

Jan 81

EXPANSÃO DA REDE DE SERVIÇOS

BÁSICOS DE SAÚDE

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Janeiro/81



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO

Este projeto propõe a extensão da rede de serviços básicos de saúde da Região Metropolitana de São Paulo pela construção de unidades básicas e hospitalares ligadas à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo operando dentro de um sistema regionalizado, hierarquizado e integrado através de mecanismos de coordenação com as demais instituições que atuam no setor:

Tendo sido concebido como forma de solucionar deficiências observadas na produção dos serviços de saúde, este projeto permitirá, quando implantado, a prestação de um atendimento primário eficiente e abrangente aos 12,5 milhões de habitantes que residem hoje na Grande São Paulo.

2. A SITUAÇÃO ATUAL

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, através de estudos sobre o perfil do setor de saúde e das condições sócio-econômicas da Região Metropolitana, identificou os principais pontos de estrangulamento à produção dos serviços necessários à assistência primária para toda a população. Seu diagnóstico aponta, entre outras, para as seguintes características:

População

A Grande São Paulo, região de maior índice de crescimento demográfico do Estado nas últimas décadas, tem sido o grande pólo de atração das populações do interior deste e de outros Estados. As levas de migrantes localizam-se, em sua maioria, na área periférica da região, que conta hoje com 10 milhões de habitantes.

Habitação

A oferta de habitações, principalmente nas áreas periféricas, não tem acompanhado o crescimento populacional como ocorre com os demais equipamentos e serviços de infra-estrutura urbana. Observa-se a proliferação de barracos e favelas cuja participação no total de domicílios vem crescendo paulatinamente.

Saneamento Básico

Estreitamente ligado às condições de saúde, os serviços de esgoto sanitário ainda se encontram muito deficientes, servindo apenas 35% da população urbana da Grande São Paulo. O abastecimento de água, apesar de satisfatório no município da capital, ainda não atingiu o mesmo nível para toda a região.

Indicadores de Saúde

Com um coeficiente de mortalidade geral estimado em 8,75 óbitos por mil habitantes para 1979 na Grande São Paulo e a mortalidade infantil em torno de 64,62 óbitos por mil nascidos vivos, os indicadores sugerem condições de saúde precárias em relação aos padrões internacionais. O predomínio de certas causas de óbitos em todas as faixas etárias é típico de regiões subdesenvolvidas.

Organização Institucional do Sistema de Saúde

O Sistema de Saúde no Estado é integrado por órgãos oficiais das esferas federal, estadual e municipal e por entidades privadas que atuam simultaneamente, de forma isolada e com um nível de coordenação insuficiente.

Na esfera federal, a instituição mais atuante é o INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que, em instalações próprias ou por contratação e convênio com entidades particulares, presta todos os tipos de serviços médicos à população previdenciária.

No âmbito estadual, destaca-se a atuação da Secretaria Estadual de Saúde, que opera uma rede de centros de saúde e de hospitais, oferecendo à comunidade serviços de caráter predominantemente preventivo.

As Secretarias Municipais de Saúde, em alguns casos, também prestam atendimento preventivo e de pronto-socorro através de seus postos de atendimento médico e de alguns hospitais.

Atendimento Primário

O atendimento de saúde ao nível primário na Região Metropolitana dispõe dos seguintes recursos físicos: 23 postos de assistência médica do INAMPS, 203 centros de saúde do Estado e 152 postos municipais de saúde, além de alguns postos municipais de atendimento sanitário que operam em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, e do atendimento privado.

Esses equipamentos encontram-se excessivamente concentrados nas áreas mais centrais dos municípios, forçando boa parte da população a grandes deslocamentos. A distribuição geográfica é desbalanceada não só dentro dos municípios, mas também entre eles; os municípios do ABC e de Osasco são os mais privilegiados em recursos federais e municipais.

Os Centros de Saúde do Estado, por outro lado, apesar de presente em todos os municípios, são em número muito pequeno

para atender adequadamente à população. De 1970 a 1980, enquanto a população da Região Metropolitana passava de 8 para 12,5 milhões de habitantes, o número de centros de saúde passou de 194 para 203. Além disso, muitos centros se encontram em situação bastante precária no que se refere às suas instalações: 70% dos prédios são casas alugadas e adaptadas, a maioria com menos de 200m² de área construída.

Rede Hospitalar

A rede hospitalar da Grande São Paulo é composta por 275 hospitais que contam com 54 981 leitos. Dentre estes, apenas 222 são hospitais gerais com 37 179 leitos, correspondendo a 2,96 leitos por mil habitantes (10% menos que o existente em 1976). Desses 222, o INAMPS opera 5 unidades (1 100 leitos), o Governo do Estado 9 hospitais (4 402 leitos — 1 026 da Secretaria da Saúde) e os municípios 12 hospitais (1 768 leitos). Os restantes são hospitais particulares com os quais o INAMPS e a Secretaria da Saúde do Município de São Paulo mantêm convênios para utilização de parte dos leitos.

3. OBJETIVOS GERAIS

Os resultados do estudo levado a efeito pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, e que se encontram incorporados neste relatório, levaram à elaboração de uma proposta para a Região Metropolitana do Estado de São Paulo, cujos objetivos gerais são:

- a) estender a cobertura por unidades básicas de saúde a toda a população da região, de modo a evitar que núcleos com mais de 10 mil habitantes permaneçam sem unidade sanitária;
- b) estabelecer um Sistema Estadual de Saúde que implique a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde;

- c) implantar uma Política Estadual de Saúde que, em consonância com a Política Nacional, possa assumir a coordenação das instituições que atuam no setor criando, paralelamente, condições para a fixação dos profissionais às unidades e para a efetiva participação da população.

4. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Para a consecução desses objetivos, foi delineado um projeto de ampliação e remodelação da Rede de Serviços Básicos de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo, sobre o qual ver-se o presente relatório.

O projeto prevê a construção de unidades sanitárias básicas e unidades hospitalares, e na sua formulação considerou-se a delimitação das áreas carentes, a magnitude dos serviços necessários, o tamanho ótimo de cada unidade, o levantamento dos custos fixos e operacionais e a localização das unidades.

Excluídas as áreas melhor dotadas, compostas pela região central da capital e dos municípios de Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema e Osasco, a área do projeto abrange 73% da população da Grande São Paulo e 90% de sua área total beneficiando 9,1 milhões de pessoas.

Na área do projeto encontram-se funcionando 179 Centros de Saúde e 90 postos de saúde municipais, num total de 269 Unidades Sanitárias Básicas, além de três postos de atendimento do INAMPS que se encontram subutilizados uma vez que seu equipamento é adequado para realizar atendimento de nível secundário.

Tendo sido estimado que a necessidade de Unidades Sanitárias Básicas para o atendimento global da área do projeto é de 591, e que apenas 99 centros ou postos estão em condições de continuar operando nas atuais instalações, 492 unidades estão por construir, sendo 350 em locais que até hoje não contam com unidades sanitárias e 142 para substituição de unidades instaladas em condições inadequadas.

No que se refere aos serviços hospitalares, a área do projeto conta com 13 036 leitos gerais (1,43 leitos por mil habitantes, excluídos os do Hospital das Clínicas) entre os quais três operados diretamente pelo INAMPS, um pela Secretaria da Saúde e quatro pelas Secretarias Municipais. O projeto estimou a necessidade de que sejam construídos 40 novos hospitais gerais, de porte médio, com 150 leitos cada um, representando um acréscimo de quase 50% na disponibilidade de de leitos, de modo a garantir cerca de dois leitos por mil habitantes na área periférica da região e pelo menos um leito para cada mil habitantes nas áreas mais carentes.

Paralelamente à expansão física da rede de serviços, o projeto prevê o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência entre os hospitais e unidades básicas da área do projeto, entre as unidades básicas e os laboratórios de saúde pública, entre hospitais, unidades básicas e unidades ambulatoriais especializadas e finalmente das unidades da área com o restante dos equipamentos mais complexos situados nas áreas central e intermediária da Região Metropolitana. Esses sistemas deverão estar inseridos em mecanismos de planejamento que envolvam todas as instituições que atuam na produção de serviços de saúde.

5. CUSTOS E FINANCIAMENTO

Os levantamentos realizados levaram às seguintes estimativas de custos unitários: (1)

DISCRIMINAÇÃO	CUSTO FIXO			CUSTO OPERACIONAL (2)		
	Construção	Equipamento	Custo Fixo Unit.	Pessoal	Material	Custo Oper. Unit.
Centro de Saúde p/ 10 000	9 346	1 339	10 685	10 396	3 848	14 244
Centro de Saúde p/ 20 000	15 420	1 566	16 986	15 811	7 272	23 083
Unidade Hospitalar	155 000	108 000	263 000			155 000

(1) A preços de dezembro de 1980.

(2) Estimativa dos gastos anuais.

Como já se encontram aprovados, e em alguns casos liberados, recursos para a construção de 100 unidades sanitárias básicas, urge buscar outras fontes de financiamento para os 16 bilhões de cruzeiros (aproximadamente 242 milhões de dólares de dezembro de 1980) necessários à construção e equipamento dos 40 hospitais e 391 centros de saúde restantes, dos quais 221 destinados a grupos de 10 000 habitantes e 171 a grupos de 20 000 habitantes:

CUSTO TOTAL DAS UNIDADES POR CONSTRUIR

DISCRIMINAÇÃO	Em mil cruzeiros	
	CUSTO FIXO TOTAL	CUSTO OPERACIONAL ANUAL
221 centros para 10 000 habitantes	2 361 385	3 147 924
171 centros para 20 000 habitantes	2 904 606	3 947 193
40 hospitais	10 520 000	6 200 000
T O T A L	<u>15 785 991</u>	<u>13 295 117</u>

6. DESCRIÇÃO DO RELATÓRIO

Este relatório se inicia com uma revisão da política nacional de saúde e do sistema estadual de saúde, passando a seguir à caracterização da Região Metropolitana de São Paulo. Tendo identificado os problemas cruciais, apresenta-se em detalhe a nova proposta para a região que vai da exposição da estratégia à localização das novas unidades. A descrição do projeto, apresentada a seguir, analisa pormenorizadamente cada uma das unidades quanto a equipamento, recursos humanos, produção de serviços, custos operacionais, fontes de recursos e funcionamento do novo sistema.

I POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Recentes avaliações dos serviços de saúde no Brasil revelam a permanência de sérios problemas no setor, dentre os quais destacam-se: excessiva centralização e sofisticação do equipamento em relação à estrutura de problemas de saúde da população carente, concentração geográfica e social, multiplicidade de instituições atuantes sem a devida coordenação, superposição de ações, dispersão de recursos, baixa produtividade e predomínio das ações de recuperação em detrimento da promoção e proteção da saúde.

Reconhecendo a necessidade de se reestruturar completamente o atendimento médico-sanitário atualmente oferecido à população brasileira, com vistas a resolver os problemas apontados, os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde elaboraram, em conjunto, o PREVSAÚDE-Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

O PREVSAÚDE constitui a opção do Governo Brasileiro para reordenar o modelo de prestação de serviços do setor, de modo a adequá-lo às necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para o seu suporte⁽¹⁾.

Essa tomada de posição iniciou-se em 1967, com o Decreto-lei nº 200, que definiu as diretrizes para a reforma administra-

(1) PREVSAÚDE: anteprojeto, setembro de 1980. (Anexo 1).

tiva, sobressaindo o princípio da descentralização que preconizava a transferência da execução das atividades da administração federal para as unidades federadas, os municípios e as entidades privadas.

Ao tratar da Política Nacional de Saúde, o Decreto-lei nº 200 estabelecia que sua formulação em âmbito nacional e regional seria atribuição do Ministério da Saúde, assim como a coordenação e supervisão das atividades desempenhadas por órgãos federais, estaduais, municipais e das entidades do setor privado.

Mais recentemente, em 1975, a Lei nº 6 229, que trata da organização do Sistema Nacional de Saúde, optou por uma forma não-monopólica para as ações de saúde no País, propondo utilizar a colaboração de Estados e municípios, mesmo naquelas ações consideradas de responsabilidade federal.

Além desses e outros instrumentos legais, foram tomadas providências em todos os níveis governamentais, buscando uma maior produtividade do setor saúde.

O PREVSAÚDE, cujo anteprojeto encontra-se já em fase de discussão nas instituições envolvidas no setor, traduz uma tomada de posição consciente para a efetiva implementação do Sistema Nacional de Saúde. Os seus serviços constituirão a base do Sistema e sua porta de entrada regular, no campo da atenção primária de saúde às pessoas, desempenhando também o papel de instrumento racionalizador do acesso aos níveis secundário e terciário (1).

A idéia geratriz do Programa é organizar uma rede de serviços que esteja estruturada em níveis de complexidade crescente, articulados de modo funcional. Buscando a efetiva articulação das instituições envolvidas e a racionalização da o-

(1) PREVSAÚDE: anteprojeto, setembro de 1980.

ferta de serviços do setor público, o PREVSAÚDE compreende ações de atenção às pessoas e ações sobre o meio ambiente.

No que se refere à atenção às pessoas, o programa se propõe a estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população, "com cuidados primários realizados por profissionais generalistas, por pessoal auxiliar e por agentes comunitários, com internação em unidades mistas, com atendimento em serviços de emergência e com assistência ambulatorial diferenciada em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia). Em relação ao meio, o programa inclui medidas simplificadas de saneamento básico, de melhoria da habitação popular em áreas selecionadas e melhoria das demais condições ambientais que representem riscos à saúde das comunidades".

A ênfase do PREVSAÚDE é concentrar maior atenção às populações que se encontram nas faixas sócio-econômicas menos privilegiadas, localizadas geralmente na periferia dos grandes centros urbanos, que vivem hoje em condições abaixo das consideradas mínimas, não só em relação ao atendimento médico, mas no que se refere à infra-estrutura de saneamento básico, atenção materno-infantil, educação e oportunidades de emprego.

Além dessa, mais quatro prioridades foram consideradas no programa: a) as populações das zonas rurais; b) os grupos biologicamente expostos a maiores riscos (crianças e gestantes); c) as doenças transmissíveis e outros problemas básicos de ampla prevalência e de solução simples e d) o desenvolvimento institucional e de recursos humanos.

A filosofia do PREVSAÚDE pode ser traduzida na proposta de um modelo de atendimento estruturado em níveis de atenção articulados entre si, desde o nível elementar até o especializado.

"O primeiro nível de atendimento caracterizar-se-á pelo fato

de permitir o acesso direto, constituindo-se, portanto, em porta de entrada do sistema. Compreende a atenção elementar e a atenção primária diferenciada, incluindo, segundo as disponibilidades locais de pessoal, desde a participação de médicos generalistas e especialistas das quatro áreas básicas até atendentes e agentes comunitários devidamente orientados e supervisionados. Os níveis secundário e terciário desenvolverão atividades de apoio, cujo acesso fica condicionado à referência do nível primário, exceto em casos de alto risco "(1).

As unidades produtoras de serviços, que poderão ser elementares, ambulatoriais ou de internação, deverão estar distribuídas de forma a atender aos princípios da regionalização de serviços, com um elenco de atividades que variará segundo o tipo de unidade e segundo a área programática (2).

Além da organização da rede de serviços básicos, outras características do PREVSAÚDE relacionam-se ao desenvolvimento de recursos humanos, às propostas de estudos e pesquisas e à criação de um sistema de apoio, todas no sentido de criar condições que garantam os resultados esperados do programa.

O desenvolvimento de recursos humanos objetiva valorizar o profissional de saúde e satisfazer as novas exigências criadas pelo programa. A preocupação será com a preparação de pessoal de nível elementar e médio e com a formação de médicos generalistas de atuação polivalente. Além disso, a estratégia do programa com relação às equipes de saúde será incentivar o trabalho em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, com formulação de planos de cargos e políticas salariais apropriados que estimulem ao exercício em locali

(1) PREVSAÚDE: anteprojeto, setembro de 1980.

(2) Conforme anteprojeto do PREVSAÚDE, as áreas programáticas são: controle de endemias, vigilância epidemiológica, imunizações, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, apoio diagnóstico, odontologia, saúde escolar, atenção materno-infantil e abastecimento d'água e destino de dejetos.

dades carentes, ao desempenho de funções de direção e ao desenvolvimento de sistemas de supervisão e de educação continuada.

Para implantar essa nova filosofia de atenção médico-sanitária, o anteprojeto do PREVSAÚDE propõe algumas metas, entre as quais duas se destacam com vistas a aumentar o potencial de atendimento. A primeira diz respeito ao "aproveitamento integral da capacidade pública, da reorganização e readaptação das unidades e da homogeneização de seus procedimentos técnicos, incluindo-se aí os postos de saúde municipais", os centros de saúde estaduais, os postos de assistência médica da Previdência Social e todos os hospitais governamentais. Isso representa no País a implementação para utilização plena dos 17 439 consultórios médicos e 4 073 consultórios odontológicos e a ativação de 8 510 leitos hoje não utilizados, na rede hospitalar pública.

Por outro lado, a capacidade instalada de serviços básicos do setor deverá ser ampliada com a construção de 7 697 postos de saúde, 16 394 novos consultórios médicos, 3 917 novos consultórios odontológicos e a implantação de seis mil leitos em aproximadamente 150 unidades mistas, de nove mil leitos em 70 hospitais regionais e de 1 425 módulos de emergência.

As modificações no modelo de atendimento médico objetivadas pelo PREVSAÚDE terão uma série de repercussões, dentre as quais podem ser destacadas:

- diminuição na incidência de doenças dada a maior ênfase no atendimento preventivo, resultando numa diminuição dos índices de morbidade e de mortalidade;
- aumento da eficiência dos serviços da rede hospitalar dada a triagem realizada pela rede básica, de saúde que só encaminha pacientes que necessitam serviços hospitalares e já com pré-diagnóstico;
- diminuição da carga exercida sobre a rede hospitalar, levando à melhoria nos serviços de caráter curativo;

- o melhor atendimento a custos menores;
- atenção mais abrangente, uma vez que a rede básica de saúde, composta de unidades menores, poderá ser melhor localizada em função das necessidades;
- os pacientes encontrarão a solução para seus problemas mais rapidamente, dado o entrosamento de todos os níveis e dada a economia de tempo gasto hoje em busca do lugar apropriado para atendimento;
- os ganhos em produtividade, obtidos pela queda da morbidade, recuperação e economia de tempo representam relevante benefício indireto.

Para assegurar a integração programática, o PREVSAÚDE deverá ser responsabilidade mútua de todas as esferas, cabendo, no entanto, a coordenação de todas as atividades do programa às Secretarias Estaduais de Saúde. Na órbita federal, além dos Ministérios da Previdência Social e da Saúde, deverão atuar os Ministérios do Interior, da Educação e Cultura e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Aos municípios caberão responsabilidades concretas na administração dos serviços locais de saúde.

Pelo fato de caber às Secretarias Estaduais de Saúde uma participação maior na implantação e operacionalização do Programa e por estar explícito no anteprojeto a intenção de antecipar a implantação dos centros de saúde em relação aos demais componentes é que a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo já vem realizando estudos no sentido de identificar as áreas mais carentes do Estado e definir a estratégia do PREVSAÚDE para o Estado de São Paulo.

Convém salientar que a proposta da Secretaria da Saúde de São Paulo antecede em alguns meses o anteprojeto do PREVSAÚDE, tendo sido elaborada apenas com o disposto no Decreto-lei nº 200 e na Lei nº 6 229, de 17 de julho de 1975. Todavia, é tal a uniformidade entre os dois projetos, tanto em termos de objetivos quanto de meios de ação, que o PREVSAÚDE pode ser utilizado como introdução ao modelo almejado para São Paulo sem necessidade de qualquer alteração.



7

O resultado dos estudos já realizados no Estado de São Paulo, que identificaram a Região Metropolitana como uma das áreas mais deficitárias, está apresentado nos itens a seguir, assim como o detalhamento de uma proposta de ações que conduza às modificações objetivadas em âmbito nacional e que são compatíveis com as necessidades locais.



INSTITUTO
BUTANTAN

A. S. 1945

II SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO⁽¹⁾

II.1 O SETOR DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Sistema Estadual de Saúde constitui-se numa ampla rede de serviços tipo ambulatorial e hospitalar em todo o Estado de São Paulo, vinculada aos setores público e privado, e que até hoje atuam de modo descoordenado.

