

PROBLEMAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA NO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

Ernesto Lima Gonçalves *
Evelyn Naked Castro Sá **
Gastão E. de Arruda Camargo ***
João Yunes ****
Otávio Mercadante **
Ruy M. Gomes Pinto *****
Sergio Reis Quaglia *****
Tristão Pereira da Fonseca F.^o **
Zilah Wendel Abramo **

RSPU-B/258

LIMA GONÇALVES, E. et al. — *Problemas de assistência médico-sanitária no Estado de São Paulo, Brasil.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 9:181-90, 1975

RESUMO: Apresenta-se uma análise dos principais problemas médico-sanitários do Estado de São Paulo, Brasil. Verificou-se a possibilidade de definição de 5 regiões, cujas características são apreciavelmente homogêneas: a primeira, representada pelas sub-regiões de São José do Rio Preto, Araçatuba e Presidente Prudente; a segunda, correspondente a Bauru e Marília; a terceira, inclui as áreas de Sorocaba, do Litoral e do Vale do Paraíba; a quarta, abrange Campinas e Ribeirão Preto; e a quinta, correspondente à Grande São Paulo. Para cada uma dessas regiões foram descritos os indicadores básicos de saúde e alguns aspectos relativos ao equipamento de saúde disponível. Verificou-se a dificuldade de relacionar os dois tipos de indicadores. Foram examinados os problemas básicos relativos ao atendimento da população urbana e da que habita as regiões rurais do Estado de São Paulo.

UNITERMOS: Assistência médico-sanitária. Níveis de saúde, indicadores. São Paulo, Brasil.

Quando se analisam os níveis de saúde da população do Estado de São Paulo, indicados pelos dados disponíveis para o conjunto da comunidade estadual, verifica-se que a situação está longe de ser sa-

tisfatória, o que contrasta com a pujança e o nível de desenvolvimento da economia paulista. Daí caber aqui uma reflexão sobre os condicionamentos que impediram melhores resultados.

- * Da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 455 — São Paulo, SP — Brasil
** Da Secretaria de Estado da Saúde — Av. São Luiz, 99 — São Paulo, SP — Brasil
*** Da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo — Hospital Municipal — Rua Castro Alves, 60 — São Paulo, SP — Brasil
**** Da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 715 — São Paulo, SP — Brasil
***** Da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo — Cidade Universitária “Armando Salles de Oliveira” — São Paulo, SP — Brasil
***** Do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual — Rua Pedro de Toledo, 1800 — São Paulo, SP — Brasil

TABELA 1

Distribuição da população por sexo, segundo a faixa etária, do Estado de São Paulo, 1970

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
0 a 4 anos	1.111.684	1.062.752	2.177.436
5 a 9 anos	1.146.229	1.109.277	2.255.506
10 a 14 anos	1.046.436	1.026.215	2.072.651
15 a 19 anos	921.658	941.702	1.863.360
20 a 49 anos	3.631.900	3.538.796	7.170.696
50 a 69 anos	894.510	896.247	1.790.757
70 e mais anos	168.136	192.358	360.494
Idade ignorada	20.807	19.379	40.186
Total	8.931.360	8.789.726	17.721.086

Fonte: Secretaria do Planejamento do Estado de São Paulo (SEPLAN), 1974

Uma primeira linha de condicionamentos é representada por dados de ordem demográfica; alguns fatos devem ser aqui salientados. Inicialmente, a composição etária da população paulista ao lado de sua distribuição pelos dois sexos (Tabela 1).

Verifica-se na Tabela 1 que 36,7% da população paulista situam-se na faixa etária entre 0 e 14 anos e que a população feminina acima dessa idade corresponde a 31,5% do total geral. A soma desses dois percentuais, atingindo 68,2% da população do Estado de São Paulo, justifica amplamente todos os programas de assistência à criança e à mulher que se possam desenvolver.

Outro dado sugestivo refere-se à intensa polarização que os grandes centros urbanos desenvolvem sobre a população em geral, o que faz com que o natural fenômeno de urbanização, inerente ao processo de desenvolvimento econômico e industrial, venha ocorrendo de maneira inadequada.

