Sebastião André de Felice

COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA ZONA NORTE
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Departamento de Prática de Saúde Pública, Disciplina Administração Hospitalar) para obtenção do título de MESTRE em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes de Freitas Carvalho

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO
de
Biblioteca e Documentação
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

SÃO PAULO
1984

AGRADECIMENTOS

À Profª. Dra. LOURDES DE FREITAS CARVALHO pelo incentivo, amizade e orientação nas minhas atividades profissionais.

A todos que, direta ou indiretamente, cooperaram na elaboração deste trabalho.

À memória de meu pai, VICENTE DE FELICE, que em toda sua existência sempre me orientou para a vida com amor e amizade. Amigo.

À minha mãe, MARIA CONCEIÇÃO, exemplo de mulher que na sua modéstia, caráter, personalidade e amor é a responsável pelo que sou.

À minha esposa MARIA CECILIA, meus filhos ANDRÉA, CYNTHIA, RENATA e MARCELO, agradeço a compreensão e ajuda que só existe numa família unida.

ÍNDICE

		pág.
	RESUMO	i
	SUMMARY	ii
1.	INTRODUÇÃO	1
2.	OBJETIVO	3
3.	PARQUE HOSPITALAR DO MANDAQUI	4
4.	HOSPITAL INFANTIL DA ZONA NORTE	12
5.	ALGUMAS CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS E SÓCIO ECONOMICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E DOS DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E NOSSA SENHORA DO O'	17
6.	ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO E REGIÃO NORTE, DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E FREGUESIA DO O'	33
7.	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	47
8.	NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES GERAIS NOS DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E FREGUESIA DO O'	48
9.	PLANO DE AÇÃO	52
10.	COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI. INTER-RELAÇÕES COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE	59
11.	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI	63
12.	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI	66
13.	CONCLUSÃO	69
14.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
15.	BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS	71

R E S U M O

O objetivo da dissertação é descrever e analisar uma experiência em estabelecer um hospital geral de 750 leitos, a partir de 2 hospitais previamente existentes na região Norte da Cidade de São Paulo.

Este estudo contempla o processo decisório em se criar um novo Hospital levando em conta os critérios baseados nos conceitos de regionalização e hierarquização do sistema de assistência à Saúde.

S U M M A R Y

The objective of this dissertation is to describe and to analyse an experience of developing a general hospital of 750 beds from two old ones in the North section of the São Paulo City.

This study contemplates the decision making process to create the new Hospital, taking into account a set of criteria based on the concepts of regionalization and hierarchization of the health delivery system.

1. INTRODUÇÃO

O Parque Hospitalar do Mandaqui, inaugurado em 1938, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde, teve, ao longo de sua existência, participação ativa na luta contra a tuberculose. Vivenciou todas as modificações havidas com a doença, decorrentes da evolução médico-social ocorridas nos últimos 45 anos.

Conta atualmente com 2 Pavilhões de internação: o Pavilhão Leonor Mendes de Barros, destinado à Pediatria e o Pavilhão Miguel Pereira para internação de pacientes adultos, ambos especializados no atendimento da tuberculose.

Como um dos hospitais vanguardeiros na assistência ao paciente tísico, atingiu renome estadual, nacional e internacional, principalmente pela qualidade do atendimento prestado e excelente desenvolvimento técnico-científico alcançado pela cirurgia torácica praticada no Hospital.

Na última década, o Parque Hospitalar do Mandaqui começou a sofrer um processo de desativação lenta e progressiva, onde a liberação de recursos necessários à sua manutenção encontrava sérias dificuldades de obtenção e a justificativa técnico-política dada era a menor necessidade de leitos para internação do tuberculoso, já que, a assistência ao mesmo passava a ser predominantemente ambulatorial.

O Hospital Infantil da Zona Norte teve iniciado suas atividades em 1972, após reformas de adaptação no local onde anteriormente funcionava o Hospital Adhemar de Barros, responsável pela internação de pacientes portadores de Pênfigo Foliáceo. Como Hospital estatal sempre encontrou inúmeras dificuldades na obtenção de recursos, inviabilizando aspirações, projetos e ampliações assistenciais. Porém, dentro das possibilidades oferecidas, mercê da atuação dedicada e qualificada da maioria do pessoal médico e para-médico, pôde prestar excelentes serviços à comunidade infantil da Zona Norte.

Assim sendo, encontrava-se no Hospital Infantil da Zona Norte uma situação que se assemelhava ao do Parque Hospitalar do Mandaqui, onde leitos hospitalares públicos estavam desativados ou ociosos e, portanto, disponíveis.

O Parque Hospitalar do Mandaqui e o Hospital Infantil da Zona Norte, subordinados à Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde de São Paulo, contíguos em suas áreas físicas, delimitados apenas e tão sómente por uma murada que separa os 2 Hospitais, têm suas estruturas administrativas e organizacionais totalmente distintas e com total ausência de coordenação entre as mesmas. A discussão e redefinição do papel desses Hospitais na estrutura de saúde existente na Zona Norte do Município de São Paulo se impõe.

Foi através do I Forum de Debates sobre Recursosde Saúde da Zona Norte, realizada em abril de 1983, patrocinado pelos Hospitais Infantil da Zona Norte, Parque Hospitalar do Mandaqui e Coordenadoria de Assistência Hospitalar, que, conjuntamente, profissionais de saúde e população, discutiram amplamente a problemática de Saúde desta região e, em co-participação com os docentes da cadeira de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública se concluiu efetivamente pela necessidade de integração e mudança das finalidades dos 2 Hospitais.

Situados na Zona Norte do Município de São Paulo, área de índice demográfico elevado, e com poucos recursos hospitalares gerais, deveriam os mesmos se integrarem, serem devidamente redimensionados, equipados e preparados para dar à população local a assistência que realmente necessita, além de manter e melhorar as condições assistenciais ao tuberculoso dentro de padrões técnicos atualizados e adequados.

Como Diretor Técnico designado para o Hospital Infantil da Zona Norte e Parque Hospitalar do Mandaqui e docente de Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública, iniciamos então a coordenação do projeto, que visa o levantamento da situação dos Hospitais, o diagnóstico, a análise, a mobilização de recursos, que possam viabilizar a integração e consequente implantação do Complexo Hospitalar do Mandaqui.

2. OBJETIVO

Propor um modelo de integração dos Hospitais Infantil da Zona Norte e Parque Hospitalar do Mandaqui, da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde, de finalidades distintas, atualmente com alta ociosidade em suas capacidades operacionais, utilizando os recursos físicos, humanos e financeiros existentes, visando a transformação dos mesmos em um Complexo Hospitalar de 750 leitos, o Complexo Hospitalar do Mandaqui.

3. PARQUE HOSPITALAR DO MANDAQUI

O Parque Hospitalar do Mandaqui está situado à Rua Voluntários da Pátria, nº 4.301, Bairro do Mandaqui, Distrito Sanitário de Tucuruvi.

É um dos hospitais estatais, subordinado ao Departamento de Hospitais Gerais e Especiais da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

FINALIDADES DO HOSPITAL

Através do Decreto Governamental nº 52.530, de 17 de Setembro de 1970, foi aprovado o Regulamento do Parque Hospitalar do Mandaqui, que prevê as seguintes finalidades:

I - prestar assistência médico-hospitalar a pacientes portadores de tuberculose, de pneumopatias não específicas e de doenças intercorrentes;

II - servir de campo de ensino e treinamento para estudantes de Medicina, de Enfermagem, de Serviço Social Médico, de Nutrição e Dietética, de Administração Hospitalar e de outras atividades ligadas à saúde;

III - servir de campo de aperfeiçoamento para médicos, enfermeiros e pessoal hospitalar;

IV - proporcionar meios à investigação e à pesquisa;

V - contribuir para a educação sanitária; e

VI - proporcionar meios para reabilitação dos incapacitados.

Inaugurado em 27 de setembro de 1938, o Parque Hospitalar do Mandaqui era inicialmente constituído de Pavilhões, com as seguintes denominações, respectivas distribuições de leitos e data de inaugurações:

Denominações dos Pavilhões	Nº de Leitos	Data Ineuguração
Mandaqui I	36 leitos	01/12/1938
Mandaoui II	42 leitos	01/12/1938
Mandaqui III	08 leitos	01/12/1938
Leonor Mendes de Barros	196 leitos	25/12/1939
Antonio Alvaro Guião	82 leitos	20/06/1941
Nossa Senhora das Graças	57 leitos	25/12/1947
Miguel Pereira	446 leitos	02/04/1950

Foi, portanto, em 1939, com a inauguração do Pavilhão Leonor Mendes de Barros, próprio para o atendimento infantil, que o Hospital começou a melhor desenvolver a assistência à criança tuberculosa. E, em 1950, com o início das atividades do Pavilhão Miguel Pereira em prédio monobloco, construido dentro de padrões técnicos da assistência hospitalar, foram colocados 446 leitos em funcionamento, permitindo uma centralização das atividades de internação na assistência médica prestada aos pacientes adultos portadores de tuberculose.

O Parque Hospitalar do Mandaqui teve então, a partir de 1950, praticamente toda internação de pacientes centrada no Pavilhão Leonor Mendes de Barros, para crianças e o Pavilhão Miguel Pereira para pacientes adultos.

Basicamente, o funcionamento dos citados pavilhões obedeceram às seguintes distribuições quanto às finalidades de uso das suas áreas físicas e adequação de número de leitos:

PAVILHÃO LEONOR MENDES DE BARROS

1º ANDAR	Ala B	1ª Clínica Pediátrica (Meninos e Meninas de 3 a 6 anos)	29 leitos
	Ala D	2ª Clínica Pediátrica (Meninos de 6 a 14 anos)	25 leitos
2º ANDAR	Ala B	3ª Clínica Pediátrica (Meninas de 6 a 14 anos)	29 leitos
	Ala D	4ª Clínica Pediátrica (de 0 a 3 anos)	36 leitos
3º ANDAR	Ala B	Clausura	-
	Ala D	5ª Clínica Pediátrica (Triagem)	19 leitos

PAVILHÃO MIGUEL PEREIRA

2º ANDAR	Ala B	1ª Clínica Médica Masculina.	47 leitos
	Ala D	2ª Clínica Médica Masculina.	47 leitos
3º ANDAR	Ala B	1ª Clínica Cirúrgica Masculina.	44 leitos
	Ala D	1ª Clínica Cirúrgica Feminina.	37 leitos
4º ANDAR	Ala B	3ª Clínica Médica Masculina.	44 leitos
	Ala D	2ª Clínica Cirúrgica Feminina. (Toco-Ginecológico) Centro Obstétrico. Berçário	30 leitos
5º ANDAR	Ala B	4ª Clínica Médica Masculina.	49 leitos
	Ala D	1ª Clínica Médica Feminina.	47 leitos
6º ANDAR	Ala B	5ª Clínica Médica Masculina. (Pneumopatias não Tuberculosas)	30 leitos
	Ala D	2ª Clínica Médica Feminina. (Pneumopatias não Tuberculosas)	32 leitos

O Parque Hospitalar do Mandaqui funcionava, portanto, com 545 leitos em seu total, distribuidos do seguinte modo conforme faixa etária, sexo e especialidade clínica ou cirúrgica.

Leitos Clínicos		Leitos Cirúrgicos	
Homens	217	Homens	44
Mulheres	79	Mulheres	67
Crianças	138	Total	111
Total	434		

Total Geral de Leitos = 545

Na última década, por uma política assistencial hospitalar que não priorizava o atendimento ao tuberculoso internado, mas sim estimulava o atendimento ambulatorial, a assistência prestada pelo Hospital foi-se tornando decrescente em qualidade e quantidade, sendo impossível mantê-la nos padrões técnicos e científicos anteriormente alcançados, apesar da abnegação do grupo de médicos e funcionários dedicados.

No Parque Hospitalar do Mandaqui, entretanto, o que sempre foi observado foi a necessidade constante de leitos hospitalares para adultos, principalmente do sexo masculino.

É um hospital de referência no atendimento dos pacientes tuberculosos, sendo o centralizador da assistência prestada não só da patologia específica, mas também de todas as intercorrências clínicas e cirúrgicas do paciente tísico. Assim é que constantemente e continuamente recebe pacientes vindos de outros nosocômios, particularmente de outros hospitais estatais com as mesmas finalidades como são o Hospital Nestor Goulart Reis de Américo Brasiliense e Hospital Aimorés de Bauru, ambos pertencentes à Secretaria de Saúde de São Paulo.

Nos últimos anos, com reformas iniciadas mas não terminadas na estrutura física de uma das alas do Pavilhão Miguel Pereira, ocorreu uma redução na capacidade operacional de 446 para 233 leitos. Concomitantemente foi se observando progressivamente redução na admissão de

pessoal médico e de enfermagem, insuficientes recursos na área complementar de diagnóstico e terapêutica predominando escassez de operadores de RX, auxiliares de laboratório e bioquímicos, trazendo prejuízos na assistência prestada. Como consequência principal, a rotação de pacientes foi se tornando mais lenta e a porcentagem de ocupação atinge níveis de 110% a 115% com pacientes ocupando corredores e refeitórios.

Por outro lado, principalmente por falta de demanda, o Pavilhão Leonor Mendes de Barros, que passou por reformas na sua área física em 1975 e é adequado para um total de 196 leitos, vinha operando com cerca de 56 leitos e desses apenas eram ocupados aproximadamente 35 leitos. Desses 35 leitos, o observado era que em aproximadamente 50% os pacientes estavam internados por fatores sociais e patológicos e não devido a possibilidade de contágio que poderiam causar.

