do estado de conservação em que se encontra esta canalização, ela é capaz de aduzir, com segurança a vazão mínima disponível de 10,0 l/seg.

Dimensionamento da Rede Distribuidora:
Linhas-Tronco:

São consideradas no estudo em questão duas linhas-tronco. Uma delas (existente) proveniente do córrego do Outeiro. A outra proveniente do córrego São Francisco e que deverá ser interligada com a linha da Petrobrás-Prefeitura, logo após o ponto em que parte a derivação para as instalações da Petrobrás. Estas duas linhas deverão ser interligadas num ponto situado à Rua Dr. Armando Salles de Oliveira. Do ponto de união destas duas linhas partirá uma canalização que irá alimentar um reservatório de fusante (vide plantas anexas).

Estas duas linhas-tronco foram dimensionadas de modo a atender às horas de consumo máximos e mínimos.

PLANILHA DE CÁLCULO

	Comprimento (m)	Diâmetro (mm)	HORA DE MAIOR CONSUMO		HORA DE MENOR CONSUMO	
			vazão (l/s)	P. de carga (m)	vazão (l/s)	P. de carga (m)
1- 2	1 550	200	36,00	16,00	31,00	10,80
2- 3	700	200	20,00	2,90	25,00	3,85
3- 4	500	200	14,60	1,20	23,00	2,40
4- 5	600	200	9,80	0,70	21,20	2,40
5- 6	550	200	3,20	0,20	18,72	1,93
6- 7	1 000	200	- 4,80*	- 0,20	15,72	2,40
7- 8	600	200	- 6,80*	- 0,30	14,97	1,26
8- 9	350	200	-13,70*	- 0,50	12,37	0,56
9-10	350	300	10,30	-	41,37	0,70
10-11	500	300	2,60	-	38,50	0,90
11-12	500	300	-39,30*	- 0,90	22,80	0,20
12- R	200	300	-34,30*	- 0,30	30,93	0,20
12-13	1 700	vários	10,00	19,70	10,00	27,60

* vazões de sentido contrário ao estabelecido.

Vazões (em l/s) a serem aduzidas

LINHAS TRONCO	hora de maior consumo	hora de menor consumo
Do córrego do Outeiro (Ø vários)	10	10
Do córrego São Francisco (Ø 200mm)	36	31
Do córrego São Francisco (Ø 250mm)	34	39
Total	80	80

Canalizações Principais:

Procuramos dimensionar estas canalizações de modo que nos pontos mais desfavoráveis (mais afastados do reservatório, ou de cotas mais elevadas) não haja pressões dinâmicas inferiores a 10,0 m.c.a. O critério de dimensionamento foi o das velocidades limites. São canalizações de 150mm de diâmetro e se acham interligadas formando anéis.

Canalizações Secundárias:

Estas canalizações não podem ter diâmetros inferiores a 50mm. Serão abastecidas pelas canalizações principais. Para efeito de economia de válvulas e conexões as canalizações secundárias não deverão ser interligadas (vide modelo nas plantas anexas)

Reservatório de Distribuição:

Critério de Dimensionamento-

Deverá ter capacidade para atender às variações horárias de consumo e às demandas de emergência. Terá capacidade de armazenamento

igual a 1/3 do volume de água consumido no dia de maior solicitação. Para o seu dimensionamento não levamos em consideração os consumos da Confrio, pois esta tem reserva própria, nem os consumos da Petrobrás, a qual, conforme convênio, será abastecida por uma vazão constante de 10,0 l/seg sob pressão de 30,0 m.c.a.

Capacidade

$$V = \frac{1}{3} (540 + 500 + 3\ 460) \times 1,25$$

$$V = \frac{1}{3} \times 4500 \times 1,25 = 1875 \text{ m}^3 \approx 2\ 000\ 000 \text{ l}$$

Localização:

Terá a mesma localização estabelecida pela Prefeitura Municipal, conforme a planta que recebemos, e deverá satisfazer as seguintes condições:

- cota da lage de fundo: 30,00 m.
- cota do nível médio da água: 32,00 m.
- cota do nível máximo da água: 34,00 m.

Tratamento da Água:

Cloração e Correção de pH:

Considerem-se como prioritário este tipo de tratamento. As águas dos córregos São Francisco e do Outeiro não possuem tratamento algum. Segundo as análises físico-químicas realizadas, as águas daqueles córregos revelaram serem elas de boa qualidade, porém, é mister frisar que somente foi analisada uma amostra de água de cada um dos mananciais. Para melhor avaliação das qualidades das águas deverão ser feitas outras análises principalmente em épocas de chuva.

Nas imediações da captação de água no córrego São Francisco existem já instalados equipamentos necessários para cloração e correção de pH, enquanto que no sistema do córrego do Outeiro deverão ser instalados equipamentos semelhantes, porém, para a vazão de 10,0 l/seg

Para que se possa processar a operação dos equipamentos citados, há necessidade imediata de contratar pessoal, o qual poderá ser treinado dentro dos programas específicos do CETESB, órgão do FESB, para treinamento de pessoal de municípios do interior.

Fluoretação:

Neste estudo recomenda-se que seja feita a fluoretação da água para efeito de prevenção da cárie dentária. Para tal finalidade, deverão ser instalados aparelhos dosadores de fluor com capacidade suficiente para prover a água de abastecimento com um teor de fluor de 1.0 mg/l.

Filtração:

As águas dos dois córregos por ocasião de chuvas apresentam-se com elevada turbidez, conforme informações que tivemos da atual administração do Serviço de Abastecimento de Água. Devido às características topográficas das regiões onde se encontram instaladas as duas captações, no córrego do Outeiro e no do São Francisco, achamos mais adequado o emprêgo de filtros rápidos de pressão. Nas regiões citadas as tomadas de água estão em cota tal que permite por meio de condutos forçados alimentar os filtros com água sôbre pressão suficiente.

No projeto dos filtros deverá ser estudada a necessidade ou não de prover os filtros com equipamentos que permitam o tratamento químico da água por meio de sulfato de alumínio. Tal estudo deverá ser feito após a conclusão das obras de revestimento do canal da Light (já previstas pela Prefeitura local), canal esse responsável pela maior parte da turbidez apresentada pela água por ocasião das chuvas.

Etapas de Execução do Projeto

Etapa I - (até 1972)

Recomenda-se que nesta Etapa seja pôsto em execução o seguinte:

- Revestimento do canal da Light
- Contratação de pessoal e treinamento
- Cloração e correção de pH da água;
- Detalhamento do projeto da linha tronco do córrego São Francisco e a execução deste projeto.
- Detalhamento do projeto das linhas principais e a execução de parte deste projeto.
- Reforma das instalações de captação no córrego do Outeiro.

Etapa II - (1973 - 1974)

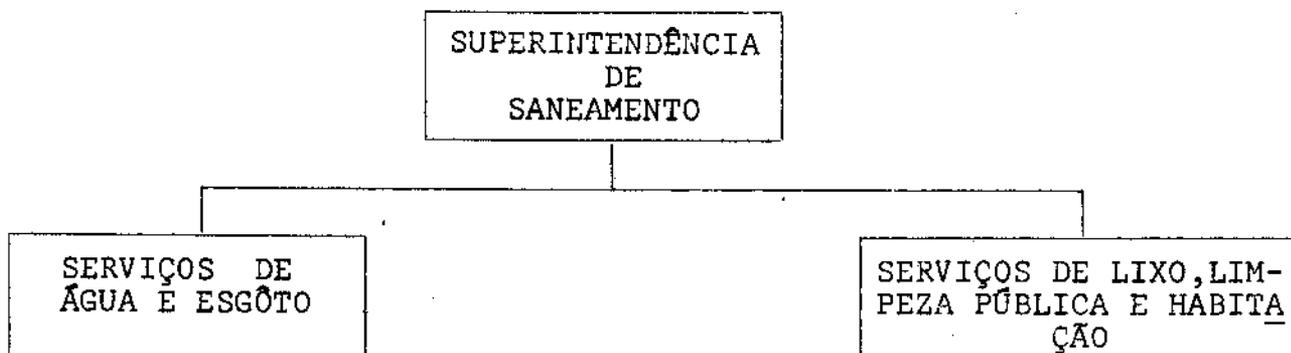
- Execução do restante das linhas principais;
- Detalhamento do projeto da rede distribuidora e execução de parte dela;
- Aquisição ou construção da sede da Administração do Serviço.

Etapa III - (1975 - 1977)

- Instalação de aparelhos dosadores de fluor.
- Execução do restante da rede distribuidora.
- Detalhamento do projeto do reservatório de distribuição e execução deste projeto;
- Instalações dos filtros rápidos de pressão.

Responsabilidade Funcional:

Levando-se em consideração de um lado a população de São Sebastião com baixo poder aquisitivo e de outro a alta responsabilidade do problema de saneamento, propõe-se a criação de um Órgão Autônomo ligado à Administração Municipal e que responda por todos os serviços de saneamento conforme o organograma que se segue.



A direção do órgão deverá ficar sob a responsabilidade de um engenheiro sanitarista, e os diferentes serviços de que se compõe deverão ser confiados a pessoal de nível médio, devidamente treinado.

É necessário dotar o órgão de um regulamento simples e eficiente que fixe suas diretrizes. Nesse regulamento deve ser previsto em caráter prioritário:

No sistema de Abastecimento de Água:

- condições prévias para obtenção de ligação predial;
- requisitos técnicos da instalação;
- infrações;
- taxas e tarifas;
- direitos e deveres dos consumidores.

No sistema de Esgotos Sanitários:

- condições prévias para obtenção de ligação;
- requisitos técnicos do ramal predial: diâmetro mínimo e declividade mínima;
- exigência de separação das águas pluviais;
- ventilação dos ramais;
- infrações;
- taxas e tarifas;
- direitos e deveres do consumidor.

Na elaboração do regulamento em questão, deve ser tomado como base o recém-aprovado Código Sanitário do Estado de São Paulo.

Tôdas as atividades da Superintendência de Saneamento deverão ser interpretadas ao público no sentido de:

- fazê-lo conhecer a relação dessas atividades com a saúde da comunidade;
- criar atitudes favoráveis para com os aspectos do saneamento;
- conseguir a participação da comunidade no uso adequado dos serviços oferecidos;
- despertar na comunidade sua responsabilidade no financiamento dos serviços de saneamento.

Instalações da Administração:

Para a instalação do órgão administrativo deverão ser providenciados em local adequado, de fácil acesso e controle, as seguintes dependências com as respectivas áreas:

- Para a administração; compreendendo as salas para localização dos escritórios de serviços internos e de atendimento ao público: 100,00m² de área construída;
- Para serviços gerais:
 - Depósito de material leve, ferramentas e oficinas para pequenos reparos: 50,00m²;
 - Pátio sem cobertura, porém cercado, para guarda de material pesado e viaturas : 200,00 m².

Pessoal:

Para a administração do órgão, operação e manutenção dos sistemas de água e esgoto há necessidade de contratação de pessoal, assim distribuído:

Na superintendência:

- 1 engenheiro sanitarista

Na administração geral:

- 1 técnico em contabilidade
- 2 auxiliares de escritório

Nos serviços de Água e Esgoto:

- 1 encarregado do serviço (nível médio)
- 2 operadores de tratamento
- 5 auxiliares de operador
- 1 operador de bombas
- 3 auxiliares de operador
- 1 artífice encanador
- 5 trabalhadores braçais

Não foi feita aqui previsão de pessoal necessário aos serviços de Lixo, Limpeza Pública e Habitação pois este aspecto será objeto de um outro estudo.

Cálculos efetuados dão uma previsão de despesa mensal com pessoal acima de Cr\$ Cr\$ 9 000,00/mês.

Estimativa de Custos para a Implantação da Etapa I

- Aquisição de tubulações de ferro fundido comum nos diâmetros de Ø 150mm., Ø 200mm., 300mm., e assentamentos: Cr\$ 580 000,00
 - Detalhamento do projeto: Cr\$ 10 000,00
 - Revestimento do Canal da Light: Cr\$ 30 000,00
 - Reforma da captação no córrego do Outeiro: Cr\$ 20 000,00
 - Aquisição e assentamento de aparelho dosador de cloro e aparelho para correção de pH na captação do córrego do Outeiro: Cr\$ 10 000,00
- Totals : Cr\$ 650 000,00

Tarifas e Taxas:

No cálculo das tarifas e taxas deve -se tomar como base as despesas: com amortização e juros decorrentes do financiamento, com pessoal e com a operação e manutenção dos dois sistemas. É evidente que se deve levar em conta o poder aquisitivo da população local. Deve-se envidar todos os esforços para que estes dois sistemas (água e Esgoto) sejam auto-suficientes.

Medição de Água:

Achamos indispensável a instalação de hidrômetros em todas as unidades abastecidas, pelas seguintes razões:

- alto investimento inicial
- altos custos de manutenção (oficinas de reparos, mão de obra especializada etc);
- grande probabilidade de baixos consumos domiciliares devido ao baixo padrão da maioria das unidades residenciais.

Não obstante as razões expostas, o FESB pretende instalar medidores em todas as unidades residenciais dos municípios servidos por Serviços de Abastecimento de Água.

Recomenda-se a instalação de medidores nas unidades de grande consumo, tais como:

- indústrias
- instalações portuárias
- fontes e repuxos
- postos de lavagem e lubrificação de veículos
- hospitais
- hotéis
- bares e restaurantes
- outras instalações de grande consumo

Sistema de Esgotos Sanitários:

Conforme citação anterior, está em execução parte do sistema de esgotos sanitários da área urbana. A obra está sendo financiada pelo FUMEST, contando assim com a devida fiscalização e assistência técnica deste órgão.

Uma análise global do Projeto de Esgotos Sanitários permite verificar que o mesmo é a solução técnica mais satisfatória para o problema.

Daí recomendar-se que nas diversas etapas de construção do Sistema de Esgotos Sanitários haja uma fiel observância do Projeto.

B.4.2. Assistência Médico-Sanitária

B.4.2.1. Unidade Integrada de Saúde

B.4.2.1.1. Hospital de Clínicas de São Sebastião

Introdução:

O Hospital de Clínicas de São Sebastião, por ser centro polarizador da assistência médico hospitalar, não só do município mas de toda a região do litoral norte, representado por: Ilha Bela, Caraguatatuba e Ubatuba, deverá ser enquadrado como um Hospital Regional.

Os hospitais locais de Ilha Bela, Ubatuba e Caraguatatuba terão, como retaguarda, o Hospital Regional de São Sebastião e este, por seu turno, será vinculado ao Hospital Base que for de mais fácil acesso (Santos ou Taubaté), de acordo com decisão da Coordenadoria de Assistência Hospitalar do Estado.

Responsabilidade Funcional:

O Estado deverá prever dotações de acordo com o enquadramento como Hospital Regional.

A Municipalidade de São Sebastião deverá subvencionar o Hospital, no que diz respeito às despesas do Pronto Socorro, setor da alçada municipal. (Lei Orgânica dos Municípios).

Seria oportuna a participação das indústrias de São Sebastião na manutenção do Hospital, considerando a influência das mesmas no município e a assistência médico-hospitalar à disposição de seus servidores.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) também deverá atualizar sua participação na manutenção do Hospital, de acordo com a assistência prestada aos seus beneficiários.

Objetivos:

De acordo com os diagnósticos estabelecidos, na primeira etapa, respeitando o mais possível as instalações atuais, as proposições deverão contribuir para a melhoria da Estrutura Administrativa da Instituição e da qualidade assistencial dos pacientes internados.

Numa segunda etapa, respeitando as normas técnicas vigentes e a área disponível, adequar o hospital a fim de que sua capacidade operacional seja a

mais próxima possível da capacidade de planejamento, com distribuição conveniente dos setores técnicos e administrativos, visando todas as medidas indispensáveis à boa qualidade assistencial dos pacientes.

Como etapa final, deverão ser preenchidos todos os requisitos técnicos, administrativos e físicos de um hospital regional, dentro da conceituação da Coordenadoria da Assistência Hospitalar e da Cátedra de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Determinação dos Padrões e Avaliação das Necessidades:

Os padrões e as avaliações das necessidades a serem propostas serão os teoricamente recomendados, de acordo com critérios técnicos que servirão como modelo de saúde.

A adequação dessas proposições será definida através de prioridades e programas a serem desenvolvidos a curto, médio e longo prazo.

Leitos - Curto Prazo (1971):

Dentro das limitações dos dados disponíveis no município de São Sebastião, procurou-se estimar as suas necessidades em leitos hospitalares.

Dentro dos critérios de Mountin, Pennell e Hoge, seriam necessário em São Sebastião cerca de 45 leitos de hospital geral (4,5 leitos por 1.000 habitantes), número que seria suficiente para acomodar todas as pessoas do município que necessitassem de hospitalização, exceto os portadores de tuberculose e doenças mentais.

Dentro das normas estabelecidas pela lei Hill-Burton, São Sebastião poderia ser considerada comunidade tipo "base", com uma densidade populacional de 20 habitantes por Km² (10.000 ÷ 507) com a mesma necessidade de leitos hospitalares referidos no critério de Mountin e Col.

Aplicando os critérios adotados pela Cadeira de Administração Hospitalar da F.S.P., calculou-se o coeficiente leito-óbito para o município de São Sebastião:

<u>Total de doentes-dia em 1969</u>	=	<u>17.407</u>
Total de óbitos em 1969		114

$$\div \frac{1}{365} = 0,50$$

Para um total de 114 óbitos registrados em cartório, em 1969, cerca de 87 deles ocorreram no hospital (76,3%)

O coeficiente de mortalidade geral do município em 1969, foi de 11,4% dos quais aproximadamente 76% ocorreram no hospital. Poder-se-ia dizer que, considerando só óbitos hospitalares, o coeficiente específico de mortalidade \uparrow foi de 8,7%.

Nesse critério a necessidade em São Sebastião, no momento, é de 4,5 \uparrow leitos por 1.000 habitantes, (8,7 \times x 0,50).

De acordo com a estimativa populacional, cerca de 10.000 habitantes para 1970, o número de leitos gerais necessários seria de aproximadamente \uparrow 45.

Entretanto, considerando a alta porcentagem de ocupação dos leitos atuais, o raio de atendimento constatado e a necessidade sentida junto aos médicos do hospital, a proporção de 4,5 L/1.000 hab., calculada teoricamente não atende às condições ora existente no local. Por não corresponder aos achados de diagnósticos, e a capacidade atual do hospital, adotou-se a proporção de 6 leitos por 1.000 habitantes como padrão. Sendo assim, a necessidade de leitos hospitalares deverá ser em torno de 60.

A distribuição dos leitos por especialidades, deverá continuar sendo a atualmente existente.

Médio Prazo - 1975

Mantendo o critério adotado inicialmente e a proporção de 6 L/1.000 hab. a necessidade de leitos hospitalares de São Sebastião, para 1975, de acordo com a estimativa populacional será de aproximadamente 70 leitos.

A distribuição dos leitos deverá ser a seguinte:

Pediatria	-	25 leitos
Obstetrícia	-	10 leitos
Clínica Geral e Traumatologia	-	35 leitos

Longo Prazo - 1980

As necessidades hospitalares para 1980 deverão ser calculadas na base

de 7 L/1.000 hab., tendo em vista diversos fatores entre os quais:

- Ser Hospital Regional
- Ampliação das especialidades médicas
- Ser sede de Distrito Sanitário do Litoral Norte
- Melhoria das vias de comunicação (Rodovia Rio-Santos)
- Intensificação do turismo que a carretará o aumento da população^T flutuante.

Sendo assim, considerando a estimativa populacional para 1980, o número de leitos necessários para São Sebastião será de aproximadamente 100.

A distribuição dos leitos por especialidade deverá ser:

Pediatria - 40 leitos
 Obstetrícia - 12 leitos
 Clínica Médica e Cirúrgica - 40 leitos
 Berçário - 15 berços comuns
 3 berços aquecidos
 3 incubadoras
 Ortopedia - 8 a 10 leitos

Pessoal:

Dentro dos padrões teoricamente recomendados, o número de servidores, de acordo com a avaliação acima será o seguinte:

1971...	1,5 servidores leito:	90 servi
		dores
1975...	2 servidores leito:	140 servi
		dores
1980...	2 servidores leito:	200 servi
		dores

Área Construída:

Segundo a Cadeira de Administração Hospitalar da F.S.P. da U.S.P. o padrão de área construída é de 40 a 60 m² por paciente.

Dentro deste critério, as necessidades de área construída serão de:

1971 -	2.400 a 3.600 m ²
1975 -	2.800 a 4.200 m ²
1980 -	4,000 a 6.000 m ²

Definição de Prioridades:

De acordo com os diagnósticos feitos, as prioridades definidas são:

- Controle estatístico e contábil
- Melhoria dos recursos humanos
- Controle do pessoal
- Integração funcional entre o Hospital e a Unidade Sanitária.

Programas a serem desenvolvidos a curto, médio e longo prazo:

A Curto Prazo - (1971):

Organização Administrativa:

Completar o quadro administrativo com:

- Formação de elementos da Direção através de cursos de administração Hospitalar, para exercer as funções de Diretor.

- Contador qualificado para desenvolver um rigoroso sistema contábil com controle financeiro e de bens da instituições.

- Almoxarife para racionalização do funcionamento do almoxarifado.

Reorganização de setores indispensáveis à administração:

- Enfermagem, nutrição e lavanderia.

Controle estatístico, contábil, financeiro, de material e de pessoal.

O controle estatístico será atribuído ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (S.A.M.E.) contando com um sistema de coleta e análise de dados estatísticos, integrando Hospital e Unidade Sanitária.

Na estatística hospitalar, a organização administrativa deverá fornecer informações de modo a permitir o mínimo mensal de cálculos dos seguintes índices e coeficientes hospitalares, globais e setoriais:

- coeficiente de mortalidade hospitalar:

- geral
- específico
- pós operatórios
- não-natais
- materna
- pós anestésico

- média de permanência

- porcentagem de ocupação

- intervalo de giro

- índices de infecção e complicações pós operatórias

- produção do centro cirúrgico e centro obstétrico

- procedência de pacientes

- produção do ambulatório

- distribuição dos pacientes internados por sexo, grupo etário e entidade de mantenedora

- distribuição nosológica dos pacientes internados obedecendo a oitava' revisão da classificação internacional de doenças, lesões e causas de o

bitos. (Organização Panamericana de Saúde).

- produção por médico (internações, operações, atendimentos, ambulatório, óbitos).

O controle contábil e financeiro do hospital deverá constar de:

- registro em livros contábeis
- levantamento de custos mensais e anuais de todos os centros de custos do hospital
- avaliação do custo do paciente-dia com a discriminação das despesas por centro de custo
- registros separados segundo centros de custos, material permanente, de consumo e fornecedor
- balancetes e balanços periódicos
- controle dos bens imóveis (valorização, depreciação e aquisições)
- cadastramento dos bens móveis, com identificação por peça e fichário por peça, constando data de aquisição, fornecedor, procedência, preço de aquisição, localização, destino e descrição.

O controle do pessoal dará especial atenção a:

- número de servidores em exercício
 - afastados
 - admitidos
 - demitidos
- absenteísmo do pessoal (por setor, por dia da semana, por motivos)
- pontualidade (por setor e por período)
- controle periódico do tempo ocioso (por função e por setor)
- controle das condições de saúde do pessoal (por função e por setor).

O controle do material deverá incluir:

- controle de todo o material de consumo do almoxarifado e da farmácia, em fichas por espécie, constando estoque, entradas, saídas (data, quantidade, destino, procedência)
- controle do instrumental médico, cirúrgico e dos utensílios por espécie, constando data e preço de aquisição, fornecedor, quantidade, especificação (descrição), localização e destino.
- controle de inutilizações, perdas e consertos (por setor e por material).
- controle de requisições, por setor de consumo.

Edificação e Instalações:

Dentro do pequeno espaço de tempo, poucas cousas poderão ser executadas, no que diz respeito à edificação e instalações do Hospital de Clínicas de São Sebastião.

Algumas medidas adotadas pela Direção da instituição (reforma do Pronto Socorro e construção das dependências para o setor de Radiodiagnóstico) contribuirão em parte para melhorar as condições de serviço.

Entretanto, do diagnóstico feito através de levantamento, existem algumas medidas que se impõem de imediato:

- a Unidade de Internação não tem espaço adequado para abrigar o número de leitos existentes de acordo com as normas técnicas vigentes. Entretanto, considerando a porcentagem de ocupação cerca de 90%, depreende-se que a capacidade de leitos está aquém da demanda, o que não nos autoriza sugerir a sua redução.

As áreas mais deficitárias são a pediatria (2,1m²/leito) e o berçário (1,1m²/berço), devendo ser estudada uma reformulação das suas instalações ou do número de leitos e berços existentes.

No berçário deverá ser previsto área de isolamento de recém-nascidos patológicos.

- a Unidade do Centro Cirúrgico deverá dispor de armário ou dependência para guarda de material de anestesia, e de uma sala para cirurgia de otorrinolaringologia, assim que possível.
- o centro de Material Esterelizado não tem possibilidade imediata de ampliação, mas deverá ser estudada uma distribuição mais funcional, separando o material contaminado do esterilizado, evitando assim o cruzamento entre eles.
- a Farmácia e o Almojarifado, deverão dispor de instalações centralizadas, com organização e controle (+ ou - 20m²).
- o lactário está inadequado e deverá mudar de localização, dentro das possibilidades.

As limitações de espaço físico, e de recursos financeiros do hospital impedem outras proposições.

A Médio Prazo - 1975

Organização Administrativa

- estabelecer uma estrutura administrativa, de acordo com o organograma (anexo 11) e que contenha:
 - conselho deliberativo constituído por 7 membros da comunidade, sendo o seu agente executivo, o Diretor do Hospital.
 - o Diretor deverá ter um assessoramento em planejamento, programação e previsão, que trabalhe em coordenação com todos os setores da instituição, particularmente com os centros de controle. (SAME e contabilidade).
 - corpo clínico com diretor clínico subordinado ao Diretor do hospital.
 - o Setor Técnico Administrativo dirigido por administrador, subordinado ao Diretor do hospital.
 - Coordenação entre o Hospital - Unidade Sanitária e Conselho de Saúde da Comunidade.
 - elaborar um regulamento do hospital, estabelecendo:
 - suas finalidades:
 - Assistencial;
 - Campo de Treinamento de pessoal hospitalar;
 - Educação Sanitária da população tendo em vista a oportunidade de orientação de pacientes e seus familiares.

Edificações e Instalações:

Dentro das disponibilidades de área, das possibilidades de aproveitamento das dependências atuais da U.S. e do aumento da demanda de pacientes nos próximos anos, uma ampla reformulação de instalações e ampliação de edificação se impõe:

1º deslocamento do laboratório, da cozinha, e da lavanderia, para os fundos do terreno, no resto de área disponível.

2º- Reformulação do Centro Cirúrgico, com adequação ao mínimo necessário ; para funcionar como Centro Cirúrgico Obstétrico.

3º- Redistribuição das enfermarias, do Berçário, do lactário e das dependências administrativas.

4º- Deslocamento do radiodiagnóstico para o corpo do Hospital, próximo ao Pronto Socorro. Essas proposições estão sintetizadas no anexo 12, prevenindo uma capacidade de + ou - 70 leitos assim distribuídos:

Pediatria:	25 leitos
Clínica Geral e	
ORTOPEDIA	35 leitos
Obstetrícia:	10 leitos
Berçário:	12 berços
	2 baby term
	2 incubadoras

Área de Construção:

Aproveitando as edificações existentes, inclusive a Unidade Sanitária, dispõe-se de 200 m² de área construída.

Nessas instalações, propõe-se reforma de aproximadamente 500 m², e ampliação da área construída para 1400m².

Área de terreno

A área de terreno será a atual.

A Longo Prazo:

A instituição responsável pela assistência hospitalar de São Sebastião deverá ser um hospital geral com capacidade planejada de acordo com as necessidades avaliadas e com as seguintes características:

1º) Localização, respeitando os seguintes critérios:

- vias de acesso
- facilidade de abastecimento de água
- remoção de águas residuárias
- remoção de lixo
- condições do meio relacionadas com o bem estar
- área com planejamento urbanístico e legislação específica para impedir a transformação prejudicial da vizinhança

29) Planta física, adotando como base o padrão de Hospital Regional da Cadeira de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, devendo dispor de:

Unidade de Administração com salas para:

- 1- Direção
- 2- Secretaria, comunicações e arquivo
- 3- Tesouraria e contabilidade

Unidade de Conforto Médico com:

- 1- Sala para chefia do Corpo Médico
- 2- Biblioteca
- 3- Residência de médicos
- 4- Sala de reuniões do corpo clínico

Unidade de Ambulatório com dependências para:

- 1- Recepção, registro, arquivo e demissão de pacientes
- 2- Consultórios, sala de exames e curativos
- 3- Depósitos de medicamentos
- 4- Serviço de odontologia

Unidade de Serviços Auxiliares para diagnóstico e tratamento com dependências para:

- 1- Radio diagnóstico
- 2- Laboratório clínico
- 3- Serviço de transfusão
- 4- Fisioterapia
- 5- Eletrocardiografia

Unidade de Centro Cirúrgico com:

- 1- Salas cirúrgicas
- 2- Lavabos
- 3- Vestiários
- 4- Sala de anestesia
- 5- Posto de enfermagem
- 6- Centro de material dispendo de expurgo, preparo de material, arsenal, esterelização e depósito de material esterelizado.
- 7- Sala de recuperação pós anestésica.

Unidade de Centro Obstétrico contíguo ao Centro Cirúrgico (centro cirúrgico obstétrico) com:

- 1- Sala de trabalho ou pré-parto
- 2- Sala de identificação, reanimação de recém nascidos

Unidade de internação com:

- 1- Quartos e enfermaria
- 2- Salas auxiliares para o serviço de enfermagem.

Unidade de Serviços Gerais com:

- 1- Almoxarifado
- 2- Lavanderia
- 3- Cozinha
- 4- Oficinas
- 5- Velório
- 6- Gerador
- 7- Zeladoria
- 8- Transporte
- 9- Caldeiras

A área construída, de acordo com a avaliação de necessidade é estimada em 4 000 e 6 000 m². A área de terreno para essa edificação é estimada entre 8 000 e 12 000 m².

29 - Equipamentos quantitativa e qualitativamente adequados.

Organização:

Dispondo de:

- 1- Pessoal médico geral e especializado
- 2- Pessoal profissional e não profissional necessário para os serviços de:
 - administrativo
 - de enfermagem
 - social
 - de nutrição
 - auxiliares gerais

As especificações das necessidades de pessoal, por setor e especialidades encontram-se nos anexos 4, 5 e 6.

39 - Integração aos recursos da comunidade e da região:

- 1- No campo da Saúde Pública arti

cula-se com a Unidade Sanitária integrada funcionalmente.

- 2- No campo hospitalar, atender às necessidades hospitalares da região e manter entrosamento com os demais componentes da rede hospitalar e com o hospital de Base.

49 - Componente Educativo:

- 1- Incentivar cursos e estágios do pessoal do hospital.
2- Fazer educação sanitária entre os pacientes e seus familiares.

