



GÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEÇÃO DO PROTOCOLO

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ASSESSORIA TECNICA DA MESA - A.T.M.
SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO

PROJETO DE LEI : 001033594 DE 1994

NATUREZA : PL

01-0335/94-3 DE 02/08/94

PROMOVENTE: EXECUTIVO

PAULO SALIM MALUF

OFICIO ATL : 222 / 94

EMENTA :

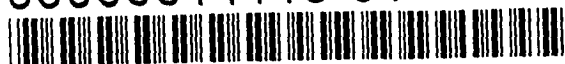
INSTITUI O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA FAMÍLIA,
e DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ÍNDICE :

OBSERVAÇÕES :

CNC Solutions
Tipo: Processo Legislativo
26/10/2010 16:16:30

00000014118-61



ARQUIVADO EM

11/03/96

CHEFE DA SEÇÃO



Prefeitura do Município de São Paulo

Folha n.º	01	de proc
n.º	335	1994

São Paulo, 12 de JULHO de 1994

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. T. L. n.º 222 /94

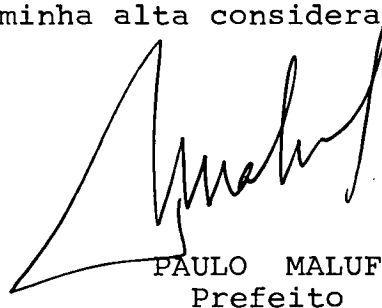
Processo nº 38-004.755-94*94

RECEBIDO NA A. T. M.
Em 14 / 07 / 94
às 17 / 18 horas

Senhor Presidente

Tenho a honra de encaminhar a Vossa Excelência, acompanhado da respectiva exposição de motivos, a fim de ser submetido ao estudo e deliberação dessa Egrêgia Câmara, o incluso projeto de lei, que institui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família", e dá outras providências.

Aproveito a oportunidade para reiterar a Vossa Excelência os protestos de minha alta consideração.


PAULO MALUF
Prefeito

Anexos: projeto de lei, exposição de motivos, Anexo Único, cópias xerográficas de peças ilustrativas do assunto e da legislação citada no texto.

A Sua Excelência o Senhor Doutor Miguel Colasuonno
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

SPF/rmn

PROJETO DE LEI 01 - PL
01-0335/94-3

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE: 2 AGO 1994
CONSTITUÍDA E JURADA
COMISSÃO DE FISCALIA
SAÚDE P.OM. SOCIAL E TR.
P.OM. E P.OM. E P.OM.

Institui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família", e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo *decreta*:

~~SECRET~~

Art. 1^o - Fica instituído, no âmbito do Município de São Paulo, o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família", destinado à construção de um modelo

02 AGO 1994

assistencial de atenção à saúde, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde da população.

@ 1o. - O Programa de Assistência Integral à Saúde da Família será implementado por equipes, constituídas do Médico da Família, Enfermeiro da Família, Auxiliar de Enfermagem da Família e Agentes Comunitários, cujas atribuições, deveres e remuneração são os definidos no Anexo Único da presente lei.

@ 2o. - Cada equipe de Saúde da Família será constituída de, no mínimo, 1 (um) Médico, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Auxiliar de Enfermagem e 2 (dois) Agentes Comunitários, recrutados na forma prevista na presente lei.

@ 3o. - A remuneração fixada para as funções criadas por esta lei não se incorpora, sob nenhuma hipótese, aos vencimentos ou proventos do servidor, cessando seu pagamento nas hipóteses de desligamento ou suspensão, previstas nesta lei.

Art. 2o. - Ficam criadas 500 (quinhentas) Equipes de Saúde da Família, que serão distribuídas nos Distritos de Saúde da Capital, em áreas a serem definidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 3o. - Ficam criadas 500 (quinhentas) funções de Médico da Família, 500 (quinhentas) funções de Enfermeiro da Família, 500 (quinhentas) funções de Auxiliar de Enfermagem da Família e 1.000 (mil) funções de Agentes Comunitários.

@ 1o. - As funções de Médico da Família, Enfermeiro da Família, Auxiliar de Enfermagem da Família e Agentes Comunitários serão exercidas mediante designação do Prefeito, após processo seletivo ao qual poderão concorrer os servidores municipais das carreiras de Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar Técnico Administrativo ou servidores das citadas categorias, de outras esferas de Poder, colocados à disposição da Prefeitura do Município de São Paulo.

@ 2o. - No exercício das funções referidas neste artigo, os servidores municipais das carreiras de Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar Técnico Administrativo considerar-se-ão afastados de seus cargos, com prejuízo de vencimentos, mas sem prejuízo das demais vantagens, inclusive promoção, evolução funcional e acesso.

@ 3o. - Serão considerados de efetivo exercício os dias em que o servidor municipal estiver afastado de seu cargo, para o exercício das funções a que se refere este artigo.

Art. 4o. - Serão desligados da equipe os servidores que:

I - não forem aprovados na avaliação periódica de desempenho, realizada por Comissão Técnica da Secretaria Municipal da Saúde; ou

II - tenham cometido faltas, licenças ou afastamentos remunerados que excederem 8 (oito) dias

Folha n.º	05	de proc
n.º	335	de 1994
<i>Ed</i>		

ininterruptos.

@ 1o. - Na hipótese de férias anuais, o afastamento dos servidores ficará suspenso pelos períodos de fruição, não excedentes a 10 (dez) dias cada.

@ 2o. - Na hipótese de desligamento ou suspensão do afastamento, o servidor perceberá os vencimentos relativos ao seu cargo base.

@ 3o. - A Comissão Técnica de que trata este artigo será constituída pelo Secretário Municipal da Saúde, e será integrada por servidores da Secretaria, 1 (um) representante do Ministério da Saúde e 1 (um) da Comunidade do distrito de atuação da Equipe da Saúde da Família, podendo ser assessorada por instituição especializada.

Art. 5o. - Os recursos para a implementação do programa previsto nesta lei advirão de convênios, produção no sistema SIA/SUS e dotações municipais próprias, se necessário.

Parágrafo único - Os recursos transferidos para a Prefeitura, e que forem integrados no Fundo Municipal da Saúde, em decorrência do faturamento SUS do Programa previsto na presente lei, somente poderão nele ser utilizados, inclusive para pagamento da remuneração dos membros da equipe.

Art. 6o. - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário e não serão computadas para fins do disposto no artigo 3o. da Lei

Folha no	06	de proc
no	335	de 1945
<i>[Signature]</i>		

no. 10.688, de 28 de novembro de 1988, e legislação subsequente.

Art. 7o. - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

SPF/mag.

ANEXO ÚNICO à Lei no. _____, de _____ de _____ de 1994

a) Dos membros das equipes de Saúde da Família exigir-se-á:

- 1 - Tempo integral e dedicação exclusiva, bem como disponibilidade para atendimento de urgência fora do horário normal de trabalho.
- 2 - Residência na área de atuação ou em local que não inviabilize os objetivos do programa, a critério do Secretário Municipal da Saúde.
- 3 - Treinamento prévio e periódico de caráter obrigatório.
- 4 - Obediência ao planejamento e método de trabalho definidos pela Secretaria Municipal da Saúde, de acordo com as bases, objetivos, metas, atividades e organização do Programa de Saúde da Família da Fundação Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.
- 5 - Ser o seu desempenho periodicamente avaliado.

b) A remuneração dos membros da Equipe de Saúde da Família será a seguinte:

Médico da Família: o valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais).

Folha n.º	08	de pros
n.º	335	de 1994
<i>ed</i>		

Enfermeiro da Família: o valor de R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais).

Auxiliar de Enfermagem da Família: o valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

Agente Comunitário: o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais).

c) A remuneração dos membros da Equipe da Saúde da Família será reajustada mensalmente, segundo os índices estabelecidos para os servidores municipais, nos termos da Lei no. 10.688, de 28 de novembro de 1988, e legislação subsequente.

SPF/mag.

E X P O S I Ç Ã O D E M O T I V O S

O presente projeto de lei institui o "Programa de Assistência Integral Saúde da Família", com o objetivo de encontrar a solução para o problema de deficiências no atendimento à população, quanto aos serviços médico-hospitalares.

Desde logo a atenção volta-se para o Hospital e o Distrito de Saúde de Campo Limpo, por várias circunstâncias, entre as quais a de ter sido realizado na região, por autoridades italianas em cooperação com técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, estudos epidemiológicos que identificaram as necessidades predominantes de atendimento médico, considerando a área especialmente carente.

Verificou-se, entre outros problemas, que:

a) há equipamentos não instalados (encaixotados) e outros em excesso;

b) há falta total de organização administrativa de atribuições e falta de controle das atividades e dos materiais, bem como de dados para se aferir o desempenho da unidade;

c) há número desproporcional de funcionários com relação aos leitos. Considerando-se 220 leitos e 1892 funcionários, a proporção é de 8,6 funcionários/leito, enquanto pa

ra atendimento SUS, com um bom nível de qualidade dos servi
ços, a proporção deveria ser de 3 funcionários/leito, nas di
versas categorias funcionais;

d) os gastos do Hospital de Campo Limpo, em
1993, da ordem de US\$ 15.000.000, levam a US\$ 240 o custo de
um paciente/dia, enquanto que, em hospital classe A do Municípi
o de São Paulo, esse custo é de US\$ 180;

e) o faturamento SUS não corresponde à realidade,
com prejuízo à Prefeitura, que poderia ter reembolsada parte
relevante do atendimento. Estima-se que um sistema adequado
de faturamento poderia, no mínimo, duplicar a receita.

Todos esses aspectos conduziram à convicção de
que o fator primordial dessa situação é a deficiência de ge
renciamento, que reclama urgente proposta de solução.

Na busca de um mecanismo ágil e moderno para es
se fim, optou-se por instituir o "Programa de Assistência Inte
gral Saúde da Família", nos moldes preconizados pelo Minist
ério e pela Fundação Nacional de Saúde, com os quais já es
tão em andamento estudos para ser firmado convênio, com sign
ificativa transferência de recursos para a Prefeitura. Resal
te-se que o Programa se auto-financia, desde que implement
ado adequadamente, tendo em vista que o faturamento das equip
es de médico da família ao SUS tem fator privilegiado pelo
Ministério da Saúde.

Para tanto, são criadas as funções de Médico da
Família, Enfermeiro da Família, Auxiliar de Enfermagem da Fama

mília e os cargos de Agente Comunitário. As funções serão exercidas mediante designação do Prefeito, após prova de seleção entre os servidores municipais e servidores colocados à disposição da Prefeitura, das carreiras de Médico, Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem, não, havendo, portanto, nesses casos, criação de cargos. Desses profissionais, serão exigidos requisitos especiais, conforme previsto no Anexo Único do projeto, o que os diferencia substancialmente dos Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem em geral, daí a sua remuneração também ser diferenciada. Entre as exigências está a de serem permanentemente avaliados, com desligamento do Programa e das funções, no caso de não ser alcançado o desempenho desejado.

Para os Agentes Comunitários, optou-se pela criação de cargos em comissão, tendo em vista a sua grande mobilidade e dinâmica, sendo importante a rapidez de seu exercício e eventual dispensa.

A medida, porém, respeita os princípios constitucionais da igualdade e impessoalidade, exigindo prova de seleção para o recrutamento e que sejam os nomeados, de preferência, extraídos da área atendida.

Cabe, ainda, observar, que as equipes serão gradativamente implantadas, somente se permitindo a nomeação para os cargos de Agente Comunitário no momento de sua efetiva atividade.

Folha n o	12	de proc.
n o	335	de 1994
GA		

-4-

Paralelamente, outro projeto a ser apreciado pelo Legislativo cuida da instituição do "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde".

Com tais propostas, a Administração dá enorme passo para a melhoria dos serviços públicos de saúde no Município de São Paulo.

SPF/rmn

LEI Nº 10.688, DE 28 DE NOVEMBRO DE 1.988.
 "D.O.M." , DE 29 DE NOVEMBRO DE 1.988.

Folha nº 13 de 265
 nº 335 de 1994
 265

LEI Nº 10.688, DE 28 DE NOVEMBRO de 1988

Dispõe sobre o reajustamento dos vencimentos e salários do funcionalismo municipal, e dá outras providências.

JÂNIO DA SILVA QUADROS, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei. Faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 23 de novembro de 1988, decretou e eu promulga a seguinte lei:

Art. 1º - Em 1º de janeiro de 1989 os valores dos padrões de vencimentos do funcionalismo municipal serão atualizados de acordo com a seguinte fórmula:

$$\frac{A}{B} \times C = D$$

onde:

A = Padrão de vencimento de maio de 1988;
 B = Valor da OTN de maio de 1988;
 C = Valor da OTN de janeiro de 1989;
 D = Padrão de vencimento de janeiro de 1989.

Parágrafo Único - O pagamento da atualização prevista neste artigo poderá ser feito em 2 (duas) parcelas iguais, de 50% (cinquenta por cento) cada uma, nos meses de janeiro e fevereiro de 1989.

Art. 2º - A partir do mês de fevereiro de 1989, e observado o disposto no artigo 3º, os valores dos padrões de vencimentos do Funcionalismo Municipal serão reajustados, mensal e automaticamente, pelo Executivo, com base nos índices de variação das Obrigações do Tesouro Nacional - OTN, entre o mês do reajuste e o mês imediatamente anterior.

Parágrafo Único - No caso de extinção das Obrigações do Tesouro Nacional, aplicar-se-á, para o reajustamento de que trata o "caput" deste artigo, qualquer outro índice criado, para substituí-las em suas finalidades, pelo Governo Federal.

Art. 3º - Para os fins da aplicação dos índices referidos no artigo 2º, deverá ser aferida, mensalmente, tomados os montantes do mês anterior ao do reajustamento, a relação entre as despesas com pessoal e respectivos encargos e as receitas correntes.

§ 1º - Levado em consideração o número de servidores ativos por habitantes do Município, as despesas com pessoal e respectivos encargos não poderão representar, no tocante às receitas correntes, percentuais inferiores ou superiores àqueles fixados, como limites mínimos e máximos, pelas colunas 2 (dois) e 3 (três) da Tabela Única, anexa à presente lei.

§ 2º - Se, uma vez atualizadas as despesas de pessoal pela regra contida no artigo 2º, não vier a ser alcançado o limite mínimo ou for ultrapassado o limite máximo, constante da Tabela citada no parágrafo anterior, o Executivo concederá reajustamentos inferiores ou superiores aos índices de variação da OTN, de tal sorte que as citadas despesas atinjam, relativamente às receitas correntes, a depender da hipótese, os percentuais das colunas 2 e 3 da referida Tabela.

Art. 4º - A partir de 1º de janeiro de 1989, a relação entre o número de servidores municipais ativos e a população do Município de São Paulo não poderá ser superior a 1 (um) servidor por grupo de 100 (cem) habitantes.

§ 1º - Para os efeitos deste artigo consideram-se servidores municipais todos os titulares de cargos e ocupantes de funções ou empregos públicos em exercício na Administração Direta e Autárquica da Prefeitura do Município de São Paulo, além de Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista e Fundações instituídas ou mantidas pela Prefeitura, cuja receita seja, em 50% (cinquenta por cento), ou mais, originária de serviços prestados à própria Prefeitura.

§ 2º - Os dados relativos à população do Município de São Paulo, a serem considerados para os efeitos deste artigo, serão calculados mês a mês com base nas informações constantes do SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados, de acordo com a projeção existente.

§ 3º - Se a quantidade de servidores, em

Regulamento de P/L
 DEC. 27.574/88

DEC. 27.622/88
 Reajuste Salarial

Comunicação SF
 Conjunto SMR

DEC. 27.770/89
 Reajuste Salarial

DEC. 27.830/89
 Reajuste Salarial

Lei 10.736/89
 Adono Salarial

Reajuste Salarial
 P/DEC. 27.886/89

Adono DEC. 28.239/89

Antecipação Salarial
 P/DEC. 28.289/89

Lei 10.801/89

DEC. 23.454/89

RB.602/90
 Reajuste Salarial

28.665/90
 Salário Urbanistas

PROJETO DE LEI Nº 357/88

EXECUTIVO

Decr 34184/94

33351/92
d. Intersec. 30/92-SMA

qualquer momento, exceder o parâmetro fixado no "caput" deste artigo, deverá o Executivo reduzir o excedente à razão de, no mínimo, 8% (oito por cento) ao mês.

§ 4º - Mantido o princípio geral, fixado no "caput" deste artigo, a distribuição dos servidores pelas Secretarias, Autarquias, e demais órgãos da Administração Municipal será feita de acordo com as necessidades e características de cada órgão.

Art. 5º - As disposições constantes dos artigos 1º, 2º e 3º desta lei aplicam-se:

I - Aos valores mensais das Funções Gratificadas, do salário família e do salário esposa;

II - As pensões normais e vitalícias pagas pela Prefeitura;

III - Aos proventos dos inativos;

IV - Aos salários dos servidores regidos pelas Leis nº 9.160, de 3 de dezembro de 1980, e nº 9.168, de 4 de dezembro de 1980;

V - As Autarquias Municipais;

VI - As pensões devidas pelo Instituto de Previdência Municipal de São Paulo - IPREM aos beneficiários de servidores falecidos, onerando, neste caso, a despesa, as dotações do orçamento da Autarquia.

Art. 6º - As Secretarias Municipais das Finanças e da Administração divulgarão, mensalmente, mediante publicação no Diário Oficial do Município, os seguintes demonstrativos, relativos ao mês anterior ao de reajustamento de que tratam os artigos 2º e 3º:

I - Receitas Correntes;

II - Gastos com pessoal e respectivos encargos;

III - Relação entre as Despesas com Pessoal e Receitas Correntes;

IV - Número de servidores (ativos e inativos);

V - Número de habitantes do Município;

VI - Relação de habitantes do Município por servidores ativos;

VII - Variação da OTN mês/mês anterior;

VIII - Percentual do reajuste a ser concedido no mês.

Art. 7º - As disposições constantes desta lei, aplicam-se, no que couber, aos funcionários da Câmara Municipal de São Paulo e do Tribunal de Contas do Município de São Paulo.

Art. 8º - O Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 9º - As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 10 - Esta lei entrará em vigor em 1º de janeiro de 1989, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 28 de Novembro de 1988, 4359 da fundação de São Paulo.

JÂNIO DA SILVA QUADROS, PREFEITO

MONICA HERMAN SALEM CAGGIANO, Respondendo pelo Expediente da Secretaria dos Negócios Jurídicos

WALTER PEDRO BODINI, Secretário das Finanças

CARLOS ALBERTO MANHÃES BARRETO, Secretário Municipal da Administração

PAULO ZINGG, Secretário Municipal de Educação

JAIR CARVALHO MONTEIRO, Secretário Municipal do Planejamento

RUBENS DERVILLE DE OLIVEIRA ALLEGRETTI, Secretário dos Negócios Extraordinários

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 28 de Novembro de 1988.

ERNESTO AUGUSTO LOPES FILHO, Secretário do Governo Municipal

TABELA ÚNICA ANEXA À LEI Nº 10.688, DE 28 DE NOVEMBRO DE 1988

COLUNA 1	COLUNA 2	COLUNA 3
Nº de habitantes por servidores ativos	Percentual mínimo das receitas correntes a ser alcançado pelas despesas com pessoal, nos termos do art. 3º	Percentual máximo das receitas correntes a ser alcançado pelas despesas com pessoal, nos termos do art. 3º
	%	%
Até 100	47	58
Acima de e até		
100 105	46	57
105 110	45	56
110 115	44	55
115 120	43	54

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DISTRITO DE SAÚDE DO CAMPO LIMPO**

**PLANO PRELIMINAR DO PROJETO
CAMPO LIMPO**

I - DIAGNÓSTICO DO DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

II - PAPEL DO DISTRITO

III- ESTRUTURA FUNCIONAL

IV - ASPECTOS GERENCIAIS

V - AVALIAÇÃO

VI - ANEXOS: CUSTO e FATURAMENTO

17
N.º 38 - 004
Yaciele Almeida Mariano
Coordenadora de Saúde

I - DIAGNÓSTICO DO DISTRITO

Característica

O Distrito de Saúde de Campo limpo situa-se na parte noroeste da Região Sul do Município de São Paulo. A topografia irregular é formada por várias encosta de solo vulnerável a erosão, fundos de vale e mais de 50 córregos que desembocam no Rio Pinheiros e na represa Guarapiranga.

Nas últimas décadas a população vem crescendo bem acima da média da cidade de São Paulo, ocupando de forma aleatória fundos de vale e encosta, ficando as moradias dessas áreas sujeitas a enchentes e deslizamentos. Os loteamentos clandestinos e as invasões de terrenos públicos e privados, tem originado um grande número de favelas que abrigam hoje 20% da população.

Região dormitório, de poucas indústrias, a oferta de emprego se dá através do comércio e serviços públicos, que absorve parcela pequena da força de trabalho disponível. A população em idade produtiva de um modo geral trabalha fora.

Apesar de uma rede de água relativamente extensa - 90% das ruas tem rede de água potável segundo dados da SABESP - significativo contingente de moradores do Distrito de Campo Limpo vem utilizando água não potável de poços, bicas e minas. Outro fato sanitário importante é o grande número de esgoto a céu aberto, mesmo em ruas onde existe a rede da SABESP. O preço deste serviço é a explicação dada pela população para não ligar suas residências a rede. Nessas condições muitas ligações clandestinas são feitas, sendo comum encontrar as águas pluviais drenando para a rede de esgoto, trazendo sérios problemas de refluxo quando chove. A rede de esgoto despeja "in natura" nos córregos, muitos dos quais desembocam na Represa Guarapiranga, responsável pelo abastecimento de 25% da população de São Paulo.

O transporte particular e o coletivo feito por ônibus e Kombis, tem fluxo dificultado pelas poucas vias de acesso à outras regiões. O lazer é precário e a região carece de áreas verdes, parques e praças. Com uma população de 472.416 habitantes, segundo o censo de 1991, o território do Distrito de Campo Limpo apresenta um crônico déficit de salas de aulas para sua maioria jovem.

