ESTUDO PARA
TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL "SÃO LUIZ GONZAGA" EM
UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE

CLAUDIO LEONI MARQUES DE MORAES

Trabalho apresentado à Disciplina de
Administração Hospitalar da Faculdade
de Saúde Pública da USP para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública

São Paulo

1972

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

CLAUDIO LEONI MARQUES DE MORAES

- Médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria
- Professor Assistente do Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Santa Maria
- Administrador Hospitalar formado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- Médico Sanitarista formado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

ÍNDICE

I -- INTRODUÇÃO	6
II - INTEGRAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE SAÚDE	12
III- DA TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL "SÃO LUIZ GONZAGA" EM UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE	
1. Razões para transformação em unidade integra da	16
2. Dados sobre o hospital	17
3. Estrutura administrativa	19
4. Recursos humanos e materiais	23
5. Dados sobre a população residente na área	25
6. Atividades a serem executadas	27
7. Número esperado de consultas	
7.1. Consultas médicas	28
7.2. Consultas odontológicas	31
8. Pessoal necessário ao centro de saúde	
8.1. Médico Chefe	32
8.2. Médico consultante	33
8.3. Odontólogo	35
8.4. Enfermeira	35
8.5. Nutricionista	36
8.6. Educador de Saúde Pública	38
8.7. Assistente Social	39
8.8. Auxiliar treinado em nutrição	40

8.9. Auxiliar de Serviço Social	40
8.10. Visitadora Sanitária	41
8.11. Inspetor de Saneamento	42
8.12. Escriturário	43
8.13. Motorista	43
8.14. Atendente	44
8.15. Servente	44
9. Custo das atividades da alçada do centro de saúde	
9.1. Gasto com pessoal	45
9.2. Gasto com material e equipamentos	47
9.3. Gasto total, por ano	47
10. Convênio	48
IV- CONCLUSÕES	52
V - RESUMO	54
VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

ESTUDO PARA TRANSFORMAÇÃO DO

HOSPITAL "SÃO LUIZ GONZAGA" EM UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE

I - INTRODUÇÃO

A Medicina, com o passar dos séculos, vem evoluindo e sofrendo uma série de transformações. Essa evolução, no entanto, não teve sempre o mesmo ritmo pois, desde antes de Cristo até as primeiras décadas do século passado, se fez de modo lento e paulatino. A partir daí, com a descoberta dos agentes de várias doenças, houve um vertiginoso progresso, estabelecendo-se diversos novos métodos de diagnóstico e tratamento. Isso trouxe uma mudança, muitas vezes radical, nos conceitos de prevenção, proteção e recuperação da saúde levando, consequentemente, a uma ação mais forte e decidida no que diz respeito ao combate de moléstias.

A medicina preventiva e a saúde pública tiveram também seu surto de desenvolvimento no presente século (22). O mundo inteiro reconheceu serem os aspectos biomédicos profiláticos tão importantes ou mais que os curativos, razão pela qual houve enorme proliferação daqueles serviços. O interessante é que, com a enfati

zação das tarefas médicas preventivas, essa responsabilidade foi delegada às unidades sanitárias, ficando a cargo dos hospitais as atividades curativas. Evidentemente, esse erro trouxe consequências nefastas pois se procurou estabelecer um limite entre medicina preventiva e curativa, o que é, praticamente, impossível. Lógico está que houve problemas pois "funcionando dissociados desde sua origem, em determinado momento de sua evolução a organização preventiva se viu face à necessidade de incorporar certos serviços médicos de caráter curativo para poder imprimir eficácia ao seu programa profilático, enquanto a organização curativa começou a ressentir-se na eficiência por falta de uma orientação preventiva" (26).

Hoje em dia, quando já se atingiu um avançado estágio de desenvolvimento das ciências da saúde, não mais se pode conceber serviços de medicina preventiva e curativa totalmente isolados. Eles devem ser um só, formando um todo harmônico em benefício da coletividade (4;9;12;15;16;22;23;26;27). Em realidade, não existem duas medicinas pois "o curativo não pode desvincular-se do preventivo, o orgânico do psicológico, o individual do coletivo e o paciente internado do de ambulatório"(13). Se bem que exista uma tendência generalizada em unir os mencionados serviços, isso vem se processando de forma muito lenta, possivelmente devido a uma arraigada mentalidade de separação entre eles, cuja culpa cabe, em grande

parte, a muitas Escolas Médicas que ainda fazem essa divisão em seus currículos, dando aos futuros profissionais uma formação não condizente com aqueles termos ideais(14).

Em decorrência da conscientização da necessidade de tratamento do indivíduo como um todo, surgiu o conceito de medicina integral. Na verdade, não é esse um novo ramo da Medicina nem uma nova especialização mas sim, e tão somente, a maneira de encarar o paciente como um todo bio-psico-social. Em outras palavras, significa que o indivíduo é visto, tanto no estado de hi-gidez quanto nos seus desvios fisiológicos, como parte do meio e, portanto, influindo e sofrendo influências deste. Encarando por esse prisma, os problemas sociais, econômicos, políticos, culturais e psicológicos do indivíduo, co-mo elemento da sociedade que é, influem em toda sua vida e, em especial, no seu estado de saúde ou doença.

Há não muitos anos, passou-se a observar que em havendo acometimento de qualquer órgão de um paciente toda sua estrutura se abalava, sendo necessário, portanto, a ação de outros profissionais além do Médico. Verificou-se que as atividades no setor saúde cabiam a um grupo multiprofissional. Concluiu-se que assim co-mo o trabalho do Médico é importante também o é da Enfermeira, do Assistente Social, da Nutricionista e de outros elementos que fazem parte da equipe.

Todas essas novas facetas ou maneiras de encarar as coisas sob outro ponto de vista trou-

xeram reformulação de vários conceitos básicos. A Medicina, individualista que era, teve de tornar-se um trabalho de grupo, evolução que, felizmente, vem se dando a passos largos.

Há dois anos, por ocasião do Primeiro Congresso Internacional de Medicina de Grupo realizado em Winnipeg, Canadá, a Associação Médica Mundial encaminhou ofício ao Presidente do conclave recomendando e emprestando seu apoio às atividades de medicina de grupo (18). Esse tema, ainda um tanto novo, é assim definido pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo: "nova prática ou sistema de trabalho em equipe ou grupo pluriprofissional, versátil, democratizado, autônomo, racionalizado, comunitário, aglutinador e disseminador de serviços e bens no setor saúde e que promove o bem estar físico, mental, social e espiritual de todo homem e do homem todo, integrando-o na coletividade, mobilizada para o desenvolvimento sócio-econômico, a paz social e a segurança nacional" (3). Vê-se, pois, que estamos numa fase de transição, ou melhor, praticamente ingressamos em novo ciclo da História da Medicina.

Mas, embora o enorme avanço de progresso que tem havido nas ciências da saúde nos últimos decênios, ainda são inúmeros os problemas em todas as partes do mundo, especialmente nos países em vias de desenvolvimento. Os indicadores dos níveis de saúde mostram

contrastes flagrantes entre alguns países com outros mais desenvolvidos.

Em que pese os governos terem consciência dos altos coeficientes de mortalidade e morbidade, os orçamentos de muitos países não têm permitido atacar de uma vez nem aqueles problemas considerados maiores quanto mais a solução de todos, o que aliás seria incompatível com o orçamento de qualquer nação.

