

PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE
PMS

000
Historico

11/000

2

PROPOSTA DE SAÚDE DA ZONA NORT

DOCUMENTO PRELIMINAR



DEZEMBRO/83

PARTICIPANTES DA COMISSÃO

COORDENADORES

Frima Grispum
José Araujo Silva

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Ana Maria Maliky
Emílio Telesi Junior
Hélio Arthur Bacha
Helena Niskier
Lidia Tobias Silveira
Luciana Delle Sedie Pecora
Maria Cecilia Marchese da M. A. Corrêa
Maria Josefa P. R. Gonçalvez
Marli Izilda Loureiro
Sebastião André de Felice

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE DO MUNICÍPIO

Andrêia Xavier Polastro
Conceição A. de Mattos Segre
Fabio Salerno
Luiz M. Andreolli
Paulo Torres
Paulo Antonio Carvalho Fortes
Paulo Carrara de Castro
Marly Hatsuco Kajimoto
Umberto Grazi Lippi

SECRETARIA DA FAMÍLIA E DO BEM ESTAR SOCIAL

Cleisa Moreno Maffei Rosa

SECRETARIA DA COMISSÃO

Amélia Luiz



INDICE

01. *Justificativas e objetivos - fls. 01*
02. *Breve histórico das diretrizes políticas em saúde que norteiam o trabalho desta Comissão. - fls. 02*
03. *Relações entre perspectivas dos técnicos e da população - fls. 02*
04. *Diagnóstico de Saúde da Zona Norte - fls. 03*
 - 4.1. *Aspectos Demográficos - fls. 04*
 - 4.2. *Indicadores de Saúde - fls. 04*
 - 4.3. *Doenças de Notificação Compulsória - fls. 05*
 - 4.4. *Saneamento - fls. 05*
 - 4.5. *Condições de Habitação - fls. 05*
 - 4.6. *Situação de Renda - fls. 06*
 - 4.7. *Escolas - fls. 06*
 - 4.8. *Creches - fls. 06*
 - 4.9. *Situação dos Serviços de Saúde - fls. 06*
05. *Planos de Trabalho da Comissão - fls. 11*
06. *Anexos*
 - 6.1. *Proposta de Hierarquização na área de Assistência à Criança.*
 - 6.2. *Proposta de Hierarquização na área de Assistência Materna*



01. Justificativa e Objetivos

Na Zona Norte de São Paulo, dado suas condições peculiares de forma de serviços de saúde, de recursos humanos disponíveis e comprometidos com seu trabalho na área, de uma demanda por serviços de saúde atendida precariamente e de diferentes grupos de população reivindicando esses serviços, foi criada uma comissão de trabalho por decisão dos Srs. Secretários da Secretaria de Saúde do Estado e da Secretaria de Higiene e Saúde do Município.

Esta comissão tem por finalidade, inicialmente, planejar a oferta dos serviços de saúde dentro de critérios de regionalização, hierarquização e integração, estendendo-se posteriormente para um aprofundamento do conhecimento das necessidades de atenção à saúde que implicará em um redimensionamento e reestruturação desses serviços. Todo este processo fundamenta-se na participação da população da área, com o sentido de lograr alcançar os objetivos acima delineados de forma democrática.

Além de profissionais dos duas Secretarias de Saúde, compõem esta Comissão, representantes do Parque Hospitalar do Mandaguí, do Pronto Socorro de Santana, do Instituto Adolfo Lutz, da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, do INAMPS e da Secretaria da Família e Bem Estar Social.

A área de abrangência da presente proposta refere-se aquela estabelecida pelo Município de São Paulo, delimitada pelos Distritos da Freguesia do Ó, Tucuruvi e Vila Maria.

02. Breve histórico das diretrizes políticas que norteiam o trabalho desta Comissão

A Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1977, decidiu que a principal meta social dos governos e da O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) nos próximos decênios deveria consistir em "alcançar para todos os cidadãos do mundo no ano 2.000 um grau de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva".

Na Declaração de Alma-Ata, adotada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde em 1.978, enfatizou-se que a "atenção primária é a chave para se alcançar a meta de saúde para todos no ano 2.000 como parte do desenvolvimento geral conforme o espírito de justiça social".

A principal característica desta meta consiste em considerar-se saúde como componente do bem estar da população, além de transcender os limites de uma concepção de saúde como um fenômeno de "saúde-doença", para considerá-la como resultante de determinações sociais. Conseqüentemente, a

consecução desta meta requer importantes mudanças sociais e econômicas, assim como a revisão de alguns conceitos que norteiam a organização dos vários serviços de saúde.

No Brasil, toma vulto a necessidade de discutir-se toda a estrutura organizacional dos serviços de saúde e a política que a fundamenta. Além de se caracterizar um quadro onde várias são as agências prestadoras de serviços de saúde, estas atuam sem um mínimo de articulação ou integração, possuindo objetivos distintos. Privilegia-se o papel desempenhado pela iniciativa privada que se baseia fundamentalmente na hospitalização (entendida aqui também como uma distorção da porta de entrada), na medicalização e na mercantilização da saúde.

A concretização de uma rede básica de serviços preconizada na Conferência Alma-Ata anteriormente referida, depende portanto de uma redefinição do papel do Estado que necessariamente leve a cabo a sua expansão, a realização da integração dos órgãos atuantes na área de saúde, com um escalonamento na complexidade dos serviços oferecidos, uma regionalização da atenção através de uma descentralização administrativa e a participação da população usuária na administração pública.

Propor e repropor atendimento e serviços na área da Saúde representa um desafio profissional dada a complexidade de fatores de ordem econômica (modelo de desenvolvimento voltado aos interesses do grande capital nacional e internacional), política (necessidade de democratização da sociedade ou abertura do debate e participação de um maior número de pessoas na orientação econômica e política) e institucional (políticas diferenciadas das instituições componentes do setor de saúde).

Por outro lado, significa uma experiência estimulante porque pensar e compreender Saúde é pensar a vida, compreendendo: o quadro sanitário dramático decorrente das precárias condições de vida e trabalho; a violência cotidiana do desemprego, baixos salários, desnutrição, fome, etc.; a impotência da medicina frente às doenças da civilização moderna, o esforço histórico de combate às doenças, os diferentes interesses envolvidos na assistência médica e as baixas condições sanitárias.

03. Relações entre perspectivas dos técnicos e da população

É inequívoco o dever do Estado na criação, expansão e gestão dos serviços de consumo coletivo, no nosso caso particular, os de atenção à saúde: de um lado, por ser o responsável pela implementação de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e de capital, e ao mesmo tempo que

exclui a participação da população trabalhadora nas decisões econômicas e políticas; de outro lado, porque esses serviços são direitos inalienáveis da população, fundamentais para a melhoria do nível de saúde, além de necessárias à manutenção e reprodução da força de trabalho. Dado o seu caráter público, o Setor Saúde exige uma postura política que referende sua condição de questão prioritária. No entanto isso não tem ocorrido, ao contrário, cada vez mais, essa área do setor social vem sendo relegada o que, conseqüentemente, repercute negativamente no nível de saúde da população.

No entanto, é incontestável o surgimento de iniciativas de organizações políticas, sindicais e populares (especialmente a partir de 1974) que articulam suas lutas em torno de um conjunto de problemas relacionados às condições de moradia e trabalho, cujas reivindicações trazem no seu bojo, elementos novos: autonomia política frente ao Estado, recusa às práticas clientelistas e paternalistas, organização com caráter massivo e democracia como mecanismo de tomada de decisões (*). Essas iniciativas não tem prescindido da colaboração de outros agentes, sejam partidos políticos, sejam profissionais comprometidos com essas lutas, ou seja, não estão desvinculados da ação de grupos políticos, profissionais ou de organismos institucionais.

Observa-se, na atual conjuntura, que parcela significativa dos profissionais da área da saúde, principalmente os vinculados à Saúde Pública, tem colaborado técnica e profissionalmente, com uma postura de compromisso para com as necessidades da população, procurando contribuir para o avanço de seu processo organizativo.

04. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NA ZONA NORTE

A Zona Norte do Município de São Paulo, abrange três Distritos Sanitários, que por sua vez estão subdivididos em subdistritos de paz.

- O Distrito de Nossa Senhora do Ó, é composto pelos subdistritos de N.Sra. do Ó, Casa Verde, Limão, Vila Nova Cachoeirinha e Brasilândia.
- O Distrito de Tucuruvi é composto pelos subdistritos de Santana e Tucuruvi.
- O Distrito de Vila Maria é composto pelos subdistritos de Vila Maria e Vila Guilherme.

(*) Reflexões referenciadas às análises desenvolvidas por Vera da Silva Telles.

- Autonomia e subordinação na Prática do Movimentos Sociais -

Mimeo - 1983

4.1. Aspectos Demográficos

fls. 04/12

Observamos na Tabela 1, que a área total da Zona Norte é de 187,70 Km², representando 12,4% do total do município. A população é de 1.530.538 habitantes, representando 18% do total do município, e de 70/80 a população sofreu um acréscimo de 342.605 habitantes, com uma taxa média de crescimento anual de 2,40%. O subdistrito que apresenta a maior taxa de crescimento, é o da Brasilândia com 5,86% ao ano, ou seja, mais que o dobro da taxa de crescimento da área total, que é de 2,40%. Como é de se esperar, os subdistritos com as menores taxas de crescimento, são: Casa Verde, Vila Guilherme e Vila Maria.

As pirâmides populacionais para os distritos mostram além de uma população jovem, que há um grande componente migratório. Na pirâmide de Vila Maria e Vila Guilherme é bastante acentuado o componente migratório, enquanto que nas pirâmides de Santana e Tucuruvi e N.Sra. do Ó é de se supor, pela sua composição, uma alta taxa de natalidade.

4.2. Indicadores de Saúde

Os coeficientes de mortalidade geral (Tabela 3), Mortalidade Infantil (Tabela 5), Natimortalidade (Tabela 4), apresentados por Distritos e Subdistritos, analisados de maneira global, decrescem nos valores indicados no período analisado. Há entretanto que ressaltar algumas discrepâncias regionais, que a nosso ver, deveriam sofrer uma análise mais detalhada.

No subdistrito de Vila Guilherme há um aumento do coeficiente de mortalidade geral e aparentemente para este aumento, a mortalidade infantil não contribuiu. O mesmo coeficiente, mortalidade geral, no subdistrito de Vila Nova Cachoeirinha se mantém sem alteração significativa. Possivelmente esses valores sejam decorrentes de fatores tais como: taxa de crescimento, taxas de migração, presença de equipamentos de saúde diferentes nessas áreas, erros de registros nos cartórios, etc.

No que diz respeito especificamente à mortalidade infantil, os índices mostram decréscimo importante e no confronto sugerem melhoria nas condições de saúde, embora estejam bem aquém dos valores desejáveis.

Quanto às causas de óbito por faixa etária, apresentadas nas Tabelas (8 a 22), observamos que:

- a. no grupo de menores de um ano, nos Distritos Sanitários de Freguesia do Ó e Tucuruvi, as principais causas se devem a lesões ao nascer e pneumonia,

enquanto enterites passam a ocupar o terceiro lugar.

Na Vila Maria e Vila Guilherme entretanto, as enterites e lesões ao nascer aparecem como principais causas.

Esses dados nos levam a crer que houve melhoria nas condições de saneamento básico, embora ainda suscitem a necessidade de melhor assistência no período gravidicopuerperal, assim como assistência ao parto.

b. no grupo de um a quatro anos, predominam as causas de óbitos de natureza infecciosa (pneumonia, enterites e sarampo).

c. nos demais grupos os acidentes, as moléstias cardio-vasculares, e tumores malignos, ocupam os primeiros lugares.

Nessas faixas também se reveste de grande importância a oferta de serviços de assistência médica, principalmente os voltados para o trabalho com moléstias crônico-degenerativas e com pronto socorro.

4.3. Doenças de notificação compulsória

A Tabela 23, mostra os casos de doenças de notificação compulsória, ocorridos em 1.982, por Distrito Sanitário.

A tuberculose, hanseníase e o sarampo destacam-se das demais, em relação à sua frequência, porém é sempre bom ressaltar, que em praticamente todas essas doenças ocorre sub-notificação por falhas no sistema de vigilância epidemiológica.

4.4. Saneamento

A população servida por água e esgoto no Município de São Paulo gira em torno de 95% e 65% respectivamente.