Saúde:

A rede básica de serviços de Saúde é composta de 20 unidades, 11 do Município e 9 do Estado. Insuficiente para atender a demanda, tem como principais usuários mulheres e crianças, sendo que nas amostras de morbidade de 1992 61,8% dos atendidos foram do sexo feminino e 38,2% do sexo masculino, refletindo como estes serviços estão organizados e nos orientando quanto a provável dificuldade de acesso pelo conjunto da população. O Distrito dispõe ainda de um ambulatório de especialidades, uma unidade de reabilitação, um P.A., um Hospital Dia de Saúde Mental, um Hospital Municipal com P.S. e um Hospital privado conveniado que atendem toda ARS-10. A oferta de leitos é de 0,98 por mil habitantes, estando muito aquém do preconizado como ideal. Esta situação é agravada pelo atendimento de população de cidades vizinhas onde não existem equipamentos hospitalares.

As precárias condições de vida, agravada pelo inchaço da região, fruto dos fluxos migratórios, e as mudanças demográficas relativamente rápidas que vem ocorrendo na estrutura da população, com significativo aumento dos idosos, tem levado a uma situação epidemiológica de convivência das mortes por causas evitáveis como as externas, perinatais e infecciosas, com as esperadas numa população que vem envelhecendo, como as doenças do aparelho circulatório e neoplasmas.

As doenças do aparelho circulatório e os neoplasmas ocupam o 1º e 4º lugar respectivamente como principal causa de morte (tabela e gráfico em anexo). As perinatais ocupam o 3º lugar, refletindo as condições de vida mas também a precariedade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, ou seja, a quantidade e a qualidade dos serviços oferecidos à população. Ressaltamos o 2º lugar ocupado pelas causas externas, reflexo da crescente violência na região.

Menos de 30% das gestantes que fazem o pré-natal nas Unidades de Saúde do Distrito de Saúde de Campo Limpo, tem acesso à maternidade do Hospital Municipal da região, refletindo uma grande demanda reprimida na área de abrangência do DSCL. Por outro lado os partos de alto risco correspondem aproximadamente à 25% do total realizado.

18
No 38 - 004.755-94
Tarciso Manoel Bastião
Secretário de Administração Geral

Folha no	17	de proc.
no	335	de 1994
<i>ab</i>		

No território do Distrito de Campo Limpo a demanda por internação em clínica obstétrica é de 14160 internações/ano, considerando-se os dados da população do último censo. Para uma média de permanência de 3.7, são necessários 160 leitos obstétricos para atender a população gestante do DSCL.

Em relação as doenças de notificação compulsória, as notificações de AIDS em 1991, 1992 e 1993, tem mostrado uma clara expansão da doença em ambos os sexos (tabela II). A Tuberculose que também vem mostrando tendência de crescimento do número de casos, apresenta o agravante de diagnósticos feitos tardiamente. Trabalho recente mostra que 61,6% dos casos de Tuberculose na região são diagnosticados após 3 meses de sintomatologia, sendo que 24,4% destes são diagnosticados após 12 meses de sintomatologia.

20

Nº 38 - 004.755 14 1994

[Assinatura]

Yaciele Almeida Machado
Secretaria de Administração Geral

II - PAPEL DO DISTRITO DE SAÚDE

O Sistema de Saúde, ao longo do tempo tem sido centrado na assistência médica curativa, dando ênfase, especialmente ao processo biológico das doenças. Conseqüentemente as ações de saúde são voltadas para medidas curativas, não atingindo os demais fatores geradores das doenças, levando à não resolubilidade dos problemas de saúde, elevando os custos das ações e acarretando a utilização inadequada dos níveis mais complexos do sistema e portanto, causando um aumento da demanda hospitalar.

O trabalho desenvolvido pela equipe do Distrito de Saúde de Campo Limpo, assessorado pela Cooperação Italiana, levou os profissionais a perceberem as doenças não só como resultantes de fatores biológicos, mas também de fatores sociais característicos da nossa região.

As UBS iniciaram esta nova proposta com um trabalho de identificação da procedência da demanda, das condições de vida, habitação, condições econômicas e culturais da população residente ao redor das unidades, além, de avaliar as condições de acesso. Com isto foi possível identificar a área de abrangência de cada unidade, conformando o Distrito de Saúde de Campo Limpo.

Este estudo mostrou que em cada área de abrangência, as condições de vida não são homogêneas, apontando algumas áreas de maior risco à saúde. Esta sistemática permitiu que, ao analisarmos os dados epidemiológicos específicos de cada área, pudéssemos identificar a localização dos pontos onde seria necessário uma atuação mais específica, e a partir daí desenvolver ações mais direcionadas e eficazes.

Considerando que a UBS é responsável pela saúde de sua área de abrangência, ela deve se estruturar para atender a toda a população de acordo com suas necessidades, não só do ponto de vista curativo, mas também preventivo, mantendo uma vigilância a saúde dessa população.

Esta vigilância consiste em detectar quais os fatores que influem no processo saúde-doença, para que a população, junto com a unidade, atue de forma efetiva no controle destes. Estas ações levam a uma redução da demanda por consultas de uma mesma patologia e o agravamento das mesmas.

Folha no	19	de proc.
no	335	de 1994
		

Conseqüentemente diminui a necessidade de consultas especializadas ou de emergência, e as internações hospitalares, além de dar respostas eficazes a maioria dos problemas de saúde.

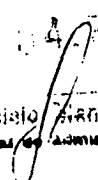
As UBS tem dois papéis fundamentais: o atendimento à demanda espontânea e a vigilância à saúde. No atendimento à demanda deve-se dar respostas às necessidades sentidas pela população, cabendo à Unidade Básica se organizar para que este atendimento seja racionalizado, levando em consideração as prioridades do Distrito (Violência, Mortalidade Perinatal, Doenças Respiratórias na Infância, Hipertensão Arterial, AIDS, Doenças Diarréicas e Cólera).

Com a finalidade de manter um nível satisfatório de saúde da população de cada área de abrangência, a UBS deve atuar em conjunto com os diversos setores e instituições que podem interferir nos fatores de risco, como por exemplo a já existente Comissão Regional de Cólera que integra as Secretarias Municipal e Estadual de Educação, Administração Regional, Bem Estar Social, SABESP, Vigilância Sanitária da S.E.S, Administração Regional de Saúde, Distritos de Saúde e Zoonoses.

Esta vigilância à saúde deve ser exercida pela UBS através da atuação de uma equipe multiprofissional capacitada a responder a diversidade dos problemas apontados, a partir de uma constante avaliação das condições de vida da população sob sua responsabilidade.

Ainda no nível primário, além das UBS, outras portas de entrada para a demanda espontânea devem ser o PS e as Unidades de Alta Resolubilidade.

Os problemas que não encontram respostas neste nível de atenção devem ser encaminhados ao nível secundário do qual fazem parte o Hospital e o Ambulatório de Especialidades. Estes dois serviços devem estar estruturados para responder a demanda referida pelas UBS e PS, devendo estabelecer a contra referência do paciente à sua UBS para acompanhamento, se necessário.

22	de 1994
No 335 - 104755-94 x 94	
	
Marcelo Almeida Mariano Oficial de Administração Geral A	

III - ESTRUTURA FUNCIONAL DO DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

1 - NÍVEL PRIMÁRIO

1.1 - Programa de Saúde da Família:

De acordo com o "Programa Nacional de Saúde da Família" do Ministério da Saúde, cada equipe deve promover, além do atendimento individual à demanda, ações de vigilância à saúde, cabendo as mesmas o acompanhamento de cerca de 800 famílias.

Para a instalação dessas equipes no D.S.C.L. levamos em consideração os seguintes critérios básicos:

- população de área de abrangência das UBS's: a capacidade de atendimento de cada UBS, estando ela totalmente otimizada, é de aproximadamente 20.000 habitantes. No DSCL 14 das 19 UBS ultrapassam este limite.
- Existência de áreas de maior risco a saúde já identificadas pelas UBS.
- Dificuldade de acesso às UBS da população dessa áreas de risco.

As equipes assim definidas ficarão ligadas às UBS para evitar dualidade de ação e garantir a eficácia das mesmas.

Baseado nestes critérios propomos a implantação deste programa com 40 equipes de saúde da família no DSCL, contando com uma rede otimizada de UBS municipais e das UBS a serem municipalizadas.

1.2 - Unidades de alta resolubilidade:

Foram propostas 2 unidades de alta resolubilidade no DSCL: uma no Jardim Macedônia, onde já funciona um PA, aumentando sua capacidade de resolubilidade e outra no Capão Redondo, por se tratar de um local de fácil acesso e de alta densidade demográfica.

23

DIRETOR DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

2 - NÍVEL SECUNDÁRIO

2.1 - Ambulatório de Especialidades:

Localizado na UBS jardim Pirajussara a ser municipalizada, devendo ser referência para as unidades do DSCL complementando o ambulatório existente no HCL.

Foram definidas como prioridades 14 especialidades, segundo os dados epidemiológico da região.

O ambulatório deve atuar dentro de um sistema de referência e contra referência com os demais equipamentos do Distrito.

2.2 - Maternidade de Baixo Risco:

Baseado nos dados epidemiológicos, já citados, há necessidade de 160 leitos de maternidade no DSCL. propomos a construção de 2 maternidades de 80 leitos, sendo: uma no Distrito Administrativo de Capão Redondo, no terreno da COHAB Adventista e outra no Distrito Administrativo de Vila Andrade em terreno da PMSP.

Estes locais foram indicados não só pela disponibilidade da área, mas também por possibilitarem uma cobertura de toda a região do Distrito com facilidade de acesso a toda população.

2.3 - Hospital Geral de Campo Limpo:

O Hospital atuará como referência do atendimento de nível primário fazendo a contra referência com os demais equipamentos de saúde da região.

2.4 - Programa de Atendimento Domiciliar:

Propomos a implantação e o desenvolvimento deste programa com o objetivo de diminuir o tempo de permanência do doente no Hospital, reduzindo custos e mais rapidamente devolvê-lo ao ambiente familiar. Esse programa deve estar vinculado ao Hospital, em grande sintonia com as UBS e equipes de saúde de família, para que após a alta a unidade de referência assumo o acompanhamento, quando necessário.

24
100 32 004.755-84 x 94
Tarciso Manoel Martins
Secretário de Administração Geral I

Folha n.º	22	de proc.
n.º	335	de 1994
<i>Ed</i>		

2.5 - Reabilitação:

A unidade de reabilitação deve ser referência às equipes de reabilitação das UBS dando também suporte as necessidades geradas pelo hospital.

2.6 - Hospital Dia de Saúde Mental:

Considerando a importância do Hospital Dia no atual programa de saúde mental, propomos a manutenção e ampliação do Hospital Dia de Saúde Mental tendo em vista a escassez de recursos para esse tipo de atendimento e a existência de uma alta demanda na região.

3 - NÍVEL TERCIÁRIO

Devido a alta incidência de violência na região de Campo Limpo, o hospital deverá equipar alguns setores para o atendimento terciário, como ortopedia, neurocirurgia, otorrino, oftalmo e bucomaxilo.

Considerando também o alto índice de mortalidade pré-natal propomos a ampliação do berçário de alto risco.

Folha n.º	25	de proc.
N.º	335	de 1994
<i>Tarciso Manoel Manoel</i> Secretário de Administração Geral		

IV - ASPECTOS GERENCIAIS

Esta proposta se inicia com um Sistema de Implantação que permita uma análise da situação epidemiológica nas pequenas áreas, de forma dinâmica verificando-se continuamente a realidade dos dados.

É fundamental a utilização do Planejamento Estratégico garantindo o envolvimento de funcionários e população possibilitando constante correção das ações e racionalizando o trabalho.

A construção do Distrito de Saúde deve ser ascendente por levar a um melhor direcionamento das ações e a uma utilização de recursos de forma mais eficiente e eficaz.

O papel do gerente do Distrito de Saúde deve ser de coordenação dos diversos níveis, promovendo a integração entre eles, garantindo a intersectorialidade e avaliando o impacto das ações. Esta estratégia visa a universalidade do atendimento e a garantia da hierarquização dos serviços com o objetivo formal de alcançar uma melhoria das condições de saúde do Distrito.

26
No 38 - 004.758-04/94
Carvalho Manoel
Secretaria de Administração Geral

**DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO (DSCL)
PROPOSTA DE AVALIAÇÃO**

A proposta de avaliação do "Projeto Campo Limpo" é fruto do desenvolvimento dos trabalhos iniciados juntamente com a Cooperação Italiana no sentido de implantação de um processo de planejamento, programação e avaliação da eficiência e eficácia das práticas de saúde desenvolvidas nos Distritos de Saúde, dentro dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação as atividades que implicam na notificação de agravos à saúde definidos como "compulsórios" à nível do Distrito de Saúde, as informações a serem coletadas bem como o fluxo deverá ser definido pelos técnicos do NEPI e a Assessoria do Programa específico.

I - AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS:

1 - UNIDADES AMBULATORIAIS:

- ABSENTEÍSMO: Número de Faltas(abonadas+Justificadas+Injustificadas)/Número de dias úteis menos férias;
FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 3 - Avaliação da Utilização do Recurso Humano
- RENDIMENTO: Número de atendimentos/Hora.
FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 3 - Avaliação da Utilização do Recurso Humano

PENDÊNCIAS: Definição das categorias profissionais a serem monitoradas e seus respectivos parâmetros.

2 - UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- ABSENTEÍSMO: Número de Faltas(abonadas+Justificadas+Injustificadas)/Número de dias úteis menos férias;
FONTE: Criação de mapa de Utilização de Recursos Humanos semelhante ao Mapa IV (Ambulatório) ou adaptação do mesmo.

- RENDIMENTO: Número de atendimentos/Hora.

FONTE: Criação de mapa de Utilização de Recursos Humanos semelhante ao Mapa IV (Ambulatório) ou adaptação do mesmo.

PENDÊNCIAS: Definição do mapa para coleta de dados, das categorias profissionais a serem monitoradas e seus respectivos parâmetros.

3 - UNIDADES DE INTERNAÇÃO:

- ABSENTEÍSMO: Número de Faltas (abonadas + Justificadas + Injustificadas) / Número de dias úteis menos férias;

FONTE: Criação de mapa de Utilização de Recursos Humanos semelhante ao Mapa IV (Ambulatório) ou adaptação do mesmo.

- RENDIMENTO: Número de atendimentos/Hora.

FONTE: Criação de mapa de Utilização de Recursos Humanos semelhante ao Mapa IV (Ambulatório) ou adaptação do mesmo.

PENDÊNCIAS: Definição do mapa para coleta de dados, das categorias profissionais a serem monitoradas e seus respectivos parâmetros.

II - AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA:

1 - UNIDADES AMBULATORIAIS:

- PORCENTAGEM DE UTILIZAÇÃO DE SALAS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL: Número de atendimentos realizados / Número de atendimentos potenciais por sala.

FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 3 - Avaliação da Utilização do Recurso Humano e Cadastro de Área Física de Unidades

2 - UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- PORCENTAGEM DE UTILIZAÇÃO DE SALAS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL: Número de atendimentos realizados / Número de atendimentos potenciais por sala.

FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 3 - Avaliação da Utilização do Recurso Humano e Cadastro de Área Física de Unidades

3.- UNIDADES DE INTERNAÇÃO:

- TAXA DE OCUPAÇÃO: Número de Pacientes-Dia no mes/Número de Leitos-Dia no mes.
FONTE: SIMIS.
- TAXA DE ATIVAÇÃO: Número de leitos ativos/Número de Leitos Planejados
FONTE: SIMIS.

III - AVALIAÇÃO DA COBERTURA DE SERVIÇOS:

1 - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

- NÚMERO DE CIDADÃOS MATRICULADOS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA;
FONTE: Cartão Índice.
- COBERTURA DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS POR ESPECIALIDADE POR ANO;
FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 2 - Produção (1ª Consulta do Ano).
- CONCENTRAÇÃO DE ATENDIMENTOS POR CIDADÃO POR ESPECIALIDADE POR ANO.
FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 2 - Produção (Consultas/Atendimentos Realizados e 1ª Consulta do Ano).

PENDÊNCIAS: Definição das Ações Programáticas a serem monitoradas e de Metas de Atendimento por Ação Programática.

2 - AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

- PORCENTAGEM DE ATENDIMENTOS REALIZADOS E ESPERADOS (POR ESPECIALIDADE) POR HABITANTE POR ANO;
FUNTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 2 - Produção (1ª Consulta do Ano).
- PORCENTAGEM E TEMPO DE RESPOSTA.
FUNTE: Criação de mapa para coleta de dados de referência/contra-referência.

PENDÊNCIAS: Definição do mapa de coleta de dados e padrão de necessidade de atendimento por especialidades.

29

100 58 - 104.755-04-94

Tarciso Mamede Mariano
Chefe de Administração Geral

3 - UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- PORCENTAGEM DE ATENDIMENTOS REALIZADOS E ESPERADOS (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA) POR HABITANTE POR ANO;
FONTE: SIMIS - Mapa 3 - Faixa Etária/Saídas/Observação - Urgência/Emergência.

4 - UNIDADES DE INTERNAÇÃO

- PORCENTAGEM DA NECESSIDADE DE INTERNAÇÕES POR HABITANTE POR ANO.
FONTE: Criação de mapa de coleta de dados de pacientes internados.

PENDÊNCIAS: Definição do mapa de coleta de dados e padrão de necessidade de internações por clínica.

IV - AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE:

1 - UNIDADES AMBULATORIAIS

- PORCENTAGEM DE ENCAMINHAMENTOS.
FONTE: Planilha de Coleta de Morbidade.

2 - UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- PORCENTAGEM DE REMOÇÕES
FONTE: SIMIS - Mapa 3 - Faixa Etária/Saídas/Observação - Urgência/Emergência - Campo: Remoção para Hospital.

3 - UNIDADES DE INTERNAÇÃO

- PORCENTAGEM DE TRANSFERÊNCIAS
FONTE: Criação de mapa de coleta de dados de pacientes transferidos para outros Hospitais.

30
N.º 38 - 004 - 55-94 *94
Tarciso Mamede Mariano
Coordenador de Administração Geral A

V - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA ATENÇÃO PRESTADA:

- MELHORA DOS INDICADORES DE MORTALIDADE PARA OS AGRAVOS PRIORIZADOS;
FONTE: Banco de dados do PRO-AIM/NEPI-DSCL.
- PERFIL DE MORBIDADE DE DEMANDA ATENDIDA COMPATÍVEL COM AS PRIORIDADES DEFINIDAS PARA O DISTRITO DE SAÚDE;
FONTE: Planilha de Coleta de dados de Morbidade.
- GRAU DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ATENDIMENTO RECEBIDO;
FONTE: Pesquisa de Opinião realizado por entidade idônea (IBGE, DATAFOLHA, ETC.) a ser realizada anualmente.

VI - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS LIGADAS AOS PROBLEMAS PRIORIZADOS:

VI.1 - MORTALIDADE PERINATAL

1 - ATENÇÃO PRÉ-NATAL

2 - ATENÇÃO AO PARTO

3 - ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

FONTE : Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE).

PENDÊNCIAS: Definição da FIE e fluxo.

OBS.: O item VI.1 é apenas um exemplo, devendo as informações serem definidas pelos técnicos do NEPI e Assessoria de Programa conforme já mencionado.

32

4755 4688

Indirizzo: Milano, Italia
Cognome: Bianchi, Nome: Carlo

FONTE: PRO-AIM/NEPI-D8CL

TABELA II - CASOS DE TUBERCULOSE E AIDS NOTIFICADOS EM 1991, 1992 E 1993 AO NEPI - DSCL.

