

01-0336/1994



Câmara Municipal de São Paulo

SEÇÃO DO PROTOCOLO LEGISLATIVO - ATM

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ASSESSORIA TÉCNICA DA MESA - A.T.M.

SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO

PROJETO DE LEI

: 01-0336/1994 DE 1994

MATERIA LEGISLATIVA: PL

01-0336/1994 DE 02/08/94

PROMOVENTE: EXECUTIVO

PAULO MALUF

E M E N T A:

INSTITUI O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
E OTIMIZA ÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, E DA
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O B S E R V A Ç O E S:

CAPA RECONSTITUIDA EM 18-022-02

CNC Solutions
Tipo: Processo Legislativo
26/10/2010 16:17:44

00000014119-42



ARQUIVADO EM

25/03/2002

CHEFE DE SEÇÃO



Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 12 de JULHO de 1994

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. J. L. n.º 223/94

Processo nº 38-004.755-94*94

Folha nº	01	de proc
nº	336	de 1994

RECEBIDO NA A. T. M.	
Em	14 / 07 / 94
às	14 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 in cluso projeto de lei, que institui o "Programa de Desenvolvi mento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saú de", 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 e cópias xerogrâ ficas de peças ilustrativas do assunto.

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

SPF/rmn

PROJETO DE LEI

01 - P

01-0336/94-0

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE 2 AGO 1994
CONSTITUIÇÃO E JURA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SAÚDE, EDUCAÇÃO E CULTURA
PENSAMENTO E ORGANIZAÇÃO
PRESIDENTE

Institui o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde", e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo decreta:

DECRETA:

Art. 10. - Fica instituído, no âmbito do Município de São Paulo, o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de

02 AGO 1994

-DT. 10-

Saúde", junto à Secretaria Municipal de Saúde, com a cooperação da Associação Paulista de Medicina, mediante convênio ou contrato.

@ 1o. - As unidades de Saúde da Prefeitura serão paulatinamente integradas no Programa referido no "caput" deste artigo, mediante ato do Poder Executivo.

@ 2o. - Poderão cooperar com o Programa ora instituído outras entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, incumbidas regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, observadas as disposições contidas nesta lei e demais legislação pertinente.

Art. 2o. - Ficam criadas, nas estruturas organizacionais das unidades de saúde abrangidas pelo Programa, as funções de Gerente Geral, Gerente Clínico, Gerente Administrativo, Gerente de Almoxarifado, Gerente de Enfermagem e Gerente de Hierarquização de Atendimento.

@ 1o. - A entidade conveniada ou contratada colocará à disposição da Prefeitura pessoal técnico habilitado e com experiência na respectiva área de atuação e proporá ao Prefeito a sua designação para as funções referidas no "caput" deste artigo.

@ 2o. - As funções previstas neste artigo, de livre designação e cessação, terão a natureza de funções gerenciais e serão exercidas mediante vínculo profissional com a conveniada ou contratada, sendo as respectivas atribuições definidas em regulamento, dentre

as quais deverá constar a obrigação do emprego de processos e técnicas evoluídas no serviço executado.

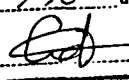
Art. 3o. - A Prefeitura do Município de São Paulo ressarcirá, nos termos do disposto no convênio ou contrato, pela verba orçamentária própria, as despesas que a entidade conveniada ou contratada desembolsar na sua execução, obedecida a legislação pertinente.

Parágrafo único - As despesas com o gerenciamento observarão, como parâmetro, o custo da unidade incluída no Programa, tendo como limite máximo o percentual de 6% (seis por cento) desse custo.

Art. 4o. - Fica criada gratificação de produtividade e desempenho, a ser paga aos servidores das unidades de saúde abrangidas pelo Programa instituído por esta lei.

@ 1o. - A base de cálculo da gratificação ora instituída será o acréscimo ocorrido no faturamento ao sistema SUS, da unidade ou unidades incluídas no Programa, efetivamente recebido pela Prefeitura a partir do ingresso da unidade ou unidades, em relação ao valor efetivamente recebido, a mesmo título, no ano anterior ao ingresso.

@ 2o. - A gratificação a que se refere este artigo será de valor variável e resultará da divisão do valor indicado no parágrafo 1o., mensalmente apurado, pelo número de servidores que efetivamente trabalharem na unidade, na proporção dos respectivos padrões de vencimentos, assim considerado o conjunto de

Folha no.	05	do proc
n.º	336	de 1994
		

referência e grau.

@ 3o. - Farão jus à gratificação de que trata este artigo, exclusivamente os servidores no real desempenho de suas funções nas unidades expressamente incluídas no convênio ou contrato, na medida e a partir de sua inclusão e da adesão do servidor ao Programa, não se aplicando aos períodos de licenças, faltas abonadas ou não, e afastamentos de qualquer natureza, inclusive férias.

@ 4o. - A gratificação de que trata este artigo, cujo pagamento será calculado e gerenciado pela entidade conveniada ou contratada, não se incorporará, sob nenhuma hipótese, aos vencimentos dos servidores, bem como não servirá de base para o cálculo de qualquer vantagem pecuniária, inclusive o terço de férias, 13o. salário e sexta parte.

@ 5o. - A gratificação referida neste artigo não constitui retribuição por um segundo vínculo de natureza trabalhista ou estatutária, persistindo exclusivamente o que houver com a Prefeitura do Município de São Paulo.

@ 6o. - Poderá ser constituída entidade criada para o fim de calcular e gerenciar o pagamento da gratificação prevista neste artigo, que contará com a co-gestão dos servidores.

@ 7o. - As despesas com o pagamento da gratificação de que trata este artigo correrão por conta de dotações próprias, não sendo computadas para os fins do disposto no artigo 3o. da Lei no. 10.688, de 28

de novembro de 1988, e legislação subsequente.

Art. 5o. - O Poder Executivo criará comissão de acompanhamento do Programa ora instituído, a ser presidida pelo Secretário Municipal de Saúde e integrada por mais 8 (oito) membros, sendo 2 (dois) da Secretaria Municipal da Saúde, 1 (um) do Conselho Municipal de Saúde, 1 (um) do Conselho Regional de Medicina, 2 (dois) da Comunidade, 1 (um) do Ministério da Saúde e 1 (um) da Secretaria dos Negócios Jurídicos, todos designados pelo Prefeito.

@ 1o. - À Comissão competirá assegurar que os princípios do Sistema Único de Saúde sejam obedecidos no atendimento médico à população.

@ 2o. - A Secretaria Municipal da Saúde poderá contar com assessoramento de empresa especializada, para fins de aferição de desempenho do programa, obedecida a legislação pertinente.

Art. 6o. - Decreto do Executivo definirá os critérios para recrutamento do pessoal necessário ao desenvolvimento do Programa.

Parágrafo único - Para fins de remanejamento de pessoal, caracteriza-se como unidade de lotação o Distrito.

Art. 7o. - Para garantir a continuidade do serviço público e o atendimento dos objetivos do Programa, em situações que possam caracterizar-se como de emergência, a entidade conveniada ou contratada poderá colocar à disposição da Prefeitura, por prazo determinado de até 2 (dois) anos, pessoal

adicional necessário ao desempenho de atividades especiais ou de especialidades médicas, visando atender o estudo de prevalência de moléstias realizado na região, ou para suprir faltas, licenças ou deficiências no atendimento.

@ 1o. - Em situações de emergência, a contratação poderá também referir-se à aquisição dos materiais de consumo cuja falta comprometa a pronta execução dos serviços.

@ 2o. - As despesas realizadas na situação prevista neste artigo serão ressarcidas pela Prefeitura.

Art. 8o. - Os serviços nas unidades integradas no programa continuarão a ser prestados sob a responsabilidade da Prefeitura e de acordo com os princípios constitucionais e legais pertinentes à saúde pública, em especial os da universalidade e da gratuidade do atendimento.

Art. 9o. - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias.

Art. 10 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

SPF/mag.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O presente projeto de lei institui o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde", na busca 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 Distrito 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 de 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 total 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 funcio

nários, a proporção é de 8,6 funcionários/leito, enquanto pa
raatendimento SUS, com um bom nível de qualidade dos serviços,
a proporção deveria ser de 3 funcionários/leito, nas diversas
categorias funcionais;

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

e) o faturamento SUS não corresponde à realida
de, com prejuízo à Prefeitura, que poderia ter reembolsada par
te relevante do atendimento. Estima-se que um sistema adequa
do 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
esse fim, optou-se pela parceria com uma entidade de reconhe
cido valor ético e social, que pudesse participar do gerencia
mento administrativo do serviço, imprimindo agilidade não dis
ponível na burocracia tradicional.

Não se cogita a terceirização ou privatização,
aliás em obediência aos princípios constitucionais em vigor.

Apesar de o serviço público de saúde ser sempre
de responsabilidade da Administração, ela pode contar com a cola
boração de entidades particulares, consoante disposto nos
artigos 197, 199, § 1º, e 200 da Constituição.

Procura-se, apenas, a melhoria do serviço, me
diante melhor aproveitamento dos recursos materiais e humanos
disponíveis, com a cooperação de instituições que, infensas às
condicionantes da administração pública, possam orientar a
gestão dos serviços a serem prestados.

A Associação Paulista de Medicina, entidade médica
de reconhecido valor, ouvida a respeito, em assembléia
ral, aprovou o plano e a realização de convênio com a Prefei
tura para a implementação de um programa de desenvolvimento
institucional e otimização dos serviços públicos de saúde do
Município de São Paulo.

O Ministério da Saúde deliberou, então, inten
sificar o Programa de Saúde da Família de São Paulo, o qual
poderá completar o atendimento à população, dentro de um pla
no global, que deverá iniciar-se pelo Distrito de Campo Lim
po.

As alternativas aventadas para o novo modelo de
gestão resultaram de reuniões com representantes das Secre
tarias Municipais e com pessoas de alto nível e conhecimento
do setor, de outras esferas governamentais e, ainda, com pes
soas não vinculadas ao serviço público.

De tudo, resultaram duas propostas.

A primeira, propõe a instituição do "Programa
de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços
Públicos de Saúde" no âmbito do Município de São Paulo, com

a cooperação da Associação Paulista de Medicina, mediante con
vênio ou contrato, mas podendo receber a colaboração de ou
tras entidades que tenham, entre seus objetivos associativos,
a pesquisa, o ensino ou o desenvolvimento institucional.

Para a implementação de um novo gerenciamento ,
em que deve predominar a economicidade e a profissionalização,
a presente medida cria, nas Unidades de Saúde da Prefeitura ,
funções de Gerente Geral, Gerente Clínico, Gerente Administrativo,
Gerente de Enfermagem, Gerente de Almoxarifado e Gerente
de Hierarquização de Atendimento.

Essas funções serão exercidas sem ônus de verba
de pessoal para a Prefeitura, sendo seus ocupantes designados
pelo Prefeito, de livre designação e dispensa, remunerados pela
entidade conveniada ou contratada. As funções referidas serão
exclusivamente gerenciais e estarão sendo exercidas dentro
das regras de direito público, contudo com maior agilidade
e eficiência.

A medida, por outro lado, cria gratificação de
produtividade para os servidores em efetivo exercício nas
unidades integradas paulatinamente no Programa, cuja base de
cálculo é a diferença de melhoria do faturamento ao SUS, na
proporção dos respectivos padrões de vencimentos, a fim de
incentivar o melhor desempenho no atendimento à população.

O Programa será acompanhado por comissão da Secretaria,
assegurada a participação de membros da Comunidade,
cabendo-lhe fiscalizar o cumprimento dos princípios legais e

constitucionais do Sistema Único de Saúde. Faz-se, também, a previsão de situações de emergência, nas quais poderá ser colocado à disposição da Prefeitura pessoal adicional e adquiri dos materiais de consumo cuja falta poderia comprometer os serviços.

