

# SAÚDE

---



Assembléia Legislativa  
de São Paulo



**SEADE**  
Fundação Sistema  
Estadual de Análise  
de Dados



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



Presidente  
Deputado Vanderlei Macris  
Vice-Presidente  
Deputado Sidney Beraldo  
Relator Geral  
Deputado Arnaldo Jardim

GRUPO TEMÁTICO	DEPUTADOS
Cidadão do Século XXI	Alberto Calvo • Luiz Carlos Gondim
Cidadania	Claury Alves da Silva • Dimas Ramalho
Educação	César Callegari • Edson Aparecido
Saúde	Pedro Tobias • Roberto Gouveia
Habitação e Desenvolvimento Urbano	Caldini Crespo • Paulo Teixeira
Cultura, Esportes e Lazer	Hamilton Pereira • Paschoal Thomeu
Segurança	Carlos Sampaio • Zuza Abdul Massih
Terceiro Setor	Geraldo Vinholi • Newton Brandão
Trabalho e Emprego	Jamil Murad • Vanderlei Siraque
Agricultura e Agronegócios	Aldo Demarchi • Duarte Nogueira
Indústria	José Rezende • Jorge Caruso
Turismo e Serviços	Nabi Abi Chedid • Paulo Julião
Ciência, Tecnologia e Comunicações	Carlos Zarattini • Edmur Mesquita
Transportes e Energia	Edir Sales • Sidney Beraldo
Recursos Naturais e Meio Ambiente	Jilmar Tatto • Rodolfo Costa e Silva
Reforma do Estado	Maria Lúcia Prandi • Pedro Mori



Mário Covas  
**Governador do Estado**  
Geraldo José Rodrigues Alckmin Filho  
**Vice-Governador**  
André Franco Montoro Filho  
**Secretário de Economia e Planejamento**

## SEADE

**Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**

Pedro Paulo Martoni Branco

**Diretor Executivo**

Amara Angrisano

**Diretor Adjunto Administrativo e Financeiro**

Felicia Reicher Madeira

**Diretor Adjunto de Análise Socioeconômica**

Luiz Henrique Proença Soares

**Diretor Adjunto de Produção de Dados**

**Conselho de Curadores**

Adroaldo Moura da Silva (Presidente)

Ana Maria Alonso Ferreira Bianchi

Antonio Márcio Fernandes Costa

Carlos Antonio Luque

Carlos Eduardo do Nascimento Gonçalves

Hélio Nogueira da Cruz

Liana Maria Lafayette Aureliano da Silva

Maria Coleta Ferreira Albino de Oliveira

Maria Fátima Pacheco Jordão

Michael Zeitlin

**Conselho Fiscal**

Caioce Ishiquirama

Daniela Micioni

Sandra Lucia Fernandes Marinho

## SAÚDE

A realidade da saúde pública brasileira e a de São Paulo passaram por inegáveis avanços desde a Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Constituição Federal de 1988, a regulamentação do Sistema Único de Saúde, em 1990, e as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996. Na tentativa de organizar os serviços e adequar os recursos disponíveis para o financiamento do sistema, os gestores estaduais e municipais deparam-se com a necessidade de atender aos problemas de saúde da população, que coexistem com sérios problemas sociais, facilitando a persistência e o recrudescimento de algumas doenças.

De forma geral, as questões que tradicionalmente estiveram na pauta das discussões e prioridades da saúde pública no Brasil e no Estado de São Paulo evoluíram favoravelmente nas três últimas décadas: a mortalidade infantil e a materna, apesar de permanecerem ainda elevadas, diminuíram de modo considerável; a desnutrição infantil baixou, contribuindo para que as crianças ganhassem maior altura; a desnutrição adulta descaracterizou-se epidemiologicamente nas áreas urbanas, enquanto erradicaram-se a varíola e a poliomielite e controlaram-se a tuberculose infantil, o tétano e demais doenças preveníveis por vacinas.

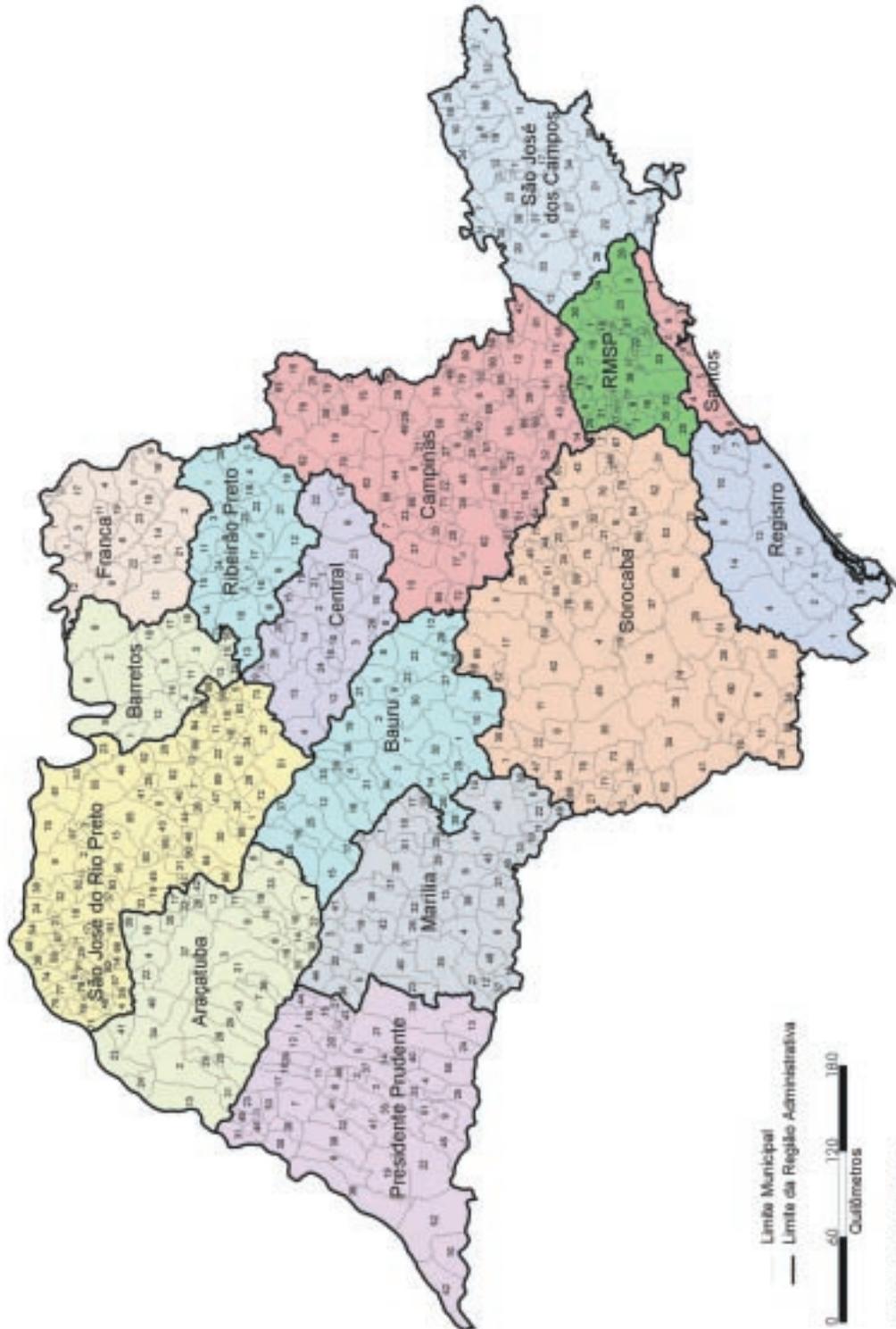
A tuberculose em adultos, o fenômeno da urbanização da leishmaniose, o reaparecimento do dengue, as doenças crônico-degenerativas, a violência e os acidentes (ressaltando-se o envolvimento da população adolescente e jovem), as doenças e os acidentes do trabalho, as doenças sexualmente transmissíveis – DSTs e a Aids e o crescimento da população de mais de 60 anos constituem, no entanto, desafios a serem enfrentados nesse novo milênio em que ainda conviverão doenças resultantes da pobreza extrema e os males originados, principalmente, de variáveis comportamentais associadas ao mundo contemporâneo, levando a que se pense em diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente de assistência/tratamento/reabilitação, mas sobretudo implementação de políticas e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A descentralização da gestão torna-se, então, propícia para o desenvolvimento de ações específicas do setor somadas a intervenções complementares em favor da promoção da saúde – que não é apenas evitar a doença, sobretudo buscar também uma melhor qualidade de vida –, pressupondo a intersetorialidade das políticas públicas, o seu planejamento a partir do município, o envolvimento e a participação da comunidade na definição de metas, implantação de projetos e no controle social.

A idéia da promoção da saúde pressupõe identificação de problemas e alocação dos recursos articulados em projetos intersetoriais, que identifiquem prioridades e adotem estratégias comuns para suas respectivas soluções, enfocando desde os fatores de risco até as ações assistenciais ou de recuperação, buscando contribuir para a implementação do relacionamento entre gestores do SUS e a sociedade, no sentido de realçar a responsabilidade compartilhada entre governo e população.

Assim, este relatório aborda, inicialmente, questões referentes a condições de saúde da população, políticas setoriais e ações programáticas – saúde da criança, do adolescente, da mulher, do idoso, bucal, dos portadores de deficiência e assistência farmacêutica. Na área de políticas, trata da municipalização e gestão do SUS, incluindo o controle público, recursos humanos, oferta e acesso a serviços de saúde, gastos com saúde e medicamentos realizados pelas famílias paulistanas e financiamento.

Mapa 1  
Divisão Político-Administrativa  
1999



# Quadro Político-Administrativo, segundo as Regiões Administrativas e seus Municípios Estado de São Paulo 1999

<b>Região Metropolitana</b>	8. Santos	21. Capela do Alto	5. Americana	70. Santa Cruz das Palmeiras	16. Guaíara	40. Mirassol	7. Bento de Abreu	27. Osvaldo Cruz	37. Pedrinhas Paulista	<b>RA de Franca</b>
1. Arujá	9. São Vicente	22. Cerqueira César	6. Amparo	71. Santa Gertrudes	17. Guaimbê	41. Mirassolândia	8. Bilac	28. Ouro Verde	38. Platina	1. Aramina
2. Banueiri		23. Cerquilha	7. Análândia	72. Santa Maria da Serra	18. Guarantã	42. Monções	9. Birigui	29. Pacaembu	39. Pompéia	2. Batatais
3. Britânia Mirim		24. Cesário Lange	8. Araras	73. Santo Antonio de Posse	19. Jacangá	43. Monte Aprazível	10. Braúna	30. Panorama	40. Quatã	3. Burtizal
4. Cajeiros	1. Aparecida	25. Conchas	9. Artur Nogueira	74. Santo Antonio do Jardim	20. Igarapé do Tietê	44. Neves Paulista	11. Brejo Alegre	31. Paulicéia	41. Queiroz	4. Cristais Paulista
5. Cajamar	2. Arapeí	26. Coronel Macedo	10. Alibaila	75. São João da Boa Vista	21. Itaju	45. Nhandeara	12. Buntama	32. Piqueroi	42. Quintana	5. Franca
6. Carapicuíba	3. Areias	27. Fartura	11. Bom Jesus dos Perdões	76. São José do Rio Pardo	22. Itaipu	46. Nipóá	13. Castilho	33. Pirapozinho	43. Ribeirão do Sul	6. Guará
7. Cotia	4. Bananal	28. Guapiara	12. Bragança Paulista	77. São Pedro	23. Jaú	47. Nova Aliança	14. Clementina	34. Pracinha	44. Rirópolis	7. Igarapava
8. Diadema	5. Caçapava	29. Guareí	13. Brotas	78. São Sebastião da Gramma	24. Lençóis Paulista	48. Nova Canaã Paulista	15. Coroados	35. Presidente Bernardes	45. São Grande	8. Ipaú
9. Embu	6. Cachoeira Paulista	30. Iaras	14. Cabreúva	79. Serra Negra	25. Lins	49. Nova Granada	16. Gabriel Monteiro	36. Presidente Epitácio	46. Santa Cruz do Rio Pardo	9. Itirapuá
10. Embu-Guaçu	7. Campos do Jordão	31. Ibiúna	15. Caconde	80. Sororro	26. Lucianópolis	50. Novaes	17. Gastão Vidigal	37. Presidente Prudente	47. São Pedro do Turvo	10. Ituverava
11. Ferraz de Vasconcelos	8. Canas	32. Iperó	16. Campinas	81. Sumaré	27. Macatuba	51. Novo Horizonte	18. General Salgado	38. Presidente Venceslau	48. Tarumã	11. Jeriquara
12. Francisco Morato	9. Caraguatubá	33. Iporanga	17. Campo Limpo Paulista	82. Tumburé	28. Mineiros do Tietê	52. Onça Verde	19. Glicério	39. Rancheira	49. Timburi	12. Miguelópolis
13. Franco da Rocha	10. Cruzeiro	34. Itaberá	18. Capivari	83. Tapiratiba	29. Paulistânia	53. Orindúvia	20. Guaraçai	40. Regente Feijó	50. Tupã	13. Morro Agudo
14. Guararema	11. Cunha	35. Itai	19. Casa Branca	84. Torrinha	30. Fedeirinhas	54. Ouroeste	21. Guararapes	41. Ribeirão dos Índios	51. Vera Cruz	14. Nupuranga
15. Guarulhos	12. Guaratinguetá	36. Itaoca	20. Charqueada	85. Tuiuti	31. Pirajui	55. Palestina	22. Guzoldândia	42. Rosana	15. Orlandia	15. Orlandia
16. Itapeva	13. Igaratá	37. Itapetininga	21. Conchal	86. Valinhos	32. Piratininga	56. Palmares Paulista	23. Ilha Solteira	43. Sagres	16. Patrocínio Paulista	16. Patrocínio Paulista
17. Itapeví	14. Ihabela	38. Itapeva	22. Cordeirópolis	87. Vargem	33. Pongai	57. Palmeira d'Oeste	24. Itapua	44. Salmourão	17. Pedregulho	17. Pedregulho
18. Itaquaquecetuba	15. Jacaré	39. Itapirapuá Paulista	23. Corumbatai	88. Vargem Grande do Sul	34. Presidente Alves	58. Paraíso	25. Lavinia	45. Sandovalina	18. Restinga	18. Restinga
19. Jandira	16. Jambéiro	40. Itaporanga	24. Cosmópolis	89. Várzea Paulista	35. Promissão	59. Paranaíba	26. Lourdes	46. Santa Mercedes	19. Ribeirão Corrente	19. Ribeirão Corrente
20. Juquitiba	17. Lagoinha	41. Itararé	25. Divinolândia	90. Vinhedo	36. Reginópolis	60. Parisi	27. Luiziânia	47. Santo Anastácio	20. Rifaina	20. Rifaina
21. Mairiporã	18. Lavinhas	42. Itatinga	26. Elias Fausto		37. Ubatuba	61. Paulo de Faria	28. Mirandópolis	48. Santo Expedito	21. Sales Oliveira	21. Sales Oliveira
22. Mauá	19. Lorena	43. Itu	27. Engenheiro Coelho		38. Urujaera	62. Pedranópolis	29. Murutinga do Sul	49. São João do Pau d'Alho	22. São Joaquim da Barra	22. São Joaquim da Barra
23. Mogi das Cruzes	20. Monteiro Lobato	44. Jumirim	28. Espírito Santo do Pinhal	<b>RA de Ribeirão Preto</b>	39. Urujá	63. Pindorama	30. Nova Castilho	50. Taciba	23. São José da Bela Vista	23. São José da Bela Vista
24. Osasco	21. Natividade da Serra	45. Laranjal Paulista	29. Estiva Gerbi	1. Altinópolis		64. Planalto	31. Nova Independência	51. Tarabai		
25. Pirapora do Bom Jesus	22. Parabaluna	46. Mairinque	30. Holambra	2. Barrinha	<b>RA de S. José do Rio Preto</b>	65. Poloni	32. Nova Luzitânia	52. Teodoro Sampaio		
26. Poá	23. Pindamonhangaba	47. Manduã	31. Hortolândia	3. Brodowski	1. Adolfo	66. Pontalinda	33. Penápolis	53. Tupi Paulista		
27. Ribeirão Pires	24. Piquete	48. Nova Campina	32. Indaiatuba	4. Cajuru	2. Álvares Florence	67. Pontes Gestal	34. Pereira Barreto			
28. Rio Grande da Serra	25. Pitim	49. Paranaapanema	33. Ipeúna	5. Cássia dos Coqueiros	3. Américo de Campos	68. Populina	35. Piacatu			
29. Salesópolis	26. Queluz	50. Pardinho	34. Iracemópolis	6. Cravinhos	4. Aparecida d'Oeste	69. Potirêndaba	36. Rubiácea			
30. Santa Isabel	27. Redenção da Serra	51. Pereiras	35. Itapira	7. Dumont	5. Ariranha	70. Riolândia	37. Santo Antonio do Aracanguá			
31. Santana de Parnaíba	28. Roseira	52. Piedade	36. Itatiba	8. Guataparã	6. Aspásia	71. Rubinéia	38. Santópolis do Aguapeí			
32. Santo André	29. Santa Branca	53. Pilar do Sul	37. Itirapina	9. Jaboticabal	7. Bady Bassitt	72. Sales	39. São João de Itracema			
33. São Bernardo do Campo	30. Santo Antonio do Pinhal	54. Piraju	38. Itobi	10. Jardínópolis	8. Bálsamo	73. Santa Adélia	40. Sud Mennucci			
34. São Caetano do Sul	31. São Bento do Sapucaí	55. Porangaba	39. Itupeva	12. Luis Antonio	9. Cardoso	74. Santa Albertina	41. Suzanópolis			
35. São Lourenço da Serra	32. São José do Barreiro	56. Porto Feliz	40. Jaguariúna	13. Monte Alto	10. Catanduba	75. Santa Clara d'Oeste	42. Turibia			
36. São Paulo	33. São José dos Campos	57. Pratânia	41. Jarinu	14. Pitanogueiras	11. Catiguá	76. Santa Fé do Sul	43. Valparaíso			
37. Suzano	34. São Luis do Paraitinga	58. Quadra	42. Joanópolis	15. Pontal	12. Cedral	77. Santa Rita d'Oeste				
38. Taboão da Serra	35. São Sebastião	59. Ribeira	43. Jundiá	16. Pradópolis	13. Cosmorama	78. Santa Salete				
39. Vargem Grande Paulista	60. Silveiras	60. Ribeirão Branco	44. Leme	17. Ribeirão Preto	14. Dirce Reis	79. Santana da Ponte Pensa				
	37. Taubaté	61. Ribeirão Grande	62. RIVERSUL	18. Santa Cruz da Esperança	15. Dolcinópolis	80. São Francisco				
<b>RA de Registro</b>	38. Tremembé	62. RIVERSUL	46. Lindóia	19. Santa Rosa do Viterbo	16. Elisiário	81. São João das Duas Pontes				
1. Barra do Turvo	39. Ubatuba	63. Salto	47. Louveira	20. Santo Antonio da Alegria	17. Estrela d'Oeste	82. São José do Rio Preto				
2. Cajati		64. Salto de Pirapora	48. Mococa	21. São Simão	18. Fernandópolis	83. Sebastianópolis do Sul				
3. Cananéia		65. São Manuel	49. Mogi-Guaçu	22. Serra Azul	19. Floreal	84. Tabapuá				
4. Eldorado	<b>RA de Sorocaba</b>	66. São Miguel Arcanjo	50. Moji Mirim	23. Serra Negra	20. Guapiçu	85. Tanabi				
5. Iguape	1. Águas de Santa Bárbara	67. São Roque	51. Mombuca	24. Sertãozinho	21. Guarani d'Oeste	86. Três Fronteiras				
6. Ilha Comprida	2. Alambari	68. Sarapuí	52. Monte Alegre do Sul	25. Taquaral	22. Ibirá	87. Turmalina				
7. Itariri	3. Alumínio	69. Saratubá	53. Monte Mor		23. Icará	88. Ubatuba				
8. Jacupiranga	4. Angatuba	70. Sorocaba	54. Morungaba	<b>RA de Bauru</b>	24. Indaiaporã	89. Uchôá				
9. Juquiá	5. Anhembí	71. Aguiá	55. Nazaré Paulista	1. Agudos	25. Ipiúna	90. União Paulista				
10. Miracatu	6. Apiaí	72. Tapiraí	56. Nova Odessa	2. Arealva	26. Itapuí	91. Urânia				
11. Pariqueira-Açu	7. Araçoiaba da Serra	73. Taquaribá	57. Paulínia	3. Avai	27. Itajobi	92. Urupeês				
12. Pedro de Toledo	8. Araçoiaba da Serra	74. Taquarivaí	58. Pedra Bela	4. Balbinos	28. Jaci	93. Valentim Gentil				
13. Registro	9. Arandu	75. Tatuí	59. Pedreira	5. Bariri	29. Jales	94. Vitória Brasil				
14. Sete Barras	10. Areiópolis	76. Tejuapá	60. Pinhalzinho	6. Barra Bonita	30. José Bonifácio	95. Votuporanga				
	11. Avaré	77. Tietê	61. Piracaia	7. Bauru	31. Macauba	96. Zacaíras				
	12. Barão de Antonina	78. Torre de Pedra	62. Piracicaba	8. Bocoína	32. Maceedônia					
<b>RA de Santos</b>	13. Barra do Chapéu	79. Votorantim	63. Pirassununga	9. Boracéia	33. Maçgda	<b>RA de Araçatuba</b>				
1. Bertoga	14. Botetati		64. Rafard	10. Boreti	34. Marapoama	1. Alto Alegre				
2. Cubatão	15. Botuverá		65. Rio Claro	11. Cabralia Paulista	35. Marinópolis	2. Andradina				
3. Guaruá	16. Bom Sucesso de Itararé	<b>RA de Campinas</b>	66. Rio das Pedras	12. Cabrália Paulista	36. Mendonça	3. Araçatuba				
4. Itanhaém	17. Botucatu	1. Aguiá	67. Saltinho	13. Dois Córregos	37. Meridiano	4. Auriflama				
5. Mongaguá	18. Buri	2. Águas da Prata	68. Santa Bárbara d' Oeste	14. Dourati	38. Mesópolis	5. Avanhandava				
6. Peruibe	19. Campina do Monte Alegre	3. Águas de Lindóia	69. Santa Cruz da Conceição	15. Getulina	39. Mira Estrela	6. Barbosa				
7. Praia Grande	20. Capão Bonito	4. Águas de São Pedro								

## Condições de Saúde da População

O perfil de morbimortalidade da população paulista sofreu intensas transformações nas últimas décadas. Ao lado do aumento da expectativa de vida, da redução nas taxas de mortalidade infantil, da diminuição das doenças infecciosas, tem-se o aumento das doenças crônico-degenerativas, revelando dificuldades no combate às velhas endemias e o aparecimento de novas doenças. Acrescenta-se a esse quadro a transição demográfica que, ao apontar para o envelhecimento da população, insere novos desafios na agenda da área de saúde para o século XXI.

### *Doenças Transmissíveis*

A análise sobre as doenças transmissíveis, no Estado de São Paulo, revela avanços no controle de algumas delas e desafios para combater outras que persistiram, recrudesceram ou simplesmente reapareceram. São, no geral, doenças que guardam relação com as condições socioeconômicas da população: pobreza e condições inadequadas de habitação e de saneamento básico.

Das doenças transmissíveis, serão tratadas, neste relatório, as de maior relevância dentre aquelas de notificação compulsória e que são objeto de vigilância epidemiológica.

### *Doenças Imunopreveníveis*

As doenças imunopreveníveis, ou seja, aquelas controláveis e potencialmente elimináveis por meio de vacinação, apresentam-se em boa situação no Estado de São Paulo, à exceção do sarampo, que merece preocupação.

O combate à poliomielite foi o que obteve maior êxito, devido ao sucesso das campanhas de vacinação. Desde 1989, não se tem registro de casos no Estado de São Paulo e no Brasil. Em 1994, foi concedido ao Brasil, pela Organização Mundial da Saúde, o certificado de Erradicação do Polivírus Selvagem.

Outras doenças controláveis por imunização, como difteria, rubéola, tétano acidental e tétano neonatal, encontravam-se em patamares de baixa incidência, em 1997, o mesmo não se podendo dizer do sarampo, em função da epidemia ocorrida, naquele ano (Tabela 1).

**Tabela 1**  
**Casos e Coeficientes de Difteria, Sarampo, Rubéola,**  
**Tétano Acidental e Tétano Neonatal**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**

Doenças	Casos	Coeficientes (1)
Difteria	13	0,04
Sarampo	23.909	69,13
Rubéola	645	1,87
Tétano Acidental	71	0,21
Tétano Neonatal	1	0,00

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde – SES/Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE; Fundação Seade.

(1) Por 100.000 habitantes.

**Nota:** Dados preliminares.

O sarampo foi um problema sério de saúde pública até o final dos anos 80, no Estado de São Paulo. Sucessivas campanhas de vacinação lograram êxito e diminuíram a incidência da doença para 0,03 casos/100.000 habitantes, em 1995. No entanto, em 1996, aumentou o número de casos, especialmente na Região Metropolitana de São Paulo, culminando com a epidemia de 1997, quando foram registrados 23.909 casos (69,1/100.000 habitantes). Avalia-se que o acúmulo de crianças com menos de cinco anos suscetíveis à doença, devido à baixa cobertura vacinal de rotina após a campanha de 1992 e à falha primária da vacina, teria permitido ampla circulação do vírus neste grupo etário. Além disso, identificou-se também a tendência de deslocamento da faixa etária da doença para a população de adultos jovens não imunes (Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE, 1999).

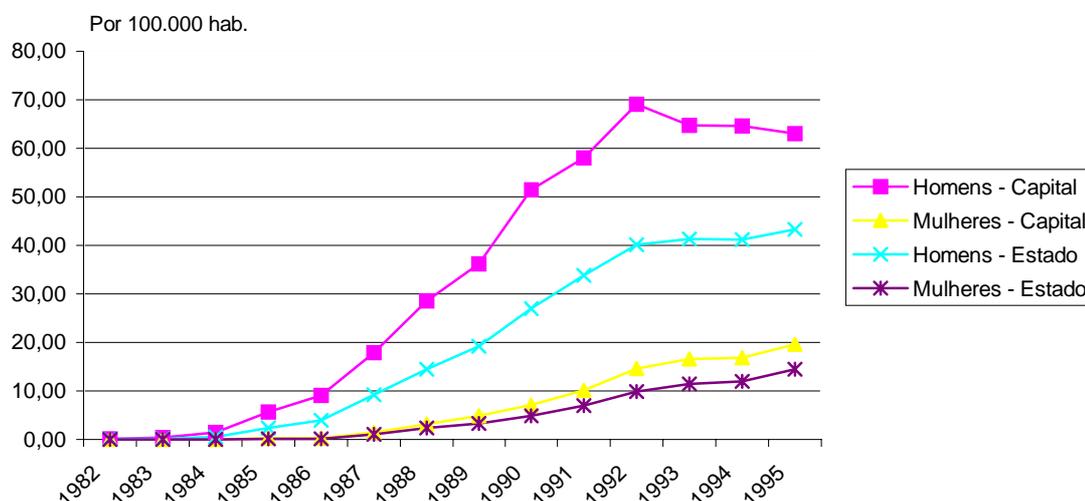
O Estado de São Paulo, bem como o Brasil, tinha o desafio de controlar a doença e de cumprir a meta de eliminação do sarampo do Hemisfério Ocidental até o ano 2000, proposta na XXIV Conferência Sanitária Panamericana, em 1994.

### Aids

A epidemia da Aids no Estado de São Paulo configura-se como um grave problema de saúde pública, tanto pelo incremento da doença verificado desde seu início na década de 80, quanto pela sua expansão entre mulheres e jovens, nos anos 90. O vertiginoso aumento dos casos entre as mulheres fez diminuir rapidamente a relação masculino/feminino, indicando uma proporção de dois casos masculinos para cada caso feminino, em 1997.