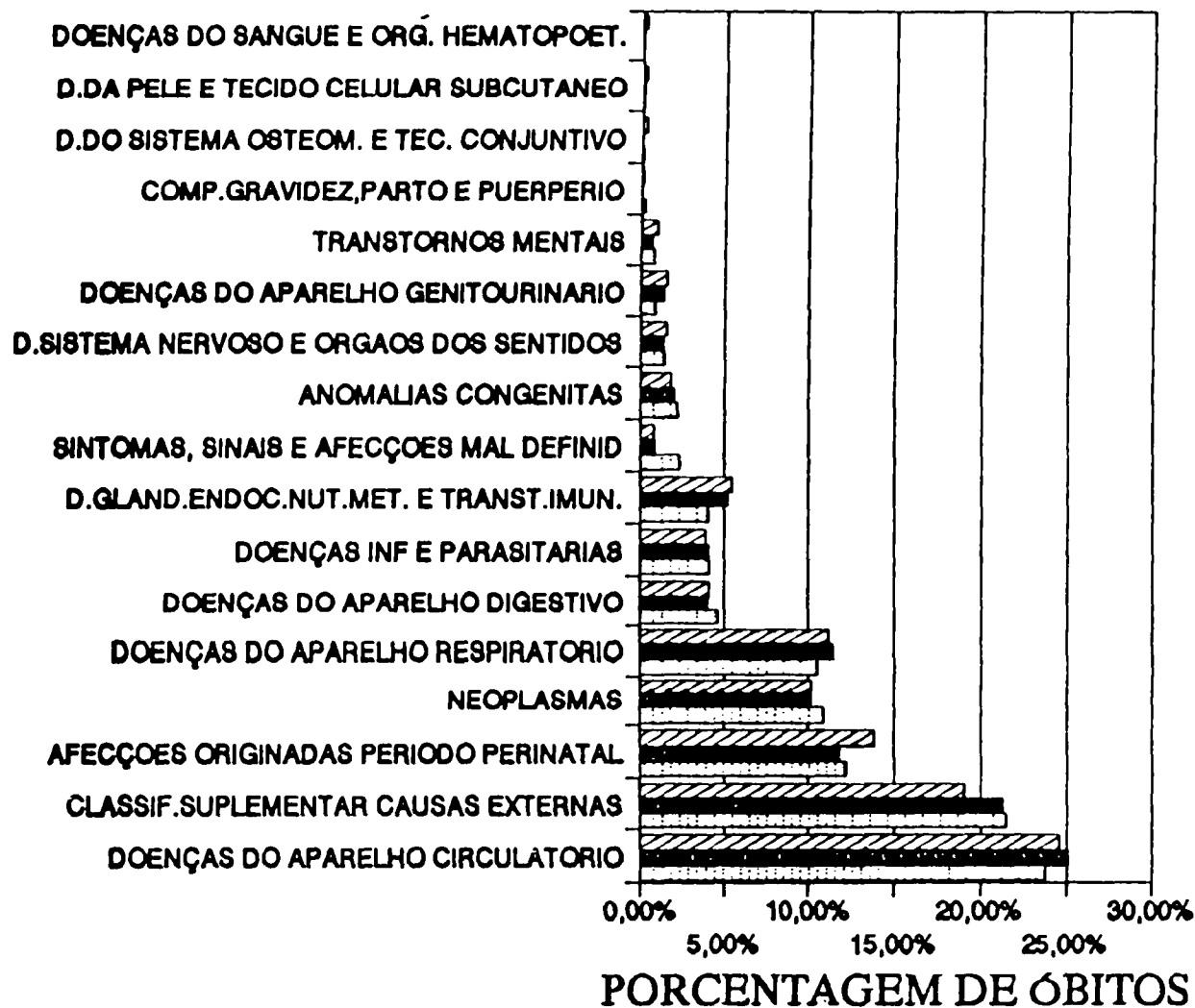
CASOS	ANO	1.991	1.992	1.993
TUBERCULOSE		155	252	315
AIDS		17	61	103

33
No 33 - 004 735 84 00 0
Tarciso Mameto Mariano
Secretário de Administração Geral

DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSA BÁSICA

CAPÍTULO DA CID



1991 1992 1993

34
No 88-004/755-94 x 94
Tarciso / Menêz / Rinaldo
Secretaria de Administração - ESAM I

Folha nº 34 de proc.
nº 335 de 1994
CAB

DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

**TABELA I - MORTALIDADE POR CAUSA BÁSICA SEGUNDO CAPITULO DA CID
PERÍODO: ABRIL/91 A DEZEMBRO/93**

CAPITULO DA CID	1991		1992		1993	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	329	23,74%	540	26,15%	498	24,63%
CLASSIF.SUPLEMENTAR CAUSAS EXTERNAS	298	21,50%	457	21,20%	365	19,04%
AFECCOES ORIGINADAS PERIODO PERINATAL	169	12,10%	253	11,78%	279	13,80%
NEOPLASMAS	150	10,82%	219	10,20%	205	10,14%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	145	10,40%	245	11,41%	226	11,18%
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	84	4,82%	80	4,01%	83	4,10%
DOENÇAS INF E PARASITARIAS	57	4,11%	89	4,18%	79	3,91%
D.GLAND.ENDOC.NUT.MET. E TRANST.IMUN.	56	4,04%	111	5,17%	110	5,44%
SINTOMAS, SINAIS E AFECCOES MAL DEFINID	39	2,30%	19	0,88%	16	0,79%
ANOMALIAS CONGENITAS	32	2,31%	44	2,06%	38	1,88%
D.SISTEMA NERVOZO E ORGAOS DOS SENTIDOS	21	1,52%	29	1,35%	32	1,56%
DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINARIO	13	0,94%	31	1,44%	33	1,63%
TRANSTORNOS MENTAIS	11	0,79%	16	0,75%	20	0,98%
COMP.GRAVIDEZ,PARTO E PUERPERIO	3	0,22%	2	0,09%	3	0,15%
D.DO SISTEMA OSTEOM. E TEC. CONJUNTIVO	2	0,14%	1	0,05%	6	0,30%
D.DA PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	2	0,14%	3	0,14%	4	0,20%
DOENÇAS DO SANGUE E ORG. HEMATOPOET.	1	0,07%	2	0,09%	5	0,25%
Total	1386	100,00%	2147	100,00%	2022	100,00%

FONTE: PRO-AIM/NEPI-DOCL

35
35-004-55-93-94
Instituto Municipal de Assistência
Social - Assistência Geral I

Folha n.º	32	de proc.
n.º	335	de 1994

Folha n.º 33 de proc.
n.º 335 de 1994

CUSTOS DE MANUTENÇÃO

CUSTO MÉDIO ANUAL DAS 19 UBS's + 01 PA + 01 HOSP DIA + 01 CECCO + 01 AMB. ESPEC : U\$ 8.931.318.60

CUSTO MÉDIO ANUAL POR UNIDADE: U\$ 388.318.20

CUSTO MÉDIO MENSAL POR UNIDADE: U\$ 32.359.85

CUSTOS DE INSTALAÇÃO

- UNIDADE DE ALTA RESOLUBILIDADE:

INSTALAÇÃO DE DUAS (MACEDONIA E CAPO REDONDO) : U\$ 500.000,00

- CONSULTÓRIOS DE FAMÍLIA

INSTALAÇÃO DE 40 - U\$1.246.000,00 (U\$ 31.150,00 POR EQUIPE)

- ADEQUAÇÃO DO H.M.C.L., PARA ATENÇÃO TERCIÁRIA: U\$ 600.000,00

- MATERNIDADE

INSTALAÇÃO DE DUAS COM 80 LEITOS CADA - U\$ 5.200.000,00

OSBERRVAÇÕES:

- Os valores acima foram baseados no custo de 01 Unidade de porte grande (Jd. Ingela) em 11/93
- No custo mensal considerpu-se:
 - Hospital Dia de saúde Mental - 2/3 custo UBS
 - Centro de Convivência - 1/3 custos UBS
 - Amb. Especialidades - mesmo custo UBS
- 80 aproximadamente dos gastos referem-se a despesas com pessoal
- Não acrescido aproximadamente 305 do déficit de pessoal e equipamentos existentes em 11/93

N.º 33 - 004756-94-94

Tercido Manteve Exatido
oficial de Administração Geral 2

VIABILIDADE ECONÔMICA PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Categoria	Nº Procedimentos		Valor Procedimento (Tab. Abril)	Total Cr\$	Total US\$ 10/5 (1.450)
	Dia	Mês			
Médico	32	704	5.832,04	4.105.756,16	2.831,55
Enfermeira	20	440	3.202,21	1.408.972,00	971,70
Auxiliar	12	264	2.866,30	756.703,00	521,86
Ag. Comunitário	12	264	2.866,30	756.703,00	521,86

Observações: Defasagem por atrasos de pagamento (Possibilidade de atendimentos)

Insuficiência da UCA/SP (Acréscimo no FPD Municipal)

Procedimentos outros pela tabela normal (Possibilidade de reposição com M.S.)

Necessidade de previsão férias, 13º salário, licenças e encargos sociais.

O número de atendimentos é otimizado.

Folha nº 34 de proc.
335 de 1994

ESTUDO PRELIMINAR DO DISTRITO DO CAMPO LIMPO

Folha n.º 35 de proc.
n.º 335 de 1994

URV

Faturamento anual 1993 das 10 UBS + PA Jardim Macedônia	756.329,17
Faturamento médio anual realizado por unidade	68.757,20
Faturamento médio mensal realizado por unidade	5.729,80

Faturamento (1993) projetado para 20 unidades (11 SMS + 9 SES)	1.375.144,00
Faturamento (1993) projetado para 20 unidades com fator 2	2.750.287,90
Faturamento anual projetado por unidade com fator 2	137.514,40
Faturamento mensal projetado por unidade com fator 2	11.451,20

- Observações:
- 1 Os valores acima foram baseados no faturamento efetivamente realizado em 1993.
 - 2 Pode-se projetar uma perda de 40% por atrasos de pagamento.
 - 3 O faturamento ambulatorial está sujeito a cortes pela S.E.S. devido à insuficiência da U.C.A. do mês.
 - 4 Os valores acima NÃO incluem o faturamento ambulatorial do Hospital do Campo Limpo (Amb., Especialidades e Pronto Socorro) e do Hospital da Saúde Mental (Jd. Lidia).
 - 5 Não foi estimada possibilidade de aumento do faturamento com a implantação do Sistema Integrado de Faturamento e o Programa de assistência Integral à "Saúde da Família".

36
Folha n.º 335 de proc.
n.º de 19 94
ea

Yarcelle Almeida Assis
Coordenadora de Administração Geral

ARS - 10

DIRETOR: Dr. Antonio Vicente Z. Delamanha

Elaborado por:

- Agrimeron da Costa Cavalcante
- Andrés Garcia Carrera
- Eduardo Ferreira Alves Neto
- Elvira S. Tocci
- Judith S. Frank
- Manuela de Girólamo
- Maria da Gloria Z. Wieliczka
- Paulo Graziano de Oliveira Prado
- Sônia Maria Almeida



Folha no.	37	de proc.
no.	335	de 1994
Ed		01

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS

PROPOSTA PRELIMINAR DO PROJETO CAMPO LIMPO

CARACTERIZAÇÃO DA REGIAO

O Distrito de Saúde de Campo Limpo situa-se na parte noroeste da Região Sul do Município de São Paulo. A topografia irregular é formada por varias encostas de solo vulnerável à erosão. Fundos de vale e mais de 50 córregos que desembocam no Rio Pinheiros e na Represa Guarapiranga.

A área total do Distrito compreende 35,4 km², com população de aproximadamente 500.000 habitantes (anexo I). Desta população 53,6% das famílias tem renda inferior a 3 salários mínimos; 25,3% residem em moradia precárias.

Nas últimas décadas a população vem crescendo acima da média da Cidade de São Paulo, ocupando de forma aleatória fundos de vale e encostas, ficando as moradias dessas áreas sujeitas a enchentes e deslizamentos. Os loteamentos clandestinos e as invasões de terrenos públicos e privados, tem originado um grande número de favelas que abrigam hoje 20% da população.

Região dormitório, de poucas indústrias, a oferta de emprego se dá através do comércio e serviços públicos, que absorve parcela pequena de força de trabalho disponível. A população em idade produtiva de um modo geral trabalha fora.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO FEITO COM A COLABORAÇÃO DA COOPERAÇÃO ITALIANA

As precárias condições de vida, agravadas pelo inchaço da região, fruto dos fluxos migratórios, e as mudanças demográficas relativamente rápidas que vem ocorrendo na estrutura da população, com significativo aumento dos idosos, tem levado a uma situação epidemiológico de convivência das mortes por causas evitáveis como as externas, perinatais e infecciosas, com as não infecciosas, esperada numa população que vem envelhecendo, como as doenças do aparelho circulatório e neoplasmas.

40
MO 38-004/38-94-73
Parcelsa Manoel Antonio
Secretaria Municipal de Saúde



41

Folha n.º	38	de proc.
n.º	335	de 02. 94

Ad

As doenças do aparelho circulatório e os neoplasmas ocupam o 1º e 4º lugar respectivamente como principal causa de morte (tabela e gráfica em anexo II e III). As perinatais ocupam o 3º lugar, refletindo as condições de vida mas também a precariedade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, ou seja, a quantidade e a qualidade do serviços oferecidos à população. Ressaltamos o 2º lugar ocupado pelas causas externas, reflexo da crescente violência na região.

Menos de 30% das gestantes que fazem o pré-natal nas Unidades de Saúde do Distrito de Saúde de Campo Limpo, tem acesso à maternidade do Hospital Municipal na região, refletindo uma grande demanda reprimida na área de abrangência do Distrito de Saúde de Campo Limpo. Por outro lado os partos de alto risco correspondem aproximadamente à 25% do total realizado.

No território do Distrito de Campo Limpo a demanda por internação em clínica obstétrica é de 14160 internações ano, considerando-se os dados da população do último censo. Para uma média de permanência de 3.7, são necessários 160 leitos obstétricos para atender a população gestante do Distrito de Saúde de Campo Limpo, ou seja, duas maternidades de 80 leitos.

Em relação a necessidade de leitos de retaguarda, existe no território do Distrito de Saúde de Campo Limpo 464 leitos gerais, públicos e particulares, demandando para tanto 92 leitos de retaguarda se considerarmos que 20% das internações gerais poderiam ser feitas em Hospital com esta característica.

Este estudo epidemiológico realizado nas áreas de abrangência das UBS, e análise dos dados de mortalidade e morbidade permitiram a definição das prioridades da região:

- lesões ao nascer;
- violência;
- AIDS;
- hipertensão;
- doença respiratória na infância;
- diarreia / cólera.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL REALIZADO PELO DR. JAIME ROZEMBOJM

- Estrutura física adequada e até superdimensionada.
- Equipamentos - praticamente completo.
- Equipamento existentes mas não funcionantes-encaixotados.
- Alguns até em excesso, o que deve dar custo elevado de manutenção.
- Falta total de organização administrativa " Feudos locais" e " Feudos estranhos ".



Folha n.º	39	de proc.
n.º	335.03	de 1994

Ed

- Não há nenhum sistema de controle, falta total de coleta de dados.
- Refeições a servidores, representa 5% do orçamento: funcionaria como refeitório público gratuito, inclusive para funcionários de terceiros.
- Confirmado custo elevado de Utilidades Públicas - 20% da dotação.
- O custo sem pessoal é de US\$ 6.071.765,57.
- O custo do pessoal é de mais ou menos US\$ 9.000.000,00.
- Custo total anual do Hospital: mais ou menos US\$ 15.000.000,00.
- Quadro de funcionários:
1892 para 220 leitos, o que corresponde a 8.6 funcionários/leito. Se considerarmos o número de 275 leitos ao final do ano temos um índice de 6,88 funcionários/leito.
- Um índice para atendimento SUS com um bom nível de qualidade dos serviços é de 03 funcionários/leito.
Assim, temos $3 \times 275 = 825$ funcionários
Excesso de $1892 - 825 = 1067$ funcionários.
- Serviço de Enfermagem:
A enfermagem tem 641 funcionários (119 enfermeiro e 522 auxiliares) o que dá um índice de 2.91 se considerarmos 220 leitos ou um índice de 2.33 funcionários/leito se considerarmos 275 leitos.
- Número de Auxiliares de Enfermagem:
O critério técnico para atendimento é de " two hands one patient " o que daria para 275 leitos um quadro de 275 funcionários, que deve ser acrescido em 25% para cobertura de férias e folgas, que resulta num quadro total de 344 funcionários.
Excesso de auxiliares: $522 - 344 = 178$.
- Número de Enfermeiras:
O critério adotado pela SUS é de uma enfermeira por 16 pacientes . Se o Hospital tiver 100 % de ocupação ou seja, 275 pacientes internados diariamente, temos uma necessidade de 18 enfermeiras.
Considerando-se um acréscimo de 25% para cobertura de férias e folgas o quadro passa para 22 enfermeiras. Se quisermos dotar o Hospital com finalidade outras, treinamento, supervisão, etc, podemos aceitar um acréscimo de 100 % que daria 44 enfermeiras.
Excesso de enfermeiras: $119 - 44 = 75$.
- Número de funcionários de enfermagem (Enfermeiras e Auxiliares):
O número de auxiliares de 344 com o número de enfermeiras de 44 perfazem um total de 388 funcionários.
Excesso de Enfermagem: $641 - 388 = 253$ (sendo 75 enfermeiras e 178 auxiliares).
- NOTAS: Este é o excesso do quadro. É importante conhecer o número de funcionários funcionantes.

42

140 58 - 004 1994

Tarciso Mamede Araújo
Chefe de Administração Geral I



- Médicos:

O Hospital possui 340 médicos.

Volume de serviço: 8645 internações

57000 atendimento ambulatoriais

198000 Pronto Socorro 255000 atend.

- Internações:

8645 / ano ou 720 internações/mês

Se considerarmos o Hospital com 100 % de ocupação, teremos diariamente 275 pacientes internados.

O índice técnico para um internista é de 10 leitos/médico mas considerando que se pretenda dar uma condição especial, concorda-se com um índice de cinco leitos/médico.

Assim, 275 leitos - 55 médicos.

Considerando 25 % para férias, folgas e Chefias teremos um número de 68 médicos.

- Ambulatório:

57.000 atendimentos/ ano ou 4750 atendimento/ mês ou 190 atendimentos/dia considerando-se 25 dias de atendimento/mês.

A DMS recomenda o atendimento de 04 consultas/ hora, o que dará um volume de $190 / 4 = 48$ horas diárias de atendimento. Como cada médico trabalha 04 horas por dia há necessidade de 12 médicos diariamente, que para cobertura de férias e folgas se transformam em 20 médicos.

- Pronto Socorro:

198.000 atendimentos/ano ou 16.500 atendimentos/mês ou 550 atendimentos / dia.

Os médicos trabalham em regime de plantão 12/24 horas/semana.

O volume de atendimento do Pronto Socorro é em média 70 % no horário das 7:00 às 19:00 hs. e 30% no horário das 19:00 às 7:00 hs., o que corresponde a 385 e 165 atendimentos respectivamente.

O atendimento diurno de 385 em 12 horas de atendimento corresponde a 32 atendimentos por hora. Como cada médico atende 04 pessoas/hora, a carga de atendimento exige $(32/4)$ 08 médicos plantonistas diurno.

O atendimento noturno de 165 atendimentos em 12 horas de atendimento corresponde a 14 atendimentos por hora e exige a carga de 04 médicos $(14/4)$ plantonistas noturno.

Se a Direção quiser manter um plantonista diurno e um noturno para cada médico, terá que ter um quadro de 08 plantonistas diariamente, ou seja um quadro semanal de 56 médicos.

Se acrescentamos 25 % para férias, folgas e Chefias teremos um quadro de 70 médicos no Pronto Socorro.

- Total de médicos:	Internação	68
	Ambulatório	20
	Pronto Socorro	70
		198 médicos

Excesso de médicos: $340 - 158 = 182$ médicos

43
No 38 - 004 335-04 49 4
Yafaelo Mamede Azeiteiro
Diretor de Administração Geral



Folha nº 41 de proc
nº 335 05 de 1994
ed

- Custo dos Serviços:

Custo de uma internação US\$ 1.735,00

Custo de um paciente/dia US\$ 240,00

Custo de um paciente/dia

em Hospital padrão A de São Paulo .. US\$ 180,00

- O Hospital Público é mais caro que o hospital privado, segundo dados oficiais do próprio Ministério da Previdência: a internação dos hospitais próprios é 6.08 vezes mais caro do que nos hospitais contratados (Assist.Médica-Hospitalar no Brasil, 1986, pág.126).

- O Hospital do Servidor Público Estadual atende diariamente os funcionários públicos que residem na Capital. O atendimento dos funcionários públicos estaduais fora da Capital era realizado mediante convênio com hospitais contratados, em número de 273 para atender todo o Estado, onde residem 66% do funcionalismo estadual. A verba do Hospital Público da Capital era mais que o dobro do que se gastaria no Interior todo para atender ao dobro de funcionários.

- A qualidade dos serviços dos hospitais contratados é superior a qualidade dos hospitais próprios:

A permanência é maior nos hospitais próprios.

A mortalidade é menor nos hospitais contratados.

Especialidade	Hosp.Próprio	Hosp.Contratado
Clínica Médica	9.13%	4.16%
Clínica Obstétrica	0.36%	0.08%
Clínica Cirúrgica	3.84%	1.19%

O argumento de que o Hospital próprio atende casos mais graves não é procedente.

Porte de Cirúrgia	Hosp.Próprio	Hosp.Contratado
Pequeno	29.4%	19.8%
Médio	52.2%	59.5%
Grande	18.4%	18.4%

FONTE: Mensário Estatístico do INFS - Número Especial 1975

- Os Hospitais próprios possuem índice de funcionários elevadíssimos, produzindo custos de mão de obra insuportáveis com o agravante de que a remuneração individual é baixa. Este fato gera descontentamento, desestímulo e desinteresse pelo desempenho do Hospital.

O custo operacional do Hospital próprio é alto, praticamente no mesmo nível dos Hospitais de primeira linha da cidade.

- A baixa remuneração do SUS exige uma gerência profissional e competente pois cabe a ela gerenciar miséria, sem comprometer a qualidade do serviço oferecido.

Folha nº 44 de proc.
nº 335 05 de 1994
ed
Tarciso Martins
Secretário de Administração



Folha nº	42	de proo.
nº	335	de 19.94
<i>Ed</i>		

.06.

PARCERIA SMS / APM

Segue abaixo uma nova proposta de gerenciamento para o Distrito de Saúde de Campo Limpo, através do convênio de Cooperação Técnica e parceria entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Associação Paulista de Medicina(Carta de Intenção anexo IV):

Atualmente a assistência médica no Distrito é realizada por um Hospital Geral de 275 leitos operacionais, 11 Unidades Básicas Municipais, 9 Centros de Saúde Estaduais, 1 Pronto Atendimento 24 hs., 1 Hospital Dia de Saúde Mental, 1 Ambulatório de Especialidades e 1 Centro de Reabilitação anexo ao Hospital.

A oferta de leitos é de 0,98 por mil habitantes nitidamente insuficiente se comparados com os dados sugeridos pela OPAS (4 leitos/1000 habitantes).

Atualmente a porta de entrada do sistema são as Unidades Básicas com capacidade municipal instalada de 66 consultórios, que após o processo de municipalização, já em curso, passarão a 111.

Nesta rede são desenvolvidos programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estadual e Municipal, podendo ser citados o da atenção à saúde à criança, à dos trabalhadores, à dos doentes mentais, introdução de equipes da Saúde da família de acordo com o Programa Nacional de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde. Ao Distrito de Campo Limpo serão destinadas equipes suficientes do PSF cabendo a cada uma o atendimento de cerca de 800 a 1000 família. Estas promoverão, além do atendimento individual, priorização das ações de promoção e proteção à Saúde e funcionarão em Unidades de Saúde/consultório em regime de dedicação exclusiva residindo nas proximidades onde irão atuar.

As equipes serão compostas por um mínimo de 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de Saúde (selecionados localmente). Com esse programa visa-se resgatar a humanização do atendimento por um melhor relacionamento médico-paciente restaurando a credibilidade dos serviços. Nesse cenário e com a participação dos agentes comunitários a população conhecerá melhor os problemas de Saúde do Distrito e através da SMS definirá uma assistência à Saúde de acordo com suas necessidades reais.

Visando essa integração propõe-se a transformação do uso de algumas Unidades Básicas em módulos com três consultórios, além da locação de imóveis que serão adaptados de acordo com as diretrizes do PSF.