Em abril de 1983, após levantamento da situação dos Pavilhões Miguel Pereira e Leonor Mendes de Barros foi encontrada a seguinte distribuição de leitos em funcionamento:

PAVILHÃO MIGUEL PEREIRA

2º Andar	Ala B	1ª Clínica Médica Masculina	63 leitos
3º Andar	Ala B	1ª Clínica Cirúrgica Masculina	32 leitos
4º Andar	Ala B	1ª Clínica Médica Feminina	49 leitos
5º Andar	Ala B	2ª Clínica Médica Masculina	57 leitos
6º Andar	Ala B	2ª Clínica Médica Feminina	32 leitos
		Total	233 leitos

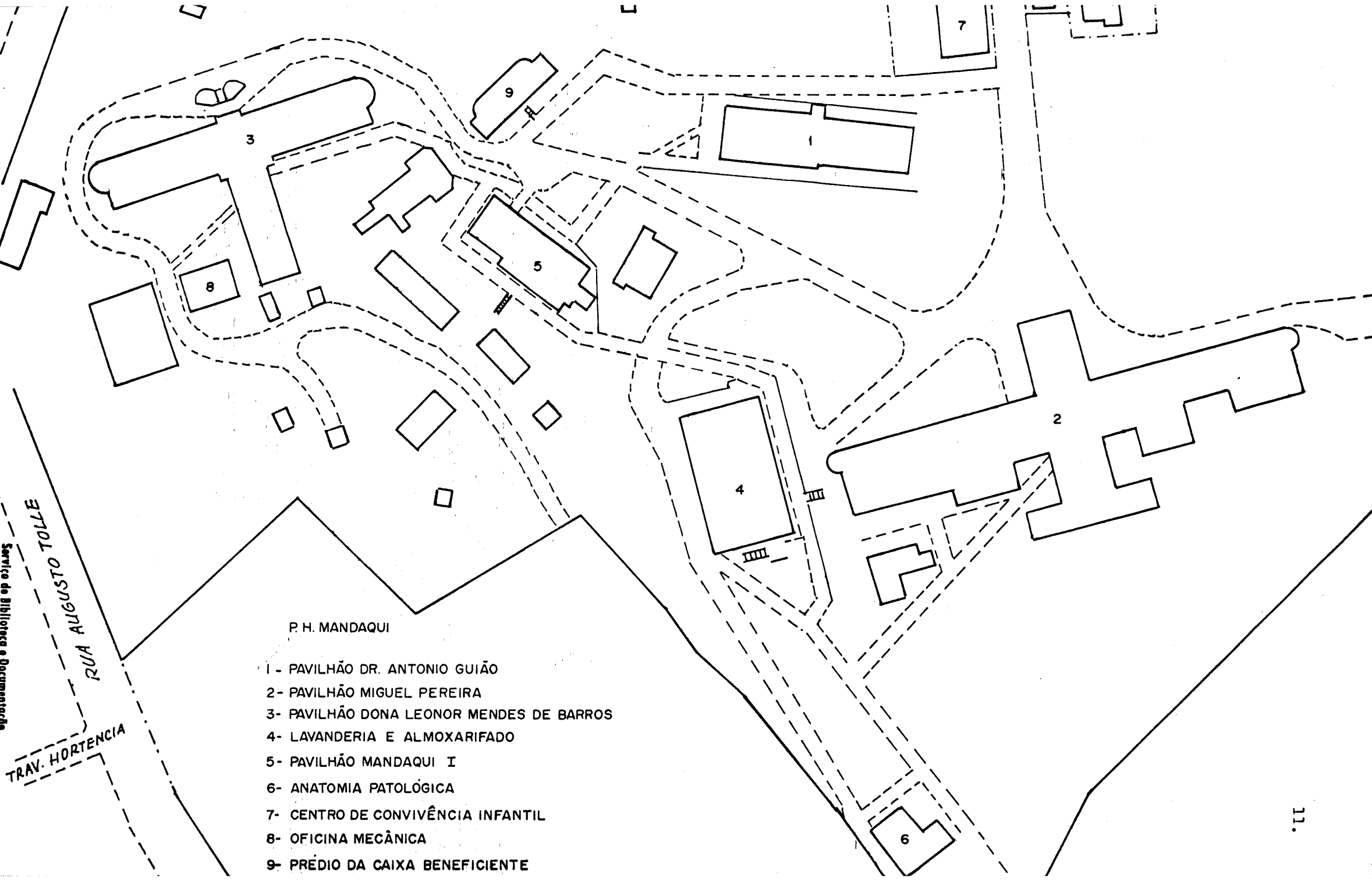
PAVILHÃO LEONOR MENDES DE BARROS

1º Andar	Ala A	1ª Clínica Pediátrica Masculina	28 leitos
	Ala B	1ª Clínica Pediátrica Feminina	28 leitos
		Total	56 leitos

Pelo demonstrado, conclui-se que encontramos atualmente no Parque Hospitalar do Mandaqui, referência no atendimento hospitalar da tuberculose no Estado de São Paulo, a seguinte situação:

a-) o Pavilhão Leonor Mendes de Barros tem grande número de leitos desativados e, os que estão em operação são além das necessidades de demanda e, portanto, ociosos.

b-) o Pavilhão Miguel Pereira tem 50% de seus leitos desativados em aguardo de reformas, alta média de permanência, alta porcentagem de ocupação, inadequados e precários recursos laboratoriais e radiológicos, junto com pessoal médico e para-médico em número insuficiente, desmotivados e insatisfeitos.



P. H. MANDAQUI

1 - PAVILHÃO DR. ANTONIO GUIÃO
2 - PAVILHÃO MIGUEL PEREIRA
3 - PAVILHÃO DONA LEONOR MENDES DE BARROS
4 - LAVANDERIA E ALMOXARIFADO
5 - PAVILHÃO MANDAQUI I
6 - ANATOMIA PATOLÓGICA
7 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL
8 - OFICINA MECÂNICA
9 - PRÉDIO DA CAIXA BENEFICIENTE

Serviço de Biblioteca e Documentação

4. HOSPITAL INFANTIL DA ZONA NORTE

O Hopital Infantil da Zona Norte está situado à Rua Augusto Tolle nº 978, Bairro do Mandaqui, Distrito Sanitário de Tucuruví.

É um hospital estatal, subordinado ao Departamento de Hospitais Gerais e Especiais da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Foi criado por Decreto Governamental nº 52.900, de 17 de março de 1972, que, em seu artigo 3º diz: " O Hospital Infantil da Zona Norte prestará assistência médico-hospitalar à população infantil, bem como terá as demais finalidades comuns aos Hospitais da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, previstas no Decreto nº 52.529 de 17 de setembro de 1970, e se instalará no atual Edifício do Hospital Adhemar de Barros, na Capital ".

O Decreto nº 52.529, de 17 de setembro de 1970, artigo 3º, diz: " As unidades de assistência médico-hospitalar, da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, têm por finalidades comuns:

I - prestar assistência médico-hospitalar dentro das possibilidades técnicas e econômicas;

II - servir de campo de ensino e treinamento para estudante de Medicina, de Enfermagem, de Serviço Social Médico, de Nutrição e Dietética, de Administração Hospitalar e de outras atividades ligadas à saúde;

III - servir de campo de aperfeiçoamento para médicos, enfermeiros e pessoal hospitalar;

IV - proporcionar meios à investigação e à pesquisa;

V - contribuir para a educação sanitária;

VI - proporcionar meios para reabilitação dos incapacitados.

O Hospital Infantil da Zona Norte se instalou no Edifício do Hospital Adhemar de Barros, conhecido como " Hospital do Penfigo Foliá

ceo ". Ainda em seu artigo 4º, esse decreto previa a transferência do Hospital Adhemar de Barros para o Município de Guarulhos, no Edifício situado à Avenida Emílio Ribas.

O Hospital então criado objetivava melhorar a deficiência de leitos hospitalares para atender a população infantil da Zona Norte da cidade de São Paulo, uma das regiões carentes da Capital quanto a leitos pediátricos.

O aludido Hospital tinha sua capacidade operacional estimada em 400 leitos, distribuidos por 2 blocos: A e C. Cada bloco com 2 andares e cada andar com 2 alas, constituindo, portanto, 4 unidades de internação.

Junto à área destinada ao Pronto Atendimento no andar térreo, existia uma unidade de internação, com 35 leitos.

A distribuição dos leitos pelas unidades tinha a seguinte disposição:

BLOCO " A "

Térreo		Pronto Atendimento - Enfermaria	35 leitos
1º Andar	Ala A	Lactentes	50 leitos
	Ala B	Lactentes	50 leitos
2º Andar	Ala A	Lactentes	50 leitos
	Ala B	Pré-Escolar - Escolar	50 leitos

BLOCO " C "

1º Andar	Ala A	Lactentes	50 leitos
	Ala B	Lactentes	50 leitos
2º Andar	Ala A	Lactentes	50 leitos
	Ala B	Pré-Escolar - Escolar	50 leitos

A ativação dos leitos nas unidades de internação não foi iniciada em toda sua plenitude desde o início de funcionamento do Hospital, mas sim paulatinamente, dependendo dos recursos financeiros, de pessoal e equipamento que, gradativamente e precariamente, foram fornecidos pelo Governo do Estado de São Paulo.

Assim é que, em agosto de 1972 entrou em funcionamento o Pronto Atendimento e uma Enfermaria de 35 leitos no andar térreo.

Em 1973, a ala A do 1º andar permitiu, com seu funcionamento, a ampliação de mais 40 leitos e o Hospital já operava então com 75 leitos.

Em 1974, com a ativação da ala B do 1º andar e as alas A e B do 2º andar, a capacidade operacional já atingia 235 leitos.

Devido à epidemia de meningite, ocorrida em São Paulo, em 1975, sem estar convenientemente preparado e sem nenhuma reforma de adaptação, entrou em funcionamento o Bloco C, com 200 leitos servindo de retaguarda ao Hospital Emílio Ribas, no atendimento a pacientes portadores de meningite.

No final de 1976, com a diminuição da incidência de menin

gite, o Hospital teve reduzido o seu número de leitos operacionais para 200, compreendendo o andar Térreo e os 1º e 2º andares do Bloco A, mais 10 leitos de observação no Pronto Atendimento.

Em 1977, com a reforma ocorrida no Bloco C, e nova adequação de leitos, o Hospital passou a ter a sua capacidade operacional estimada em 350 leitos.

Durante sua evolução histórica assistencial, o hospital nunca teve população internada que atingisse 80% de ocupação.

Funcionou sempre, fundamentalmente, em função da sua atividade de Pronto Atendimento de casos clínicos pediátricos, já que inexistia atividade ambulatorial. Desde o início o Pronto Atendimento conseguiu grande demanda, sendo que, progressivamente, o seu atendimento atingiu 200 a 250 casos diários.

Por outro lado, recebia pacientes para internação encaminhados por outros hospitais de grande porte da Capital como a Santa Casa de São Paulo e Hospital das Clínicas e, finalmente, como retaguarda de internação no atendimento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, mais especificamente meningites e sarampo, encaminhados pelo Hospital Emílio Ribas.

O Hospital vinha ultimamente apresentando grande ociosidade , sendo que no levantamento realizado em abril de 1983, dos 350 leitos colocados em operação apenas 80 - 100 leitos estavam ocupados, principalmente devido a pequena demanda de casos para internação e a pequena capacidade resolutiva, agravado principalmente pela ineficácia dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, com escassez de operadores de RX e pessoal habilitado de laboratório.

H. I. ZONA NORTE

1 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL

2- HOSPITAL INFANTIL DA ZONA NORTE (Prédio central)

BLOCO A - INTERNAÇÃO

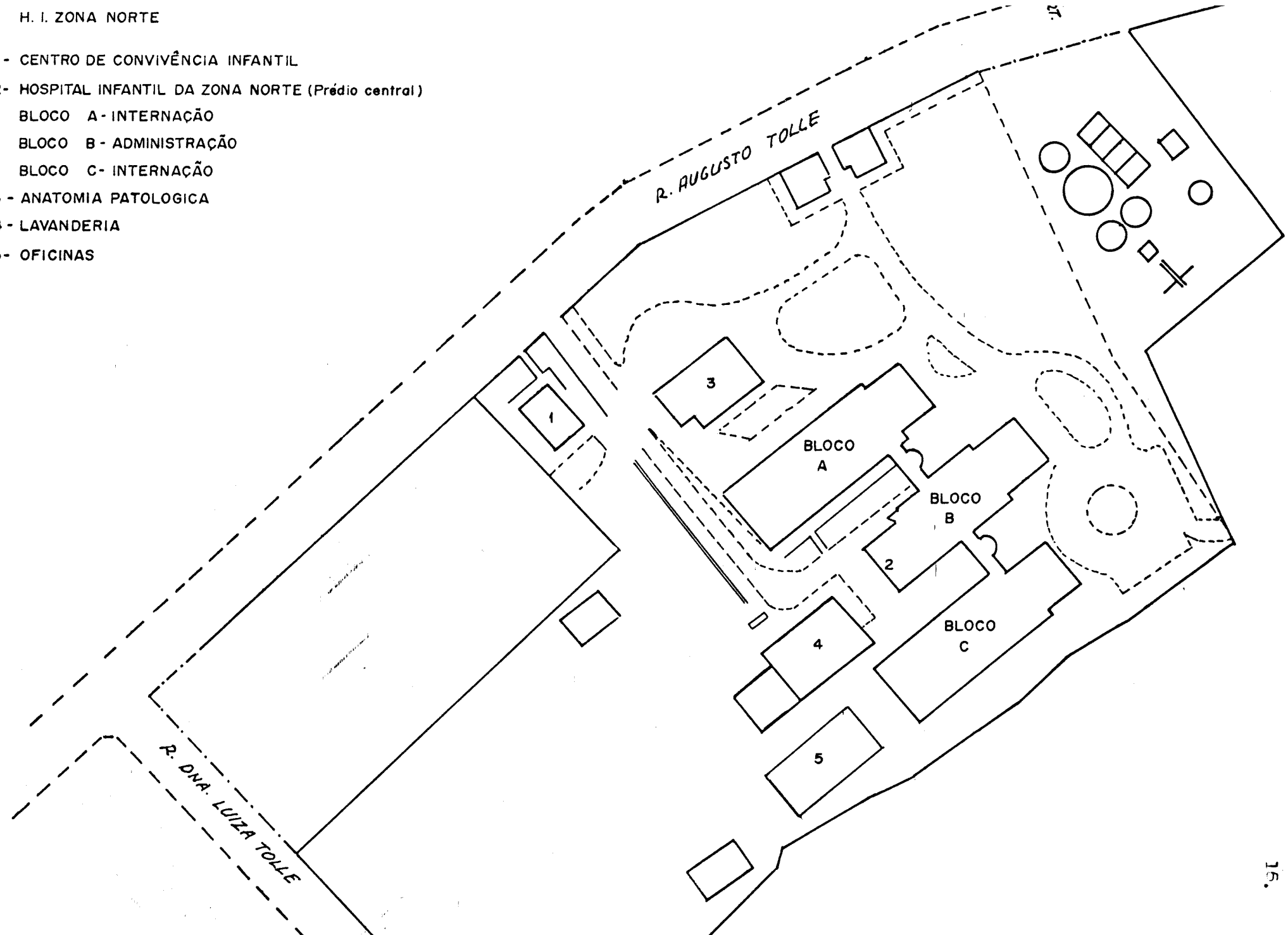
BLOCO B - ADMINISTRAÇÃO

BLOCO C - INTERNAÇÃO

3 - ANATOMIA PATOLOGICA

4 - LAVANDERIA

5- OFICINAS



5 - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS E SÓCIO ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E DOS DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E NOSSA SENHORA DO Ó'

A Grande São Paulo é a mais importante das regiões metropolitanas do Brasil e é a maior região metropolitana da América Latina. (mapa I e Tabela I).