Com o aprimoramento dos métodos e técnicas de diagnóstico e tratamento, o custo dessas atividades tem ficado cada vez mais alto (7). Então, é preciso que se lance mão de planejamento adequado, de sorte a se conseguir o máximo de produtividade com o mínimo de gastos. De um modo geral, não é isso que se verifica em nosso País, bastando para que tal seja confirmado observar-se a proliferação exagerada dos órgãos de saúde, a maioria dos quais operando com deficiências. Isso se nos afigura como um esbanjamento desnecessário e inconcebível, dados os poucos recursos de que dispomos.

Assim como é recomendável, e necessário mesmo, o trabalho pluriprofissional em grupos, o que em outras palavras quer dizer integração de profissionais de saúde, também é imperiosa a fusão e integração dos serviços profiláticos e curativos, não só para facilitar o trabalho pluriprofissional mas também para o barateamento do custo das atividades e para manutenção de um padrão mais elevado de assistência à população.

O estudo que ora apresentamos visa a integração de um centro de saúde da Secretaria de Estado da Saúde com um hospital particular, sediado na capital do Estado de São Paulo. Preconizamos a transformação dessas duas instituições em um só órgão que exerça medicina integral no seu mais amplo sentido. Pretendemos demonstrar que se é viável tal integração entre órgãos governamentais, também não é impossível fazê-la com entidades particulares.

II - INTEGRAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE SAÚDE

O centro de saúde e o hospital, criados com a finalidade de atender aspectos diversos no setor saúde, ou seja, medicina preventiva e curativa respectivamente, viram, com o decorrer do tempo, suas atividades começar a se entrelaçar, pois cada um desempenhava funções que, teoricamente, seriam da competência do outro. Isso é evidente porque não sendo possível separar nitidamente as tarefas profiláticas das curativas, uma vez que não existem limites precisos, forçosamente as funções de cada um dos órgãos, em certas ocasiões, seriam comuns. Partindo desse princípio, e como consequência lógica, surgiu a idéia de integração sanitária (20).

No Brasil, a integração sanitária ainda está dando os primeiros passos. Se bem que várias tentativas venham sendo feitas, a exemplo do que ocorre com a Fundação Especial de Saúde Pública (SESP), ainda são esforços isolados que, no contexto geral do País, não tem grande repercussão sobre a estrutura global de saúde. Também o desenvolvimento da administração hospitalar em bases científicas muito tem contribuído para o processo integracional (26). O Administrador Hospitalar, dados os conhecimentos sobre saúde pública que recebe durante o curso, como ocorre no ministrado pela Faculdade de Saúde

Pública de São Paulo, não desconhece a importância da medicina preventiva dentro do hospital e as vantagens advindas da integração, no tratamento de pacientes.

A multiplicação dos órgãos assistenciais, funcionando isoladamente, faz com que se tornem onerosos e às vezes praticamente ineficientes (1). Hoje em dia, com o aperfeiçoamento dos métodos e técnicas de diagnóstico, tratamento e mesmo prevenção de doenças, há um custo operacional bastante elevado. Material, equipamentos e pessoal especializado são caros e ainda escassos em nosso País. Urge, pois, que se procure aproveitar ao máximo os recursos disponíveis para que, com o menor gasto possível, seja dado senão um alto padrão de assistência à população pelo menos de nível considerado satisfatório.

"Sob o ponto de vista econômico, a integração, no campo da saúde como nas demais esferas de atividades humanas, constitui a maneira racional de aplicar os modestos recursos de que dispomos - recursos em mão de obra qualificada, em equipamentos, instalações, etc. - impondo uma conjugação de esforços capaz de eliminar os efeitos perniciosos da pulverização dos orçamentos através de uma variedade de serviços dedicados a misteres comuns ou afins" (25).

A integração centro de saúde-hospital, sob uma só chefia, parece ser a fórmula ideal para a resolução dos problemas apontados, especialmente nas pe

quenas comunidades e zonas rurais, muito embora também possa ser feita nas grandes cidades, junto a hospitais pequenos ou médios. Nesse caso, haveria diversas unidades integradas de saúde nos bairros, atendendo às populações residentes nas áreas circunvizinhas. Tanto naquela hipótese como nesta, há necessidade de apoio de um hospital de base que assista os casos mais especializados.

Em Tese recentemente divulgada, RAMOS afirma que "a unificação total das atividades preventivas e curativas apresenta numerosas vantagens, dentro as quais merecem destaque:

- administração centralizada dos serviços locais de saúde;
- economia de pessoal e instalações;
- utilização conjunta dos recursos diagnósticos;
- trabalho educativo continuado;
- melhor coordenação das atividades preventivas e curativas;
- utilização mais racional dos leitos hospitalares, com redução da média de permanência;
- controle mais eficiente do paciente após a alta hospitalar;
- maiores facilidades para a população, que encontra reunidos num só lugar os serviços de saúde da comunidade" (26).

É ainda o mesmo autor que diz se

desenrolar a integração sanitária em três fases:

fase I - integração dos serviços preventivos especializados, dando origem ao centro de saúde.

fase II - desenvolvimento de atividades preventivas pelo hospital e de atividades curativas pelo centro de saúde.

fase III- fusão física, técnica e administrativa dos serviços preventivos e curativos, dando lugar à unidade integrada de saúde.

III - DA TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL "SÃO LUIZ GONZAGA" EM

UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE

1. RAZÕES PARA TRANSFORMAÇÃO EM UNIDADE INTEGRADA

Em São Paulo, como sói acontecer nos demais Estados da Federação, é regra quase geral que os cuidados de medicina preventiva sejam da alçada dos centros de saúde, ficando a cargo dos hospitais as tarefas curativas. Reportando-nos ao que foi dito anteriormente, podemos afirmar que o Brasil se encontra na fase II da integração sanitária, ou seja, assim como os hospitais se vêm compelidos a desempenhar tarefas preventivas, também os centros de saúde têm atividades curativas.

Evidentemente que, dada a estrutura imposta ao setor saúde, há desperdício de verbas, material, equipamentos e pessoal. Além disso, o nível de assistência prestado à população não atinge os ideais almejados.

O Bairro do Jaçanã, em São Paulo, onde está situado o Hospital "São Luiz Gonzaga", é servido por um centro de saúde que, segundo a classificação adotada pela Secretaria de Estado da Saúde, é de tipo III. Esse centro de saúde está localizado em um dos pavilhões

do hospital, desde há algum tempo, dada a cessão, por empréstimo, feita pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia à Secretaria da Saúde. Muito embora exista essa proximidade física, não há qualquer tipo de integração entre as duas entidades, funcionando, cada uma delas, com seu pessoal, material, equipamentos e administração totalmente individualizados. Está claro que, além de outras desvantagens, essa falta de integração redundará em maior ônus à coletividade que tem de manter os dois órgãos, além do desconforto de precisar recorrer ora a um ora a outro e às vezes a ambos para tratar do mesmo assunto - saúde.

As razões apontadas nos parecem suficientemente fortes e convincentes para que hospital e centro de saúde se fundam, de sorte a ser criada uma unidade integrada de saúde no Bairro do Jaçanã. Quanto ao apoio necessário de um hospital de base, este será dado pelo Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que conta com cerca de 1200 leitos.

