

**TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA POLÍTICA DE
SAÚDE EM SÃO PAULO**

**CADERNO DE
PESQUISA
N. 20**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

1990

Ana Luiza d' Ávila Viana
Colaboradores: Maria de Fátima Chaves Barros Silva
Norma Brasil Casseb
Vera Lúcia Borba

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP tem se dedicado tradicionalmente a pesquisas no campo das políticas sociais e, de início, dedicou-se aos estudos de âmbito federal. Esta linha de trabalho está refletida principalmente no Relatório a Situação Social do país, publicado anualmente, Artigos e Textos parciais derivados daqueles estudos têm sido publicados em Nepp-Cadernos de Pesquisa.

Nos anos recentes, tem se voltado também para a análise e avaliação das políticas sociais no Estado de São Paulo. Deste modo, vem desenvolvendo uma série de pesquisas centradas nas políticas estadual, destacando-se as seguintes: Padrão de Intervenção Social do Estado de São Paulo (1983-1986); “Governo do Estado de São Paulo , Área Social; Políticas, Programas e Atividades; Acompanhamento, Avaliação e novos instrumentos de análise (1987-1988)”; “Avaliação da Implantação de um novo Modelo de Saúde em São Paulo (1983-1987) – O Programa Metropolitano de Saúde”; Novas Formas de Intervenção Estatal na Área de Saúde”; “Experiência de Descentralização nos Programas de Alimentação do Governo do Estado de São Paulo”; “A Política Social no Estado de São Paulo – Bibliografia Comentada”; “Desenvolvimento de Metodologia para a Elaboração do Sistema de Procedimentos para Avaliação de Políticas Sociais no Estado de São Paulo”; “O Programa Metropolitano de Saúde: avaliação da nova forma de intervenção estatal na área de saúde, 1982-1989”; “Avaliação da Implantação de Jornada única no Estado de São Paulo”; “A situação do Menor no Estado de São Paulo; “Necessidades Sociais Básicas”; “SP-21”; “Educação, Saúde e atenção ao Menor no estado de São Paulo; Uma Avaliação da Descentralização dos Serviços Públicos Estaduais”.

Este esforço consolidou a linha de pesquisa sobre “Política Social no Estado de São Paulo” no âmbito do NEPP. A Série São Paulo, parte integrante dos Cadernos de Pesquisa, vem, portanto, revelar nossas reflexões, fruto do conjunto de pesquisas realizadas em torno deste eixo de análise. Trata-se de um conjunto de Cadernos de Pesquisa dedicado à análise das condições de vida da população do estado e da avaliação da ação governamental no domínio das políticas de proteção social. Desejamos que esta coleção seja útil a todos aqueles que têm se interessado pelo desafio da elevação dos padrões de vida da população brasileira.

(*) Este trabalho se beneficiou do esforço conjunto dos coordenadores de pesquisa e pesquisadores do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP/UNICAMP

I - TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS PARA PRÓXIMA DÉCADA

Esta parte do trabalho apresenta primeiro, um balanço das perspectivas da política de saúde, nos anos 80, segundo, as perspectivas do desenvolvimento do sistema e cenários alternativos, para a próxima década. A análise das tendências tem por base o diagnóstico efetuado para toda a década, sobre o setor saúde no Estado de São Paulo, diagnóstico que identifica os problemas e os limites a expansão do Sistema de Saúde Público, do ponto de vista do desenvolvimento institucional, da capacidade física, dos recursos humanos e do financiamento do gasto público em saúde. O quadro de perspectivas baseia-se nas projeções efetuadas, de necessidades de consultas e internações por tipo de atendimento, até o ano 2000, para todo o Estado de São Paulo e Região Administrativas. As projeções de demanda, calculadas com base no parâmetro de atendimento e nas projeções de crescimento populacional, por faixa etária, foram confrontados: primeiro com o gasto público da Fundação Saúde, em 1989, depois de termos a demanda transformada em unidades monetárias obtidas através da multiplicação do número de consultas e internações pelo custo unitário dessas atividades; segundo, com a capacidade física (em números de ambulatórios) existentes na rede de serviços. Tal exercício objetivou quantificar as necessidades de expansão da rede física e do rendimento médio dos serviços para fazer face a demanda projetada.

A partir desses quadros de projeções, identificou-se os novos desafios com os quais o sistema público de saúde defrontar-se-á neste decênio, e os cenários alternativos de desenvolvimento para o mesmo.

1. AS TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 80

A área de saúde, no Estado de São Paulo, na década de 80, foi alvo de intensas modificações. Do ponto de vista institucional, tal como vimos, processaram-se reformas e reestruturações de peso, que conformam ao final da década, um novo modelo de atendimento, caracterizado por uma estrutura regionalizada e descentralizada de organização dos serviços, conforme níveis hierárquicos de atendimento. Tal modelo preconiza ações integradas de saúde e privilegia o nível municipal e/ou local. São

expressões desse movimento a formulação e implantação do Programa Metropolitano de Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde, em 1985; a criação dos Escritórios Regionais de Saúde– ERSAS, em 1986; a política de municipalização implementada desde 1984, por essa mesma instituição; e a implantação do SUDS/SUS, em São Paulo, a partir de 1987. A década culmina com a afirmação, pela nova Constituição do Estado de São Paulo, em 1989, de que a Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado e de que a mesma deverá ser oferecida preferencialmente e, de forma direta, pelo Poder Público, em um Sistema Único, onde a relação com o setor privado estará normatizando por contratos ou convênios de direito público, e será dada preferência a participação das entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo. A Constituição do Estado de 1989 reforça o Sistema Único definido a nível federal, em 1988, e cria Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com participação de usuários, que têm a incumbência de elaborar e controlar as políticas de saúde, bem como formular, fiscalizar e acompanhar o sistema. Diz, ainda, a Constituição, que o sistema se organizará, segundo as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única no âmbito estadual e no de cada Município; municipalização dos recursos, serviços e ações segundo critérios a serem estabelecidos em lei, para as transferências federais e estaduais; integração das ações; universalização; e gratuidade.

As modificações, entretanto, não se limitaram ao aspecto institucional: a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde expandiu-se expressivamente, principalmente na Segunda metade da década – o número de estabelecimentos públicos sem internação cresceu cerca de 150%, de 1980 a 1989, tendo sido priorizados os investimentos na Região Metropolitana do Município de São Paulo. Entretanto, a oferta de serviços ainda se distribui de forma desigual. Para o ano de 1989, na Região Metropolitana, há 1 Centro de Saúde para cada 20 mil habitantes; nas demais Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), o indicador varia entre 5 e 9 mil habitantes para cada Centro de Saúde. Quanto a relação leitos por mil habitantes, o maior indicador (7,22) encontra-se na CRS-3 (Região de Ribeirão Preto) e o menor (2,87) na CRS-1 (Região da Grande São Paulo). Porém mesmo o menor coeficiente é superior ao parâmetro de 1,8 leitos para cada mil habitantes, fixado pelo nível federal. Cabe salientar que os 2,87 leitos por mil habitantes na Região Metropolitana de São Paulo estão concentrados na área central do Município de São Paulo – a relação por mil habitantes distribui-se de forma bastante desigual, entre os diferentes Municípios da Grande São Paulo, e entre os Distritos das Capital.

A produção dos serviços, consultas e internações, atinge os parâmetros de necessidades da população (2,8 consultas habitante/ano), a partir de 1985, sendo que o setor público passa a ser responsável pela metade do número total de consultas no Estado e por quase 20% do total das internações (incluindo as internações das redes de Hospitais do nível federal, estadual e municipal), em 1989. A produção do setor privado é decrescente na década e é visível a "independentização" desse segmento frente ao sistema público – tal tendência já aparece na performance do INAMPS, em São Paulo, e foi reforçada pelo SUDS, a partir de 1987. Diminui a produção dos serviços da rede Contratada do INAMPS e cresce a rede Conveniada, onde estão incluídos os serviços públicos, até 1987. A nível do SUDS, a participação das redes Contratada e Conveniada, em termos de produção de consultas, encontra-se em forte descenso.

Os índices de cobertura do sistema SUDS, se desmembrados regionalmente e por tipo de Programa de Saúde, ainda sinalizam um quadro de distorção e carências: é baixo o índice geral de cobertura da população atendida pelo SUDS, frente aos parâmetros de necessidades de consultas – os Programas de Saúde da Criança, Mulher e Adulto atingem coberturas de 50%, 41% e 36%, em 1988. As coberturas mais baixas ocorrem na Região Metropolitana de São Paulo (coberturas de 41%, 33% e 21%, respectivamente, para os Programas acima assinalados).

Do ponto de vista dos recursos humanos em saúde, o Estado apresenta, na década, as seguintes tendências: há um crescimento no número de funcionários da Secretaria de quase 50% de 1984 à 1989. Houve, ainda, mudança significativa no regime de trabalho dos servidores da SES – os celetistas (CLT) representavam 5%, do número total de servidores em 1984; em 1989, passaram a representar 60%. A expansão de celetistas fez-se com base nos recursos AIS/SUDS e significa uma maior margem de manobra para as políticas de recursos humanos, pois tais servidores podem ser mais facilmente contratados, transferidos ou mesmo dispensados.