Custos:

A médio prazo os custos para implantação das proposições apresentadas deverão orçar em:

500 m ² de reforma a Cr\$ 400,00/m ²	Cr\$ 200 000,00
200 m ² de construção a Cr\$ 500,00/m ²	Cr\$ 100 000,00
Equipamentos (estimativa do material proposto no anexo 7)	Cr\$ 287 900,00
Total	Cr\$ 587 900,00

A longo prazo, de acordo com a área estimada de construção e terreno, pode-se estimar os custos em:

4000 a 6000 m ² de construção a Cr\$ 500,00/m ²	Cr\$ 2 000 000,00
	a Cr\$ 3 000 000,00
8000 a 12000 m ² de terreno a Cr\$ 30,00	Cr\$ 240 000,00 a
	Cr\$ 360 000,00
Equipamento (sem estimativa a longo prazo, devido obsolescência)	Cr\$ 2 000 000,00

Os valores utilizados para cálculos foram os vigentes na cidade de São Paulo, para área construída e reformada; para terreno foi considerado o valor atual que se conseguiu por informação em São Sebastião.

Para os cálculos acima não foi possível incluir as taxas de inflação por serem as mesmas imprevisíveis.

Critérios de Avaliação:

Para avaliar os resultados da aplicação das proposições feitas, os principais critérios serão os seguintes:

- 1- Avaliação da melhoria da qualidade assistencial, através das estatísticas hospitalares
- 2- Aumento da rentabilidade dos leitos com uma ocupação em torno de 80%.
- 3- Balanço financeiro favorável.
- 4- Satisfação da população, dos pacientes, do corpo clínico e do pessoal auxiliar; avaliação periódica através de questionários.

B.4.2.1.2. Unidade Sanitária:

Avaliação das necessidades e definição das prioridades:

Para uma modificação na política de atendimento que a Unidade presta à Comunidade, será necessário introduzir novas atividades, além da consulta médica nos diferentes programas: organizar o setor de visita domiciliar e a entrevista pós-consulta, prever o atendimento ao sadio através de agendamento, além de atividades educativas em grupos.

É essencial que seja modificado o sistema de registros e que exista treinamento de pessoal para a melhor observação na coleta de dados. O sistema deverá prever condições mínimas para o funcionamento de qualquer programa, bem como, a integração funcional com o hospital.

Tendo em vista que, novas atividades serão inseridas nos programas, é básica a reformulação do pessoal, aumento do seu dimensionamento segundo o indicado em cada programa elaborada.

Quanto à capacidade instalada, considerando principalmente o início da sistematização da educação sanitária na Unidade, organização do serviço de enfermagem, instalação de novos programas como Tuberculose e Dermatologia a médio prazo, torna-se imprescindível o aumento da área física da Unidade.

Com o aumento de atividades em todos os programas e com a previsão de dinamização da Unidade Sanitária, será necessário a estruturação do serviço de enfermagem. Com isto, passará a existir a supervisão das atividades de enfermagem, bem como o treinamento em serviço, que é atividade básica do processo de supervisão.

Baseando-se na avaliação das necessidades e tendo em vista sugerir as proposições para esta programação, considerou-se que a criação de pré-condições, prevendo a melhoria do sistema de registro, e maior possibilidade de informações, é básico para a avaliação, reformulação e implantação de programas em Saúde Pública. Portanto, é necessário organizar e instalar o sistema de registros que capacitam a Unidade a uma melhor avaliação.

Considerando que, segundo o diagnóstico, a situação de saúde do município não é satisfatória, e que a área em estudo é sub-desenvolvida, definiu-se como prioridade a implantação de programas básicos preconizados pela Organização Mundial de Saúde para regiões similares:

- assistência materno-infantil
- controle de doenças transmissíveis
- saneamento do meio
- odontologia sanitária

Programas a serem desenvolvidos a curto, médio e longo prazo

Para a formulação das proposições levou-se em consideração a estrutura da Unidade Sanitária, classificada Tipo III, de acordo com a Reforma da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, conforme Dec. 50.192 - 13/A - agosto/68 e Dec. 52 182 - 16/7/69.

Características da Unidade Sanitária Tipo III:

A Unidade Sanitária está subordinada técnica e administrativamente ao Distrito Sanitário, com sede em São Sebastião, (Anexo nº 13)

É de responsabilidade da Unidade Tipo III, o denominado Programa.

Resumido com algumas exceções, que consta:

- controle de doenças transmissíveis.
- saneamento do meio
- higiene materno-infantil
- assistência médico-sanitária
- controle de Tuberculose e Hanseníase, não obrigatoriamente por especialista.
- odontologia sanitária
- nutrição
- epidemiologia e estatística
- enfermagem
- educação sanitária
- laboratório
- administração

Não existem, atualmente, na Unidade os programas de controle de Tuberculose e hanseníase, odontologia sanitária, epidemiologia e nutrição.

Os aspectos de nutrição deverão estar integrados nos sub-programas elaborados. Com futuros levantamentos e melhor conhecimento da problemática da Nutrição em São Sebastião, será formulado o Programa de Nutrição, especificamente.

A Educação Sanitária, sendo inerente a todas as atividades da Unidade Sanitária, fará parte de todos os sub-programas elaborados, bem como do programa de treinamento do pessoal em serviço.

Quanto à estrutura a Unidade Tipo III obedece esquema conforme organograma anexo (Anexo nº 14)

De acordo com o organograma estão previstos os Postos de Assistência Sanitária (PAS) para o atendimento principalmente à população suburbana e rural.

Os PAS serão subordinados, técnica e administrativamente, à Unidade Sanitária. Como, para a instalação dos PAS é necessário a organização de normas em nível central, ainda não existe uma previsão do número de PAS a serem criados.

O dimensionamento do pessoal previsto para o Centro de Saúde de São Sebastião, é o seguinte:

- 1 médico sanitarista III para a chefia
- 1 médico sanitarista II para auxiliar de chefia
- 3 médicos clínicos
- 1 oftalmologista (facultativo)

- 1 dermatologista (facultativo)
- 1 dentista
- 1 técnico de Laboratório
- 2 escriturários
- 5 atendentes
- 3 auxiliares de saneamento
- 4 visitadoras
- 2 motoristas
- 3 serventes
- 1 vigia

É previsto que a Unidade seja instalada em prédio próprio e construído segundo o projeto-tipo, para Unidade Tipo III.

(ver anexo nº 15)

Diretrizes Gerais:

Para a programação das ações de saúde a serem previstas nos diferentes programas, levou-se em consideração as seguintes diretrizes:

- As metas previstas em todos programas são estabelecidas a curto prazo, para a zona urbana e a médio prazo para a zona urbana e rural.

- Na elaboração das atividades programáticas considerou-se as normas elaboradas na secretaria de Saúde, do Estado de São Paulo e o pessoal indicado para Unidade Tipo III.

Em cada programa é realizada a estimativa mínima de pessoal, bem como de material e instalações necessárias.

- Considera-se como pré-condição para o adequado desenvolvimento dos programas propostos, a efetiva lotação dos elementos previstos para Unidade Tipo III e a observância das instalações preconizadas.

- Os critérios adotados para a organização das atividades e normas de cada programa foram determinados segundo o orientação do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de S. Paulo.

Objetivos:

A curto prazo - 1971

- Reorganização dos programas prioritários e o estabelecimento de metas para o atendimento ao sadio.

- As proposições previstas nos programas, são indicadas para atendimento à zona urbana, sendo que na zona rural continuará o atendimento em termos de demanda.

- Organização do serviço de arquivo médico e estatístico (SAME) que deve ser implantado prioritariamente a qualquer programa.
- Proceder à coleta e registro dos dados através do SAME para futura implantação dos programas previstos para Unidade Tipo III.

A médio prazo - 1975

- Avaliação do programa iniciado a curto prazo. Início do atendimento à zona rural e suburbana, em termos de metas estabelecidas através do atendimento pelos PAS instalados.
- Instalação da Unidade Sanitária em prédio próprio.
- Implantação dos demais programas previstos para a Unidade Tipo III
- Aumento do pessoal segundo as necessidades indicadas nos programas.
- Aumento da cobertura e concentração das atividades dos programas iniciados a curto prazo.

A longo prazo:

- Avaliação dos programas implantados a curto e médio prazo, seguida de reformulação dos mesmos, se julgado necessária.
- Aumento da cobertura e concentração dos programas implantados, prevendo o atendimento máximo à zona urbana e assegurando o atendimento satisfatório à zona rural

Programa de Assistência Materno-Infantil

Assistência à Criança

O objetivo deste programa é dar assistência médico-sanitária à criança de 0 a 12 anos.

Considerou-se para a organização desse programa a adoção de metas a serem atingidas a curto, médio e longo prazo.

Tendo em vista o adequado atendimento a esse grupo etário e os recursos existentes e previstos, estabeleceu-se metas de forma a aumentar gradativamente a concentração do atendimento à criança sadia.

Sabe-se que são indicadas 12 consultas médicas à criança sadia no 1º ano de vida, mas para a assistência a um maior número de crianças, estabeleceu-se atingir essa meta a longo prazo. Como o atendimento na Unidade Sanitária tem sido acentuadamente relativo à assistência do doente, haverá necessidade de uma cobertura educativa para motivar a consulta ao sadio, considerou-se que a curto prazo não é razoável estabelecer meta demasiado elevada, para o atendimento à criança sadia.

Na medida em que a comunidade se encontrar mais receptiva para o atendimento ao sadio, diminuirá a assistência à criança doente, aumentando, portanto, a assistência ao sadio. Neste programa, para o cálculo do nº de crianças para cada grupo etário, considerou-se os resultados obtidos através do processo amostral realizado pelo grupo de trabalho de 1969, em São Sebastião. Com os resultados dessa amostra é dada em intervalos de 5 anos, usaram-se os multiplicadores de Sprague para a estimativa dos grupos etários de 0 - 1, 1 - 2, 2 - 7, 7 - 12

Para o programa de doenças transmissíveis e imunizações está previsto o atendimento a toda população infantil acessível, visto que nesses grupos não há cobertura preventiva por intermédio de outras entidades.

À curto prazo - 1971

Reformular o programa de assistência à criança indicando um modelo normalizado com previsão de atividades para o ano de 1971.

Com o programa proposto, a Unidade Sanitária terá uma sugestão de esquema normativo, para os anos subsequentes.

É sugerida na programação a concentração e cobertura de todas as atividades para o atendimento à criança sadia. O atendimento à criança da Zona Rural, continuará sendo realizado em função da demanda existente.

Cobertura:

Considerando que o grupo de 0 a 2 anos é prioritário, tendo em vista as condições sanitárias da comunidade e considerando as notificações de nascimentos que deverão ser realizadas através do SAME, bem como a organização do serviço de visita domiciliar, indica-se iniciar o programa prevendo uma cobertura de 80% para esse grupo etário. Com essa cobertura, o nº de consultas previsto não excederá ao realizado em 1969, conforme indicará o quadro de atividades.

No escolar, considerando que exista integração da Unidade com a escola através de programação prevista, será indicada uma meta de 60%, prevendo-se atingir todas as crianças em 1º ano na escola.

As metas e normas estão definidas no Quadro 1.

Cobertura e nº de crianças por grupo etário:

0		1 ano	-	80%	-	170	crianças
1		2 anos	-	80%	-	159	"
2		7 anos	-	60%	-	523	"
7		10 anos	-	60%	-	481	"

Atividades previstas:

Inscrição -

Será inscrita na Unidade Sanitária toda a criança que comparecer para o 1º atendimento. Será aberto o prontuário pelo funcionário do SAME, segundo as normas do mesmo.

Ao SAME compete registrar no relatório do serviço de Assistência à Criança, a data da inscrição, bem como data de nascimento e motivo de comparecimento, para futura avaliação.

Consulta médica ao sadio:

A consulta médica de supervisão à criança sadia, será realizada segundo a concentração prevista para cada grupo etário (Ver quadro nº 2).

A consulta compõe-se de exame físico e supervisão do desenvolvimento psico-motor, controle ponderal, análise dos exames de laboratório, diagnóstico clínico, prescrição, orientação e registro.

A atendente de Saúde Pública será responsável pelos registros da consulta nos relatórios e pelo encaminhamento do prontuário ao setor de entrevista pós-consulta.

A avaliação da consulta ao sadio, será realizada, considerando-se os registros existentes no serviço e a estimativa do nº de consultas previstas mensal e anualmente. (Ver quadro nº 2)

Consulta médica ao doente

Com a cobertura prevista à criança sadia, o pediatra disporá de, pelo menos metade do seu período de trabalho diário, que poderá ser dedicado ao atendimento de crianças doentes.

Concentração da consulta médica por grupo etário:

De 0 a 1 ano: 6 consultas, distribuídas de 2 em 2 meses; de 1 a 2 anos: 3 consultas distribuídas, em média, com intervalo de 4 meses; de 2 a 7 anos: 1 consulta anual; de 7 a 12 anos: uma consulta ao entrar para o primeiro ano da escola.

Rendimento:

Consulta à criança sadia:
rendimento instrumental.. 6 consultas
por hora
duração média da consulta 10 minutos
total de consultas ao sadio.....3.547

Consulta à criança doente: calculou-se o nº de consultas à criança doente considerando 2 horas de atendimento diário, 6 consultas por hora, 230 dias anuais.

Rendimento instrumental...6 cons/hora
duração média da consulta.10 minutos
total de consultas previstas.... 2760

Atendimento de Enfermagem:

Será realizado, através das seguintes atividades:

- preparo da criança para consulta, realizado pela atendente constará de verificação de peso, temperatura e medida. Os resultados serão registrados na ficha clínica e encaminhados ao consultório médico.

- Entrevista pós-consulta: Será feita pela visitadora de saúde pública. A entrevista pós-consulta, será de rotina e terá por objetivo a orientação e esclarecimento à mãe quanto à medicação, alimentação, segundo o esquema adotado no serviço, hábitos hi-

giênicos, encaminhamentos para vacina, dentista, aprazamento para exames laboratórios e consultas previstas.

Nas entrevistas, a visitadora deverá observar a ficha de família, aproveitando a oportunidade de verificar através dos registros existentes na ficha as condições de saúde de todos os membros da família.

A entrevista terá também como objetivo;

- seleção de visita domiciliária, fora do agendamento previsto, em casos que seja necessário, segundo os critérios estabelecidos para esta atividade.

- Concentração da entrevista pós-consulta por grupo etário.

0 | 6 entrevistas por consulta - distribuídas de 2 em 2 meses. 1 | 2 anos: 3 entrevistas - distribuídas em um intervalo de 4 meses. 2 | 7 anos: 1 entrevista anual. 7 | 12 anos inclusive 1 entrevista por ocasião da admissão à escola.

rendimento instrumental..4 entrevistas
por hora

duração média da entrevista..15 minutos

Total de entrevistas a sadios....3.547

Total de entrevistas a crianças

doentes.....2.760

Visita domiciliária:

Serão realizadas segundo as normas estabelecidas segundo quadro 1. Deve-se observar que a criança recém-nascida receberá a 1ª visita domiciliária por ocasião do agendamento realizado à puérpera. (Ver programa de assistência materna).

Concentração por grupo etário:

0 | 1 ano - 1 visita domiciliária. Em idade que deverá ser selecionada segundo as necessidades da criança no 1º ano.

1 | 2 anos - 1 visita domiciliária.

2 | 7 anos - 1 visita domiciliária. Em idade a ser selecionada segundo necessidade da criança.

Rendimento instrumental..1 1/2 visita
por hora

Duração média da visita....40 minutos

Total de visitas domiciliárias....852

Visita domiciliária à criança doente:

Será realizada quando necessário, fora de agendamento sempre que ocor -

rer notificação de casos de doença transmissível ou após triagem através da entrevista pós-consulta.

- assistência odontológica.

Serão encaminhados de rotina a criança pré-escolar e escolar, atendidas pelo programa. Cada criança realizará tratamento dentário, segundo prioridades estabelecidas pelo programa odontológico.

Imunizações e teste tuberculínico.

Tôdas as crianças serão encaminhadas à vacinação e ao teste tuberculínico, segundo a rotina do serviço. (Ver programa de Imunizações e PPD.)

Suplementação alimentar:

Tôda criança cujas condições de peso, relacionadas às condições sócio-econômicas precárias da família, que for indicada para suplementação alimentar, será selecionada para o lactário.

Exames de laboratório:

Para cada grupo etário é prevista a realização de um mínimo de 1 exame parasitológico de fezes, por ano para cada criança, atendida pelo programa.

Caberá ao serviço de enfermagem fazer o aprazamento, considerando o aprazamento para consultas e solicitando o exame anterior à consulta médica.

Os resultados dos exames serão encaminhados pelo laboratório ao SAME, onde um funcionário anexará os resultados no prontuário da criança.

Concentração de exames parasitológicos:

Prevendo 1 exame anual por criança o total de exames do laboratório previsto é 2.379

Educação Sanitária:

Considera-se como objetivo educativo do Programa de Saúde da Criança:

Levar a comunidade de São Sebastião a conhecer e a sentir a importância do programa e a participar para a adequada execução do mesmo.

Levar a comunidade a assumir a parcela de responsabilidade, na prevenção, conservação, recuperação e promoção da saúde da criança.

Objetivos específicos:

Conseguir que a comunidade:

- conheça e se interesse pelos objetivos e normas do serviço.

- Compareça para inscrição o mais precocemente possível (nas 1^{as} semanas de vida da criança).

- retôrno no aprazamento indicado para cada grupo etário.

- compreenda o processo de crescimento e desenvolvimento psico-somático da criança.

- conheça, sinta e pratique princípios de higiene pessoal, do vestuário, dos utensílios da criança.

- conheça, valorize e use os esquemas de imunização da unidade.

- conheça, valorize e execute os esquemas de alimentação preconizados pelo médico.

- conheça, valorize e execute as medidas profiláticas das moléstias transmissíveis próprias do grupo etário.

Atividades que dão oportunidades educativas a fim de que se atinjam os objetivos propostos:

- inscrição

- consulta médica

- entrevista pós-consulta

- visita domiciliária

- cursos - encontros - reuniões

- demonstrações

- entrosamento com outros recursos da comunidade: Igrejas, Escolas, Parques Infantís, creches e outros.

A avaliação das atividades educativas será realizada através de:

Análise de fichas, relatórios, entrevistas, observações, formulários e outros.

Verificar-se-á:

- época em que se realiza a inscrição

- retôrnos no prazo previsto

- interêsse da família pela saúde da criança

- conhecimentos adquiridos.

A avaliação quantitativa será feita através do nº de demonstrações, nº de cursos, nº de palestras.

Avaliação do Programa:

Será realizado com objetivo de verificar o alcance das metas propostas e análise dos fatores que interferem na realização dos mesmos.

A avaliação será realizada através de:

- estimativa das atividades desenvolvidas no ano (quadro 2)

- relatórios e dados coletados pelo SAME

O atendimento qualitativo será avaliado através da análise dos se -

guintes dados:

- idade de inscrição do infante.
- nº de consultas realizadas para a criança sadia.
- retornos às consultas agendadas
- nº de crianças doentes, bem como registro dos diagnósticos.
- redução de ocorrência patológicas previsíveis.
- nº de encaminhamentos para o hospital.
- mortalidade infantil do município.

Recursos humanos.

- Médicos

O critério adotado para a quantificação dos recursos humanos foi : em regime de 4 horas diárias e 230 dias e 6 consultas por hora em média, o total de consultas previstas por ano será de 5.520.

Como o programa prevê: 6.307 há um deficit de 887 consultas necessitando portanto para atender a meta proposta mais 1 médico, ou receber a colaboração de 1 médico de outro programa.

- Enfermeira

Considerando-se que a Enfermeira do Hospital, ficará na Unidade em tempo parcial, visto que participará do programa em caráter de colaboração com a enfermeira distrital, será responsável pela avaliação e supervisão das atividades de enfermagem previstas, treinamento de pessoal, bem como participação nas atividades educativas de grupos.

Visitadora de Saúde Pública:

- entrevista pós-consulta.

Em regime de 6 horas diárias de atividade, 230 dias e 4 entrevistas por hora, o total de entrevistas previstas por ano será 5.520.

Como o programa prevê 6307 entrevistas há um deficit de 887 entrevistas, necessitando portanto para atender a meta proposta, 1 visitadora trabalhando 32h semanais e, mais 1 para realizar as entrevistas restantes.

- visita domiciliar.

O critério adotado para o cálculo do rendimento da visita domiciliar foi o seguinte: 230 dias úteis anuais, 4 horas por dia de serviço externo (2 horas são utilizadas em serviço externo) e com uma média de 1,5 visita por hora.

Total de visitas domiciliares,pre

vistas para 1 visitadora - 1380.

Total de visitas previstas no programa - 852.

Portanto, 1 visitadora poderá realizar as visitas previstas, para crianças sadias e doentes segundo prioridades estabelecidas no serviço. Participar do trabalho de grupo e colaborar nas entrevistas pós-consulta.

Atendente.

-atendimento a consulta médica:

Critério adotado para o rendimento do atendimento:

Considerando 230 dias úteis ao ano, 5 horas diárias e 10 minutos para, cada atendimento (uma hora diária reservada para o preparo de consultório, limpeza e esterilização de material), são previstos 6.307 atendimentos.

Portanto: 1 atendente poderá realizar atendimento a todo o programa e sobram 593 atendimentos que poderão ser realizados para atendimento de lactário.

Considerando as instalações existentes, prevê-se que o déficit existente para o programa é o seguinte:

1 sala para entrevista pós-consulta

1 sala para lactário, com local apropriado para demonstrações.

Médio prazo, 1975.

Propõe-se:

Aumentar progressivamente a cobertura e a concentração para o atendimento à criança sadia, mantendo as mesmas atividades propostas a curto prazo e mesmos métodos de avaliação.

A assistência à zona rural e suburbana deverá iniciar sistematizada através dos programas implantados pelos PAS.

Cobertura proposta.

0 | 1 ano - 90%

1 | 2 anos - 90%

2 | 7 anos - 70%

7 | 12 anos - 60%

Concentração da consulta médica proposta.

0 | 1 ano - 9 consultas

1 | 2 anos - 4 consultas

2 | 7 anos - 5 consultas

7 | 12 anos - 2 consultas

É previsto também o aumento da concentração de atendimento de enfermagem: a entrevista pós-consulta na mesma concentração de consulta médica.

Visita domiciliária, considerando que deve ser atendimento de enfermagem selecionado, continuará de rotina com a mesma concentração adotada a curto prazo.

Utilizando o mesmo critério adotado para o cálculo de consultas médicas e atendimento de enfermagem a curto prazo, é previsto o seguinte pessoal:

2 médicos para um total de 10.678 consultas previstas.

2 visitadoras de Saúde Pública para um total de 10.678 entrevistas previstas.

1 visitadora de Saúde Pública para realizar 1038 visitas.

Essa visitadora poderá participar de outro programa, visto que sobrarão 342 visitas domiciliares.

Longo Prazo - 1980

Prevê-se a avaliação dos programas implantados, seguido de reformulação do modelo proposto, se necessário.

Aumento da cobertura e concentração dos programas instalados, prevenindo atendimento máximo à zona urbana e assegurando o atendimento satisfatório à zona rural.

Quadro nº1 - Unidade Sanitária de São Sebastião. Programa de Saúde da Criança. Quadro Normativo das Atividades Previstas para 1971.

Ativ. Finais e Intermed.	- metas e normas
Inscrição	- Inscrever até 80% dos nascidos vivos da área.
Consulta a Sadios	- São previstas 6 consultas para menores de 1 ano, 3 consultas para crianças de 1 a 2 anos; 1 consulta para os de 2 a 7 anos anualmente; 1 consulta para os de 7 a 12 anos.
a doentes	- Será assistida toda criança doente, com atenção especial para o tratamento dos casos de doenças infecciosas e parasitárias. É previsto uma média de 12 consultas diárias. Quando existir maior número de crianças doentes, para o atendimento serão triadas para encaminhamento ao INPS os que são assistidos pela previdência, ou os que têm direito a outras entidades assistenciais.
Atendim. de Enfermagem	- É a entrevista pós-consulta que tem por finalidade a orientação da mãe sobre os cuidados com o recém-nascido, regime alimentar, vacinas, etc.. São previstas 6 entrevistas para menores de 1 ano; 3 entrevistas para crianças de 1 a 2 anos; 1 entrevistas para crianças de 2 a 7 anos anualmente e 1 entrevista para os de 7 a 12 anos.
Imunização e Provas Imunológicas	- Imunizar 100% das crianças inscritas no 1º ano e realizar as imunizações dos demais grupos, segundo a rotina para realizar a prova tuberculínica.
Suplem. Alimentar	- Encaminhar para o lactário as crianças que deverão ser atendidas seguindo normas estabelecidas. Deverá ser assegurada suplementação alimentar a 100% das crianças inscritas que dela necessitem.
Visita Domiciliária	- São previstas 3 visitas domiciliares de rotina, 1 para crianças de menos de 1 ano, 1 para crianças de 1 a 2 anos e 1 para as de 2 a 4 anos. Terá por finalidade a supervisão do crescimento e desenvolvimento da criança, orientando a mãe sobre a importância das imunizações, alimentação adequada, hábitos sadios, etc..

Quadro nº 2

Assistência à Criança

Estimativa do nº de atividades previstas a curto (1971) e a médio prazo (1975)

Atividades Finais e Intermediárias		Volume de Atendimento	
		Ano 1971	Ano 1975
Inscrição			
	0 1	170	188
	1 2	159	176
	2 7	523	674
	7 12	481	1071
Total		1333	2109
Consulta Médica	0 1	1020	1692
	1 2	477	704
	2 7	1568	3370
	7 12	481	2142
	Sub-total	3547	7908
	cr. doente	2760	2760
	Total	6307	10668
Entrevista de Enfermagem	0 1	1020	1692
	1 2	477	704
	2 7	1569	3370
	7 12	481	2142
	Sub-total	3547	7908
	cr. doente	2760	2760
	Total	6307	10668
Visita Domiciliária			
	0 1	170	188
	1 2	159	176
	2 7	523	674
Total		852	1038
Exames de Laborat.			
	0 1	170	188
	1 2	159	176
	2 7	1569	3370
	7 12	481	2142
Total		2379	5876
Cursos	mães	2	4
	professoras	1	1
Total		3	5

B - Assistência Materna

Tendo em vista o adequado atendimento à gestante na área de São Sebastião, e considerando os recursos existentes foram estabelecidas as metas a curto, médio e longo prazo.

O serviço, dará prioridade ao atendimento das gestantes não assistidas pelo INPS, pois existe o serviço de pré-natal neste setor.

Propõe-se a curto prazo uma cobertura relativamente alta e a médio e longo prazo o início do atendimento à zona rural pelos PAS, aumento da cobertura e da concentração das atividades.

Como pré-condições para o desenvolvimento adequado do programa considera-se importante o aprazamento para controle de consulta à gestante sadia, as atividades educativas e, principalmente, as ações realizadas pelo serviço de enfermagem.

Objetivo:

Dar assistência médico-sanitária à gestante, à puérpera e ao recém-nascido da área.

Curto Prazo:

Reformulação do programa de assistência materna segundo modelo indicado.

A cobertura proposta para a gestante sadia é de 80%. Tal proporção poderá parecer demasiado alta mas, na análise feita quanto ao volume de consultas verificar-se-á que não será superior ao realizado atualmente, porém, o estímulo ao controle de gestante sadia deverá ser maior.

Prevê-se a inscrição de 150 gestantes no programa. Para o cálculo do número de gestantes previstas, considerou-se a estimativa populacional e o coeficiente de natalidade da área.

Considerando critério recomendável, de 12 consultas em média por gestação normal verificou-se que tal exigência é viável teoricamente, entretanto, as outras atividades inerentes ao atendimento, tais como: assistência de enfermagem, laboratório, visita domiciliar, etc., não são aplicáveis por precaridade destes recursos. Em vista disso, para garantir um bom padrão de atendimento, a concentração proposta é de 5 consultas por período de gestação e uma consulta puerpério. O atendimento à zona rural continuará sendo em termos de demanda.

Atividades

Inscrição

A gestante será inscrita no serviço de pré-natal, após, realização dos exames laboratoriais de rotina e confirmação da gravidez.

A inscrição se faz necessária em cada gravidez.

Consulta médica

A consulta médica será realizada à gestante sadia para supervisão de saúde e à gestante doente de acordo com a demanda existente.

A consulta médica de pré-Natal compreende anamnese, interpretação dos exames de laboratório, exame físico, e obstétrico, prescrição, tratamento, orientação e registro da consulta. O registro será feito segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e SAME.

Consulta à gestante sadia:

Concentração normalizada:

São previstas cinco(5) consultas para o período de gestação e uma(1) para o 40º -60º dia de puerpério.

Rendimento instrumental	6 consultas/hora
Duração média da consulta	10 minutos
Total de consultas anual	900

- Consulta médica a gestante doente:

Considerando que o atendimento à gestante, em condições patológicas deverá existir, prevê-se que, pelo menos 1 hora do atendimento médico será para esse tipo de consultas.

A concentração da consulta à gestante doente, considerando 230 dias úteis, será um total de 1 380.

Rendimento instrumental	6 consultas/hora
Duração média da consulta	10 minutos
Total da consulta médica prevista (sadia e doente)	2 980

Atendimento de enfermagem:

Entrevista de enfermagem: será realizada pela visitadora de Saúde Pública e terá como objetivo orientação pós-consulta, orientação quanto à medicação, agendamento para próximas consultas a serem realizadas, encaminhamentos para vacina anti-tetânica, e exames laboratoriais, segundo a rotina.

Concentração normalizada:

Entrevista para a gestante sadia:

São previstas 5 entrevistas por período de gestação e 1 entrevista para ser realizada no período do puerpério, entre o 40º e 60º dia após o parto, portanto o total de entrevistas a sadias é de 900.

Rendimento instrumental 4 entrevista/hora

Duração média da entrevista 15 minutos

- Entrevista à gestante doente são previstas 6 entrevistas diárias; total de 1380

Rendimento instrumental 4 entr/hora

Duração média da entrevista 15 minutos

Total de entrevistas previstas entre sadias e doentes 2280

Visita Domiciliária (V.D.)

Será realizada de rotina com um mínimo de 1 visita por gestação e 1 visita no puerpério. Demais casos (seguimento da gestante doente) serão selecionados segundo critérios definidos pelo serviço de Visita Domiciliar.

Concentração normalizada:

1 visita domiciliária logo após a inscrição
1 " " no puerpério: 40º a 60º dia após o parto. Por ocasião desta visita será feito o aprazamento para a consulta e avaliação do recém-nascido.

Rendimento instrumental 1,5 visitas/hora

Duração média da visita 40 minutos

Total de visitas anuais 300

Exames laboratoriais:

Os exames serão realizados segundo a rotina. O agendamento deverá ser feito pelo serviço de enfermagem e anterior à consulta agenda.

Exames previstos:

Wasserman e V.D.R.L. 1 exame
RH 1 exame
Hemoglobina 5 exames
Urina 5 exames
Parasitológico de fezes 1 exame

A gestante será orientada através da entrevista pós consulta para coleta de material, anterior à consulta agenda. Os resultados dos exames serão encaminhados pelo laboratório do SAME e o funcionário deste setor anexará os resultados no prontuário da cliente.

Tratamento:

Será realizado, sempre que necessário, a 100% das gestantes que apresentem condições patológicas.

Imunizações:

Tôda gestante será encaminhada para a vacinação anti-tetânica, segundo a rotina, a ser proposta no programa de imunizações.

Competirá ao serviço de enfermagem, realizar os agendamentos para a vacina e manter a supervisão sobre os mesmos.

O total de doses de vacinas anti-tetânica- será de 450, segundo o número de gestantes previstas.