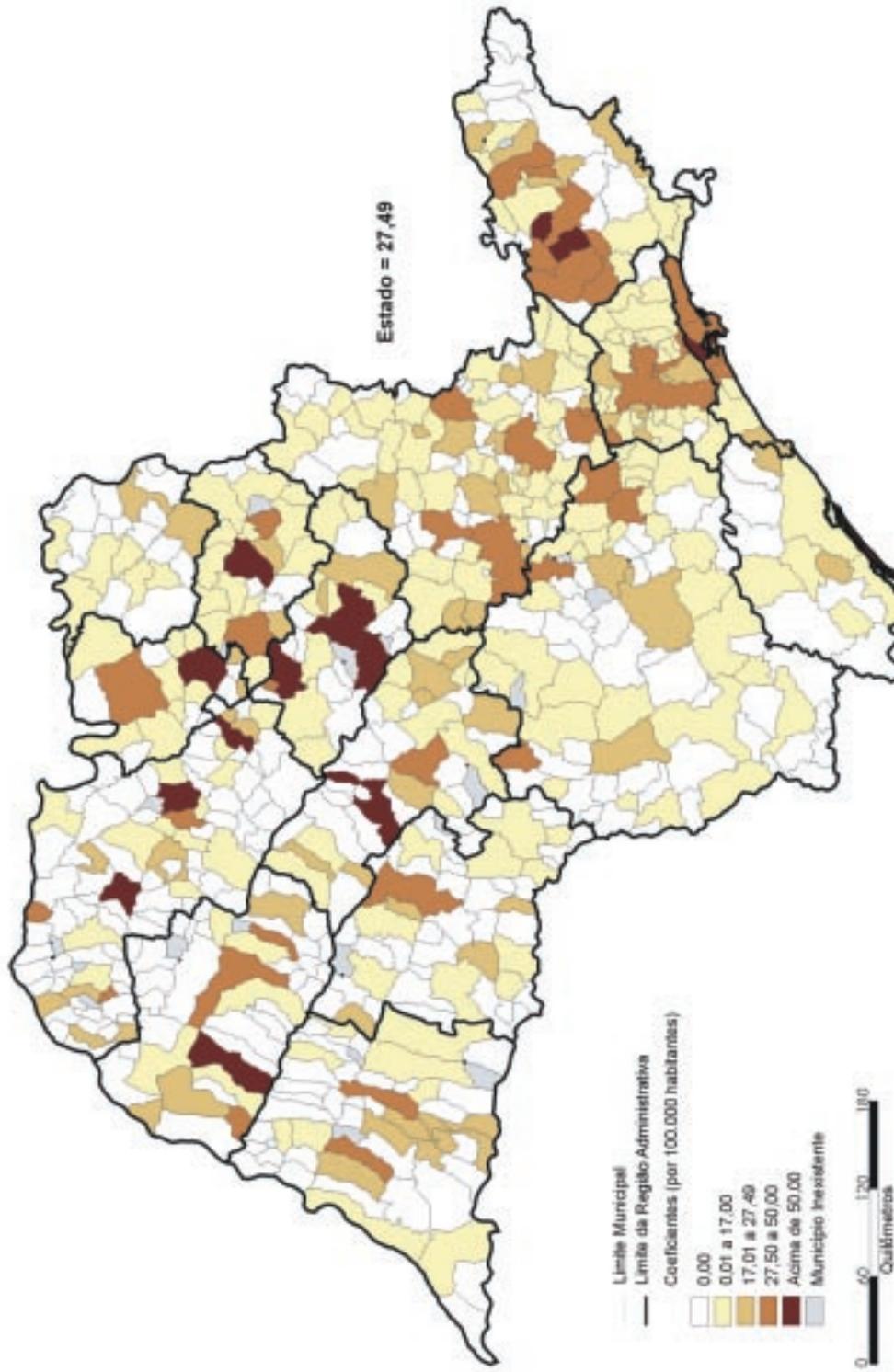
Os casos notificados no Município de São Paulo, no período 1980-97, representam cerca de 47% do total do Estado. Em relação à população, têm-se 38 casos para cada 100.000 habitantes na capital, em 1997, coeficiente bem mais elevado que o do total do Estado (25/100.000). Pode-se observar, no Gráfico 1, o crescimento da Aids, por sexo, no Estado e na capital. Para a população masculina, depois do aumento acelerado até 1992, registram-se coeficientes que indicam desaceleração no período 1993-95, enquanto, para as mulheres, a curva é claramente ascendente em todo o período.

**Gráfico 1**  
**Coeficientes de Sida/Aids (1), por Sexo**  
**Estado de São Paulo e Município de São Paulo**  
**1982-95**



**Fonte:** Secretaria Estadual da Saúde/Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE; Fundação Seade.  
(1) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Mapa 2  
Coeficientes de Casos Notificados de Sida/Aids (1)  
1996



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE; Fundação Seade.  
(1) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

A epidemia da Aids pode ser visualizada, nas diferentes regiões do Estado, através do Mapa 2, que apresenta os coeficientes de casos notificados da doença por 100.000 habitantes, para os municípios do Estado, em 1996. Neste ano, foram notificados casos de Aids em 313 municípios, destacando-se os dez com maiores taxas: Tremembé (109,3 casos por 100.000 habitantes); Pirajuí (93,9); Santos (90,4); Ribeirão Preto (74,8); Taquaritinga (69,6); Caçapava (69,0); Cubatão (66,9); São José do Rio Preto (61,4); Mirandópolis (59,9); e Ilha Comprida (59,4). Entre estas cidades, encontram-se aquelas onde a epidemia teve um avanço veloz durante as duas últimas décadas, localizadas na Região Metropolitana da Baixada Santista e nas RAs de Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

### **Tuberculose**

Depois da importante queda da letalidade e, em menor grau, da incidência da tuberculose, convive-se hoje, no Brasil com a perspectiva de recrudescimento dessa doença. Têm-se como fatores associados para isto a expansão da epidemia de Aids, a persistência da pobreza, particularmente em bolsões dos grandes centros urbanos, e tratamentos mal conduzidos que favorecem o aparecimento de cepas resistentes do bacilo tuberculoso, que complicam o combate à doença. Essa tendência, observada também em países industrializados, aponta para previsões pessimistas para os próximos anos.

Em São Paulo, desde o início dos anos 90, a tuberculose vem apresentando aumento no número de casos notificados, mantendo um coeficiente acima dos 50/100.000 habitantes. Em 1998, foram notificados 52,3 casos por 100.000 habitantes, com predominância do sexo masculino (70,9/100.000 habitantes), em especial dos adultos acima de 30 anos (Tabela 2). A maior incidência entre o sexo masculino ocorre na faixa etária de 40 a 49 anos (121,8/100.000 habitantes) e no feminino na faixa de 50 a 59 anos (54,2/100.000 habitantes).

Em 1998, foram notificados casos de tuberculose em 498 cidades (Mapa 3), o que representa 77% dos municípios paulistas, sendo que as regiões com os coeficientes mais elevados situam-se ao longo do litoral e extremo sul do Estado (Região Metropolitana da Baixada Santista e RAs de São José dos Campos e Registro).

**Tabela 2**  
**Casos Novos de Tuberculose, por Sexo, segundo a Faixa Etária**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

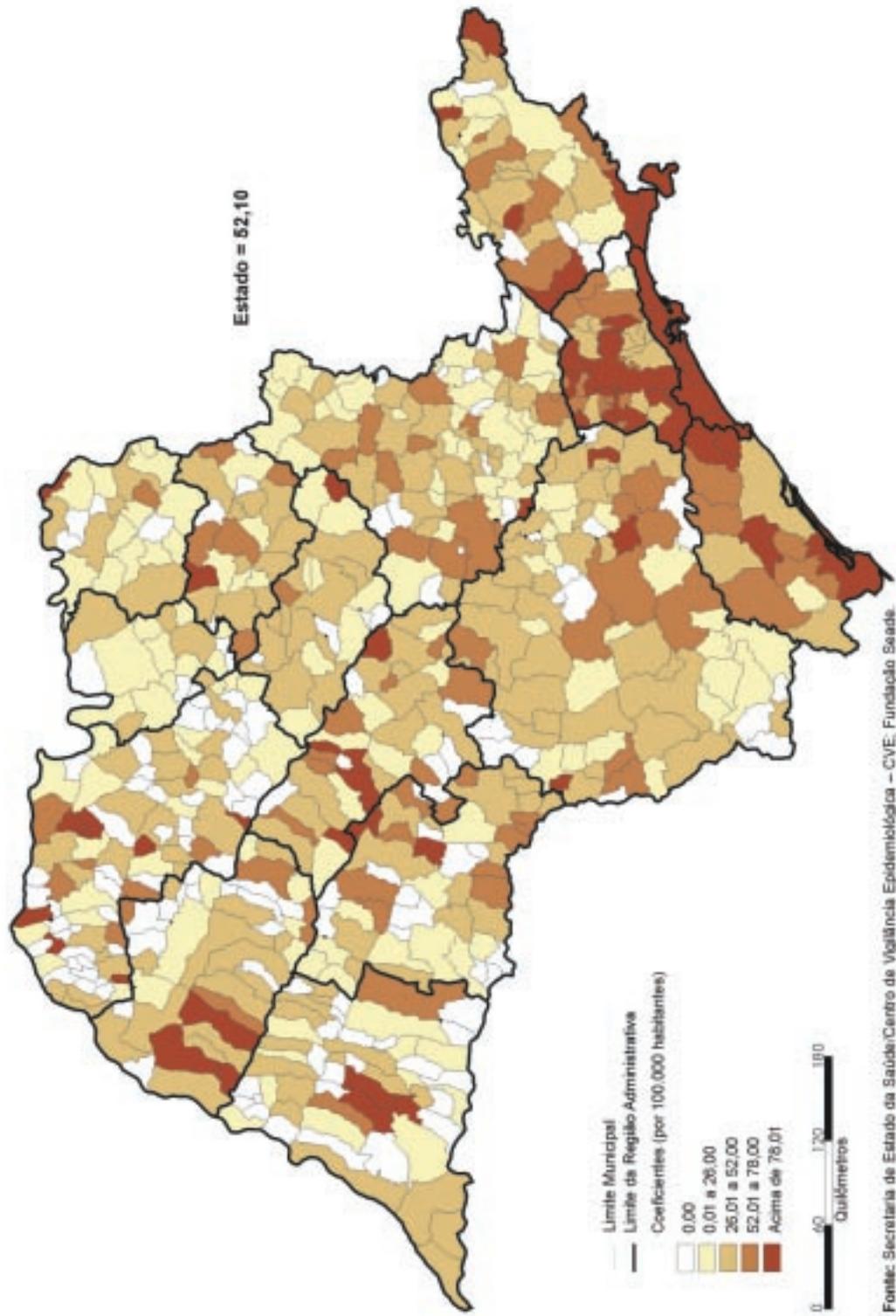
Faixa Etária	Homens		Mulheres		Total	
	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (1)	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (1)	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (1)
<b>Total</b>	<b>12.269</b>	<b>70,9</b>	<b>6.110</b>	<b>34,3</b>	<b>18.379</b>	<b>52,3</b>
0 a 4 Anos	209	12,4	195	12,1	404	12,3
5 a 9 Anos	98	6,2	102	6,7	200	6,4
10 a 14 Anos	83	5,1	97	6,1	180	5,6
15 a 19 Anos	640	38,1	523	31,4	1.163	34,7
20 a 29 Anos	2.539	81,0	1.710	54,2	4.249	67,5
30 a 39 Anos	3.318	120,2	1.427	49,4	4.745	84,0
40 a 49 Anos	2.634	121,8	914	40,1	3.548	79,9
50 a 59 Anos	1.434	106,6	499	34,5	1.933	69,2
60 Anos ou Mais	1.273	96,0	626	38,4	1.899	64,3
Ignorada	41	–	17	–	58	

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde – SES/Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE; Fundação Seade.

(1) Por 100.000 habitantes.

(2) **Nota:** Dados preliminares.

Mapa 3  
Coeficientes de Casos Notificados de Tuberculose  
1998



## Dengue

O dengue, doença reintroduzida no país, tem sua importância na saúde pública particularmente pela sua forma mais grave, que é o dengue hemorrágico. No Estado de São Paulo, os primeiros casos reapareceram em 1987 e sofreram aumento crescente na década de 90, passando de 3.038 casos (11,6/100.000 habitantes) registrados em 1990, para 10.631 casos (30,3/100.000 habitantes), em 1998.

**Tabela 3**  
**Casos de Dengue e Número de Municípios**  
**com a Transmissão da Doença**  
**Estado de São Paulo**  
**1992-98**

Período	Casos		Municípios com Transmissão da Doença
	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes(1)	
1992	38	0,12	5
1993	638	1,96	15
1994	681	2,06	25
1995	6.048	18,02	101
1996	7.104	20,85	114
1997	2.040	5,89	51
1998	10.631	30,27	102

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde – SES/Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE; Fundação Seade.

(1) Por 100.000 habitantes.

**Nota:** Dados preliminares.

O controle do dengue constitui um problema sério a ser enfrentado, tendo em vista a sua atual disseminação, a falta de vacina eficaz e a existência de algumas condições sanitárias precárias das cidades, como coleta e armazenamento de lixo inadequados, o que facilita a proliferação de mosquitos.

## Hanseníase

O Plano de Eliminação da Hanseníase<sup>1</sup>, como problema de saúde pública no Brasil, objetiva reduzir a taxa de prevalência a menos de 1 caso/10.000 habitantes até o ano 2000. O número de casos da doença apresentava, para o país, uma prevalência de 6,7/10.000 habitantes, em 1996. No Estado de São Paulo, o coeficiente era bem inferior: 2,9/10.000 habitantes.

A análise dos dados de incidência e prevalência no Estado, na década de 90, indica tendência de queda para os casos existentes (prevalência) e oscilações com indicação de estabilização para a detecção de casos novos (incidência). Assim, em 1990, o coeficiente de prevalência no Estado era de 12,3/10.000 habitantes e o de incidência de 0,9/10.000 habitantes, passando para 2,2 e 0,8, respectivamente, em 1997.

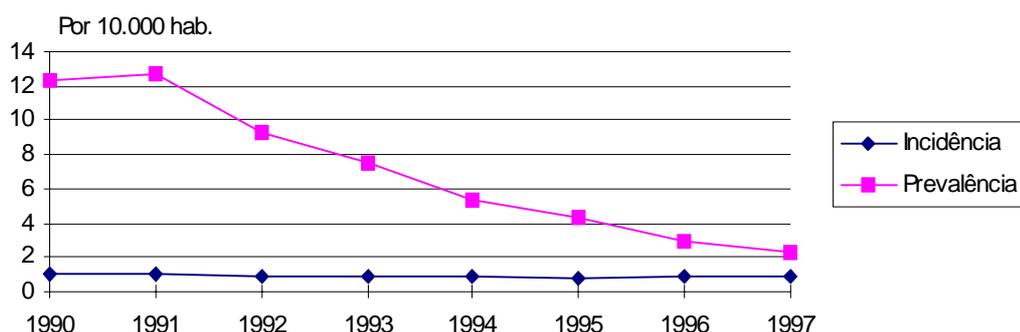
Em termos de distribuição Regional, a Região Metropolitana de São Paulo e o Município de São Paulo apresentam coeficientes menores que os do interior. A incidência, em 1997, era de 0,4/10.000 habitantes na capital, 0,4 nos outros municípios da Região Metropolitana e 1,3 no interior,

1. Ministério da Saúde.

enquanto a prevalência era de 1,5, 1,1 e 3,4, respectivamente.

O Estado de São Paulo ainda não atingiu a meta de eliminação da doença, porém muitas áreas não apresentam mais detecção de casos novos nem pacientes em tratamento.<sup>2</sup> Os dados indicam que o controle da hanseníase tem mostrado bons resultados e apontam para uma tendência de declínio da endemia no Estado.

**Gráfico 2**  
**Taxas de Prevalência e Incidência de Hanseníase**  
**Estado de São Paulo**  
**1990-97**



**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde/Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE; Fundação Seade.

### **Tracoma**

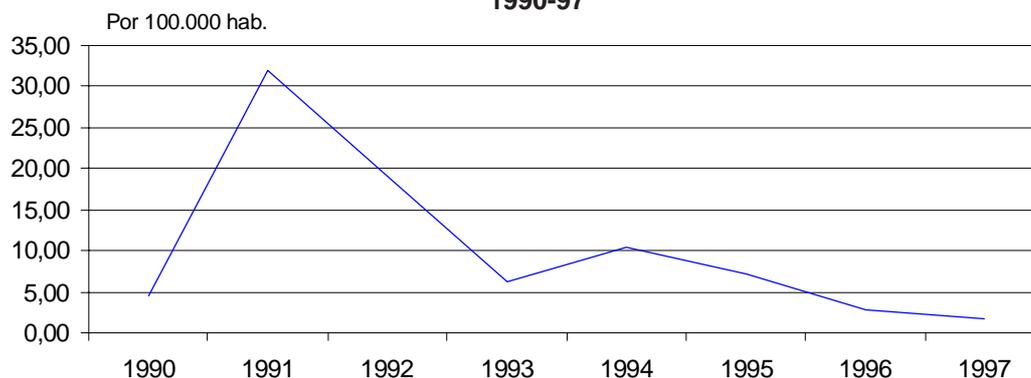
O tracoma, que acomete populações mais carentes, está associado a condições inadequadas de habitação, grande concentração populacional e precariedade no abastecimento de água e na coleta de lixo. As crianças de 1 a 10 anos são as maiores vítimas da forma ativa da doença, enquanto nas faixas etárias mais altas predominam as formas cicatriciais (CVE, 1999). A doença ressurgiu no Estado nos anos 80, depois de, indevidamente, ter sido considerada erradicada na década de 70. As ações de vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde já detectaram a endemia em mais de 150 municípios. A taxa de detecção da doença, depois de um pico de 32,1 casos por 100.000 habitantes, em 1991, vem apresentando tendência de queda, com uma taxa de 2,7 casos, em 1996.

Em que pese a significativa queda no número de casos notificados, há que se levar em consideração que o mito da erradicação levou à não capacitação dos médicos para realização do diagnóstico do tracoma, devido, conseqüentemente, à falta de contato com pacientes portadores da doença ou mesmo do desconhecimento do diagnóstico.

O êxito do controle de doenças como a poliomielite, o sarampo e o tétano está associado ao fato de que essas doenças podem ser controladas com intervenções pontuais como as campanhas de vacinação, enquanto as dificuldades em relação à tuberculose, por exemplo, dependem da existência de uma rede básica de saúde bem estruturada, que garanta qualidade e regularidade dos serviços prestados.

2. CVE. Situação da endemia hanseníase no Estado de São Paulo.

**Gráfico 3**  
**Coeficientes de Incidência de Tracoma**  
**Estado de São Paulo**  
**1990-97**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE; Fundação Seade.

### **Mortalidade<sup>3</sup>**

As mudanças no perfil de mortalidade derivaram do controle das doenças infecciosas e parasitárias e do aumento das doenças crônico-degenerativas e causas associadas à violência. Em 1998, na população de 15 a 59 anos, as principais causas de morte eram as violentas (31,9%), as do aparelho circulatório (22,9%) e as neoplasias (14,2%). Já que para o grupo de maiores de 60 anos predominavam as doenças do aparelho circulatório (45,2%) e as neoplasias (18,2%).

**Tabela 4**  
**Distribuição da Mortalidade da População de 59 Anos, segundo Principais Causas**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

Principais Causas	%
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
Causas Violentas	31,9
Aparelho Circulatório	22,9
Neoplasias	14,2
Infecciosas e Parasitárias	9,0
Demais Causas	14,6

Fonte: Fundação Seade. Sistema de Estatísticas Vitais.

**Tabela 5**  
**Distribuição da Mortalidade da População de 60 Anos e Mais, segundo Principais Causas**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

Principais Causas	%
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
Aparelho Circulatório	45,2
Aparelho Digestivo	5,3
Aparelho Respiratório	15,2
Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6,0
Neoplasias	18,2
Demais Causas	10,1

Fonte: Fundação Seade. Sistema de Estatísticas Vitais.

3. Dados mais detalhados constam do Caderno Cidadão do Século XXI.

### Morbidade Hospitalar

Para a população feminina, as internações hospitalares estão mais relacionadas às causas pertencentes ao capítulo da Gravidez, Parto e Puerpério, que responde por 41% das internações de mulheres no SUS/SP, em 1998 (24% do total de internações), incluídos aí os partos normais e os cesáreos, que, a rigor, não se configuram como morbidade.

Excluindo o grupo da Gravidez, Parto e Puerpério, as duas primeiras causas de internação coincidem entre homens e mulheres: o capítulo de Doenças do Aparelho Respiratório e o de Doenças do Aparelho Circulatório. As diferenças aparecem nas causas seguintes: Doenças do Aparelho Geniturinário, Doenças do Aparelho Digestivo e Neoplasias, para as mulheres; e Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas, Doenças do Aparelho Digestivo e Transtornos Mentais e Comportamentais, para os homens.

**Tabela 6**  
**Internações de Pacientes do Sexo Masculino Realizadas pelo Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS/SP, segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID X Estado de São Paulo 1998**

Capítulos da Classificação Internacional de Doenças	Números Absolutos	%
<b>Total</b>	<b>898.135</b>	<b>100,00</b>
Doenças do Aparelho Respiratório	147.124	16,38
Doenças do Aparelho Circulatório	110.661	12,32
Doenças do Aparelho Digestivo	105.765	11,78
Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	100.920	11,24
Transtornos Mentais e Comportamentais	89.808	10,00
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	55.464	6,18
Doenças do Aparelho Geniturinário	48.410	5,39
Neoplasias	36.215	4,03
Outros	203.768	22,69

**Fonte:** Ministério da Saúde/Datasus; Fundação Seade.

**Nota:** Refere-se à quantidade de AIHs pagas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Este é um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas, inclusive a dos crônicos e psiquiátricos que ultrapassaram o período máximo permitido (atualmente, 107 dias).

Em termos absolutos, chama atenção que os maiores diferenciais entre os sexos apareçam nos dois capítulos ligados aos acidentes e violências. O volume de internações é cerca de 2,5 vezes maior entre os homens nos grupos de Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas e de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade.

**Tabela 7**  
**Internações de Pacientes do Sexo Feminino Realizadas pelo**  
**Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS/SP,**  
**segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID X**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

Capítulos da Classificação Internacional de Doenças	Números Absolutos	%
<b>Total</b>	<b>1.293.856</b>	<b>100,00</b>
Gravidez, Parto e Puerpério	533.101	41,20
Doenças do Aparelho Respiratório	127.468	9,85
Doenças do Aparelho Circulatório	105.142	8,13
Doenças do Aparelho Geniturinário	83.319	6,44
Doenças do Aparelho Digestivo	77.884	6,02
Neoplasias	49.305	3,81
Transtornos Mentais e Comportamentais	45.666	3,53
Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	41.948	3,24
Outras	230.023	17,78

**Fonte:** Ministério da Saúde/Datasus; Fundação Seade.

**Nota:** Refere-se à quantidade de AIHs pagas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Este é um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas, inclusive a dos crônicos e psiquiátricos que ultrapassaram o período máximo permitido (atualmente, 107 dias).

### **Saneamento Básico**

Parte das doenças transmissíveis tem seus condicionantes nas condições do meio ambiente, em especial naquelas relacionadas ao saneamento básico. Boas condições de saneamento básico colaboram para elevar o nível de saúde da população. A proporção de população coberta por serviços de saneamento básico, no Estado de São Paulo, apresenta valores superiores aos do Brasil, em especial quanto aos serviços de esgotamento sanitário. Em 1996, a cobertura era de 96% para abastecimento de água, 88% para esgoto sanitário e 98% para serviços de coleta de lixo regular (Tabela 8).

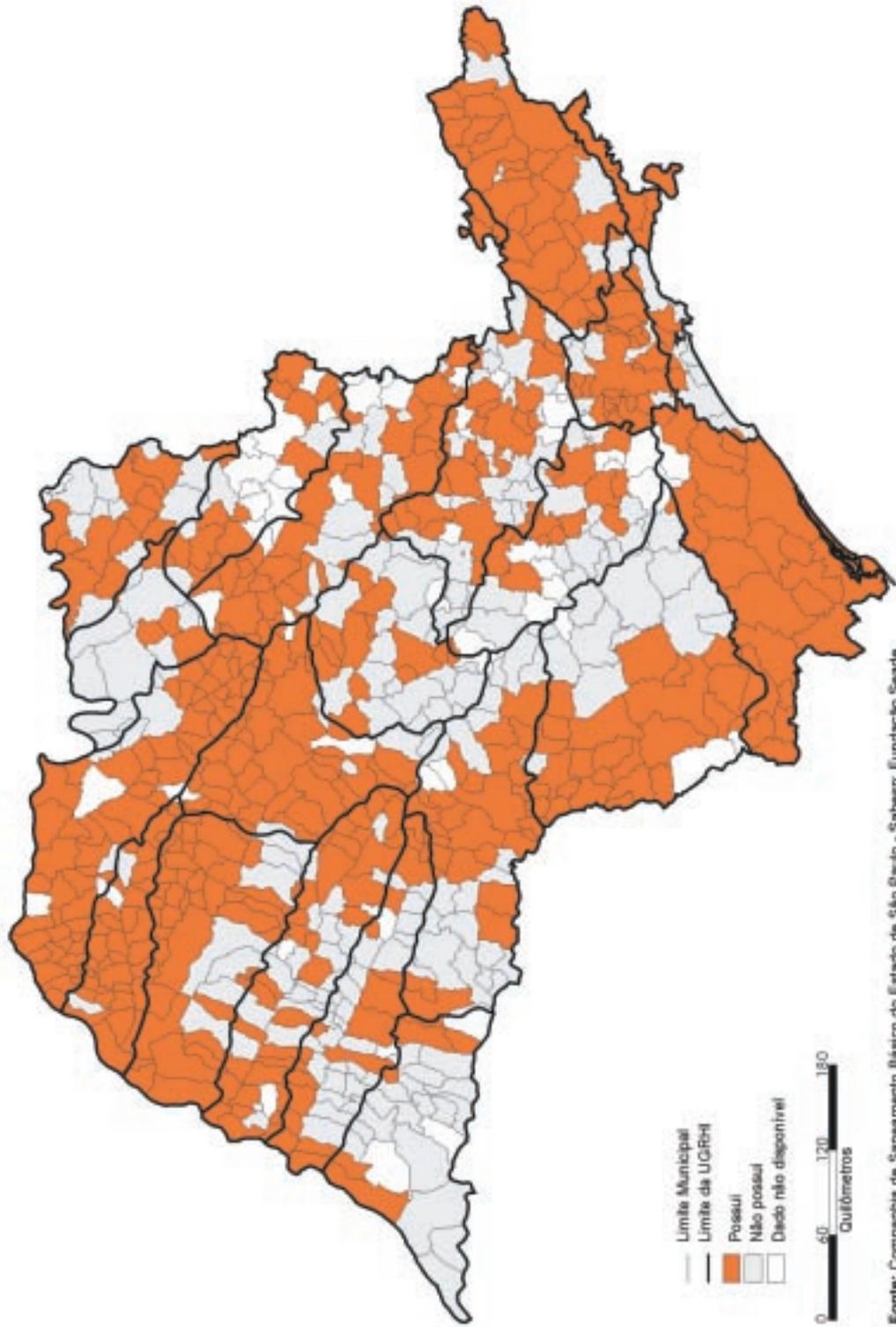
Esses índices, no entanto, não permitem avaliar a qualidade e o nível de intermitência no abastecimento da água, o tratamento ou não do esgoto sanitário e o tipo de destinação final do lixo, aspectos que influenciam no aparecimento de determinadas doenças.

**Tabela 8**  
**População Urbana Servida por Rede de Água, Esgotamento Sanitário e**  
**Coleta de Lixo Regular**  
**Brasil e Estado de São Paulo**  
**1996**

Serviços	Em porcentagem	
	Brasil	Estado
Abastecimento de Água por Rede Geral	85,52	96,55
Com Esgotamento Sanitário	58,19	87,63
Coleta de Lixo Regular	84,49	97,83

**Fonte:** Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

Mapa 4  
Existência de Contaminação nos Mananciais Superficiais de Captação de Água  
1997



Fonte: Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - Sabesp; Fundação Seade.

Apesar das altas taxas de cobertura para coleta de lixo nos centros urbanos, a sua destinação final constitui-se em problema a ser enfrentado. A destinação a céu aberto facilita a criação de insetos e outros animais, vetores de diversas doenças. No Estado de São Paulo, 37% dos municípios têm destinação total do lixo domiciliar/comercial a céu aberto. O fenômeno é mais frequente nos municípios com até 10 mil habitantes (55%) e de 10 a 20 mil habitantes (38%).

Quanto ao tratamento dispensado ao esgoto, observa-se que 77% da população urbana residia, em 1997, em municípios onde não há qualquer tipo de tratamento. As regiões<sup>4</sup> com os maiores percentuais são as da Mantiqueira (96% da população urbana), Tietê/Jacaré (92%) e Pardo (91%). E aquelas com menores índices são Litoral Norte (11%) e Baixada Santista (13%).

O Mapa 4 indica a existência, em 1997, de contaminação nos mananciais superficiais de captação de água em 51% dos 360 municípios<sup>5</sup> com este tipo de captação: 110 por recebimento de esgotamento sanitário; 73 por recebimento de despejo industrial; 130 por contaminação por outros cursos d'água; 58 por destinação inadequada de lixo; 69 por agrotóxicos; e 17 por outra forma. As regiões<sup>6</sup> mais afetadas são as da Mantiqueira, Litoral Norte e Ribeira de Iguape e Litoral Sul, onde 100% dos municípios apresentam algum tipo de contaminação (Sabesp; Seade).