Os recursos financeiros para as ações de saúde foram crescentes, na década. A Função Saúde sobe sua participação no total do gasto de Estado, de 5,1%, em 1980, para 12,7% em 1989. A Função Saúde cresce de forma significativa a partir de 1985, refletindo as mudanças então em curso: AIS, PMS e SUSD e ganha espaço na Área Social em detrimento de outras funções sociais; enquanto a Função Saúde cresce em proporções bem maiores do que a despesa total do Estado. Todo o incremento real verificado ao longo da

década na Função Saúde é canalizado para a Secretaria de Saúde, exclusivamente para a Administração Direta, privilegiando, portanto, a atenção primária, através de seus hospitais de pequeno porte e ambulatorios, em detrimento dos grandes hospitais da Administração Indireta. As fontes de financiamento da Secretaria da Saúde, Recursos do Tesouro e Recursos FUNDES, tiveram suas taxas de participação alteradas de forma significativas: para o FUNDES, de uma taxa de 0,5%, no início da década, saltou para 60% em 1988, enquanto o contrário ocorre com os Recursos do Tesouro. Entretanto, os programas de investimento propiciados pelo PMS, bem como a descentralização do INAMPS-SUDS, têm estimulado fortemente a participação do Tesouro Paulista com as transformações na área da Saúde. Os recursos do Tesouro, crescem, em termos reais, mais de 100% ao longo da década. Porém, a tendência à desaceleração dos Recursos INAMPS para a Secretaria da Saúde, evidencia a partir de 1989 e 1990, trará grande ônus ao Setor Saúde ou um compromisso ainda maior do Tesouro Paulista com a manutenção do nível atual de desempenho na área.

Do ponto de vista do perfil epidemiológico, o quadro nos anos 80 se altera, pela redução das mortalidades das doenças consideradas evitáveis. Para a população do Estado, como um todo, destacam-se como principais causas de mortalidade as doenças do Aparelho Circulatório, as Causas Externas, os Neoplasmas, as Doenças do Aparelho Respiratório e as Afecções Perinatais, padrão este mais próximo daquele observado em regiões desenvolvidas. Entretanto, ainda que tenha ocorrido um aumento proporcional dos óbitos pelas doenças “mais dificilmente evitáveis”, entre as quais se inclui a maior parte dos neoplasmas e das cardiovasculares, cerca de 40% dos óbitos registrados ainda são por “doenças evitáveis”, onde destaca-se o aumento da participação dos óbitos por “doenças evitáveis mediante medidas mistas”, que incluem as violências e as doenças respiratórias. A redução da mortalidade infantil, no Estado, na década, foi de quase 50%, baixando esse coeficiente para menos de 30 mil nascidos vivos.

Assim, o quadro de mortalidade pode ser caracterizado como constituindo-se de óbitos por causas evitáveis, com maior incidência nas faixas mais jovens, e mais característico das regiões mais carentes; pelas violências na idade adulta e pelas crônico-degenerativas nas idades mais avançadas, mais típicas das áreas avançadas.

Podemos, portanto, dizer que são três as grandes tendências da política de saúde no Estado de São Paulo, na década passada:

a) modifica-se a lógica de atuação do sistema estadual de saúde, transferindo-se para a Secretaria Estadual de Saúde o eixo da atenção médica, no Estado. A atenção individualizada é concebida pela Secretaria em uma estrutura descentralizada e municipalizada.

Os grandes temas de discussão na década, a nível da área de saúde, foram a descentralização/municipalização e a incorporação da assistência médica pelo setor público, entretanto, foi anterior ao SUDS/SUS e já aparece, na SES, no modelo da Programação – definição de Programas de Saúde para rede básica -, cujo início da implantação ocorre no ano de 1975. O modelo da Programação, visando o atendimento individualizado, encontrou, entretanto, dificuldades de implantar-se até 1986 e foi somente a partir das AIS e dos SUDS que conseguiu expandir-se. As AIS e os SUDS “financiaram” os instrumentos utilizados pela SES para essa importante mudança: remunerar melhor os médicos do que outros profissionais de nível superior; incentivar os aumentos de produtividade na rede; e equipar melhor os centros de saúde.

Os críticos desse processo colocam, entretanto, que tal mudança, não foi feita de forma a incorporar a variável saúde pública/atenção preventiva á individualização do atendimento, e foi “perdido” o componente da saúde coletiva na assistência individual.

Do ponto de vista da descentralização/municipalização os problemas apresentados são: a estrutura descentralizada (SUDS/Regionais) encontra-se dividida entre funções políticas e técnicas – o SUDS não consegue, por um lado, ser a instância política de coordenação dos serviços, a nível regional, pois as Prefeituras Municipais dominam as Comissões Inter-institucionais de Saúde e estabelecem canais próprios de comunicação com o nível central da Secretaria. Agregam-se a isso o boicote do setor privado, e a utilização dos Prefeitos Municipais como porta vozes de seus interesses. Por outro lado, a instância técnica encontra-se “bloqueada” devido à ausência de condições materiais, que vão desde a insuficiência quantitativa dos recursos humanos, até a falta de assessoramento técnico do nível central ao nível local. Conclui-se que o SUDS regionais e as instâncias de coordenação (CRIS, CIMS) passaram a exercer meros papéis burocráticos. O processo de descentralização formaliza-se e passa a ocorrer uma nova descentralização, a partir do contato Secretário Estadual / Prefeitos Municipais. O processo de recentralização poderá vir

à fortalecer-se, ainda, caso haja mo estabelecimento de convênios diretos dentre os Municípios e o nível federal, para o repasse dos recursos SUDS/SUS.

A municipalização, por outro lado, está definida a partir dos Convênios de Municipalização entre o Estado e os Municípios e os mesmos representam mecanismos frágeis de sustentação do sistema público de Saúde, pois constituem-se em meros repassadores de recursos e não explicitam critérios técnicos e operacionais, podendo introduzir critérios políticos na negociação de recursos e reforçando, ainda, maior grau de heterogeneidade nos serviços prestados.

b) a rede estadual aparelhou-se para esta transformação: ampliou capacidade física e produção; contratou recursos humanos; expandiu o gasto em saúde. Entretanto, tal expansão só foi possível graças aos aportes de recursos transferidos do nível federal via AIS e depois SUDS, pelo empréstimo do Banco Mundial, para o Programa Metropolitano de Saúde e pelo estímulo que essas fontes de recursos representaram para a expansão dos recursos do Tesouro.

Na saúde, o debate sobre “limites gerenciais”, que estava na agenda de discussão das políticas sociais, na década passada, não encontrou grande ressonância: os “limites financeiros” foram em muito ultrapassados, quando do surgimento do SUDS, pois, como já foi assinalado, tais recursos elevaram sobremaneira a participação do gasto público em saúde, em São Paulo, sobre os gastos totais do Estado. Por outro lado, a discussão da questão gerencial, foi “respondida”, quando da reestruturação da Secretaria e da implementação de novas políticas, que visaram a ampliação da capacidade administrativa de serviços, via aumento da racionalidade, eficiência e efetividade dos mesmos (exemplo foram a Constituição dos Módulos de Saúde do Programa Metropolitano de Saúde e depois a criação dos ERSAS/SUDS).

Entretanto, a expansão material, para os próximos anos, estará limitada pelo rebatimento dos níveis de investimento no gasto total de custeio: para cada unidade monetária a ser investida, tem-se a indicação de um aumento de 0,7 aproximadamente no gasto de custeio, exceto gasto com pessoal. Por outro lado, a relação do incremento na despesa de custeio foi deficitário. Isto significou que no ano de 1989, o decréscimo verificado no Recurso do Fundes exigiu uma contrapartida do Tesouro da ordem de 50%.

c) estabelece-se uma nova relação com o setor privado, a nível do Estado. O setor privado lucrativo, contratado INAMPS, diminui a sua participação na oferta total de consultas no

Estado de São Paulo, de 1980 a 1987, e especialmente de 1983 a 1987 – em 1983 o setor contratado era responsável por 52,90% do total de consultas ofertadas pelo INAMPS e, em 1987, cai essa participação para 30,80%. A partir do SUDS o decréscimo do setor privado lucrativo no total de consultas ofertadas é ainda maior – em 1988, do total de consultas ofertadas no Estado, pelo SUDS, pouco mais de 10% foram prestadas pelo setor contratado e conveniado.

Ocorre que pela parcela significativa do setor de medicina privada “independentizou-se” em relação ao setor público, nessa década. A parcela que ainda está vinculada ao sistema público, expande-se na oferta de consultas especializadas (da capacidade ambulatorial privada existente em São Paulo, em 1983, 70% são ambulatórios de Especialidades) e na oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADTS.

A “independentização” significa que este segmento volta-se para a demanda que pode pagar serviços médicos e, portanto, exige um atendimento diferenciado (em rapidez, tecnologia, etc.) daquele prestado pelo setor público. O Estado de São Paulo é um dos Estados que oferece, em termos de renda, as maiores possibilidades para esta expansão.

Por outro lado, o setor filantrópico, também nessa década, estabeleceu novos parâmetros de relacionamento com o setor público: novas relações com o setor privado, foram a tônica da década, em todos os níveis. As novas Constituições Federal e Estadual definiram novas regulações – não mais contrato de serviços com o setor privado, mas cessão de direito, onde diz-se claramente que deverão ser privilegiadas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Isso passou a exigir do setor Filantrópico novos parâmetros de conduta – a Filantropia deverá atravessar um período de transformações, onde o velho modelo das “Santa Casas” rapidamente estará ultrapassada e, de alguma forma, modelos mais modernos de prestação de serviços deverão ser adotados.

Portanto, as relações entre setor público e privado no Estado de São Paulo, existentes no início da década não sobrevivem atualmente: primeiro, porque os contratos e convênios do setor privado com o setor público não são mais intermediados pelo INAMPS e sim com a Secretaria Estadual, e o controle administrativo e técnico sobre os mesmos é atribuição dos SUDS regionais, o que propicia uma fiscalização muito mais rigorosa sobre o tipo de atendimento prestado; segundo, mudou o caráter desse vínculo, como já dissemos, não mais contratos privados, mas cessão de direito; terceiro, é definida a preferência explícita

pelo setor Filantrópico; quarto, a oferta de serviços do setor público cresceu e, portanto, ocasiona a ida do setor privado para a oferta de serviços especializados onde, inclusive, pode ser melhor remunerado; por último, as ligações anteriores com a Filantropia estão em processo de mudança pois as mesmas deverão passar por profundas modificações, de forma a se incorporarem no Sistema Único, sob a égide do setor público.