Não foi possível obter dados especificamente para a Região Norte, porém, estima-se que a cobertura para essa área gire ao redor dos dados acima referidos.

4.5. Condições de habitação

Na Região Norte, a situação de habitação é bastante diversificada. Na sua área mais central, as condições dos domicílios são melhores, enquanto que, na sua porção mais periférica há grande predominância das habitações de favelas. Há que se ressaltar entretanto, de acordo com as Tabelas 24 e 25, que a maioria da população da área mora em cortiços e em favelas. Apesar de não termos

obtido informações sobre condições de moradia em anos anteriores, poder-se-ia inferir que há uma tendência a que se amplie o número de pessoas habitantes de cortiços ou favelas, pois, observa-se frequentemente na área, o aparecimento de novos aglomerados de barracos ou a extensão das favelas já existentes.

4.6. Situação de Renda

Se considerarmos até 5 salários mínimos a renda familiar como sendo de famílias carentes, observamos que 51,92% (Tabela 26) da população, é carente, sendo que em alguns subdistritos como Vila Nova Cachoeirinha, Brasilândia, os percentuais são maiores ainda, 70,96% e 65,61% respectivamente. A área é bastante heterogênea neste aspecto, havendo em contraposição, subdistritos onde 55,09% da população ganha mais de 5 salários mínimos, como Santana.

4.7. Escolas

Os quadros 1 e 2 mostram a distribuição das escolas e alunos na Rede Municipal, Estadual e Particular por administração regional.

Pode-se estimar que a rede escolar da área cobre cerca de 60% da população da área, que está matriculada nas escolas, porém seria uma razão bastante discutível, por ser necessário, para análise, levar em consideração as taxas de reprovação e a evasão escolar que são bem elevadas.

4.8. Creches

Na Região Norte, existem cerca de 60 creches cadastradas pela FABES (Secretaria da Família e do Bem Estar Social), sendo que, destas, 28 são creches diretas, operadas exclusivamente pela Prefeitura.

Se tomarmos a população da faixa menor de 5 anos, veremos que a provável cobertura das creches cadastradas, giraria ao redor de 3,5%, ou seja, há uma escassez muito grande desse equipamento junto à população.

4.9. Situação dos Serviços de Saúde

A Proposta de Integração da Zona Norte se refere aos Serviços Municipais e Estaduais; Hospitalares, Ambulatoriais e de Emergência.

Fizeram parte dos trabalhos preparatórios do documento relativo ao diagnóstico de saúde da região, os diagnósticos dos serviços existentes, a proposta de Hierarquização e Regionalização da área de atuação materno-infantil

o Complexo Hospitalar do Mandaqui, o Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, o Pronto Socorro Municipal de Santana e todos os Postos de Assistência Médica (PAM) e Centros de Saúde (CS) dos Distritos Sanitários do Tucuruvi, Nossa Senhora do Ó e Vila Maria.

REDE BÁSICA

Para analisarmos a situação das unidades básicas levamos em conta a produção mensal de consultas médicas, pois as mesmas se caracterizam como atividade fim. Sabemos dos limites desta análise, pois as ações de saúde não se limitam a um único profissional, e a qualidade de um serviço está relacionada à formação de uma equipe de saúde multiprofissional. Enfim estes dados foram utilizados por serem os únicos disponíveis no momento.

O número de consultas estipulado pelos órgãos representativos da categoria médica é de 16 consultas para uma jornada de 4 horas de trabalho.

O rendimento atual por médico/dia (jornada de 4 horas) está em torno de 6 a 11 consultas para a Rede Estadual e Municipal respectivamente.

O fato de termos um rendimento tão baixo por médico está associado a múltiplos fatores, como o baixo salário a que estão submetidos, o não cumprimento do horário previsto por contrato, o baixo poder resolutivo de nossas unidades básicas, que muitas vezes afastam a clientela deixando o serviço ocioso.

O funcionamento destas unidades que caracterizam o nível primário de atenção a saúde, deveriam absorver 80% da demanda ao sistema proposto. Esta política hoje instalada e questionada, permite que a porta de entrada de pelo menos 41% dos indivíduos que procuram recursos de saúde se dê via Pronto Socorro e Pronto Atendimento.

Em estudo realizado na S.H.S., os Pronto Socorros Municipais oferecem à sua clientela, diariamente, cerca de 50% de consultas que não requerem nenhum tipo de procedimento, além da receita médica, e cerca de 30% da metade restante que necessitam de procedimentos simples, como inalações e curativos, o que demonstra uma inadequada utilização destes serviços. O Pronto Socorro de Santana, reflete a mesma realidade, contando com uma equipe contratada para atender urgências e emergências e que possam exercer funções de nível Ambulatorial.

Merece ser lembrado que os serviços de urgência hoje instalados, como acontece com o P.S. em questão, têm deficiência de equipamentos aos

quais, costumeiramente, se recorrem para atendimentos de urgência e emergência, o que leva a um grandenúmero de encaminhamentos de pacientes graves a outros serviços, com retaguarda hospitalar.

O baixo poder de resolução das unidades básicas e o número reduzido das mesmas, leva a população a procurar tais serviços de urgência, pois apesar da espera nas filas o seu problema de saúde é avaliado e os cuidados mais imediatos efetivados.

Entendemos que o papel de um serviço de urgência é absorver os indivíduos que realmente apresentam alguma urgência ou emergência de tratamento, mas o controle da doença deve se dar a nível ambulatorial onde o paciente pode ser examinado quantas vezes for necessário, onde possa ter acesso a exames complementares para uma melhor avaliação do quadro, onde o médico possa estar reavaliando sinais e sintomas propondo mudanças de tratamento.

Assim tanto o controle dos pacientes que recorrem ao Pronto Atendimento ou Pronto Socorro, como aqueles cujas patologias não têm urgência, mas necessitam de controle, deveriam ser feitos ao nível ambulatorial.

Para tanto é necessário que as unidades básicas aumentem seu poder de resolutividade, adquirindo equipamentos mínimos necessários para um adequado atendimento, propondo alterações na política de recursos humanos, melhorando e aumentando suas instalações e oferecendo atendimento à uma clientela universal como propõe o Programa de Assistência Integrada de Saúde, que foi oficializado no dia 27.10.83, com a assinatura do Convênio entre o Ministério da Saúde, INAMPS e Secretaria de Saúde do Estado. Atualmente os serviços da Rede Estadual estão quase que exclusivamente limitados à Saúde Materno-Infantil, sendo que a rede municipal além desta programação mantêm atendimentos de adultos.

Esta região conta com 54 unidades básicas, e um total de 104 consultórios da rede estadual e 58 consultórios da rede municipal, onde se alocam 89 e 74 profissionais médicos respectivamente. Considerando que cada consultório comporta, hoje, 2 turnos de trabalho verificamos um déficit de 119 e 42 médicos, o que nos leva a perceber que a capacidade de utilização dos equipamentos em questão está muito reduzida e que a rede estadual está mais carente que a municipal.

A produção mensal atual da área dos 3 Distritos Sanitários está, em média, nos últimos 6 meses, em torno de 11.112 consultas para a rede Estadual e 16.725 consultas para a rede Municipal,

O número de consultas esperadas na área, tomando como parâmetro 6 consultas ano à gestantes e menores de 1 ano e 2 consultas ano para maiores de 1 ano, com uma cobertura de 80% da população da área, é de 245.059

consultas (para 1.983). Se a equipe médica rendesse 16 consultas por jornada, obteríamos uma cobertura de 21% em relação às consultas esperadas e com o quadro de médicos preenchido obteríamos 42% da cobertura desejada.

Isto significa que 141.379 consultas, para 1.983, não seriam absorvidas, mesmo a rede estando completamente lotada, dado à falta de consultórios. Sabendo que um consultório rende 32 consultas com 2 turnos diários durante 20 dias no mês, necessitaríamos mais 221 consultórios ou 37 Centros de Saúde (com 6 salas) para a área.

Levando em conta o número de médicos atual e o tipo de especialidade (Pediatria, Clínica, Obstetrícia) que desenvolvem, e desprezando o número de consultórios, temos uma cobertura de 32% para a área de obstetrícia; com um rendimento de 4 consultas por médico/dia para a rede Estadual e 12 consultas por médico/dia para a rede Municipal. Com 16 consultas por médico, sem completar a lotação poderíamos obter, para 1.983, uma cobertura de 80%.

Em relação à Saúde Infantil atual é de 27% e a cobertura possível com 16 consultas seria de 40%.

Quanto a saúde do adulto, consideramos apenas a rede Municipal que conta com 18 Clínicos que obtêm um rendimento de 10 consultas/turno; a cobertura atual é de 2% em relação às consultas esperadas na área e a cobertura possível (com 16 consultas) seria de 4%.

Com os resultados obtidos, fica implícito que a contratação de recursos humanos é prioritária para um adequado funcionamento da rede básica, pois, mesmo que pudéssemos limitar as atividades de uma unidade a consultas médicas, estas necessitam de inúmeras ações complementares ligadas a outros profissionais.

REDE HOSPITALAR

A população da área do Projeto de Integração está em torno de 1.500.000 habitantes (para 1.983, dado da Fundação SEADE) e segundo parâmetros do CONASP a necessidade de leitos para esta população é de 1,8 leitos gerais/1000 habitantes, ou melhor 2.884 leitos.

Estes leitos gerais se dividiriam em 879 leitos para Clínica Médica, 879 para Clínica Pediátrica, 548 para Clínica Obstétrica e 578 para Clínica Cirúrgica.

A necessidade de internação por 1.000 beneficiários/ano é de 25 internações para Clínica Médica, 18 para Clínica Cirúrgica, 28 para Clínica Obstétrica e 25 para Clínica Pediátrica, o que significa para a população,

por mês, 3.339 internações de Clínica Médica, 2.404 de Clínica Cirúrgica, 3.339 de Clínica Pediátrica e 3.740 de Clínica Obstétrica, um total de 12.822 internações para leitos gerais.

O complexo Hospitalar do Mandaqui contará com um total de 850 leitos, sendo 200 leitos de Pediatria, 200 leitos de Pneumologia, 120 leitos de Clínica Médica, 80 leitos de Clínica Cirúrgica, 120 leitos de Maternidade, 40 leitos de retaguarda para Pronto Socorro e 90 leitos que aguardam definição.

A capacidade de internação deste Complexo Hospitalar será de 450 internações/mês em Clínica Médica, 333 internações/mês em Clínica Cirúrgica, 750 internações/mês em Clínica Pediátrica, 800 internações/mês em Clínica Obstétrica e 100 internações/mês em Pneumologia, com um total de 2.493 internações/mês.

Se compararmos as internações necessárias para a área, com as internações possíveis, acima citadas, teremos uma cobertura de 14% da necessidade de internação para Clínica Médica, 14% para Clínica Cirúrgica, 21% para Clínica Obstétrica e 23% para Clínica Pediátrica.

O Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha possui: 110 leitos para Clínica Obstétrica, sendo que 80 se destinarão, fundamentalmente, ao atendimento de parto e puerpério de Alto Risco e 30 leitos para internação Clínico-Obstétrica da gestante de Alto Risco.

Estes leitos podem oferecer uma média de 428 internações / mês, sendo 48 para cuidados clínicos obstétricos e 380 para partos de Alto Risco.

No início de 1.983 o DSC.1 (Divisão Técnica Regional de Saúde de "Norte" - Departamento de Saúde da Comunidade), fez um levantamento da demanda de seus PAM., a fim de verificar a prevalência de gestações de Alto Risco e obteve uma percentagem próxima à 10%, segundo os critérios utilizados pelo "Programa de Geração de Risco" instituído na Secretaria de Higiene e Saúde.

Utilizando esta estimativa como próxima da realidade da população de abrangência deste projeto, podemos esperar para 1.983, 144 gestantes de Alto Risco/mês no Distrito Sanitário Nossa Senhora do Ó, 181 para o Distrito Sanitário de Tucuruvi e 49 para o Distrito Sanitário de Vila Maria, num total de 347 gestantes de Alto Risco por mês.

Portanto a cobertura oferecida por este serviço para partos de Alto Risco estará próximo à 100%, contando que a média de permanência do Hospital está em torno de 6,3 dias.