Esta região possui uma superfície de 8.053 km^2 e no último censo de 1980 revelou possuir uma população de 12.578.050 habitantes, portanto 50,3% da população do Estado e 10,6% da população brasileira. (Tabela 2).

A população do Município de São Paulo compreende cerca de 67,5% da Grande São Paulo, ou seja cerca de 8,5 milhões de habitantes e ocupa uma área de 1.530 km^2, correspondente a 19% da Grande São Paulo.

5.1 O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O Município de São Paulo possuia em 1970, 5,9 milhões de habitantes, passando para 8,5 milhões em 1980, crescendo, portanto, em uma década, cerca de 2,6 milhões de habitantes. Apresenta uma densidade populacional de 5.627 habitantes/Km^2. (Tabela 3).

Antigamente, a cidade de São Paulo apresentava-se dividida em quatro zonas: Norte, Sul, Leste e Oeste.

Atualmente é dividida em nove zonas com características distintas: Centro Histórico, Centro Expandido, Oeste, Sul, Sudeste, Leste I Leste 2, Rural e Norte.

O Município compreende 56 subdistritos e distritos de Paz (Tabela 4).

A Coordenadoria de Análise de Dados da Secretaria de Economia e Planejamento de São Paulo, em 1977, subdividiu os subdistritos do Município de São Paulo em três áreas homogêneas, de acordo com alguns indicadores econômicos, sociais e demográficos, tais como renda familiar, densidade demográfica, saneamento básico, crescimento populacional e mor

Mapa - 1

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

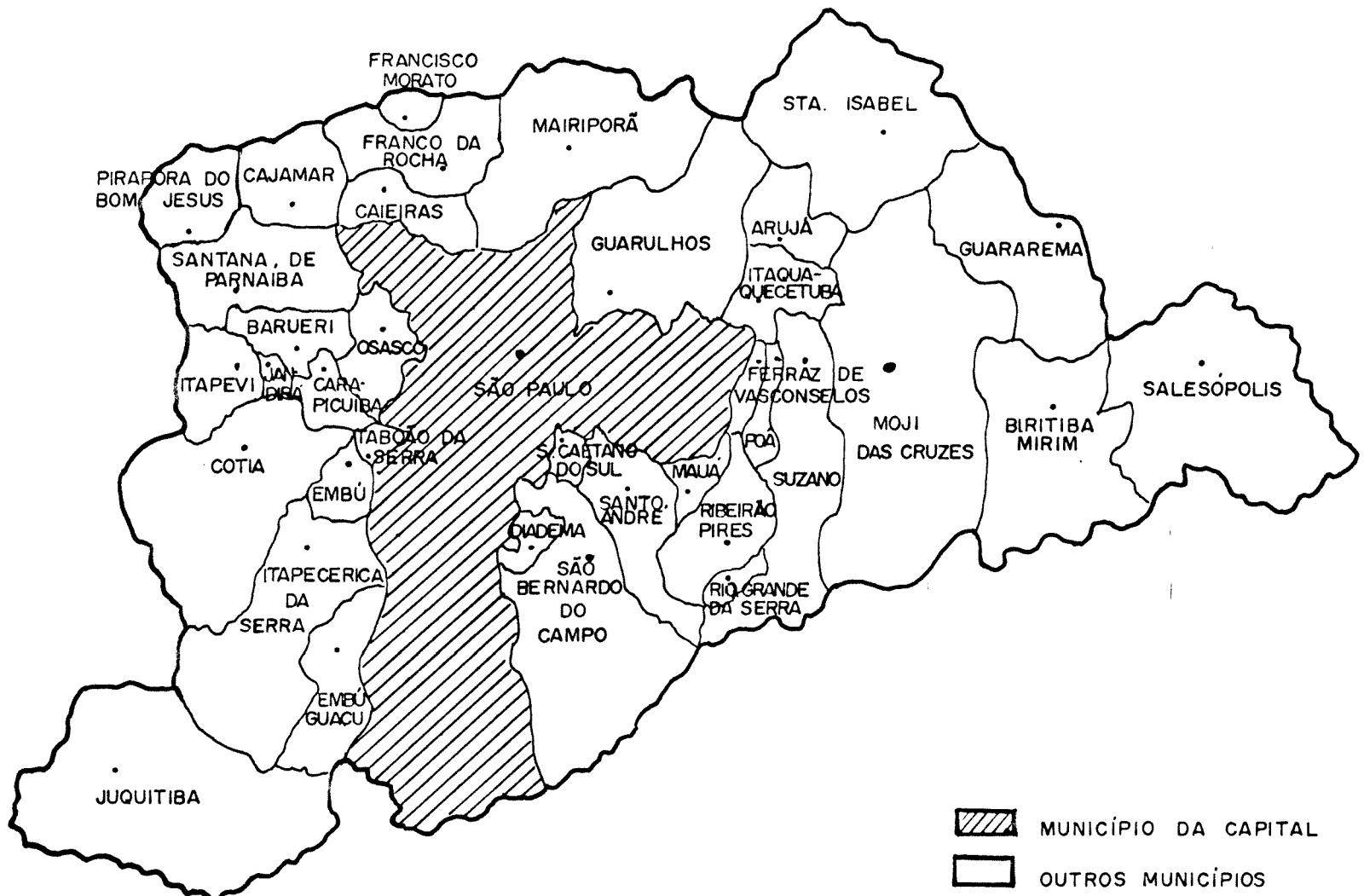


TABELA 1 - ESTADO DE SÃO PAULO

EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO

A N O	ESTADO DE SÃO PAULO (mil habitantes)	RMSP (%)	DEMAIS REGIÕES
1940	7.180	21,8	78,2
1950	9.134	30,0	70,0
1960	12.874	38,0	62,0
1970	17.772	45,8	54,2
1980 (1)	25.023	50,3	49,7

FONTE: Censos Demográficos até 1970.

(1) Dados preliminares Censo 80.

TABELA 2 - ESTADO DE SÃO PAULO

ÁREAS, POPULAÇÕES E DENSIDADE DEMOGRÁFICA

1.980

DISCRIMINAÇÃO	ÁREA		POPULAÇÃO		DENSIDADE DEMOGRÁFICA
	Extensão (Km2)	Participação (%)	Quantidade (mil habitantes)	Participação (%)	
Grande São Paulo	8.053	3,3	12.578	50,3	1.561,9
Outras Regiões	239.267	96,7	12.445	49,7	52,0
E S T A D O	247.320	100,0	25.023	100,0	101,2

FONTE: Diagnóstico do Estado de São Paulo - SEF e dados preliminares Censo 80.

Emplasa - sumário 1980.

TABELA 3 - GRANDE SÃO PAULO
Área, Densidade Populacional e Taxa de Crescimento por Município de 1970 a 1980.

MUNICÍPIOS DA RMSP	POPULAÇÃO 1980	PERCENTAGEM RMSP	ÁREA (Km2)	DENSIDADE POPULACIONAL 1980/ Km2	POPULAÇÃO 1970	CRESCIMENTO 1970/80 (%)
Arujá	17.482	0,14	96	182	9.571	82,7
Barueri	75.325	0,60	61	1.235	37.808	99,3
Biritiba-Mirim	13.379	0,11	414	32	9.033	48,2
Caieiras	25.066	0,19	104	241	15.563	61,1
Cajamar	21.951	0,18	132	166	10.355	112,0
Carapicuíba	185.250	1,47	36	5.146	54.873	337,6
Cotia	62.569	0,50	354	177	30.924	102,4
Diadema	227.946	1,81	32	7.123	78.914	188,9
Embu	95.538	0,75	68	1.405	18.148	426,5
Embu-Guaçu	21.028	0,17	171	123	10.280	104,6
Ferraz de Vasconcellos	55.107	0,44	25	2.204	25.134	119,3
Francisco Morato	28.462	0,23	45	632	11.231	153,5
Franco da Rocha	50.701	0,40	143	354	36.303	39,7
Guararema	15.123	0,12	262	58	12.638	19,7
Guarulhos	532.948	4,24	334	1.596	236.811	125,1
Itaquera da Serra	60.441	0,48	328	184	25.314	138,8
Itapevi	51.490	0,41	88	585	27.569	86,8
Itaquaquecetuba	72.779	0,58	83	877	29.114	158,9
Jandira	36.017	0,29	22	1.637	12.499	188,2
Juquitiba	12.500	0,10	550	23	7.267	72,1
Mairiporã	27.495	0,22	307	90	19.584	40,4
Mauá	205.817	1,63	67	3.072	101.700	102,4
Moji das Cruzes	198.082	1,57	731	271	138.751	42,8
Osasco	472.535	3,76	68	6.949	283.073	67,0
Pirapora do Bom Jesus	4.815	0,03	99	49	3.709	29,9
Poá	52.795	0,42	35	1.508	32.373	63,1
Ribeirão Pires	56.263	0,45	109	516	29.048	93,7
Rio Grande da Serra	20.089	0,16	33	609	8.397	139,3
Salesópolis	10.649	0,08	418	25	9.557	11,5
Santa Izabel	28.997	0,23	361	80	17.161	69,0
Santana do Parnaíba	10.070	0,08	179	56	5.390	86,9
Santo André	552.751	4,40	180	3.071	418.826	32,0
S.Bernardo do Campo	425.122	3,38	411	1.034	201.662	110,8
São Paulo	8.490.768	67,50	1.509	5.627	5.924.615	43,4
Suzano	101.067	0,80	167	605	55.460	82,3
Taboão da Serra	96.732	0,77	20	4.837	40.945	136,3
S.Caetano do Sul	162.901	1,30	11	14.809	150.130	8,5
T O T A L	12.578.050	100,00	8.053	1.562	8.139.730	54,6

FONTES: População 1980 - Dados Preliminares - Censo IBGE
População 1970 - Censo IBGE
Área - SIPLAN - EMPLASA

TABELA 4 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
POPULAÇÃO, ÁREA, TAXA DE CRESCIMENTO E DENSIDADE POR DISTRITO E SUBDISTRITO DE PAZ DE 1970 a 1980

ZONA/SUBDISTRITO/ DISTRITO	POPULAÇÃO 1980 (mil hab)	CRESCIMENTO 1970/80 (%)	ÁREA (Km2)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab.Km2)
CENTRO HISTÓRICO				
Brás	48,6	-10,6	3,9	12.462
Belenzinho	49,2	- 5,7	5,5	8.964
Cambuci	53,5	10,1	3,7	14.459
Santa Ifigênia	42,4	8,9	2,5	16.960
Moóca	36,1	2,3	4,0	9.025
Pari	27,7	- 9,6	2,7	10.296
Barra Funda	30,7	3,2	2,5	12.280
Bom Retiro	25,1	- 1,9	2,5	10.040
Sé	8,2	1,7	1,1	7.455
CENTRO EXPANDIDO				
Lapa	134,5	9,8	21,7	6.198
Perdizes	127,7	27,5	8,8	14.511
Jardim Paulista	116,5	26,7	7,5	15.533
Vila Mariana	108,0	33,5	9,3	11.613
Indianópolis	82,7	17,1	7,8	10.603
Santa Cecília	84,9	25,1	2,7	31.444
Consolação	72,3	16,1	3,8	19.026
Bela Vista	79,3	29,6	2,3	34.478
Liberdade	73,2	22,5	2,7	27.111
Aclimação	55,4	12,9	2,8	19.786
Jardim América	55,3	17,2	5,6	9.875
Pinheiros	46,2	4,7	5,0	9.240
Cerqueira César	65,4	49,9	2,2	29.727
Vila Madalena	48,3	42,8	4,8	10.063
OESTE				
Butantã	318,4	81,1	53,6	5.940
Pirituba	117,9	36,6	23,3	5.060
Vila Jaraguá	71,8	38,0	8,5	8.447
SUL				
Santo Amaro	766,8	103,3	94,1	8.149
Jabaquara	266,6	36,3	21,9	12.174
Socorro	451,9	173,1	150,4	3.004
Ibirapuera	158,7	43,3	28,1	5.648

ZONA/SUBDISTRITO/ DISTRITO	POPULAÇÃO 1980 (mil hab)	CRESCIMENTO 1970/80 (%)	ÁREA (Km2)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab.Km2)
SUDESTE				
Vila Prudente	496,5	38,2	31,6	15.712
Saúde	289,0	23,2	21,4	13.505
Ipiranga	179,3	4,6	16,3	38.978
Alto da Moóca	136,5	- 0,4	9,8	13.929
LESTE 1				
Tatuapé	280,0	10,1	25,7	10.891
Ermelino Matarazzo	241,6	58,7	24,9	9.703
Vila Matilde	239,6	58,5	21,1	11.355
Penha de França	142,5	3,4	11,6	12.284
Vila Formosa	120,3	24,9	8,7	13.828
Cangaíba	75,3	25,8	9,1	8.275
LESTE 2				
São Miguel Paulista	445,7	212,4	38,8	11.487
Itaquera	414,6	119,2	57,7	7.185
Guaianazes	160,4	100,8	67,7	2.222
NORTE				
Tucuruvi	462,8	28,8	88,6	5.223
Santana	247,0	38,2	33,9	8.083
Nossa Senhora do O'	174,0	23,3	11,8	14.746
Vila Maria	131,0	12,6	11,1	11.802
Brasilândia	176,3	76,7	19,4	9.088
Casa Verde	110,6	11,8	7,1	15.577
Vila Guilherme	77,0	4,0	7,2	10.694
Limão	86,1	23,1	6,1	14.114
V.Nova Cacheirinha	37,4	21,0	2,5	14.960
RURAL				
Perus	48,4	74,4	56,7	853
Jaraguá	51,1	144,0	35,8	1.427
Parelheiros	27,3	120,6	389,2	70
MUNICÍPIO DE S.PAULO	8.490,7	43,3	1.509,0	5.627

FONTE: SIPLAN - EMPLASA - Sumário de Dados - 1979 e Dados Preliminares, Censo 80.

talidade proporcional, entre outros. (Mapa 2).

Essas 3 áreas foram assim divididas:

- Central
- Intermediária
- Periférica.

A área central compreende os 14 distritos de melhor qualidade de vida. Vivem nessa área a população de renda mais alta. Encontra-se na área central, uma alta densidade demográfica, níveis de saúde satisfatório e boas condições de edificações para uso residencial.