Entretanto, corre-se o risco de que, novamente, o atendimento divida-se: para níveis de renda mais alta, serviços privados (as Medicinas de Grupo); para as classes de menor poder aquisitivo, o sistema público de saúde.

2. PERSPECTIVAS PARA PRÓXIMA DÉCADA

O trabalho prospectivo compreende os seguintes quadros de projeções:

- Projeções de necessidades de consultas e internações por tipo de atendimento, para todo o Estado e Regiões Administrativas, até o ano 2000;
- Projeções de necessidades monetárias para fazer face às necessidades de consultas e internações, tendo como referência o custo unitário dessas atividades na rede pública, para todo o Estado e Regiões Administrativas, até o ano 2000;
- Projeção de necessidade de ampliação da capacidade física face às necessidades de consulta, até o ano 2000;
- Projeção de expansão do rendimento das unidades ambulatoriais, para atender as consultas necessárias sem expansão de capacidade física, até o ano 2000.

Demanda por consultas e internações até o ano 2000

A demanda por consultas¹ para o Estado de São Paulo, deverá expandir-se de 98,8 milhões, em 1990, para 127,4 milhões no ano 2000, totalizando 1,2 bilhões de consultas necessárias em toda a década. Segundo o tipo de atendimento, a maior expansão de necessidades ocorrerá em consultas para Adultos, seguido das consultas de Urgência e Emergência – as mesmas deverão expandir-se em 47% e 31%, respectivamente, em 10 anos. Para os

1 A demanda por consultas é calculada com base nas projeções de crescimento populacional e nos parâmetros de atendimento, explicitados em Anexo

demaís tipos de atendimento – Gineco/obstetrícia, Cirurgia geral, psiquiatra e Especializada – as expansões necessárias situam-se em torno 30%. Na Clínica Pediátrica é onde ocorre queda na demanda de 4%, de 1990 a 2000. Em números absolutos as necessidades para Clínica Médica (Saúde do Adulto) passam de 31,6 milhões de consultas necessárias, em 1990, para 46,4 milhões, no ano 2000,; as consultas em Urgência e Emergência de 13,9 para 18,3 milhões; as de Pediatria de 20,5 para 19,7; as de Gineco/obstetrícia de 11,9 para 15,6; as de Cirurgia Geral de 2,1 para 2,7; as de Psiquiatria de 2,0 para 2,6; as de Consultas Especializadas de 16,5 para 21,7. Tais projeções, coerentes com as mudanças no quadro demográfico do Estado que sinalizam para um crescimento mais lento da população, com declínio na razão de dependência (proporção da população menor de 15 anos sobre a população entre 15 e 60 anos), apontam para a necessidade de serem priorizadas as ações referentes a Saúde do Adulto e do atendimento de Urgência/Emergência, neste decênio. A tabela e os Gráficos a seguir ilustram a situação exposta acima.

Tabela I.1

Projeção das necessidades de consultas médicas por especialidade
Estado de São Paulo- 1990 a 2000
(n.º de consultas em milhares)

Ano	Urgência/ emergência	Clínica médica	Pediatria	Gineco- obstetrícia	Cirurgia geral	Psiquiatria	Especial	Total
1990	13.966,05	31.695,58	20.518,24	11970,90	2.128,16	2.048,35	16.559,74	98.887,03
1991	14.269,94	32.679,64	20.484,94	12231,38	2.174,47	2.092,92	16.920,07	100.853,37
1992	14.580,71	33.684,71	20.454,49	12497,76	2.221,82	2.138,50	17.288,56	102.866,55
1993	14.898,53	34.711,30	20.426,87	12770,17	2.270,25	2.185,12	17.665,40	104.927,62
1994	15.223,54	35.759,95	20.402,07	13048,75	2.319,78	2.232,79	18.050,77	107.037,64
1995	15.555,92	36.831,20	20.380,10	13333,64	2.370,43	2.281,53	18.444,87	109.197,70
1996	16.043,34	38.550,30	20.258,66	13751,43	2.444,70	2.353,02	19.022,81	112.424,26
1997	16.559,77	40.364,89	20.138,65	14194,09	2.523,39	2.428,77	19.635,15	115.844,70
1998	17.107,76	42.283,51	20.020,06	14663,80	2.606,90	2.509,14	20.284,92	119.476,09
1999	17.690,14	44.315,55	19.902,88	15162,98	2.695,64	2.594,55	20.975,45	123.337,18
2000	18.309,98	46.471,32	19.787,08	15694,27	2.790,09	2.685,46	21.710,41	127.448,62
Total	174.205,68	417.347,94	222.774,04	149.319,15	26.545,63	25.550,17	206.558,16	1.222.300,77

Parâmetro: Na faixa etária 0-4: 6,0 consultas hab/ano.

Nas demais faixas: 2,8 consultas hab/ano.

Fonte: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 1990.
FUNDAP, Programa Decenal de Saúde, 1990.

Gráfico I

Projeção das Necessidades de Consultas Médicas para o Estado de São Paulo

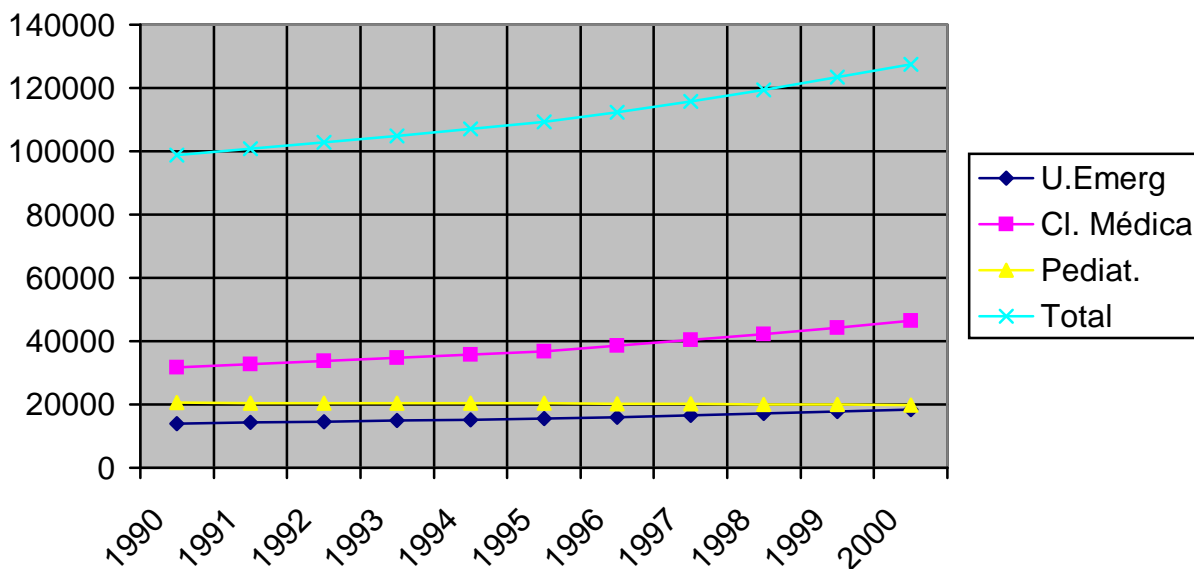
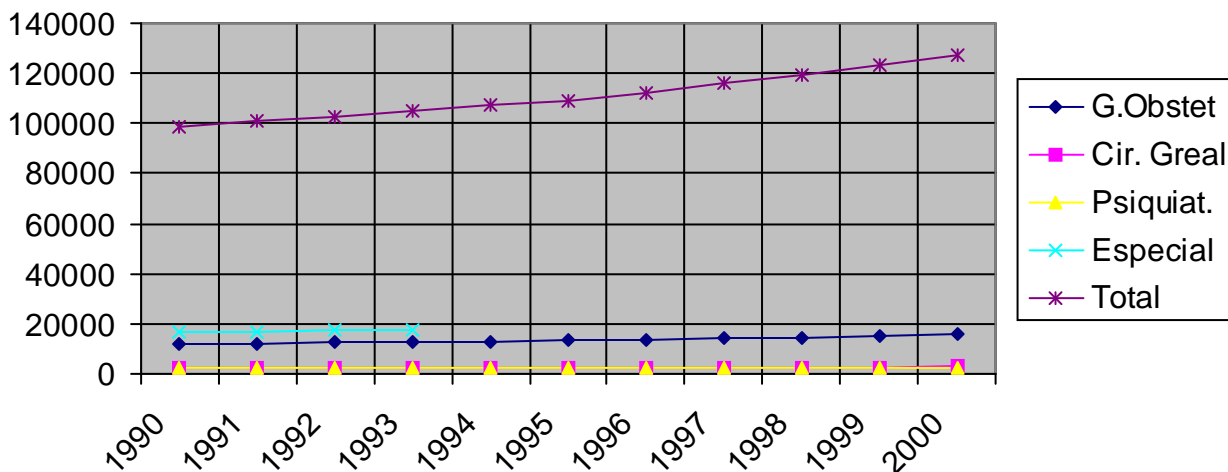


Gráfico II

Projeção da Necessidades de Consultas Médicas para o Estado de São Paulo



Por Região Administrativa, a necessidade de consulta, de 1990 até o ano 2000, configuram três tipos de situação:

- Regiões que acompanham a expansão de necessidades do Estado como um todo, com taxas de expansão acima de 20% e inferiores a 30%, para o conjunto de consultas: é o caso das regiões da Grande São Paulo, Campinas, Litoral, Marília, Sorocaba e Bauru;
- Regiões que superam as taxas do Estado, atingindo uma expansão necessária de consultas de mais de 50%, em seu conjunto: Regiões de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Vale do Paraíba;
- Regiões de baixa expansão de necessidade, inferior à 5%: Regiões de Araçatuba e Presidente Prudente.