Enfrentar esses novos desafios dependerá, em parte, das estratégias a serem adotadas para as questões de âmbito social, que extrapolam a competência da área de saúde, e, em, outra boa parte, de intervenções na política de saúde. A busca pela equidade, integralidade e universalidade da saúde deverá pautar as discussões e as ações em favor da ampliação do acesso, da melhoria da qualidade de atendimento e de vida, do gerenciamento e gestão dos recursos humanos, financeiros e da rede de serviços e, fundamentalmente, da satisfação do usuário.

## **Políticas de Saúde e Ações Programáticas**

### ***Saúde da Criança***

O Brasil, em 1990, participou da Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, tornando-se, então, signatário da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Dos 26 propósitos que teriam de ser atingidos até o ano 2000, 19 tinham relação com o setor Saúde, tendo sido reagrupados, pelo Ministério da Saúde, em cinco grandes temas: sobrevivência infantil; nutrição; saneamento ambiental; saúde da criança; e saúde da mulher.

Parte desses propósitos foi alcançada no país e no Estado de São Paulo: declínio das mortalidades infantil, na infância e por diarreias, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis; erradicação da poliomielite; queda da desnutrição proteicocalórica na infância; altos níveis de iodação de sal para consumo humano; aumento da cobertura de saneamento básico; crescimento da utilização de métodos contraceptivos; e implementação da cobertura do pré-natal e da cobertura hospitalar de partos.

A taxa de mortalidade infantil, no Estado de São Paulo, passou de 51,2 por 1.000 nascidos vivos, em 1980, para 18,7, em 1998. Apesar de se encontrar num patamar bastante favorável, em relação àquela registrada para o Brasil (39,4), esta taxa ainda permanece em situação desfavorável quando comparada aos países desenvolvidos. Note-se também que as taxas de mortalidade infantil distribuem-se de modo diferenciado pelas regiões, sendo que as mais elevadas encontram-se no sul do Estado, conforme analisado no Caderno Cidadão do Século XXI.

4. Referem-se às Unidades de Gerenciamento de Recursos Hídricos – UGRHI.

5. Referem-se aos municípios que realizam captação superficial e responderam a questão na Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1997.

6. Referem-se às Unidades de Gerenciamento de Recursos Hídricos – UGRHI.

**Tabela 9**  
**Taxas de Mortalidade Infantil**  
**Estado de São Paulo**  
**1980-1998**

Anos	Taxas (1)
1980	51,2
1991	27,0
1996	22,7
1998	18,7

Fonte: Fundação Seade.

(1) Por 1.000 nascidos vivos.

**Tabela 10**  
**Taxas de Mortalidade Infantil, segundo Tipos**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

Tipos	Taxas (1)
Neonatal	12,61
Precoce	9,78
Neonatal Tardia	6,07

Fonte: Fundação Seade.

(1) Por 1.000 nascidos vivos.

As principais causas da mortalidade infantil também mudaram de eixo: das diarréicas-parasitárias e respiratórias, decorrentes basicamente dos fatores socioambientais e que perduraram durante décadas, passaram a prevalecer as causas perinatais, resultantes da ausência de um pré-natal de qualidade, atenção à gravidez de alto risco, acompanhamento do puerpério e estímulo ao aleitamento materno, dentre outros motivos.

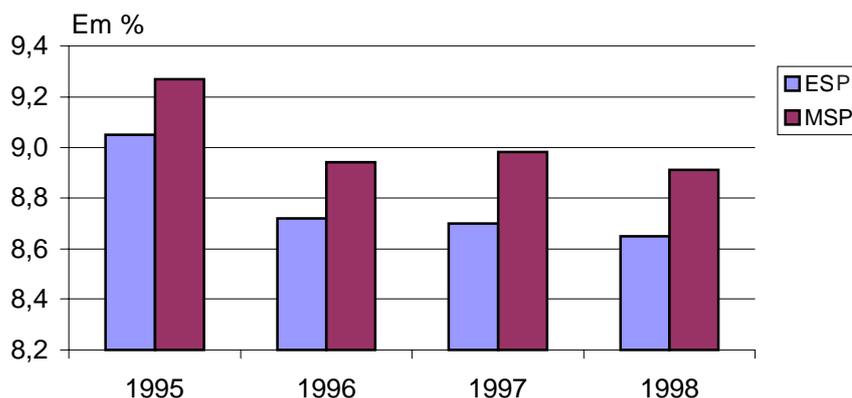
**Tabela 11**  
**Distribuição da Mortalidade Infantil, segundo Principais Causas**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

Principais Causas	%
<b>Total</b>	<b>100</b>
Perinatais	60,1
Infecciosas e Parasitárias	6,6
Demais Causas	8,9
Aparelho Respiratório	9,7
Anomalias Congênitas	14,7

Fonte: Fundação Seade. Sistema de Estatísticas Vitais.

A manutenção de prevalência de crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 quilogramas) ainda constitui, para o Estado e o Município de São Paulo, uma prioridade a ser resolvida (respectivamente, 9,05% e 9,27%, em 1995, e 8,65% e 8,91%, em 1998). Saliente-se a defasagem existente entre os números, quando se analisa o fenômeno segundo a idade das mães, ressaltando-se a maior ênfase nos bebês filhos de mães adolescentes.

**Gráfico 4**  
**Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer (1)**  
**Estado de São Paulo e Município de São Paulo**  
**1995-98**



Fonte: Fundação Seade.

(1) Inferior a 2.500 quilogramas.

**Tabela 12**  
**Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer (1), por Grupo de Idade das Mães**  
**Estado de São Paulo e Município de São Paulo**  
**1998**

Área	Todas as Idades	Menores de 20 Anos
Estado de São Paulo	8,65	20,23
Município de São Paulo	8,91	17,32

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade.

(1) Inferior a 2.500 quilogramas.

O Hospital Amigo da Criança, projeto idealizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e combater os elevados índices de desmame precoce, constitui uma iniciativa protetora da saúde e da vida da criança que, em parceria com o Programa Saúde da Criança e Aleitamento Materno, coordenado pelo Ministério da Saúde, recomenda o aleitamento exclusivo até os seis meses de vida da criança e com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais quando possível, estabelecendo normas de procedimento e capacitando equipes a seu favor.

A vigilância à saúde da criança encontra, nas informações sobre morbidade hospitalar, importantes subsídios para a prevenção de doenças e promoção da saúde nessa fase da vida, principalmente no que se refere às internações desnecessárias por doenças que poderiam ser evitadas (Tabela 13).

A principal causa de internações de crianças foram as Doenças do Aparelho Respiratório, em todas as faixas etárias: menores de 1 ano (35%); de 1 a 4 anos (43%); e de 5 a 9 anos (25%). Para os menores de 1 ano, destacam-se ainda as internações provocadas por Algumas Afecções Provocadas no Período Perinatal (30%) e por Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (12%). Observando-se especificamente as internações de crianças de 1 a 4 anos, surgem, em segundo lugar, aquelas provocadas por Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (12%) e Doenças do Aparelho Digestivo (10%). Para as crianças de 5 a 9 anos, as demais causas de internação em evidência foram as Doenças do Aparelho Digestivo (12%) e – que indicam um problema agravado com a chegada da adolescência e posteriormente da vida adulta – Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas, alertando para o grave problema da violência no Estado e no país.

**Tabela 13**  
**Internações de Crianças de 0 a 9 Anos Realizadas pelo Sistema Único de Saúde de São Paulo SUS/SP, segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID X Estado de São Paulo 1998**

Capítulos Selecionados da Classificação Internacional de Doenças	Menor de 1 Ano		De 1 a 4 Anos		De 5 a 9 Anos		Total	
	N <sup>os</sup> Abs.	%						
<b>Total</b>	<b>127.639</b>	<b>100,00</b>	<b>134.403</b>	<b>100,00</b>	<b>74.035</b>	<b>100,00</b>	<b>336.077</b>	<b>100,00</b>
Doenças do Aparelho Respiratório	44.457	34,83	58.272	43,36	18.662	25,21	121.391	36,12
Alguas Afecções Originadas no Período Perinatal	37.706	29,54	1.609	1,20	409	0,55	39.724	11,82
Alguas Doenças Infecciosas e Parasitárias	15.163	11,88	16.506	12,28	5.610	7,58	37.279	11,09
Doenças do Aparelho Digestivo	7.827	6,13	13.802	10,27	8.554	11,55	30.183	8,98
Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	1.775	1,39	8.496	6,32	10.908	14,73	21.179	6,30
Doenças do Aparelho Geniturinário	1.628	1,28	5.616	4,18	5.525	7,46	12.769	3,80
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	3.868	3,03	4.663	3,47	4.083	5,51	12.614	3,75
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4.123	3,23	4.649	3,46	2.170	2,93	10.942	3,26
Outras	11.092	8,69	20.790	15,47	18.114	24,47	49.996	14,88

**Fonte:** Ministério da Saúde/Datasus; Fundação Seade.

**Nota:** Refere-se à quantidade de AIHs pagas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Este é um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas, inclusive as dos crônicos e psiquiátricos que ultrapassaram o período máximo permitido (atualmente, 107 dias).

Na agenda dos desafios a serem enfrentados, portanto, estão: a continuidade de redução da mortalidade infantil; diminuição das taxas de mortalidade materna; controle da febre reumática através de profilaxia secundária até os 18 anos; redução das disparidades entre situações de saúde e nutrição nos grandes centros e entre as áreas urbanas e rurais; e controle do aumento da gravidez na adolescência.

## Saúde do Adolescente

Os fatores que determinam os níveis de saúde, bem-estar e desenvolvimento dos adolescentes e jovens são numerosos e inter-relacionados. A prevenção e o controle dos fatores de risco ou a promoção de saúde através da implementação de fatores protetores à sua integridade e à sua vida e da garantia do acesso ao desenvolvimento de estilos de vida saudável têm envolvido o esforço participativo de diferentes setores, áreas de estudo e atuação, profissionais e sociedade em geral.

A preocupação com as causas da morbimortalidade na adolescência e juventude tem mudado de eixo, voltando-se para variáveis comportamentais, uma vez que pesquisas e estudos indicam a precocidade com a qual as relações sexuais acontecem – possibilitando o aumento dos riscos de uma gravidez sem planejamento e sua reincidência, de ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids –, o crescente envolvimento de adolescentes e jovens no fenômeno da violência interpessoal e social – fazendo deles vítimas e algozes –, o uso indevido de álcool e drogas elevando cada vez mais as estatísticas dos usuários nestes grupos de idade, a visível presença dessa população no tráfico de drogas e a sistemática criação de necessidades de consumo de símbolos de juventude pela mídia. Esses são alguns exemplos de situações que fazem parte dos desafios a serem enfrentados quando se pretende compreender para agir.

Em 1980, conforme o IBGE, a população de 10 a 14 anos, no Estado de São Paulo, totalizava 2,5 milhões de pessoas; em 1991, este número chegava a 3,2 milhões; e, em 1996, a 3,4 milhões. A população de adolescentes e jovens paulistas de 15 a 19 anos passou de 2,6 milhões de pessoas, em 1980, para 2,9 milhões, em 1991, e para 3,4 milhões, em 1996.

As informações do Programa Saúde do Adolescente, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, corroboram com o exposto e chamam atenção para a necessidade de um olhar integrado e intersetorial quando se advoga a causa da saúde dos adolescentes e jovens. Dos cerca de 175 mil atendimentos realizados em 112 serviços-referência, que oferecem atendimento específico aos adolescentes de ambos os sexos no Sistema Único de Saúde de São Paulo, observa-se que os problemas ginecológicos representam 47% dos diagnósticos, indicando mudança comportamental feminina e rompimento de tabus, com a ida da adolescente ao ginecologista cada vez mais cedo, em busca de fatores protetores ao exercício da sexualidade, como a orientação monitorada em favor da contracepção, acompanhamento ao pré-natal, procura por solução das disfunções menstruais, problemas mamários e das doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, as doenças sexualmente transmissíveis – DSTs estão aumentando no mundo, sendo que os jovens (15 a 24 anos) são portadores de 2/3 delas.

A educação tem sido entendida como única saída contra a investida das DSTs e da Aids, uma vez que as mesmas não são passíveis de controle, pois, enquanto se discute a legitimidade ou não da educação sexual, os adolescentes e os jovens com menos de 20 anos estão iniciando suas atividades sexuais cada vez mais cedo – entre os 14 e os 16 anos<sup>7</sup> –, aumentando as probabilidades de disseminação de DSTs/Aids.

7. Segundo informações do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Tabela 14**  
**Principais Diagnósticos Efetuados em Serviços-Referência de Saúde do Adolescente(1)**  
**Estado de São Paulo**  
**1986/1998**

Principais Diagnósticos	%
Problemas Ginecológicos	47,0
Problemas Odontológicos	42,0
Problemas Psicológicos	35,0
Problemas Familiares	32,0
Problemas Escolares	28,9
Gravidez	20,0
Crescimento e Desenvolvimento	18,0
Parasitoses	17,0
Doenças de Pele	17,0
Problemas Respiratórios	17,0
Anemias	13,0
Problemas Nutricionais	12,0
Problemas Urológicos	8,8
Drogadição	8,0
Problemas Oftalmológicos	7,0
Acidentes de Trabalho	5,0
Problemas Ortopédicos	4,2
Aids	0,2
Falta de Acesso a Atividades Esportivas e Culturais	85,0
Problemas Sociais	70,0

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema Único de Saúde/  
Programa Saúde do Adolescente.

(1) Referem-se a 112 unidades.

**Tabela 15**  
**Casos Notificados de Aids e Coeficientes de Incidência, por Ano de**  
**Diagnóstico, segundo Grupos de Idade**  
**Estado de São Paulo**  
**1988-1998**

Grupos de Idade	1988		1998		Total de Casos
	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (1)	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (1)	
<b>Total</b>	<b>975</b>	<b>8,48</b>	<b>2836</b>	<b>21,75</b>	<b>3.811</b>
10 a 14 Anos	16	0,53	15	44,00	31
15 a 19 Anos	109	3,82	109	3,22	218
20 a 24 Anos	353	12,31	746	23,32	1.099
25 a 29 Anos	497	18,13	1966	65,35	2.463

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde/Vigilância Epidemiológica/Centro de Vigilância Epidemiológica; Fundação Seade.

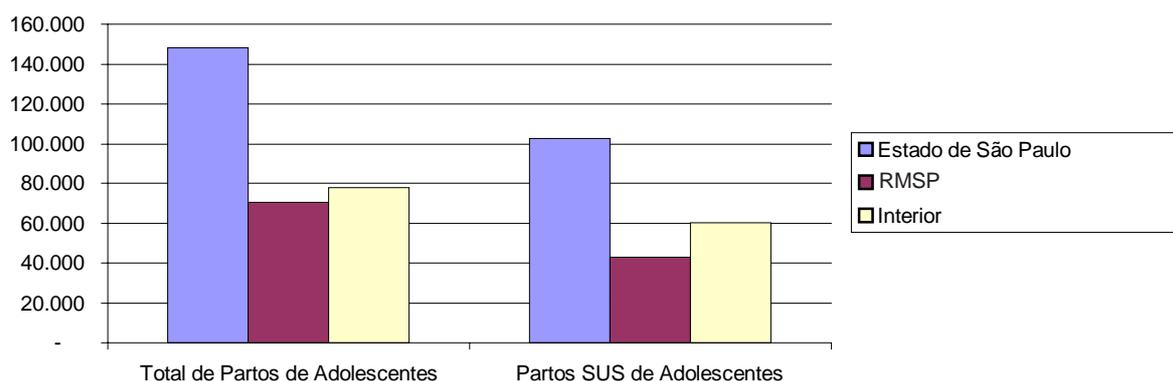
(1) Por 100.000 habitantes.

O número de mortes por Aids entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos, após crescimento contínuo, diminuiu 35% entre 1993 e 1996, segundo a Fundação Seade. A tendência atual da Aids, como uma das principais causas de morte da população jovem paulista, apresenta cenário mais animador, embora isto não signifique redução do risco que adolescentes e jovens estão expostos em relação ao HIV positivo.

Quanto à gravidez na adolescência, estima-se que, no Brasil, cerca de 1.000.000 de adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, dão à luz todos os anos no país. Em 1998, no Estado de São Paulo, do total de partos realizados pelo SUS, 1% (4.205) correspondia a adolescentes entre 10 a 14 anos e 24% (104.092) de 15 a 19 anos. Os nascidos vivos de mães com menos de 20 anos, correspondiam a 20% do total de nascimentos no Estado de São Paulo, a 18%, na Região Metropolitana de São Paulo, a 17%, no Município de São Paulo, a 19%, nos demais municípios do Estado, em 1998.

O Gráfico 5 mostra o total de partos de adolescentes e aqueles realizados pelo SUS, em 1998, para o total do Estado, Região Metropolitana de São Paulo e Interior.

**Gráfico 5**  
**Total de Partos de Adolescentes e Partos SUS de Adolescentes**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**



Fonte: Ministério da Saúde; Fundação Seade.

Estudos desenvolvidos pelo Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde, demonstram que 28% das gestantes que chegam nos ambulatórios de serviços que atendem adolescentes no SUS engravidaram nos três primeiros meses a partir da primeira atividade sexual, e que 40% dos atendimentos de pré-natal realizados correspondiam a adolescentes que já eram mães ao chegar aos serviços e voltaram a engravidar após 36 meses da primeira gestação.

A Pesquisa Municipal Unificada – PMU da Fundação Seade, realizada nos 645 municípios do Estado, registrou 386 municípios (60%) com existência de atendimento específico à gestante adolescente.

A pesquisa Sexualidade e Plano de Vida na Adolescência, de 1995, realizada pelo Programa Saúde do Adolescente, da Secretaria de Estado da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, revelou que os adolescentes tinham conhecimento dos métodos anticoncepcionais, mas não os utilizavam: 87% do total de adolescentes, de ambos os sexos, sabiam para que servem os métodos anticoncepcionais e quais eram os mais conhecidos. Dos 41% que já tinham vida sexual, 70% não utilizavam métodos contraceptivos – embora soubessem que podiam engravidar – e 12% responderam não saber como fazer para evitar a gravidez. Os motivos alegados para o não uso

foram: esqueceram (60%); não têm acesso (12%); são desconfortáveis (10%); fazem mal (9%); e queriam engravidar (1%). A mesma pesquisa mostrou ainda que o medo e a insegurança foram os sentimentos mais presentes no momento da primeira relação sexual: 51% dos adolescentes declararam que as *meninas* têm medo de não agradar e 42% afirmaram que os *meninos* têm medo de falhar.

A participação dos adolescentes no movimento da criminalidade urbana tem sido pauta do constante debate público e gerado polêmicas quanto ao tratamento das possíveis soluções para conter a delinquência juvenil. As conseqüências da inserção do adolescente no fenômeno da criminalidade, pondo em risco sua integridade física e psicológica e a sua vida e a de outros – em muitos casos de outros adolescentes – têm relação inequívoca com a área da Saúde, podendo ser visualizadas através das estatísticas de morbimortalidade desta população.<sup>8</sup>

Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de São Paulo – NEV/USP, que teve por objeto a criminalidade juvenil entre 1993 e 1996, mostra sensível mudança quando seus resultados são comparados a pesquisa semelhante, realizada pela Fundação Seade em convênio com o NEV-USP, para o período 1988-91.

Quanto à natureza das infrações cometidas, destaca-se o aumento nos itens lesões corporais – agressões – (de 7% para 12%), roubo (de 16% para 18%), roubo seguido de morte (de 0,30% para 0,50%), tráfico de drogas (de 1% para 3%). A ocorrência de homicídios entre adolescentes mostra envolvimento de 1% deles no total das ocorrências policiais estudadas. Destaque-se que a porcentagem de adolescentes envolvidos em quadrilhas ou gangues permanece inalterada (0,2%), diminuindo no item dirigir sem carteira de habilitação (de 9% para 6%).

O levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid, do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, revela que, para 24% dos estudantes pesquisados, o uso de droga foi experimental, tendo estes pouca experiência com drogas psicotrópicas.

**Tabela 16**  
**Estudantes dos Ensinos Fundamental e Médio que Usaram Drogas pelo Menos**  
**Uma Vez na Vida, segundo Sexo**  
**Capitais Brasileiras**  
**1997**

Dos estudantes, 2,6% de meninos e 1,9% de meninas fizeram uso freqüente de droga (seis

Capitais	%
<b>Capitais Brasileiras</b>	<b>24,4</b>
Homens	26,8
Mulheres	22,9
<b>Município de São Paulo</b>	<b>18,5</b>
Homens	20,3
Mulheres	17,3

**Fonte:** Universidade Federal de São Paulo/ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid.

**Nota:** Dados não expandidos.

**Ref. Bibl.:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid. IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Ensino Médio em dez Capitais Brasileiras. São Paulo, 1997.

8. Dados de mortalidade apresentados nos cadernos “Cidadão do Século XXI” e “Segurança”.

ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa) e 1,5% de meninos e 1,3% de meninas fizeram uso pesado (20 ou mais vezes no mês). O uso de tabaco e álcool atinge, respectivamente, 6% e 15% dos pesquisados.

**Tabela 17**  
**Estudantes dos Ensinos Fundamental e Médio que Fizeram Uso Frequente de**  
**Drogas Psicotrópicas, segundo Tipo**  
**Capitais Brasileiras**  
**1997**

Tipo de Droga	Em porcentagem	
	Capitais Brasileiras	Município de São Paulo
Uso Frequente	3,3	2,4
Solventes	1,3	0,8
Maconha	1,1	0,9
Ansiolíticos	0,7	0,2
Anfetamínicos	0,7	0,3
Cocaína	0,4	0,3
Álcool	15,0	14,7
Tabaco	6,2	6,4

**Fonte:** Universidade Federal de São Paulo/ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid.

**Nota:** Dados não expandidos.

**Ref. Bibl.:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid. IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Ensino Médio dez Capitais Brasileiras. São Paulo, 1997.

No Município de São Paulo, estima-se que um em cada quatro adolescentes já tenha experimentado ou esteja usando droga ilícita. Entre os meninos de rua, esta situação é ainda mais grave. Segundo o Cebrid e o SOS Criança, entre 30% e 40% deles consomem drogas regularmente – solventes, maconha e crack –, sendo que metade tem entre 6 e 14 anos de idade.

Estas informações são crônicas anunciadas de mortes, de danos físicos e de alterações psicológicas e comportamentais negativas, envolvendo uma população em fase de plenas possibilidades criativas e transformadoras.

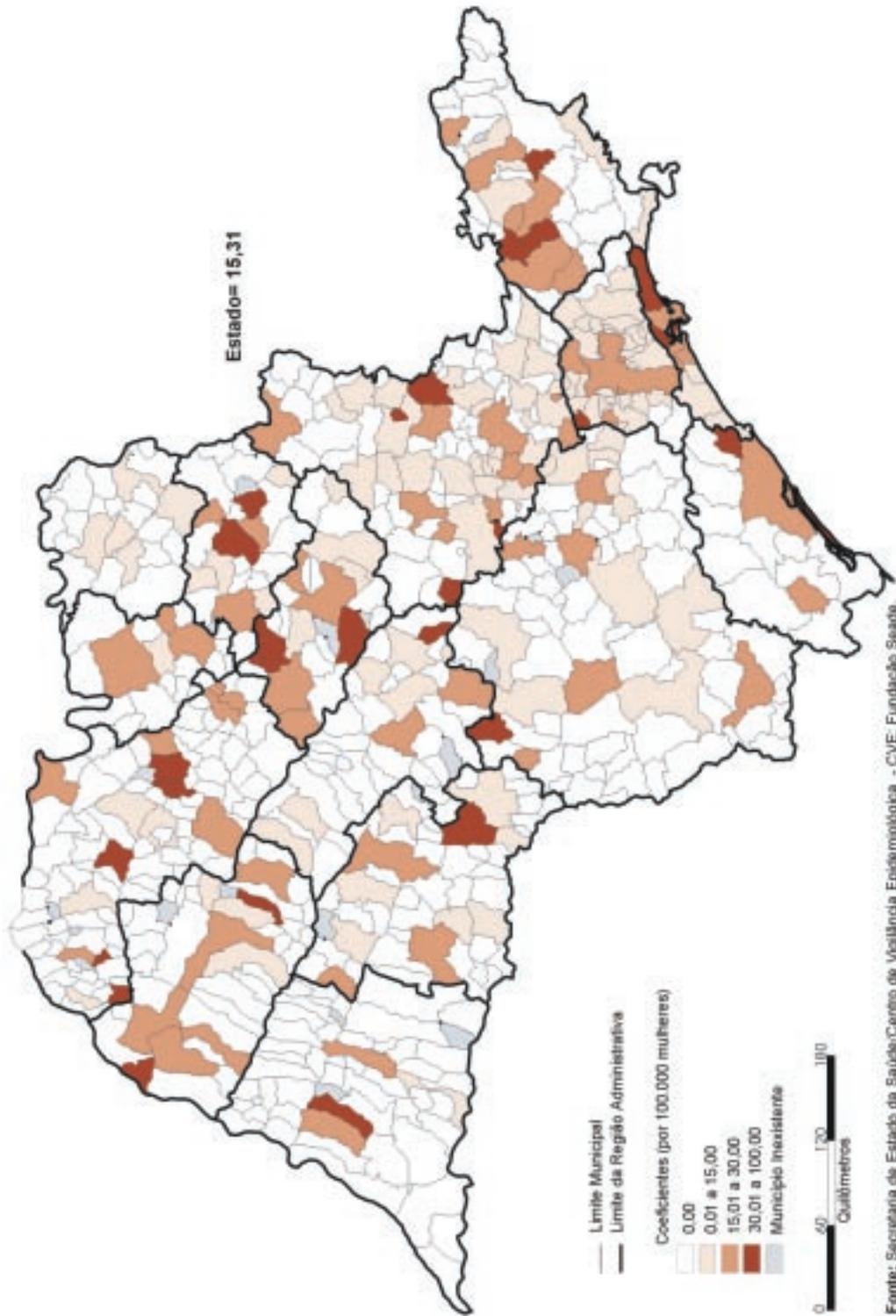
### **Saúde da Mulher**

O Ano Internacional da Mulher – 1975 – e os dez anos que se seguiram – a Década da Mulher – serviram como referência de mudança ao marco conceitual que até então orientava os serviços públicos de atendimento à saúde feminina. Com o desenvolvimento dos movimentos organizados de mulheres, as relações de gênero são incorporadas às pautas de discussão dos serviços de saúde, inclusive o direito ao exercício saudável da sexualidade. O atendimento muda de eixo e passa a trabalhar com o conceito de saúde integral da mulher em todas as fases da vida.

Esse conceito foi incorporado como política pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, uma conquista do movimento de mulheres que sistematizou suas necessidades e sentimentos na Conferência Nacional dos Direitos da Mulher, em Brasília, em 1986.

A implantação do Sistema Único de Saúde – SUS e a municipalização da saúde, a partir do final da década de 80, favoreceram a concretização da universalização do atendimento integral à saúde da mulher, facilitando a multiplicação do PAISM, em âmbito local, o que favoreceu a

Mapa 5  
Coeficientes de Casos Notificados de Sida/Aids, em Mulheres  
1996



implementação da idéia da promoção da saúde, via intersectorialidade e participação comunitária, o desenvolvimento de programas e ações de prevenção e atenção primárias, a implantação de serviços de prevenção e atenção secundárias e a garantia da referência terciária, conforme a necessidade.

O SUS, o PAISM, a implantação do Conselho Estadual da Condição Feminina – e de Conselhos em vários municípios – e a municipalização constituíram-se, então, em esperança de que as mulheres pudessem usufruir de atendimento público humanizado, competente, eficiente e equitativo, visualizando sua cidadania e sua qualidade de vida.

O Programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde elegeu como prioridades: a redução da morbimortalidade materna – identificação da gestação de alto risco e garantia do encaminhamento para serviços competentes, garantia do número mínimo de sete consultas recomendado pela Organização Mundial da Saúde, controle da não-interrupção do pré-natal no oitavo mês e realização de pelo menos duas consultas no nono mês de gravidez e a garantia da vaga hospitalar para o parto –; a prevenção e a atenção à gravidez na adolescência; a realização de diagnóstico e tratamento precoces de câncer ginecológico – ampliação da cobertura do exame Papanicolaou, estímulo ao auto-exame das mamas, colposcopia em lesões precursoras e garantia do atendimento nos casos confirmados –; a realização de diagnóstico e tratamento precoces de DSTs/Aids; a atenção à mulher vítima de violência; o incremento do atendimento à mulher no climatério e à terceira idade; a implementação das ações educativas em favor do conhecimento da sexualidade e dos direitos da mulher, fundamentalmente os relacionados aos direitos reprodutivos e à inserção dos respectivos parceiros.