45

[Assinatura]

Tarciso Mendes Mendes
Secretário de Administração Geral



Folha nº 43 de proc.
nº 335.07 da 19.94
Ed

As Unidades Básicas remanescentes permanecerão também como porta de entrada do Sistema assim com serão referências para o PSF nas especialidades básicas de Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Saúde mental, Clínica Médica, Saúde Bucal e apoio nas ações de vigilância à Saúde, favorecendo a resolubilidade e a supervisão técnica a equipes do PSF. As equipes do PSF, após processo de seleção serão submetidas a treinamento visando, inicialmente, conhecer as atividades a serem desempenhada pelo programa bem como a "mudança de atitude" dos profissionais frente ao novo modelo assistencial.

Concomitantemente os médicos participarão durante um prazo mínimo de um Programa de Atualização, objetivando o aprimoramento nas áreas básicas da medicina geral e Saúde coletiva. Sistema de Referência e Contra-Referência - O sistema deverá garantir a seqüência de um atendimento das atenções Primária, Secundária e Terciária através de um sistema informatizado para marcação de consultas, exames laboratoriais e radiológicos, relações das vagas hospitalares com sistema de remoção de pacientes eficiente.

A atenção secundária proposta, além do Hospital Municipal, deverá contar com duas maternidades de 80 leitos, a serem construídas e equipadas (anexo V) e com um serviço de atendimento domiciliar, para melhorar a média de ocupação do Hospital. propõe-se ainda a transformação de uma das Unidades Básicas de Saúde em Ambulatório de Especialidades e Laboratório.

Será promovido no Hospital Municipal "Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha" o atendimento terciário com otimização dos equipamentos existentes e implementação dos leitos de traumatologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia e berçário de alto risco garantindo o atendimento com resolubilidade completa dos casos locais de urgência (anexo VI). O hospital será gerenciado por pessoal com grande experiência na área escolhido pela APM. Pretendendo aumentar adicionalmente a eficácia dessa Unidade, serão terciarizados os setores de nutrição e dietética (Fast-Food), os transportes e eventualmente a lavanderia.

Em síntese, o Projeto Campo Limpo visa criar condições para a implementação efetiva dos preceitos constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde. Para isto se faz necessário:

- 1- Concluir a reforma do Hospital Municipal, ou seja o Almoxarifado, Radiologia e Necrotério.
- 2- Municipalizar as nove Unidades Básicas de Saúde Estaduais.
- 3- Transformar duas das Unidades em Ambulatório de Alta Resolubilidade (projeto Ministério da Saúde).
- 4- Convênio com Ministério da Saúde, visando o financiamento de 100 equipes do PSF.
- 5- Construir duas maternidades de 80 leitos. O financiamento destas construções e seus equipamentos será pleiteado junto ao Ministério da Saúde.

4/6

38 - 004755-94 494



Folha nº	44	de proc.
nº	335.08	de 1994

[Assinatura]

6 - Informatizar o atendimento do Distrito a fim de permitir a implementação racional do projeto (Projeto Ministério da Saúde).

7 - Aquisição de frota de veículos capaz de suprir as necessidades do projeto (anexo VII).

8 - Adequar o Hospital Municipal " Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha " para atendimento terciário nos setores de trauma-ortopedia e cirurgia geral (atendendo a demanda local já referida).

Recursos Financeiros Necessários

1 - Através do Ministério da Saúde.

I - Investimento

a) Programa de Saúde de Família - 100 equipes US\$ 3.115.000,00 correspondentes a custeio e investimento do programa.

b) Projeto de ambulatório de alta resolubilidade: ampliação e complementação do F. A. Jardim Macedônia US\$ 25.000,00 e transformação da UBS Capão Redondo em Pronto Atendimento de 24 hs. e Ambulatório de Resolubilidade US\$ 25.000,00 .

c) Equipamento das duas maternidade a serem construídas US\$

d) Serviço de Atendimento Domiciliar US\$ 30.000,00

e) Equipamento para adequação do Hospital Municipal para atenção terciária referida anteriormente US\$ 600.000,00

II - Recursos de Custeio

a) Considerando que o Projeto Campo Limpo pretende demonstrar a exequibilidade do programa SUS nos seus aspectos de regionalização, hierarquização e municipalização no atendimento universal pleiteia-se junto ao Ministério da Saúde as seguintes condições:

A) Cadastramento das equipes de Saúde do PSF de acordo com a Portaria Ministerial no , de 25 de Março de 1994, independentemente do teto ambulatorial do Município. Estima-se que as 100 equipes acarretarão um impacto de URVS/mês.

B) Estender a toda a rede ambulatorial do Distrito de Campo Limpo os benefícios desta Portaria. Pretende-se com isso um aporte de recursos suficiente para recomposição dos salários de todo o pessoal do Distrito e tornar viável todo o projeto. Para isto a Prefeitura do Município de São Paulo aprovará uma lei permitindo que os recursos SUS referentes à produção do Distrito a ele retornem na sua totalidade constituindo-se em pagamento adicional aos funcionários.

47

NO 38-004 75-0480A

[Assinatura]

Tarciso Mamede Mariano
Secretário de Administração Geral II



Folha no	45	de proc.
no	335	de 1994
		

Além disso, para bem atingir esse objetivo a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá um convenio com a Associação Paulista de Medicina que permitirá contratar, a níveis de salário de mercado, um gerenciamento profissional de qualidade para o Hospital Municipal "Dr. Fernando Mauro Fiores da Rocha" bem como participar da implantação de todo o projeto.

2 - Através da Prefeitura Municipal:

A) Manutenção em valores reais do orçamento de 1994 destinados ao Distrito, sem congelamentos, e com pagamentos regulares mensais (duodécimos). Saliente-se que o orçamento de 1994 da Prefeitura Municipal de São Paulo destina 15,9% da sua arrecadação à Secretaria da Saúde.

B) Pagamento através da APM de um sistema de gerenciamento de primeira qualidade.

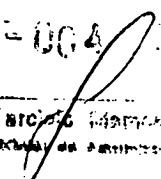
C) Contratação de consultoria na área de capacitação profissional visando o programa de educação continuada para as equipes do PSF.

C.1) No Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

C.2) Na Escola Paulista de Medicina (Hospital São Paulo) para curso continuado em Clínica Geral (G.O., Pediatria, Clínica Médica).

D) Contratação de consultoria na Area de Desenvolvimento Gerencial e Avaliação - Cooperação Técnica Brasil - Itália .

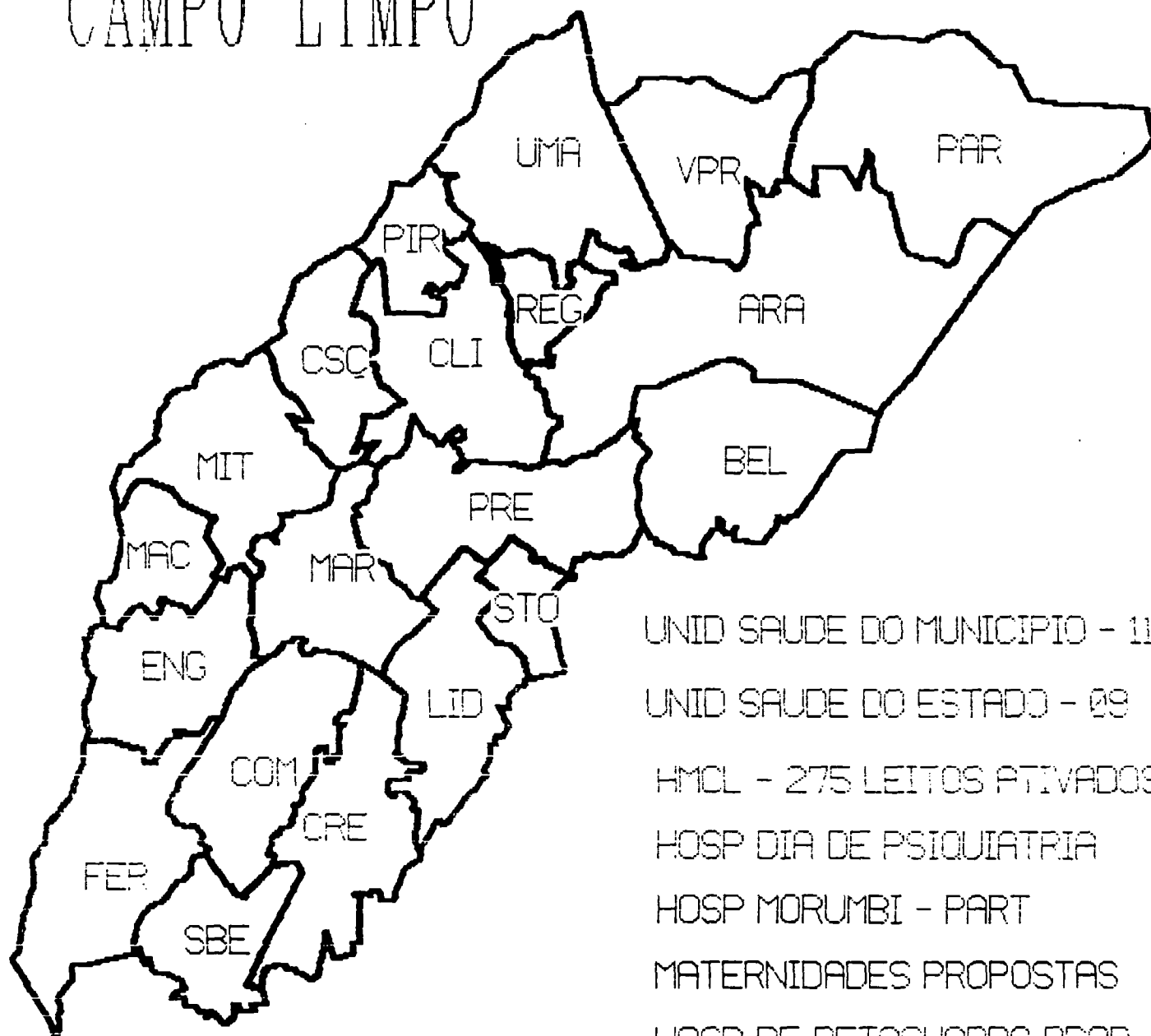
E) Contratação de um projeto de avaliação de qualidade do projeto como um todo.

Folha no	48	de proc.
N.º	38-004	de 1994
 Tarciso Gomes Assessor de Administração (2000)		

DISTRITO DE SAUDE

CAMPO LIMPO

Folha n.º	46	de proc.
n.º	335	de 1994
<i>Ca</i>		



UNID SAUDE DO MUNICIPIO - 11

UNID SAUDE DO ESTADO - 08

HMCL - 275 LEITOS ATIVADOS

HOSP DIA DE PSIQUIATRIA

HOSP MORUMBI - PART

MATERNIDADES PROPOSTAS

HOSP DE RETAGUARDA PROP

POPULACAO DO DSCL - **500.000 HAB**

LEITOS PUBLICOS E PRIVADOS - 0,98 LEITOS/1000 HAB

4 LEITOS/1000 HAB (OPAS)

4/9

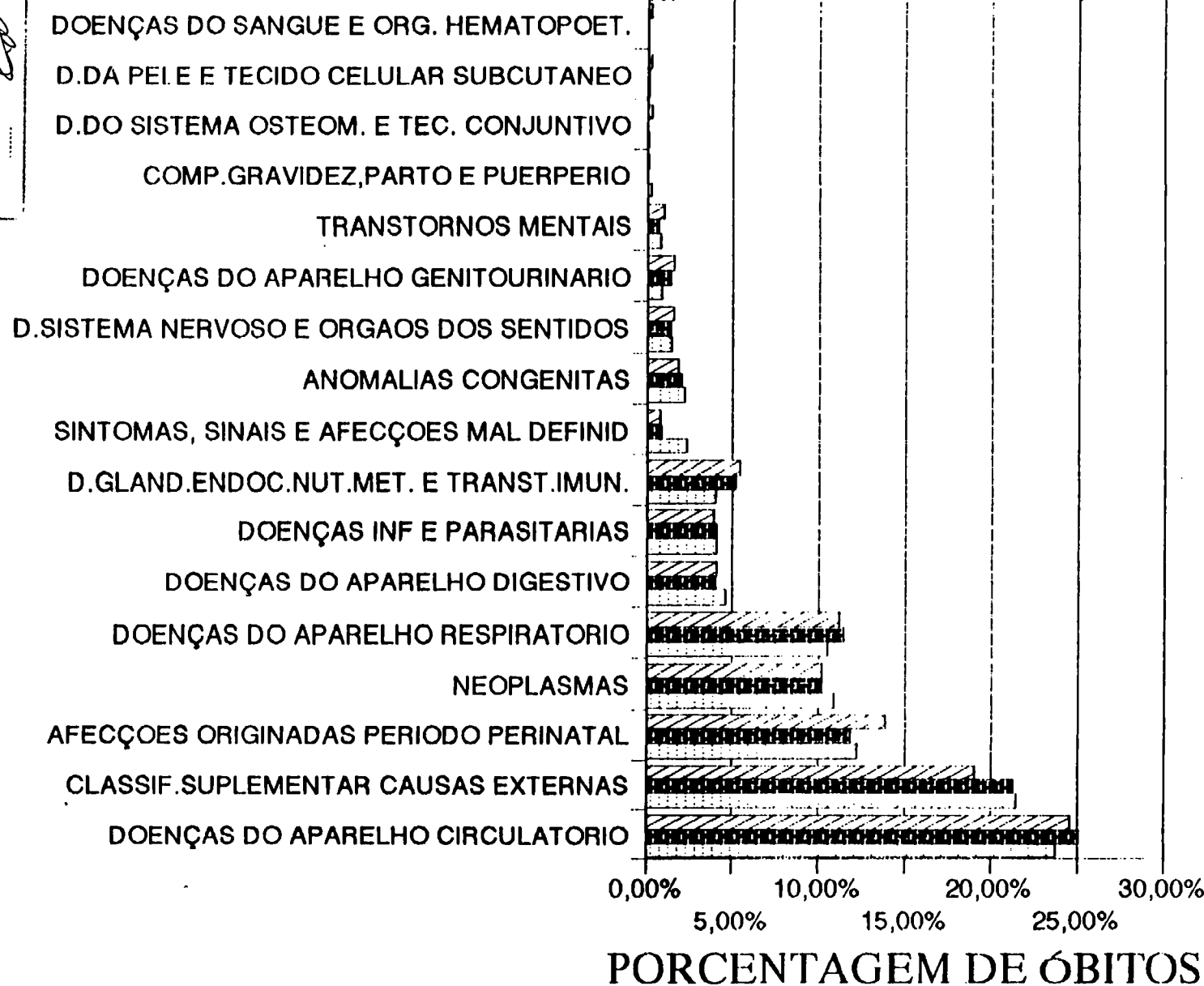
Carla Américo Bastião
Secretaria de Administração Geral

DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSA BÁSICA

Folha nº 47 de 335 de 1994

CAPÍTULO DA CID



1991 1992 1993

50

N.º 38 - 004

Parcelsa Placido Mariano

Coordenador de Assistência Regional

DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO
MORTALIDADE POR CAUSA BÁSICA SEGUNDO CAPITULO DA CID
PERÍODO: ABRIL/91 A DEZEMBRO/93
CAPITULO DA CID

	1991		1992		1993	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	329	23,74%	540	25,15%	498	24,63%
CLASSIF.SUPLEMENTAR CAUSAS EXTERNAS	298	21,50%	457	21,29%	385	19,04%
AFECCOES ORIGINADAS PERIODO PERINATAL	169	12,19%	253	11,78%	279	13,80%
NEOPLASMAS	150	10,82%	219	10,20%	205	10,14%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	145	10,46%	245	11,41%	226	11,18%
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	64	4,62%	86	4,01%	83	4,10%
DOENÇAS INF E PARASITARIAS	57	4,11%	89	4,15%	79	3,91%
D.GLAND.ENDOC.NUT.MET. E TRANST.IMUN.	56	4,04%	111	5,17%	110	5,44%
SINTOMAS, SINAIS E AFECCOES MAL. DEFINID	33	2,38%	19	0,88%	16	0,79%
ANOMALIAS CONGENITAS	32	2,31%	44	2,05%	38	1,88%
D.SISTEMA NERVOSO E ORGAOS DOS SENTIDOS	21	1,52%	29	1,35%	32	1,58%
DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINARIO	13	0,94%	31	1,44%	33	1,63%
TRANSTORNOS MENTAIS	11	0,79%	16	0,75%	20	0,99%
COMP.GRAVIDEZ,PARTO E PUERPERIO	3	0,22%	2	0,09%	3	0,15%
D.DO SISTEMA OSTEOM. E TEC. CONJUNTIVO	2	0,14%	1	0,05%	6	0,30%
D.DA PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	2	0,14%	3	0,14%	4	0,20%
DOENÇAS DO SANGUE E ORG. HEMATOPOET.	1	0,07%	2	0,09%	5	0,25%
Total	1386	100,00%	2147	100,00%	2022	100,00%

FONTE: PRO-AIM/NEPI-DSCL

Folha nº 48 de proc.
nº 335 de 1994
CAB

Folha n.º	49	de proc.
n.º	335	de 1994
<i>CD</i>		

FROTA NECESSÁRIA PARA SEDE DE U.B.S. - 20 UNIDADES

- 01 - Kombi - Vacina
- 01 - Kombi - N.E.P.I. - Vigilância
- 03 - Kombis - Laboratório + Carga
- 01 - Kombi - Manutenção
- 01 - Caminhão para abastecimento
- 03 - Viaturas Administrativas

FROTA NECESSÁRIA PARA O HOSPITAL

- 02 - Viatura Administrativa
- 02 - Kombis
- 14 - Ambulâncias

52

14.08.1004/155-04/94

[Signature]

Yolanda Marques Almeida
Secretária de Administração GEF 1



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
HOSPITAL MUN. DR. FERNANDO MAURO P. DA ROCHA

ANEXO VI

Folha n.º 50 de proc.
335 de 1994

CD

MEMORANDO

REMETENTE

DIRETORIA DIV. TÉC. DE AT. À SAÚDE II

REFERÊNCIA

073/94

DATA

10.05.94

DESTINATÁRIO

ARS - 10

ASSUNTO

SR. DIRETOR

Conforme solicitado e objetivando atingir as principais metas da Secretaria Municipal de Saúde que é a ativação completa dos 320 leitos planejados e a transformação do Hospital Municipal Dr. "Fernando Mauro Pires da Rocha" em referência terciária para a região, estamos encaminhando as necessidades para aquisição de Material Permanente:

Instrumental Oftalmológico.....	US\$ 98.00
Instrumental Otorrinolaringológico.....	US\$ 49.00
Instrumental Buco Maxilo Facial.....	US\$ 98.00
Equipamentos Neurocirurgia.....	US\$ 50.00
Equipamentos Ortopedia.....	US\$ 71.00
Monitor de Sinais Vitais com capografia (02).....	US\$ 30.00
Monitor Transcutâneo de Saturação (10).....	US\$ 30.00
Contador Hematológico Automático	US\$ 58.00
Balança Eletrônica Digital (02).....	US\$ 3.00
Total.... US\$487.00	

53
58-104-00-94-894
Marcio Fernando Estevam
Diretor de Administração Geral II

Atenciosamente,

RECEBIDO EM
10/05/94 às 09:15hs.
S-e
ARS 10

MJE/mgcr

Dr. Marcio Joel Estevam
RF 619.540.7.00 - CRM 51.892
Diretor de Divisão Téc. Atenção à Saúde II

PROJETO PRELIMINAR

MATERNIDADE

Folha no	51	de proc.
no	335	de 1994
54. CDD		

Material:-

Cardiotocografia (Monitor Fetal)		03
Detector Fetal (sonar)		04
Aminioscópios		05
Ultrassom		01
Médicos Diaristas		08
Médicos Plantonistas	(por plantão)	06
Enfermeiras	(manhã)	04
	(tarde)	04
	(noite-par/impar)	03
Auxiliares de Enfermagem	(manhã)	18
	(tarde)	15
	(par/impar)	15
A.A.S. (secretárias de clínicas)	Plantonistas	06
	Diarista	06
Contínuo Porteiro		02

CENTRO OBSTÉTRICO:-

Salas cirúrgicas	04
Leitos pré-parto	12
Auxiliares por plantão (Manhã/Tarde/Noite-par-impar)	14
Obstetriz por plantão (Manhã/Tarde/Noite-par-impar)	07

ÁREA FÍSICA DO C.O.:-

- Vestiário masculino e feminino com sanitários e lavatórios anexo.
- Sala para admissão e higienização com sanitários e chuveiros anexo.
- Sala de cirurgia com lavabo anexo
- Local para reanimação e identificação do RN
- Sala para estocagem de material esterilizado e outros
- Copa

.../...



...2...

Folha no	52	de proc.	
no	335	de	94
ANEXO		VCD	

- Sala para material de limpeza
- Sala para guardar equipamentos e acessórios.
- Sala de espera para familiares de pacientes, com sanitários e lavatório anexo.
- 01 quarto para plantonista dentro do C.O.
- 01 sala para chefia - trabalho burocrático

NEONATOLOGIA:-

15 Berços aquecidos

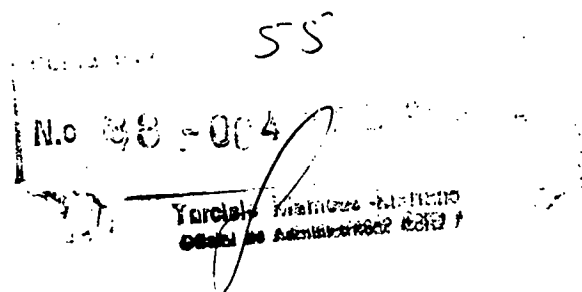
01 Respirador

02 Isolete

01 Isolete para transporte

Material intubação.

Médicos neonatologista plantonista	14
Médico diarista neonatologista ou Pediatra	23
Enfermeiros (Plantonistas)	06
Auxiliar de Enfermagem	08



ANEXO IV

---M I N U T A---

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E PARCERIA

Partes: Prefeitura Municipal de São Paulo
Associação Paulista de Medicina

Pelo presente instrumento de convênio, de um lado a Prefeitura Municipal de São Paulo, representada pelo de outro a Associação Paulista de Medicina-APM, sociedade civil sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública....., representada pelo....., resolvem firmar o presente convênio de cooperação técnica para instituir sistema de parceria no gerenciamento de hospitais e outras unidades de Saúde do Município, com a finalidade de otimizar os serviços de saúde prestados à comunidade, nos seguintes termos e condições:

1-A Associação Paulista de Medicina, numa primeira fase, realizará estudo de otimização, inclusive quanto à sua ampliação, dos serviços junto a unidade ou unidades de Saúde a serem designadas, analisando a situação atual e propondo as alterações necessárias, especialmente quanto a recursos materiais, humanos e financeiros, bem como sistemas e metodologias.