Tabela III

Demanda de consultas médicas
Estado de São Paulo e Regiões Administrativas
1990 – 2000 (em milhares)

Ano	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Araçatuba	Bauru	Campinas	Litoral
1990	98.887,02	51.789,29	1.635,01	2.587,61	12.772,43	4.988,18
1991	100.853,36	52.850,74	1.638,19	2.656,80	13.044,68	5.097,02
1992	102.866,56	53.937,93	1.641,40	2.727,93	13.323,49	5.208,42
1993	104.927,63	55.051,44	1.644,64	2.801,04	13.609,01	5.322,44
1994	107.037,65	56.191,81	1.647,91	2.876,19	13.901,39	5.439,15
1995	109.197,70	57.359,65	1.651,20	2.953,44	14.200,79	5.558,59
1996	112.424,25	58.371,91	1.653,30	3.031,94	14.469,46	5.665,88
1997	115.844,72	59.403,56	1.655,43	3.112,61	14.743,64	5.775,34
1998	119.476,09	60.454,96	1.657,58	3.195,49	15.023,43	5.887,00
1999	123.373,18	61.526,48	1.695,75	3.280,66	15.308,96	6.000,92
2000	127.448,64	62.618,50	1.661,95	3.368,17	15.600,33	6.117,15

Fonte: NEPP, 1990.

Tabela III (cont.)

Demanda de consultas médicas
Estado de São Paulo e Regiões Administrativas
1990 – 2000 (em milhares)

Ano	Marília	Presidente Prudente	Ribeirão Preto	S. J. do Rio Preto	Sorocaba	Vale do Paraíba
1990	2.403.02	2.077.55	6.767.61	3.455.38	5.906.53	4.504.41
1991	2.448.44	2.078.54	6.879.05	3.510.18	6.051.16	4.598.56
1992	2.494.77	2.079.57	6.992.65	3.565.92	6.199.53	4.694.95
1993	2.542.02	2.080.62	7.108.43	3.622.62	6.351.75	4.793.62
1994	2.590.21	2.081.70	7.226.45	3.680.29	6.507.92	4.894.63
1995	2.639.36	2.082.81	7.346.74	3.738.95	6.668.15	4.998.02
1996	2.696.30	2.084.12	8.042.45	4.101.83	6.813.76	5.493.30
1997	2.754.53	2.085.47	8.808.51	4.501.77	6.962.79	6.041.07
1998	2.814.08	2.086.85	9.651.97	4.942.56	7.115.31	6.646.86
1999	2.874.98	2.088.26	10.580.61	5.428.38	7.271.39	7.316.79
2000	2.937.26	2.089.71	11.602.99	5.963.84	7.431.13	8.057.61

Fonte: NEPP, 1990.

É perceptível o movimento de desconcentração na demanda por consulta médica – a região da Grande São Paulo perde espaço para outras regiões do interior e suas necessidades de consultas, no decênio, situam-se abaixo da taxa requerida para o Estado como um todo.

A expansão das necessidades nas Regiões Administrativas do Estado, por tipo de tratamento, também evidencia o crescimento mais acelerado da demanda por consultas em Clínica Médica (Saúde do Adulto) e Urgência e Emergência, e o decréscimo da demanda por consulta Pediátrica, na grande maioria das Regiões Administrativas. A tabela abaixo calcula as taxas de crescimento entre 1990 e 2000, por tipo de assistência, para as onze regiões.

Tabela V

Crescimento de consultas médicas (%) por especialidade na década de 90
Estado e São Paulo e Regiões Administrativas

	Estado	GSP	Araç.	Bauru	Camp.	Litoral	Maríl.	Pres. Prud.	Rib. Preto	S. J. Preto	Soroc.	V. Par.
Urg/ Emer	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Clin. Méd	47	36	9	41	34	34	32	8	112	110	36	129
Pediat	-4	-7	-11	10	-3	3	5	-12	-2	3	7	-1
G./ Obst.	29	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Cir. Ger.	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Psiqu.	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Esp.	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Total	29	21	2	30	22	23	22	1	71	73	26	79
Intern.	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85

Fonte: NEPP, 1990.

A análise da Tabela V indica que as necessidades, por tipo de consulta, configuram três tipos de situação:

- regiões onde há necessidade de expansão de mais de 30% na década, para as consultas de Clínica Médica: Regiões da Grande São Paulo, Bauru, Campinas, Litoral, Marília, e Sorocaba. Regiões onde a necessidade supera 100%: Regiões de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Vale do Paraíba;
- Regiões onde há queda na necessidade de consultas para Pediatria: regiões da Grande São Paulo, Araçatuba, Campinas, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e Vale do Paraíba. A maior expansão para esse tipo de atendimento será demandado pela região de Bauru (10%), sendo que para as demais regiões (Litoral, Marília, São José do Rio Preto e Sorocaba) as necessidades para os outros tipos de atendimento as necessidades de expansão situam-se abaixo de 10%;

As necessidades de internações para o Estado de São Paulo indicam uma demanda de 3,8 milhões de internações para o ano de 1990, e de 5,0 milhões para o ano 2000., totalizando na década 47,9 milhões a demanda por internações.

Por tipo de internação, a maior taxa e expansão na demanda (46%) ocorrerá em Clínica Médica (Saúde do Adulto). A Pediatria tem taxa negativa (-3%), ou seja, no ano 2000, será necessário um menor número de internações nessa Clínica. As demais internações (Obstetrícia, Cirúrgica e psiquiátrica) mantêm necessidade de taxas de expansão semelhantes às requeridas para o conjunto das internações (31%).

Para as onze Regiões Administrativas temos:

- Regiões de maior necessidade de internações (taxas superiores a 70%): Regiões do Vale do Paraíba, São José do Rio Preto e Ribeirão;
- Regiões de necessidade próximas às taxas de expansão requeridas para o Estado como um todo (31%): Regiões da Grande São Paulo, Bauru, Campinas, Litoral, Marília e Sorocaba;
- Regiões de baixa necessidade: Araçatuba e Presidente Prudente (menos de 5% de expansão requerida de internação).

As tabelas abaixo quantificam as necessidades de internação para o Estado, por tipo de atendimento, e para as onze Regiões Administrativas.

Tabela III

Projeção das necessidades de internações médicas por especialidade

Ano	Obstétrica	Cirúrgica	Psiquiátrica	Médica	Pediátrica	Total
1990	1.064,08	698,30	152,96	1313,10	615,54	3.843,99
1991	1.987,23	713,50	156,29	1353,97	616,74	3.927,63
1992	1.110,91	729,04	159,69	1395,51	618,02	4.013,17
1993	1.135,13	744,93	163,17	1438,04	619,38	4.100,64
1994	1.159,89	761,18	166,73	1481,48	620,81	4.190,10
1995	1.185,21	777,80	170,37	1525,86	622,33	4.281,58
1996	1.222,35	802,17	175,71	1597,08	618,42	4.415,74
1997	1.261,70	827,99	181,37	1672,26	614,57	4.557,88
1998	1.303,45	855,39	187,37	1751,75	610,76	4.708,71
1999	1.347,82	884,51	193,75	1835,93	606,99	4.869,00
2000	1.395,05	915,50	200,54	1825,24	603,28	5.039,61
Total	13.272,81	8.710,28	1.907,97	1.7290,13	6.766,85	47.948,04

Fonte: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 1990.

Tabela IV

Demanda de internações médicas
Estado de São Paulo e Regiões Administrativas
1990 – 2000 (em milhares)

Ano	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Araçatuba	Bauru	Campinas	Litoral
1990	3.843,98	2.017,06	63,42	100,57	498,06	193,17
1991	3.927,63	2.062,69	63,60	103,40	509,60	197,68
1992	4.012,91	2.109,36	63,79	106,31	521,40	202,03
1993	4.100,66	2.157,08	63,97	109,30	533,48	207,03
1994	4.190,10	2.205,88	64,16	112,37	545,83	211,87
1995	4.281,58	2.255,78	64,34	115,53	558,48	216,82
1996	4.415,72	2.298,15	64,48	118,73	569,71	221,22
1997	4.557,87	2.341,32	64,62	122,03	581,18	225,71
1998	4.708,70	2.385,30	64,76	125,41	592,88	230,29
1999	4.898,00	2.430,10	64,90	128,89	604,81	234,96
2000	5.039,61	2.475,75	65,04	132,47	616,98	239,73

Fonte: NEPP, 1990.

Tabela IV (cont.)

Demanda de internações médicas
Estado de São Paulo e Regiões Administrativas
1990 – 2000 (em milhares)

Ano	Marília	Presidente Prudente	Ribeirão Preto	S. J. do Rio Preto	Sorocaba	Vale do Paraíba
1990	93,09	80,55	262,20	134,23	227,76	173,87
1991	94,96	80,66	266,98	136,51	233,69	177,86
1992	96,86	80,78	271,84	138,83	239,78	181,93
1993	98,80	80,89	276,79	141,19	246,03	186,10
1994	100,77	81,00	281,82	143,59	252,44	190,37
1995	102,79	81,12	286,95	146,03	259,01	194,73
1996	105,13	81,25	315,79	160,96	2665,05	215,25
1997	107,52	81,37	347,53	177,43	271,22	237,94
1998	109,96	81,50	382,46	195,58	277,54	263,02
1999	112,46	81,63	420,91	215,59	284,00	290,75
2000	115,02	81,76	463,21	237,64	290,62	321,39

Fonte: NEPP, 1990.

Concluindo, podemos dizer que a demanda para esta década, no tocante a consultas e internações no Estado de São Paulo, revela que as expansões necessárias situam-se em torno de 29% para o conjunto de consultas e 31% para o total de internações. Por Região Administrativa as maiores expansões, tanto no número de consultas exigidas quanto no de internações, ocorrerão nas Regiões do Vale do Paraíba, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto. Cabe salientar o decréscimo nas taxas de expansão da demanda para a Região Metropolitana da Grande São Paulo face à outras Regiões do Interior, o que configura uma enorme desconcentração da demanda por consultas e internações médicas.

Por tipo de atendimento, destacam-se o crescimento nas necessidades de consulta e internações em Saúde do Adulto. As necessidades em consulta e internação em Pediatria são decrescentes para várias Regiões do Estado e para o conjunto do Estado.