A Lei nº 6 229, de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, estabeleceu as atribuições específicas dos diversos participantes do sistema. Ao Ministério da Saúde a lei atribui a tarefa de propor a Política de Saúde que deverá ser aprovada pelo Conselho de Desenvolvimento Social. Aguarda-se, ainda, algumas definições importantes a nível federal para que se efetive a Lei nº 6 229.

A atuação direta do Governo Federal no Estado de São Paulo dá-se especialmente via Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Ao primeiro estão subordinados todos os programas de controle de endemias, no Estado muitos deles realizados através de convênio com a SUCEN-Superintendência para o Controle de Endemias, autarquia ligada à Secretaria Estadual de Saúde, e outros diretamente pela SUCAM-Superintendência de Campanhas do Ministério da Saúde.

(1) Nesta parte do relatório só serão examinados os tipos de atuação das diversas esferas. Uma análise mais detalhada dos dados será apresentada no item III.3.

A presença do Ministério da Previdência e Assistência Social nos serviços de saúde do Estado objetiva atender a beneficiários e contribuintes da previdência social através dos serviços médicos prestados pelo INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que, em instalações próprias ou por contratação e convênio com entidades particulares, presta todos os tipos de serviços médicos à população previdenciária, incluindo pronto-socorro, ambulatório e tratamentos que envolvem altos níveis de especialização.

Na esfera municipal, a atuação do município no setor saúde varia consideravelmente de acordo com o seu poderio econômico. Assim, no município da Capital, a ação visa a dois objetivos principais: o controle de zoonoses e os serviços médicos, estes divididos em atendimento de emergência em postos de prontos-socorros (PAM II) e atendimento hospitalar, de um lado, e atenção à saúde da comunidade, de outro, principalmente no que se refere aos cuidados materno-infantis realizados em postos de saúde (PAM I).

No âmbito estadual, atuam na área de saúde, de forma mais intensa, duas Secretarias de Estado. A Secretaria dos Negócios da Educação conta com um departamento de assistência ao escolar, no qual se destaca o serviço odontológico oferecido aos estudantes de 1º grau. A Secretaria da Saúde, por sua vez, tem sob sua responsabilidade alguns hospitais gerais e especializados e extensa rede de centros de saúde, oferecendo à comunidade serviços de caráter predominantemente preventivo.

O setor privado de assistência médica é integrado por uma série de instituições que são, em sua maioria, financiadas direta ou indiretamente pelos poderes públicos. A medicina liberal, custeada diretamente pela própria clientela, representa pequeníssima parcela dentro do conjunto da assistência prestada pelo setor privado.

A rede de hospitais do Estado de São Paulo, que em janeiro de 1980 era constituída de 840 hospitais, com 127 566 leitos,

apresentava 65 hospitais e 26 457 leitos públicos, 445 hospitais, e 59 262 leitos beneficentes e 330 hospitais e 41 847 leitos lucrativos.

Deve-se destacar que tanto os leitos particulares lucrativos quanto os beneficentes são custeados pelo INAMPS e pela Secretaria da Saúde (principalmente os beneficentes e os leitos para saúde mental).

Alguns sindicatos operários mantêm convênio com o INAMPS para atendimento de seus associados, representando porém pequena parcela dentro do conjunto da assistência à população.

Os convênios do INAMPS com empresas para assistência médica aos seus funcionários e os convênios das empresas com firmas de assistência médica, constituindo assim a chamada Medicina de Grupo, vêm obtendo grande incremento, cobrindo já cerca de 3,5 milhões de pessoas na Região da Grande São Paulo, segundo levantamento da Coordenadoria Regional de Controle e Avaliação do INAMPS realizado em 1979.

A atuação das várias instituições que oferecem serviços à população se faz de forma relativamente isolada e com um nível de coordenação insuficiente para que se possa alcançar a eficiência exigida pela escassez de recursos. As contradições desse sistema não-organizado agravam-se cada vez mais, tendo em vista a crescente crise no setor saúde, traduzida pela firme e até agressiva reivindicação dos movimentos populares por melhores condições de vida e saúde e pela crescente insatisfação dos profissionais, que culminou com ampla greve nos serviços de saúde no ano de 1979. Face a tal crise, a Secretaria da Saúde tem buscado articular-se com as demais instituições do setor no sentido de rever e adequar os planos existentes às necessidades atuais da população.

Entre os níveis estadual e municipal, a integração institucional se desenvolve apoiada em Decreto Estadual que permite à Secretaria da Saúde estabelecer convênio com os municípios no

sentido de operar Postos de Assistência Médico-sanitária (PAS). Tais convênios prevêem o fornecimento de vacinas, medicamentos, leite e suplementação alimentar para essas unidades e estabelecem a necessidade de supervisão e assessoria técnica para desenvolver a integração de programas e recursos municipais e estaduais.

Em relação à esfera federal, a Secretaria da Saúde tem procurado, há algum tempo, e especialmente a partir da publicação da Lei do Sistema Nacional de Saúde, adequar-se e discutir formas de integração, sem no entanto obter êxito. Nos últimos dois anos, concretizaram-se medidas legais que embasariam a implantação de um Sistema Estadual de Saúde, entre as quais destaca-se a criação do FUNDES-Fundo Estadual da Saúde⁽¹⁾ e seu Conselho de Orientação, que dispõe de toda a flexibilidade necessária para receber e aplicar recursos em qualquer atividade do setor saúde. Paralelamente, foi criada também a Comissão Permanente de Trabalho para o Planejamento Integrado de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo, composta por representantes do INAMPS e do Ministério da Saúde e coordenada pela Secretaria da Saúde, visando agilizar a integração federal-estadual.

II.2 A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Para uma atuação mais racional e eficiente, a Secretaria da Saúde está organizada conforme a estrutura a seguir, onde cada unidade tem competência e funções bem definidas⁽²⁾:

(1) O FUNDES foi criado pela Lei Complementar à Constituição do Estado nº 204, de 20/12/78.

(2) A descrição detalhada das atribuições, competência e composição de cada unidade da administração direta ou indireta pode ser encontrada no trabalho preparado pela FUNDAP-Fundação do Desenvolvimento Administrativo, Perfil da Administração Pública Paulista, apresentado ao final deste relatório (Anexo 2).

- Conselho Estadual de Saúde
- Gabinete
- Conselho Técnico-administrativo
- Grupo de Planejamento Setorial
- Consultoria Jurídica
- Departamento Técnico-normativo
- Coordenadoria de Saúde da Comunidade
 - . Gabinete do Coordenador
 - . Conselho Técnico Consultivo
 - . Divisão de Estudos e Programas
 - . Departamento de Saneamento
 - . Divisão do Exercício Profissional
 - . Serviço de Enfermagem
 - . Departamento Regional da Grande São Paulo
 - . Divisões Regionais de Saúde: Litoral; Vale do Paraíba, Sorocaba, Campinas, Ribeirão Preto, Bauru, São José do Rio Preto, Araçatuba, Presidente Prudente, Marília
 - . DEVALE - Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira
 - . Departamento de Administração
 - . Centro de Integração de Atividades Médicas
- Coordenadoria de Assistência Hospitalar
 - . Conselho Hospitalar do Estado
 - . Gabinete do Coordenador
 - . Conselho Técnico-consultivo
 - . Departamento de Técnica Hospitalar
 - . Departamento de Hospitais Gerais e Especiais
 - . Departamento de Hospitais de Tisiologia
 - . Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária
 - . Departamento de Administração
- Coordenadoria de Saúde Mental
 - . Conselho de Saúde Mental
 - . Gabinete do Coordenador
 - . Conselho Técnico-consultivo
 - . Divisão de Estudos e Programas
 - . Departamento Psiquiátrico I
 - . Departamento Psiquiátrico II
 - . Laboratório Farmacêutico
 - . Departamento de Administração
 - . Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental

- Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados
 - . Gabinete do Coordenador
 - . Conselho Técnico-consultivo
 - . Instituto Adolfo Lutz
 - . Instituto Butantã
 - . Instituto Pasteur
 - . Instituto de Saúde
 - . Divisão de Finanças
 - . Divisão de Pessoal e Serviços
- Departamento de Administração da Secretaria
- FESIMA-Fundo de Educação Sanitária e Imunização em Massa Con
tra Doenças Transmissíveis
- CIS-Centro de Informações de Saúde
 - . Gabinete
 - . Conselho Técnico-consultivo
 - . Grupo Técnico I
 - . Grupo Técnico II
 - . Seção de Apoio Administrativo
- Fundo Estadual da Saúde
 - . Conselho de Orientação

Além dos órgãos de Administração Direta, a Secretaria conta com duas unidades consideradas de Administração Indireta:

- SUCEN-Superintendência de Controle de Endemias
- FURP-Fundação para o Remédio Popular

II.2.1 O Plano Operativo da Secretaria da Saúde

O campo funcional da Secretaria está expresso no artigo 2º do Decreto nº 52 282/69, quando diz que, em cumprimento ao preceito constitucional, artigo nº 134, a Secretaria deve promover, preservar e recuperar a saúde da população. De acordo com as atribuições previstas, a Secretaria da Saúde elaborou um

Plano Operativo para 1980⁽¹⁾, cujos propósitos são:

- execução da política do Governo do Estado no setor saúde;
- execução das atividades que cabem ao Estado, segundo preconiza o Sistema Nacional de Saúde, na forma prevista pela Lei Federal nº 6 229, de 17/06/75;
- estudo, planejamento, orientação, coordenação, supervisão e execução, em todo o território do Estado, de medidas visando à melhoria das condições sanitárias da população, promovendo a saúde e prevenindo a doença;
- atendimento médico-sanitário integral e hospitalar à população, em unidades sanitárias, consultórios, ambulatórios, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde;
- desenvolvimento de serviços básicos de saúde, através da ação conjunta e integrada entre o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
- vigilância sanitária;
- vigilância epidemiológica;
- controle e erradicação de endemias;
- produção e distribuição de vacinas, soros, medicamentos e outros produtos de interesse da saúde pública;
- estudo de problemas de saúde pública, promovendo pesquisas científicas e tecnológicas necessárias à sua solução;
- articulação com outras entidades públicas e privadas cuja atuação possa contribuir para a consecução de suas finalidades.

Para a consecução de seus objetivos, a Secretaria da Saúde desenvolve:

- Atendimento médico-sanitário, através de uma rede composta de 857 Centros de Saúde de vários níveis de complexidade e de 28 ambulatórios de saúde mental (sendo 11 próprios da Secretaria da Saúde).

(1) Plano Operativo de 1980, onde se encontram detalhados os programas, atividades e projetos desenvolvidos pela Secretaria da Saúde.

A prestação de serviços à população se faz através de:

- . consulta médica geral e especializada;
- . consulta odontológica;
- . vacinação;
- . visitação domiciliar;
- . inspeção de saneamento;
- . exames de laboratório e radiológico;
- . atendimento de enfermagem.

Os Centros de Saúde participam do projeto de suplementação alimentar à criança, gestante e nutriz.

- Atendimento médico-hospitalar geral e especializado (fisiologia, hanseníase e mental) através de uma rede de hospitais próprios (29) e conveniados, num total de 28 654 leitos (18 132 próprios e 10 522 conveniados).
- Saneamento, mediante controle do meio físico e dos alimentos, realizado pelas equipes de inspetores. Envolve concessão de alvarás de funcionamento, controle de estabelecimentos, vistorias e aprovação de plantas de engenharia.
- Fiscalização do exercício profissional, que compreende a fiscalização e controle de:
 - . profissionais, estabelecimentos e entidades, no campo da medicina e afins, odontologia, farmácia e medicina veterinária;
 - . do comércio e uso de entorpecentes, drogas e medicamentos;
 - . da produção de substâncias químicas e farmacêuticas.
- Formação de auxiliares de enfermagem pela Escola de Enfermagem de Assis.
- Estudos e pesquisas (básicas e aplicadas) no campo biológico e da saúde pública, realizados pelos Institutos Butantã, Pasteur, Adolfo Lutz e de Saúde.
- Produção de soros, vacinas e reagentes fisiológicos pelos Institutos Butantã e Adolfo Lutz e de medicamentos pela FURP-Fundação do Remédio Popular.

- Assistência médica especializada prestada pelos Institutos de Saúde Pasteur, e Butantã. Essa prestação de serviços consta de consulta, vacinação, elucidação de diagnóstico e tratamento nas áreas de raiva, acidentes humanos por animais peçonhentos, tuberculose e hanseníase.
- Exames de laboratório para diagnóstico de doenças transmissíveis ou não, análise de alimentos, medicamentos e produtos de toucador. Esses serviços são realizados pelos 28 laboratórios de saúde pública (um central e 27 regionais).
- Controle e erradicação das doenças transmissíveis, realizado pela Superintendência de Controle de Endemias, através de uma rede de 48 unidades (sedes de Serviços Regionais e Bases Operacionais), distribuídas pelo Estado. Esse serviço procura combater os vetores biológicos e hospedeiros intermediários, visando à erradicação e controle das doenças transmissíveis, bem como o combate a artrópodes incômodos.
- Coordenação, orientação técnica, supervisão e administração em nível central, regional e distrital para apoio técnico e administrativo às unidades executoras das programações da Pasta.
- Supervisão e coordenação superior, realizadas em nível central, envolvendo a Coordenação Geral da Pasta pelo Gabinete do Secretário, a Informática de Saúde, a vigilância epidemiológica articulada com o Ministério da Saúde, a normalização técnica e o planejamento de saúde.

III REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

III.1 A REGIÃO DENTRO DO ESTADO

A prioridade recebida pela periferia dos grandes centros urbanos no PREVSAÚDE-Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde coincide com o diagnóstico da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo que apontava a Região Metropolitana de São Paulo como uma das mais carentes do Estado, tendo em vista a análise de uma série de indicadores econômicos e sociais, além de indicadores específicos sobre serviços de saúde.

Como resultado do acelerado processo de expansão industrial e de urbanização ocorrido nos últimos vinte anos, a população do Estado de São Paulo se encontra concentrada hoje nas cidades, estando apenas 9,8% vivendo no setor rural, enquanto 90,2% se localizam nas áreas urbanas.

Particularmente a área da Grande São Paulo, pelas facilidades encontradas, e sempre multiplicadas, se transformou no grande foco de atração das populações deslocadas das áreas rurais deste e de outros Estados. Este fenômeno pode ser observado no Mapa 1, onde fica demonstrado que, desde 1950, a Região da Grande São Paulo polarizou o crescimento populacional do Estado.



As Tabelas III.1 e III.2 demonstram a alteração da distribuição populacional do Estado e a grande concentração demográfica na área metropolitana, chegando, pelos dados de 1980, a 1 561,9 habitantes/km², contra 52,0 nas demais regiões do Estado. Em apenas 3% do seu território, concentram-se 50% da população.

A participação da população da Região Metropolitana em relação às demais regiões do Estado vem crescendo paulatinamente. Representando hoje mais da metade da população do Estado de São Paulo, a Região Metropolitana apresentou os maiores aumentos no período de 1950 a 1970, tendo passado de 22% em 1940 a 50% em 1980, conforme indica a Tabela III.1.

TABELA III.1
ESTADO DE SÃO PAULO
EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO

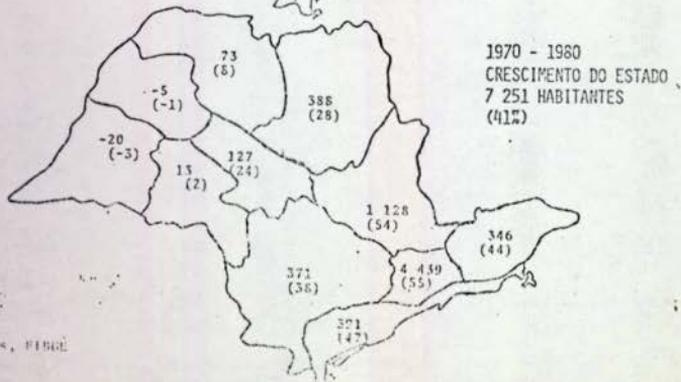
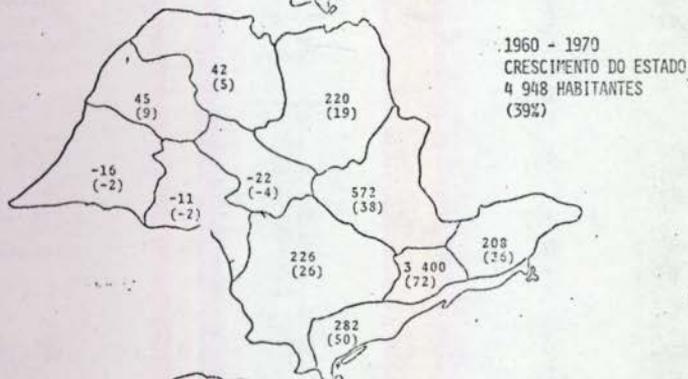
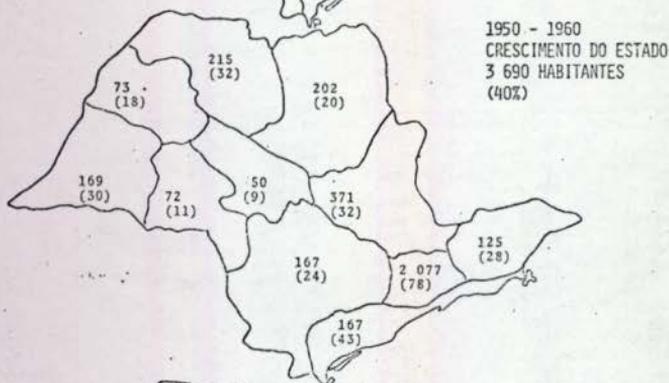
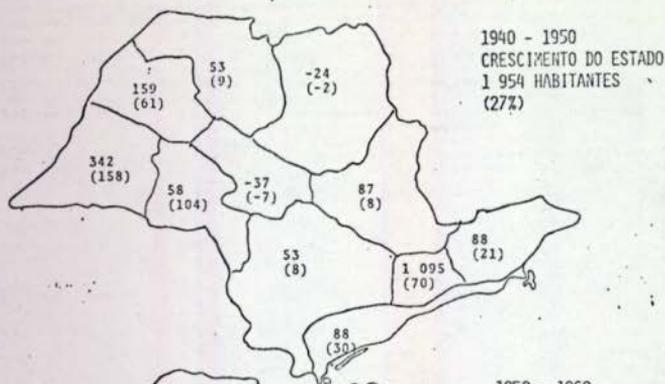
A N O	ESTADO DE SÃO PAULO (mil habitantes)	RMS P (%)	DEMAIS REGIÕES (%)
1940	7 180	22,0	78,0
1950	9 134	30,0	70,0
1960	12 874	37,0	63,0
1970	17 772	46,0	54,0
1980(1)	25 023	50,0	50,0

FONTE: Censos Demográficos até 1970.

(1) Dados preliminares Censo 80.

A população da Grande São Paulo cresceu em todo o período, ainda que a taxas decrescentes, tendo apresentado um aumento de 5,8% ao ano no período de 1950 a 1960, de 5,5% ao ano entre 1960 e 1970 e 3,5% ao ano para o último decênio. Apesar disso, tendo em vista que a população do Estado cresceu a taxas decrescentes e menores que as da Região Metropolitana, a participação desta última vem aumentando. Esse crescimento demográfico, conforme os dados disponíveis, tem mostrado a influência predominante do fator migratório sobre o crescimento vegetativo.

ESTADO DE SÃO PAULO
CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO REGIONAL



Fonte: Censos Demográficos, FIBGE

TABELA III.2
ESTADO DE SÃO PAULO
ÁREAS, POPULAÇÕES E DENSIDADE DEMOGRÁFICA

1980

DISCRIMINAÇÃO	ÁREA		POPULAÇÃO		DENSI- DADE DEMO- GRÁFI- CA
	Extensão (k.m ²)	Parti- cipação (%)	Quanti- dade (mil ha- bitantes)	Parti- cipação (%)	
Grande São Paulo	8 053	3,3	12 578	50,0	1 561,9
Outras Regiões	239 267	96,7	12 445	50,0	52,0
E S T A D O	<u>247 320</u>	<u>100,0</u>	<u>25 023</u>	<u>100,0</u>	<u>101,2</u>

FONTE: Diagnóstico do Estado de São Paulo - SEP e dados pre-
liminares Censo 80.