Finalmente, a propositura enfatiza a responsabilidade, decorrente da Constituição, da Prefeitura quanto à prestação dos serviços de saúde à comunidade, os quais devem primordialmente respeitar os princípios da universalidade e da gratuidade do atendimento.

Paralelamente, outro projeto a ser apreciado pelo Legislativo cuida da instituição do "Programa de Assistência Integral Saúde da Família", nos moldes preconizados pelo Ministério e pela Fundação Nacional de Saúde.

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

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
Tarciso Mamede Mariano
Secretário de Administração

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.

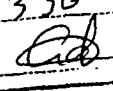
As precárias condições de vida, agravada pelo inchaço da região, fruto dos fluxos migratórios, e as mudanças demográficas relativamente rápidas que vem ocorrendo na estrutura da população, com significativo aumento dos idosos, tem levado a uma situação epidemiológica de convivência das mortes por causas 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 - 004.756-04 Rev 4

Tarciso Manoel Casanova
Secretaria de Administração Geral

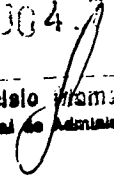
Folha n.º	16	de proc.
n.º	336	de 1994
		

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

N.º 38 - 004.755-04/94


 Tarciso Yamada Maiano
 Oficial de Administração Geral I

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 n.º	18	de proc
n.º	336	de 1994
<i>Ed</i>		

Conseqüentemente diminue 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 as 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 48 - 004.755-94 x 94	
<i>Tarciso</i>	
Tarciso Ramalho Mariano	
Secretário 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

[Assinatura]
Município de São Carlos - 13000-000
Rua ... nº ...
Fone: ...

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 assuma o acompanhamento, quando necessário.

24
No 38 - 064.755-94 - 94
Tarciso Manoel de Jesus
Secretário de Administração Geral

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.

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
N.º 38 - 004.755-04/94
Carla Mamede
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;
FONTE: SIMIS - Mapa IV: Campo 2 - Produção (1ª Consulta do Ano).
- PORCENTAGEM E TEMPO DE RESPOSTA.
FONTE: 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.

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.

V. - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA ATENÇÃO PRESTADA:

- MELHORA DOS INDICADORES DE MORTALIDADE PARA OS AGRAVOS PRIORIZADOS;
FONTE: Banco de dados do PRO-ALM/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 RECEN-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.

Folha nº 28 de proc
nº 336 de 1994

DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

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

CAPÍTULO DA CID	1991		1992		1993	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	329	23,74%	540	25,15%	498	24,03%
CLASSE SUPLEMENTAR CAUSAS EXTERNAS	298	21,50%	457	21,29%	385	19,04%
AFEÇÕES ORIGINADAS PERÍODO PERINATAL	169	12,19%	253	11,78%	279	13,50%
NEOPLASMAS	150	10,82%	219	10,20%	205	10,14%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	145	10,40%	245	11,41%	228	11,18%
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	84	4,82%	88	4,01%	83	4,10%
DOENÇAS INF E PARASITARIAS	57	4,11%	80	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 AFEÇÕES MAL DEFINID	39	2,39%	19	0,88%	16	0,79%
ANOMALIAS CONGENITAS	32	2,31%	44	2,05%	38	1,89%
D. SISTEMA NERVOSO E ORGÃOS 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	0,99%
COMP. GRAVIDEZ, PARTO E PUERPERIO	3	0,22%	2	0,09%	3	0,15%
D. DO SISTEMA OSTEO. 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	1388	100,00%	2147	100,00%	2022	100,00%

FONTE: PRO-AIM/NEPI-D&CL

32
38 - 004755-94-93
Laudelino Mariano
Secretário Administrativo Geral I

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

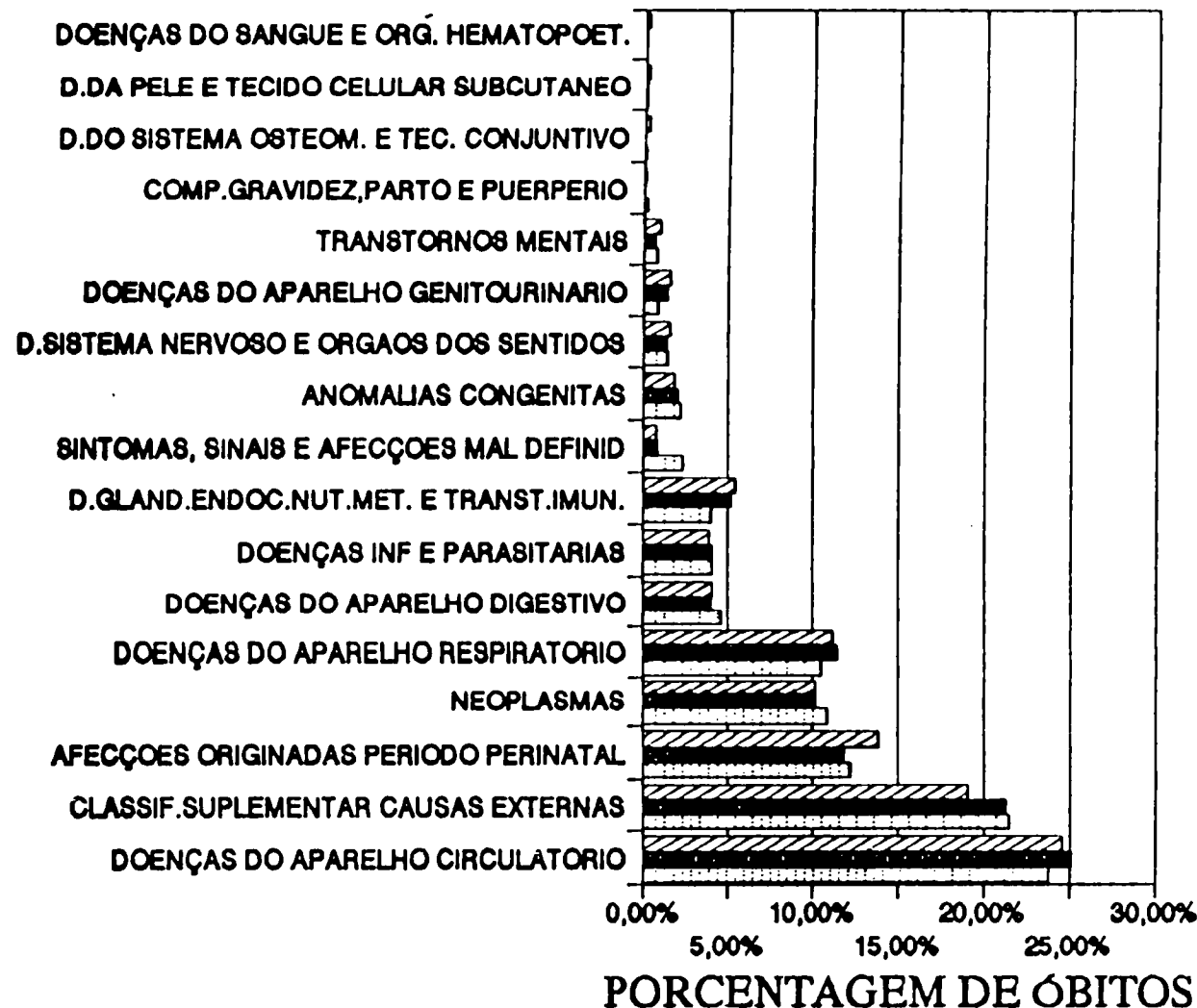
CASOS	ANO	1.991	1.992	1.993
TUBERCULOSE		155	252	315
AIDS		17	61	103

Folha n.º 33 de Proc.
N.º 38-004755-94-004
Tarciso Mamede Mariano
Chefe de Administração Geral

DISTRITO DE SAÚDE DE CAMPO LIMPO

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSA BÁSICA

CAPÍTULO DA CID



1991 1992 1993

Mo 88 - 004755-94 * 94
34
Tercialdo Arriaga de Resende
Secretaria de Administração Geral I

Folha n.º 30 de proc.
n.º 336 do 1994
Cid

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	25,15%	498	24,03%
CLASSIF.SUPLEMENTAR CAUSAS EXTERNAS	298	21,50%	457	21,29%	385	19,04%
AFECCOES ORIGINADAS PERIODO PERINATAL	109	12,19%	253	11,76%	279	13,50%
NEOPLASMAS	150	10,82%	219	10,20%	205	10,14%
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	145	10,40%	245	11,41%	220	11,18%
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	84	4,92%	80	4,01%	83	4,10%
DOENÇAS INF E PARASITARIAS	67	4,11%	89	4,16%	79	3,91%
D.GLAND.ENDOC.NUT.MET. E TRANST.IMUN.	50	4,04%	111	5,17%	110	5,44%
SINTOMAS, SINAIS E AFECCOES MAL DEFINID	39	2,39%	19	0,89%	16	0,79%
ANOMALIAS CONGENITAS	32	2,31%	44	2,05%	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	0,99%
COMP.GRAVIDEZ,PARTO E PUERPERIO	3	0,22%	2	0,09%	3	0,15%
D.DO SISTEMA OSTEO.M. 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	1388	100,00%	2147	100,00%	2022	100,00%

FONTE: PRO-AIM/NEPI-D8CL

35
36 - 004.1.000-94 *94
[Assinatura]
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria Técnica

Folha nº 31 de 31
nº 336 de 1994
[Assinatura]

Folha n.º 32 de 94
n.º 336 de 1994

CUSTOS DE MANUTENÇÃO

CUSTO MÉDIO ANUAL DAS 19 UBS's + 01 PA + 01 HOSP DIA + 01 CECCO + 01 AMB. ESPEC : US\$ 8.931.318,60

CUSTO MÉDIO ANUAL POR UNIDADE: US\$ 388.318,20

CUSTO MÉDIO MENSAL POR UNIDADE: US\$ 32.359,85

CUSTOS DE INSTALAÇÃO

- UNIDADE DE ALTA RESOLUBILIDADE:

INSTALAÇÃO DE DUAS (MACEDÔNIA E CAPÃO REDONDO) : US\$ 500.000,00

- CONSULTÓRIOS DE FAMÍLIA

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

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

- MATERNIDADE

INSTALAÇÃO DE DUAS COM 80 LEITOS CADA - US\$ 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 38 - 004.755-94 * 94

Tarciso Mamede Lúcio
Secretário Administrativo Geral

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 FPO 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.

ESTUDO PRELIMINAR DO DISTRITO DO CAMPO LIMPO

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".

Folha n.º 34 de 34
n.º 336 de 1994
de proc

39

Folha no.	35	de proc
no.	336	de 1994

No 38 - 004

Yacinto Manoel Mariano
Coordenador de Administração Geral

ARS - 10

DIRETOR: Dr. Antonio Vicente Z. Delamania

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.	36	de proc
no.	336	de 1994
		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 28-004/5-94-94

Yacinto Francisco Mendes
Coordenador de Planejamento Geral



47

Folha n.º	37	de proc.
n.º	336	de 1994
		.02.

[Handwritten signature]
Assessor de Saúde Pública

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 ".



- 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 88 - 004 113 - 4 x 94

Tarciso Mamede Medeiros
Chefe de Administração Geral II



Folha n.º	39	de proc.
n.º	336.04	de 1994

- 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 - 004 755-94 394

Yaciel Mamede Martins
Diretor de Administração Geral



- 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 ddo 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 INPS - 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 40 de proc
nº 336.05. de 1994
Est
Tercialdo Ramos
Diretor de Administração Geral



Folha n.º	71	de proc
n.º	336	de 1994
<i>CD</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

140 315 - 364 15 0-94 15 4

[Signature]

Carvalho / Mantado Mantado
Secretaria de Administração Geral 2



Folha no	42	de proc
no	336	07 ^º 1994
<i>Ad</i>		

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.