2. DADOS SOBRE O HOSPITAL

O Hospital "São Luiz Gonzaga" está localizado no Bairro do Jaçanã que se situa no extremo norte do Subdistrito de Tucuruvi, Município de São Paulo. Pertence à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São

Paulo a qual possui também os seguintes hospitais:

- Hospital Central
- Sanatório "Vicentina Aranha" (Tisiologia)
- Hospital de Inválidos "D. Pedro II"

O Hospital "São Luiz Gonzaga" foi inaugurado em 1932, tendo funcionado até fins de 1968 no atendimento a pacientes de tisiologia. A partir dessa data os doentes foram sendo paulatinamente transferidos para o Sanatório "Vicentina Aranha", localizado na cidade de São José dos Campos (8) e distante cerca de 75 km por via rodoviária.

A tendência atual é de que o tratamento da tuberculose deva ser preferentemente ambulatorial, somente se fazendo internação quando houver impossibilidade de tratamento em ambulatório ou nos casos em que haja complicação. Vendo as coisas por esse prisma, a Santa Casa houve por bem julgar oportuno a transformação do "São Luiz Gonzaga" em hospital geral. Logicamente houve necessidade de serem feitas reformas na planta física que aliás ainda não foram totalmente concluídas.

Atualmente o "São Luiz Gonzaga" é um hospital geral, filantrópico, de comunidade, com uma construção do tipo multipavilhonar. Muito embora tenha sido planejado para 400 leitos, no momento vem operando com apenas 235.

Para o Jaçanã, um dos populosos

bairros da Capital, a necessidade de leitos hospitalares pode ser calculada na base de 4,5 leitos para cada 1000 habitantes. Assim sendo, o "São Luiz Gonzaga", único hospital geral na área, tem possibilidade de dar assistência a cerca de 52.000 pessoas.

3. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Para a fusão do Hospital "São Luiz Gonzaga" com o centro de saúde do Jaçanã, o que em outras palavras quer dizer a criação da unidade integrada de saúde, é imprescindível o estabelecimento de um convênio entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde. Este definirá as normas a serem adotadas, os objetivos a serem alcançados, etc., como veremos mais adiante.

Como é muito mais fácil a um hospital se aparelhar para exercer atividades de um centro de saúde que vice-versa, parece lógico que a responsabilidade técnico-administrativa e financeira deva recair sobre o hospital (20;12). No caso presente essa responsabilidade deverá ser da Irmandade, portanto.

A estrutura administrativa a ser montada não difere muito daquela clássica de um hospital (23). O organograma, representação gráfica desta estrutu-

ra, pode ser visto na folha anexa.

Ao Superintendente, figura máxima executiva, estão subordinados os Diretores de cada um dos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e também o estarão os da unidade integrada de saúde.

O Superintendente terá um Conselho Técnico Consultivo que lhe fará assessoria. A este incumbirá coordenar as atividades da unidade integrada, procurando conciliar os interesses e orientações da Secretaria da Saúde com os da Irmandade. Deverá, além disso, analisar e avaliar os resultados obtidos, dando a devida divulgação para que outros possam se valer da experiência.

O Conselho Técnico Consultivo, que se regerá por Regimento próprio, será composto de seis membros: três representantes da Secretaria da Saúde e três da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, dois dos quais deverão pertencer à unidade integrada. Outros elementos, que por suas idéias possam colaborar no trabalho desenvolvido, poderão ser convidados a tomar parte em reuniões do Conselho, esporádica ou temporariamente, não tendo, no entanto, direito a voto.

A máquina administrativa da unidade integrada terá três divisões: Divisão Médica, Divisão Técnica e Divisão Administrativa.

A Divisão Médica será dirigida por Médico que deve, compulsoriamente, ser Sanitarista,

ORGANOGRAMA DA UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DO JAÇANÃ

sendo de todo conveniente que tenha curso de Administração Hospitalar. Essa Divisão compreende os Serviços Médico-Odontológicos e os Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento.

O Diretor da Divisão Médica deverá ser Sanitarista primeiramente porque é exigência da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo que as unidades sanitárias contem com Sanitaristas ocupando cargo de chefia e em segundo lugar porque alguns aspectos de saúde pública fatalmente escapariam ao Médico que simplesmente tenha feito o curso de graduação, o mesmo não devendo ocorrer com o Sanitarista em relação aos aspectos médico-curativos. Quanto ao fato de possuir curso de Administração Hospitalar é interessante porque, como irá ocupar um cargo de direção, há aspectos e situações que, por vezes, se irá defrontar cuja solução será mais fácil e pronta se tiver conhecimentos de organização, administração e assistência médico-hospitalar. Salientamos que nos parece interessante e não imprescindível, o Diretor da Divisão Médica possuir curso de Administração Hospitalar, pois suas atividades são mais restritas ao Corpo Clínico, não tendo, portanto, maiores diligências na esfera administrativa da unidade integrada de saúde.

A Divisão Técnica será dirigida por profissional biomédico que tenha curso de Administração Hospitalar com ênfase em saúde pública, sendo interesg

sante que também seja Sanitarista.

A razão da exigência do curso de Administração Hospitalar ao Diretor da Divisão Técnica prende-se ao fato que suas atividades provavelmente serão mais intensas na esfera hospitalar que nos aspectos de saúde pública. Porém, como as atividades de saúde pública existirão, é recomendável que também seja Sanitarista.

A Divisão Técnica compreende:

- Serviço de Enfermagem;
- Serviço Social Médico;
- Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Secção de Farmácia-depósito.

A Farmácia se constituirá em Secção porque será apenas depósito, uma vez que o Serviço se localiza no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa.

Cada um dos Serviços atrás mencionados terá um Chefe que, de preferência, deve ter curso de Administração Hospitalar, dadas as várias questões administrativas que terão de enfrentar. Para o Serviço de Enfermagem será condição "sine qua non" que o Chefe possua o citado curso pois, sendo o Serviço que conta com o maior número de funcionários, fatalmente também será o que irá apresentar um sem número de problemas administrativos que precisarão da habilidade de um técnico para resolvê-los.

A Divisão Administrativa será dirigida por um profissional com curso de Administração Hospitalar, pelas mesmas razões já referidas. Essa Divisão compreenderá:

- Serviço de Pessoal;
- Serviço de Material;
- Serviço de Contabilidade;
- Secção de Tesouraria;
- Secção de Comunicações e Arquivo;
- Secção de Lavanderia e Rouparia;
- Secção de Conservação e Reparos;
- Secção de Zeladoria;
- Setor de Transporte.

Assim como foi dito para a Divisão Técnica, é de todo interessante que os Chefes de Serviço da Divisão Administrativa tenham curso de Administração Hospitalar. O Chefe do Serviço de Contabilidade deverá ser Contador, por razões óbvias.

4. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Como já foi dito, a responsabilidade técnico-administrativa e financeira da unidade integrada de saúde será da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. A ela caberá, portanto, prover a unidade dos re-

ursos humanos e materiais necessários ao seu funcionamento. Logicamente a Secretaria da Saúde deverá ter alguma participação pois a unidade integrada passará a exercer atividades que, no conceito atual, seriam da sua alçada. Essa participação será principalmente sob a forma de verbas cujo valor, que deverá ficar estabelecido no convênio, procuraremos calcular e demonstrar mais adiante.