O número de leitos que estarão disponíveis para a população da área, ainda é insuficiente, o que a médio prazo deverá significar integração com outros recursos da região. Agora tomaremos como ponto de partida não a população, mas a clientela das unidades básicas, podemos inferir que apenas uma pequena porcentagem deverá ser internada em tais leitos, pois a maioria destes serviços são utilizados para crianças de um ano e gestantes, geralmente sem intercorrências, ou com afecções leves que não requerem cuidados mais intensivos.

A região conta com serviços não públicos, como o Hospital São Luiz Gonzaga, de entidade filantrópica e que está sendo reativado, com capacidade de operacionalizar 329 leitos.

Existem na região mais 10 hospitais com mais de 1.000 leitos disponíveis, a maioria conveniados com o INAMPS, que poderiam, na medida do interesse, participar do Projeto de Integração da Zona Norte.

LABORATÓRIO

No levantamento dos Recursos Laboratoriais utilizados pelos serviços públicos da área, encontramos o Laboratório Regional e Central do Instituto Adolfo Lutz, que em 1.982 produziram uma média de 1.000 e 600 exames respectivamente.

Os Postos do DSC.1 utilizam basicamente o Laboratório de VISA (Vigilância Sanitária), que atende além desta Divisão, outras 3 da Secretaria de Higiene e Saúde.

A produção média em 1.983 foi de 5.000 exames por mês para o DSC.1.

O Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha e o Complexo Hospitalar do Mandaquí possuem laboratórios próprios. O Laboratório da Maternidade realiza cerca de 1.000 a 1.200 exames mensalmente, não tendo sido possível levantar a média de exames realizados no Complexo Hospitalar do Mandaquí.

05. Planos de Trabalho da Comissão

Baseada nessas perspectivas, a Comissão, de forma preliminar decidiu, numa primeira etapa, elaborar proposições de hierarquização e regionalização dos serviços de Saúde na área materno-infantil. Isto se justifica em virtude da rede básica estatal, desenvolver atualmente programas

voltados para essa clientela, além de existirem na área equipamentos hospitalares que possibilitam a implementação desse tipo de proposta.

(Ao mesmo tempo visualiza-se um horizonte de possibilidades de trabalho com a definição de outros estudos que sugerem sua necessária continuidade). No dia 27.10.83 ocorreu a assinatura de um Convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a adesão da Prefeitura do Município de São Paulo, denominado Programa de Ações Integradas de Saúde, que possibilita a implementação, a curto e médio prazo, de algumas propostas que implicam num aumento e melhoria da assistência à saúde prestada à população do Município que se serve dos serviços estatais. Mais especificamente pode-se dar resposta a algumas das necessidades mais prementes relacionadas ao setor saúde, como assistência ao adulto, atendimento de urgências e Pronto Socorro, melhor aparelhamento das Unidades da Rede Básica, etc.

Junto a isto, o suporte de serviços complementares como laboratório e radiologia também estão sendo estudados, com a participação dentro da Comissão, de pessoas do Instituto Adolfo Lutz, pretendendo-se que haja um Laboratório Regional que sirva tanto a Rede Básica como ao Hospital e que os equipamentos radiológicos, tanto do Hospital quanto de algumas Unidades Básicas da rede sejam regionalizados.

A implementação destas ações ao lado das diretrizes políticas já mencionadas também, trazem consigo a intenção de podermos prestar uma atenção à saúde da população de forma integral, isto é, que tanto individual como coletivamente, se propicie assistência que leve em consideração os determinantes sociais e individuais do processo saúde-doença.

Além disso, a continuidade dos trabalhos se justifica pelas perspectivas que esta prática vem proporcionando, no sentido de conhecimento recíproco dos servidores afetos aos organismos envolvidos, pela perspectiva de integrá-las, pelo espírito de colaboração, pela necessidade de redefinição do papel de cada instituição do setor, e pela disposição em ampliar essas discussões no sentido de colaborar na democratização tanto dos serviços, como da sociedade como um todo.



PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA DA ZONA NORTE

O presente documento tenta abordar questões referentes a hierarquização, às funções específicas dos diferentes níveis e ao fluxograma, em relação aos serviços regionais governamentais diretamente ligados ao atendimento à criança:

Não apresenta um programa para a assistência a criança pois este deve ser planejado a medio prazo integrando as diversas instituições interessadas, com ampla consulta aos profissionais que nelas trabalham e a população, levando em consideração o diagnóstico de saúde da Zona Norte.

Estabelecimento de níveis

Nível I - Postos de Atendimento Médico (PAM) da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de São Paulo e todos os Centros de Saúde (CS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Nível II - Subdivide-se em nível IIA : serão os Centros de Saúde e PAMs. caracterizados como centro assimilador ou de referencia.

Nível IIB- Serviços de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento não acoplados a hospital.

- Pronto Socorro Municipal de Santana
- Pronto Socorro Municipal da Freguesia do Ó

Nível III - Refere-se as unidades hospitalares. Subdivide-se em:

- IIA - Hospital Infantil da Zona Norte
- III_B - Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha
- III_C - Outros serviços não regionais necessários ao fluxo da rede.

Ex: Hospital Emilio Ribas
Hospital Infantil Menino Jesus.



Delimitação de funções

A. Referentes ao nível I - para que as funções propostas para o nível I sejam realizadas a contento é necessário que as unidades:

- sejam ampliadas com funcionamento por 12 horas, ininterruptamente, de segunda a sexta-feira.
- manutenção das mesmas categorias de profissionais e técnicos e dos mesmos tipos de serviços prestados em todos os períodos (manhã, tarde e noturno).
- é essencial para a melhora da qualidade dos serviços prestados o aumento da capacidade resolutiva adequando profissionais, fornecendo recursos humanos e técnicos, montando material básico insidispensável.

Funções propostas:

- cumprimento de programas de assistência a criança propostos.
- atendimento de clientela não vinculada a programas fixos, de forma eventual ou de emergência de grau compatível com a capacidade resolutiva local.
- vacinação.
- vigilância epidemiológica.
- educação em saúde.
- serviço básico de inaloterapia para casos agudos.
- capacidade de resolução de pequenos ferimentos, curativos e aplicação de medicação parenteral.
- manutenção de material e medicações básicas para emergências.
- coleta de exames laboratoriais necessários ao atendimento de rotina da clientela; esses exames devem ter a maior abrangência possível, mas que não necessitem de técnica especializada de coleta. Essa delimitação deverá ser discutida entre os grupos de Pediatria e Laboratório.

B. Referentes ao nível II_A - serão os centros assimiladores ou de referencia.

- Funcionamento proposto por 12 horas/dia de 2ª a 6ª feira, com plantões de 12 horas aos sábados, domingos e feriados.
- Deverão ter as mesmas funções do nível I, e mais:
- Deverão ter aparelhagem de Rx, com técnico, para feitura de Rx tórax, abdomen simples e ossos.

- Além dos exames coletados no nível I, deverão ter a capacidade de coleta da queles com técnica especializada, de maior complexidade.
- Deverão ter a capacidade de pesquisa de BK, feitura e leitura da prova de Mantoux e pesquisa de hanseníase.

C. Referentes ao nível II_B - Serviços de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento não acoplados a hospital.

- Funcionamento por 24 horas, todos os dias.
- Não terão rotinas dos programas dos níveis I ou II_A.
- Terão leitos de observação para permanência do paciente por até 12 horas.
- Terão recursos humanos e materiais para o tratamento clínico, pequenas cirurgias, cuidado com queimaduras e ações ortopédicas básicas.
- Deverão ter aparelhagem de radiologia com técnico para exames básicos: Rx de tórax, abdomen simples e ossos.
- Executarão exames laboratoriais caracterizados como de emergência, necessá-rios a suas atividades.
- Não terão exames de rotina.

D. Referentes ao nível III_A - Hospital Infantil Zona Norte

- Terão Pronto Socorro ou Pronto Atendimento acoplado.
- Terão Ambulatório de Especialidades.
- Laboratório para atendimento próprio regional.
- Unidade radiológica com radiologista.
- Capacidade para pequenas, médias e grandes cirurgias.
- Banco de sangue.
- Isolamento para necessidades próprias.
- Ao serviço hospitalar não caberá o cumprimento da programação de assistencia a criança de rotina dos níveis I e II_A.
- O serviço de Pronto Socorro terá mesmas atribuições e limitações descritas para o nível II_B.

E. Referente ao nível III_A - Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha

Funções propostas:

- relativas às funções de maternidade e berçário.
- acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos considerados de alto risco.

F. Referente ao nível III_C - Hospitais e serviços não regionais necessários à complementação da rede. Deverão ser estabelecidos contactos inter institucionais posteriores.

Fluxo

A. O nível I poderá receber crianças por:

- procura espontânea, da população, à unidade, para matrículas em programas existentes, em caráter eventual ou emergências.
- envio de recém-nascidos da Maternidade Vila Nova Cachoeirinha e da futura Maternidade a ser instalada no Complexo Hospitalar do Mandaqui. A alta Hospitalar, o Serviço Social dessas maternidades deverá, por via telefônica, matricular as crianças em unidade mais próxima ao local de residência ou naquela de preferência da família. O entendimento deverá ser feito diretamente às unidades da Prefeitura e através do Distrito para a área estadual.
- Deverão ser utilizadas as atuais Carteiras de Gestante ou novos modelos a serem implantados para que o nível I receba as informações referentes às condições de parto e perinatais.

B. O nível I poderá enviar crianças a outros níveis:

- Para o nível II_A em casos de tuberculose e hanseníase e casos que demandam coleta de exames em que não haja capacidade técnica no nível I.
- Para o nível II_A para a realização de exames radiológicos simples.
- Os casos de emergência cuja capacidade resolutive do nível I não for suficiente, poderão ser enviados ao nível II_B e III_A de acordo com a localização da unidade do nível I, a facilidade de locomoção e a preferência dos usuários.

- Envio para utilização dos serviços radiológicos ao nível II_A, II_B ou III que contenham esses serviços de acordo com a complexidade dos exames (ex. simples ou contrastados) e/ou localização da unidade, segundo plano de regionalização dos serviços radiológicos.
- Quando houver necessidade de internação, a mesma poderá ser feita no nível III_A pelo médico do nível I que verificou a necessidade. Devendo ser preenchidos documentos referentes a internação. Haverá garantia de vaga.
- Para o nível III_A também poderão ser enviados, diretamente sem triagem, pacientes necessitando de serviços de ambulatórios de especialidades e cirurgia infantil instalados no Complexo Hospitalar do Mandaqui. A marcação das consultas será por via telefônica.
- Para o Laboratório regional (instalado no Complexo Hospitalar do Mandaqui) poderão ser enviados pacientes para a execução de exames de necessidade mediata.
- O envio dos casos não enquadrados nos itens anteriores deverão ser contactados diretamente, inter institucionalmente.

Nível II_A: o fluxo será idêntico ao do nível I.

Nível II_B: Pronto Socorros ou Pronto Atendimento.

- Poderá receber crianças por procura espontânea ou encaminhadas dos níveis I ou II_A.
- Após resolução do problema apresentado deverá o paciente ser reencaminhado à unidade de origem. Se não for matriculado em unidade básica deve ser orientado a fazê-lo.
- Em caso de necessidade de internação o nível II_B poderá encaminhar ao nível III_A, através de contato telefônico. A vaga deve ser garantida pela unidade hospitalar.
- Não deverão enviar pacientes a ambulatório de especialidades ou para exames feitos fora de suas funções.
- O envio dos casos não enquadrados nos itens anteriores deverá ser contactado diretamente com as outras instituições.
- Ao enviar paciente para outros níveis é necessário o envio do resumo dos fatos ocorridos no Pronto Socorro.

Nível III_A

- Receberá pacientes dos níveis I, II_A ou II_B para internação; dos níveis I ou II_A para ambulatório de especialidade, serviço radiológico e realização de exames laboratoriais.
- Também receberá procura espontânea através de seu Pronto Atendimento.
- Quando da alta hospitalar as crianças matriculadas nos níveis I e II_A deve não, a critério médico, da enfermagem hospitalar, serem agendados em suas unidades básicas, pelo Serviço Social através da via telefônica. A vaga será garantida. Deverão ser encaminhadas com resumo do prontuário, resultado dos exames laboratoriais e radiológicos feitos.
- As crianças que não tiverem vínculo a unidade básica deverão ser encaminhadas para esse fim, pelo Serviço Social do hospital, de acordo com local de moradia ou preferência.
- Os casos em que o nível III_A não tenha capacidade de resolução, deverão ser encaminhados ao nível III_C.