A área intermediária é constituida dos distritos mais antigos e centrais da cidade de São Paulo.

A área periférica é a área que assume importância no presente estudo, já que o Hospital Infantil da Zona Norte e Parque Hospitalar do Mandaqui estão aí localizados, em um dos seus Distritos, o de Tucuruvi. Caracteriza-se por apresentar os níveis baixos de renda e de saúde das áreas descritas, elevadas taxas de crescimento populacional, infra-estrutura básica em condições precárias, tudo isso traduzindo condições inadequadas de vida.

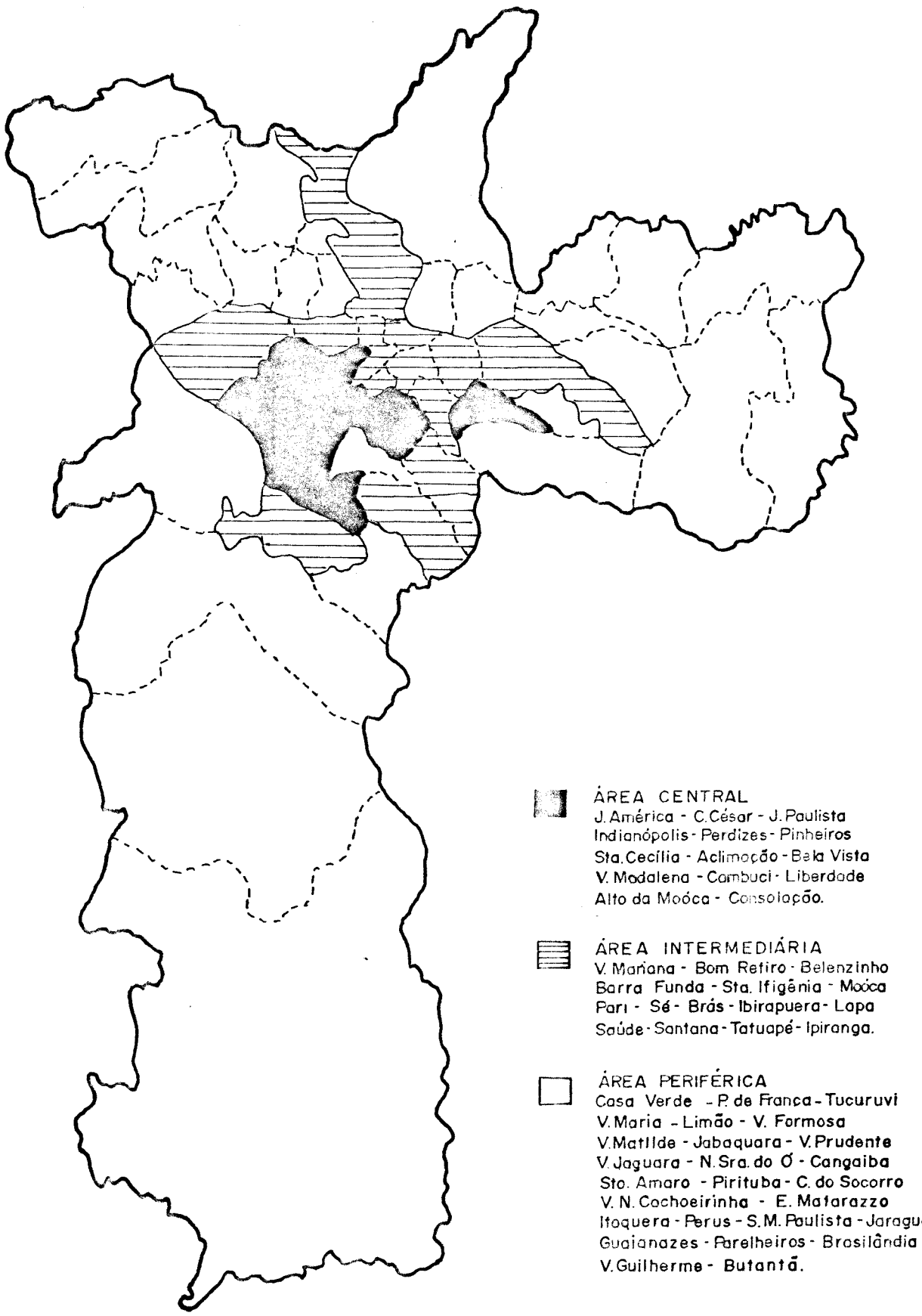
O crescimento populacional na área periférica teve um aumento de 2,1 milhões de habitantes na última década. Este crescimento é extraordináriamente grande em comparação com os 244 mil habitantes na intermediária a 179,9 mil na área central. (Tabela 5).

Os Hospitais, apesar de se localizarem no Distrito de Tucuruvi, guardam estreita relação com os Distritos de Vila Maria e Nossa Senhora do O' devido as suas localizações, facilidades de deslocamento , acessibilidade e mesmo semelhança populacional e nível econômico social.

Para 1983, a população estimada do Distrito Sanitário de Tucuruvi é de 775.512 habitantes, enquanto que a do Distrito Sanitário

Mapa - 2

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - DIVISÃO EM ÁREAS HOMOGÊNEAS



Fonte: SEADE

TABELA 5 - Crescimento populacional nas áreas central, intermediária e periférica do Município de São Paulo nos anos 1970/80.

POPULAÇÃO ÁREA	Nº de habitantes/70	Nº de habitantes/80	Diferença 70/80	% de crescimento
Central	917.277	1.097.182	179.905	19,61
Intermediária	1.447.696	1.691.718	244.022	16,85
Periférica	3.559.642	5.701.868	2.142.226	60,18
T O T A L	5.924.615	8.490.768	2.566.153	43,31

FONTE: IBGE

Nossa Senhora do O' é de 618.302 habitantes, e o Distrito Sanitário Vila Maria, o menor, com 208.527 habitantes, totalizando as 3 áreas, uma população de 1.602.341 habitantes. (Tabela 6).

5.2 - DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E NOSSA SENHORA DO O'.

Com o estudo que dividiu o Município de São Paulo, segundo área Central, Intermediária e Periférica em 1977, realizado pela Empresa Metropolitana de Planejamento (EMPLASA), através da Pesquisa Origem Destino (O.D.), foi considerado a faixa de renda familiar de até 5 salários mínimos mensais, como limite de subsistência e abaixo de 5 salários, a família seria considerada carente. Observou-se que grande parcela da população carente incluia-se na faixa de 0 a 3 salários mínimos. (Tabela 7).

A área periférica do Município de São Paulo, onde se incluem os Distritos de Tucuruvi, Nossa Senhora do O' e Vila Maria, tem 55,1% de sua população recebendo menos de 5 salários mínimos. (Mapa 3).

HABITAÇÃO

A questão habitacional na cidade de São Paulo tornou-se , nos últimos 20 anos, um dos problemas sociais da maior importância, devido principalmente ao próprio crescimento vegetativo, aliado a um fluxo migratório de chegada à Capital Paulista, não acompanhados por uma previsão governamental. Agravante ainda, foram as recentes medidas financeiras governamentais na área habitacional, onde milhares de Chefes de família estão impedidos de manterem a casa própria.

Habitualmente,a população migrante se localiza e se fixa nos limites periféricos da cidade, onde as moradias são mais baratas, onde os serviços públicos são menos prestados e as condições de saneamento básicos são as piores, constituindo aglomerações desorganizadas e habitações precárias, sem serviços básicos como rede de água e esgotos, coleta de lixo, energia elétrica, escolas públicas, transportes

TABELA 6 - DADOS POPULACIONAIS: POPULAÇÃO SEGUNDO CENSO DE 1970, 1980 e 1983 E A TAXA DE CRESCIMENTO DO PERÍODO DOS D.S. DO DRS - 1-2.

POPULAÇÃO DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO 1.970 Censo	POPULAÇÃO 1.980 Censo	TAXA DE CRESCIMENTO %	POPULAÇÃO 1.983
D.S. CAIEIRAS	92.311	153.675	66,5	176.077
D.S. LAPA	307.062	423.727	38,0	455.574
D.S. N.SENHORA DO O'	437.273	584.475	33,6	618.302
D.S. TUCURUVI	553.272	736.885	33,1	775.512
D.S. VILA MARIA	188.828	207.960	10,1	208.527
DRS - 1-2	1.578.740	2.106.722	33,4	2.233.992

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO POR FAIXA, DE RENDA FAMILIAR, MENSAL NAS ÁREAS CENTRAL, INTERMEDIÁRIA, PERIFÉRICA E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1.983

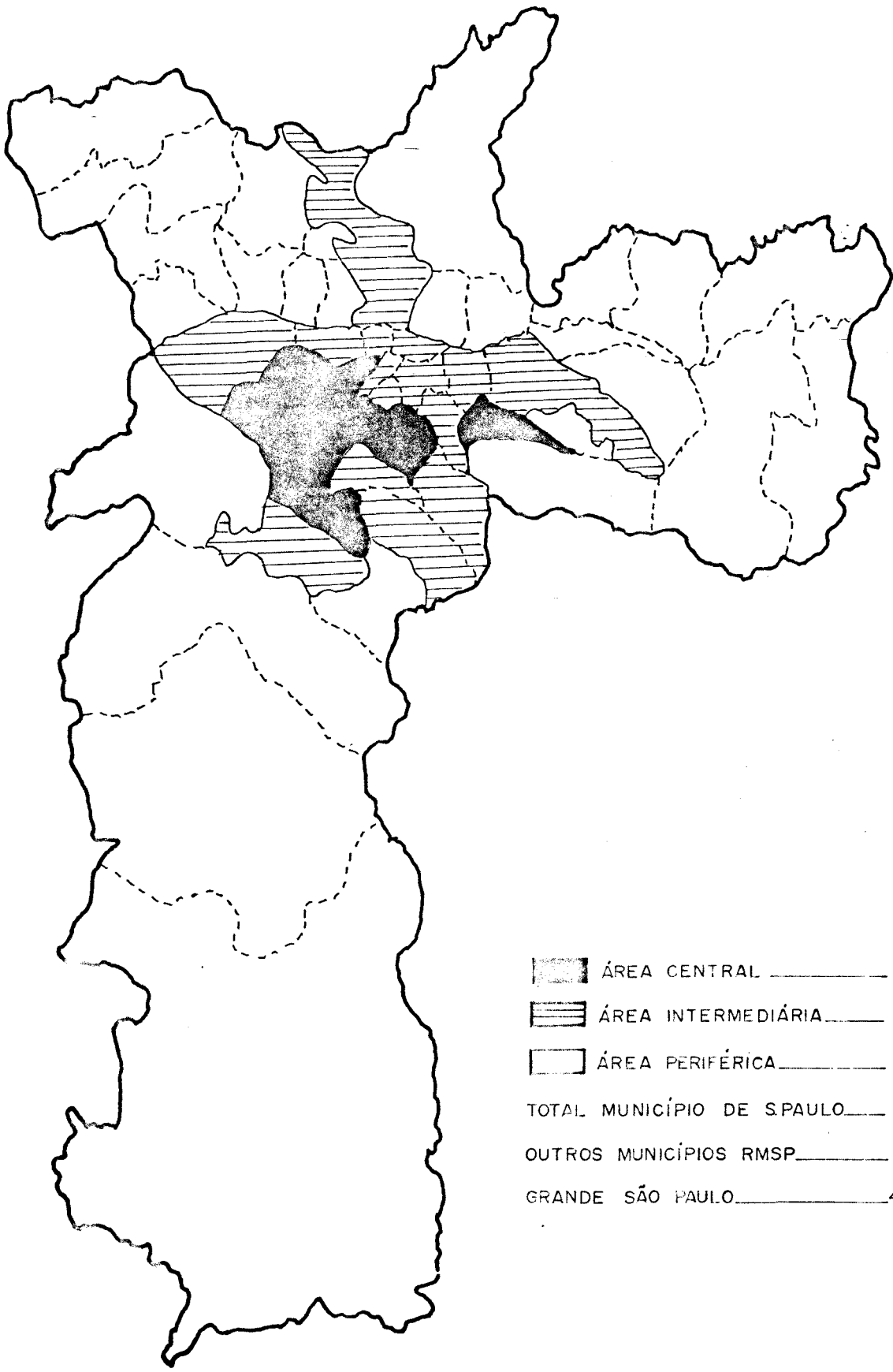
ÁREA	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO POR FAIXA DE RENDA FAMILIAR MENSAL EM SALÁRIOS MÍNIMOS				
	0 - 3	3 - 5	5 - 12	12 e +	TOTAL
CENTRAL	6,72	10,63	32,30	50,35	100,00
INTERMEDIÁRIA	16,71	17,92	36,27	29,10	100,00
PERIFÉRICA	26,17	28,92	35,33	9,58	100,00
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	21,49	24,10	35,13	19,28	100,00

FONTE: ESTIMATIVA COGEP

Seção de Estatística - SHS. Gabinete - 24/06/83

MAPA - 3

PORCENTAGEM DE POPULAÇÃO COM MENOS DE CINCO SALÁRIOS MINÍMOS DE RENDA FAMILIAR POR ÁREAS HOMOGÊNEAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.



Fonte: PESQUISA O.D. EMPLASA - 1977

coletivos e serviços de saúde.

A população de baixa renda dispõe em São Paulo, Capital, 4 alternativas de moradia: favelas, cortiços, conjuntos habitacionais e casa de periferia.

Conforme levantamento da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, num estudo pré-censitório de 1980, (Tabela 8), existem no Município de São Paulo cerca de 87.702 barracos, agrupados em 681 favelas, com 5,15 pessoas por domicílio e a favela sendo definida como um núcleo de mais de 50 barracos.

Dados mais recentes da Secretaria da Família e do Bem Estar Social (FABES), de agosto de 1983, revelam, para o Município de São Paulo, a presença de 1.086 favelas, sendo que o Distrito de Tucuruvi possui 35 , Nossa Senhora do O' 165, a Vila Maria 97 favelas, perfazendo em habitantes para o Município de São Paulo 414.572, sendo destes 45.874 na Freguesia do O', 6.074 no Tucuruvi e 34.120 em Vila Maria.

Outra alternativa habitacional são os cortiços. Caracterizam-se os cortiços como sendo casa de vários cômodos ou cômodos construidos no mesmo terreno, onde cada família ocupa um cubículo de pequenas dimensões ou parte deste e utiliza, coletivamente, as instalações sanitárias.

Num relatório do Plano de Governo da Prefeitura,elaborado em 1977, existiam, no Município de São Paulo, aproximadamente 1,9 milhões de pessoas habitando cortiços.