2-Desse estudo resultará um plano, com o respectivo cronograma de implantação, que a Prefeitura Municipal de São Paulo se compromete a executar, adotando as medidas administrativas e legais necessárias, plano esse que, dada sua dinâmica, será permanentemente acompanhado pela Associação Paulista de Medicina, procedendo-se, sempre que necessário, sua alteração e atualização. As medidas de modernização serão implantadas de comum acordo entre as partes convenientes. Além do plano específico de modernização do atendimento, a Associação Paulista de Medicina elaborará manual de gerenciamento de unidades públicas de saúde, a ser implantado em todas as unidades da rede.

3-Para a execução da parte cabente à Associação Paulista de Medicina, a Prefeitura Municipal de São Paulo propiciará local adequado junto à unidade ou às unidades indicadas para otimização.

colocando à sua disposição todos os dados e informações necessários.

4-Para a elaboração e gerenciamento do plano, a Associação Paulista de Medicina contratará os profissionais ou equipes de profissionais segundo critérios exclusivamente por ela determinados.

5-A Prefeitura Municipal de São Paulo constituirá comissão de acompanhamento do novo processo, presidida pelo Secretário Municipal de Saúde, e composta por mais 2 membros da Secretaria, 1 do Conselho Municipal de Saúde, 1 do Conselho Regional de Medicina e 2 da comunidade.

6-A presente cooperação, além das normas legais pertinentes e dos princípios de saúde pública obedecerá as seguintes diretrizes cujos objetivos serão definidos e alcançados em etapas posteriores de execução do presente convênio:

a)Serão adotadas as providências legais e administrativas no sentido de se utilizar a atuação das unidades de saúde sem as intercorrências burocráticas da administração pública, respeitados os princípios da economicidade, transparência, moralidade e prestação de contas aos órgãos competentes e à comunidade.

b)Serão adotadas as providências necessárias para que o pessoal das unidades objeto deste convênio venham a perceber vencimentos com uma parcela fixa e outra variável decorrente da produtividade gerada pelo atendimento SUS, sendo que esta parcela será distribuída por todas as equipes envolvidas, direta ou indiretamente, com o atendimento aperfeiçoado.

c)Será estudada a possibilidade de a Associação Paulista de Medicina, paulatinamente e no momento adequado, assumir o gerenciamento direto de unidades de saúde ou do próprio distrito, com o repasse dos recursos necessários, de maneira regular, segundo cronograma elaborado pelas partes.

7-A Prefeitura Municipal de São Paulo reembolsará a Associação Paulista de Medicina das despesas que realizar na elaboração e acompanhamento do plano de gerenciamento, na forma a ser definida pelas partes,obedecida a legislação pertinente.

ANEXO IV

8-0 prazo de duração do presente convênio é de 5 anos, prorrogável por igual período, podendo, porém ser denunciado a qualquer tempo, notificada a parte contrária com a antecedência mínima de 60 dias.

9-0 presente convênio é celebrado com dispensa de licitação, nos termos do art. 24, VIII da Lei Federal nº 8.666/93, correndo as despesas dele decorrentes pelas dotações orçamentárias próprias.

E por estarem de acordo,

.....

Folha No 58 de proc.
N.º 38 = 004 75 5-94 = 94
Carla de Almeida Mendes
Assessoria de Planejamento e Gestão

PROGRAMA BASICO PARA MATERNIDADE DE 100 LEITOS

A . HALL DE ENTRADA PRINCIPAL 129.60 m2

B . ATENDIMENTO AO PACIENTE 2.209.12 m2

AMBULATÓRIO 347.04 m2

Consultório ginecologia com sanitário (3) $3 \times 17.28 \text{ m}^2 = 51.84 \text{ m}^2$

Consultorio Pediatria (2) $2 \times 12.96 \text{ m}^2 = 25.92 \text{ m}^2$

Consultórios indiferenciados (2) $2 \times 12.96 \text{ m}^2 = 25.92 \text{ m}^2$

Matrícula / Agendamento 25.92 m2

Sala para coleta com sanitário 17.28 m2

C.A.M 8.64 m2

D.M.L 2.88 m2

Copa 5.76 m2

Sanitários público (2) $2 \times 12.96 \text{ m}^2 = 25.92 \text{ m}^2$

Sanitários pessoal (2) $2 \times 4.32 \text{ m}^2 = 8.64 \text{ m}^2$

Posto 12.96 m2

Utilidades / Expurgo 5.76 m2

Espera 129.60 m2

PRONTO ATENDIMENTO 141.12 m2

Registro 12.96 m2

Espera 25.92 m2

Sanitários público (2) $2 \times 6.48 \text{ m}^2 = 12.96 \text{ m}^2$

Curativos 12.96 m2

Hidratação 12.96 m2

Inalação 11.52 m2

Medicação 8.64 m2

Sala de tologia 12.96 m2

Consultório ginecologia com sanitário 17.28 m2

Consutório pediatria 12.96 m2

53
N.º 88 - 004.555-94 - 94
Turisla Mamudo Mariano
Secretaria de Administração Geral

PRONTO SOCORRO 267.84 m2

Espera 25.92 m2

Sanitários público (2) $2 \times 8.64 \text{ m}^2 = 17.28 \text{ m}^2$

Posto policial com sanitário 17.28 m2

Registro 12.96 m2

Chefia 8.64 m2

Serviço social 8.64 m2

Utilidades / Expurgo 8.64 m2

Sala para higienização 8.64 m2

Depósito de equipamentos 8.64 m2

Câmara escura / RX portátil 8.64 m2

Sala para primeiro atendimento (2 boxes) 25.92 m2

Sala para pequena cirurgia 12.96 m2

Sala de traumatologia 12.96 m2

Sala de gesso 12.96 m2

C.A.M 8.64 m2

Copa 8.64 m2

Posto de enfermagem / Serviço 8.64 m2

Enfermarias de observação (2) $2 \times 25.92 \text{ m}^2 = 51.84 \text{ m}^2$

ÁREAS COMUM AO P.A / P.S 30.24 m2

Copa / Estar pessoal 8.64 m2

D.M.L 4.32 m2

Sanitários pessoal (2) $2 \times 8.64 \text{ m}^2 = 17.28 \text{ m}^2$

INTERNAÇÕES

CLÍNICA MÉDICA . CLÍNICA CIRÚRGICA . CLÍNICA
GINEC./OBSTÉTRICA 1.170.16 m²

Enfermarias com banheiro anexo . alojamento conjunto (mãe e recém-nascido normais)

17 enfermarias com 2 leitos $17 \times 25.92 \text{ m}^2 = 440.64 \text{ m}^2$

Enfermarias com banheiro anexo

08 enfermarias com 3 leitos $8 \times 25.92 \text{ m}^2 = 207.36 \text{ m}^2$

10 enfermarias com 4 leitos $10 \times 38.80 \text{ m}^2 = 388.00 \text{ m}^2$

Posto de enfermagem e sala de serviço (2) $2 \times 25.92 \text{ m}^2 = 51.54 \text{ m}^2$

Expurgo / Utilidades (2) $2 \times 5.76 \text{ m}^2 = 11.52 \text{ m}^2$

Sala de exames e curativos (2) $2 \times 8.64 \text{ m}^2 = 17.28 \text{ m}^2$

Sanitário público (2) $2 \times 12.96 \text{ m}^2 = 25.02 \text{ m}^2$

Depósito de equipamento 5.76 m²

C.A.M (2) $2 \times 8.64 \text{ m}^2 = 17.28 \text{ m}^2$

D.M.L (2) $2 \times 2.88 \text{ m}^2 = 5.76 \text{ m}^2$

NEONATOLOGIA (ar-condicionado) 253.44 m²

Normais 43.20 m²

Observação 25.92 m²

Baixo peso 17.28 m²

Patológicos 17.28 m²

Isolamento 17.28 m²

Suspeitos 12.96 m²

Acesso para neonatologia através de vestiário de barreira (2) $2 \times 4.32 \text{ m}^2 = 8.64 \text{ m}^2$

1 subposto de enfermagem para cada sala de berçário (5) $5 \times 8.64 \text{ m}^2 = 43.20 \text{ m}^2$

1 área de higienização do recém-nascido 8.64 m²

1 local para exames 8.64 m²

Posto de enfermagem 8.64 m²

Sala de serviço 8.64 m²

Expurgo/Utilidades 4.32 m²

C.A.M 5.76 m²

Copa / Estar pessoal 11.52 m²

Plantonista com banheiro 11.52 m²

Relatórios e prescrição médica . na circulação

61

Carimbo e Assinatura

C . APOIO MÉDICO E DIAGNÓSTICO 732.96 m2

CENTRO CIRÚRGICO (ar-condicionado) 115.20 m2

Salas de cirurgia (2) $2 \times 28.80 \text{ m}^2 = 57.60 \text{ m}^2$

Áreas para lavabo 4.32 m2

1 sala de recuperação pós anestésica com bancada para posto de enfermagem e serviço 21.60 m2

Secretaria 8.64 m2

Sala de relatórios 5.76m2

Posto de enfermagem/ Chefia de enfermagem 8.64 m2

Área para recepção de pacientes com transferência de macas 8.64 m2

CENTRO OBSTÉTRICO 181.44 m2

3 Salas de parto -

2 normais $2 \times 23.04 \text{ m}^2 = 46.08 \text{ m}^2$

1 cirúrgico 28.80 m2

Áreas para lavabo 2.88m2

Sala de recuperação pós anestésica para 3 leitos com bancada para posto de

enfermagem e serviço 17.28 m2

Sala de reanimação do recém-nascido 8.64m2

Posto de enfermagem / Chefia de enfermagem 8.64m2

Secretaria 8.64 m2

Sala de trabalho de parto com sanitário (2) $2 \times 17.28 \text{ m}^2 = 34.56 \text{ m}^2$

Sala de higienização da parturiente com banheiro anexo 17.28 m2

Área para transferência de macas 8.64 m2

ÁREAS COMUM AO CC e CO 108.00 m2

Vestiários de barreira (2) $2 \times 12.96 \text{ m}^2 = 25.92 \text{ m}^2$

Estar médico/ pessoal 12.96 m2

CAM e material esterilizado 12.96 m2

Copa 12.96 m2

DML 5.76 m2

Utilidades / Expurgo e Trituração de placenta 8.64 m2

Depósito de equipamentos 8.64 m2

RX portátil e Câmara escura 8.64 m2

Guarda e distribuição de sangue e derivados 11.52 m2

62
38-404-53-64-94
Tarciso Primate Martins
Coordenador de Administração Geral

RADIOLOGIA 172.80 m2

2 Salas de RX com área de comando e sanitários (2) 2 x 30.24 m2 = 60.48 m2

Sala de preparo de paciente com copa de bario 12.96 m2

2 Salas para ultrassonografia com sanitários 2 x 17.28 m2 = 34.56 m2

Câmara escura 8.64 m2

Interpretação e laudo 8.64 m2

Chefia / Secretaria e Recepção 17.28 m2

C.A.M 8.64 m2

Utilidades 8.64 m2

Espera 12.96m2

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS 155.52 m2

Laboratórios 69.12 m2

Laboratório de emergência 12.96 m2

Área de preparo de meios de cultura e reagentes 12.96 m2

Recepção e classificação de amostras 12.96 m2

Expurgo 6.48 m2

Esterilização e guarda de material 17.28 m2

Chefia 8.64 m2

Secretaria 8.64 m2

C.A.M 6.48 m2

D. APOIO TÉCNICO 301.68 m2

INFORMAÇÕES . S.A.M.E 79.20 m2

Recepção / matrícula 8.64 m2

Arquivo ativo 17.28 m2

Arquivo passivo 21.60 m2

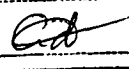
Chefia 8.64m2

Sala para estatística e epidemiologia 17.28 m2

Sanitário pessoal (2) 2 x 2.88 m2 = 5.76 m2

Espera com sanitário público (em comum com hall principal e espera ambulatorial)

63
1994-03-05 15:04:09
Tarciso Damasceno Mariano
Oficial de Administração Geral I

Folha n.º	62	de proc.
n.º	335	de 1994
		

SERVIÇO SOCIAL 25.92m2

Sala de entrevista 8.64m2

Sala de avaliação de casos 8.64m2

Chefia 8.64m2

COMUNICAÇÃO 28.80 m2

Área para Pabx, sonorização e hora certa 11.52 m2

Área para central de rádio 8.64 m2

Área para telex e fax 8.64 m2

TRANSPORTE 86.40 m2

Chefia 8.64m2

Secretaria 12.96m2

Estar do motorista 12.96m2

Dormitório com banheiro 8.64m2 + 2.88m

Sala para guarda de ferramentas 5.76m2

Oficina mecânica 34.56m2

Área para estacionamento de ambulâncias

MANUTENÇÃO 68.40 m2

Oficinas 46.08m2

Chefia 8.64m2

Sanitário pessoal 5.76 m2

Copa 5.76m2

DML 2.16m2

Cabine elétrica

Geradores

Caldeiras

Central de vácuo

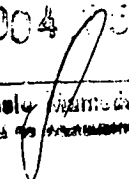
Central de ar condicionado

Central de gases

Central de ar comprimido

Abrigo para lixo

REPROGRAFIA 12.96M2

64	
N.º	335-004-730-94804
	
Yacielly Almeida Martins Secretária de Administração Geral	

E . ADMINISTRAÇÃO 213.12 m2

DIRETORIA 73.44 m2

3 salas para diretorias com sanitários (clínica, enfermagem e administrativa)

2 x 10.80 m2 + 17.28 m2 = 38.88 m2

1 sala para assessoria técnica 8.64 m2

1 sala de reuniões 12.96 m2

1 sala de expediente 12.96 m2

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL 66.24 m2

Área para departamento pessoal 17.28 m2

Chefia 8.64m2

Área para recrutamento e seleção 17.28 m2

Espera público 8.64 m2

Sanitários (2) 2 x 4.32 m2 = 8.64 m2

Copa 5.76m2

ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA 30.24m2

Secretaria / Contabilidade 17.28 m2

Chefia 8.64m2

C.A.M 4.32 m2

ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS 43.20 m2

Sala de compras 11.52 m2

Sala de licitações 11.52 m2

Sala de chefia/ secretaria 8.64m2

Secretaria 11.52 m2

65
N.º 38 - 004
Yacielio Mamede Martins
Coordenador de Administração Geral

F . CONFORTO 328.32 m2

CONFORTO MÉDICO

Distribuido nas varias unidades

VESTIÁRIO 246.24 m2

2 vestiários + chefia para limpadora $2 \times 8.64 \text{ m}^2 + 12.96 \text{ m}^2 = 30.24 \text{ m}^2$

2 vestiários para pessoal, feminino c/ sanitario e chuveiro 103.68 m2

2 vestiários para pessoal, masculino c/ sanitário e chuveiro 73.44 m2

ÁREA PARA CONTROLE DE PONTO 8.64 m2

REFEITÓRIO COM CONJUNTO DE SANITÁRIOS 112.32 m2

G . SERVIÇOS GERAIS 698.40 m2

CENTRAL DE ABASTECIMENTO DE MATERIAIS 159.84 m2

Recepção /controle/ pesagem 17.28 m2

Distribuição de material 12.96 m2

Almoxarifado setorizado para grandes volumes, papelaria, aparelhos, material de limpeza etc. 60.48 m2

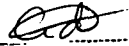
Área para generos alimenticios (com área para cereais) 21.60 m2

Área para farmácia 21.60 m2

Chefia 8.64m2

Secretaria 8.64m2

Depósito para caixaria e vidraria 8.64m2

Folha n.º	64	de proc.
n.º	335	de 1994
		

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA 257.76 m2

Recepção/ higienização de generos perecíveis 12.96m2

Câmaras frigoríficas 12.96 m2

Cozinha 151.20 m2

Despensa 12.96 m2

Nutricionista 8.64m2

Câmara de lixo 5.76 m2

Sanitários 2 x 5.76 m2 = 11.52 m2

Lactário

recepção e esterilização de mamadeiras 8.64m2

preparo de mamadeiras com ante-câmara 17.28m2+2.88m2

distribuição de mamadeiras 12.96m2

LAVANDERIA 135.36 m2

Área suja

recepção de roupa suja 34.56 m2

vestiário de acesso com banheiro 5.76 m2

depósito de produtos químicos 5.76 m2

DML 2.88 m2

Área limpa

processamento de roupa lavada 34.56 m2

rouparia / distribuição 25.92 m2

costura 17.28 m2

chefia 8.64 m2

CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS 112.32 m2

Área suja

recepção e lavagem (expurgo) 12.96m2

lavagem e preparo de luvas 8.64 m2

Área limpa- acesso através de ante-câmara

área p/ preparo e esterilização do material 47.52 m2

guarda e distribuição de material esterilizado 34.56 m2

chefia 8.64 m2

NECROTÉRIO 33.12 m2

Sala de preparo de cadáver 17.28 m2

Secretaria para expedição 5.76 m2

Camara frigorifica 5.76 m2

Banheiro 4.32 m2

67

N.º 38-604

Yaciele Mamede Mattoso
Coordenadora Geral

RESUMO DAS AREAS:

1. Area do Terreno = 13.000,00 m² (preferencialmente plano)
2. ÁREA TOTAL ÚTIL = 4.613.20 m²
3. ÁREA DE CIRCULAÇÃO = 1.473.12 M²

ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA = 6.086.32 M²

Relacao Area Construida / Leitos
6086.32 m² / 100 leitos = 60,86 m² / l



Folha n.º	66	de proc.
n.º	335	de 1994
<i>CSB</i>		

SAÚDE DA FAMÍLIA

PROPOSTA DO DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

O Distrito de Saúde de Campo Limpo situa-se na parte noroeste da Região Sul do Município de São Paulo. A topografia irregular é formada por várias encostas de solo vulnerável à erosão, fundos de vale e mais de 50 córregos que desembocam no Rio Pinheiros e na Represa Guarapiranga.

Nas últimas décadas a população vem crescendo bem acima da média da Cidade de São Paulo, ocupando de forma aleatória fundos de vale e encostas, ficando as moradias dessas áreas sujeitas a enchentes e deslizamentos. Os loteamentos clandestinos e as invasões de terrenos públicos e privados, tem originado um grande número de favelas que abrigam hoje 20% da população.

Região dormitório, de poucas indústrias, a oferta de emprego se dá através do comércio e serviços públicos, que absorve parcela pequena da força de trabalho disponível. A população em idade produtiva de um modo geral trabalha fora.

A rede básica de serviços de Saúde é composta de 20 unidades, 11 do Município e 9 do Estado. O Distrito dispõe ainda de um ambulatório de especialidades, uma unidade de reabilitação, um P.A., um Hospital Dia de Saúde Mental, um Hospital Municipal com P.S. e um Hospital privado. Estes equipamentos são insuficientes para atender a demanda da região, sendo esta situação agravada pelo atendimento de populações de cidades vizinhas onde não existem equipamentos hospitalares.

Estudo epidemiológico realizado nas áreas de abrangência das UBS. e análise dos dados de mortalidade e morbidade permitiram a definição das prioridades da região:

- lesões ao nascer
- violência
- AIDS
- hipertensão
- doença respiratória na infância
- diarreia /cólera

69

N.º 38-004.755-94-94

Yacielio Mamede Mariano
Secretário de Administração Geral

A proposta de implantação do Programa de Saúde da Família no Distrito de Saúde de Campo Limpo pressupõe uma rede de Consultórios de Família com sua equipe, inserida, no Sistema de Saúde do Distrito, de forma harmônica, seguindo suas diretrizes técnicas e administrativas.

Pelas características próprias da Região, considerando os aspectos sócio econômicos, epidemiológicos e de densidade populacional, nossa proposta é a implantação do Programa através de módulos, por área de abrangência, ficando cada



Folha n.º	67	de proc.
n.º	335	de 1994
Cda		

módulo ligado a UBS. de referência.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A "SAÚDE DA FAMÍLIA" (PAISF)

01. DEFINIÇÃO

Prevê a atenção global de saúde as famílias de uma determinada região, de forma a:

- promover ações preventivas, curativas e educativas necessárias a promoção da saúde;
- desenvolver ações interinstitucionais visando interferir no meio ambiente, nos aspectos bio-psico-culturais das famílias atendidas;
- resgatar as funções básicas do "Médico da Família", estabelecendo uma relação mais intimista entre o médico e a família assistida.

02. OBJETIVOS:

- promover atenção primária de saúde às famílias assistidas;
- interferir nos índices de Morbi/Mortalidade da região;
- desenvolver senso-crítico da população atendida do tipo de assistência à saúde prestada e do modelo assistencial de Saúde existente na região;
- mudar o Perfil Epidemiológico e Sanitário da região, de modo que o mesmo caracterize-se satisfatoriamente;
- resgatar o homem enquanto cidadão, vivente e pensante em sociedade através de programas educativos.

03. CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO:

- Em módulo -
- 03 Médicos;
 - 04 Auxiliares de Enfermagem;
 - 04 Escriturários;
 - 01 Enfermeiro
 - 02 Serventes para Limpeza.

Folha n.º	70	de proc.
n.º	335	de 1994
Carla de Almeida Mariano		

04. FUNÇÕES DO MÓDULO:

- cuidar aproximadamente de 1500 famílias;
- ser porta de entrada do SUS;



- realizar ações de tratamento curativo e preventivo;
- estabelecer interrelacionamento com as UBS's, PS's, Hospitais e outros recursos da região.

05. LOCAL DE TRABALHO: (necessidades mínimas)

- Casa alugada ou construída com:
 - 03 consultórios;
 - 01 sala de curativo;
 - 01 sala de espera;
 - 02 escritórios;
 - 02 banheiros;
 - 01 sala de apoio;
 - 01 sala de vacina e/ou imunizações.