Nível III_B - Maternidade Vila Nova Cachoeirinha

- Deverá receber recém nascidos de alto risco provenientes de quaisquer níveis.
- Os recém nascidos de alto risco serão acompanhados em ambulatório próprio até que por critério médico, possam ser enviados aos níveis I ou II_A.
- O envio a outros níveis está estabelecido neste documento em itens anteriores.



PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA DA ZONA NORTE

O presente documento tenta abordar questões referentes a hierarquização, às funções específicas dos diferentes níveis e ao fluxograma, em relação aos serviços regionais governamentais diretamente ligados ao atendimento à criança:

Não apresenta um programa para a assistência a criança pois este deve ser planejado a medio prazo integrando as diversas instituições interessadas, com ampla consulta aos profissionais que nelas trabalham e a população, levando em consideração o diagnóstico de saúde da Zona Norte.

Estabelecimento de níveis

Nível I - Postos de Atendimento Médico (PAM) da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de São Paulo e todos os Centros de Saúde (CS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Nível II - Subdivide-se em nível IIA : serão os Centros de Saúde e PAMs. caracterizados como centro assimilador ou de referencia.

Nível IIB- Serviços de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento não acoplados a hospital.

- Pronto Socorro Municipal de Santana
- Pronto Socorro Municipal da Freguesia do Ó

Nível III - Refere-se as unidades hospitalares. Subdivide-se em:

- .II_A - Hospital Infantil da Zona Norte
- III_B - Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha
- III_C - Outros serviços não regionais necessários ao fluxo da rede.

Ex: Hospital Emilio Ribas
Hospital Infantil Menino Jesus.



Delimitação de funções

A. Referentes ao nível I - para que as funções propostas para o nível I sejam realizadas a contento é necessário que as unidades:

- sejam ampliadas com funcionamento por 12 horas, ininterruptamente, de segunda a sexta-feira.
- manutenção das mesmas categorias de profissionais e técnicos e dos mesmos tipos de serviços prestados em todos os períodos (manhã, tarde e noturno).
- é essencial para a melhora da qualidade dos serviços prestados o aumento da capacidade resolutiva adequando profissionais, fornecendo recursos humanos técnicos, montando material básico indispensável.

Funções propostas:

- cumprimento de programas de assistência a criança propostos.
- atendimento de clientela não vinculada a programas fixos, de forma eventual ou de emergência de grau compatível com a capacidade resolutiva local.
- vacinação.
- vigilância epidemiológica.
- educação em saúde.
- serviço básico de inaloterapia para casos agudos.
- capacidade de resolução de pequenos ferimentos, curativos e aplicação de medicação parenteral.
- manutenção de material e medicações básicas para emergências.
- coleta de exames laboratoriais necessários ao atendimento de rotina da clientela; esses exames devem ter a maior abrangência possível, mas que não necessitem de técnica especializada de coleta. Essa delimitação deverá ser discutida entre os grupos de Pediatria e Laboratório.

B. Referentes ao nível II_A - serão os centros assimiladores ou de referência.

- Funcionamento proposto por 12 horas/dia de 2ª a 6ª feira, com plantões de 12 horas aos sábados, domingos e feriados.
- Deverão ter as mesmas funções do nível I, e mais:
- Deverão ter aparelhagem de Rx, com técnico, para feitura de Rx tórax, abdomen simples e ossos.

- Além dos exames coletados no nível I, deverão ter a capacidade de coleta da queles com técnica especializada, de maior complexidade.
- Deverão ter a capacidade de pesquisa de BK, feitura e leitura da prova de Mantoux e pesquisa de hanseníase.

C. Referentes ao nível II_B - Serviços de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento não acoplados a hospital.

- Funcionamento por 24 horas, todos os dias.
- Não terão rotinas dos programas dos níveis I ou II_A.
- Terão leitos de observação para permanência do paciente por até 12 horas.
- Terão recursos humanos e materiais para o tratamento clínico, pequenas cirurgias, cuidado com queimaduras e ações ortopédicas básicas.
- Deverão ter aparelhagem de radiologia com técnico para exames básicos: Rx de tórax, abdomen simples e ossos.
- Executarão exames laboratoriais caracterizados como de emergência, necessá-rios a suas atividades.
- Não terão exames de rotina.

D. Referentes ao nível III_A - Hospital Infantil Zona Norte

- Terão Pronto Socorro ou Pronto Atendimento acoplado.
- Terão Ambulatório de Especialidades.
- Laboratório para atendimento próprio regional.
- Unidade radiológica com radiologista.
- Capacidade para pequenas, médias e grandes cirurgias.
- Banco de sangue.
- Isolamento para necessidades próprias.
- Ao serviço hospitalar não caberá o cumprimento da programação de assistencia a criança de rotina dos níveis I e II_A.
- O serviço de Pronto Socorro terá mesmas atribuições e limitações descritas para o nível II_B.

E. Referente ao nível III_A - Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha

Funções propostas:

- relativas às funções de maternidade e berçário.
- acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos considerados de alto risco.

F. Referente ao nível III_C - Hospitais e serviços não regionais necessários à complementação da rede. Deverão ser estabelecidos contactos inter institucionais posteriores.Fluxo

A. O nível I poderá receber crianças por:

- procura espontânea, da população, à unidade, para matrículas em programas existentes, em caráter eventual ou emergências.
- envio de recém-nascidos da Maternidade Vila Nova Cachoeirinha e da futura Maternidade a ser instalada no Complexo Hospitalar do Mandaqui. A alta Hospitalar, o Serviço Social dessas maternidades deverá, por via telefônica, matricular as crianças em unidade mais próxima ao local de residência ou naquela de preferência da família. O entendimento deverá ser feito diretamente às unidades da Prefeitura e através do Distrito para a área estadual.
- Deverão ser utilizadas as atuais Carteiras de Gestante ou novos modelos a serem implantados para que o nível I receba as informações referentes às condições de parto e perinatais.

B. O nível I poderá enviar crianças a outros níveis:

- Para o nível II_A em casos de tuberculose e hanseníase e casos que demandam coleta de exames em que não haja capacidade técnica no nível I.
- Para o nível II_A para a realização de exames radiológicos simples.
- Os casos de emergência cuja capacidade resolutive do nível I não for suficiente, poderão ser enviados ao nível II_B e III_A de acordo com a localização da unidade do nível I, a facilidade de locomoção e a preferência dos usuários.

- Envio para utilização dos serviços radiológicos ao nível II_A, II_B ou III que contenham esses serviços de acordo com a complexidade dos exames (ex. simples ou contrastados) e da localização da unidade, segundo plano de regionalização dos serviços radiológicos.
- Quando houver necessidade de internação, a mesma poderá ser feita no nível III_A pelo médico do nível I que verificou a necessidade. Devendo ser preenchidos documentos referentes a internação. Haverá garantia de vaga.
- Para o nível III_A também poderão ser enviados, diretamente sem triagem, pacientes necessitando de serviços de ambulatorios de especialidades e cirurgia infantil instalados no Complexo Hospitalar do Mandaqui. A marcação das consultas será por via telefônica.
- Para o Laboratório regional (instalado no Complexo Hospitalar do Mandaqui) poderão ser enviados pacientes para a execução de exames de necessidade mediata.
- O envio dos casos não enquadrados nos itens anteriores deverão ser contactados diretamente, inter institucionalmente.

Nível II_A: o fluxo será identico ao do nível I.

Nível II_B: Pronto Socorros ou Pronto Atendimento.

- Poderá receber crianças por procura espontanea ou encaminhadas dos níveis I ou II_A.
- Após resolução do problema apresentado deverá o paciente ser reencaminhado à unidade de origem. Se não for matriculado em unidade básica deve ser orientado a fazê-lo.
- Em caso de necessidade de internação o nível II_B poderá encaminhar ao nível III_A, através de contato telefônico. A vaga deve ser garantida pela unidade hospitalar.
- Não deverão enviar pacientes a ambulatorio de especialidades ou para exames feitos fora de suas funções.
- O envio dos casos não enquadrados nos itens anteriores deverá ser contactado diretamente com as outras instituições.
- Ao enviar paciente para outros níveis é necessário o envio do resumo dos fatos ocorridos no Pronto Socorro.

Nível III_A

- Receberá pacientes dos níveis I, II_A ou II_B para internação; dos níveis I ou II_A para ambulatório de especialidade, serviço radiológico e realização de exames laboratoriais.
- Também receberá procura espontânea através de seu Pronto Atendimento.
- Quando da alta hospitalar as crianças matriculadas nos níveis I e II_A deve não, a critério médico, da enfermagem hospitalar, serem agendados em suas unidades básicas, pelo Serviço Social através da via telefônica. A vaga será garantida. Deverão ser encaminhadas com resumo do prontuário, resultado dos exames laboratoriais e radiológicos feitos.
- As crianças que não tiverem vínculo a unidade básica deverão ser encaminha das para esse fim, pelo Serviço Social do hospital, de acordo com local de moradia ou preferência.
- Os casos em que o nível III_A não tenha capacidade de resolução, deverão ser encaminhados ao nível III_C.

Nível III_B - Maternidade Vila Nova Cachoeirinha

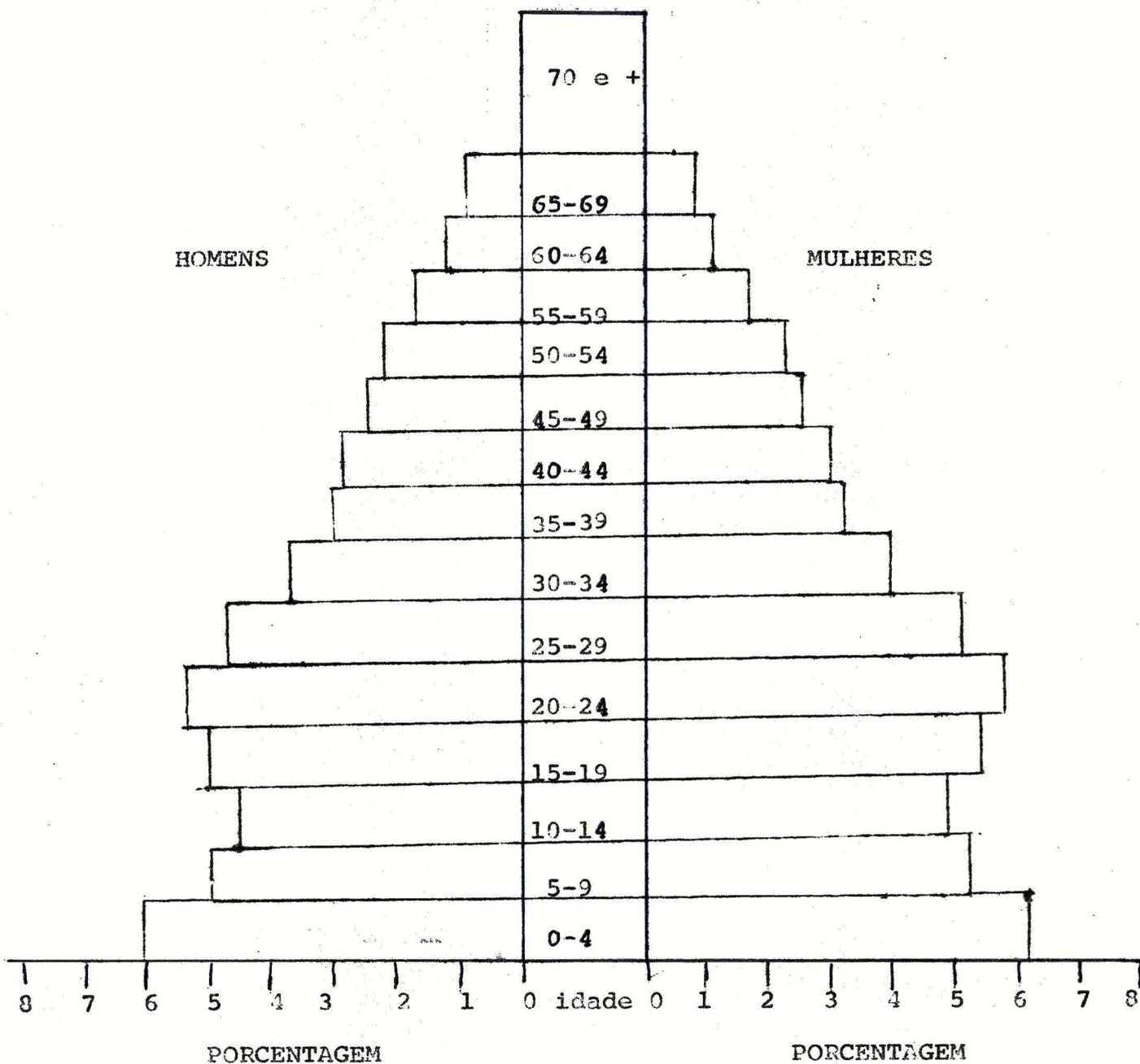
- Deverá receber recém nascidos de alto risco provenientes de quaisquer níveis.
- Os recém nascidos de alto risco serão acompanhados em ambulatório próprio até que por critério médico, possam ser enviados aos níveis I ou II_A.
- O envio a outros níveis está estabelecido neste documento em itens anteriores.