Presentemente, o Hospital "São Luiz Gonzaga" tem assegurado seu funcionamento por doações, convênios, subvenções, contribuições, etc. Inclui-se a Secretaria da Saúde, através da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, dá uma contribuição, tendo em vista a característica de hospital filantrópico.

Ao ser transformado em unidade integrada de saúde, não deverão ser suspensas ou suprimidas as contribuições feitas ao hospital pelos cofres públicos, pois as internações continuarão sendo feitas da mesma forma que antes. Deverá, isto sim, ser feita uma complementação pela Secretaria da Saúde, através da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, para as atividades correspondentes a centro de saúde que serão desempenhadas.

A compra e manutenção de materiais e equipamentos, bem como o pagamento do pessoal, serão da responsabilidade única e exclusiva da Irmandade. A Secretaria da Saúde poderá, a título de colaboração, colocar pessoal de seu quadro à disposição da unidade integrada

da mas o pagamento deste, bem como os encargos sociais devidos, serão cobertos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

O treinamento do pessoal, como também supervisão, assessoria e avaliação de programas, poderão ser feitos por órgãos da Secretaria da Saúde, sem que isso implique em quaisquer ônus que devam ser deduzidos da verba de convênio.

5. DADOS SOBRE A POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA

Os recenseamentos de 1960 e 1970 revelaram, para o Município de São Paulo, 3.788.857 e 5.921.796 habitantes, respectivamente (10;11). Assim, calculando-se pelo método aritmético, estimamos que em 01.07.72 a população estivesse em 6.348.384 habitantes.

Em 1970 o Subdistrito de Tucuruvi possuía 360.271 habitantes (*) que estavam assim distribuídos:

menos de 1 ano	12.977	3,6%
de 1 a 4 anos	45.024	12,5%

(*) Informação fornecida pela Disciplina de Estatística Vital da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1972.

de 5 a 14 anos	82.694	22,9%
de 15 a 49 anos	183.521	50,9%
50 anos e mais	36.265	10,1%
<hr/>		
TOTAL	360.271	100,0%

Supondo que o Subdistrito de Tucuruvi houvesse tido o mesmo aumento populacional que todo o Município, em 01.07.72, segundo nossa estimativa, de veria estar com 386.223 habitantes e a distribuição etária, se não houvessem variado as condições de aumento demográfico, seria a seguinte:

menos de 1 ano	13.904	3,6%
de 1 a 4 anos	48.278	12,5%
de 5 a 14 anos	88.445	22,9%
de 15 a 49 anos	196.587	50,9%
50 anos e mais	39.009	10,1%
<hr/>		
TOTAL	386.223	100,0%

Tomando como base de cálculo o Subdistrito de Tucuruvi e supondo que a distribuição populacional do Bairro do Jaçanã guardasse a mesma proporcionalidade que aquele, nos diversos grupos etários, em 01.07.72 a população assistida pelo Hospital "São Luiz Gonzaga" deveria ser:

menos de 1 ano	1.872	3,6%
de 1 a 4 anos	6.500	12,5%
de 5 a 14 anos	11.908	22,9%

de 15 a 49 anos	26.468	50,9%
50 anos e mais	5.252	10,1%
<hr/>		
TOTAL	52.000	100,0%

Queremos ressaltar que se outros dados mais precisos não foram apresentados é pela inexistência desses, tanto em órgão nacional quanto estadual ou municipal, segundo informações colhidas.

6. ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS

As atividades que incumbirão à unidade integrada de saúde executar serão aquelas de assistência médico-hospitalar que atualmente o "São Luiz Gonzaga" exerce, como hospital geral, e mais ainda as pertinentes a um centro de saúde.

Como não poderia deixar de ser, é imperioso que sejam estabelecidos programas de saúde pública. Esses programas, em um centro de saúde como para o Jaçanã, compreenderiam:

- Higiene materno-infantil (inclusive Hig. escolar)
- Higiene do adulto
- Saneamento do meio
- Controle de doenças transmissíveis
- Nutrição
- Odontologia sanitária

- Epidemiologia e estatística
- Enfermagem
- Educação sanitária

Dados os altos coeficientes de mortalidade e morbidade de observação corrente em qualquer área de nosso País, seria prioritária a Higiene materno-infantil. Também o saneamento do meio deve ter prioridade, pois ninguém desconhece as várias interrelações que guarda com os demais programas, podendo-se mesmo afirmar que quanto mais aprimorado o saneamento do meio tanto mais baixos são os coeficientes de mortalidade e morbidade, especialmente por doenças de veiculação hídrica.

É claro que além desses programas, considerados gerais, poderão ser estabelecidos outros, especiais, julgados necessários ou convenientes, na dependência das condições ou necessidades da área e dos critérios adotados na ocasião.

7. NÚMERO ESPERADO DE CONSULTAS

7.1. CONSULTAS MÉDICAS

A frequência de consultas médicas, em unidade sanitária, segundo o grupo etário considerado, apresenta cifras um tanto díspares de autor para au

tor. PIOVESAN & CASTRO (24) recomendam a seguinte periodi-
cidade:

0	1 ano	12 vezes por ano
1	2 anos	4 vezes por ano
2	7 anos	2 vezes por ano
7	12 anos	1 vez por ano

Para MASCARENHAS (17) a frequên-
cia de consultas médicas deveria ser:

0	1 ano	12 vezes por ano
1	2 anos	4 vezes por ano
2	7 anos	2 vezes por ano
7	14 anos	0,5 vez por ano
14	40 anos	0,5 vez por ano
40 anos e mais		1 vez por ano

Os dados de população que dispo-
mos, vistos páginas atrás, não apresentam a mesma distri-
buição etária como acima. Na falta de dados mais preci-
sos, vamos então arbitrar, com base nos dados que temos
em mãos, que a unidade integrada terá a seus cuidados uma
população que esteja assim distribuída:

menos de 1 ano	1.870 habitantes
de 1 a 6 anos	9.130 habitantes
de 7 a 14 anos	9.280 habitantes
15 anos e mais	31.720 habitantes

Para essa distribuição etária a-

dotaremos o seguinte critério, com respeito à frequência de consultas médicas, tomando por base o que já foi apresentado:

menos de 1 ano	12 consultas por ano
de 1 a 6 anos	2,5 consultas por ano
de 7 a 14 anos	0,5 consultas por ano
15 anos e mais	0,7 consultas por ano

Dessa forma, pretendendo atender a 70% da população, esperamos que o número de consultas seja:

menos de 1 ano	15.700 consultas por ano
de 1 a 6 anos	15.980 consultas por ano
de 7 a 14 anos	3.250 consultas por ano
15 anos e mais	15.540 consultas por ano

Com relação à Higiene materna , considera-se como boa a frequência de 5 consultas por período de gestação, por paciente (6).

Não dispomos de dados sobre o número de gestantes mas, baseado no número de crianças com idade abaixo de 1 ano, somos levado a supor que seria em torno de 2000. Se assim for, pretendendo-se atender a 80% das gestantes, poder-se-á esperar cerca de 8000 consultas anuais.