46
38 - 004755-94 494
[Assinatura]
[Rubrica]



Folha no.	43	de proc
no.	336	de 1994
08 Cid		

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 P. 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 de 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
Tarciso Mamede Mariano
Secretário de Administração Geral II



Folha n.º	09	de proc.
n.º	336	de 1994
<i>Ad</i>		

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 Pires 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 Área de Desenvolvimento Gerencial e Avaliação - Cooperação Técnica Brasil - Itália.

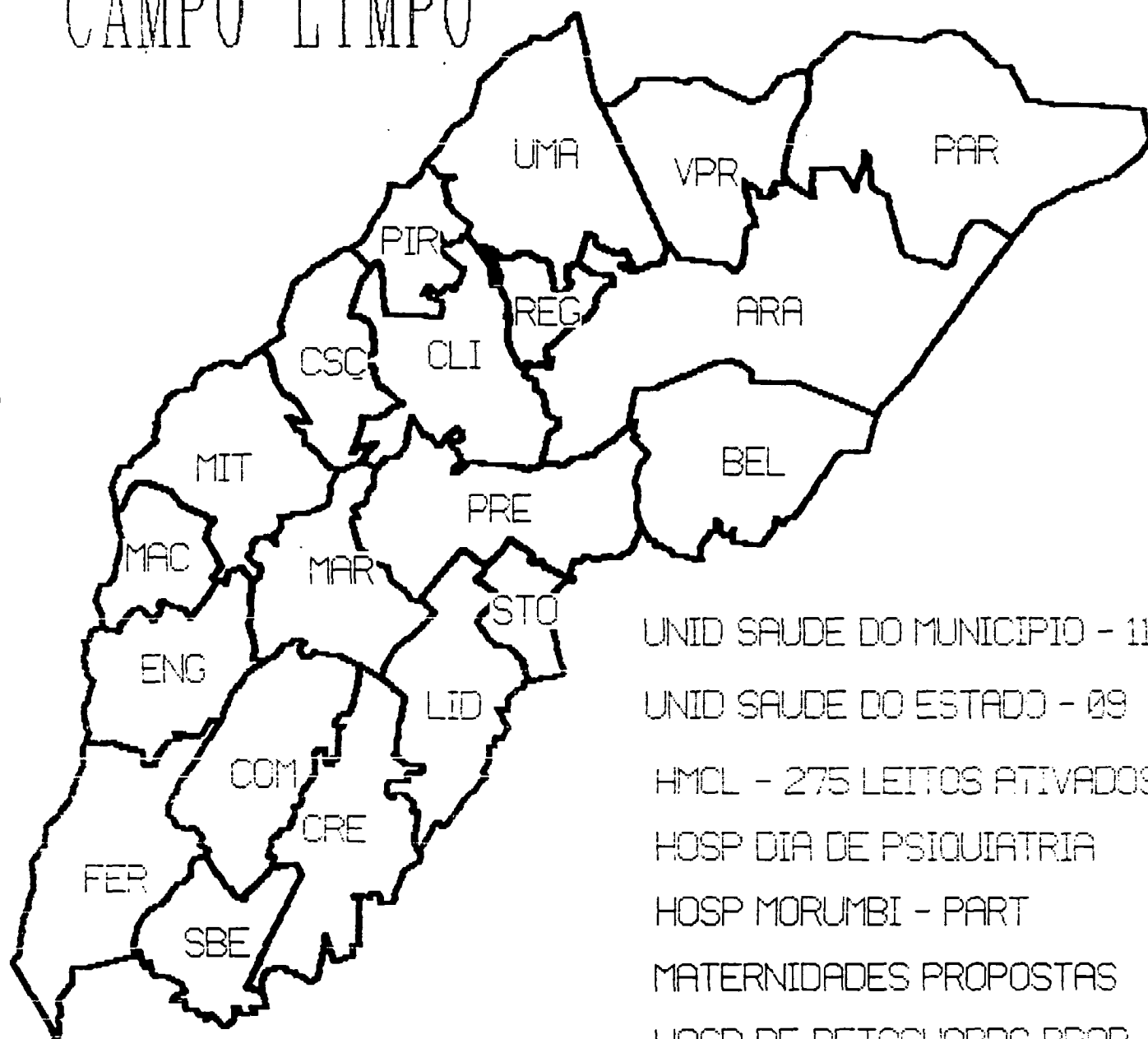
E) Contratação de um projeto de avaliação de qualidade do projeto como um todo.

Folha n.º	48	de proc.
N.º	88 - 004	de 1994
<i>[Signature]</i>		
Tarciso Marinho		
Secretário de Administração (202)		

DISTRITO DE SAUDE

CAMPO LIMPO

Folha no.	95	de proc.
no.	336	de 1984
Ed		



UNID SAUDE DO MUNICIPIO - 11

UNID SAUDE DO ESTADO - 09

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

00-004.100-0000

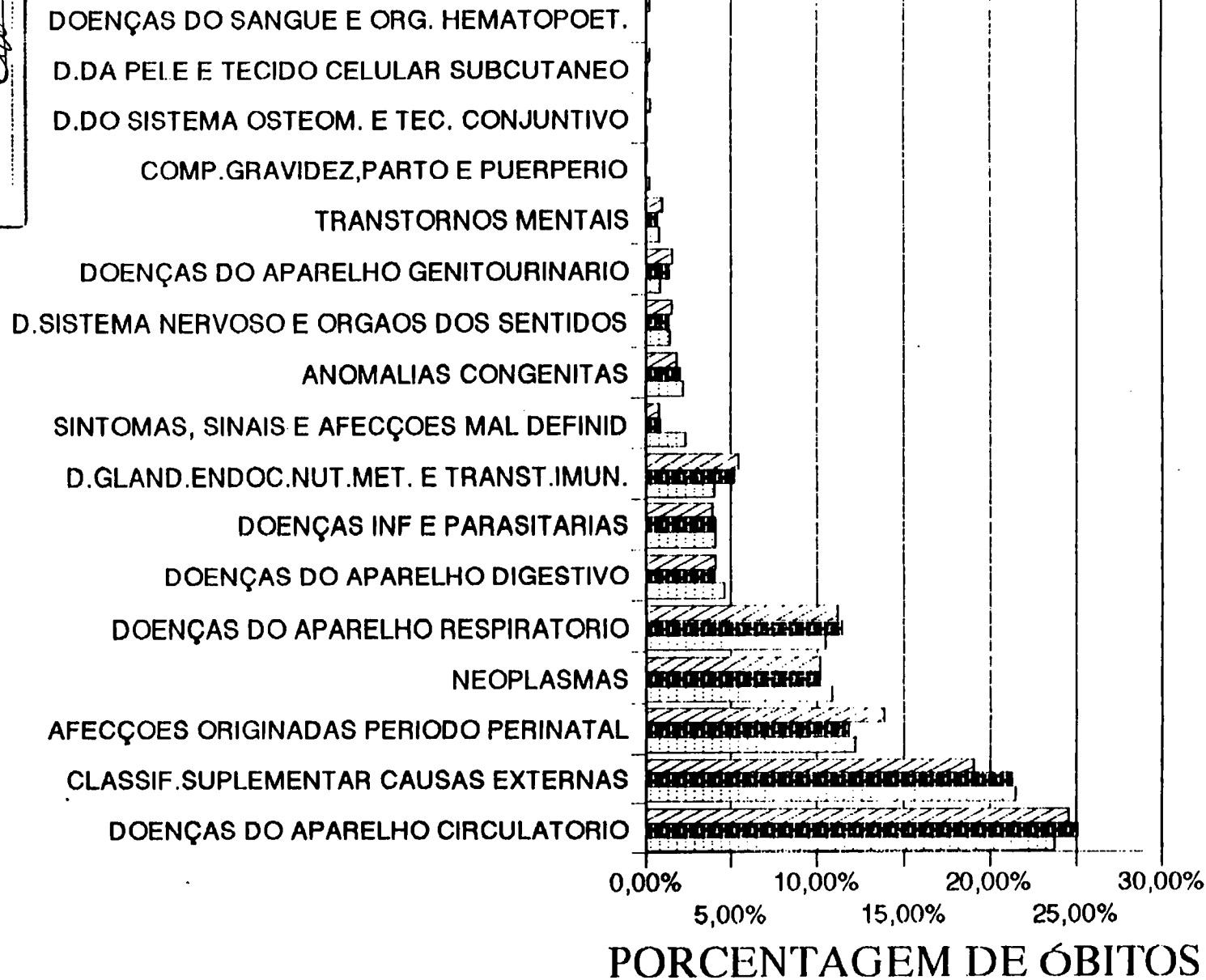
Marcelo Almeida Mendes
Secretaria de Administração Geral

DISTRITO DE SAUDE DE CAMPO LIMPO

MORTALIDADE SEGUNDO CAUSA BÁSICA

Folha n.º 46 de proc.
n.º 336 de 1994

CAPÍTULO DA CID



50

N.º 336-004

Tarcísio Mamede Ladeira

Coordenador Administrativo

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%
AFEÇÕES ORIGINADAS PERÍODO 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 AFEÇÕES 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%

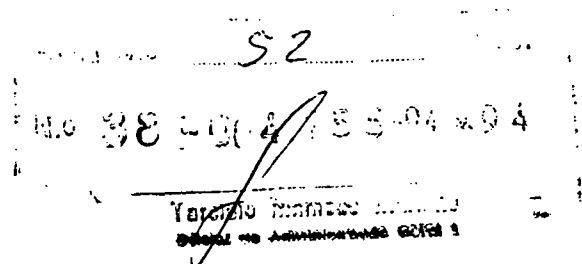
FONTE: PRO-AIM/NEPI-DSCL

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





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

Folha no	ANEXO 49 VI	de proc
no	336	de 1994
<i>Ed</i>		
MEMORANDO		

REMETENTE	REFERÊNCIA	DATA
DIRETORIA DIV. TÉC. DE AT. À SAÚDE II	073/94	10.05.94
DESTINATARIO	ASSUNTO	
ARS - 10		

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 referencia 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
38-004.000-94-494
Farela, Fernando Pacheco
Secretaria de Administração Geral

Atenciosamente,

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

MJE/mgcr

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



PROJETO PRELIMINAR

ANEXO V

MATERNIDADE

Folha n.º	50	de proc
n.º	336	de 1994
54		

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
Continuo 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

.../...



Folha no 51 de proc
no 336 de 1994
ANEXO V

...2...

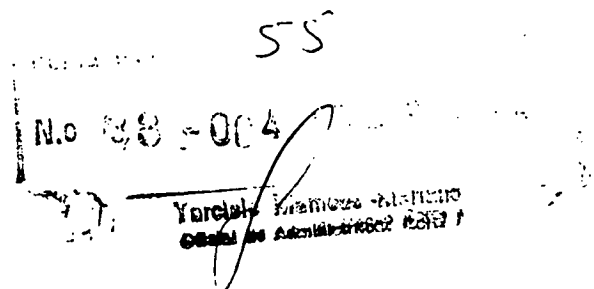
- Sala para material de limpeza
- Sala para guardar equipamentos e acessórios.
- Sala de espera para familiares de pacientes, com sanitários e lavatório anexo.
- 01 quarto para plantonista dentro do C.O.
- 01 sala para chefia - trabalho burocrático

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.