GRÁFICO 1

ÁREA DE NOSSA SENHORA DO Ó

PIRÂMIDE POPULACIONAL EM 1.980



FONTE: IBGE Censo 1,980



GRÁFICO 2

ÁREA DE SANTANA E TUCURUVI

PIRÂMIDE POPULACIONAL EM 1980

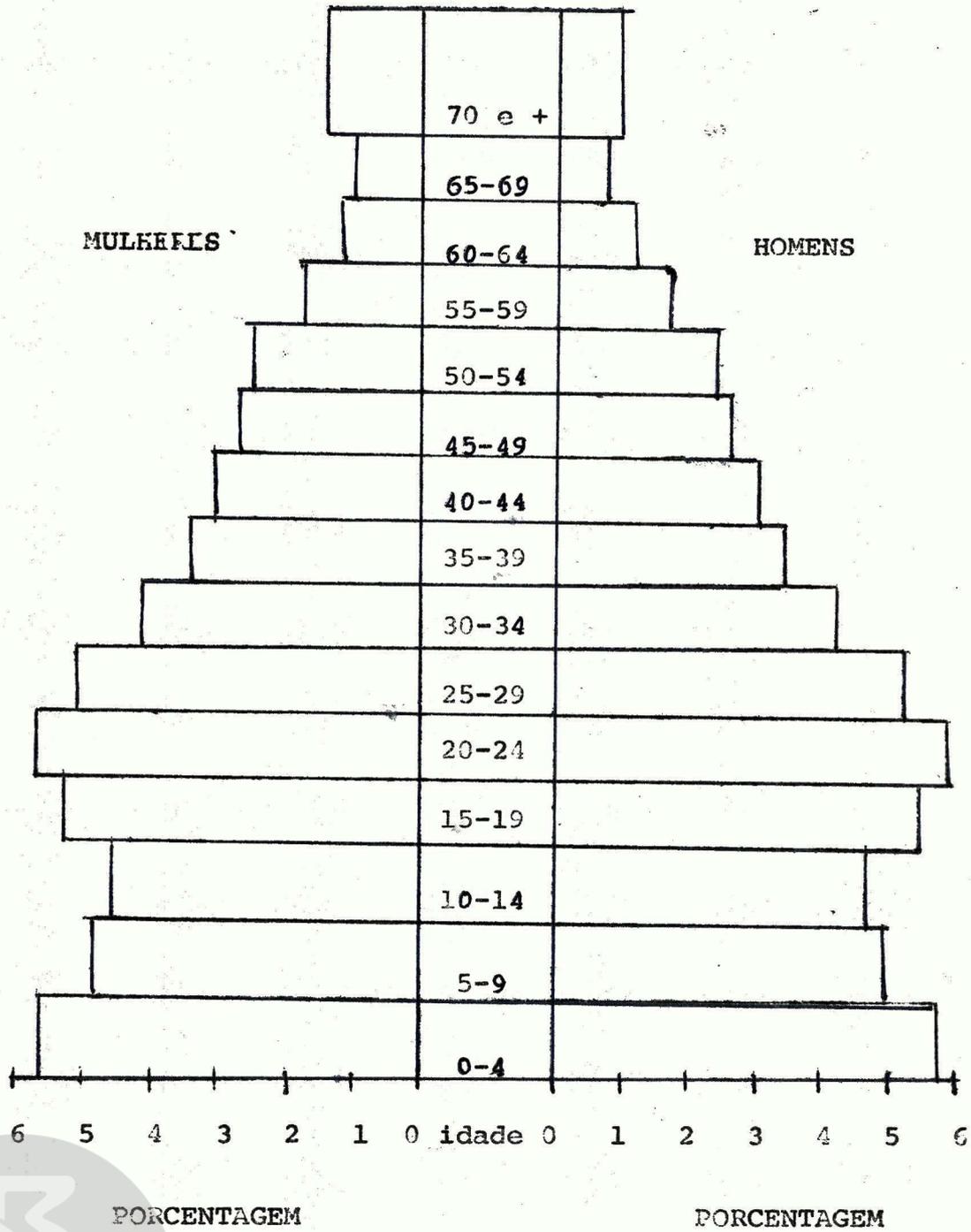
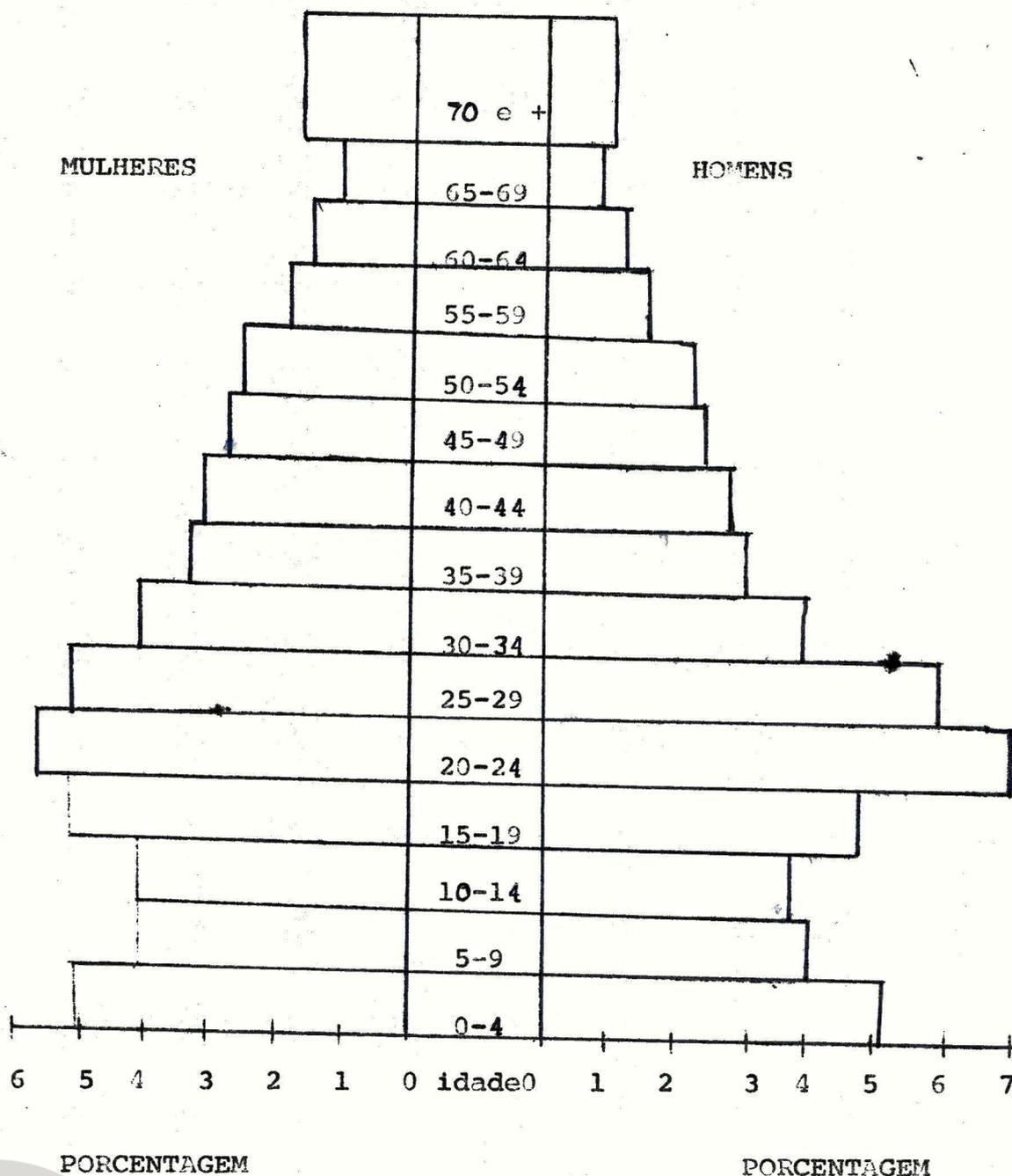


GRÁFICO 3

ÁREA DE VILA MARIA VILA GUILHERME

PIRÂMIDE POPULACIONAL EM 1980



FONTE: FIBGE

INSTITUTO
BUTANTAN

A serviço da vida

TABELA 1

ZONA NORTE

POPULAÇÃO, ÁREA, DENSIDADE POPULACIONAL E % DE CRESCIMENTO ANUAL 70/80 NA ZONA NORTE
POR SUB-DISTRITO EM 1.980

SUB-DISTRITO	POPULAÇÃO 1.970	POPULAÇÃO 1.980	ÁREA EM KM ²	DENSIDADE POPULACIONAL	% DE CRESCIMEN TO ANUAL 70/80
N. S. DO Ó	141.197	173.856	11,8	14.746	2,10
CASA VERDE	98.967	110.634	7,1	15.577	1,12
LIMÃO	70.002	86.034	6,1	14.114	2,08
V.N. CACHOEIRINHA	30.894	37.411	2,5	14.960	1,93
BRASILÂNDIA	99.722	176.269	19,4	9.088	5,86
SANTANA	198.278	274.101	33,9	8.085	3,29
TUCURUVI	358.696	463.262	88,6	5.223	2,59
V. MARIA	116.251	131.851	11,1	11.802	1,27
V. GUILHERME	73.926	77.120	7,2	10.694	0,42
TOTAL	1.187.933	1.530.538	187,7	9.604	2,40

FONTE: SEADE

TABELA 2

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E TOTAL GERAL DOS D.S. N.S. DO Ó, TUCURUVI E VILA MARIA, DA ÁREA DO DRS-1-2 - 1.983

FAIXA ETÁRIA DISTRITO SANITÁ	1 ANO	1 - 4 ANO	5 - 14 ANOS	15 ANOS E +	POPULAÇÃO GERAL
NOSSA SENHORA DO Ó	23.263	53.737	122.394	418.908	618.302
TUCURUVI	19.094	68.004	142.624	545.790	775.512
VILA MARIA	8.139	13.108	33.400	153.880	208.527
TOTAL GERAL DOS D.S.	50.496	134.849	298.418	1.118.578	1.602.341

FONTE: CIS - SEADE
IBGE

TABELA 3

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE GERAL* NA ZONA NORTE, POR DISTRITO E POR SUB-DISTRITO DE 1.971 A 1.980

ANOS	SUB-DIST. N. SRA. DO Ó	CASA VERDE	LIMÃO	V. N. CA-CHOEIRINHA	BRASILÂN-DIA	SANTANA	TUCURUVI	VILA MARIA	VILA GUILHERME
1.971	7,64	7,96	5,00	13,22	5,16	7,73	6,21	9,14	8,70
1.972	8,39	8,15	5,44	11,04	5,55	7,65	7,21	7,92	11,53
1.973	7,69	7,93	5,59	12,53	6,08	8,50	7,78	8,79	14,07
1.974	8,14	7,49	5,25	12,45	5,04	7,63	7,10	7,72	10,16
1.975	7,63	7,34	5,88	11,56	5,01	7,07	6,81	7,36	14,31
1.976	6,33	7,45	5,10	11,75	5,64	6,93	6,43	7,52	13,48
1.977	5,36	6,34	4,53	11,49	4,82	6,28	5,83	6,69	16,21
1.078	5,78	6,97	4,40	14,53	4,84	5,76	6,22	6,98	14,42
1.979	5,43	7,08	4,25	14,20	4,53	5,82	6,33	8,15	11,37
1.980	4,87	6,54	3,86	13,68	4,28	6,32	6,23	7,84	12,50