Odontologia:

Tôda gestante, por ocasião da 1ª consulta será encaminhada ao serviço odontológico, para diagnóstico e tratamento segundo as normas previstas no programa de odontologia. O total de encaminhamentos de acordo com o número de gestantes previstos será de 150.

Educação Sanitária:

O programa educativo terá como objetivo Geral:

- levar a gestante a procurar precocemente (1º trimestre) o serviço, visando prepará-la para a gestação e o parto, despertando compreensão da família em relação à problemática bio-psico-social da gravidez.

Como objetivos específicos visa-se conseguir que a gestante:

- conheça e tenha interêsse pelos objetivos enormes do serviço.
- compreenda, aceite e realize as orientações dadas no serviço.
- participe nas atividades programadas.
- compreenda a fisiologia da gestação e mecanismo do parto normal.
- difunda na comunidade o valor do seguimento pré-Natal.
- desenvolva habilidades para bem cuidar de seu filho.

As atividades, que propiciam oportunidades educativas, tendo em vista os objetivos propostos, são:

- inscrição
- consulta médica
- entrevista pós-consulta
- visitas domiciliares
- cursos, palestras, reuniões, demonstrações, etc.

O programa prevê um mínimo de 2 cursos para gestante e 1 para curiosas da área.

Esse programa será avaliado quanto a:

- demanda precoce ao serviço.
- observação do agendamento
- observância da orientação ministrada
- redução de ocorrências patológicas preveníveis
- condições do parto

O resumo das atividades encontra-se no quadro nº 3.

Avaliação Geral do Programa de Saúde Materna:

A avaliação terá por objetivo verificar o alcance das metas propostas e analisar os fatores que interferiram na realização das mesmas possibilitando reformulações futuras, se necessárias.

A avaliação quantitativa poderá ser realizada através da:

- análise das estimativas das atividades previstas no ano
- estudo dos relatórios e dados coletados através do SAME e fichas existentes no serviço

A avaliação quantitativa será realizada através da verificação de:

- inscrição precoce da gestante no serviço
- número de consultas prestadas, à gestante sadia
- retornos às consultas agendadas
- total de gestantes que consultaram, por causas de morbidade, bem como avaliação dos diagnósticos existentes
- redução de ocorrências patológicas preveníveis
- número de encaminhamentos para o parto hospitalar
- número de gestantes que realizaram o parto a domicílio
- número de puérperas que retornaram segundo agendamento para consultas de puerpério

As metas e normas para o programa de saúde materna encontram-se no quadro nº 4.

Quadro nº 3

Assistência Materna

Estimativa do Nº de Atividades Previstas a Curto
(1971) e a Médio Prazo (1975)

Atividades Finais e Intermediárias			Volume de Atendimento	
			ANO 1 971	ANO 1 975
Inscrição			150	190
Consulta Médica	Gestante	sadia	750	1 330
		doente	1 380	1 380
	Puérpera		150	190
	TOTAL		2 280	2 900
Entrevista de Enfermagem	Gestante	sadia	750	1 330
		doente	1 380	1 380
	Puérpera		150	190
	TOTAL		2 280	2 900
Imunização anti-tetânica			450	570
Exames de Laboratório	Wasserman e V D R L		150	190
	RH		150	190
	HB		750	950
	Urina		750	950
	Fezes		150	190
	TOTAL		1 950	2 570
Visita Domiciliária	Gestante		150	190
	Puérpera		150	190
	TOTAL		300	380
Encaminhamento para parto hospitalar			150	190
Cursos	Gestante		2	4
	Curiosas		1	1
	TOTAL		3	5
Atendimento Odontológico			150	190

Quadro nº 4 - Unidade Sanitária de São Sebastião
Programa Saúde Materna

Metas e Normas a Curto Prazo - 1971

Atividades Finais e Intermediárias		Metas e Normas
Inscrição		Inscriver 80% das gestantes não cobertas pela previdência. O cálculo de gestantes será baseado no coeficiente de natalidade da área.
Consulta Médica	sadia	Examinar 100% das gestantes inscritas. São previstas 5 consultas para o período de gestação e 1 consulta entre o 40º e 60º dia após o parto. A primeira consulta é agendada logo após a obtenção dos resultados dos exames de laboratório.
	doente	Será examinada a gestante que apresentar qualquer anormalidade referente à gestação. Poderá ser encaminhada através do médico clínico ou da triagem diária. Serão previstas 5 consultas diárias para atendimento a casos de morbidade.
Atendimento de Enfermagem		São previstas 5 entrevistas para cada gestante. A primeira entrevista será realizada por ocasião do seu 1º comparecimento e terá por objetivo o encaminhamento dos exames de laboratório e agendamento para a 1ª consulta médica. As entrevistas subsequentes visam a orientação pós consulta, agendamento para próximos retornos e para vacinação anti-tetânica.
Exames de Laboratório		Wasserman e VDRL - para diagnóstico da sífilis que devem ser feitos em 100% das gestantes inscritas Urina - 5 exames por gestante sadia Rh - em 100% das gestantes inscritas Hb - para diagnóstico de anemias: 5 exames por gestante sadia 1 exame parasitológico de fezes
Tratamento		Tratar 100% das gestantes com reação sorológica para sífilis positiva. Demais anormalidades acusadas pelos exames de laboratório.
Imunização		Imunizar contra o tétano, 100% das gestantes inscritas, de acordo com as normas do Programa de Imunizações
Assistência ao Parto e recém-nascido		Encaminhar 100% das gestantes inscritas para assistência ao parto hospitalar. Estabelecer o controle das curvas procedendo-se a um levantamento das que exercem atividades na área a fim de receber orientação, treinamento e supervisão.

Atividades Finais e Intermediárias	Metas e Normas
Visita Domiciliária	São previstas 2 visitas. A 1a. durante a gravidez e a 2a. no puerpério imediato. Toda gestante que apresentar anormalidade ou não comparecer à consulta de pré-natal deverá ser visitada.
Trabalhos com grupos de gestantes	São previstos 2 cursos para o ano de 1971. O Programa Educativo dos cursos deverá estar baseado nas necessidades das gestantes. Toda equipe participará dessa atividade educativa.
Curiosas	É previsto um curso por ano. O Programa de A - destramento, será baseado em um levantamento para identificação do seu conhecimento, necessidade e métodos do trabalho.

Recursos Humanos:

- Para o cálculo do número de médicos necessários adotou-se o critério de 4 horas contratadas, 230 dias úteis por ano e considerou-se em média 6 consultas por hora; portanto um médico poderá fazer 5520 consultas anuais. Nessa programação, foram previstas 2 280 consultas para atender as metas definidas.

Portanto um médico poderá atender à este programa e ainda participar de outras atividades desenvolvidas na Unidade.

- Enfermeira - A enfermeira, sendo funcionária do hospital, participará do programa em tempo parcial, e será responsável pela supervisão das atividades de enfermagem e treinamento do pessoal. Participará também das atividades educativas previstas.

- Visitadora de Saúde Pública - Para cálculo das entrevistas foi considerado, 6 horas contratadas, 230 dias úteis e 4 entrevistas pós-consultas, por hora, portanto 1 visitadora poderá fazer 5520 entrevistas por ano.

Para o programa foram previstas 2280 entrevistas, portanto 1 visitadora poderá realizar todo o atendimento para este programa e ainda colaborar em outras atividades, tais como visita domiciliária e trabalho educativo de grupos.

Estimativas do nº de atividades para o período da programação:

Quadro nº 4

Estimativa de recursos:

Recursos Humanos Médicos:

É previsto um total de 900 consultas a gestante sadia ; 1380 a gestante doente - Total 2280 consultas.

Utilizamos para o cálculo do número de médicos necessários o seguinte: 10 minutos por consulta e 6 consultas por hora num total de 24 consultas diárias, 230 dias úteis , portanto: 5520 consultas.

O programa prevê 2280 consultas , 1 médico poderá fazer 5520 consultas. Portanto 1 médico poderá dar atendimento ao serviço segundo as metas determinadas e ainda atender à demanda da zona rural, bem como colaborar em outro programa, se indicado.

Enfermeira:

A enfermeira será responsável pelo treinamento e supervisão do pessoal de enfermagem para o adequado exercício de suas atribuições.

Participará, também, do trabalho de grupo previsto: grupo de gestantes e grupo de curiosas.

Visita Domiciliária:

Uma visitadora de Saúde Pública , com uma média de 1,5 visita por hora, trabalhando em serviço externo de 4 horas diárias em 230 dias úteis, poderá realizar 1380 visitas domiciliares anuais.

São previstas 300 visitas domiciliares para o atendimento à gestante sadia segundo a rotina e à doente , quando necessário.

Atendente de Saúde Pública:

Uma atendente poderá realizar 6 atendimentos por hora e calculando 5 horas para essa atividade (considerando 1 hora para preparo de consultórios e limpeza e esterilização de material. Portanto, são previstos 6900 atendimentos por ano.

Para o programa foram calculados 2280 atendimentos de enfermagem.

Portanto um atendente de Saúde Pública poderá realizar todo o atendimento previsto e participar de outras atividades junto a outros programas na Unidade.

Pessoal Previsto:

1 médico - 23 horas semanais
 1 enfermeira (a existente no hospital) - tempo parcial
 1 visitadora de Saúde Pública - 32 horas semanais

Instalações:

Além dos recursos já existentes de acordo com o diagnóstico propõe-se a complementação através de:

1 sala de preparo para gestante
 1 sala para reuniões.

A Médio Prazo - 1975

A avaliação será continuada, nos termos iniciados a curto prazo.

É previsto o aumento da cobertura para 90% das gestantes da área, não assistidas pela previdência assim como da concentração da consulta médica para 7 por período de gestação e continuar com uma para puerpério; portanto são previstas 8 consultas por gestante a esse prazo. Em consequência do aumento da consulta médica prevê-se, também, um acréscimo das demais atividades. Quanto à visita domiciliar, considerando que esse atendimento é selecionado e dispendioso, continuará o mesmo critério adotado a curto prazo.

Prevê-se o atendimento à zona rural através de programação sistemática pelos PAS.

Atividades programadas para 1975: o pessoal previsto a curto prazo continuará sendo suficiente.

A Longo Prazo: - 1980

A longo prazo serão reavaliados e se necessário reformulados os programas propostos a curto e médio prazo.

É previsto o atendimento máximo à zona urbana e o atendimento à zona rural segundo metas elaboradas pelos PAS.

Programa de Contrôles de Doenças
Transmissíveis

Objetivo:

Promover a saúde da área pela redução da incidência, prevalência e mortalidade por doenças transmissíveis, através de um programa de controle dos mesmos.

Curto Prazo - 1971

Considerando a existência de todos os registros adequados evidenciados pelo diagnóstico quanto às doenças transmissíveis, propõe-se elaborar um programa normativo com as atividades previstas e organizar o registro sistemático das notificações e respectivo fichamento dos casos notificados.

Cobertura:

não existindo estudos quanto à probabilidade de adoecer para cada dano devido à precariedade dos dados estatísticos, não é possível estabelecer a cobertura necessária por dano presente nesta área.

Atividade:

Notificação: Deverá ser observada a Norma Técnica prevista pela Secretaria da Saúde de acordo com o decreto nº 52.503 de 28/7/70 (Anexo nº 16).

Conhecimento de casos; os casos serão conhecidos através dos atendimentos médicos nos consultórios particulares e na unidade sanitária assim como das atividades desenvolvidas pelo serviço de enfermagem e saneamento.

Os médicos particulares deverão ser solicitados a fazer as notificações ou informar a Unidade Sanitária quanto aos casos atendidos.

Visitadoras e Inspetoras de Saneamento farão os encaminhamentos para a consulta e fichamento dos casos suspeitos.

Registro de Notificações e Fichamento:

O funcionário do SAME será responsável por:

- verificar diariamente toda as fontes de que dispõe o Serviço para tomar conhecimento dos casos de doenças transmissíveis e encaminhar os boletins à seção competente.

- abrir para cada caso a ficha epidemiológica adotada pelo Serviço anotando nome, endereço e nome da doença do paciente.

- anotar no livro de Registro de Doenças Transmissíveis os casos suspeitos ou confirmados, incluídos na relação de doenças de Notificação.

- entregar a Ficha Epidemiológica à visitadora do Setor onde ocorreu o caso, para as providências necessárias, segundo o caso.

- fazer um resumo mensal e anual dos casos de doenças transmissíveis no Livro de Registro da Seção de Visita Domiciliária, para conhecimento do número de casos ocorridos e número de visitas realizadas.

Consulta Médica:

Será realizada a todo cliente portador ou suspeito de doenças transmissível, que se inscrever na Unidade Sanitária.

Diariamente ao receber os prontuários no SAME, o funcionário encarregado procederá o registro dos casos e notificação à seção de Epidemiologia, se necessário.

Atendimento de Enfermagem:

Todo suspeito ou portador de doenças transmissíveis será encaminhado para a entrevista pós-consulta. A visitadora Sanitária, na ficha de família, deverá certificar-se do endereço para seleção de visita domiciliária. Na entrevista pós consulta deverá dar toda a orientação quanto aos cuidados relativos à medicação prescrita e medidas de profilaxia indicadas no caso.

Exames Laboratoriais:

Serão encaminhados para o laboratório da Unidade os casos solicitados pelo médico.

A coleta de material para exame de controle poderá ser feita no laboratório ou domicílio pela visitadora de Saúde Pública, segundo as possibilidades.

Educação Sanitária:

Todos os programas educativos para grupos, previstos na unidade sanitária, deverão conter informações e orientação quanto às doenças transmissíveis. Especificamente, em relação à vacinação, devem existir palestras, demonstrações programadas para todos os grupos.

No programa de Higiene Escolar de verá ser realizada a orientação das professoras pela equipe da Unidade Sanitária, quanto a esses aspectos.

A programação educativa terá, como objetivo geral, levar à Comunidade de São Sebastião a conhecer, sentir a importância e participar do programa de controle de doenças transmissíveis.

Especificamente se tentará:

- conseguir que a comunidade conheça, valorize e use os esquemas de imunizações e as medidas profiláticas das moléstias transmissíveis.

- fazer com que a equipe de saúde conheça, valorize e execute eficientemente a programação preconizada.

- conseguir que todos (equipe de saúde e comunidade) assumam suas parcelas de responsabilidade na prevenção e controle das doenças transmissíveis.

As atividades que dão oportunidade para atingir tais objetivos são: consulta médica, atendimento de enfermagem, visita domiciliária, cursos, palestras, reuniões, treinamento em serviço etc.

A programação educativa será avaliada quanto: ao comparecimento para imunizações nos aprazamentos previstos; à observância das recomendações dadas; à notificação dos casos suspeitos e confirmados, conhecimentos adquiridos; à redução de morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis.

A avaliação do Programa Educativo poderá ser feita através da análise dos dados estatísticos, boletins de produção, registros de agendamentos, entrevistas, formulários, supervisão e observação.

Visita Domiciliária:

Sempre que indicada será realizada aos casos de doenças transmissíveis da área, segundo prioridades estabelecidas.

A Visitadora registrará observações na pasta da família, na ficha epidemiológica, de acordo com o caso, e no prontuário individual do paciente.

A visita terá por objetivo orientar a família quanto às medidas de profilaxia indicadas no caso.

Medidas de Profilaxia:

Isolamento:

O isolamento, quando necessário, poderá ser no domicílio ou no hospital, segundo determinação da autoridade sanitária e de acordo com o tipo de doença.

Isolamento Domiciliário:

A Visitadora de Saúde Pública desenvolverá as seguintes ações;

- prestar cuidados de enfermagem indicado para o caso.

- ensinar a família os cuidados de enfermagem que podem ser delegados.

- orientar a família sobre os aspectos principais da doença.

- tomar as providências necessárias em relação aos comunicantes, orientando provas imunológicas, vacinas, encaminhamentos ou coletas de exames de laboratório, de acordo com normas existentes para a doença.

- informar o médico da Unidade Sanitária sobre a evolução do caso.

Quarentena:

Aplica-se às doenças constantes do grupo I (de acordo com anexo citado em Notificações) e eventualmente a outras doenças a critério da autoridade sanitária.

Desinfecção:

Nos casos que é indicado desinfecção, competirá à enfermagem de Saúde Pública realizar:

- orientação da família sobre a importância da medida.

- ensinar sobre os agentes químicos ou físicos utilizados de acordo com o dano.

- demonstração no domicílio, dos procedimentos empregados na desinfecção concorrente e terminal.

Vacinação:

A vacina será realizada de rotina a todo cliente que frequentar a Unidade Sanitária, segundo o sub programa de imunizações a ser proposto.

Para incentivação da vacinação na comunidade deverão ser realizadas as atividades educativas, visando a divulgação da mesma e seu maior conhecimento.

Vigilância Sanitária:

Aplicável às doenças transmissíveis constantes do Grupo II (de acordo com anexo citado em Notificações)

As medidas indicadas são:

- orientação, observação, ministração de terapêutica medicamentosa específica, colheita ou encaminhamento para exames de laboratório e provas imunológicas.

- proceder à suspensão da vigilância quando indicado, de acordo com as normas elaboradas para cada doente.

Tratamento Específico:

Será realizado segundo esquemas de tratamento para doentes e comunicantes elaborados pelo Órgão de Saúde Pública responsável.

Saneamento do Meio:

É a atividade básica para o controle de doenças transmissíveis e estão previstas no programa de Saneamento.

Avaliação do Programa:

A avaliação será realizada através de:

- estudo e análise dos dados estatísticos e dos registros existentes.

- registros de morbidade e mortalidade existentes na Unidade.

- análise do trabalho realizado e fatores que influenciam ou não o alcance das metas.

- estimativa das atividades realizadas:

nº de consultas com diagnóstico confirmado.

nº de encaminhamentos para hospital

nº de entrevistas para pacientes portadores de doenças transmissíveis.

nº de visitas domiciliares realizadas.

- estudo da morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis.

A Médio Prazo - 1975

É previsto, a médio prazo, que baseados nos dados coletados e registrados, segundo previsão a curto prazo, seja reformulado o programa em termos de meta e previsão das atividades, para a zona urbana e inicie o atendimento através dos PAS a serem instalados, para a zona rural.

A Longo Prazo - 1980

Propõe-se a avaliação do programa realizado a curto e médio prazo e

reformulação em termos de metas para redução de danos com previsão de cobertura e concentração de atividades para a zona urbana e continuar o atendimento à zona rural prevendo metas para atendimento através dos PAS.

Considerando a importância das imunizações, teste tuberculínico e do Saneamento para o controle das doenças transmissíveis, propõe-se os subprogramas a seguir.

Subprograma de Imunizações

Objetivo:

Colaborar na prevenção das doenças transmissíveis passíveis de imunizações, através de aplicação de vacina e educação sanitária para a população suscetível e acessível da área programática.

A Curto Prazo - 1971

Propõe-se como meta cobrir cerca de 80% da população infantil, pré-escolar, escolar e gestante da área acessível.

- vacinar de acordo com as Normas Técnicas da Secretaria da Saúde 80% da população inscrita.

Não se prevê cobertura total da população inscrita, uma vez que se deve levar em consideração não só a ocorrência de faltas aos retórnos agendários, como também o fato de o Serviço de Visita Domiciliária estar em fase de implantação.

- treinamento de pessoal para atendimento do programa.

- instalar o serviço em área física adequada e equipá-lo de material e pessoal suficiente para atender a cobertura prevista.

- organizar registro sistemático que proporcione meios para avaliação e pesquisa.

População Prioritária Por Grupos Etários:

Infante	0	+	2	anos
Pré-escolar	2	+	7	anos
Escolar	7	+	12	anos
Gestantes				-

Atividade:

Compete ao Serviço de Enfermagem:

- inscrever no programa 80% da população suscetível, acessível da área.

- planejar, executar e avaliar as atividades de imunizações da Unidade Sanitária, de acordo com as normas determinadas.

- desenvolver atividades educativas:

Na Unidade Sanitária: para clientes e pessoal de enfermagem e grupos de mães das crianças inscritas no Programa de Assistência Materno-Infantil.

Na Comunidade: para grupos de população tais como: professoras escolares, pais etc.

Os métodos empregados serão: orientações individuais e grupais através de aulas, palestras, demonstrações e discussões.

- prever imunizantes para atender à cobertura prevista.

- preparar e conservar o material necessário para execução das vacinas.

- vacinar a população inscrita em qualquer dos serviços de Saúde da Unidade Sanitária de acordo com as Normas existentes para cada programa.

- vacinar a população não matriculada na Unidade Sanitária, conforme esquema de vacinação, nas oportunidades que se apresentarem.

- solicitar visita domiciliar para os clientes que não tenham comparecido ao Serviço para completar as doses de vacina ou que não tenham comparecido para a leitura da mesma, no caso da vacina anti-variólica, para a população da área acessível.

Ações Componentes da Vacinação

- atendimento do cliente visando a identificação, informação e orientação.

- aplicação da vacina de acordo com as Normas Técnicas

- registro de dados relativos à vacinação de acordo com as normas técnicas.

Normas Técnicas

- observar as normas estabelecidas pela Secretaria da Saúde do Estado de S. Paulo (calendário de imunizações) para vacinar o infante, pré-escolar e escolar.

- outras observações relacionadas com a aplicação da vacina.

- não usar o toxóide diftérico em crianças com 7 anos ou mais, sem antes fazer a prova Schick.

- esquema para aplicação de toxóide de tetânico em gestantes, de acordo com orientação da Cadeira de Enfermagem da Faculdade de Saúde Pública:

- não vacinada anteriormente: dar a partir do 6º mês de gestação, 3 doses com intervalo de 1 mês,
- tendo recebido a vacinação básica completa, a 5 anos ou menos, dar uma dose a partir do 6º mês de gestação.
- tendo recebido a vacinação básica completa a mais de 5 anos, proceder como na vacinação básica.

- no programa para adultos serão aplicadas as vacinas contra tétano e varíola segundo rotina adotada pela Secretaria da Saúde.

- na vigência de epidemias de qualquer das doenças passíveis de imunizações, as respectivas vacinas terão prioridades sobre a cronologia recomendada no calendário.

- com relação ao calendário de imunizações e sua aplicação simultânea consultar as normas recomendadas pela Secretaria da Saúde.

Sistema de Registros das Vacinações:

O objetivo da sistematização dos registros visa proporcionar meios de avaliação do programa e uma correta informação quando necessário.

A caderneta de vacinação da Secretaria da Saúde será fornecida a toda criança vacinada com menos de 7 anos de idade.

A ficha de registro de vacinação da Secretaria da Saúde será preenchida para cada criança vacinada, correspondendo a cada caderneta de vacinação aberta. Esta ficha será conservada no arquivo da Unidade Sanitária.

Os itens anteriores devem ser preenchidos de acordo com as normas da Secretaria do Estado de São Paulo.

Comprovantes de vacinação serão fornecidos a pessoas com mais de 7 anos de idade em caráter provisório ou definitivo.

no provisório serão anotadas as doses e datas de sua aplicação durante o período de vacinação com intuito de comprovar que a pessoa está sendo vacinada.

no definitivo serão anotadas as vacinas recebidas e as datas de sua aplicação e no caso da VAV (vacina anti-variólica) o resultado da reação verificada.

Atestados - serão fornecidos, sempre que necessários, após a aplicação da última dose da vacina e no caso da VAV, após a leitura da mesma. O atestado só terá validade quando assinado pela autoridade sanitária.

Livro de Registros de Vacinação - permanecerá no serviço de imunizações e nele serão anotados os seguintes dados:

- nome por extenso da pessoa vacinada
- idade
- tipo de vacina e dose
- no caso de VAV, anotar na coluna indicada o resultado da leitura.

Livro de Apazamento - serão agendados os retornos dos clientes para as demais doses das vacinas e no caso da VAV, os retornos para leitura.

Relatório do Movimento:

O serviço fornecerá mensalmente o relatório das atividades à chefia da Unidade Sanitária. Este relatório deverá conter informações referentes a tipos de vacinas aplicadas por grupo etário, dose e total de movimento.

A Unidade Sanitária deverá mandar relatório do movimento mensal para a Secretaria da Saúde em modelo próprio.

Avaliação:

A avaliação será contínua e periódica. Será realizada através de:

- análise da produção em relação às metas propostas para cada grupo etário;
- comparação do total de vacinações realizadas, com previsão diária, mensal ou anual;
- análise da eficiência do programa, em termos dos resultados obtidos referentes às previsões para cada dano redutível pela aplicação da respectiva vacina e a relação dos resultados com o método empregado.
- verificação da assiduidade da população atendida em relação ao apazamento do serviço a fim de determinar causas de possíveis falhas.

Observação:

A enfermagem deve manter seu pessoal informado dos resultados do trabalho e analisar com este as possíveis causas do insucesso, caso as metas não tenham sido alcançadas e tomar as providências necessárias.

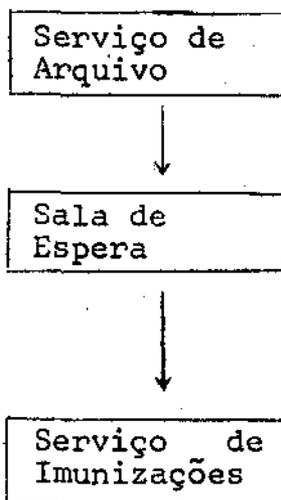
Dimensionamento de Pessoal:

Este serviço deverá contar com o seguinte pessoal:

- 1 atendente
- 1 visitadora

Atribuição do Pessoal:

- Atendente: será responsável pela parte executiva deste programa.
- Visitadora: será responsável pela parte educativa do programa e pelas visitas domiciliárias aos faltosos

Fluxograma para o Cliente:

- identifica-se
- solicita encaminhamento de sua ficha para o serviço de imunizações
- aguarda ser chamado para receber a vacina
- ouve palestras sôbre importância das vacinas na prevenção das doenças transmissíveis passíveis de imunizações
- identifica-se
- fornece informações
- recebe orientação específica relativa a sua vacina
- é vacinado
- recebe retôrno para próxima dose ou leitura da mesma se fôr o caso.

A Médio Prazo - 1975

Através da visita domiciliária elevar o índice de inscrição e cobertura da população prioritária acessível de 80 para 90%.

Inscrever no programa de Imunizações 50% de população infantil, pré-escolar, escolar e gestantes da área rural através dos PAS.

Vacinar de acôrdo com o calendário de Imunizações 80% dos inscritos da área rural tendo em vista problemas de acesso dessas populações aos PAS.

Instalar o Serviço em área pre - vista segundo reforma programada.

A Longo Prazo - 1980

Através das ficha, família e do serviço de visita domiciliária inscrever no programa e vacinar pelo menos 90% de toda a população acessível de São Sebastião.

Através dos PAS dar uma cobertura de pelo menos 80% da população suscetível da área rural de São Sebastião.

Esta previsão está sujeita a modificações após avaliação realizada a médio prazo.

Programa de controle de doenças transmissíveis.

Sub-programa de Tuberculose

Teste Tuberculínico - P.P.D.

Principais Objetivos:

Conhecer a incidência da tuberculose (infecção ou doença) na área;

Pesquisar localização de possíveis focos;

Diagnosticar e tratar precocemente os casos identificados.

Meta a Curto Prazo:

Implantação de rotina do teste Tuberculínico para o grupo etário de 0 a 14 anos. Tratar os casos suspeitos e confirmados de tuberculose e proceder a quimioprofilaxia de acordo com rotina proposta no sub-programa.

A médio e longo prazo propõe-se a criação desse subprograma estendendo-o à toda população urbana e rural desta área.

O programa sugerido a curto prazo deverá ser estudado visando reformulação e ampliação, se necessário, estendendo à toda a população.

Rotina em Relação à Tuberculose para o Grupo etário 0 - 14 anos:

- Perguntar especificamente por tuberculose nos contatos intra e extra domiciliares em todas as anamneses.

- Encaminhar para Teste Tuberculínico de Rotina:

a) toda criança, maior de 2 meses, antes da admissão no Hospital. Nos casos internados de urgência o teste deverá ser realizado durante a sua permanência no hospital.

b) toda criança matriculada na Unidade Sanitária aos 2 meses

e depois, anualmente, no mês de nascimento. Aplicar as vacinas de rotina estabelecidas para estas datas por ocasião da leitura do teste tuberculínico.

c) toda criança com história de contato com adulto tuberculoso ou que apresentar quadro suspeito de tuberculose.

- Encaminhar os Reatores Fortes à Tuberculina para exame radiológico do torax e, quando houver imagens suspeitas, para a pesquisa e cultura de BK ("Swab" faríngeo, escarro, lavado bronquico ou suco gástrico).

- Encaminhar para internação em hospital especializado os casos diagnosticados em ambulatório com BK positivo e, quando internados, isolá-los na enfermaria aguardando transferência diretamente para aquele recurso (quando o Hospital não dispuser de isolamento).

- Nos Reatores Fortes à tuberculina, com imagens radiológicas suspeitas e com pesquisa de BK negativa, realizar:

a) quimioterapia medicamentosa tríplice com STM+PAS+INH - por um mês, PAS+INH por 5 meses e continuar com INH até completar 12 meses, ou então quimioterapia dupla com PAS+INH por seis meses com INH até completar 12 meses (outras associações medicamentosas podem ser usadas respeitando-se o esquema de três drogas por mês, duas por mais 5 meses e Hidrazida por um ano). Não dar os medicamentos aos sábados e domingos.

b) Contrôles clínicos mensais;

c) pesquisa de BK ("swab" faríngeo) nos dias de controle clínico (por 3 meses consecutivos) e se positivo, fazer cultura e antibiograma;

d) Controle radiológico 2 a 3 meses após o diagnóstico e, a seguir, cada 6 meses, até a cura radiológica;

e) sedimento urinário quantitativo cada 3 meses, nos dias de controle clínico. Se houver hematúria pesquisar tuberculose renal;

f) Orientar para melhoria das condições de alimentação e habitação.

- Nos pacientes Reatores Fortes à tuberculina, com viragem até há um ano, ou sem teste tuberculínico pregresso, que não apresentem imagens radiológicas suspeitas;

a) acima de 4 anos de idade, fazer:

- quimioprofilaxia secundária (INH-10 mg/kg) por um ano;
- se houver foco domiciliar fazer tratamento triplice e proceder no item b) abaixo;

b) abaixo de 4 anos de idade fazer:

- tratamento específico como no item a) dos Reatores Fortes.

Nota: quando houver foco bacilífero intradomiciliar verificar o antibiograma para BK do adulto infectante. Se o BK for resistente à alguma droga, analisar novamente o tratamento da criança.

- controle clínico mensal;
- controle radiológico após 2-3 meses do diagnóstico e depois de um ano. Se houver piora clínica, esta conduta poderá ser alterada;
- sedimento urinário quantitativo cada 3 meses;
- orientar para melhoria das condições de alimentação e habitação;
- reinstituir a quimioprofilaxia (INH-20 mg/kg nos menores de 2 anos e INH-10 mg/kg nos maiores de 2 anos) nas situações abaixo:

. administração de corticóide: durante toda a sua vigência;

. sarampo, coqueluche e vacinação com vírus vivo atenuado contra sarampo: durante um período não inferior a um mês.

- Em todos os casos orientar a família contra a infecção tuberculosa, doença, fatores predisponentes, propagação, profilaxia e tratamento, além de mostrar a necessidade de investigação de infecção tuberculosa nas pessoas do domicílio pela Unidade Sanitária, através de:

a) teste tuberculínico nos menores de 14 anos;

- b) estudo radiológico dos pulmões nos adultos e nos menores de 14 anos, quando forem retores fortes ou fracos ao teste tuberculínico;
- c) delimitação do foco e seu tratamento;
- d) controle periódico dos comunicantes;
- e) quimioprofilaxia;
- f) vacinação com BCG;
- g) visita domiciliar.