O número atual estimado de cortiços no Município de São Paulo é de 125.939, sendo que destes, 10.458 se encontram no Distrito de Nossa Senhora do O', 7.328 no de Tucuruvi e 6.916 no de Vila Maria.

O total estimado da população habitando cortiços, em São Paulo , é de 3.377.571, sendo Nossa Senhora do O' com 280.694, Tucuruvi com 196.680 e Vila Maria com 185.680 pessoas.

Entre a população que habita favelas e cortiços nas 3 áreas em foco, temos um total populacional estimado em 759.122 habitantes.

As duas outras alternativas dizem respeito a casa de periferia - ou casa de subúrbio e aos Conjuntos Habitacionais,ambos com menor participação.

TABELA 8 - Número de Favelas, Barracos, Favelados, Densidade e Participação dos Favelados na população por Áreas Central, Intermediária e Periférica do Município de São Paulo - 1.980

ÁREAS	Nº DE FAVELAS	Nº DE BARRACOS	Nº DE FAVELADOS (1)	DENSIDADE (FAVELADOS /Km2)	PARTICIPAÇÃO (FAVELADOS / POP)
CENTRAL	20	612	3.152	45,4	0,29
INTERMEDIÁRIA	124	9.885	50.878	252,2	3,00
PERIFÉRICA	537	77.205	397.605	315,9	6,97
TOTAL	681	87.702	451.665	299,3	5,32

FONTE: FIBGE - SP, levantamento pré-censitário, 1980

(1) Admite-se a densidade de 5,15 pessoas por barraco

6 - ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO E REGIÃO NORTE, DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E FREGUESIA DO Ó'

6.1 - MORTALIDADE GERAL

A mortalidade geral no Município de São Paulo decresceu nos últimos anos, devendo-se ressaltar no entanto, ao se analisar os dados, que a população paulistana apresenta 43% de sua população com idade menor que 20 anos e 83% menores de 45 anos (Tabela 9 e Gráfico I).

6.2 - MORTALIDADE PROPORCIONAL EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

A mortalidade proporcional em menores de 1 ano mostra o peso dos óbitos nesta faixa etária, em relação ao total de óbitos e, no Município de São Paulo, esta porcentagem decresceu de 27,6 em 1971 para 22,00 em 1981. (Tabela 10).

Observamos ainda que na região periférica, onde se encontram as áreas estudadas, o mesmo comportamento se faz presente, porém com valores elevados aos encontrados nas regiões intermediária e central, e em outras regiões consideradas desenvolvidas no resto do mundo.

6.3 - RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA MAIORES DE 50 ANOS.

O indicador de Swaroop e Uemura, que é a razão de mortalidade proporcional para maiores de 50 anos, apresenta uma tendência à melhora (Tabela 11).

Apesar do aumento progressivo observado de 1971 a 1981, os valores encontrados, para o Município de São Paulo, estão muito abaixo do desejável.

6.4 - MORTALIDADE INFANTIL

É considerado como um dos melhores indicadores das condições de saúde de uma população.

Ao se analisar os dados apresentados (Tabela 12), notamos uma diminuição dos valores encontrados, especialmente nas áreas central e intermediária, onde desde 1977, o indicador está abaixo de 50 óbitos por mil nas

Serviço de Biblioteca e Documentação
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TABELA 9 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL NAS ÁREAS CENTRAL, INTERMEDIÁRIA PERIFÉRICA E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1971 - 81

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL			
	CENTRAL	INTERMEDIÁRIA	PERIFÉRICA	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
1971	8,27	8,86	7,40	8,27
1972	7,93	8,66	7,73	7,98
1973	8,50	8,83	7,98	8,26
1974	7,60	8,46	7,84	7,95
1975	7,29	8,16	7,39	7,56
1976	7,24	7,91	7,21	7,37
1977	6,95	7,06	6,35	6,59
1978	7,05	7,16	6,61	6,79
1979	7,25	7,66	6,37	6,75
1980	6,70	7,69	5,98	6,41
1981	6,56	7,47	5,87	6,55

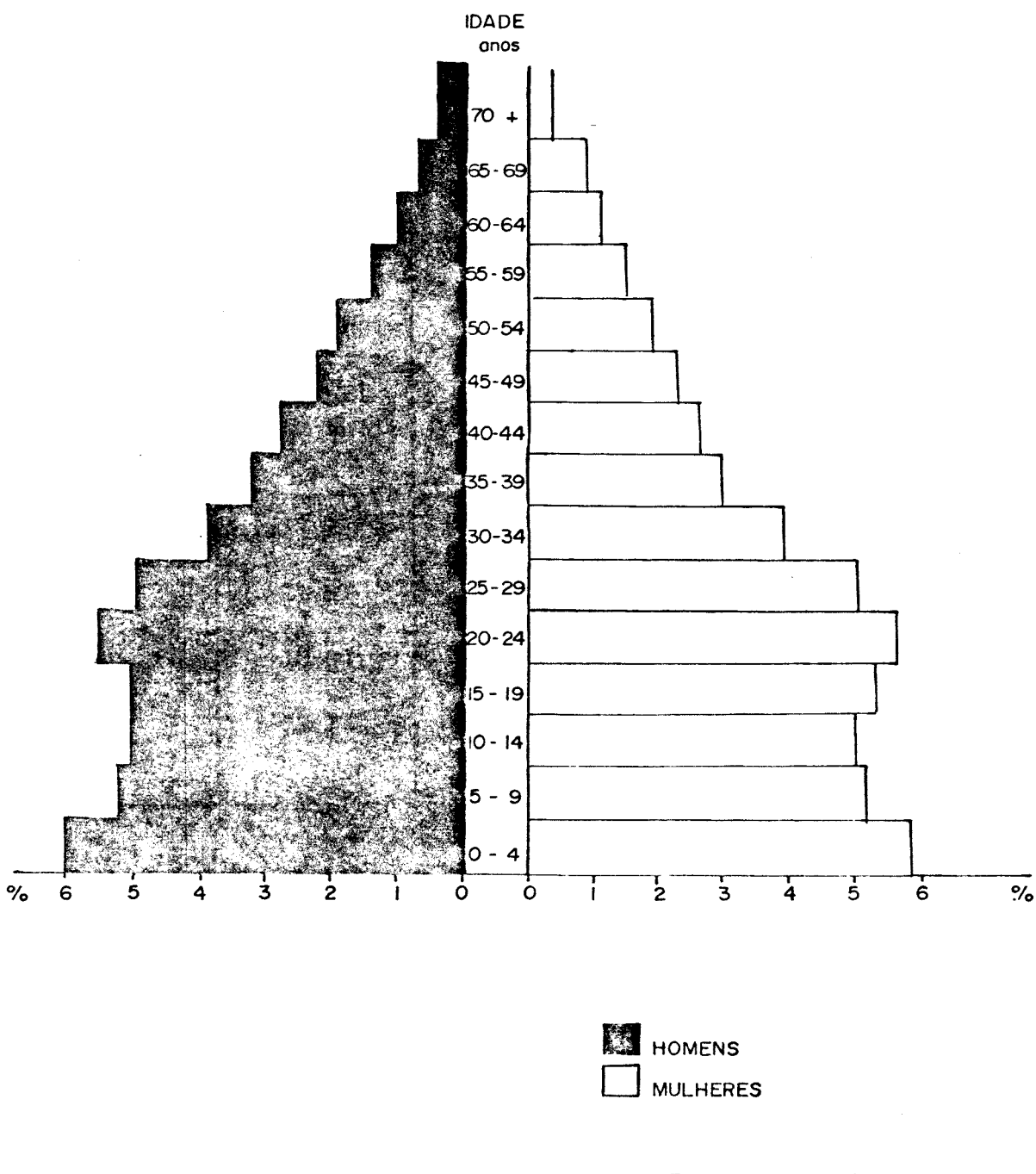
FONTE: SEADE

* por 1000 habitantes

Seção de Estatística - SHS - Gabinete - 24/06/83

Gráfico 1

PIRÂMIDE POPULACIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO - 1979



FONTE: PNAD 1979

TABELA 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL DE MENORES DE 1 ANO NAS ÁREAS CENTRAL, INTERMEDIÁRIA, PERIFÉRICA E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1.971 - 81

ANO	MORTALIDADE PROPORCIONAL DE MENORES DE 1 ANO			
	CENTRAL	INTERMEDIÁRIA	PERIFÉRICA	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
1971	15,33	20,05	34,60	27,60
1972	14,56	18,96	34,71	24,67
1973	14,07	19,17	33,68	27,10
1974	13,94	18,50	31,71	26,03
1975	16,07	19,17	34,83	28,44
1976	15,18	17,87	33,80	27,33
1977	14,17	17,83	31,76	25,97
1978	12,72	16,36	31,79	25,61
1979	11,87	15,14	29,76	23,84
1980	10,84	13,86	26,07	21,08
1981	11,10	14,76	27,04	22,00

FONTE: SEADE

* por 100 óbitos gerais

Seção de Estatística - SHS. Gabinete - 24/06/83

TABELA 11 - RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (SWAROOP E UEMURA) NAS ÁREAS CENTRAL, INTERMEDIÁRIA, PERIFÉRICA E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1971, 1976, 1979 e 1981

ÁREA	RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL 50 e MAIS			
	1971	1976	1979	1981
CENTRAL	62,24	64,93	69,95	72,27
INTERMEDIÁRIA	55,90	60,79	64,32	65,25
PERIFÉRICA	37,90	39,91	43,36	45,58
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	46,62	48,31	51,99	53,34

FONTE: SEADE

Seção de Estatística - SHS. Gabinete - 24/06/83

TABELA 12 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NAS ÁREAS CENTRAL, INTERMEDIÁRIA, PERIFÉRICA E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1.971 - 81

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL			
	CENTRAL	INTERMEDIÁRIA	PERIFÉRICA	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
1971	62,26	67,11	96,90	85,38
1972	58,39	61,63	98,78	85,66
1973	60,40	65,87	99,50	87,20
1974	51,56	60,52	94,38	78,02
1975	55,72	59,03	89,91	79,28
1976	53,03	52,63	85,34	74,88
1977	49,19	46,53	75,80	66,63
1978	48,35	44,45	80,39	69,26
1979	42,74	44,16	61,86	56,97
1980	31,87	42,47	52,12	48,87
1981	37,57	45,71	52,83	50,01

FONTE: SEADE

* por 1000 nascidos vivos

Seção de Estatística - SHS. Gabinete - 24/06/83

cidos vivos.

Os valores encontrados para a região periférica de São Paulo suplantam sempre os encontrados para as regiões intermediária e central.

Ao se dividir a mortalidade infantil em seus 2 componentes (Tabela 13), neonatal e infantil tardio, e os analisarmos de 1971 a 1981 comparativamente nas regiões central, intermediária e periférica, notamos que somente na área central e intermediária o componente neonatal predomina sobre a mortalidade infantil tardia. Por outro lado, o que se observa é que a mortalidade infantil tardia é maior que a neonatal na região periférica, demonstrando que outros fatores ligados ao meio, como saneamento, habitação, condições nutricionais e doenças infantis preveni das por vacinação predominam em relação aos fatores ligados ao parto e ao período neonatal.

6.5 - PRINCÍPAIS CAUSAS DE ÓBITO

A análise dos indicadores de saúde adquire uma maior importância, quando acompanhada de estudo sôbre as principais causas de óbito nas diferentes faixas etárias.

Nas tabelas 14, 15 e 16 temos as principais causas de óbitos para menores de 1 ano, em 1981, para as áreas Central, Intermediária e Periférica do Município de São Paulo.

Observa-se que, na área periférica, as 3 principais causas são as pneumonias (21,42 %), as lesões ao nascer, partos distócicos , outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (21,36 %) e, as enterites e outras doenças diarréicas (17,45 %).

Na área intermediária, as causas, em ordem de importância, são as lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções e hipóxicas/

TABELA 13 - MORTALIDADE NEO NATAL E INFANTIL TARDIA - NAS DIFERENTES ÁREAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO DE 1.971 a 1.981

ANO	CENTRAL		INTERMEDIÁRIA		PERIFÉRICA		MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	
	NEO NATAL	INFANTIL TARDIA	NEO NATAL	INFANTIL TARDIA	NEO NATAL	INFANTIL TARDIA	NEO NATAL	INFANTIL TARDIA
1971	32,39	29,83	37,07	30,04	42,61	54,29	40,01	45,37
1972	31,66	26,73	33,01	28,62	43,83	55,95	39,77	45,89
1973	30,63	29,77	35,33	30,54	43,61	55,89	40,20	47,00
1974	28,37	23,19	32,31	28,21	36,68	57,70	34,77	43,25
1975	27,61	28,11	30,76	28,27	34,40	55,51	32,84	46,44
1976	28,22	24,81	29,03	23,60	34,88	50,86	32,87	42,01
1977	27,65	21,54	25,35	21,18	34,22	41,58	31,59	35,04
1978	26,74	21,61	24,42	20,03	34,53	45,86	31,52	37,74
1979	24,93	17,81	21,41	22,75	29,52	32,34	27,56	29,41
1980	19,39	12,48	24,06	18,41	24,69	27,43	24,33	24,54
1981	21,88	15,69	25,31	20,40	25,94	26,89	25,47	24,78

* Coeficiente de Mortalidade Neo Natal e Infantil Tardia por 1000 nascidos vivos

FONTE: SEADE

Seção de Estatística - SHS Gabinete - 24/06/83

TABELA 14 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NA ÁREA CENTRAL
MENORES DE 1 ANO - 1.981

CAUSAS	TOTAL		
	Nº	%	Coef.
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas/ perinatais	220	26,93	10,25
Outras causas de mortalidade perinatal	118	14,44	5,50
Pneumonia	102	12,48	4,75
Enterite e outras doenças diarréicas	100	12,24	4,66
Anomalias congênitas	90	11,03	4,19
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	22	2,69	1,02
Demais doenças infecciosas e parasitárias	18	2,20	0,84
Meningite	18	2,20	0,84
Sarampo	12	1,47	0,56
Outras formas de doenças de coração	8	0,98	0,37
Todas as demais causas de morte	109	13,34	5,08
TOTAL	817	100,00	38,05

TABELA 15 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NA ÁREA INTERMEDIÁRIA
MENORES DE 1 ANO - 1.981

CAUSAS	TOTAL		
	Nº	%	Coef.
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas/ perinatais	457	24,27	11,17
Pneumonia	364	19,33	8,90
Enterite e outras doenças diarréicas	274	14,55	6,70
Outras causas de mortalidade perinatal	250	13,28	6,11
Anomalias congênitas	141	7,49	3,45
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	68	3,61	1,66
Demais doenças infecciosas e parasitárias	43	2,28	1,05
Sarampo	26	1,38	0,64
Meningite	21	1,12	0,51
Bronquite, enfisema e asma	9	0,48	0,22
Todas as demais causas de morte	230	12,21	5,62
TOTAL	1.883	100,00	46,02

TABELA 16 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NA ÁREA PERIFÉRICA
MENORES DE 1 ANO - 1.981

CAUSAS	TOTAL		
	Nº	%	Coef.
Pneumonia	2.012	21,42	11,37
Lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas/ perinatais	2.006	21,36	11,34
Enterite e outras doenças diarréicas	1.639	17,45	9,26
Outras causas de mortalidade perinatal	1.062	11,31	6,00
Anomalias congênitas	465	4,95	2,63
Avitaminoses e outras deficiencias nutricionais	393	4,18	2,22
Demais doenças infecciosas e parasitárias	374	3,98	2,11
Meningites	169	1,80	0,96
Sarampo	114	1,21	0,64
Sintomas e estados mórbidos mal definidos	64	0,68	0,36
Todas as demais causas de morte	1.094	11,66	6,18
TOTAL	9.393	100,00	53,08

perinatais (24,27 %), as pneumonias (19,33 %) e as enterites e outras doenças diarréicas (14,55 %).