FONTE: SEADE - CIS

*COEFICIENTE POR 1.000 HABITANTES

TABELA 4

EVOLUÇÃO DA NATI-MORTALIDADE NA ZONA NORTE, POR SUB-DISTRITO DE 1.977 A 1.980

SUB-DIST. ANOS	N.SRA. DO Ô	CASA VERDE	LIMÃO	V.N. CA- CHOEIRINHA	BRASI- LÂNDIA	SENTANA	TUCURUVI	VILA MARIA	VILA GUILHERME
1.977	14,02	13,62	10,77	10,16	18,77	17,66	12,55	11,21	5,26
1.978	12,79	16,33	9,33	12,11	11,83	16,17	12,41	11,70	8,49
1.979	15,65	13,04	9,76	11,37	13,55	12,83	12,60	11,16	8,55
1.980	14,97	8,25	10,14	8,94	13,48	11,38	12,84	10,77	5,50

FONTE: CIS

INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

TABELA 5

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ZONA NORTE, POR SUB-DISTRITO DE 1.971 A 1.980

SUB-DIST. ANOS	N. SRA. DO Ô	CASA VERDE	LIMÃO	V. N. CA- CHOEIRINHA	BRASI- LÂNDIA	SANTANA	TUCURUVI	VILA MARIA	VILA GUILHERME
	1.971	103,71	89,19	74,98	100,93	87,77	68,75	86,91	56,63
1.972	118,28	86,40	73,55	78,72	99,71	70,79	105,81	47,30	41,42
1.973	101,10	72,08	74,37	62,20	96,31	87,48	109,67	70,22	53,31
1.974	100,05	63,48	59,88	51,22	86,28	85,15	82,45	44,26	39,95
1.975	110,46	68,59	103,79	44,38	96,39	72,02	86,82	48,43	39,10
1.976	87,21	67,14	75,96	37,36	84,22	74,69	68,48	52,17	38,56
1.977	64,03	59,84	59,38	32,96	62,50	71,21	67,31	44,62	33,96
1.978	76,19	58,82	45,56	48,75	72,36	54,29	63,10	48,23	27,82
1.979	65,08	58,37	40,83	39,42	61,74	50,03	49,78	48,62	19,36
1.980	41,43	43,46	28,40	29,30	44,50	58,89	45,95	41,26	20,18

FONTE: CIS - SEADE

TABELA 6

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NEO-NATAL NA ZONA NORTE, POR SUB-DISTRITO DE 1.971 A 1.979

ANOS	SUB-DIST.	N. SRA.	CASA	LIMÃO	V. N. CA- CHOEIRINHA	BRASILÂNDIA	SANTANA	TUCURUVI	VILA MARIA	VILA GUILHERME
	DO Ô	VERDE								
1.971	45,25	42,22	30,44	32,56	31,49	33,17	42,90	27,53	19,66	
1.972	54,69	42,07	33,31	29,78	42,48	36,67	48,53	25,44	19,07	
1.973	49,94	35,09	31,77	30,50	36,91	40,39	52,08	44,19	33,70	
1.974	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1.975	44,28	32,60	48,60	17,33	30,79	34,35	34,85	22,59	20,93	
1.976	35,39	31,45	32,11	16,55	31,28	38,90	36,31	24,51	20,03	
1.977	31,41	31,00	32,50	17,98	27,07	37,04	31,71	23,00	19,13	
1.978	33,61	26,74	22,47	20,89	27,81	29,57	33,95	23,89	19,73	
1.979	31,93	31,38	19,98	18,71	26,15	25,23	28,17	23,50	8,32	

FONTE: CIS

INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

TABELA 7

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL TARDIA NA ZONA NORTE, POR SUB-DISTRITO DE 1.971 A 1.979

ANOS \ SUB-DIST.	N. SRA. DO Ô	CASA VERDE	LIMÃO	V. N.CA- CHOEIRINHA	BRASILÂNDIA	SANTANA TUCURUVI		VILA	VILA
								MARIA	GUILHERME
1.971	58,46	46,96	44,51	68,37	56,27	35,57	44,01	29,10	27,35
1.972	63,59	44,33	40,24	48,94	57,23	37,12	57,28	21,86	22,35
1.973	51,17	36,99	42,60	31,70	59,50	47,09	57,59	26,03	19,61
1.974	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.975	66,19	35,99	55,19	27,05	65,60	37,68	51,97	25,90	18,17
1.976	51,82	35,69	43,85	20,81	52,95	35,80	32,18	27,67	18,53
1.977	32,62	28,84	26,88	14,98	35,43	34,17	35,60	21,62	14,83
1.978	42,55	32,09	23,09	27,86	44,55	27,14	32,73	27,15	10,12
1.979	33,15	26,99	21,85	20,71	35,59	27,16	24,13	27,28	12,73

FONTE: CIS

INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

TABELA 8

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS) DE MENOR DE 1 ANO
NO DISTRITO SANITÁRIO NOSSA SENHORA DO Ó, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Enterites e outras doenças diarreicas	186	1 188,42	106	651,70
(02) Pneumonia	177	1 130,91	147	903,78
(03) Lesões ao nascer	242	1 546,22	160	983,70
(04) Outras causas de mortalidade perinatal	97	619,76	84	516,44
(05) Deficiências nutricionais	46	293,91	31	109,59
(06) Anomalias congênitas	51	325,85	41	252,07
(07) Demais doenças infecciosas e parasitárias	19	121,39	13	79,92
(08) Sintomas e estados mórbidos mal definidos	9	57,50	*	*
(09) Sarampo	16	102,22	20	122,96
(10) Meningites	8	51,11	8	49,18
(11) Outras doenças do coração	*	*	8	49,18
(12) Demais causas	90	575,04	79	485,70
TOTAL	941	6 012,39	697	4 285,27

FONTE: CIS

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS CAUSAS

TABELA 9

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS), DE MENOR DE 1 ANO
NO DISTRITO SANITÁRIO SANTANA - TUCURUVI, NOS ANOS DE 1.979-E-1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Lesões ao naseer e afecções perinatais	71	395,54	98	531,83
(02) Pneumonia	51	284,12	61	331,03
(03) Enterites e outras doenças diarreicas	41	223,41	49	265,91
(04) Outras causas de mortalidade perinatal	31	172,70	43	233,35
(05) Todas as doenças não relacionadas	22	276,73	14	75,97
(06) Anomalias congênitas	15	83,56	22	119,39
(07) Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	13	72,42	13	70,55
(08) Sintomas e estados mórbidos mal definidos	7	38,99	*	*
(09) Sarampo	6	33,43	6	32,56
(10) Demais doenças infecciosas e parasitárias não relacionadas	6	33,43	6	32,56
(11) Meningites	*	*	6	32,56
(12) Demais causas	9	50,14	11	59,69
TOTAL	272	1 515,30	329	1 785,40

INSTITUTO BUTANTAN
A ser FONTE: CIS

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS CAUSAS

TABELA 10

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 NASCIDOS-VIVOS), DE MENOR DE 1-ANO
NO DISTRITO SANITÁRIO VILA MARIA - VILA GUILHERME, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais	66	1 373,30	45	924,40
(02) Pneumonia	56	1 165,20	54	1 109,28
(03) Enterites e outras doenças diarreicas	47	977,94	45	924,40
(04) Outras causas de mortalidade perinatal	32	665,83	32	657,35
(05) Todas as doenças não relacionadas	23	478,57	17	349,22
(06) Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	16	332,92	5	102,71
(07) Anomalias congênitas	16	332,92	18	369,75
(08) Demais doenças infecciosas e parasitárias não relacionadas	10	208,07	10	205,43
(09) Sarampo	4	83,23	10	205,43
(10) Meningites	4	83,23	4	82,17
(11) Demais causas	11	228,88	4	82,17
T O T A L	285	5 930,08	244	5 012,32

INSTITUTO
BUTANTAN

ONTE: CIS

TABELA 11

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000HAB.), DE 1-A 4-ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO NOSSA SENHORA DO Ó, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Pneumonia	27	40,61	35	50,66
(02) Enterites e outras doenças diarreicas	6	9,02	11	15,92
(03) Sarampo	20	30,08	15	21,71
(04) Todas as demais doenças infecciosas e parasitárias	3	4,51	8	11,58
(05) Anomalias congênitas	1	1,50	10	14,47
(06) Sintomas e estados mórbidos mal definidos	2	3,00	-	-
(07) Deficiências nutricionais	5	7,52	2	2,89
(08) Acidentes com veículos a motor	4	6,00	3	4,34
(09) Demais acidentes	*	*	10	14,47
(10) Tumores malignos	*	*	7	10,13
(11) Tuberculose Aparelho Respiratório	*	*	2	2,89
(12) Demais causas	47	70,70	21	30,40
T O T A L	115	173,00	124	179,48

INSTITUTO
BUTANTAN
A FONTE: DDCIS

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS DOENÇAS. OBS: - NÃO HÁ CASOS.

TABELA 12

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 1 A 4 ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO SANTANA - TUCURUVI, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Pneumonia	18	28,70	25	38,83
(02) Anomalias congênitas	17	27,10	3	4,66
(03) Sarampo	15	23,92	13	20,19
(04) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos	9	14,35	4	6,21
(05) Demais acidentes	7	11,16	7	10,87
(06) Todas as doenças não relacionadas	4	6,38	6	9,32
(07) Outras formas de doenças do coração	3	4,78	*	*
(08) Enterites e outras doenças diarreicas	2	3,19	4	6,21
(09) Tuberculose do Aparelho Respiratório	2	3,19	-	-
(10) Demais doenças infecciosas e parasitárias não relacionadas	2	3,19	*	*
(11) Meningites	*	*	5	7,76
(12) Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	-	-	4	6,21
(13) Acidentes de veículos a motor	*	*	4	6,21
(14) Demais causas	5	7,97	5	7,76
TOTAL	84	133,93	80	124,25

FONTE: CIS

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS DOENÇAS. OBS.: - NÃO HÁ CASOS.

TABELA 13

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.) , DE 1 A 4 ANOS

NO DISTRITO SANITÁRIO VILA MARIA - VILA GUILHERME, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Pneumonia	8	49,41	6	36,59
(02) Enterites e outras doenças diarreicas	5	30,88	2	12,19
(03) Sarampo	5	30,88	4	24,39
(04) Tumores malignos	4	24,71	-	-
(05) Acidentes de veículos a motor	4	24,71	5	30,49
(06) Anomalias congênitas	2	12,35	3	18,29
(07) Síntomas e estados mórbidos mal definidos	2	12,35	*	*
(08) Todas as doenças não relacionadas	2	12,35	2	12,19
(09) Demais acidentes	2	12,35	*	*
(10) Demais doenças infecciosas e parasitárias não relacionadas	2	12,35	2	12,19
(11) Demais causas	4	24,71	7	42,69
T O T A L	40	247,07	31	189,00

FONTE: CIS

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS DOENÇAS. OBS.: - NÃO HÁ CASOS

TABELA 14

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 5 A 19 ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO NOSSA SENHORA DO Ó, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Acidentes com veículos a motor	22	9,62	22	9,26
(02) Demais acidentes	29	12,68	25	10,53
(03) Demais causas externas	21	9,18	6	2,52
(04) Pneumonia	13	5,68	10	4,21
(05) Tumores malignos	9	3,93	10	4,21
(06) Sintomas e estados mórbidos mal definidos	*	*	*	*
(07) Doenças cerebro-vasculares	1	0,43	*	*
(08) Homicídios	*	*	20	8,42
(09) Outras doenças do coração	*	*	6	2,52
(10) Anomalias congênicas	*	*	4	1,68
(11) Demais causas	36	15,75	34	14,32
TOTAL	131	57,32	137	57,70

TOTAL

131

57,32

137

57,70

INSTITUTO
 FONTE: TACIS

A serviço da vida

*Nº DE CASOS INCLUIDOS NAS DEMAIS CAUSAS.