Folha nº	53	de proc
nº	336	de 1994

ANEXO IV

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: todos os 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 agilizar a atuação das unidades de saúde sem as interferências burocráticas da administração pública, respeitados os princípios de 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 essa 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-O 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-O 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.
No 38-004755-94-94
Carloso Almeida Mariano
Secretário de Administração Geral

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

Matricula / 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 tocologia 12.96 m2

Consultório ginecologia com sanitário 17.28 m2

Consutório pediatria 12.96 m2

53
N.º 38-004.255-94-94
Furdele, Almeida, Mariano
Secretaria de Administração Geral A

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 . CLINICA
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 12.96m2

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 8.64m2

Posto de enfermagem 8.64 m2

Sala de serviço 8.64m2

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

[Assinatura]
Tarciso Antônio Martins
Médico de Residência Médica

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
38-404-53-1894
Tarciso Francisco 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
Tarciso Francisco Mariano
Coordenador de Administração Geral II

Folha n.º	60	de proc
n.º	336	de 1994
CDB		

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 33 - 004 255-94 824

Yaciely Mamede Luciano

Coordenadora 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
Yacirio Martins Monteiro
Secretaria de Administração Geral

Folha n.º	62	de proc
n.º	336	de 1994
		

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 m^2

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

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 m^2

Distribuição de material 12.96 m^2

Almoxarifado setorizado para grandes volumes, papelaria, aparelhos, material de limpeza etc. 60.48 m^2

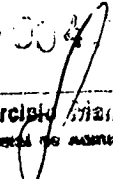
Área para generos alimenticios (com área para cereais) 21.60 m^2

Área para farmácia 21.60 m^2

Chefia 8.64 m^2

Secretaria 8.64 m^2

Depósito para caixaria e vidraria 8.64 m^2

Folha n.º	66
n.º	336 - 004 / 136-94894
	
Terceiro Mamede Mamede Diretor de Administração Geral	

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 30-0004

Yaroslav Marichev Marichev

Coordenador de Administração 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



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.

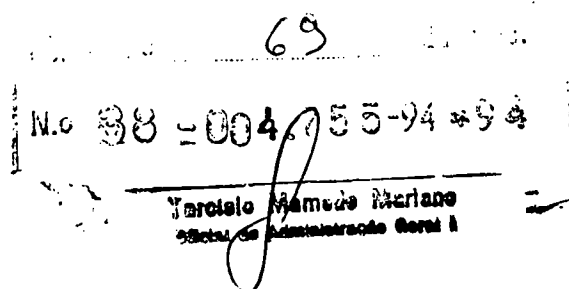
Nas últimas décadas a população vem crescendo bem acima da média da Cidade de São Paulo, ocupando de forma aleatória fundos de vale e encostas, ficando as moradias dessas áreas sujeitas a enchentes e deslizamentos. Os loteamentos clandestinos e as invasões de terrenos públicos e privados, tem originado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



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 no.	66	de proc
no.	336	de 1994
<i>CD</i>		

módulo ligado a UES. 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.

70	do proc.
336-004-1994-28	
<i>[Assinatura]</i>	
Carla Maria Medeiros	

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
10.03.2004
Yaciele Almeida Medeiros
Secretaria de Administração (Secretaria)

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:

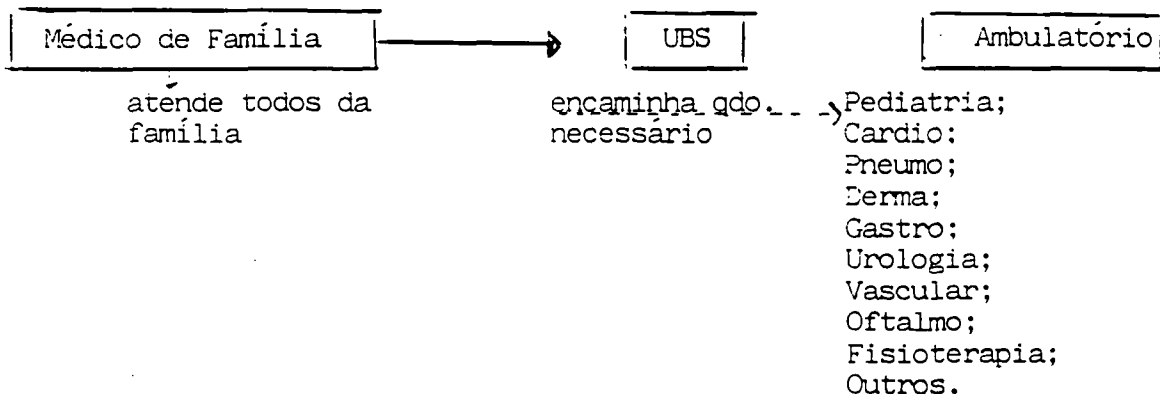
- recepcionar os pacientes;
- cuidar de arquivos;
- agendamento prévio de consultas;
- cuidar de toda documentação burocrática do consultório;
- elaborar Consolidados de Produção;
- encaminhamentos externos de pacientes.

E) Serventes:

- realizar a limpeza do local de trabalho.

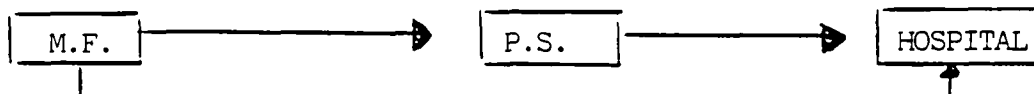
07. FLUXOS E REFERÊNCIAS:

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	69	de proc.
n.º	336	de 1994
Ed		

C) Internação

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

13. 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.

73

N.º 38 = 004/136-4-94

Yarcelio Francisco Mariano
Secretaria de Administração Geral

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 Redorido	03
Jardim São Bento	01

TOTAL:-

20 = 60 médicos

74

[Handwritten signature and stamp]

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 Assembléias 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.

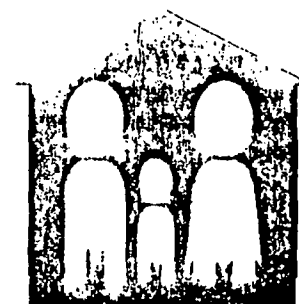
A Constituição também estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada com direção única em cada esfera de governo e sob controle de seus usuários." (Extrato do livro ABC do SUS - Doutrinas e Princípios/SNAS/MS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

11 a 17 de junho/1994



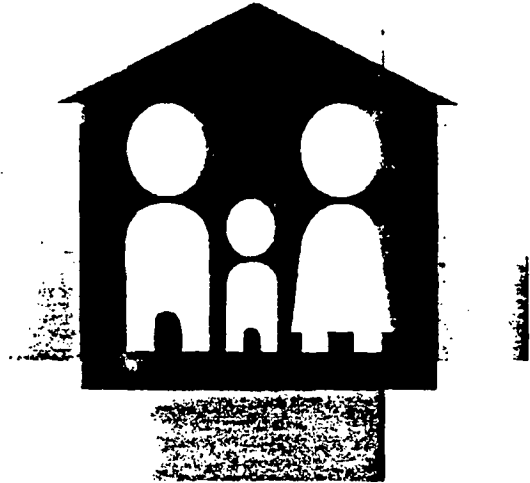
A SAÚDE DA FAMÍLIA

unicef
Fundo das Nações Unidas para a Infância



Projeto Nordeste
Instituto de Saúde, Educação e Cultura
Constituinte do SUS

Folha nº	77	de	100
nº	336	de	1994
Ed			



Saúde dentro
de casa

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



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

76

[assinatura]
Caraculha
1994



Saúde dentro
de casa

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

77
110 28 - 004 7 5 8 - 94 - 93

Arquivo médico mantido
em Arquivo Médico Central

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 33 - 0047/02-94-994
Yarcio Inamado Machado
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

78
No 38 210 473 0-14 894
Tarciso Manoel Martins
Secretaria de Administração Geral

Folha no. 76 de proc.
no. 336 de 1994
Ed

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

90
N.º 38 - 004. 0004494
Tarciso Marcos Mattos
Secretário de Administração Geral

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	78	de proc
n.º	336	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 32-504/135-94-98

Tarciso Mameo Marinho
Coordenador de Administração Geral

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

[Handwritten signature]

COORDENADOR GERAL DO PSF

OBJETIVOS

Folha n.º	80	de proc.
n.º	336	de 1994
<i>Ed</i>		

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.

84

N.º 336-1-304
<i>Tarciso Gomes Martins</i>
<i>Secretário de Saúde</i>

METAS

Folha n.º	81	de proc
n.º	336	de 1994
<i>Gda</i>		

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

32-0642-9074-79

Tarciso Mendes Marinho

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
38-304.55-4-94
Tarciso, Maria da Costa
Secretaria 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).

Crítérios 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
10 38 - 104 55-14 894
Carla Menezes Bastos
Diretora de Administração Geral

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
93-004 93-04-94
Yacielio Almeida Mariano
Coordenador de Administração 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 Parteiras Tradicionais e de Interiorização do SUS.

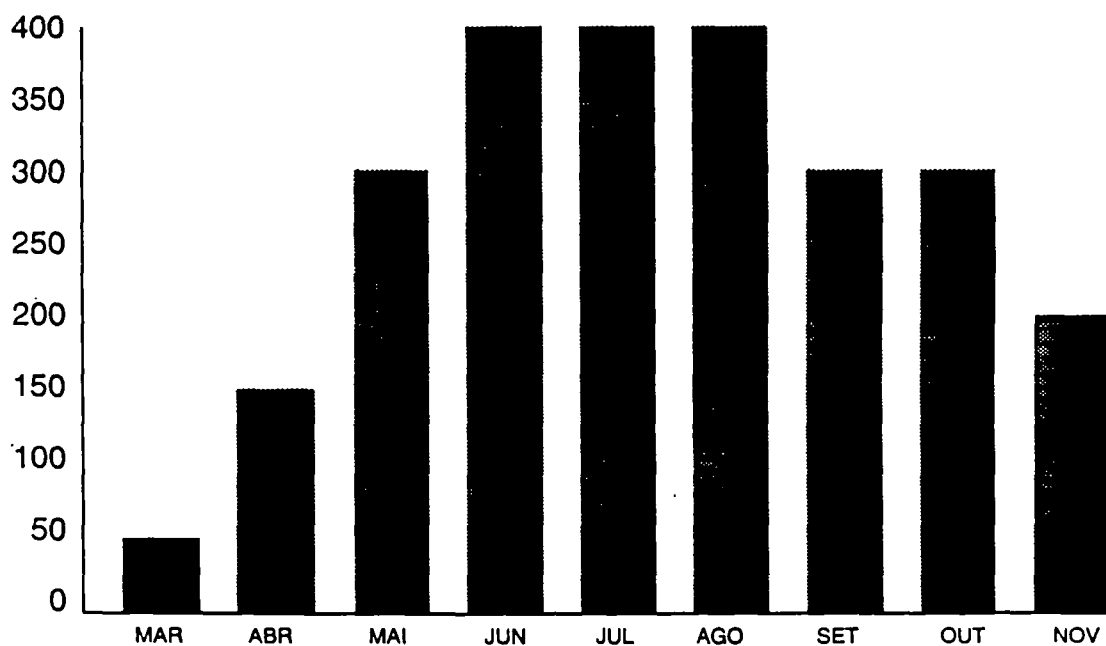
Gerência estadual e municipal

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 * 9 4
Tarcila Mamede Martins
Coordenadora Geral

CRONOGRAMA

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



94
Cardeiro Martins

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;
- Virgilio 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 Caleman - 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 38-004.755-94 x 94
Yarcelis Mamode Mariano
Secretaria de Administração Geral

Apoio



Fundo das Nações Unidas para a Infância

VISITA AO HOSPITAL CAMPO LIMPO

01. Estrutura física adequada e até superdimensionada. 108
02. Equipamentos - Praticamente completo.
- 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 indice 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]

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*

Clinica Médica:	9,13% H. Próprio	-	4,16% H. Contratado
Clinica Obstétrica:	0,36% H. Próprio	-	0,08% H. Contratado
Clinica 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.*

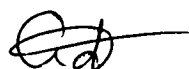


CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para Informação, rubricado como folha nº.....18.....27.....

do processo nº.....336.....de 1994 10 08 94.....(a).....Adelina

Ao Senhor Assessor Chefe
Sobre o assunto, nada consta.
Em 10-08-94.