Finalmente, na área central, as lesões ao nascer, partos distócicos e outras afecções anóxicas e hipóxicas perinatais (26,93 %) , outras causas de mortalidade perinatal (14,44 %) e as pneumonias - (12,48 %) constituem as principais causas.

Ao se analisar as principais causas de óbitos para todas as idades nas áreas Central, Intermediárias e Periféricas, nota-se que as doenças típicas de áreas mais desenvolvidas, como doenças isquêmicas do coração, tumores malignos, doenças cérebro-vasculares coexistem com doenças mais encontradiças em áreas sub-desenvolvidas, como enterites, - pneumonias, outras doenças diarréicas, demonstrando a presença de populações com características bem distintas nestas regiões.

6.6 - MORBIDADE

Os poucos dados de morbidade são de difícil obtenção e não são totalmente confiáveis, visto que as coletas e a obtenção dos mesmos são irregulares.

O controle das doenças transmissíveis, devido o que representa em termos de saúde pública, possui a mais alta prioridade nos programas oficiais do governo. É, através do Sistema de Vigilância Epidemiológica implantado pela Secretaria de Estado da Saúde, que temos as melhores informações através do controle e registro de doenças transmissíveis de notificação compulsória. Porém, essas informações não são de completa credibilidade.

As doenças transmissíveis de notificação compulsória para o nosso Estado são:

- febre amarela
- peste
- cólera

- varíola
- hanseníase
- tuberculose
- poliomielite
- tétano
- doença meningocócica e outras meningites
- raiva humana
- febre tifóide
- sarampo (casos internados em hospitais)
- leishmaniose visceral
- leishmaniose cutâneo -mucosa
- encefalite por arbovírus
- esquistossomose
- malária
- doença de Chagas (forma aguda)
- difteria

A Fundação SEADE, em 1979, selecionou uma amostra de 11.379 pacientes de um total de 720.000 internados no Município de São Paulo em amostra de 4 meses do ano, baseados em boletins da Coordenadoria de Assistência Hospitalar e da Vigilância Epidemiológica (Tabela 17).

Os dados encontrados revelam que o parto normal e as causas obstétricas diretas constituem-se na principal causa de internação, seguidas das doenças respiratórias, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas intestinais, neoplasias e doenças cardíacas.

TABELA 17 - MORBIDADE HOSPITALAR DOS PACIENTES EGRESSOS, POR MESES DE COLETA, SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS PARA O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 1979.

LISTA DE DIAGNÓSTICO	JAN.	ABR.	JUL.	OUT.	TOTAL Nº	TOTAL %
Parto Normal	431	456	409	420	1.716	15,08
Causas Obstétricas diretas	344	358	349	318	1.369	12,03
Sinais, Sintomas e Afecções mal definidas	384	301	270	331	1.286	11,30
Outras doenças do aparelho respiratório	225	247	302	263	1.037	9,11
Doenças de outras partes do Aparelho Digestivo	149	173	199	162	683	6,00
Doenças Infecciosas Intestinais	152	103	95	75	425	3,73
Doença do Aparelho Urinário	112	93	88	122	415	3,65
Neoplasmas	77	107	102	101	387	3,40
Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	84	106	89	104	383	3,37
Doenças endócrinas e Metabólicas e Transtornos	53	43	56	44	196	1,72
Demais causas	781	855	893	953	3.482	30,61
T O T A L	2.792	2.842	2.852	2.893	11.379	100,00

FONTE:- SEADE - Anuário Estatístico do Estado de São Paulo - 1980

7 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O crescimento vertiginoso do Município de São Paulo não foi acompanhado de um proporcional aumento dos leitos regionalizados devido, principalmente, à ausência de uma política adequada na área de saúde, onde se permitiu que interesses particulares se sobrepusessem aos da comunidade.

Observa-se uma grande concentração dos hospitais na área central da Capital atingindo índices de 13,2 leitos gerais por 1000 habitantes, enquanto que encontramos 4,6 e 1,1 leitos por 1000 habitantes, respectivamente, nas áreas intermediária e periférica.

Na área central e intermediária quase todos os subdistritos e distritos de paz possuem 1 hospital e o observado na área periférica é que dos 27 subdistritos, 10 não possuem um só leito hospitalar. Além da falta de racionalização na construção e distribuição dos leitos hospitalares no Município de São Paulo, outras dificuldades como fatores sociais e econômicos, distância e dispêndio de tempo, sistema de transporte obsoleto fazem com que a população que habita a área periférica tenha dificuldade de acesso aos recursos assistenciais, principalmente os hospitalares.

Resumidamente, podemos dizer que o atendimento hospitalar no Município de São Paulo não é uniforme. É descoordenado, sem facilidade de acesso, desintegrado, não regionalizado e, por isso mesmo, irracional e mais dispendioso.

8 - NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES GERAIS NOS DISTRITOS DE TUCURUVI, VILA MARIA E FREGUESIA DO O'

Conforme parecer do Professor Odair Pacheco Pedroso[6], patrono da Administração Hospitalar em nosso país, a determinação do número de leitos de uma comunidade é uma tarefa das mais difíceis.

Na literatura nacional encontramos dados como os afirmados pelo Professor Rezende Puech de 4 leitos/ 1000 habitantes em população urbana.

Na literatura estrangeira, os valores predominantes encontrados são os Norte Americanos e que são subsídios importantes e valiosos para a determinação de leitos hospitalares.

Estudos de Stone [8] mostram que apesar da maioria dos autores considerarem 5 leitos por 1000 habitantes como valores significativos, não explicam como obtiveram esse valor.

Stone [8] afirma que não existe padrão fixo de leitos por 1000 habitantes, mas que somente pelo exame cuidadoso de uma gama de fatores é que se pode avaliar o número de leitos necessários para uma determinada área.

Deveriam ser levados em consideração:

- o número e classificação dos leitos existentes;
- o vulto das relações de pessoas que agurdavam vaga para internação;
- o número médio de dias de permanência de cada classe de pacientes;
- o número de casos de emergência cuja admissão tem sido recusada;
- o tipo e crescimento da população;
- o número de óbitos e suas causas;

- as profissões predominantes e os seus riscos para a saúde;

- o sistema de habitação familiar e individual;

- a atitude dos médicos com respeito à admissão de pacientes ao hospital e

- o desenvolvimento que foi dado aos serviços de ambulatórios.

Em 1946, foi aprovado pelo Governo dos EEUU, a lei Hill-Burton, na qual o Governo Americano auxiliaria os Estados Norte- Americanos na construção de hospitais, desde que o coeficiente de leitos não ultrapassasse de 4,5 a 5,5 leitos por 1000 habitantes, dependendo da densidade de população da área a ser favorecida.

A Comissão que estudou os recursos e necessidade hospitalares de Michigan, nos EEUU, obtem coeficientes similares aos dos outros autores, afirmando que a fórmula apresentada não fornece uma resposta integral ao problema do cálculo das necessidades em leitos hospitalares , devendo-se sempre levar em consideração todos os múltiplos fatores locais.

De acordo com a Comissão de Michigan, a necessidade em leitos hospitalares gerais numa determinada área depende da quantidade atual e futura de doenças cujo tratamento requeira hospitalização.

O coeficiente leito-óbito poderá ser alterado de tempos em tempos, mas sua flutuação não será significativa em pequenos períodos. Por essa outra sistemática, também os valores oscilam em 4,5 leitos por 1000 habitantes.

O Comitê de Técnicos em Organização na Assistência Médica, da Organização Mundial de Saúde (5), em 1957, coloca " a impossibilidade de recomendar uma relação direta entre o número de leitos e o de habitantes, pois as necessidades dependem de muitos fatores, entre os quais citam os seguintes:

1.) a distribuição da população por idades;

2.) o nível geral de vida, hábitos, condições de habitação e os meios de transporte;

3.) a densidade populacional, já que as zonas urbanas necessitam de mais leitos por mil habitantes que as zonas rurais;

4.) a incidência de doenças e traumatismos;

5.) a qualidade de assistência proporcionada, fora dos hospitais, por médicos, em consultórios particulares e pelos centros sanitários e

6.) o sistema adotado para cada país para cobrir os gastos de seus hospitais, a legislação nacional e os sistemas de seguro social ".

Em dados do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em " Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social " (1), estabeleceu-se que a necessidade de leitos excluindo-se os de psiquiatria teria como base 1,8 leitos gerais/ 1000 habitantes. Em nossa opinião consideramos ainda que tais proporções são frequentemente enganosas e, o que idealmente se tem que determinar é a relação existente entre os serviços concretos de assistência e o número de indivíduos que necessitam esses serviços.

Para efeito de planejamento utilizaremos os valores recomendados pelo CONASP, de 1,8 leitos gerais/ 1000 habitantes.

A população dos Distritos de Vila Maria, Freguesia do O' e Tucuruvi tem para 1983 uma estimativa populacional de 1.602.341 habitantes e, se aplicarmos o valor CONASP. necessitamos para essa região 2.884 leitos.

Em levantamento realizado em diversas fontes e nos hospitais existentes nos 3 Distritos, independente de serem conveniados ou particulares, quanto ao número de leitos e especialidades, encontramos números altamente contraditórios em Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia Obstetrícia, num total aproximado de 1000 leitos.

O Projeto do Complexo Hospitalar do Mandaqui procura a melhor utilização de estruturas já pré-existentes e antes de pretender ser a solução do número de leitos para a região, é uma proposta de colocação de 750 leitos à disposição da comunidade da região enfocada podendo, em condições excepcionais, atingir até 900 leitos.

Esses 750 leitos serão divididos em 200 leitos de Pediatria, 200 leitos para o Instituto de Pneumologia (para internação de pneumopatias específicas e não específicas), 100 leitos de Maternidade, 120 leitos de Clínica Médica, 80 leitos de Cirurgia e 50 leitos de retaguarda de Pronto Socorro.

O número de leitos estabelecidos não foi obtido através de fórmulas ou parâmetros nacionais ou internacionais, mas basicamente atendendo ao objetivo inicial do projeto, utilizando recursos existentes, maximizando e os otimizando e encerrando a ociosidade de leitos existentes nos Hospitais que compõem o Complexo, conforme demonstrativo nos Capítulos I e II.

Importa ainda, dentro do estudo desenvolvido, a condição de tuberculose e suas intercorrências. A tuberculose representa importante parcela em saúde pública e as intercorrências havidas com pacientes tísicos no Parque Hospitalar do Mandaqui e sem possibilidade de resolução por este Hospital, encontra grande dificuldade na aceitação e transferência para outros hospitais com maior capacidade resolutiva, trazendo prejuizos enormes na assistência hospitalar dos mesmos.

O Complexo Hospitalar integrado, então já uno, teria em sua composição os prédios dos atuais Hospital Infantil da Zona Norte, Pavilhões Miguel Pereira e Leonor Mendes de Barros do Parque Hospitalar do Mandaqui além de númerosos prédios menores que abrigam atualmente áreas administrativas ou residências de funcionários.

9 - PLANO DE AÇÃO

Analisando o que atualmente temos e, dependendo de estudos mais minuciosos que deverão ser realizados pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar e Diretoria dos Hospitais Infantil da Zona Norte e Parque Hospitalar do Mandaqui assim ficará a nova estrutura:

- Hospital Infantil da Zona Norte: será transformado no Instituto de Pneumologia do Complexo Hospitalar, recebendo pacientes adultos, masculinos e femininos (ambos os sexos) portadores de tuberculose, e, ampliando sua assistência a todas as patologias pulmonares indistintamente, tornando-se o primeiro Hospital estatal com essas características.

Terá 200 leitos e necessitará de reformas que visarão dotar cada unidade de internação de melhor conforto térmico,acústico, de ventilação e colocação de 1 vaso sanitário e 1 chuveiro para um máximo de 6 pacientes.

Contará o Instituto com salas de Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Diretoria de Enfermagem, Sala de Reuniões, Sala de Projeções e Capela.

A redução de 200 leitos para o Instituto em comparação aos aproximados 250 leitos que atualmente funcionam no Pavilhão Miguel Pereira será compensada por agilização e melhoria da capacidade resolutiva com melhor funcionamento das atividades desenvolvidas pela Unidade Radiológica, Seção de Patologia Clínica e Anatomia Patológica e implantação de clínicas de especialização associadas a um aumento quantitativo e qualitativo do pessoal médico e de enfermagem.

O atual prédio de Patologia do Hospital Infantil da Zona Norte em total abandono, com exceção da pequena área que abriga o necrotério, deverá passar por reforma e se constituirá no Laboratório Central do todo o Complexo, desenvolvendo atividade que dará

autonomia ao conjunto, encaminhando ao Instituto Adolfo Lutz apenas os exames de maior complexidade, como por exemplo, estudos imunológicos.

- O Pavilhão Leonor Mendes de Barros, hospital com construção inicial próprio para Pediatria, receberá os pacientes do Hospital Infantil da Zona Norte e, após criteriosa avaliação, manterá os pacientes infantis de tuberculose.

O Hospital Infantil terá 200 leitos distribuidos em 6 unidades de internação, sendo uma para pacientes de tuberculose infantil e suas intercorrências, uma unidade de retaguarda para o Pronto Socorro Infantil, 2 unidades para lactentes, 1 unidade para pré- escolar e 1 unidade para escolar, mantendo aí leitos destinados para assistência aos adolescentes, leitos estes, únicos em hospitais da Secretaria de Saúde que recebem pacientes pediátricos.