A ênfase, na demanda por ações referentes à Saúde do Adulto e Urgência e Emergência, associado às tendências do Perfil de Morbi Mortalidade no Estado – no Adulto são mais freqüentes as mortes por problemas cardiovasculares, neoplasmas e violência – imporão mudanças importantes no tipo de atendimento de saúde prestado pela rede pública: esses tipos de patologia são mais complexos de serem detectados ou tratados, ou seja, introduzem novos tipos de diagnóstico e terapêutica que necessitam

Tabela II.2

Projeção das necessidades de internações médicas por especialidade
Estado de São Paulo – 1990 a 2000
(em US\$ milhões)

Clínica/ Ano	Obstétrica	Cirúrgica	Psiquiátrica	Médica	Pediátrica	Total
1990	1.516,81	995,41	218,04	1.871,79	877,44	5.479,49
1991	1.549,82	1017,07	222,79	1.929,90	879,14	5.598,72
1992	1.583,57	1939,22	227,64	1.989,26	880,97	5.720,65
1993	1.618,09	1061,87	232,60	2.049,88	882,90	5.845,34
1994	1.653,39	1085,03	237,67	2.111,81	884,95	5.972,86
1995	1.689,49	1108,72	242,86	2.175,07	887,12	6.103,27
1996	1.742,42	1143,46	250,47	2.276,59	881,55	6.294,50
1997	1.798,51	1180,27	258,54	2.383,76	876,04	6.497,12
1998	1.858,03	1219,33	267,09	2.497,06	870,61	6.712,12
1999	1.921,28	1260,84	276,18	2.617,06	865,25	6.940,61
2000	1.988,60	1305,02	285,56	2.744,37	859,96	7.183,81
Total	18.920,00	12416,25	2.719,75	24.646,56	9.645,94	68.348,49

Fonte: Núcleo de Estudos de políticas públicas – NEPP, 1990;
FUNDAP, Programa Decenal de Saúde, 1990
Parâmetro: 0,116 internações/hab/ano.
Custo médio apurado consulta: US\$ 1425,47.

A partir desse levantamento foram feitas duas hipóteses: a) necessidades de recursos para cobrir 50% das consultas e 20% das internações; e b) necessidades de recursos para cobrir 80% das consultas e 20% das internações.

As hipóteses foram levantadas:

- com base no padrão médio de atendimento em consulta do SUDS, em 1988 (cobertura de 50%) e previsão de expansão para 80%;
- e tendo em vista que o SUDS cobre 80% das internações necessárias – 20% por hospitais públicos (dos diferentes níveis) e o restante pela rede privada contratada. Mas

como no gasto da Função Saúde de 1989, os recursos para o pagamento da rede privada – as AIH's – não tinham sido, ainda, incorporados, pois não foram repassados ao Estado, a hipótese de internação fixou-se em 20%.

Na primeira hipótese, no ano de 1990, necessita-se de 1,7 bilhões de dólares, e, no ano 2000, de 2,2 bilhões; na segunda, de 2,1 bilhões, em 1990, e 2,7 bilhões, no ano 2000. Comparando-se esses números com o gasto da Função Saúde², tem-se:

- na primeira hipótese, o gasto da Função Saúde, em 1990 somente cobre 98% dos custos de consultas e internações;
- na segunda hipótese, cobre 80%. No ano 2000, as coberturas são de 75% a 62%, para a primeira e segunda hipóteses, respectivamente.

Cabe ressaltar que o resultado está baseado em custos de um sistema (SUDS de Maúá) que possivelmente não reflete o universo do sistema. Por outro lado, o pagamento à rede privada está bastante distante deste padrão de custos, o que ocasiona uma super estimação das necessidades financeiras do Sistema³. Se supusermos que o SUDS atende 50% da demanda de consultas, e 80% das internações as necessidades financeiras ascendem a 5,0 bilhões de dólares, em 1990. O valor gasto em internações em São Paulo representou 612,1 milhões de dólares, em 1988, o que somado ao gasto da Função Saúde, representa 2,3 bilhões de dólares: então, tem-se um déficit projetado do sistema de quase 3 bilhões de dólares. Isso permite avaliar o quão distante situa-se este padrão de custos, do efetivamente operado pelo sistema, e do padrão de remuneração dos serviços pagos à rede privada.

Outro exercício que pode ser feito é calcular a necessidade de recursos para esse decênio, em função do gasto *per capita* em saúde. Consideramos dois padrões de gastos para o Estado de São Paulo:

- gastos *per capita* de 80 dólares;
- gastos *per capita* de 150 dólares.

2 Gasto da Função Saúde em 1989 = 1,71 bilhões de dólares (dólar médio de 1988)

3 As consultas pagas à rede Privada, no final de 1990, por tipo de atendimento, iam de Cr\$ 185,79 a Cr\$ 4.111,30. As internações, por tipo de Atendimento variavam de Cr\$ 4.119,26 a Cr\$ 57.731,35.

Tabela VI

Cobertura das necessidades projetadas em consulta e internação
Estado de São Paulo
1989 a 2000

Ano	Custo projetado de consultas (A)	Custo projetado de internações (B)	Recurso necessário total C=(50%A)+(20%B)	Recurso necessário total D=(80%A)+(20%B)	Percentual de cobertura * Em C (%)	Percentual de cobertura * Em D (%)
1990	1,28	5,47	1,73	2,12	98,04	80,26
1991	1,30	5,59	1,77	2,16	96,15	78,78
1992	1,33	5,72	1,81	2,21	93,97	76,99
1993	1,35	5,84	1,84	2,25	92,24	75,62
1994	1,38	5,97	1,88	2,30	90,23	73,98
1995	1,41	6,10	1,92	2,35	88,31	72,40
1996	1,45	6,29	1,98	2,42	85,73	70,31
1997	1,50	6,49	2,05	2,50	83,01	68,05
1998	1,54	6,71	2,11	2,57	80,49	66,05
1999	1,59	6,94	2,18	2,66	77,87	63,91
2000	1,65	7,18	2,26	2,76	75,19	61,68

Fonte: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1990;

Nota: Função Saúde: 448.40 bilhões de NCz\$ de 1988/ 1.71 bilhão de dólares (dólar médio de 1988)

Tabela VII

Projeções e cobertura do gasto *per capita*
Estado de São Paulo
1990 a 2000

Ano	População total	Y = 80 US\$	Z = 150 US\$	W = Y/1,7 (%)	K = Z/1,7 (%)
1990	33.252,50	2,66	4,99	63,90	34,08
1991	33.976,10	2,72	5,10	62,54	33,36
1992	34.716,00	2,78	5,21	61,21	32,65
1993	35.472,70	2,84	5,32	59,91	31,95
1994	36.246,50	2,90	5,44	58,63	31,27
1995	37.037,90	2,96	5,56	57,37	30,60
1996	38.198,40	3,06	5,73	55,63	29,67
1997	39.428,00	3,15	5,91	53,90	28,74
1998	40.732,30	3,26	6,11	52,17	27,82
1999	42.119,40	3,37	6,32	50,45	26,91
2000	43.595,20	3,49	6,54	48,74	26,00

Fonte: NEPP, 1990;

Nota: Função Saúde 1989: 1,71 bilhão de dólares (dólar médio 1988)

Na hipótese de gasto *per capita* de 80 dólares a necessidade de recursos atinge 2,6 bilhões de dólares em 1990, e 3,49 no ano 2000. Para a segunda hipótese (150 dólares) as necessidades passam de 4,99 bilhões de dólares, em 1990, para 6,54 no ano 2000.

Comparando-se com o gasto total da Função Saúde, em 1989, tem-se:

- na primeira hipótese, o gasto da F. S. só cobre 64% da necessidade de recursos para 1990, no ano 2000, a necessidade financeira corresponde à 49% do gasto da F. S.
- na segunda hipótese, o gasto da F. S. cobre 34% das necessidades em 1990, e somente 26% no ano 2000.

Cabe assinalar como estamos defasados do padrão de gastos dos países desenvolvidos – gastos, em média, de 2000 dólares *per capita* – mesmo no Estado mais rico da federação, pois para atingirmos um gasto de 150 dólares por habitante, ao final da década, deverá ocorrer uma expansão de quase 4 vezes no montante do gasto do Estado, em relação ao ano de 1989, no tocante à saúde.

DEMANDA DE CONSULTAS VERSUS EXPANSÃO DA CAPACIDADE FÍSICA

Para o cálculo do investimento em Unidade Básicas de Saúde, tomou-se como base principal o déficit de consultas apurado em 1989⁴.

Os resultados obtidos indicam um déficit de 6.952.887 consultas, ou seja, 7,22% da Meta Referencial de 96 milhões de consultas, para todo o Estado, em 1989.

Constatou-se então que serão necessárias 330 novas UBS para cobrir o déficit acumulado em consultas até o ano 2000, que será de 31 milhões. O custo de construção dessas

4 A sistemática de cálculo do déficit constituiu uma diferença entre a meta referencial (população x parâmetros de atendimento) e a Produção Potencial de Capacidade Física é avaliada com base no rendimento máximo da capacidade instalada de ambulatórios e consultórios existentes no final de 1988, cuja a fonte foi a Secretaria de Saúde/SP, Sistema de controle Orçamentário (S.C.O.).

O resultado desse procedimento indica a defasagem da rede pública, em termos de capacidade instalada, em relação às necessidades reais de consultas da população. É importante salientar que a produção real de consultas de rede pública, em 1989, encontrava-se abaixo da produção potencial de capacidade física de 1988. Isto decorre por vários tipos de limitação, como falta de recursos humanos apropriados, deficiência no gerenciamento das atividades, e, até mesmo, falta de investimento em manutenção e readaptação da rede existente.

Para o cálculo do déficit nos demais anos, a partir de 1990, toma-se como base o incremento de consultas do ano (aplicação dos parâmetros ao incremento populacional do ano).