Nota: a U.S. deve informar-se com a família dos resultados e tratamentos acima mencionados. Em situações excepcionais, principalmente quando há resistência à utilização do Serviço, solicitar visita domiciliar com o objetivo de melhor orientar a família.

- Os Retores Fracos ao teste tuberculínico deverão ser encaminhados para estudo radiológico dos pulmões e repetição do teste após 3, 6 e 12 meses. Caso o exame radiológico indique imagens suspeitas, proceder como no caso de Retores Fortes com imagens radiológicas.

- Os Retores Fracos ao teste tuberculínico com foco bacilífero domiciliar, deverão receber quimioterapia tríplice quando menores de 4 anos e quimioprofilaxia com hidrazida quando maiores de 4 anos.

- Os não retores ao teste tuberculínico deverão receber BCG oral e repetição do teste tuberculínico, 2, 6 e 12 meses depois da vacinação, e a seguir, anualmente.

Nota: As reações fortes ao teste tuberculínico indicam contaminação por bacilo virulento e não por BCG, devendo, portanto, seguir a rotina para os retores fortes.

- Os Não Retores com foco bacilífero domiciliar deverão receber INH por 3 meses e então repetir o teste tuberculínico. Este poderá se apresentar:

- a) Reator Forte - proceder como na rotina dos Retores Fortes.
- b) Reator Fraco - proceder como na rotina dos Retores Fracos
- c) ou persistir Não Reator: vacinar com BCG oral e repetir após 3 meses. Se este resultar:

- 1-Reator Forte: proceder como na rotina.
- 2-Reator Fraco: fazer quimioprofilaxia por mais 3 meses.
- 3-Não Reator: fazer quimioprofilaxia por mais 3 meses.

Interpretação dos Resultados do Teste Tuberculínico Realizado com PPD-Rt 23, 2 U.T. (Correspondente a 5 unidades do PPD-S), Intra-dérmico e Leitura após 72-96 horas, por Pessoal Treinado com Técnica Padronizada.

Não Reator (0-4mm)

- Ausência de infecção tuberculosa;
- Período de incubação da tuberculose (15 a 60 dias);
- Uso de imuno-suppressores (corticóides, citostáticos e radioterapia);
- Hipotireoidismo, sarcoidose, Hodgkin, poliomielite, varicela, sarampo (até 42 dias após o exantema), vacinação com vírus vivo atenuado (sarampo, poliomielite), estado de super infecção tuberculosa ou não, infecção por Mycobactéria atípica, desnutrição;
- Deficiência técnica (material deteriorado, erro na feitura, erro na leitura).

Reator Fraco (5-9mm)

- Infecção por Mycobactéria atípica;
- Infecção tuberculosa;
- BCG intradérmico.

Reator Forte (igual ou maior que 10 mm.)

- Complexo primário recente ou antigo;
- Doença tuberculosa.

Fonte: Estudo elaborado pela disciplina de Pediatria social da Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Recursos Humanos e Área Física:

Para que esta rotina seja desenvolvida, faz-se necessário o treinamento de um elemento da Unidade Sanitária pelo Serviço de Tuberculose, dentro das normas consideradas Padrão por este Serviço para realização do teste tuberculínico.

O teste tuberculínico será realizado na área destinada a imunizações e testes.

Resumo:
Da Rotina em Relação à Tuberculose:

Teste Tuberculínico	Idade	RX	BK	Foco Domiciliar	conduta básica
Reator Forte	qual-quer	+	+	+	internação com isolamento
		+	+	-	
	qual-quer	+	-	-	tríplice
		+	-	+	
	<4 anos	-	-	±	
	>4 anos	-	-	+	
		-	-	-	hidrazida
Reator Fraco	qual-quer	+	+	+	internação
		+	+	=	
		+	-	-	
	<4 anos	+	-	+	tríplice
		-	-	+	
	>4 anos	-	-	+	hidrazida
qual-quer	-	-	-	-	
Não Reator	qual-quer	0	0	-	BCG
		0	0	+	hidrazida

Programa de Contrôlo de Doenças Transmissíveis.

Sub-programa de Saneamento do Meio

Objetivo:

Realizar o contrôlo do meio físico e ambiental para promoção e conservação da Saúde da Comunidade.

A Curto Prazo - 1971

- cadastrar 100% das habitações da zona urbana.
- fazer inspeção sanitária de rotina, levando em consideração o cadastro predial, com prioridade em estabelecimentos prediais de saúde pública.
- inspeções eventuais quando solicitadas por interessados ou quando julgadas necessárias pela Unidade Sanitária.

Atividades:

- visita de saneamento com a finalidade de realizar inspeção sanitária e ações educativas.

Ações Componentes da Inspeção Sanitária:

- verificação das condições de higiene do meio (água, esgoto, lixo etc)
- vigilância de produtos alimentícios que interessem à Saúde Pública.

- controle das condições de saúde, exigindo Carteira de Saúde às pessoas que manipulem gêneros alimentícios.

- inspeção em estabelecimentos para deferir Alvará sanitário.

- inspeção em prédios para o Habite-se Sanitário.

- visita aos estabelecimentos com anotação na Caderneta de Controle Sanitário.

- confecção do Boletim diário.

Educação Sanitária:

A programação educativa terá, como objetivo geral, levar o indivíduo e a comunidade a compreender a ação controladora do Setor de Saneamento, como um instrumento de promoção do bem estar.

Especificamente pretende-se que a comunidade:

- receba favoravelmente a visita de inspeção.

- compreenda a importância da higiene ambiental.

- conheça medidas corretas relativas ao abastecimento de água, destino do dejetos e lixo.

- conheça a importância das recomendações legais referentes às condições sanitárias da criação de animais e saneamento dos alimentos.

- compreenda a importância das condições saudáveis da habitação no planejamento de suas construções.

Pretende-se, também, conscientizar os proprietários de estabelecimentos para que compreendam e desejem oferecer condições tecnicamente indicadas pela legislação vigente.

Pretende-se ainda, levar os infratores a compreenderem o sentido das exigências legais que os puniu, fazendo-os desejar as mudanças recomendadas.

A atividade básica deste programa é a visita de inspeção que oferece excelente oportunidade para atingir os objetivos propostos, desde que um setor esteja devidamente preparado e consciente.

A programação será avaliada quanto a cobertura, reincidência em infrações, receptividade do programa e obras realizadas. Através da análise dos registros, observação, entrevista, formulários e supervisão, verificar-se-á até que ponto os objetivos foram atingidos.

Rendimento Instrumental..... 2 visitas/hora
 Duração média da visita.....30 minutos

Não foi definida a previsão do total de visitas a serem realizadas em virtude de não existir cadastro predial.

A avaliação, após realizado o cadastro, deve ser feita comparando o número de atividades realizadas com o número previsto, de acordo com o rendimento instrumental.

Recursos Humanos:

- considerando critério de que um auxiliar de saneamento, em 6 horas contratadas, 230 dias úteis, e rendimento de 2 visitas por hora, fará um total previsto de 2,300 visitas anuais, a Unidade com 3 auxiliares de saneamento, disporá de 6.900 visitas anuais.

A Médio Prazo - 1975

- elaborar um programa normativo utilizando informações do cadastro realizado a curto prazo.

- cadastrar 60% das habitações da zona rural.

- fazer inspeção sanitária de rotina e eventualmente, quando julgadas necessárias.

A Longo Prazo:- 1980:

- avaliar e reformular, se necessário, o programa elaborado a médio prazo.

- complementar, na medida do possível, o cadastro da zona rural.

Para o adequado desenvolvimento dos programas indicados considerou-se necessário a organização do Serviço de Enfermagem e treinamento de pessoal.

Serviço de Enfermagem:

O serviço de enfermagem será responsável pela execução das atividades de enfermagem determinadas na programação. Essas atividades serão desenvolvidas através dos serviços internos (atendimentos nas clínicas, entrevistas, pós-consultas, imunizações) e através dos serviços externos em visita domiciliar e trabalho de grupo na comunidade.

Objetivos:

Contribuir através da assistência de enfermagem para a adequada execução dos programas implantados na área.

Dimensionamento de Pessoal e Atribuições:

Considerando que não existe previsto para a Unidade local:

1 enfermeira e que a chefia do Hospital de São Sebastião indica a possibilidade de uma enfermeira do hospital exercer determinadas atribuições na unidade em tempo parcial, essa enfermeira será responsável pelo serviço de enfermagem na Unidade Sanitária, onde constituirá Unidade de Direção.

Unidade de Execução - 4 visitadoras de Saúde pública

5 atendentes de saúde pública.

Responsabilidades e Atribuições:

Enfermeira chefe do Serviço.

Propósito do cargo:

Supervisão das atividades de enfermagem, realizadas na Unidade e fazer com que as mesmas sejam executadas.

Subordinação hierárquica:

A enfermeira será subordinada administrativamente ao chefe da Unidade Sanitária e tecnicamente ao Serviço de Enfermagem do Hospital.

Autoridade:

Para tomar decisões relativas às ações de enfermagem em nível local.

Atribuições:

- manter o Serviço devidamente organizado para a adequada execução das atividades de enfermagem.

- supervisionar as atividades de enfermagem.

- avaliar os resultados das atividades fins do Serviço.

- delegar tarefas ao pessoal auxiliar de enfermagem.

- colaborar com o diretor da Unidade Sanitária na área administrativa para o alcance dos objetivos.

- participar e orientar o pessoal de enfermagem na coleta e registros de dados estatísticos e no encaminhamento dos mesmos ao SAME.

- administrar o pessoal de enfermagem: resolução de problemas e treinamento de pessoal.

- procurar manter boas relações humanas e proporcionar satisfação no trabalho, para o pessoal sob sua responsabilidade.

- Elaborar relatórios dos serviços de enfermagem e enviar à enfermeira distrital e à chefia da Unidade
- Avaliação dos programas desenvolvidos e do pessoal de enfermagem.

Visitadora de Saúde Pública

Propósito do cargo

Executar na Unidade Sanitária as atividades de enfermagem, da sua atribuição e promover a dinamização dos serviços na comunidade.

Subordinação Hierárquica

Administrativamente:

Será responsável perante o diretor da Unidade nos aspectos relativos à administração de pessoal, e perante a enfermeira chefe do Serviço de Enfermagem nos aspectos administrativos de sua alçada.

Técnicamente :

Será responsável perante a chefia do Serviço de Enfermagem.

Autoridade

Para tomar decisões imediatas em serviço dentro de suas atribuições e que não interfiram nas normas existentes.

Responsabilidade

No planejamento diário das atividades de enfermagem, conforme prioridades.

Na execução das atividades de enfermagem de sua atribuição.

Atribuições

- Fazer visitas domiciliares para dar atendimento às necessidades dos diversos programas conforme prioridades estabelecidas.

- Fazer encaminhamentos aos recursos existentes na comunidade e para a própria Unidade Sanitária.

- Executar as atividades educativas, a indivíduo e grupos que são previstas pela programação.

- Executar vacinações programadas para grupos da comunidade.

- Coletar dados para investigações quando indicado.

- Encaminhar para tratamento e notificar casos suspeitos de doenças transmissíveis.

- Registrar dados, informações, relativas ao trabalho executado segundo as normas existentes no serviço.

- Prever, requisitar e controlar o material necessário para a adequada execução das atividades de enfermagem.

- Executar, na Unidade Sanitária nos diversos setores, as atividades de enfermagem indicadas pela enfermeira.

- Elaborar relatórios do movimento do serviço e encaminhar à Chefia de Enfermagem.

Atendente

Subordinação

- Estará subordinada técnica e administrativamente à enfermeira da Unidade.

Atribuições

- Preparar os consultórios para o atendimento dos clientes;

- Preparar cliente para consulta verificando peso, estatura e temperatura, anotando em seguida no prontuário médico;

- Encaminhar o cliente e seu prontuário médico ao consultório;

- Fazer preparo e esterilização do material;

- Zelar pela conservação e controle do material de uso da Unidade;

- Realizar encaminhamentos aos clientes para outros serviços, tais como: imunizações, laboratório etc;

- Prestar informações ao público

- Zelar pela ordem dos consultórios e demais dependências da Unidade;

- Executar outras atividades delegadas pela enfermeira;

Avaliação do Serviço

Será feita pela enfermeira da Unidade em função dos objetivos estabelecidos para o serviço e atividades desenvolvidas visando analisar qualitativa e quantitativamente a produção.

Esta avaliação deverá ser contínua através da supervisão e observação e periódica, através dos relatórios e dados estatísticos.

Treinamento de Pessoal

Considera-se que para a execução adequada dos programas elaborados, é indispensável a manutenção de um programa contínuo de educação - em - serviço.

Um programa de treinamento de pessoal em serviço deve enfatizar os aspectos técnicos relativos às funções exercidas na Unidade, bem como salientar os aspectos educativos nos programas da Unidade e incluir princípios e

métodos de Educação Sanitária, afim de que sejam identificadas e aproveitadas todas as oportunidades educativas que se apresentem.

Tal ênfase deve ser dada com o objetivo de :

- Levar a equipe a conhecer a comunidade para o estabelecimento dos objetivos em programa.

- Levar a equipe e a comunidade a sentir a importância dos objetivos da instituição e dos programas que desenvolve .

- Conseguir que a equipe valorize e integre a educação nas suas atividades.

O programa de treinamento de pessoal poderá ser realizado através de:

- palestras, conferências realizadas por sanitaristas, especialistas.

- distribuição de material informativo.

- organização de cursos para treinamento.

- Será de competência da equipe distrital , orientar e participar dos cursos de treinamento na Unidade.

Serviço de enfermagem

Considerando que um enfermeiro do hospital será responsável pelo serviço de Enfermagem da Unidade, esse enfermeiro poderá realizar o treinamento do pessoal de enfermagem na Unidade Sanitária. Para essa atividade contará com a colaboração da enfermeira distrital.

Avaliação

O programa deverá ser avaliado continuamente, considerando-se :

- preparo do pessoal para o desempenho de atividades técnicas específicas ao programa.

- reconhecimento que o pessoal possui dos programas em seus objetivos e normas.

- conhecimento de sua responsabilidade em relação à comunidade como a gente de saúde.

Supervisão

O programa de treinamento deverá ser constante e faz parte do processo de supervisão, que deverá existir continuamente na Unidade.

Pessoal

O programa de treinamento - em serviço deverá ser desenvolvido pela enfermagem local após uma pesquisa para se identificar qual a imagem da instituição perante o pessoal e quais os

pontos passíveis de reformulação.

Poderá ser solicitada colaboração e supervisão em nível distrital à Enfermeira de Saúde Pública e em nível regional ao Educador de Saúde Pública.

Previsão de Equipamento e Pessoal necessários para a execução dos programas de Saúde Materno-Infantil e Controle de doenças transmissíveis.

Para a execução dos programas sugeridos neste plano na Unidade Sanitária, recomenda-se :

A curto prazo - 1971

- equipamentos

A modificação na atual disposição de área física existente na Unidade prevendo a organização de:

1 sala de imunizações e testes;

1 sala para entrevistas pós-consulta.

O equipamento necessário para a sala de Imunizações é o previsto no referido programa.

Na sala de entrevistas será indicado colocar o fichário para o arquivamento das fichas de família.

- Pessoal

Para a adequada execução dos programas sugeridos no planejamento é necessário todo o pessoal previsto pela reforma da Secretaria da Saúde (Ver estrutura da Unidade Sanitária).

Sendo que, segundo a reforma, estão previstos dois sanitaristas para a Unidade tipo III, é indicado que, no mínimo, um médico pertencente ao Corpo Clínico da Unidade, realize o Curso de Saúde Pública.

Também é previsto um médico sanitaria para a chefia do Distrito Sanitário cuja sede é em São Sebastião.

Considera-se que a curto prazo o pessoal médico é suficiente para os programas de higiene materna e controle de doenças transmissíveis, necessitando entretanto de mais 1 médico para a completa cobertura prevista para o programa de saúde da criança.

Para que os programas sejam executados segundo o previsto é imprescindível o aumento do pessoal de enfermagem, no mínimo 3 atendentes e 3 visitadoras de Saúde Pública.

A médio prazo - 1975

- Equipamento

Considerando que todos os programas atuais deverão aumentar em termos

cobertura e concentração .prevendo a definitiva implantação dos demais programas, é recomendado que nessa etapa, a Unidade Sanitária encontre-se definitivamente instalada em outro prédio, com área física maior segundo o previsto para Unidade tipo III (Anexo Nº 14).

- Pessoal

Considerando a definitiva instalação de todos os programas a essa etapa, a equipe de enfermagem deverá estar completa, segundo o previsto no dimensionamento de pessoal para Unidade tipo III.

Prevendo a dinamização da Unidade e conseqüente aumento de sua programação, sugere-se a indicação e lotação de 1 enfermeira de Saúde Pública para a Unidade Sanitária local de São Sebastião, nesta etapa.

A longo prazo - 1980

Considerando que nêsse prazo deverá ser realizada a avaliação e reformulação dos programas a curto e médio prazo, esta avaliação fornecerá condições para estabelecer novas proposições referentes à equipamento e pessoal.

B.4.2.1.3. Unidades de integração entre o Hospital de Clínicas e a Unidade Sanitária.

Para que exista real integração entre a Unidade Sanitária e o Hospital de Clínicas de São Sebastião, é necessário e fundamental que, haja integração funcional.

Para tal é necessário que, funcionando sob uma mesma cúpula administrativa, haja uma única filosofia de trabalho. Havendo uma eficiente integração funcional, não é indispensável a integração física, sendo apenas necessária certa proximidade que permita o perfeito funcionamento dos vários setores de integração.

Consideram-se como unidades de integração os diversos setores que prestando seus serviços na Unidade e no Hospital, contribuem para estabelecer os canais de comunicação necessários à racionalização e maior eficiência da assistência prestada.

Na Unidade Integrada de Saúde de São Sebastião podem ser consideradas como unidades de integração os seguintes setores:

- Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)
- Laboratório de Análises Clínicas
- Setor de Odontologia Sanitária
- Serviço Social Médico

Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME)

Objetivos:

- Obter informações estatísticas para uso da Unidade Sanitária e Hospital;
- Guarda e arquivamento dos prontuários médicos da Unidade;
- Fornecimento de dados para elaboração de programas de saúde a serem implantados na comunidade.

Este serviço subdivide-se em três seções:

- Secção de Estatística
- Secção de Arquivo
- Secção de Registro

Metas:

A reorganização deste serviço deverá ser efetuada a curto prazo.

Responsabilidade funcional:

O SAME estará subordinado administrativa e tecnicamente ao chefe da Unidade Sanitária.

Funções das diversas secções:

Secção de Estatística

- Deverá funcionar como elemento de integração, atendendo a Unidade Sanitária e Hospital;
- Receberá diariamente o movimento estatístico da Unidade e Hospital e lançará os mesmos em mapas próprios.

Secção de Arquivo

- Deverá ser único para Unidade Sanitária e Hospital, centralizado, situado na Unidade Sanitária onde o movimento de utilização dos prontuários é maior;
- Contará com arquivos parafichas individuais e familiares;
- Encaminhará os prontuários após a solicitação do cliente ao serviço onde o mesmo será atendido;
- O prontuário médico só será arquivado após o atendimento do cliente na unidade estando o mesmo preenchido corretamente, de acordo com as normas estabelecidas pelo serviço;
- Em caso de internação pela unidade, o prontuário médico acompanhará o paciente ao hospital;
- Em caso de internação de emergência, pelo Pronto Socorro, o prontuário médico será solicitado ao arquivo pelo pessoal de enfermagem do hospital;
- Após a alta Hospitalar do paciente, o prontuário médico voltará ao arquivo e o mesmo só o arquivará se estiver devidamente preenchido, caso contrário, voltará ao hospital para o seu devido preenchimento;
- Deverá possuir livro para anotação dos prontuários médicos retirados do mesmo a fim de controlar o seu retorno e evitar extravios ou perdas;
- Receberá os exames de laboratórios solicitados pela Unidade Sanitária e os anexará ao prontuário a fim de evitar extravios.

Secção de Registro

- Fará a abertura do prontuário médico por ocasião da primeira consulta ao cliente na Unidade ou após a internação caso o paciente pertença a área de atendimento deste Distrito e não possua prontuário ou ainda por interesse científico. Para que se processe a abertura do prontuário, faz-se necessário a apresentação de um documento de identidade;
- Será ponto inicial do fluxograma do cliente na Unidade;
- Através do caso índice, abrirá também a ficha família e solicitará

comparecimento dos demais membros da família para abertura de suas fichas individuais;

- Fornecerá atestados de saúde e declarações;

- Fornecerá informações referentes a pacientes internados no hospital e sobre o serviço de maneira geral.

Dimensionamento de Pessoal

- Um funcionário treinado para o serviço de estatística;

- Um arquivista;

- Dois recepcionistas;

Área Física

Para o bom desenvolvimento do serviço será necessário dispor das seguintes áreas:

- Área para a secção de estatística, que poderá ser uma sala instalada na área administrativa.

- Área para Registro e Arquivo. Estas secções deverão ser instaladas estrategicamente de modo a facilitar o acesso dos clientes e de preferência em salas separadas (2 duas).

Laboratório de Análises Clínicas -

Existem, no momento duas possibilidades de funcionamento de um serviço de Laboratório em São Sebastião.

A primeira seria a de um Laboratório Distrital da Saúde Pública pertencente à rede do Instituto Adolfo Lutz (I.A.L.) conforme já existia anteriormente; a segunda seria a de operação de dois serviços com funções complementares, isto é, um Laboratório no Hospital e um na Unidade Sanitária.

A segunda alternativa foi proposta devido ao fato de já estar prevista a instalação de um serviço local de Laboratório, integrado na Unidade Sanitária, pelo programa da Secretaria de Saúde de São Sebastião. Havendo uma integração entre a Unidade Sanitária e o Hospital, o serviço de Laboratório poderá perfeitamente, nas duas alternativas propostas, atender às demandas das duas entidades.

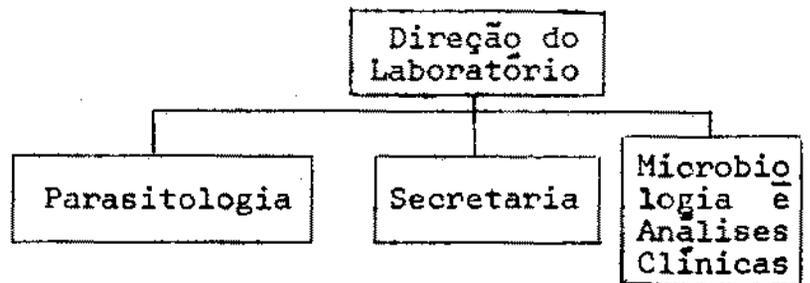
Alguns exames, devido à sua complexidade, seja da Unidade Sanitária seja do Hospital, deverão ser realizados pelo Laboratório Regional ou Central do Serviço Estadual de Saúde Pública.

A primeira alternativa, seria a mais econômica do ponto de vista de concentrar em um único prédio as atividades quer administrativas quer técnicas.

A escolha final do tipo de funcionamento do Laboratório de São Sebas -
tião somente poderá ser feita após en-
tendimentos com a Secretaria de Saúde.

Caso seja escolhida a primeira al-
ternativa, ou seja, um Laboratório Dis-
trital pertencente ao Instituto Adolfo
Lutz, suas funções compreenderão os
trabalhos necessários para o Hospital
e para a Unidade Sanitária nos seus
programas de atendimento à comunidade.

O Organograma seguinte mostra as
vinculações e dependências das seç-
ções do Laboratório Distrital do I.A.L.:



Na segunda alternativa, ter-se-á
um organograma para cada laboratório
(o da Unidade Sanitária e o do Hospi-
tal) e, em conjunto, eles deverão repro-
duzir o organograma do Laboratório Dis-
trital.

O Laboratório da Unidade Sanitá-
ria, previsto pela Secretaria de Saúde
terá funções de um laboratório local,
realizando os seguintes exames: parasi-
tológico de fezes, urina tipo I e bac-
terioscopia direta.

Não são propostos pelo I.A.L. exa-
mes hematológicos, embora indispensá-
veis pela programação da Unidade Sani-
tária.

O Laboratório do Hospital será um
setor da Unidade de Serviços Médicos
Auxiliares. Suas funções serão as de
realizar os exames não previstos para
o Laboratório da Unidade Sanitária, de
forma a dar cobertura a todas as deman-
das do Hospital e Unidade Sanitária.
Nesta segunda alternativa, o Laborató-
rio do Hospital terá também as seguin-
tes atribuições:

- treinar pessoal auxiliar nas ca-
tegorias correspondentes às suas possí-
bidades
- facilitar aos médicos das duas
entidades o diagnóstico e controle de
doenças
- participar e colaborar nos pro-
gramas da Unidade Sanitária e Hospital.

Responsabilidade funcional

Quanto aos aspectos financeiros, o Laboratório de São Sebastião, somente será viável se puder contar com esquema de finanças adequado.

Nesse sentido, será necessário organizar um orçamento para o Laboratório, estimando-se as inversões que deverão ser realizadas e as receitas futuras decorrentes de seu funcionamento.

Nas duas alternativas propostas o Estado deverá prever dotações de acordo com a vinculação do Laboratório.

Padrão e avaliação das necessidades a curto, médio e longo prazo.

A curto prazo - 1971

- Organização administrativa e de pessoal.

- Aquisição de equipamento e material de consumo.

- Organização dos sistema de registro de dados visando atualização e reformulação do fichário existente.

A médio prazo - 1975

- Criação de novas seções e aquisição de equipamentos e material de consumo correspondente.

A longo prazo - 1980

O padrão adotado será o de 1 Laboratório de Hospital Regional, conforme preconiza a Cadeira de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que prevê:

- sala de espera e recepção
- sala para colheita de material, com sanitário anexo.

- sala para médico
- sala para exames de rotina
- sala para microbiologia
- sala para sorologia
- sala para bioquímica
- sala para limpeza e esterilização de material

- sala para metabolismo e provas funcionais.

Etapas de implantação

A curto prazo deverá ser providenciada a organização administrativa e financeira do atual Laboratório, com a criação de diretoria, Secretaria e Controle Estatístico.

Neste caso, deverá ser prevista no mínimo mais 1 sala onde possa se

instalar este setor, e aquisição de equipamento e material de consumo correspondente.

A médio prazo, já definida uma das alternativas a ser implantada e eventualmente escolhida a primeira, deverá ser completado o quadro de pessoal adquirido, o equipamento e material para o Laboratório Distrital e realizado o projeto de transferência do Laboratório para prédio próprio.

No caso de se optar pela segunda alternativa, deverá ser mantida a situação do Laboratório Clínico do Hospital, ampliando-o com o funcionamento das seções de Bacteriologia e Meios de Cultura.

Para tal, terá que ampliar o corpo técnico, e instalações, incluindo mais duas salas (Anexo nº 12).

A médio prazo, também já deverá estar criado o Laboratório Local da Unidade Sanitária programado pela Secretaria de Saúde, que deverá ocupar três salas e o seu pessoal será constituído apenas por técnicos e auxiliares de laboratório.

A longo prazo, será necessário um reestudo das condições da região, com vistas a uma reavaliação das proposições de forma a adequar o Laboratório ao padrão proposto.

Programa a ser desenvolvido

Objetivo

- Cobrir, no mínimo, todas as demandas de exames decorrentes da aplicação no período, dos programas respectivos do Hospital e da Unidade Sanitária.

O Laboratório não pode, por si só, realizar um plano, uma vez que se caracteriza, basicamente, como Unidade complementar de prestação de serviço em um sistema de atendimento de saúde.

Assim sendo, o programa aqui apresentado se restringe a um conjunto de procedimentos internos, visando equipar o Laboratório para suas funções dentro de um programa de saúde mais amplo na região.

O programa será aquele essencialmente contido nas etapas, com os seguintes aspectos a considerar:

- Rotinas: o estabelecimento de rotinas internas é fundamental para que o serviço prestado possa fluir com rapidez. Para isso, será necessário a organização do regulamento interno do Laboratório, dele decorrendo as rotinas

nas a serem adotadas.

Prioridades

As ênfases prioritárias serão das nos campos de maior importância de finidos pelos programas do Hospital e Unidade Sanitária.

Do ponto de vista exclusivo do Laboratório, a ênfase maior será a de criar os pré-requisitos de curto prazo para o funcionamento adequado, incluindo organização administrativa e financeira, ampliação e aquisição de equipamentos.

Equipamentos necessários

Em função do número de exames a realizar deverá ser dimensionado o equipamento.

A curto prazo - 1971

Organização administrativa

O Laboratório deverá ter chefia de um analista e organização de secretaria com sistema de fichário adequado.

Instalações

O Laboratório deverá, dentro das possibilidades atuais, dispor de mais uma sala para chefia e secretaria.

Pessoal

O pessoal existente preenche as necessidades atuais.

Equipamento

Além do equipamento e material de consumo para a organização administrativa, não é prevista ampliação, desde que o material existente seja colocado em condições de funcionamento.

A médio prazo - 1975

Organização administrativa

Não está prevista nenhuma modificação na estrutura administrativa do Laboratório.

Instalações

Ampliação das instalações com utilização de nova área (Anexo nº 12).

Pessoal

Admissão de um biólogo ou técnico de laboratório para atender às necessidades da criação das seções de Bacteriologia e Meios de Cultura.

Equipamento

Aquisição de equipamento e material de consumo para atender as neces-

sidades, a critério do analista.

- Setor de Odontologia Sanitária

O dentista lotado na Unidade Sanitária deverá atender os internados no Hospital, para complementação do Serviço Médico, quando se tornar necessário e seus serviços forem solicitados.

- Serviço Social Médico

Os problemas de saúde não existem isoladamente mas ocorrem num contexto sócio-cultural e econômico, cujos fatores se interligam por um sistema interativo complexo, que deve ser considerado por qualquer ação destinada a solucioná-los.

Uma Unidade Sanitária e um Hospital de Clínicas integrados encontram-se na situação de receptores ou captadores desses problemas apresentados pela população à qual dão assistência médico-sanitária.

Principalmente quando se programa um hospital regional que, forçosamente, atenderá a população de toda uma região em todas as suas categorias sociais, em termos não só de recuperação da saúde, mas também de prevenção, promoção e reabilitação, justifica-se a existência de um serviço Social-Médico porque não está em foco apenas a doença ou o doente mas, primordialmente, a comunidade de pessoas que apresentam ou podem vir a apresentar problemas de saúde.

O Serviço Social Médico, ocupando-se da área das implicações psicossociais e emocionais que acompanham a moléstia e, muitas vezes, condicionam sua evolução, pode colaborar com a equipe de saúde através da visão global das pessoas e grupos.

Podendo as dificuldades do cliente localizarem-se em si mesmo ou no seu meio ambiente, é função do Serviço Social determinar quanto da situação global influi na situação de saúde e é suscetível de tratamento social.

Trata-se, portanto, de trabalho de orientação essencialmente educativa e promocional que, complementando os trabalhos de uma equipe de saúde, contribui para seu maior dinamismo, estabelecendo a integração não só entre a equipe e a comunidade, como também entre os elementos e serviços da equipe em seus aspectos especializados.

Portanto, o Serviço Social Médico é importante elemento de integração entre o Hospital e a Unidade Sanitária e entre a equipe de saúde e a comunidade.