7.2. CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

É praticamente impossível se determinar o número de consultas odontológicas esperadas em uma população qualquer, sem que se saiba exatamente o estado dentário dessa população.

Levando em conta os reduzidos re cursos existentes em nosso País, particularmente no que refere a pessoal, seria utópico pretendermos instalar um serviço odontológico que atingisse aqueles fins considera dos ideais. Em nossa unidade integrada, como em qualquer outro serviço de saúde, será forçoso que o atendimento se restrinja aos grupos mais vulneráveis, ou seja, crianças e gestantes. É óbvio que, dentre as crianças, será dada maior atenção aos escolares.

O trabalho a ser realizado deve- rá sê-lo pelo chamado "sistema incremental", ou seja, ori entado de forma a atender o maior número possível de paci entes, de modo a que sejam reduzidos ao mínimo seus pro - blemas.

No grupo de escolares a atenção será concentrada naqueles que entram e nos que estão pres tes a terminar o curso.

8. PESSOAL NECESSÁRIO AO CENTRO DE SAÚDE

É nosso propósito calcular o custo das atividades de um centro de saúde para o Bairro do Jaconã pois o valor encontrado será o montante da verba a ser paga pela Secretaria de Estado da Saúde à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, mediante convênio, para o desempenho das mesmas. Frisamos uma vez mais que os cálculos de pessoal que a seguir serão apresentados não dizem respeito a toda unidade integrada mas sim, e tão somente, àquele pessoal necessário para o desempenho das tarefas a tinentes a um centro de saúde.

8.1. MÉDICO CHEFE

Toda unidade sanitária do Estado de São Paulo, consoante regulamentação da Secretaria da Saúde, deve contar com Médico Sanitarista ocupando cargo de chefia.

Nossa unidade integrada deverá, portanto, ter pelo menos um Médico Sanitarista. Este, segundo a estrutura administrativa que estabelecemos, vista páginas atrás, ocupará o cargo de Diretor da Divisão Médica. A ele estarão afetos tanto os serviços médico-odontológicos quanto os complementares de diagnóstico e tratamento.

to. Suas atribuições vão desde a organização, direção e supervisão das atividades médico-odontológicas e auxiliares até às ligações administrativas com o Superintendente da Santa Casa e de coordenação com o Diretor da Divisão Regional de Saúde da área.

8.2. MÉDICO CONSULTANTE

Inúmeros são os fatores que fazem variar a quantidade necessária de Médicos consultantes em uma unidade sanitária. Dentre tantos poderíamos citar a qualidade do pessoal auxiliar, a frequência da população à unidade e a quantidade de consultas de retorno, além do preparo dos Médicos.

Pela experiência do Centro de Saúde "Paula Souza", da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, cada Médico, trabalhando em regime de tempo parcial, tem possibilidade de atender cerca de 4850 crianças por ano (17). É óbvio que dependendo da área estudada esse número variará para mais ou para menos. Quer nos parecer que esse cálculo possa ser aplicado ao Jaçanã, sem muita causa de erro, uma vez que também se trata de zona urbana e localizada dentro do mesmo Município.

Reportando-nos ao calculado anteriormente, sendo 34.930 o número esperado de consultas

de crianças, será preciso 7 Pediatras, em números redondos, para atendimento ambulatorial na unidade integrada de saúde.

Quanto à Higiene materna, CIARI JUNIOR (6) admite a possibilidade de cada Médico, trabalhando em regime de tempo parcial, poder atender a cerca de 3000 consultas anuais. Sendo assim, como estimamos que haveriam 8000 consultas, será preciso 3 Médicos.

Na assistência a adultos, cada Médico pode atender, segundo MASCARENHAS (17), cerca de 2000 pacientes por ano. Comparando essa cifra com as apresentadas para assistência a crianças e gestantes, ela se nos afigura como de valor muito baixo. Cremos que, se para Higiene materna cada Médico tem possibilidade de dar 3000 consultas anuais, para o atendimento de adultos suas possibilidades não devem ser menores. Tal é a razão porque usaremos essa mesma cifra em nossos cálculos, o que significa haver a necessidade de 5 Médicos para a previsão feita de 15.540 consultas de adultos, por ano. Nestes estarão incluídos os que, por força da programação atual da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, devem exercer atividades em Fisiologia, Oftalmologia e Dermatologia sanitária, além de Higiene mental que é o tema da atualidade.

Resumindo, a necessidade de Médicos consultantes para as atividades ambulatoriais da uni-

dade integrada de saúde, trabalhando em regime de tempo parcial, seria:

Pediatras	7
Clínicos gerais	5
Obstetras (Pré-natalistas)	3
	<hr/>
TOTAL	15

8.3. ODONTÓLOGO

Como afirmamos anteriormente, é praticamente impossível calcular o número de consultas odontológicas •, conseqüentemente, o de Dentistas.

É conhecido o déficit de Odontólogos, bem superior ao de Médicos inclusive, não só em nosso País como em quase todo mundo (21).

Por tudo o que foi dito, basearemos nossos cálculos em tão somente 2 Odontólogos, trabalhando em regime de tempo parcial.

8.4. ENFERMEIRA

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, seria necessário, na América Latina, uma Enfermeira de Saúde Pública para cada 50.000 habitantes,

além de uma Enfermeira e cinco auxiliares para cada 10.000 (21). Embora não tenhamos autoridade para contrariar estudos daquele órgão, as cifras apresentadas se nos afiguram como um tanto altas e um pouco fora da realidade em nosso meio, sendo esse também o pensamento de outros autores(2; 28).

Julgamos que, para a unidade integrada em estudo, seja suficiente uma Enfermeira e uma Enfermeira de Saúde Pública, trabalhando em regime de dedicação exclusiva, para as atividades ambulatoriais. Quanto a pessoal auxiliar, veremos mais adiante.

Obedecida a indispensável hierarquização, as Enfermeiras terão atividades de planejamento e organização em sua área de trabalho; assessoria a seus superiores; supervisão, treinamento, educação em serviço e avaliação do trabalho de seus subordinados, além das tarefas de educação sanitária do povo.

8.5. NUTRICIONISTA

Segundo VILLALBA (29) os centros de saúde não comportam a participação de Nutricionistas, podendo as atividades de nutrição serem desempenhadas por auxiliar treinado. Já não é esse o pensamento de CASTRO (5) que afirma: "apesar do conhecimento sobre higiene ali

mentar que possam ter os demais funcionários de saúde pública torna-se indispensável nos centros de saúde para as atividades de supervisão além da organização e direção dos serviços de nutrição das unidades".

Somos de opinião que somente centros de saúde mais desenvolvidos devam contar com a participação de Nutricionistas. A unidade integrada de saúde do Jaganã irá necessitar desse profissional para o desenvolvimento de programas tanto a pacientes ambulatoriais ' como internados, para a elaboração de dietas gerais e especiais aos internados e ainda para ação junto à comunidade.

Pelas razões acima expostas, e tendo em vista o convênio que deverá ser firmado, somos favorável à inclusão de uma Nutricionista no quadro de pessoal do centro de saúde, nem que seja em regime de tempo parcial de trabalho, o que não equivale a dizer que será única na unidade integrada.