Os dados estimativos da última década assinalam um aumento superior a quatro milhões de habitantes na área metropolitana, cuja população cresceu de 8 139 730 habitantes em 1970 para 12 578 050 em 1980. Grande parte desta população é constituída por pessoas de baixa renda, com baixo nível de escolaridade, sem qualificação profissional, baixo padrão habitacional que, associados às más condições de saneamento, completam o conjunto de fatores responsáveis pelas altas taxas de morbidade e mortalidade observadas.

Por outro lado, essa intensa concentração gerou um quadro de crescente deterioração da qualidade de vida, caracterizada pelas dificuldades de acesso aos serviços urbanos, precariedade das condições de moradia, sistemas de transporte deficientes, elevados níveis de poluição ambiental e más condições de saúde.

Criaram-se assim grandes conglomerados onde, não existindo diversificação profissional e social, não há nível de renda

capaz de suprir as deficiências no atendimento da área de saúde, ficando o Poder Público como único responsável pelo planejamento, instalação e operacionalização da rede de serviços básicos de saúde.

Os programas existentes e em execução nas áreas de habitação, educação e saneamento representam uma perspectiva de modificação real no panorama existente e, certamente, influirão nos níveis de saúde. Ao contrário do verificado nestes setores, para os quais existe uma política definida, com aporte de recursos correspondentes, o setor saúde, certamente mais carente quando se consideram as populações periféricas, não conseguiu equacionar sua problemática e encontrar as definições, com atribuições claras dos diversos níveis de atuação capazes de proporcionar o melhor rendimento às poucas disponibilidades.

Essas definições são fundamentais em um setor que deve prestar serviço que é básico para a população e que é multi-institucional, nele atuando os governos federal, estadual e municipal, com órgãos dependendo de vários Ministérios, várias Secretarias de Estado e municípios, integrado, ainda, por entidades filantrópicas e beneficentes, serviços privados e profissionais liberais, empresas de caráter lucrativo, algumas de grande porte e, recentemente, grupos multinacionais.

Os serviços de saúde atuam com total, ou quase total, descoordenação e, em consequência, foram instalados sem prévio planejamento, não havendo ainda nenhum instrumento legal que discipline sua localização. Não há definição, na área governamental, sobre como e quem deve dar cobertura às populações. A Secretaria da Saúde opera, no interior do Estado, para 50% da população, 556 centros de saúde, dos quais 510 são próprios e 46 alugados ou cedidos. Na Grande São Paulo, para os outros 50% da população do Estado, mantém 203 centros de saúde, dos quais apenas 50 são próprios, sendo os demais alugados ou cedidos (Tabela III.3). Como nas áreas periféricas não existem prédios adequados para serem alugados, a grande maioria desses centros de saúde está instalada precariamente, sem con-

servação adequada e com recursos humanos que, de forma alguma, podem atender às necessidades mínimas da população.

TABELA III.3
ESTADO DE SÃO PAULO
UNIDADES SANITÁRIAS ⁽¹⁾ DA SECRETARIA DA SAÚDE

1980

DISCRIMINAÇÃO	PRÉDIOS			POPULAÇÃO (mil hab.)
	Alugados/Cedidos	Próprios	Total	
Região Metropolitana de São Paulo	153	50	203	12 578
Interior de São Paulo	46	510	556	12 445
TOTAL	<u>199</u>	<u>560</u>	<u>759</u>	<u>25 023</u>

FONTE: Coordenadoria de Saúde da Comunidade - Secretaria da Saúde e Censo 80 - dados preliminares.

(1) Não inclui Centros de Saúde - Escolas e Postos de Atendimento Médico-sanitário.

A situação apresentada pelos dados da Tabela III.3 demonstra claramente que a atenção dos órgãos públicos deve voltar-se para as necessidades da Região Metropolitana. Mesmo em se considerando que essa região, apesar de contar com menor número de unidades sanitárias estaduais, tem à sua disposição os serviços produzidos por outras instituições do setor de saúde, ainda assim ver-se-á que grande parte da população metropolitana não dispõe de assistência adequada, uma vez que os serviços se encontram extremamente concentrados geograficamente. Essa situação é tanto pior quando se sabe que nessas áreas periféricas não existe diversificação profissional e social capaz de suprir, por seus próprios meios, suas necessidades, criando outros recursos na área de saúde, não havendo também grande interesse de profissionais, ou de grupos, de se instalarem nessas regiões, pois a condição sócio-econômica não oferece qualquer atrativo.

É indispensável definir, para as áreas metropolitanas, que deve haver, para cada grupo populacional, cuja dimensão deverá estar de acordo com a densidade de população, vias de acesso etc, uma unidade sanitária em condições de se responsabilizar pela atenção primária, funcionando como porta de entrada para um sistema integrado de saúde. Os serviços de saúde devem ser permanentes e acompanhar o crescimento da população, localizando-se de forma tal que possam ser atingidos por todos com facilidade.

Igualmente, no que tange à assistência hospitalar, existe diversidade na distribuição dos leitos hospitalares no Estado de São Paulo entre o Interior e a Região Metropolitana e a distribuição da população, conforme os dados da Tabela III.4.

TABELA III.4
ESTADO DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR GERAL

1980

<u>D I S C R I M I N A Ç Ã O</u>	<u>NÚMERO DE HOSPITAIS</u>	<u>NÚMERO DE LEITOS</u>	<u>POPULAÇÃO (mil hab)</u>	<u>LEITOS/MIL HABITANTES</u>
Região Metropolitana	222	37 179	12 578	2,94
- Município de São Paulo	149	29 332	8 491	3,37
- Outros Municípios	73	7 847	4 087	2,05
Interior	453	42 545	12 445	3,42
<u>T O T A L D O E S T A D O</u>	<u>675</u>	<u>79 724</u>	<u>25 023</u>	<u>3,18</u>

FORNTE: Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria da Saúde e Censo 80 (dados preliminares).

III.2 INDICADORES BÁSICOS⁽¹⁾

A Região Metropolitana de São Paulo, também chamada Grande São Paulo, compõe-se de 37 municípios agrupados em oito sub-regiões, abrangendo uma área de 8 053 km², dos quais 75% correspondem a áreas conurbadas. Representando 3% da superfície total do Estado de São Paulo, a Grande São Paulo abriga, no entanto, 50% da população do Estado, cuja produção, medida pelo Valor da Transformação Industrial, representava em 1970, cerca de 70% do total produzido no Estado e 40% do agregado para o Brasil.

A população total da Grande São Paulo em 1970 era de 8 139 730 habitantes, encontrando-se para 1980 um contingente de 12 578 050 pessoas, das quais aproximadamente cinco milhões compunham a população economicamente ativa, cuja vinculação é preponderantemente com os setores secundários e terciário, estando 1% ligado à agricultura, 40% à indústria e 59% a outras atividades.

Com uma densidade populacional média ao redor de 1 562 habitantes/km², a Região Metropolitana apresenta enormes variações entre seus municípios, tendo sua população bastante concentrada no município de São Paulo que, abrangendo 19% da área da Região, compreende 67,5% de sua população. A distribuição da população da Grande São Paulo entre os diversos distritos sanitários⁽²⁾ encontra-se na Tabela III.5 e no Mapa III.2.

(1) Esta parte do relatório limita-se a apresentar um sumário de informações sobre a Região Metropolitana de São Paulo. Uma análise mais detalhada pode ser encontrada nos Anexos 3, 4 e 5, que apresentam, respectivamente, os aspectos demográficos, os problemas de habitação e saneamento básico e os dados relativos aos indicadores de saúde.

(2) A divisão da Região Metropolitana em distritos sanitários obedece ao Decreto nº 50 855, de 18 de novembro de 1968, que agrupa municípios, distritos de paz e subdistritos de paz para formar um distrito sanitário.

TABELA III.5
GRANDE SÃO PAULO
DIVISÕES DE SAÚDE E DISTRITOS SANITÁRIOS, MUNICÍPIOS E SUBDISTRITOS

DIVISÃO DE SAÚDE E DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO 1980			MUNICÍPIOS E SUBDISTRITOS COMPONENTES
	(mil habitantes)	Hab/km ²	% do Total	
DIVISÃO SÃO PAULO - CENTRO	1 482,3	12 767	11,8	
Santa Cecília	718,1	19 150	5,7	Aclimação (SP), Barra Funda (SP), Bela Vista (SP), Bon Retiro (SP), Cambuci (SP), Cerqueira César (SP), Consolação (SP), Liberdade (SP), Perdizes (SP), Santa Cecília (SP), Santa Efigênia (SP), Sé (SP).
Vila Mariana	465,9	8 840	3,7	Ibirapuera (SP), Indianópolis (SP), Jardim Paulista (SP), Vila Mariana (SP).
Belenzinho	298,3	11 516	2,4	Alto da Moóca (SP), Belenzinho (SP), Brás (SP), Moóca (SP), Pari (SP).
DIVISÃO SÃO PAULO - LESTE	3 416,4	1 064	27,2	
São Miguel Paulista	1 252,2	6 622	10,0	Ermelindo Matarazzo (SP), Guaianazes (SP), Itaquera (SP), São Miguel Paulista (SP), Itaim Paulista (I).
Vila Maria	207,9	11 364	1,6	Vila Guilherme (SP), Vila Maria (SP).
Penha de França	857,8	11 257	6,8	Cangaíba (SP), Penha de França (SP), Tutuapé (SP), Vila Formosa (SP), Vila Matilde (SP).
Guarulhos	579,4	732	4,6	Arujá, Guarulhos, Santa Isabel.
Moji das Cruzes	519,0	243	4,2	Biritiba-mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararém, Itaquaquecetuba, Moji das Cruzes, Poá, Salesópolis, Suzano.
DIVISÃO SÃO PAULO - SUDESTE	2 882,2	3 085	22,9	
Vila Prudente	675,7	12 107	5,4	Ipiranga (SP), Vila Prudente (SP).
Jabaquara	555,5	12 830	4,4	Jabaquara (SP), Saúde (SP).
São Bernardo do Campo	653,1	1 474	5,2	Diadema, São Bernardo do Campo.
São Caetano do Sul	162,9	14 899	1,3	São Caetano do Sul.
Santo André	834,9	2 146	6,6	Muã, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André.
DIVISÃO SÃO PAULO NORTE-OESTE	4 797,1	1 265	38,1	
Butantã	468,2	6 785	3,8	Butantã (SP), Jardim América (SP), Pinheiros (SP), Vila Madalena (SP).
Lapa	423,7	2 902	3,3	Jaraguá (SP), Perus (SP), Lapa (SP), Pirituba (SP), Vila Jaguará (SP).
Nossa Senhora do Ó	564,5	12 462	4,6	Brasilândia (SP), Casa Verde (SP), L'Amor (SP), Nossa Senhora do Ó (SP), Vila Nova Cachoeirinha (SP).
Santo Amaro	1 245,9	1 966	10,0	Parqueiros (SP), Capela do Socorro (SP), Santo Amaro (SP).
Tucuruvi	736,9	6 015	5,8	Santana (SP), Tucuruvi (SP).
Celeiras	153,7	210	1,2	Celeiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha, Mairipotã.
Itapecerica da Serra	348,8	234	2,8	Cotia, Embu, Embu-guaçu, Itapecerica da Serra, Jiquituba, Taboão da Serra.
Osasco	855,5	1 511	6,6	Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Rom Jesus, Santana do Parnaíba.
GRANDE SÃO PAULO	12 578,0	1 562	100,0	

FONTE: Censo 1980 (dados preliminares).

(1) Criado em 1980, subdividindo o distrito de São Miguel Paulista.

O crescimento da população da Região ocorreu a uma taxa média anual de 4,5% no último decênio, sendo o componente migratório o mais importante. (1) Esse crescimento não se deu de forma homogênea na Região, uma vez que o estabelecimento da população migrante se faz normalmente na periferia das cidades.

Essa concentração acentuou as deficiências em infra-estrutura urbana, tanto na qualidade das habitações (2) como na disponibilidade dos demais equipamentos e serviços nas áreas periféricas. Dados de 1978 (3) revelaram que na Grande São Paulo apenas 66% da população urbana eram servidos por sistemas de abastecimento de água e 35% por serviços de esgoto sanitário. Mesmo no município de São Paulo, onde investimentos de porte nos sistemas de abastecimento de água estão prestes a resolver esse problema, ainda existe mais de 50% da população urbana sem serviços de esgoto sanitário.

Essa situação, típica de áreas subdesenvolvidas, caracteriza as condições favoráveis à doença. O mesmo perfil de precariedade do estado de saúde da população da Grande São Paulo é obtido quando se examinam os principais indicadores de saúde da Região. Dentre esses indicadores, cuja evolução e análise se encontram no Anexo 5, destacam-se os coeficientes de mortalidade geral e de mortalidade infantil, cujas estimativas para 1979 eram, respectivamente, 8,75 óbitos por mil habitantes e 64,62 óbitos por mil nascidos vivos, dos quais mais de 50% na faixa etária de um a 12 meses. Também a mortalidade em

(1) No período 1960/70, o componente migratório foi responsável por 70% do crescimento demográfico da Região, ficando apenas 30% em função do crescimento vegetativo.

(2) O levantamento pré-censitário de 1980 indicou que 4% da população da Capital moram em favelas, estando 90% situados nas áreas periféricas do Município (Anexo 4).

(3) Dados obtidos junto ao Banco Nacional da Habitação para a elaboração das Diretrizes Setoriais e Ação do Governo, documento organizado pela Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo, 1980. Informações mais detalhadas estão apresentadas no Anexo 4.

crianças de um a quatro anos encontra-se alta uma vez que, em 1978, o coeficiente era de 21,13 por mil habitantes. Além dos valores dos coeficientes, chamam a atenção as causas de óbitos em todas as faixas etárias onde predominam as enterites, doenças diarréicas e pneumonias⁽¹⁾.

Mudanças no quadro atual exigem ações de prevenção da doença e de promoção e proteção à saúde. Essas ações devem ser exercidas tanto sobre o meio ambiente, em aspectos ligados ao saneamento básico, educação e habitação, como sobre o indivíduo, desenvolvidas especificamente pelos órgãos ligados ao Sistema Estadual de Saúde, para se conseguir mais e melhores serviços.

A análise dos recursos disponíveis hoje para a produção de serviços de saúde, que se encontra a seguir, vem comprovar a necessidade urgente de se ampliar e reorganizar o sistema num esforço para atingir níveis adequados de saúde para a população carente. A conscientização dessa população quanto às deficiências do sistema vem crescendo nos últimos anos e tem levado a formação de organizações comunitárias e movimentos populares, que encaminham suas reivindicações diretamente à Secretaria da Saúde na tentativa de exercer maior pressão e de participar mais ativamente na busca de alternativas que representem soluções adequadas aos seus problemas mais eminentes.⁽²⁾

(1) Ver Anexo 5.

(2) O Anexo 6 contém documentos que retratam a participação popular, sua organização e a expressão de suas reivindicações.

III.3 RECURSOS FÍSICOS DISPONÍVEIS PARA A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As instituições públicas de atuação mais significativa no setor saúde na Região da Grande São Paulo são o INAMPS, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria de Higiene do Município de São Paulo e, com menor participação, as Secretarias e Departamentos de Saúde de outros municípios.

III.3.1 O INAMPS

- Serviços Próprios

O INAMPS possui no Município de São Paulo 15 Postos de Assistência Médica (PAM) com um total de 394 consultórios e oito postos nos oito maiores municípios do interior da Grande São Paulo, o que perfaz um total de 550 consultórios disponíveis nos 23 postos da região.

Essas unidades, localizadas em sua grande maioria na área central dos respectivos municípios, desenvolvem atividades de assistência primária e secundária. A Tabela III.6 apresenta, para cada uma das unidades do INAMPS na Região Metropolitana, o número de consultórios e de médicos gerais e especialistas, bem como o equipamento disponível.

Os postos do INAMPS, por sua localização, planta física e pelos recursos humanos e materiais que possuem, apresentam perfeita adequação para atendimento de nível secundário. Por motivos de ordem legal e muitas vezes por determinações de nível central, são desenvolvidas atividades de atendimento primário, levando ao desempenho de funções que contrariam sua tendência natural e forçando a população a grandes deslocamentos.

Além dos postos, o INAMPS possui ainda cinco hospitais na Região da Grande São Paulo, com cerca de 1 100 leitos, conforme mostra a Tabela III.7.

TABELA III.6
REGIÃO METROPOLITANA
RECURSOS FÍSICOS E HUMANOS NOS POSTOS DO INAMPS⁽¹⁾

DISCRIMINAÇÃO	NÚMERO DE CONSULTÓRIOS	NÚMERO DE MÉDICOS		EQUIPAMENTO ESPECIAL ⁽³⁾	
		Gerais ⁽²⁾	Especialistas		
Consolação	31	17	49	RX-1 ELC-2	ELE-1
Bom Retiro	11	-	30	-	
Campos Elíseos	17	24	39	ELC-2	FISIO-1
Vila Maria	5	6	-	-	
Centro	48	61	99	RX-1	ELC-2
Tatuapé	43	34	54	LAB-2	
Belém	29	17	14	-	
Freguesia do Ó	4	14	-	-	
Lapa	30	34	67	LAB-1 RX-1	FISIO-1
Santo Amaro	21	53	20	-	
Água Rasa	6	13	-	-	
Bela Vista	38	48	74	LAB-1 RX-2	ELC-1
Cidade Dutra	13	12	8	-	
Santa Cruz	14	34	11	-	
Várzea do Carmo	84	67	214	LAB-1 RX-5	FISIO-1 ELC-4
TOTAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	<u>394</u>	<u>434</u>	<u>679</u>		
Guarulhos	29	29	19	-	
Moji das Cruzes	10	25	13	-	
Osasco (Helena Maia)	45	68	37	PAT-4 RX-2	ELC-2 FISIO-1 INALO-1
Santo André	31	31	25	PAT-4 RX-5	ELC-2 FISIO-1
Mauá	7	12	1		INALO-1
São Bernardo do Campo	15	19	-	-	
São Caetano do Sul	8	21	-		INALO-1
Osasco	11	7	-		INALO-1
TOTAL OUTROS MUNICÍPIOS	<u>156</u>	<u>212</u>	<u>95</u>		
TOTAL DA GRANDE SÃO PAULO	<u>550</u>	<u>646</u>	<u>764</u>		

(1) Conforme dados de junho de 1980.

(2) Clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral.

(3) RX: Raio-X, ELC: eletrocardiograma, ELE: eletroencefalograma, FISIO: fisioterapia, LAB: laboratório, PAT: patologia clínica, INALO: inaloterapia.

TABELA III.7
 REGIÃO METROPOLITANA
NÚMERO DE LEITOS POR CLÍNICAS NOS HOSPITAIS PRÓPRIOS DO INAMPS⁽¹⁾
 (posição em 30/06/80)

DISCRIMINAÇÃO	BRIGADEIRO	HELIÓPOLIS	HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS	CASA MATERNAL E DA INFÂNCIA	HOSPITAL IPIRANGA ⁽²⁾	TOTAL
Clínica Médica	93	116	-	-	128	337
Pediatria	48	-	60	-	33	141
Clínica Cirúrgica	68	157	30	-	242	497
Obstetrícia	31	-	-	25	38	94
Outras	3	41	-	-	-	44
T O T A L	<u>243</u>	<u>314</u>	<u>90</u>	<u>25</u>	<u>441</u>	<u>1 113</u>

FONTE: INAMPS.

(1) Todos os hospitais do INAMPS na RMSF estão localizados na Capital.

(2) Leitos existentes (não funcionando); hospital em reforma.

Pelo tipo de classificação apresentada na Tabela III.22, pode-se ter a impressão de que tais hospitais realizam atendimento geral; porém, os recursos humanos e o equipamento disponíveis fazem dos mesmos centros altamente especializados que funcionam como última retaguarda do Sistema de Saúde, bem como excelentes centros de formação de recursos humanos na área de saúde, treinando anualmente grande número de médicos e outros profissionais.

- Serviços Contratados

Além dos recursos próprios, o INAMPS planejou contratar na rede particular 20 100 leitos, 9 701 200 consultas gerais e 10 298 200 consultas de pronto atendimento na Região da Grande São Paulo, segundo o orçamento-programa do INAMPS para 1980.