O cálculo de UBS adicionais a serem construídos é dado pela relação entre o Déficit Anual e a Capacidade de Atendimento de 1 UBS. Os demais procedimentos metodológicos estão explicitados em Anexo.)

unidades será de 517 milhões de dólares que, somados a um custo projetado para a readaptação e manutenção das antigas Unidades de Saúde, na década, eleva o patamar de recursos necessários a 2,3 bilhões de dólares. O cálculo indica que em cada ano dessa década deverão ser investidos 10% de tudo o que foi gasto em Saúde, no Estado, em 1989. Ou seja, o patamar de investimento necessário é bastante alto, tendo em vista que significa manter a média da taxa de investimento da década passada (ao redor de 10% do gasto total).

Tabela VIII

Déficit de consultas médicas em relação à produção de capacidade física instalada da rede pública
Estado de São Paulo
1989

Consultas médicas	Produção potencial (1) Cap. Fís. (C)	Meta referencial (2) (D)	Déficit (C - D)	(%) (C - D) / D
Urgência/emergência	1.364.164	13.886.860	-12.522.696	-90,18
Clínica médica	22.406.522	31.415.237	-9.008.715	-28,68
Pediatria	33.412.560	20.673.542	12.739.018	61,62
Gineco-obstetricia	13.823.425	11.757.542	2.065.883	17,57
Psiquiatria	4.108.120	2.036.744	2.071.376	101,70
Especialidades	14.181.322	16.479.076	-2.297.754	-13,94
Total	89.296.113	96.249.001	-6.952.888	-7,22

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – GTP. FUNDAP, Programa Decenal de Saúde, 1990

Notas:

- (1) A produção potencial de capacidade física é avaliada com base no rendimento máximo da capacidade instalada existente no final de 1988
- (2) O item “cirurgia geral” foi distribuído proporcionalmente pelas metas das demais especialidades

Tabela IX

Necessidade de investimento em unidades básicas de saúde para realizar a meta Referencial de consultas médicas.
Estado de São Paulo
1989 a 2000

Ano	Meta referencial (consultas) (A)	Déficit anual (*) (consultas) (B)	(%)(B / A)	Investimento (milhares)				
				Construção			Readaptação/Manutenção (4)	Custo total
				U.B.S. necessárias (1)	U.B.S. (2)	Custo (3)		
1989	96.249.000	6.952.887	-7,22	72	-	0	200.651,53	200.651,53
1990	99.106.240	2.857.240	-2,88	30	-	0	200.651,53	200.651,53
1991	101.104.360	1.998.120	-1,98	21	14	22.935,17	200.651,53	22.358,7
1992	103.183.960	2.079.600	-2,02	22	22	34.100,61	202.326,13	236.426,74
1993	105.348.880	2.164.920	-2,06	23	63	98.413,9	111.075,79	209.489,69
1994	107.602.720	2.253.840	-2,09	23	50	78.782,2	118.261,43	197.043,63
1995	109.949.400	2.346.680	-2,13	24	47	73.870,03	124.013,67	197.883,7
1996	111.971.560	2.022.160	-1,81	21	40	63.722,75	129.407,25	193.130
1997	114.071.960	2.100.400	-1,84	22	22	3.441,68	134.059,93	168.501,61
1998	116.253.720	2.181.760	-1,88	23	23	3.5775,8	136.574,67	172.350,47
1999	118.520.320	2.266.600	-1,91	24	24	37.166,97	139.186,82	176.353,79
2000	120.875.120	2.354.800	-1,95	25	25	38.613,25	121.900,55	180.513,8
Total	1.304.237.240	31.579.007	-2,42	330	330	517.822,36	1.938.760,83	2.356.583,19

Fontes: Secretaria de Saúde - - Centro Técnico de Engenharia (CIE)
- Grupo de Gerência Hospitalar

FUNDAP, Programa Decenal de Saúde, 1990.

Notas:

(*) Déficit: 1989: déficit de capacidade física instalada (Tabela VIII)

Demais anos: Consultas necessárias ano anterior + incremento consultas do ano.

$$\text{Unidades a serem construídas} = \frac{\text{Déficit anual}}{\text{Capacidade de Atendimento de 1 U.B.S. média}}$$

(1) Essas U.B.S. são necessárias para cumprir a meta referencial mas serão construídas no decorrer da década conforme coluna (2)

(3) Custo construção: Número de U.B.S. X Custo construção 1 U.B.S. (construção civil + equipamento)

(4) Readaptação/manutenção: número de U.B.S. do ano anterior X Índice de depreciação

Necessidade de Consulta X Rendimento de Capacidade Física

Nas Tabelas e Gráfico abaixo estão projetadas as necessidades de consultas versus a capacidade física: se cada unidade trabalhasse com o rendimento máximo esperado (96.000 consultas/ano por unidade) só seriam necessários 1.259 Centros de Saúde, em todo o Estado; se o rendimento fosse o máximo alcançado na década passada (16.580 consultas/ano por unidade), seriam necessários 7.424 Centros de Saúde. A Capacidade

Física do Estado, em 1990 é de 3.350 unidades e até o ano 2000 prevê-se uma ampliação para 3.418; portanto, se o rendimento não se alterar e a expansão da capacidade for a prevista, ocorrerá um déficit de 2.158 Unidades. Entretanto, se o rendimento for o máximo, ocorrerá um superávit de 4006 Unidades.

Face às necessidades de consulta e a capacidade física existente (com a ampliação prevista), projetou-se o crescimento necessário, no rendimento dos ambulatorios, para realizar essas mesmas consultas sem ampliação da capacidade física. O resultado é o seguinte: o rendimento deverá subir de 16.280 consultas/ano, por unidade, para 35.364 consultas/ano, expandindo-se à uma taxa uniforme de 27,6% ao ano.

É evidente que deverão então ser priorizados os investimentos em instrumentos que elevem a produtividade do Sistema, pois a simples expansão da capacidade física, além de implicar em gasto anual de 230 milhões de dólares até 1990, (10% do gasto em saúde de 1989), não imporá, por isso só, novos parâmetros operacionais à rede.

Tabela X

Comparação das projeções de rendimento
Estado de São Paulo
1990-2000

Ano	Consultas projetadas (*)	Capacidade teórica (1)	Capacidade real (2)	Capacidade instalada (3)	Déficit (1 - 3)	Déficit (2 - 3)
1990	98.887,03	1.030,07	6.074,14	3.358,00	-2.327,93	2.176,14
1991	100.853,37	1.050,56	6.194,92	3.402,00	-2.351,44	2.792,92
1992	102.866,55	1.071,53	6.318,58	3.418,00	-2.346,47	2.900,58
1993	104.927,62	1.093,00	6.445,19	3.418,00	-2.325,00	3.027,19
1994	107.037,64	1.114,98	6.574,79	3.418,00	-2.303,02	3.156,79
1995	109.197,70	1.137,48	6.707,48	3.418,00	-2.280,52	3.289,48
1996	115.844,26	1.171,09	6.905,67	3.418,00	-2.246,91	3.487,67
1997	123.337,18	1.206,72	7.115,77	3.418,00	-2.211,28	3.697,77
1998	119.476,09	1.244,54	7.338,83	3.418,00	-2.173,46	3.920,83
1999	12.3337,18	1.284,76	7.575,99	3.418,00	-2.133,24	4.157,99
2000	127.448,62	1.327,59	7.828,54	3.418,00	-2.090,41	4.410,54

Fonte: NEPPP/UNICAMP, 1990

Notas:

- (1) Capacidade Física Necessária com Rendimento Teórico: Parâmetros Teóricos de Rendimento $8 \times 12 \times 4 \times 250 = 96.000$
- (2) Capacidade Física Necessária com Rendimento máximo real: Rendimento Máximo Real na década de 80 do sistema foi de 16.280 consultas anuais
- (3) Capacidade instalada no final de 89
- (4) Déficit de centros de saúde com rendimento real

Tabela XI

Aumento do rendimento do sistema de saúde sem aumento da capacidade instalada

Ano	Consultas Projetadas	Capacidade Instalada	Rendimento Real (1)	Rendimento Projetado	Aumento de Rendimento	Taxa de Aumento	Taxa Relativa Anual	Taxa de Aumento Uniforme
1990	98.887,03	3.358	16.280	29.448,19	13.168	80,89	81,29	27,61
1991	100.853,37	3.402	16.280	29.645,32	13.365	82,10	1,50	31,09
1992	102.866,55	3.418	16.280	30.095,54	13.816	84,86	4,92	27,61
1993	104.927,62	3.418	16.280	30.698,54	14.419	88,57	9,50	27,61
1994	107.037,64	3.418	16.280	31.315,87	15.036	92,36	14,18	27,61
1995	109.197,70	3.418	16.280	31.947,83	15.668	96,24	18,98	27,61
1996	112.424,26	3.418	16.280	32.891,83	16.612	102,04	26,15	27,61
1997	123.337,18	3.418	16.280	33.892,54	17.613	108,19	33,75	27,61
1998	119.476,09	3.418	16.280	34.954,97	18.675	114,71	41,82	27,61
1999	123.337,18	3.418	16.280	36.084,61	19.805	121,65	50,40	27,61
2000	127.448,62	3.418	16.280	37.287,48	21.007	129,04	59,53	27,61

Fonte: NEPP/UNICAMP, 1990.