- Pavilhão Miguel Pereira - atualmente destinado à internação dos pacientes tuberculosos adultos, deverá ser totalmente modificado na sua estrutura física para atender ao novo planejamento e, portanto, é neste Pavilhão que as reformas serão mais necessárias. Basicamente serão utilizadas como referência as " Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviço de Saúde do Ministério da Saúde " (3)

O pretendido ficaria com a seguinte distribuição:

Sub-Solo - Serviço de Nutrição e Dietética com Cozinha, Refeitório, Dispensa e Chefia;

Andar Térreo - Unidade de Pronto Socorro, Unidade de Ambulatório (com Banco de Sangue agregado), Unidade de Radiologia e Diretoria Administrativa do Pavilhão Miguel Pereira;

1º Andar - seriam mantidos o Anfiteatro Principal e 2 unidades de internação que necessitam reformas para retaguarda do Pronto Socorro num total de 50 leitos (25 masculinos e 25 femininos) e, onde atualmente funciona precariamente a Unidade Radiológica, implantariámos uma excelente área para conforto médico, com quartos de repouso para os médicos plantonistas;.

2º Andar- a atual unidade de Centro Cirúrgico aí localizada seria adaptada com poucos recursos e obras, em ótimo Centro Obstétrico e, uma das alas daria lugar ao novo Centro Cirúrgico com 6 salas de Cirurgia. Na outra ala situar-se-á o Centro de Material Esterelizado e uma Unidade de Terapia Intensiva com 10 leitos e Centro de Recuperação Pós-Anestésica;

3º Andar - duas unidades de internação num total de 80 leitos para clínica cirúrgica;

4º Andar - duas unidades de internação de maternidade com 100 leitos e berçário de patológicos, isolamento e prematuros e

5º Andar - duas unidades de internação para clínica médica, num total de 80 leitos.

Todas as Unidades de Internação passarão por reformas, dotando os quartos e enfermarias de sanitários e chuveiros, mantendo sempre a disposição de no máximo 6 pacientes se utilizarem de 1 chuveiro e 1 sanitário. Serão observados as necessidades de pontos de oxigênio, vácuo e ar comprimido, sistema de inter-comunicação interna e comunicação paciente-enfermagem, todos atualmente inexistentes.

Definidas as finalidades dos 3 grandes hospitais, caberia equacionar o suporte de apoio para o funcionamento e bom desempenho dos mesmos:

- Unidade de Administração Central - Localizar-se-á em área o mais central e equidistante dos prédios de internação e que é constituido de um prédio que abrigava a Caixa Beneficente do Mandaqui e outras casas de antigos moradores do Parque.

Nesta área deverão se localizar a Diretoria do Complexo Hospitalar; Posto de Serviço do Banco do Estado de São Paulo; Clausura e Serviço de Pessoal.

- Unidade de Serviços Gerais - também o objetivo será a centralização de áreas físicas, pessoal e equipamentos, somando-se e

otimizando os recursos.

a.) Na área do atual Hospital Infantil da Zona Norte e futuro Instituto de Pneumologia funcionará:

1.) Lavanderia Central - de recente e adequada construção, atendendo padrões técnicos recomendados, podendo com pequenas adaptações de maquinários, lavar até 4000 Kgs/ roupa/ dia.

2.) Manutenção Central - aproveitamento as oficinas já existentes e adaptando um prédio contínuo às mesmas, e que atualmente está abandonado, onde funcionava a antiga lavanderia. Assim poderíamos desenvolver atribuições de mecânica, hidráulica, carpintaria e pintura e

3.) Vestiário - junto à Portaria, atenderá aos funcionários do novo Instituto.

b.) Na área do Parque Hospitalar do Mandaqui:

1.) Vestiário Central - próximo ao conjunto da Unidade Administrativa já funciona e assim será mantido até a construção de um vestiário para todo Complexo, junto à Portaria Central. O vestiário atualmente existente é uma adaptação de um antigo Pavilhão de Internação.

2.) Almoxarifado - já instalado precáriamente em parte do prédio onde funciona a lavanderia do Parque Hospitalar. Com a mudança da mesma para a nova lavanderia, toda área física será destinada ao almoxarifado do Complexo.

As cozinhas, atualmente em número de 3 para os dois Hospitais, seriam integradas numa única, que se localizará no sub- solo do Pavilhão Miguel Pereira, que é a maior e com reformas de área física e substituição de equipamentos obsoletos poderá perfeitamente atender a todo Complexo como cozinha geral.

A atual cozinha do Pavilhão Leonor Mendes de Barros será adaptada para elaborar dietas para lactentes pontificando as atividades de lactário. Por estar localizado no próprio prédio do Pavilhão terá facilitada a distribuição de mamadeiras preparadas e a recepção das usadas.

A cozinha atualmente existente no Hospital Infantil da Zona Norte irá funcionar no Instituto de Pneumologia apenas como receptador e distribuidor das refeições elaborados na cozinha central.

Restariam ainda 3 áreas técnicas para o fechamento das necessidades do Complexo: Unidade de Anatomia Patológica, Unidade de Patologia Clínica e Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

A Unidade de Anatomia Patológica será a que atualmente já existe no Parque Hospitalar do Mandaqui e que com seus recursos pode atender a todo Complexo. Oferece boas condições, dispensando qualquer alteração.

A Unidade de Patologia Clínica como já foi dito anteriormente será instalada no prédio da Anatomia Patológica do Hospital Infantil da Zona Norte.

Finalmente, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística terá sua localização centrada, após reforma e adaptação, na antiga oficina do Parque Hospitalar do Mandaqui, local de construção sólida, térrea, onde funcionará Chefia, Estatística Médica e Administrativa, Arquivo Central e Micro-Filmagem, sendo os Registros e Informações descentralizados para cada um dos 3 Hospitais.

Faz parte do Complexo, o Centro de Convivência Infantil (C.C.I.), atualmente já único para os dois Hospitais, numa casa assobradada, junto à Portaria do Parque Hospitalar, Com o funcionamento do Pronto Socorro e aumento do fluxo de ambulâncias, as crianças que frequentam o Centro de Convivência Infantil não terão, conforme nosso desejo, segurança e tranquilidade. Assim sendo, o C.C.I . será deslocado para 2 residências térreas, confortáveis, antigas moradias de funcionários que, com pequenas adaptações, se tornarão ótimas para o uso, com ampla área verde, onde as crianças poderão desenvolver atividades pedagógicas, jardinagem, horta e marcenaria.

Uma outra residência, antiga moradia do Administrador do Hospital Infantil da Zona Norte, que serviu para o funcionamento do Centro de Convivência Infantil deste Hospital até a união das creches, terá suas instalações adaptadas para o funcionamento do 1º ambulatório descentralizado do Hospital do Servidor Público Estadual - " Francisco Morato de Oliveira ".

A atual Administração projetou e irá destinar área de cerca de 3000 metros quadrados, sem utilização anterior, para servir como início de desenvolvimento de horta comunitária para seus funcionários e está pleiteando a retomada de cerca de 15.000 metros quadrados, pertencente ao Parque Hospitalar dp Mandaqui, cedidos em comodato a terceiros em 1959, onde funciona um clube privado. O objetivo desta retomada seria a utilização do mesmo como clube para os funcionários do Complexo e Secretaria de Saúde.

— COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI —

1 - PAVILHÃO MIGUEL PEREIRA
2 - PAVILHÃO LEONOR MENDES DE BARROS
3 - INSTITUTO DE PNEUMOLOGIA
4 - LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA
5 - ANATOMIA PATOLÓGICA
6 - AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO
7 - LAVANDERIA CENTRAL
8 - OFICINA CENTRAL
9 - SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
10 - ALMOXARIFADO CENTRAL
11 - FROTA CENTRAL
12 - MUSEU E BIBLIOTECA
13 - DIRETORIA DO COMPLEXO HOSPITALAR
14 - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
15 - VESTIÁRIO
16 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL
17 - HORTA COMUNITÁRIA

10 - COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI. INTER-RELAÇÕES COM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Da reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) realizada em Washington de 7 a 9 de março de 1962, segundo Guimarães [2], " alguns conceitos se destacam pela importância diretiva " e que são importantes em nossa proposta. Afirma ainda que " Nos aspectos gerais estão a coordenação intra e inter-institucional e a regionalização e, nos aspectos específicos, incluem-se a integração dos serviços básicos de assistência médica dentro dos programas nacionais e locais de saúde pública ".

Em nosso estudo, o têrmo integração assume significado amplo e poderemos dividir esta integração em 2 momentos distintos. Num 1º momento, a abordagem diz respeito à coordenação e integração dos Hospitais Infantil da Zona Norte e Parque Hospitalar do Mandaqui. Aqui, integrar - significa reunir, juntar, incorporar os recursos humanos, financeiros, materiais e físicos dos 2 Hospitais, colocando-os sob um único teto administrativo, visando a melhor utilização destes recursos na viabilização do Complexo Hospitalar do Mandaqui. Num 2º momento, cabe discutir o papel assistencial que o Complexo representará na área programática com as outras instituições de saúde, e que estarão relacionadas ao novo Hospital. Visará a integração entre os Postos de Assistência Médica (PAMs), Centros de Saúde (C.Ss), Prontos Socorros (P.Ss) e Hospitais da Rede Estadual e Municipal dos Distritos de Tucuruvi, Vila Maria e Freguesia do O', quer a nível ambulatorial, quer a nível hospitalar, procurando dar uma cobertura assistencial a quem se dirige a estes serviços. Através de convênio que deverá ser firmado entre o Hospital do Servidor Público Estadual " Francisco Morato de Oliveira " e o Complexo Hospitalar do Mandaqui se pretende ampliar esta cobertura aos funcionários públicos estaduais e dependentes residentes na área em foco, estabelecendo-se um princípio de regionalização.

De acordo com Mc Nerney G Riedel [4] " em sua expressão mais simples, aplicada à área de saúde, regionalização refere-se ao estabelecimento de relações de trabalho entre várias instituições e programas de saúde dentro de uma área geográfica definida ".

Com a idéia de integração e regionalização procura-se minorar a existência de um déficit quantitativo geral de assistência , ou seja, uma baixa cobertura médico-assistencial da população agravada qualitativamente pela presença de deficiências estruturais e operativas dos serviços. Existem muitos serviços públicos, e mais um tanto de privados, que participam de prestação da assistência e, o que ocorre na prática é uma descoordenação entre os mesmos, onde os hospitais não tem nenhuma integração com os serviços da rede básica, fechando-se intramuros.

A utilização de sistemas anacrônicos de organização , o uso de métodos e técnicas administrativas ultrapassadas, agravadas por uma política financeira que não prioriza a saúde, leva a um funcionamento ineficiente das instituições de saúde, maiores custos operacionais, sub utilização de instalações e equipamentos, baixa produtividade e inadequada assistência.

Robayo [7] considera que " a modalidade regionalizada de organização dos serviços de saúde constitue a expressão técnica-administrativa das inter-relações dos níveis de assistência".

Será o Complexo Hospitalar do Mandaqui o Centro em torno do qual gravitarão os recursos de saúde dos Distritos Sanitários de Tucuruvi, Vila Maria e Freguesia do O' e através do Instituto de Pneumologia, será mantida a referência estadual no atendimento ao tuberculoso.

As principais inter-relações institucionais são as que se seguem:

I. - Secretaria de Higiene da Prefeitura:

A.) Rede Básica de Saúde:

a.1 Postos de Assistência Médica (PAM) da Freguesia do O';

a.2 Postos de Assistência Médica (PAM) da Vila Maria e

a.3 Postos de Assistência Médica (PAM) de Tucuruvi

B.) Serviços de Emergência:

b.1 Pronto Socorro Municipal de Santana;

b.2 Pronto Socorro Municipal da Freguesia do O' e

b.3 Pronto Socorro Municipal do Mandaqui funcionando dentro do próprio Complexo, mais especificamente no Pavilhão Miguel Pereira.

C.) Serviço Hospitalar

Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. Com o funcionamento da maternidade no Complexo Hospitalar do Mandaqui será possível a regionalização e hierarquização no atendimento à gestante, cabendo ao Complexo a estimativa assistencial de 8000 partos por ano em nível secundário, ficando à Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que possui melhor capacitação resolutiva e técnica, a responsabilidade na atenção terciária à gestante, ou seja, o atendimento dos pacientes de alto risco com estimativa de 4000 partos anuais.

II. - Secretaria de Estado da Saúde

Rede Básica - representada pelos Centros de Saúde da região considerada.

III. - Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSP)

Estabelecer-se-á, através de Convênio, a cessão de

área e prédio do Complexo para a instalação e funcionamento do 1º ambulatório descentralizado para o atendimento do servidor público estadual e seus dependentes moradores da região norte da Capital, facilitando o acesso, dando condições de assistência mais rápida e com menor custo ao usuário e diminuindo a demanda existente nos Ambulatórios centralizados, que funcionam no Hospital do Servidor Público Estadual. Inicialmente atenderá nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia utilizando todos os serviços técnicos e administrativos do Complexo como apoio, referência e auxílio.

Por outro lado, as novas Unidades de Patologia Clínica, Radiologia, Ambulatório de Especialidades e Anatomia Patológica com melhor adequação de área física, equipamentos e pessoal além de melhorarem a atividade assistencial médica do próprio Hospital, serão utilizadas para o atendimento da rede básica Municipal e Estadual dos Distritos Sanitários enfocados, melhorando a capacidade resolutiva desses serviços e consequentemente melhor atendendo a população de Vila Maria, Tucururvi e Freguesia do O'.

Com a assinatura de convênio e oficialização em 27/10/83 do Programa de Assistência Integrada de Saúde (PAIS) envolvendo o Ministério da Saúde, INAMPS e Secretaria de Estado, o Complexo Hospitalar deverá estar preparado também para a assistência previdenciária.

11-CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI

A proposição de funcionamento do futuro Complexo Hospitalar do Mandaqui representa um desafio profissional, dada a complexidade de fatores de ordem política, econômica e principalmente institucional, devido as políticas diferentes vigentes nas instituições componentes do setor de saúde.

Serão destes fatores que dependeremos para o estabelecimento de um cronograma operacional do Projeto.