Acredita-se que o alto percentual (48,51%) de consultas de pronto atendimento contratado nos hospitais particulares seja em grande parte constituído por consultas gerais de atendimento primário que, se existisse uma adequada rede de serviços básicos de saúde, poderiam estar sendo oferecidas pelos Centros de Saúde localizados estrategicamente na periferia da Grande São Paulo. Deve-se lembrar ainda que a rede hospitalar existente concentra-se na área central e intermediária da região, como se pode ver na Tabela III.8, o que provoca grandes deslocamentos dos beneficiários da previdência em busca do necessário atendimento, inclusive para a obtenção de assistência primária.

TABELA III.8
REGIÃO METROPOLITANA

DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS CONTRATADOS PELO INAMPS, SEGUNDO ÁREAS CENTRAIS, INTERMEDIÁRIAS OU PERIFÉRICAS

Á R E A	NÚMERO DE HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS CONTRATADOS	POPULAÇÃO APROXIMADA (mil hab.)	LEITOS/MIL HABITANTES
C e n t r a l	36	6 852	1 100	6,23
I n t e r m e d i á r i a	33	3 709	1 700	2,18
P e r i f é r i c a	98	9 531	9 800	0,97
T O T A L	<u>167</u>	<u>20 092</u>	<u>12 600</u>	<u>1,59</u>

FONTE: INAMPS.

- (1) Incluindo os hospitais de convênio universitário (3 092 leitos), leitos de fisiologia (263), psiquiatria (4 972) e oncologia (247).
- (2) As áreas central e intermediária coincidem com as do município de São Paulo. A área periférica inclui a periferia da Capital e todos os demais municípios da Grande São Paulo.

- Serviços Conveniados - Medicina de Grupo

A partir de 1960, começa a surgir na área da Grande São Paulo uma nova modalidade de assistência médica chamada Medicina de Grupo ou convênio-empresa. As indústrias e empresas de serviços asseguram o atendimento médico-hospitalar a seus empregados e dependentes por meio de um convênio com empresas médicas que recebem, mensalmente, da Previdência Social um pré-pagamento equivalente a 5% do salário mínimo de cada empregado segurado. Além dessa subvenção previdenciária, as empresas de Medicina de Grupo recebem ainda uma complementação da empresa ou indústria que as contratam, em geral de valor equivalente à recebida da previdência.

Em levantamento realizado pela Coordenadoria Regional de Controle e Avaliação do INAMPS, em 1979, o número de beneficiários (empregados e dependentes) de convênios-empresa, na área da Grande São Paulo, era de 3 052 206 pessoas. Esses habitantes deviam ser atendidos pelos 62 grupos médicos da região que operavam um total de 238 ambulatórios próprios, dos quais 176 estavam instalados na capital e 62 nos demais municípios da Região Metropolitana. É interessante observar que esses 238 ambulatórios dispunham de 306 consultórios médicos, dos quais 247 (81%) se localizavam na Capital e 59 (19%) nos demais municípios, o que indica o alto grau de deslocamento a que tais convênios obrigam sua população segurada, uma vez que essa população reside, em sua grande maioria, na periferia da Capital e em outros municípios altamente industrializados da Grande São Paulo.

As empresas de Medicina de Grupo geralmente não dispõem de leitos próprios para atendimento de sua clientela, utilizando-se de convênios com a rede privada de hospitais. Não foi possível obter o número exato de leitos conveniados, uma vez que um mesmo leito é conveniado com diferentes empresas.

III.3.2 A Secretaria da Saúde

A Secretaria da Saúde opera, na Região Metropolitana de São Paulo, uma rede de Centros de Saúde com 203 unidades e 514 consultórios médicos distribuídos de maneira mais ou menos uniforme por toda área metropolitana, com uma relação de uma unidade sanitária para cada 62 mil habitantes aproximadamente.

Na Tabela III.9, pode-se verificar que mais de 70% desses prédios são casas alugadas e adaptadas que, em sua maioria, não oferecem condições adequadas para funcionamento de Centros de Saúde.

TABELA III.9
 GRANDE-SÃO PAULO
DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DA SECRETARIA DA SAÚDE,
SEGUNDO CONDIÇÃO DE LOCAÇÃO DO PRÉDIO
 1980

DISCRIMINAÇÃO	POPULAÇÃO (mil hab)	PRÉDIOS				NÚMERO DE CONSULTÓRIOS			
		Alugados	Cedidos	Próprios	Total	Alugados	Cedidos	Próprios	Total
Município de São Paulo	8 490	124	9	18	151	116	13	149	358
Outros Municípios da Grande São Paulo	4 090	11	9	32	52	16	12	120	148
TOTAL DA GRANDE SÃO PAULO	<u>12 580</u>	<u>135</u>	<u>18</u>	<u>50</u>	<u>203</u>	<u>212</u>	<u>25</u>	<u>269</u>	<u>506</u>

FONTE: Coordenadoria de Saúde da Comunidade - Secretaria da Saúde.

A precariedade das condições de atendimento de muitos desses Centros de Saúde pode ser exemplificada pelos dados da Tabela III.10, onde se vê que 80% dos prédios apresentam uma área construída com menos de 400 m² — área mínima para que um centro possa oferecer um atendimento adequado. Problema especial representam os 101 Centros de Saúde, com menos de 200 m², 50% do total de prédios, onde torna-se quase impraticável o atendimento pretendido de uma unidade sanitária.

TABELA III.10
GRANDE SÃO PAULO
DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE SEGUNDO
ÁREA CONSTRUÍDA E PROPRIEDADE DO PRÉDIO

1980

DISCRIMINAÇÃO	PRÓPRIOS	ALUGADOS OU CEDIDOS	TOTAL	
			Nºs Absolutos	Participação (%)
Até 100 m ²	2	39	41	20
101 a 200 m ²	3	63	66	32
201 a 300 m ²	8	29	37	19
301 a 400 m ²	6	15	21	10
Mais de 400 m ²	31	7	38	19
T O T A L	<u>50</u>	<u>153</u>	<u>203</u>	<u>100</u>

FONTE: Coordenadoria da Saúde da Comunidade - Secretaria da Saúde.

Esses Centros de Saúde desenvolvem atualmente um programa de atendimento básico, oferecendo apenas cerca de 27% das consultas previstas na programação de assistência à saúde da população materno-infantil da região. O atendimento na área de clínica médica de adultos é muito precário não atingindo sequer 2% das necessidades dessa população, estimando-se a média de duas consultas/ano por habitante. Tal desempenho não deve causar estranheza, tendo em vista as condições da capacidade instalada da maioria dos centros existentes, muitos dos quais trabalham em regime de tempo parcial.

Por outro lado, é flagrante a relação existente entre a área construída e a propriedade dos prédios. Dos 165 centros com menos de 400 m² de área, 88% estão em prédios alugados ou cedidos, o que evidencia a necessidade de providências urgentes para a substituição dos mesmos. A análise desses dados por distrito sanitário mostra que só os distritos localizados na Região Central do Município de São Paulo é que se encontram em melhor situação e que os centros menores estão, em sua maioria, localizados na periferia da Grande São Paulo.

Com referência a hospitais gerais, a Secretaria conta na área da Grande São Paulo com apenas dois hospitais de clínica infantil com um total de 600 leitos. Infelizmente, tais leitos não estão devidamente integrados com os Centros de Saúde, desenvolvendo suas atividades de forma individualizada e sem programação.

A área de laboratório de saúde pública está a cargo do Instituto Adolfo Lutz que, além de seu laboratório central de referência, conta na Grande São Paulo com mais seis laboratórios regionais, os quais dão uma retaguarda razoável aos centros de saúde no desenvolvimento de suas programações. Os hospitais da Secretaria dispõem de laboratórios, não havendo articulação especial com o Instituto Adolfo Lutz.

III.3.3 Secretaria de Higiene do Município de São Paulo

A Secretaria Municipal possui 56 postos de saúde, 78% dos quais instalados em prédios próprios com adequada planta física para seu funcionamento. A Tabela III.11 apresenta os dados relativos aos postos municipais de saúde. Esses postos desenvolvem uma programação de atendimento materno-infantil que atinge apenas 18% das necessidades de consulta médica previstas na programação de assistência à saúde da população da Capital. A Secretaria de Higiene do Município já iniciou a implantação de programas de assistência médica ao adulto em toda a rede municipal.

A rede de Pronto-socorro Municipal, coordenada pela Secretaria de Higiene, possui 10 unidades com 820 leitos próprios, oferecendo uma média de 115 mil atendimentos mensais e contando com 1 165 leitos de retaguarda contratados e conveniados com hospitais particulares. Essa rede de emergência concentra-se na área central e intermediária do município, possuindo poucas unidades na área periférica da Capital.

III.3.4 Outros Serviços Oficiais de Saúde

Com relação à sua participação no setor saúde, os demais municípios da Grande São Paulo podem ser divididos em dois grandes grupos:

- Municípios com Recursos Próprios de Saúde: são os municípios de Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema, Guarulhos, Osasco e Embu que, pelo seu alto grau de industrialização, possuem recursos para operar rede própria de postos de saúde, perfazendo um total de 96 unidades com 203 consultórios, abrangendo uma população total de cerca de três milhões de habitantes em oito municípios, conforme apresentado na Tabela III.12,

O atendimento desses postos limita-se a programas de pueri

TABELA III.11

CONDIÇÃO DE LOCAÇÃO E NÚMERO DE CONSULTÓRIOS NOS POSTOS DE SAÚDE DA SECRETARIA DE HIGIENE DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1980

DISCRIMINAÇÃO	POPULAÇÃO APROXIMADA (mil hab)	TOTAL DE POSTOS	PRÉDIOS			NÚMERO DE CONSULTÓRIOS EXISTENTES
			Alugados	Cedidos	Próprios	
Divisão São Paulo - Centro	1 480	4	-	1	3	7
Divisão São Paulo - Leste	2 320	18	3	-	15	36
Divisão São Paulo - Sudeste	1 230	8	1	1	6	15
Divisão São Paulo - Norte	3 460	26	2	4	20	60
TOTAL DO MUNICÍPIO	<u>8 490</u>	<u>56</u>	<u>6</u>	<u>6</u>	<u>44</u>	<u>118</u>

FONTE: Secretaria de Higiene do Município de São Paulo.

cultura, pré-natal e imunizações. Alguns municípios operam ainda unidades de emergência sem retaguarda hospitalar própria, dando uma cobertura parcial às necessidades de atendimento médico de urgência de sua população.

- Municípios sem Recursos Próprios de Saúde: esses municípios, por não terem atingido o grau de desenvolvimento industrial dos demais, limitam-se a oferecer, dentro dos seus recursos financeiros, pequenas unidades de emergência e possuem uma grande frota de ambulâncias para o transporte de seus doentes para outros municípios e principalmente para a Capital, consumindo com esse sistema de transporte a quase totalidade de seus recursos de saúde.

Alguns municípios limitam-se a operar alguns Postos de Atendimento Sanitário (PAS) em convênio com a Secretaria da Saúde Estadual. Esses postos, geralmente localizados em áreas mais afastadas dos centros dos municípios, desenvolvem atividades de atendimento a crianças e gestantes com consulta médica intermitente. Na totalidade desses municípios, existem Centros de Saúde Estaduais que são os responsáveis por quase toda a assistência primária oferecida.

TABELA III.12
REGIÃO METROPOLITANA⁽¹⁾
POSTOS DE SAÚDE MUNICIPAIS E CONSULTÓRIOS
1980

DISCRIMINAÇÃO	POSTOS DE SAÚDE	CONSULTÓRIOS MÉDICOS	POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO (mil hab)
Santo André	20	50	550
São Bernardo	20	60	425
São Caetano	8	10	160
Guarulhos	14	14	530
Osasco	19	44	470
Mauá	4	4	205
Diadema	6	6	230
Embu	5	15	95
T O T A L	<u>96</u>	<u>203</u>	<u>2 665</u>

FONTE: Secretaria da Saúde e dados preliminares do Censo 80.

(1) Excluído o município da Capital.

III.3.5 Cobertura

O orçamento-programa do INAMPS para 1980 estabelece, como base dos seus cálculos, que 100% da população da Grande São Paulo é beneficiária da Previdência. Podemos concluir, pois, que a clientela atendida pelos diversos serviços de saúde municipais, estaduais e federais é sempre a mesma, ou seja, deve ter cobertura triplamente garantida pois são contribuintes municipais, estaduais e, por fim, são previdenciários.

Os recursos privados de saúde no setor, que não estejam de alguma forma conveniados com a Previdência Social, ou em menor grau com a Prefeitura do Município da Capital e o Estado, podem ser considerados não significativos dentro do número total de serviços existentes. Os atendimentos prestados por esses serviços exclusivamente privados atingem hoje bem menos de 10% da população da região e sua clientela está concentrada na área central do município de São Paulo e de outros municípios industrializados e dificilmente se utilizará da Rede de Serviços Públicos. Esses recursos limitam-se a um pequeno número de hospitais e aos médicos que prestam atendimento em seus consultórios particulares.

Assim organizado, o Sistema de Saúde na área da Grande São Paulo atua de forma altamente descoordenada, superpondo recursos, com baixo rendimento e baixa eficácia nos serviços prestados. Prova dessa deficiente atuação são as constantes manchetes negativas em jornais sobre as filas e a precariedade do atendimento oferecido à população.

IV IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO

Pelo estudo ora empreendido, foi possível identificar vários pontos de estrangulamento sobre os quais a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo tem condições de atuar através de ações organizadas e coordenadas, conforme proposto neste trabalho. Entre estes pontos de estrangulamento destacam-se:

- As ações sobre o meio ambiente têm efeitos consideráveis, mas limitados

A alta correlação observada no município de São Paulo nos últimos cinco anos entre a melhoria nos serviços de abastecimento de água e a queda nos coeficientes de mortalidade infantil vem comprovar mais uma vez que a ação sobre o meio tem efeitos imediatos sobre os níveis de saúde da população. No entanto, apesar de já se ter atingido um índice com 95% da população servida, os indicadores de saúde ainda se encontram longe dos níveis desejáveis⁽¹⁾.

- O atendimento primário é deficiente

Conforme indicam as principais causas de morte, não vem sendo possível atender adequadamente à população. A atuação de um centro de saúde permite o controle das principais causas de óbito através do programa permanente de imunização, do programa de complementação nutricional, com distribuição gratuita de alimentos, e do programa de saneamento, pelo controle na produção de alimentos e nos estabelecimentos de varejo, entre outros⁽²⁾. A ineficiência na atuação dos centros de saúde advém das deficiências da própria rede de atendimento básico, como exposto a seguir.

(1) Ver Anexos 4 e 5 sobre a situação do saneamento e os indicadores.

(2) Ver Metas e Programas das Unidades Sanitárias Básicas no item VI.2 do trabalho e no Anexo 10.

- Rede hospitalar concentrada e insuficiente

Da mesma forma que os centros de saúde, a situação da rede hospitalar é crítica, dada a grande concentração dos equipamentos destinados aos níveis secundário e terciário da assistência médica. Com uma disponibilidade baixíssima de apenas 2,94 leitos por mil habitantes, em média, para a Grande São Paulo, há áreas em situação precária, como o Distrito Sanitário de Itapetecirica da Serra que, com 350 mil habitantes, dispõe de apenas 0,15 leitos gerais por mil habitantes⁽¹⁾. O que chama especial atenção é a comparação destes dados atuais com os de 1976, conforme mostrado na Tabela IV.1. O aumento no número de leitos hospitalares foi bem menor que o crescimento populacional.

TABELA IV.1
GRANDE SÃO PAULO
REDE HOSPITALAR GERAL

A N O	POPULAÇÃO	HOSPITAIS	LEITOS	LEITOS/MIL HAB.
1976	10 990 169	211	36 017	3,28
1980	12 578 000	222	37 179	2,96

FONTE: Secretaria da Saúde.

- Multiplicidade de instituições atuantes

Com órgãos oficiais das esferas federal, estadual e municipais e com entidades privadas atuando, simultaneamente, em todos os níveis e de modo descoordenado, o Sistema Estadual de Saúde encontra-se completamente desestruturado, conforme apresentado nos itens II e III.3 deste relatório.

(1) Conforme Tabela V.2. Ver também item III.3 e Anexo 7.

- Precariedade de várias unidades sanitárias

A análise apresentada no item III.3.2 deste trabalho mostrou a situação precária de grande parte dos centros de saúde instalados em prédios alugados ou cedidos, dispõem de uma área física insuficiente para um atendimento adequado, às vezes com menos de 100 m² de área construída.

- Número insuficiente de unidades sanitárias

As unidades existentes para servir à população da Região Metropolitana estão numa relação de um centro para 62 mil habitantes, o que, associado à situação de algumas unidades, revela de imediato a impossibilidade de se atingir uma atuação eficiente. Basta lembrar que nos últimos dez anos, enquanto a população da região crescia de 8 para 12,5 milhões de habitantes, o número de centros de saúde passou de 194 para 203.

- Distribuição inadequada das unidades sanitárias

A exemplo do município de Suzano, onde existe apenas uma unidade sanitária para atender a mais de 100 mil habitantes, há várias áreas densamente povoadas na periferia da Grande São Paulo que estão praticamente desatendidas⁽¹⁾.

- Desvinculação da clientela

A insuficiência e a inadequada distribuição espacial da rede de unidades sanitárias básicas não admite a vinculação da população a uma dada unidade, não permitindo a implantação do modelo desejável de atuação com acompanhamento permanente dos indivíduos e famílias.

(1) Os esquemas apresentados no Anexo 7 mostram os centros e postos de saúde existentes em todos os municípios e distritos.

- Desorganizaçãõ dos recursos humanos

No momento atual, os baixos salários que são pagos aos médicos, aos demais profissionais e ao pessoal em geral são um dos responsáveis pelo desestímulo e mal desempenho verificados. Com relação aos médicos, a situação atinge a máxima gravidade, já que a grande maioria trabalha em três ou quatro locais diferentes, dedicando um pequeno número de horas a cada serviço. A inexistência de carreiras para a maioria das categorias profissionais e a ausência de mecanismos para reciclagem e/ou educação continuada completam o quadro.

- Inexistência, até o momento, de uma política de saúde efetiva que determine mecanismos de coordenação, planejamento integrado, regionalização e hierarquização da rede de serviços e integração de fundos para custeio.

V UMA PROPOSTA PARA A GRANDE SÃO PAULO

V.1 UMA NOVA ESTRATÉGIA

Buscando superar os problemas existentes no atendimento médico-sanitário à população da Região Metropolitana de São Paulo, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo elaborou uma proposta de reestruturação do setor, que visa eliminar os pontos de estrangulamento evidenciados.

A coincidência entre os objetivos e meios propostos pela Secretaria e os enunciados no PREVSAÚDE evidenciam a consistência entre a reorganização planejada, que enfatiza a necessidade de hierarquização e regionalização dos serviços, e a Política Nacional de Saúde em discussão.

O primeiro ponto de estrangulamento a ser eliminado é o das deficiências qualitativas e quantitativas da rede de serviços de saúde. Neste sentido, prevê-se a construção de novas unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas prioritárias ou para substituir unidades já existentes, mas cujas condições deixem a desejar.

Concomitante com a ampliação física da rede, o novo modelo prevê uma mudança na forma de atuação de todas as unidades disponíveis. Nesse sentido, os postos municipais passariam a exercer atividades idênticas às dos centros de saúde, perfeitamente entrosados com a política estadual de saúde. Com relação aos postos de atendimento do INAMPS, na maioria dos casos eles teriam suas atividades deslocadas do atendimento de nível primário para os níveis secundário e de ambulatórios especializados.

Finalmente, cabe mencionar que o novo modelo considera uma política de recursos humanos adequada aos objetivos propostos e se encontra inserido num contexto compatível com as possibilidades de arrecadação e vinculação de recursos financeiros necessários ao seu custeio.



A elaboração da nova proposta foi desenvolvida segundo duas linhas de trabalho paralelas e interligadas. A primeira, a nível central, visando ao planejamento integrado com as demais instituições do setor saúde da região e com comissões a nível de autoridade e do pessoal de assessoria e planejamento, de modo a permitir ao mesmo tempo o desenvolvimento de instrumentos de articulação e a troca de informações entre a Secretaria da Saúde, o INAMPS e a Prefeitura da Capital. A segunda, a nível periférico, desenvolveu-se diretamente no campo, com as equipes locais de saúde, coordenadas pelas equipes distritais e com o apoio logístico e normativo dos níveis centrais.