TABELA 15
COEFICIENTE DE MORBIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 5 A 19 ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO SANTANA -TUCURUVI, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTES	CASOS	COEFICIENTES
(01) Acidentes de veículos a motor	25	12,07	18	8,47
(02) Demais acidentes	23	11,11	16	7,53
(03) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos	9	4,35	7	3,29
(4) Demais causas externas	7	3,38	*	*
(05) Pneumonia	6	2,90	11	5,18
(06) Doenças cerebrovasculares	5	2,41	4	1,88
(07) Todas as doenças não relacionadas	5	2,41	12	5,64
(08) Outras formas de doença do coração	4	1,93	*	*
(09) Enterites e outras doenças diarreicas	3	1,45	-	-
(10) Tumores malignos	3	1,45	*	*
(11) Diabetes Mellitus	3	1,45	3	1,41
(12) Nefrite	3	1,45	*	*
(13) Anomalias congênitas	3	1,45	*	*
(14) Homicídios	3	1,45	16	7,25
(15) Sintomas e estados mórbidos mal definidos	*	*	3	1,41
(16) Suicídios e lesões auto-inflingidas	*	*	4	1,88
(17) Demais causas	7	3,38	17	8,00
	109	52,66	111	51,94

FONTE: I.S.; * Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS DOENÇAS. OBS: - NÃO HÁ CASOS.

TABELA 16

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 5 A 19 ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO VILA-MARIA -VILA GUILHERME, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

C A U S A S	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Acidentes de veículos a motor	8	14,94	8	14,75
(02) Todas as doenças não relacionadas	7	13,03	3	5,53
(03) Neirite, síndrome nefrótica e nefrose	5	9,34	-	-
(04) Demais acidentes	5	9,34	9	16,60
(05) Outras formas de doenças do coração	4	7,47	2	3,69
(06) Pneumonia	2	3,74	7	12,91
(07) Outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério, parto sem menção de complicação	2	3,74	-	-
(08) Suicídios e lesões auto-infligidas	2	3,74	*	*
(09) Homicídios	2	3,74	*	*
(10) Demais causas externas	2	3,74	2	3,69
(11) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfá tico e dos órgãos hematopoéticos	*	*	4	7,38
(12) Demais causas	6	11,21	6	11,07
TOTAL.....	45	84,06	41	75,62

INSTITUTO
 BUENOS AIRES
 FONTE: ICIS

A serviço da vida

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS CAUSAS. OBS:- NÃO HÁ CASOS.

TABELA 17

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000HAB.) DE 20 A 49 ANOS

NO DISTRITO SANITÁRIO NOSSA SENHORA DO Ó, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Tumores malignos	107	38,68	79	27,52
(02) Doenças isquêmicas do coração	132	47,72	54	18,81
(03) Demais causas externas	77	27,83	-	-
(04) Doenças cerebrovasculares	84	30,36	63	21,93
(05) Demais acidemias	39	14,09	51	17,75
(06) Pneumonia	55	19,88	52	18,10
(07) Outras formas de doenças do coração	42	15,18	39	13,57
(08) Acidentes com veículos a motor	51	18,43	59	20,55
(09) Sintomas e estados tóxicos mal definidos	16	5,78	*	*
(10) Tuberculose do aparelho respiratório	23	8,31	*	*
(11) Homicídios	*	*	117	40,70
(12) Suicídios	*	*	30	10,45
(13) Cirrose hepática	*	*	26	9,06
(14) Demais causas	261	94,35	395	137,59
TOTAL	887	320,67	965	336,13

FONTE: CIS

* NÚM DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS CAUSAS.

OBS.: - NÃO HÁ CASOS.

TABELA 18

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 20 A 49 ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO SANTANA - TUCURUVI, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Tumores malignos	140	42,74	104	30,93
(02) Todas as doenças não relacionadas	103	31,45	103	30,63
(03) Acidentes de veículos a motor	90	27,48	70	20,81
(04) Doenças cerebrovasculares	77	23,51	58	17,25
(05) Doenças isquêmicas do coração	67	20,46	78	23,20
(06) Pneumonia	62	18,93	40	11,90
(07) Homicídios	40	12,21	61	19,93
(08) Demais acidentes	39	11,91	42	12,49
(09) Cirrose hepática	37	11,29	36	10,71
(10) Outras formas de doenças do coração	32	9,77	54	16,06
(11) Demais causas	188	57,40	167	49,67
TOTAL	875	267,16	819	243,59

FONTE: CIS

A serviço da vida

TABELA 19

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 20 A 49 ANOS
NO DISTRITO SANITÁRIO VILA MARIA - VILA GUILHERME, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

C A U S A S	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático dos órgãos hematopoéticos	32	31,77	37	36,28
(02) Todas as doenças não relacionadas	31	30,69	43	42,16
(03) Doenças cerebrovasculares	23	22,84	24	23,53
(04) Acidentes de veículos a motor	23	22,84	23	22,55
(05) Cirrose hepática	18	17,87	10	9,80
(06) Doenças isquêmicas do coração	17	16,88	17	16,66
(07) Pneumonia	17	16,88	13	12,74
(08) Outras formas de doenças do coração	16	15,89	20	19,68
(09) Demais causas externas	15	14,89	*	*
(10) Homicídios	14	13,90	28	27,45
(11) Demais acidentes	*	*	14	13,72
(12) Demais causas	49	48,66	55	53,92
T O T A L	255	252,23	284	278,45

INSTITUTO BUTANTAN
FONTE: CIS

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS DOENÇAS.

TABELA 20

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 50 ANOS E MAIS
NO DISTRITO SANITÁRIO NOSSA SENHORA DO Ó, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Doenças isquêmicas do coração	353	527,44	356	510,96
(02) Doenças cerebrovasculares	232	421,36	294	421,97
(03) Tumores malignos	297	443,77	309	443,50
(04) Outras formas de doenças do coração	154	230,10	202	289,92
(05) Pneumonia	101	150,91	99	142,10
(06) Diabetes Mellitus	91	135,97	73	104,78
(07) Doenças hipertensivas	58	86,66	45	64,59
(08) Bronquites, enfisema, asma	43	64,25	29	41,61
(09) Acidentes com veículos a motor	48	71,72	16	22,97
(10) Cirrose hepática	30	44,82	29	41,61
(11) Demais doenças	361	539,40	418	599,95
T O T A L	1.818	2.716,43	1.870	2.684,04

TABELA 21

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 50 ANOS E MAIS
NO DISTRITO SANITÁRIO SANTANA - TUCURUVI, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

CAUSAS	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Doenças isquêmicas do coração	617	601,14	592	561,87
(02) Doenças cerebrovasculares	432	420,90	417	395,78
(03) Tumores malignos	411	400,43	475	450,82
(04) Todas as doenças não relacionadas	295	287,41	330	313,20
(05) Outras formas de doenças do coração	187	182,19	246	233,10
(06) Pneumonia	121	117,89	146	138,57
(07) Diabetes Mellitus	103	100,35	120	113,89
(08) Doenças hipertensivas	79	76,97	55	52,20
(09) Bronquites, enfisema, asma	46	44,81	65	61,69
(10) Cirrose hepática	41	39,94	55	52,20
(11) Demais causas	257	250,39	269	255,31
TOTAL	2.589	2.522,43	2.770	2.629,00

TABELA 22

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA (POR 100.000 HAB.), DE 50 ANOS E MAIS
NO DISTRITO SANITÁRIO VILA MARIA - VILA GUILHERME, NOS ANOS DE 1.979 E 1.980

C A U S A S	1 9 7 9		1 9 8 0	
	CASOS	COEFICIENTE	CASOS	COEFICIENTE
(01) Doenças isquêmicas do coração	183	590,21	142	452,17
(02) Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopoéticos	146	470,87	136	433,05
(03) Doenças cerebrovasculares	130	419,27	128	407,58
(04) Outras formas de doenças do coração	82	264,45	83	264,29
(05) Todas as doenças não relacionadas	77	248,34	81	257,92
(06) Diabetes Mellitus	38	122,55	29	92,34
(07) Pneumonia	26	83,85	35	111,45
(08) Bronquites, enfisema, asma	15	48,38	26	82,79
(09) Cirrose hepática	15	48,38	20	63,68
(10) Acidentes de veículos a motor	15	48,38	*	*
(11) Doenças hipertensivas	*	*	20	63,68
(12) Demais causas	76	245,12	63	200,64
T O T A L	803	2 539,80	763	2 429,55

INSTITUTO BUENOS AIRES
 FONTE: CIS
 A serviço da vida

* Nº DE CASOS INCLUÍDOS NAS DEMAIS DOENÇAS.

TABELA 23

Nº DE CASOS NOTIFICADOS NO ANO DE 1.982

DOENÇAS \ DISTRITO SANITÁRIO	N. SRA. DO Ó	TUCURUVI	VILA MARIA
SARAMPO *	55	41	17
TÉTANO	3	-	1
DIFTERIA	-	2	-
FEBRE TIFÓIDE	-	1	1
MENINGITE	7	6	2
TUBERCULOSE	549	599	401
HANDENÍASE	34	25	20

FONTE: DRS 1-2

OBS.: Nº de casos de TUBERCULOSE do PARQUE HOSPITALAR DO MANDAQUI : 1.739

* Apenas casos internados.

TABELA 24

POPULAÇÃO RESIDENTE EM FAVELAS POR ADMINISTRAÇÃO REGIONAL

NA REGIÃO NORTE ATÉ AGOSTO DE 1.983

REGIONAL	FAVELAS	BARRACOS	POPULAÇÃO FAVELAS	POPULAÇÃO TOTAL POR REGIONAL	% DE POP. FAVELADA
FREGUESIA DO Ó	165	9 707	45 874	586 822	7,8
VILA MARIA	44	3 268	14 942	524 179	2,8
SANTANA	35	1 191	6 074	388 822	1,6
TOTAL	244	14 166	66 890	1 499 823	4,5

FONTES: 1. Favelas: FABES - Tipologia de Favelas - agosto/ 1.983

2. Cortiços: SEMPLA: Especialização dos Cortiços (xerox) 1.980

Localização dos cortiços por regional e setor de rendas imobiliárias
(xerox) 1.980

TABELA 25
POPULAÇÃO RESIDENTE EM CORTIÇOS POR ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
NA REGIÃO NORTE ATÉ AGOSTO DE 1.983

REGIONAL	CORTIÇOS	DOMICÍLIOS CORTIÇO	POPULAÇÃO CORTIÇO	POPULAÇÃO TOTAL POR REGIONAL	% DE POPULAÇÃO CORTIÇO
FREGUESIA DO Ó	10 458	49 072	280 694	586 822	47,8
VILA MARIA	12 558	58 926	337 057	524 179	64,3
SANTANA	7 328	34 384	196 680	388 822	50,6
TOTAL	30 344	142 382	814 431	1 499 823	54,3

FONTES: 1. Favelas: FABES - Tipologia de Favelas - agosto/ 1.983
2. Cortiços: SEMPLA: Especialização dos Cortiços (xerox) 1.980
Localização dos cortiços por regional e setor de rendas imobiliárias
(xerox) 1.980

Média pessoas/barracos: 4,53%
Média pessoas/cortiços: 26,9%
Média pessoas/domicílio cortiço: 5,7%

TABELA 26

DISTRIBUIÇÃO DE RENDA POR FAIXA DE RENDIMENTOS EM SALÁRIOS MÍNIMOS
MENSALIS DA ZONA NORTE, NO ANO DE 1.983

SUBDISTRITO	% POPULAÇÃO POR FAIXA DE RENDIMENTOS EM SALÁRIOS MÍNIMOS MENSALIS				
	0 - 3	3 - 5	5 - 12	+ de 12	TOTAL
NOSSA SENHORA DO Ó	19,73	21,06	47,65	11,55	100,00
CASA VERDE	19,10	36,01	38,16	6,72	100,00
LIMÃO	22,56	27,67	39,62	10,15	100,00
V. N. CACHOEIRINHA	25,25	45,71	26,21	2,83	100,00
BRASILÂNDIA	36,21	29,40	30,22	4,16	100,00
SANTANA	25,08	18,83	33,87	22,22	100,00
TUCURUVI	27,75	27,99	39,11	9,14	100,00
VILA MARIA	21,32	26,52	41,85	10,31	100,00
VILA GUILHERME	18,28	21,06	43,59	17,07	100,00
TOTAL	23,80	28,12	38,72	8,77	100,00

FONTE: ESTIMATIVA COGEP

Seção de Estatística - SHS. Gabinete 20.07.83



TABELA 27

SITUAÇÃO GERAL DOS DISTRITOS

Distrito Sanitário	Nº de Consultórios	Nº de Médicos Atuais	Nº de Médicos Necessários	Produção Atual/mês	Produção possível mês com 16 Cons./por médico	Produção possível c/ Lota/Completa da V. S.	Rendi/o atual/médico/dia	Consultas esperadas na área / mês	Cobertura atual	Cobertura possível c/ 16 consultas	Cobertura possível c/ lotação completa
D.S. E	20	15	40	1475	4800	12800	5	32310	9%	20%	50%
V.Maria P	05	05	10	1272	1600	3200					
D.S. E	38	39	76	5204	12480	24320	7	117180	9%	18%	31%
Tucuruví P	19	25	38	5547	8000	12160	11				
D.S. E	46	35	92	4433	11200	29440	6	95569	15%	27%	54%
N.S.do Ó P	34	44	68	9906	14080	21760	11				
TOTAL	E	104	39	208	11112	28480	6	245059	11%	21%	42%
	P	58	74	116	16725	23680	11				

Fonte: Dados obtidos dos boletins de Produção da SSE e SHS.