A Aids tem avançado muito entre as mulheres, aproximando-se de uma relação de dois casos femininos para cada caso masculino, principalmente devido à transmissão heterossexual e uso de drogas. Em 1996, no Estado, foram notificados 2.655 casos de Aids (coeficiente de 15/100.000 mulheres), em 200 cidades, contra apenas 765 casos, em 1990, em 103 cidades. Através do Mapa 5, verifica-se que as maiores concentrações de casos ocorreram nas Regiões Metropolitanas de São Paulo e da Baixada Santista, nas Regiões Administrativas de São José dos Campos, Ribeirão Preto e Araraquara.

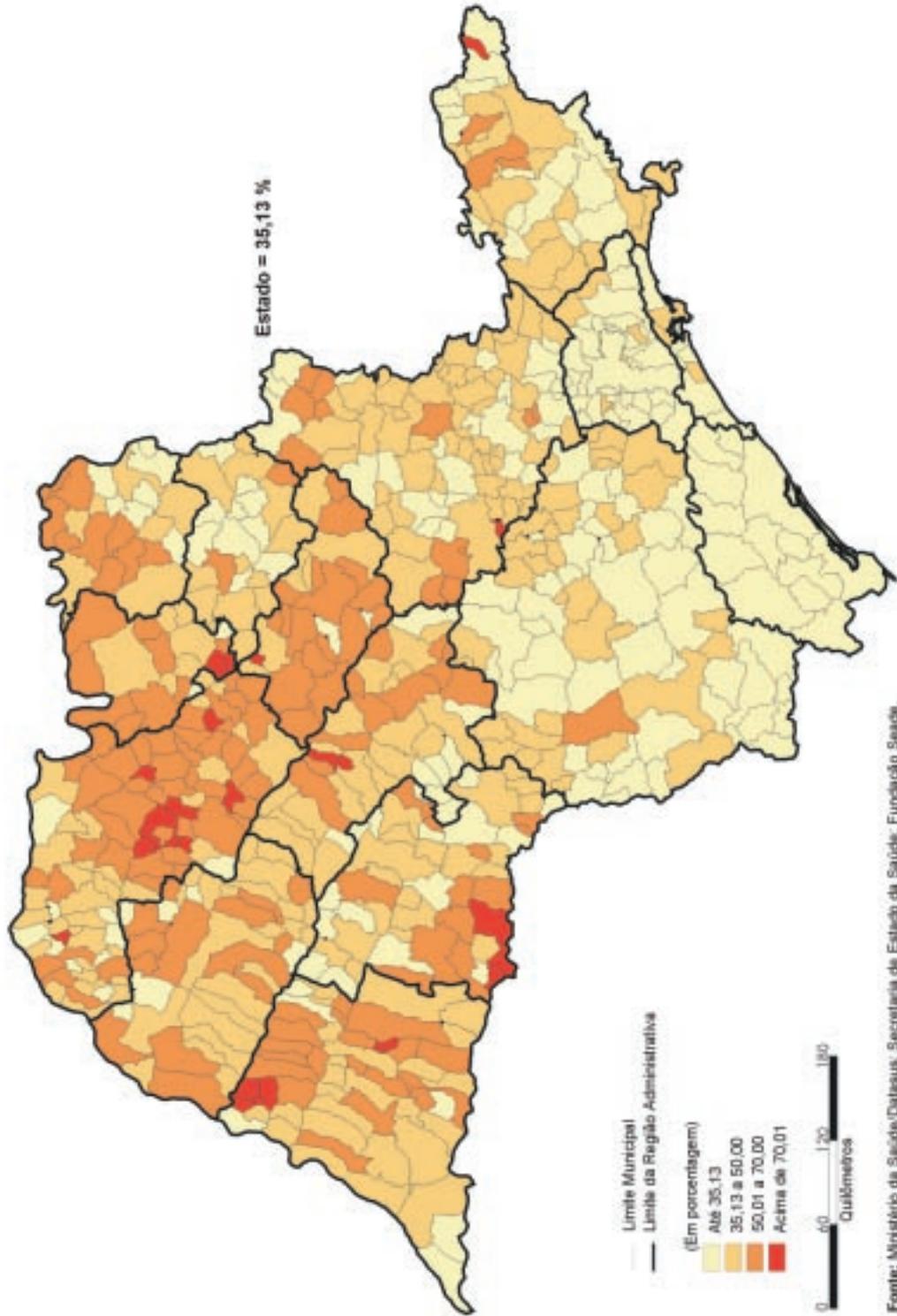
### ***Parto Cesáreo***

O Estado de São Paulo registra altas taxas de parto cesáreo, muito superiores ao que seria admissível nos casos em que há prescrição médica para preservar a saúde da mãe e/ou da criança. O uso indiscriminado de partos operatórios interfere na morbimortalidade materna e aumenta desnecessariamente os custos do procedimento hospitalar.

Em São Paulo, 48,27% dos nascidos vivos, em 1998, nasceram através de parto operatório, sendo que as maiores taxas encontram-se na Região Administrativa de São José do Rio Preto (Tabela 18).

Ao se analisarem os dados de partos realizados pelo SUS, observa-se uma taxa de 35,13% de partos cesáreos, inferior à verificada pelo total de nascidos vivos, que incluem as pacientes que utilizam serviços de medicina suplementar. A sua distribuição por município (Mapa 6) mostra que também as regiões norte do Estado concentram as maiores proporções de parto cesáreo.

Mapa 6  
Percentual de Partos Cesáreos no Sistema Único de Saúde - SUS  
1998



**Tabela 18**  
**Proporção de Nascidos Vivos, por Parto Cesáreo**  
**Regiões Administrativas**  
**1998**

Estado de São Paulo e Regiões Administrativas	%
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>48,27</b>
Região Metropolitana de São Paulo	44,25
Capital	45,43
Demais Municípios	42,72
RA de Registro	27,47
Região Metropolitana da Baixada Santista	43,06
RA de São José dos Campos	50,14
RA de Sorocaba	41,78
RA de Campinas	52,32
RA de Ribeirão Preto	52,49
RA de Bauru	62,17
RA de São José do Rio Preto	72,52
RA de Araçatuba	63,44
RA de Presidente Prudente	59,84
RA de Marília	57,61
RA Central	67,83
RA de Barretos	64,16
RA de Franca	54,87

Fonte: Fundação Seade.

### **Mortalidade Materna**

A mortalidade materna configura-se ainda como um desafio a ser enfrentado no que diz respeito à saúde da mulher. No Estado de São Paulo, os coeficientes encontram-se, ainda, em patamares pouco condizentes com seu nível de desenvolvimento: 12,41 óbitos por 100.000 nascidos vivos no triênio 1996-98, enquanto países desenvolvidos já apresentavam coeficientes de 15/100.000, na década de 80.

As causas de morte materna são aquelas classificadas como dependentes da gravidez, parto e puerpério, sendo agrupadas em causas obstétricas diretas e indiretas. As diretas decorrem das complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, como a toxemia gravídica, as complicações do aborto e as alterações placentárias, e as indiretas resultam de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gravidez e foram agravadas pelos efeitos fisiológicos do ciclo gravídico-puerperal, como as cardiopatias, diabetes e doenças infecciosas. As causas obstétricas diretas são as que guardam maior relação com a assistência pré-natal, parto e puerpério.

Dados da Fundação Seade, sobre a distribuição das causas, dentro de uma perspectiva cronológica do ciclo gravídico-puerperal, mostram a predominância de complicações relacionadas à gravidez (57,28%), parto normal e complicações que decorrem durante o trabalho de parto (22,52%), complicações do puerpério (11,26%) e gravidez terminada em aborto (8,94%).

É difícil dimensionar o número exato de mulheres que morrem por estas causas. Não obstante a reconhecida qualidade do sistema de estatísticas vitais do Estado de São Paulo, a qualidade da

causa do óbito descrita na declaração médica deixa a desejar, fato este que não se circunscreve ao Brasil e ao Estado de São Paulo.

Para um diagnóstico da situação da mortalidade materna nas diferentes Regiões do Estado, foram calculadas médias trienais com o intuito de minimizar as flutuações naturais que ocorrem nos dados, quando se trabalha com número pequeno de eventos, o que prejudica o dimensionamento do fenômeno, podendo levar a conclusões equivocadas sobre seu aumento ou queda.

Assim, para o triênio 1996-98, observa-se que as Regiões Administrativas com taxas mais elevadas foram Registro, com média trienal de 71,9 mortes/1.000 nascidos vivos, e Sorocaba, com 51,9, sendo que as menores taxas foram registradas em Campinas (28,0) e Araçatuba (28,67).

**Tabela 19**  
**Taxas de Mortalidade Materna**  
**Regiões Administrativas**  
**1996/1998**

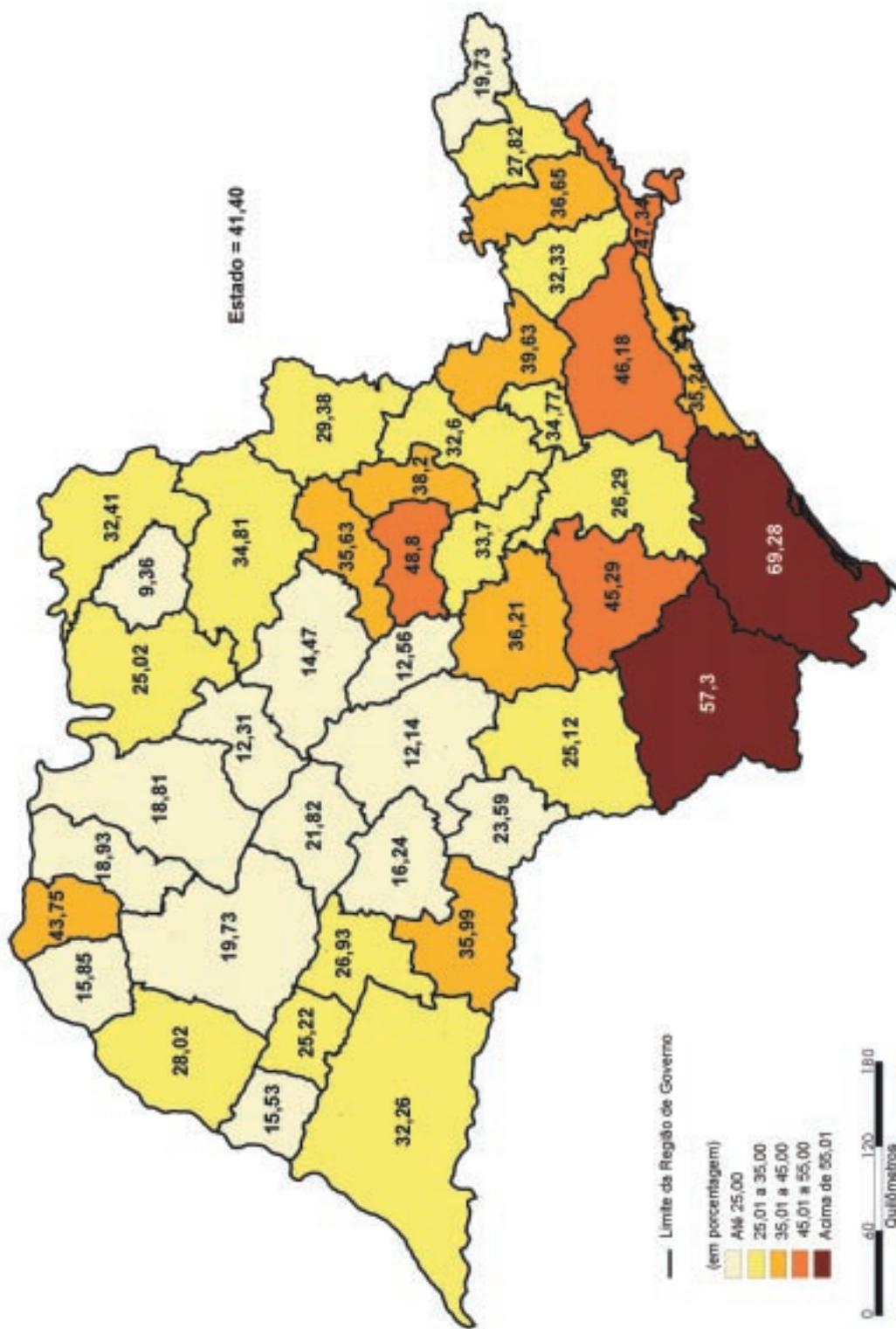
Por 1.000 nascidos vivos	
Regiões Administrativas	Taxas
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>42,41</b>
Região Metropolitana de São Paulo	45,94
RA de Registro	71,91
Região Metropolitana da Baixada Santista	47,45
RA de São José dos Campos	45,47
RA de Sorocaba	51,98
RA de Campinas	28,06
RA de Ribeirão Preto	45,59
RA de Bauru	33,09
RA de São José do Rio Preto	31,64
RA de Araçatuba	28,67
RA de Presidente Prudente	32,91
RA de Marília	42,27
RA Central	31,10
RA de Barretos	30,64
RA de Franca	37,65

**Fonte:** Fundação Seade.

A relação entre as mortes maternas e a qualidade da assistência à saúde, em particular da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, trazem desafios para o sistema de saúde. Estender a cobertura do pré-natal para, no mínimo, sete consultas durante a gravidez, conforme recomenda a OMS, é um caminho. Dados do registro de nascidos vivos indicam que 61% das mães realizaram sete consultas ou mais, porém é preocupante o fato de que 39% delas não alcançaram o mínimo de consultas recomendadas.

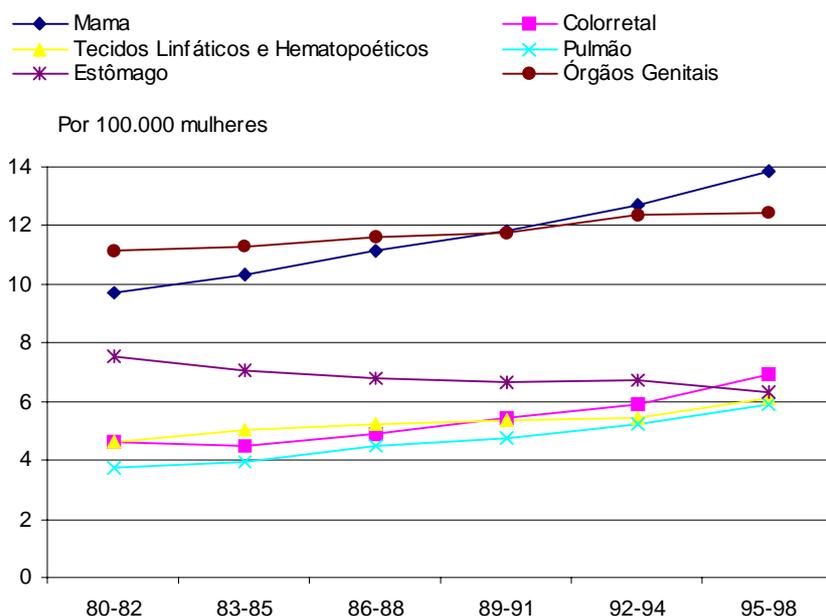
A análise por regiões mostra diferenciais muito grandes. No sul do Estado, observam-se as maiores proporções de mães com menor número de consultas: em Registro, cerca de 69% das mães realizaram menos de seis consultas de pré-natal; em Itapeva, o percentual foi de 57%.

**Mapa 7**  
**Mães que Compareceram a Menos de Seis Consultas de Pré-Natal**  
**1998**



Outra questão de prioridade para a saúde da mulher trata do combate e da prevenção das neoplasias, especialmente o câncer de colo de útero e o de mama (Gráfico 6). Observa-se a contínua elevação do câncer de mama, que supera, na passagem da década de 80 para a de 90, o câncer em órgãos genitais e atinge a taxa de 13,9 mortes/100.000 mulheres, no período 1995-98. O câncer nos órgãos genitais é o segundo mais freqüente e também apresenta tendência de elevação de mortalidade, atingindo 12,4 mortes/100.000 mulheres, no quadriênio 1995-98. Destaca-se que, neste grupo, o câncer de colo de útero responde por 34% dos casos registrados.

**Gráfico 6**  
**Taxas de Mortalidade Feminina, segundo Tipos de Câncer**  
**Estado de São Paulo**  
**1990-1998**



Fonte: Fundação Seade.

No que diz respeito às intervenções realizadas pelas Prefeituras Municipais, observa-se que, em 1997, a quase totalidade dos municípios (99%) desenvolveram ações em favor da saúde da mulher, destacando-se o aumento do número de municípios que fazem atendimento específico à gestante adolescente (56%, em 1995, e 65%, em 1997), segundo a Pesquisa Municipal Unificada, 1995 e 1997, da Fundação Seade.

A proporção de municípios que realizaram ações referentes à identificação e ao controle de doenças sexualmente transmissíveis passou de 80% para 87%, entre 1995 e 1997, sendo este incremento acompanhado pela elevação do número de municípios que fazem distribuição monitorada de preservativos masculinos (de 77% para 82%, no mesmo período).

O crescimento de maior destaque, dentre as ações de saúde da mulher, ocorreu no atendimento específico durante o climatério, passando de 45%, em 1995, para 68%, em 1997, a proporção de municípios que realizam este tipo de ação.

A quase totalidade de municípios com ginecoobstetras (94%), somada aos resultados já apresentados, pode estar indicando que os municípios estão, cada vez mais, comprometidos a promoverem a concretização dos direitos da mulher, em relação à saúde integral, em todas as fases da vida.

**Tabela 20**  
**Proporção de Municípios que Realizam Ações de Saúde**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**

Ações de Saúde	Em porcentagem	
	1995	1997
Ações de Saúde da Mulher	96,4	99,2
Atendimento Específico à Gestante Adolescente	56,1	65,6
Identificação e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis	80,0	87,1
Distribuição Monitorada de Preservativos	76,8	82,1
Atendimento Específico Durante o Climatério	45,0	67,7
Presença de Ginecoobstetras	88,3	93,6

**Fonte:** Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1995 e 1997.

### **Saúde do Idoso**

O Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, terá, até 2025, a sexta população de idosos do mundo, isto é, 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Entre 1950 e 2025, esta população, conforme a OMS, crescerá 16 vezes, enquanto a população geral aumentará cinco vezes. A proporção de idosos no país passaria de 7%, em 1991, para 15%, em 2025.

No Estado de São Paulo, em 1960, a esperança de vida ao nascer era de 61 anos, passando para 70 anos, em 1998. Em 2020, estima-se que as mulheres paulistas viverão até os 81 anos e os homens até os 72 anos. Esta diferença de quase dez anos em favor das mulheres fundamenta-se na atual tendência da mortalidade, que tem nas causas externas um de seus principais componentes, em especial no crescente movimento dos homicídios envolvendo a população masculina de 15 a 24 anos.

O envelhecimento da população paulista ocorrerá de forma muito rápida nos próximos 20 anos e chegará a mais de 8 milhões de idosos, em 2020 (18% da população total), sendo que, deste contingente, as mulheres estarão em maior número (cerca de 4,550 milhões). As regiões que contarão com maior proporção de idosos serão as do noroeste do Estado, como São João da Boa Vista e o Município de São Paulo.<sup>9</sup>

Este contingente populacional pressionará a demanda por serviços de saúde que, além de se preocuparem com a questão da facilidade do acesso e da cobertura, deverão também adequar seus recursos físicos e capacitar suas equipes para atender aos problemas considerados típicos da terceira idade – insuficiência cerebral, instabilidade postural e quedas, imobilidade e incontinência, dentre outros.

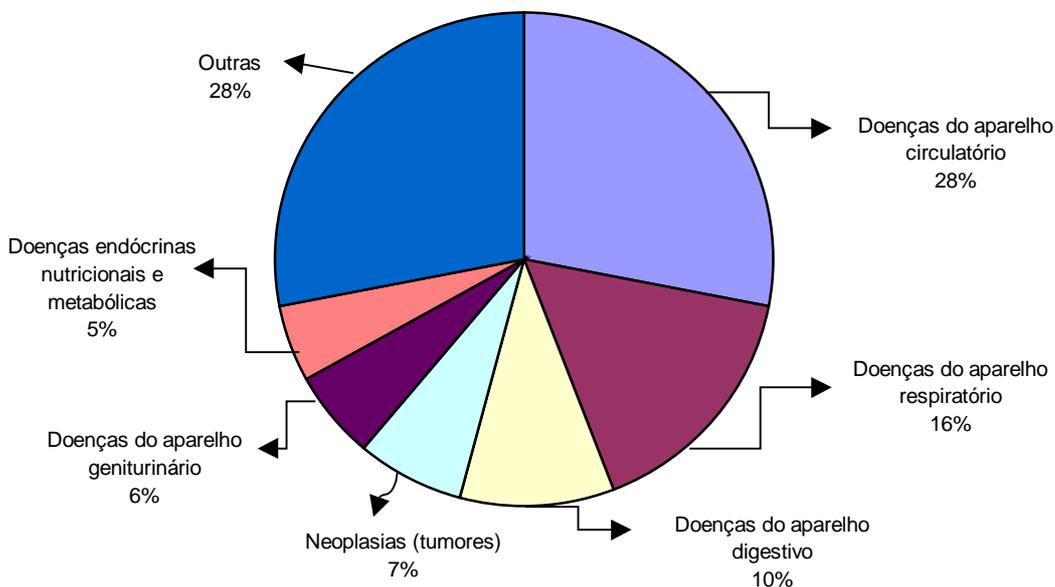
Em 1998, as principais causas de morte para homens e mulheres idosos foram: doença isquêmica do coração; doenças cerebrovasculares; outras doenças cardíacas; pneumonia; e diabetes mellitus.

As principais causas de internação da população de 60 anos e mais, em 1998, foram aquelas relacionadas ao aparelho circulatório (28%), aparelho respiratório (16%), aparelho digestivo (10%) e neoplasias (7%).

A análise dos dados referentes às internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde – SUS, mostra os diferenciais existentes entre os diversos grupos etários. O custo médio da

9. Dados mais detalhados constam do caderno Cidadão do Século XXI.

**Gráfico 7**  
**Principais Causas de Internação de População de 60 Anos e Mais no Sistema Único de Saúde – SUS Estado de São Paulo 1998**



Fonte: Ministério da Saúde/ Datasus; Fundação Seade.

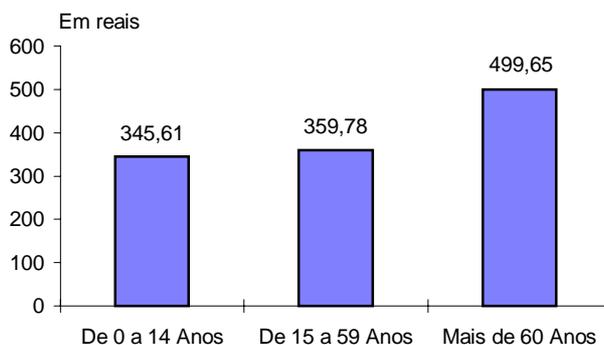
hospitalização (AIH média) eleva-se conforme aumenta a faixa etária da população internada.

O grupo de 60 anos apresentou um valor médio de R\$ 499,65, contra R\$ 345,61 e R\$ 359,78, respectivamente, nas faixas de 0 a 14 anos e 15 a 49 anos.

O tempo médio de permanência de internação dos idosos foi de 9,4 dias, bem superior ao da faixa de 0 a 14 anos (5,4 dias) e de 15 a 49 anos (7,3 dias).

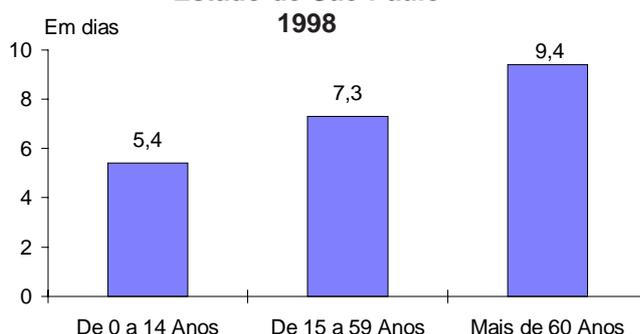
Os dados referentes à morbimortalidade do idoso indicam a necessidade de os serviços

**Gráfico 8**  
**Custo Médio de Hospitalização da População Internada no SUS, por Faixa Etária Estado de São Paulo 1998**



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus; Fundação Seade.

**Gráfico 9**  
**Média de Permanência da População Internada no SUS, por Faixa Etária**  
**Estado de São Paulo**



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus; Fundação Seade.

desenvolverem programas de saúde integral e intersetorial e de prevenção, identificação precoce, tratamento oportuno e controle das doenças crônico-degenerativas e daquelas preveníveis por vacinas (antitetânica, antipneumocócica e antigripal), a fim de que essa população possa atingir o máximo de vida ativa junto à família e à comunidade, com independência e autonomia.

### Saúde Bucal

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu que até o ano 2000 todos os países deveriam despende esforços para alcançar o índice médio de 3,00 dentes cariados, perdidos e obturados por escolar – CPO-D. A metodologia adotada estabelece os 12 anos de idade como parâmetro básico, uma vez que permite estimar a ocorrência da cárie dental na dentição permanente.

Dados amostrais obtidos pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as Secretarias de Estado da Saúde, mostram que, em 1986, o índice CPO-D para o Brasil atingia 6,65 dentes (prevalência alta), passando, em 1993, para 3,06 (prevalência moderada), ressaltando-se que estes números referem-se apenas a escolares das capitais brasileiras.

O Estado de São Paulo conta com 27 cursos superiores de odontologia e forma anualmente cerca 4 mil novos cirurgiões-dentistas. A proporção de cirurgiões-dentistas por habitantes encontra-se em torno de 10/10.000, sendo que os Ministros da Saúde das Américas estabeleceram como meta 2/10.000.

Quando se comparam as informações para Brasil, Sudeste e São Paulo (capital), verifica-se vantagem da Região sobre o município, porém ambos alcançaram prevalência baixa de CPO-D, conforme mostra a Tabela 21.

**Tabela 21**  
**Índice CPO-D de Escolares com 12 Anos de Idade**  
**Brasil, Região Sudeste e Município de São Paulo**  
**1996**

Áreas	Índice CPO-D
<b>Brasil</b>	<b>3,06</b>
Sudeste	2,06
São Paulo	2,28

Fonte: Ministério da Saúde – MS.

Nos serviços públicos, do Estado de São Paulo, há cirurgiões-dentistas desenvolvendo atividades assistenciais em unidades escolares, unidades básicas de saúde, hospitais e prontos-socorros, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

A população do Estado dispõe de um sistema de prevenção em saúde bucal, cujo eixo é a fluoretação das águas de abastecimento público. Em 1996, dos 625 municípios do Estado, 431 municípios, dispunham de água fluoretada, representando 79% da população total do Estado e 92% da população que recebe água através da rede pública de abastecimento. A vigilância sanitária da fluoretação, no entanto, era feita em apenas 32 municípios.<sup>10</sup>

As cáries são, de modo geral, os principais problemas enfrentados pela população. Os resultados do levantamento referido, realizado em 133 municípios do Estado, mostram que, aos 18 anos, a população pesquisada apresenta índice CPO-D de 8,64. Para os grupos de idade de 35 a 44 e de 65 a 74 anos, este índice atinge, respectivamente, 21,00 e 28,65 dentes.

Os índices CPO-D para escolares entre 7 e 12 anos demonstram redução em todas as idades entre 1992 e 1998, atingindo o menor valor para as crianças de sete anos (0,75) e o maior para as de 12 anos (3,72), em 1998 (Tabela 22).

**Tabela 22**  
**Índice CPO-D, segundo a Idade**  
**Estado de São Paulo**  
**1982-1998**

Idade	1982	1998
7 Anos	2,41	0,75
8 Anos	3,19	1,26
9 Anos	3,94	1,72
10 Anos	4,82	2,22
11 Anos	5,98	2,84
12 Anos	7,14	3,72

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Faculdade de Saúde Pública do Estado de São Paulo.

Apesar de a meta estabelecida pela OMS (3,00) ter sido atingida na população escolar paulista na década de 90, o índice registrado aos 12 anos ainda é superior, com alta prevalência na população jovem e adulta, demonstrando a necessidade da multiplicação da realização de estudos sistemáticos sobre a situação da saúde bucal, da expansão e controle do uso racional de produtos fluorados, da vigilância sanitária sobre a fluoretação das águas de abastecimento público e, principalmente, da ampliação da cobertura da assistência pública, das ações educativas e da promoção da saúde bucal da população.

### **Portadores de Deficiência**

A Constituição Federal de 1988 determina que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar, dentre outras, da educação e da saúde das pessoas portadoras de deficiência, garantindo-lhes assistência e proteção, tanto para as moradoras de áreas urbanas, quanto para as de áreas rurais, sendo, ainda, proibido qualquer discrimina-

10. Secretaria de Estado da Saúde – SES e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998. São Paulo, 1999.

ção no tocante a critérios de admissão ao trabalho e salário. A lei reserva percentual de cargos e empregos públicos e define critérios de admissão aos portadores de deficiência.