A conseqüência é a formação de grandes aglomerações populacionais, onde, ao lado de se desenvolverem recursos assistenciais de maior porte e mais alto grau de sofisticação, acumulam-se maiores problemas de saúde, sobretudo os ligados à infra-estrutura sanitária. Apenas a título exemplificativo podemos tomar dados relativos ao atendimento da população dos centros urbanos, no que se refere a redes de água encanada e de esgotos.

A Tabela 2 apresenta a relação entre tamanho das cidades e população abastecida por água encanada.

Verifica-se pelo exame da Tabela 2 que a percentagem de cidades onde já se atingiu a meta de 80% da população urbana abastecida por água encanada, reduz-se à medida que aumenta o porte da cidade.

Os dados relativos a esgotos figuram na Tabela 3.

A análise da Tabela 3 demonstra que, também no que se refere à rede de esgoto, à medida que aumenta o porte da po-

TABELA 2

Relação entre tamanho das cidades do Estado de São Paulo e população abastecida por água encanada, 1972

Tamanho das cidades (n.º habitantes)	Percentagem da população abastecida	Número de cidades	Percentagem do n.º total	
Até 6.000	80,0	169	58,8	
	50,0 a 80,0	66	22,9	
	menos de 50,0	20	6,9	
	não tem	33	11,4	
			288	100,0
6.001 a 12.000	80,0	46	59,7	
	50,0 a 80,0	30	38,9	
	menos de 50,0	—	—	
	não tem	1	1,4	
			77	100,0
12.001 a 25.000	80,0	37	60,6	
	50,0 a 80,0	22	36,1	
	menos de 50,0	2	3,3	
			61	100,0
	25.001 a 50.000	80,0	17	48,6
50,0 a 80,0		18	51,4	
menos de 50,0		—	—	
			35	100,0
mais de 50.000		80,0	12	50,0
	50,0 a 80,0	10	41,7	
	menos de 50,0	2	8,3	
			24	100,0

Fonte: Fundo Estadual de Saneamento Básico (FESB), 1974

TABELA 3

Relação entre tamanho das cidades do Estado de São Paulo e população servida por esgotos, 1972

Tamanho das cidades (n.º habitantes)	Porcentagem da população servida	Número de cidades	Porcentagem do n.º total
Até 1.000	até 40	4	29
	40 a 80	7	50
	acima de 80	3	21
		14	100
1.001 a 5.000	até 40	51	28
	40 a 80	74	51
	acima de 80	30	21
		145	100
5.001 a 10.000	até 40	18	25
	40 a 80	40	56
	acima de 80	14	19
		72	100
10.001 a 20.000	até 40	9	17
	40 a 80	31	57
	acima de 80	14	26
		54	100
20.001 a 50.000	até 40	10	21
	40 a 80	28	57
	acima de 80	11	22
		49	100
mais de 50.000	até 40	4	15
	40 a 80	17	66
	acima de 80	5	19
		26	100

Fonte: Dados brutos, FESB

pulação urbana, cresce a dificuldade para que metas superiores de atendimento da coletividade sejam atingidas.

O fato já apresentado, de que nos grandes centros urbanos situa-se naturalmente a maioria dos recursos assistenciais mais sofisticados, permite evidentemente,

um melhor atendimento de sua população. Contudo, a existência desse equipamento disponível faz com que elementos de outras áreas procurem os centros, agravando a sobrecarga assistencial que eles já enfrentavam e distorcendo os números e as estatísticas correspondentes. É o que nos mostra a Tabela 4.

TABELA 4

Total de óbitos registrados e óbitos de residentes fora dos municípios, segundo a procedência, 1969

Cidade	Óbitos registrados	Óbitos de fora do município					
		Total *		Mesma região		Outras regiões	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%
São Paulo	48.616	7.045	14,5	4.512	9,3	2.170	4,5
Santos	4.238	697	16,4	647	15,2	45	1,1
S. José dos Campos	1.341	134	10,0	63	4,7	60	4,5
Sorocaba	1.779	280	15,7	255	14,3	22	1,2
Campinas	3.125	534	17,1	412	13,2	84	2,7
Ribeirão Preto	2.014	576	28,6	428	21,3	102	5,1
Bauru	1.210	41	3,4	25	1,9	16	1,3
S. José do Rio Preto	1.160	141	12,2	116	10,0	18	1,6
Araçatuba	822	79	9,6	58	7,0	13	1,6
Presidente Prudente	950	300	31,6	212	22,3	19	2,0
Marília	1.036	99	9,6	69	6,7	30	2,9