Adelina Cione

À Com. de Const. e Justiça

10 2 1994

LUIZ AREIAS DE CARVALHO
Ass. Tecn. Leg. Chefe - A. T. M.

SE GUE juntado nesta data, documento e papel para informação, rubricado

sob folha nº

Em/...../.....

(a).....



Prefeitura do Município de

Folha n.º	98	do proc.
n.º	336	de 19 94
São Paulo		

GABINETE DO PREFEITO

São Paulo, 4 de novembro de 1994

Ofício A. T. L. n.º 339/94

10 - OFÍCIO
10-0398/94-4

IDO HOJE
AS COMISSÕES DE:
CONDIÇÃO E VIDA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SAÚDE, ADM. SOCIAL E P. M.
FINANÇAS E ORÇAMENTO
PRE-SENTE

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. 223/94, o Projeto de Lei no. 336/94, que institui o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde".

Referida propositura tem por escopo solucionar o problema de deficiências no atendimento à população, quanto aos serviços médico-hospitalares, na região de Campo Limpo, mediante parceria com a Associação Paulista de Medicina.

O artigo 4o. da medida prevê a criação da gratificação de produtividade, a ser paga aos servidores das unidades de saúde abrangidas pelo Programa.

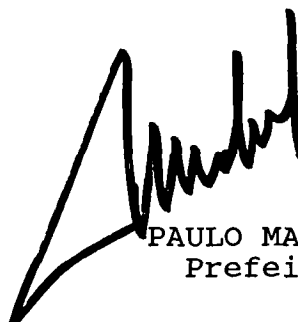
Todavia, consoante dispõe o @ 7o. do citado dispositivo, as despesas com o pagamento do benefício correrão por conta de dotações próprias, não sendo computadas para os fins do disposto no artigo 3o. da Lei no. 10.688, de 28 de novembro de 1988.

EDIÇÃO DE ANAIS
04 NOV 1994
- DT. 10 -

Estudos posteriores à remessa da mensagem, efetuados pelos órgãos técnicos municipais, concluíram que a aplicação desse dispositivo poderá onerar demasiadamente o orçamento municipal, ampliando as despesas de pessoal, em prejuízo de outras atividades igualmente importantes.

Assim sendo, a manutenção do dispositivo revela-se inoportuna e prejudicial ao interesse público, recomendando a sua exclusão.

Nestes termos, justificada a presente mensagem aditiva e considerando integrada ao projeto original, para todos os efeitos legais, a alteração ora 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	100	do proc.
n.º	336	de 19 99
		

ANEXO AO OFÍCIO ATL No. 339/94

Alteração proposta ao Projeto de Lei
no. 336/94.

Suprimir o parágrafo 7o. do artigo
4o. do projeto original, que passa a
contar com 6 (seis) parágrafos,
numerados como @ 1o. a @ 6o.

SPF/csn.



A Com. de Const. e Justiça

02 / 07 / 94

~~LUIZ AREIAS DE CARVALHO~~
~~Ass. Tecn. Leg. Chefe - A. T. M.~~

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

Do Ilustre Vereador
para relatar.

Saí da Comissão de Constituição e Justiça

em _____ de _____ de 19__


Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEGUNDA, juntados neste data _____ para informação _____ rubricados sob
folhas de n.º 101 a 103, 13/02/96



17 - RELCOM
17-0073/1996

Parecer Municipal de
16 - PAR
16-0073/1996

Folha n.º	101	do proc.
N.º	336	de 94
O funcionário	<i>Paulo</i>	

PARECER Nº /95 DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 336/94.

O Senhor Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições legais, encaminhou a esta Casa o presente projeto de lei 336/94, que visa instituir o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde", junto à Secretaria Municipal de Saúde, com a cooperação da Associação Paulista de Medicina, mediante convênio ou contrato.

O projeto prevê parceria com entidades de direito privado, que participem do gerenciamento administrativo dos serviços de saúde, visando sua otimização.

A propositura cria, nas Unidades de Saúde da Prefeitura, funções de Gerente Geral, Gerente Clínico, Gerente Administrativo, Gerente de Enfermagem, Gerente de Almoxarifado e Gerente de Hierarquização de Atendimento a serem preenchidas por pessoal designado pela conveniada ou contratada e mediante vínculo profissional com esta e não com a Prefeitura.

De outra parte, a medida cria gratificação de produtividade para os servidores em efetivo exercício nas unidades integradas ao programa, cuja base de cálculo é a diferença de melhoria do faturamento ao SUS, na proporção dos respectivos padrões de vencimentos.

A proposta prevê, ainda, a criação de uma comissão de acompanhamento do Programa, integrada por oito membros,



Câmara Municipal

Folha n.º	102	do processo
N.º	356	de 1994
O	funcionário	

São Paulo

assegurada a participação da comunidade através da indicação de dois membros.

Finalmente, o art.8º do texto ressalta que os serviços de saúde nas unidades integradas ao programa, continuarão a ser prestados sob a responsabilidade da Prefeitura, e de acordo com os princípios constitucionais e legais pertinentes.

Ressalte-se que o Senhor Prefeito, através do Ofício 398/94, encaminhou Mensagem Modificativa ao projeto, objetivando a supressão do parágrafo 7º do art.4º do texto original.

Referido parágrafo estabelece que as despesas com o pagamento da gratificação de produtividade, criado pelo artigo 4º, correrão por conta de dotações próprias, não sendo computadas para os fins do disposto no art.3º da Lei 10.688/88.

Justificou o Executivo que a aplicação desse dispositivo poderia onerar demasiadamente o orçamento municipal.

Nada obsta tal alteração, que em verdade se impõe, tendo em vista a promulgação da Lei 11.722/95, que revogou a Lei 10.688/88 e legislação subsequente.

Sob o aspecto legal, nenhum óbice atinge a propositura, uma vez que a Constituição Federal não impede a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde. Assim, a proposta encontra amparo nos artigos 197; 199, parágrafo 1º, e 200 da Constituição Federal; nos artigos 4º, parágrafo



Câmara Municipal de

Folha n. 103 de proc.
N. 336 de 99
O funcionário Carlo

20; 72 e 18, inciso X, da Lei Federal nº 8.080/90; nos artigos 37, parágrafo 20, incisos I, II, III e IV; 213 e 215, da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

Pela Legalidade.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça

13/02/96

M. I. ^{OT-443}

João Paulo
(Contrário).

(Contrário)



~~original no.~~



Publicado no DIÁRIO OFICIAL

de 23, 02, 1996

página 35/36 coluna 3ª/1ª

conferido: Antonieta

A Douta Comissão de
Administração Pública
Em 26/02/96.

P/ ENILZA ANDRÉ
Secretária

Recebido na Comissão de
Administração Pública
Em 26/2/96 as 12:00 h.

ARÃO M. DOS SANTOS
Secretário

Ao nobre Vereador
para relatar. Regimentalmente até
Sala da Comissão de Administração Pública

22/02/96

Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

QUE, Juntado nesta data para informação, rubricado sob

folha nº 104, 12/3/96 a)



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º	104	do proc.
N.º	336	de 1994
O funcionário	<i>P. M.</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.

12103196

Chico Whitaker
VEREADOR CHICO WHITAKER
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

PRORROGATIO

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

196

VEREADOR CHICO WHITAKER
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CAMARA MUNICIPAL DE SAO PAULO	
SEQUE, Juntado nesta data	para ser rubricado
folha n.º 105	19/03/196

Câmara Municipal de São Paulo

DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 336/94.

A presente proposição, de iniciativa do Sr. Prefeito, objetiva instituir o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde" e criar funções e gratificação para o Quadro de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde.

Através do Ofício ATL 339/94, o Sr. Prefeito encaminhou emenda à proposição original, visando a supressão do § 7º do art. 4º do Projeto de Lei nº 336/94 (fls. 100).

A Douta Comissão de Constituição e Justiça, em surpreendente parecer, opinou pela legalidade da proposição apresentada (fls. 101/103).

Em apertada síntese, a proposição, sob o manto pomposo da denominação que ostenta, em verdade pretende autorizar o Poder executivo a firmar um contrato com a Associação Paulista de Medicina para que esta, isoladamente ou em conjunto com outras entidades privadas, possa executar as ações e serviços de saúde do Município de São Paulo.

Para viabilizar tal intento, a proposição permite que servidores públicos municipais, do Quadro de Pessoal da Saúde, possam prestar serviços para a contratada e, para incentivar essa prestação de serviços, cria funções e gratificações para esses servidores.

A contratação da Associação Paulista de Medicina, nos termos propostos não pode ocorrer com mera autorização legislativa, uma vez que tal contratação, seja por "convênio" ou "contrato", somente terá validade legal se for decorrente de procedimento licitatório, conforme expressamente prevê o parágrafo único do art. 2º da Lei Federal nº 8.666/93, modificada pela Lei Federal nº 8.883/94.

Vê-se, deste modo, que análise perfunctória da proposição já demonstra a sua inviabilidade jurídica. Daí causar-nos viva estranheza o parecer de legalidade exarado pela Douta Comissão Permanente desta Edilidade encarregada de apreciar esse aspecto do projeto de lei em questão.

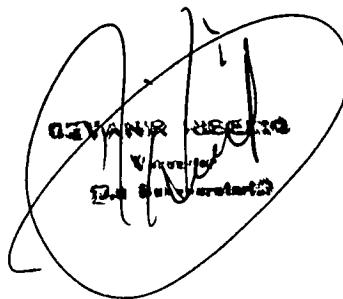
Câmara Municipal de São Paulo

A participação de servidores municipais na execução das ações e serviços de saúde, nos moldes apresentados pela proposição, é um escândalo, posto que o art. 179, inciso XVII, combinado com o art. 188, inciso VI, ambos da Lei nº 8.989/79 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de São Paulo), prevê a pena de demissão para o servidor que praticar a conduta de exercer, mesmo fora das horas de trabalho, emprego ou função em empresas, estabelecimentos ou instituições que tenham relações com o Município, em matéria que se relacione com a finalidade da unidade ou serviço em que esteja lotado. Mais do que escandalosa, a participação de servidores no programa apresentado é ilegal e imoral.

Forçoso é reconhecer que a proposição trabalha de modo totalmente atécnico com as categorias jurídicas que manipula e que apresenta um desconhecimento constrangedor de regras basilares de Direito Público. Esse desconhecimento gerará, sem dúvida alguma, sério prejuízo à administração pública municipal. Prejuízo que, pela gravidade e importância que existe na prestação dos serviços e ações da saúde, não podemos ocultar ou concordar.

Contrário, portanto, é o nosso parecer.

Sala da Comissão de Administração Pública, 19/3/96


CIVILIA RIBEIRO
Vice-Presidente
da Comissão

A Douta Comissão de
Saúde, Promoção Social e Trabalho
Em: 27/03/96

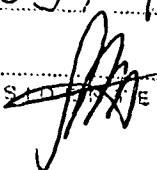

ARÃO M. DOS SANTOS
Secretário

A Douta Comissão de
Saúde, Promoção Social e Trabalho
Em: 29/03/96

AO NOBRE VEREADOR
PARA RELATAR.