Serão tarefas das Nutricionistas da unidade integrada de saúde o planejamento e organização do Serviço de Nutrição e Dietética; assessoria a seus superiores hierárquicos; supervisão, treinamento, educação em serviço e avaliação do trabalho de seus auxiliares. Também o desenvolvimento de programas relacionados com nutrição, para prevenção de doenças e promoção da saúde, serão de sua competência (5). Está implícito que, ao levar

a efeito esses programas de nutrição, estarão colaborando na educação sanitária do povo.

8.6. EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

"A educação sanitária está sendo reconhecida universalmente como o mais importante e essencial campo de atividade de saúde pública" (5). Em países como o nosso, em que as crenças e tabús são em tão grande número e o comportamento dos indivíduos frente a problemas sanitários deixa tanto a desejar, o papel da educação sanitária é relevante. Conscientizando as pessoas, procura que elas modifiquem seus hábitos, de forma a terem um melhor nível de saúde (19).

O Educador de Saúde Pública é profissional ainda raro em nosso meio e por essa razão não se o utiliza em unidades sanitárias locais mas sim a nível regional e central. A nível local a educação sanitária fica a cargo de outros profissionais, especialmente de Enfermeiras.

Não teremos a pretensão de incluir um Educador de Saúde Pública no pessoal da unidade integrada de saúde do Jaçanã pelas razões que foram apontadas.

8.7. ASSISTENTE SOCIAL

Hodiernamente, em especial nas grandes cidades como São Paulo, os problemas psico-sócio-econômicos se apresentam em percentagem apreciável de casos. Ninguém desconhece que esses problemas influem de maneira decisiva no tratamento médico. Com isso, a presença do Assistente Social tornou-se obrigatória, ao lado do Médico, na proteção da saúde e na recuperação e reabilitação física, social e profissional de indivíduos.

Ao Assistente Social caberá o planejamento e organização do Serviço Social Médico da unidade integrada de saúde; assessoria a seus superiores hierárquicos; supervisão, treinamento, educação em serviço e avaliação do trabalho de seus subordinados; coordenação com outros órgãos de assistência social da comunidade, além das tarefas específicas já mencionadas.

Para a execução de tais atividades, em centro de saúde, julgamos que um Assistente Social seja o bastante, trabalhando em regime de dedicação exclusiva.

8.8. AUXILIAR TREINADO EM NUTRIÇÃO

Colabora com a Nutricionista no desenvolvimento de programas relacionados com nutrição, para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

É elemento de nível médio, especialmente treinado para o desempenho das tarefas mencionadas que, diga-se de passagem, são de primordial importância.

Creemos que um só auxiliar possa dar conta do serviço relativo a um centro de saúde, em tempo integral.

8.9. AUXILIAR DE SERVIÇO SOCIAL

Elementos de nível médio, especialmente treinados, dão inestimável colaboração ao Assistente Social no tratamento de problemas psico-sociais de pacientes e orientação em questões mais simples.

Quer nos parecer que dois auxiliares, em regime de tempo parcial de trabalho, sejam em número satisfatório para as tarefas de um centro de saúde.

8.10. VISITADORA SANITÁRIA

Jamais poderá faltar a Visitadora Sanitária em qualquer órgão que exerça atividades de saúde pública, sob pena do serviço perder o imprescindível dinamismo que lhe deve caracterizar.

Esse pessoal, de nível médio, é treinado em algumas atividades de enfermagem e executa tarefas específicas, sob a supervisão de Enfermeira. Dentre outras coisas, são suas atribuições a participação em atividades educativas e de orientação à comunidade ou a pacientes, aplicação de vacinas e testes imunológicos, colaboração na coleta de dados estatísticos e outras atividades correlatas (2).

Para cada 5000 a 7500 habitantes, segundo alguns autores, deve haver uma Visitadora Sanitária (17) ou, segundo outros, para cada 2000 a 5000 (28). Essa variação está na dependência das facilidades de acesso às residências dos pacientes, proximidade entre elas e a distância da unidade sanitária.

Como o Jaçanã é um populoso bairro da capital, são reduzidas as dificuldades de acesso às residências, para visitaço, tendo ainda a favorecer a elevada densidade demogrfica da rea. Isso posto, julgamos que 8 Visitadoras, trabalhando em regime de tempo integral, ou seja, uma para cada 6500 habitantes, sejam em

número suficiente para não ter problemas no desempenho de suas importantes tarefas.

8.11. INSPETOR DE SANEAMENTO

Esse pessoal deve visar os elementos fundamentais do saneamento do meio, ou seja, água, alimentos, esgoto, lixo, locais de trabalho, estabelecimentos de uso coletivo, residências, com função muito mais de esclarecimento e orientação que sob o aspecto punitivo. Também o controle e orientação no combate a insetos e roedores está a seu encargo.

Para o bom desempenho de seu trabalho, deverá manter constante entrosamento com Médicos e Enfermeiras, não podendo, no entanto, se afastar das diretrizes traçadas pelo Engenheiro o Veterinário Sanitaristas que trabalham a nível regional ou central.

Somos de opinião que apenas um Inspetor de Saneamento, trabalhando em tempo integral, seja suficiente para as atividades da unidade integrada de saúde.

8.12. ESCRITURÁRIO

Ao Escriturário cabe todas as tarefas burocráticas do serviço, quais sejam: protocolo, datilografia, arquivamento de papéis e documentos, prestação de informações verbais ou escritas, preparação de folhas de pagamento e de frequência, elaboração de relatórios estatísticos e outras tarefas afins. É claro que muitas das tarefas dos Escriturários serão feitas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística da unidade integrada de saúde. Apenas para fins de cálculo da verba de convênio, vamos incluir quatro Escriturários, em regime de tempo integral de trabalho.

8.13. MOTORISTA

Um único Motorista, trabalhando 'em tempo integral, será suficiente para atender as solicitações do centro de saúde. Mesmo que a unidade integrada conte com mais de um Motorista, para fins de cálculo da verba de convênio não será razoável ultrapassarmos aquele número.

8.14. ATENDENTE

É esse elemento auxiliar que recebe treinamento em serviço para executar, sob a supervisão de Enfermeiro, tarefas simples que não exigem maior preparo técnico (2). Essas tarefas, em traços gerais, se resumem em recepção de pacientes, anotações em fichas, preparo de material para as salas de exames médicos e odontológicos, verificação de dados antropométricos, tomada de temperatura de pacientes e outras tarefas simples indicadas pela Enfermeira, pelo Médico ou pelo Odontólogo.

O número de Atendentes, para um centro de saúde, trabalhando em regime de tempo integral, pode ser calculado na proporção de um elemento para cada dois Médicos ou Odontólogos (17). Como vimos páginas atrás, haverão 17 Médicos e Odontólogos, portanto, serão necessários de 8 a 9 Atendentes.

8.15. SERVENTE

Ao Servente cabe, além da limpeza da área física da unidade e de móveis, utensílios e equipamentos, a transmissão de recados, entrega de papéis e pequenos volumes, bem como as tarefas de portaria.

Quer nos parecer que três pes-

soas, trabalhando em regime de tempo integral, bastarão ' para as atividades acima enumeradas, em centro de saúde.