* Inclui óbitos de municípios não especificados
Fonte: Guedes¹

Outra linha de problemas médico-assistenciais é representada pelo atendimento da população rural. Aqui a evolução é representada por uma etapa inicial em que a atenção médica era oferecida, em caráter precário e em geral gratuito, por instituições hospitalares basicamente correspondentes às Santas Casas de Misericórdia. Em etapa posterior, procurou-se estender aos trabalhadores rurais a assistência médica previdenciária, por meio de "Estatuto do Trabalhador Rural" que, em 1963, criou o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural — Funrural.

Esta iniciativa previu uma série de encargos bastante onerosos, tendo como fonte de receita a arrecadação correspondente a 1% do valor dos produtos agropecuários vendidos, o que rapidamente mostrou-se insuficiente.

Em 1971, o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural — Prorural — veio alterar a situação; mais realista do que o programa anterior, modificou o esquema de custeio do plano, bem como as prestações a que os beneficiários têm

direito. O esquema básico de financiamento passou a corresponder à arrecadação de 2% sobre o valor comercial dos produtos rurais, ao lado de uma contribuição da indústria urbana, da ordem de 2,6%, dos quais 2,4% são destinados ao Funrural.

Os serviços a serem prestados compreendem as áreas de saúde e de assistência social. Em relação àquelas, uma primeira diretriz básica do Prorural é prestá-los mediante convênios com entidades hospitalares ou ambulatoriais ou por meio de subsídios e eventuais doações de equipamentos. O regulamento é mesmo expresso em afirmar que, em nenhum caso, poderá o Funrural contratar ou manter pessoal para a realização de qualquer forma de prestação de serviços de saúde do trabalhador rural ou a seus dependentes.

Os serviços de saúde compreendem: prevenção de doenças, educação sanitária, assistência à infância e à maternidade, atendimento médico ou cirúrgico em ambulatório, hospital ou mesmo domicí-

lio, exames complementares, assistência odontológica.

A segunda diretriz básica corresponde à gratuidade que é assegurada, em princípio, aos assalariados; para os demais beneficiários do programa, especialmente para o produtor, abrangendo esta expressão as diversas figuras dos não assalariados que trabalham no campo, os serviços de saúde serão parcialmente custeados por estes.

Toda essa legislação aparatosa paradoxalmente não melhorou a condição social do trabalhador rural. A razão fundamental é que os empregadores, temerosos dos encargos, passaram a rejeitar os empregados permanentes, dando preferência aos chamados "volantes" ou "boias frias"; em conseqüência, os trabalhadores rurais passaram a deslocar-se ainda mais intensamente para a cidade, agravando as condições do proletariado urbano e estimulando a "favelização".

A avaliação global dos problemas médico-sanitários do Estado de São Paulo permite identificar 5 grandes regiões, cujas situações diferem entre si.

A primeira dessas regiões corresponde às áreas de *São João do Rio Preto*¹⁰, *Araçatuba*¹¹ e *Presidente Prudente*¹², cujas condições sócio-econômicas e de distribuição de recursos de saúde podem ser assim resumidas: taxas de urbanização de 54,57 e 51% respectivamente, contra 80% do Estado como um todo; estrutura de produção predominantemente primária; saldo migratório líquido negativo; sub-registro de óbitos na região rural; déficit de 30,1% no abastecimento de água e de 58,8% nas ligações à rede de esgotos; relação média de leitos hospitalares gerais de 2,5 e de leitos hospitalares especializados de 0,92 por mil habitantes; relação de componentes básicos de equipe de saúde (médico, dentistas, farmacêuticos, enfermeiras diplomadas) de 0,47 por mil habitantes; relação de servidores por leito hospitalar de 0,51.

Os principais aspectos da situação médico-hospitalar desta região são: baixos

coeficientes de mortalidade geral (6,7-6,3 e 5,9 por mil habitantes respectivamente, nas áreas de São José do Rio Preto, Araçatuba e Presidente Prudente contra 8,02 para o Estado); baixos coeficientes de mortalidade infantil (69,9-69,5 e 74,4 por mil nascidos vivos respectivamente para as 3 áreas, contra 84,4 para todo o Estado); apreciável incidência de gastroenterites e doenças infecciosas e parasitárias (febre tifóide, disenterias, tuberculose) entre as principais causas de óbito; apreciável suscetibilidade da população a moléstias transmissíveis controláveis pela vacinação (difteria, tétano, sarampo).