Dessa forma, a Secretaria da Saúde pretendeu utilizar toda a experiência e informações disponíveis para garantir que o modelo proposto viesse realmente ao encontro das necessidades e das expectativas da população.

V.2 A NOVA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A proposta elaborada pela Secretaria da Saúde baseou-se nos seguintes princípios:

- do direito de todo indivíduo à saúde;
- do direito à assistência médico-odontológica integral de toda a população;
- da vinculação de cada unidade de saúde a determinada população;
- da garantia de facilidade de acesso ao serviço;
- da participação comunitária nas agências de saúde;
- da regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços das instituições;
- do planejamento integrado interinstitucional;
- do planejamento a partir do nível local (horizontalização programática).

Os princípios acima expostos deverão ser alcançados através da organização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, segundo um sistema hierarquizado e regionalizado composto por:

- rede de serviços básicos de saúde;

- rede de hospitais gerais;
- rede de unidades ambulatoriais para atendimento médico especializado;
- rede de laboratórios de saúde pública.

A rede de serviços básicos de saúde deverá ser a rede de unidades sanitárias municipais e estaduais, distribuídas geograficamente pela área segundo a acessibilidade da população e deverá ser integrada por unidades de dois tipos: para 10 mil e para 20 mil habitantes. Tais unidades garantirão a continuidade do atendimento aos indivíduos e famílias de sua área de influência.

Essas unidades que atendem universalmente à população, sem distinção de vinculação previdenciária, são semelhantes em seus programas, diferenciando-se apenas pelo tamanho da população de sua área de influência. Deverão desenvolver atividades de assistência médico-odontológica, atendimento de enfermagem pre e pós-consulta, vacinação, suplementação alimentar, visitação domiciliar, aplicação de tratamentos, trabalho de grupo, aplicação de provas e testes, e saneamento alimentar, através dos programas de assistência à criança, à gestante e ao adulto e do programa de saneamento dos alimentos e dos subprogramas de saúde mental e de controle de tuberculose e hanseníase (ver Anexo 10).

A rede de serviços básicos deverá ser a porta de entrada do sistema e contará com recursos humanos e equipamentos de forma a ter um alto poder de resolução.

A rede de hospitais gerais, já existente ou a ser instalada, deverá caracterizar-se pela prestação de serviços aos clientes encaminhados pela rede de serviços básicos e deverá oferecer assistência hospitalar geral com ênfase nas patologias de maior incidência e que não dependem de alta tecnologia.

Basicamente deverá oferecer internação para partos, pequenas e médias cirurgias e problemas clínicos de adultos e crianças. As novas unidades deverão contar com cerca de 150 leitos e não deverão dispor de ambulatório, já que a rede de unidades sanitárias deverá realizar esse atendimento ambulatorial.

As unidades ambulatoriais para atendimento especializado deverão estar estrategicamente situadas em função das grandes vias de acesso, tendo em vista a abrangência da área geográfica coberta pelas unidades básicas que lhes encaminharão pacientes. Tais unidades deverão ser em pequeno número, tendo em vista o poder de resolução esperado das mesmas. Os atuais ambulatórios do INAMPS poderiam ser integrados para comporem ou complementarem essa rede de ambulatórios de atendimento especializado.

Ênfase especial deverá ser dada ao sistema de referência e contra-referência nos vários níveis da rede proposta, bem como com a rede já existente na área central e periférica e também com os hospitais de ensino.

A rede de laboratórios de saúde pública, a ser operada pelo Instituto Adolpho Lutz, praticamente já esta instalada. Para que haja a sua efetiva integração com sistema proposto, há necessidade de se readequar algumas normas de seu funcionamento e desenvolver um eficiente sistema de transporte.

O Instituto Adolpho Lutz mantém inclusive vários convênios com o Ministério da Saúde, o que possibilitará a formação, treinamento e reciclagem de pessoal a ser utilizado na rede de laboratórios da Região Metropolitana de São Paulo.

V.3 O TAMANHO ÓTIMO DAS UNIDADES

A determinação do tamanho das unidades sanitárias para 10 mil ou para 20 mil habitantes baseou-se na constatação de que acima desses números a administração da unidade se tornaria extremamente difícil. Para se ter uma idéia de acordo com a programação de saúde estabelecida, uma unidade sanitária para 50 mil habitantes, por exemplo, deveria contar com cerca de 100 funcionários, o que determinaria a implantação de uma administração altamente burocratizada ou com um grau de sofisticação incompatíveis com a administração de nível local.

Deseja-se que o relacionamento da equipe de saúde com a população, principalmente o relacionamento médico-paciente e o dos dirigentes com a população, seja o mais informal e o melhor possível para que não seja necessário restringir a atenção, individualizando os cuidados, permitindo-se também a real participação da comunidade. Unidades para atendimento de mais de 20 mil habitantes não permitem, ou pelo menos dificultam ao extremo, tal tipo de relacionamento. O efeito da utilização de um prontuário familiar ao invés de individual, visando realizar uma forma de assistência que tenha como foco de atenção o grupo familiar, ficaria praticamente anulado se as unidades sanitárias forem destinadas a grandes massas.

Por outro lado, deseja-se que as unidades possam ser facilmente atingidas pelos usuários e pode-se dizer que só tem assistência quem puder chegar a um posto de atendimento pelos seus próprios meios de locomoção, o que, para grande parte da população, vale dizer a pé. Esta é mais uma das razões para o tamanho e área de abrangência selecionados como ótimos para as novas unidades⁽¹⁾.

O estabelecimento de 150 leitos para os hospitais planejados deu-se em decorrência da necessidade de não se sofisticar os serviços auxiliares, além da teoria de que um leito para mil habitantes dentro de um sistema integrado de atendimento (rede de serviços básicos e rede de hospitais gerais) será suficiente, ao menos numa etapa inicial. O projeto arquitetônico do hospital está sendo modulado de tal forma que seja possível sua ampliação em caso de necessidade.

Os 150 leitos do hospital serão assim distribuídos: clínica

(1) Para as unidades que atenderão a grupos de menos de 10 000 habitantes, a alocação de equipamento e de pessoal será a mesma que para os centros destinados a 10 000 habitantes, uma vez que qualquer redução de pessoal, particularmente na área médica, redundaria em baixo rendimento quantitativo e qualitativo.

médico-cirúrgica, com 60 leitos, clínica toco-ginecológica, com 50 leitos e clínica pediátrica, com 40 leitos.

Além das internações, os hospitais serão responsáveis também pelo atendimento de emergência. Conforme estimativas do PREVSAÚDE, cerca de 15% da demanda por serviços básicos corresponderiam à necessidade de assistência para emergências; des^{de} modo, na área de influência de cada hospital, seriam gerados em média 45 mil atendimentos de emergência por ano.

V.4 AMPLIAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BÁSICOS

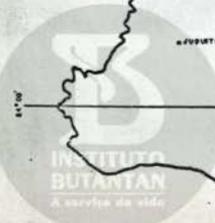
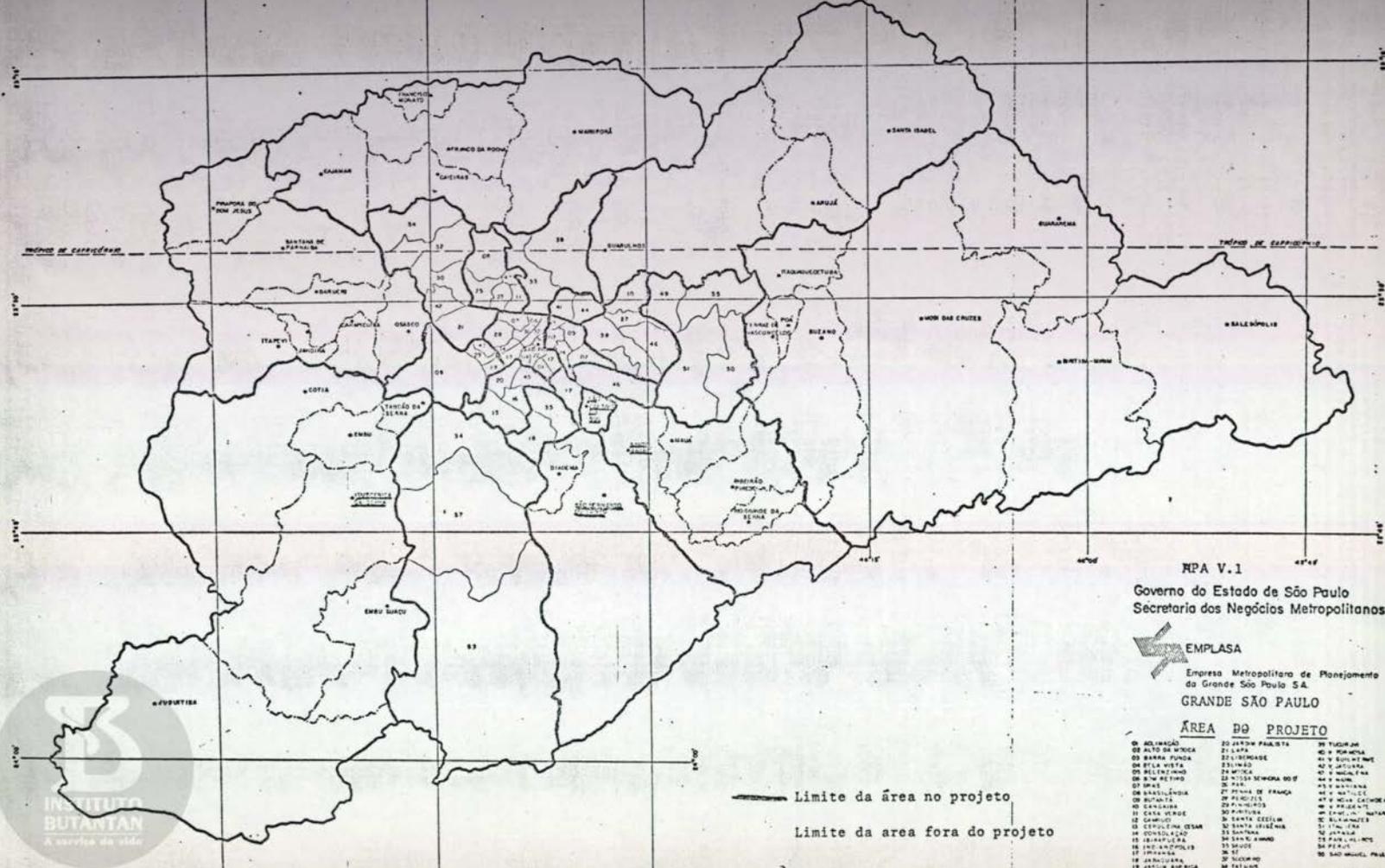
V.4.1 A Área do Projeto

A proposta de um novo modelo de atuação para toda a Região Metropolitana e, posteriormente, para o resto do Estado de São Paulo pressupõe inicialmente que o equipamento e os recursos humanos estejam em operação na produção dos serviços de forma adequada e bem distribuída. Conforme analisado anteriormente⁽¹⁾, os recursos do setor de saúde apresentam deficiências mais marcantes em algumas áreas do que em outras.

Com o objetivo de atender prioritariamente às áreas mais carentes, delimitou-se primeiramente quais os distritos sanitários da Grande São Paulo onde se faz mais necessária a ampliação da rede de serviços.

Essa delimitação definiu a área do projeto que exclui a zona central do município de São Paulo e os subdistritos de Pinheiros, Vila Madalena e Jardim América, além dos municípios de Diadema, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano que, conforme indicado, contam com uma estrutura mais adequada que as demais áreas da Grande São Paulo. A área do projeto, indicada no Mapa V.1, abrange portanto 16 distritos sanitários, compreendendo aproximadamente 9,1 milhões de habitantes (73% da população e 90% da área da Região).

(1) Vide o diagnóstico da Região Metropolitana apresentado no item III.6 deste relatório.



MPA V.1
 Governo do Estado de São Paulo
 Secretaria dos Negócios Metropolitanos

EMPLASA
 Empresa Metropolitana de Planejamento
 da Grande São Paulo
GRANDE SÃO PAULO

ÁREA DO PROJETO

- | | | |
|------------------|----------------------|--------------------|
| 01 MELIMÓDIO | 20 JARDIM PAULISTA | 38 TUCURUVI |
| 02 ALTO DE WOODS | 21 LAPA | 39 V. MORUMBAI |
| 03 BARRA FUNDA | 22 BOMBARDEIROS | 40 V. SUMMIT MOUNT |
| 04 BILA WELLS | 23 BILACÓDIA | 41 V. ATELAS |
| 05 BELLE VUE | 24 BRÁS | 42 V. MALHADA |
| 06 BOM FÉTIMO | 25 VILA SERRANA NO O | 43 V. MORUMBAI |
| 07 BRÁS | 26 P. S. | 44 V. MALHADA |
| 08 BUBALÉNDIA | 27 PRIMEIRA FRANÇA | 45 V. MALHADA |
| 09 BUBALÉNDIA | 28 P. S. | 46 V. MALHADA |
| 10 CANTAREAS | 29 P. S. | 47 V. MALHADA |
| 11 CANTAREAS | 30 P. S. | 48 V. MALHADA |
| 12 CANTAREAS | 31 SANTA CECÍLIA | 49 V. MALHADA |
| 13 CANTAREAS | 32 SANTA CECÍLIA | 50 V. MALHADA |
| 14 CANTAREAS | 33 SANTA CECÍLIA | 51 V. MALHADA |
| 15 CANTAREAS | 34 SANTA CECÍLIA | 52 V. MALHADA |
| 16 CANTAREAS | 35 SANTA CECÍLIA | 53 V. MALHADA |
| 17 CANTAREAS | 36 SANTA CECÍLIA | 54 V. MALHADA |
| 18 CANTAREAS | 37 SANTA CECÍLIA | 55 V. MALHADA |
| 19 CANTAREAS | 38 SANTA CECÍLIA | 56 V. MALHADA |
| 20 CANTAREAS | 39 SANTA CECÍLIA | 57 V. MALHADA |
| 21 CANTAREAS | 40 SANTA CECÍLIA | 58 V. MALHADA |
| 22 CANTAREAS | 41 SANTA CECÍLIA | 59 V. MALHADA |
| 23 CANTAREAS | 42 SANTA CECÍLIA | 60 V. MALHADA |

— Limite da área no projeto
 - - - Limite da área fora do projeto

ESCALA

V.4.2 Dimensionamento das Necessidades e Distribuição Territorial dos Equipamentos: Um Planejamento Ascendente

Para fins de planejamento, o distrito sanitário foi adotado como unidade geográfica básica. X Cada distrito conta com uma equipe técnica composta de um médico sanitarista, uma enfermeira de saúde pública e um educadora. Na área geográfica do distrito trabalham em geral cinco médicos sanitaristas dirigindo unidades sanitárias, além de alguns elementos de enfermagem, serviço social e educação sanitária.

2^o X Conta ainda a equipe distrital com pessoal auxiliar, que em geral tem bom conhecimento da área, pois nela trabalha diariamente há muitos anos.

Essa participação de pessoal de nível distrital e local vem de encontro ao natural desejo desses profissionais de participarem efetivamente nas decisões e no planejamento da organização e melhoria da assistência médica na sua área de trabalho.

Coube aos elementos do nível central garantir a uniformidade de critérios e métodos empregados no planejamento, bem como dar apoio e facilidades para o trabalho a ser desenvolvido.

Estabelecidas as normas iniciais, as equipes locais e distritais passaram a desenvolver um trabalho mais objetivo de reconhecimento da área, estudando a distribuição da população, as vias de acesso, as barreiras naturais, as características peculiares de urbanização e a distribuição dos serviços existentes. Com base nesses levantamentos, os responsáveis pelos distritos procederam a uma delimitação de áreas identificando zonas de influência para as unidades já existentes e indicando locais para instalação de novas unidades e suas respectivas áreas de atuação.

Para o cálculo da população da área de abrangência de cada unidade sanitária utilizou-se as informações que a FIBGE levantou quando da contagem rápida de domicílios por setor censitário, com vistas ao Censo Demográfico de 1980. Foi as-

sim possível estimar com boa precisão a população da área de influência de cada unidade planejada. ✓

V.4.3 Planejamento de Unidades Sanitárias

Após o levantamento geral das necessidades em termos de unidades sanitárias das áreas intermediária e periférica da Região Metropolitana, realizado na forma anteriormente descrita, e agregando os serviços já existentes na região central da Capital⁽¹⁾ e nos municípios do ABCD e Osasco, chegou-se ao dimensionamento da rede para a Região da Grande São Paulo como um todo.

São necessárias atualmente 701 unidades sanitárias para que a Região Metropolitana de São Paulo esteja satisfatoriamente equipada para produzir serviços básicos de saúde adequados.

Desse total, 591 unidades estariam localizadas na área do projeto e 110 nas demais áreas não abrangidas pelo projeto, estas já existentes.

Entre as 591 unidades planejadas para a área do projeto, 99 já se encontram funcionando em boas condições atualmente e seriam mantidas sem nenhuma modificação das quais 40 são centros de saúde estaduais, 38 são postos municipais na Capital e 21 são postos de outros municípios.

Urge, portanto, construir 492 novas unidades sanitárias⁽²⁾, 141 para substituir unidades que estão funcionando sem as condições mínimas necessárias e 351 para suprir as populações que, no momento, não dispõem de atendimento.

(1) *Inclusive os subdistritos de Pinheiros, Vila Madalena e Jardim América.*

(2) *Algumas dessas unidades planejadas já estão sendo construídas e outras já têm recursos assegurados, conforme a apresentado no item VI deste trabalho, quando se aborda a questão do financiamento do projeto.*

TABELA V.1
REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES PARA ASSISTÊNCIA GERAL
E PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO

1980

DISCRIMINAÇÃO	POPULAÇÃO (mil hab.)	Nº DE LEITOS	LEITOS/ MIL HABI- TANTES
Área Central (Distritos Sanitários de Santa Cecília, Belenzinho e Vila Mariana e Subdistritos de Pinheiros, Vila Madalena e Jardim América)	1 632	17 432	10,69
Municípios do ABCD + Osasco	1 841	4 566	2,48
Área do Projeto (intermediária + periférica)	9 105	(1) 15 181 13 036	1,67 1,44
TOTAL	<u>12 578</u>	<u>37 179</u>	<u>2,96</u>
Área Projeto Acrescida de 40 Hospitais	<u>9 105</u>	<u>19 036</u>	<u>2,09</u>
TOTAL ACRESCIDO DE 40 HOSPITAIS	<u>12 578</u>	(1) <u>43 179</u>	<u>3,44</u>

FORTE dos Dados Brutos: Coordenadoria de Assistência Hospitalar, Secretaria da Saúde; Censo 80 - Dados Preliminares.

(1) Incluindo 2 145 leitos do HC da FMUSP.

V.4.4 Planejamento das Unidades Hospitalares

A análise da distribuição dos leitos hospitalares para assistência geral nas áreas consideradas é mostrada na Tabela V.1.

Procurando melhorar a oferta de leitos hospitalares para assistência geral nas áreas intermediária e periférica e procurando, ao mesmo tempo, estabelecer um bom intercâmbio entre os hospitais e os centros de saúde, projetou-se a construção de 40 hospitais de 150 leitos, o que permitirá elevar a quase dois leitos para cada mil habitantes a taxa na área em questão.

Nas áreas onde serão implantadas as novas unidades sanitárias e os novos hospitais, procurou-se garantir a existência de um centro de saúde para cada 15 mil habitantes em média e um hospital de 150 leitos para cada 150 mil habitantes, oferecendo assim, nas áreas mais carentes, pelo menos um leito para mil habitantes.

Sem dúvida, é fato que um leito por mil habitantes está muito longe dos padrões internacionais (de quatro a seis leitos por mil habitantes). Entretanto, há que se considerar que o modelo assistencial proposto deverá ter um alto grau de resolução ao nível ambulatorial, evitando-se internações desnecessárias ou médias de permanência prolongada e também que todo equipamento já existente nas áreas central e intermediária continuará a ser utilizado com um adequado sistema de referência e contra-referência.