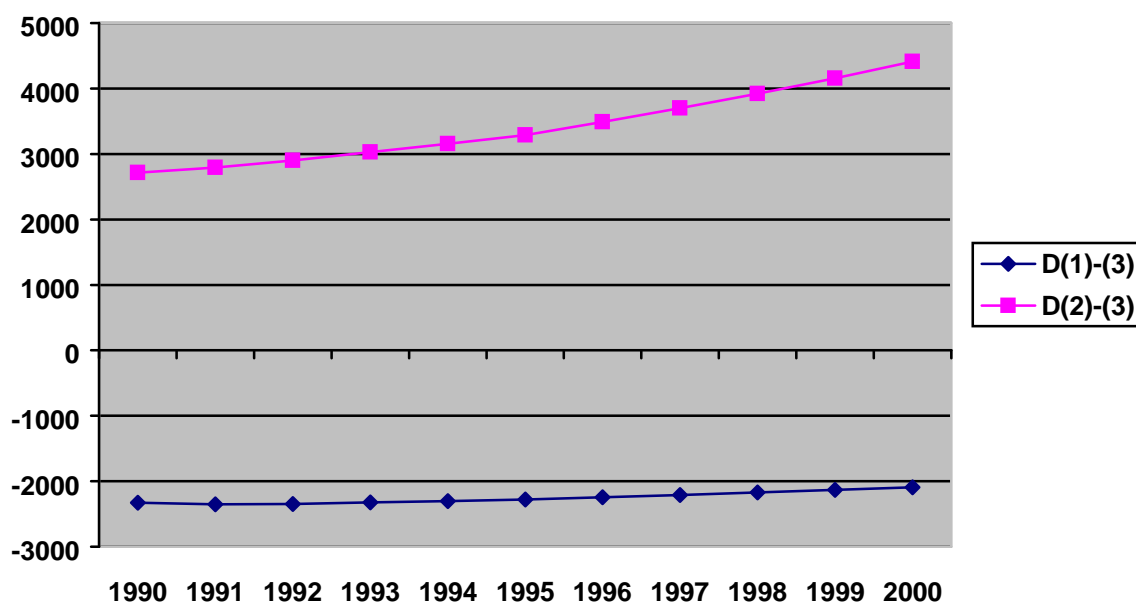
Notas:

(1) Rendimento máximo real do sistema na década de 80

(2) Consultas Projetadas dividido por Capacidade Instalada

Gráfico III

Déficit de Capacidade Física



Elaboração NEPP/UNICAMP

CENÁRIOS ALTERNATIVOS

Os quadros de projeção indicam, resumidamente, que:

- as demandas por consultas e internações tendem a desconcentrar-se, crescendo mais no interior do Estado que na região metropolitana de São Paulo;
- ganham espaço nas atividades de saúde as ações referentes à saúde do adulto e urgência e emergência, implicando em custos mais altos para o sistema;
- para um padrão de gasto de 150 dólares *per capita*, mais compatível com o novo patamar de gasto imposto pelo perfil epidemiológico da população, as necessidades financeiras ascendem a quase 7 bilhões de dólares no ano 2000, quatro vezes o patamar de gasto em Saúde, no Estado, em 1989;
- a necessidade de investimento para esta década ainda é expressiva, ao redor de 233 milhões de dólares ao ano – 10% do gasto em Saúde, no Estado, em 1989;
- pode-se substituir investimento em capacidade física por aumento de produtividade – as necessidades para a década são de que haja uma duplicação no rendimento médio das unidades ambulatoriais (de 16 para 35 mil consultas/ano por unidade) para compensar uma não expansão da capacidade física;

Essas indicações e o quadro de tendências da política de saúde na década de 80, terminam por colocar para o sistema de saúde, alguns novos desafios, quais sejam:

1. Atender adultos e aumentar a cobertura em urgência e emergência;
2. Cuidar das doenças do desenvolvimento;
3. Combinar Preventivo e Curativo, onde o preventivo atue de forma mais eficiente;
4. Desenvolver políticas de recursos humanos, que impliquem em saltos de produtividade;
5. Aumentar o rendimento médio de serviços, através da ampliação de horas de atendimento e da readequação dos Centros de Saúde (ampliação do número de consultórios, etc);
6. Do ponto de vista institucional, criar mecanismos institucionais de integração dos serviços mais eficientes; definição da municipalização em instrumentos que superem a simples forma convênios; adoção de sistemas gerenciais para o nível local que permitam o aprofundamento do processo de descentralização de forma a dar conta das especificidades regionais e do processo de desconcentração da demanda;

7. Expandir os instrumentos de captação de recursos para saúde (exemplo: pode-se utilizar a lei que aumentou a alíquota do ICMS, em 1989, para Programas Habitacionais, a partir do próximo ano, para Programas de Saúde);
8. Redefinir os parâmetros de relacionamento com o setor privado, inclusive os financeiros, de forma a proporcionar uma integração de complementaridade com o mesmo.

Pode-se dizer em resumo, que diminuirão os riscos da população em adoecer e morrer, caso o sistema de saúde combine ações que atuem tanto sobre as doenças do subdesenvolvimento quanto sobre as do desenvolvimento, de forma mais eficiente e efetiva. Para isso o Estado deverá expandir, ainda, a rede de água e esgoto, principalmente nas periferias das grandes cidades de forma a diminuir o risco por doenças evitáveis por saneamento. Reduzir as causas de morte infantis perinatais, implementando a assistência médica à gestante na rede ambulatorial e melhorar o atendimento hospitalar ao parto e ao recém-nascido. Por último, introduzir na rede básica, atendimento em pediatria e puericultura, condutas para o controle das doenças respiratórias, terapias de reidratação oral, controle da desnutrição, manutenção do programa de rotina e intensificação da cobertura vacinal nas áreas de risco, vigilância das doenças transmissíveis e vigilância sanitária.

Segundo Eduardo e Soboll⁵ em trabalho recente sobre o perfil epidemiológico da população paulistana na década de 80:

“...o modelo de saúde para a década de 90 não deverá prescindir de conjuntos hospitalares; ao contrário, a retaguarda hospitalar deverá fazer parte integrante do sistema de saúde, mas de forma racionalizada. Isto significa que os hospitais deverão ser recuperados, expandidos ou criados, conforme sua importância regional, a qual dependerá da necessidade de leitos por habitante e do perfil epidemiológico regional e municipal”.

Em resumo, propõe-se, no que se refere à estrutura dos serviços de saúde, melhorar a qualidade da assistência médica em geral (ambulatorial e hospitalar), e em particular, reorganizar a rede ambulatorial, estabelecendo uma nova hierarquização e complexidade de suas unidades, o que redundará também em uma nova determinação do número de

5 Eduardo, M Bernardete e Soboll, M Lúcia, “O perfil epidemiológico do Estado de São Paulo na década de 80”, Programa Decenal de Saúde, Fundap, 1990.

unidades básicas especializadas, de acordo com os perfis epidemiológicos encontrados a níveis municipal e regional.

A rede básica por sua vez deverá ter um papel de prevenção e cura, assumindo, portanto, uma nova tipologia de organização de seus serviços e reaproveitando sua capacidade física e de pessoal para as ações mais consistentes. Essa racionalização, que visa também acabar com a ociosidade, deverá prever a ampliação da cobertura, fixação principalmente de profissionais médicos, mudança dos conteúdos da programação existente buscando ações integradas e não programas ou sub-programas que não passam de fragmentações de condutas obrigatórias da prática da clínica médica, e que acabam fragmentando a própria ação sobre o indivíduo e sobre a coletividade.

Além disso, neste outro conceito, os sistemas regional e local, deverão ter como retaguarda os centros de referência mais especializados, para o apoio ao diagnóstico e tratamentos mais complexos, e os atendimentos de urgência, configurando um desenho de sistema ambulatorial devidamente hierarquizado.

Todo sistema local, inserido em um sistema regional, deverá contar com hospitais de retaguarda, cuja determinação do número de leitos por habitantes e especialidade deverá ser redimensionada, considerando-se o perfil epidemiológico previsto para as próximas décadas. As desigualdades regionais internas, no Estado de São Paulo, onde a concentração de leitos por habitantes em vários municípios da Grande São Paulo e mesmo no interior, está bastante abaixo do considerado necessário, justificarão a criação de mais hospitais ou expansão de leitos nessas áreas.

A crise atual do setor de saúde, geralmente expressa de forma mais veemente pela crise do setor hospitalar, nada mais é do que o reflexo da ineficiência das práticas ambulatoriais de prevenção e cura, ao lado de um aumento proporcional de uma população adulta e em processo de envelhecimento⁶.

Portanto, para que isso ocorra o sistema deverá atuar de forma a implementar os oito desafios explicitados no início do texto. Entretanto, os mesmos só poderão ser implementados tendo em vista o contexto econômico e político desta década, a nível estadual e nacional.

6 Ibidem.

O Estado de São Paulo deverá defrontar-se nesse decênio com vários interrogantes do ponto de vista do seu desenvolvimento econômico, político e social. A década passada caracterizou-se como sendo a década da crise econômica e, no Estado de São Paulo, isso significou queda na participação da indústria de transformação no valor adicionado nacional (caindo de 53,4% em 1980, para 50,4% em 1989), e nas atividades agropecuárias – a redução na quantidade produzida na década, no Estado, de grãos foi de 14% e só houve uma expansão do PIB agrícola de 1%, graças à grande expansão cafeeira. Para o Estado de São Paulo, como um todo, houve crescimento das atividades do setor terciário (comércio e serviços) e das exportações, o que amenizou as perdas na produção industrial. O resultado dessa performance econômica foi a interiorização do crescimento, com perda relativa da região da Grande São Paulo no total do produto industrial. Do ponto de vista demográfico, houve retração no crescimento, mas foi significativo o movimento migratório para o Estado. Cabe salientar que a desconcentração econômica fez-se acompanhar de desconcentração demográfica, implicando em sérios problemas para as novas regiões metropolitanas do interior (de abastecimento de água, transporte, habitação, etc). Do ponto de vista social, a despeito da crise, e bastante influenciados pelos ciclos eleitorais, expandiram-se os serviços sociais, o que ocasionará para a década seguinte, necessidades em investimento de tipo mais “fino” que redundem em maior efetividade nas ações a serem implementadas.