SALA DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO
SOCIAL E TRABALHO.

29/03/96

PRES. 

12/5/96

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	
SEGUE, juntado nesta data	papel para informação documentos
folha n.º	<u>107</u> <u>15/04/96</u> <u>10</u>



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º	107	do proc.
N.º	336	de 1994
O funcionário	<i>[Signature]</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, 15/04/96

Vereadora Ana Martins

Presidente em exercício da CSPST

PRORROGAÇÃO

Tendo em vista a necessidade de maiores estudos da matéria, prorrogo o prazo para emissão de parecer desta Comissão, conforme disposto no art. 33 "caput", do Regimento Interno.

Em,

Vereadora Ana Martins

Presidente em exercício da CPM

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	
SEGUE, juntado nesta data	para para informação documento
folha n. 108	21/08/96

**DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL E
TRABALHO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº. 336/94.**

Folha n.º	108	do proc.
N.º	336	de 1994
O funcionário		

A presente proposição, de iniciativa do Sr. Prefeito, objetiva autorizar o Poder Executivo a firmar um contrato com a Associação Paulista de Medicina para que esta, isoladamente ou em conjunto com outras entidades privadas, possa executar as ações e serviços de saúde do Município de São Paulo.

A proposição apresenta vários problemas jurídicos, que foram explicitados de modo totalmente pertinente pelo relator desta proposição na Douta Comissão de Administração Pública.

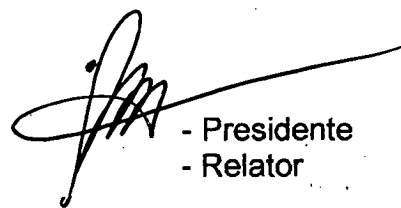
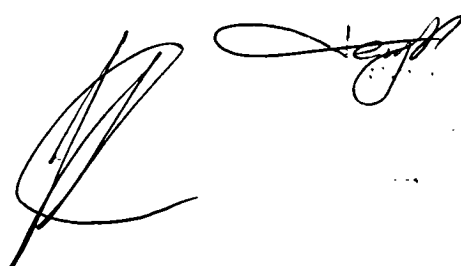
No aspecto estritamente regimental da Comissão de Saúde, cumpre-nos ressaltar que o Projeto de Lei nº 336/94 afronta de modo gritante todo o arcabouço institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto constitucionalmente, e, o que é igualmente grave, retira do Poder Público Municipal a sua função gerencial das ações e serviços de saúde, que seria realizada pela entidade contratada.

A retirada da função gerenciadora das ações e serviços de saúde do Poder Público Municipal, conforme o proposto pela proposição, significa a privatização de fato desses serviços, que deixariam de ser atribuição do Município.

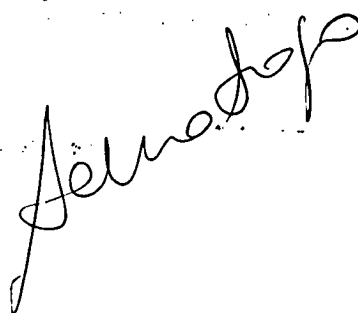
Ante o exposto, não dá como concordar com o mérito da proposição.

Contrário, portanto, é o nosso parecer.

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social e Trabalho,



- Presidente
- Relator



Publicado no DIÁRIO OFICIAL
 de 23/08/96
 página 45 coluna 2ª
 conferido: Antonieta

A Douta Comissão de
 Finanças e Orçamento
 Em 23/08/96

Maria Antonieta Felix de Parva
 MARIA ANTONIETA FELIX DE PARVA
 Secretária

Recebido na Comissão de
 Finanças e Orçamento
 Em 23/8/96 as 13:55 h.

Isabel P. S. Hanashiro
 ISABEL P. S. HANASHIRO
 Of. Adm. Geral III

4.º nobre Vereador
 para relatar.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento
 23/08 1996

Presidente
 Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEGUR(M) juntados nesta data. O ato se rubri-
 cado(a) sob n.º 109 e livro de informação sob
 n.º 27/08/96 a 14



Câmara Municipal de São Paulo

Sr. Presidente da Comissão de Finanças e Orçamento:

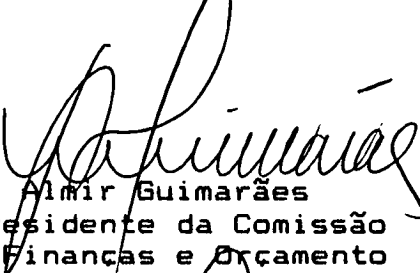
Solicito de V.Exa. as providências cabíveis a fim de que o Executivo responda aos seguintes quesitos sobre o Projeto de Lei nº 336/94:

1º) O "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde" é compatível com o Plano de Atendimento a Saúde - PAS?

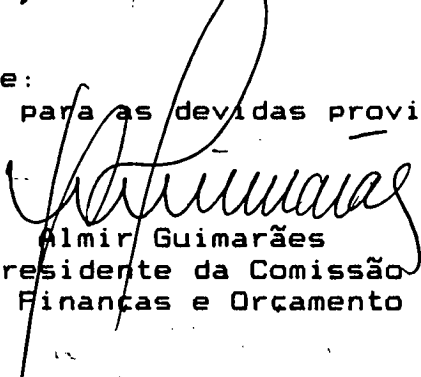
2º) Tendo sido suprimido o § 7º do artigo 4º da proposição, em mensagem aditiva, a quem caberá o pagamento da gratificação de produtividade destinada aos servidores das unidades de saúde abrangidas pelo Programa, eis que o referido dispositivo define que as despesas com o pagamento dessa vantagem pecuniária correria por conta de dotações próprias?


José Índio Ferreira do Nascimento, em 27.08.96

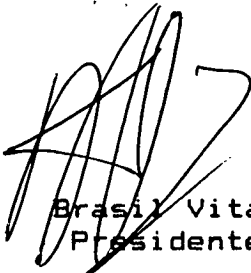
Deferido


Almir Guimarães
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

Sr. Presidente:
Encaminho-lhe para as devidas providências.


Almir Guimarães
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

Deferido.


Brasil Vita
Presidente

À Leg. 3

Em, 24/8/96

RECEBIDO EM LEGIS

Em 28.08.96

Às 13:30 horas

MARGARET LOPES SILVA

Secretária

Sra. Soraia,

Preparar ofício solicitando informações ao Executivo para que a Comissão de Finanças e Orçamento possa emitir Parecer acerca da presente propositura.

28.08.96

ANGELA BORDIN-ANDREONI
Chefe de Seção Técnica III

Sra. Chefe,

Preparado o ofício conforme despacho de V.Sa.

30.08.96

SORAIA LUCIA FERREIRA BARBOSA
Assistente de Chefe Técnica

SEGUE ^m juntado ^s nesla data
documento ^s e papel de informação
rubricado ^s sob folha ^s h.o ^s 110/112

Em 09/09/96



Câmara Municipal de São Paulo

Folha No 110 do proc
No 336 de 1994
O funcionário

São Paulo, 30 de agosto de 1996.

18 - OF-LEG3
OFICIO N.0761/1996

Senhor Prefeito.

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Finanças e Orçamento, nos termos do artigo 68 do Regimento Interno, encaminho a Vossa Excelência cópia do despacho da comissão sobre o Projeto de Lei nº 336/94 de autoria desse Executivo - que institui o Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde, e dá 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 reiterar a Vossa Excelência os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.

BRASIL VITA
Presidente

Anexo: Cópia xerográfica do despacho da comissão solicitante, fl. 109 do proc.

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

Z.a



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

MEMORANDO

São Paulo, 30 de agosto de 19 96.

Folha N ^o <u>111</u> do proc
N ^o <u>336</u> de 19 <u>94</u>
O funcionário <u>[assinatura]</u>

Recebi ofício Leg.3 n^o **761/96** , de
30.08.96 , solicitando ao Executivo informações referentes
ao Projeto de Lei n^o **336/94** , de autoria **desse Executivo**.

Anexo: **cópia xerográfica do despacho da comissão solicitante
de fl. 109 do proc.**

RECEBI EM:
04/09/96

[Assinatura]
REGINA TEIXEIRA
Oficial de Gabinete



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 112

do processo nº 336 de 19 94 09 09 96 (a)

ZUZILASSATO
Oficial Legislativo

A Douta Comissão de
Finanças e Orçamento
Em 09 / 09 / 96

Angela Bordin Noreoni
ANGELA BORDIN NOREONI
Presidente de Sessão III

Recebido na Comissão de
Finanças e Orçamento
Em 10/09/96 às 15:00 h.

Liliane Jun Ogura
Liliane Jun Ogura
Auxiliar Legislativo

ELIMINADO

SEGUE m juntado 2 nesta data, 03 documento 1 e papel para informação, rubricado 1

sob folha 1 n° 113 a 115.

Em 07 10 96

(a) h



Prefeitura do Município de São Paulo

Folha n.º 113 do processo
n.º PL 336 de 1994
o funcionário 16

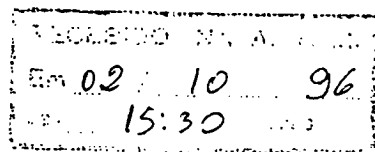
GABINETE DO PREFEITO

São Paulo, 2 de outubro de 1996

Ofício A. J. L. n.º

235/96

15 - DOCREC
15-0306/1996



Senhor Presidente

Tenho a honra de encaminhar a Vossa Excelência, junto ao presente, cópias das informações prestadas pelas Unidades competentes desta Prefeitura, relativas aos Projetos de Lei constantes da relação anexa.

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

PAULO MALUF
Prefeito

A Sua Excelência o Senhor Doutor João Brasil Vita
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

A Douta Comissão de
Finanças e Orçamento

Em, 07/10/96

Margarete Nunes Silva
MARGARETE NUNES DA SILVA
Chefe de Seção Técnica III
Substituto

Recebido na Comissão de
Finanças e Orçamento

Em 07.10.96 às 16:00 h.

Am
ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária



Folha n.º 114 do proc
n.º 336 de 19 94
o funcionário Mr

CÓPIA DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PROJETO DE
LEI Nº 336/94, REFERENTE AO OFÍCIO Nº 18/Leg.3/0761/96, RE-
METIDO A CÂMARA MUNICIPAL COM O OFÍCIO ATL. Nº **235**/96.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha n.º 115 do proc.
n.º 336 de 1994
o funcionário 12

Folha de informação n.º

d. n.º em/...../..... (a)

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto : Informações sobre o Projeto de Lei
n.º 336/94

S.G.M. / A.T.L.

Senhora Assessora Chefe

Através do ofício no.
18/Leg.3/0761/96, a Douta Comissão de Finanças e
Orçamento, solicita providências no sentido de serem
enviados subsídios para que a referida comissão possa
emitir parecer a respeito do Projeto de Lei n.º 336/94.

O expediente formou o processo n.º
38-004.755-94*94 e está sendo examinado pelas unidades
competentes da Secretaria Municipal de Saúde, visando o
atendimento solicitado.

É o que se propõe seja transmitido à
E. Câmara, aduzindo-se que, oportunamente, a resposta
será complementada.

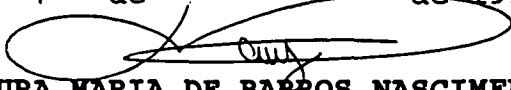
Em 12 de outubro de 1996


SUELLY PENHARRUBIA FAGUNDES
Assessora - S.G.M. A.T.L.

Dra. Suelly

De acordo.