* O profissional deverá residir em bairro próximo ao local de trabalho.

06. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO:

A) Médico: Período integral (08 horas)

Ações Curativas:

- atendimento médico durante 06 horas;
- visita aos pacientes internados e a UBS.

Ações preventivas: (*)

- caracterização da área;
- reuniões de grupo;
- vacinas;
- outros.

* Sempre realizada de maneira interdisciplinar.

71
138-004/153-94-94
Yacielio Inanete Martins
Secretaria de Administração Geral e

ENFERMEIRO

- Participar do cadastramento das famílias
- Conhecer e caracterizar a área de atuação do módulo
- Supervisionar as atividades de enfermagem do módulo
- Realizar visitas domiciliares
- Orientações e estimulação à prevenção a saúde de maneira global.

C) Auxiliares de Enfermagem:



- realizar ações de enfermagem de maneira global;
- visitas domiciliares;
- acompanhar os pacientes quando necessário em remoções domiciliares;
- caracterização da área.

D) ESCRITURÁRIOS:

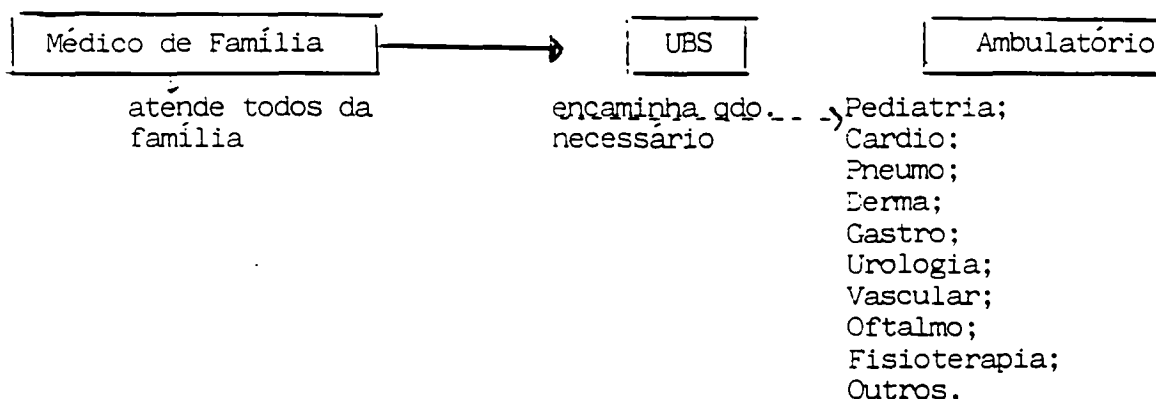
- recepcionar os pacientes;
- cuidar de arquivos;
- agendamento prévio de consultas;
- cuidar de toda documentação burocrática do consultório;
- elaborar Consolidados de Produção;
- encaminhamentos externos de pacientes.

E) Serventes:

- realizar a limpeza do local de trabalho.

07. FLUXOS E REFERÊNCIAS:

A) Ambulatorial



- (*) Paciente sai com guia de encaminhamento devidamente preenchida utilizando o Sistema de referência e Contra-Referência.

B) Emergência



- (*) Nestes casos o M.F. aciona o resgate 192 para solicitar ambulância e remoção do paciente.



Folha n.º	70	de proc.
n.º	335	de 1994
GAB		
21.05		

C) Internação

Os consultórios de família procederão conforme às UBS. do Distrito, tendo como referência o HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA.

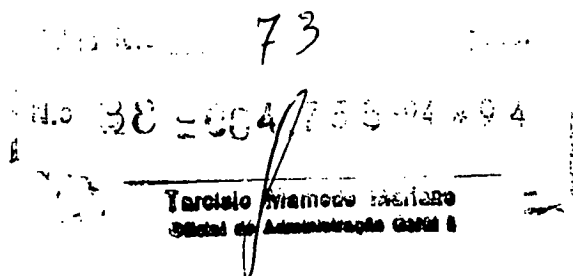
DS. APOIO NECESSÁRIO:

A) Retaguarda de SADT

- Exames de apoio diagnóstico - Laboratório Regional e Serviços de Apoio Distrito.
- Exames mais especializados serão encaminhados para os recursos já oferecidos na Região (conveniados ou próprios).

B) Medicação

- o paciente deverá servir-se da farmácia da UBS. mais próxima do módulo.



Para indicação dos locais do consultório de família, em decorrência da municipalização dos Centros de Saúde do estado, faz-se necessário um reestudo das áreas de abrangência e influência das unidades de saúde do território do Distrito considerando a otimização de recursos físicos, humanos, e materiais.

A partir do conhecimento desta nova realidade através da aplicação dos índices epidemiológicos, poder-se-á dimensionar as reais necessidades e distribuição dos consultórios de família na região.

Como proposta preliminar baseado unicamente em dados populacionais por área de abrangência, sugerimos a seguinte distribuição dos módulos de 03 médicos de família:-

UBS
=====

Nº DE MÓDULOS
=====

Jardim Umarizal	02
Vila Praia	01
Parque Araribá	02
Vila das Belezas	02
Campo Limpo	02
Jardim Lidia	02
Jardim Mitsutani	01
Parque do Engenho	01
Parque Fernanda	01
Jardim Comercial	02
Capão Redondo	03
Jardim São Bento	01

TOTAL:-

20 = 60 médicos

74

[Handwritten signature]
Carimbo: [Illegible text]

PARTICIPAR COMO?

Por intermédio de todo o Sistema de Saúde - Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, do Conselho Municipal de Saúde - CONASEMS, do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Fundação Nacional de Saúde) e outras instituições de sua comunidade tais como: Pastoral da Criança, Universidades, Escolas, Associações Comunitárias, ONGs, Igrejas, Associações de Classe, Câmaras de Vereadores e Assembleias Legislativas. Estão previstos, entre outros, os seguintes eventos:

- o Campanha de vacinação;
- o Mesas-redondas;
- o Debates nos meios de comunicação;
- o Feiras de saúde;
- o Debates com a comunidade nas igrejas, nas escolas, nas associações comunitárias;
- o Teatro de rua;
- o Gincana nas escolas;
- o Concursos de redação;
- o Seminários nas Universidades e sociedades científicas; e
- o Uso dos sistemas de alto-falantes.

Além destas propostas, outras iniciativas poderão ser implementadas de acordo com a realidade local.

A LEGISLAÇÃO

"A Lei Orgânica nº 8.080, de 1988 legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público.

A Constituição também estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com direção única em cada esfera de governo e sob controle de seus usuários." (Extrato do livro: ABC do SUS - Doutrinas e Princípios/SNAS/MS 1990)

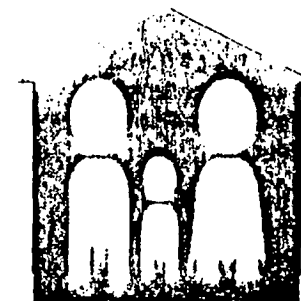
Participe.

O papel da comunidade na proteção e promoção da saúde torna-se fundamental para assegurar este direito do exercício da cidadania.

SIMMANA NACIONAL DA

SAÚDE

11 a 17 de junho/1994



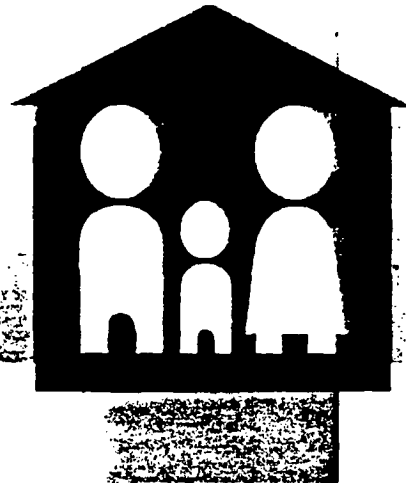
A SAÚDE
DA FAMÍLIA

unicef
Fundo das Nações Unidas para a Infância



Projeto
Nordeste
Integração, Educação e
Comunidade - INEC

Folha nº	72
nº	335
de	1994
proo	



Saúde dentro
de casa

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

76

[assinatura]
Tarciso



Saúde dentro
de casa

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

77
no 38 - 004 7 5 8 - 94 4 9 2

Foro do Ministério da Saúde
Direção de Assistência Especializada - DAE

Ministro da Saúde
Henrique Santillo

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Álvaro Antonio Melo Machado

Diretor do Departamento de Operações
José Lázaro de Brito Ladislau

Coordenação de Saúde da Comunidade
Heloíza Machado de Souza

Gerente do Programa de Saúde da Família
Eliana Maria Dourado Mattos

78
N.º 335-0047758-94-94
Yarcio Mamedo Mamedo
Secretaria de Administração Geral

SUMÁRIO

Apresentação	5
Bases do Programa	7
Objetivos	9
Metas	10
Atividades da equipe do PSF	11
Operacionalização	13
Recrutamento e treinamento de pessoal	15
Acompanhamento, supervisão e avaliação	16
Organização e gerência	18
Propostas para o financiamento	19
Cronograma	20

79
No 38-004733-14-94
Tarciso Manoel Mendes
Secretaria de Administração Geral

Ministro da Saúde
Henrique Santillo

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Álvaro Antonio Melo Machado

Diretor do Departamento de Operações
José Lázaro de Brito Ladislau

Coordenação de Saúde da Comunidade
Heloíza Machado de Souza

Gerente do Programa de Saúde da Família
Eliana Maria Dourado Mattos

80
N.º 38 - 0041 50 94 94
Tercio Manoel Mattos
Secretaria de Administração e Contas

Apresentação

O Programa de Saúde da Família-PSF, tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais de Universalização, Descentralização, Integralidade e Participação da Comunidade. Atenderá principalmente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde.

Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A equipe de saúde em regime de dedicação exclusiva e vivendo no local, atenderá uma comunidade entre 800 a 1.000 famílias, possibilitando um conhecimento profundo, um bom relacionamento, favorecendo a humanização do atendimento e o desenvolvimento de responsabilidade mútua.

Para a efetiva implantação do PSF, as equipes do Programa deverão ter asseguradas as condições necessárias para o desenvolvimento das ações preconizadas, especialmente material, equipamentos, medicamentos e remuneração diferenciada aos profissionais.

Esperamos que o PSF seja uma contribuição para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor de saúde, que aponte para um novo paradigma: a qualidade de vida.



Henrique Santillo
Ministro da Saúde

BASES DO PROGRAMA

Folha n.º	79	da proc.
n.º	335	de 1994
<i>Ed</i>		

Modelo voltado para a proteção e promoção da saúde

Afastando-se do atual modelo assistencial centrado na doença e no hospital, o Programa de Saúde da Família - PSF, proporciona a desburocratização do atendimento, através da atenção integral e contínua a todos os membros da família.

Área de abrangência com adstrição de clientela

A equipe básica do PSF será responsável por uma área onde habitem cerca de 800 a 1.000 famílias. Este critério deve ser flexível, tendo-se em conta a densidade demográfica, acessibilidade e outros aspectos relevantes.

Composição da equipe

A equipe básica do PSF deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Estes números poderão ser alterados de acordo com a realidade e disponibilidade locais.

A equipe será vinculada ao nível local do SUS, que assegurará a referência e contra-referência, o processo de supervisão e a educação continuada.

Residência na comunidade

A equipe do PSF deverá residir na própria área de atuação, trabalhando em regime de dedicação exclusiva.

Participação comunitária

Através de ações de educação e promoção da saúde, a equipe do PSF deverá promover a participação ativa da comunidade em seu trabalho. Com a parceria dos diversos setores e instituições existentes na comunidade, também deverá difundir informações sobre a situação epidemiológica local e causas que acarretem riscos à saúde da população.

82

N.º 38-004/135-94-94

Tarciso Manoel Mariano
Coordenador Administrativo

Âmbito de atenção

A equipe do PSF dará atenção integral e contínua a todos os membros de cada família, independente de faixa etária, sexo e estado de saúde. Além da atenção à demanda espontânea dos moradores, a equipe atenderá a demanda organizada a partir de prioridades epidemiológicas, bem como a gerada pelas ações educativas e coletivas.

Integração ao Sistema

Nas localidades onde for implantado, o PSF ampliará a porta de acesso ao sistema local de saúde, garantindo o atendimento às necessidades de saúde e ao sistema de referência e contra-referência.

Impacto sobre a formação de Recursos Humanos

Após sua implantação, o PSF abrirá a possibilidade de redirecionamento na formação dos profissionais de saúde, tecnicamente competentes e integrados na filosofia do SUS.

Remuneração diferenciada

Os profissionais do PSF terão uma política salarial diferenciada e adequada para o digno exercício profissional.

Controle social

O controle social do PSF será exercido pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas, através do controle da qualidade dos serviços prestados, da avaliação do desempenho profissional da equipe de saúde e dos mecanismos legais previstos na lei orgânica do SUS.

83

OBJETIVOS

Objetivo geral

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade.

Objetivos específicos

Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida.

Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário.

Prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta.

Fornecer atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adstrita, seja no nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.

Atender a população adstrita, preferencialmente através de agendamento, obedecendo as normas dos programas de saúde existentes, preservando, entretanto, a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares.

Buscar a humanização do atendimento e, através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário.

Racionalizar o acesso e o fluxo interno do sistema de saúde (do nível de atenção primária até os de maior complexidade).

Estimular a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento no sistema de saúde.

Garantir, aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamentos para aprimoramento.

Divulgar, fundamentalmente junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes de doenças.

Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

METAS

Para o primeiro ano de operacionalização (1994), as metas do programa são:

- constituir e capacitar 2.500 equipes para o PSF;
- beneficiar 2,5 milhões de famílias;
- implantar o PSF nas 26 Unidades da Federação e Distrito Federal, em municípios onde os serviços de saúde estejam municipalizados e que queiram espontaneamente aderir ao Programa.

85
38-004-70-7-7-9
Tarciso Antônio Mendes
Secretário de Administração Geral

ATIVIDADES DA EQUIPE DO PSF

Atendimento na comunidade

Diagnóstico de saúde da comunidade

A equipe realizará o cadastramento e o diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de abrangência, de modo a organizar e planejar as atividades de proteção, promoção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, bem como gerar informações para atualização das análises e diagnósticos da situação local.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é fator essencial ao processo de vigilância à saúde e interação entre a equipe do PSF e a comunidade.

As equipes de saúde realizarão as visitas domiciliares programadas, segundo critérios epidemiológicos, ou, quando solicitadas, com a finalidade de acompanhar a situação de saúde das famílias.

Internação domiciliar

Em casos de doenças crônicas, de baixo risco ou pacientes em fase de recuperação, este procedimento deverá ser estimulado sempre que as condições clínicas o permitirem, a critério da equipe do PSF e da família. A internação domiciliar visa o bem-estar e humanização dos cuidados, garantindo-se aos pacientes, no entanto, o efetivo internamento hospitalar, quando necessário.

Participação em grupos comunitários

As equipes de saúde deverão estimular e participar de reuniões de grupos abordando temas pertinentes aos princípios do programa, à organização e controle sociais, à incorporação do saber popular e à solução dos problemas prioritários da comunidade.

Atendimento nas unidades de saúde

Nas unidades, a atenção à saúde ocorrerá tanto para a demanda espontânea como para a organizada; os programas de saúde serão adequados às necessidades locais.

As equipes deverão receber os materiais de consumo e permanente necessários para o desenvolvimento das atividades, particularmente os medicamentos essenciais do programa, definidos pela Coordenação Nacional do PSF, a partir da RENAME.

Referência e contra-referência

Apoio ao diagnóstico

As equipes poderão solicitar exames auxiliares de atendimento primário, segundo a normatização vigente. Serão definidos os serviços de laboratório, radiologia e outros, em nível da unidade de saúde, municipal ou estadual, que realizarão tais exames.

Cada município será responsável pelo sistema de apoio diagnóstico que se adapte às suas condições e necessidades.

Será facilitado o acesso dos pacientes encaminhados para exames, bem como o rápido retorno dos resultados à unidade de origem.

Atendimento em serviços ambulatoriais especializados

As equipes do PSF encaminharão e agendarão consultas com especialistas nos ambulatórios da rede do SUS, priorizando-se a referência através da central de marcação de consultas. Essas providências serão registradas nas fichas de referência e contra-referência utilizadas pelo Sistema.

Internação hospitalar

Os casos que necessitem de internação deverão ser encaminhados aos hospitais de referência previamente definidos, utilizando-se, preferencialmente, o mecanismo de central de vagas hospitalares. A equipe deverá acompanhar a evolução dos casos internados.

Remoção de pacientes

As equipes do PSF definirão e implementarão os mecanismos para remoção dos pacientes, obedecendo as normas locais.

87
38-304.55-94-94
Tarciso, Manoel, Martinez
Coordenador de Administração Geral

OPERACIONALIZAÇÃO

O processo de adesão ao PSF será precedido por fóruns de apresentação e discussão, nos quais participarão autoridades políticas e sanitárias locais e representantes das categorias interessadas, envolvendo, assim, desde o primeiro momento, os parceiros para o sucesso do programa.

Processo de adesão ao PSF

O Ministério da Saúde firmará com cada Unidade da Federação um convênio de adesão ao PSF.

Nos Estados cujas Secretarias Estaduais de Saúde não aderirem ao Programa, os municípios interessados encaminharão sua proposta de adesão à Comissão Bipartite, que com a participação do Ministério da Saúde elaborará a programação do Estado com a finalidade de contemplar os municípios beneficiados pelo PSF no Sistema SIA/SUS. A participação do Ministério no processo, visa também viabilizar o ingresso de todos os municípios que desejarem aderir ao PSF, dentro do cronograma de metas estabelecidas.

Nos Estados onde houver convênio de adesão, as propostas dos municípios serão encaminhadas à Coordenação Estadual do PSF, para análise de viabilidade técnica, desde que os serviços de saúde estejam municipalizados, comprovando-se a existência do Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e Plano de Saúde vigente.

Os municípios deverão formalizar um compromisso de co-financiamento do Programa, do estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e de garantia de treinamento e educação continuada, supervisão e dotação de recursos materiais.

Cada instância gestora instituirá uma Coordenação, que supervisionará e avaliará o programa no seu nível (estadual e municipal).

Critérios de escolha das áreas

A escolha dos locais para implantação do PSF deverá priorizar as áreas populacionais citadas pelo Mapa da Fome do IPEA, considerando as características geográficas e a distribuição populacional de cada município, observando-se os seguintes critérios:

- realização de mapeamento das áreas do município indicadas para a implantação do PSF;
- interesse da comunidade em participar no PSF;
- necessidades locais de saúde;

- oferta de serviços existentes;
- estudo da demanda destes serviços;
- existência de apoio diagnóstico e terapêutico, de consultas especializadas e hospitais que garantam o atendimento e sua qualidade;
- disposição da administração municipal em adotar ou implementar a concepção do sistema de saúde proposto pelo PSF e em co-participar do financiamento do mesmo.

Participação social

A interação da equipe do PSF com a comunidade incrementará a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa, contribuindo para o controle social das ações e serviços de saúde.

Poderá ser estimulada a participação de entidades privadas ou sem fins lucrativos na implementação do Programa, às quais caberia a aquisição de material para as Unidades de Saúde, bem como o fornecimento de moradia para os profissionais de saúde.

89
38-004.955-04-094
Carla Almeida Almeida
Secretaria de Administração Local 1

RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DE PESSOAL

Recursos Humanos

Com assessoria dos níveis federal e estadual, as Secretarias Municipais de Saúde definirão e executarão o processo de recrutamento e seleção dos profissionais que integrarão o programa.

Em vista da peculiaridade de trabalho das equipes, serão estabelecidas normas especiais para a contratação e treinamento, e critérios diferenciados de remuneração para os profissionais.

O recrutamento e seleção dos agentes comunitários de saúde incorporados à equipe deverão obedecer às normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, definidas pela FNS/MS.

A equipe do PSF será capacitada em atenção comunitária à saúde, dentro de uma concepção epidemiológica e biopsicossocial que permita uma atenção integral à saúde do indivíduo e da família. Os vários níveis de gerenciamento deverão fornecer programas de educação continuada, incluindo educação à distância, para os profissionais do PSF.

Intercâmbio

Serão estimulados acordos com universidades e outras instituições, para a formação de recursos humanos em saúde comunitária.

Visando promover um intercâmbio de experiências e maior visão inter-disciplinar, será estimulada a interação entre os centros de formação de recursos humanos, mediante o desenvolvimento de uma rede que produza e divulgue informações.

Para difusão entre as universidades e entidades interessadas, será criado um banco de dados sobre saúde comunitária e da família, visando subsidiar os cursos de formação e capacitação e o próprio PSF.

Deverá ser igualmente promovido o intercâmbio de experiências em nível nacional e internacional, com órgãos ou países que desenvolvam trabalhos correlatos.

ACOMPANHAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Supervisão

A supervisão periódica da equipe do PSF será efetuada por um grupo multi-profissional com formação nas áreas básicas de saúde, os quais também prestarão treinamento, tanto teórico quanto em serviço, e assessoria em consultas.

Avaliação

O processo de avaliação enfocará três aspectos:

- as modificações ocorridas no período, através da análise da evolução de indicadores operacionais, de saúde e de qualidade de vida;
- a satisfação do usuário, conferida periodicamente através de instrumentos apropriados;
- a qualidade do atendimento e o funcionamento da equipe local, aferidos pela equipe de supervisão.

Sistema de Informação

Nas áreas onde o PSF for implantado, serão efetuados os seguintes procedimentos de registro e fluxo da informação:

- **Cadastro familiar:** a equipe do PSF realizará um cadastro por domicílio de todas as famílias em sua área de abrangência (composição da família, dados de cada indivíduo, condições sócio-econômicas e de saúde).
- **Cartão de identificação:** cada membro das famílias cadastradas receberá um cartão de identificação com código numérico, tendo como prefixo o cadastro familiar. Este cartão possibilitará a implantação de um cadastro único no SUS, propiciando o acesso às centrais, tanto de marcação de consultas como de vagas hospitalares.
- **Prontuário familiar:** cada família terá seu prontuário com fichas individuais por componente. Este prontuário receberá o mesmo número do cadastro e do cartão de identificação, tendo na capa os dados principais da família.