V.4.5 Planejamento da Assistência Ambulatorial Especializada

Estimando-se em 80% a capacidade de resolução da rede de serviços básicos, como preconiza o PREVSAÚDE, calcula-se que na área do projeto cerca de quatro milhões de consultas das várias especialidades seriam referidas aos serviços de nível secundário (ambulatório especializado).

Tais ambulatórios especializados deveriam também estar localizados na área do projeto, sendo proposto um ambulatório especializado para cada 20 unidades básicas de saúde, cobrindo portanto cerca de 300 mil habitantes e podendo oferecer em torno de 120 mil consultas por ano.

Para tanto, seriam necessários ambulatórios com 10 consultórios funcionando em três turnos de quatro horas, com uma área física de aproximadamente mil metros quadrados. Dessa forma, a área do projeto comportaria 20 ambulatórios especializados.

V.5 MACROLOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS E HOSPITALARES

A construção de 492 centros de saúde e 40 hospitais gerais virá garantir a existência de uma unidade sanitária para cada 15 mil habitantes em média e um hospital de 150 leitos para cada 150 mil habitantes, oferecendo assim, na área do projeto, dois leitos por mil habitantes e, nas áreas mais carentes, pelo menos um leito por mil habitantes.

A Tabela V.2 apresenta para cada distrito sanitário a área e a população do distrito e as necessidades em termos de equipamento de saúde.

Em cada distrito sanitário foi possível definir a macrolocalização das unidades sanitárias e hospitalares, que pode ser visualizada nos esquemas e quadros apresentados no Anexo 7 para cada distrito ⁽¹⁾.

(1) O processo de macrolocalização das unidades depende em última análise da disponibilidade de área física nos bairros e subdistritos selecionados. A procura dos terrenos adequados já vem sendo realizada, sendo que para algumas unidades a área já se encontra mais precisamente determinada.

TABELA V.2
POPULAÇÃO, ÁREA E EQUIPAMENTO EXISTENTE E PLANEJADO POR DISTRITO SANITÁRIO DA ÁREA DO PROJETO

1980

DISCRIMINAÇÃO	POPULAÇÃO (mil hab)	ÁREA (km ²)	UNIDADES SANITÁRIAS ⁽²⁾						UNIDADES HOSPITALARES				
			Situação Atual		Necessárias para atendimento global	A Serem Mantidas		A Serem Construídas (2)	Leitos Existentes ⁽³⁾		150 Leitos a Construir	Acréscimo em leitos por mil hab	Número de leitos/1000 hab
			CS	PAM		CS	PAM		nº leitos	Leitos/1000 hab			
DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	6 859	1 377,5	136	55	391	15	38	338	9 755	1,42	20	0,63	2,05
Vila Maria	208	18,3	6	2	11	1	1	9	275	1,52	1	0,71	2,23
Vila do Franga	858	76,2	25	6	49	1	4	44	1 301	1,51	5	0,87	2,38
São Miguel Paulista	1 252	189,1	17	11	71	3	7	61	551	0,41	7	0,80	1,21
Capuçu	556	43,3	11	5	26	3	4	19	2 131	3,81	1	0,27	4,1
Vila Presidente	676	47,9	15	3	42	1	1	40	1 130	1,67	1	0,22	1,89
Itaquera	737	122,5	13	7	35	2	7	26	1 108	1,50	1	0,20	1,70
Área Sulmar do S	584	46,9	14	3	35	1	3	31	325	0,56	3	0,77	1,25
Itaquera	424	116,0	15	5	28	1	4	23	(5) 988	2,33	2	0,71	3,04
Itaquera	318	53,6	8	2	22	-	2	20	(5) 365	1,24	2	0,94	2,18
Santa Ceclia	1 246	633,7	12	11	72	2	5	65	1 545	1,21	6	0,72	1,93
DISTRITOS SANITÁRIOS EM OUTROS MUNICÍPIOS	2 246	5 812,0	43	35	200	25	21	154	3 281	1,46	11	0,73	2,19
Carapicuíba	579	791,0	6	14	56	6	14	36	1 441	2,49	1	0,26	2,75
Vila das Cruzes	519	2 135,0	11	-	49	5	-	44	970	1,87	3	0,87	2,74
Santa Ceclia (1)	282	209,0	5	4	21	2	2	17	436	1,53	1	0,53	2,06
Osasco	363	485,0	9	-	33	4	-	29	184	0,50	4	1,65	2,15
Guarulhos	154	731,0	5	-	13	3	-	10	193	1,25	-	-	1,25
Induperaiva da Serra	349	1 491,0	7	7	28	5	5	18	51	0,15	2	0,86	1,01
TOTAL DA ÁREA DO PROJETO	9 105	7 219,5	179	90	591	40	59	492	13 036	1,43	40	0,66	2,09

(1) CS: Centro de Saúde do Estado; PAM: Posto de Assistência Médica Municipal.

(2) Não se considera, para efeito desta tabela, que algumas dessas unidades planejadas serão construídas com recursos já vinculados por outras instituições. Esta consideração está apresentada no It. VI, que aborda os aspectos relativos ao financiamento do projeto.

(3) Inclui os hospitais especializados.

(4) SS inclui a área dos distritos que esteja no projeto.

(5) SS inclui 2 115 leitos do Hospital das Clínicas.

Handwritten notes and calculations: $1,43 \times 9105 = 13036$

Handwritten number: 59

VI DESCRIÇÃO DO PROJETO

VI.1 DINÂMICA DO SISTEMA PROPOSTO

Integrado por uma rede de unidades básicas de saúde e laboratórios de saúde pública, o sistema terá as seguintes características:

VI.1.1 Clientela Universal

O sistema atenderá indistintamente à vinculação previdenciária ou de qualquer outro tipo.

VI.1.2 Porta de Entrada, Área de Influências, Referência e Contra-referência e Continuidade da Assistência

As unidades básicas de saúde, salvo para os casos de emergência, serão a única porta de entrada para o sistema. Cada unidade atenderá a toda a população de sua área de influência que foi definida a priori no projeto. Tal delimitação de área não impedirá, entretanto, o atendimento a pessoas de fora da mesma.

Como se pretende que todos os aglomerados populacionais possam ter fácil acesso a UBS, com mesmas características de programação e assistência, é de se esperar que não ocorram grandes invasões e evasões de áreas de influência.

As unidades básicas de saúde devem assumir integralmente o cuidado de sua clientela, referindo os casos mais complexos para outros níveis, mas recebendo de volta seus clientes e

garantindo a continuidade da assistência aos mesmos. A referência de clientes para outros níveis se fará acompanhar de impresso especial no qual se explicitará o motivo da consulta ou do pedido de internação. A volta do cliente à unidade básica será acompanhada por relatório do especialista indicando diagnósticos, tratamento estabelecido, conduta a ser seguida na unidade básica, futuros retornos e/ou outros controles necessários.

Especialmente com relação aos doentes de hanseníase e tuberculose, algumas unidades da Secretaria da Saúde localizadas estrategicamente funcionarão como retaguarda especializada para receber os casos cuja solução escape à competência da unidade básica.

Nos casos de internação, após a mesma, um resumo dos principais fatos acompanhará o cliente que continuará seu tratamento na unidade básica de saúde.

A utilização de prontuário familiar facilitará a assistência enfocada no grupo familiar e a visita domiciliar quando necessária.

Com relação à ligação com os laboratórios de saúde pública, será necessário estabelecer um sistema de coleta de materiais e entrega de resultados que evite o deslocamento da clientela e garanta, pela normatização e centralização da execução dos exames, a qualidade dos mesmos.

VI.1.3 Direção das Unidades

A direção técnico-administrativa das unidades básicas de saúde deverá ser realizada pela equipe constituída por enfermeira, assistente social e médico-sanitarista. Os médicos consultantes e as equipes auxiliares deverão também participar da administração da unidade, integrando o Conselho Técnico-administrativo.

Ao médico sanitário caberá o comando de todos os setores da unidade. Ao nível do hospital, o comando da unidade será

do superintendente que se instrumentará de quantos setores técnicos administrativos se fizerem necessários para a direção técnica do mesmo.

O Conselho Técnico-administrativo do hospital contará com representação dos comandos das unidades básicas de saúde de sua área, de tal forma que a integração possa ser discutida entre aqueles que a irão realizar.

VI.1.4 A Participação da Comunidade no Sistema

A comunidade, independentemente de suas formas organizacionais próprias, deverá ser garantida a possibilidade de fiscalização do trabalho das unidades básicas de saúde ou das unidades hospitalares.

Já há alguma experiência desenvolvida nas unidades sanitárias com os chamados conselhos de comunidade, que são integrados por usuários da unidade, residentes em sua área de influência e que, em algumas regiões, foram eleitos pela comunidade. Idealiza-se neste conselho um representante para cada 500 ou mil habitantes.

Representantes dos conselhos de comunidade das unidades básicas da área de abrangência de um hospital poderão vir a constituir um Conselho Comunitário que ajude na fiscalização do funcionamento do mesmo e que traga para a discussão problemas específicos de suas áreas.

VI.1.5 Regionalização e Hierarquização

A Coordenadoria de Saúde da Comunidade, órgão da Secretária da Saúde ao qual estão afetas as unidades sanitárias, tem como ponto básico de sua estrutura as divisões regionais de saúde, que, na área da Grande São Paulo, são no momento em número de quatro.

A divisão geográfica das atuais regionais deixa a desejar, pois pelo menos para uma das divisões de saúde, a Norte-Oeste, as distâncias são muito grandes, assim como o número de habitantes. Está em fase de aprovação uma nova organização,

que dividirá a Região Metropolitana em cinco divisões de saúde, de forma mais equilibrada quanto à população e ao tamanho de cada uma delas.

Por sua vez, as divisões regionais de saúde são integradas por distritos sanitários que, como já dissemos, incluem um ou mais municípios ou subdistritos de paz.

O distrito sanitário conta com uma equipe técnica encarregada de supervisionar a execução de atividades, orientar a aplicação de normas técnicas e administrativas, coordenar a atuação das unidades entre si e acompanhar e controlar a execução dos programas de saúde. As equipes distritais desempenharão importante papel na implantação da nova sistemática de trabalho. À medida que forem implantadas as novas unidades, haverá necessidade de se criar maior número de distritos sanitários para que se procure chegar à proporção de um hospital e 10 unidades básicas para cada distrito sanitário.

VI.1.6 Coordenação de Hospitais e Unidades Básicas de Saúde

Para que se consiga uma efetiva vinculação dos hospitais com as unidades sanitárias de sua área de influência, serão constituídas equipes de trabalho, primeiro a nível dos responsáveis pelas respectivas coordenadorias e depois a nível local, criando-se um conselho distrital com a participação de dirigentes de unidades básicas, dirigentes distritais, dirigentes hospitalares e dos laboratórios de saúde pública.

Com o evoluir do processo, talvez se chegue à proposição de uma única Coordenadoria de Assistência Médica que englobe as duas hoje existentes (Coordenadoria de Saúde da Comunidade e Coordenadoria de Assistência Hospitalar).

VI.1.7 Política de Pessoal

- Recrutamento

O recrutamento de pessoal de um modo geral, mais particularmente para as unidades básicas e em especial com relação ao

peçoal auxiliar, deverá ser feito nas próprias áreas de influência das unidades.

Assim ocorrendo, teremos funcionários com maior facilidade de interação com a clientela, podendo contribuir para que a equipe conheça melhor a realidade da área e que, ao invés de simples servidores, se tornem verdadeiros agentes de transformação da situação de saúde das comunidades.

Dentro em breve, nas áreas de construção das futuras unidades, deverão ser descobertos os elementos com as qualificações requeridas ou, na falta desses, os elementos com potencial necessário para, com o devido treinamento, serem utilizados nas unidades.

- Seleção e Treinamento

Com relação aos profissionais necessários ao sistema, a Secretaria já possui bastante experiência nos processos de seleção e treinamento, principalmente com referência aos médicos, médicos sanitaristas e enfermeiros.

O próprio mecanismo de seleção pode ser aproveitado para a disseminação de informações importantes a respeito da nova sistemática de trabalho.

- Criação de Carreiras

A experiência já adquirida com a carreira de médicos sanitaristas permitiu à Secretaria constatar e avaliar as vantagens trazidas quanto ao estímulo funcional e às possibilidades de aprimoramento, atualização e reciclagem dos profissionais. Já se estuda a criação de outras carreiras de saúde pública, bem como uma carreira para os médicos consultantes.

- Política de Salários e Local de Trabalho

Como já referido anteriormente, os atuais salários são realmente desestimulantes. Estuda-se uma reformulação geral de

vencimentos e, especialmente com referência aos médicos, busca-se oferecer um nível salarial que permita fixar o profissional em um único emprego.

A proposta deste projeto contempla permitir aos médicos trabalhar nas unidades básicas e também nos hospitais de sua área, propiciando-lhes acompanhar o atendimento completo de seus clientes, além de poder trabalhar em dois níveis diferentes de complexidade, o que lhes trará maior satisfação profissional, estímulo ao aprimoramento, além de facilitar o entrosamento das unidades básicas com os hospitais.

VI.1.8 Avaliação do Sistema

A avaliação programática das unidades básicas de saúde deverá se realizar conforme esquema já existente. Os atuais centros de saúde da Secretaria encaminham mensalmente boletins de produção de serviços (Anexo 8) que são processados em nível central pelo Centro de Informações de Saúde. Através desses boletins, é possível avaliar unidade por unidade, relativos à cobertura, concentração de consultas médicas e de atendimento de enfermagem e rendimento do instrumento dentro dos vários programas e subprogramas.

A avaliação das unidades hospitalares poderá se fazer por meio de computação eletrônica, o que permitirá a montagem de uma matriz de avaliação de hospitais, além de fornecer o estoque diário de vagas nos vários hospitais da área metropolitana de São Paulo.

Esse sistema de utilização do computador para dados hospitalares já está implantado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e sua expansão a toda a rede exigirá apenas pequenas adaptações.

VI.1.9 Coordenação Interinstitucional

Já existem mecanismos de coordenação das principais instituições envolvidas, ou seja, Ministérios da Saúde, INAMPS, Secretaria da Saúde e Prefeituras Municipais. Pelo Decreto nº

14 032, de 27 de setembro de 1979, o Senhor Governador do Estado constituiu a Comissão Permanente de Trabalho para instituir o Planejamento Integrado de Saúde do Estado, como está previsto na Lei nº 6 229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde. Tal Comissão é composta pelo:

- Secretário de Estado da Saúde, que é o seu Presidente;
- Diretor do DTN-Departamento Técnico Normativo, da Secretaria de Estado da Saúde;
- Assessor Técnico do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, responsável pela área de Economia e Finanças e Orçamento;
- responsável pelo Órgão Setorial de Recursos Humanos, da Secretaria de Estado da Saúde;
- Delegado Federal de Saúde do Estado;
- Superintendente Regional do INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social no Estado;
- o Secretário Regional de Planejamento do INAMPS no Estado.

Esta Comissão tem as seguintes atribuições:

- coordenar os estudos e as atividades que objetivam a implantação do SNS-Sistema Nacional de Saúde no Estado;
- criar e implantar, a nível do Estado, metodologia unificada de elaboração de planos, programas e projetos na área de saúde;
- preparar estudos para o estabelecimento de diretrizes gerais e objetivos a serem alcançados pelo SNS no Estado;
- planejar e determinar a localização de todas as Unidades Públicas de Saúde e orientar e disciplinar a localização de unidades privadas de saúde no Estado;
- tomar ou determinar outras providências necessárias à implantação do SNS;
- promover a avaliação geral dos resultados obtidos pela implantação do SNS no Estado.

A Prefeitura do Município de São Paulo estabeleceu, autorizada pela Lei nº 8 594, de 15 de agosto de 1977, convênio amplo com a Secretaria da Saúde visando assegurar melhor atendimento à população. Esse convênio permite o estabelecimento

de um único programa para as unidades de saúde das duas instituições, a utilização recíproca de pessoal e equipamentos, bem como estabelece comissão para estudar as formas de inter-relação técnica e o planejamento integrado para localização de novas unidades.

Decreto aprovado pelo Governo do Estado autoriza o Secretário da Saúde a estabelecer convênio, como o que foi celebrado com o Município de São Paulo, com outros municípios. Existem, pois, os instrumentos legais para estabelecimento de adequados mecanismos de coordenação.

O planejamento das unidades básicas, hospitais e unidades ambulatoriais especializadas, incluídas neste projeto, já foi feito por comissão interinstitucional já mencionada antes. Concomitantemente ao estudo da localização das novas unidades, há um grupo de trabalho cuidando da uniformização dos programas de assistência das unidades básicas da Secretaria da Saúde do Estado e da Secretaria de Higiene do Município de São Paulo.

Uma vez dividido o território em áreas, que deverão contar cada uma delas com uma unidade básica de saúde, a operação de tal serviço poderá ser feita tanto pela Secretaria da Saúde quanto pela Secretaria de Higiene do Município, já que os programas de ambas serão iguais.

Outro passo importante que se seguiu ao Decreto nº 14 032, que instituiu a Comissão Permanente de Trabalho, foi a criação do Conselho de Orientação do Fundo Estadual de Saúde, pelo Decreto nº 14 533, de 26 de dezembro de 1979. Integram o Conselho:

- o Secretário da Saúde, que é seu Presidente;
- dois representantes da Secretaria de Estado da Saúde;
- o Superintendente do INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em São Paulo;
- o Delegado Federal de Saúde no Estado (do Ministério da Saúde).

No Anexo 9, figuram as leis e decretos aqui referidos.

VI.2 AS UNIDADES SANITÁRIAS

VI.2.1 Programas e Metas

A programação a ser obedecida por todas as unidades sanitárias incluídas na área do projeto deverão seguir a mesma metodologia já iniciada com a reforma da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, quando foi sistematizado o atendimento à clientela, de forma a possibilitar uma adequação de procedimentos.

Essa sistematização levou ao estabelecimento de quatro programas, a saber: de atendimento à criança, de atendimento à gestante, de atendimento ao adulto e de saneamento, além de dois subprogramas: de controle da hanseníase e de controle da tuberculose. Esses programas e subprogramas se encontram apresentados em detalhe no Anexo 10. Está sendo elaborada a programação de saúde mental.

Dentro da idéia de cobertura universal da população de sua área de abrangência, cada universidade sanitária, para 10 mil ou 20 mil habitantes, deverá desenvolver a programação da Secretaria da Saúde, objetivando atingir as seguintes metas para o primeiro ano de implantação:

- Unidade para 10 Mil Habitantes:

A - Programa de Assistência à Criança

Para crianças menores de um ano:

- inscrever 300 crianças;
- realizar 1 200 consultas médicas de rotina;
- realizar 600 consultas médicas eventuais;
- realizar 2 400 atendimentos de enfermagem de rotina;
- distribuir 9 600 latas de leite;
- realizar 300 visitas domiciliares;
- aplicar 2 400 doses de vacinas.

Para crianças de um a quatro anos:

- inscrever 1 000 crianças;
- realizar 250 consultas médicas de rotina;
- realizar 2 000 consultas médicas eventuais;
- realizar 1 500 atendimentos de enfermagem;
- realizar 250 visitas domiciliares;
- aplicar 1 850 doses de vacinas;
- realizar 2 000 consultas odontológicas.

Para crianças de cinco a 14 anos:

- inscrever 2 000 crianças;
- realizar 4 000 consultas médicas;
- realizar 200 consultas odontológicas;
- aplicar 1 700 doses de vacinas.

B - Programa de Assistência à Gestante

- inscrever 300 gestantes;
- realizar 1 200 consultas médicas de rotina;
- realizar 300 consultas médicas eventuais;
- realizar 600 atendimentos de enfermagem;
- realizar 600 consultas odontológicas;
- completar 90 tratamentos odontológicos;
- realizar 300 reações sorológicas para sífilis;
- realizar 300 exames de urina tipo I;
- distribuir 9 000 pacotes de suprimento alimentar;
- aplicar 300 doses de vacina antitetânica;
- realizar 300 consultas médicas puérperas;
- realizar 300 visitas domiciliares.

C - Programa de Assistência ao Adulto

- inscrever 6 400 adultos;
- realizar 10 150 consultas médicas;
- aplicar 1 600 doses de vacinas;
- realizar 82 visitas domiciliares;
- realizar 640 extrações odontológicas.