Pelo exposto, julgamos recomendável a criação de um serviço social Médico prestando seus serviços concomitantemente à Unidade Sanitária e ao Hospital de Clínicas de São Sebastião.

Em termos de recomendação, para considerações e posterior detalhamento, esboçamos uma sugestão de organização e competência em linhas gerais.

O Serviço Social Médico deve estar inserido na Divisão Técnica do Hospital ou na posição de um setor da Unidade Sanitária.

Para que realmente se possa dispor da colaboração de um Serviço Social Médico que não se restrinja aos aspectos econômicos das pessoas, grupos ou comunidades, mas, muito mais, a todos os aspectos psico-sociais, deve ser composto um quadro de pessoal mínimo de 2 (dois) assistentes sociais, 1 (um) auxiliar social treinado e, se possível, um escriturário pelo menos em meio período.

Sendo um trabalho de carácter confidencial, as instalações do Serviço Social Médico devem dispor de local isolado para as entrevistas; sugerimos um boxe na Unidade Sanitária e um no Hospital, próximo às enfermarias, além de salas do serviço, preferencialmente próximo ao SAME, onde se poderia localizar também o setor de seleção e classificação.

O equipamento, além do material básico de escritório, deve incluir arquivo onde se possa conservar os relatórios confidenciais dos casos, já que no prontuário médico deve ser incluído o resumo do caso.

Sugerimos uma base de atendimento coordenada em três setores:

1 - Setor de Classificação e seleção Sócio-econômica.

Objetivo:

classificação das famílias matriculadas na Unidade Sanitária e consequente constatação do nível sócio-econômico da população residente na área a fim de que os profissionais atuantes possam orientar-se quanto ao tratamento e abordagem dos casos, prevendo condições para seguimento das prescrições e orientações e que, também possam basear suas futuras programações.

Crêterios:

Devem ser estabelecidos de acordo com as características da popula o residente na área, sendo uma boa referência o salário mínimo vigente na zona. Deve-se levar em conta o tamanho da família, elementos produtivos, o tipo de vida, o grau de instru o, peculiaridades culturais, condi es de habita o, compromissos assumidos bem como recursos sociais médicos de que dispõe, segundo sua fun o. Deve ser guardada flexibilidade para condi es especiais ou peculiares a cada caso, recorrendo-se sistematicamente   reclassifica o.

2 - Setor de Serviço Social**Objetivo:**

Auxiliar o tratamento médico ocupando-se das implica es sociais, emocionais e psicológicas que refletem na saúde e, muitas vezes condicionam a evolu o da moléstia, e, prioritariamente, auxiliar na preven o de doença e promo o da saúde, visando um relacionamento familiar positivo e uma adapta o funcional, social e comunitária sadia.

São ainda suas fun es:

- levantamento dos problemas individuais mais frequentes, relacionando-os com os níveis de renda (Classifica o);

- elabora o de programas, visando o tratamento coletivo das famílias com problemáticas semelhantes, realizados através da forma o de grupos e com a participa o da equipe multiprofissional;

- Colabora o e participa o nos programas da Unidade Sanitária Integrada.

Os casos selecionados para atendimento no serviço Social deverão ser encaminhados por todos os profissionais atuantes, quanto constatados problemas que requeiram um estudo, diagnóstico e tratamento psico-social.

As visitas domiciliares serão parcialmente supridas pelas visitadoras de Saúde Pública, cujo objetivo   conhecer o conhecimento da habita o, condi es de higiene e continuidade do tratamento médico. O trabalho paralelo do Serviço Social consta em verificar as influências do ambiente no desenvolvimento das rela es familiares e sociais.

3 - Setor de coordenação dos recursos da comunidade.

Objetivo:

Tendo em vista a elaboração de programações voltadas para as reais necessidades e interesses da comunidade, selecionar os líderes institucionais da área, em função de seus objetivos e dos propostos em cada programa, estabelecendo, conseqüentemente, uma integração e coordenação de recursos disponíveis.

É sua função o levantamento das obras sociais, religiosas, recreativas, educacionais e assistenciais da área, visita às mesmas para conhecimento das funções e atividades desenvolvidas, promoção de condições de entrosamento, e, também, divulgação dos serviços prestados pela equipe de saúde.

Deve orientar-se no sentido de, evitando duplicação de serviços, promover o aproveitamento total e dinâmico dos recursos disponíveis por toda a população.

Nessas condições, julgamos que o Serviço Social Médico seja uma das Unidades que contribue para a real integração da Unidade Sanitária e Hospital.

Tendo em vista as necessidades sentidas pela comunidade estudada, propõe-se como prioridade a implantação de um programa de Saúde Escolar sistematizado, junto à Unidade Sanitária local, a partir de 1971 estendendo sua complementação até 1975.

A Curto e Médio prazo (1971-1975)

Atendimento dos escolares primários pela Unidade Sanitária através de exame médico dos alunos do município, particularmente os do primeiro ano escolar; imunizações segundo o esquema oficial; exames de fezes e prova tuberculínica, se possíveis; controle e seguimento dos casos; assistência odontológica e educação visando a promoção, conservação e restauração da saúde, bem como a formação de atitudes desejáveis em relação à saúde.

Considera-se como meta a curto prazo o atendimento da primeira prioridade que é a assistência ao aluno que entra na escola (1º ano) e a seguir ao que sai da escola (4º ano). Os alunos dos demais graus serão atendidos de acordo com as necessidades.

Na escola, propõe-se a integração no programa da Unidade Sanitária visando melhor aproveitamento do mesmo, a fim de remover os problemas de saúde que dificultam o aprendizado; dar oportunidade de ministrar conhecimentos sobre saúde, formando atitudes e hábitos sadios nos escolares e dando orientação aos pais.

Deverá haver um estudo do plano de atendimento dos escolares com diretores e corpo docente, bem como, treinamento de professores pela Unidade Sanitária com subsídios dos órgãos oficiais existentes.

Para os demais anos de 1972, 1973, 1974 e 1975 a Unidade Sanitária deverá criar condições para a implantação do programa de atendimento dos alunos inclusive das escolas isoladas de modo que todos estejam regularmente registrados e assistidos com uma consulta anual e vacinas de rotina.

Tendo em vista as necessidades sentidas da população em relação ao Setor Escolar, recomenda-se:

- 1) Reiterar solicitações aos órgãos competentes à admissão de dentista para o atendimento de escolares.
- 2) Solicitar ao Serviço de Saúde Escolar a assistência pedagógica aos programas de Merenda Escolar e ultimar convenio com a Campanha Nacional da Merenda Escolar com a Prefeitura, a fim de estender os benefícios da merenda a todos os escolares do município.

- 3) Providências para conservação, reforma ou mesmo construção de prédios escolares devem estar na área de competência do Fundo Estadual de Construções Escolares (FECE) através da Delegacia de Ensino Básico com a colaboração da Prefeitura e comunidade local.
- 4) Entendimentos deverão ser feitos junto aos órgãos da Secretaria de Educação no sentido de serem criados cursos profissionalizantes.

Programa de Saúde Escolar:

A Unidade Sanitária e Escola, visando a promoção da saúde dos escolares preocupar-se-ão na análise das condições de saúde do aluno, promovendo a melhoria, conservação e recuperação da mesma.

Os serviços que se oferecem na Unidade Sanitária, sendo limitados, devem obedecer prioridades e normas de atendimento.

Para a implantação de um programa de assistência ao escolar, pela Unidade Sanitária, a partir de 1971, será recomendável o atendimento médico de todos os alunos do 1º ano dos grupos escolares. A seguir, o atendimento do 4º ano escolar bem como eventuais alunos dos demais graus e de escolas isoladas que necessitam de assistência.

Entendimentos deverão ser estabelecidos pela Unidade Sanitária com as autoridades escolares nos estabelecimentos de ensino, para exposição e discussão do plano e, uma vez que fixada a data de início do atendimento, solicitar-se-á listas de alunos das classes de 1º grau.

A programação do treinamento de professores deverá ser discutida após tais entendimentos e desenvolvida por profissionais da Unidade Sanitária e outros técnicos; através de entrevistas, aulas, palestras e reuniões com o pessoal docente e administrativo da escola, sobre:

- o papel da professora num programa de saúde.
- a importância da saúde do pessoal da escola.
- características da criança sadia e observação da saúde do escolar.
- orientação sobre a forma desejável dos encaminhamentos.
- como preparar a criança e a família para a consulta médica, imunizações, teste tuberculínico e exames de laboratório.
- controle quanto aos faltosos e aos que apresentarem problemas de saúde.
- interpretação do programa de saúde junto às famílias.

- Integração das atividades da Unidade Sanitária ao currículo escolar, principalmente à área de saúde.
- Incentivo à participação no conselho comunitário.

Os escolares encaminhados à Unidade Sanitária pela escola deverão comparecer acompanhados de seus pais ou responsáveis e levarão um encaminhamento fornecido pela professora. Nesse encaminhamento constará o nome do aluno, do grupo escolar, grau, sala, período em que estuda, informações auxiliares e deverá ser datado e assinado pela professora.

O escolar ao ser atendido será fichado segundo critérios gerais estabelecidos e encaminhados para o exame médico e odontológico, imunização, exames de laboratório e teste tuberculínico, se possível.

Uma vez feito o atendimento, deverá ser registrado o resultado ou orientação, com data e assinatura na papeleta de encaminhamento e devolvido ao paciente. Esse encaminhamento de retorno será entregue à professora para as providências que se fizerem necessárias.

Após a consulta médica, a visitadora de saúde pública interpretará, quando necessário, a criança e aos pais, a orientação indicada. Em casos especiais (doenças transmissíveis graves), quando houver indicação médica ou social, serão previstas visitas domiciliares quando possível.

As atividades desenvolvidas serão todas aquelas que leva ao atendimento do escolar: inscrição, consulta médica, odontológica, imunização, entrevistas pós-consulta, visita domiciliar e outras.

Os critérios de avaliação serão estabelecidos quanto ao comparecimento aos exames médicos, odontológicos e de laboratório; às imunizações, testes tuberculínicos; à integração do programa e ao bom aproveitamento escolar.

A avaliação será feita através de relatórios, estudo do fichamento, entrevistas e observação, de modo a verificar-se:

- a) o comparecimento dos alunos aos exames médicos e odontológicos;
- b) o número de vacinações antitetânica, testes tuberculínicos, e exames de laboratório realizados;
- c) observância das orientações dadas;
- d) colaboração das professoras;
- e) preparo das crianças e pais;
- f) interesse dos pais;
- g) melhoria no rendimento escolar.

A Unidade Sanitária, visando criar condições propícias para o fomento da saúde dos escolares e complementando a assistência prestada, po

derá recomendar junto à escola que:

- 19) Seja feito como rotina, o teste de acuidade visual dos alunos do primeiro ano antes de encaminhá-los à Unidade Sanitária. Para tanto, já contam os professores com orientação do Serviço de Ensino Primário;
- 20) Mantenha uma ficha individual acumulativa, a partir do primeiro ano, para o registro das ocorrências ligadas à saúde da criança (exames médicos, odontológicos, imunizações, acuidade visual e auditiva, exames de laboratório, etc). Informações familiares e o aproveitamento pedagógico serão também registrados. A ficha acompanhará a criança pela sua vida escolar, onde acumulativamente serão projetadas as informações significativas.

B.4.4. Odontologia Sanitária:

Da impossibilidade do sistema de clínica particular de satisfazer as necessidades dos grupos totalmente ou parcialmente incapazes de financiar os serviços odontológicos, obtendo-os apenas para as necessidades mais urgentes, decorre o fato de o governo ter de expandir suas atividades de saúde para o setor odontológico e da necessidade de ser o problema considerado como uma responsabilidade social, de procurar a melhor forma de satisfazer as necessidades existentes. Esta responsabilidade social, deverá ser assumida pela comunidade local ou regional.

No sentido de que estas responsabilidades sejam satisfeitas, e como consequência das pressões dos grupos interessados em receber o serviço, deverão ser organizados esquemas novos, basicamente distintos da clínica particular, conhecidos como "sistemas de pagamento por terceiros", orientados predominantemente no sentido dos grupos atualmente descobertos.

Serão feitas recomendações no sentido de que seja alcançado o mais alto grau de saúde oral da comunidade. Estas limitar-se-ão em estabelecer diretrizes, objetivos gerais, não constituindo em planos de ação, em virtude da não existência de fundos específicos para a Odontologia no município e de não se conhecer as disponibilidades orçamentárias voltadas para este tipo de serviço:

- 1- organização e operação do Setor Odontológico na Unidade Sanitária.
- 2- organização e operação de Serviço odontológico, voltado especificamente para o grupo em idade escolar primária, prioritário segundo boletim técnico da Organização Mundial de Saúde, programa este a ser desenvolvido nas escolas.

- 3- organização e operação de serviço odontológico no INPS para atendimento aos previdenciários.
- 4- adoção de medidas preventivas de caráter coletivo, como a fluoretação de águas, que se constitui em um método seguro, prático, eficiente, perene, adequado e econômico.
- 5- expansão do serviço odontológico prestado pela Petrobrás. Através do aproveitamento de pessoal auxiliar, poderiam ser introduzidas medidas preventivas de caráter individual. (aplicação tópica de flúor).
- 6- organização e operação de serviço odontológico, mantido por empresa privada. A CONFRIQ que já possui sala construída com esta finalidade, poderia prestar serviços odontológicos aos empregados, montando um consultório ou credenciando dentista para esse fim.
- 7- utilização pela clínica particular de medidas preventivas, através das aplicações tópicas de flúor, bem como, um maior aproveitamento de pessoal auxiliar e u'a maior racionalização do trabalho, aumentando a sua cobertura.
- 8- atividades educativas junto à comunidade, no sentido de que se consiga a utilização máxima dos serviços odontológicos existentes.

Programa Odontológico na Unidade Sanitária:

Objetivo:

Prestar assistência odontológica preventivo-curativa pela Unidade Sanitária à comunidade, com prioridade ao atendimento a:

- crianças em idade escolar primária
- pré-escolar
- gestantes
- internados no Hospital de Clínicas, quando em complemento ao tratamento médico-geral
- adultos
- escolares (excepcionalmente)

Como meta a curto prazo, pretende-se a implantação a partir de 1971, de um setor odontológico que seguirá, as normas de funcionamento recomendadas pela Seção de Odontologia Sanitária, da Secretaria da Saúde. A médio prazo, pretende-se estender uma assistência odontológica de superfície, à zona rural, pela introdução de serviço odontológico junto aos P.A.S.

O pessoal necessário para o desenvolvimento do programa a curto prazo é o seguinte: um dentista em tempo parcial e uma auxiliar de higiene dentária, em regime de tempo integral.

A segunda prioridade estabelecida, refere-se ao tratamento restaurador em dentes permanentes (primeiro molar permanente) e a dentes decíduos (prioridade para o segundo molar)

decíduo e canino decíduo).

O atendimento será feito com hora marcada, com a média de três pacientes por hora, havendo necessidade de se deixar um horário livre, de aproximadamente 80 minutos por período de funcionamento para tratamento de emergência.

São previstas 11 consultas diárias, com a duração de 20 minutos e rendimento instrumental de 2.530 consultas por ano.

O horário dos faltosos poderá ser preenchido com seções mais longas, com atendimento a pacientes novos, ou ainda com atendimento de emergência.

O paciente que chegar atrasado, perde o direito do atendimento, estando sujeito à marcação de uma nova consulta.

Todo profissional deverá possuir um livro de Registro do Serviço Odontológico, com o seguinte modelo:

data	nome do paciente	registro geral	grupo a que pertence	nº da ficha
------	------------------	----------------	----------------------	-------------

Todo trabalho efetivamente realizado, será registrado em fichas, na qual constará nome, endereço, data do nascimento e serviço a que pertence.

A auxiliar de higiene dentária desenvolverá funções ao lado do dentista, quando este estiver na Unidade Sanitária, já definidas por normas da Secretaria da Saúde.

Além disso, caberá a ela desenvolver as atividades que garantam o sucesso da programação de aplicações tópicas de flúor. A fase preventiva, será por ela realizada no período em que o dentista não se encontra na unidade anti-tária.

Terá supervisão do dentista no seu trabalho, que será avaliado periodicamente em quantidade e qualidade.

Programação de educação sanitária, deverá envolver todo o pessoal profissional e auxiliar da Unidade Sanitária, bem como a comunidade em geral, com o objetivo de:

- orientar o pessoal que trabalha na Unidade Sanitária em seus diferentes níveis, sobre os temas relacionados com a Saúde Oral, obtendo a sua colaboração como membro de uma equipe de saúde nas ações educativas.-
- conseguir que a comunidade perceba a importância do cuidado da saúde oral, enfatizando os aspectos de:
 - redução de açúcar
 - higiene oral
 - visita ao consultório dental
 - e benefícios da ação preventiva do flúor.

* Todas as atividades desenvolvidas deverão ser avaliadas periodicamente quanto a qualidade e quantidade.

Equipamento necessário. Instalações

A instalação será fixa e o equipamento pesado visando o conforto do dentista e do paciente. O equipamento pesado constará de cadeiras de pistão, equipo dentário, cuspeira de coluna ou adaptada à cadeira, alta rotação e demais peças de um consultório dentário típico.

Programa Odontológico nas Escolas:

Objetivo:

Proporcionar serviços preventivos e curativos ao grupo em idade escolar primária, prioritário segundo boletim técnico expedido pela O.M.S.

Responsabilidade Funcional:

Caberá ao Serviço Dentário Escolar, órgão ligado à Secretaria da Educação.

Metas a curto e médio prazo:

A cobertura do programa sendo gradual, pretende-se dar atendimento odontológico às crianças de 7 e 8 anos, matriculadas nos Grupos Escolares de São Sebastião, durante o primeiro ano de funcionamento do programa.

Como meta a médio prazo, pretende-se manter sob controle todos os escolares de 7 a 14 anos, matriculados nos educandários-atendidos pelo programa. (fase de manutenção).

Equipamento e Pessoal necessário:

Para a implantação do programa em 1971, será necessário equipamento semi portátil, que consta das seguintes peças: cadeira portátil, cuspeira de bomba, pequeno armário, motor de coluna, alta rotação, compressor, esterilizador de mesa e refletor. Será instalado diretamente nos grupos escolares, em salas destinadas a estas atividades. Deverá ser contratado o seguinte pessoal, em regime de tempo integral:

- 1 cirurgião dentista
- 1 assistente
- 1 auxiliar de higiene dentária.

Com a utilização de pessoal auxiliar, pretende-se um maior aproveitamento da mão de obra da equipe, sendo o treinamento dos mesmos, responsabilidade do Serviço Dentário Escolar.

Caberá ao dentista efetuar levantamento epidemiológico, dos índices CPO, servindo de linha de base e que repetidos a intervalos anuais, oferecem os dados necessários para planejamento e avaliação do trabalho. Estará sob

sua responsabilidade o tratamento curativo, sendo dado ênfase aos dentes permanentes.

A parte preventiva do programa, será realizada pela auxiliar de higiene dentária através de aplicações tópicas de flúor. A equipe desenvolverá atividades de Educação Sanitária, com o objetivo de:

1. conseguir um melhor entendimento de mestres, pais e crianças com respeito a importância de uma boa higiene oral, dando ênfase aos seguintes aspectos:
 - cuidado com a dentição
 - redução do consumo de açúcar
 - importância da atenção profissional periódica.
2. desenvolver responsabilidades nos escolares para o cuidado dental.
3. desenvolver responsabilidades nos pais, voltadas para a saúde dental dos filhos.

Desenvolvimento do Programa:

Será dada cobertura inicial somente aos grupos etários de 7 e 8 anos, tendo sido abandonadas as necessidades acumuladas existentes nos demais grupos no início do programa (Quadro 1). Após terem sido concluídos os serviços em uma escola, a equipe se deslocará para outra e assim sucessivamente. Se ocorrer um excedente de horas, deverá ser utilizada para expansão do programa, sendo a seleção de outro grupo etário, feita de acordo com as diferenças das incidências ocorridas entre as idades.

No segundo ano de funcionamento do programa será dado tratamento de manutenção às crianças atendidas no ano anterior, agora com 8 e 9 anos e tratamento inicial para os de 7 anos, que frequentam a escola pela primeira vez. Este tratamento de manutenção, somente deverá início quando a avaliação feita no começo de cada ano provar que, existe incremento igual ou superior a uma unidade de trabalho a realizar. Poderão ocorrer casos, em que somente no terceiro ano de atividades, haja interesse no início do tratamento de manutenção.

Enquanto isso não acontecer, estendem-se os atendimentos aos grupos que requerem tratamento inicial, obtendo-se um avanço substancial de cobertura das necessidades acumuladas.

A fase preventiva do sistema incremental será realizada diretamente nas escolas, utilizando a técnica de Knutson, com fluoreto de sódio a 2%, sistema de 4 cadeiras, sendo escolhida as idades de 7, 10 e 13 anos.

Como plano de trabalho, sugere-se o quadro (nº2) do Prof. Alfredo Viegas, para 8 ho -

ras diárias de trabalho e 20 dias úteis no mês, que permite alta produtividade da auxiliar de higiene dental.

O trabalho preventivo, deverá ser supervisionado pelo dentista, sendo a avaliação em seus aspectos quantitativos e qualitativos, feita periodicamente.

QUADRO 1:

Desenvolvimento de um sistema incremental tipo FSESP, para escolares de São Sebastião, a partir de 1971.

ciclo de funcionamento do programa	I D A D E S							
	7	8	9	10	11	12	13	14
1º	Ti At	Ti						
2º	Ti At	TM	TM					
3º	Ti At	TM	TM	TM At				
4º	Ti At	TM	TM	TM At	TM			
5º	Ti At	TM	TM	TM At	TM	TM		
6º	Ti At	TM	TM	TM At	TM	TM	TM At	
7º	Ti At	TM	TM	TM At	TM	TM	TM At	TM

Ti - tratamento inicial
 TM - tratamento manutenção
 At - aplicação tópica

QUADRO 2:

Sugerido pelo Prof, Alfredo R. Viegas, da
F.S.P.- U.S.P. para o desenvolvimento de um
programa mensal de aplicação tópicas de flúor.

Aplicações Dias	1a.	2a.	3a.	4a.	Total
1ª	16				16
2ª	16				16
3ª	14	16			30
4ª	14	16			30
5ª	12	14	16		42
6ª	14	14	16		44
7ª	10	12	14	16	52
8ª	12	14	14	16	56
9ª	13	10	12	14	49
10ª	10	12	14	14	50
11ª	12	13	10	12	47
12ª	10	10	12	14	46
13ª	11	12	13	10	46
14ª	12	10	10	12	44
15ª		11	12	13	36
16ª		12	10	10	32
17ª			11	12	23
18ª			12	10	22
19ª				11	11
20ª				12	12
TOTAL	176	176	176	176	704

B.4.5. Integração da Comunidade através de um Conselho de Comunidade

Na reunião com os líderes da comunidade, em maio, sentiu-se grande participação e interesse de todos os presentes na solução dos problemas de São Sebastião.

No decorrer dos trabalhos do grupo da Unidade Sanitária estudou-se o decreto nº 52.182 de 16 de julho de 1969 que dispõe sobre a reorganização da Secretaria da Saúde. O artigo 68 desse decreto reza o seguinte:-

"Toda unidade sanitária deverá contar com um Conselho de Comunidade, do qual participará obrigatoriamente o médico-chefe da unidade, composto por elementos locais e com a finalidade de colaborar no desenvolvimento dos programas de saúde na respectiva área de atuação.

§ 1º - O conselho será constituído por ato do Diretor Regional, mediante proposta do chefe do Distrito Sanitário.

§ 2º - O Regimento Interno dos Conselhos de Comunidade será elaborado em conformidade com normas técnicas emanada dos órgãos competentes".

Decorrente desse estudo e das condições de receptividade encontradas na comunidade de São Sebastião, pensou-se em estudar a possibilidade de incluir a formação de tal conselho na programação da Unidade Sanitária.

Entendimentos foram feitos com a Coordenadoria de Saúde da Comunidade para se saber maiores detalhes sobre as referidas normas técnicas do Regimento Interno.

Obteve-se da Coordenadoria uma cópia do Projeto de Regimento Interno (Anexo nº), que foi estudado e analisado pela equipe, com o propósito de ser levado à comunidade para discussão e possível início de um movimento para formação do conselho.

Numa segunda reunião em setembro, após terem sido discutidos os projetos realizados pela equipe, e por haverem estes despertado um grau de interesse, que permitiu levantar indagações sobre a forma pela qual a comunidade poderia participar mais efetivamente na solução dos próprios problemas, sentiu-se um clima propício para a formação de uma comissão a fim de estudar mais profundamente o tema.

Essa comissão está formada por vários elementos que se interessaram pela problemática e se dispuseram a estudar cuidadosamente o projeto de Regimento Interno existente para posterior formação de um conselho que poderá auxiliar a Unidade Sanitária no desenvolvimento dos programas de saúde.

B.5. Apresentação e Discussão das Proposições na Comunidade

A segunda viagem da equipe a São Sebastião teve como objetivo a apresentação e discussão das proposições com os principais interessados e com a própria comunidade.

A equipe compareceu completa e conservou a divisão grupal anterior para os contatos, tendo sido complementados ou confirmados alguns dados deficientes.

Em reunião geral da equipe, foram preparadas as apresentações setoriais, bem como foi delineada a reunião com a comunidade em termos de ser propiciado debate franco.

B.5.1. Setores Especializados

Cada grupo apresentou às entidades diretamente interessadas um resumo do diagnóstico e as proposições da equipe em programas a curto, médio e longo prazo.

As proposições referentes ao saneamento básico foram expostas e discutidas com o engenheiro da Prefeitura, que demonstrou favorabilidade e interesse por amplos esclarecimentos.

Em linhas gerais, o ante-projeto também foi apresentado ao Prefeito do Município.

As proposições relativas ao Hospital de Clínicas e unidades de integração foram expostas em reunião em que estavam presentes, o corpo clínico do hospital, o administrador e membros do serviço de enfermagem. Houve discussão detalhada com sugestões e críticas, tendo sido o resultado de alto valor na orientação da equipe, tanto na confirmação na maioria das ações propostas quanto nas objeções e seu arrazoado que serviu de base para revisão e reformulação de alguns aspectos. O programa da equipe foi recebido com evidente satisfação e interesse pelo pessoal hospitalar.

O trabalho proposto pelo grupo da Unidade Sanitária também foi apresentado em reunião com os médicos e membros do serviço de enfermagem, da Unidade Sanitária e do Hospital de Clínicas. Houve a apresentação e discussão das proposições de caráter geral, baseadas na nova estrutura da Secretaria da Saúde como pré condições para a implantação dos programas recomendados.

O grupo que se encarregou dos aspectos da Saúde Escolar procurou contato com diretores e professores dos grupos escolares, expondo as conclusões e o programa de atendimento progressivo dos escolares pela Unidade Sanitária. Houve também, discussão e interesse por esclarecimentos, tendo sido lembrada a importância da colaboração e do entrosamento entre as escolas e a Unidade Sanitária para que se atinja o fim proposto.

Em entrevista com o chefe da Unidade Sanitária, foi exposto o aspecto referente ao Conselho de Comunidade discutida e ponderada a sugestão à comunidade. Concluiu-se pela proposição de organização de uma comissão para o estudo do assunto.

B.5.2. Reunião com a Comunidade

Com a presença do Sr. Prefeito do Município de São Sebastião, demais autoridades civis e religiosas, representantes das instituições de Saúde e das associativas, previdenciárias e empresariais, realizou-se na sala de reuniões do Municipal Clube a apresentação geral dos trabalhos e proposições da equipe multi-profissional, à qual compareceu a população em número bastante significativo.

As proposições foram expostas de maneira sucinta por diversos membros da equipe, tendo sido no final apresentada a idéia do Conselho de Comunidade em termos de comissão de estudos. (Anexo nº 17)

Postos os assuntos em debate, houve grande participação tanto dos membros da mesa como do plenário, prolongando-se a reunião por mais de três (3) horas. Inicialmente um vereador da cidade apreciou os trabalhos dizendo de sua importância para o Município e da possibilidade de o relatório servir de base e fornecer subsídios para o Plano Diretor do Município.

A discussão e pedidos de esclarecimento quanto às proposições relacionaram-se principalmente ao ante projeto de abastecimento de água, com evidente interesse por se tratar, talvez, da necessidade mais sentida. Por essa razão chegou-se a grande detalhamento, tendo o representante da equipe desempenhado muito bem a sua missão.

O Conselho de Comunidade despertou vivo interesse do auditório e da mesa ocasionando a imediata aprovação e oferecimento de colaboração voluntária de várias pessoas e autoridades presentes e amplo debate de detalhes dispersos entre as pessoas do auditório. O representante da equipe e o supervisor coordenaram esta discussão procurando guardar o objetivo e evitar dispersão, esclarecendo seguidamente o objetivo e a função de um conselho do gênero e a necessidade de estudo preparatório para julgamento da oportunidade da organização.

Depois de esclarecidos os pontos principais e as dúvidas surgidas, foram apontados pelas pessoas presentes os membros constituintes de uma comissão que se encarregará de estudar o assunto para posterior decisão.

A mesa encerrou a reunião solicitando à equipe o envio de relatório para apreciação e aplicação pelas várias entidades da comunidade.

DIVULGAÇÃO

A fim de que o trabalho desenvolvido e suas conclusões sejam utilizadas pelas autoridades responsáveis pela promoção da saúde em São Sebastião, serão enviados exemplares deste relatório aos seguintes órgãos oficiais:

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

- Gabinete do Secretário
- Grupo de Planejamento Setorial
- Coordenadoria de Saúde da Comunidade
- Coordenadoria de Assistência Hospitalar

Secretaria dos Serviços e Obras Públicas do Estado de São Paulo

- Gabinete do Secretário
- Fomento Estadual de Saneamento Básico (FESB)

Secretaria do Turismo do Estado de São Paulo

- Fomento de Urbanização e Melhoria das Estâncias (FUMEST)

Secretaria de Estado dos Negócios da Educação - São Paulo

- Serviço Dentário Escolar
- Serviço de Saúde Escolar

Universidade de São Paulo

- Reitoria
- Faculdade de Saúde Pública

Prefeitura Municipal de São Sebastião

Câmara Municipal de São Sebastião

Hospital de Clínicas e Unidade Sanitária de São Sebastião

V - SUGESTÕES DE HIPÓTESES DE TRABALHO A SEREM DESENVOLVIDAS
NO PRÓXIMO ESTÁGIO DE CAMPO:

Avaliação do aproveitamento desse relatório junto aos órgãos oficiais e comunidade.

Estudo e eventual reformulação das proposições apresentadas, em função da avaliação a cima realizada.

Aproveitamento a nível de ante-projeto de programas prioritários entre os propostos.

Formulação de outros programas julgados necessários.

VI - ESTIMATIVA DO CUSTO GERAL DO TRABALHO

A. DESPESAS NÃO EFETIVADAS

Custo de Serviços Profissionais
 Custo médio horário de Profissional universitário
 Cr\$ 20,00/hora

Custo médio horário da equipe:

Equipe = 22 profissionais + 2 professores supervisores
 24 x 20 = 480

Cr\$ 480,00/hora

Custo Total de Serviços Profissionais:

Horas de trabalho da Equipe: 350 hs.