Ainda que os organismos internacionais de saúde afirmem que entre 7% e 10% da população de qualquer país é constituída de pessoas portadoras de deficiência (perda total ou parcial de estrutura ou função fisiológica ou psicológica, como perda de uma mão ou de visão), incapacidade (restrição ou ausência de capacidade para realizar uma atividade dentro da margem considerada normal para o ser humano, como subir e descer escada, compreender o que se fala) ou desvantagem (situação socialmente desfavorável, em razão de dependência física ou mental capaz de dificultar a integração social), as estatísticas disponíveis sobre o tema no Brasil são objeto de controvérsias, pois baseiam-se em conceitos e definições operacionais distintos.

A informação mais recente de que se dispõe, em âmbito nacional, foi obtida pelo Censo Demográfico de 1991, que investigou a existência de pessoas portadoras de cegueira, surdez, paralisia, falta de membros ou parte deles e deficiência mental, em uma amostra com aproximadamente 10% dos domicílios do país. Apuradas as respostas, a parcela de pessoas portadoras de deficiência foi calculada em 1,5% da população brasileira, bem inferior, portanto, às estimativas dos organismos internacionais de saúde.

A Fundação Seade, atendendo à demanda dos órgãos de defesa dos direitos dos portadores de deficiência física e mental, e com o intuito de contribuir para o esclarecimento das controvérsias sobre o número de pessoas atingidas pelo problema, incluiu questões específicas sobre o tema no questionário da Pesquisa de Condições de Vida – PCV, realizada em 1998. Além das deficiências levantadas pelo Censo Demográfico de 1991, a PCV investigou casos de autismo e síndrome de Down e verificou, para os entrevistados que declararam não ser portadores de deficiência, a ocorrência de dificuldades de locomoção, de audição ou de visão, inquirindo sobre o uso de aparelhos e o grau de dificuldade que apresentavam. Com isso, a pesquisa ampliou a definição de deficiência para incluir as lesões por esforços repetitivos e outras incapacidades estudadas pelos organismos internacionais de saúde.

### ***Indivíduos portadores de deficiência***

De acordo com a definição adotada pela PCV, os indivíduos portadores de deficiência correspondiam a 1,5% da população do Estado de São Paulo, percentual idêntico ao registrado pelo Censo Demográfico de 1991, que correspondia, em números absolutos, a cerca 525.000 pessoas. Já os indivíduos que declararam ser portadores de alguma dificuldade – de locomoção, audição ou visão, além daquelas decorrentes de lesões por esforço repetitivo e de outras incapacidades não relacionadas no quesito específico sobre deficiência – representavam 5% do total, o que equivale a aproximadamente 1.750.000 pessoas.

### ***Famílias com pessoas portadores de deficiência***

Além dos problemas associados à perda de autonomia individual e à dificuldade de integração social, a deficiência física ou mental provoca uma série de conseqüências ou transtornos de ordem familiar, devido à sobrecarga econômica que decorre não somente da perda de produtividade, como também da necessidade de serviços especiais de assistência, reabilitação e integração. Para dimensionar as conseqüências sociais do problema, a PCV construiu indicadores sintéticos que permitem estimar a parcela das famílias em que pelo menos um componente foi classificado

como portador, seja de deficiência física ou mental, seja de dificuldade de locomoção, audição ou visão, além daquelas decorrentes de lesões por esforço repetitivo e outras incapacidades não relacionadas no quesito específico sobre deficiência.

Tendo por base esses indicadores, verificou-se que 4,8% das famílias do Estado de São Paulo tinham pelo menos uma pessoa classificada como portadora de deficiência. Aquelas em que pelo menos um de seus membros foi classificado como portador de alguma dificuldade correspondiam a 14,9%.

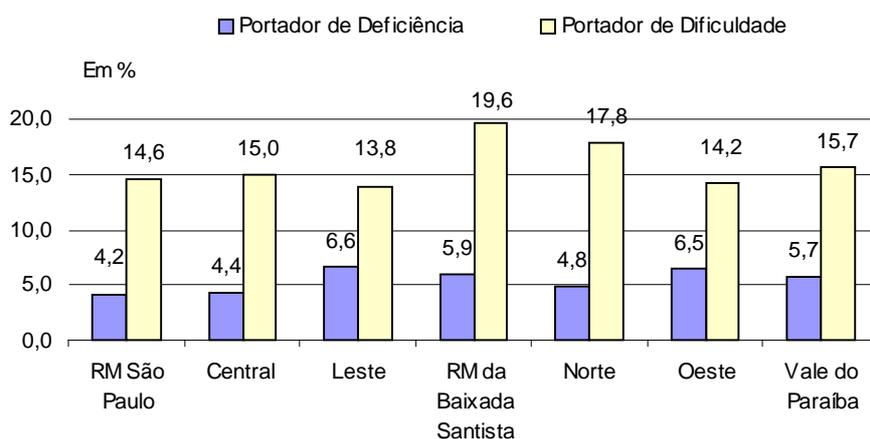
**Tabela 23**  
**Famílias com Pessoas Portadoras de Deficiência, segundo Agrupamentos Urbanos**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**

Agrupamentos Urbanos	Portador de Deficiência	Portador de Dificuldade
RM São Paulo	4,2	14,6
Central	4,4	15,0
Leste	6,6	13,8
RM Santos	5,9	19,6
Norte	4,8	17,8
Oeste	6,5	14,2
Vale do Paraíba	5,7	15,7

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV.

O Gráfico 10 resume as informações levantadas pela PCV, apresentando os percentuais de famílias com indivíduos portadores de deficiência e de dificuldade na Região Metropolitana de São Paulo e nos municípios do Interior com população urbana igual ou superior a 50.000 habitantes, reunidos nos agrupamentos urbanos.

**Gráfico 10**  
**Famílias com Pessoas Portadoras de Deficiência, por Agrupamentos Urbanos**  
**Estado de São Paulo**  
**1998**



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV.

Dados da Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1992, 1995 e 1997 indicam que 32% dos municípios paulistas atendem crianças portadoras de deficiência em sua rede de creches e pré-escola, levando a que se pense na promoção de ações conjuntas entre saúde e educação, no sentido de propiciar, cada vez mais, a independência, a auto-realização, a integração à comunidade e a inserção na sociedade dessa parcela da população, facilitando sua movimentação através da adaptação dos logradouros dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo, dentre outras iniciativas.

## Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é o “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”.<sup>11</sup> Configura-se, portanto, como parte integrante do sistema de saúde.

A política de medicamentos deve promover o acesso equitativo e socialmente justo aos medicamentos, uma vez que estes são insumos essenciais no tratamento de determinadas doenças e nas ações de recuperação da saúde.

Os preços praticados pelas indústrias farmacêuticas constituem um grave obstáculo no acesso da população aos medicamentos e, em decorrência, comprometem o enfrentamento de várias morbidades.<sup>12</sup>

“O mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos diretos e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído de cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores”.<sup>13</sup>

No Estado de São Paulo, segundo dados da Pesquisa de Atividade Econômica Paulista – Paep, da Fundação Seade, havia 274 indústrias do ramo de fabricação de produtos farmacêuticos, em 1996, que ocupavam 46.475 pessoas e geravam um valor adicionado de R\$ 3,774 bilhões, o que representa 27% do valor adicionado da indústria química (Tabela 24).

**Tabela 24**  
**Emprego, Pessoal Ocupado e Valor Adicionado na Indústria Química e Farmacêutica**  
**Estado de São Paulo**  
**1996**

Indústria	Empresas		Pessoal Ocupado		Valor Adicionado (em R\$)	
	N <sup>os</sup> Abs.	%	N <sup>os</sup> Abs.	%	N <sup>os</sup> Abs.	%
<b>Total da Indústria</b>	<b>1.856</b>	<b>100,00</b>	<b>183.564</b>	<b>100,00</b>	<b>13.763.329.375,00</b>	<b>100,00</b>
Farmacêutica	274	14,76	46.475	25,32	3.774.081.632,00	27,42

Fonte: Fundação Seade. Paep.

A fim de contornar os fatores de ordem econômica que impedem a população de obter os remédios necessários à cura de suas doenças, foram criados, no âmbito do SUS, programas de assistência farmacêutica para distribuição gratuita de medicamentos essenciais à população. A Política Nacional de Medicamentos estabelece, em conformidade com o processo de descentralização em curso, que as três esferas de governo deverão assegurar, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

11. Portaria Ministério da Saúde nº 3.916, de 30/10/98.

12. Onerando as famílias mais pobres, conforme dados citados no item Custo da Saúde, neste relatório.

13. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Portaria MS nº 3.916, de 30/10/98.

Passa a ser responsabilidade do gestor federal<sup>14</sup> destinar recursos, mediante repasse Fundo-a-Fundo para Estados e municípios, substituindo assim a aquisição e distribuição, por parte do Ministério da Saúde – MS, dos produtos da assistência farmacêutica básica. É sua responsabilidade também a aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais referentes a doenças que configurem problemas de saúde pública, doenças que requerem tratamento prolongado ou permanente, com uso de medicamentos de custos elevados ou que envolvam medicamentos não disponíveis no mercado.

Estão incluídos neste caso, a aquisição e distribuição para as Secretarias Estaduais de Saúde, de medicamentos relativos a Aids, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Tracoma, Leishmaniose, Esquistossomose e Meningite. Tomando-se por base os valores apresentados pelas notas fiscais que chegaram à Secretaria de Estado da Saúde – SES, do Estado de São Paulo, tem-se um valor de R\$ 147 milhões gastos pelo Ministério da Saúde, em 1998, sendo que deste montante 98% foram destinados aos medicamentos para Aids.

**Tabela 25**  
**Despesas (1) com Medicamentos de Responsabilidade do Ministério da Saúde e Valores Complementados pela Secretaria da Saúde Estado de São Paulo 1998**

Programas Estratégicos	Ministério da Saúde		Secretaria da Saúde (A)		Total (B)		Participação (%) (A)/(B)
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
<b>Total</b>	<b>147.482.286,23</b>	<b>100,00</b>	<b>1.160.645,30</b>	<b>100,00</b>	<b>148.642.931,53</b>	<b>100,00</b>	<b>0,78</b>
Aids	144.803.879,43	98,18	-	-	144.803.879,43	97,42	0,00
Tuberculose	1.972.256,45	1,34	623.812,92	53,75	2.596.069,37	1,75	24,03
Hanseníase	706.150,35	0,48	188.798,22	16,27	894.948,57	0,60	21,10
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-
Tracoma	-	-	2.618,02	0,23	2.618,02	0,00	100,00
Leishmaniose	-	-	56.176,50	4,84	56.176,50	0,04	100,00
Esquistossomose	-	-	228.033,36	19,65	228.033,36	0,15	100,00
Meningite	-	-	61.206,28	5,27	61.206,28	0,04	100,00

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde/ Coordenadoria Geral de Administração/ Comissão de Medicamentos Básicos; Fundação Seade.

(1) Medicamentos repassados em espécie e valores obtidos através das notas fiscais do Ministério da Saúde.

Quando os medicamentos enviados pelo MS não são suficientes para cobrirem a demanda, a Secretaria de Estado da Saúde – SES adquire o faltante com seus recursos orçamentários. No entanto, em 1998, a complementação da SES atingiu apenas 0,8% do total.

A Tabela 26 apresenta o total de recursos gastos pela SES com medicamentos. Entre 1997 e 1998, observa-se significativa elevação nos gastos, atingindo o patamar de R\$ 161 milhões em 1998.

Questão crucial na área de assistência farmacêutica é o fornecimento de remédios de alto custo, em especial para pacientes transplantados. No Estado de São Paulo, 26.602 pacientes estavam cadastrados, em 1996, dos quais 60% na Região Metropolitana de São Paulo. Em 1999, esse número passa para 44.887 pacientes, significando um aumento de 69%.

Entre os medicamentos de alto custo, destaca-se a ciclosporina, usada para evitar a rejeição de órgãos transplantados. A Tabela 27 indica o aumento de 41% no número de pacientes que recebem este medicamento e de 14% nos respectivos gastos entre 1998 e os seis primeiros meses de 1999.

14. Portaria do Ministério da Saúde nº 176, de 08/03/99.

**Tabela 26**  
**Gastos com Medicamentos Realizados pela Secretaria de Estado da Saúde,**  
**na Administração Direta e Indireta**  
**Estado de São Paulo**  
**1996-98**

Anos	Assistência Farmacêutica				Variação Anual (%)
	Valor Nominal			Valor Real (1)	
	Administração Direta	Administração Indireta	Total		
1996	63.209.000,00	7.620.000,00	70.829.000,00	77.424.470,44	-
1997	113.137.000,00	49.250.000,00	162.387.000,00	165.153.182,03	113,31
1998	119.390.000,00	41.750.000,00	161.140.000,00	161.140.000,00	-2,43

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria Geral de Administração/Comissão de Medicamentos Básicos; Fundação Seade.

(1) Valores corrigidos pelo Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna IGP-DI, de dezembro de 1998.

**Tabela 27**  
**Pacientes Cadastrados e Gastos Estimados (2) com Ciclosporina**  
**Estado de São Paulo**  
**1997-99**

Anos	Pacientes Cadastrados		Gastos Estimados (Em reais)	
	N <sup>os</sup> Abs.	Variação (%)	R\$	Variação (%) Percentual
1997	3.700	-	19.476.497,21	-
1998	4.918	32,92	24.383.202,53	25,19
1999 (1)	6.977	41,87	27.927.743,20	14,54

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria Geral de Administração/Comissão de Medicamentos Básicos/Cadastro Nominal de Pacientes.

(1) Até 24/06.

(2) Valores corrigidos pela Ata de Registro de Preços dos Medicamentos de 25/06/99, da Secretaria de Estado da Saúde.

### **O Programa Dose Certa**

A assistência farmacêutica do Governo do Estado, destinada às unidades básicas de saúde, começou a operar em agosto de 1995, através do que se denominou Projeto de Auxílio de Medicamentos a Pequenos Municípios (até 30.000 habitantes). A partir de maio de 1999, todos os municípios do Estado passaram a ser assistidos pelo programa, que atualmente denomina-se Dose Certa e é constituído por 40 medicamentos básicos.

O governo do Estado de São Paulo financiou inteiramente o Dose Certa até maio de 1999. A partir desta data, passou a contar com recursos do programa de incentivo à Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde.

A ampliação do programa, através do aumento de municípios beneficiados, pode ser verificado pelo crescimento de 74% dos recursos financeiros investidos (da ordem de R\$ 30 milhões) em relação a 1997 (Tabela 28).

A existência de laboratórios oficiais contribui para que seja possível oferecer medicamentos à população, sem depender exclusivamente do mercado. A Fundação para o Remédio Popular – Furp, laboratório do governo do Estado, tem apresentado evolução positiva no seu faturamento no período 1995-98, atingindo neste último ano o patamar de R\$ 117 milhões (Tabela 29).

**Tabela 28**  
**Despesas do Programa Dose Certa**  
**Estado de São Paulo**  
**1996-98**

Anos	Nominal Valor	Valor Real (1)	
		Valor	Varição Anual (%)
		1996	8.695.311,71
1997	16.915.749,64	17.203.901,05	81,00
1998	30.022.779,91	30.022.779,91	74,51

**Fonte:** Fundação para o Remédio Popular – Furp; Fundação Seade.

(1) Valores corrigidos pelo Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna IGP-DI, de dezembro de 1998.

**Tabela 29**  
**Valor Nominal e Real do Faturamento da Fundação para o Remédio Popular – Furp**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-98**

Anos	Valor Nominal	Valor Real (1)	
		Valor	Varição Anual (%)
		1995	46.645.000,00
1996	64.314.000,00	70.302.805,23	26,11
1997	103.657.000,00	105.422.745,60	49,96
1998	117.770.000,00	117.770.000,00	11,71

**Fonte:** Fundação para o Remédio Popular – Furp.

(1) Valores corrigidos pelo Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna – IGP-DI, de dezembro de 1998.

Tornar o acesso a medicamentos equitativo e socialmente justo, implementar a linha de medicamentos genéricos, promover a capacitação de recursos humanos, em especial os das administrações municipais, são os desafios que se colocam na agenda da assistência farmacêutica enquanto componente do sistema de saúde.

## **Gestão do SUS e Municipalização**

### **Municipalização**

Em janeiro de 1998, o sistema de saúde brasileiro foi submetido a uma profunda reestruturação, com a entrada em vigor da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 – NOB 96. Normas operacionais são instrumentos jurídicos institucionais, editados periodicamente pelo ministério e objetivam:

- aprofundar e reorientar a implantação do SUS;
- definir novos objetivos, estratégias, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais;
- regular a relação entre os gestores públicos – União, Estados e municípios;
- normatizar o SUS.

A NOB 96 tem como principal objetivo avançar na responsabilização dos municípios pela gestão da política da saúde, não apenas pela prestação de serviços de saúde, mas pela gestão de um sistema que atenda na integralidade a demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (NOB 96).

Dentre as mudanças definidas pelo Ministério da Saúde, através da edição da NOB 96, destaca-se a alteração nos modelos de gestão municipal da saúde. Enquanto a política de saúde brasileira foi norteadada pela NOB 93, ou seja, até janeiro de 1998, os municípios que aderiram ao sistema puderam solicitar a habilitação aos modelos de gestão semiplena, parcial ou incipiente.

Com a edição da NOB 96, o MS redefiniu este formato de habilitação, extinguindo os três modelos então vigentes e criando duas novas categorias distintas de gestão às quais os municípios podem se habilitar. Estes modelos diferenciam-se quanto às responsabilidades que serão atribuídas ao gestor municipal em cada um deles, quanto aos requisitos necessários para sua aprovação e às prerrogativas relativas a cada uma dessas modalidades. Os dois novos modelos são:

- Gestão Plena da Atenção Básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal

O modelo da gestão plena do sistema é mais complexo e exige uma maior capacidade do município em geri-lo do que o modelo da gestão da atenção básica. Porém, nos dois formatos, transfere-se aos municípios significativa parcela da responsabilidade pelas condições de saúde das populações. A situação da adesão dos municípios aos novos modelos de gestão, até outubro de 1999, é expressa nas Tabelas 30 e 31.

**Tabela 30**  
Condição de Gestão dos Municípios, segundo Norma Operacional Básica/96 (NOB 96)  
Estado de São Paulo  
1999 (1)

Condição de Gestão	Municípios		População (1998)	
	Número	%	Número	%
<b>Total do Estado</b>	<b>645</b>	<b>100,00</b>	<b>35.124.979</b>	<b>100,00</b>
Total de Habilitados	613	95,04	24.773.021	70,53
Plena da Atenção Básica	457	70,85	8.957.491	25,50
Plena do Sistema	156	24,19	15.815.530	45,03
Sem Habilitação (2)	32	4,96	10.351.958	29,47

Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (CIB) /Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) /Diário Oficial da União; Fundação Seade.  
(1) Municípios habilitados até 13 de Outubro.  
(2) Inclusive o Município de São Paulo.

**Tabela 31**  
Condição de Gestão dos Municípios, segundo Norma Operacional Básica/96 (NOB 96)  
Brasil  
1999

Condição de Gestão	Municípios	
	Número	%
<b>Total Brasil</b>	<b>5.506</b>	<b>100,00</b>
Total de Habilitados	5.343	97,04
Plena da Atenção Básica	4.849	88,07
Plena do Sistema	494	8,97
Sem Habilitação	163	2,96

Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (CIB) /Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) /Diário Oficial da União; Fundação Seade.

A quase totalidade dos municípios de São Paulo (95%) aderira aos novos modelos de gestão municipal da saúde preconizados pela NOB 96, sendo 71% no modelo de gestão plena da atenção básica e 24% no de gestão plena do sistema. Esta significativa adesão está relacionada ao fato de que os municípios, nos novos modelos de gestão, passam a receber repasses fundo-a-fundo de recursos da União, como o Piso da Atenção Básica – PAB e os incentivos para os programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, dentre outras receitas. Já os municípios que não se adequaram aos novos modelos de gestão recebem seus recursos através das Secretarias de Estado, o que cria uma intermediação que limita a autonomia municipal e a agilidade nos repasses.

A constatação do aumento da centralidade dos municípios na saúde é verificada, também, no predomínio das prefeituras na oferta de serviços ambulatoriais, em especial da rede básica, o que pode ser considerado um indicador do avanço do processo de municipalização no Estado. Em 1998, o prestador municipal respondia por 91,3% das unidades básicas de saúde (centros e postos de saúde), por 94,29% das unidades mistas e por 92,2% dos postos de assistência médica. Já na área hospitalar, a presença mais comum é a do setor privado filantrópico. Porém, as prefeituras participam com 9,2% na oferta destes recursos para a população.

**Tabela 32**  
**Unidades de Saúde e Leitos de Clínicas Básicas, por Prestador Municipal**  
**Estado de São Paulo**  
**1998 (1)**

Tipo de Unidade	Prestador Municipal		Total
	N <sup>os</sup> Abs.	%	
Unidade Básica de Saúde (2)	2.318	91,30	2.539
Unidade Mista	66	94,29	70
Posto de Assistência Médica	249	92,22	270
Leitos de Clínicas Básicas	5.175	9,22	56.106

**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle – GTNAC; Fundação Seade.

(1) Situação em dezembro.

(2) Centro de Saúde e Posto de Saúde.

Além da nova formatação da política de saúde decorrente da NOB 96, o surgimento de novos focos descentralizados de gerência da saúde pode ser verificado através das iniciativas de criação de consórcios intermunicipais, que favorecem o uso racional de recursos escassos e constituem importante instrumento de gestão para potencializar a atenção à saúde dos munícipes. Na área de saúde, muitas cidades têm firmado acordos com o objetivo comum de potencializar o uso de recursos materiais e humanos, de forma a propiciar um atendimento regionalizado dos serviços de saúde. Principalmente para os municípios pequenos, a associação em consórcio significa a possibilidade de acesso a serviços de saúde de maior complexidade.

Com o fortalecimento do processo de descentralização, os consórcios ganharam força nos anos 80. Para muitos municípios, a oferta de serviços de atenção integral à saúde está aquém da sua capacidade gerencial e financeira e, em muitos casos, não se justifica a implantação de serviços de atenção secundária em municípios de pequena população.

**Tabela 33**  
**Consórcios Existentes e Municípios Participantes**  
**Brasil e Estado de São Paulo**  
**1998 (1)**

Região	Consórcios Existentes	Municípios Participantes	Total de Municípios	%
Brasil	143	1.740	5.507	31,60
Estado de São Paulo	9	87	645	13,49

**Fonte:** Ministério da Saúde.

(1) Posição parcial em 15/12.

**Nota:** Dados fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Dados do Ministério da Saúde indicam a existência de 143 consórcios no Brasil, em 1998, sendo nove no Estado de São Paulo. Considerando-se a participação dos municípios, o consórcio é um mecanismo mais utilizado no total do Brasil do que no Estado de São Paulo: 31% e 13% dos municípios, respectivamente, estavam associados em consórcio.

Em 1997, havia oito consórcios intermunicipais instalados no Estado: Embu, Conchas, Itapetininga, Penapólis, Lupércio, Codivar, Divinolândia e Santa Fé do Sul, envolvendo 79 municípios e 1.959 milhão de habitantes, o que corresponde a 12% dos municípios e 6% da população do Estado.

Quanto ao tipo de serviço prestado por estes oito consórcios, observa-se a predominância de atendimento de caráter secundário e de retaguarda: ambulatório de especialidades, hospital e apoio a diagnose e terapia (Tabela 34). Cinco consórcios estavam organizados para oferecer atendimento em ambulatório de especialidades, cinco para atendimento hospitalar geral e psiquiátrico, três para serviços de ultrassom, dois para laboratório de análises clínicas, dois para serviços de eletrocardiografia, um para encefalografia, um para tomografia e um para hemocentro.

**Tabela 34**  
**Consórcios Intermunicipais, segundo Serviços Prestados**  
**Estado de São Paulo**  
**1997 (1)**

Serviços Prestados	Consórcios
Ações de Saúde Mental	3
Atendimento de Especialidades	5
Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia	
Ultrassom	3
Eletrocardiografia	2
Encefalografia	1
Tomografia	1
Hemocentro	1
Laboratório de Análises Clínicas	2
Hospital Geral e Psiquiátrico	5
Pronto-Socorro	2
UTI	1
Operação Resgate	1
Farmácia	1
Centro de Formação de RH	1

**Fonte:** Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal – Cepam; Fundação Seade.

(1) Situação em julho.

Ref. Bibl.: Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: situação atual. *Revista de Administração de Empresas* (39):4, 1999.

### **Controle Público**

Os conselhos municipais de saúde foram criados com o objetivo de atuar na formulação e no controle da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90). Enquanto princípio, o controle social no SUS já constava na Constituição de 1988 e foi reafirmado nas Normas Operacionais Básicas 1993 e 1996 do Ministério da Saúde. Segundo Carvalho,<sup>15</sup> os conselhos de saúde emergiram no cenário político sanitário brasileiro a partir das reformulações

15. CARVALHO, Antônio Ivo. "Conselhos de saúde no Brasil". *Série de Estudos Política, Planejamento e Gestão em Saúde* N°3. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

setoriais que deram origem ao Sistema Único de Saúde e integram, concretamente desde 1990, a configuração institucional desse sistema, cabendo-lhes a missão de garantir o cumprimento do princípio constitucional da “participação da comunidade” e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde.

Através dos dados da Pesquisa Municipal Unificada – PMU, verifica-se que os municípios, após uma década da Constituição que estabeleceu os princípios da descentralização e da autonomia, em sua quase totalidade criaram conselhos municipais de saúde (92%), sendo que, destes, 54% possuem composição paritária entre os representantes dos usuários e dos demais segmentos.<sup>16</sup>

Com relação aos representantes de usuários nos conselhos, observa-se que diferentes segmentos da sociedade civil organizada estão neles representados: associações de moradores (em 64% dos conselhos); movimentos comunitários (54%); organizações religiosas (53%); sindicatos (48%); associações de portadores de deficiências e/ou doenças crônicas (25%) e associações de defesa do consumidor (5%).

**Tabela 35**  
**Municípios que Realizam e/ou Possuem Conselho e Conferência Municipal de Saúde**  
**Estado de São Paulo**

Discriminação	1997	Em porcentagem Municípios
Conselho Municipal de Saúde		92,2
Reunidos com Periodicidade Mensal		58,0
Reunidos com Periodicidade Eventual ou Maior que Mensal		37,0
Composição Paritária		53,9
Representantes de Usuários		
Associações de Moradores		63,5
Movimentos Comunitários		53,9
Organizações Religiosas		52,9
Sindicatos		47,6
Associações de Portadores de Deficiências e/ou		
Associações de Defesa do Consumidor		5,0
Conferência Municipal de Saúde		28,4

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1992, 1995 e 1997.

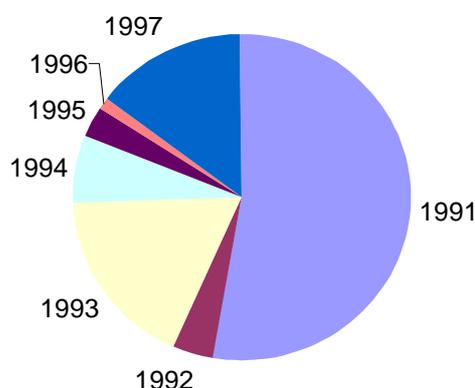
Quanto ao ano de implantação dos conselhos municipais de saúde, constata-se que mais da metade desses conselhos (53%) foi implantada em 1991, sob a égide da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90). A instalação dos demais distribui-se entre 1992 (4%), 1993 (18%), 1994 (7%), 1995 (3%), 1996 (1%), e 1997 (15%), percebendo-se que as edições das Normas Operacionais Básicas – NOBs, do Ministério da Saúde, em 1993 e 1996 – que passaram a vigorar no início de 1998 – reafirmaram a importância dos mecanismos de participação social.

Um indicador da efetividade dos conselhos foi o estudo da periodicidade de suas reuniões. Observou-se que a periodicidade mensal foi a mais citada (58% dos casos), distribuindo-se as demais respostas da seguinte forma: periodicidade anual (1%); semestral (2%); quadrimestral (1%); trimestral (9%); bimestral (18%); quinzenal (2%); semanal (0,3%); e eventual (6%)<sup>17</sup>. Causa certa preocupação o fato de que o percentual de conselhos que não realizavam pelo menos uma reunião mensal, somado àqueles que se reuniam eventualmente, estivesse no patamar de 37%, mais de um terço do total de municípios investigados.

16. Os demais segmentos consistem nos representantes dos prestadores de serviços, dos governos e dos profissionais de saúde.

17. 5% dos municípios não responderam esse item do questionário.

**Gráfico 11**  
**Conselhos Municipais de Saúde, por Ano de Implantação**  
**Estado de São Paulo**  
**1991-97**



**Fonte:** Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU, 1992, 1995 e 1997.

A configuração da política e administração da saúde contempla também outro importante aspecto do controle social na gestão dos sistemas locais, isto é, a realização de conferências municipais de saúde. Assim como a existência do conselho, a realização de conferência está prevista na Lei 8.142, de 1990, e é considerada instância colegiada do SUS. Esta lei define que a conferência deve reunir-se a cada quatro anos, convocada pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente, convocada pelo mesmo Poder Executivo ou pelo conselho, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a reformulação da política setorial no âmbito local.