TABELA 28

SITUAÇÃO DA SAÚDE MATERNA NOS DISTRITOS

DISTRITO SANTUÁRIO	Nº DE MÉDICOS ATAUAIS	Nº DE MÉDICOS NECESSÁ RIOS	PRODUÇÃO ATUAL / MÊS	PRODUÇÃO POSSÍVEL/ MÊS C/16 CONS/MÉDI CO	PRODUÇÃO POSSÍVEL/ MÊS COM LOTAÇÃO COMPLETA DA U.S.	RENDIMEN TO ATUAL POR MÉDI CO/ DIA	CONSULTAS ESPERADAS NA ÁREA/ MÊS	COBERTURA ATUAL	COBERTURA POSSÍVEL C/ 16 CONSULTAS	COBERTURA POSSÍVEL COM LOTAÇÃO COMPLETA
D.S.	E 05	'''	305	1.600	'''	03	2.336	24%	82%	'''
VILA MARIA	P 01	01	253	320	'''	13				
D.S.	E 15	'''	1.349	4.600	'''	05	8.686	31%	74%	'''
TOCURIWI	P 05	11	1.342	1.600	'''	13				
D.S.	E 12	'''	809	3.804	'''	03	6.925	35%	86%	'''
N.Sra. do Ó	P 07	15	1.636	2.240	'''	12				
TOTAL	E 32	'''	2.463	10.240	'''	04	17.947	32%	80%	'''
	P 13	27	3,231	4.160	'''	12				

FOINTE: Dados obtidos dos Boletins de Produção da SSE e SHS.

TABELA 29

SITUAÇÃO DA SAÚDE INFANTIL NOS DISTRITOS

DISTRITO SANTITÁRIO	Nº DE CONSULTÓ- RIOS	Nº DE MÉDICOS ATUAIS	Nº DE MÉDICOS NECESSÁ- RIOS	PRODUÇÃO ATUAL/ MÊS	PRODUÇÃO POSSÍVEL/ MÊS C/ 16 CONSULTÓ- RIOS	PRODUÇÃO POSSÍVEL/ MÊS C/ LOTACÃO COMPLETA DA U.S.	RENDIMENTO ATUAL/ POR MÉDICO/ DIA	CONSULTAS ESPERADAS Nº ÁREA P/ MÊS	COBERTU- RA ATUAL	COBERTU- RA POSSÍ- VEL C/ 16 CON- SULTÓ- RIOS	COBERTU- RAS POS- SÍVEL C/ LOTACÃO COMPLETA
D.S. VILA MARIA	E	8	...	1.475	2.560	...	9	9.457	24%	37%	...
	P	3	...	790	960	...	13				
D.S. TUCURUVI	E	25	...	5.204	8.000	...	10	35.721	24%	36%	...
	P	15	...	3.251	4.800	...	11				
D.S. N. Sra. DO Ó	E	22	...	4.433	7.040	...	19	32.789	32%	45%	...
	P	15	...	5.999	7.680	...	13				
TOTAL	E	55	...	11.112	17.600	...	10	77.967	27%	40%	...
	P	27	42	...	10.040	13.440	...				

FONTE: Dados obtidos dos Boletins de Produção da SSE e SHS.

TABELA 30

SITUAÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO NOS DISTRITOS

DISTRITO SANTARÉM	Nº DE CONSULTÓ- RIOS	Nº DE MÉDICOS ATAUAIS	Nº DE MÉDICOS NECESSÁ- RIOS	PRODUÇÃO ATUAL DO MÊS	PRODUÇÃO POS- SÍVEL DO MÊS C/ 16 CONSUL- TAS/MÉDICO	PRODUÇÃO POS- SÍVEL MÊS C/ LOTAÇÃO COM- PLETA DA U.S.	RENDIMEN- TO ATUAL POR MÉDI- CO/DIA	CONSULTAS ESPERA- DAS NA ÁREA/MÊS	COBERTU- RA ATUAL	COBERTURA POSSÍVEL C/16 CON- SULTAS	COBERTURA POSSÍVEL C/LOTAÇÃO COMPLETA
D.S. V. MARIZ	1	1	2	230	320	640	12	20.517	1%	2%	3%
L.S. LUCURUVI	4	5	8	954	1.600	2.560	10	72.772	1%	2%	4%
L.S. N. Sra. DO S	12 1/2	12	25	2.271	3.840	8.000	10	55.855	4%	7%	14%
TOTAL	17 1/2	18	35	3.455	5.760	11.200	10	149.144	2%	4%	8%

FONTE: Dados obtidos dos Boletins de Produção da SHS.



TABELA 31

NECESSIDADE DE CONSULTÓRIOS E UNIDADES POR DISTRITO SANITÁRIO

Distrito Sanitário	Produção possível com lotação completa	Consultas esperadas na área	Cobertura possível com lotação completa	Consultas não absorvidas	Nº de Consultórios necessários p/ cobrir	Nº de Unid/ necessários (C/6 salas)
N.Sra. do Ó	51200	95569	54%	44369	69	12
Itaquiraçu	36480	117180	31%	80700	126	21
V. Maria	16000	32310	50%	16310	26	4
TOTAL	103680	245059	42%	141379	221	37

Fonte: Foram utilizados parâmetros estabelecidos pelo CONASP.



TABELA 32

LEITOS NECESSÁRIOS PARA CADA DISTRITO

Distrito Sanitário	Leitos Gerais	Leitos Clínica Pediátrica	Leitos Clínica Médica	Leitos Clínica Obstétrica	Leitos Clínica Cirúrgica
D.S.N. Bra.do Ô	1.113	339	339	212	223
D.3. Tucuruvi	1.396	426	426	265	279
D.S. V. Maria	375	114	114	71	76
T O T A L	2.884	879	879	548	578

Fonte: Foram utilizados os parâmetros estabelecidos pelo CONASP.



TABELA 33

Internações Previstas para cada Distrito Sanitário/Mês

DISTRITO SANITÁRIO	N.SRA.Ó.	TUCURUVI	V. MARIA	T O T A L
Leitos Clínica Médica	1.288	1.616	435	3.339
Leitos Clínica Cirúrgica	928	1.163	313	2.404
Leitos Clínica Pediatria	1.288	1.616	435	3.339
Leitos Clínica Obstétrica	1.443	1.810	487	3.740
T O T A L	4.947	6.205	1.670	12.822

Fonte: Foram utilizados os parâmetros estabelecidos pelo CONASP.



TABELA 34

INTERNAÇÕES POSSÍVEIS NO C. HOSPITALAR DO MANDAQUI

Tipo de Leito	Nº de Internações Ano	Nº de Internações Mês
Leitos Clínica Médica	5.400	450
Leitos Clínica Cirurgica	4.000	333
Leitos Clínica Pediátrica	9.000	750
Leitos Clínica Obstétrica	9.600	800
Leitos de Pneumologia	1.920	160
T O T A L	29.920	2.493

Fonte: Foram utilizados os parâmetros estabelecidos pelo CONASP.



TABELA 35

INTERNAÇÕES NECESSÁRIAS E OFERECIDAS MENSALMENTE PELO C.H. DO MANDAQUI

Tipo de Leitos	Internações Necessárias	Internações Oferecidas	Cobertura
Leitos Clínica Médica	3339	450	14%
Leitos Clínica Cirúrgica	2404	333	14%
Leitos Clínica Obstétrica	3740	800	21%
Leitos Clínica Pediátrica	3339	750	23%
T O T A L	12822	2333	19%

Fonte: Foram utilizados os parâmetros estabelecidos pelo CONASP.



TABELA 36

Nº de Gestantes de Alto Risco Previstas nos Distritos Sanitários

Distritos	Gestante Ano	Cestante
D.S.N.Sra.Ó	1731	144
D.S.Tucuruvi	2171	181
D.S. V.MARIA	584	45
T O T A L	4486	374

Fonte: Utilizado como referência o "Programa de
Gestação de Alto Risco" do Departamento/
de Saúde da Comunidade - SHS.



TABELA 37

LEITOS OFERECIDOS E INTERNAÇÕES POSSÍVEIS

DO H.M.E.V.N. CACHOEIRINHA

LEITOS	Nº DE LEITOS	Nº DE INTERNAÇÕES ANO	Nº DE INTERNAÇÕES MÊS
PARTOS DE ALTO RISCO	80	4.560	380
TRATAMENTO CLÍNICO OBSTÉTRICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO	30	576	48
TOTAL	110	5.136	428

FONTE: Dados fornecidos pelo H.M.V.N. Cachoeirinha



QUADRO 1

ESCOLAS, CLASSES E ALUNOS DO 1º E 2º GRAUS SEGUNDO INSTITUIÇÃO MANTENEDORA
EM 1.980 NA ÁREA DA AR. NOSSA SENHORA DO Ó

MANTENEDORA		ESTADUAIS	MUNICIPAIS	PARTICULARES	TOTAL
1º	ESCOLAS	40*	21	6**	67
	CLASSES	1 763	867	158	2 788
	ALUNOS	64 726	31 049	4 934	100 709
2º	ESCOLAS	2	-	2	4
	CLASSES	274	-	65	339
	ALUNOS	10 166	-	2 271	12 437
TOTAL	ESCOLAS	42	21	8	71
	CLASSES	2 037	867	223	3 127
	ALUNOS	74 892	31 049	7 205	113 146

FONTE: Centro de Informações Educacionais - Secretaria da Educação - São Paulo
 (*) 11 Escolas 1º e 2º graus
 (**) 6 Escolas 1º e 2º graus



QUADRO 2

ESCOLAS, CLASSES E ALUNOS DO 1º E 2º GRAUS SEGUNDO INSTITUIÇÃO MANTENEDORA

EM 1.983 NA ÁREA DA AR. SANTANA - TUCURUVI

MANTENEDORA GRAU		ESTADUAIS	MUNICIPAIS	PARTICULARES	TOTAL
		1º	ESCOLAS	1	13
1º GRAU	CLASSES	497	451	183	1132
	ALUNOS	17 120	16 626	1718	38 464
	2º	ESCOLAS	6*	-	3**
2º GRAU	CLASSES	126	-	33	159
	ALUNOS	4485	-	1533	6018
	TOTAL	ESCOLAS	19	13	14
TOTAL	CLASSES	623	451	217	1291
	ALUNOS	21 605	16 626	6 251	44 482

FONTE: 4ª DELEGACIA DE ENSINO DA CAPITAL

* 5 ESCOLAS TAMBÉM COM 1º GRAU

** 1 ESCOLA TAMBÉM COM 1º GRAU



QUADRO 3

ESCOLAS, CLASSES E ALUNOS DO 1º E 2º GRAUS SEGUNDO INSTITUIÇÃO MANTEDORA
EM 1.983 NA ÁREA DA AR. VILA MARIA - VILA GUILHERME

MANTEDORA		ESTADUAIS	MUNICIPAIS	PARTICULARES	TOTAL
GRAU					
1º GRAU	ESCOLAS	26	19	13	63
	CLASSES	912	620	68	1600
	ALUNOS	30.990	21.418	2106	54.514
2º GRAU	ESCOLAS	8 *	-	16 **	24
	CLASSES	120	-	68	188
	ALUNOS	4354	-	1717	6071
TOTAL	ESCOLAS	26	19	20	65
	CLASSES	1032	620	136	1788
	ALUNOS	35.344	21.418	3823	60.585

FONTE: 4ª DELEGACIA DE ENSINO DA CAPITAL

*8 ESCOLAS TAMBÉM COM 1º GRAU

**14 ESCOLAS TAMBÉM COM 1º GRAU