350 x 480 = 168.000

Cr\$ 168.000,00

B. DESPESAS EFETIVADAS

Alojamento (Cr\$ 16,00/pes.dia)	2.400,00
Alimentação (Cr\$ 20,00/pes.dia)	3.500,00
Transporte	770,00
Despesas diversas	<u>2.000,00</u>

Cr\$ 8.670,00

C. CUSTO TOTAL DO TRABALHO

Despesas não efetivadas	
Serviços profissionais prestados	Cr\$ 168.000,00
Despesas efetivadas	<u>8.670,00</u>
Custo Total do Trabalho	Cr\$ 176.670,00

ANEXOS

- Nº 1- Roteiros de entrevistas para o desenvolvimento do trabalho de campo.
- Nº 2- Convênio assinado entre a Secretaria da Saúde do Estado e a Santa Casa "Coração de Jesus" (Hospital de Clínicas) da cidade de São Sebastião.
- Nº 3- Decreto 52.497/70 publicado no Diário Oficial de 25/7/70 - Dos Hospitais, Estabelecimentos de Assistência Médico Hospitalar e Congêneres-
- Nº 4- Recursos Humanos Existentes em 1970 e Previsão das Necessidades a Curto, Médio e Longo Prazo - Por setores - Hospital de São Sebastião.
- Nº 5- Recursos Humanos Existentes em 1970 e Previsão das Necessidades a Curto, Médio e Longo Prazo - Por Funções - Hospital de São Sebastião.
- Nº 6- Equipe Médica Existentes em 1970 e Previsão das Necessidades a Curto, Médio e Longo Prazo - Hospital de São Sebastião.
- Nº 7- Levantamento do Equipamento existente em 1970 e Custo Unitário Atual para o mínimo de material necessário até 1975 - Hospital de São Sebastião.
- Nº 8- São Sebastião - Escolas Isoladas (mapa).
- Nº 9- Remanejamento do sistema de abastecimento de água de São Sebastião - Vazão na hora de consumo máximo: 104,00 P/S.
- Nº 10- Remanejamento do sistema de abastecimento de água de São Sebastião - Vazão na hora de consumo mínimo: 39,00 P/S.
- Nº 11- Organograma do Hospital de Clínicas de São Sebastião.
- Nº 12- Equipe São Sebastião F-1 Projeto de Reforma e Ampliação do Hospital de Clínicas de São Sebastião.
- Nº 13- Resolução da Secretaria da Saúde (Estruturação do Distrito Sanitário).
- Nº 14- Organograma da Unidade Sanitária tipo III.
- Nº 15- Projeto-tipo da Unidade Sanitária tipo III.
- Nº 16- Decreto 52.503 - Normas técnicas relativas à preservação da saúde.
- Nº 17- Regimento interno do Conselho da Comunidade.

ANEXO Nº 1ROTEIROS DE ENTREVISTAS PARA O DESENVOLVIMENTO
DO TRABALHO DE CAMPO

- 1 - Roteiro de entrevistas para o levantamento de dados do setor de saneamento:
 - Necessidades sentidas
 - População
 - Recursos hídricos naturais
 - Sistemas existentes: água e esgoto
 - Obras em execução
 - Prioridades
 - Administração atual: pessoal
- 2 - Roteiro de inquérito hospitalar:
 1. Dados gerais
 2. Entidade jurídica
 3. Administração do hospital
 4. Situação financeira
 - 4.1 - Previsão orçamentária para o ano em curso
 - 4.2 - Demonstração da receita e despesa, do ativo e passivo, relativos ao último exercício
 - 4.3 - Subvenções
 - 4.4 - Auxílios
 5. Edificações e instalações
 - 5.01 - Localização do hospital
 - 5.02 - Terreno
 - 5.03 - Prédio
 - 5.04 - Fornecer planta ou croquis do conjunto, com orientação N.S.
 - 5.05 - Abastecimento de água
 - 5.06 - Rede de esgoto
 - 5.07 - Luz, força e telefone
 - 5.08 - Gás
 - 5.09 - Ar condicionado
 - 5.10 - Sistema de limpeza
 - 5.11 - Segurança
 6. Serviços Médicos
 - 6.1 - Corpo clínico
 - 6.1.1 - Características
 - 6.1.2 - Pessoal médico
 - 6.1.3 - Conforto médico
 - 6.2 - Serviços Médicos Auxiliares
 - 6.2.01 - Laboratório Clínico
 - 6.2.02 - Laboratório de Anatomia Patológica
 - 6.2.03 - Rádio diagnóstico
 - 6.2.04 - Radioterapia - Radium Terapia
 - 6.2.05 - Anestesia e Gasoterapia
 - 6.2.06 - Serviços de Transfusão de Sangue
 - 6.2.07 - Fisioterapia
 - 6.2.08 - Eletrocardiografia
 - 6.2.09 - Eletroencefalografia
 - 6.2.10 - Odontologia
 7. Serviços Técnicos
 - 7.1 - Serviço de Enfermagem
 - 7.1.1 - Unidade de Enfermagem

- 7.1.2 - Centro Cirúrgico
 - 7.1.2.1 - Centro Cirúrgico propriamente dito
 - 7.1.2.2 - Centro de Material
 - 7.1.2.3 - Recuperação Pós-Anestesia
 - 7.1.2.4 - Recuperação Pós-Operatória
- 7.1.3 - Centro Obstétrico
- 7.1.4 - Berçário
- 7.1.5 - Ambulatório
- 7.1.6 - Unidade de Emergência
- 7.2 - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
- 7.3 - Serviço Social Médico
- 7.4 - Serviço de Nutrição e Dietética
 - 7.4.1 - Cozinha Geral
 - 7.4.2 - Cozinha de Dietas Especiais
 - 7.4.3 - Laboratório de Leite
- 7.5 - Farmácia
- 7.6 - Atividades didáticas
- 7.7 - Organização do Ensino
- 8. Serviços Administrativos
 - 8.1 - Serviços de natureza burocrática
 - 8.1.1 - Serviço de Pessoal
 - 8.1.2 - Comunicações
 - 8.1.3 - Tesouraria - Caixa
 - 8.1.4 - Contabilidade
 - 8.2 - Serviços Gerais
 - 8.2.1 - Serviço de Material
 - 8.2.2 - Lavanderia - Rouparia e Costura
 - 8.2.3 - Serviço de Conservação e Reparos
 - 8.2.4 - Zeladoria
 - 8.2.5 - Transportes
 - 8.2.6 - Velório
 - 8.2.7 - Capela
 - 8.2.8 - Residência de funcionários

FONTE: Cátedra de Administração Hospitalar do Departamento de Administração de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

3 - Roteiro de entrevista para levantamento de dados da Unidade Sanitária:

- Classificação
- Características do Imóvel
- Organização da área Administrativa
- Áreas de Atuação da Unidade Sanitária
- Material Permanente
- Volume de Produção da Unidade Sanitária em 1970
- Recursos de Pessoal
- Dados Complementares

4 - Roteiro de entrevista para levantamento de dados do setor de Saúde Escolar:

Nos estabelecimentos de ensino:

- Número de alunos
- Número de classes
- Período de funcionamento
- Serviços assistenciais na escola:
 - médico
 - odontológico
 - farmácia
 - merenda

- Condições do ambiente escolar
- Programa de ensino -área de Saúde
- Recursos de pessoal e material
- Problemas mais comuns

Na Unidade Sanitária (em relação ao atendimento escolar)

- Programa desenvolvido:
 - atendimento médico
 - vacinação
- Recursos de pessoal e material

5 - Roteiro de entrevista para o levantamento de dados do setor de Odontologia:

Recursos humanos disponíveis:

- Pessoal profissional:
 - Número de dentistas em atividades
 - Distribuição
 - Utilização do tempo disponível
- Pessoal auxiliar:
 - Prestando serviço ao dentista
 - Prestando serviço ao cliente
- Pessoal não profissional:

Métodos e sistemas de pagamento de empregados

6 - Roteiro de entrevista para o levantamento de outros recursos de saúde da Comunidade:

- Características da entidade e do serviço
- Recursos materiais disponíveis
- Recursos financeiros disponíveis
- Tipo de assistência
- Produção
- Programas

ANEXO Nº 2SERVIÇO DE MEDICINA SOCIAL DO ESTADO
DA COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.

CONVÊNIO QUE ASSINAM O SERVIÇO DE MEDICINA SOCIAL DO ESTADO, DA SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA, REPRESENTADO PELO SEU DIRETOR, DR. ANTONIO CALDEIRA DE MATTOS, NESTE ATO E DAQUI POR DIANTE DESIGNADO "SERVIÇO", E A IRMANDADE DA SANTA CASA "CORÇÃO DE JESUS", DA CIDADE DE SÃO SEBASTIÃO, NESTE ESTADO, REPRESENTADA PELO SEU PROVIDOR, SR. JOÃO AUGUSTO SIQUEIRA, E DAQUI POR DIANTE DESIGNADA "SANTA CASA".

Aos vinte e seis dias do mês de novembro de mil novecentos e sessenta e oito, na Sede do Serviço de Medicina Social do Estado, da Secretaria da Saúde Pública, nesta cidade de São Paulo, entre partes, o Serviço de Medicina Social do Estado, aqui denominado simplesmente "Serviço", representado neste Ato por seu Diretor, Dr. Antonio Caldeira de Mattos, e a Irmandade da Santa Casa "Corção de Jesus", da cidade de São Sebastião, neste Estado, representada por seu Provedor, Sr. João Augusto Siqueira, doravante denominada simplesmente "Santa Casa", é celebrado, com aprovação do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, em reunião ordinária realizada em 13/8/68, e autorização do Senhor Governador do Estado, no processo nº 16 214 / 68-SSP., em data de 21/11/68, convênio que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - A "Santa Casa" obriga-se a:

- a) administrar o Hospital de Clínicas de São Sebastião, de propriedade do Governo do Estado e destinado ao internamento de pacientes necessitados de assistência médico-hospitalar, reservando-se ao "Serviço" a fiscalização do fiel cumprimento do presente convênio;
- b) prestar total assistência médica e hospitalar aos enfermos ali internados e socorro urgente a todo paciente que procurar o Hospital, gratuito aos desprovidos de recursos, e mediante pagamento, na conformidade da Tabela de Preços aprovada pelo "Serviço", daqueles que tenham posse;
- c) zelar, como responsável direta, pela conservação dos edifícios e do material permanente do Hospital, bem como pelas viaturas que lhe forem cedidas por empréstimo, devendo reparar os danos que não provenham naturalmente do tempo e do uso;
- d) enviar ao "Serviço" até o dia 10 (dez) de cada mês, a relação dos doentes internados.

CLÁUSULA SEGUNDA - O "Serviço" pagará mensalmente à "Santa Casa", através do Tesouro do Estado, um mínimo de 2/3 (dois terços) dos 54 (cinquenta e quatro) leitos-dias cedidos gratuitamente e efetivamente ocupados, no Hospital de Clínicas de São Sebastião, na base de NCr\$ 8,00 (oito cruzeiros novos) por leito-dia, valor que poderá ser revisto anualmente por proposta de qualquer das partes, observada a dotação orçamentária destinada ao "Serviço".

CLÁUSULA TERCEIRA - A "Santa Casa" seguirá, em questões técnicas, a orientação que o "Serviço" julgar conveniente e fornecerá todos os relatórios e dados estatísticos que lhe forem solicitados.

CLÁUSULA QUARTA - O "Serviço" não intervirá na administração do Hospital de Clínicas de São Sebastião, assumindo a "Santa Casa" toda responsabilidade pelo integral e eficiente funcionamento do mesmo.

§ 1º - Correrão por conta da "Santa Casa" todas as despesas relacionadas com o funcionamento do Hospital, inclusive remuneração do pessoal.

§ 2º - O Serviço poderá, quando julgar necessário e dentro de suas possibilidades, fornecer ao Hospital materiais permanentes e de consumo.

CLÁUSULA QUINTA - O "Serviço" obriga-se a fazer por sua conta, nos prédios e no material permanente que constitui o equipamento do Hospital de Clínicas de São Sebastião, as reparações de estragos que provenham naturalmente do uso e do tempo.

CLÁUSULA SEXTA - A "Santa Casa" obriga-se a incorporar ao patrimônio do Hospital de Clínicas de São Sebastião, todas arrecadações e quaisquer doações, auxílios e subvenções de que este for beneficiário, assim como as benfeitorias que nele executar, sem direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA SÉTIMA - O "Serviço", dentro de suas possibilidades, instalará no Hospital de Clínicas de São Sebastião, uma estação Rádio-Telegráfica, para comunicações oficiais, ficando a cargo da "Santa Casa" a admissão e remuneração de pessoal especializado para o funcionamento da mesma.

CLÁUSULA OITAVA - O presente acordo terá a duração de 3(três) anos, podendo ser denunciado por qualquer das partes desde que ocorra a inobservância de qualquer de suas cláusulas, mediante notificação prévia no prazo de 90 (noventa) dias.

CLÁUSULA NONA - Para efeito do artigo 13 do Decreto nº 9 865, de 27 de dezembro de 1.938, confere-se a este convênio, para o triênio de 1.968, 1.969 e 1.970, a título precário e por estimativa, o valor de NCr\$ 466.560,00 (Quatrocentos e sessenta e seis mil quinhentos e sessenta cruzeiros novos).

CLÁUSULA DÉCIMA - A despesa com a execução do presente convênio onerará, neste exercício, o Código local 101-3.2.9.0.-3.2.9.6 item 655, Nota de Empenho Estimativa nº 316, e nos exercícios seguintes, as verbas próprias consignadas no orçamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - O presente convênio vigorará a partir da data da sua assinatura, decorrendo a sua exigibilidade do competente registro pelo Tribunal de Contas do Estado.

São Paulo, 26 de novembro de 1.968.

ANEXO Nº 3DECRETO 52.497/70 - D.O. de 25/7/70

Dos Hospitais, Estabelecimentos de Assistência Médico Hospitalar e Congêneres.

Artigo 104 - Os hospitais deverão observar o recuo obrigatório de 3 m. das divisas do lote.

Artigo 105 - No perímetro urbano das cidades, poderão os hospitais ser construídos no alinhamento das ruas, mantendo porém a distância de 3 m. dos terrenos vizinhos.

Parágrafo único - Para efeito deste artigo não será permitida a localização de quartos ou enfermarias no pavimento térreo, na parte construída no alinhamento da via pública.

Artigo 106 - As enfermarias são compartimentos destinados a receber 3 ou mais pacientes; não poderão conter mais de 6 leitos em cada subdivisão e o total destes não deverá exceder a 24.

Parágrafo único - A cada leito deverá corresponder a área mínima de:

- 1 - 6 m² para adultos;
- 2 - 3,50 m² para crianças;
- 3 - 2 m² para recém-nascidos;

Artigo 107 - Os quartos para doentes que podem receber um paciente, dois pacientes ou um paciente e um acompanhante, deverão ter as seguintes áreas mínimas:

- I - 8 m² para um só leito
- II - 14 m² para dois leitos.

Artigo 108 - Os quartos para doentes e as enfermarias deverão satisfazer as seguintes exigências:

- I - pé direito mínimo: 3m;
- II - vãos livres de acesso de 0,90 m de largura, no mínimo;
- III - paredes revestidas de material liso, impermeável e resistente a frequentes lavagens, até 1,50 m de altura e com cantos arredondados;
- IV - rodapés das paredes formando concordância arredondada com o piso;
- V - as enfermarias e quartos não poderão ser isolados, ventilados e iluminados por meio de pátios ou áreas internas.

Artigo 109 - Nos pavimentos em que hajam quartos para doentes ou enfermarias deverá haver, pelo menos, uma copa com área mínima de 4 m² para cada grupo de 12 leitos ou uma copa com área mínima de 9 m² para cada grupo de 24 leitos.

Artigo 110 - Os pisos dos quartos e enfermarias deverão ser revestidos de material isotérmico, a juízo da autoridade sanitária.

Artigo 111 - Nos hospitais de isolamento ou nos estabelecimentos que tratam e mantêm doentes de moléstias infecto-contagiosas as janelas serão teladas.

Parágrafo único - As portas de acesso às enfermarias, destinadas a doentes de moléstias infecto-contagiosas, serão providas de caixões telados.

Artigo 112 - Os hospitais deverão possuir quartos individuais ou enfermarias exclusivas para isolamento, segundo o tipo de infecção, de doentes ou suspeitos de serem portadores de doenças infecto-contagiosas.

Parágrafo único - Para efeito d'êste artigo os quartos ou enfermarias deverão dispor de lavatório e, em anexo, um compartimento sanitário exclusivo e de, pelo menos, uma janela envidraçada dando para corredor, vestíbulo ou passagem.

Artigo 113 - As salas de operações, de parto, de anestesia, e a aquelas onde se guardam aparelhos de anestesia, gases anestésicos ou oxigênio, deverão ter o piso revestido de material apropriado, possibilitando a descarga da eletricidade estática, de acordo com as recomendações técnicas.

Parágrafo único - Nessas salas, tôdas as tomadas de correntes, interruptores ou aparelhos elétricos, quando localizados até a altura de 1,50 m a contar do piso, deverão ser à prova de faísca.

Artigo 114 - Os compartimentos sanitários, em cada pavimento, deverão conter, no mínimo:

- I - uma latrina e um lavatório para cada oito leitos;
- II - uma banheira e um chuveiro para cada 12 leitos.

Parágrafo único - Na contagem dos leitos, não se computam os pertencentes a quartos que disponham de instalações sanitárias privativas.

Artigo 115 - Em cada pavimento deverá haver, pelo menos, compartimentos com latrina e lavatório para empregados e visitantes, independentes para cada sexo.

Artigo 116 - Nas salas de curativo, copas, cozinhas, compartimentos sanitários, salas de serviços, salas de despejo, o piso e as paredes até a altura mínima de 2 m, deverão ser revestidos de material liso, impermeável e resistente a frequentes lavagens.

Artigo 117 - As cozinhas dos hospitais deverão ter janelas teladas e área correspondente no mínimo, a 0,75 m² por leito, até a capacidade de 200 leitos.

§ 1º - Para efeito d'êste artigo, compreende-se na designação de cozinhas, os compartimentos destinados a despensas, frigoríficos, preparo e cozinhamento dos alimentos, lavagem de louças e de utensílios de cozinha.

§ 2º - As exigências d'êste artigo não se aplicam a cozinhas de mais de 150 m² de área.

Artigo 118 - Os hospitais deverão possuir instalações que permitam a esterilização de louças e talheres.

Artigo 119 - Os corredores de acesso às enfermarias, quartos para doentes, salas de operações, ou quaisquer peças onde haja tráfego de doentes, devem ter largura mínima de 2m.

Parágrafo único - Os demais corredores terão, no mínimo, 1,20 m de largura.

Artigo 120 - Os hospitais e estabelecimentos congêneres, com mais de um pavimento, deverão dispor de, pelo menos, uma escada com largura mínima de 1,20 m com degraus de lances retos e com patamar intermediário obrigatório.

§ 1º - Não serão em absoluto admitidos degraus em leque.

§ 2º - O número de escadas será condicionado pela localização destas de tal forma que nenhum paciente tenha de percorrer mais de 30 m para alcançá-las.

Artigo 121 - Nos hospitais, as farmácias, laboratórios de análises, serviços de raios X e outros serviços médicos auxiliares, obedecerão às exigências d'êste Regulamento, no que lhes forem aplicáveis, a critério da autoridade sanitária.

Artigo 122 - Os hospitais e maternidades até 3 pavimentos serão providos de rampas com declividade máxima de 10%, ou de elevadores' para o transporte de pessoas, macas e leitos com as dimensões inter nas de 2,20 m por 1,10 m, no mínimo.

§ 1º - Será obrigatória a instalação de elevador nos hospitais' com mais de três pavimentos, obedecidos os seguintes mínimos:

- 1 - um elevador até 4 pavimentos;
- 2 - dois elevadores nos que tiverem mais de 4 pavimentos.

§ 2º É obrigatória a instalação de elevadores de serviço, inde pendentemente dos demais, para uso das cozinhas situadas acima do 2º pavimento.

Artigo 123 - As passagens obrigatórias de pacientes ou visitan tes não poderão ter comunicação direta com cozinhas ou despensas. .

Artigo 124 - É obrigatória a instalação de reservatório de água com capacidade mínima de 300 litros por leito.

Artigo 125 - Quando o hospital possuir lavanderia, deverá esta' dispôr de instalações que permitam desinfecção e esterilização de roupa.

Artigo 126 - Os hospitais, quando possuírem necrotério ou veló rio, deverão satisfazer às exigências dêste Regulamento.

Artigo 127 - Todos os hospitais deverão possuir locais apropria dos para depositos de objetos em desuso.

Artigo 128 - É obrigatória a instalação de incineração do lixo' sético ou cirúrgico , em incinerador localizado no perímetro do no socômio.

Artigo 129 - As maternidades ou hospitais, que mantenham seção' de maternidade, deverão ter:

- I - sala de pré-parto, acusticamente isolada, para cada 15 lei tos;
- II- sala de parto para cada 25 leitos;
- III- sala de operações; mesmo no caso do hospital já possuir ou tra sala para o mesmo fim;
- IV - sala de curativos para operações séticas;
- V - quarto individual para isolamento das doenças infectadas;
- VI - quarto exclusivo para puérperas operadas;
- VII- seção de berçário.

Parágrafo único - As salas de que trata êste artigo deverão ser teladas.

Artigo 130 - Não serão permitidos hospitais sem todos os compar timentos necessários ao seu perfeito funcionamento.

Artigo 131 - Os galinheiros mantidos na área dos hospitais de - vem obedecer às exigências dêste Regulamento. e o número de aves não deverá ser superior ao consumo calculado para 4 dias. Sua instala ção será tolerada, a critério da autoridade sanitária, desde que de vidamente afastados das dependências dos doentes.

Artigo 132 - As hortas mantidas nas áreas dos hospitais deverão ser afastadas das dependências destinadas aos doentes e nelas será' vedado o uso de adubo animal.

ANEXO Nº 4
RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EM 1970 E PREVISÃO DAS NECESSI-
DADES A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO - POR SETORES - HOSPI-
TAL DE SÃO SEBASTIÃO

PESSOAL SETORES	EXISTENTE EM MAIO DE 1970	CURTO PRAZO (1971)	PREVISÃO MÉDIO PRAZO (1975)	LONGO PRAZO (1980)
Administra- ção	4	6	8	13
Contabilida- de	-	2	3	5
Corpo Clíni- co	7	9	12	20
Radiodiagnós- tico	-	3	3	7
Anat. Patolô- gica	-	-	-	3
Anestesiolo- gia e Gasote- rapia	-	1	2	4
Banco de San- gue	-	1	2	3
Fisioterapia	-	-	-	1
Eletrocardio- grafia	-	-	1	2
Enfermagem	20	46	64	86
Nutrição e Dietética	6	8	10	14
Farmácia	-	1	4	7
S. Pessoal	-	2	3	7
Protocolo Ar- quivo	-	2	3	4
Tesouraria	-	1	3	4
Lavanderia rouparia costura	3	5	8	12
Zeladoria	-	6	9	18
Conservação e Reparos	-	2	3	7
Transporte	-	1	2	3
Setores-Labo- rat. Integração SAME S. Social	3	-	-	-
Total	43	88	140	200
Média por leito	0,8($\frac{43}{56}$)	1,6($\frac{88}{56}$)	2,00($\frac{140}{70}$)	2,00($\frac{200}{100}$)

Fonte: Hospital de S. Sebastião

Observação: Na previsão não foram computados as estimativas para as unidades de integração.

ANEXO Nº 5

RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EM 1970 E PREVISÃO DAS NECESSIDADES A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO, POR FUNÇÕES - HOSPITAL S. SEBASTIÃO

PESSOAL FUNÇÕES	EXISTENTE EM		PREVISÃO	
	MAIO DE 1970	(1971)	(1975)	(1980)
Médicos	7	9	12	20
Adm. Hospitalar	-	1	1	1
Tesoureiro	-	1	1	1
Aux. Tesoureiro	-	-	1	1
Contador	-	1	1	1
Assist. Administ.	-	-	1	1
Técnico Contabilidade	-	1	1	1
Téc. Anat. Patolog.	-	-	-	1
Téc. Gasoterapia	-	1	1	1
Téc. Banco de Sangue	-	1	1	1
Fisioterapeuta	-	-	-	1
Téc. ECG	-	-	1	1
Enfermeiras	2	4	6	8
Aux. enfermagem	1	6	12	16
Atend. "	17	34	42	57
Secretárias enfermagem	-	2	4	5
Farmacêutico	-	-	1	1
Oficial Farm.	-	1	1	1
Motorista	-	-	-	2
Eletricista	-	1	2	3
Mecânico	-	1	1	1
Carpinteiro	-	-	1	1
Nutricionista	-	-	1	1
Almoxarife	-	-	1	1
Escriturários	4	11	19	30
Serviçais	12	13	26	40
Telefonistas	-	-	2	3
TOTAL	43	88	140	200
Média por leito	0,7	1,57	2,00	2,00

Fonte: Hospital de S. Sebastião

ANEXO Nº 6
EQUIPE MÉDICA EXISTENTE EM 1970 E PREVISÃO DAS NECESSIDADES
A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO - HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

PESSOAL MÉDICO	Existente em 1970	1971	Previsão 1975	1980
Médicos (total)	7	9	12	20
Diretor	1*	1*	1	1
Radiologista	-	-	-	1
Anestesista	-*	-*	1	1
Anat. Patolog.	-	-	-	1
Clín. Médica	1	1	2	3
Clín. Cirúrgica	2**	2**	2	3
Tocoginecologia	1**	1**	1	2
Pediatria	1	2	3	4
Oftalmologista	-	-	-	1
Otorrinolaringologista	1	1	1	1
Ortopedista	-	1	1	1
Analista	-*	-*	-***	-***
Assistente Diretor	-	-	-	1
TOTAL	7	9	12	20
Média leitos por médico	8	6	7	5

* Atividades acumuladas por um único médico em 1970 e 1971

** Atividades acumuladas por um único médico em 1970 e 1971

*** A previsão dêste profissional encontra-se no quadro do Laboratório

ANEXO Nº 7

LEVANTAMENTO DO EQUIPAMENTO EXISTENTE EM
1970, CUSTO UNITÁRIO ATUAL PARA O MÍNIMO
MATERIAL NECESSÁRIO ATÉ 1975 - HOSPITAL
DE SÃO SEBASTIÃO.

Existente em 1970	Mínimos necessários	Cr\$ Preço Unitário em 1970	Cr\$ Total
	<u>Centro Cirúrgico</u>		
1 suporte de bacias 2 bancos aspirador torpedo foco cirúrgico	2 baldes c/suporte de rodízio 1 hamper	120,00 100,00	240,00 100,00
	<u>Centro de Material</u>		
1 autoclave	1 autoclave a vapor, re- gistrador gráfico, au- tomático	1.800,00	1.800,00
1 estufa	1 estufa elétrica com termostato entalcador de luvas	600,00 800,00	600,00 800,00
	<u>Banco de Sangue</u>		
1 aparelho p/determi- nação tipo sangui- neo	1 geladeira específi- ca p/sangue	4.000,00	4.000,00
	<u>Raios X</u>		
1 aparelho de 25 MA	1 máquina de escrever arquivo de aço torpedo aspirador Esterilizador rápido 1 aparelho p/250 MA 1 aparelho portátil carrinho de curati- vo (ou bandeja)	1.500,00 700,00 200,00 1.000,00 200,00 50.000,00 30.000,00 900,00	1.500,00 700,00 200,00 1.000,00 200,00 50.000,00 30.000,00 900,00
	<u>Lavanderia-Rouparia e Costura</u>		
1 máquina lavadora Castanho-cap.30 kg 1 centrífuga Casta- nho-cap.10 kg. 1 secadora Castanho cap. 10 kg.			