* * *

Deixamos de incluir o Auxiliar ' de Enfermagem porque nos parece que para atividades ambulatoriais esse pessoal seja dispensável, porém, nesse caso, é preciso que se exija do Atendente nível ginásial, ' mesmo com curso incompleto, e que seja esse pessoal especialmente treinado para as tarefas que irá executar.

9. CUSTO DAS ATIVIDADES DA ALÇADA DO CENTRO DE SAÚDE

9.1. GASTO COM PESSOAL

O cálculo do gasto com pessoal ' será baseado na tabela de vencimentos do funcionalismo público do Estado de São Paulo, vigente no momento, que é a seguinte, em regime de tempo parcial de trabalho:

Médico Chefe	Cr\$ 1272,00 (*)
Médico consultante	1032,00 (*)
Odontólogo	1032,00 (*)
Enfermeira	1032,00 (*)
Nutricionista	1032,00 (*)

Assistente Social	6\$ 1032,00 (*)
Aux. treinado em nutrição	648,00 (**)
Aux. de Assistente Social	648,00 (**)
Visitadora Sanitária	648,00 (**)
Inspetor de Saneamento	648,00 (**)
Escriturário	480,00 (**)
Motorista	444,00 (**)
Atendente	354,00 (**)
Servente	282,00 (**)

A unidade integrada teria pois o seguinte gasto com pessoal, por mês, se desempenhasse tão somente as tarefas de centro de saúde:

Médico Chefe	1 x 2574,00 =	2574,00
Médico consultante	15 x 1032,00 =	15480,00
Odontólogo	2 x 1032,00 =	2064,00
Enfermeira	2 x 2064,00 =	4128,00
Nutricionista	1 x 1032,00 =	1032,00
Assistente Social	1 x 2064,00 =	2064,00
Aux. terinado em nutrição..	1 x 972,00 =	972,00
Aux. de Assist. Social.....	2 x 648,00 =	1296,00
Visitadora Sanitária	8 x 972,00 =	7776,00
Inspetor de Saneamento	1 x 972,00 =	972,00

(*) Mais 100% para regime de trabalho em dedicação exclusiva.

(**) Mais 50% para trabalho em tempo integral.

Escriturário	4 x 720,00 =	2880,00
Motorista	1 x 666,00 =	666,00
Atendente	8 x 531,00 =	4248,00
Servente	3 x 423,00 =	1269,00
TOTAL		=47.421,00

9.2. GASTO COM MATERIAL E EQUIPAMENTOS

Segundo MASCARENHAS (*), o gasto com material e equipamentos de um centro de saúde corresponde aproximadamente a 30% do gasto com pessoal. A unidade integrada, para a realização das tarefas da competência de um centro de saúde, teria um gasto mensal, portanto, de R\$ 14.226,30 em material e equipamentos.

9.3. GASTO TOTAL, POR ANO

Para o desempenho das atividades correspondentes a um centro de saúde, o gasto anual da unidade integrada seria:

(*) MASCARENHAS, R. dos S. - Anotações de aula da Disciplina de Administração Sanitária do Curso de Saúde Pública para graduados em Medicina da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1972.

Pessoal	12x	Cr\$ 47.421,00	=	Cr\$ 569.052,00
Material e equipamentos...	12x	Cr\$ 14.226,30	=	Cr\$ 170.715,60
<hr/>				
TOTAL	12x	Cr\$ 61.647,30	=	Cr\$ 739.767,60

A importância supra seria devida pela Secretaria de Estado da Saúde à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para que pudessem ser cobertas as despesas da unidade integrada de saúde no que diz respeito a atividades da alçada de um centro de saúde.

10. CONVENIO

Para que tudo fique devidamente estabelecido é necessário que seja firmado um convênio entre a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

A título de exemplo elaboramos a minuta que vai a seguir transcrita:

Por este instrumento a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, doravante aqui designado SECRETARIA, e o Hospital "São Luiz Gonzaga" da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a seguir denominado UNIDADE, fazem convênio para a prestação de serviços médicos, para-médicos e auxiliares a ser dado à população do Subdistrito de Tucuruvi, Município de São

Paulo, sob as seguintes cláusulas e condições:

- 1º - A Unidade prestará todos os serviços médicos, paramédicos e auxiliares, no âmbito da medicina preventiva e curativa, a uma população de cerca de 52.000 habitantes de área a ser delimitada do Subdistrito de Tucuruvi, Município de São Paulo;
- 2º - As atividades exercidas pela Unidade que não sejam exclusivamente de saúde pública e que não façam parte das programações da Secretaria poderão ser cobradas dos usuários, obedecendo a classificação econômico-social feita pelo Serviço Social Médico da Unidade, quer direta quer indiretamente através de contratos ou convênios que a Unidade tenha feito ou venha a fazer;
- 3º - Caberá à Unidade a responsabilidade técnica, administrativa e financeira do serviço;
- 4º - A Unidade deverá seguir as normas técnicas da Secretaria, ficando para tanto ligada ao Distrito Sanitário de Tucuruvi que exercerá fiscalização e supervisão do serviço;
- 5º - A Unidade deverá contar com pelo menos um Sanitarista que ocupará cargo de chefia;
- 6º - A Unidade terá um Conselho Técnico Consultivo encarregado do entrosamento e coordenação de atividades entre a Secretaria e a Unidade e do estabelecimento de diretrizes a serem alcançadas pela Unidade;

- 72 - O Conselho Técnico Consultivo, referido na cláusula anterior, terá Regimento próprio e será composto de 3 representantes da Secretaria e 3 da Unidade. Poderão ser convidados a tomar parte nas reuniões do Conselho, esporádica ou temporariamente, quaisquer pessoas cujas idéias possam vir a colaborar para o melhor desempenho das atividades do serviço, entretanto, estes não terão direito a voto;
- 82 - A Unidade se obriga a fornecer à Secretaria, através do Distrito Sanitário de Tucuruvi, relatório mensal e anual das atividades executadas;
- 92 - A Secretaria fará, quando solicitada, treinamento do pessoal da Unidade, em qualquer dos seus órgãos, sem qualquer ônus financeiro para a Unidade;
- 10 - A Secretaria poderá por à disposição da Unidade, enquanto esta julgar conveniente, pessoal de seu quadro. Os salários, gratificações e encargos sociais deste pessoal serão cobertos pela Unidade;
- 11 - A Secretaria poderá entregar à Unidade, sob a forma de empréstimo, material ou equipamento de sua propriedade, reservando-se o direito de recolhê-los quando julgar conveniente e de cobrar os reparos que porventura necessitem ser feitos;
- 12 - O valor do convênio é de R\$ 739.767,60 anuais que serão entregues pela Secretaria à Unidade em 4 parcelas trimestrais de igual valor;

- 13 - A fim de permitir o aparelhamento da Unidade, as duas primeiras parcelas, referidas na cláusula anterior, serão pagas de uma só vez, adiantadamente;
- 14 - Sempre que houver reajuste nos vencimentos do funcionalismo público estadual de São Paulo, o valor deste convênio, expresso na cláusula 12, será reajustado na mesma data e nas mesmas proporções;
- 15 - A validade do presente convênio é de 1 (um) ano, a contar da data de sua assinatura;
- 16 - Caso não haja denúncia, impedimento ou cessação de interesse de qualquer das partes, a renovação deste convênio será automática por mais um ano, e assim sucessivamente;
- 17 - Para todas as questões resultantes deste convênio será competente o foro da Comarca de São Paulo.