Em 12 de outubro de 1996


LAURA MARIA DE BARROS NASCIMENTO
Assessora Chefe - S.G.M. A.T.L.



Câmara Municipal de São Paulo

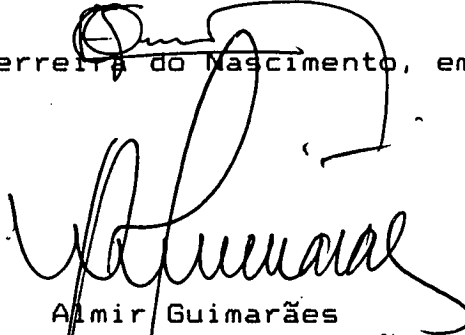
Folha n.º 116 do proc.
n.º 336 de 1994
o funcionário

Sr. Presidente da Comissão de Finanças e Orçamento:

Tendo em vista a resposta encaminhada pelo Executivo, a fls. 115 do processo, solicito de V.Exa. que sejam reiterados os quesitos, apresentados a fls. 109, sobre o Projeto de Lei nº 336/94.

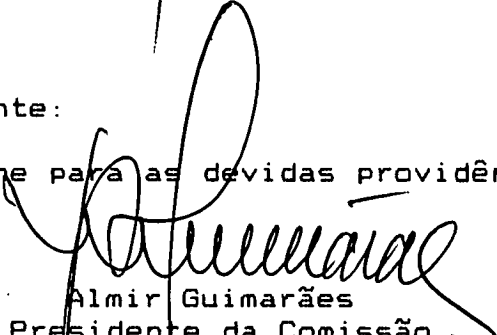
José Índio Ferreira do Nascimento, em 15.10.96

Deferido


Almir Guimarães
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

Sr. Presidente:

Encaminho-lhe para as devidas providências.


Almir Guimarães
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

Deferido.


Brasil Vita
Presidente

A Leg. 3

Em. 18 / 10 / 96

ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária

RECEBIDO EM LEG. 3

10 / 10 / 96

18:00

Sra. Soraia,

Preparar ofício solicitando ao Executivo informações para que a Comissão de Finanças e Orçamento possa emitir Parecer.

21.10.96


MARGARITE NUNES DA SILVA
Chefe de Seção Técnica III
Substituto

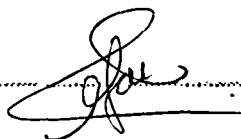
Sra. Chefe,

Preparado o ofício conforme despacho de V.Sa.

21.10.96


SORAIA LUCIA FERREIRA BARBOSA
Assistente de Chefe Técnica

SEGUE _____, juntado _____, nesta data
documento _____ e papel de informação
rubricado _____ sob folha _____ n.º 1172/1192
Em 123 / 10 / 96





Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 117 do proc.
336 de 1994
funcionário

São Paulo, 21 de outubro de 1996.

18 - OF-LEG3
OFICIO N.0880/1996

Senhor Prefeito.

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Finanças e Orçamento e nos termos do art. 68 do Regimento Interno, encaminho a Vossa Excelência cópia do despacho da referida Comissão, referente ao Projeto de Lei nº 336/94 de autoria desse Executivo - que institui o Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde, e dá outras providências, reiterando a solicitação feita pelo Ofício Leg.3 nº 0761/1996, de 30 de agosto do corrente, no sentido 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.

BRASIL VITA
Presidente

Anexo: cópia xerográfica do despacho da comissão
solicitante de fl. 116.

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

mtsb



MEMORANDO

CÂMARA MUNICIPAL

Folha n.º 118
N.º 336 de 1994
O funcionário
São Paulo, 21 de outubro de 1996

Recebi ofício Leg.3 nº 880/96 , de
21-10-96 , solicitando ao Executivo informações referentes
ao Projeto de Lei nº 336/94 , de autoria **desse Executivo.**

Anexo: **cópia xerográfica do despacho da comissão solicitante
de fl. 116.**

RECEBI EM:

22 / 10 / 96

REGINA LUCIA PINHEIRO TEIXEIRA
Chefe de Gabinete



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº

≠ 119 ≠

do processo nº 336 de 1994, 23, 10, 96 (a)

A Douta Comissão de
Finanças e Orçamento
Em, 23/10/96

MARGARETE NUNES DA SILVA
Chefe de Seção Técnica III
Substituto

Recebido na Comissão de
Finanças e Orçamento
Em, 23/10/96 as 14:00 h.

ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretaria

SEGUE *m* juntado *s* nesta data, *01* documento *s* e papel para informação, rubricado *s*

sob folha *s* nº *120 a 124*

Em *29* *10* *96*

(a) *JP*
ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária



Prefeitura do Município de São Paulo

Folha n.º 120 do proc.
n.º PL 336 de 19 96
o funcionário 18

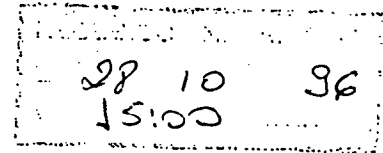
GABINETE DO PREFEITO

São Paulo, 28 de outubro de 1996

Ofício A. T. L. n.º

250/96

15 - DOCREC
15-0337/1996



Senhor Presidente

Tenho a honra de encaminhar a Vossa Excelência, junto ao presente, cópias das informações prestadas pelas Unidades competentes desta Prefeitura, relativas aos Projetos de Lei constantes da relação anexa.

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

PAULO MALUF
Prefeito

A Sua Excelência o Senhor Doutor João Brasil Vita
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo
LMBN/fsc

A Douta Comissão de
Finanças e Orçamento
Em, 29/10/96

Margarete Nunes da Silva
MARGARETE NUNES DA SILVA
Chefe de Seção Técnica III
Substituto

Recebido na Comissão de
Finanças e Orçamento
Em 29/10/96 as 12 — h.

AB
ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária



Folha n.º 101 do proc.
n.º PL 336 de 1994
o funcionário 26

CÓPIAS DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PROJETO DE LEI
Nº 336/94, REFERENTE AOS OFÍCIOS Nº 18/LEG.3/0761/96 E Nº 18/LEG.3/
0880/96, REMETIDO À CÂMARA MUNICIPAL COM O OFÍCIO ATL. Nº 250/96.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha n. 122 do proc.
n. PL 336 de 1999
o funcionário 16

Folha de informação n. 182

de processo n. 28.004.255-94-94

em 09/09/96

(a) Renata Ricciuti R. Benício

SMS. C - R. F. 513.718

COAS

Sr. Diretor

Para, em nova análise, manifestar-se sobre o
questionamento de fls. 179. do nobre Vereador José Índio
F. do Nascimento.

09 - setembro - 1996

LUIZ EDUARDO GRANDJEAN PINTO
Chefe de Gabinete
SMS

AM/rrrd

SMS - 401
ENTRADA
- Auto 1130
Data 17/09/96
Ass.

SMS - 401
ENTRADA
Horário 14/15
Data 17/09/96
Ass.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS
CENTRO PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - COAS/SMS

Folha informação nº 183

do Proc. nº 38-004.755-94*94

16/10/96

(a) 
Clarissa Vespasiano
Aux. Adm. Saúde
SMS/COAS

INTERESSADO: Câmara Municipal

ASSUNTO : Informações sobre o Projeto de Lei nº 336/94
de autoria do Executivo

SMS/G

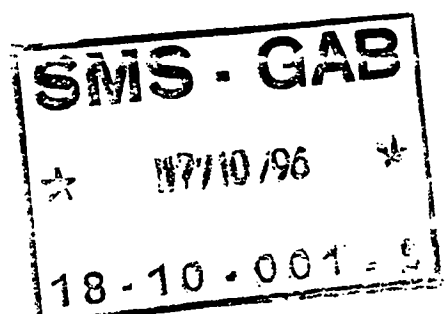
Senhor Chefe de Gabinete

Em atenção a solicitação às fls. 182, temos a informar que, tendo em vista a implantação do PAS - Plano de Atendimento à Saúde em todo o Município de São Paulo, o Projeto de Lei nº 336/94 torna-se incompatível. A condição de cooperado exige que o servidor afaste-se de suas atividades do serviço público, o que também caracteriza a incompatibilidade do referido projeto.

Fica, portanto, na vigência do PAS, prejudicado o Projeto de Lei nº 336/94.

SP. 16/10/96

DR. ARNALDO LUIZ MARTINS
DIRETOR DO CENTRO PARA ORGANIZAÇÃO
DA ATENÇÃO À SAÚDE - COAS/SMS





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha n.º 124 do proc.
n.º PL 336 de 1994
o funcionário 16

Folha de informação nº 184

d. o Proc. nº 33.004.755-94/94 em 21/10/96 (a) Luiz Fernando Mendes
Assistente Técnico I - SMS
RF. 509.393

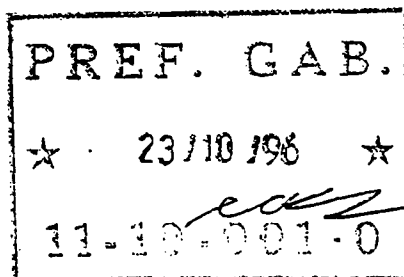
SGM
Sr. Chefe de Gabinete

Peço conhecer a informação do COAS concluindo a incompatibilidade do PL 336/94, face a implantação do PAS nesta Secretaria.

21 - outubro - 1996

LUIZ EDUARDO GRANDJEAN PINTO
Chefe de Gabinete - SMS

AM/lfm



LIBRANCOS

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO			
SEGUEM (justificas) nesta data docu...			
cadou... n.º 125 e folha de...			
a.º 29 10/96/ a (ha)			



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 125 do proc.
n.º 336 de 19 94
o funcionário *Isabel F. S. Nashiro*

ISABEL F. S. NASHIRO
Of. Adj. G. II

Senhor Presidente da Comissão de Finanças e Orçamento

Tendo em vista a necessidade de maiores estudos sobre a matéria, solicito a V. Exa. a prorrogação de prazo para elaboração do relatório, conforme disposto no artigo 63, "caput", do Regimento Interno.

Em 29/10/1996.

RELATOR

DEFERIDO

Almir Guimarães
ALMIR GUIMARÃES
PRESIDENTE DA COMISSÃO
DE FINANÇAS E ORÇAMENTO

SEGUIREMOS juntados nesta data documentos e rubricados sob n.º 126 e folha de informação sob n.º 1196 a (uma)



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 126 do proc.
n.º 336 de 1994
o funcionário
ISABEL F. S. HANAURO
Of. Adm. Geral III

Sr. Presidente:

Tendo em vista a falta de tempo hábil para maiores estudos sobre a matéria, e diante do esgotamento do prazo regimental para elaboração de relatório, encaminho-lhe o presente processo para prosseguimento de sua tramitação, conforme determina o art. 64 do Regimento Interno.

Em 06/11/96.

RELATOR

Sra. Secretária:

Nos termos do despacho do Sr. Relator, determino o prosseguimento da tramitação do processo.