Os dados revelaram, no entanto, que, até 1997, apenas 30% dos municípios tinham realizado conferência, informação que pode ser observada também segundo os estratos populacionais. Nesta perspectiva, observa-se que a variável porte foi determinante (Tabela 36).

**Tabela 36**  
**Número de Municípios que Realizaram ou Não Conferência**  
**Municipal de Saúde, segundo Estratos Populacionais**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**

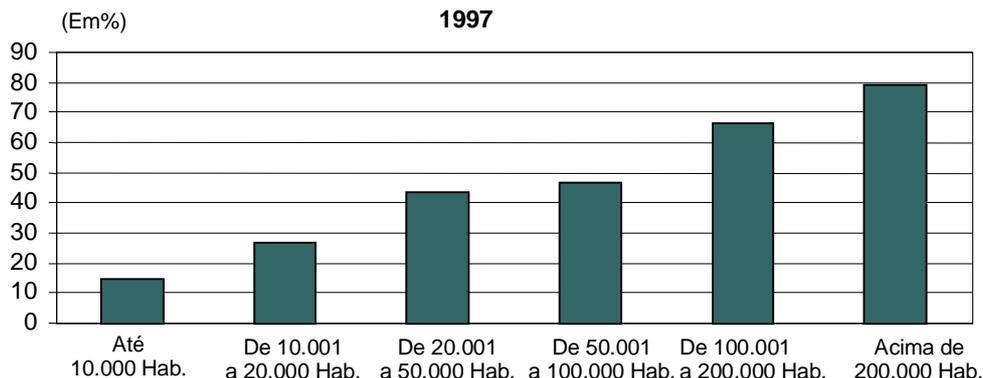
Estratos Populacionais	Realizaram		Não Realizaram		Total	
	Números Absolutos	%	Números Absolutos	%	Números Absolutos	%
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>29,76</b>	<b>432</b>	<b>70,24</b>	<b>615</b>	<b>100,00</b>
Até 10.000 Habitantes	42	14,53	247	85,47	289	100,00
De 10.001 a 20.000 Habitantes	30	27,03	81	72,97	111	100,00
De 20.001 a 50.000 Habitantes	48	43,24	63	56,76	111	100,00
De 50.001 a 100.000 Habitantes	22	46,81	25	53,19	47	100,00
De 100.001 a 200.000 Habitantes	22	66,67	11	33,33	33	100,00
Acima de 200.000 Habitantes	18	78,26	5	21,74	23	100,00
Capital	1	100,00	-	-	1	100,00

**Fonte:** Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1992, 1995 e 1997.

**Nota:** Exceto 30 municípios que não responderam o questionário de Saúde da PMU 1997, do universo de 645 existentes no Estado em 1997.

Dessa forma, percebe-se que este mecanismo de controle social do SUS foi implementado nos municípios maiores. Certamente, este fenômeno está associado à disponibilidade de infraestrutura e recursos necessários para a realização de uma conferência municipal de saúde, sem levar em consideração a vontade política, o grau de organização da sociedade, de maturidade e de compromisso dos conselhos, variáveis incomensuráveis neste tipo de levantamento.

**Gráfico 12**  
**Municípios que Realizaram Conferência Municipal de Saúde, segundo**  
**Estratos Populacionais**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**



**Fonte:** Fundação Seade, Pesquisa Municipal Unificada - PMU, 1992, 1995 e 1997.

Os indicadores analisados trazem à tona a resposta positiva dada pelas prefeituras municipais e pela população do Estado de São Paulo aos preceitos constitucionais e legais que fundamentam e regulamentam o Sistema Único de Saúde quanto à participação e ao controle da sociedade sobre a sua implementação.

Verifica-se a existência de conselhos de saúde na quase totalidade dos municípios paulistas, com representatividade dos usuários nos diferentes setores da sociedade civil organizada – associações de moradores, movimentos comunitários, organizações religiosas, sindicatos, associações de portadores de deficiências e/ou doenças crônicas e associações de defesa do consumidor, dentre os mais frequentes.

As informações demonstram também que, embora 97% dos municípios tivessem conselhos implantados, mais de um terço deles não sistematiza a periodicidade de suas reuniões e que 30% já tinham realizado conferência municipal de saúde, até 1997.

Se, por um lado, é inegável o reconhecimento de que o movimento da Reforma Sanitária abriu espaço para a democratização da participação popular e para a implantação pioneira de mecanismos de controle público na área de saúde, por outro, a consolidação de um efetivo exercício desse controle coloca-se como desafio para os próximos anos.

### **Recursos Humanos**

A prestação de serviços de saúde envolve uma teia complexa de eventos de ordem técnica, administrativa, financeira e política e que devem levar em consideração o direito do cidadão em ter suas necessidades e pretensões em relação à saúde atendidas.<sup>18</sup> Esta complexidade é acentuada pelo

18. Ministério da Saúde, Universidade de Brasília/ Organização Panamericana da Saúde. Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado – Relatório Final. Brasília, 1998.

processo de descentralização das políticas de saúde no Brasil, que vêm, nas últimas décadas, redesenhando o modelo assistencial e que coloca no centro das discussões a questão dos recursos humanos. Os recursos humanos em saúde podem ser considerados como o conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação, envolvendo os profissionais de nível superior, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar. Com o conceito de saúde ampliado na legislação sanitária atual, a noção de Recursos Humanos em Saúde tende a se expandir para outros agentes que, mesmo não cuidando diretamente da saúde, produzem as condições necessárias para a preservação da saúde da coletividade.<sup>19</sup>

No Estado de São Paulo, dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS, do IBGE, indicam que, entre 1977 e 1992, o número total de empregos na área de saúde dobrou, chegando a 395 mil postos. O principal responsável por este aumento foi o setor público, que apresentou um aporte de 160% no número de empregos, abalando com isso o histórico predomínio absoluto do setor privado. Em 1992, o setor público passa a responder por 44% dos empregos em serviços de saúde, contra um pouco mais de um terço, em 1977.

**Tabela 37**  
**Empregos nos Estabelecimentos de Saúde, por Entidade Mantenedora**  
**Estado de São Paulo**  
**1977-1992**

Anos	Público		Privado		Total	
	N <sup>os</sup> Abs.	%	N <sup>os</sup> Abs.	%	N <sup>os</sup> Abs.	%
1977	66.013	34,19	127.067	65,81	193.080	100,00
1987	114.164	38,95	178.975	61,05	293.139	100,00
1992	173.429	43,82	222.347	56,18	395.776	100,00

**Fonte:** Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS 1977, 1987 e 1992.

Ainda sobre a evolução dos recursos humanos na área pública, nos anos 90, destaca-se que as Prefeituras tornaram-se um importante contratador e gerenciador de recursos humanos em saúde. Assim, o recente processo de descentralização das ações de saúde atrai, obrigatoriamente, o olhar para a gestão municipal e exige acompanhamento das políticas de RH praticadas.

### ***Profissionais de Saúde Registrados nos Conselhos Regionais***

Os bancos de dados dos conselhos regionais na área da saúde constituem importante fonte de dados acerca da oferta dos recursos humanos em saúde.

Verifica-se, nos últimos dez anos, aumento tanto em números absolutos quanto no coeficiente de médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e psicólogos. Quanto aos médicos, observa-se que, na série analisada, houve incremento de 40% no número de profissionais registrados no CRM e de 20% no coeficiente. O Estado de São Paulo já contava, em 1994, com um bom coeficiente de médicos (1,9 por 1.000 habitantes), superior ao brasileiro (1,5) e ao de países como Japão (1,5) e Itália (1,7).

19. PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

**Tabela 38**  
**Profissionais da Área da Saúde Registrados nos Conselhos Regionais**  
**Estado de São Paulo**  
**1989-1998 (1)**

Profissionais	1989		1994		1998	
	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (2)	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (2)	N <sup>os</sup> Abs.	Coeficientes (2)
Médicos	50.813	1,69	63.564	1,92	70.905	2,02
Cirurgiões-Dentistas	34.450	1,15	45.388	1,37	48.667	1,39
Enfermeiros	13.548	0,45	15.953	0,48	22.378	0,64
Auxiliares de Enfermagem	32.011	1,07	57.417	1,73	117.121	3,33
Psicólogos	23.625	0,78	33.838	1,02	37.832	1,08

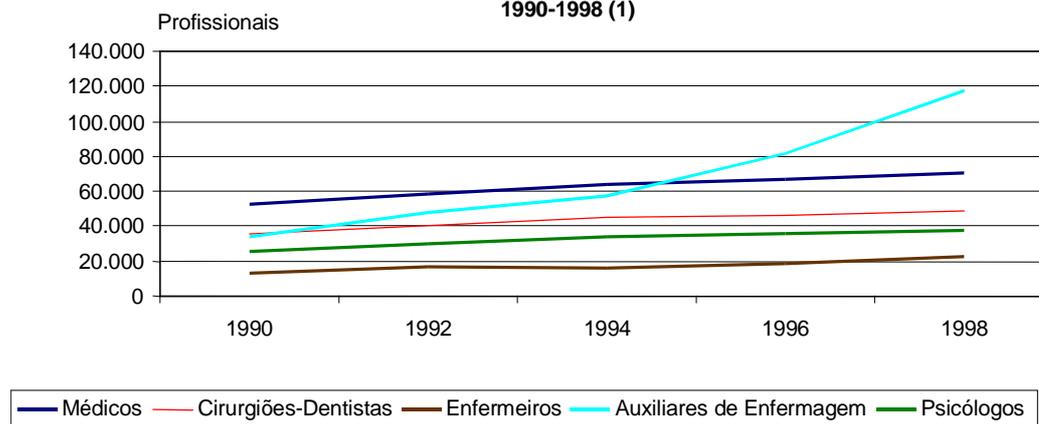
**Fonte:** Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CRM/SP; Conselho Regional de Odontologia de São Paulo – CRO/SP; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – Coren/SP; Conselho Regional de Psicologia da 6.a Região – CRP-06; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade.

(1) Situação em dezembro.

(2) Por 1.000 habitantes.

A categoria cirurgiões-dentistas registrou crescimento de 41% em números absolutos e de 20% no coeficiente, entre 1989 e 1998. Um acréscimo maior foi apresentado pelos profissionais registrados no Coren, da ordem de 65% para os enfermeiros e de 266% para os auxiliares de enfermagem, em números absolutos, e de 42% e 211%, respectivamente, nos coeficientes. O significativo aumento de auxiliares de enfermagem foi reflexo da política do Coren de, gradativamente, extinguir a profissão do atendente de enfermagem, que deveria capacitar-se, mudando de categoria. Quanto aos psicólogos, evidencia-se que houve, como nas categorias anteriores, representativo aumento de 60% na oferta deste profissional e 39% no coeficiente (Gráfico 13).

**Gráfico 13**  
**Profissionais da Área da Saúde Registrados nos Conselhos Regionais**  
**Estado de São Paulo**  
**1990-1998 (1)**



**Fonte:** Conselhos Regionais de Profissionais do Estado de São Paulo; Fundação Seade.

(1) Situação em dezembro de cada ano.

A distribuição regional revela tendência de concentração dos profissionais da área da saúde na Região Metropolitana de São Paulo e na capital, em prejuízo do interior do Estado (Tabela 39). Em 1998, 58% dos médicos do Estado concentravam-se na RMSP e 50% na capital. Quanto aos cirurgiões-dentistas, esta concentração foi de 51% e 41%, respectivamente, nas duas áreas.

Fenômeno idêntico, com intensidade ainda maior, ocorre para as demais categorias investigadas: enfermeiros (57% e 47%, respectivamente); e psicólogos (67% e 53%). Quanto aos coeficientes por 1.000 habitantes, observa-se o mesmo desequilíbrio ente a Região Metropolitana de São Paulo, a capital e o interior. Os coeficientes de médicos são 2,40 (RMSP), 3,54 (capital) e 1,66 (interior); os de cirurgiões-dentistas são 1,45 (RMSP), 1,97 (capital) e 1,33 (interior); os de enfermeiros, correspondem a 0,75 (RMSP), 1,05 (capital) e 0,53 (interior) e os de psicólogos, são 1,49 (RMSP), 2,01 (capital) e 0,68 (interior). No interior do Estado, os melhores coeficientes são encontrados na Região Administrativa de Ribeirão Preto (médicos, 3,16; cirurgiões-dentistas, 1,97; e enfermeiros, 1,12) e na Região Metropolitana da Baixada Santista (psicólogos, 1,05), enquanto os piores estão na Região Administrativa de Registro (médicos, 0,67; cirurgiões-dentistas, 0,40; e psicólogos, 0,13) e na de Barretos (enfermeiros, 0,23).

**Tabela 39**  
**Profissionais da Área da Saúde Registrados nos Conselhos Regionais**  
**Região Metropolitana de São Paulo, Capital e Interior**  
**1998 (1)**

Área	Médicos		Cirurgiões-Dentistas		Enfermeiros		Psicólogos	
	%	Coeficientes (2)	%	Coeficientes (2)	%	Coeficientes (2)	%	Coeficientes (2)
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>100,00</b>	<b>2,20</b>	<b>100,00</b>	<b>1,39</b>	<b>100,00</b>	<b>0,64</b>	<b>100,00</b>	<b>1,08</b>
RMSP	57,61	2,40	50,76	1,45	57,02	0,75	67,28	1,49
Capital	49,59	3,54	40,13	1,97	46,47	1,05	52,78	2,01
Interior	42,39	1,66	49,24	1,33	42,98	0,53	32,72	0,68

**Fonte:** Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CRM/SP; Conselho Regional de Odontologia de São Paulo – CRO/SP; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – Coren/SP; Conselho Regional de Psicologia da 6.a Região – CRP-06; Fundação Seade.  
(1) Situação em dezembro.  
(2) Por 1.000 habitantes.

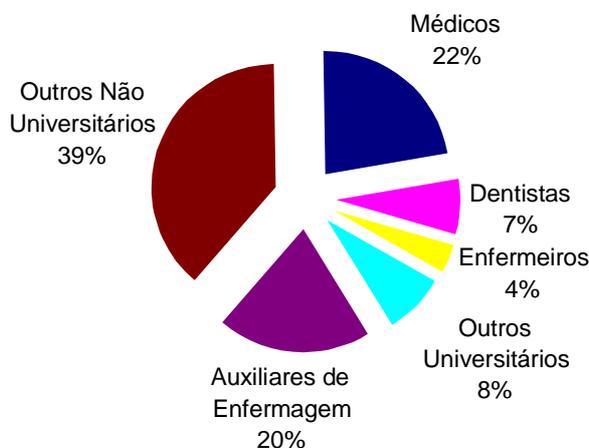
### **Composição do Quadro de Recursos Humanos das Prefeituras**

Nesta seção do relatório, serão analisados dados da Pesquisa Municipal Unificada – PMU, levantamento bienal que investiga as 645 prefeituras do Estado de São Paulo através de questionários específicos para diferentes temas da administração municipal – saúde, educação, finanças públicas, dentre outros. A pesquisa revela, no tema Recursos Humanos da Saúde, que a força de trabalho empregada nos serviços gerenciados pelas prefeituras, em 1997, apresentou uma composição em que predominavam categorias profissionais de médicos (22%) e de auxiliares de enfermagem (20%), conforme visualiza-se no Gráfico 14.

Entre os médicos, as especialidades mais frequentes foram as de clínica geral (30%), de pediatria (21%) e de ginecoobstetrícia (14%). As menos frequentes foram imunologia e geriatria, com 0,1% e 0,2% do total de médicos das prefeituras do Estado de São Paulo.

Dentre os profissionais de nível superior não-médicos – que juntos somam 19% –, os mais numerosos são os dentistas e os enfermeiros, (7% e 4%, respectivamente). Com os menores percentuais aparecem os nutricionistas e educadores em saúde pública, com, respectivamente, 0,2% e 0,3% do total de recursos humanos.

**Gráfico 14**  
**Profissionais Gerenciados pelas Prefeituras Municipais, por Categoria**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**



Fonte: Fundação Seade, Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997.

### ***Evolução do Volume de Recursos Humanos***

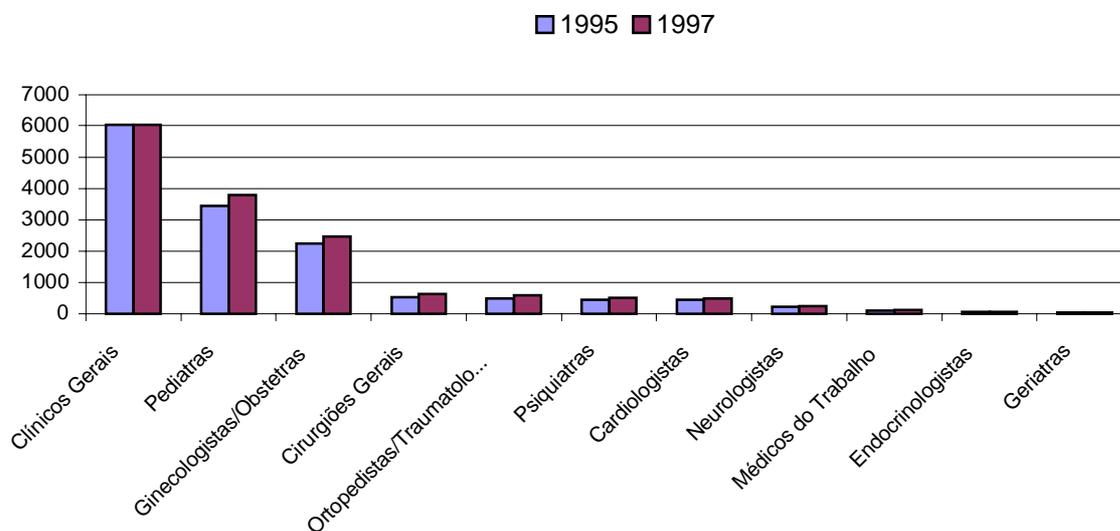
Os dados obtidos nas duas últimas edições da Pesquisa Municipal Unificada (1995 e 1997) permitem dimensionar a importância dos sistemas municipais de saúde como empregadores de mão-de-obra, ou seja, na criação e manutenção de postos de trabalho. Houve um crescimento geral no número de profissionais gerenciados pelas prefeituras pesquisadas, destacando-se, entre 1995 e 1997, o do número de médicos (11%), dos demais profissionais universitários (12%) e não-universitários (27%).

Observa-se, de forma generalizada, um aumento no número de médicos em todas as especialidades, com destaque daquelas ligadas à saúde da mulher e da criança – aumento de 9% de ginecoobstetras e 10% de pediatras –, além de cirurgiões (22%) e médicos do trabalho (22%), conforme observa-se no Gráfico 15. Esses dados indicam ampliação nos serviços e nas especialidades nos serviços médicos oferecidos pelas prefeituras, além dos tradicionais serviços básicos. A única exceção verificada foi a manutenção do número de clínicos gerais, que pode significar um problema de disponibilidade deste profissional no mercado, derivado provavelmente de uma maior formação de médicos especialistas em detrimento dos generalistas.

O número dos demais profissionais universitários sofreu acréscimo de 12% entre 1995 e 1997, elevação próxima àquela apresentada pelos médicos. Porém, a maior elevação (27%) ocorreu entre os trabalhadores não universitários (nível médio/técnico e elementar), índice influenciado por um significativo acréscimo no número de auxiliares de enfermagem, categoria em ascensão no Estado, conforme apontam outros indicadores já destacados. Este fenômeno indica que os municípios, para assumirem novos requisitos e atribuições colocados pelo SUS, estão investindo prioritariamente na contratação destes recursos humanos.

A Prefeitura do Município de São Paulo, devido à sua dimensão e importância, recebe um destaque nesta caracterização. A Secretaria da Saúde deste município contava, em 1995, com 39.679 profissionais sob sua gerência. Este montante sofreu redução significativa com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS, em 1996, passando a contar, em 1998, com 10.221 funcionários (diminuição de 74%). Porém, haviam, neste mesmo ano, 6.301 trabalhadores da SMS alocados nas

**Gráfico 15**  
**Médicos sob Gerência das Prefeituras, segundo Especialidades Seleccionadas**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-1998**



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU, 1995 e 1997.

cooperativas do PAS. A diferença consiste no efetivo de trabalhadores que, ou não aceitaram aderir às cooperativas gestoras do novo sistema e demitiram-se do funcionalismo público, ou foram alocados pela Secretaria em outras áreas, que não a da saúde.

**Tabela 40**  
**Profissionais da Secretaria**  
**Municipal de Saúde, segundo Cargos**  
**Município de São Paulo**  
**1995-1998 (1)**

Cargos	1995	1998
<b>TOTAL</b>	<b>39.679</b>	<b>10.221</b>
Atendente de Enfermagem	1.894	166
Auxiliar Téc. Adm.	4.836	1.321
Auxiliar de Enfermagem	7.799	1.790
Cirurgião-Dentista	1.144	220
Enfermeiro	1.972	662
Médico	7.167	1.631
Psicólogo	534	270
Demais Profissionais	14.333	4.161

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Recursos Humanos - CRH; Fundação Seade  
 (1) Situação em dezembro de cada ano.

**Tabela 41**  
**Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde**  
**Afastados para o PAS(1), segundo Cargo**  
**Município de São Paulo**  
**1998 (2)**

Cargos	Número de Profissionais
<b>TOTAL</b>	<b>6.301</b>
Atendente de Enfermagem	45
Auxiliar Téc. Adm.	687
Auxiliar de Enfermagem	1.668
Cirurgião-Dentista	355
Enfermeiro	366
Médico	2.257
Psicólogo	19
Demais Profissionais	904

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Recursos Humanos - CRH; Fundação Seade.  
 (1) Plano de Atendimento à Saúde.  
 (2) Situação em dezembro.

A análise dos recursos humanos existentes na Secretaria de Estado da Saúde revela que houve uma diminuição de 16% no número destes profissionais, entre 1995 e 1998. Havia, no primeiro ano em destaque, 76.748 profissionais sob gerência da SES, número que foi reduzido para 64.717, em 1998. Este fenômeno está associado ao processo de municipalização, que vem desconcentrando as atribuições dos órgãos de níveis centrais e transferindo-as para as prefeituras, embora o pessoal municipalizado continue na folha de pagamento do Estado, diminuindo suas responsabilidades na oferta de serviços à população. Deve-se levar em consideração também possíveis efeitos do plano de demissões voluntárias promovido pelo governo nesse período. Destaca-se que a única categoria a apresentar um aumento foi a dos auxiliares de enfermagem, que vem registrando crescimento em todo o Estado em função da capacitação dos atendentes por iniciativa do Coren.

**Tabela 42**  
**Profissionais da Secretaria de Estado da Saúde, segundo Cargos**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-1998 (1)**

Cargos	1995	1998
<b>Total</b>	<b>76.748</b>	<b>64.717</b>
Atendente de Enfermagem	7.734	5.298
Auxiliar de Enfermagem	8.985	11.065
Cirurgião-Dentista	2.335	1.627
Enfermeiro	2.150	2.118
Médico	11.339	10.230
Psicólogo	775	705
Demais Profissionais	43.430	33.674

**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH; Fundação Seade.

(1) Situação em dezembro de cada ano.

### ***Política Municipal de Recursos Humanos***

As informações referentes à política de recursos humanos em saúde das prefeituras permitem apreender o comportamento destas quanto ao gerenciamento e à capacitação dos profissionais vinculados ao sistema municipal de saúde. Dos municípios pesquisados, 41% desenvolviam política de recursos humanos em saúde, cujos principais aspectos são contratação por concursos públicos (82%), existência de piso salarial (76%) e de plano de cargos e salários (45%) e pagamento de complementação salarial para profissionais municipalizados (42%).

As ações de capacitação e treinamento de RHs foram desenvolvidas por 43% das prefeituras e, destas, 47% destinaram recursos orçamentários para realizar estas ações. Dentre as ações de capacitação e/ou treinamento realizadas, destacam-se aquelas dirigidas aos profissionais de nível superior (55%), de médio/técnico (67%) e elementar (47%), a promoção de mecanismos de apoio ao atendente de enfermagem para que faça curso de auxiliar de enfermagem (63%), a capacitação e/ou treinamento em informática (51%) e capacitação e/ou treinamento na área de produção, análise e disseminação de dados e informações em saúde (38%).

**Tabela 43**  
**Municípios que Realizam e/ou Possuem Política de Recursos Humanos em Saúde**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**

Discriminação	Em porcentagem
	Municípios
<b>Política de Recursos Humanos</b>	<b>41,1</b>
Ingresso Através de Concurso Público	81,9
Piso Salarial	75,5
Plano de Cargos e Salários	45,3
Complementação Salarial	41,5
Órgão/Divisão Responsável	36,2
Prêmio/Adicional para Dedicção Exclusiva	23,8

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1997.

**Tabela 44**  
**Municípios que Realizam e/ou Possuem Política de Capacitação e/ou**  
**Treinamento de Recursos Humanos**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**

Discriminação	Em porcentagem
	Municípios
<b>Ações de Capacitação e Treinamento de RH</b>	<b>42,6</b>
Destinação de Recursos Orçamentários	46,9
Capacitação e/ou Treinamento	
Nível Superior	54,5
Nível Médio/Técnico	66,5
Nível Elementar	47,3
Auxiliar de Enfermagem	51,3
Informática	53,3
Produção, Análise e Disseminação de Dados e Informações em Saúde	38,2
Agentes Comunitários de Saúde	26,9
Equipes Programa de Saúde da Família	14,5

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1997.

As novas modalidades de gestão da administração pública impõem desafios para a gerência dos recursos humanos, em particular na área da saúde, que atravessa período de rearranjo institucional, privilegiando os municípios na gestão de sua política. Assumem importância os desafios para gerenciar contingentes cada vez maiores de trabalhadores, capacitar e treinar os mesmos para assumirem novas atribuições de avaliação, auditoria, controle dos serviços municipalizados, bem como o desafio da implantação de políticas específicas de recursos humanos em saúde.

## Oferta e Acesso a Serviços de Saúde

### *Oferta de Serviços de Saúde*

Um dos primeiros itens da agenda pública na saúde, questão que perpassa o SUS em todas as suas esferas, é o acesso da população aos serviços de saúde. A universalidade, a equidade e a integralidade, princípios norteadores do Sistema Único de Saúde desde sua criação, com a Constituição de 1988, são intrinsecamente unidas à questão da garantia de acesso a uma saúde pública de qualidade para todos que, por sua vez, depende da estruturação e da regionalização da rede de serviços.

No Estado de São Paulo, existe uma oferta através do SUS de 85.767 leitos para a população do Estado, perfazendo um coeficiente de 2,44 leitos por 1.000 habitantes. Esta oferta, porém, decresceu em relação a anos anteriores, em especial ao ano de 1996, quando a oferta foi a mais expressiva e havia 91.131 leitos na rede hospitalar SUS do Estado. Esse recuo na oferta deriva da saída do prestador privado contratado (com fins lucrativos), que diminuiu em 26% sua participação no sistema e da redução na oferta do prestador municipal em razão do Plano de Atendimento à Saúde – PAS, que fez com que os hospitais da Prefeitura de São Paulo fossem descredenciados do SUS. Por outro lado, este fenômeno pode também estar associado a uma readequação do modelo assistencial, através da diminuição da atenção hospitalar em favor do atendimento ambulatorial e da implantação de programas, como o Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família. Apesar disso, a distribuição dos leitos entre os diferentes prestadores revela a manutenção do predomínio do setor privado na rede hospitalar do SUS-SP, dividido entre filantrópico (42%) e contratado (19%). O setor público responde pela parcela de 23% destes recursos, através de serviços próprios dos municípios (6%) e da Secretaria de Estado da Saúde (17%). Os leitos restantes encontram-se em hospitais universitários (16%).