IV - CONCLUSÕES

Pelo exposto podemos concluir que:

- 1 - As unidades integradas de saúde, criadas a partir da fusão de hospitais com centros de saúde, são de manutenção mais econômica que os citados órgãos isolados e oferecem um maior padrão assistencial devido, especialmente, à centralização, o que possibilita melhor controle sanitário e mais facilidade de ação junto à comunidade;
- 2- A criação de unidades integradas de saúde pode ser feita inclusive a partir de hospitais particulares, e não somente de governamentais, bastando para tanto um financiamento pelo governo estadual;
- 3 - Somente hospitais locais, pequenos ou médios, podem ser transformados em unidades integradas de saúde, pois instituições muito grandes seriam divididas em vários setores, com necessidade de chefias individualizadas, o que contraria os princípios da integração;
- 4 - As unidades integradas de saúde são muito indicadas para pequenas comunidades e zonas rurais, embora também possam existir nos grandes centros urbanos. Neste caso haveria diversas unidades integradas, cada uma atendendo a uma população pré-determinada;
- 5 - Hospitais regionais e de base serviriam de retaguarda às unidades integradas de saúde, para os casos mais

especializados;

- 6 - A fusão do Hospital "São Luiz Gonzaga", pertencente à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com o Centro de Saúde do Jaçanã, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mediante convênio, preencherá os requisitos mínimos desejáveis a uma unidade integrada de saúde, quais sejam, menor custo operacional, chefia única e maior nível de assistência à população, dada a centralização de esforços e atividades. O hospital de base que lhe dará apoio será o Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

V - RESUMO

O A. aponta as vantagens da total integração de um centro de saúde com hospital geral . Faz um estudo para transformação do Hospital "São Luiz Gonzaga", pertencente à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em unidade integrada de saúde, mediante um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Estabelece que a responsabilidade técnico-administrativa e financeira caberá à Irmandade enquanto a Secretaria da Saúde participará especialmente com verbas . Conclui pelas vantagens econômicas e de padrão assistencial que hão de advir com a criação do novo órgão. Calcula os prováveis gastos com pessoal, material e equipamentos, importância esta que seria a devida pela Secretaria da Saúde.

VI - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AMÉLIO, J. - Sugestões para o planejamento da assistência médico-sanitária e hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS, 1º, Rio de Janeiro, 1955. Anais. Rio de Janeiro, 1955. v.1, p. 91-99.
- 2 - ANDRADE, O.B. de & PIVA, N. - Enfermagem de saúde pública. In: MASCARENHAS, R. dos S. et al. Introdução à administração sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1972. p. 40-46. (mimeografado)
- 3 - BOLETIM INFORMATIVO DA ABRAMGE, S.Paulo, 1(3):62, 1971.
- 4 - CASTRO, C.L.M. de et al. - Educação de recursos humanos e a atual mão de obra no setor saúde. Bases para uma efetiva política de desenvolvimento. João Pessoa, 1972. (apresentado na X reunião anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas, João Pessoa, 1972 - mimeografado).
- 5 - CASTRO, P. de C. - Pessoal das unidades sanitárias. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1969. (mimeografado)
- 6 - CIARI JUNIOR, C. - Saúde materna. In: MASCARENHAS, R. dos S. et al. - Introdução à administração sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1972. p. 63-74. (mimeografado)
- 7 - DEL NEGRO, R. - Plano integrado de saúde no Estado de São Paulo. Rev. paul. Hosp., 13(4):4-16, 1965.

- 8 - DE STEFANO, I. - Hospital São Luiz Gonzaga - Jaçanã. Estudo para transformação em hospital geral. São Paulo, 1968. (Trabalho de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
- 9 - FRANÇA, M. & FISCHER, C.M.C. - Considerações sobre a integração de um sistema coordenado de assistência médico-hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS, 1º, Rio de Janeiro, 1955. Anais. Rio de Janeiro, 1955, v. 1, p. 278-282.
- 10 - FUNDAÇÃO IBGE - Sinopse preliminar do censo demográfico do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro, 1961 ' (VII recenseamento geral do Brasil, 1960).
- 11 - FUNDAÇÃO IBGE - Sinopse preliminar do censo demográfico do Estado de São Paulo. Rio de Janeiro, 1971 (VIII recenseamento geral do Brasil, 1970).
- 12 - GARCIA, M.L. - El hospital en la solución del problema de salud pública. Rev.paul.Hosp., 17(5):41-46, 1969.
- 13 - MARCONDES, E. - Curso experimental de medicina. João Pessoa, 1972. (apresentado na X reunião anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas, João Pessoa, 1972 - mimeografado).
- 14 - MASCARENHAS, R. dos S. - Integração dos serviços de saúde. Rev.paul.Hosp., 11(12):11-19, 1964.
- 15 - _____ & CASTRO, P.C. - Coordenação das atividades dos órgãos locais de saúde pública e a assistência

- cia hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DE HOSPI -
TAIS, 12, Rio de Janeiro, 1955. Anais. Rio de Ja-
neiro, 1955. v.1, p. 305-312.
- 16 - _____ & PIOVESAN, A. - O conceito de integração a
plicado à medicina e à saúde pública. Rev. paul .
Hosp., 11(9):5-20, 1963.
- 17 - _____ et al. - Introdução à administração sanitá-
ria. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1972.
(mimeografado)
- 18 - MEDICINA de grupo aprovada e recomendada pela Associ-
ação Médica Mundial. Bol.Inf.ABRAMGE, S.Paulo, 1
(1):61, 1970.
- 19 - MORAES, L.L. de - A medicina preventiva no hospital.
Rev.paul.Hosp., 20(2):32-38, 1972.
- 20 - MORAES, N.L. de A. - Assistência hospitalar e saúde
pública. Rev.paul.Hosp., 11(9):36-40, 1963.
- 21 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - A saúde na Amé-
rica e a Organização Pan-Americana da Saúde.
Washington, D.C., 1960.
- 22 - PEDROSO, O.P. - Coordenação das atividades de assis-
tência hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DE HOS-
PITAIS, 12, Rio de Janeiro, 1955. Anais. Rio de
Janeiro, 1955. v.1, p. 292-299.
- 23 - _____ et al. - Temas de administração hospitalar.
São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1971. (mi-
meografado)

- 24 - PIOVESAN, A. & CASTRO, P.C. de - O serviço de higiene da criança num centro de saúde - Estimativa do número de consultas e do número de médicos. Rev. paul.Hosp., 10(10):40-42, 1956.
- 25 - RAMOS, R. - A integração em saúde pública. Rev.bras.Malar., 20(3/4):319-334, 1968.
- 26 - _____ - A integração sanitária: doutrina e prática. São Paulo, 1972. (Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP).
- 27 - SCORZELLI JR., A. - Assistência hospitalar e saúde pública. Rev.paul.Hosp., 11(10):30-39, 1963.
- 28 - TEIXEIRA, M.S. - Utilização de pessoal auxiliar em enfermagem de saúde pública. São Paulo, 1965. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
- 29 - VILLALBA, F.O. - Nutrição. In: MASCARENHAS, R. dos S. et al. Introdução à administração sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1972. p. 49-54 (mimeografado)