Existente em 1970	Mínimos necessários	Cr\$ Preço Unit. em 1970	Cr\$ Total
	<u>Lavanderia-Rouparia e Costura</u>		
1 calandra de i rôlo	Calandra de 5 ou 6 rolos	10.000,00	10.000,00
2 carros(1 roupa sê-ca-1 roupa molhada)			
1 máquina de costura	2 máquinas de costura	1.500,00	3.000,00
	balança p/pesagem de roupa	400,00	400,00
	prateleira	300,00	300,00
	mêsas p/dobragem	150,00	150,00
2 ferros elétricos			
	<u>Unidade de internação de adultos</u>		
31 camas	substituir por camas de movimento	2.000,00	62.000,00
	1 balança p/exame bio-métrico	250,00	250,00
	aspirador válvula 10/2 - 2	2.000,00	2.000,00
	aparelho p/insuficiência respiratória	3.000,00	3.000,00
torpedos			
	<u>Sala de serviços e posto de enfermagem</u>		
	aparêlho de pressão arterial c/estetoscópio	510,00	510,00
	1 esterilizador rápido	280,00	280,00
	1 carrinho montado de curativos	900,00	900,00
	1 carrinho montado de injeção	900,00	900,00
	1 carrinho banho de leito	900,00	900,00
	<u>Pediatria</u>		
17 leitos	tenda de O ₂	3.000,00	3.000,00
	incubadora	3.000,00	3.000,00
	aspirador	6.000,00	6.000,00
	<u>Centro Obstétrico</u>		
8 camas enfermaria	substituir por camas de movimento	2.000,00	16.000,00
sala de parto - mesa-parto			
	foco de luz portátil	200,00	200,00
	berço aquecido	3.200,00	3.200,00
	ressuscitador	3.000,00	3.000,00
	aspirador	3.000,00	3.000,00

Existente em 1970	Mínimos necessários	Cr\$ Preço Unit. em 1970	Cr\$ Total
	<u>Berçário</u>		
7 berços 1 incubadora 1 balança	2 incubadoras (tipo Isolete) 2 berços aquecidos 1 ressuscitador 1 aspirador	3.000,00 3.200,00 3.000,00 3.000,00	6.000,00 6.400,00 3.000,00 3.000,00
	<u>Centro Cirúrgico</u>		
2 aparelhos de anestesia 1 mesa de operação 2 mesas tipo Maiyo 2 mesas auxiliares	substituir por mais moderno negatoscópio	17.000,00 12.000,00 200,00	34.000,00 12.000,00 200,00
	<u>Administração</u>		
1 máquina de escre - ver grande 1 arquivo 2 escrivatinhas	2 arquivos 1 máquina de calcular	700,00 1.200,00	1.400,00 1.200,00
	<u>SAME</u>		
2 máquinas grandes 1 máquina de calcu - lar elétrica 2 arquivos 4 escrivatinhas	kardex	800,00	800,00
	<u>Cozinha</u>		
1 fogão a óleo, cha - pas de ferro, coifa 2 fogões a gás de botijão, 4 queima - dores 2 básculas a vapor 1 descascador de le - gumes 1 picador de carne 1 geladeira tipo in - dustrial 1 máquina p/lavar louça	1 carro térmico p/ transporte e distri - buição de alimentos	5.000,00	5.000,00

Existente	Mínimos necessários	Cr\$ Preço Unit. em 1970	Cr\$ Total
	<u>Serviço de Material</u> 1 escrivaninha 1 cadeira 1 máquina de escrever 1 máquina de calcular 1 arquivo p/fichas 1 arquivo tipo kardex 1 balança capac.200kg	300,00 70,00 1.500,00 1.200,00 700,00 800,00 400,00	300,00 70,00 1.500,00 1.200,00 700,00 800,00 400,00
	<u>Farmácia</u> 1 escrivaninha 1 arquivo de mesa p/ fichas 1 balança de precisão	300,00 100,00 1.000,00	300,00 100,00 1.000,00

S. Sebastião : escolas isoladas



LEGENDA

- | | | |
|------------------|-----------------------|-------------------|
| ① S. Sebastião | ⑦ Toque-Toque Grande | ⑮ Sal |
| ② Pontal da Cruz | ⑧ Toque-Toque Pequeno | ⑯ Jusqueí |
| ③ Enseada | ⑨ Pauba | ⑰ Una |
| ④ Jaraguá | ⑩ Maresias | ⑱ Cigarras |
| ⑤ Morro Alto | ⑪ Boqueanga | ⑰ Montão de Trigo |
| ⑥ Baraquecoba | ⑫ Camburi | ⑱ Pedra Verde |

escala : 1:200000

CORREDO DO OUTEIRO
 - VAZÃO MÍNIMA: 10,00 l/s
 - COTA TOMADA D'ÁGUA: 60,00

RESERVATÓRIO DE DISTRIBUIÇÃO
 - CAPACIDADE: 2.000.000 l
 - COTA NÍVEL MÉDIO: 32,00

48.000

49.000

50.000

A: 17,60 Ha
 Q: 4,70 l/s

A: 1,94 Ha
 Q: 2,50 l/s

A: 70,00 Ha
 Q: 18,70 l/s

A: 60,00 Ha
 Q: 16,00 l/s

A: 18,75 Ha
 Q: 5,00 l/s

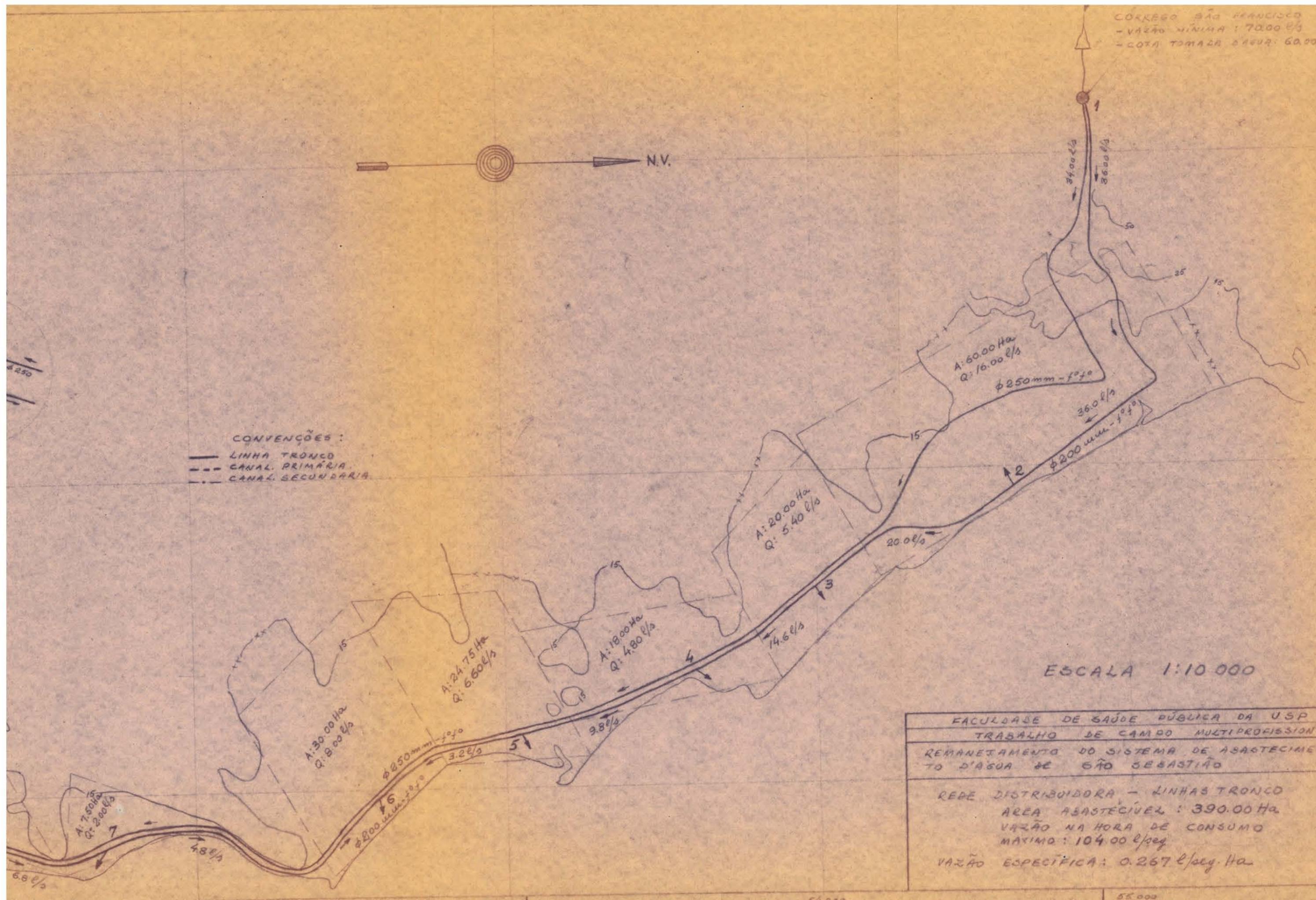
A: 26,00 Ha
 Q: 6,90 l/s



COLÉGIO SÃO FRANCISCO
 - VAZÃO MÍNIMA: 70.00 l/s
 - COTA TOMADA D'ÁGUA: 60.00



CONVENÇÕES:
 — LINHA TRONCO
 - - - CANAL PRIMÁRIA
 . . . CANAL SECUNDÁRIA



ESCALA 1:10 000

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP
TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL
REMANEJAMENTO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA DE SÃO SEBASTIÃO
REDE DISTRIBUIDORA - LINHAS TRONCO
ÁREA ABASTECÍVEL: 390.00 Ha
VAZÃO NA HORA DE CONSUMO MÁXIMO: 104.00 l/seg
VAZÃO ESPECÍFICA: 0.267 l/seg.Ha

CÓRREGO DO OUTEIRO
 - VAZÃO MÍNIMA: 10.00 l/s
 - COTA TOMADA D'ÁGUA: 60.00

RESERVATÓRIO DE DISTRIBUIÇÃO
 - CAPACIDADE: 2.000.000 l
 - COTA NÍVEL MÉDIO: 32.00



CÓRREGO SÃO FRANCISCO
 - VAZÃO MÍNIMA: 70.00 l/s
 - COTA TOMADA D'ÁGUA: 60.00

N.V.

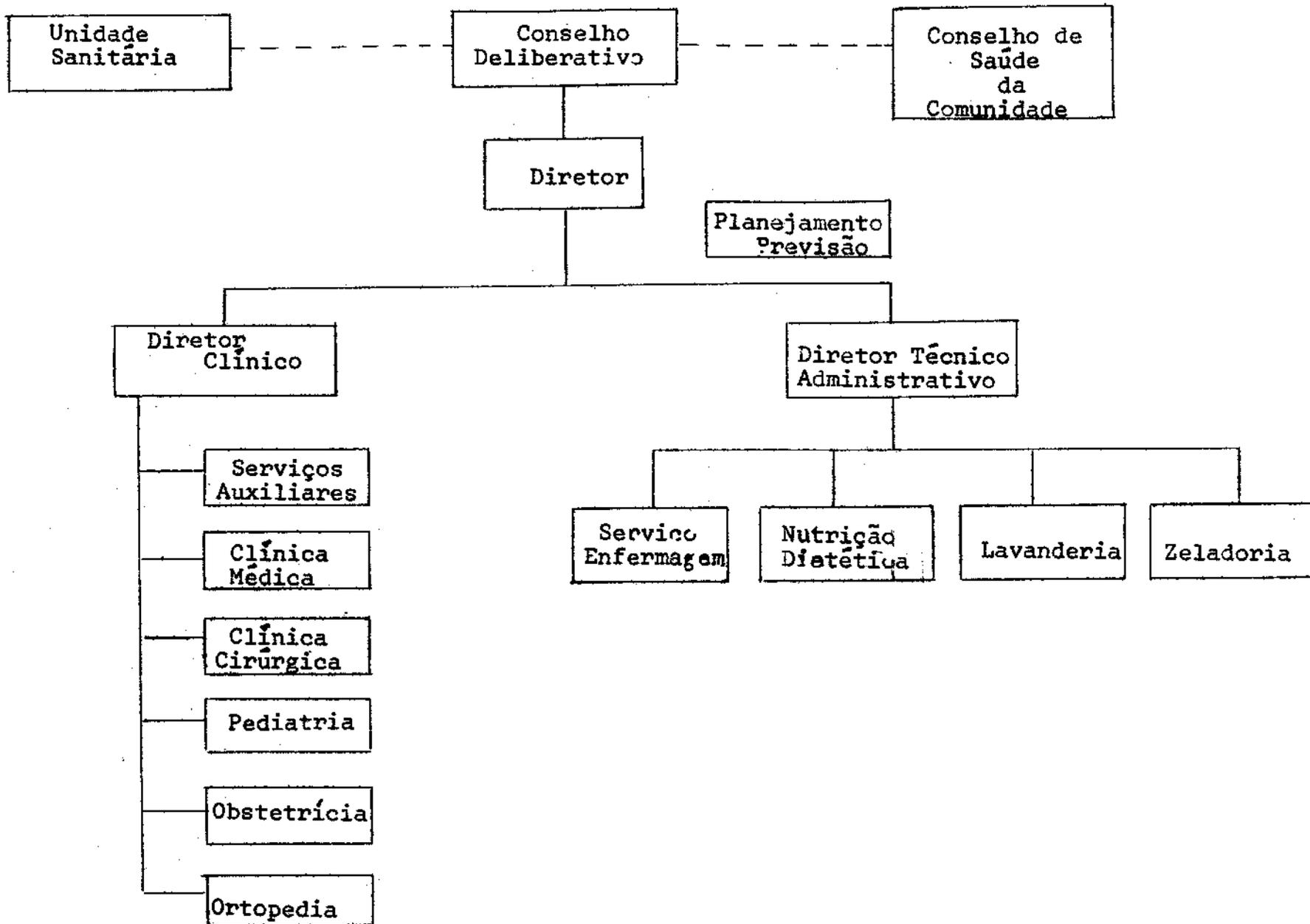
CONVENÇÕES:
 — LINHA TRONCO
 - - - CANAL PRIMÁRIA
 - - - " SECUNDÁRIA

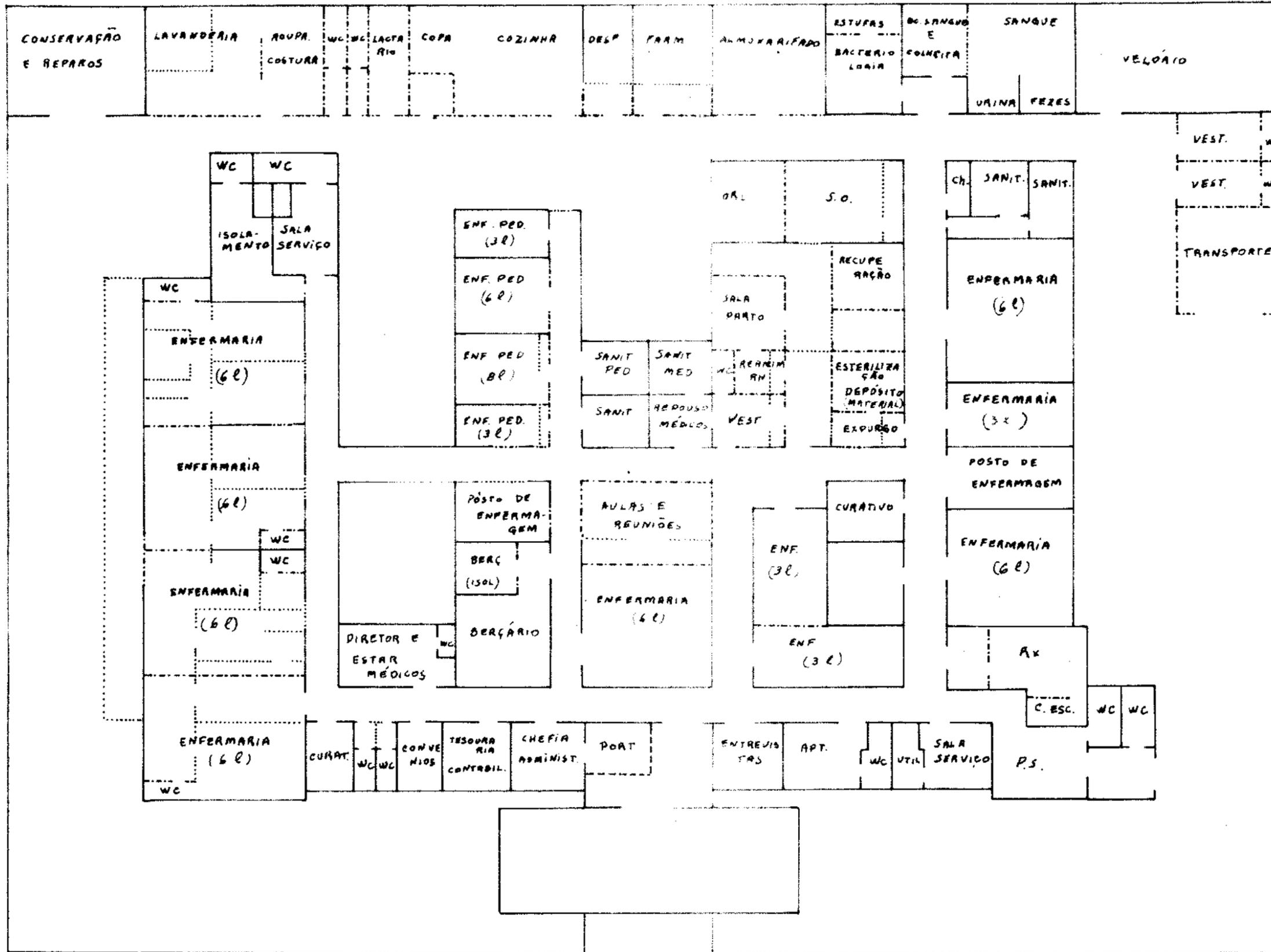


ESCALA 1:10 000

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP
TRABALHO DE CAMPO MULTIPROFISSIONAL
REMANEJAMENTO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA DE SÃO SEBASTIÃO
REDE DISTRIBUIDORA - LINHAS TRONCO
- ÁREA ABASTECÍVEL: 390.00 Ha
- VAZÃO NA HORA DE CONSUMO MÍNIMO: 39.00 l/s
VAZÃO ESPECÍFICA: 0.100 l/seg.Ha

ANEXO Nº 11 - Organograma do Hospital de Clínicas de São Sebastião.



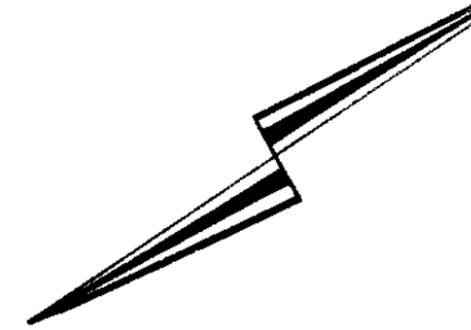
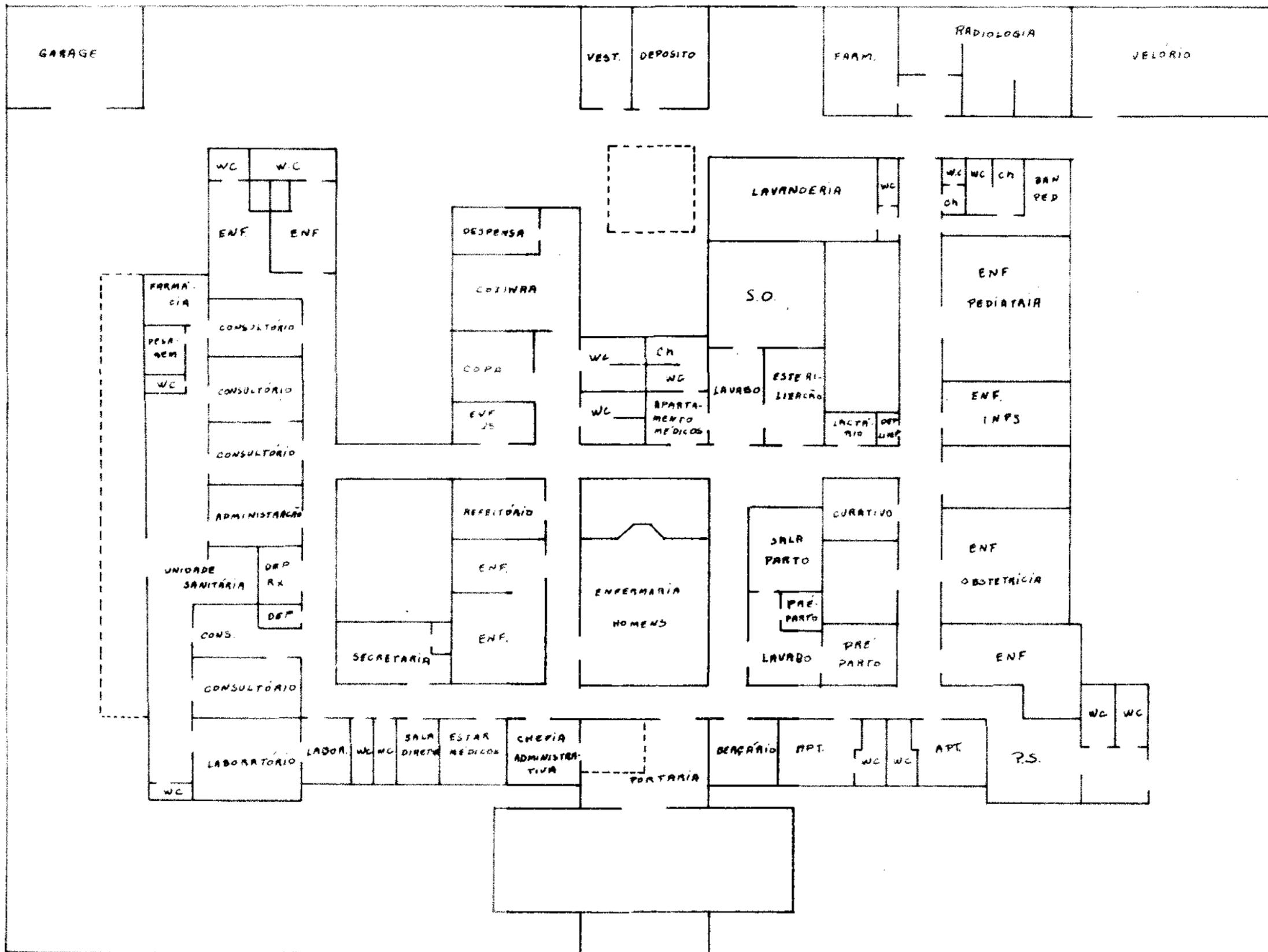


CONVENÇÕES

- PAREDES EXISTENTES
- ⋯ PAREDES A DEMOLIR
- - - PAREDES A CONSTRUIR

ESCALA 1:200

EQUIPE SÃO SEBASTIÃO
 FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DE
 PROJETO DE REFORMA E AMPLIAÇÃO
 HOSPITAL DE CLÍNICA DE SÃO SEBASTIÃO



ESCALA - 1:20

EQUIPE SÃO SEBASTIÃO
 FACULDADE DE HIGIENE E SA
 BLICA DA USP

PLANTA ATUAL DO
TAL DE CLÍNICAS C
SEBASTIÃO

ANEXO Nº 13

Resolução SS nº 4 de 8 de junho de 1970.

Dispõe sobre estruturação, competência e atribuições dos Distritos Sanitários e dá outras providências.

O Secretário de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o disposto no artigo nº 164 do Decreto nº 52182, de 16 de julho de 1969 e com a aprovação do Conselho Técnico Administrativo.

Considerando a relevância do papel a ser desempenhado pelos Distritos Sanitários, na execução dos programas de saúde para o Estado; e

Considerando a necessidade de definir critérios de funcionamento dos Distritos Sanitários, para implantação da Reforma Administrativa:

Resolve:

ARTIGO 1º - Os Distritos Sanitários criados pelos Decretos nºs 50192, de 13 de agosto de 1968; 50.885, de 18 de novembro de 1968 e 52.182, de 16 de julho de 1969 são órgãos sub-regionais diretamente subordinados às Divisões Regionais de Saúde.

ARTIGO 2º - Cada Distrito Sanitário deverá contar com o seguinte pessoal:

- I - 1 médico sanitarista IV - Chefe;
- II - 1 enfermeiro;
- III - 1 inspetor de saneamento;
- IV - 1 escriturário
- V - 1 servente e
- VI - 1 motorista

Parag. 1º - Enquanto não existirem servidores legalmente habilitados às funções previstas no inciso I, a mesma poderá ser exercida, em caráter precário, por médico-sanitarista III ou II.

Parag. 2º - A lotação dos Distritos Sanitários em decorrência de justificativa devidamente aprovada pelo Conselho Técnico-Administrativo, poderá ser alterada, não só quanto ao número, como também no tocante à inclusão de outros servidores de outras categorias.

ARTIGO 3º - O Distrito Sanitário exercerá as competências previstas no artigo 73 do Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969, na seguinte conformidade:

I- Atribuições de Coordenação:

Coordenar a atuação dos Centros de Saúde de sua área, por meio de reuniões periódicas e da compatibilização dos recursos existentes.

II - Atribuição de supervisão, controle e orientação:

a) Supervisionar a execução das atividades dos Centros de Saúde que lhe estão subordinados, por meio de Inspeções periódicas que possibilitem conhecimento permanente de seu funcionamento;

- b) Controlar o exato cumprimento da aplicação das normas técnicas;
- c) Orientar os Centros de Saúde na observância das normas técnicas e cumprimento dos programas que lhes são atribuídos, inclusive na solução de problemas especiais solicitando, quando necessário, assistência dos órgãos regionais.

III - Atribuições de planejamento, epidemiologia e estatística:

- a) Verificar as instalações, recursos humanos e materiais disponíveis para execução dos programas estabelecidos para cada Centro de Saúde;
- b) Analisar os boletins e relatórios de epidemiologia, estatística e produção recebidos semanalmente dos Centros de Saúde de sua área;
- c) Adotar as providências sugeridas pela análise, solicitando, se necessário, a colaboração da Divisão Regional de Saúde;
- d) Elaborar boletins distritais, mensais, de epidemiologia e estatística, encaminhando-os à Divisão Regional de Saúde.

IV - Atribuições administrativas:

- a) Examinar e opinar sobre as providências administrativas solicitadas pelos Centros de Saúde para atender necessidades não previstas, excluindo-se taxativamente todos os atos de rotina administrativa que serão encaminhados diretamente pelos Centros de Saúde às Divisões Regionais de Saúde;
- b) Elaborar relatório mensal das atividades desenvolvidas pelo Distrito Sanitário, encaminhando-o à Divisão Regional de Saúde.

ARTIGO 4º - Ao Médico-Sanitarista-Chefe do Distrito Sanitário, além das atribuições previstas no artigo 3º, compete:

I - Exercer o poder disciplinar sobre os servidores, que lhe são diretamente subordinados, ressalvada a competência superior;

II - Determinar o deslocamento por prazo determinado, não superior a três meses, de recursos humanos e materiais, entre os Centros de Saúde de sua área, desde que indispensável à execução dos programas de saúde ou ao atendimento de emergência, dando ciência à Divisão Regional, ficando sujeito à aprovação desta a renovação do deslocamento por igual prazo, mediante justificativa.

III - Opinar, quando solicitado pelo Diretor da Divisão Regional de Saúde sobre atos administrativos que possam interferir na execução dos programas.

Parag Único O disposto no inciso II deste artigo não se aplica aos deslocamentos de pessoal para a execução de atividades de rotina referentes a programas de âmbito distrital.

ARTIGO 5º - Aos servidores em exercício nos Distritos Sanitários compete:

I - Ao Enfermeiro:

Supervisionar e orientar a execução das atividades dos Centros de Saúde da área distrital, no campo de enferma

gem de saúde pública; promover e colaborar no adestramento de pessoal em serviço; auxiliar o Médico-Sanitarista-Chefe do Distrito Sanitário na execução de suas atribuições e executar tarefas afins.

II - Ao Inspetor de Saneamento:

- a) Supervisionar e orientar as atividades desenvolvidas por pessoal auxiliar de saneamento dos Centros de Saúde, no que se refere a inspeções, levantamento e cadastros em estabelecimentos comerciais e industriais de gêneros alimentícios; inspeções em estabelecimentos comerciais em geral; inspeções em domicílios com vistas a problemas de saneamento, tais como: abastecimentos de água e destino de dejetos através de soluções individuais, lixo, roedores, moscas e outros artrópodes, e lançamento de destino de águas servidas, inspeções em estabelecimentos de uso coletivo e de recreação, tais como: cinemas, teatros, clubes, escolas, hotéis, pensões, piscinas e anexos, e locais de recreação em geral;
- b) Orientar municipalidades em campanhas de controle de insetos incômodos, programas de saneamento rural, através de levantamento e cadastro de situações existentes e orientar a execução das medidas indicadas; inspeções, levantamentos e cadastramento de fontes poluidoras para controle de poluição do ar, programas de saneamento em situações de emergência; colaborar em cursos de adestramento de pessoal auxiliar de saneamento; colaborar em atividades de educação sanitária ligadas ao saneamento; orientar municipalidades na disposição final do lixo;
- c) Fiscalizar, intimar, autuar e multar, dentro de sua competência legal, infratores da legislação sanitária;
- d) Executar as tarefas relacionadas na alínea "a", quando necessário ou quando lhe fôr especialmente determinado.

III - Ao Escriturário:

Executar tarefas de escritório, tais como: protocolo, classificação, separação e arquivamento de papéis e documentos em geral; de datilografia; execução ou conferência de cálculos aritméticos simples; prestação de pequenas informações escritas ou verbais; redação de ofícios e informações; preparação de fôlhas de pagamento, frequência, outros trabalhos da mesma natureza e fazer tabelas de dados epidemiológicos e estatísticos.

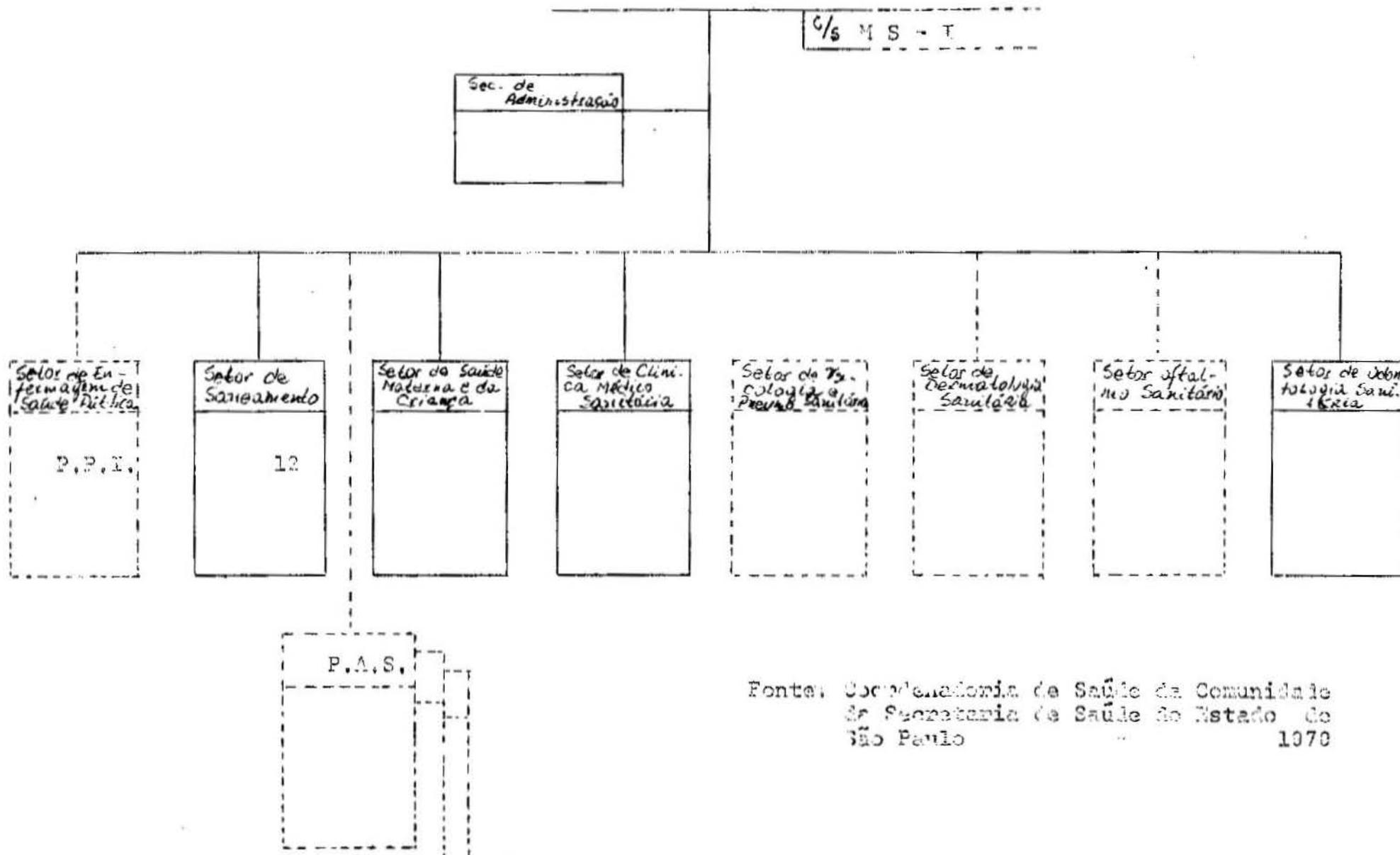
IV - Ao Servente:

Limpeza, higiene e conservação da sede do Distrito Sanitário, incluindo utensílios, móveis e equipamento; reparações de urgência em móveis, utensílios, equipamentos e instalações; transmissão de recados, entregas de correspondência, papel, processos, pequenos volumes e tarefas correlatas de portaria.