Para o próximo decênio, as alternativas macroeconômicas desenhadas em estudo realizado por Cano⁷ são de dois tipos: um de cunho neoliberal, bastante próximo do atual discurso da política econômica, cujos principais enunciados são: eliminação do déficit público; enxugamento do Estado e acerto com os credores internacionais; liberalização das relações trabalho-capital; liberalização do comércio exterior; modernização e privatização. Segundo o mesmo autor, tal cenário, além de conter incongruências econômicas (exemplo: como liberalizar o comércio internacional, dadas as restrições que se colocam a nível do balanço de pagamentos), pode ocasionar uma longa recessão, com destruição de vários segmentos da produção nacional e elevando as taxas de desocupação aberta. Do ponto de vista social tal cenário empurrará as políticas sociais para um quadro de estrangulamento financeiro, seletividade e privatização, ao lado de uma demanda crescente por serviços sociais.

7 Ver Cano, Wilson, “Uma alternativa não neoliberal para a economia brasileira na década de 1990”, Documento Final n.º 221, Campinas, 1990.

Wilson Cano desdobra ainda um cenário alternativo que chama de “organizado-defensivo” cujos pressupostos são: política econômica e social que exijam não um simples enxugamento do Estado, mas uma profunda rearticulação deste, ações de modernização e abertura da competitividade, através de uma política econômica planejada e negociada. Neste cenário está implícita a restauração da capacidade financeira perdida pelo estado, de forma a retomar o investimento público em infra estrutura e sobretudo para instituir uma política social responsável.

Do ponto de vista do Estado de São Paulo, em ambos os cenários o processo de descentralização das atividades econômicas da Grande São Paulo para o interior, principalmente das indústrias, deverá continuar com resultados distintos, segundo um ou outro cenário⁸.

No cenário neoliberal aumentaria a desconcentração industrial (dado que as indústrias do interior são mais novas). No organizado-defensivo, a desconcentração é ainda maior, dado que além da modernização ser mais seletiva e escalonada, a produção agropecuária cresce mais do que no cenário neoliberal.

O cenário neoliberal propiciaria um fluxo migratório maior de outros estados para São Paulo, acarretando taxas mais elevadas de crescimento demográfico, sobretudo na área metropolitana. Quanto ao emprego, no cenário neoliberal, agrava-se o quadro social, pois a população em idade ativa cresce mais que as atividades ocupacionais. No outro cenário, o crescimento do emprego é maior, com crescimento populacional mais desconcentrado e menor disparidade regional. Em ambos os cenários, cresce o peso das áreas mais urbanizadas do interior.

Quanto aos cenários alternativos que se desenham para a política de saúde, as indicações que fizemos no início do texto, no sentido de se aprofundar o sistema único, a universalização e de se manter a hegemonia do estado na condução da política de saúde, são princípios que se inserem em um desenho da política de saúde mais compatível com o cenário macroeconômico organizado-defensivo, pois pressupõem uma ação mais efetiva do estado.

Ao contrário, no cenário neoliberal, onde o papel do Estado é passivo, a política de saúde tenderá a caminhar para um impasse, onde através de crises sucessivas (ocasionadas pela

redução de recursos de um lado, e demandas crescentes de outro), verificar-se-ia em um processo de privatização, com perda de hegemonia do setor público e maior seletividade nas ações de saúde. Esse desenho da política tende a aprofundar a dicotomia serviços públicos para os pobres e privados para as classes mais favorecidas.

Entretanto as margens de manobra de política estadual, combinadas com a municipalização, pois os municípios estarão com maior disponibilidade de recursos (dado o impacto da reforma tributária nas finanças dos municípios), poderá neutralizar os efeitos de um cenário neoliberal. Ou seja, mesmo dentro deste cenário é possível que a política estadual, aliada à municipalização, caminhe de forma autônoma e reverta o sentido da política social em um cenário desse tipo.

O cenário “organizado-defensivo”, do ponto de vista político, é de difícil concretude, dado a ausência de propostas nacionais e da atual fragmentação dos atores e discursos do bloco de oposição às propostas neoliberais. Porém, os sintomas de desagregação do bloco político a nível do executivo são perceptíveis no momento, face aos entraves colocados pela atual política econômica – quadro de estagnação e inflação - , o que talvez acelere a formulação de propostas alternativas.

A descentralização deverá continuar em ambos os cenários, dado a tendência à desconcentração econômica, sendo que no cenário liberal é possível que a mesma esteja vinculada à privatização e a setorialização; no cenário organizado-defensivo, a descentralização poderá caminhar no sentido da democratização.

O que nos parece mais importante no momento, entretanto, é vincular os caminhos que se descortinam para a política de saúde, mas a capacidade dos estados e imprimirem curso próprio às mesmas, a despeito dos cenários macroeconômicos.

Apesar de que o desenvolvimento futuro da política social e de saúde encontre maiores possibilidades de efetivar-se no cenário organizado defensivo do que no outro, em consonância com a forma como a mesma se reformulou na década passada.

8 Ver Cano, Wilson e Pacheco, Carlos ^a “Trajetórias Econômicas e Demográficas para a Década de 1990”, Documento Final, n.º 224, Campinas 1990.

Anexo 1

Procedimentos metodológicos

As Tabelas de Projeção foram realizadas com base nas projeções de crescimento populacional, para a próxima década, da fundação SEADE, e os parâmetros de atendimento da rede básica da Secretaria Estadual de Saúde.

Os parâmetros utilizados foram os seguintes:

1. Consulta

O parâmetro de concentração de consultas para uma determinada atividade, tem embutido no seu número os seguintes componentes:

- a) urgência/emergência;
- b) pronto atendimento;
- c) programático;
- d) especializado;

Para o parâmetro de 6 consultas/ano na faixa etária menor de um ano, 3,2 consultas/ano na faixa etária, são o que chamamos de consultas programáticas, e 2,0 consultas/ano na faixa etária (parâmetro de consultas não programáticas) representam os outros componentes (urgência/emergência, pronto atendimento e consultas especializadas). O componente não programático está assim distribuído:

- 0,42 consultas/ano na faixa etária são de urgência/emergência, que são 15% de 2,8;
- 0,56 consultas/ano na faixa etária são de especialidade, que são 20% de 2,8;
- 1,82 consultas/ano na faixa etária são de pronto atendimento, que é $2,8 - (0,42 + 0,56)$.

O parâmetro para a faixa etária de 5 a 14 anos é de $2,8 \times 0,5$ e o adulto, 15 anos ou mais, é de $2,8 \times 0,5$. Os mesmos assim se distribuem por tipo de atendimento:

Urgência/Emergência	Pop. total	x 2,8 x 0,15
Clínica médica (adulto)	Pop. >15	x 2,8 x 0,50
Pediatria	Pop. Até 4	x 6,0 x 0,50
	Pop. 5 a 14	x 2,8 x 0,50
Gineco-obstetricia	Pop. total	x 2,8 x 0,127
Cirurgia geral	Pop. total	x 2,8 x 0,023
Psiquiatria	Pop. total	x 2,8 x 0,022
Especializados	Pop. total	x 2,8 x 0,178

2. O parâmetro de internação utilizado foi o de 0,116 para a população como um todo.
3. O parâmetro de rendimento é assim calculado:
 - $8 \times 4 \times 12 \times 250 = 96.000$
 - Consultórios por UBS = 8
 - Consultas/hora = 4
 - No. de horas de funcionamento/dia = 12
 - No. de dias/ano = 250
4. O cálculo da ampliação do número de UBS para fazer face a demanda projetada de consultas adotou os seguintes procedimentos: distribui-se o investimento de forma diferenciada das necessidades de construção para cumprir a Meta Referencial de cada ano, de forma a evitar uma sobrecarga de custo total de investimento (construção + readaptação/manutenção) nos primeiros anos da década e, especialmente, no ano mais deficitário, qual seja, teria início em 1991, tornando-se mais intenso no ano de 1993.
 - os custos de construção de uma Unidade Básica de Saúde são os seguintes⁹: Construção ---- US\$ 885 por metro quadrado; instalação equipamento médico ---- US\$ 866.177,00 (UBS de 800m²). O custo total de construção de uma unidade básica de saúde seria: $US\$ 885,00 \times 800m^2 + US\$ 866.177,00 = 1.574.177,00$.
 - O procedimento de cálculo do investimento em readaptação e manutenção das UBS em cada ano constitui, basicamente, em aplicar índices de depreciação, diferenciados para construção civil e equipamento médico, às Unidades Básicas existentes até o ano anterior.

- Os índices usualmente aceitos para o cálculo da depreciação são de 4% ao ano do custo de construção e 10% ao ano do custo de aquisição de equipamento. Entretanto, em função do precário estado de conservação da rede atual, optou-se por índices maiores de depreciação para as unidades de saúde existentes no começo de 1989, aplicando estes índices para os quatro primeiros anos da série projetada. A partir de 1993, os índices voltariam a ser os usuais para todas as unidades (novas e antigas). Os valores destes índices majoritários seriam de 6% ao ano para construção e 20% ao ano para equipamento. Esquemáticamente: Depreciação/Construção: - 6% custo de construção para unidades antigas até 1992; - 4% custo de construção para unidades novas e antigas a partir de 1993. Depreciação/Equipamento: - 20% custo de equipamento para unidades antigas até 1992; - 10% do custo de equipamento para unidades novas e antigas após 1993.
- O cálculo do número de UBS existentes no início de 1989, para efeito de aplicação de índices majorados de depreciação, foi estimado com base na produção potencial de capacidade física e na capacidade de atendimento de uma UBS média, a partir do seguinte procedimento: Número Estimado é igual a produção potencial dividido pela Capacidade e Atendimento de 1 UBS.

Resumindo esquemáticamente o cálculo do custo de readaptação e manutenção para a série projetada, tem-se: de 1989 a 1991, unidades existentes com 6% do custo de construção, 20% do custo de equipamento, 1992 cálculo anterior + rede construída e 1991 com 4% e 10%, anos restantes, toda a rede com 4% e 10%.

9 Os dados apresentados foram fornecidos pelo Centro Técnico de Engenharia – CTE (construção civil) e Grupo de Gerência Hospitalar – GGH (equipamento) da Secretaria de Saúde de São Paulo.