**Tabela 45**  
**Leitos Operacionais Contratados e Conveniados com o Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS/SP, por Prestador Estado de São Paulo 1995-98**

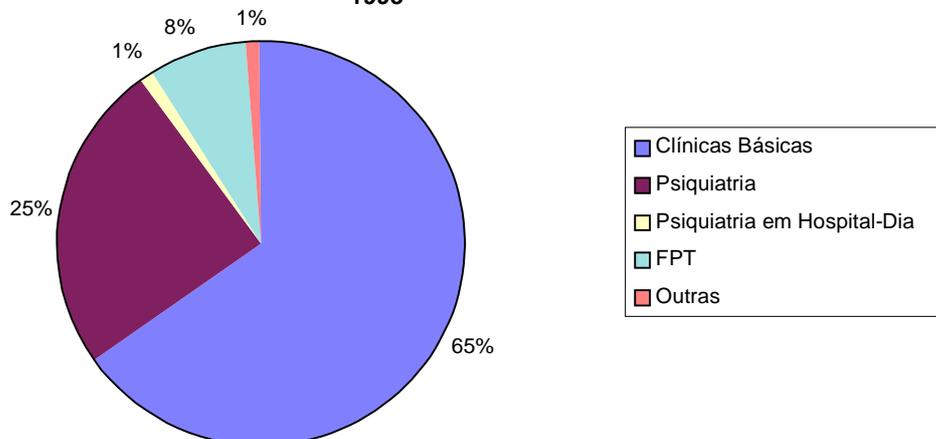
Anos	Público		Privado		Universitário (1)	Total Geral	Coeficientes (2)
	Estadual	Municipal	Contratado	Filantrópico			
1995	14.451	5.777	22.113	29.827	10.437	82.605	2,45
1996	14.520	6.383	24.506	32.591	13.131	91.131	2,67
1997	14.377	5.046	19.249	35.918	13.131	87.721	2,54
1998	14.545	5.267	16.345	35.850	13.760	85.767	2,44

**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle – GTNAC; Fundação Seade.

(1) Refere-se a público e privado. (2) Por 1.000 habitantes.

**Nota:** Referem-se aos leitos gerais e especializados dos hospitais contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS/SP, incluindo os de Unidades Mistas de Saúde.

**Gráfico 16**  
**Leitos SUS, por Especialidade Estado de São Paulo 1998**



**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus; Secretaria de Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle - GTNAC - Fundação Seade.

Na perspectiva das especialidades, a oferta de leitos SUS no Estado, em 1998, era composta, em sua maior parcela, de leitos de clínicas básicas (cirúrgica, obstétrica, médica e pediátrica; 65%). Quanto aos leitos especializados, destacam-se os de psiquiatria (25%), complementados, por psiquiatria em hospital-dia (1%); fora de possibilidade terapêutica – FPT (8%); e outras especialidades (tisiologia e reabilitação; 1%). Analisando-se a série 1995-98 (Tabela 46), destacam-se o crescimento no número de leitos das clínicas básicas (5%) e a redução no de psiquiatria (14%), muitos dos quais convertidos em leitos para pacientes fora de possibilidade terapêutica que, em decorrência disso, apresentam aumento em seu número (49%).

**Tabela 46**  
**Leitos Operacionais Contratados e Conveniados com o Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS/SP, por Especialidade Estado de São Paulo 1995-98**

Anos	Clínicas Básicas (1)	Psiquiatria	Psiquiatria em Hospital-Dia	FPT (2)	Outras (3)
1995	53.501	24.930	410	3.347	417
1996	59.207	25.465	336	5.699	424
1997	56.936	23.525	396	6.439	425
1998	56.106	21.881	398	6.533	849

**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle – GTNAC; Fundação Seade.

(1) Leitos de clínica cirúrgica, obstétrica, médica e pediátrica.

(2) Leitos destinados a pacientes fora de possibilidade terapêutica.

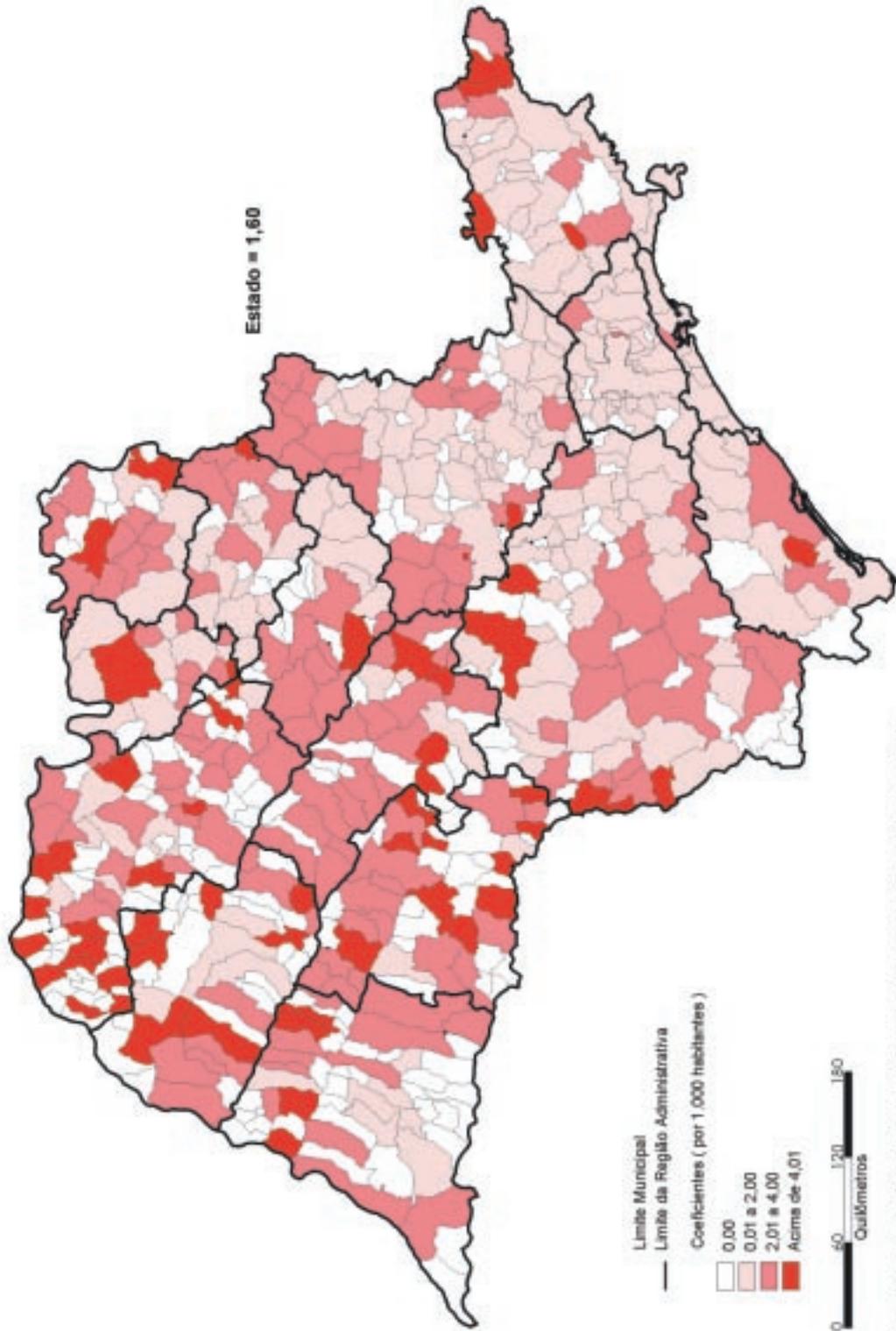
(3) Refere-se a leitos de tisiologia e reabilitação.

**Nota:** Referem-se aos leitos operacionais de Hospitais e Unidades Mistas de Saúde.

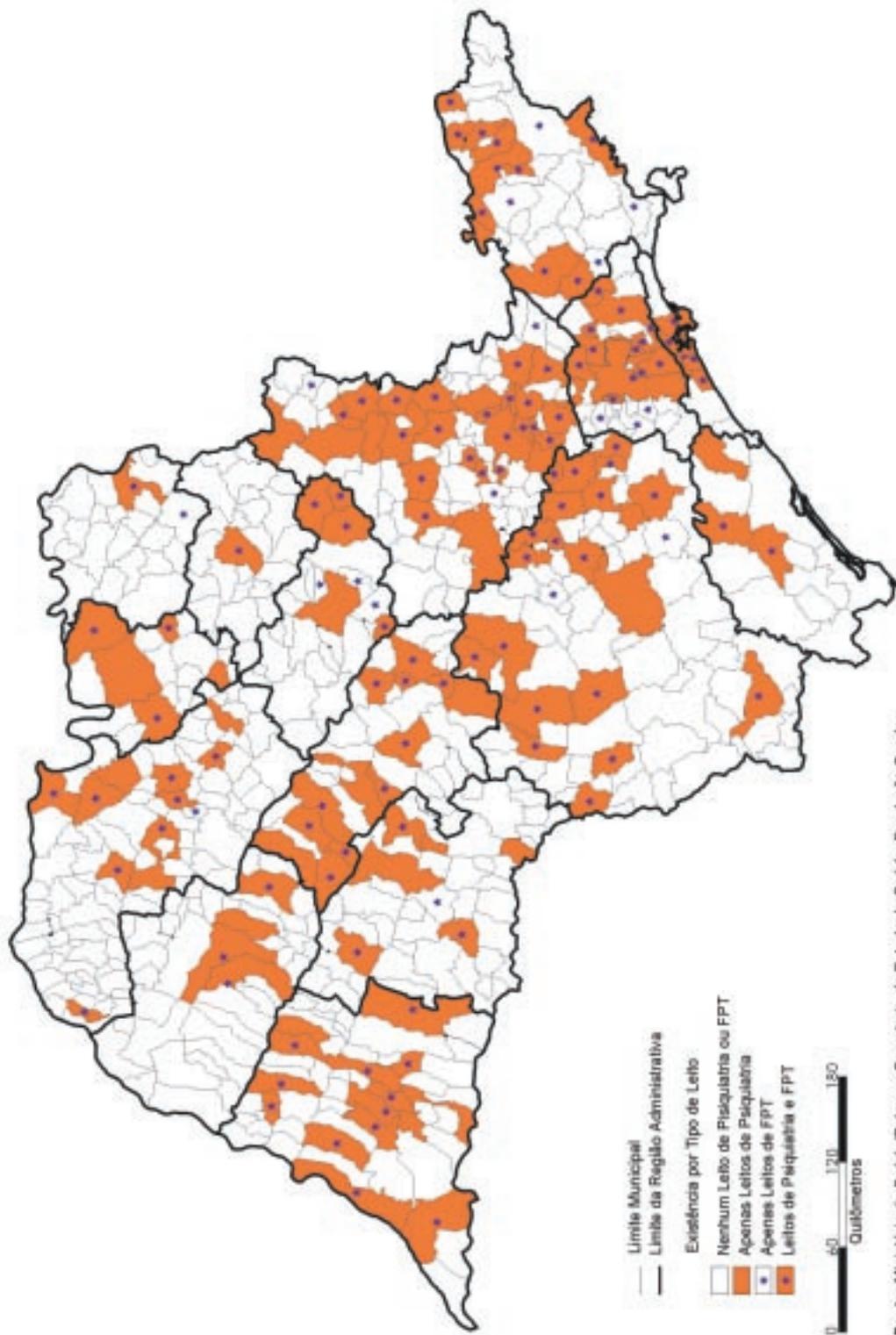
O Mapa 8 ilustra a distribuição municipal através do coeficiente por 1.000 habitantes dos leitos de clínicas básicas, permitindo, assim, que se visualize a distribuição espacial deste recurso pelo Estado. Verifica-se que as RAs com a melhor oferta de leitos situam-se na parte noroeste do Estado (RAs de São José do Rio Preto, Marília e Araçatuba), e aquelas com as piores ofertas encontram-se nas regiões ao sul e leste do Estado (RAs de Registro, Santos, Campinas, São José dos Campos e Metropolitana de São Paulo). O Mapa 8 demonstra, ainda, que 242 municípios (áreas em cor branca) não possuem leitos SUS de clínicas básicas, o que provoca a evasão de seus habitantes para outras cidades quando necessitam destes equipamentos, valorizando, assim, a importância da análise regional deste fenômeno.

O Mapa 9 demonstra a regionalização dos leitos de especialidade – psiquiatria e fora de possibilidade terapêutica – FPT, assinalando os municípios que contam com estes equipamentos. A oferta dos leitos especializados possui distribuição distinta daquela apresentada pelas clínicas básicas. Enquanto as especialidades básicas encontram-se mais disseminadas pelas diferentes regiões do Estado, 484 municípios (áreas em cor branca) não possuem leitos SUS de psiquiatria ou FPT, o que intensifica a regionalização da atenção hospitalar à saúde mental. A RA de Sorocaba, centro do Estado, possui a mais significativa concentração destes equipamentos, destacando-se também o extremo oeste (RAs de Presidente Prudente e Bauru) e leste (RA de Campinas e Região Metropolitana de São Paulo). As regiões norte e sul de São Paulo contam com reduzida oferta de leitos especializados SUS. É possível ainda destacar que 115 municípios (71% daqueles que contam com estes tipos de leito) possuem tanto leitos de psiquiatria quanto de FPT, uma coincidência que sinaliza concentração da atenção hospitalar para saúde mental.

**Mapa 8**  
**Coefficientes de Leitos de Clínicas Básicas Contratados e Conveniados com o**  
**Sistema Único de Saúde de São Paulo - SUS/SP**  
**1998**



**Mapa 9**  
**Existência de Leitos de Psiquiatria e/ou de Fora de Possibilidade Terapêutica - FPT Contratados e Conveniados com o Sistema Único de Saúde de São Paulo - SUS/SP 1998**



No Estado de São Paulo, em 1998, houve 2.192.122 internações hospitalares realizadas e pagas pelo Sistema Único de Saúde, o que equivale a uma taxa de 62,41 internações por 1.000 habitantes. Porém, observando-se a série histórica, o número de internações SUS diminuiu, ano-a-ano, desde 1995 (redução de 12%).

**Tabela 47**  
**Internações Realizadas pelo Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS/SP**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-98**

Anos	Total	Taxa de Internação (1)
1995	2.499.263	74,47
1996	2.266.171	66,51
1997	2.205.620	63,78
1998	2.192.121	62,41

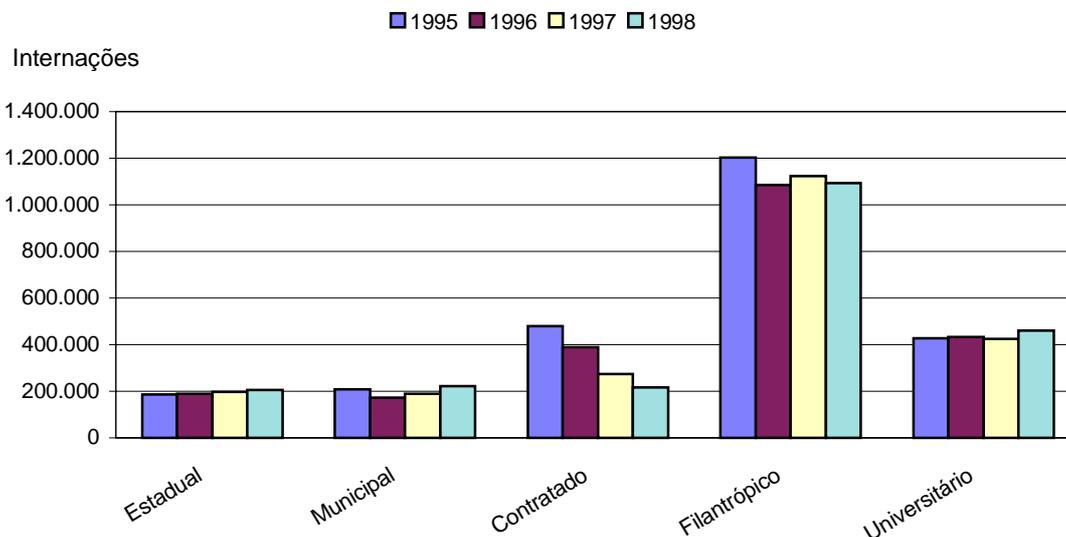
**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle – GTNAC; Fundação Seade.

(1) Por 1.000 habitantes.

**Nota:** Refere-se à Quantidade de AIHs pagas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Este é um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas, inclusive a dos crônicos e psiquiátricos que ultrapassaram período máximo permitido (atualmente, 107 dias).

Analisando-se essa série histórica segundo prestador, observa-se que a diminuição foi provocada, principalmente, pela retração das internações realizadas através dos prestadores contratado e filantrópico (decrécimo de 55% e 9%, respectivamente). Chama atenção a saída de hospitais contratados do SUS, cujo espaço foi ocupado, no mesmo período, pelo aumento na produção dos prestadores públicos – estadual (10%) e municipal (8%) – e universitário (8%), informações que podem ser visualizadas no Gráfico 17.

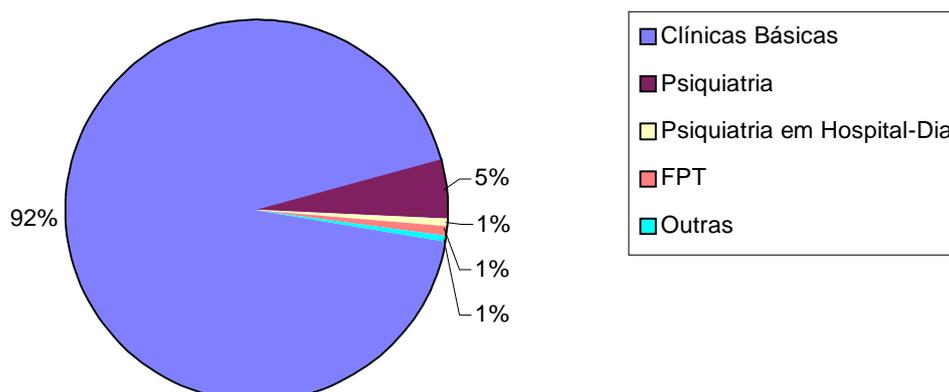
**Gráfico 17**  
**Internações SUS, por Prestador**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-98**



**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle - GTNAC; Fundação Seade.

As internações, segundo a especialidade do leito, em 1998, são assim distribuídas: internações em leitos de clínica básica – cirúrgica (25%), obstétrica (24%), médica (33%), pediátrica (11%) –, internações em leitos especializados – psiquiatria (5%), psiquiatria em hospital-dia (0,1%), fisiologia (0,3%), fora de possibilidade terapêutica (1%). Observa-se, portanto, que as clínicas básicas são responsáveis por 93% das internações SUS, conforme mostra o Gráfico 18.

**Gráfico 18**  
Internações SUS, por Especialidade do Leito  
Estado de São Paulo  
1998



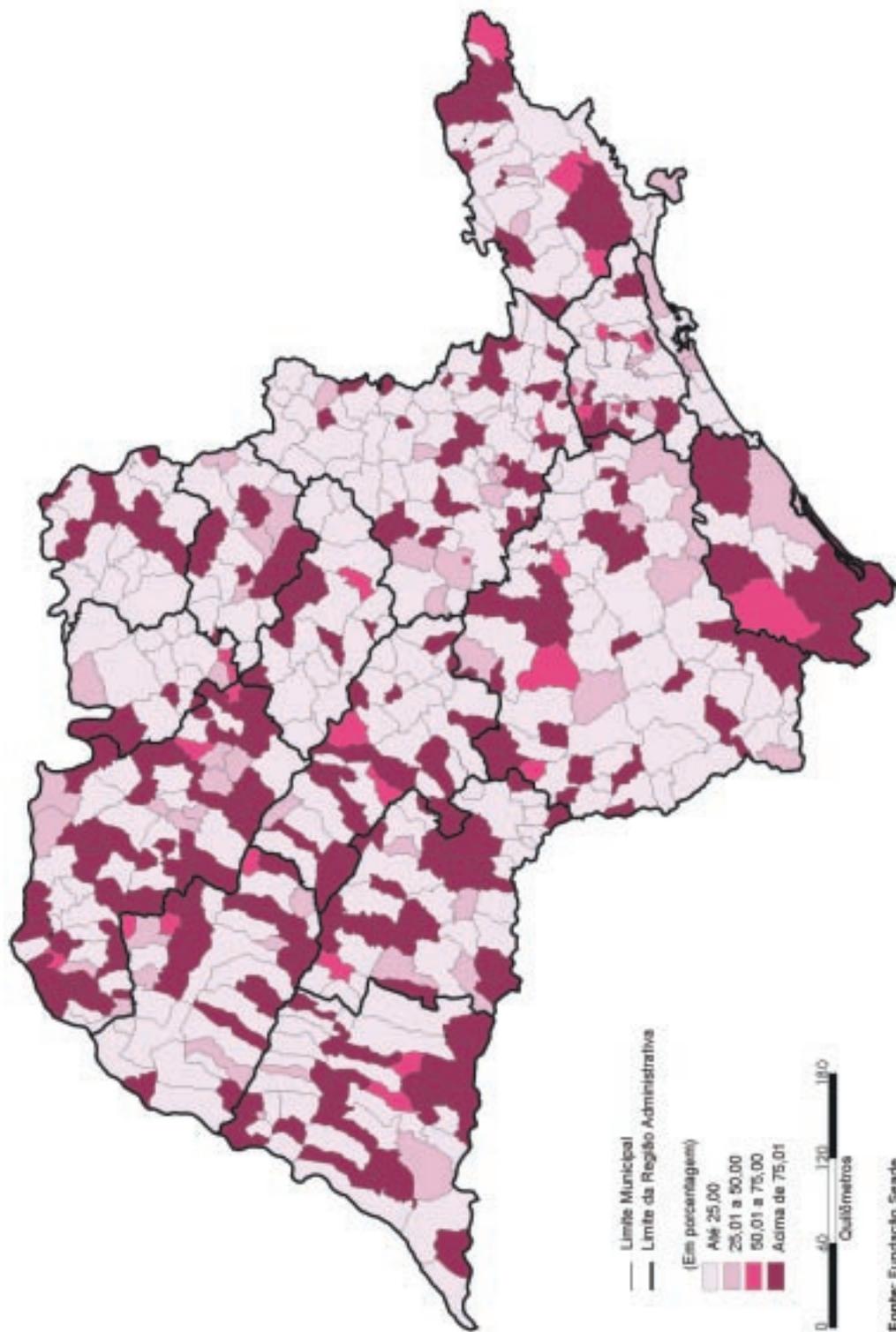
**Fonte:** Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle - GTNAC; Fundação Seade.

É importante comparar os dados sobre internações por especialidade e aqueles referentes a leitos, demonstrados anteriormente no Gráfico 16: enquanto os leitos de psiquiatria representam 25% do total, neles realizam-se apenas 5% das internações SUS; os leitos de FPT representam 8% do total e respondem por apenas por 1% das internações. Estes fenômenos se devem às sucessivas internações de um mesmo paciente nestes leitos, o que gera uma Autorização de Internação Hospitalar – AIH de Longa Permanência ou de Continuidade, emitidas após o período máximo permitido, 107 dias. Estas AIHs não são incluídas no somatório do total de internações, pois não representam um novo evento, mas sim a prorrogação de uma permanência hospitalar.

O Mapa 10 mostra as taxas municipais de evasão de nascidos vivos, indicativo do percentual de gestantes que tiveram filhos em outros municípios, não naquele no qual residem. As áreas mais claras indicam uma evasão menor que 25%, representada para a maioria dos municípios. No geral, as maiores cidades apresentam baixas taxas de evasão e, ao mesmo tempo, índices maiores de invasão, devido à alta concentração de recursos hospitalares nas mesmas.

A Região Administrativa de Registro apresenta as maiores taxas de evasão, indicando falta de recursos nos municípios periféricos da região. Os demais municípios que registram altas taxas concentram-se, em sua maioria, nas Regiões Administrativas localizadas nas áreas noroeste do Estado – RAs de São José do Rio Preto, Araçatuba, Presidente Prudente e Marília. O Mapa 10 revela ainda que, nestas regiões, as maiores taxas são apresentadas nas cidades do entorno dos municípios-sede de cada RA. O mesmo fenômeno ocorre para a Região Metropolitana de São Paulo, que possui municípios com altas taxas de evasão de nascidos vivos ao redor da capital.

Mapa 10  
Taxa de Evasão de Nascidos Vivos  
1998



### Acesso a serviços de saúde

A Pesquisa de Condições de Vida – PCV, realizada quadrienalmente pela Fundação Seade, investiga os recursos para assistência médica de que dispõe a população no Estado de São Paulo e verifica como esses recursos são efetivamente utilizados no caso de necessidade de atendimento. O registro desses dados é feito em questionário respondido individualmente por todos os moradores dos domicílios pesquisados. Sua análise possibilita uma acurada caracterização do acesso aos serviços de saúde da seguridade social, da medicina de grupo e da medicina privada.

A Tabela 48 resume as principais informações da PCV sobre disponibilidade de recursos para assistência médica no Estado de São Paulo, desagregadas para a Região Metropolitana de São Paulo e para os municípios do interior com população urbana igual ou superior a 50 mil habitantes. Analisando essas informações, verifica-se que, embora o contingente de beneficiários de planos ou seguros privados de assistência à saúde – cerca de 15,5 milhões de pessoas no Estado – não tenha aumentado significativamente, entre 1994 e 1998, a parcela dos contratos estabelecidos diretamente entre os titulares e as empresas de prestação de serviços médicos cresceu de forma expressiva, passando de 32,4% para 52,7%. Em consequência, a parcela de contratos intermediados por empresas empregadoras ou sindicatos profissionais, anteriormente majoritária, diminuiu quase 20 pontos percentuais, passando de 67,6% para 47,3%.

**Tabela 48**  
**Titulares de Convênio ou Plano de Saúde, segundo Tipo de Convênio**  
**Estado de São Paulo, Região Metropolitana de São Paulo e Interior**  
**1994 e 1998**

Tipo de Convênio	Em porcentagem					
	Estado de São Paulo		RMSP		Interior	
	1994	1998	1994	1998	1994	1998
Titulares	43,5	44,2	44,0	44,8	42,3	43,2
Particular	32,4	52,7	34,9	53,8	26,4	50,6
De Empresa ou de Sindicato	67,6	47,3	65,1	46,2	73,6	49,4

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV.

A Tabela 49 resume as principais informações da PCV sobre utilização de recursos disponíveis para assistência médica no Estado de São Paulo, desagregadas para a Região Metropolitana de São Paulo e para os municípios do interior com população urbana igual ou superior a 50 mil habitantes. Verifica-se que o contingente de usuários de serviços de saúde nos 30 dias que antecederam a realização da pesquisa – cerca de 8,8 milhões de pessoas no Estado – não sofreu alteração significativa entre 1994 e 1998.

Ao contrário do que foi observado na Região Metropolitana de São Paulo, onde esta parcela se manteve em torno de 5%, o contingente dos que deixaram de ser atendidos no mesmo dia da procura quase duplicou no interior, aumentando de 4,2%, em 1994, para 7,0%, em 1998. Ainda assim, chama a atenção o fato de que 94,2% dos casos de procura de atendimento resultaram em utilização efetiva de serviços de saúde no período de referência da investigação, que é indicativo da capacidade de resposta do sistema de saúde à demanda percebida pela população do Estado de São Paulo. Trata-se de um avanço considerável na perspectiva da efetivação dos direitos sociais de cidadania, pois impensável há duas ou três décadas, quando até mesmo os

**Tabela 49**  
**Indivíduos que Utilizaram Serviços de Saúde nos Últimos 30 dias**  
**Estado de São Paulo, Região Metropolitana de São Paulo e Interior**  
**1994-1998**

Discriminação	Em porcentagem					
	Estado de São Paulo		RMSP		Interior	
	1994	1998	1994	1998	1994	1998
Procurou Atendimento	27,3	26,7	28,1	27,0	25,8	26,1
Foi Atendido no Mesmo Dia	95,0	94,2	94,7	94,9	95,8	93,0
Utilizou Serviços de Saúde	25,9	25,2	26,6	25,6	24,7	24,3
Medicina Privada	9,5	6,0	8,9	5,7	10,6	6,5
Medicina de Grupo	38,6	45,1	40,0	47,4	35,5	41,3
Seguridade Social	51,9	48,9	51,1	46,9	53,9	52,2

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV.

contribuintes do antigo sistema de previdência social e seus dependentes enfrentavam dificuldades de acesso à rede de ambulatórios e hospitais financiados direta ou indiretamente com recursos públicos.

Considerando a informação relativa à condição de pagamento, a comparação com os levantamentos anteriores da PCV revela alterações expressivas no perfil de atendimento médico à população. A parcela dos usuários da medicina privada reduziu-se de 9,5%, em 1994, para 6,0%, em 1998. Em consequência, houve um notável crescimento da proporção dos usuários da medicina de grupo, cuja participação relativa aumentou de 38,6% para 45,1% no período. Este resultado, que evidencia a crescente polarização entre a medicina de grupo e a seguridade social na disputa pela preferência dos usuários dos serviços de saúde, reafirma a importância da lei que estabelece direitos e deveres de consumidores, prestadores de serviços e operadores de planos ou seguros privados de assistência à saúde, cujas disposições ainda não foram plenamente regulamentadas pelo poder executivo.

É evidente, porém, a fragilidade desse tipo de cobertura, que depende, em grande medida, da manutenção de vínculo empregatício formal em um mercado que tem se notabilizado pela crescente flexibilidade de suas relações de trabalho. Perdendo o emprego, além do salário, parcela expressiva dos usuários de serviços médicos por pagamento antecipado provavelmente passará a recorrer aos estabelecimentos próprios ou contratados pela seguridade social, já sobrecarregados pela demanda da população que não dispõe de recursos assistenciais próprios. Aliás, a utilização do SUS por beneficiários de planos ou seguros privados de assistência à saúde não é desprezível, representando cerca de 10% dos atendimentos gratuitos registrados pela PCV (Tabela 50).