D - Subprograma de Controle da Tuberculose

- realizar 3 300 vacinações BCG-Id em menores de 15 anos;
- examinar 100 sintomáticos respiratórios;
- descobrir 10 casos novos bacilíferos de tuberculose pulmonar;
- tratar 10 casos novos bacilíferos de tuberculose pulmonar;
- curar nove casos novos bacilíferos de tuberculose pulmonar;
- descobrir oito casos novos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica;
- tratar oito casos novos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica;
- curar sete casos novos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica;
- examinar quimioprofilaxia em dois comunicantes;
- examinar 40 comunicantes.

E - Subprograma de Controle da Hanseníase

- realizar 200 exames dermatoneurológicos para diagnóstico;
- realizar 10 colheitas de material para bacterioscopia diagnóstica;
- confirmar um caso de hanseníase;
- tratar 1 doente novo;
- tratar 20 doentes antigos;
- realizar 34 exames dermatoneurológicos de controle;
- realizar 29 colheitas de material para bacterioscopia de controle;
- realizar 76 exames dermatoneurológicos nos comunicantes;
- submeter seis doentes à técnica simples de prevenção de incapacidades.

F - Subprograma de Saúde Mental

O Subprograma de Saúde Mental está sendo elaborado pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade em colaboração com a Coordenadoria de Saúde Mental e visa prioritariamente atender ambulatorialmente às necessidades primárias da população na área de saúde mental.

Especial ênfase será dada à prevenção primária e principalmente à prevenção secundária através do diagnóstico precoce e tratamento ambulatorial imediato dos casos detectados, procurando-se ao máximo evitar a hospitalização.

O principal objetivo do Programa de Saúde Mental, através de uma abordagem da família como unidade de atenção, será a reintegração do indivíduo ao núcleo social familiar.

- Unidade para 20 Mil Habitantes:

A - Programa de Assistência à Criança

Para crianças menores de um ano:

- inscrever 600 crianças;
- realizar 2 400 consultas médicas de rotina;
- realizar 1 200 consultas médicas eventuais;
- realizar 4 800 atendimentos de enfermagem de rotina;
- distribuir 19 200 latas de leite;
- realizar 600 visitas domiciliares;
- aplicar 4 800 doses de vacinas.

Para crianças de um a quatro anos:

- inscrever 2 000 crianças;
- realizar 500 consultas médicas de rotina;
- realizar 4 000 consultas médicas eventuais;
- realizar 3 000 atendimentos de enfermagem;
- realizar 500 visitas domiciliares;
- realizar 4 000 consultas odontológicas;
- aplicar 3 700 doses de vacinas.

Para crianças de cinco a 14 anos:

- inscrever 4 000 crianças;
- realizar 8 000 consultas médicas;
- realizar 400 consultas odontológicas;
- aplicar 3 400 doses de vacinas.

B - Programa de Assistência à Gestante

- inscrever 600 gestantes;
- realizar 2 400 consultas médicas de rotina;
- realizar 600 consultas médicas eventuais;
- realizar 1 200 atendimentos de enfermagem;
- realizar 1 200 consultas odontológicas;
- completar 180 tratamentos odontológicos;
- realizar 600 reações sorológicas para sífilis;
- realizar 600 exames de urina tipo I;
- distribuir 18 000 pacotes de suplemento alimentar;
- aplicar 600 doses de vacina antitetânica;
- realizar 600 consultas médicas a puérperas;
- realizar 600 visitas domiciliares.

C - Programa de Assistência ao Adulto

- inscrever 12 800 adultos;
- realizar 20 300 consultas médicas;
- aplicar 3 200 doses de vacinas;
- realizar 164 visitas domiciliares;
- realizar 1 280 extrações odontológicas.

D - Subprograma de Controle da Tuberculose

- realizar 6 600 vacinações BCG-Id em menores de 15 anos;
- examinar 200 sintomáticos respiratórios;
- descobrir 20 casos bacilíferos de tuberculose pulmonar;
- tratar 20 casos novos bacilíferos de tuberculose pulmonar;
- curar 18 casos bacilíferos de tuberculose pulmonar;
- descobrir 16 casos novos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica;
- tratar 16 casos novos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica;
- curar 14 casos novos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica;
- examinar 80 comunicantes;
- fazer quimioprofilaxia em quatro comunicantes.

E - Subprograma de Controle da Hanseníase

- realizar 400 exames dermatoneurológicos para diagnóstico;
- realizar 20 colheitas de material para bacterioscopia diagnóstica;
- confirmar dois casos de hanseníase;
- tratar dois doentes novos;
- tratar 40 doentes antigos;
- realizar 68 exames dermatoneurológicos de controle;
- realizar 58 colheitas de material para bacterioscopia de controle;
- realizar 152 exames dermatoneurológicos em comunicantes;
- submeter 12 doentes a técnicas simples de prevenção de incapacidades.

F - Subprograma de Saúde Mental: idêntico ao já descrito para as unidades de 10 mil habitantes.

G - Programa de Saneamento: desdobrado em três componentes, subprograma de parcelamento de solo e edificações, subprograma de engenharia sanitária e subprograma de alimentação pública, ainda não foi alvo de metas específicas.

VI.2.2 Dependências das Unidades Sanitárias

Foi feito um estudo amplo, com a participação das equipes técnicas locais, que determinou as dependências necessárias para desenvolver a programação estabelecida e atingir as metas previstas. A Tabela VI.1 discrimina as dependências propostas.

A área construída necessária para conter as dependências discriminadas foi estimada em 424,8 m² para unidades de 10 mil habitantes e 700,9 m² para unidades de 20 mil habitantes, conforme as plantas baixas incluídas no Anexo 11.

A construção dos centros de saúde ficará a cargo de empreiteiras particulares contratadas, administradas e fiscalizadas pelo Departamento de Obras Públicas, órgão da Secretaria de Estado de Obras e do Meio Ambiente.

Estuda-se atualmente a utilização de um novo sistema construtivo desenvolvido pelo Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT), órgão da Secretaria Estadual de Indústria, Comércio, Ciência e Tecnologia. Tal sistema prevê a utilização de placas pré-moldadas, fabricadas no próprio local de construção, com redução nos custos e, principalmente, diminuição acentuada no tempo necessário à construção (1).

(1) Este processo foi utilizado com muito sucesso no ano passado para a construção de uma escola em Vila Carmosina e de um bloco de laboratórios no próprio IPT. Uma experiência-piloto está sendo iniciada agora, especialmente na área de saúde, com algumas das unidades sanitárias básicas a serem construídas em Mauá.

TABELA VI.1
DEPENDÊNCIAS DAS UNIDADES SANITÁRIAS

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
	Para 10 Mil Habitantes	Para 20 Mil Habitantes
ÁREA DE ATENDIMENTO		
A - Consultório Médico de Pediatria	1	3
B - Consultório Médico GO	1	1
C - Consultório Médico Clínico	1	2
D - Pré e Pós	4	6
E - Vacinação e Esterilização	1	1
F - Fichário Central	1	1
G - Atendimento de Enfermagem	2	2
H - Curativo e Coleta	1	1
I - Consultório Odontológico	1	1
J - Saneamento	1	1
L - Assistente Social/Enfermagem	1	1
M - Depósito/Farmácia	1	1
N - Sala de Reuniões	1	1
ÁREA DE APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO		
O - Administração	1	1
P - Copa	1	1
Q - Depósito de Material de Limpeza	1	1
R - Vestiário	2	2
S - Sala Visitadora	1	1
T - Sanitário Público	2	2
U - Chefia/Diretor	-	1
TOTAL	<u>25</u>	<u>31</u>

FONTE: Secretaria da Saúde.

VI.2.3 Recursos Humanos

Para as 99 unidades da Prefeitura e da Secretaria da Saúde que permanecem, já existe um quadro próprio de pessoal a ser mantido e complementado pelo pessoal das unidades que serão desativadas.

O novo quadro de pessoal planejado para estas 99 unidades apresenta-se discriminado na Tabela VI.2.

Para os novos Centros de Saúde a serem construídos, as necessidades de pessoal se encontram discriminadas na Tabela VI.3 para os dois tamanhos de unidades.

Para as novas unidades a serem criadas, esta alocação de pessoal representará a contratação de cerca de 20 mil funcionários, dos quais mais de três mil médicos, que poderão ser facilmente recrutados uma vez que o Estado de São Paulo possui hoje 17 escolas de medicina que formam anualmente quase dois mil profissionais.

Para o treinamento e formação do pessoal auxiliar, conta-se atualmente com mais de uma centena de enfermeiras na rede de Centros de Saúde e Distritos Sanitários que poderão preparar o pessoal necessário através de cursos especialmente definidos para tal. Os Centros de Saúde-Escola, em número de 14, poderão também colaborar na preparação de pessoal.

O Estado conta ainda com 17 escolas de enfermagem que são outros tantos centros que poderão colaborar na preparação também de pessoal auxiliar.

TABELA VI.2
 TOTAL DE PESSOAL NECESSÁRIO⁽¹⁾ PARA FUNCIONAMENTO
 DAS 99 UNIDADES SANITÁRIAS A SEREM MANTIDAS

DISCRIMINAÇÃO	PARA 10 MIL HABITANTES		PARA 20 MIL HABITANTES		PARA 50 MIL HABITANTES		TOTAL
	nº de Unidades	47	nº de Unidades	41	nº de Unidades	11	
Atendente	8	376	15	615	31	341	1 332
Escriturário	3	141	5	205	11	121	467
Visitador	3	141	5	205	10	110	456
Agente de Saneamento	1	47	2	82	5	55	184
Chefe Administrativo	-	-	-	-	1	11	11
Encarregado Administrativo	1	47	1	41	-	-	88
Motorista	-	-	-	-	1	11	11
Servente	2	94	3	123	5	55	272
Trabalhador Braçal	-	-	-	-	2	22	22
Médico Consultante ⁽²⁾	6	282	10	410	22	242	934
Dentista ⁽²⁾	2	94	2	82	6	66	242
Enfermeira Encarregada	1	47	1	41	1	11	99
Assistente Social	1	47	1	41	1	11	99
Psicólogo	-	-	-	-	1	11	11
Supervisor de Saneamento	-	-	1	41	1	11	52
Médico Sanitarista	1	47	1	41	2	22	110
T O T A L	29	1 363	47	1 927	100	1 100	4 390

FONTE: Secretaria da Saúde.

(1) Jornada completa de trabalho: 8 h/dia.

(2) Jornada comum de trabalho: 4h/dia.

TABELA VI.3

PESSOAL NECESSÁRIO⁽¹⁾ PARA O FUNCIONAMENTO DE UNIDADES SANITÁRIAS PARA
10 000 OU 20 000 HABITANTES

CATEGORIA FUNCIONAL	CS 10 000	CS 20 000
6 Atendente 2/31.410,00	8	15
1 Escrivão 1/38.647,00	3	5
6 Visitador Sanitário 12/49.514,00	3	5
6 Agente Saneamento 8/44.810,00	1	2
2 Encarregado Administrativo 3/49.504,00	1	1
1 Servente 2/28.837,00	2	3
7 Médico Consultante (2) 9/109.023,00 - 22.303,00 - 65,4 ²⁰ / ₃₄₃	2	10
7 Dentista (2) 8/104.400,00 - 78.346,00 - 52.231,00	2	2
7 Enfermeira 5/90.237,00	1	1
3 Assistente Social 5/90.174,00	1	1
6 Supervisor Saneamento 19/72.157,00	-	1
7 Médico Sanitarista 12/120.925,00 (Obs. + Inc. 1/1)		1
T O T A L	29	47

FONTE: Secretaria da Saúde.

(1) Jornada completa de trabalho: 8 horas por dia.

(2) Jornada comum de trabalho: 4 horas por dia.

VI.2.4 Equipamento

Os centros de saúde deverão possuir apenas o equipamento necessário à atenção primária ; desse modo, não contarão com aparelhos de R-X ou equipamentos de laboratório.

O material necessário ao seu funcionamento é apresentado a seguir, discriminado para cada dependência da unidade.

A - Consultório Médico

- mesa em imbuia, tipo mod. MFMI3
- cadeira, tipo mod.
- divã clínico, tipo mod.
- escadinha auxiliar em aço, com dois degraus, pés de borracha, dimen. 40x40
- esfignomanômetro infantil
- esfignomanômetro tipo adulto
- estetoscópio biauricular
- cesto para papel
- toalheiro de papel
- otoscópio
- fita métrica
- mesa para exame ginecológico em armação de aço, com encosto em duas partes⁽¹⁾
- mesa auxiliar
- biombo⁽¹⁾
- banco giratório⁽¹⁾
- balde cilindro em chapa de aço com pedal
- foco de luz
- estetoscópio de Pinard⁽¹⁾
- tesoura
- espêculo vaginal pequeno⁽¹⁾
- espêculo vaginal médio⁽¹⁾
- espêculo vaginal grande⁽¹⁾
- pinça anatômica⁽¹⁾
- pinça auxiliar⁽¹⁾
- pinça longa⁽¹⁾
- cuba redonda inox⁽¹⁾
- bandeja retangular em inox 20x18x4⁽¹⁾
- cuba rim⁽¹⁾

(1) Consultório ginecológico.

B - Sala de Pré e Pós-consulta

- mesa em imbuia, tipo MFMI3
- cadeira de madeira
- balança tipo Filizola para 16 kg
- balança antropométrica tipo Filizola para 150 kg
- termômetro
- fita métrica
- coxim para o balcão
- coxim para balança de bebê
- toeza

C - Sala de Vacinação e Esterilização

- mesa em imbuia, tipo MFMI3
- cadeira de madeira
- autoclave tipo vertical
- minifreezer
- cesto de papel
- termômetro
- lâmparina
- recipiente de isopor
- fichário vertical de aço com seis gavetas para fichas de 6x9 cm, tipo AAF
- lixeira com tampa
- porta toalha de papel
- tambor de aço inox médio
- tambor de aço inox grande
- marmitta de inox pequena
- marmitta de inox média
- marmitta de inox grande
- cuba rim de inox
- bandeja retangular em inox 20x18x4

D - Fichário Central

- banquetta
- banco de madeira esmaltado em branco
- fichário de mesa para cartão-índice
- fichário vertical de aço com seis gavetas para fichas 6x9, tipo AAF
- arquivos com quatro gavetas
- mesa em imbuia mod. MM-FMI-3 para máquina
- cadeira de madeira esmaltada em branco
- estante de aço desmontável
- máquina de escrever Remington manual R-100, mod. D-10 "parca"
- mesa em imbuia mod. MFMI-3

E - Sala de Atendimento de Enfermagem

- mesa em imbuia tipo MFMI3
- cadeira de madeira
- divã clínico
- balança antropométrica
- escadinha com dois degraus
- cesto para papel
- porta-toalha
- esfigmomanômetro
- estetoscópio biauricular
- estetoscópio de Pinard
- fita métrica
- tesoura

F - Sala de Coleta e Curativo

- foco auxiliar
- bandeja retangular em inox 20x18x4
- cuba rim inox
- pinça anatômica 21 cm
- pinça Kelly ou Kocher reta 16 cm

- pinça dente de rato 18 cm
- tesoura Mayo reta 14 cm
- porta-agulha Hegar 21 cm
- agulhas cirúrgicas para suturas
- maca para paciente
- mesa de imbuia tipo MFMI3
- cadeira de madeira
- cesto de papel
- porta-toalha de papel
- balde com pedal para lixo
- mesa auxiliar
- suporte de braço
- cilindro de oxigênio
- conjunto de inalação

G - Consultório Odontológico

- armário Ergon
- cadeira SDE
- compressor com um pistão
- Equipo SD
- mocho SDE
- porta-resíduo
- refletor Boreal

H - Sala de Saneamento

- mesa em imbuia mod. AFMI3
- cadeira de madeira com braço
- cadeira de madeira comum
- armário de madeira envernizada com porta de correr
- arquivo de aço com quatro gavetas
- quadro de aviso

I - Sala de Enfermagem e Assistente Social

- mesa MFI 3
- cadeira de braço estofado

- cadeira de madeira comum
- armário de madeira envernizada com porta de correr
- armário em imbuia mod. AFMI1
- quadro de avisos

J - Depósito-Farmácia

- geladeira
- estante de aço desmontável
- armário de aço com duas portas
- arquivo de aço com quatro gavetas
- mesa em imbuia mod. AFMI3
- escadinha de seis degraus
- cadeira de madeira comum

L - Sala de Reunião

- mesa de madeira envernizada 3x1,20 m
- cadeira de madeira comum
- lousa

M - Sala de Administração

- mesa de imbuia mod. MFM3 tipo universitário com seis gavetas
- cadeira de braço estofada
- mesa para telefone de correr
- armário de imbuia mod. AFMI1
- cadeira de madeira comum
- telefone
- cadeira de madeira comum
- mesa em imbuia mod. AFMI1
- mesa em imbuia mod. MMFMI1 para máquina de escrever
- armário de madeira envernizada com porta de correr
- armário em imbuia mod. AFMI2
- máquina de escrever Remington
- máquina de calcular

N - Copa

- mesa de fôrmica com seis cadeiras
- fogão com quatro bocas com cota
- geladeira
- armário de fôrmica

O - Vestiário

- armário de aço GE 4/4

P - Sala das Visitadoras

- mesa grande ou escrivaninhas
- cadeiras
- fichário
- cesto para lixo
- maleta com material a ser utilizado em visita domiciliar

Q - Sala do Diretor

- mesa MFI3
- jogo de sofá e duas poltronas (tipo padrão)
- cadeira de braço estofada
- mesa para telefone de correr
- armário envernizado com porta de correr
- armário em imbuia mod. AFMII

VI.3 AS UNIDADES HOSPITALARES

VI.3.1 Construções

O projeto prevê a construção de 40 novos hospitais para a área do projeto, 29 deles no município de São Paulo e 11 nos demais municípios da Grande São Paulo.

Os hospitais planejados serão unidades de retaguarda para a rede de centros de saúde e, como já foi dito, serão unidades bastante simples de 150 leitos com uma área construída de cerca de 7 000 m².

O projeto do hospital, cuja planta baixa se encontra no Anexo 11, será padronizado para todas as 40 unidades, devendo sofrer apenas pequenas adaptações em função das características topográficas do terreno escolhido para construção.

A construção, também neste caso, ficará a cargo de empreiteiros particulares, contratados pelo Departamento de Obras Públicas, através de concorrência pública.

VI.3.2 Pessoal

A Tabela VI.4. relaciona o pessoal de enfermagem necessário para operar a unidade hospitalar.

O pessoal necessário ao suporte técnico-administrativo está sendo dimensionado visto que a Secretaria está estudando a possível utilização de unidades centralizadas de lavadeira, almoxarifado e esterilização para grupos de 10 hospitais e ainda não concluiu os estudos sobre a questão.

VI.3.3 Metas

Cada um dos hospitais deverá dar apoio a cerca de 10 unidades.

sanitárias, garantindo suas necessidades de retaguarda hospitalar, realizando um total de 10 730 internações anuais: 5 475 de obstetrícia, 1 971 de cirurgia, 1 407 de clínica médica e 1 877 de pediatria.

O hospital deverá ainda realizar anualmente cerca de 45 000 atendimentos de pronto-socorro, removendo os casos que necessitem cuidados especializados para hospitais de referência.

O ambulatório hospitalar deverá ter sua atuação limitada a alguns retornos programados para reavaliação de casos específicos, visto que seu "grande ambulatório" será a rede de Centros de Saúde a qual ele serve de retaguarda.



TABELA VI.4

DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM - HOSPITAL DE 150 LEITOS

DISCRIMINAÇÃO	Diretoria de Serviço	Unidade de Pediatria	Unidade de Clínica Médica	Unidade de Clínica Cirúrgica	Unidade de Obstetrícia	Unidade de Berçário	Unidade de Pronto-Socorro	Unidade de Centro Cirúrgico	Unidade de Centro Obstétrico	Unidade de Centro de Material	TOTAL POR CATEGORIA
Diretoria do Serviço	1										1
Assistente Técnico da Diretoria	1										1
Enfermeira-chefe		1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Enfermeira Encarregada		1	1	1	1	1	1	1	1	-	8
Enfermeira		5	3	3	3	1	6	3	4	-	24
Auxiliar de Enfermagem		12	7	8	6	3	11	6	8	-	61
Atendente		22	11	12	11	5	18	10	14	8	111
TOTAL	2	41	23	25	22	11	37	21	28	8	218

FONTE: Secretaria da Saúde.