Considerando-se que a livre iniciativa da Diretoria do Complexo tenha amplo respaldo dos Órgãos ao qual se subordina, teremos a implantação dividida em 4 fases distintas:

A - Curtíssimo Prazo até 30 dias

B - Curto Prazo de 30 dias a 6 meses

C - Médio Prazo de 6 meses a 12 meses

D - Longo Prazo de 12 meses a 18 meses

A - Curtíssimo Prazo (até 30 dias)

1. Pavilhão Leonor Mendes de Barros

1.1 Unidade de Internação Pediátrica

1.2 Pronto Socorro Infantil

2. Pavilhão Miguel Pereira

2.1 Pronto Socorro Municipal do Mandaqui

2.2 Diretoria Técnica

2.3 Diretoria dos Serviços Administrativos

2.4 Setor de Comunicações

3. Prédio onde funcionava a Sociedade Beneficente e Residências

3.1 Seção de Pessoal

3.2 Serviço de Finanças

3.3 Setor de Zeladoria

3.4 Seção de Material e Patrimônio

3.5 Contadoria Seccional da Secretaria da Fazenda

3.6 Posto Bancário

4. Atividades Administrativas de Apoio

4.1 Centralização das Sub-Frotas

4.2 Centralização das Atividades das Oficinas

B - Curto Prazo (30 dias a 6 meses)

1. Pavilhão Miguel Pereira

1.1 Unidade de Ambulatório (Especialidades)

1.2 Unidade Radiológica

1.3 Unidade de Centro Cirúrgico

1.4 Unidade de Centro Obstétrico

1.5 Unidade de Centro de Material Esterelizado

1.6 Unidade de Internação (50% dos leitos)

1.6.1 Maternidade

1.6.2 Clínica Médica

1.6.3 Clínica Cirúrgica

2. Pavilhão Dr. Antonio Guião

Vestiário Centralizado dos Funcionários

3. Hospital Infantil da Zona Norte

3.1 Instituto de Pneumologia

3.1.1 Unidades de Internação (200 leitos)

3.1.2 Unidade de Pronto Atendimento e Ambulatório

4. Prédio do Necrotério e Anatomia Patológica do Hospital Infantil da Zona Norte

Laboratório de Patologia Clínica Regional

5. Centro de Convivência Infantil Centralizado

6. Lavanderia do Hospital Infantil da Zona Norte Centralizada

C - Médio Prazo (6 meses a 12 meses)

1. Pavilhão Miguel Pereira

Reforma e Centralização do Serviço de Nutrição e Dietética

2. Pavilhão Mandaqui I

Futura Biblioteca e Museu

D - Longo Prazo (12 meses a 18 meses)

1. Pavilhão Miguel Pereira

1.1 Unidades de Internação (50%)

1.1.1 Clínica Médica

1.1.2 Clínica Cirúrgica

2. Outras Obras Necessárias

2.1 Construção de Depósito de Lixo

2.2 Almoxarifado Central.

12 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI

Delineadas as modificações na estrutura física, a sua execução deverá ocorrer sem prejuízos e diminuição das atividades atualmente desenvolvidas pelas Instituições.

Partindo da elaboração de um novo Regulamento permitir-se-á implantação de uma estrutura administrativa que venha atender as necessidades organizacionais do Complexo a ser instalado, sempre objetivando a utilização máxima dos recursos disponíveis e de acordo com as normas estabelecidas pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar.

Assim é que o cumprimento das finalidades propostas deverá ter em suas linhas principais o modelo de estrutura que se segue:

DIRETORIA DE DEPARTAMENTO NÍVEL I

Estão subordinados técnica e administrativamente à Diretoria de Departamento 5 grandes Divisões:

I. Divisão Médica
II. Divisão de Enfermagem
III. Divisão de Serviço Paramédico
IV. Divisão de Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
V. Divisão de Serviços Administrativos

I. DIVISÃO MÉDICA

1. Serviço de Pediatria
2. Serviço de Tisio-Pneumologia
3. Serviço de Clínica Médica
4. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
5. Serviço de Clínica Cirúrgica

II. DIVISÃO DE ENFERMAGEM

1. Enfermagem Hospitalar
2. Enfermagem de Saúde Pública

III. DIVISÃO DE SERVIÇOS PARAMÉDICOS

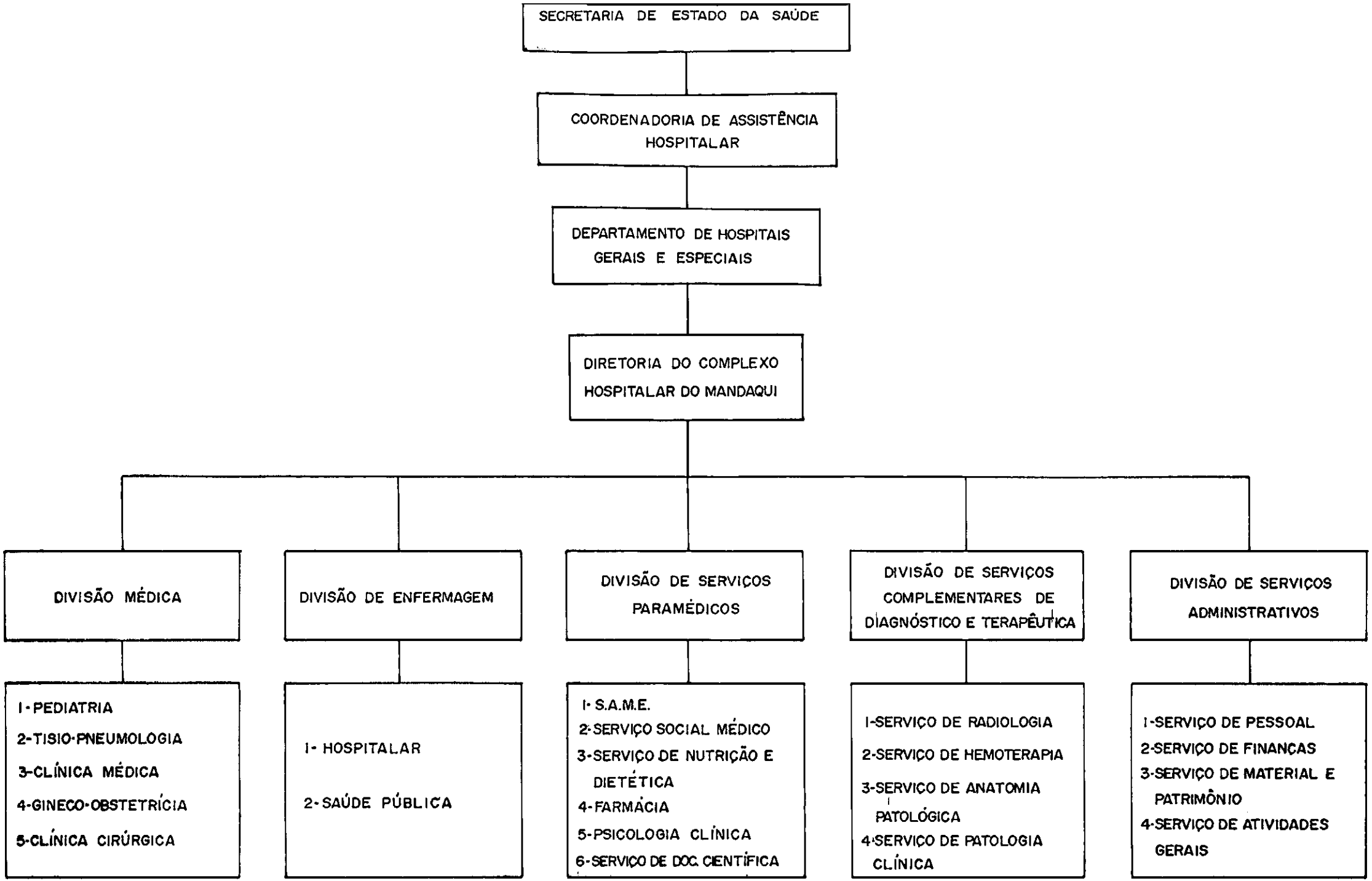
1. Serviço de Arquivo Médico e Estatística
2. Serviço Social Médico
3. Serviço de Nutrição e Dietética
4. Farmácia
5. Psicologia Clínica
6. Serviço de Documentação Científica

IV. DIVISÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

1. Serviço de Radiologia
2. Serviço de Hemoterapia
3. Serviço de Anatomia Patológica
4. Serviço de Patologia Clínica

V. DIVISÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

1. Serviço de Pessoal
2. Serviço de Finanças
3. Serviço de Material e Patrimônio
4. Serviço de Atividades Gerais


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
DEPARTAMENTO DE HOSPITAIS GERAIS E ESPECIAIS
DIRETORIA DO COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI
DIVISÃO MÉDICA
1-PEDIATRIA
2-TISIO-PNEUMOLOGIA
3-CLÍNICA MÉDICA
4-GINECO-OBSTETRÍCIA
5-CLÍNICA CIRÚRGICA
DIVISÃO DE ENFERMAGEM
1- HOSPITALAR
2-SAÚDE PÚBLICA
DIVISÃO DE SERVIÇOS PARAMÉDICOS
1- S.A.M.E.
2-SERVIÇO SOCIAL MÉDICO
3-SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
4-FARMÁCIA
5-PSICOLOGIA CLÍNICA
6-SERVIÇO DE DOC. CIENTÍFICA
DIVISÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA
1-SERVIÇO DE RADIOLOGIA
2-SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
3-SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
4-SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA
DIVISÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
1-SERVIÇO DE PESSOAL
2-SERVIÇO DE FINANÇAS
3-SERVIÇO DE MATERIAL E PATRIMÔNIO
4-SERVIÇO DE ATIVIDADES GERAIS

13 CONCLUSÃO

Apresentamos de acordo com o objetivo proposto um modelo possível e viável de integração do Hospital Infantil da Zona Norte e Parque Hospitalar do Mandaqui, de finalidades distintas, em um hospital geral de 750 leitos, o Complexo Hospitalar do Mandaqui, Juntamente com a co-participação de outros recursos como os da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de São Paulo, do Hospital do Servidor Público Estadual " Francisco Morato de Oliveira " e do Instituto Nacional de Previdencia Social, numa associação altamente desejada e não usual, ampliará as condições de assistencia hospitalar para os Distritos de Vila Maria, Nossa Senhora do O' e Tucuruvi e progressivamente a toda Região Norte do Município de São Paulo, podendo até se transformar num Hospital de Clínicas para a região.

14 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA. Reorientação da assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. 3a. ed. Rio de Janeiro, 1983

2. GUIMARÃES, Cid. Contribuição ao Estudo para Integrar os Serviços de Saúde na Guiana. São Paulo, 1972 (Tese de Doutoramento - Faculdade de Saúde Pública - USP)

3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

4. MC NERNEY, W.J. & RIEDEL, D.C. Regionalization and rural health care: an experiment in three communities. Ann Arbor. , University of Michigan, 1962. (Bureau of Hospital Administration . Research Series 2)

5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Función de los hospitales em los programas de proteccion de la salud. Genebra, 1957, (Série de Informes Técnicos, nº 122)

6. PEDROSO, O.P. Hospital Dona Carolina Malheiros: Um hospital de comunidade. São Paulo, 1959 (Tese para catédra - Faculdade Higiene e Saúde Pública - USP)

7. ROBAYO, Jorge Castellanos. Situaciones de Cobertura, niveles de atención primária. Boletin de la Oficina Sanitária Panamericana 2 (6): 478-492, jun. 1977.

8. STONE, J.E. Hospital organization and management. London, Faber, 1952.

15 - BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

1. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Textos de Saúde Pública. São Paulo, 1981 (PREVSAÚDE, nº 1)

2. BORBA, J.G. Subsídios para a melhoria de assistência médico - hospitalar no Estado de São Paulo: Centro Piloto de Leme. São Paulo, 1962. (Tese apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP)

3. CARVALHO, Lourdes de Freitas. Determinação das necessidades de leitos em hospitais gerais. Revista Paulista de Hospitais 25 (8): 341-370, ago., 1977.

4. CARVALHO, Lourdes de Freitas. Assistência médica na área periférica de São Paulo. Revista Paulista de Hospitais 27 (12): 372-376, dez. 1979.

5. CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Rio de Janeiro, 1982.

6. DE STEFANO, Italo João. Hospital " São Luiz Gonzaga " - Jacanã da Irmandade de Santa Casa de Misericordia de São Paulo. São Paulo 1968. (Trabalho apresentado à Faculdade de Higiene e Saúde Pública - Mestrado)

7. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo - 1982. São Paulo, SEADE , 1983.

8. GUIMARÃES, C. Corpo clínico organizado é exigência do hospital de nossos dias. Med. Hosp. 1 (7): 43-6, 1968.

9. GUIMARÃES, C. Determinação das necessidades de leitos em hospitais gerais. Revista Paulista de Hospitais 25 (8):341-370, ago, 1977.

10. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Programa de reorientação da assistência odontológica. Rio de Janeiro, MPAS/CCS, 1983.

11. JATENE, Adib Domingos et. al. Assistência à saúde na região metropolitana de São Paulo - Brasil. Washington, D.C., 1981 (Trabalho apresentado à Reunião Regional OMS/OPS, sobre desenvolvimento de Serviços de Saúde nas grandes cidades da América Latina)

12. KEDY, Vitória. Implantação do serviço de arquivo e estatística em um hospital universitário. São Paulo, 1984. (Dissertação de Mestrado à FAculdade de Saúde Pública - USP)

13. KOONTZ, H & O' DONNEL, L. Princípios de administração:uma análise das funções administrativas. São Paulo, Pioneira,1962.

14. LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. Levels of application of preventive medicine. In: Preventive medicine for the doctor in his community. 3rd. ed. New York, Mc Graw-Hill, 1965 p.14-38.

15. LEAVELL, H.R. Planning for community health. In: LEAVELL, H.R & CLARK, E.G Preventive medicine for doctor in his community. 3rd. ed. New York, Mc Graw-Hill, 1965 p.612-20.

16. Mac EACHERN, M.T. Hospital organization and management. 3rd. ed. Chicago Physicians Record, 1957.

17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. Genebra, 1957. (Série de informes Tecnicos, nº 122)

18. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Sistemas de salud. Washington, 1972. (Publicação Científica, v. 234)

19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atención primária de salud. Genebra, OMS, 1978. (Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 1978)

20. PEDROSO, Odair Pacheco. Determinação das necessidades de leitos em hospitais gerais. Revista Paulista de Hospitais 25 (8): 341-370, ago., 1977.

21. PEDROSO, Odair Pacheco. Determinação das necessidades em leitos de assistência hospitalar geral para o Estado de São Paulo. Revista Paulista de Hospitais 26 (1): 4-11, jan. 1978.

22. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica. São Paulo, 1978.