A segunda região corresponde às áreas de *Bauru*⁹ e *Marília*¹³, onde as condições sócio-econômicas e de distribuição de recursos de saúde podem ser assim resumidas: taxas de urbanização de 68 e 56% respectivamente; saldo migratório líquido negativo; déficit de 21,5% no abastecimento de água e 43,1% nas ligações à rede de esgotos na área de Marília; relação média de leitos hospitalares gerais de 3,78 e de leitos especializados de 2,96 por mil habitantes; relação de componentes de equipe de saúde de 0,63 por mil habitantes; relação de servidores por leito hospitalar de 0,43.

Os principais aspectos da situação médico-sanitária desta região são: coeficiente de mortalidade geral de 8,1 por mil habitantes comparável à do Estado como um todo; coeficientes elevados de mortalidade infantil (100,4 e 95,3 por mil nascidos vivos); alta incidência de gastroenterites entre as principais causas de óbito.

A terceira região corresponde às áreas de *Sorocaba*⁶, do *Litoral*⁴ e do *Vale do Paraíba*⁵, cujas condições sócio-econômicas e de distribuição de recursos de saúde podem ser assim resumidas: elevados índices de urbanização nos municípios capitais das diferentes áreas (Sorocaba — 96,6%; Santos — 99,4% e São José dos Campos — 89,5%); saldo migratório líquido positivo notadamente na região do

TABELA 5

Indicadores sócio-econômicos e de recursos de saúde correspondente a diferentes regiões do Estado de São Paulo, 1970

Indicadores	S. J. R Preto Araçatuba P. Prudente	Bauru Marília	Sorocaba Litoral V. Paraíba	Campinas Rib. Preto	Grande S. Paulo
Taxa média de urbanização	54,0%	62,0%	71,0%	70,0%	96,0%
Déficit de abastecimento de água *	30,1%	21,1%	34,7%	16,9%	52,4%
Déficit ligação rede de esgotos *	58,8%	43,1%	59,6%	34,2%	71,3%
Relação leitos gerais por 1.000 hab.	2,48	3,78	3,23	3,68	3,00
Relação leitos especializados por 1.000 hab.	0,92	2,96	1,93	2,96	2,81
Relação componentes equipe saúde por 1.000 hab. **	0,47	0,63	0,63	0,79	0,93
Relação Servidores por leito hospitalar	0,51	0,43	0,67	0,54	0,99

* Índices referentes a número de prédios da área urbana

** Compreende total de médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiras

Fonte: Secretaria de Economia e Planejamento *

TABELA 6

Coefficientes de mortalidade geral e infantil nas diferentes regiões do Estado de São Paulo

Regiões e sub-regiões	Mortalidade geral (por 1.000 habitantes)	Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)
São José do Rio Preto	6,7	69,9
Araçatuba	6,3	69,5
Presidente Prudente	5,9	74,4
Baurú	8,1	100,4
Marília		95,3
Sorocaba	9,5	102,2
Litoral	8,5	78,4
Vale do Paraíba	9,1	80,0
Campinas	7,8	72,2
Ribeirão Preto	7,4	71,4
Grande São Paulo	8,2	91,5
Estado de São Paulo	8,0	84,4

Fonte: SEPLAN, 1972

O exame da Tabela 6 demonstra que duas regiões, das cinco examinadas, apresentam coeficientes superiores às do Estado de São Paulo como um todo: a de São José do Rio Preto, Araçatuba e Presidente Prudente e a de Campinas e Ribeirão Preto. Contudo, a análise da Tabela 5 revela uma acentuada discrepância entre as duas regiões referidas, quanto a uma série de aspectos relativos à existência e à distribuição de recursos: a primeira das regiões descritas, correspondente ao oeste do Estado (São José do Rio Preto, Araçatuba e Presidente Prudente) encontra-se em situação inferior em relação à região de Campinas e Ribeirão Preto. A razão da discrepância deve ser procurada em outras variáveis, bem como na própria obtenção dos dados e na elaboração de registros.