- CBS: - Turnos de seis horas para os períodos da manhã e tarde e de 12 h/36 no noturno.
 - Plantões de 12/36; considerar cada 3 = 1 de 12 horas.
 - Ocupação de 90%.
 - 4,7 horas de pessoal de enfermagem/dia/paciente na Unidade de Enfermagem Pediátrica.
 - 3,5 horas de pessoal de enfermagem/dia/paciente na Unidade de Enfermagem Cirúrgica.
 - 3,4 horas de pessoal de enfermagem/dia/paciente na Unidade de Enfermagem Médica.
 - 3 horas de pessoal de enfermagem/dia/paciente na Obstetrícia e no Berçário.

VI.4 ESTIMATIVA DO CUSTO FIXO DE CADA UNIDADE

O custo fixo associado à criação de cada unidade sanitária ou hospitalar representa a soma dos custos relativos à construção, equipamento e desapropriação de áreas quando necessária.

Segundo estimativas recentes do Departamento de Obras Públicas, encarregado da construção das unidades, o custo por metro quadrado de área construída está orçado em cerca de Cr\$ 22 mil⁽¹⁾. Tendo em vista a área programada⁽²⁾ para cada tipo de unidade, estima-se que os custos de construção de um centro de saúde para 10 mil habitantes, de um centro de saúde para 20 mil habitantes e de um hospital de 150 leitos ficariam ao redor de Cr\$ 9 345 600,00, Cr\$ 15 419 580,00 e Cr\$ 155 000 000,00 respectivamente.

Os custos com as desapropriações de terrenos são estimados como representando aproximadamente 20% do custo da construção, variando consideravelmente dependendo da área de localização. Parte desses terrenos é de propriedade do Estado e dos municípios e, nos casos em que isso não aconteça, o custo de desapropriação ficará a cargo da Secretaria da Saúde ou das Prefeituras que fariam posterior doação ao patrimônio do Estado. Para os centros de saúde, estima-se que 70% dos terrenos dentro do município de São Paulo exigem desapropriações, enquanto para os hospitais isso aconteceria com um terço das unidades a serem construídas na Capital.

Os custos para equipar os centros de saúde foram obtidos pela soma dos custos de todos os equipamentos já discriminados anteriormente⁽³⁾. Esses custos, para o total do equipamento de

(1) Este custo inclui toda a construção e obras complementares, além da administração e fiscalização das obras.

(2) Ver item VI .2.2.

(3) O equipamento necessário foi discriminado no item VI.2.4. O custo por equipamento individual se encontra disponível a preços de julho de 1970. A atualização desses preços para dezembro de 1980 foi feita pela utilização do Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas.

cada centro, foi estimado em Cr\$ 1 338 718,00 e Cr\$ 1 567 904,00 para as unidades para 10 mil e 20 mil habitantes, respectivamente, conforme apresentado na Tabela VI.5

O equipamento necessário ao funcionamento dos novos hospitais será, como já se mencionou, o mais simples possível dentro da idéia geral que norteia o projeto. O custo do equipamento hospitalar representa habitualmente cerca de 70% a 100% do custo da construção de um hospital.

Como se pretende ter unidades bastante simples, com equipamento não sofisticado, estimou-se seu custo em 70% do valor da construção, ou seja, Cr\$ 108 milhões, por hospital⁽¹⁾.

A estimativa do custo fixo, excluído o custo de desapropriação, estaria ao redor de Cr\$ 10 684 318,00, Cr\$ 16 985 484,00 e Cr\$ 263 000 000,00 para cada tipo de centro de saúde e hospital, respectivamente.

(1) O detalhamento do custo dos equipamentos só será feito após a conclusão dos estudos sobre a centralização de alguns serviços hospitalares, conforme abordado no item VI.3.3.

TABELA VI.5
ESTIMATIVA DO CUSTO(1) DOS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADA
DEPENDÊNCIA DOS CENTROS DE SAÚDE A SEREM CONSTRUÍDOS

DISCRIMINAÇÃO	Em cruzeiros	
	PARA 10 MIL HABITANTES	PARA 20 MIL HABITANTES
ÁREA DE ATENDIMENTO		
Consultório Médico Pediatria	51 345	51 345
Consultório Médico G.O	52 239	52 239
Consultório Médico Clínico	34 553	103 659
Pré e Pós	47 359	47 359
Vacinação e Esterilização	104 673	104 673
Fichário Central	180 939	269 170
Atendimento de Enfermagem	71 481	71 481
Curativo e Coleta	56 020	56 020
Odontologia	157 416	157 416
Saneamento	87 066	87 066
Assistente Social/Enfermeira	71 481	71 481
Depósito - Farmácia	49 278	49 278
Sala Reuniões	30 665	30 665
ÁREA DE APOIO TÉCNICO ADMINISTRATIVO		
Administração	166 724	166 724
Copa	36 413	36 413
Depósito/Material de Limpeza	-	-
Vestuário	54 000	81 000
Sala Visitadora	87 066	87 066
Sanitário Público	-	-
Chefia/Diretor	-	42 849
T O T A L	<u>1 338 718</u>	<u>1 565 904</u>

FONTE: Secretaria da Saúde.
 (1) Preços de dezembro/80.

VI.5 ESTIMATIVA DO CUSTO OPERACIONAL DE CADA UNIDADE

Os custos operacionais que, ao contrário dos custos fixos, representam um fluxo anual de despesas necessárias à operação e manutenção das unidades, inclui custos com pessoal, com material de consumo e com depreciação.

A partir do dimensionamento das necessidades de recursos huma nos para cada centro e tendo-se em mãos uma previsão dos sa lários para 1981 correspondentes a cada profissional, foi pos sível obter o custo de pessoal para cada tipo de centro de saúde, conforme apresentado na Tabela VI.6.

TABELA VI.6
CUSTO DE PESSOAL POR CENTRO DE SAÚDE

CATEGORIA FUNCIONAL	SALARIO MENSAL (1) (Cr\$)	PESSOAL NECESSÁRIO		CUSTO ANUAL (2) (Cr\$)	
		10 000	20 000	10 000	20 000
Atendente	17 466	8	15	1 816 464	3 405 870
Escriturário	20 220	3	5	788 580	1 314 300
Visitador	24 548	3	5	957 372	1 595 620
Agente Saneamento	21 524	1	2	279 812	559 624
Encarregado da Adminis tração	26 296	1	1	341 848	341 848
Servente	15 310	2	3	398 060	597 090
Médico Consultante (3)	32 456	6	10	2 531 568	4 219 280
Dentista (3)	31 268	2	2	812 968	812 968
Enfermeira	50 580	1	1	657 540	657 540
Assistente Social	46 574	1	1	605 462	605 462
Supervisor Saneamento	38 116	-	1	-	495 508
Médico Sanitarista	92 794	1	1	1 206 322	1 206 322
T O T A L	-	-	-	10 395 996	15 811 432

FONTE: Secretaria da Saúde.

(1) Salários de março de 1980 acrescidos de 100%.

(2) O custo anual corresponde a 13 salários mensais.

(3) Jornada comum de trabalho de quatro horas por dia.

O cálculo do custo correspondente ao material de consumo necessário ao desempenho planejado para os centros de saúde é de difícil elaboração, visto que ainda não se tem unidades funcionando exatamente de acordo com o modelo ora preconizado.

Foram feitas algumas estimativas, procurando-se inferir os gastos com medicamentos, suplemento alimentar, material de consumo diverso, depreciação e outras despesas. Este item do custo operacional foi previsto em Cr\$ 3 847 538,00 e Cr\$ 7 272 124,00, respectivamente para centros de saúde para 10 mil ou 20 mil habitantes, conforme apresentado na Tabela VI.7.

Somando os custos com pessoal e com material, obteve-se um custo operacional estimado em Cr\$ 14 243 534 e Cr\$ 23 083 556 para os dois tipos de unidades sanitárias básicas.

Com relação ao custo operacional de cada unidade hospitalar, não foi possível estimá-lo a partir de gastos com pessoal e material, como já foi referido anteriormente. Assim sendo, este custo foi estimado como igual ao valor da construção, ou seja, Cr\$ 155 milhões, segundo prática corrente em administração hospitalar.

TABELA VI.7

(1)
 ESTIMATIVA DE CUSTO ANUAL DE MATERIAL DE CONSUMO NECESSÁRIO
 AO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES PLANEJADAS

DISCRIMINAÇÃO	Em cruzeiros	
	PARA 10 MIL HABITANTES	PARA 20 MIL HABITANTES
Medicamentos	633 214	1 199 203
Leite	1 337 542	2 675 084
Suplementação Alimentar	602 327	1 204 654
Material de Enfermagem	112 040	224 080
Material Odontológico	84 030	168 060
Material de Limpeza	112 040	224 080
Material de Escritório e Impressos	560 200	1 120 400
Depreciação/Edifício	154 055	204 473
Despesas Diversas	252 090	252 090
T O T A L	<u>3 847 538</u>	<u>7 272 124</u>

FONTE: Secretaria da Saúde.

(1) Preços de dezembro/80.

60 de 100

221

13.260

112 de 100

221

19.150

VI.6 FINANCIAMENTO DO PROJETO

VI.6.1 Financiamento dos Custos Fixos

Do total de 591 unidades sanitárias programadas para o atendimento médico-sanitário na área do projeto, 99 serão mantidas sem modificações, 100 já se encontram com financiamento definido, e em alguns casos liberado, ficando por definir o financiamento de 392 unidades.

A Tabela VI.8 apresenta esses dados por distrito sanitário da área do projeto, subdividindo o total de unidades a serem financiadas em centros para 10 mil e 20 mil habitantes.

O custo fixo total para construir e equipar todos os 392 centros de saúde e os 40 hospitais representaria aproximadamente Cr\$ 15 785 991 mil, discriminados na Tabela VI.9 e que equivalem a US\$ 242,227,880.93⁽¹⁾.

(1) Calculado utilizando-se a taxa corrente no mês de dezembro: US\$ = Cr\$ 65,17.

TABELA VI.8
NÚMERO DE UNIDADES SANITÁRIAS POR DISTRITO SANITÁRIO

DISCRIMINAÇÃO	DIMENSÃO DA REDE NA ÁREA DO PROJETO (nº de unidades)	UNIDADES EXISTENTES QUE SERÃO MANTIDAS	UNIDADES C/FINANCIAMENTOS JÁ DEFINIDO	UNIDADES C/FINANCIAMENTO A SER DEFINIDO		
				Para 10 mil	Para 20 mil	Total
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	<u>391</u>	<u>53</u>	<u>85</u>	<u>117</u>	<u>136</u>	<u>253</u>
Vila Maria	11	2	-	2	7	9
Penha de França	49	5	10	10	24	34
São Miguel	71	10	32	14	15	29
Jabaquara	26	7	-	6	13	19
Vila Prudente	42	2	3	19	18	37
Tucuruvi	35	9	6	10	10	20
Nossa Senhora do Ó	35	4	11	13	7	20
Lapa	28	5	4	9	10	19
Butantã	22	2	-	14	6	20
Santo Amaro	72	7	19	20	26	46
OUTROS MUNICÍPIOS	<u>200</u>	<u>46</u>	<u>15</u>	<u>104</u>	<u>35</u>	<u>139</u>
Guarulhos	56	20	3	17	16	33
Moji das Cruzes	49	5	-	37	7	44
Santo André	21	4	2	11	4	15
Osasco	33	4	8	17	4	21
Caieiras	13	3	1	7	2	9
Itapecerica da Serra	28	10	1	15	2	17
T O T A L	<u>591</u>	<u>99</u>	<u>100</u>	<u>221</u>	<u>171</u>	<u>392</u>

FONTE: Secretaria da Saúde.

TABELA VI.9
CUSTO FIXO DO PROJETO A FINANCIAR

Em mil cruzeiros ⁽¹⁾

UNIDADES	UNITÁRIO		T O T A L		
	Construção	Equipamento	Construção	Equipamento	Total
221 Centros de Saúde para 10 Mil Habitantes	9 346	1 339	2 065 466	295 919	2 361 385
171 Centros de Saúde para 20 Mil Habitantes	15 420	1 566	2 636 820	267 786	2 904 606
40 Hospitais com 150 Leitos	155 000	108 000	6 200 000	4 320 000	10 520 000
T O T A L			<u>10 902 286</u>	<u>4 883 702</u>	<u>15 785 991</u>

FONTE: Secretaria da Saúde.
 (1) Preços de dezembro/80.

Além dos custos de construção e equipamento, resta mencionar a estimativa das despesas esperadas com as desapropriações na Capital, num total de aproximadamente Cr\$ 756 milhões, correspondendo Cr\$ 153 milhões a 82 centros de saúde para 10 mil habitantes, Cr\$ 293 milhões a 95 centros de saúde para 20 mil habitantes e Cr\$ 310 milhões para 10 hospitais. Essa despesa, conforme mencionado anteriormente, deverá correr por conta do Estado ou do município envolvido.

VI.6.2 Custo Operacional das Novas Unidades

A partir dos custos operacionais para cada nova unidade, descritos no item VI.5, chegou-se à previsão do acréscimo no custo operacional da Secretaria da Saúde, necessário ao funcionamento das 391 novas unidades básicas de saúde. Esse custo, estimado em Cr\$ 13 295 117 mil, discriminado na Tabela VI.10, equivale a US\$ 204,006,705.54.

TABELA VI.10

CUSTO OPERACIONAL DAS NOVAS UNIDADES

Em mil cruzeiros⁽¹⁾

UNIDADES	UNITÁRIO		TOTAL		
	Pessoal	Material	Pessoal	Material	Total
221 Centros de Saúde para 10 Mil Habitantes	10 396	3 848	2 297 516	850 408	3 147 924
171 Centros de Saúde para 20 Mil Habitantes	15 811	7 272	2 703 681	1 243 512	3 947 193
40 Hospitais					6 200 000(2)
T O T A L					<u>13 295 117</u>

FONTE: Secretaria da Saúde.

(1) Preços de dezembro/80.

(2) Estimativa apresentada no item V.5.

VI.6.3. Financiamento do Custo Operacional

- *Das Unidades Básicas de Saúde*

Não há ainda uma definição precisa sobre quantas das novas unidades ficarão sob administração direta da Secretaria da Saúde do Estado e quantas ficarão subordinadas às estruturas municipais.

Desse modo, a orçamentação pormenorizada só poderá ser feita ao longo do desenvolvimento do projeto.

De um modo geral, seguindo as normas traçadas pelo PREVSAÚDE e contando com o Fundo Estadual de Saúde como instrumento, o financiamento será multi-institucional.

No momento, são as seguintes as fontes de recursos para o custeio da rede de unidades básicas:

- orçamento da Secretaria de Saúde Estadual;
- orçamento da Secretaria de Higiene do Município de São Paulo;
- orçamento dos outros municípios da Região;
- INAMPS que, por intermédio de um convênio com a Secretaria da Saúde, mantém um Centro de Integração de Atividades Médicas, que possibilita a contratação de pessoal e o financiamento de exames laboratoriais, visando atender a previdenciários e aproveitar o período em que os atuais centros de saúde tenham consultórios disponíveis;
- INAMPS, por meio de convênios com outros municípios (Osasco e Santo André).

Discute-se, a nível das autoridades federais e estaduais, a criação de um novo recurso, vinculado à assistência primária de saúde, que seja automaticamente reajustável com os níveis de inflação e que seria destinado para as Secretarias Estaduais de Saúde para aplicação estrita na manutenção da rede básica. Haveria uma contrapartida dos tesouros estaduais em função do recurso recebido. Aumento de alíquotas de alguns tributos ou das alíquotas da Previdência vem sendo discutida

- *Da Rede Hospitalar*

Da mesma forma, o financiamento será multi-institucional, com pelo menos as seguintes fontes:

- orçamento da Secretaria da Saúde Estadual;
- orçamento da Secretaria de Higiene dos municípios (principalmente em função do atendimento de emergência);
- convênio com o INAMPS, que seria a principal fonte para o custeio, já que a população da área é quase toda composta por beneficiários da Previdência.



VI.7 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A implantação do projeto seguirá uma sequência de tarefas, algumas das quais já providenciadas. A sequência prevista para a implantação se encontra no cronograma a seguir.

Já estão terminados os trabalhos de campo para delimitação dos conglomerados de população. Também já se encontra em fase bastante adiantada a indicação dos terrenos onde deverão ser construídas as novas unidades, assim como sua vistoria.

Aguarda-se a confirmação de recursos financeiros para dar prosseguimento à fase seguinte, que envolve a doação de terrenos pelos municípios ou outros poderes públicos ou a desapropriação dos terrenos de particulares.

O projeto prevê que dentro de um ano, no máximo, as unidades básicas de saúde possam estar operando e que em três anos entrem em funcionamento os hospitais.

Foi fixado, pela Secretaria da Saúde, o prazo de um ano para a construção das unidades básicas, pois crê-se que essa medida causará o impacto necessário para possibilitar a reversão das expectativas no sistema de saúde vigente.

CRONOGRAMA DE INSTALAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS

DISCRIMINAÇÃO	JÁ REALIZADO	UM ANO											
		30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360
Delimitação de Conglomerados													
Localização dos Terrenos													
- Indicação													
- Vistoria e Aprovação													
Detalhamento do Projeto Arquitetônico													
Detalhamento do Projeto de Engenharia													
Desapropriações													
- Levantamentos Topográficos													
- Laudos Técnicos de Avaliação													
- Decretos													
Cessão de Terrenos Públicos													
Construção													
- Concorrências													
- Construção													
Equipamento													
- Concorrência Única													
- Instalação													

CRONOGRAMA DE INSTALAÇÃO DOS HOSPITAIS

DISCRIMINAÇÃO	JÁ REALIZADO	TRÊS ANOS											
		3 M	6 M	9 M	1 Ano	3 M	6 M	9 M	2 Anos	3 M	6 M	9 M	3 Anos
Localização dos Terrenos													
- Indicação		-----											
- Vistoria e Aprovação		-----											
Detalhamento do Projeto Arquitetônico													
Detalhamento do Projeto de Engenharia													
Adaptação dos Projetos ao Terreno Indicado		-----											
Desapropriações													
- Levantamentos Topográficos		-----											
- Laudos Técnicos de Avaliação		-----											
- Decretos		-----											
Cessão de Terrenos Públicos		-----											
Construção de 20 Hospitais													
- Concorrência													
- Construção			-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Construção de 20 Hospitais													
- Concorrência						-----							
- Construção							-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Equipamento													
- Concorrência Única							-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
- Instalação									-----	-----	-----	-----	-----

Í N D I C E

SUMÁRIO

I	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	01
II	SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO	08
III	A REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO	17
	1. A Região no Estado de São Paulo	17
	2. Indicadores Básicos	24
	3. Recursos Físicos e Disponíveis na Produção de Serviços de Saúde	29
IV	IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO	43
V	UMA PROPOSTA PARA A GRANDE SÃO PAULO	47
	1. Uma Nova Estratégia	47
	2. A Nova Estrutura dos Serviços de Saúde	48
	3. O Tamanho Ótimo das Unidades	50
	4. Ampliação da Rede de Serviços de Saúde	52
	5. Macrolocalização das Unidades Sanitárias e Hospitalares	58
VI	DESCRIÇÃO DO PROJETO	60
	1. Dinâmica do Sistema Proposto	60
	2. As Unidades Sanitárias	68
	3. As Unidades Hospitalares	85
	4. Estimativa do Custo Fixo de Cada Unidade	88
	5. Estimativa do Custo Operacional de Cada Unidade	91
	6. Financiamento do Projeto	94
	7. Cronograma de Implantação	101

A N E X O S

ANEXO 1: Documento Oficial do PREVSAÚDE

ANEXO 2: Perfil da Administração Pública Paulista

ANEXO 3: Alguns Aspectos Demográficos da Grande São Paulo

ANEXO 4: Habitação e Saneamento: Alguns Aspectos

ANEXO 5: Indicadores de Saúde na Grande São Paulo

ANEXO 6: Movimentos Populares Frente a Problemas de Saúde

ANEXO 7: Macrolocalização das Unidades Sanitárias

ANEXO 8: Boletins de Produção de Serviço

ANEXO 9: Legislação Referente aos Sistemas de Saúde

ANEXO 10: Programas da Secretaria da Saúde

ANEXO 11: Plantas dos Projetos das Unidades Sanitárias