Em

06/11/96

Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

À A.T.M.
Em, 06/11/96

ms
ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEGUE, juntado nesta data	pagos p/ informação	rubricado por
folha n.º 127/128	11/3/02	<i>SA</i>

Silvio Alves Costa
Assistente Técnico de Direção IV
Registro 10.795

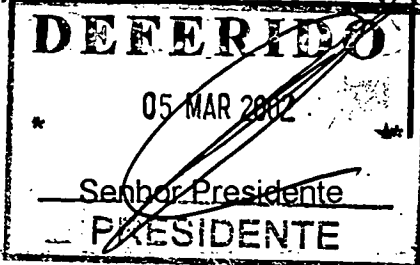


Prefeitura do Município de São Paulo
Assistente Técnico de Direção IV
São Paulo, 12 de DEZEMBRO de 2001 Registro 10.795

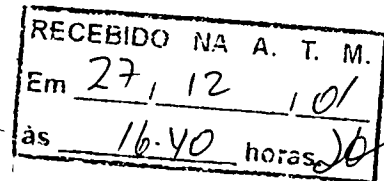
Folha nº 127 do proc.
nº 336 de 29/1994

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. T. L. n.º 552 /01

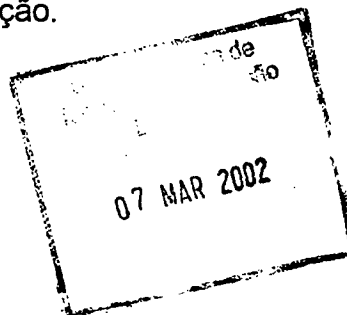


15 - DOCREC
15-0008/2002



No intuito de proceder ao reexame da propositura encaminhada à Câmara Municipal de São Paulo e que, até o presente momento, ainda não conta com a aprovação dos membros dessa Casa, solicito a Vossa Excelência a retirada e o conseqüente arquivamento do Projeto de Lei nº 336/94, que institui o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Oficialização dos Serviços Públicos de Saúde", e dá outras providências.

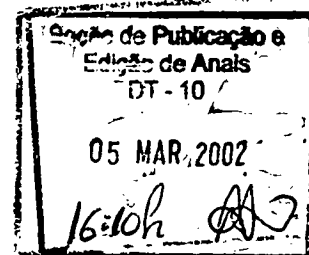
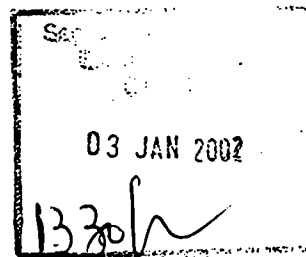
Na oportunidade, renovo protestos de elevado apreço e consideração.



MARTA SUPLICY
Prefeita

Ao
Excelentíssimo Senhor
JOSÉ EDUARDO MARTINS CARDOZO
Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/rmn
Ret 336/94





CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha n°

do processo n°

de 20

336 1994, 11/3/02

(a)

128 ✓
30
Silvio Alves Costa
Assistente Técnico de Direção IV
Registro 10.795

A LEG.3

Senhor Chefe:

Para as providências que se fizerem
necessárias, em razão da aprovação da matéria
constante do Ofício ATL. nº 552/01 da Senhora
Prefeita.

11/03/02

Breno Gandelman
BRENO CANDELMAN
Ass. Téc. Leg. Chefe - ATM

RECEBIDO EM LEG. 3

11/3/2002

15:45

Ana Maria Fernandes
ANA MARIA FERNANDES
Assistente Parlamentar

Sr. Zuzi,

Oficiar ao Executivo, comunicando a retirada e arquivamento do projeto.

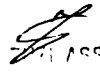
12.03.02


ROSMARI CURY ALVES DOS SANTOS
Chefe de Seção Técnica IV
Substituto

Sra. Chefe,

Providenciado, conforme determinação de V.Sa.

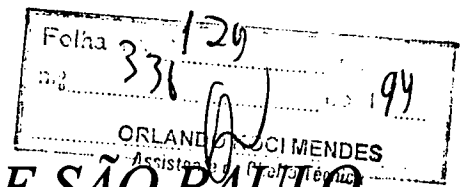
12.03.02


J. ASSATO
Assistente da Chefia Técnica

SE G U E juntado nesta data, documento e papel para Informação, rubricado
sob folha nº 121

Em 26/03/02

(a)



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

São Paulo, 14 de março de 2002.

18 - OF-LEG3
OFÍCIO N.0105/2002

Senhora Prefeita,

Comunico a Vossa Excelência a retirada e o conseqüente arquivamento do Projeto de Lei nº 336/94, de autoria do Executivo, que institui o "Programa de Desenvolvimento Institucional e Otimização dos Serviços Públicos de Saúde", e dá outras providências, conforme solicitação contida no Of. ATL nº 552/01, de 12 de dezembro de 2001, numerado nesta Casa como DOCREC 15-0008/2002.

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

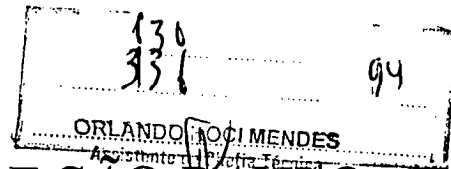
JOSÉ EDUARDO CARDOZO
Presidente

A Sua Excelência a Senhora
Doutora Marta Suplicy
Digníssima Prefeita do Município de São Paulo.

RCAS/za



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO



São Paulo, 14 de março de 2002.

Recebi ofício Leg.3 nº 105/02, de 14/3/02, comunicando à Senhora Prefeita a retirada e o conseqüente arquivamento do Projeto de Lei nº 336/94, de autoria do Executivo, conforme solicitação contida no Of. ATL nº 552/01, de 12 de dezembro de 2001, numerado como DOCREC 15-0008/2002.

**RECEBIDO
SGM/ATL**

18/03/02

Eliene C. Pinha
Oficial de Gabinete
SGM/ATL



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 131 ✓
do processo nº 336 de 19 94, 21, 03, 02 (a) ORION J. SOARES DE LIMA
Assistente da Chefia Técnica

Ao DT.94 - arquivo,

Para arquivamento.

21/03/02

Jose Eduardo
JOSE EDUARDO SOUZA SANTOS
Chefe de Seção Técnica II
Substituto

Observação.:

Tem anexado Ofício 10-0332/1994 com 03 (três) folhas.

DT.94, em 25/03/2002

Lina
LINA ANGÉLICA MARIA GUMAUSKAS
Documentalista - RF 100.927

DEPARTAMENTO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO SEÇÃO TÉCNICA DE ARQUIVO	
Proc. encerrado c/	*131***** fls.
Arquivo em	25-3-2002
O Func.º	<i>Lina</i>
LINA ANGÉLICA MARIA GUMAUSKAS Documentalista - RF 100.927	



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEÇÃO DO PROTOCOLO

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

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

OFÍCIOS : 001033694 DE 1994

INATUENZA : OFÍCIOS 10-0332/94-3 DE 10/08/94

PROMOVENTE: POPULAR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO EST. SP

EMENTA :

Manifesta-se contrariamente ao PL.336/94, que dispõe sobre parceria entre a Secr.Mun.de Saúde e a Ass.Paulista de Medicina.

ÍNDICE :

OBSERVAÇÕES :

ARQUIVADO EM

ATM
864



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

01301-000 - Rua da Consolação, 753
Fac-Símile (011) 231-1745
Fone: (011) 259-5899
São Paulo - SP

336/74
Folha no 01 de proc.
no 332 de 1974
Ed

São Paulo, 14 de julho de 1974

10 - OFICIO
10-0332/74-3

Prezado vereador,

*opinar ao
processo
10/8/74*

Tendo em vista o Projeto de Lei encaminhado pelo prefeito Paulo Maluf à Câmara Municipal de São Paulo, que dispõe sobre a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Paulista de Medicina para gerenciamento do Hospital do Campo Limpo, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo leva ao conhecimento de V.Sa. a posição desta entidade, conforme nota oficial já tornada pública:

"O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo manifesta-se oficialmente contrário à proposta de parceria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no sentido de gerenciar o Hospital Municipal do Campo Limpo. A posição do Cremesp baseia-se nos seguintes pontos:

1 - O acordo não está caracterizado como parceria, e sim como terceirização que pode, inclusive, levar à privatização do serviço.

2 - A APM, assim como todas as entidades e associações corporativas não são os parceiros adequados, uma vez que defendem em seus estatutos os interesses específicos dos associados

3 - O projeto é frágil no diagnóstico da situação da unidade, que é feito superficialmente, sem definir parâmetros assistenciais, sem levar em conta a própria epidemiologia loco-regional, sem definir exatamente a população a ser atingida e a relação do Hospital do Campo Limpo com as demais unidades na mesma região. Isto é imprescindível para elaborar as possíveis soluções pretendidas pela prefeitura e para definir a escolha dos parceiros.

4 - Não houve a participação, na discussão e aprovação do projeto, do Conselho Municipal de Saúde, forum constitucionalmente competente para se posicionar sobre o assunto.

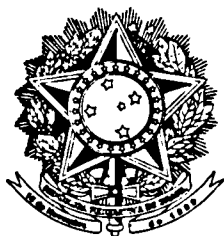
5 - A discussão não foi ampliada à sociedade. É preciso, por exemplo, ouvir e envolver as inúmeras experiências nacionais com

A

Atm. Senhor Chefe
Por solicitação do Sr. Presidente,
para providências.

SP., 03/10/194

GAETANO DEL CIOFFO
Chefe Gab. Presidência
Reg. 22.272



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

01301-000 - Rua da Consolação, 753

Fac-Símile (011) 231-1745

Fone: (011) 259-5899

São Paulo - SP

Folha n.º	02	de proc.
n.º	330	de 1994
<i>Ed</i>		

resultados satisfatórios e coerentes aos princípios do Sisma Único de Saúde.

Desta forma o Cremesp reitera sua posição contrária à iniciativa. Não é transferindo responsabilidades que se resolvem problemas.

Por fim, sugerimos aos senhores vereadores que consultem os diversos setores da sociedade, através de debates democráticos e transparentes, antes de votarem o Projeto de Lei.

Atenciosamente,

Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Presidente

A Com. de Finanças, apensar ao P.L. 336/99.
11/12/99
[Signature]
LUIZ AREIAS DE CARVALHO
Ass. Tecn. Leg. Chefe - A. T. M.

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SEGUE, juntado nesta data para a informação rubricado sob
documento
folha n.º 032/03/02 [Signature]

Cleusa L. Z. Alves
Chefe de Seção CS.10
RP 10.686



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Folha n.º	03	de 03
N.º	332	de 10/94

São Paulo, 19 de setembro de 1994

Creusa L. Z. Alves
Chefe de Seção CS.10
RF 10.686

Of. GS-CES/SP Circ. nº 01/94

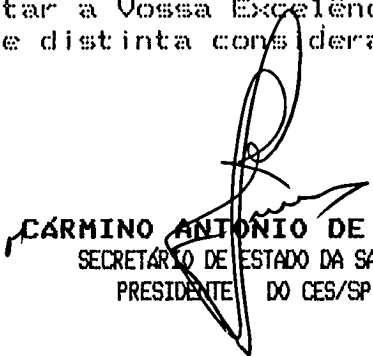
Senhor Presidente,

O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo - CES/SP tomou conhecimento de que tramita na Câmara Municipal de São Paulo o Projeto de Lei nº 336/94, que trata da otimização e desenvolvimento da saúde no município.

Pelo que foi exposto ao Plenário, entendeu-se de que se trata de projeto bastante polêmico, em face dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) que se implanta no País.

Os Senhores Conselheiros, preocupados em que a política de saúde municipal vá de encontro às normas constitucionais e à Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19/9/1990) que disciplinam a consolidação do SUS, deliberaram que se oficiasse a Vossa Excelência, solicitando que atente para as disposições do referido Projeto, a fim de o mesmo não confrontar a legislação pré-existente e que já regulamenta o SUS.

Certo de contar com sua atenção, aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Excelência os protestos da minha perfeita estima e distinta consideração.


CÁRMINO ANTÔNIO DE SOUZA
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
PRESIDENTE DO CES/SP

Excelentíssimo Senhor Vereador Miguel Colassuono
DD. Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

A

Atm. Senhor Chefe
Por solicitação do Sr. Presidente,
para providências.

SP., 13/10/194

CAETANO DEL CIOPPA
Chefe Gab. Presidência
Reg. 22.272