Seja como for, o tipo de serviço de saúde utilizado nos últimos 30 dias influencia decisivamente o comportamento das variáveis que traduzem para o plano operacional a noção de facilidade de atendimento, como o tempo de espera e a marcação antecipada de consultas, exames e internações. De fato, enquanto 24% dos atendimentos realizados em estabelecimentos contratados pela seguridade social são realizados com até 15 minutos de espera, esta parcela aumenta para 49,9% nos atendimentos prestados por estabelecimentos credenciados pelas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde. Outro dado importante é a constatação de que 68,9% dos atendimentos pré-pagos são agendados previamente, a maioria por telefone (82,9%), facilidade raramente encontrada nos atendimentos gratuitos.

**Tabela 50**  
**Indivíduos que Utilizaram Serviços de Saúde nos Últimos 30 Dias, por Tipo**  
**Estado de São Paulo, Região Metropolitana de São Paulo e Interior**  
**1994 e 1998**

	Estado de São Paulo			RMSP			Interior		
	Pago	Pré-Pago	Gratuito	Pago	Pré-Pago	Gratuito	Pago	Pré-Pago	Gratuito
<b>Total</b>	<b>6,0</b>	<b>45,1</b>	<b>48,9</b>	<b>5,7</b>	<b>47,4</b>	<b>46,9</b>	<b>6,5</b>	<b>41,3</b>	<b>52,2</b>
Disponibilidade de Recursos									
Possui Plano ou Seguro Privado	49,2	100	9,8	59,8	100	7,7	37,2	100	13,1
Tipo de Atendimento									
De Emergência	12,3	20,7	38,6	13,8	22,7	42,9	12,2	18,1	32,1
Marcado Antecipadamente	78,5	71,2	48,5	71,8	68,9	44,0	83,1	75,1	55,1
Por Telefone	77,3	83,4	6,4	80,3	82,9	6,7	70,0	82,1	5,0
Tempo de Espera									
Até 15 Minutos	61,0	49,9	24,0	62,5	48,5	24,5	58,6	47,0	22,5
Mais de 60 Minutos	8,8	8,0	35,2	8,7	8,3	35,9	10,3	8,8	35,6
Avaliação do Usuário									
Alta Qualidade (Nota 10)	66,9	54,6	41,9	69,0	51,3	42,2	67,4	58,6	42,6
Alta Resolutividade(ResoluçãoTotal)	60,8	59,6	52,2	59,7	57,7	52,5	61,6	61,5	53,0
Exames Complementares									
Houve Solicitação	42,4	54,8	47,2	38,7	57,9	48,5	47,1	48,6	46,7
Realizou Exames Solicitados	74,1	78,1	71,2	66,0	76,8	69,3	81,4	80,9	74,5
Medicamentos									
Houve Prescrição	61,8	64,5	65,5	59,7	63,1	62,9	68,9	68,0	67,6
Recebeu Medicamentos Gratuitos	14,6	11,4	47,4	10,5	11,7	41,9	19,8	12,0	54,0

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV.

Não obstante sua influência sobre as variáveis relativas à facilidade de atendimento, o tipo de serviço de saúde utilizado no período de referência da PCV não altera significativamente a avaliação dos usuários sobre a qualidade e a capacidade resolutiva do atendimento. Chama a atenção o fato de que as notas atribuídas à qualidade do atendimento tenham se concentrado entre 7 e 10, embora com valores medianos que revelam uma avaliação mais favorável dos serviços da medicina privada e da medicina de grupo, em comparação com aqueles prestados pela seguridade social. Apontam na mesma direção as opiniões sobre a resolução do problema que motivou a procura de atendimento, que reiteram a percepção de que a saúde praticamente se transformou em sinônimo de assistência médica e, como tal, no resultado de procedimentos em que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames são elementos fundamentais.

Uma contraprova indubitável da generalização dessa tecnologia, cuja utilização indiscriminada responde pelo aumento quase exponencial dos custos de produção da assistência médica em escala mundial, são os altos índices de prescrição de medicamentos e solicitação de exames calculados pela PCV. De fato, no total de atendimentos ambulatoriais registrados pela pesquisa, houve prescrição de medicamentos em 69,1% dos casos e solicitação de exames em 46,1%, não sendo observadas diferenças expressivas segundo o tipo de serviço de saúde utilizado nos últimos 30 dias. A única exceção diz respeito à distribuição gratuita de medicamentos, cuja frequência relativa é bem maior na seguridade social (47,4%) do que na medicina de grupo (11,4%),

reiterando o caráter assistencial dessa atividade, que é dirigida fundamentalmente à população de mais baixa renda.

Os dados da PCV sugerem que, tal como previsto na Constituição Federal, o sistema de saúde do Estado de São Paulo garante acesso universal, independentemente dos atributos pessoais e da condição social dos usuários. Não se pode dizer, porém, que garanta acesso igualitário, pois as facilidades de atendimento variam segundo o tipo de serviço de saúde (SUS ou medicina complementar) procurado e nem todos os usuários podem exercer o direito da opção implícito na Constituição Federal. O livre exercício desse direito está restrito aos indivíduos melhores posicionados na escala social, que dispõem de recursos próprios para assistência médica e, por isso, podem recorrer tanto aos estabelecimentos próprios ou contratados pela seguridade social quanto àqueles pertencentes ou credenciados pelas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

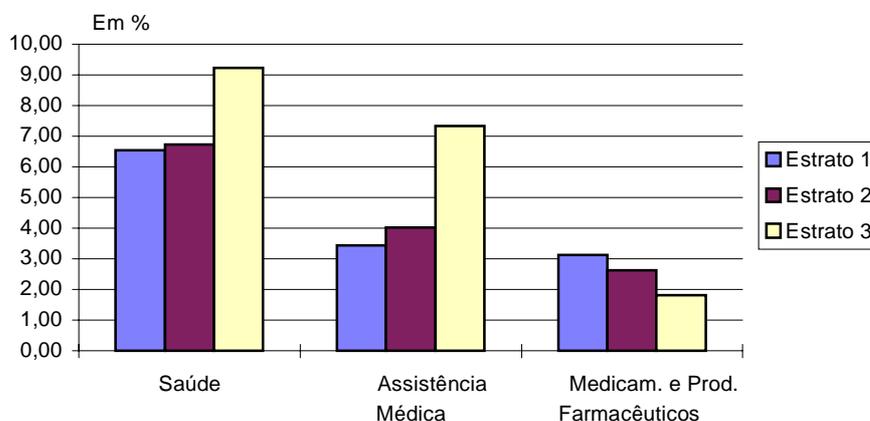
### ***Custo da Saúde***

A saúde é um bem social que, ao longo dos anos, vem tendo significativo aumento do seu peso no orçamento das famílias paulistanas. Dados do Dieese indicam que gastos com saúde – incluindo assistência médica, medicamentos e produtos farmacêuticos e aparelhos – consomem cada vez mais recursos do orçamento familiar: 8,18%, em 1997, o dobro do que pesava em 1940 (4%).

Esse gasto tem participação diferente nos orçamentos das famílias dos três estratos de renda. Saúde, e assistência médica têm peso maior nos estratos de renda superior (renda média de R\$ 2.782,00). Nestas famílias, os gastos com saúde consumiam 9,22% do orçamento, no período 1994/95, enquanto os estratos de renda inferior (renda média de R\$ 377,00) e intermediário (renda média de R\$ 934,00) consumiam 6,55% e 6,73%, respectivamente. A proporção maior entre as famílias mais ricas deve-se à maior utilização de planos e seguros de saúde.

Já o gasto com medicamentos pesa mais no orçamento das famílias mais pobres (3,12%) do que nos estratos intermediário e superior (2,62% e 1,81%, respectivamente).

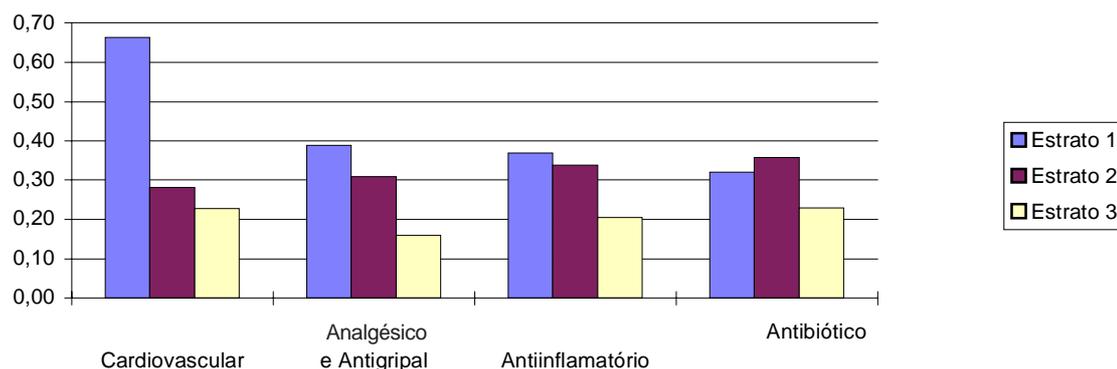
**Gráfico 19**  
**Participação dos Gastos com Saúde nos Orçamentos Familiares, por Estrato de Renda**  
**Município de São Paulo**  
**1994/95**



**Fonte:** Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos-Dieese. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).

Por tipo de medicamentos, aqueles mais onerosos para as famílias mais pobres são: cardiovascular, analgésico e antigripal, antiinflamatório e antibiótico. A maior diferença é observada no caso dos remédios para doenças cardiovasculares, que para as famílias do estrato inferior pesam mais que o dobro (0,66%) do que nos orçamentos das famílias de renda intermediária (0,28%).

**Gráfico 20**  
**Participação dos Gastos com Alguns Medicamentos nos Orçamentos Familiares,**  
**por Estrato de Renda**  
**Município de São Paulo**  
**1994/95**



**Fonte:** Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos – Dieese.  
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) .

O envelhecimento populacional acarreta uma maior presença de doenças crônico-degenerativas, que requerem para seu controle o uso de medicamentos de uso contínuo, como os cardiovasculares. E é justamente nas famílias mais pobres que há maior presença de idosos.

### **Financiamento**

O financiamento na área de saúde ainda é uma questão crítica em 1999. Diversas gestões foram feitas para que a saúde tivesse fontes de financiamento definidas, definitivas e estáveis. No último trimestre deste ano, tramita no Senado proposta de emenda constitucional referente a esta matéria. A vinculação de recursos nas três esferas de governo é vista como condição necessária para se elevar o patamar do gasto per capita em saúde no Brasil.

Precisar o gasto total realizado em saúde requer análise daqueles efetuados pelas três esferas de governo, o que não é tarefa fácil, devido a forma como os mesmos são registrados. Diferentes formas são utilizadas no lançamento das informações nos balanços contábeis do governo do Estado e dos municípios que, apesar de regulamentado pela Lei 4.320/64, não possui a uniformidade necessária para que os registros sejam padronizados. As maiores dificuldades derivam do fato de que, nestes registros, não são discriminados gastos relacionados aos recursos próprios e de transferências intergovernamentais. Estas são registradas como despesa na origem e no destino, o que impõe a necessidade de tratamento destas informações para que não se incorra em dupla contagem. Desta forma, consiste um desafio identificar a despesa efetiva realizada em cada esfera apenas com recursos próprios.

Neste relatório, o gasto estadual será apresentado segundo as fontes de recursos e o gasto municipal será tratado na sua totalidade.

### Gasto Estadual

Para o conhecimento do gasto SUS realizado pelo governo estadual, estaremos utilizando o estudo feito por Mendes e Marques.<sup>20</sup> O gasto SUS realizado pela SES foi computado como o total de despesas realizadas pela administração direta e indireta,<sup>21</sup> deduzidas as despesas com inativos e pensionistas.

Os dados e indicadores sobre gasto estadual/SUS realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, no período 1995-97, apontam uma queda em 1996, com ligeira recuperação em 1997, porém ficando abaixo dos valores de 1995. Em 1997, as despesas foram da ordem de R\$ 1,985 bilhão (Tabela 51), indicando uma redução de 2,8% em relação a 1995. A participação no total da despesa do Estado passa de 5,69% (1995) para 5,33% (1997) e o valor per capita cai de R\$ 58,87 (1995) para R\$ 55,53 (1997).

**Tabela 51**  
**Gasto SUS realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**  
**Estado de São Paulo**  
**1995 - 97**

Itens	Em R\$ 1.000 dez/98		
	1995	1996	1997
Gasto SUS Total Realizado (1)	1.985.096	1.860.892	1.929.948
Gasto SUS per capita	58,87	54,61	55,53
Gasto SUS/Despesa Total Estado (%)	5,69	5,23	5,33
Total da Despesa do Estado (2)	34.887.458	35.581.113	36.209.154

**Fonte:** Balanços do Governo do Estado de São Paulo.

(1) Exceto gastos oriundos de Recursos Próprios, Vinculados Federal e Operações de Crédito na Administração Indireta.

(2) Refere-se à despesa realizada pelo Governo do Estado de São Paulo, incluindo todos os órgãos da administração direta e indireta.

**Ref. Bibl.:** Mendes, A e Marques, R.M. Financiamento da Saúde - Análise dos Gastos Estaduais e Municipais - Ipea, Brasília, 1999 (Relatório Final).

O detalhamento por categoria econômica mostra que, no período 1995-97, mais de 90% do gasto/SUS foi utilizado nas Despesas Correntes, passando de 95,3%, em 1995, para 91,3%, em 1997. As Despesas de Capital, por sua vez, tiveram um aumento de participação: de 4,7% (1995) para 8,75 (1997), decorrente de mais recursos investidos em Obras e Instalações, que decuplicaram no período analisado (Tabela 52).

Na composição dos itens de despesa, observa-se que os maiores percentuais são os de pessoal (33%), serviços de terceiros (21%) e transferências correntes (21%). Em seguida aparecem as despesas com material de consumo (13%), nas quais estão incluídos os gastos com medicamentos.

A análise dos gastos por fonte (Tabela 53) indica que o tesouro estadual, além de ser o principal provedor dos recursos, aumentou sua participação no período estudado (83,48%, em 1995 e 87,96%, em 1997). Isso se deu em função tanto de um maior aporte de recursos desta fonte (crescimento de 9,5%, entre 1996 e 1997), como da diminuição dos recursos da fonte Vinculado Federal (queda de 29,3%, entre 1996 e 1997).

20. MENDES, A e MARQUES, R. M. . Financiamento da Saúde - Análise dos Gastos Estaduais e Municipais. Ipea, Brasília, 1999 (Relatório Final).

21. "Para tornar a série homogênea em relação à despesa por categoria econômica e à Despesa por Fontes e Usos, e considerando que os gastos das autarquias e fundações realizadas com Recursos Próprios, Vinculados Federal e Operações de Crédito não estavam disponíveis em 1995 e 1996, essas informações foram excluídas para o ano de 1997".

**Tabela 52**  
**Gasto SUS realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo,**  
**segundo Categoria Econômica**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-97**

Em mil reais

Categoria Econômica	1995		1996		1997	
	Valor (1)	%	Valor (1)	%	Valor (1)	%
<b>Total do Gasto SUS (2)</b>	<b>1.985.096</b>	<b>100,00</b>	<b>1.860.892</b>	<b>100,00</b>	<b>1.929.948</b>	<b>100,00</b>
<b>Despesas Correntes</b>	<b>1.890.850</b>	<b>95,30</b>	<b>1.798.316</b>	<b>96,60</b>	<b>1.762.946</b>	<b>91,30</b>
Pessoal	637.776	32,10	650.063	34,90	631.176	32,70
Pessoal Civil	591.532	29,80	593.889	31,90	565.321	29,30
Previd. Social - obrig. patronais e outras	46.244	2,30	56.174	3,00	65.855	3,40
Material de Consumo	285.591	14,40	249.740	13,40	257.331	13,30
Serviços de Terceiros	496.511	25,00	442.654	23,80	408.306	21,20
Serviços-Fim	88.786	4,50	34.901	1,90	42.451	2,20
Serviços-Meio	407.725	20,50	407.753	21,90	365.855	19,00
Outras Despesas de Custeio	58.156	2,90	70.666	3,80	57.700	3,00
Transferências Correntes	412.817	20,80	385.193	20,70	408.434	21,20
<b>Despesas de Capital</b>	<b>94.246</b>	<b>4,70</b>	<b>62.576</b>	<b>3,40</b>	<b>167.002</b>	<b>8,70</b>
Obras e Instalações	7.719	0,40	7.126	0,40	78.217	4,10
Equipamentos e Material Permanente	33.744	1,70	36.333	2,00	23.373	1,20
Outros Investimentos	-	-	2.588	0,10	2.461	0,10
Transferências de Capital	52.783	2,70	16.529	0,90	62.951	3,30

Fonte: Balanços do Governo do Estado de São Paulo.

(1) Em mil reais de dezembro de 1998.

(2): Exceto gastos oriundos de Recursos Próprios, Vinculados Federal e Operações de Crédito na Administração Indireta.

Ref. Bibl.: Mendes, A e Marques, R.M. Financiamento da Saúde - Análise dos Gastos Estaduais e Municipais - IPEA, Brasília, 1999 (Relatório Final).

Nas despesas correntes, predominam os recursos do Tesouro, com participação crescente: 84,66% (1995), 85,15% (1996) e 89,28% (1997). Nas despesas de capital, há uma variação, predominando o Tesouro em 1995 (59,57%) e em 1997 (74,25%), e os recursos Vinculados Federais em 1996 (66,67%). A maior participação do tesouro estadual em 1997 deve-se ao maior aporte de recursos desta fonte em relação aos anos anteriores (o dobro dos recursos de 1995 e cinco vezes mais em relação aos de 1996).

O montante do gasto estadual não se limita somente às despesas realizadas nas atividades inerentes à Secretaria da Saúde, incluem também as transferências, através de convênios para entidades filantrópicas e prefeituras, para auxílio nas despesas de custeio e investimento. Pela Tabela 54 pode-se observar o aumento dos valores transferidos, entre 1995 e 1998, e a predominância do interior e das entidades filantrópicas no recebimento dos recursos.

**Tabela 53**  
**Gasto SUS Realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, segundo Fonte de Recursos**  
**Estado de São Paulo**  
**1995 - 97**

Fontes de Recursos	Despesas Correntes		Despesas de Capital		Total	
	Valor (1)	%	Valor (1)	%	Valor (1)	%
<b>1995</b>	<b>1.891</b>	<b>100,00</b>	<b>94</b>	<b>100,00</b>	<b>1.985</b>	<b>100,00</b>
Tesouro	1.601	84,66	56	59,57	1.657	83,48
Outras Fontes	290	15,34	38	40,43	328	16,52
<b>1996</b>	<b>1.798</b>	<b>100,00</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>	<b>1.861</b>	<b>100,00</b>
Tesouro	1.531	85,15	19	30,16	1.550	83,29
Fundo Especial de Despesa	27	1,50	2	3,17	29	1,56
Vinculado federal	240	13,35	42	66,67	282	15,15
<b>1997</b>	<b>1.763</b>	<b>100,00</b>	<b>167</b>	<b>100,00</b>	<b>1.930</b>	<b>100,00</b>
Tesouro	1.574	89,28	124	74,25	1.698	87,98
Fundo Especial de Despesa	28	1,59	3	1,80	32	1,66
Vinculado federal	160	9,08	40	23,95	200	10,36

**Fonte:** Balanços do Governo do Estado de São Paulo.

(1) Em milhões de reais de dezembro de 1998.

**Nota:** Exceto gastos oriundos de Recursos Próprios, Vinculado Federal e Operações de Crédito na Administração Indireta. Fundo Especial de Despesa (FED) – compreende os recursos vinculados à prestação de serviços, abrangendo as receitas arrecadadas diretamente pela administração direta (recursos próprios da unidade). Vinculados Federal – compreende os repasses federais (Ministério da Saúde) relativos ao pagamento de prestação de serviços (administração direta e Sucen) e os recursos de convênios.

Os recursos vinculados federal integram o Fundo Estadual de Saúde (Fundes).

**Ref. Bibl.:** Mendes, A e Marques, R.M. Financiamento da Saúde - Análise dos Gastos Estaduais e Municipais - Ipea, Brasília, 1999 (Relatório Final).

**Tabela 54**  
**Transferências da SES a Entidades Filantrópicas e Prefeituras, segundo Coordenadorias**  
**Estado de São Paulo**  
**1995-98**

Em 1.000 R\$ dez/98

Coordenadorias	Entidade	1995	1996	1997	1998
Total da SES	Filantrópicas	56.409	45.196	65.295	77.127
	Prefeituras	21.229	18.520	37.900	29.473
	Total	77.638	63.717	103.196	106.599
Região Metropolitana de São Paulo	Filantrópicas	-	9.630	26.649	25.099
	Prefeituras	3.559	2.073	1.882	3.076
	Total	3.559	11.703	28.531	28.175
Interior	Filantrópicas	56.409	35.566	38.646	52.027
	Prefeituras	17.670	16.447	36.019	26.397
	Total	74.079	52.013	74.665	78.424

**Fonte:** Relatório da Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria de Planejamento de Saúde.

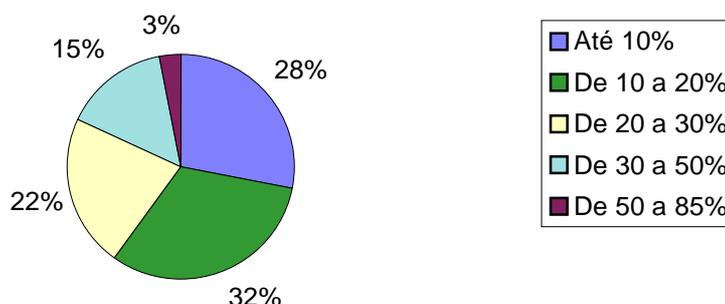
**Ref. Bibl.:** Mendes, A e Marques, R.M. Financiamento da Saúde - Análise dos Gastos Estaduais e Municipais - Ipea, Brasília, 1999 (Relatório Final).

### Gasto Municipal

De forma geral, a União é responsável pelo maior aporte de recursos financeiros aplicados na área da saúde. No entanto, com o processo de descentralização, diversos municípios têm aumentado a sua parcela. E isto é tanto mais viável quanto maior a capacidade arrecadatória/financeira das prefeituras. No entanto, a maioria dos 645 municípios do Estado dependem em grande medida das transferências dos governos estadual e federal.

O Gráfico 21 mostra que apenas 3% dos municípios paulistas têm um poder de arrecadação significativo, nos quais a receita própria responde por mais de 50% da receita total. A maioria dos municípios apresenta uma parcela pequena de receita própria: em 28% dos municípios a receita própria corresponde a até 10% do total da receita municipal e em 32% dos municípios esse percentual varia de 10% a 20% da receita total.

**Gráfico 21**  
**Distribuição dos Municípios,**  
**segundo a Participação da Receita Própria na Receita Total**  
**Estado de São Paulo**  
**1997**



**Fonte:** Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997.

**Notas:** Percentual do Estado de São Paulo = 41,31%.

Com o processo de municipalização, a análise do gasto municipal reveste-se de importância. Utilizando-se a base de dados obtida pela Pesquisa Municipal Unificada, da Fundação Seade, percebe-se a evolução do percentual do gasto municipal em saúde, passando de 13,6%, em 1992, para 15%, em 1997.

Estudo dos gastos realizados pelas prefeituras segundo os modelos de gestão vigentes em 1997 (NOB 93) aponta para diferenças significativas no percentual do gasto em saúde. Os municípios em gestão semiplena apresentaram uma curva ascendente neste indicador, investindo, em média, quase um quarto de suas despesas com saúde em 1997. Uma tendência semelhante foi registrada para os municípios em gestão parcial, que, ao final do período analisado, comprometiam 18,5% do gasto municipal com este item.

Em percentuais mais modestos, mas também em ascensão, encontravam-se os municípios em gestão incipiente, que comprometeram, em 1997, 12% de seus orçamentos com saúde.

Este maior aporte de recursos fez com que o gasto per capita em saúde passasse de R\$ 61, em 1992, para R\$ 86, em 1997. Mais uma vez, os municípios em gestão semiplena apresentaram melhor desempenho, passando de um gasto de R\$ 65 por habitante/ano, em 1992 — pouco acima da média dos municípios pesquisados — para R\$ 141, em 1997, valor mais do que duplicado ao longo de apenas cinco anos. Este valor representa mais que o dobro daquele referente aos municípios em gestão parcial, que demonstraram um avanço de R\$ 42, em 1992, para R\$ 64, em 1997.

**Tabela 55**  
**Percentual do Gasto Municipal no Programa Saúde sobre o Gasto Municipal Total, segundo o Modelo de Gestão Municipal da Saúde (1)**  
**Estado de São Paulo**  
**1992-1997**  
Em porcentagem

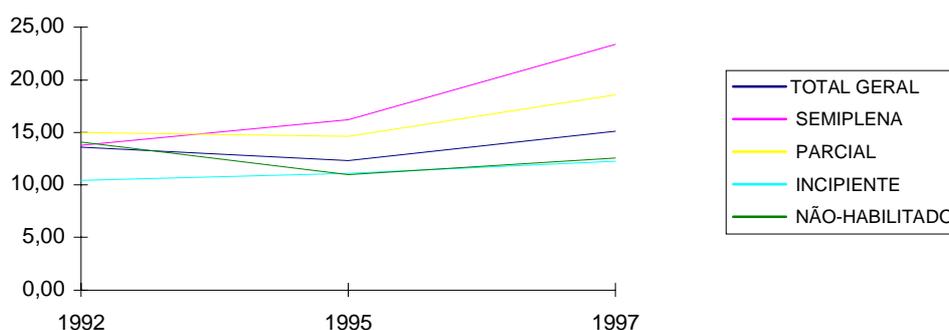
Modelo de Gestão Municipal	Gasto Municipal no Programa Saúde (2)		
	1992	1995	1997
<b>Total</b>	<b>13,57</b>	<b>12,34</b>	<b>15,14</b>
Semiplena	13,75	16,20	23,37
Parcial	15,01	14,61	18,55
Incipiente	10,42	11,13	12,24
Não-Habilitado (3)	14,10	10,96	12,55

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1992, 1995 e 1997.

(1) Refere-se aos 432 municípios que responderam ao Caderno de Finanças Municipais da Pesquisa Municipal Unificada de 1992, 1995 e 1997: 40 em gestão semiplena, 38 em gestão parcial, 174 em gestão incipiente e 180 não-municipalizados

(2) Refere-se ao gasto municipal no Programa 75 - Saúde, da Função 13 - Saúde e Saneamento, sobre o Total da Despesa Municipal em cada ano considerado. (3) Refere-se aos municípios não habilitados aos modelos de gestão municipal preconizados pela NOB 93.

**Gráfico 22**  
**Percentual do Gasto Municipal no Programa Saúde sobre o Gasto Municipal Total, segundo o Modelo de Gestão Municipal da Saúde**  
**Estado de São Paulo**  
**1992-1997**  
Em %



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1992, 1995 e 1997.

**Tabela 56**  
**Gasto Municipal per Capita no Programa Saúde, segundo o Modelo de Gestão Municipal da Saúde (1)**  
**Estado de São Paulo**  
**1992-1997**  
Em reais de 1997

Modelo de Gestão Municipal	Gasto Municipal per Capita no Programa Saúde (2)		
	1992	1995	1997
<b>Total</b>	<b>61,39</b>	<b>70,79</b>	<b>86,23</b>
Semiplena	65,26	102,16	140,59
Parcial	42,35	52,82	64,29
Incipiente	39,18	51,16	56,02
Não-Habilitado (3)	68,90	67,45	78,17

Fonte: Fundação Seade; Pesquisa Municipal Unificada

(1) Refere-se aos 432 municípios que responderam ao Caderno de Finanças Municipais da Pesquisa Municipal Unificada de 1992, 1995 e 1997: 40 em gestão semiplena, 38 em gestão parcial, 174 em gestão incipiente e 180 não-municipalizados. (2) Refere-se ao gasto municipal no Programa 75 - Saúde, da Função 13 - Saúde e Saneamento, sobre o Total da Despesa Municipal em cada ano considerado. (3) Refere-se aos municípios não habilitados aos modelos de gestão municipal preconizados pela NOB 93. Ref. Bibl.: Barreto Junior, I. F. Reforma do Estado: Uma Análise do Sistema Único em São Paulo. Tese de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 1999.

Deve-se levar em consideração que, nestes gastos, estão incluídas as transferências federais e estaduais para os municípios. Estes valores são maiores quanto mais avançado é o modelo de gestão em que o município estava habilitado. No entanto, há que se considerar, também, a vontade política de dirigentes municipais que passaram a aportar maiores recursos próprios em saúde. Dados referentes às fontes de recursos do gasto municipal, coletados pela PMU/Seade, em fase de processamento, contribuirão para um dimensionamento mais preciso deste fenômeno.