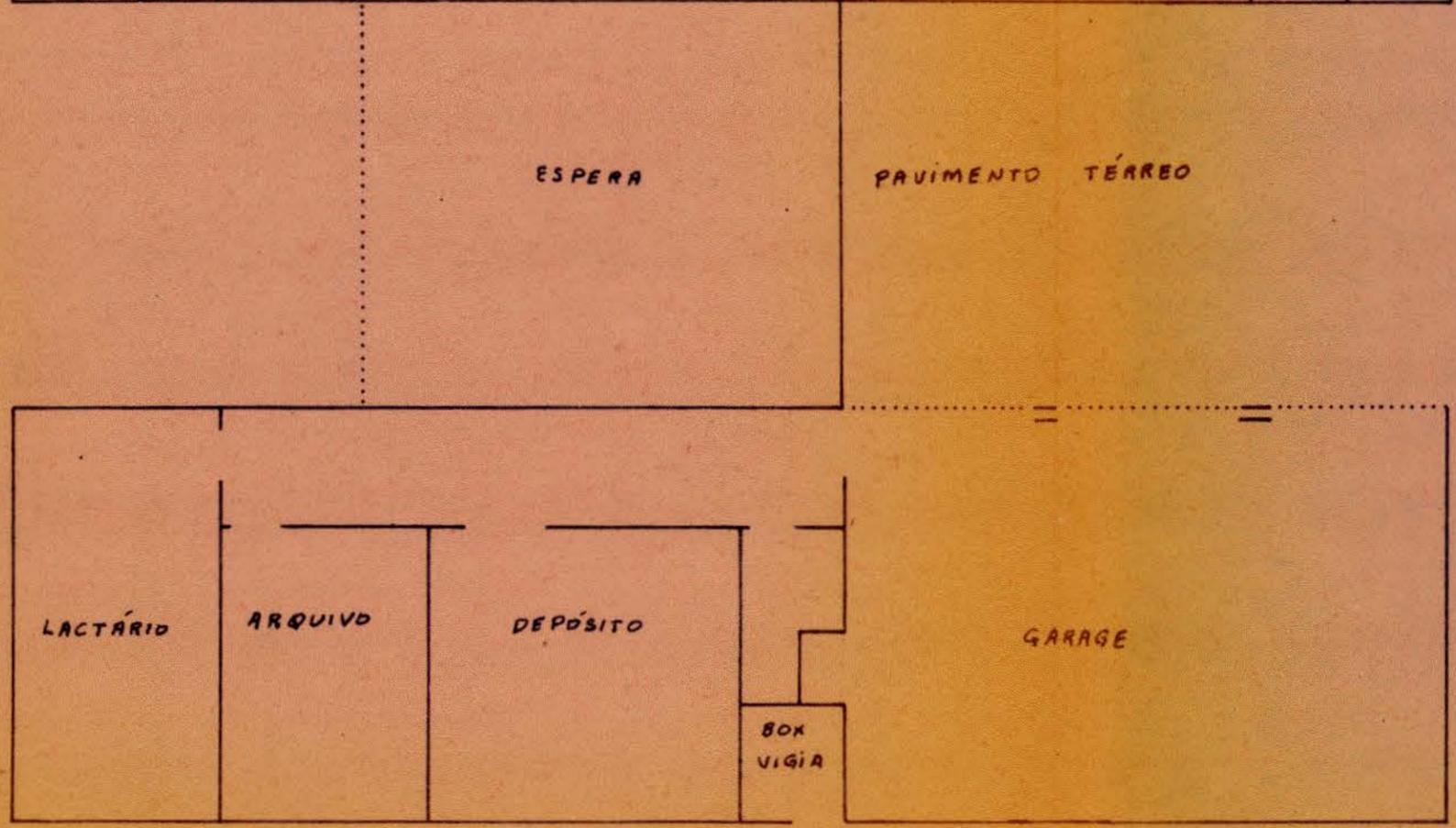
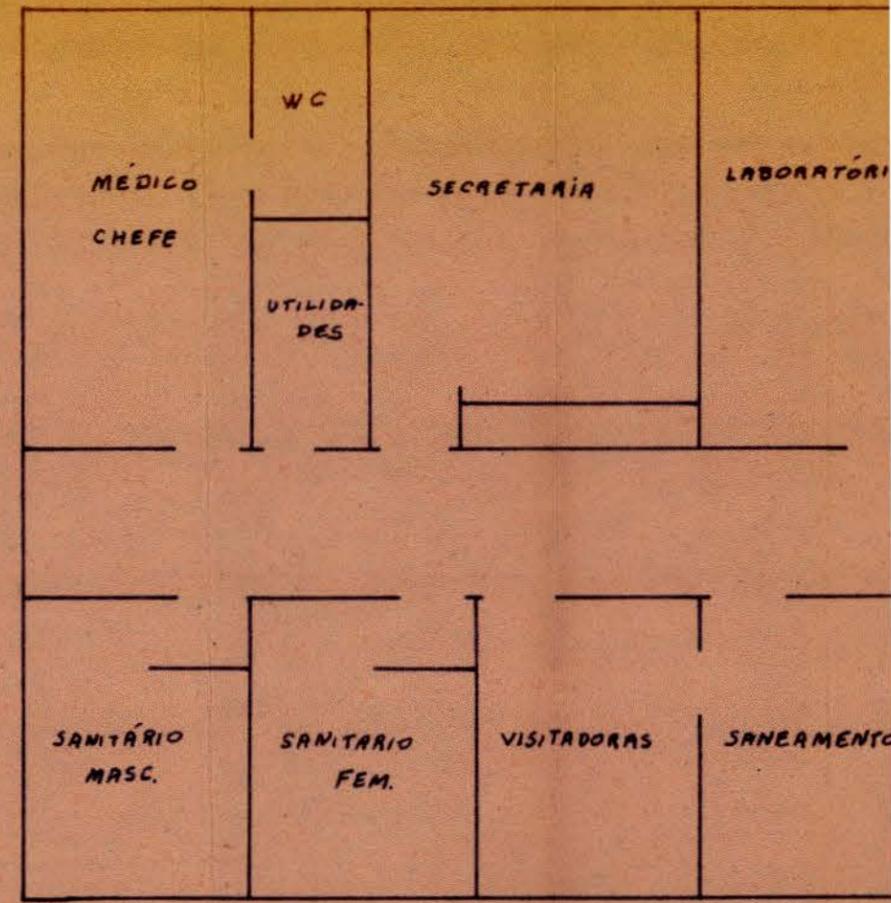
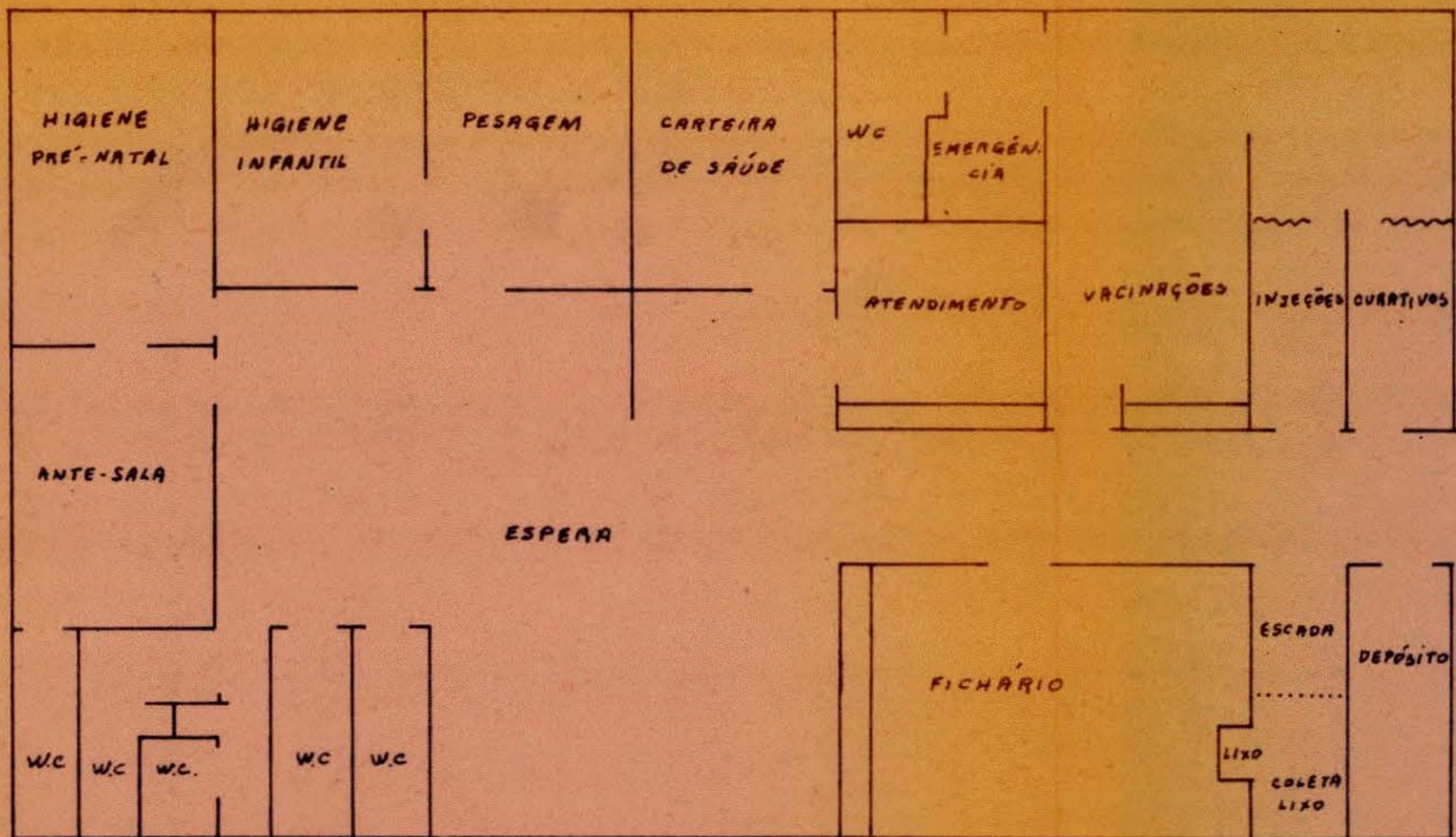
V - Ao Motorista:

Conservar, zelar pela limpeza, lavagem e lubrificação, abastecimento e combustível, água e óleo, execução de pequenos reparos nos veículos que lhe incumba dirigir.

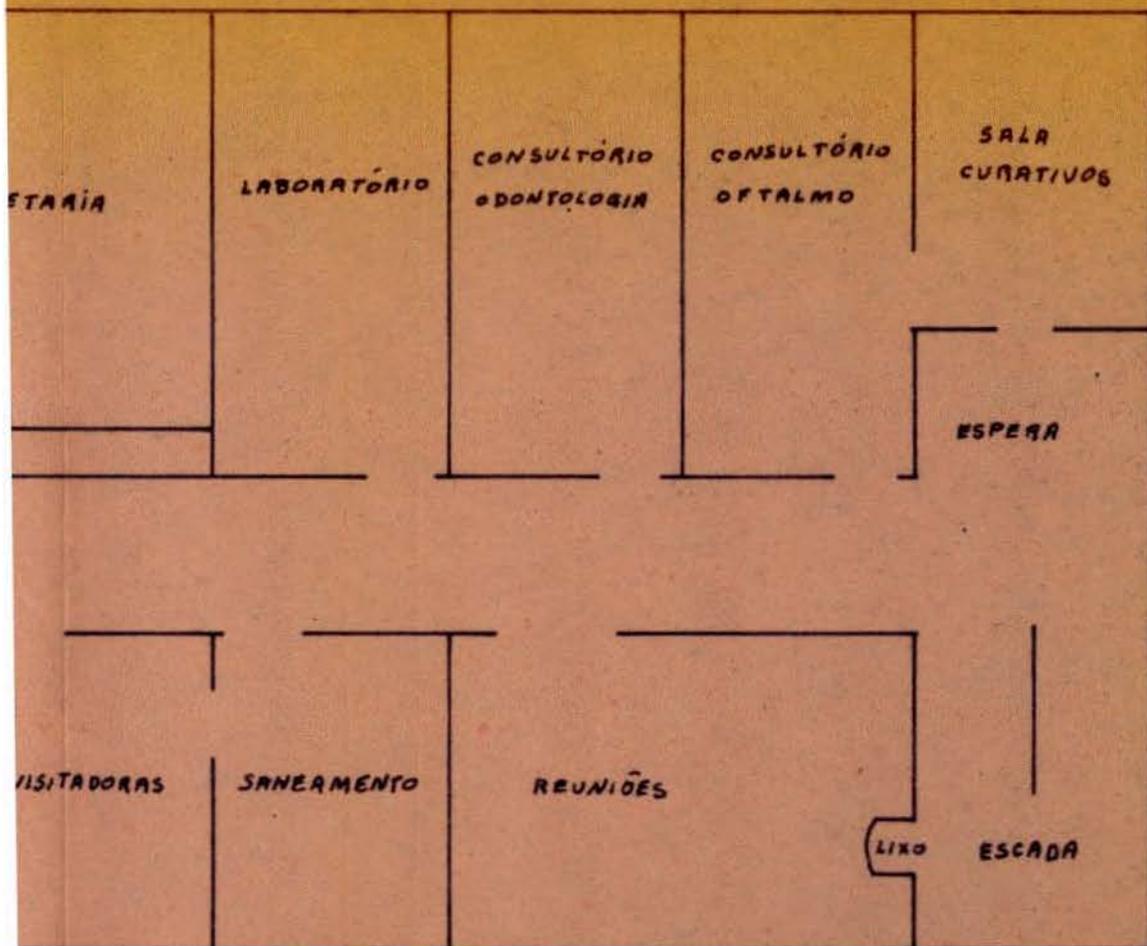
ARTIGO 6º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.



Fonte: Coordenação de Saúde da Comunidade
 da Secretaria de Saúde do Estado de
 São Paulo 1970



PAVIMENTO SU



PAVIMENTO SUPERIOR

EQUIPE SÃO SEBASTIÃO

FACULDADE DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA
DA USP

CENTRO DE SAÚDE TIPO CS-3

PROJETO TIPO

ESCALA 1:100

ANEXO Nº 16

Decreto nº 52.503, de 28 de Julho de 1970

Aprova Normas Técnicas Especiais Relativas à Preservação da Saúde.

ROBERTO COSTA DE ABREU SODRÉ, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO; usando de suas atribuições legais e com fundamento no artigo 23 do Decreto-lei nº 211, de 30 de março de 1970.

DECRETA:

ARTIGO 1º - Ficam aprovadas as Normas Técnicas Especiais, anexas a este decreto, que complementam o Decreto nº 52.497, de 21 de julho de 1970, na parte relativa à preservação da saúde.

ARTIGO 2º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação
Palácio dos Bandeirantes, 28 de julho de 1970.

ROBERTO COSTA DE ABREU SODRÉ

Walter Sidnei Pereira Leser, Secretário da Saúde

Publicado na Casa Civil, aos 28 de julho de 1970.

Maria Angélica Galiazzi, Responsável pelo S.N.A.

NORMAS TÉCNICAS ESPECIAIS RELATIVAS À PRESERVAÇÃO DA SAÚDE

I - Doenças Notificáveis

São doenças de notificação compulsória, para fins do disposto no artigo 505 do Regulamento aprovado pelo Decreto 52.497, de 21 de julho de 1970, as seguintes:

Grupo 1 - Doenças quarentenárias, em que é exigida a notificação internacional imediata:

- 1.1 - cólera;
- 1.2 - febre amarela;
- 1.3 - peste;
- 1.4 - tifo exantemático transmitido por piolhos;
- 1.5 - varíola; major e minor ou alastrim;

Grupo 2 - Doenças em que é exigida a notificação imediata à autoridade sanitária local:

- 2.1 - arboviroses, exceto febre amarela;
- 2.2 - bruceloses;
- 2.3 - câncer venéreo;
- 2.4 - difteria;
- 2.5 - coqueluche;
- 2.6 - doença de Chagas (tripanossomiose americana);
- 2.7 - escarlatina;
- 2.8 - esquistossomose;
- 2.9 - febres tifóide e paratifóides;
- 2.10 - gonococia;
- 2.11 - hanseníase (lepra);

- 2.12 - hepatites por virus;
- 2.13 - infecções, intoxicações e envenenamentos de origem alimentar (quando em coletividade);
- 2.14 - leptospiroses;
- 2.15 - malária;
- 2.16 - meningite meningocócica;
- 2.17 - meningites causadas por outros agentes, que não o meningocóco;
- 2.18 - poliomielite;
- 2.19 - raiva (humana);
- 2.20 - riquetsioses;
- 2.21 - rubéola;
- 2.22 - sarampo;
- 2.23 - sífilis;
- 2.24 - tétano;
- 2.25 - tuberculose (tôdas as formas);
- 2.26 - varicela.

Grupo 3 - Doenças em que é exigida a notificação dentro de 24 horas à autoridade sanitária local:

- 3.1 - blastomicoses;
- 3.2 - boubã;
- 3.3 - carbúnculo;
- 3.4 - caxumba (parotidite infecciosa);
- 3.5 - disenteria bacilar;
- 3.6 - eritema infeccioso;
- 3.7 - exantema súbito;
- 3.8 - gripe;
- 3.9 - infecção puerperal;
- 3.10 - infortúnios do trabalho;
- 3.11 - leishmanioses;
- 3.12 - linfogranuloma venéreo (doença de Nicolas Favre);
- 3.13 - neoplasmas malignos;
- 3.14 - oftalmias do recém-nascido;
- 3.15 - pênfigos;
- 3.16 - quarta moléstia;
- 3.17 - toxicomanias;
- 3.18 - tracoma

II - Da Técnica de Notificação

II.1 - A notificação de qualquer das doenças incluídas nos Grupos "1" e "2" do inciso I desta Norma Técnica Especial, deverá ser feita à simples suspeita.

II.1.1 - As notificações mencionadas no item anterior deverão ser feitas sempre, pessoalmente ou por telefone, ou pelo meio mais rápido de que dispuser o notificante.

II.1.2 - A autoridade sanitária, a seu juízo, poderá exigir a formalização por escrito de notificações verbais.

II.1.3 - A autoridade sanitária que receber notificação de doença quarentenária (Grupo 1), deverá dar conhecimento com a máxima urgência ao órgão federal competente, de vez que é exigida a comunicação internacional imediata.

II.2 - A notificação de qualquer das doenças incluídas no Grupo 3 do inciso I desta Norma Técnica Especial, deverá ser feita à autoridade sanitária local pessoalmente, por telefone, por telegrama, por carta ou através de impresso oficial.

II.3 - Da notificação deverão constar:

- a) identificação do doente: nome completo, sexo, idade, côr e ocupação; se menor de idade, indicar também o nome do pai ou responsável;
- b) residência do doente: rua e número, bairro, sítio ou fazenda, subdistrito e distrito ou município;
- c) diagnóstico presuntivo ou confirmado, mencionando, se houver, resultado de exames de laboratório;
- d) data de início dos sintomas;
- e) data da notificação;
- f) nome completo, ocupação, endereço e assinatura do notificante; se médico, referir o número de registro no Conselho Regional de Medicina.

III - Da Atuação da Autoridade Sanitária:

III.1 - A autoridade sanitária deverá comunicar ao notificante o recebimento da notificação, dando-lhe conhecimento das medidas tomadas em consequência.

III.2 - As instituições de assistência médica, os consultórios médicos, os laboratórios de análises clínicas e as farmácias, devem manter em estoque impressos segundo os modelos oficiais para notificação de doenças de notificação compulsória.

III.3 - As autoridades sanitárias devem manter as entidades de assistência médica, os médicos e demais interessados cientes das disposições desta Norma Técnica Especial, bem como das alterações que vierem a ocorrer.

III.4 - As notificações recebidas pela autoridade sanitária local, serão comunicadas aos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde responsáveis pelo registro, tabulação e apuração dos dados referentes às doenças de notificação compulsória.

IV - Das Medidas de Profilaxia:

IV.1 - As medidas de profilaxia compreenderão as adiante enumeradas, aplicáveis a cada doença de notificação compulsória, em conformidade com os conhecimentos científicos existentes:-

- a. isolamento;
- b. quarentena;
- c. desinfecção;
- d. vacinação;
- e. vigilância sanitária;
- f. tratamento específico;
- g. quimio-profilaxia;
- h. saneamento do meio

IV.2 - As vacinações de rotina são:

- a. contra tuberculose (B.C.G.);
- b. contra difteria, tétano e coqueluche;
- c. contra sarampo;
- d. contra poliomielite;
- e. contra varíola

IV.3 - As vacinações especiais são:

- a. contra febre amarela;
- b. contra raiva;
- c. contra febre tifóide;
- d. contra febre maculosa;
- e. contra peste;
- f. contra gripe.

IV.4 - As vacinações extraordinárias serão especificadas pelas autoridades competentes.

IV.5 - As técnicas empregadas nos programas de vacinação serão estabelecidas em normas operacionais baixadas pela Secretaria de Estado da Saúde.

IV.6 - A autoridade sanitária, para orientação das medidas de profilaxia a serem estabelecidas em relação à doença de notificação compulsória, poderá anotar, no que couber e quando julgar necessário, as especificações contidas na última edição em língua portuguesa do manual "Profilaxia das Doenças Transmissíveis" editado pela Associação Americana de Saúde Pública e adotado pela Organização Panamericana de Saúde.

(publicado no Diário Oficial de 29 de julho de 1970).

ANEXO Nº 17

PROJETO DE REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO DA COMUNIDADE

I - DA FINALIDADE

ARTIGO 1º - O Conselho da Comunidade, instituído pelo artigo 68, do Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1.969, tem a finalidade de colaborar no desenvolvimento dos programas de saúde executados pelo Centro de Saúde.

II - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 2º - São atribuições do Conselho:

- I - acompanhar as atividades do Centro de Saúde, desenvolvendo esforços no sentido de assegurar e favorecer o seu bom desempenho;
- II - incentivar o interesse da comunidade, a fim de obter sua participação ativa na solução dos problemas de saúde existentes na área de atuação do Centro de Saúde;
- III - inteirar-se, por intermédio da autoridade sanitária, dos problemas fundamentais de saúde da comunidade, dos programas desenvolvidos para a sua solução, dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários à sua execução, e do rendimento de tais trabalhos;
- IV - recolher as aspirações da comunidade no tocante às atividades de saúde pública, examinando-as sob o ponto de vista da sua validade e possibilidade de atendimento em nível local, submetendo-as, quando necessário, à consideração das autoridades superiores competentes;
- V - obter a colaboração da comunidade, quando oportuno, na execução ou financiamento dos programas de saúde, mediante trabalhos voluntários, contribuições financeiras e demais auxílios.

III - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 3º - O conselho da comunidade será composto por um número variável de membros, nunca inferior a cinco (5), de acordo com o desenvolvimento sócio-econômico do município, visando à maior participação de elementos representativos da comunidade, dispostos a colaborar no desenvolvimento dos programas do Centro de Saúde.

Parág. 1º - O número de membros de cada Conselho será estabelecido pelo Chefe do Distrito Sanitário, mediante proposta do médico-chefe do Centro de Saúde, devidamente justificada, tendo em vista o disposto no presente artigo.

Parág. 2º - O número de membros do Conselho, uma vez aprovado pelo Chefe do Distrito Sanitário, poderá ser aumentado a qualquer tempo, mediante nova proposta do médico-chefe do Centro de Saúde, também devidamente justificada.

ARTIGO 4º - O Conselho será constituído por ato do Diretor Regional de Saúde, mediante proposta do Chefe do Distrito Sanitário, acompanhada de uma relação dos elementos indicados para constituí-lo, bem como seus respectivos suplentes.

- Parág. 1º - A relação de que trata o presente artigo deverá ser elaborada de acôrdo com as indicações apresentadas por entidades locais de caráter filantrópico-social, direta ou indiretamente ligadas à saúde, para tal fim convidadas pelo médico-chefe do Centro de Saúde.
- Parág. 2º - Além dos representantes das entidades a que se refere o parágrafo anterior, deverão integrar o Conselho um representante do Executivo e outro do Legislativo municipais, e, sempre que existirem, representantes do magistério primário e demais níveis escolares, das Secretarias da Agricultura, do Trabalho e da Promoção Social, que serão indicados pelas respectivas classes aí sediadas, da mesma maneira convidadas pelo médico-chefe.
- Parág. 3º - Em qualquer dos casos considerados nos parágrafos anteriores, serão indicados o membro do Conselho e dois (2) respectivos suplentes, quando houver.
- Parág. 4º - A relação das entidades e classes a serem convidadas deverá ser objeto de prévio e cuidadoso estudo por parte do médico-chefe do Centro de Saúde, que promoverá reuniões prévias de tôdas as entidades, representantes de classes e demais líderes das classes sociais existentes, para o fim de manifestarem o seu ponto de vista quanto à desejada composição do Conselho.
- ARTIGO 5º - O mandato dos membros do Conselho será de dois (2) anos, permitida a recondução.
- ARTIGO 6º - Perderá o mandato o membro que faltar por 2 (duas) reuniões consecutivas, sendo nesse caso substituído por seu suplente.
- Par.único - Quando impossibilitado de exercer temporariamente suas funções, poderá o membro do Conselho solicitar licenciamento, pelo prazo máximo de seis (6) meses, mediante a aprovação de seus pares e homologação do Diretor Regional de Saúde.

IV - DO FUNCIONAMENTO

- ARTIGO 7º - O Conselho da Comunidade reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente quantas vezes forem necessárias.
- ARTIGO 8º - As reuniões do Conselho realizar-se-ão com a presença da maioria dos seus membros.
- Par.único - Não havendo "quorum" para a realização da reunião verificado após trinta (30) minutos do início marcado para a mesma, poderá ser convocada nova reunião dentro do prazo que for determinado pelos membros presentes.
- ARTIGO 9º - A reunião ordinária far-se-á em data que será fixada pelo Conselho, em determinado dia da primeira semana de cada mês, ou no mesmo dia da semana seguinte, quando a data recair em dia que não seja útil.
- Parág. 1º - Com antecedência de três (3) dias, no mínimo, o Presidente convocará os membros para a reunião enviando-lhes os assuntos da ordem do dia a serem tratados.
- Parág. 2º - Além da matéria da ordem do dia anunciada para a reunião, poderá ser incluída outra matéria durante a mesma, a critério do Presidente.

- ARTIGO 10 - A reunião extraordinária far-se-á por convocação do Presidente, ou por solicitação da maioria absoluta dos membros do Conselho, observando-se o disposto no parágrafo 1º do artigo anterior.
- Par.único - Quando se tratar de convocação extraordinária, urgente, poderá ser dispensado o prazo para a sua convocação.
- ARTIGO 11 - As reuniões do Conselho serão obrigatoriamente assistidas pelo médico-chefe do Centro de Saúde, e delas participará na qualidade de assessor do Conselho, prestando ao mesmo, quando solicitado, todas as informações e esclarecimentos que lhe forem formulados pelos seus membros.
- ARTIGO 12 - As reuniões do Conselho serão presididas por um Presidente eleito dentre os membros constituídos do mesmo, pelo prazo de um (1) ano permitida a recondução.
- Par.único - Além da eleição do Presidente, que se processará na primeira reunião do Conselho, serão eleitos igualmente com o mesmo prazo do mandato, um Secretário e um Tesoureiro.
- ARTIGO 13 - Verificada a presença de número legal, o Presidente abrirá a reunião, que será iniciada pela leitura, discussão e votação da ata da reunião anterior.
- Parág. 1º - Havendo discussão da ata, cada membro poderá falar até cinco (5) minutos, prorrogáveis a critério do Presidente.
- Parág. 2º - Aprovada a ata, será ela assinada pelo Presidente, pelo Secretário e pelos demais membros presentes.
- ARTIGO 14 - Após a aprovação da ata, o Secretário procederá à leitura dos assuntos do expediente, fazendo um resumo da matéria nele contida.
- ARTIGO 15 - A matéria da ordem do dia, que será tratada após findo o expediente, será discutida pela ordem de sua apresentação, salvo quando houver proposta de preferência aprovada pelo Presidente.
- Parág. 1º - Cada membro do Conselho poderá fazer uso da palavra para discutir a matéria em pauta, pelo prazo de dez (10) minutos, prorrogáveis a critério do Presidente e aprovação da maioria dos presentes.
- Parág. 2º - Encerrada a discussão de cada item, nenhum membro poderá fazer uso da palavra senão para encaminhar a votação, e somente pelo prazo de cinco (5) minutos.
- ARTIGO 16 - A votação de qualquer matéria não será nominal, constando da ata, apenas, o número de votos proferidos.
- Parág. 1º - Qualquer membro poderá consignar em ata o seu voto, expressamente.
- Parág. 2º - A votação poderá ser nominal, mediante solicitação da maioria.
- Parág. 3º - As deliberações do Conselho serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.
- Parág. 4º - Havendo empate na votação, terá o Presidente direito ao voto de desempate.
- ARTIGO 17 - As deliberações do Conselho serão transmitidas, mediante cópia da ata, à Chefia do Distrito Sanitário, para seu conhecimento ou providências acaso solicitadas.

- ARTIGO 18 - Das reuniões do Conselho serão lavradas atas pelo Secretário, delas constando:
- I - natureza da reunião, dia, hora e local da sua realização;
 - II - nome dos membros presentes, Presidente e Secretário, consignados os nomes dos ausentes, com a ressalva ou não de justificacão de ausência;
 - III - discussão e votação da ata anterior;
 - IV - expediente;
 - V - as deliberações tomadas após a discussão da ordem do dia e o resultado das votações realizadas;
 - VI - declaração de voto, na íntegra, se houver;
 - VII - propostas por extenso.

V - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DO CONSELHO

ARTIGO 19 - Ao Presidente compete:

- I - convocar reuniões, designando local, dia e hora para a sua realização;
- II - presidir as reuniões, sem direito a voto;
- III - aprovar a pauta para as reuniões;
- V - encaminhar aos órgãos competentes as decisões aprovadas pelo Conselho.

ARTIGO 20 - Ao Secretário compete:

- I - dirigir os serviços da secretaria do Conselho;
- II - redigir as atas das reuniões;
- III - participar, com direito a voto, da discussão das matérias da ordem do dia;
- IV - cumprir as determinações recebidas do Presidente;
- V - elaborar o relatório anual dos trabalhos do Conselho, a ser submetido ao plenário.

ARTIGO 21 - Ao Tesoureiro compete:

- I - manter sob sua guarda os recursos financeiros provenientes de contribuições oficiais ou particulares, bem como outras contribuições materiais postas à disposição do Conselho;
- II - atender às despesas decorrentes da execução de programas de saúde aprovados pelo Conselho, a conta dos recursos obtidos pelo mesmo;
- III - apresentar balancete mensal das contas;
- IV - elaborar o relatório anual das contribuições recebidas e sua aplicação.

ARTIGO 22 - Aos membros do Conselho compete:

- I - comparecer às reuniões para as quais fôr convocado;
- II - opinar sobre cada matéria em discussão;
- III - relatar os assuntos que lhes forem distribuídos;
- IV - proferir o seu voto sobre a matéria em discussão;
- V - apresentar proposta.

ARTIGO 23 - Ao médico-chefe do Centro de Saúde compete:

- I - assistir às reuniões;
- II - assessorar o Presidente nas questões de ordem técnica;
- III - informar o Conselho, quando solicitado pelos membros do mesmo, a critério do Presidente, da situação dos programas executados pelo Centro de Saúde.

VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

- ARTIGO 24 - Os serviços de secretaria do Conselho, bem como os da tesouraria, serão desempenhados por elementos de confiança do Secretário e do Tesoureiro, respectivamente, indicados pelos mesmos e aprovados pelo Presidente, devendo a escolha recair nos demais membros do Conselho, ou em elementos da comunidade dispostos a colaborar com o mesmo.
- ARTIGO 25 - Por proposta da maioria dos seus membros, o Conselho poderá submeter à apreciação da Chefia do Distrito Sanitário, modificações que houver por bem pretender introduzir neste Regimento, com o objetivo de atender a peculiaridades locais, desde que não contrariem os princípios básicos do mesmo, as quais serão submetidas ao julgamento e aprovação do Diretor Regional de Saúde.
- ARTIGO 26 - Este Regimento Interno, aprovado pelo Conselho Técnico Administrativo, da Secretaria da Saúde, que deverá ser adotado em todos os Conselhos da Comunidade, entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial.

Impresso na
Horizontal Artes Gráficas
Rua Pinheiros, 1217
São Paulo