É indiscutível, entretanto, que a apresentação resumida dos recursos de saúde apresentados na Tabela 5 demonstra um apreciável esforço de dotar a comunidade de equipamentos necessários a uma assistência médico-sanitária adequada. Os resultados, contudo, apreciados por meio dos indicadores habituais ou da simples vivência de cada um no momento em que se coloca a necessidade de recorrer aos diferentes equipamentos de saúde, mostram-se ainda insatisfatórios. Ao vulto dos recursos investidos na implantação e no custeio de todo este equipamento não tem correspondido, na realidade, a eficácia desejável e necessária.

Diferentes mecanismos podem ser invocados para explicar os baixos resultados obtidos. De um lado, pesa sobre as agências de saúde em geral a sobrecarga de uma grave deficiência de tipo gerencial; em outras palavras, ainda não se conseguiu transpor para este tipo de

atividade governamental a racionalização de atividades que pode e deve caracterizar a execução de suas tarefas.

Na área médico-assistencial, por exemplo, a crescente demanda de serviços tem criado dificuldades à adaptação da estrutura previdenciária a novas situações, constituindo um dos fatores condicionantes de um atendimento que ainda deixa muito a desejar.

No que concerne à assistência médico-hospitalar de urgência, é evidente a fragmentação e a falta de racionalidade dos serviços oferecidos à população. Quando ela é prestada pela municipalidade, como decorrência de preceito legal, que não discrimina a população-alvo, com frequência verifica-se a adoção de uma atitude pouco razoável que procura selecionar os doentes que a solicitam, ao distinguí-los entre aqueles que têm cobertura previdenciária e os que não a possuem. Esta situação decorre da falta de definição de atribuições que conduz a uma superposição inconveniente de atividades visando o mesmo objetivo.

Mas, existe outra série de razões que nos parece dominante; é a total falta de coordenação que se observa no desenvolvimento das atividades dos diferentes setores de saúde. Multiplicam-se as iniciativas paralelas, que desgastam os recursos e escasseiam as atividades integradas, mesmo diante de situações que afligem a comunidade. Este representa o principal problema médico-sanitário a ser enfrentado, porque sua solução deverá envolver a coordenação obrigatória das atividades desenvolvidas por diferentes estruturas vinculadas ao poder público federal, estadual ou municipal ou à iniciativa particular.

RSPU-B/258

LIMA GONÇALVES, E. et al. — [Problems of medical and sanitary attention in the State of S. Paulo, Brazil]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:181-90, 1975.

SUMMARY: *The authors analyse the main medical and sanitary problems in the Brazilian State of S. Paulo and the possibility of defining, within the State, five zones, whose characteristics are outstandingly homogeneous: a first zone, including the regions of S. José do Rio Preto, Araçatuba and Presidente Prudente; a second zone, including Bauru and Marília; a third zone, including the regions of Sorocaba, the coastal areas and the Paraíba Valley; a fourth zone including Campinas and Ribeirão Preto and a fifth zone, represented by Greater S. Paulo. For each zone, the authors outline the basic health indices and some aspects of the available health facilities, concluding that it is difficult to establish a correlation between those two parameters. They also analyse the basic problems concerning the medical care of the S. Paulo State urban and rural populations.*

UNITERMS: *Health care. Health level, indicators. S. Paulo, Brazil.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUEDES, J. da S. — *Contribuição para o estudo da evolução do nível de saúde do Estado de São Paulo; análise das regiões administrativas, 1950-1970.* São Paulo, 1972. [Tese de doutoramento — Faculdade de Saúde Pública da USP]
 2. SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. *Diagnóstico do Estado de São Paulo.* São Paulo, 1973.
 3. SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. *Diagnóstico da 1.ª Região Administrativa.* São Paulo, 1973.
 4. *Ibidem*, 2.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 5. *Ibidem*, 3.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 6. *Ibidem*, 4.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 7. *Ibidem*, 5.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 8. *Ibidem*, 6.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 9. *Ibidem*, 7.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 10. *Ibidem*, 8.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 11. *Ibidem*, 9.ª Região Administrativa. São Paulo, 1972.
 12. *Ibidem*, 10.ª Região Administrativa. São Paulo, 1971.
 13. *Ibidem*, 11.ª Região Administrativa. São Paulo, 1971.
- Recebido para publicação em 12-03-1975
Aprovado para publicação em 04-04-1975*