Este prontuário deverá registrar todos os procedimentos realizados pela equipe de saúde, inclusive as visitas domiciliares, vacinações, diagnósticos e tratamentos. A equipe também utilizará o Cartão da Criança e o Cartão da Gestante, adotados pelo Ministério da Saúde.

- **Registro dos atendimentos:** serão sistematicamente registrados, em impressos próprios, os dados sobre as consultas e encaminhamentos, incluindo exames diagnósticos, internações, interconsultas e emergências, assim como os procedimentos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

Análise e consolidação dos dados

Os dados registrados em cada nível deverão ser consolidados e analisados mensalmente, retornando-se os resultados à comunidade.

Indicadores

O nível nacional definirá os indicadores mínimos de processo e impacto; o nível local poderá acrescentar outros indicadores que julgar necessários.

Os instrumentos e formulários serão definidos pela Coordenação Nacional do Programa, com participação dos Estados e municípios.

92
335-004 85-94-94
Tarciso Almeida Loureiro
Coordenador Administrativo Geral I

ORGANIZAÇÃO E GERÊNCIA

Gerência nacional

A recém-criada Coordenação de Saúde da Comunidade, da Fundação Nacional de Saúde/MS, possuirá uma gerência específica para o PSF, articulada às dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Parceiras Tradicionais e de Interiorização do SUS.

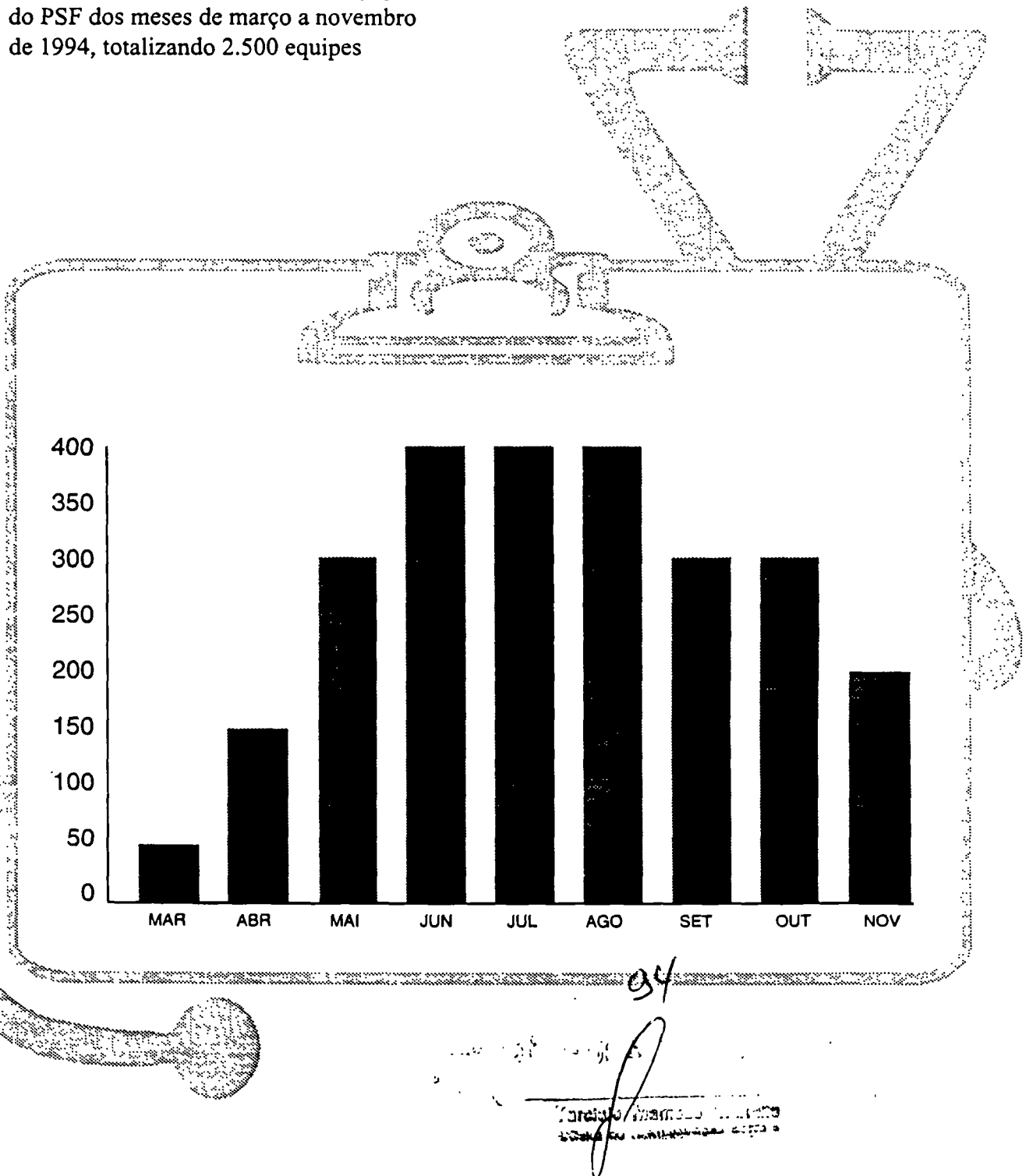
Gerência estadual e municipal

Sugere-se a criação de uma Coordenação de acordo com a estrutura organizacional dos níveis estadual e municipal, que deverá estar articulada ao demais Programas de Saúde cujas ações se integram as do PSF.

93
N.º 38 - 004 / 5 5 - 94 = 94
Tarciso Manoel Mariano
Secretaria de Administração e Finanças

CRONOGRAMA

Cronograma de implantação das equipes
do PSF dos meses de março a novembro
de 1994, totalizando 2.500 equipes



Origem do Documento

Este documento foi elaborado a partir das conclusões obtidas na reunião sobre o tema "Saúde da Família" realizada nos dias 27 e 28 de dezembro, no Ministério da Saúde com a participação dos seguintes técnicos:

- Airton Stein - Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária e Serviço de Saúde da Comunidade/Grupo Hospitalar Conceição/RS;
- Anamaria Cavalcante - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e CONASS;
- Carlos Grossman - Grupo Hospitalar Conceição/RS;
- Cláudia Beltran Vale - Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos/SP;
- David Tejada - OPS/OMS;
- Diorlanda Souza - DCAS/SAS/MS;
- Eliana Maria Dourado Mattos - Secretaria Municipal de Saúde de Cotia/SP;
- Emilia Tomassini - CODEC/SAS/MS;
- Florentino Garcia Scarponi - OPS/OMS;
- Halim Antonio Girade - UNICEF;
- Ivanildo Tajra Franzosi - UNICEF;
- José Lazaro Ladislau - Diretor-Geral do DEOPE/FNS;
- Lucimar Coser Cannon - COMIN/MS;
- Luis Odorico - CONASEMS e Sec. Municipal de Saúde de Quixada/CE;
- Marilena Gentile - Coordenadora do Programa Médico da Família/CADAIS/SES/SP;
- Silvia Mamede Soares - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;
- Virgílio P.e Silva - DICON/SAS/MS;
- Wladimary M.de Azevedo - PACS/DEOPE/FNS/MS;

Elaboração e Revisão

- Álvaro Antonio Melo Machado - Presidente da FNS/MS;
- Antero Coelho Neto - Inst. para Melhoria da Qualidade de Vida - CE
- Carolina Siu - UNICEF;
- Gilson Coleman - Diretor do DECAS/MS;
- Gilson Cantarino - SMS - NITEROI;
- Gilson Carvalho - Secretário da SAS/MS;
- Heloíza Machado de Souza - COSAC/Deope/FNS/MS;
- Jacinta Maria Moreira P. Castro - SES/CE;
- Luz Marina Ponce de Leon V. - OPS;
- Manoel Dias da Fonseca - ESP - CE;
- Marco Aurélio da Ros - UFSC - HU;
- Maria Célia Vasconcelos - PMN/FMS - PMF - NITEROI;
- Napoleão Marcos de Aquino - COMOR/MS
- Norberto Martinez Cuellar - OPS
- Olinto de Medeiros Rocha - CADAIS/SES/SP;
- Oscar Castillo - UNICEF;
- Paulo Jorge F. Bonates - SESA/UFES;
- Rita Brossard de Souza Pinto - CAESA/MS
- Severino Ramos de Lima - UFPB;
- Vicente Paulo Monteiro - SES/CE;

Colaboração

- Gerência Nacional do PACS
- Danuzia Fernandes Benjamin
- Edneuzia M. Nascimento
- Estela Auxiliadora Almeida Lopes
- Maria José Ribamar Fonseca
- Maria Fátima de Souza
- Marisa A. de Souza
- Coordenações Estaduais do PACS
- Aguinelda Maria de Souza - RN
- Ana Auxiliadora Nunes Farias - PB
- Efigênia Cardoso Coutinho - BA
- José Carlos Machado de Carvalho - PA
- Maria Cristina M. Lima Carvalho - MA
- Maria Eglantina Rondon - AM
- Maria Goes de Oliveira Alencar - PI
- Maria Inês Vasconcelos do Amaral - CE
- Maria José Correia Silva - PE
- Maria José de O. Evangelista - SE
- Maria de Fátima de L. Maia Almeida - AL
- Mirlene Moraes de Souza - RO
- Neuza Rezende - AP

Ministério da Saúde

Fundação nacional de Saúde

Coordenação de Saúde da Comunidade

Esplanada dos Ministérios - Bloco 11 - Anexo B - Sala 338

CEP: 70058.000

Fone: (061) 226-2693, 315-2797, 321-1822

Fax: (061) 226-4340

96
N.º 38-004755-94 *94
[Signature]
Yarclale Mamado Mariano
Coord. de Administração Geral

Apoio



Fundo das Nações Unidas para a Infância

VISITA AO HOSPITAL CAMPO LIMPO

108

01. Estrutura física adequada e até superdimensionada 28 - 004 1/5 5-94 494
02. Equipamentos - Praticamente completo. *Paralelo Nacional Mariano*
 - 02.1. Equipamento existentes mas não funcionantes- encaixotados
 - 02.2. Alguns até em excesso, o que deve dar custo elevado de manutenção
03. Falta total de organização administrativa "Feudos locais" e "Feudos estranhos"
04. Não há nenhum sistema de controle, falta total de coleta de dados
05. Refeições a servidores, representa 5% do orçamento: funcionaria como refeitório público gratuito, inclusive para funcionários de terceiros
06. Confirmado custo elevado de Utilidades públicas - 20% da dotação
07. O custo sem pessoal é de US\$ 6.071.765,57 dólares.
 O custo do pessoal é de mais ou menos US\$ 9.000.000,00.
 Custo total anual do Hospital: mais ou menos US\$ 15.000.000,00
08. Quadro de funcionários:
 1892 para 220 leitos, o que corresponde a 8,6 funcionários/leito. Se consideramos o numero de 275 leitos ao final do ano temos um indice de 6,88 funcionários/leito.
 - 08.01. Um índice para atendimento SUS com um bom nível de qualidade dos serviços é de 03 funcionários/leito.
 Assim, temos $3 \times 275 = 825$ funcionários
 Excesso de $1892 - 825 = 1067$ funcionários
 - 08.02. Serviço de Enfermagem:
 A enfermagem tem 641 funcionários (119 enfermeiras e 522 auxiliares) o que dá um indice de 2,91 se consideramos 220 leitos ou um indice de 2,33 funcionários/leito se consideramos 275 leitos.
 - 08.03. Numero de Auxiliares de enfermagem:
 O critério técnico para atendimento é de "two hands one patient", o que daria para 275 leitos um quadro de 275 funcionários, que deve ser acrescido em 25% para cobertura de ferias e folgas, que resulta num quadro total de 344 funcionários.
 Excesso de auxiliares: $522 - 344 = 178$ auxiliares

08.04. Numero de enfermeiras:

O critério adotado pelo SUS é de uma enfermeira por 16 pacientes. Se o Hospital tiver 100% de ocupação ou seja, 275 pacientes internados diariamente, temos uma necessidade de 18 enfermeiras.

Considerando-se um acréscimo de 25% para cobertura de férias e folgas o quadro passa para 22 enfermeiras. Se quisermos dotar o hospital com finalidades outras, treinamento, supervisão, etc, podemos aceitar um acréscimo de 100% o que daria 44 enfermeiras.

Excesso de enfermeiras = $119 - 44 = 75$

08.05. Numero de funcionários de enfermagem (enfermeiras e auxiliares):

O numero de auxiliares de 344 com o numero de enfermeiras de 44 perfazem um total de 388 funcionários.

Excesso de enfermagem = $641 - 388 = 253$ (sendo 75 enfermeiras e 178 auxiliares).

NOTA: Este é o excesso do quadro. É importante conhecer o numero de funcionários funcionantes!

08.06. Médicos:

O hospital possui 340 médicos

Volume de serviços: 8645 internações

57000 atendimento ambulatoriais

198000 Pronto Socorro

255.000 atend.

08.06.1. Internações:

8645/ano ou 720 internações/mês

Se considerarmos o Hospital com 100% de ocupação, teremos diariamente 275 pacientes internados.

O índice técnico para um internista é de 10 leitos/médico mas considerando que se pretenda dar uma condição especial, concorda-se com um índice de cinco leitos/médico.

Assim, 275 leitos — 55 médicos

Considerando-se 25% para férias, folgas e chefias teremos um numero de 68 médicos.

08.06.2. Ambulatório:

57.000 atendimentos/ano ou 4.750 atendimentos/mês ou 190 atendimentos/dia considerando-se 25 dias de atendimento/mês.

A OMS recomenda o atendimento de 04 consultas/hora, o que dará um volume de $190/4 = 48$ horas diárias de atendimento.

Como cada médico trabalha 04 horas por dia há necessidade de 12 médicos diariamente, que para cobertura de férias e folgas se transformam em 20 médicos.

108

[Handwritten signature and stamp]

08.06.3. Pronto Socorro:

198.000 atendimentos/ano ou 16.500 atendimentos/mês ou 550 atendimento/dia.

Os médicos trabalham em regime de plantão de 12/24 horas/semana.

O volume de atendimento do Pronto Socorro é em média 70% no horário das 7:00 às 19:00 e 30% no horário das 19:00 às 7:00hs, o que corresponde a 385 e 165 atendimentos respectivamente.

O atendimento diurno de 385 em 12 horas de atendimento corresponde a 32 atendimentos por hora. Como cada médico atende 04 pessoas/hora, a carga de atendimento exige (32/4) 08 médicos plantonistas diurnos.

O atendimento noturno de 165 atendimentos em 12 horas de atendimento corresponde a 14 atendimentos por hora e exige a carga de 04 médicos (14/4) plantonistas noturnos.

Se a Direção quiser manter um plantonista diurno e um noturno para cada médico, terá que ter um quadro de 08 plantonistas diariamente, ou seja um quadro semanal de 56 médicos.

Se acrescentamos 25% para férias, folgas e chefias teremos um quadro de 70 médicos no Pronto Socorro.

08.06.4. Total de médicos:

Internação: 68

Ambulatório: 20

Pronto Socorro: 70

158 médicos

08.06.5. Excesso de médicos = 340 - 158 = 182 médicos

09. Custo dos Serviços:

Custo de uma internação US\$ 1735,00

Custo de um Paciente/dia US\$ 240,00

Custo de um Paciente/dia em hospital padrão A de São Paulo US\$ 180,00

110

[Assinatura]

01. O Hospital público é mais caro que o hospital privado, segundo dados oficiais do próprio Ministério da Previdência: a internação dos hospitais próprios é 6,08 vezes mais caro do que nos hospitais contratados (Assist. Médica-Hospitalar no Brasil, 1986, pg. 126).
02. O Hospital do Servidor Público Estadual atende diretamente os funcionários públicos que residem na Capital. O atendimento dos funcionários públicos estaduais fora da capital era realizado mediante convênio com hospitais contratados, em número de 273 para atender todo o Estado, onde residem 66% do funcionalismo estadual. A verba do Hospital Público da capital era mais que o dobro do que se gastaria no Interior todo para atender ao dobro de funcionários.
03. A qualidade dos serviços dos hospitais contratados é superior a qualidade dos hospitais próprios:
 - 03.1. A permanência é maior nos hospitais próprios
 - 03.2. A mortalidade é menor nos hospitais contratados
Clínica Médica: 9,13% H. Próprio - 4,16% H. Contratado
Clínica Obstétrica: 0,36% H. Próprio - 0,08% H. Contratado
Clínica Cirúrgica: 3,84% H. Próprio - 1,19% H. Contratado
 - 03.3. O argumento de que o Hospital próprio atende casos mais graves não é procedente.
Porte de Cirurgia:
Pequeno porte: 29,4% H. Próprio - 19,8% H. Contratado
Médio porte: 52,2% H. Próprio - 59,5% H. Contratado
Grande porte: 18,4% H. Próprio - 18,4% H. Contratado
FONTE: Mensário Estatístico do INPS - Número Especial 1975
04. Os hospitais próprios possuem índice de funcionários elevadíssimo, produzindo custos de mão de obra insuportáveis com a agravante de que a remuneração individual é baixa. Este fato gera descontentamento, desestímulo e desinteresse pelo desempenho do hospital.
05. O custo operacional do hospital próprio é alto, praticamente no mesmo nível dos hospitais de primeira linha da cidade.
06. A baixa remuneração do SUS exige uma gerência profissional e competente pois cabe a ela gerenciar miséria, sem comprometer a qualidade do serviço oferecido.



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº.....98.....

do processo nº.....335.....de 19.....94 10 08 94.....(a).....Adelina.....

Ao Senhor Assessor Chefe
Sobre o assunto consta:
Em 10-08-94
Lei 10.688/88.


Adelina

À Com. de Const. e Justiça

10, 8, 94


LUIZ ABEIAS DE CARVALHO
Ass. Tecn. Lc. Chefe - A. T. M.

Recebido na Comissão de
Constituição e Justiça
Em 15/8/94 às 12 hs.

ef

Ao Nobre Vereador
para relatar

Viviani Peres

Sala da Comissão de Constituição e Justiça
em 15 de Agosto de 1994

Presidência

SEGUE juntado nesta data, documento e papel para informação, rubricado

sob folha nº 99

Em 30/8/94

(a)



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 99	do proc.
f.º 335	de 1954
O Funcionário	

PRORROGAÇÃO

Tendo em vista a necessidade de maiores estudos da matéria, prorrogo o prazo para emissão de parecer desta Comissão, conforme disposto no art. 63, "caput", do Regimento Interno.

Em, 30/8/94

Ver. Dârcio Arruda
Presidente da Comissão de
Constituição e Justiça

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

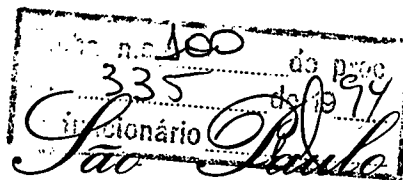
SEGUE, JEREMIAS, data de publicação, rubrica e ass.

folha n.º 100/5/9/94.1 *el*



PARECER
1067/94

Municipal de



DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA SOBRE O
PROJETO DE LEI Nº 335/94.

Projeto de lei, encaminhado pelo Senhor Prefeito, visa instituir o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família".

A proposta, bastante extensa, destina-se à construção de um modelo assistencial de atenção à saúde, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde da população na área do Hospital e do Distrito de Saúde de Campo Limpo.

O projeto cria, no art. 22, 500 funções de Médico de Família, 500 funções de Enfermeiro de Família e 1.000 funções de Agentes Comunitários, a serem exercidas mediante designação do Prefeito, após processo seletivo ao qual poderão concorrer os servidores municipais das carreiras de Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar Técnico Administrativo ou servidores das citadas categorias, colocadas à disposição da Prefeitura do Município de São Paulo.

A proposta ampara-se nos arts. 13, I e XV, 37, § 2º, I, III e IV, e 69, XVI, da Lei Orgânica do Município.

Pela Legalidade.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça, 05/09/94

RELATOR

Publicado no DIÁRIO OFICIAL

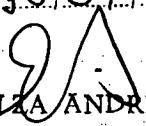
de 07 09 94

página 39 de 19/29

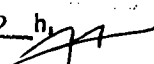
conferido: 

A Douta Comissão de
Administração Pública

Em, 13/09/94


ENILZA ANDRÉ
Secretária

Recebido na Comissão de
Administração Pública

Em 13/9/94 as 17:00 h. 

À ATM, A PEDIDO,

Em 14.9.94


ARÃO M. DOS SANTOS
Secretário



Prefeitura do Município de São Paulo

Folha n.º	101	do proc.
n.º	335	de 1994

GABINETE DO PREFEITO

São Paulo, 4 de novembro 1994

Ofício A. T. L. n.º

338/94

10 - OFÍCIO
10-0397/94-8

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE:

CONSTITUIÇÃO E FUNÇÃO

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SAÚDE, PROM. SOCIAL E

FINANÇAS E ORÇAMENTO

Senhor Presidente

PRESIDENTE

RECEBIDO NA A. T. M.

Em 04/11/94

às 16:30 horas

Encontra-se em tramitação, nessa Egrégia Câmara, encaminhado com o ofício ATL no. 222/94, o Projeto de Lei no. 335/94, que institui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família".

Todavia, reexame das disposições constantes do texto original, efetuado pelos órgãos municipais competentes, aponta a necessidade de serem introduzidas alterações na medida em pauta, que dizem respeito ao seu artigo 6o..

A propositura em exame destina-se à construção de um modelo assistencial de atenção à saúde, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde da população, a ser implementado por equipes de saúde, especialmente treinadas para esse fim específico.

Estabelece o artigo 5o. da medida, que os recursos necessários à implementação do programa advirão

EDIÇÃO DE

24 NOV 1994

- DT. 10 -

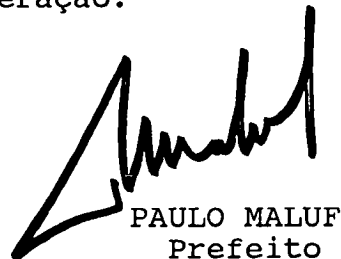
de convênios, produção no sistema SIA/SUS e dotações municipais próprias, se necessário.

Em sequência, o artigo 60. estabelece que as eventuais despesas a serem suportadas pelas dotações orçamentárias municipais, não serão computadas para os fins previstos no artigo 30. da Lei no. 10.688, de 28 de novembro de 1988.

Tal dispositivo, apurou-se, revela-se inoportuno e não condizente com o interesse público, vez que sua aplicação poderia onerar demasiadamente o orçamento municipal com despesas de pessoal, porém não computadas como tal, para os fins da Lei no. 10.688/88, ultrapassando, em decorrência, os limites legais fixados para essas despesas.

Para impedir essa distorção, torna-se imprecindível a alteração do artigo 60. do texto em análise, consoante o anexo que faz parte da presente.

Assim justificada a presente mensagem aditiva, e considerando integrada ao projeto original, para todos os efeitos legais, a modificação preconizada, aproveito a oportunidade para reiterar a Vossa Excelência os protestos de minha alta consideração.


PAULO MALUF
Prefeito

A Sua Excelência o Senhor Doutor Miguel Colasuonno
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de S. Paulo
SPF/csn.

Folha n.º	103	do proc.
n.º	335	do 19 94

ANEXO AO OFÍCIO ATL No. 338/94

Alteração proposta ao Projeto de Lei
no. 335/94.

Substituir a redação do artigo 6o. do
projeto pela seguinte:

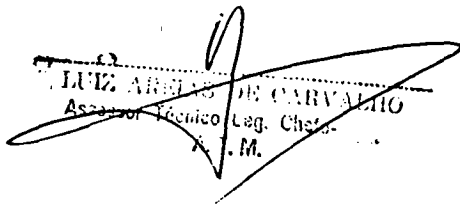
"Art. 6o. - As despesas decorrentes
da aplicação desta lei correrão por
conta das dotações orçamentárias
próprias, suplementadas se
necessário".

SPF/csn.



A Comissão de Constituição e Justiça,
inclusive fl.103/94.

02/01/95

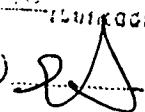

LUIZ ABELIO DE CARVALHO
Assessor Técnico Leg. Chst.
A. J. M.

Recebido na Comissão de
Constituição e Justiça
Em 01/02/95 às 1200 hs. 

Ao Nobre Vereador 
para relatar.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça
em 01 de Janeiro de 1995


Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Seguem, juntados nesta data  encaminhados sob
folhas de n.º 105 / 07 / 03 / 95 01
ENILZA ANDRÉ
Secretária



Câmara Municipal de

Folha n.º	104	do proc
n.º	335	de 19 97
<i>São Paulo</i>		

PRORROGAÇÃO

Tendo em vista a necessidade de maiores estudos da matéria, prorrogo o prazo para emissão de parecer desta Comissão, conforme disposto no art. 63, "caput", do Regimento Interno.

Em, 26/02/95


Ver. Dárcio Arruda

Presidente da Comissão de
Constituição e Justiça



17 - RELCOM
17-1037/1995

Câmara Municipal de São Paulo

16 - PAR
16-0113/1995

Folha nº 105 do proc.
n.º 335 de 19 94

DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E
JUSTIÇA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 335/94

PUBLIQUE-SE EM

06/03/95

Trata-se de mensagem encaminhada pelo Sr. Prefeito Municipal (Ofício 397/94), propondo alteração na redação do artigo 6º do projeto de lei 335/94, de sua autoria, que institui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família".

Em tramitação por esta Casa, o projeto recebeu o Parecer 1067/94 desta Comissão de Constituição e Justiça (publicado no D.O.M. de 7/9/94), concluindo pela legalidade da propositura.

Tendo em vista a Mensagem Modificativa enviada pelo Executivo, o projeto retornou à apreciação desta Comissão.

A alteração proposta atinge o artigo 6º do projeto, que estabelece que as eventuais despesas a serem suportadas pelas dotações orçamentárias municipais com o Programa, não serão computadas para os fins previstos no artigo 3º da Lei nº 10.688 e legislação subsequente.

A nova redação ao artigo 6º proposta pela presente Mensagem retira a ressalva de não computo das despesas com o pessoal do Programa do cálculo previsto pela Lei 10.688/88, pois, nos termos da justificativa do Sr. Prefeito, sua aplicação poderia onerar demasiadamente o orçamento municipal com despesas de pessoal, porém não computadas como tal, para os fins da Lei 10.688/88, ultrapassando, em decorrência, os limites legais fixados para essas despesas.

Sob o aspecto legal nada obsta a alteração proposta, uma vez que para os efeitos da aplicação do artigo 3º da Lei 10.688/88, somente poderão ser computados pelo Executivo os recursos orçamentários próprios eventualmente aplicados no Programa que efetivamente venham a ser gastos com despesas de pessoal.

Assim sendo, somos

Pela Legalidade.

20/02/95

Handwritten signature and stamp

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Publicado no DIARIO OFICIAL
 de 14 / 03 / 95
 página 40 coluna 19
 conferido: *Antônio*

À Douta Comissão de
 Administração Pública
 Em 30/03/95

P/ *Enilda Andre*
 ENILDA ANDRE
 Secretária

Recebido na Comissão de
 Administração Pública
 Em 30/03/95 as 12:30 h.
Aracilma dos Santos
 ARACILMA DOS SANTOS
 Secretário

Ào nobre Vereador *Deirani Ribeiro*
 para relatar Regimento Interno nº 11
 Sala da Comissão de Administração Pública
 30/03/95
 Presidente

CAMARA MUNICIPAL DE SAO PAULO
 REGUE, Juntado nesta data *para informação*, rubricado sob
 folha n.º 106 / 14 / 04 / 95 a) *[assinatura]*



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 106 do proc.
n.º 335 de 19 94
o Funcionário PS

PRORROGAÇÃO

Tendo em vista a necessidade de maiores estudos da matéria, prorrogo o prazo para emissão de parecer desta Comissão, conforme disposto no art. 63, "caput", do Regimento Interno.

14/04/95


VEREADOR CHICO WHITAKER

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

CAMARA MUNICIPAL DE SAO PAULO

SEGUE, Juntado nesta data para ser informado rubricado sob
documento

folha n.º 107, 108 25/4/95 a) 27

Câmara Municipal de São Paulo

PARECER Nº DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 335/94.

Em primeiro lugar, cabe ressaltar que o programa que tentou introduzir os médicos de família no Brasil foi adotado como estratégia de programação e assistência em saúde pelo Ministério da Saúde em 1994, sustentado em uma perspectiva quase que pessoal do ex-Ministro da Saúde Henrique Santillo, não sendo mais uma prioridade para o Ministério. Não é, portanto, produto de uma reivindicação histórica daqueles que estudam e/ou militam na área da saúde coletiva / pública, pelo menos na forma que está sendo proposta no PL em tela, o que a torna uma proposta técnica e politicamente inconsistente.

Vale lembrar ainda que o médico de família é uma figura técnica de inspiração cubana e chinesa, este chamado de *médicos de pés descalços*, numa alusão aos médicos orientais que se deslocavam à pé pelas comunidades agrícolas e pastoris do interior da China. Tanto lá, como em Cuba, esse modelo tem dado certo dado o contexto econômico, político e cultural e ideológico vigente nesses países, que colocam praticamente uma única alternativa de prática profissional aos técnicos da saúde, fazendo com que o grau de compromisso com o programa seja total. No Brasil, a opção de trabalho entre a prática privada e o vínculo a um cargo no setor público, tem desvirtuado a noção de compromisso com as políticas públicas na área da saúde, fazendo com que o profissional não se desenvolva como um técnico preparado para enfrentar as práticas coletivas de combate à doença e promoção da saúde.

Embora a idéia central que permeia o projeto seja correta, ou seja, aproximar o sistema de saúde e seus profissionais da realidade vivida pela população em seus locais de trabalho e vivenda, os termos propostos pelo PL 335/94 vão no sentido contrário: **medicalizam** a ação de contato do sistema com a população. Esta é exatamente a lógica que é preciso ser invertida, isto é, devemos **desmedicalizar** a ação do sistema de saúde, tornando-o mais efetivo, eficaz e eficiente, o que vale dizer, mais promotor de saúde do que reparador do dano instalado pela presença da doença. Neste caso, não é o médico, nem o enfermeiro e seus auxiliares os profissionais mais indicados para participar de um programa desse tipo. Tais profissionais são melhor preparados para dar suporte ao sistema, responsabilizando-se por funções nos diferentes níveis de complexidade que o compõe. Claro que quanto mais a formação de médicos e outros profissionais de nível universitário se aproxima da realidade corrente quanto ao modo de vida e trabalho e, portanto, das causas reais da origem e

Câmara Municipal de São Paulo

progressão das doenças em nosso meio, melhor o desempenho que terão em suas funções, seja no nível básico ou em outro mais complexo do sistema de atenção à saúde.

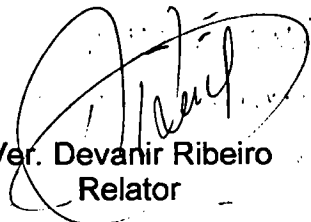
Neste aspecto o PL também falha, pois sequer indica uma forma de treinamento e desenvolvimento de pessoal e do programa, no sentido de melhor adequar as práticas de uma atividade de saúde desempenhadas num modo tão diverso do usualmente praticado em toda a rede de serviços públicos e privados de saúde no Brasil.

De qualquer modo, não é necessário estatuir uma nova função e programas para o desempenho de uma prática de prestação de serviços de atenção à saúde que reverta o atual e lastimável quadro sanitário brasileiro, obviamente aí incluso o município de São Paulo. Na verdade, dito quadro somente será revertido com mudanças estruturais na forma como os governos vêm enfrentando a questão. No caso do município de São Paulo, parece que a real intenção do executivo não é criar um novo modelo de atenção à saúde, mas a julgar pelo número de restrições ao exercício das funções que visa criar (ver parágrafo 3º do art 1º, parágrafo 2º do art 3º, e artigo 4º e seus parágrafos) quer nos parecer que o Executivo deseja estabelecer uma relação gerencial conflitante com os pressupostos do Estatuto do Funcionalismo Municipal.

Finalizando, afirmamos que para avançarmos na qualidade e na quantidade de serviços de saúde ofertados à população de São Paulo, com certeza fazem-se necessárias mudanças de compromisso e seriedade no modo com que os governos vêm agindo na questão da saúde. Soluções cosméticas e de caráter isolado como as propostas pelo executivo através do PL 335/94-3 são inócuas, quando não colaboram ainda mais para a conturbação de um setor da vida nacional já bastante sacrificado por equívocos históricos, desde os mais remotos até os mais recentes.

Pelos motivos expostos somos contrários à aprovação do presente projeto de lei.

Sala da Comissão, em 25/4/95.


Ver. Devanir Ribeiro
Relator

À Douta Comissão de
Saúde, Promoção Social e Trabalho
Em, 05/05/95


ARAÓ M. DOS SANTOS
Secretário

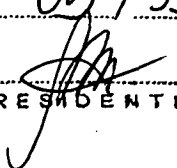
Recebido na Comissão de
Saúde, Pr. Soc. e Trabalho
Em 05/05/95 às 17.00 h.


MARIA ANTONIETA FÉLIX DE PAIVA
Secretária

AO NOBRE VEREADOR
PARA RELATAR.

Adriano Riogo
SALA DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO
SOCIAL E TRABALHO.

05 / 05 / 95

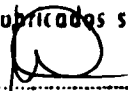

PRESIDENTE

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEGUNDA, juntados nesta data para a informação rubricados sob
Documento

folhas de n° 109

01/11/95





Câmara Municipal de São Paulo

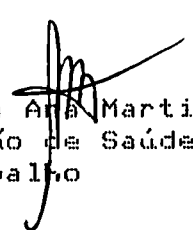
Folha nº 109 do proc.
n.º 335 de 1995

EXMO SR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

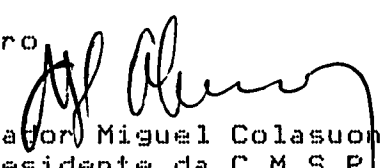
Procurando embasar parecer desta Comissão a respeito do PL 335/94, originário do Executivo, o qual visa instituir no município o PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA FAMÍLIA, solicitamos encaminhar pedido de informações ao Executivo nos seguintes termos:

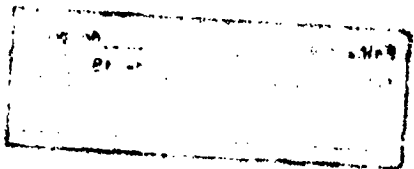
1. O Executivo ainda tem interesse na aprovação da matéria de que trata o PL 335/94?
2. Em caso afirmativo ao quesito nº 1 supra, pretende o Executivo propor alterações na propositura visando adequá-la ao momento atual?

01.11.95


Vereadora Ana Martins
Presidente da Comissão de Saúde, Promoção Social
e Trabalho

Defiro


Vereador Miguel Colasuonno
Presidente da C.M.S.P.



A

LEG 3 - Senhora Chefe
Por solicitação do Sr. Presidente,
para providências.
SR., 22/11/95.

CAETANO DEL CIOFFO
Chefe Geb. Presidência
Reg. 24.272

RECEBIDO EM LEG 3
Em 23/11/95
No 12:30 horas
[Signature]

Sra. Soraia,

Preparar ofício solicitando ao Executivo subsídios para que a
Comissão de Saúde possa emitir Parecer.

29.11.95

[Signature]
ANGELA BORDIN ANDREONI
Chefe de Seção Técnica III

Sra. Chefe,

Preparado o ofício conforme despacho de V.Sa.

29.11.95

[Signature]
SORAIA LUCIA FERREIRA BARBOSA
Assistente do Chefe Tcc III

SEQUE _____, juntado _____, nessa data
documento _____, papel de informação
rubricado _____ sob folha _____ n.º 11021127
Em 1/10/01/96
[Signature]



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 110 do proc.
N.º 338 de 1995
de funcionários

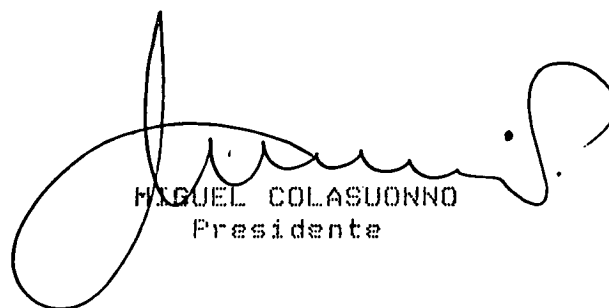
São Paulo, 29 de novembro de 1995.

18 - OF-LEG3
OFICIO N.0897/1995

Senhor Prefeito.

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Saúde, Promoção Social e Trabalho, e nos termos do artigo 68 do Regimento Interno, encaminho a Vossa Excelência cópia do despacho da referida Comissão, referente ao Projeto de Lei nº 335/94 de autoria desse Executivo - instituindo o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família", e dando outras providências, solicitando-lhe se digne determinar providências no sentido de que nos envie subsídios para que a referida Comissão possa emitir Parecer a respeito.

Valho-me da oportunidade para renovar a Vossa Excelência os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.


MIGUEL COLASUONNO
Presidente

Anexo: Cópia xerográfica do despacho da Comissão solicitante de fls. 109.

A Sua Excelência o Senhor
Engenheiro Paulo Salim Maluf
Digníssimo Prefeito do Município de São Paulo.

krms.



MEMORANDO

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Folha n.º 11 do proc. 335
O funcionário 335

São Paulo, 29 de novembro de 19 95.

Recebi ofício DT.7/Leg.3 nº 897 , de
29/11/95 , solicitando ao Executivo informações referentes ao
Projeto de Lei nº 335/94 , de autoria desse Executivo.

Anexo: cópia xerográfica do despacho da Comissão de Saúde, Promoção Social e Trabalho de fls. 109.

Recebi

SUELLY PENHARRUBIA FAGUNDES
Assessora - SGM/ATL

30-11-95



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº

#1127

do processo nº 335 de 19 94 - 10.01.94 (a)

À Comissão de
Saúde, Promoção Social e Trabalho,

Oficiado conforme determinação.
Para as devidas providências.

10/01/95

ANGELA BORDIN ANDREONI
Chefe de Seção Técnica III

SEGUE juntado nesta data, documento e papel para informação, rubricado

sob folha nº 113

Em

11.03.96

(a)

lu



Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 05 de janeiro de 1996

GABINETE DO PREFEITO

Folha n.º 113 do proc.
N.º 335 de 1996
O funcionário João Paulo

15 - DOCREC
15-0044/1996

004 /96

Ofício A. T. L. n.º
DO HOJE
ÀS COMISSÕES DE:

Senhor Presidente

Amunh
6.236
4

PR. L. E.

RECEBIDO NA A. T.
Em 05 / 01 / 1996
às 16.º 10 horas

Encontra-se em tramitação nessa

Egrégia Câmara o Projeto de Lei n.º 335/94, de iniciativa deste Executivo, que institui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família", e dá outras providências.

Entretanto, tendo em vista que a matéria deverá ser objeto de reexame pelos órgãos técnicos da Prefeitura, solicito providências de Vossa Excelência no sentido de ser promovida a retirada da referida propositura e efetivado seu arquivamento.

Aproveito a oportunidade para reiterar a Vossa Excelência os protestos de minha alta consideração.

PAULO MALUF
Prefeito

COPIADO NA SESSÃO
- DE -

06 FEV 1996

TAQUIGRAFIA

A sua Excelência o Senhor Doutor João Brasil Vita

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

SPF/bel

EDIÇÃO DE ANAIS

05 FEV 1996

- DT. 10 -

A Com. de Saúde

6, 2, 96

LUIZ AREIAS DE CARVALHO

Ass. Técn. Leg. Chefe - A. T. M.

AO DT. 94

11-03-96

MARIA ANTONIETA FELIX DE PAIVA
Secretária

DEPARTAMENTO
DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMÁTICA
SEÇÃO TÉCNICA DE ARQUIVO

Proc. encerrado c/ 113 fls.

Arquivo em 11-03-96

O Func.º

REGINA APARECIDA BARROS

Chefe de Seção Técnica II

ATM
FEPAM

Federação Paulista das Associações de Moradores

C.G.C. 38.894.077/0001-25

Filiada à CONAM

São Paulo, 23 de Novembro de 1994

Da: Federação Paulista das Associações de Moradores-FEPAM

Aos: Exm^{as} Srs. Vereadores do Município de São Paulo

Senhores Vereadores,

Encontra-se em tramitação nesta Casa Projeto de Lei, de iniciativa do Poder Executivo, que institui o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Família" Programa Médico de Família, e sobre o qual queremos externar nossa posição.

Defendemos a implantação do Programa, porque é expectativa da população um atendimento integral às suas necessidades, dentro de uma política de Saúde fundada na promoção e prevenção.

O Programa se integra entre as ações do SUS, promovendo a descentralização das ações e serviços, com ênfase para o Município e fortalece a participação popular no exercício do controle social dos serviços a serem prestados.

Vale ressaltar que o Sistema Único de Saúde - SUS, conquista popular na Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080, define que saúde é direito fundamental da população, e dever do Estado assegurar condições para um atendimento integral, gratuito e universal. Além, de promover políticas públicas em áreas que interferem diretamente na promoção e prevenção a riscos e agravos de saúde. Por outro lado, a Constituição prevê, e a Lei 8.142 regulamenta, a garantia da participação popular, assegurado, assim, o exercício do controle social das ações e serviços, bem como, da gestão de recursos.

E é nesta perspectiva que consideramos fundamental que esta Casa aprove o Programa Médico de Família. E, dele destacamos:

1. No Brasil se desenvolveu um sistema de saúde influenciado pelo "Modelo dos países desenvolvidos", com centro em uma estrutura hospitalar que deixa a população no abandono total.

2. Desenvolver um atendimento contínuo e integral à população com a participação da mesma no controle do serviço.

3. Desenvolver uma relação digna e humana entre profissionais de saúde e população, em particular considerando, aos usuários contínuos (portadores de patologia), idosos, crianças e mulheres no período de gestação.

4. Contribuir para uma maior racionalização da rede, reduzindo os custos e organizando o acesso ao sistema.

5. Contribuição à valorização da dedicação exclusiva, pelos profissionais, aos SUS, com a tabela diferenciada.

Largo do Paysandu, 132 - Conjunto 42 - São Paulo
CEP: 01034-010 Telefone: 223-0063

A

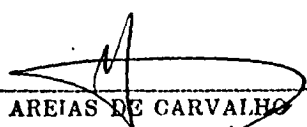
Atm. Senhor Chefe
Por solicitação do Sr. Presidente,
para providências.
SP., 12/12/94

CAETANO DEL CIOFFO
Chefe Cab. Presidência
Reg. 22.272

À Com.de Const.e Justiça:

Apensar o presente ao PL.335/94.

02.03.95


LUIZ AREIAS DE CARVALHO
Assessor Técnico Leg. Chefe
A. I. M.

Recebido na Comissão de
Constituição e Justiça
Em 03/03/95 às 14:00 hs.

FEPAM

Federação Paulista das Associações de Moradores

C.G.C. 38.894.077/0001-25

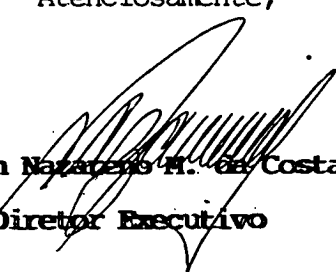
Filiada à CONAM

No mais, queremos propor que no Projeto de Lei, seja assegurada a participação da comunidade, na indicação dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista o papel que os mesmos desempenharão no Programa.

Srs. Vereadores, isto é o que tínhamos à expor e contamos que V.Exas., com a responsabilidade que tem esta Casa, em tomar decisões políticas que interfe^{re}rem diretamente no cotidiano de cada paulistano, estarão sensíveis à nossa opiⁿⁱnião e na percepção do passo que este Programa pode representar na realização de uma política de saúde, em nosso município; que ao lado de uma dotação orça^{men}mentária compatível; dê à milhões de pessoas atendimento humano, digno e de a^{co}cordo com suas necessidades.

Sem mais, esperando contar com o vosso apoio, apresentamos nossos protestos de estima e elevado apreço.

Atenciosamente,


Edmilson Nazareno M. da Costa

Diretor Executivo